

摘要

本文描述一位 46 歲男性個案被診斷為口腔癌接受口腔顏面重建手術之加護經驗。照護期間為 2014/5/12-5/22，筆者藉由觀察、身體評估、直接照護及互動訪談等方法收集資料，運用 Gorden 十一項評估工具確立個案有急性疼痛、呼吸道清除功能失效、口腔黏膜改變與身體心像改變等護理問題。照護期間筆者發現個案因傷口疼痛常以淚洗面，且因身為警務人員而顏面受損，導致身體心像改變而擔心無法重返社會，引起筆者之動機，故主動提供自己並且運用同理心及耐心、傾聽等手法建立彼此信賴關係，使用正確之護理評估來瞭解其疼痛情形及呼吸狀況，並予以藥物及有效之護理措施來緩解其不適；加強口腔皮瓣及傷口照護使其能有效維持灌流並無感染產生；主動邀請宗教師予以心靈輔導及帶領其家人共同支持個案，使其能重拾自信心，接受顏面改變之衝擊，並使用個別化之衛教單張增進個案自我照顧能力，使其順利轉入普通病房。口腔癌重建術後入住加護病房屬於急性期護理，往往忽略其心裡感受，建議應以全人照護手法，可讓重症單位的護理人員展現不同之獨特性及增進個案身心靈健康，並期望藉此護理經驗之分享，提供護理同仁照顧口腔癌病患之參考，提升口腔癌病患照顧品質。

前言

根據衛生福利部國民健康署統計，口腔癌為 2013 年台灣十大癌症排行中第五名，佔罹癌男性死亡率的 21.4%，平均死亡年齡約 57 歲，已有逐漸年輕化的趨勢（衛生福利部，2014），研究顯示口腔癌好發於中壯年男性，此族群屬於生產人口，在家庭中扮演經濟來源的角色與養育子女的責任（闕等，2011），然而口腔癌不僅對個人健康造成影響，也對家庭造成嚴重衝擊。文獻指出口腔癌的發生與檳榔、菸草和酒精密不可分，檳榔為主要因素，台灣嚼檳榔人口約 240 萬人，每 10 位男性中就有 1.5 人嚼檳榔，以東部與南部地區居多，但因口腔癌患者的口腔衛生知識不足，且初期症狀不明顯，常延誤了就醫診治的寶貴時機（曾、曾，2011）。本文為一位壯年期 46 歲男性，嚼檳榔 20 年，五個月前發現口腔內腫脹不適，但不以為意，直到口腔疼痛難耐才至門診求治，診斷為口腔癌而執行口腔內腫瘤切除術及皮瓣重建手術入住加護病房之個案，護理期間筆者感受到個案術後傷口疼痛不適外，更發現個案因外貌改變，打擊到原本身為警察的自尊，每天以淚洗面，並擔心未來工作時遭受社會大眾負面的觀感及異樣眼光而產生身體心像改變之問題，故引起筆者之動機，期待藉由個別性及專業之護理，並鼓勵個案正向思考，協助建立自信，使個案再次重拾人民保母及家庭支柱的角色，希望藉此護理經驗分享，提供護理同仁之參考。

文獻查證

一、 口腔癌概述

口腔癌是指發生在口腔任何部位的惡性腫瘤，常好發於男性，其中以鱗狀細胞癌最為常見，佔90%，好發位置於舌外緣的中段三分之一(廖，2010);經研究指出，主要與長期刺激黏膜有關，患者多數有抽菸、喝酒及吃檳榔的習慣，疾病早期常出現的臨床症狀有口腔黏膜顏色變色、超過兩週以上無法癒合潰瘍、口內不正常分泌物或出血、口內或頸部任何部位不明腫塊、吞嚥困難、知覺異常等(黃，2008)，診斷方法有環口攝影、頭頸部電腦斷層檢查、超音波、核磁共振、正子攝影、手術探查，也會利用胸部X光、腹部超音波檢查及全身骨頭掃描來檢查有無其他器官轉移情形(曾等，2011；廖，2010)。口腔癌的治療方法包括手術、化療、放療等，目前以手術為主，手術分別有頸部廓清術與皮瓣顯微重建術兩階段，頸部廓清術是將腫瘤病灶及周圍淋巴組織徹底切除，也會視情況切除部分下顎骨及周圍軟組織與頸部淋巴結，並依缺損部位、範圍和複雜性，使用游離皮瓣、骨頭行顯微皮瓣手術重建，術後需於加護病房接受密集護理和特殊性治療(林、厲、廖、林，2013)。

