

一位口腔癌患者術後身體心像 改變之加護經驗

黃淑嫻

中文摘要

本文描述一位罹患口腔癌的男性患者，面對手術後所造成衝擊之護理經驗。護理期間自2014年2月6日至2月12日，藉由觀察、筆談、身體評估、查閱病歷及直接照護等方式收集資料，運用羅氏適應理論為工具進行整體性評估，確立個案有呼吸道清除功能失效、急性疼痛、口腔黏膜障礙及身體心像改變等健康問題。護理過程中藉由主動關懷及陪伴，與個案建立信任之護病關係，提供個別性與整體性的專業照護，包括提供胸腔物理治療及教導正確腹式深呼吸、咳嗽方法，幫助個案有效排出痰液；運用放鬆技巧、維持舒適臥位，減輕術後傷口疼痛；加強口腔護理以促進傷口癒合及患者舒適；並透過治療性關係建立，鼓勵表達術後身體心像改變之內心感受，使個案能接受並面對身體外觀改變的事實，重新肯定自我價值。(志為護理，2017; 16:2, 125-136)

關鍵詞：口腔癌、身體心像改變、加護經驗

前言

口腔癌是台灣地區最常見的頭頸部惡性腫瘤之一，根據衛生福利部(2014)統計資料顯示，口腔癌占十大癌症死亡原因中第五位，死亡率為每十萬人口15.6%，較2004年之7.7%有逐年上升的趨勢。口腔癌治療方式主要以手術為主，放射線及化學治療為輔，手術治療

可能會造成口腔內或顏面部、顎骨等結構組織改變，導致生理上功能缺損影響進食、吞嚥及說話功能，和臉部外觀缺陷之身體心像改變等問題(黃、王，2009；蔡、周、陳，2011)。對癌症病人而言罹病與接受治療的過程，對於其身心都是一大煎熬與挑戰，因此如何協助病人面對並接受罹病後相關問題是非常重要的。

財團法人天主教聖馬爾定醫院護理師

接受刊載：2016年2月17日

通訊作者地址：黃淑嫻 616嘉義縣新港鄉古民村122-20號

電話：886-5-275-6000 #3601 電子信箱：a3748832@gmail.com

本文個案為初次罹患口腔癌，面臨罹患癌症的衝擊，並接受廣泛性廓清術與顯微自由皮瓣重建治療，術後外觀與原先預期有所差異，導致有身體心像改變之問題，加上手術後傷口及臥位制動引起的疼痛不適，出現逃避、拒絕、失落等負向情緒反應，引發筆者探討之動機。期望協助個案正視疾病、適應術後身體結構的改變，使其重獲信心。

文獻查證

一、口腔癌相關概述與治療

口腔癌泛指口腔組織內所發生的惡性病變，包含唇、頰黏膜、上下齒齦、臼齒後三角區、舌前三分之二、硬顎等，其中最常見的腫瘤好發部位於頰黏膜，以鱗狀上皮細胞癌為最常見，最主要致癌因子與抽菸、喝酒及嚼檳榔有關(蘇、劉、相，2011；Fingeret, Vidrine, Reece, Gillenwater, & Gritz, 2010；Sreedhar, Sumalatha, & Shukla, 2014)。早期症狀為難以癒合的潰瘍及不明原因之腫塊超過兩週未癒合，目前临床上首要治療方式以手術為主，最常用的是前大腿肌或腓骨肌皮瓣(王等，2009)。口腔癌患者除需承受術後疼痛及癌症對言語表達的影響，還需面臨手術後顏面改變所引起的心理衝擊與壓力(蔡、周、陳，2011)。

二、口腔癌術後患者生理層面照護

口腔癌手術後易引發上呼吸道腫脹及出現水腫情形壓迫氣管，因此術後必留置暫時性氣切維持上呼吸道通氣安全(劉、何，2012)。護理人員應密切評估呼吸音及生命徵象變化，視需要性抬高床頭30度以達肺擴張，分泌物太多或

黏稠時可配合噴霧治療稀釋黏液，加強改變臥位、背部震顫預防痰液蓄積於肺部，指導病人有效深呼吸咳嗽方法，鼓勵利用腹部壓力使痰液排出(楊、陳、楊，2012；蘇、劉、相，2011)。

