

口腔癌實行皮瓣重建手術之 手術全期護理

蕭夢漩、吳如香*

中文摘要

本文探討一位口腔癌病人行皮瓣重建手術之手術全期護理經驗，於2017年10月26日至11月10日，透過術前訪視、術中照護及術後衛教，以訪談及觀察方式收集資料，以Gordon十一項健康型態評估進行資料分析，確立病人主要健康問題：1.手術前期-焦慮；2.手術中期-潛在危險性壓瘡；3.手術後期-身體心像紊亂。藉由術前訪視，協助病人面對疾病及術前準備過程，減輕其焦慮，術中維護病人安全及術後訪視評估病人需求，陪伴其渡過外觀改變衝擊時期，經由家屬的支持與陪伴，增強病人自信心。透過連續照護模式經驗分享，落實手術全期護理，提供照護此類病人之參考，以提升手術全期護理照護品質。(志為護理，2021; 20:1, 103-112)

關鍵詞：口腔癌、頭頸部重建、手術全期護理

前言

根據2017年統計口腔癌位居男性國人死亡原因及發生人數第四位，九成有嚼檳榔習慣(行政院衛生福利部，2017)。口腔癌治療以外科手術為主，放射線治療、化學治療為輔，視病灶部位進行口腔皮瓣重建手術(Shanti & O'Malley, 2018)。病人接受手術治療會造成口腔內、顏面及顎骨等組織結構缺損，導致外觀改變、吞嚥困難、口齒不清及流口

水之身體心像改變等問題，面臨未知手術與等待產生無形的壓力，及重建術後因口腔顏面組織結構改變，產生焦慮、不安與害怕等反應，對病人的生活品質有重大影響(陳蕙君等，2017)。

本文病人因罹患口腔癌接受廓清術與顯微皮瓣重建手術，面對冰冷陌生的手術室環境感到害怕，產生焦慮，術後顏面外觀的改變及身體的不適感到不安，經常表現害怕與人接觸，遮掩臉部傷口動作。針對病人所面臨的問題，筆

亞東紀念醫院手術室護理師、亞東紀念醫院手術室副護理長*

接受刊載：2020年6月30日

通訊作者地址：吳如香 新北市板橋區南雅南路2段21號

電話：886-9-3381-2915 電子信箱：wu86259@gmail.com

者透過手術全期護理的運用，術前訪視病人，結合手術圖片解說衛教，提供心理支持，協助病人面對疾病及術前準備過程，減輕其焦慮，術中維護病人安全及術後訪視評估病人需求，陪伴渡過外觀改變衝擊時期，落實手術全期護理。口腔癌皮瓣重建手術病人對自己外觀重大改變，感到人生受挫，引發筆者探討動機，希望經由連續照護模式經驗分享，能提供往後照護此類似病人之參考，以提升手術全期護理照護品質。

文獻查證

一、口腔癌及其治療

口腔癌是臺灣第五大常見癌症，屬鱗狀細胞癌，佔口腔惡性腫瘤的90%以上(行政院衛生福利部，2017)。好發在口腔內的惡性腫瘤，部位包括：唇、頰黏膜、上下牙齦、舌頭前三分之二、口底部、臼齒後三角、硬顎等，危險因子有：吸菸、喝酒、嚼檳榔(莊等，2015)。最主要治療以手術為主，放射治療及化學治療為輔，手術包含切除腫瘤及頸部淋巴廓清術，切除到腫瘤組織外5毫米，降低腫瘤再復發，手術後會導致相當大的顏面皮瓣缺陷，進行皮瓣重建來保持顏面美觀和口腔功能，無論是手術治療，放療和化療的聯合治療，都會對病人的身體，精神，情緒和心理社會生活產生顯著影響(Yue et al., 2018)。

