

一位口腔癌患者接受 皮瓣重建術之護理經驗

廖婉如、紀慧真*

中文摘要

本文敘述一位55歲男性患者，因口腔癌接受皮瓣重建術，護理期間自2012/9/1至9/18止，運用Gordon十一項功能性健康型態評估收集資料，確立護理問題有急性疼痛、組織完整性受損、呼吸道清除功能失效以及身體心像紊亂。護理過程中藉由與個案及家屬建立良好護病關係，針對護理問題提供基本生理需求照護，適時運用藥物及個別性護理措施緩解疼痛，並藉由傷口評估提供受損組織護理，減少傷口滲液異味及提供胸腔物理與藥物治療處理痰液黏稠問題，使個案呼吸道清除功能失效症狀改善，個案術後因傷口滲液異味及臉部外觀改變，經由護理人員與家屬對個案的主動關懷，再以傾聽同理個案面對術後身體心像改變歷程，終讓個案接受身體心像改變事實。(志為護理，2017; 16:5, 114-125)

關鍵詞：口腔癌、皮瓣重建術、護理經驗

前言

衛生福利部(2014)統計臺灣地區十大死因口腔癌位居第五，口腔癌以鱗狀上皮細胞癌最普遍，治療方式以手術為主，放射線治療及化學治療為輔(陳，2007)。晚期口腔癌患者接受腫瘤切除術後，需利用皮瓣重建口顎缺損部位，

因手術切除範圍廣泛會造成顏面及顎骨缺損，影響張口、咀嚼、吞嚥、說話及呼吸等生理功能，除了術後的疼痛及傷口問題，還有皮瓣重建術導致口腔黏膜及顏面外觀明顯變化，使其比一般癌症患者更易有身體心像改變等心理壓力(Jatin & Ziv, 2009)。本文個案分期為T4N0M0，於皮瓣重建術後面臨疼痛和

中山醫學大學附設醫院護理師 中山醫學大學附設醫院護理長*

接受刊載：2016年10月5日

通訊作者地址：紀慧真 臺中市南區建國北路一段110號

電話：886-4-2473-9595 轉32803 電子信箱：csha827@csh.org.tw

重建術後供皮區和受皮區肢體的組織完整性受損，以及氣切套管留置造成呼吸型態改變及顏面皮瓣覆蓋導致身體心像紊亂等之護理問題，筆者期藉此個案報告提供臨床護理人員面對口腔癌施行皮瓣重建術之參考。

文獻查證

一、口腔癌相關概念

口腔癌是口腔內組織細胞惡化所形成的惡性腫瘤，好發於牙齦、頰黏膜、口咽等處，臺灣的口腔癌以頰黏膜和舌癌佔了70-80%，以鱗狀上皮細胞癌最普遍(王等，2009)。臨床依據原發腫瘤大小(T)，頸部淋巴結轉移(N)及是否有遠端轉移(M)的TNM系統分零到四期。早期症狀為難癒合的潰瘍或突起之潰爛硬塊，有時雖伴有頸部淋巴腫塊，但常不覺疼痛，也不影響吞嚥及說話功能，偶而出現帶血唾液(高、陳、吳、羅、雷，2005)。

二、口腔癌重建術

口腔癌治療以手術為主，放射線及化學藥物治療為輔(Kademani, 2007)。第一期只需切除病變，第二~四期除病灶切除外，尚須進行廣泛性病變切除，外科治療包括頸部淋巴廓清術及口顎皮瓣重建術兩階段。頸部廓清術指移除淋巴及組織以降低癌發生率，而重建手術是指以顯微手術將自由皮瓣移植至因大塊切除所造成的口腔、顏面組織缺損處，包括口腔黏膜、軟組織、下顎骨及臉部皮膚。常使用的組織供應皮瓣部位有前臂皮瓣、前大腿外側皮瓣、腓骨骨皮瓣與腹直肌皮瓣等(王等，2009)。