口腔癌術後因傷口面積廣泛，易引發傷口疼痛不適，護理人員除傾聽並接納病人情緒表達外，需觀察非語言表現，如皺眉、雙手握拳、身體固定不動等，臨床上常使用0-10分數字量表監測疼痛程度，並依據評估結果給予合適的疼痛處置，如：依醫囑給予止痛藥物(黃、王，2009)，教導病人深呼吸放鬆技巧，協助執行按摩肩膀及背部以達放鬆效果，採舒適臥位並利用聽音樂轉移注意力，並藉由個人宗教信仰等行為認知來緩解傷口疼痛不適(林、厲、廖、林，2013；康、余，2009)。

口腔癌行自由皮瓣重建治療後，其傷口主要位於口腔內，易導致有過多的分泌物及血水積聚，此環境容易造成細菌滋生，因此良好的口腔護理可促進傷口癒合及患者舒適(蘇、劉、相，2011)，護理方法如：以18號軟針接上20cc空針裝漱口水灌洗口腔傷口，使用低壓力40-60mmHg抽吸過多的口腔分泌物，利用沾有生理食鹽水之口腔棉棒移去沾黏在口腔和齒齦的血水或分泌物，以生理食鹽水沾濕紗布覆蓋於無法閉合之口唇上，增加濕潤度(林，2011；蘇、劉、相，2011)。

三、口腔癌術後患者心理層面照護

身體心像是指個人對自己身體的概念，當此概念受到干擾時，即會產生身體心像改變。崔等學者(2009)研究結果顯示，年齡越輕越在乎自己身體心像改

變，癌症分期越後期、手術切除部位越大、身體活動功能越差，則身體心像就越負面。手術後隨即面臨臉部構造及身體功能改變，讓病人承受諸多壓力及無助感，當病人無法坦然面對這些改變時會有逃避、失落及社交退縮等負面情緒(張、張、王，2010)。護理人員應運用傾聽、不批判態度引導病人描述對個人身體心像之想法，加強重要他人陪伴與心理支持(林、厲、廖、林，2013)。Erikson中年發展階段，術後因疾病關係導致生產停滯無法受肯定而產生退縮行為，因此護理重點應著重讓病患參與傷口照護規劃，增強自我照顧能力，介紹成功案例分享，可幫助重新肯定自我價值、重整合宜的身體心像(黃、王，2009)。

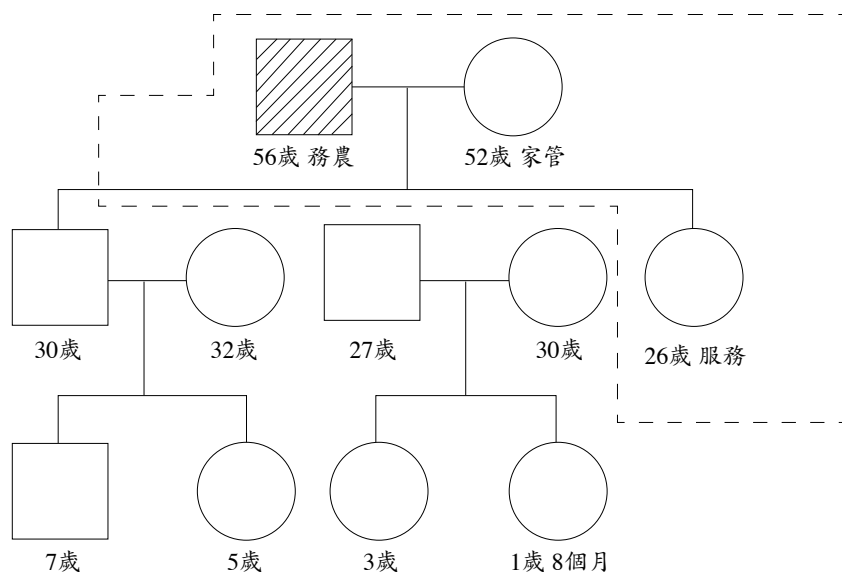
護理過程

一、個案簡介

許先生，56歲，小學畢業，虔誠道教徒，平時以國、臺語溝通，已婚，育有二男一女，兒子皆已成家，目前與案妻及案女同住。職業為務農，罹病後即退休，目前主要經濟來源為子女及本身積蓄，住院期間案妻及案子女會前來探視，家人互動關係密切，家族樹如圖一。