二、口腔癌皮瓣重建手術之手術全期護理

(一)手術前期護理

手術前期指病人接受手術到送至手術室的這段時間，此時病人面臨充滿陌

生且恐懼的手術室環境，等待手術的漫長時間及手術未知情境與無法預期的結果，產生焦慮及壓力等心理反應。在護理過程中運用「焦慮視覺類比量表」0-10公分水平線，兩端標記為焦慮感受最大限度，病人在直線上指出焦慮程度，0分表示完全沒有焦慮，10分表示極度焦慮，評估病人接受手術前的焦慮程度。護理師應以傾聽方式建立良好護病關係，鼓勵病人表達內心感受及治療期望，找出原因緩解其焦慮並提供心理支持(陳美菊等，2016)。其護理措施包括：1.鼓勵病人及家屬表達心中感受與情緒；2.提供手術相關衛教訊息，降低不確定感，來達到正向反應；3.結合手術相關圖片及文字說明手術全期過程中可能面臨到狀況及問題，對預執行的手術前後應注意事項能有基本認識，減輕病人焦慮；4.說明手術過程中，醫護人員會全程陪伴，減少不安全感(劉等，2014)。

(二)手術中期護理

手術中期指病人在手術臺接受麻醉開始到手術完成送至麻醉恢復室或病房期間，病人接受麻醉後需完全仰賴護理師照護，因此需注意病人隱私與尊嚴、預防手術造成傷害，維護病人安全(劉等，2014)。因長時間麻醉及手術姿勢擺位等，手術為發生壓瘡的危險因子；促進誘發因素包含年齡65歲以上皮膚薄缺乏彈性、血清白蛋白低於3.5g/dl、身體質量指數低於18.5kg/m²、術前血紅素低於12.73g/dl，容易導致皮膚缺乏氧氣及養分產生壓瘡；促進加重因素包含組織所承受的壓力，因長時間固定不動大於四

小時，合併潮濕、摩擦力、剪力，組織因浸潤變軟、缺氧、皮下血管局部供應受損而壞死，產生壓瘡(林等，2016；Serpa & Santos, 2014)。手術時仰臥接觸手術床面積最大，背部布單的皺折、溫毯外型蜂窩狀凸面特殊構造，導致大範圍的壓痕，好發於尾骶、足跟處，故維持病人皮膚完整性，補充體液電解質與失血量維持平衡問題是極為重要的目標(林等，2016；AORN, 2016)，其護理措施包括：1.術前後檢視病人全身皮膚完整性，確認床面平整性，鋪單前以包布或棉捲包裹與身體接觸的管路；2.術中需保持皮膚乾燥及避免摩擦力產生；3.適當的身體擺位及使用合適的脂肪墊分散壓力及剪力；4.視情況允許下，適時的調整及檢視皮膚，避免同一部位受壓過久(黃等，2015)。

(三)手術後期護理

手術後期指病人在手術後進入麻醉恢復室或病房至出院期間(劉等，2014)。口腔癌發生部位於五官區，手術後造成臉部缺損無法以一般衣物掩飾，當面臨身體結構、功能及外觀改變時會影響身體心像，擔心家人及社會對自己外觀的改變，內心產生自卑感、逃避及社交退縮等負面的看法，因此影響與他人的互動及社交，生理及心理的狀態隨之改變自己對身體的想法與感覺，引起身體心像紊亂問題(陳蕙君等，2017)。其護理措施包括：1.照護過程中採集中護理，注重環境隱私；2.鼓勵病人正視傷口，表達心中困擾與想法，肯定病人所做的努力；3.陪伴病人渡過心理衝擊，參與傷口照護，增加自我照顧能力；4.使

用外觀修飾來遮掩病灶；5.介紹成功病友，增加其互動，增強病人自信心；6.鼓勵家屬及親友的支援陪伴，重要親友若表現接受態度，能夠使病人有正向能量，促使接受顏面外觀改變的事實(姜等，2018)。

護理過程

一、個案簡介

劉先生，66歲，教育程度小學，主要以國語及臺語溝通，宗教信仰為道教，已婚與配偶同居並育有一男三女，已退休，家人由於工作因素，住院期間主要照顧者為妻子。

二、疾病過程

病人於2017年7月，開始感到口腔疼痛不適、黏膜破皮，持續至10月發現傷口不易癒合陸續出血至本院門診就醫，經檢查發現上顎有2x2公分破洞，切片結果診斷確立為口腔鱗狀細胞癌，於2017年10月26日入院，10月30日進手術室接受口腔癌腫瘤切除及皮瓣重建手術，執行10小時手術後轉至加護病房觀察治療，11月2日經醫師評估轉至普通病房，11月10日辦理出院，現於門診定期追蹤。