二、 口腔癌術後急性期於加護病房常見的護理問題及照護措施

(1) 術後急性疼痛：疼痛是普遍術後病患的感受，疼痛時人體自主神經會興奮、心肌耗氧增加、動靜脈血管收縮而導致血壓、心跳及呼吸

速率上升；重症照護疼痛觀察工具(Critical-Care Pain Observation Tool, CPOT) 是用來評估有插管、氣切、昏迷或鎮靜劑使用患者的疼痛量表，使用四項疼痛行為觀察來評估，分別有臉部表情、身體動作、順從呼吸器及肌肉緊張，每一指標的評分範圍是 0-2 分(0 分完全不痛，代表 2 分代表極度疼痛)，總分數最低 0 分，最高 8 分，分數越高代表最痛；而疼痛數字等級量表(NRS)，適用於意識清醒，可表達的病患上，0 分表示完全不痛，10 分表示最痛；在加護病房有效地使用止痛鎮靜劑可減輕病患壓力、焦慮、睡眠周期失調以及譫妄等症狀（陳、曾、陳，2011；杜、陳、鄭，2009；林、甘，2011），除了止痛劑使用外，非藥物療法，例如藉由呼吸放鬆技巧、按摩、精油芳香療法、舒適臥姿、音樂療法、個人信仰等行為來分散病人注意力改善不適，並提供舒適環境，如適當的空調、乾爽的衣服床單以促進睡眠，降低不適感（鄭、洪、周，2013）。

(2) **呼吸道清除功能失效**：口腔癌術後通常會放置氣管內管或氣切管，護理人員應隨時評估病人呼吸音和呼吸型態，痰液太多或太黏稠時可運用胸腔物理治療、使用支氣管擴張藥物，執行噴霧治療、教導正確的深呼吸技巧、維持抬高床頭 30 度，使橫膈膜下降，增加肺部擴張、並固定傷口再利用腹壓進行有效性咳嗽以維持呼吸道通暢，期間需多攝取水分以補充呼吸道水分的散失（林、柯，2011）。

(3) **口腔黏膜障礙**：口腔皮瓣重建手術後的黃金關鍵 72 小時需密切評

一位中年男性罹患口腔癌術後加護經驗

估口腔皮瓣灌流，包括觀察皮瓣顏色、微血管充血反應、皮瓣飽滿程度、溫度、動靜脈的血流狀況，以及取皮區肢體的灌流，這些都是護理的一大重點，並依醫囑使用脈動監測器(Dopplar)評估動、靜脈血流動的聲音、強度及脈動起伏，當聲音搏動變小則表示血流速度改變，是血管阻塞的指標；此外還要注意感染症狀和徵兆，以 0.2%

Chlorhexidine gluconate 為口腔清潔劑，每次使用 10-20ml，停留於病患口腔內 30 秒，再以低壓力 40-60mmHg 吸取過多的分泌物，降低口腔內傷口的感染及炎症反應、促進傷口癒合同時增進舒適感。因傷口皆在口腔內故需保持口腔清潔，良好的口腔護理可以控制局部感染，並促進病患舒適感（康、余，2009；林、厲、廖、林，2013；成大醫院藥劑部，2014）。

(4) **身體心像改變**：病人接受口腔顏面重建手術治療會造成口腔內、顏面部及顎骨等組織結構的缺損，導致顏面外觀改變、吞嚥困難、口齒不清及流口水等身體功能與美觀上的缺陷，還可能影響進食、咀嚼、溝通等功能，且傷口會帶來不適感，如：傷口疼痛、多量的分泌物、惡臭味等，會造成病患的身心受損，病人也常因身體心像的改變而害怕與他人互動，導致社交能力下降，進而影響生活品質（詹、劉、金，2007；蔡、周、陳，2012；Fingeret, Vidrine, Reece, Gillenwater & Gritz, 2010）。對口腔癌術後患者來說，年齡越輕越在乎身體外觀改變，故手術前、後衛教與心理調適輔導是相當重要的，多與病患溝通、傾

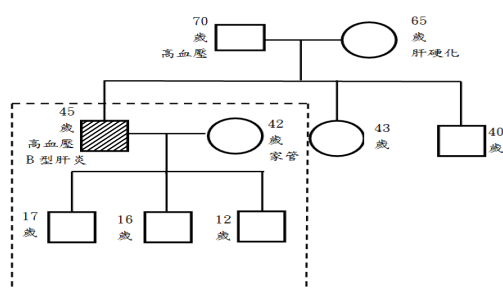
一位中年男性罹患口腔癌術後加護經驗

聽內心的想法與需求，培養互相信賴之關係，無論在語言或非語言行為，必須使其感到舒服並幫助病患增加對自己的認同感，協助患者認清身體存在的價值並鼓勵病患及家屬參與傷口的照護（詹、劉、金，2007；陳、黃、莊，2012；崔、林、黃，2013）。

個案簡介及病程介紹

一、基本資料

秦先生，46歲男性，太魯閣族人，五專畢業，職業為警察，已婚育有三子，目前與妻子、小孩同住，住院期間妻子為主要決策者，經濟狀況小康，個案本身為家庭重要決策者，宗教信仰為基督教，慣用語言為國語，與妻子平日感情甚佳，個案有抽菸一天一包約20年，喝酒與吃檳榔也已20年，預執行手術故已戒酒、戒檳榔約兩個月，過去病史有高血壓以及B型肝炎約已10年，無規則就醫及服藥習慣。家族樹如下：



二、現在病史與治療

個案主訴五個月前右側口腔腫脹不適，咀嚼疼痛，三月份於門診就醫，病理切片確診為舌頭右側邊緣之鱗狀上皮細胞癌，2014/5/8入院預執行手術，5/12執行口腔腫瘤切除術、頸淋巴腺根除術、舌骨上