二、過去病史及求醫過程

個案有抽菸、嚼檳榔習慣約20年，罹患口腔癌後即戒除，2013年10月發現右側頰黏膜有潰瘍未改善，於11月至本院門診求治，建議切片檢查，個案表示先以外用藥膏使用，返家用藥約三星期，潰瘍未癒合且周圍出現白斑伴有疼痛情形，2014年1月返回醫院求治診斷為口腔癌第二期侵犯同側頸部淋巴結，無遠端轉移(T2N1M0)，2月6日施行右側頰黏膜腫瘤切除及頸部淋巴廓清術與橈側前臂筋膜自由皮瓣重建，術後轉至外科加護



圖一 家庭樹

病房，3月14日病情穩定返家休養。

三、護理評估

護理期間為2014年2月6日至2月12日，運用羅氏適應模式做為評估指引，藉由臨床直接照護、筆談、觀察及與家屬會談等方式收集生理、心理社會層面之資料，分析結果如下：

(一)生理層面

1.氧合作用：個案抽菸習慣約20年，罹患口腔癌後才決心戒除，2月3日胸部X光檢查結果正常。2月6日接受口腔手術放置7.5號氣切接呼吸器使用，術後為避免牽扯或壓迫皮瓣血管依醫囑採絕對臥床至少三天以上。個案2月7日筆述：「頭頸部開刀有傷口，咳嗽時都不敢用力！」、「一有痰就想咳，咳嗽時傷口很痛我都不敢咳，咳不出來又要用抽的，很痛苦！」，當有痰無法自行咳出時，臉部脹紅、用拍打床欄方式手比氣切表示要抽痰，約兩小時抽痰一次，痰液量中、色黃稠狀，呼吸次數20-22次/分，氧合濃度95-96%。2月8日筆述：「吸不到氣，一直有痰但咳不出來！」，當痰液無法咳出時顯躁動，呼吸喘及咳嗽次數更頻繁，約30分鐘抽痰一次，呼吸次數20-25次/分，心跳速率95-110次/分，氧合濃度95%，四肢末梢溫暖粉紅，無發紺情形。2月9日胸部X光顯示雙肺浸潤情形。經以上評估分析，個案呈現呼吸道清除功能失效之健康問題。

2.營養：身高162公分，體重65公斤，身體質量指數為 24.76kg/m^2 ，屬於過重。2月6日手術後鼻胃管留置。2月7日白蛋白值為 4.1g/dl ，血紅素值為 12.2g/dl 。2月9日經營養師評估開始

管灌配方，實際攝取卡路里為1,500卡/天，消化情形良好。評估皮膚飽滿有彈性，四肢無水腫。2月6日行口腔重建術後，右側口腔內側皮瓣覆蓋約 $11\text{公分} \times 5\text{公分}$ ，呈膚色；右下頷至右頸傷口縫合約30公分，臉頰腫脹嘴巴無法完全張開，有過多的分泌物及血跡。個案2月7日筆述：「嘴巴內口水好多，都會從嘴角流出來！」，觀察口內皮瓣周圍有少量滲血情形及口腔內有過多血水積聚。2月8日筆述：「我覺得嘴巴裡有一塊東西怪怪的、腫腫的！」、「覺得嘴巴都乾乾的，不舒服！」，觀察嘴角及嘴唇上有乾掉的淡褐色物質，口內皮瓣較為腫脹。經以上評估分析，個案呈現口腔黏膜障礙之健康問題。

3.排泄：住院前約二天解一次成形黃褐色軟便，無服用軟便劑習慣；平日排尿無灼熱感及頻尿情形。術後導尿管留置，每天約1,600-1,800毫升的清澈尿液、無沉澱物。2月10日因三天未解便，依醫囑予甘油球灌腸後排便一次，大便量中呈黃糊色，聽診腹部腸蠕動9-12次/分，觸診腹部柔軟無硬塊。

