

照護一位中年期口腔癌術後患者之加護經驗

摘要

本文主要探討一位45歲中年男性口腔癌術後之加護經驗，照護期間為2014年4月10日至4月18日，依據Gordon十一項健康功能性型態為評估工具，以直接護理、觀察、身體評估及會談等方式收集資料，歸納分析個案護理問題有急性疼痛、呼吸道清除功能失效及身體心像紊亂。口腔癌病患在術後常需面臨生理上的疼痛缺損及顏面外觀的改變，而使病患的生心理層面帶來巨大衝擊，進而產生負面情緒反應及身體心像的改變，故於照護期間內針對個案提供個別性及整體性護理措施，以主動關懷、傾聽及陪伴個案，並運用團隊合作，利用藥物及非藥物療法，如聽音樂、肌肉按摩及放鬆技巧等來緩解病人疼痛，促進舒適；提供胸腔物理治療，教導有效深呼吸咳嗽，協助痰液排出，以維持呼吸道通暢；並鼓勵個案及家屬主動參與換藥過程，以增加傷口的照護能力外，並使其能以正向心態接受術後傷口及身體結構的改變，進而恢復正常生活形態，維持良好生活品質。期望藉此護理經驗分享，能提供日後護理同仁照護此類病患之參考。

關鍵詞：口腔癌、加護病房、疼痛、身體心像紊亂。

前言

根據2013年衛生福利部統計處資料顯示，惡性腫瘤排行台灣地區國人十大死因第一位，口腔癌更居於男性十大癌症發生率及死亡率的第四位，且每十萬人中就有21.4人死於口腔癌，而口腔癌標準化死亡率確仍不斷再攀升中，近十年單以男性部分就增幅了13.2%，其中死亡年齡中位數更低於60歲，而花蓮縣男性因口腔癌死亡者，百分比更高達11.8%，高居全國第四。本個案為45歲中年期花蓮男性，正值事業、家庭穩定發展階段，此次為初次罹患口腔癌，於術後急性期時，常伴隨術後傷口帶來的疼痛不適，和氣管內管留置而導致的呼吸道清除功能失效及術後顏面外觀改變等生心理問題，均嚴重影響個案的基本生活功能，使個案出現負向情緒、自我封閉等現象，故引發筆者書寫之動機，藉由耐心傾聽、陪伴與鼓勵，充分了解個案所表達的生心理需求後，依據其需求提供相關訊息及照護，運用藥物及非藥物療法緩解疼痛不適，提供胸腔物理治療以維持呼吸道通暢，與個案建立良好的護病關係及運用跨團合作，協助個案接受身體外觀的改變，且能夠正向的面對未來的生活，期望能藉此護理經驗與臨床護理同仁分享。

文獻查證

一、口腔癌概述

口腔癌是指發生在口腔組織的惡性病變，包括唇、頰黏膜、齒齦、舌頭、口咽及軟硬顎等部位，其中鱗狀上皮細胞癌占90%，五年存活率

僅50%。常見的致病因素有吃檳榔、抽菸、喝酒，根據統計約90%的口
腔癌患者有嚼食檳榔習慣，臨床表徵包括頸部淋巴結腫大、吞嚥困難、
未癒合的口腔潰瘍或頸部任何部位不明之腫塊等。目前主要治療方式
仍以外科手術為主，包括廣泛性徹底的腫瘤切除、頸部淋巴廓清術及
顯微重建術；而對於無法手術或術後之高危險群病患，可合併化學或
放射線治療（王等，2009；蔡、李、崔，2013；Melo, et al., 2013）。

二、口腔癌術後於加護病房常見之護理問題與措施

（一）急性疼痛

術後病患常因傷口面積廣大產生嚴重疼痛，進而影響生活品質，
因此在臨床上護理人員可用十分量表（Numeric Pain Rating Scale，
NRS）作為評估工具，0分表示完全不痛，10分表示最痛，並依據疼痛
指數適時給予止痛藥物，並評估藥物用後反應；教導病患運用非藥物
療法，如：呼吸放鬆技巧、肌肉按摩、舒適臥姿及音樂療法等緩解疼
痛，並採集中式護理，活動時注意姿勢，應避免過大的動作，以減少
肌肉傷口的牽扯、壓迫及摩擦（林、柯，2011；國家衛生研究院，2009）。

