

一位中壯年下咽癌術後病患 及其主要照護者之護理經驗

曾雲滋 廖慧燕*

中文摘要

本文為一位中壯年男性因下咽癌術後外貌與溝通模式改變，女兒為主要照顧者倍感壓力，筆者強化雙方照護知能與因應能力之護理經驗。護理期間自2013年3月3日至10日，運用Gordon十一項功能性健康形態評估、直接護理、筆談及觀察進行評估，發現問題有呼吸道清除功能失效、身體心像改變及照顧者角色緊張。護理過程依需求增減抽痰次數，教導咳嗽技巧及自我分泌物抽吸，維持呼吸道通暢；關懷同理使其接受外貌改變，給予足夠時間學習非語言溝通技巧，建立與疾病共存的健康態度；漸進式教導照護技巧，提升照顧者能力與信心。(志為護理，2015; 14:3, 73-82)

關鍵詞：身體心像改變、下咽癌術後、照顧者角色緊張

前言

口腔癌病患常因手術切除腫瘤導致術後口腔結構與發聲功能被破壞而影響外觀與溝通、改變社交及生活模式。游離皮瓣修補是重要的術後重建手術，為提昇皮瓣血管接合與修補成功率，術後需入加護單位密切觀察與照護；面對生命

受威脅、陌生環境、術後複雜照護及溝通管道重建，個案及家屬的不確定感與焦慮是可預見的。護理人員應提供完整照護知能與心理支持，強化與疾病共存的健康態度，減輕個案及照顧者壓力，盡早恢復其家庭與社會化功能。

本文個案48歲中壯年男性因下咽癌行全喉及聲帶切除術及術後入住加護病房，筆者發現個案無法接受外觀改變及

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院外科加護病房副護理長、佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院護理部副主任*
接受刊載：2015年02月09日

通訊作者地址：廖慧燕 嘉義縣大林鎮民生路2號

電話：886-5-264-8000 電子信箱：hyliao@tzuchi.com.tw

失去溝通能力加上女兒被迫擔起主要照顧者角色，照護技巧不足及與父親溝通不良而感焦慮，引發筆者探討動機，期能強化照護因應知能，建立良好溝通模式，使個案接受改變，重整自我價值，減輕照護者負擔。

文獻查證

下咽癌主要是鱗狀上皮癌，發現時多為末期合併淋巴轉移，此類病患需行廣泛全咽喉切除、部分食道切除及頸部根治性淋巴切除，術後易產生合併症，預後亦差 (Chu & Chang, 2009)。下咽癌腫瘤切除後造成功能及外觀缺損應立即行游離皮瓣重建，術後重要照護面包含預防咽皮瘻管、氣管造口狹窄、呼吸道阻塞、肺炎、傷口感染及癒合不良 (蔡、黃，2010)。本文將針對全喉切除合併游離皮瓣移植術後身、心護理及照護者需求行文獻探討。

維持呼吸道通暢：術後建立暫時性氣切造口是此類個案必要醫療措施，適切的氣切造口護理、使用化痰劑利痰液排出、依需求增減抽痰次數及漸進式強化病患咳痰能力可維持呼吸道通暢；監測生命徵象、追蹤胸部X光及給予預防性抗生素可預防肺炎合併症 (周、徐、陳，2011)。術後疼痛控制：給予止痛藥物，如自控式止痛劑 (patient-controlled analgesia, PCA)，提供足夠、安全及有效的靜脈注射止痛劑可緩解術後中、重度疼痛 (Pamela & Miller, 2010)。運用放鬆技巧及舒適護理，如肩頸與臉部淋巴按摩、被動關節運動、維持身體舒適清爽亦可緩和疼痛引發的負向情緒 (張，

2011)。術後傷口及游離皮瓣照護：以生理食鹽水清潔傷口，促進傷口及皮瓣癒合；運用鎮靜劑讓個案絕對臥床維持頭頸部正確擺位，避免血管扭曲影響皮瓣血流，密切監測游離皮瓣顏色、溫度、飽滿度及血流情形是臨床重要照護指引 (Girod, Tsue, & Shnatder, 2010)。預防咽皮瘻管合併症：落實口腔護理減少感染及黏膜改變，觀察傷口有無腫脹、臭味、分泌物過多、癒合差或發燒等咽皮瘻管症狀 (蔡、黃，2003)；每次抽痰應一併抽吸口腔內分泌物以減少傷口浸潤於分泌物中。鼻胃管灌食技巧及飲食調配：鼻胃管或胃造口灌食是術後重要的營養攝取途徑，保持管路通暢與清潔，評估消化狀況調整熱量，必要時應予高蛋白飲食維持足夠營養促進傷口癒合 (Braga, Ljungqvist, & Soeters, 2009)。