三、護理評估

病人住院期間2017年10月26日至11月10日，藉由術前訪視、術中照護及術後衛教，以訪談及觀察方式收集病人資料，並運用Gordon十一項健康型態評估進行資料之整理分析，分析如下。

(一)健康認知及健康處理型態

病人表示自己平常健康狀況良好，少感冒，有抽菸、喝酒、嚼檳榔的習慣約35年，身體不適時會至醫院就醫，不

會自行亂服成藥。此次感到口腔疼痛、牙齦流血、黏膜破皮，便至醫院求診，經切片檢查後診斷為口腔癌，願意接受醫師安排進行檢查與手術，經評估此護理問題正常。

(二)營養代謝型態

病人入院身高168公分，體重80公斤，身體質量指數為28.3kg/m²屬過重，口腔上顎有2x2公分破洞，黏膜腫脹出血，飲食都吃軟質食物為主。手術後因病情需要置放鼻導管，計算每日熱量約2,019大卡，經營養師評估管灌飲食每日8瓶2,000ml，維持病人所需之熱量，於11月9日移除鼻導管，開始由口進食流質飲食，沒有嗆咳不適情形，經評估此護理問題正常。

(三)排泄型態

病人描述平日規律排便1次/天，為黃褐色軟便，排尿約6-8次/天，呈清澈淡黃色，皆為正常。皮膚完整、溫暖、皮薄無彈性且乾燥。10月30日手術置放導尿管，尿液黃色清澈，無沉澱物及異味，尿量950 ml；左右側頸部、右胸、右腿各置放引流管，共4條。11月4日拔除導尿管，無排尿不順，自解順暢。於11月7日引流液量少呈淡粉色，因此移除引流管，經評估此護理問題正常。

(四)活動與運動型態

病人平日生活皆可自理，術前活動自如且無須任何輔助器，四肢肌肉張力皆為五分，早上固定慢走1小時的規律運動。10月30日行口腔癌腫瘤切除皮瓣重建手術，病人身體質量指數29.4kg/m²，術前血紅素(HB)12.5g/dL，血清白蛋白(albumine)3.3g/dl，因病情需要放氣切導

管，採全身麻醉，由呼吸器維持氣體交換，呼吸速率設置於12次/分，病人皮膚薄且乾燥無彈性，手術長達10小時採平躺姿勢固定不動，術中上半身及右大腿皆外露，其他部位無菌布單覆蓋，室溫22°C，體溫36.7°C，溫毯使用設置39度，手術過程中大量沖水清洗傷口，導致布單潮濕，經評估病人有潛在危險性壓瘡問題。

(五)睡眠-休息型態

每日平均睡眠時間約8-9小時，有午睡習慣，無服用安眠藥及睡眠中斷情形。住院期間每日睡眠約9-10小時，中午也習慣睡1小時，經評估此護理問題正常。

(六)認知-感受型態

病人意識清醒，有老花，平常閱讀報紙時需配戴眼鏡，聽力、思考、記憶力、判斷能力及皮膚觸覺感受皆正常，醫療處置皆可配合，10月28日個案血壓130/93mmHg、心跳100/分、呼吸20/分，主訴：「很擔心要開刀，開刀時間要很久吧?」、「聽別人說開刀房裡面很冷」、「開刀完為什麼會很多傷口，身上還要放管子?」、「手術完應該會很痛，還要住加護病房多久啊?」、「我這樣是不是很嚴重?有人像我這樣嗎?」、「開刀不知道會不會成功?」、「我可以帶平安符進去開刀嗎?」呈現皺眉，神情緊張、聳肩緊繃狀態，握著妻子雙手，緊握平安符、擔心手術情況，反覆詢問關於手術後情況，以焦慮視覺類比十分法評估，病人焦慮程度9分，經評估病人對於疾病的治療，擔心手術及不可預測的治療效果產生焦慮問題。