一位中年男性罹患口腔癌術後加護經驗
區清除術、皮膚全層植補術及游離功能性肌瓣移植，術後身上留置有
7.5 號鼻腔氣管內管、右鼠蹊部中心靜脈導管、頸部引流管共 4 條、左
手、左腳各 1 條引流管，術後轉外科加護病房持續照顧，5/18 因肺部
浸潤情形及痰液的性質量有改善，且可執行有效咳嗽，故移除鼻腔氣
管內管，5/22 轉至普通病房，於 6/20 出院，定期於門診追蹤。

護理評估

於 2014/5/12-5/22 照顧期間，筆者以Gordon十一項健康功能型
態評估為導向，對個案進行生理、心理、社會、靈性之評估，並加以
歸納整理及分析，確立個案之護理問題。

一、健康認知及健康處理型態：5/15 案妻表示：「我先生有高血壓及B
型肝炎病史 10 年，他都沒有去看醫生或吃藥的!感冒了才會叫我去藥
局買藥。」個案有 20 年抽菸喝酒吃檳榔史，5/20 個案筆述：「做警
察的到哪裡都會有人請菸請檳榔，但為了這次開刀我已經戒了檳榔、
酒兩個月」、「我知道我有高血壓，但平常也沒有覺得身體不舒服，只
是最近舌頭腫腫的都不消，真是倒楣！」5/21 個案以手勢和筆述與護
理人員溝通：「戒酒戒檳榔的兩個月很痛苦阿!沒想到開完刀更痛苦，
哭到沒有眼淚了!」，住院期間個案皆可配合其醫療及護理活動。

(二) 營養代謝型態：個案身高 162.3 公分，體重 92.5 公斤(理想體重
51.66 ~ 63.14 公斤)，BMI值為:35 kg/m²，屬於體重過重，5/18 抽血
Albumine:3.0g/dl，屬於正常範圍；個案因工作用餐時間不規則，沒有

一位中年男性罹患口腔癌術後加護經驗

挑食習慣，5/14 案妻表示：「老公平常食量很大，每餐要吃兩到三碗飯才覺得飽」，目前術後採鼻胃管灌食，由營養師調配每天 2000 卡/天及高蛋白粉 10g/天，每天六餐，每餐 300ml，共 1800ml/天，每餐反抽消化約為 10~20ml 半乳糜狀消化奶，個案全身皮膚呈黝黑膚色、有彈性，術後下巴至右頸部縫線傷口共 38 公分，傷口周圍乾淨無紅腫無滲液，右頸部三條引流管及左手、左大腿各一條引流管存，引流少量淡血水，口腔內皮瓣覆蓋約 $6 \times 5 \text{cm}^2$ 呈膚色，每小時皮瓣動脈搏動為兩價，左手取皮區呈 $5 \times 8 \text{cm}$ 、左大腿補皮區呈 $6 \times 8 \text{cm}$ ，外觀乾燥無滲血情形。5/16：個案筆述：「我的嘴巴太腫了，口水都吞不下去!」、5/18：「嘴巴沒辦法閉起來，我好口乾喔!」。

(三)排泄型態：個案無便秘習慣；住院期間排便習慣約兩日解便一次，呈黃軟便，每次約 100~250g，因術後須維持皮瓣血管穩定性，故予軟便劑使用，術後導尿管留置，尿量約 1500-2000ml/天，尿液呈清澈無沉澱物，5/15 案妻表示：「他很怕熱!很會流汗!」。

(四)活動及運動型態：5/20 個案筆述：「一整天都在上班，下班後就很累了，哪有時間和體力去運動!在家喝啤酒看電視就是我的休閒活動啦!現在不知道還動不動的了!」，個案於加護病房期間採臥床休息，術後第 4 天開始予以翻身、擦澡等活動，身上傷口及多條管路存(鼻胃管、引流管、中心靜脈導管、靜脈留置針、導尿管)，活動受限但四肢關節活動度正常，肌力 5 分。聽診右下肺葉濕囉音，少許痰液累積就

一位中年男性罹患口腔癌術後加護經驗有咳嗽反應，由護理人員協助抽痰（約 7-8 次/日），痰液呈中量、呈淡黃色黏稠狀，5/15 個案筆述：「痰咳不出來的感覺好像快窒息了!」，5/16 案子表示：「護士!我爸的呼吸器在叫!他一直咳嗽臉都紅了!」。

(五)睡眠與休息型態：案妻表示個案睡眠時間為晚上 12 點到早上 7 點，無服用安眠藥習慣；術後因傷口疼痛不易入睡及易醒，依醫囑給予鎮靜劑使用，夜眠可持續 5-6 小時，於 5/16 停止使用鎮靜劑後，夜眠陸續可持續約 3 小時，大夜班交班表示：「我看到他晚上都會偷哭，會跟我要拿紙巾擦拭眼淚，沒什麼睡。」