4.活動與休息：平時工作早出晚歸，無固定運動習慣，一天睡眠達6-8小時且作息正常，無服用鎮靜安眠類藥物。2月6日術後依醫囑採絕對臥床，右手因做皮瓣手術，石膏固定活動受限，由護理人員執行部分身體清潔。術後因傷口疼痛不適，有睡眠中斷情形，依醫囑給予止痛劑幫助個案再度入睡，評估疼痛問題緩解後，夜間睡眠可持續5小時，白天精神狀態佳，自覺無疲憊情形，與個案互動時無發現有黑眼圈、倦怠及不安情形。

5.皮膚完整性：皮膚溫暖偏乾燥、無脫皮情形，飽滿度及彈性佳。2月6日術後當天觀察右側頰部及口內皮瓣為膚色、皮瓣飽滿度佳，微血管回血時間小於2秒，Doppler監測血循正常。術後右下頷至右頸傷口縫合約30公分，縫線處乾淨無分泌物，右手取皮區傷口11×6公分石膏固定，左大腿供皮區傷口10×5公分彈繃包紮，傷口皆乾燥無滲液、癒合狀況良好。

6.感覺：視力、聽力正常，定向感佳，溝通時可做合宜反應，無感覺功能異常及思考障礙情形。護理期間可用手勢表達自己的需求及不適感，2月7日筆述表示：「臉及頸部傷口都很脹很緊繃，感覺一直在抽痛，像針在刺一樣！」；2月8日個案筆述表示：「腫的像麵龜，一直抽痛！」、「痛起來搞不清楚到底是嘴巴痛，還是手痛、腳痛了！」，觀察疼痛時有皺眉痛苦之表情，左手緊握拳頭，額頭有冒汗情形，以疼痛十分量表評估為10分，心跳速率由78次/分增加至110次/分，血壓132/68mmHg增加至166/88mmHg。2月9日筆述：「換藥還有咳嗽的時候，臉部及氣切傷口都很痛！」，觀察換藥時個案會轉頭出現抵抗、憋氣行為，且肌肉呈緊繃情形，不願讓筆者碰觸身體。7.體液與電解質：護理期間靜脈輸液量2,000ml/天，輸出入量平衡狀態為+ 500 ml/天，皮膚飽滿有彈性，四肢無水腫。2月8日體溫37℃，心跳78次/分，血壓132/68mmHg，抽血報告血液及電解質檢驗值皆為正常範圍。

(二)心理社會層面

1.自我概念：自認身體健康狀況良好，無定期做健康檢查，若感冒會先到

藥局購買成藥服用，自述生病前對於任何事情皆能掌控，對工作及家庭甚滿意。案妻代訴個案於2014年1月診斷出口腔癌時情緒低落，無法接受罹病事實，感覺生命受到威脅，不願意接受開刀治療，曾向太太表示：「我如果接受開刀也不一定會好！」。2月9日從鏡中看到自己的臉時筆述：「當初接受開刀，現在整個臉腫成這樣，以後要怎麼出去見人！」，觀察雙眼泛紅且情緒激動，並緊閉嘴巴不讓護理師觀察口內皮瓣情形。2月10日筆述：「因為開刀變成現在這個樣子，真怕被別人看到！」，護理期間家屬會前來探視，會客時觀察個案神情淡漠，互動時會避開他人眼神，大多時間都躺在床上閉眼休息。2月11日筆述：「此次入院最擔心的事就是自己身體狀況，擔心日後臉上傷口，自己會無法承受別人異樣眼光！」。經以上評估分析，個案呈現身體心像改變之健康問題。

2.角色功能模式：依Erikson人類發展階段理論，個案屬於成年晚期，第一角色為56歲男性，第二角色為丈夫、父親、爺爺，第三角色為口腔癌病人。護理期間家屬皆會前來探視，與案妻互動較為密切，平時家中有事會先跟案妻討論，罹病後獲得家人支持及關懷，會在言語上鼓勵個案放開心胸。

3.相互依賴：認為生命中最重要他人是案妻，從年輕相互扶持至今。會客時間家屬前來探視，案妻主動詢問醫師個案目前病況及恢復情形，言語上會主動鼓勵個案表示：「醫師說這次開刀很順利，好好配合治療，家裡我會照顧好！」。