（二）呼吸道清除功能失效

術後因上呼吸道易出現中度水腫而壓迫氣管，因此術後大多數病
患會放置氣管內管以確保呼吸道通暢，以避免呼吸道因腫脹或被血液
及分泌物阻塞。故需隨時評估病患的呼吸音、呼吸型態及生命徵象，
協助抬高床頭30度，使橫膈膜下降增加肺部擴張；運用胸腔物理治療

協助病患使用支氣管擴張藥物，執行噴霧治療，使氣管氣體濕度增加以稀釋痰液，予背部扣擊促進痰液引流；教導噁嘴式呼吸，並利用腹壓進行有效性咳嗽；必要時予以無菌抽痰，並隨時觀察痰液性質、顏色與量，預防術後肺部的合併症發生（邊，2004；譚，2009；蘇、劉、相，2011）。

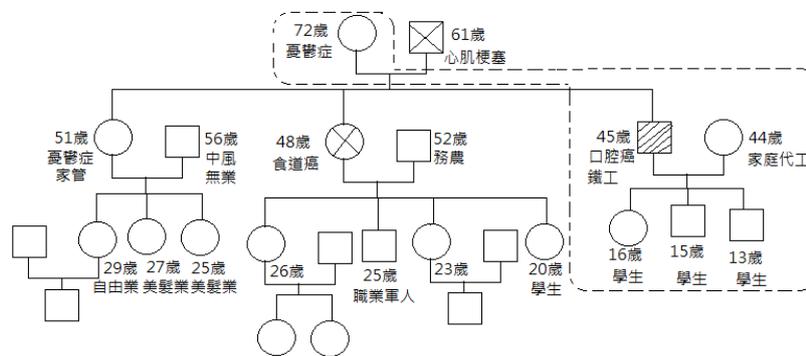
（三）身體心像紊亂

口腔癌病患術後因顏面外觀的缺損改變，常對病患的心理社會層面帶來巨大衝擊，而產生負向情緒反應並降低個人自我價值，害怕在人際互動中被拒絕，所以採取退縮及逃避態度，而導致社交隔離，此時需多運用陪伴、引導、傾聽、討論等技巧，評估其對生理外觀改變的想法與因應狀況（詹、劉、金，2011；崔、林、黃，2013）。在護理過程中應與病患建立良好的護病關係，除了同理心主動關懷外，多使用開放式溝通方式，給予病患足夠時間鼓勵表達想說的話，對於病患的正向看法給予肯定，鼓勵病患及家屬正視傷口並參與傷口照護，並說出感受及想法，以增加自我照顧能力及控制能力，並教導病患在不影響傷口下可藉由戴口罩、帽子或圍巾等修飾方式適當遮蔽傷口外觀，鼓勵重要親友及有意義他人陪伴及支持，介紹成功相同疾病個案經驗分享，皆有利於重新自我肯定（蘇、劉、相，2011；施、郭，2011；Longacre, Ridge, Burtness, Galloway, & Fang, 2012）。

護理過程

一、個案簡介

黃先生，花蓮人，45歲，高職畢業，信奉道教，平日說國、台語，職業鐵工，已婚，育有一女兩男，現與母親、妻子及兒女同住，家庭經濟穩定，為家庭主要決策者，住院期間多為案妻照顧，有抽菸喝酒吃檳榔的習慣皆超過30年，家庭圖譜如圖一所示：



圖一 家庭圖譜

二、過去病史與求醫過程

個案無特殊過去病史，2-3個月前感覺左側口腔內有異物感，近期口腔潰瘍加劇，疼痛不適，於2014/4/6至門診追蹤檢查，病理切片結果為惡性鱗狀上皮細胞癌，分期為T4N0M0，醫師訪視後建議做手術。於4/10執行腫瘤根治性切除及皮瓣移植手術，並有氣管內管及傷口引流管等多重管路留置，術後轉入外科加護病房，4/10至4/12鎮靜藥物使用，保持臥床休息以維持皮瓣血管與血流穩定，4/14拔除氣管內管及傷口引流管，4/19因個案生命徵象穩定，在病情、傷口控制良好的情形下，轉至普通病房照護，並於5/10出院，改為門診後續追蹤治療。

護理評估

護理期間為 2014/4/13 至 2014/4/19，依 Gordon 十一項健康功能性型態為評估工具，以直接護理、觀察、身體評估及會談等方式收集資料，針對個案進行身體、心理、社會及靈性等層面給予完整性評估，以確立個案之護理健康問題。