(七)自我感受-自我認知型態

病人本身個性開朗，與妻子同住，遇到事情都會與家人討論，彼此互動良好。11月2日主訴：「我的臉腫得跟豬頭一樣那麼醜，你們為什麼要救我，我這樣怎麼見人？」、「每個人看到我都嚇跑，以後怎麼走出門？」、「我看到自己都害怕，都不想看見自己了，別人看到我，會怎麼想？」，觀察病人手術後傷口腫脹，嘴巴無法閉合，講話經常低頭，一隻手試著摀住半邊臉，眼神飄移，顯示不安，躺在床上休息時皆背對門外，也不願意走出病室外。11月3日案妻：「他從開刀後整天悶悶的不愛說話，也不跟鄰床的病友互動，整天要求要把圍簾拉上」，經評估病人有身體心像紊亂問題。

(八)角色-關係型態

第一角色為丈夫，第二角色為父親，第三角色為病人，依發展理論處於老年期，任務為自我統合與絕望，住院期間妻子及子女皆輪流陪伴，互動良好，親友也會探訪，經常陪在旁邊給予鼓勵支持，經評估此護理問題正常。

(九)性-生殖型態

病人現屬於老年期，育有一男三女，平時夫妻感情和睦，覺得互相扶持比性生活重要，住院期間會看見病人與太太以握手或輕撫對方臉頰，互動良好，經評估此護理問題正常。

(十)應對-壓力-耐受型態

病人表示目前生活很滿意，退休後有積蓄，不擔心未來經濟狀況。心情不好會找朋友聊天，面對問題或壓力時能夠與妻子商量討論，以積極正面的態度去

解決，對於醫護治療過程皆可以配合，經評估此護理問題正常。

(十一)價值-信念型態

病人表示人活著就是要健康，信仰道教，都會去廟宇拜拜祈求平安，術前也到廟宇祈求平安符，為自己祈求手術順利，更表示此次手術後會注意自己的生活習慣，並維持規律的生活，定期追蹤治療，希望能夠健康平安，評估此護理問題正常。

護理計劃

綜合以上護理評估，確立病人於照護期間出現有以下三項護理問題：焦慮、潛在危險性壓瘡、身體心像紊亂。

一、手術前期：焦慮／與疾病治療、擔心手術及不可預測的治療效果有關(2017/10/28-10/30)

護理目標：

- 1.10/28病人能說出手術傷口部位至少兩處。
- 2.10/29病人說出手術後身上置放的管路至少兩項。
- 3.10/30病人進手術室時能降低其焦慮程度至3分。

主客觀資料

- S1:10/28「我很擔心要開刀，開刀時間要很久吧？」
- S2:10/28「聽別人說開刀房裡面很冷？」
- S3:10/28「開刀完為什麼會很多傷口，身上還要放管？」
- S4:10/28「手術完應該會很痛，還要住加護病房多久啊？」
- S5:10/28「我這樣是不是很嚴重？有人像我這樣的嗎？」