三、口腔癌術後相關護理問題及措施

口腔癌術後會影響患者臉部外觀和說話、咀嚼、吞嚥及呼吸等功能，患者常面臨生理功能及情緒社會障礙，常見護理問題有疼痛、組織完整性受損、呼吸道清除功能失效及身體心像紊亂等(Jatin & Ziv, 2009)。護理措施如下：

(一)疼痛護理

口腔癌晚期在切除病灶及進行皮瓣重建術後，因傷口範圍廣大常伴有疼痛問題，疼痛原因有傷口周邊神經及血管引發神經性疼痛或腫瘤蔓延至真皮層造成切割痛，也可能因不當傷口清潔技巧或移除傷口敷料時所致疼痛(羅、胡，2008)。臨床常用0-10分簡易疼痛量表評估工具讓患者清楚表達疼痛指數，並依評估結果提供藥物治療及照護措施，在藥物治療方面，如使用麻醉性及非麻醉性藥物或局部噴灑麻醉性止痛劑或於換藥前20分鐘塗抹局部止痛軟膏以減輕換藥時的疼痛(許、王，2006)。護理人員除依醫囑給予止痛藥，還需評估用藥效果及副作用以調整適當劑量。另外還可合併非藥物性照護措施，如教導肌肉按摩、放鬆技巧、音樂療法及協助採取舒適臥位，並運用冷、熱敷溫度療法等非侵入性方法分散對疼痛注意力及藉由提供小夜燈、適當空調、乾爽床單等舒適環境以促進睡眠(洪、陳，2010)。傷口採濕敷換藥或使用不易沾黏傷口之敷料，換藥技術動作輕柔，以緩解換藥時的疼痛，與醫療團隊針對患者不斷適時重新評估，給予適當處置才能有效降低生理不適達到緩解疼痛效果(曾、林，2008)。

(二)傷口護理

口腔癌患者重建術後口腔內或臉頰會以皮瓣覆蓋，不能由口進食，會置入鼻胃管提供營養以利傷口癒合。當皮瓣在口腔內時，因黏液及陳血積聚會滋生細菌，需維持口腔衛生以清除異味及預防感染，進行口腔護理時可用生理食鹽水棉枝或注滿生理食鹽水針筒接上針頭，距離傷口1-2英吋沖洗，以移除黏液及血塊，也可依醫囑使用漱口水或稀釋雙氧水沖洗，再以40-60mmHg低壓抽吸過多分泌物(蘇、劉、相，2001)。受皮區要利用毛巾或枕頭捲置於頭二側提供適當體位固定，並抬高床頭20-30度使不致過度伸展；定時評估皮瓣組織血循、微血管充血反應、飽滿度、溫度、顏色、有無紅腫熱痛及異常分泌物等感染症狀。供皮區術後如有需要即可以無菌技術進行敷料更換，傷口縫線避免外露受污染，維持傷口引流管通暢及引流液收集容器抽吸功能，觀察並記錄引流量及顏色，供皮區放置石膏夾板固定以利皮膚長成，抬高肢體以利供皮區血液回流減少水腫，並以環繞方式使用非壓迫性敷料包紮，當分泌物減少時則改用開放性護理(林、柯，2001)。

(三)呼吸道護理

口腔癌患者接受腫瘤廣泛性切除術後上呼吸道或口咽會出現水腫壓迫氣管，故常行氣管切開術以維持通氣功能，但氣管套管留置會破壞上呼吸道纖毛細胞活動性造成排痰能力變差、黏膜濕氣散失痰液鬱積肺部以及無法發音溝通等問題(林、柯，2011)。維持患者呼吸道通暢的護理措施，如抬高床頭30度使橫膈

膜下降，增加肺部擴張；噴霧治療以增加氣管氣體濕度稀釋痰液；評估呼吸音、呼吸型態，教導胸腔物理治療將痰液咳出，如深呼吸咳嗽、翻身姿位引流及胸壁叩擊震顫(蔡、周、陳，2011)。