身體心像紊亂：全喉切除合併游離皮瓣移植重建術後易因頭頸部結構及功能破壞、吞嚥困難、說話不清、口腔無法閉合及流口水，病患自覺容貌缺損引發負向情緒，亦會受限於溝通障礙而有社交調適問題。護理人員應主動關懷同理，給充裕時間表達，運用寫字、簡單手勢、表情及圖像符號建立與他人溝通管道，強化自信 (蔡、黃，2010)。於病情穩定後，可協助學習發聲共鳴，如機械性、食道咽喉共鳴器使用 (周等，2011)；協尋支持系統，如無喉者復聲協會病友支持，重建自我概念與效能，降低依賴程度，協助盡早恢復家庭功能及回歸社會 (張、張、王，2010)。

照顧者角色緊張：護理人員應提高敏感度，同理未受專業訓練的照護者可

能之壓力因應問題，尤其當照顧者年紀輕、照護時間長且無人輪替、照顧者就業(學)中、社經較低及病患疾病嚴重度高時，更易影響照顧者身心健康、生活脫序、焦慮及否認自己，此時其他家庭成員的支持及分擔照顧責任可有效減輕負荷及負向情緒(林，2009)。建立信任的護病關係，鼓勵照顧者表達壓力感受，衛教疾病知能、協助建立有效溝通、提供喘息服務、照護支持與諮詢亦可降低其身心壓力，強化照護能力與自信。

護理過程

一、個案簡介

陳先生，48歲，國中畢業，妻子4年前憂鬱症病發即在家沒工作。大女兒為大學生，大兒子智能不足於工廠工作，小兒子半工半讀，全家同住。“個案為營造業工人，是家中主要經濟來源及決策者”，此次生病期間案女為主要照顧者。

二、過去病史與求醫經過

2013年2月因喉嚨痛、吞嚥困難確診為下咽癌，於3/3行全喉切除合併游離皮瓣移植，氣切造廔口留置，術後入加護病房，3/3-5鎮靜劑使用絕對臥床，3/5-10清醒後於加護病房繼續觀察與治療，3/10轉入病房續治療與照護。

三、護理評估

護理期間為2013/3/3-10，以Gordon十一項健康功能型態評估、直接照護、筆談及觀察結果如下：

(一)、健康感受及健康處理型態

17歲起抽菸每天兩包，26歲吃檳榔每天20顆及喝酒2瓶。3/5術後對外觀及發聲改變無法接受，親友探望時，淡漠催促離開，不希望被看到。3/5筆訴「以後我不能和朋友聊天」。會客時閉眼不願和家屬互動。

(二)、營養代謝型態

身高175cm、體重64.5kg。三餐不定時，每日飲水1,500-2,000ml。3/3-5行全喉切除術後禁食3天，3/5-10採高蛋白鼻胃管灌食1,500kcal/day，另補充水份1,500ml/day，消化佳。3/7案女表示「爸爸只吃牛奶營養夠嗎?看起來又瘦了」。3/7白蛋白指數2.5mg/dl，臉部及雙手背末梢浮腫2價，3/7體重65kg。3/5體溫38.2°C，CRP 1.30mg/dl，傷口微紅，WBC12,960/ul疑似感染，故將第一代抗生素gentamycin改為廣效性抗生素unasyn預防肺炎。3/10體溫36.4°C，WBC 7,870/ul。3/3-10游離皮瓣呈現膚色。

(三)、排泄型態

平日每日解便一次。加護病房因鎮靜劑使用曾四天未解便，予甘油灌腸後自解中量黃硬便，軟便劑服用後每天解便一次。3/3-10導尿管留置，每小時尿量100-150ml，黃色。