一、健康認知與健康處理型態

個案沒有定期健康檢查的習慣，表示身體健康，在家很少生病，一年最多感冒 1-2 次，偶會去買成藥來吃，有抽菸吃檳榔喝酒的習慣，且都超過 30 年，個案 4/15 表示：「自從嘴巴感覺怪怪時，就把檳榔那些都戒掉了。」，住院期間內均可配合護理治療，若有不適情形會主動向醫護人員反應。

二、營養代謝型態

個案表示住院前食量正常，一天正常吃 3 餐，入院身高 170cm、體重 68.6kg，BMI：23.7kg/m²，屬健康體態，術後採鼻胃管灌食，管灌愛美力含纖 250ml/Q4H，每日攝取 1800 卡，反抽消化良好。4/15 檢驗值為 WBC 6.95 xTHSD/u1、Hb 12.5g/dl、Albumin：3.6g/dl、Na：139.5meq/L、k：3.7meq/L、Cholesterol：220mg/dL、Triglyceride：135mg/dl；觀察膚色正常，皮膚有彈性無水腫，術後下巴至左側頸部縫線傷口 30cm，2 條傷口引流管引流血水，左側口內 6X4cm²移植皮瓣呈紅潤膚色，每小時以 Doppler 監測血循正常，微血管充填時間小

於 2 秒，左上肢 5 X 4cm² 及左大腿 6 X 8cm² 供皮區組織紅潤，邊緣完整，無特殊分泌物及異味，左上肢供皮區石膏固定及左大腿供皮區彈繃包覆，每日協助換藥。

三、排泄型態

術後導尿管留置，尿量約為 2500-3000cc/天，尿液呈淡黃澄清無沉澱物，視診個案腹部外觀平坦，聽診腸蠕動音 14 次/分，叩診輕微鼓音，觸診腹部柔軟，平均 3 天排便一次，糞便呈黃棕色軟便。

四、運動活動型態

個案無規則運動習慣，假日偶會與朋友去海邊釣魚，本身職業屬中度活動，術後因傷口、氣管內管及多處管路留置，活動範圍皆在床上。4/11 胸腔 X 光顯示右上葉肺炎，痰液培養為 Escherichia Coli，4/13 左上肢石膏固定，肌力為 3-4 分，其餘肢體肌力 4-5 分，關節活動度正常。4/14 拔管後噴霧面罩 (Aerosol mask) FiO₂: 35% 8L/min 使用，聽診雙側肺葉呼吸音呈囉音，痰液呈黃白色量中微稠，觀察個案無法將痰液咳出，咳嗽時心跳由 70-85 次/分增加至 115-125 次/分，呼吸次數由 20-22 次/分增加至 25-34 次/分，SpaO₂ 由 97% 下降 90-91%，呼吸喘，使用呼吸輔助肌，抽痰次數平均一小時 3-4 次。4/14 個案筆訴：「痰卡在喉嚨，咳不出來，不舒服。」、「沒有力氣，咳不出來！」、「要抽痰！」。

五、睡眠休息型態

住院前平均睡眠7-8小時，沒有午睡習慣，容易入睡，無使用安眠藥，4/13觀察個案偶會因傷口疼痛不易入睡，視需要給予止痛藥物使用後，夜眠可持續6.5-7小時不間斷，個案自覺夜眠情況佳，4/14氣管內管及傷口引流管移除後不適情形改善許多，夜眠可延長至7小時以上，觀察個案早上精神狀況佳，無黑眼圈打哈欠情形。

六、認知感受型態

GCS：E4VEM6，術後傷口為口腔內植皮傷口、頸部縫線傷口及兩條傷口引流管，左側肢體供皮區傷口石膏固定彈繃包覆，左大腿供皮區彈繃包覆。4/13於沐浴、換藥及執行護理活動時，觀察個案偶會出現皺眉、肌肉緊繃及全身扭動等不適情形，情緒也變得較為焦躁不安，血壓由124/57-143/60mmHg增加至170/65-183/70mmHg，心跳由75-100次/分增加至115-125次/分，並以手指表示疼痛分數為10分量表中的5-6分。4/14個案筆訴：「不想洗澡，翻身時會扯到傷口，會痛。」、「可以打止痛針嗎?」、「打石膏那邊的手好重會痛不舒服，可以拿掉嗎?」。