(六)認知感覺型態：5/12 鎮靜劑使用時案妻表示：「我先生在皺眉頭又一直扭動!他是不是痛啊?」；5/15 停止使用鎮靜劑後個案意識清醒，因術後傷口與多處管路存，常出現皺眉、肌肉緊繃、冒汗等痛苦表情，個案 5/16 筆述：「我好痛…我可以打止痛針嗎?(流淚)」、5/18：「我右邊脖子的管子好多，動一下就好像被拉到一樣好痛。」、「為什麼大腿會刺痛?那裡也有傷口嗎?」個案疼痛時心跳 110 次/分、呼吸 30 次/分、血壓 170/88 mmHg，疼痛指數 6-8 分。

(七)自我感受及自我概念型態：案妻表示個案平時個性開朗，此次生病後情緒較顯緊張、害怕，不想讓朋友及同事知道病情，故選擇不公告，平時只有案妻及案子前來探視；5/15 筆述：「我臉上的傷口是不是很大啊?那現在傷口的情形如何?」、「咳嗽那麼大力傷口會不會裂開?要是裂開了怎麼辦?」，5/16 與妻子筆談表示：「我的臉妳看了會

一位中年男性罹患口腔癌術後加護經驗

不會怕啊？」、「我的臉這麼恐怖，還當警察…大家看到就怕吧！」，會客時要求把圍簾拉上，並寫下「是不是每個經過的病人家屬都在看我的臉啊？」5/18 案父探視時，個案痛哭且激動筆述：「我是不是完蛋了!!這個鬼臉怎麼回村子!怎麼上班阿？」。

(八)角色關係型態：目前是病患、父親、哥哥、兒子角色；住院前為家中主要決策及經濟來源主要者，案妻為主要照顧者，夫妻倆結婚已20年感情佳，與小孩關係良好，5/20 案與子筆談表示：「媽媽要照顧我還有你們三個，她很辛苦!要聽媽媽的話，也要幫忙照顧弟弟!」。

(九)性生殖型態：已婚，育有三子，與妻子相處感情良好，性生活正常，病患生殖器外觀正常，無分泌物及腫塊情形。

(十)適應壓力耐受型態：5/16 案妻述：「我老公就是那種把悲傷留給自己的那種人!有事就肚裡吞!連我都不愛說，要不是這個是大條(口腔癌)的!我看他也都自己來看醫生。」5/20 個案表示：「我朋友家人不少啦!但有心事時不太跟他們說，怕他們擔心阿!自己喝酒睡一覺起來就忘光光啦!幹嘛麻煩人家!」

(十一)價值信念型態：個案宗教信仰為基督教，雖然平時沒有上禮拜的習慣，但平時遇到壓力煩惱時才會禱告；術後於加護房期間，個案要求十字架項鍊睡覺時緊握在手裡。

問題確立

綜合上述結果確立個案護理問題歸納為急性疼痛、呼吸道清除功

能失效、口腔黏膜改變及身體心像改變，以下針對個案護理問題給予

適當護理措施與評值：

一、急性疼痛/與手術傷口及多處管路留置有關(2014/5/12~5/22)

主、客觀資料	<p>S1：5/12 案妻表示：「我先生在皺眉頭又一直扭動!他是不是痛啊？」 S2：5/15 個案筆述：「我好痛...可以打止痛針嗎？」 S3：5/16 「我右邊脖子的管子怎麼那麼多?動一下就好像被拉到一樣好痛!」 S4：5/18 「為什麼我大腿也刺刺痛痛的?那裡也有傷口嗎？」</p> <p>O1：個案於 5/12 執行口腔腫瘤切除術、淋巴清除術以及游離性皮瓣植補術。 O2：個案表情痛苦、額頭冒汗，有全身用力情形。 O3：個案有鼻腔氣管內管、右側頸部引流管 3 條、左手、左大腿各 1 條引流管、右鼠蹊部中心靜脈導管、鼻胃管、導尿管留置。 O4：術後個案臉頸部約有 38cm 縫線傷口，右側口腔內皮瓣 6x5cm² 覆蓋，左手有取皮區傷口 5x8cm、左大腿補皮區傷口 6x8cm 存。 O5：體溫:36.5°C,心跳:110 次/分,呼吸:30 次/分,血壓 170/88mmHg。 O6：5/12 使用 CPOT 量表評估個案疼痛指數為 8 分。 O7：5/16 依 NRS 數字量表評估個案疼痛指數為 6-7 分。</p>
護理目標	<p>1.於鎮靜劑使用期間，給予止痛劑 30 分鐘後 CPOT 指數能由 6-7 分降至 2-0 分。 2.於鎮靜劑結束使用後，給予止痛劑 30 分鐘後 NRS 指數能由 7-8 分降至 2-0 分。 3.於 5/20 前個案使用止痛劑次數能由 4-5 次/天，減為 1-2 次/天。 4.加護病房期間夜眠能持續 5-6 小時以上。</p>
護理措施	<p>※術後前 3 天合併鎮靜劑使用之疼痛評估方法： 1-1.運用重症照護疼痛觀察表(CPOT)評估疼痛，觀察其臉部表情、身體動作、順從呼吸器及肌肉緊張，每項目評分範圍 0-2 分，總分數最低 0 分，最高 8 分。 ※術後第 4 天，鎮靜劑停止使用後之疼痛評估方法及護理措施： 2-1.運用疼痛十分評估量表(NRS)評估、紀錄疼痛部位、頻律、性質及持續時間，同時告知個案若疼痛到最痛為 10 分完全不痛為 0 分，並衛教目前使用的止痛藥有控制不要擔心藥物上癮等問題，故不用隱瞞疼痛。 2-2.執行換藥照護前告訴個案過程，並且一個步驟一個步驟一一解說其意義及手法，使其參與過程保持其隱私。 2-3.疼痛初期時，鼓勵個案深呼吸，再緩緩吐氣，放鬆肌肉。 2-4.執行痛前給藥，於換藥前 30 分鐘給予止痛劑止痛劑使用(Pethidine 50mg IVP PRNQ4H)。 2-5.換藥時，注意動作輕柔，並避免碰撞、壓迫以及拉扯傷口或管路，撕起 3M 固定透氣膠時需注意是否過度拉扯皮膚。 2-6.將身上多處管路貼上標籤指示，做好管路整理再將管路放置於床上適當的位置，避免拉扯造成疼痛。 2-7.術後第 3 天可以溫水擦拭全身更換乾淨衣物，更新全套床單，並給予適時的身體按摩，使肌肉放鬆。 2-8.協助給予個案自覺舒適之臥位。 2-9.請案妻帶個案最喜歡的歌手「翁立友」的 CD 專輯來播放，藉由聽音樂來放鬆心情、分散注意力。 2-10.必要時使用電風扇，增加病室空氣流通以促進個案住院之舒適感。 2-11.多採集中護理減少不必要夜間的護理活動，使其得到高品質的睡眠時間。</p>
護理評值	<p>5/13：個案現全身放鬆閉眼睡眠中，CPOT 指數由 7 分降至 0 分。 5/17：個案筆述：「原本有 8 分痛，現在剩 2 分而已!好多了!」。 5/20：個案筆述：「我有比較不痛了!原本一天要打 5 次止痛藥，今天只有打過 1 次!」 5/20：個案在睡前使用止痛劑後睡眠可持續 5 小時沒有中斷睡眠情形。 5/22：針對此護理問題的後續照護計畫，持續監測個案在急性疼痛的臨床症狀的呈現。</p>