S6:10/28「開刀不知道會不會成功?」

S7:10/28「我可以帶平安符進去開刀嗎?」

O1:10/28病人預計10/30行口腔癌腫瘤切除與皮瓣重建手術。

O2:10/28與病人會談過程中，病人眉頭深鎖，聳肩僵硬，神情緊張，反覆詢問關於手術後情況。

O3:10/28病人手握著平安符，低頭默念祈求平安健康。

O4:10/28視覺類比十分法評估，病人焦慮程度9分。

O5:10/28血壓130/93mmHg、心跳100/分、呼吸20/分。

護理措施

1.10/28術前至病房訪視與病人建立良好護病關係，鼓勵問題及傾聽病人心理感受。

2.10/28醫師查房時告知醫師，病人對於手術的時間，及手術過程的疑慮，經由醫師病情解釋說明，釐清病人對於手術的過程及治療計畫。

3.10/28運用手術室相關照片，補充說明進入手術室將面臨的環境，及術後身上所置放的管路種類。

4.10/28說明手術室溫度較低，筆者會提供溫被，也會準備烤燈、溫毯，維持其身體舒適。

5.10/28告知病人，筆者會全程參與手術過程，讓其安心。

6.10/28鼓勵案妻陪伴病人，給予正向鼓勵，來轉移並緩解其焦慮情緒。

7.10/29告知病人可將平安符帶入手術室，並與病房護理師交班。

8.10/30病人進手術室，筆者協助平安符

貼於病人衣服上，增加病人安全感。

評值

1.10/28病人表示對於手術過程已了解並能說出此次手術部位除了臉部手術傷口外，胸口及大腿皆會有傷口。

2.10/29病人能夠說出術後身上有尿管、鼻管及傷口處會置放引流管。

3.10/29病人躺在床上，案妻陪其身旁，握住雙手給予鼓勵支持。

4.10/29病人表示：「謝謝你仔細的說明，對於手術室環境跟手術過程我比較清楚了」。

5.10/30病人進入手術室，面帶笑容，主動與筆者打招呼，並表示：「謝謝你拿這麼溫暖的被子給我，還一直陪伴，我心理感覺安心、放鬆。」

6.10/30視覺類比十分法評估，病人焦慮程度3分。

二、潛在危險性壓瘡／與手術時間大於10小時及擺位固定不動、全身麻醉狀態無自我照顧能力有關(2017/10/30-10/31)

護理目標：

1.10/30病人術後除手術傷口外，其於皮膚皆完整，沒有壓瘡發生。

2.10/31病人在加護病房，除手術傷口外，其餘皮膚完整，無手術造成之壓瘡發生。

主客觀資料

S:10/30病人全身麻醉，故無主觀資料。

O1:10/30病人身高168公分，體重83公斤，身體質量指數29.4kg/m²，術前血紅素12.5g/dl，血清白蛋白3.3g/dl。

O2:10/30術前檢查病人全身皮膚完整，皮薄乾燥、無彈性壓瘡，未有破損之

情形。

O3:10/30病人採平躺臥位，估計手術時間約10小時以上。

O4:10/30採全身麻醉，由呼吸器維持氣體交換，呼吸速率設置於12次/分。

O5:10/30手術中使用電燒機切割及止血。

O6:10/30手術中使用水式溫毯機，設定39°C，室溫22°C，體溫36.7°C。

護理措施

- 1.病人過床前確認床面平整性，手術鋪單前以包布包裹住與病人身體接觸的管路。
- 2.消毒時於病人側邊鋪一層布單，避免消毒液滲到背部及沖洗傷口時避免弄濕床單。
- 3.手術採仰臥姿勢，使用全床脂肪墊分散壓力及剪力，並減少骨凸處及足跟長時間下造成壓瘡。
- 4.術中全程使用溫毯，設置39°C，確認儀器功能正常、管路順暢，毯子完整無破損，並於上層鋪上防水單。
- 5.術中視情況允許下，調整覆蓋在布單下腳的姿勢，避免同一部位受壓過久，並以抬高方式移動手術患側腳。
- 6.監測病人體溫，維持病人保暖、皮膚完整性，補充體液電解質與失血量維持平衡。
- 7.術後運用滑板協助病人過床，減少皮膚摩擦力，並完整檢視病人皮膚狀況。

評值

- 1.10/30手術完成離開手術室前檢視病人全身皮膚完整，確認病人無壓瘡。
- 2.10/31於加護病房檢視病人全身皮膚，

無手術造成病人壓瘡之情況。

三、手術後期:身體心像紊亂/與術後顏面外觀改變有關(2017/11/20-11/10)

護理目標：

- 1.11/5病人能正視自己的傷口並參與換藥。
- 2.11/6病人能走出病房外主動與人交談互動。
- 3.病人出院前能接受顏面外觀的改變。

主客觀資料

- S1:11/2「我的臉腫得跟豬頭一樣那麼醜，你們為什麼要救我，我這樣怎麼見人？」
- S2:11/2「每個人看到我都會嚇跑，以後怎麼走出門?」
- S3:11/2「我看到自己都害怕，都不想看自己了，別人看到我，會怎麼想?」
- S4:11/2案妻表示:「他從開刀後整天悶悶的不愛說話，也不跟鄰床的病友互動，整天要求要把圍簾拉上」。
- O1:11/2病人手術後傷口腫脹，嘴巴無法閉合。
- O2:11/2病人講話時經常低頭，一隻手試著摀住半邊臉，活動範圍皆在病房內。
- O3:11/2會談過程病人眼神飄移，顯示不安。
- O4:11/2病人躺在床上休息時背對門外。