七、自我領悟自我概念型態

案妻表示個案個性樂觀開朗，朋友多，且注重自己的外觀及儀容，4/13觀察個案術後第一次使用小鏡子觀看顏面手術傷口時，表情皺眉錯愕，之後再協助個案觀看傷口時個案多不願正視傷口並移開視線。4/13個案筆訴：「開刀前沒有人拿開完刀的傷口照片給我看過，我不

知道會變這麼醜，跟我想像的差好多。」、「我第一次生這麼大的病，臉還變成這樣。」；4/14 個案筆訴：「臉的傷口這麼大，自己看了都會嚇到，更何況是別人。」；案妻表示：「這次住院，一些親朋好友都有打電話過來關心，說他們想過來探病，但都被先生拒絕了。」，住院期間要求申請為不公告，個案表示不想讓太多人打擾，探訪時間時均只有案妻一人，4/15 個案表示：「不敢讓小孩子來醫院啦，他們看到嚇到怎麼辦，以後要怎麼見人。」。探視個案時，觀察個案臥床休息時，會不斷觸摸臉上傷口。

八、角色關係型態

個案有丈夫、兒子、爸爸、病人等角色，與母親、案妻及兒女們同住，為家中主要經濟來源及決策者，住院期間內，案妻每天前來探視個案，且能一起討論個案病情並全力配合醫療團隊，病室內可見兒女們寫的卡片：「祝爸爸早日康復！我們大家都在等你回家！爸爸要加油喔！」

九、性生殖功能型態

外生殖器正常，尿道口無特殊分泌物，育有一女兩男，跟案妻仍有正常性生活，會客時，觀察案妻會幫個案全身按摩並不時安撫個案情緒，予正向鼓勵與支持，夫妻感情融洽。

十、壓力應付與耐受型態

個案表示以前心情不好時會跟朋友喝酒聊天紓解壓力，此次是第

一次生大病，會擔心疾病能不能痊癒，但經由醫生解釋、醫療團隊的照護及家人的支持陪伴下，內心壓力已較緩解，案妻表示個案也會擔憂住院費用問題，不過因之前還有一些儲蓄，所以還不至於影響家裡經濟。

十一、價值信仰型態

信奉道教，表示只是一般祖先祭拜，此次住院，有燒香請祖先保佑，床頭擺放妻子至寺廟求來的平安符。

問題確立

綜合以上 Gorden 十一項功能性健康型態評估後，確立個案主要的問題有：一、急性疼痛/與手術傷口及引流管留置有關；二、呼吸道清除功能失效/與人工呼吸道留置及無效性咳嗽有關；三、身體心像紊亂/與術後顏面結構改變及害怕他人反應有關。

護理計畫與評值

一、急性疼痛/與手術傷口及引流管留置有關(2014/4/13-2014/4/19)

主觀資料	<ol style="list-style-type: none"> 4/14 不想洗澡，翻身時會扯到傷口，會痛！ 4/14 可以打止痛針嗎？ 4/14 打石膏那邊的手好重會痛好不舒服，可以拿掉嗎？
客觀資料	<ol style="list-style-type: none"> 4/10 執行腫瘤根除性切除及皮瓣移植手術，術後氣管內管及 2 條傷口引流管留置，下巴至左側頸部縫線傷口 30cm，左側口內 8X5 cm² 移植皮瓣，左上肢 5X4cm² 及左大腿 6X8cm² 供皮區傷口，每日協助換藥。 4/13 翻身、沐浴及換藥時個案出現皺眉、肌肉緊繃及全身扭動等不適行為，情緒也變得較焦躁不安，血壓由 124/57-143/60mmHg 增加至 170/65-183/70mmHg，心跳由 75-100 次/分增加至 115-125 次/分以手指表示疼痛分數為 10 分量表中的 5-6 分。 4/13 夜間休息時個案常因傷口疼痛而不易入睡
目標	<ol style="list-style-type: none"> 4/15 個案能做出至少兩項緩解疼痛的方法。 4/17 在執行護理活動時，個案主訴疼痛指數低於 2 分。