問題確立

綜合以上護理評估，確立個案健康問題為：呼吸道清除功能失效/術後氣切留置、無效性咳嗽有關；急性疼痛/手

術後傷口有關；口腔黏膜障礙/口腔手術有關；身體心像改變/術後導致顏面結構改變有關。

護理措施與評估

一、呼吸道清除功能失效 / 與術後氣切留置、無效性咳嗽有關(2014年2月6日~2月12日)

主客觀資料	第一層次評估 S1：2月7日「頭頸部開刀有傷口，咳嗽時都不敢用力！」。 S2：2月7日「一有痰就想咳，咳嗽時傷口很痛我都不敢咳，咳不出來又要用抽的，很痛苦！」。 S3：2月8日「吸不到氣，一直有痰但咳不出來！」。 O1：抽菸習慣約20年，直到罹患口腔癌後才決心戒除。 O2：2月6日口腔手術後放置7.5號氣切內管接呼吸器，氧氣濃度35%使用，術後依醫囑採絕對臥床至少三天以上。 O3：2月7日當有痰無法自行咳出時，臉部脹紅、用拍打床欄方式手比氣切表示要抽痰，約兩小時抽痰一次，痰液量中、色黃稠狀，呼吸次數20-22次/分，氧合濃度95-96%。 O4：2月8日當痰液無法咳出時顯躁動，呼吸喘及咳嗽次數更頻繁，約30分鐘抽痰一次，呼吸次數20-25次/分，心跳速率95-110次/分，氧合濃度95%。 O5：2月9日胸部X光顯示雙肺浸潤情形，聽雙側呼吸音呈囉音。
	第二層次評估 主要刺激：術後氣切套管留置。 相關刺激：傷口疼痛無法行有效性咳嗽。 剩餘刺激：止痛藥物的使用。
護理目標	1.2月11日能執行有效深呼吸、咳嗽，抽痰次數可減少為每8小時內2次。 2.2月12日能有效執行自咳，將痰液咳出於氣切口外。
護理措施	1.每2小時監測生命徵象及血氧濃度，觀察是否有躁動不安、嗜睡及盜汗等氧合不足情形。 2.與個案討論抽痰的重要性及注意事項以減輕焦慮，並告知抽痰過程中有發生不適時，可舉手及輕搖護理師手臂，會暫時停止抽痰並給氧氣使用。 3.每次抽痰前後評估及記錄呼吸型態，包括速率、呼吸音、有無使用呼吸輔助肌及觀察痰液性質、量及顏色並記錄。 4.以無菌技術抽吸氣切處及口內痰液，過程中配合呼吸型態，以減輕不適感。 5.予抬高床頭30-35度，採半坐臥促進肺部擴張。 6.2月11日起每2小時協助翻身並採半坐臥位，予背部扣擊以利痰液排出。 7.於管灌食後1小時教導個案咳痰；將雙手環抱腹部，咳嗽時雙手下壓腹部將痰液咳出。
評估	1.2月10日個案能嘗試自行運用深呼吸、咳嗽方法將部份痰液咳出氣切口外，並筆述表示「我有用你教我的方式咳痰，比較能咳出來了！」。 2.2月10日抽痰次數明顯由每8小時內4次減少為2次。 3.2月12日個案已能自行深呼吸、咳嗽，並將痰液咳出氣切口外。

二、急性疼痛 / 與手術後傷口有關(2014年2月6日~2月12日)