護理措施

- 1.11/2術後至病房訪視病人，鼓勵病人表達心中的困擾與想法，傾聽個案的感受。
- 2.11/2-11/7與病房護理師溝通照護計畫，在病房照護過程中採集中護理，約定

共同時間前往訪視病人，注重病人隱私，談話照護過程協助拉起圍簾。

- 3.11/2-11/7與專科護理師共同前往協助換藥，於換藥過程中主動告訴病人傷口狀況並觀察病人每次換藥的肢體語言與反應。
- 4.11/4鼓勵病人走至病房浴廁，從鏡中觀看自己的顏面傷口狀況。
- 5.11/4建議病人外出時能夠戴口罩修飾，讓病人慢慢適應顏面外觀的改變。
- 6.11/5鼓勵案妻給予支持陪伴，給予病人正向能量，增加外出活動，增強病人自信心。
- 7.11/6介紹成功案例之病友，安排至討論室，經由病友會分享經驗，增加病人自信心。
- 7.11/2-11/7陪伴病人渡過心理的衝擊，同理病人安撫情緒並肯定病人所做的努力。
- 8.11/8鼓勵病人參加陽光基金會團體，增加其返回社會的正向支持能量。
- 9.11/8教導病人使用網路資訊，實際操作連結癌症資訊網，認識北區病友團體，找到支持的力量。

評值

- 1.11/5換藥時病人主動說要至浴廁鏡中觀看自己臉部，表示：「現在傷口好像有比較好」，會談過程能雙眼直視護理人員，且不會用手摀住臉。
- 2.11/6案妻陪伴病人外出活動，病人未戴口罩且會主動與鄰床病友互動交談。
- 3.11/10病人顯得較有自信表示：「我每天看著自己，也漸漸習慣了自己現在的樣子，謝謝你們大家的照顧」。
- 4.11/10病人主訴：「我已經打電話與陽光

基金會聯絡，約時間參加口腔癌病友服務計畫」。

- 5.12/30致電關懷病人，病人主訴：「臉部組織有消腫，看起來比較好，都有定期回門診追蹤，陽光基金會的病友也都很鼓勵我，謝謝你們大家」。

討論與結論

本文運用手術全期護理照護一位口腔癌病人實行皮瓣重建手術之護理經驗，照護期間筆者藉由術前後訪視，與病人及家屬建立良好護病關係。耐心陪伴及傾聽，改善病人手術前焦慮問題，術中將潛在危險性壓瘡的發生率降至零，提升病人安全，術後深入陪伴病人，關懷其負向心理感受，教導案妻一同鼓勵支持病人，協助病人接受外觀改變，增強自信心，獲得正能量，解決身心像紊亂問題。協助病人住院期間安心接受治療，維持生理舒適並獲得心理支持，加強衛教口腔癌危險因子，讓病人增強信念戒掉壞習慣，出院前提供各項資源、陽光基金會團體病友、癌症資訊網，宗教信仰之心靈支持增強病人信心，提供一個放心的醫療品質環境，病人順利出院並定期回門診追蹤治療。

手術中要調整病人腳的姿勢，避免同一部位受壓過久，但需要醫師同意才可進行，此措施實施較為困難。照護病人過程也面臨些許限制，口腔癌患者的治療需要跨單位與各團隊合作完成，手術室護理師僅於訪視時間較能接觸病人，建議醫療體系能夠建立口腔癌醫療團隊小組，運用手術全期概念，提供連續性照護。利用資訊系統建立手術全期護理