護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 鼓勵個案表達疼痛感受，接受個案因疼痛帶來的情緒反應，請案妻從家中帶來個案喜愛的羅時豐、江蕙台語專輯錄音帶及光碟等，播放給個案聆聽，同時評估個案藉由音樂達到轉移注意力、情緒放鬆的效果。 2. 協助個案舒適臥位：協助置放枕頭於左上肢體石膏下方，使其肢體有所支托，同時可抬高患肢促進靜脈回流。於頸部後方置放小枕頭，避免頸部過度伸張拉扯傷口，以促進舒適，並將各引流管固定，隨時注意是否有受壓或拉扯情形。 3. 維持衣著乾淨舒適，於床上移動時，肩至腰部下鋪翻身中單協助翻身移位，移位時動作輕柔、平穩，以減少傷口拉扯與摩擦。 4. 衛教個案應避免過大的肢體動作；告知因傷口主要在口腔內和頸部，故旋轉頭部及說話時宜動作輕柔，以減少傷口的牽扯、壓迫及摩擦。 5. 衛教及帶領個案執行呼吸放鬆技巧，每日 3 次，每次 10-15 分鐘，放鬆技巧如下：首先調整呼吸頻率、深度，於深呼吸時緊握拳頭，然後再慢慢吐氣並放鬆拳頭，於放鬆時引導個案想像自己躺在空曠、柔軟的草原上，微風吹拂，感受自己非常平靜及放鬆…等冥想。於練習過程中，觀察及評估個案的放鬆成效，如：面部表情、肌肉緊張及放鬆程度，以達到減輕疼痛效果。 6. 會客時協助案妻使用乳液或精油幫個案按摩；需要時協助個案採半坐臥姿，依個案喜好於按摩時著重背部及腰部，以減輕因長時間臥床造成的痠痛不適，使肌肉達到放鬆狀態，增進個案舒適感。 7. 於換藥 30 分鐘前給予止痛藥物，換藥過程中隨時注意個案的語言和非語言反應，並適時給予關心，換藥移除敷料時動作輕柔，敷料若有沾黏於傷口，先使用生理食鹽水沾濕敷料後再取下，減少使組織受損引發疼痛，每班確實評估紀錄傷口情形，觀察有無異味、滲液等。 8. 夜間休息時，協助調整燈光照明，拉起圍簾維持隱密的環境，採集中護理，保持環境安靜，讓個案獲得充足休息及睡眠，必要時予以止痛針幫助睡眠，促進個案舒適。 9. 三班持續以疼痛十分量表評估個案疼痛強度，適時依醫囑給予止痛藥物 Morphine 10mg IVP prnQ4h 及 Meperidine 50mg IVP IVP prnQ4h，並 30 分鐘後評估藥物反應。
評估	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/15 個案表示：「一聽到羅時豐的歌我心情就平靜很多，晚上也比較好睡；左手石膏那邊用枕頭墊著就舒服多了！」，觀察個案在移動肢體更換姿勢時會放慢移動速度，咳嗽時也會稍微用手輕壓傷口附近，以避免傷口受到牽扯疼痛。 2. 4/17 於床上沐浴翻動個案時詢問疼痛情形，個案表示：「傷口沒這麼痛了，比較敢洗澡翻身了，不過動很大力的時候，傷口那邊還是會痛，分數大概 1-2 分左右。」，觀察換藥時，個案表情平穩，並表示疼痛分數為 0-1 分。 3. 持續追蹤照護情形，適時調整護理計畫。

二、呼吸道清除功能失效/與人工呼吸道留置及無效性咳嗽有關

(2014/4/13-2014/4/19)

主觀資料	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/14 沒有力氣，咳不出來！ 2. 4/14 痰卡在喉嚨，咳不出來，不舒服！ 3. 4/14 要抽痰！
客觀資料	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4/10 執行腫瘤根除性切除及皮瓣移植手術，術後氣管內管留置。 2. 4/11 胸腔 X 光顯示右上葉肺炎，痰液培養為 Escherichia Coli。 3. 4/14 拔管後聽診雙側肺葉呼吸音呈囉音，痰液呈黃白色量中微稠。 4. 4/14 噴霧面罩 (Aerosal mask) FiO2 35% 8L/min 使用，個案自咳能力差，無法深