(四)、活動運動型態

平日無運動習慣。3/3-5鎮靜劑使用絕對臥床。3/3-10暫時氣切造廔口留置，當有痰液時，會拍打床欄。3/5表情痛苦不敢用力咳痰，筆述「痰好多都咳不出來、感覺吸不到氣」、「有痰要抽痰」。3/5停用鎮靜清醒後，筆述一直躺在床上背部酸痛不適，案女曾協助變換姿勢，但翻身技巧不熟練拉扯傷口，個

案身體僵硬反抗，案女顯緊張無奈。3/5咳嗽力量及技巧不足，無法將痰液完全咳出，出現呼吸淺快約24-26次/分，血氧濃度降至93%，1-2小時需抽痰一次，白色黏稠痰，肺部聽診兩側呼吸音為乾囉音。3/6痰液產生時，有咳嗽反應，會不斷比嘴巴表口水多。

(五)、睡眠休息型態

平日睡眠約8小時/天。3/5鎮靜劑停用後，筆訴加護病房機器吵雜及夜間每1-2小時需抽痰，無法入睡。3/6筆述「晚上好不容易睡著，痰很多抽痰時傷口會痛，有時候會痛到睡不著，疼痛指數7分」。3/6教導疼痛時可自行按壓自控式止痛劑。3/7予調整夜間抽痰時間，ativan 2# hs p.r.n. p.o. 使用。

(六)、認知感受型態

3/3術前預期進行全咽喉切除，但術中發現癌細胞轉移至聲帶，故將其一併切除，雙側頸部傷口約20cm，頭頸部腫脹。3/6表示未預期無法說話；3/6筆述「我真的不能說話嗎？」，當案女、家屬或護理人員無法了解需求，出現生氣拍打床欄，憤怒放棄表達。3/6術後手腫脹無法握筆書寫，出現摔筆放棄溝通。

(七)、自我感受—自我概念型態

個性外向、自尊心強。術後因暫時氣切造口感不適應，尤其3/5-6術後擔心變成啞吧感到相當憤怒及挫折。3/5臉部腫脹，筆述「現在臉腫像怪物、很醜、很嚇人」，3/6筆述「我現在變成沒用的人了，大家都不了解我」。

(八)、角色關係型態

住院期間案妻及大女兒經常探視。女兒表示母親只能打理自己，故自己辦

休學照顧父親。3/4女兒會客時焦慮的詢問「這是鼻胃管？」、「以後要從這裡灌牛奶？」、「頸部的皮瓣顏色不一樣，身上好多管子，要怎麼知道手術成功？」、「轉病房後自己該如何照顧父親？」。3/5案女「嘴巴打不開又一直流口水，怎麼抽口水」。3/6無奈表示「幫父親翻身時，拉到傷口不舒服，父親說我不會翻，護士比較會翻身」。3/7一直躺著不動，個案表示手麻很不舒服。3/8案女「每天都在醫院，沒人幫忙暫時照顧，覺得很累」；無法了解父親感到挫折甚至哭泣。

(九)、性生殖型態

育有二男一女，與妻子同住，生殖器外觀正常。

(十)、因應壓力耐受型態

平日會和朋友泡茶聊天，罹病前壓力來自經濟負擔，支持系統為案妹。這次發現癌症，歷經否認拒絕到接受手術，此段時間都是案妹及女兒鼓勵陪伴。3/6溝通不良時，會比手畫腳表達或拍打床欄，對未來生活不確定，無法說話感到擔憂。3/4案女表情焦慮注視傷口，父親咳嗽也會緊張。3/6個案表現不信任案女的灌食技巧。

(十一)、價值觀念型態

家中信奉道教，偶到廟裡拜拜求平安。遇到困難不順會求神明指示。生病後認為健康最重要。希望能趕快恢復健康，出院後要多做善事幫助更需要幫助的人。

四、問題確立、護理措施、結果評值

(一) 呼吸道清除功能失效／痰液及口水分泌增加、咳嗽能力下降、傷口疼痛(2013/3/5-10)