(四)身體心像改變護理

身體心像是對自己身體心理圖像和外觀的感受，當對真實身體心像懷抱不切實際的期望，呈現真實與理想身體心像之認知差距，加上社會支持系統不足，導致身體心像紊亂(林、柯，2011)。口腔是形成身體心像的重要器官之一，包括羅曼蒂克和性的表現、說話和社交活動，而口腔癌是好發在臉頸難以用衣服覆蓋的惡性腫瘤，且術後顏面組織的缺損常是口腔癌患者出現身體心像紊亂的導因。身體心像改變時會出現憂鬱哭泣、害怕依賴、無力感、活動量減少、低自我價值觀、逃避行為、煩躁不安等情緒及社交隔離行為(黃、顧，2008)。此時護理重點在經常探視並與患者建立護病關係，安排隱私環境讓患者感受到被尊重及被關心；運用手勢、筆談促進溝通，鼓勵說出壓力事件宣洩情緒並同理患者感受，給予鼓勵促使正向面對身體改變；鼓勵重要親友陪伴幫助度過哀傷期(劉、柯、包，2012)；加強學習疾病相關照護提昇參與感，提供社會資源增進互動，如社工及陽光基金會(黃、顧，2008)。

個案簡介

一、基本資料

陳先生，身高171公分，體重69公斤，55歲，已婚育有2女1男，信奉道教，高

中畢，慣用國臺語溝通。經商30多年，家庭經濟小康，2012年發現罹患口腔癌即辭去工作，主要經濟來源為罹病前積蓄及保險給付，住院期間主要照顧者為案妻，入院診斷為口腔鱗狀上皮細胞癌，護理期間為2012/9/1-2012/9/18。

二、過去病史

個案無特殊病史及藥物或食物過敏史，未曾因病住院或手術。

三、此次住院過程

患者半年前感到口腔潰瘍久未癒合，2012/7/15右頸摸到硬塊，至口腔外科門診行切片檢查，診斷為口腔鱗狀上皮細胞癌，分期T4N0M0。8/27行右頸淋巴廓清加廣泛性切除和皮瓣重建術及氣切留置，取左前臂皮瓣補右頰，左大腿部份皮膚移植覆蓋左前臂，術後右頸置入三條引流管及矽質鼻胃管和存留導尿管，當天轉進加護病房，於9/1轉病房照護，9/2拔除導尿管，9/8移除右頸三條引流管；9/16移除氣切，9/17移除鼻胃管，9/18出院。

護理評估

筆者依Gordon十一項功能性健康型態評估結果如下：

一、健康認知及健康處理型態

個案偶感冒至診所就醫。高中畢業後開始抽菸，每天一包，菸齡達35年，偶喝酒，沒有吃檳榔。2012前半年就感口腔潰瘍久未癒合，因右頸摸到硬塊才於8/26入院治療並戒煙，個案筆述：「感覺很倒楣，偏偏是我得到口腔癌，一切都是命，都遇到了，還是會好好面對，如果一開始就來醫院做切片檢查，也許

不會這麼嚴重，開刀的範圍也不會這麼大，只希望腫瘤切除後不要再復發。」住院期間皆可配合相關治療。

二、營養代謝狀況

9/1個案轉入病房時，身高171公分，體重69公斤(標準範圍值為57.3-70.5)，身體質量指數(BMI)為23.6%，albumin:3.6g/dl。術後無法由口進食故放置鼻胃管，營養師評估調配管灌熱量1,800kal/天、蛋白質80gm/天，每次管灌反抽量約10cc呈透明水狀，消化佳無腹脹。每日水分攝取約1,000-1,500cc。右頰內皮瓣傷口色呈紅，右頸傷口縫線存周圍色呈紅微滲液存，左前臂供皮區傷口外觀淨、左大腿供皮區傷口人工皮使用無滲液，紗布覆蓋彈繃包紮。9/1-9/3右頸縫線傷口約10公分易滲濕且引流液為有異味之暗紅色分泌物，周圍皮膚呈微紅，9/3抽血數值為：WBC:13,500/ul、CRP:10mg/dl，傷口細菌培養為綠膿桿菌，經評估確立個案有「組織完整性受損」之護理問題。

三、排泄型態

個案表示入院前每日解便一次，無解尿困難情形。9/2術後導尿管留置尿量約2,000-2,500ml/天，尿液性狀淡黃清澈無沉澱，9/3拔除尿管後自解順暢，平均約3小時解尿一次，住院期間每日解黃褐成形軟便1-2次。