表單，透過各單位交班，整合病人照護問題，並由個案管理師與社工師，追蹤病人返到社會社交生活問題及長時間的關懷，適時提供社會資源與輔導，落實完整的專業醫療照護。

參考資料

- 行政院衛生福利部(2017, 7月27日) · 臺灣口腔癌現況 · 取自<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-36961-1.html>
- 林麗華、莊馥蓮、劉秋玉、吳幸芬、唐苡甄(2016) · 某醫學中心手術臥位與手術壓瘡嚴重度之分析 · *榮總護理*, 33(1), 13-20
◦ <http://doi.org/10.6142/VGHN.33.1.13>
- 姜亭妤、簡淑慧、徐鴻智、陳淑卿(2018) · 心理調節措施在癌症患者身體心像改變及情緒困擾之成效-系統性文獻回顧 · *長庚護理*, 29(3), 350-366。 [http://doi.org/10.6386/CGN.201809_29\(3\).0003](http://doi.org/10.6386/CGN.201809_29(3).0003)
- 黃玉玲、林慧玲、王方、吳淑芳(2015) · 預防手術後壓瘡照護流程之發展 · *護理雜誌*, 62(6), 98-104。 <http://doi.org/10.6224/JN.62.6.98>
- 陳美菊、龔秀華、楊玉珊、簡麗瑜(2016) · 改善骨科手術前病人焦慮程度之專案 · *長庚護理*, 27(2), 197-208。 <http://doi.org/10.3966/102673012016062702005>
- 陳蕙君、謝春金、陳麗鳳(2017) · 一位年輕男性口腔癌術後個案面臨身體心像改變之護理經驗 · *領導護理*, 18(1), 21-33。
- 莊傑仰、羅武嘉、謝忱希、廖立人(2015) · 臨床早期口腔癌患者之預後因子探討 · *臺灣耳鼻喉頭頸外科雜誌*, 50(4), 219-227。 <http://doi.org/10.6286/2015.50.4.219>
- 劉慧玲、呂幼如、陳月英、謝春滿(2014) · 運用Orem理論於一位口腔癌患者行頭頸部重建之手術全期護理經驗 · *長庚護理*, 25(4), 469-479。 <http://doi.org/10.3966/102673012014122504009>
- Association of Operating Room Nurses.(2016). *Recommended practices for positioning the patient in the perioperative practice setting*. Retrieved from <https://www.meditex.ca/wp-content/uploads/2016/12/AORN-Recommended-Practices-for-Positioning-the-Patient-in-the-Perioperative-Practice-Setting.pdf>
- Shanti, R.M., & O'Malley, B.W. Jr. (2018). Surgical management of oral cancer. *Dental Clinics of North America*, 62(1), 77-86. <http://doi.org/10.1016/j.cden.2017.08.005>
- Serpa, L. F., & Santos, V. L. (2014). Validity of the braden nutrition subscale in predicting pressure ulcer development. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 41(5), 436 - 443. <http://doi.org/10.1097/WON.0000000000000059>
- Yue, J., Zhuo, S., Zhang, H., Liu, X., & Zhang, W.(2018). Long-term quality of life measured by the University of Washington QoL questionnaire (version 4) in patients with oral cancer treated with or without reconstruction with a microvascular free flap. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 56(6), 475-481. <http://doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.12.017>

Application of Perioperative Nursing on Oral Cancer Undergoing Flap Reconstruction Surgery

Meng-Hsuan Hsiao, Ju-Hsiang Wu*

ABSTRACT

The objective of this article is to describe the perioperative nursing experience of a patient with oral cancer undergoing flap reconstruction surgery. From October 26, 2017 to November 10, we collected the data of the patient according to Gordon's 11-itemed functional health patterns with respect to preoperative visits, intraoperative care, postoperative education, observation, and visiting methods. As a result, we were able to determine the patient's main health problems over the course of care. In the preoperative phase, the major problem was anxiety. During the operative phase, the major nursing problem was the potential risk of pressure sores. In the postoperative nursing care phase, the major problem was the body image disorder. Preoperative visits assist patients in facing the disease. Preoperative preparation process aims to reduce their anxiety and maintain the patient's safety during operation. Postoperative visits aims to assess the patient's needs, accompany them through the period of change in appearance, encourage family support and companionship to enhance the patient's self-confidence, share experiences through continuous care mode, and implement the perioperative nursing methods for overall care. This study can serve as a reference for nursing similar patients and to improve the quality of the perioperative nursing. (Tzu Chi Nursing Journal, 2021; 20:1, 103-112)

Keywords: Head and neck reconstruction, Oral Cancer, Perioperative nursing

RN, Far Eastern Memorial Hospital ; Vice Head Nurse, Far Eastern Memorial Hospital*

Accepted: June 30, 2020

Address correspondence to: Ju-Hsiang Wu No.21, Sec. 2, Nanya S. Rd., Banciao Dist., New Taipei City 220

Tel: 886-9-3381-2915 E-mail: wu86259@gmail.com