<p>主觀資料</p> <p>(1) 3/5筆述「有痰要抽痰」、「痰好多，都咳不出來、感覺吸不到氣」。</p> <p>(2) 3/6筆述「晚上好不容易睡著，痰很多抽痰時傷口會痛，有時候會痛到睡不著」。</p> <p>客觀資料</p> <p>(1) 3/3術後頸部有暫時性氣切。</p> <p>(2) 3/3術後抗生素cefazole 1g q6h、clindamycine 300mg q6h及gentamycin 320mg iv qd。</p> <p>(3) 3/5痰液中量、黃白稠，1-2小時需抽痰一次；咳痰時表情痛苦，害怕傷口痛不敢用力咳嗽。</p> <p>(4) 3/5體溫38.2°C，CRP 1.30mg/dl、WBC 12,960/ul。</p> <p>(5) 3/5兩側呼吸音為乾囉音；呼吸平順時14-16次/分，當痰液產生時，呼吸淺快24-26次/分，血氧濃度降至93%。</p> <p>(6) 3/6用手比嘴巴表示口水多，無法吞下；指頸部傷口痛，疼痛指數7分。</p>
<p>護理目標</p> <p>(1) 3/5-10維持血氧濃度95-100%。</p> <p>(2) 3/6抽痰次數減至每2-3小時一次。</p> <p>(3) 3/7可自行使用口腔吸管抽吸口水，夜間抽痰延長為3-4小時一次，夜間睡眠品質改善。</p> <p>(4) 3/8呼吸音由乾囉音改善為清澈。</p> <p>(5) 3/8能自行使用PCA控制疼痛，將痰液咳出。</p> <p>(6) 住院期間沒有肺炎合併症。</p> <p>(7) 住院期間沒有咽皮屢管合併症。</p>
<p>護理措施</p> <p>(一) 維持呼吸道通暢</p> <p>(1) 每4小時及需要時評估並紀錄呼吸音、痰液性質及量。</p> <p>(2) 每小時監測血氧濃度，維持95-100%。</p> <p>(3) 當個案無法將痰液咳出時，以無菌技術抽痰，清除氣管內痰液。</p> <p>(4) 擬定增加自咳力量及痰液排除訓練：</p> <p>*3/5教導深呼吸、擴張胸部、腹部用力咳嗽。</p> <p>*3/6教導咳嗽時可利用砂袋輕壓腹部，訓練使用腹部用力咳嗽技巧。</p> <p>*3/6教導咳痰前自行按壓PCA控制疼痛。</p> <p>(5) 3/5依醫囑給予atrovent 1 pill + NS 3ml inhalation。</p> <p>(6) 增加水分攝取1,000-1,500 ml/day，分別於每餐後1小時給水100-150ml，利痰稀釋。</p> <p>(7) 能自行咳痰時，給予稱讚，增加信心。</p> <p>(8) 3/7調整睡前抽痰時間，減少夜間抽痰，避免中斷睡眠。</p> <p>(9) 必要時依醫囑給予安眠藥使用。</p> <p>(二) 預防肺炎合併症</p> <p>(1) 每4小時及需要時監測體溫。</p> <p>(2) 每3天監測胸部X光，評估是否有肺炎情形。</p> <p>(3) 3/5醫囑抗生素改為gentamycin 320mg qd及unasyn 3,000mg q6h。</p> <p>(三) 預防咽皮屢管</p> <p>(1) 每4小時及需要時觀察傷口及分泌物引流。</p> <p>(2) 每次抽痰一併抽吸口腔內口水，減少傷口浸潤。</p> <p>(3) 3/7教導將口腔吸管由嘴側邊置入，藉由閉合口腔方式自行抽吸口水。</p>
<p>護理評值</p> <p>3/6支氣管擴張劑吸入後，可自行深呼吸咳嗽，痰液較易咳出，痰量中、黃白稠；抽痰次數約兩小時一次，血氧濃度100%。</p> <p>3/7可使用PCA或口服止痛劑後，訓練深呼吸咳嗽及抽吸口水。</p> <p>3/8筆述咳痰時加壓腹部，痰液較易咳出，會自行加強深呼吸咳嗽。</p> <p>3/8呼吸音為清澈，呼吸規律14-16次/分，血氧濃度98-100%。</p> <p>3/9筆述夜間抽痰次數減少，睡眠比較不會中斷；延長抽痰時間至3小時一次，血氧濃度100%。</p> <p>3/10體溫36.4°C，WBC7870/ul。</p> <p>3/10住院期間胸部X光顯示無肺炎及咽皮屢管合併症發生。</p>