一位中年男性罹患口腔癌術後加護經驗

二、呼吸道清除功能失效/與口腔手術及鎮靜藥物使用無法有效自咳有關(2014/5/12~5/22)

主、客觀資料	<p>S1：5/15 個案筆述：「痰咳不出來的感覺好像快窒息了!」 S2：5/16 案子表示：「護士!我爸的呼吸器在叫!他一直咳嗽臉都紅了!」</p> <p>O1：個案執行口腔腫瘤切除術、游離功能性肌瓣移植術、淋巴清除術，術後有鼻腔氣管內管留置合併呼吸器使用。 O2：5/12 術後 3 天依醫囑使用鎮靜藥物Propofol 24 小時使用，缺少自咳反應，故痰液堆積，呼吸有痰音，聽診雙側肺有濕囉音。 O3：痰液量多、黃色帶血絲、痰稠且不易咳出，協助抽痰 7-8 次/天。 O4：個案血氧濃度為 96-100%，呼吸次數 15-25 次/分。 O5：5/14 胸部X光顯示雙下肺葉有浸潤情形。 O6：5/15 抽血檢查動脈氣體分析值：PH：7.35、PCO₂：35.6mmHg、PO₂ 80.3mmHg、HCO₃：22.5mmol/L、ABE：-1.0mmol/L、O₂ SAT 95%。</p>
護理目標	<p>1.於 5/17 前個案抽痰次數能由 1 天 7-8 次降低為 3-4 次。 2.於住院期間個案血氧濃度能維持在 95-100%。 3.於 5/18 移除鼻腔氣管內管後能自行執行有效咳嗽，將痰液自行咳出。</p>
護理措施	<p>※術後 3 天傷口癒合急性期合併鎮靜藥物使用之護理措施： 1-1.每 1 小時監測生命徵象及血氧飽和度及必要時觀察呼吸型態，包括:速率，呼吸音、有無使用呼吸輔助肌、肢體末梢溫度及顏色等。 1-2.每班觀察痰液量、性質及顏色並記錄。 1-3.必要時以無菌技術清除口鼻分泌物維持呼吸道通暢，依醫囑使用Parmason 漱口水，但不刻意刺激病患，避免影響術後傷口的癒合及皮瓣組織灌流。 1-4.依醫囑使用抗生素Augmentin 1.2gm.IVD.Q8H及Gentamycin 80mg.IVD.Q12H</p> <p>※術後第 4 天之護理措施： 2-1.依醫囑執行胸部X光檢查，必要時依醫囑執行動脈血液氣體分析檢查。 2-2. 5/15 依醫囑予以床頭抬高 15-30 度採半坐臥維持呼吸道之通暢。 2-3.執行抽痰技術或治療檢查時向個案及家屬解釋其用意，以減輕焦慮。 2-4.協助臥位或翻身前要先執行抽痰並排空呼吸器管路內積水，避免水倒流至病患氣管內管內。 2-5.依醫囑使用支氣管擴張劑或Half Saline來稀釋痰液，每次 15 分鐘，使用蒸氣吸入時，教導病患須採深而慢的呼吸方式。 2-6.於術後第 4 天依醫囑由呼吸治療師與護理人員協助使用拍痰背心(Thoracic wall vibration)1 天 3 次，每次 10 分鐘，執行後再予以協助抽痰。 2-7.加強水分攝取 2000-3000ml/day(管灌飲食 1800ml/天、靜脈點滴 1000ml/天)，協助稀化痰液。 2-8.依醫囑予以Acetin 1 PK TID.PO 使用。 2-9.協助個案執行有效咳嗽技巧如:先做深呼吸增加胸部內壓，一手壓住臉頸部傷口，再一手抱住肚子摒住呼吸後，將痰從喉頭用力咳出。 2-10.避免個案因疼痛而不敢執行有效自咳，適時予以止痛藥Pethidine 50mg.IVP.PRNQ4H 使用。 2-11.告知個案目前必須要增進身體營養狀態，維持充足的休息與睡眠，提升自我體力才能促進自我痰液的排除。</p>
護理評估	<p>5/16 個案配合執行抽痰，聽診輕微濕囉音，痰液呈白微稠，氧氣濃度可達 100%，無使用呼吸輔助肌情形，1 天抽痰次數減少為 4 次。 5/17 早上執行胸部X光檢查顯示雙側肺部浸潤已改善，於 5/18 執行移除鼻腔氣管內管。 5/20 個案主要要求自行咳嗽，能做出有效咳嗽之技巧，並成功把痰液咳出。 5/20 針對此護理問題的後續照護計畫，持續監測個案在呼吸道清除功能失效的臨床症狀呈現。</p>