四、活動與運動型態

個案表示罹病前無運動習慣，每天工作8-10小時，此次接受皮瓣重建術後，為避免皮瓣壞死，依醫囑絕對臥床及不可任意轉動頸部，但可自行於床上輕微調整姿勢，下床活動須視醫囑。9/1從加

護單位轉至病房時氣切套管留置，9/1-9/5個案臥床休息，由案妻協助進食擦澡更衣及如廁。9/3個案筆述表示：「痰都咳不出來，而不敢用力咳，要是被自己的痰塞住不能呼吸怎麼辦？」、「什麼時候才可以拿掉氣切管，好難過」。術後氣切套管留置，呼吸每分鐘20-25次，顯急促痰量多痰音重，出現咳痰動作但無法有效咳出，X-ray呈現左上葉有痰，經評估確立個案有「呼吸道清除功能失效」之護理問題。

五、睡眠與休息型態

個案平日睡眠約7-8小時/天，躺床約15分鐘就能入眠到天亮，中午有午睡習慣。9/1自加護單位轉至病房後，9/3個案筆述：「傷口痛醒後晚上就不易入睡，只可入睡4-5小時」、「打止痛藥後，傷口比較不痛就能睡的好一點，不過盡量還是不要靠藥物比較好。」個案術後因傷口疼痛致睡眠中斷，有黑眼圈且於白天頻打哈欠，中午會閉眼休息1小時，經評估確立個案有「疼痛」之護理問題。

六、認知與感受型態

個案可分辨人時地，視聽嗅味觸覺無異常。因放置氣切致無法言語，溝通改以筆談及手勢。9/3個案筆述：「傷口會抽痛及刺痛，痛的時候會從右頰延伸 to 右顳，嚴重時整頭都痛」、「剛開完刀換藥的時候傷口很痛」，以疼痛10分法評估傷口疼痛約7-8分，依醫囑給予ultracet 1# qid口服及止痛劑demerol (50mg) IM及keto (30mg) 1amp IM q6h交替使用後才能緩解，經筆談溝通得知疼痛位置在右頰、右顳，每次疼痛持續約15-30分鐘，夜眠會痛醒1-2次，換藥時

眉頭緊縮表情痛苦，疼痛指數高達9分，於換藥前要求先施打止痛劑，因疼痛為立即發生，經評估確立個案有「急性疼痛」之護理問題。

七、自我概念型態

個案表示過去健康狀況良好，很少生病。9/8術後提及是否要用鏡子看傷口，個案搖頭並筆述「有什麼好看，很醜啦」、「不要出去比較好，右臉都變形了，走到外面，不知道別人會怎麼看我」、「臉的傷口大，自己看了都覺得恐怖」、「手術後裝上氣切都不能講話，氣切什麼時候可以拔掉」，案妻表示個案因身體外觀改變不願面對人，若親友來訪會假裝閉眼休息，不想與人有眼神接觸。個案入住四人房，照護期間觀察個案常表情憂慮不發一語或看著筆電發呆，整日拉起床簾，少與病友互動及走出病房，經評估確立個案有「身心像紊亂」之護理問題。

八、角色與關係型態

個案已婚育有2女1男，目前與子女同住，扮演角色為丈夫及父親，住院期間案妻為主要照顧者，子女因工作關係僅假日來訪。個案筆述：「經商30多年存有一些錢，現不工作了，且子女都住家裡，需要幫忙可打電話給他們」。

九、性與角色型態

個案已婚與子女同住，與案妻互相扶持陪伴，罹病前與案妻維持一週1-2次性關係，沒有使用保險套避孕。術後目前無性生活及生殖系統疾病。

十、適應壓力與耐受型態

個案表示過去工作遭遇壓力時會向案妻傾訴，案妻為主要支持系統，此次

罹患口腔癌接受手術是這輩子最大壓力源。9/10個案筆述：「此次生病住院，很感謝太太的照顧，將家中事務安排妥當，我才能安心養病」、「罹病期間我也經歷過沮喪、害怕、恐懼，還好有太太及子女陪伴，現在我已經比較平靜了」。