(二)身體心像改變／外觀面貌與溝通方式改變(2013/3/5-10)

主觀資料

- (1) 3/5筆述「我的臉腫像怪物、很醜、很嚇人」。
- (2) 3/6筆述「我真的不能說話嗎」、「開刀前醫師告訴我氣切拿掉後，就可以說話，但我女兒為什麼說我以後不能說話。」、「我現在變成沒用的人了，大家都不了解我」。

客觀資料

- (1) 3/3行全咽喉及聲帶切除合併游離皮瓣移植。
- (2) 3/3雙側頸部傷口約20cm，游離皮瓣移植於頸部，頸頸部腫脹。
- (3) 3/3術後暫時氣切留置無法發聲。
- (4) 3/6表達困難時，會比手畫腳表達或拍打床欄。
- (5) 3/6當案女、家屬或護理人員無法了解表達意思，會憤怒生氣或放棄溝通。
- (6) 3/6術後手腫脹，無法握筆表達，出現摔筆，無奈閉上雙眼放棄書寫。

護理目標

- (1) 3/7能開始接受因疾病導致外觀改變。
- (2) 3/8能了解術後無法發聲的事實。
- (3) 3/8能主動參與建立有效溝通模式。
- (4) 3/10運用非語言模式與他人溝通。

護理措施

(一)建立正向態度面對外觀改變

- (1) 3/5-10每次執行醫護措施時，陪伴並接受外觀改變引起的情緒反應。
- (2) 3/5-10以不批評的態度同理個案想發聲卻無法發聲的挫折與憤怒。
- (3) 3/5-10給予充足時間，等待個案書寫想表達意思。
- (4) 3/5告知頸部傷口可利用口罩或衣服遮蔽，避免他人過度關注眼神。
- (5) 3/5教導臉部按摩，促進淋巴循環減少腫脹。
- (6) 3/7提供成功病友經驗分享與支持。

(二)重建自我價值

- (1) 3/5-10鼓勵參與家庭重要決策，維持原來家中扮演的角色。
- (2) 3/6-7接受宗教心靈膚慰及參與病友聯誼會，重建自我價值。
- (3) 3/7提供資源，告知術後狀況穩定約2-3個月可移除氣切，接受發聲訓練。
- (4) 3/8介紹使用人工發聲器成功案例，增加信心。
- (5) 3/8鼓勵病癒後可擔任病友志工分享治療心路歷程。

(三)建立非語言溝通方式及技巧

- (1) 3/3術教家屬可以簡單問答溝通，提供紙筆、白板書寫溝通。
- (2) 3/5-6教導以手勢或表情等方式表達，並和家屬討論常用的手勢代表意思，如指氣切代表抽痰，指傷口表傷口痛，指肚子表示肚子餓。
- (3) 3/5-10當無法寫出字體時，提供圖卡或注音符號，利用拼音方式組成意思協助溝通。
- (4) 3/7與病人討論溝通模式及製作有效溝通用具；提供「無喉者復聲協會」舉辦的發聲訓練班資料及院內聽語中心發聲訓練諮詢。

護理評值

- 3/7瞭解手術對外觀改變的事實，表示出門時會穿高領衣服遮蔽。
- 3/7能接受無法發聲，並使用簡單手勢表達需要，但偶仍有生氣情緒反應。
- 3/8與親人溝通時較輕鬆自在，但親友來訪時若無法了解表達內容，會有無奈及放棄表達的情緒。
- 3/8主動尋問發聲器的種類及表達學習意願。
- 3/9筆示之後要到當志工告知大家沒有過不了的難關，只要堅持就能克服一切；要用已改變的面貌告知世人吃檳榔不好。
- 3/10可使用有效溝通表情、圖卡或注音符號與親友簡單溝通。
- 3/10用手比氣切告知女兒要抽痰。

(三)照顧者角色緊張／疾病認知與照護技巧不足(2013/3/3-10)