三、口腔黏膜障礙/與口腔皮瓣重建手術有關 (2014/5/12~5/22)

主、客資	<p>S1：5/16：個案筆述：「我的嘴巴太腫了，口水都吞不下去!」 S2：5/18：「嘴巴沒辦法閉起來，我好口乾喔!」</p> <p>O1：5/12 因口腔鱗狀上皮細胞癌而執行口腔腫瘤切除術、游離功能性肌瓣移植術、淋巴清除術。 O2：病患頭頸部外觀有紅腫情形、口腔無法閉合、舌頭無法活動，有少許黃</p>
------	---

一位中年男性罹患口腔癌術後加護經驗

料	<p>白色舌苔存，口腔內深部有中量血水和唾液堆積。 O3：觀察個案右側口腔內有皮瓣覆蓋約 6x5cm²，呈膚色略顯乾燥，邊緣有縫線存，以脈動偵測器(Doppler)評估皮瓣血流搏動為兩價。</p>
護理目標	<p>1.於轉出加護病房前口腔出血及腫脹情形可改善，且無感染發生。 2.5/20 前個案及案妻可說出 3 項口腔異常變化及 3 項口腔自我照護重點。</p>
護理措施	<p>1.評估個案口腔傷口前先告知個案接下來的護理活動，同時安撫、鼓勵個案來降低個案的恐懼感，增加其信心。 2.術後每小時使用 Doppler 評估口腔皮瓣灌注狀況以及充血反應，並評估是否有其他紅腫熱痛、異常分泌物、水泡或者是瘀血、出血等情況並詳細記錄。 3.每小時使用 20cc 空針抽取 Parmason 漱口水輕柔地沖洗口腔並停留 30 秒後再將口腔內的分泌物和血水，以低壓力抽吸 40-60mmHg 抽出。 4.術後第 4 天可依醫囑床頭抬高 30 度，使用看護墊墊於頭頸部及胸前，避免沖洗嘴巴時濺濕衣服和床鋪。 5.於會客時間教導個案妻子共同協助個案執行口腔清潔，並告知維持口腔清潔的重要性是為了要減少細菌滋生，避免口腔感染。 6.於鼻胃管灌食前先執行口腔清潔，並確認鼻胃管位置是否正確，避免牛奶嗆咳造成口腔內傷口感染及吸入性肺炎。 7.使用紗布沾溼生理食鹽水放置口唇無法閉合之處，增加濕潤，降低乾燥感。 8.使用凡士林或潤唇膏塗抹雙唇保濕，避免乾裂。 9.製作口腔癌術後自我照護衛教簡易手卡給個案及案妻，內容如下：傷口變化需返院求治的圖片及狀況(傷口紅腫熱痛、不正常分泌物或潰瘍出血)、執行術後口腔復健(採漸進式練習，如軟組織按摩：按摩臉頰部分 5-10 分鐘，可使咀嚼肌肉放鬆、伸展運動：於按摩後將嘴巴打開到最大幅度，停留 10 秒)，以免有牙關緊閉的情形發生、因術後會影響進食及吞嚥咀嚼狀況，故避免油炸、刺激、粗糙及堅硬的食物(如辣椒、竹筍、甘蔗、芭樂、肉乾、等)，因採質地軟易吞嚥、半流質的食物為宜(如稀飯、豆花、布丁、麵線等)、誤用手指或牙籤挖口腔或牙縫，以防口腔受傷及感染、嚼檳榔抽菸及飲酒是造成口腔癌的主因，出院後需戒除掉這些危險因子，以預防癌症復發並增進自己的口腔衛生及確實執行口腔護理降低口腔感染機會。 10.使用平板電腦撥放多媒體口腔復健衛教影片予以個案及家屬觀賞，並親自示範，協助家屬將檔案加入案妻手機之我的最愛，以方便觀看。</p>
護理評估	<p>5/18 評估個案口腔內累積少量唾液，已無出血情形，皮瓣成膚色，充血反應佳。 5/19 個案筆述：「順利出院回家後嘴巴傷口如果會痛、流血或流膿、臉外面的傷口紅腫就要趕快回來找醫生!」。 5/20 案妻可口述口腔護理的方法 3 項：「我會用針筒抽綠色的漱口水然後先沖進去停個 30 秒後，再拿那個抽痰的管子用低壓力大概是 40-60mmHg 之間再把漱口水抽出來、之後如果轉病房要灌牛奶前也要先幫老公漱口然後要先確定鼻胃管有在胃理才可以灌、我老公嘴巴乾燥時我會拿護唇膏或凡士林幫他擦。」 5/22 針對此護理問題的後續照護計畫，持續監測個案在口腔黏膜改變的臨床症狀呈現。</p>