	呼吸咳嗽，抽痰次數平均一小時 3-4 次。 5. 4/14 個案咳嗽時心跳由 70-85 次/分增加至 115-125 次/分，呼吸次數由 20-22 次/分增加至 25-34 次/分，SpaO ₂ 由 97% 下降 90-91%，呼吸喘，使用呼吸輔助肌。
目標	1. 4/15 個案能正確執行深呼吸咳嗽。 2. 4/17 個案能自行咳出中量痰液，維持呼吸道通暢。
護理措施	1. 三班持續評估個案呼吸音、呼吸型態、痰液的性質、量、顏色、生命徵象。 2. 協助及衛教個案多採半坐臥姿，使肺部完全擴張，協助呼吸治療師一同予個案執行胸腔物理治療，以促進痰液鬆動排除，預防呼吸道合併症發生，並指導主要照顧者案妻正確的背部叩擊及注意事項並回覆示教，對於不正確之方式加強指導，避免個案至普通病房後因無法排除痰液而重返加護病房。 3. 衛教並帶領個案噉嘴式呼吸：教導個案手放於上腹部中央或者放置重量適當的沙袋或軟袋於腹部，由鼻子緩慢吸氣，心中默念 1、2，此時需將嘴巴閉上；之後噉起嘴巴，噉成圓唇狀經由口腔緩緩將空氣吐出，再心中默念 1、2、3、4，吐氣長度約為吸氣時的兩倍。 4. 教導個案有效性的咳嗽技巧：首先教導先深吸一口氣，協助用手按壓住個案腹部並告知憋住呼吸，之後再用力呼氣將痰咳出，呼氣時可同時發出「哈」的聲音，以增加腹部壓力。隨時觀察、評估個案執行有效性咳嗽的情形及其技巧和方法是否正確，對於不正確之部分加強指導，並於個案執行時鼓勵及讚美個案。 5. 必要時予以無菌抽痰技術，抽痰時間需小於 15 秒，並觀察個案的呼吸、血氧濃度、嘴唇顏色有無缺氧反應，若有發紺的情形，則暫緩或停止抽痰。 6. 依醫囑給予藥物，如祛痰藥、支氣管擴張劑及霧氣治療，評估每日水分攝取量及 I&O 情形，以利適時補充呼吸道水分的散失，稀釋痰液。 7. 依醫囑給予抗生素 Gentamicin 60MG IVD Q12H 及 Augmentin 1.2GM IVD Q8H 使用，控制肺炎情形。
評估	1. 4/15 觀察個案每日可在護理人員協助下採半坐臥姿執行深呼吸咳嗽，但腹部仍然比較沒有力氣，自咳能力有限，予適時協助個案抽痰，SpaO ₂ 都可維持 97% 以上。 2. 4/16 個案表示：「每天做那些呼吸和咳嗽訓練，現在都比較有力氣可以咳出來了！」，觀察個案已能正確執行深呼吸咳嗽技巧，能少量咳出黃白色痰液。 3. 4/17 觀察個案能執行有效性咳痰，可自咳出中量黃白微稠痰液，已無協助抽痰需要，氧氣治療也更換為鼻導管 3L/min 使用，SpaO ₂ 都可維持 98-100% 以上，無呼吸喘等不適情形。 4. 持續追蹤照護情形，適時調整護理計畫。

三、身體心像紊亂/與術後顏面結構改變及害怕他人反應有關

(2014/4/13-2014/4/19)

主觀資料	1. 4/13 開刀前沒有人拿開刀完的傷口照片給我看過，我不知道會變這麼醜，跟我想像的差好多。 2. 4/13 我第一次生這麼大的病，身體還變成這樣。 3. 4/14 臉的傷口這麼大，自己看了都會嚇到，更何況是別人 4. 4/14 案妻表示這次住院，一些親朋好友都有打電話過來關心，說他們想過來探病，但都被先生拒絕了。 5. 4/15 不敢讓小孩子來醫院啦，他們看到嚇到怎麼辦，以後要怎麼見人。
客觀	1. 4/10 執行腫瘤根治性切除及皮瓣移植手術。 2. 4/11 住院期間表示不想讓太多人打擾，申請為不公告，故探訪時間時均只有案妻一