主客觀資料	第一層次評估 S1：2月7日「臉及頸部傷口都很脹很緊繃，感覺一直在抽痛，像針在刺一樣！」。 S2：2月8日「腫的像麵龜，一直抽痛！」。 S3：2月8日「痛起來搞不清楚到底是嘴巴痛，還是手痛、腳痛了！」。 S4：2月9日「換藥還有咳嗽的時候，臉部及氣切傷口都很痛！」。 O1：2月6日行口腔重建術及暫時性氣切手術，右側口腔內側有皮瓣覆蓋約11公分×5公分，呈膚色，右下頷至右頸傷口縫合約30公分，右手取皮區傷口11×6公分，左大腿供皮區傷口10×5公分。 O2：2月8日觀察疼痛時有皺眉痛苦之表情，左手緊握拳頭，額頭有冒汗情形，以疼痛十分量表評估為10分，心跳速率由78次/分增加至110次/分，血壓132/68mmHg增加至166/88mmHg。 O3：2月9日觀察換藥時個案會轉頭出現阻抗、憋氣行為，且肌肉呈緊繃情形，不願讓筆者碰觸身體。
	第二層次評估 主要刺激：手術傷口疼痛。 相關刺激：活動及治療時傷口牽扯。 剩餘刺激：不知如何降低疼痛及不適。
護理目標	1.2月10日可主動說出疼痛的感受。 2.2月10日能執行緩解疼痛或轉移注意力的方法至少2種。 3.2月12日依十分數字等級量表評估疼痛指數可降至3分以下。
護理措施	1.鼓勵其說出對疼痛的感受，並與醫師討論提供緩解疼痛的方法。 2.使用疼痛十分量表，評估疼痛指數並記錄疼痛位置、性質及持續時間。 3.教導並協助減輕疼痛的方法，包括： (1)採舒適臥位，使用脂肪墊置於頸後，避免顏面、頸後傷口過度延伸。 (2)換藥時動作輕柔，活動肢體時緩慢變換姿勢，避免牽扯引流管及壓迫皮瓣。 (3)會客時藉由家屬陪伴給予心理支持。 (4)指導家屬按摩肢體，降低肌肉緊繃感。 (5)換藥前30分鐘給予morphine 5mg IVP使用，減輕換藥時傷口疼痛並評估用藥成效。 4.教導轉移注意力方法，包括：播放平日喜愛聽的臺語歌及臺語廣播電台；教導深呼吸，並與其談話轉移注意力。 5.每2小時評估對疼痛處置滿意度，依狀況與醫師討論調整止痛藥物劑量。
評值	1.2月10日會客時，個案以手勢要求案妻協助按摩四肢，並筆述表示：「還好有護理師提供收音機給我聽，我就不會一直想傷口痛的事，按摩後有比較輕鬆，現在已經不像之前那麼痛了！」。 2.2月12日協助傷口換藥時，依十分數字量表評估疼痛分數為2分，筆述表示：「現在傷口痛的程度是我可以忍受的了！」。

三、口腔黏膜障礙 / 與口腔手術有關(2014年2月6日~2月12日)

主 客 觀 資 料	第一層次評估 S1：2月7日「嘴巴內口水好多，都會從嘴角流出來！」。 S2：2月8日「我覺得嘴巴裡有一塊東西怪怪的、腫腫的！」。 S3：2月8日「覺得嘴巴都乾乾的，不舒服！」。 O1：2月6日行口腔重建術後，右側口腔內側有皮瓣覆蓋約11公分×5公分，呈膚色；手術後鼻胃管留置。 O2：2月6日術後右下頷至右頸傷口縫合約30公分，臉頰腫脹嘴巴無法完全張開，有過多的分泌物及血跡。 O3：2月7日觀察口內皮瓣周圍有少量滲血情形及口腔內有過多血水積聚。 O4：2月8日觀察嘴角及嘴唇上有乾掉的淡褐色物質，口內皮瓣較為腫脹。 第二層次評估 主要刺激：手術後口腔有傷口。 相關刺激：手術後口腔皮瓣腫脹、滲血。 剩餘刺激：對口腔護理的認知。
護 理 目 標	1.2月11日個案能了解口腔護理重要性及協助執行口腔護理一天至少三次。 2.2月12日個案口腔黏膜能呈粉紅色及有濕潤感。
護 理 措 施	1.觀察口腔黏膜及皮瓣傷口變化，包括顏色、濕潤度、縫線處變化並記錄。 2.告知嚼檳榔是造成口腔癌的主因，出院後能持續戒檳榔，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。 3.每2小時執行一次以18號軟針接上20cc空針裝漱口水灌洗口腔傷口，並使用低壓力40-60 mmHg抽吸，以避免傷及口腔內皮瓣。 4.協助利用沾有生理食鹽水之口腔棉棒輕輕移去沾黏在口腔黏膜和齒齦的血塊或口腔內分泌物。 5.協助使用乾紗填塞皮瓣縫隙處，吸附過多口水，且隨時更換避免惡臭。 6.以生理食鹽水沾濕3×3紗布覆蓋於無法閉合之口唇上，增加濕潤度。
評 值	1.2月11日個案筆述「會認真配合口腔護理，希望嘴巴補皮趕快好起來！」。 2.2月11日個案於三餐灌食後會主動要求執行口腔護理。 3.2月12日個案筆述「我的嘴巴不會再有乾乾不舒服的感覺！」。 4.2月12日觀察到個案口腔黏膜濕潤呈粉紅色，嘴唇無乾裂情形。