四、身體心像改變/與手術後臉頰外觀改變有關(2014/5/15~5/22)

主、客觀資料	<p>S1：5/15 筆述：「我臉上的傷口是不是很大啊？那現在傷口的情形如何？」</p> <p>S2：「我咳嗽那麼大力，傷口會不會裂開啊？要是裂開了怎麼辦？」。</p> <p>S3：會客時與妻子筆談「我的臉妳看了會不會怕啊？」。</p> <p>S4：每次會客時要求把圍簾拉上，並表示「是不是每個經過的病人家屬都在看我的臉啊？」。</p> <p>S5：5/18 「我的臉這麼恐怖，還當警察...大家看到就怕吧！」。</p> <p>S6. 5/18 案父探視時，個案痛哭且激動筆訴：「老爸!我是不是完蛋了!!這個鬼臉怎麼回村子!怎麼上班阿!」。</p> <p>O1：個案行口腔腫瘤切除術以及皮瓣修補術，臉上有 38cm縫線傷口。</p> <p>O2：於加護病房期間情緒較為低落、無表情，與護理人員談及往後家庭工作時會啜泣、落淚。</p> <p>O3：主要要求把住院名單改成不公告，每次會客時會把圍簾拉上。</p>
護理目標	<p>1.於 5/20 前個案能與護理人員表達外觀改變的心理感受。</p> <p>2.於 5/22 前個案能與醫護人員及家屬以外的人接觸、互動。</p>
護理措施	<p>1.運用關懷、傾聽、不批判的態度來陪伴個案，建立良好的護病關係，並多使用肢體的接觸，例如:握手、拍肩。</p> <p>2.指導個案使用肢體語言或者是筆談來與他人溝通。</p> <p>3.請主治醫師解釋手術後身體結構功能改變狀況及後續醫療處置方向及日後復健計畫。</p> <p>4.執行護理活動時採集中護理，注意個案隱私；將圍簾拉上並掛上「治療中」的指示牌，維護個案不因住院而失去應有的隱私尊嚴。</p> <p>5.當個案願意面對自己的傷口時，給予正向肯定。</p> <p>6.在護理人員的陪伴下鼓勵個案與家屬共同參與傷口照顧，協助個案使用鏡子來檢視自己的傷口，試著讓個案自己撫摸臉頰及身上多處的管路。</p> <p>7.請家屬攜帶個案的警帽、制服以及與警察同事的合照放置於個案床邊，增加個案重返工作崗位的動力。</p> <p>8.請個案的警察同事們使用錄音的方式錄下給個案加油、打氣的話，播放給個案聽，並分享心情。</p> <p>9.邀請醫院宗教師每週兩次來探視個案，與個案及個案家屬共同分享住院心情，及在病床旁閱讀聖經、彈吉他、哼唱詩歌來放鬆心情，並共同禱告。</p> <p>10.告知個案出院後，需持續門診追蹤傷口情形，介紹本院之口腔病友會，及、陽光基金會等，與病友共同交換照顧資訊，增加自我照顧能力。</p> <p>11.提供病友會病友提供之康復狀況佳之病友照片，予以觀看增強其自信心，且主動提供鏡子:告訴個案目前為急性期傷口較腫脹，可在傷口保養下慢慢康復，雖不會跟以前完全一樣但會比目前更進步。</p> <p>12.主動與個案及家屬討論若外出擔心臉曝曬陽光或怕他人指點之打扮,建議可使用透氣口罩、帽子來修飾。</p>
護理評估	<p>5/20 個案表示：「現在我才體會到身體健康比甚麼都重要...那些外在的事似乎不用那麼在意!」</p> <p>5/22 個案妻子表示「今天宗教師來幫我們禱告，還一起唱了詩歌，他說心情很好!沒想到他願意與其他人接觸互動!謝謝你們!」</p> <p>6/1 預評估後續照護，故至普通病房探視個案，個案情緒平穩，可微笑與隔壁病患交談，並主動與護理人員打招呼。</p>