資料	<p>人。</p> <p>3. 4/13 觀察個案術後第一次使用小鏡子觀看顏面手術傷口時，表情皺眉錯愕，之後再協助個案觀看傷口時個案多不願正視傷口並移開視線。</p> <p>4. 4/14 觀察個案臥床休息時，會不斷用手觸摸臉上傷口。</p>
目標	<p>1. 4/16 個案能以小鏡子正視傷口外觀，並能主動說出對傷口的看法。</p> <p>2. 4/18 個案能同意讓自己的重要親友，如兒女等來醫院探望自己。</p>
護理措施	<p>1. 每日主動與個案打招呼，並建立信任的治療性關係，並運用傾聽、觸摸、陪伴等技巧，鼓勵個案表達出對手術後顏面外觀改變的感覺，支持個案正向自我價值感，並討論傷口外觀情形而非一味在意他人眼光，給予同理心支持。</p> <p>2. 與個案討論裝飾外表的方法，衛教在加護病房內可戴口罩稍微掩飾傷口，未來去病房或出院後，在不影響傷口下都可適當使用帽子、圍巾或穿襯衫、高領口的棉質衣物等來修飾外表，表示還是可以像正常人一樣外出、生活，傷口部分也會漸漸消腫。</p> <p>3. 鼓勵重要親友提供持續性的支持及鼓勵，建議案妻將親友們鼓勵的話語錄音或製成卡片表達關懷，讓案妻帶來個案兒女自製的卡片懸掛於個案可見之處及將重要親友錄製的鼓勵與想念話語播放給個案聽，讓個案感受到家庭的愛與溫暖，增強個案自信心及正向態度，鼓勵案妻多陪伴並隨時予個案正向之支持與讚美。</p> <p>4. 對於個案些微之進步予以提醒及鼓勵，如：個案能逐漸嘗試使用小鏡子正視自己傷口時，立刻給予正向鼓勵及稱讚。</p> <p>5. 傷口換藥時依據傷口實際好轉情況及變化陳述於個案，促使個案察覺傷口外觀的進展，並提升個案對傷口外觀的自信心，讓個案參與傷口照護，如：使用小鏡子觀察及注意傷口敷料完整性、敷料是否有移位、滲濕及管路是否受壓等，以增加自我照顧能力及控制能力。</p> <p>6. 鼓勵個案主動描述傷口每日的變化，並每日拍攝個案傷口製作成圖片檔，每三天讓個案觀看傷口照片比較傷口的癒合進展，以增進個案信心，待個案轉出加護病房時與病房護理人員交班個案於加護病房內所做的每日傷口變化圖片檔，請普通病房護理人員持續製作圖檔讓個案持續比較傷口變化，以提供持續性的照護。</p> <p>7. 個案轉出加護病房時與病房護理人員交班及討論個案身體心像紊亂之健康問題，共同擬定後續照護計畫，並運用跨團隊方式，如：會診關懷師、癌症心理諮商師前來關懷個案並協助個案調適術後身體心像改變所造成的心理衝擊；在經由個案同意後會診腫瘤個管師介紹成功經驗且相同疾病的病友認識，共同分享疾病適應過程，使個案了解到其他病患的存在，減輕負面想法，並提供口腔癌相關訊息及資源，使病患能與同儕團體聯繫，以獲得相關資訊。</p>
評值	<p>1. 4/16 個案已能手持小鏡子觀看護理人員整個換藥過程，並表示：「臉看起來還是腫腫的，雖然有消一點，可是看起來還是很像豬頭，脖子的傷口很大看起來還是好醜。」，觀察個案會手持小鏡子不時檢視傷口敷料完整性及管路是否受壓，如敷料移位會馬上通知護理人員。</p> <p>2. 4/18 觀察個案近幾日常會拿鏡子檢視傷口情形，並表示：「每天看那些傷口照片，才感覺臉真的消腫很多，只是還是很不習慣長這樣，女兒他們一直吵著要來看我，可是我還是想等傷口再好一點時再讓他們過來，等去病房再說。」</p> <p>3. 4/24 病房持續追蹤照護情形，觀察案妻與兒女均陪在個案身旁聊天，個案表情愉悅與子女互動良好，並笑著表示：「現在感覺自己好多了，臉也比較消了，才敢讓小孩們來，現在走到病房外面時，還是會戴口罩跟用毛巾稍微遮一下！」。且病房護理人員仍持續製作個案每日傷口圖檔，腫瘤個管師及癌症諮商師已介入個案並已介紹口腔癌病友認識。</p> <p>4. 持續追蹤照護情形，列入出院後追蹤項目。</p>