主觀資料

- (1) 3/4案女焦慮害怕表示「這是鼻胃管嗎?」、「以後要從這裡灌牛奶嗎?」、「頸部的皮瓣顏色不一樣,身上好多管子,要怎麼知道手術有沒有成功?」
- (2) 3/5案女「臉好腫!一直流口水,嘴巴又打不開怎麼抽口水?」
- (3) 3/6案女「幫父親翻身、拍背時,都會拉到傷口,說我不會拍,護士比較會拍背」。
- (4) 3/7案女「只吃牛奶營養夠嗎?好像又變瘦了」。
- (5) 3/7案女「一直躺在床上不能動好像很不舒服」、「父親說手好麻」。
- (6) 3/8案女「每天都在醫院,家裡沒人可替換,無法離開處理自己的事,壓力很大」。

客觀資料

- (1) 3/4會客時不斷注視手術傷口,表情焦慮並表示不知道以後該如何照顧。
- (2) 3/4會客時觀察到案女看著父親不敢碰觸,若突然咳痰,案女神情緊張。
- (3) 3/5執行灌牛奶時因緊張,忘記反抽。
- (4) 3/5案女協助翻身時,個案身體僵硬試圖反抗。
- (5) 3/6案女幫父親翻身時,父親有痛苦表情出現時,則不願再執行翻身拍背。
- (6) 3/6案女被拒絕翻身時表情焦慮、害怕及無奈。
- (7) 3/6灌食時,個案顯的擔心,不斷注視案女的灌食動作,表情顯的不信任。
- (8) 3/7血中白蛋白指數2.5mg/dl,體重65kg。末梢肢體水腫2價。
- (9) 3/8案女偶哭泣表示休學來照顧父親,但笨手笨腳,父親不滿意她的照顧。

護理目標

- (1) 3/8能執行舒適護理3項。
- (2) 3/8照顧者能口述下咽癌病患術後3項照護技巧及注意事項。
- (3) 3/8能執行鼻胃管灌食技巧及飲食調配注意事項。
- (4) 3/9能了解喘息服務及暫時陪伴員短期照護申請。

護理措施

(一)建立信任的護病關係

- (1) 每次會客在旁陪伴,適時提供協助,營造安全與信任的氣氛。
- (2) 每次會客提供充足時間及適當的學習環境,學習照護技巧。
- (3) 依學習情形擬定照護技巧,安排衛教內容。
- (4) 避免於個案面前直接糾正案女照護知能,減少摩擦。
- (5) 適時給予稱讚,建立個案與案女間的信任。
- (6) 鼓勵表達及傾聽對照顧個案所承擔的壓力或擔心的事。
- (7) 3/9提供喘息服務申請及暫時陪伴員短期照護,疏緩照顧壓力。

(二)下咽癌病患術後3項照護技巧指導

氣切照護

- (1) 3/4-6觀察意識狀態、口鼻及四肢末梢有無發紺。
- (2) 3/4-6檢視氣切造口有無滲痰、分泌物,維持通暢。
- (3) 3/5-6正確翻身技巧及背部扣擊,以利痰液排出。

傷口護理

- (1) 3/4-6觀察游離皮瓣顏色及溫度。
- (2) 3/4-6觀察傷口是否紅、腫、分泌物多或臭味產生。
- (3) 3/3-10每日生理食鹽水清潔頭頸部傷口及tetracycline藥膏塗抹2次。

預防咽皮塵管

- (1) 至少每8小時予漱口水清洗口腔,減少感染及黏膜改變。
- (2) 至少每8小時觀察傷口癒合情形及引流液顏色、量,減少傷口浸潤。
- (3) 3/6衛教口水抽吸時機、技巧、力道,避免過度抽吸牽扯傷口。

(三)舒適護理指導

- (1) 3/5-6教導肩頸及臉部淋巴按摩,每次10-15分鐘,每天3-4次。避開手術傷口,若感不適應立即停止。
- (2) 每次會客予解除約束,協助家屬執行被動關節運動,舒緩臥床不適,增進父女感情。
- (3) 教導每次執行護理活動前,按壓PCA減緩移動身體導致傷口的疼痛。