四、身體心像紊亂 / 與術後導致顏面結構改變有關(2014年2月6日~2月12日)

主客觀資料	第一層次評估 S1：案妻代訴個案曾表示：「我如果接受開刀也不一定會好！」。 S2：2月9日「當初接受開刀，現在整個臉腫成這樣，以後要怎麼出去見人！」。 S3：2月10日「因為開刀變成現在這個樣子，真怕被別人看到！」。 S4：2月11日「此次入院最擔心的事就是自己身體狀況，擔心日後臉上傷口，自己會無法承受別人異樣眼光！」。 O1：2月6日術後右下頷至右頸縫合傷口約30公分，右手取皮區傷口11×6公分，左大腿供皮區傷口10×5公分。 O2：2月9日觀察雙眼泛紅且情緒激動，並緊閉嘴巴不讓護理師觀察口內皮瓣情形。 O3：2月10日會客時觀察個案神情淡漠，互動時會避開他人眼神，大多時間都躺在床上閉眼休息。
	第二層次評估 主要刺激：口腔癌行手術治療後，顏面外觀改變。 相關刺激：對口腔治療方式與預期不同。 剩餘刺激：未生病前外觀完整。
護理目標	1.2月12日個案願意利用鏡子檢視氣切套管及手術傷口。 2.出院前和人互動可正視對方眼神，並分享疾病經驗。
護理措施	1.以主動關懷、傾聽和同理心方式陪伴個案，建立良好護病關係。 2.執行任何護理活動前主動說明目的及過程；對於配合及參與給予正向回饋 3.主動告知氣切為術後暫時性留置，呼吸也是暫時性由氣切內管進出，等傷口癒合時會移除氣切，發聲能力也能恢復正常。 4.每日於傷口照護時，引導用鏡子檢視氣切及臉部手術傷口，主動告知皮瓣狀況，以增加自信心。 5.提供紙筆及圖卡，以利表達需求及對身體外觀的看法，引導正向身體心像。 6.安排醫師與個案及家屬溝通，討論後續的醫療處置及復健計畫。 7.正向鼓勵個案在自我照顧中逐漸恢復獨立性，並鼓勵參與日後治療計畫。 8.提供社會資源並鼓勵個案參與院內口腔癌病友團體，增加支持系統。
評值	1.2月12日個案願意使用鏡子檢視氣切及手術傷口，並筆述表示：「我的臉現在看起來有比較消腫了，傷口其實好像沒有那麼醜了！」。 2.2月12日會客時，個案向家屬筆述表示：「醫師及護理師有跟我說氣切是暫時的，而且我臉上的傷口已經消腫很多了！」。 3.持續追蹤：2月18日到病房探視，已能主動與其他病友互動，並表示：「若有需要，願意分享自己的經驗給相同病友！」。

討論與結論

本文探討一位罹患口腔癌個案，在接受腫瘤切除及皮瓣重建手術後，因暫時性氣切套管放置造成呼吸形式不適應、顏面傷口範圍廣泛引發生理疼痛及面對身體外觀改變影響自我認同造成情緒低落。照護期間提供整體及個別性措施，教導深呼吸、咳嗽技巧，運用轉移注意力及相關疼痛照護方法緩解疼痛情況，並鼓勵表達外觀及功能改變之內心感受，協助勇於面對及接受身體改變事實，使其重新肯定自我。

個案因術後氣切留置導致無法說話，雖有使用紙筆溝通表達其內心想法，但仍無法在第一時間完全深入了解個案表達之意，此為本篇報告困難之處。期間筆者運用3C產品下載相關圖卡，教導選用代表抽痰、疼痛及喜怒哀樂心情圖檔，並在案妻及案女協助下，終於打開與個案溝通之門。個案初期因口腔潰瘍於門診確診為口腔癌，期間歷經3個月才接受安排入院手術，口腔癌是台灣地區最常見頭頸部惡性腫瘤之一，因此建議於病人確診之初，即可提供無縫的服務模式，從就診、診斷、治療乃至追蹤期，提供持續性優質照護品質。