討論與結論

本文為描述一位45歲中年期口腔癌術後患者之加護經驗，確立個案有急性疼痛、呼吸道清除功能失效及身體心像紊亂等護理問題，護理過程中個案在移除氣管內管後無法有效咳出痰液，筆者致力於個案的胸腔照護，藉由教導噤嘴呼吸及深呼吸咳嗽技巧等，使個案能排除痰液維持呼吸道通暢，避免重置氣管內管的可能，對於術後傷口所造成的疼痛，經由教導放鬆技巧、協助舒適臥位、肌肉按摩及音樂聆聽、適時給予止痛藥物等來緩解疼痛，讓個案能有個舒適的加護經驗，根據Chen（2012）文獻指出台灣口腔癌病患對手術後外觀改變，常會與術前的預期有所落差，對自己臉部外觀改變及他人的反應與態度常產生退縮與隔離感。此個案亦十分在乎自己的外貌，對於術後的改變也無法接受，故筆者和個案建立良好的護病關係後，引導鼓勵個案說出心裡感受及陪伴個案，讓個案能不畏懼的正視傷口，更於個案轉出普通病房後仍提供持續性照護，與病房護理人員討論及擬定照護計畫，追蹤跨團隊之介入狀況、病友認識及相關社會資源的提供情形，使個案重新自我肯定漸進性走入人群，後續追蹤個案，個案於5/20返診時笑著表示：「我現在都在朋友工廠那邊幫忙，跟同事相處的也不錯，現在臉看起來正常多了，傷口也都拆線了，謝謝你們醫師和護士那段期間的照顧！」，使筆者感到欣慰與鼓舞。此個案的困難及限制在於口腔癌病患常因術後顏面外觀改變造成生心理嚴重的衝擊，除病房及門診

醫療人員可以提供完整的口腔術後顏面改變資訊給病患，如果能加上專業的癌症心理諮商師在術前就能先評估病患對於此次手術的心理準備、認知及心理狀態，甚至術前就有病友團體的加油打氣，更能降低術後的心理困擾，但因東部地區醫療人力資源缺乏，癌症心理諮商的專業醫療人才不足，導致原本需配置1人的癌症心理諮詢師本院只能提供0.3人的人力，故無法即早在術前就介入病患照護，故建議能多培育此類人才，同時將術後顏面改變資訊提供給病患列為病房或門診的常規照護，以即早介入使病患能夠得到完善的生心理層面照護，減少因身心改變帶來不良的適應過程，進而提升照護此類個案的治療與生活品質。

參考文獻

王宏銘、廖俊達、范網行、吳樹鏗、詹勝傑、閣紫宸（2009）．頭頸部鱗狀細胞癌治療的新進展．*腫瘤護理雜誌*，9（S），51-67。

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

施韋伶、郭秋雅（2011）．一位口腔癌末期患者之身心靈照護經驗．*腫瘤護理雜誌*，11（2），63-74。

國家衛生研究院（2009，7月）．*手術後疼痛臨床照護指引*．取自
<http://ebpg.nhri.org.tw/check/13.pdf>

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，9(2)，
127-138。

詹淑雅、劉芹芳、金繼春(2011)・身體心像紊亂之概念分析・新臺
北護理期刊，13(1)，63-72。

蔡依展、李慶玟、崔宛玉(2013)・一位罹患口腔癌第四期患者接受
手術治療之護理經驗・腫瘤護理雜誌，13(2)，77-89。

衛生福利部統計處(2014, 6月)・102年度死因統計・取自

http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5012

譚美珠(2009)・氣喘病人居家的肺部復原運動・台灣氣喘衛教學會
會刊，13，14-16。

邊苗瑛(2004)・人工氣道留置病患呼吸道分泌物的處理・呼吸治療，
3(1)，78-90。doi:10.6269/JRT.2003.3.1.09

蘇莉婷、劉倖吟、相青琪(2011)・照顧一位罹患口腔癌患者之護理
經驗・腫瘤護理雜誌，11(2)，49-62。

Chen, S. C. (2012). Life experiences of Taiwanese oral cancer
patients during the postoperative period. *Scandinavian
Journal of Caring Sciences*, 26(1), 98-103.

doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00914.x

Longacre, M. L., Ridge, J. A., Burtness, B. A., Galloway, T. J.,

& Fang, C. Y. (2012). Psychological functioning of caregivers for head and neck cancer patients. *Oral Oncology*, 48 (1) , 18-25.

Melo, F. M., Rocha, B. A., Pires, M. B., Fonseca, E. S., Freitas, E. M., Martelli, J. H., & Santos, F. B. (2013). Quality of life of patients with head and neck cancer. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 79 (1) , 82-88. doi: 10.5935/1808-8694.20130014