<p>(4)會客時協助案女給予毛巾擦拭、臉、手腳，促進清潔舒適。</p> <p>(5)3/7陪伴案女床上沐浴技巧，並給予乳液背部按摩。</p> <p>(四)執行鼻胃管灌食技巧及飲食調配注意事項</p> <p>執行胃管灌食技巧</p> <p>(1)3/4-5提供模擬教具，確認鼻胃管正確位置及模擬灌食技術。</p> <p>(2)3/4-5灌食前口述一次流程，陪伴案女灌食並給於鼓勵建立自信心。</p> <p>(3)3/5-6分次教導灌食技術，減輕學習壓力。</p> <p>(4)3/5-6灌食時請案女在旁觀察與學習各項步驟及注意事項。</p> <p>飲食調配計畫</p> <p>(1)每次及需要時評估腸蠕動、排便型態及消化狀況以調整熱量需求。</p> <p>(2)每週評估白蛋白指數，適時提供高蛋白飲食。</p> <p>(3)3/7提供營養師諮詢門診及電話。</p>
<p>護理評值</p> <p>3/7能獨自完成牛奶灌食。</p> <p>3/7在協助執行手腳關節被動運動及按摩，促進血循。父親表示關節較不會麻及僵硬。</p> <p>3/8會使用毛巾擦拭父親手腳；能在協助下完成翻身、拍背及床上沐浴。</p> <p>3/8能主動查覺過多口腔分泌物，使用口腔抽吸管抽吸口水。</p> <p>3/8能主動評估消化及排便情形，灌食高纖果汁及水分。</p> <p>3/8能了解體重變化與熱量需求；主動諮詢營養師灌食及配方奶調配事項。</p> <p>3/8幫個案肩頸按摩時，主動避開傷口處，減輕不適感。</p> <p>3/9表示技術多做幾次即較熟悉，比較不會害怕，父親也比較願意讓案女照顧。</p> <p>3/9表示已了解喘息服務及暫時陪伴員短期照護申請程序。</p>

結論與建議

臨床常見口腔癌病患術後入加護病房使用鎮靜劑3-7天以確保游離皮瓣移植與傷口癒合順利，在病患停止使用鎮靜劑逐漸清醒後，發現因氣切迫使與人溝通方式改變，無法完整表達身心需求時，其激動、焦慮與低落的情緒是可預期的。術後因頭頸部外觀、器官結構與功能改變導致呼吸道清除功能失效的生理問題，以及身體心像改變、照顧者角色緊張等心理與照護問題，急需護理人員協助身、心與社會調適。本個案經醫護團隊照護及訓練自咳痰液能力後可維持呼吸道通暢；建立與疾病共存的健康態度，改善身體心像變化的負面情緒；強化自我照護知能、提供喘息服務及成長團體訊息，成功協助案女於父親轉出加

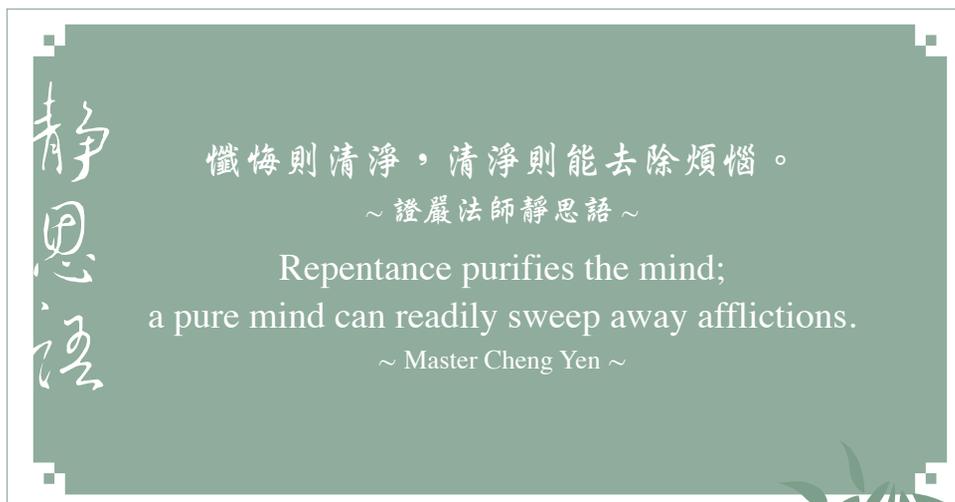
護病房前，學習照護技巧並有信心擔負照護責任。

然而因個案術前未預期術後會喪失說話能力，雖經醫護措施介入表示能接受外貌及溝通模式改變，但筆者發現個案仍偶有無奈失落情緒，且案女僅於有限的探視時間學習複雜的照護技能，對其身心衝擊亦大。由於雲嘉南地區發生口腔癌居全臺之冠，建議設立專責個案管理師於術前收案，提供完整的照護知能訓練，如灌食、抽痰、訓練非語言溝通及製作溝通本，以及後續支持與追蹤，給予連貫整體性護理，提昇全人照護品質。