參考資料

- 王宏銘、廖俊達、范綱行、吳樹鏗、詹勝傑、閻紫宸(2009)·頭頸部鱗狀細胞癌治療的新進展·*腫瘤護理雜誌*，9(Suppl.)，51-67。
- 林麗滿(2011)·照顧一位中年期口腔癌手術後患者之護理經驗·*彰化護理*，18(1)，10-20。

- 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。
- 崔宛玉、林寬佳、黃惠璣(2009)·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，doi:10.6225/JNHR.09.2.127
- 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-慈濟護理雜誌*，8(4)，129-136。
- 黃盈菁、王桂芸(2009)·照顧一位口腔癌病患接受口顎重建手術後之護理經驗·*腫瘤護理雜誌*，9(2)，49-58。
- 張璩方、張乃文、王桂芸(2010)·身體心像紊亂之概念分析·*長庚護理*，21(1)，25-32。
- 楊蕙如、陳淑娟、楊禮謙(2012)·一位氣管狹窄患者接受氣切手術之護理經驗·*長庚護理*，23(2)，197-207。
- 衛生福利部統計處(2014，9月4日)·民國102年主要死因分析·取自http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5150
- 蔡紫暄、周繡玲、陳麗系(2011)·口腔患者術後症狀困擾及其相關因素探討·*腫瘤護理雜誌*，11(2)，23-34。
- 劉璦宜、何修嫻(2012)·照顧一位口腔癌病人手術後之護理經驗·*台灣健康照顧研究學刊*，12，71-85。
- 蘇莉婷、劉倬吟、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。
- Fingeret, M. C., Vidrine, D. J., Reece, G. P., Gillenwater, A. M., & Gritz, E. R. (2010). Multidimensional analysis of body image concerns among newly diagnosed patients with oral cavity cancer. *Head & Neck*, 32(3), 301-309. doi: 10.1002/hed.21181
- Sreedhar, G., Narayanappa Sumalatha, M., & Shukla, D. (2014). An overview of the

risk factors associated with multiple oral premalignant lesions with a case report of extensive field cancerization in a female patient. *Biomedical Papers of the Medical*

Faculty of the University Palacky, Olomouc Czechoslovakia, 159(2), 178-83. doi: 10.5507/bp.2013.092

靜
思
語

捨去一分鐘前的煩惱，
才能擁有慈悲，
也才能嘗到法喜充滿的快樂。
～證嚴法師靜思語～

Let go of past affliction
to transpire compassion
and enjoy blissful happiness.
～ Master Cheng Yen ～



An Intensive Care Experience: An Oral Cancer Patient with Postoperative Body Image Change

Shu-Ju Huang

ABSTRACT

This article is primarily on the nursing experience of an oral cancer patient facing body image disturbance after surgery. Data were collected from February 6 to 12, 2014, through observation, written communication, physical assessment, case history assessment, and direct care. By using Roy's adaptation theory a tool of comprehensive assessment, the patient was found with ineffective airway clearance, acute pain, impaired oral mucous membrane, and body image disturbance. Through proactive care and companionship during the nursing process, a trusting nurse-patient relationship was established; individualized and comprehensive care were provided, including chest physiotherapy and diaphragmatic breathing lessons, to effectively enhance sputum clearance; relaxing technique and comfortable prone position were taught and maintained to reduce postoperative pain; enhance oral care to facilitate wound healing and patient comfort; and therapeutic relationship was established to encourage the patient's emotion expression on postoperative body image disturbance, which allowed the patient to accept the altered body image and reaffirm self-worth. (Tzu Chi Nursing Journal, 2017; 16:2, 125-136)

Keywords: body image disturbance, critical nursing care, oral cancer

RN, St. Martin De Porres Hospital

Accepted: February 17, 2016

Address correspondence to: Shu-Ju Huang No. 122-20, Gumin, Xingang Township, Chiayi County 616, Taiwan

Tel: 886-5-275-6000 #3601 ; E-mail: a3748832@gmail.com