討論與結論

本文主要討論一位中年男性罹患口腔癌執行口腔皮瓣重置術後所面臨到生理與心理方面之衝擊，於護理過程中，透過全團隊的合作讓

一位中年男性罹患口腔癌術後加護經驗

個案得到整體性且適確性的醫療照護。術後於加護病房期間是黃金關鍵期，對於傷口疼痛，運用多方面的止痛技巧來緩解個案不適感，教導個案執行有效咳嗽與相關護理措施，使個案成功脫離呼吸器；詳細地評估與監測術後口腔皮瓣，以維持灌流及執行正確的口腔護理來降低感染；透過主動關懷並運用社會支持的力量，使個案重建自信心來面對外觀改變的考驗。急重症單位的護理人員常習慣於急性、迅速的照護，依賴各種儀器來評估患者，卻忽略患者面對陌生、隔離的環境與家人不在身邊的孤獨感，而產生徬徨、無助等負面感受；經過此次的護理過程讓我能夠真正的停下腳步來，運用語言及非語言的技巧來關懷、傾聽個案，瞭解病人真正的需求，並透過宗教師的心靈輔導，使個案重新了解生命的意義，重燃返回社會的動力。照護過程中也發現個案對手術前、後認知的差異度大，可見口腔癌手術的術前衛教是相當重要，希望口腔癌患者未來與醫師談及手術醫療處置時可先藉由影片、圖片、衛教單張，或透過口腔癌病友會的心得分享，讓患者提早瞭解到術後可能的傷口狀況及入住加護病房後的治療情形，可先讓醫護團隊瞭解個案對治療的接受度，再確認往後的治療方針，並建議成立口腔皮瓣照護護理師及口腔癌個案管師與醫療團隊共同合作，加強術後的評估照護與定期的追蹤管理，以增進口腔癌術後照護品質。

參考文獻

成大醫院藥劑部(2014, 7月)·成大醫院藥品衛教單張-寶馬生漱口

水 • http://140.116.253.135/New HomePage/ DrugEdu.asp?D_id=183

345

杜漢祥、陳欽明、鄭高珍(2009)·止痛劑、鎮靜劑、抗精神病藥物及神經肌肉阻斷劑在嚴重敗血症病人之應用·*重症醫學雜誌*，*10*(1)，36-49。

林怡君、甘鴻蓉(2011)·照顧一位有手術後疼痛病史再次手術之護理經驗·*北市醫學雜誌*，*8*(2)，159-170。

林雅慧、柯薰貴(2011)·照顧一位口腔癌患者皮瓣重建術後之護理經驗·*腫瘤護理雜誌*，*11*(2)，37-48。

林翠姬、厲佩如、廖玉美、林采蓉(2013)·照顧一位口腔癌接受口顎皮瓣重建手術之加護經驗·*長庚護理*，*24*(1)，90-98。

陳靜怡、黃惠玲、莊情惠(2010)·一位口腔癌接受重建手術後有自殺意念病患之護理經驗·*長庚護理*，*21*(1)，109-117。

陳惠君、曾月霞、陳玉敏(2011)·中文版重症照護疼痛觀察工具之效度檢定·*護理暨健康照護研究*，*7*(2)，108-116。

康芳瑜、余珮蓉(2009)·照顧一位口腔癌患者術後於加護病房的護理經驗·*志為護理*，*8*(4)，129-136。

崔宛玉、林寬佳、黃惠璣(2013)·口腔癌手術病人於住院期間身體心像改變及其因應行為探討·*護理暨健康照護研究*，*2*(9)，127-138。

一位中年男性罹患口腔癌術後加護經驗

曾光毅、曾嵩智 (2011) · 現階段口腔癌的預防與治療 · 家庭醫學與
基層醫療, 26 (5), 215-224。

黃澤人 (2008) · 口腔癌及其臨床診療之介紹 · 義大醫訊, 4 (1), 4-7。

詹淑雅、劉芹芳、金繼春 (2007) · 一位口腔癌病患之護理—身體心像
護理模式之應用 · 長庚護理, 18 (4), 612-623。

鄭文惠、洪嘉蕙、周繡玲 (2013) · 一位口腔癌病患術後之護理經驗 ·
腫瘤護理雜誌, 13 (2), 65-75。

廖繼鼎 (2010) · 臨床腫瘤學 · 台北市: 合記。

蔡紫暄、周繡玲、陳麗系 (2012) · 口腔癌患者術後症狀困擾及其相
關因素探討 · 腫瘤護理雜誌, 11 (2), 23-35。

衛生福利部統計處 (2014, 6 月) · 102 年主要死因分析 · [http://www
.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=50](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=50)
12.

闕昀珮、張東杰、林秀峰、游靜宜、鄭夙芬、康仲然、陳一豪 (2011) ·
口腔癌病患社會支持、憂鬱焦慮之探討與社會支持介入之影響 ·
台灣耳鼻喉頭頸外科雜誌, 4 (6), 329-339。

Michelle Cororve Fingeret, Damon J. Vidrine, Gregory P. Reece, Ann M.
Gillenwater, Ellen R. Gritz (2010). A Multidimensional Analysis of
Body Image Concerns Among Newly Diagnosed Patients with Oral
Cavity Cancer. *Head & Neck*, 32 (3), 301-309.