參考文獻

林綺雲(2009)·照顧者的失落悲傷與自我照顧·*諮商與輔導*，283，50-56。

- 周桂如、徐淑芬、陳麗華(2011)·感覺功能失調疾病與護理·於劉雪娥、王桂芸、馮容芳總校閱, *新編內外科護理學* (四版, 633-749頁)·台北市: 永大。
- 張瑞東(2011)·頭頸部腫瘤手術後活動障礙之物理治療·*腫瘤護理雜誌*, 11(2), 1-10。
- 張方、張乃文、王桂芸(2010)·身體心像紊亂之概念分析·*長庚護理*, 21(1), 25-31。
- 蔡奇孟、黃澤人(2003)·喉癌及下咽癌病患接受全喉切除手術之術後併發症·*台灣耳鼻喉頭頸外科雜誌*, 38(4), 139-145。
- 蔡麗絲、黃士滋(2010)·眼、耳、鼻、喉疾病病人之護理·於胡月娟校閱, *內外科護理學*(三版, 983-1082頁)·台北: 華杏。
- Braga, M., Ljungqvist, O., Soeters, P., Fearon, K., Weimann, A., & Bozzetti, F. (2009). ESPEN guidelines on parenteral nutrition surgery. *Clinical Nutrition*, 28, 378-386. doi:10.1016/j.clnu.2009.04.002
- Chu, P. Y., & Chang, S.Y. (2009). Reconstruction of the hypopharynx after surgical treatment of squamous cell carcinoms. *Journal of The Chinese Medical Association*, 72(7), 351-355. doi: 10.1016/S1726-4901(09)70386-7
- Girod, D. A., Tsue, T. T., & Shnatder, Y. (2010). Free tissue transfer. In P. W. Flint, B. H. Haughey, V. J. Lund, J. K. Niparko, M. A. Rachardson, K. T. Robbins, & J. R. Thomas (Eds), *Cummings otolaryngology head neck surgery* (5th ed., pp.1095-1099). Philadelphia, PA: Mosby.
- Pamela, P. P., & Miller, R. D. (2010). Current and developing methods of patient-controlled analgesia. *Anesthesiology Clinics*, 28, 587-599. doi:10.1016/j.anclin.2010.08.010



The Nursing Experience of Caring a Middle-Aged Patient with Operated Oropharyngeal Cancer

Yuh-Tzu Tseng, Hui-Yen Liao*

ABSTRACT

This article described the nursing care experience of caring a middle-aged patient with operated oropharyngeal cancer who suffered from the changed appearance and communication. His daughter, serving as his primary caregiver, felt stressful to take the responsibility for caring for him. In this case, the author improved their knowledge of care to cope with physical and psychological stresses. The period of nursing care was from March 3rd to March 10th, 2013. The patient was assessed using Gordon 11 function health patterns, with the data collected and analyzed through direct nursing care, writing and observation. The health problems identified included airway clearance dysfunction, body image disturbance, and the nervousness of the caregiver. Nursing care included frequent sputum suction as needed, instructions of cough and sputum suction skills, encouragement to help coping with the stress from altered body image, and accompanying the patient in learning the non-verbal communication skills. Building the right attitude lived along with the disease. We also provided stepwise guidance in boosting the caregiver's confidence and ability of care. (Tzu Chi Nursing Journal, 2015; 14:3, 73-82)

Keywords: body image changed, operated oropharyngeal cancer,
the nervousness of the caregiver

Deputy Head Nurse, Dalin Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation; Associate Director, Department of Nursing, Dalin Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation*

Accepted: February 09, 2015

Address correspondence to: Hui-Yen Liao No.2, Min-Sheng Rd., Dalin Town, Chia-Yi, Taiwan

Tel: 886-5-264-8000; E-mail: hyliao@tzuchi.com.tw