十一、價值與信念型態

個案信奉道教，9/10個案筆述：「知道自己有癌症要開刀時，我很害怕，去廟裡拜拜求神明保佑，心情平靜許多」、「拜拜是尋求心靈寄託，出院後我要再去還願」，個案身上佩帶平安符。

問題確立及護理計畫

護理問題一：組織完整性受損／手術(9/3訂定)

主觀資料	1.9/3筆述：「我的傷口前天才一天換一次，這二天怎麼一天換二次，是不是不好？」 2.9/4筆述：「我右頸傷口常濕濕的，而且周圍皮膚紅紅腫腫的。」
客觀資料	8/27行右頸淋巴廓清加廣泛性切除和皮瓣重建術及氣切留置，取左前臂皮瓣補右頰，左大腿部份皮膚移植覆蓋左前臂，右頰內皮瓣約 $7 \times 5 \times 3\text{cm}^3$ 。9/1右頸縫線約10公分置入三條引流管，9/3右頸傷口縫線周圍皮膚紅腫，敷料引流液為暗紅色異味分泌物，抽血WBC:13,500/ul；CRP:10mg/dl、細菌培養為綠膿桿菌，9/3更改抗生素並使用特殊敷料每日換藥二次。
護理目標	9/10右頸傷口滲液改善，縫線周圍皮膚無紅腫及敷料維持乾燥。
護理措施	1.9/3使用軟枕毛巾捲成軸固定頸部，並抬高床頭30度使勿過度屈曲，維持患者皮瓣血循，以減輕傷口腫脹。 2.9/3每班持續監測感染情形，評估及紀錄傷口大小、引流量、顏色、氣味及敷料使用狀況。 3.確實執行無菌換藥技術，用生理食鹽水棉球和優碘棉球執行消毒。9/3因傷口癒合不佳，故調整換藥方式為一天兩次，依醫囑使用saverdan特殊敷料覆蓋吸取右頸傷口滲液，以維持周圍組織乾燥。 4.9/3依醫囑使用抗生素tazocin 4.5 mg ivd q6h及gentamycin 80mg ivd q12h。 5.9/4依營養師調配管灌高蛋白飲食，促進組織傷口癒合。 6.9/6教導案妻評估發炎症狀，如紅腫熱痛、異常分泌物及潰瘍等。
護理評值	1.9/8移除右頸三條引流管，縫線周圍皮膚乾燥無紅腫，每日換藥saverdan敷料改以乾燥紗布覆蓋。 2.9/15移除右頸及左前臂傷口全部縫線，9/15細菌培養呈陰性，停用抗生素。

護理問題二：急性疼痛／手術後傷口(9/3訂定)

主觀資料	9/3個案筆述：「傷口會抽痛及刺痛，痛的時候會從右頰延伸到右顳，嚴重時整頭都痛」、「剛開完刀換藥的時候傷口很痛」、「傷口痛醒後晚上就不易入睡，只可入睡4-5小時」、「打止痛藥後，傷口比較不痛就能睡的好一點，不過盡量還是不要靠藥物比較好。」
客觀資料	8/27行右頸淋巴廓清加廣泛性切除和皮瓣重建術及氣切留置，9/3評估傷口疼痛約7-8分，疼痛位置在右頰、右顳，每次疼痛持續約15-30分鐘，夜眠會痛醒1-2次，換藥時眉頭緊縮表情痛苦，疼痛指數高達9分，會於換藥前要求先施打止痛劑。個案術後因傷口疼痛致睡眠中斷，有黑眼圈且於白天頻打哈欠，中午會閉眼休息1小時。
護理目標	1.9/4能寫出二項緩解疼痛的方法。 2.9/5能表示疼痛緩解，並減少施打止痛藥次數。 3.照護期間，疼痛指數可由9分降至3分，每晚可持續睡眠6-8小時。
護理措施	1.9/3傷口換藥時動作輕柔，先以生理食鹽水潤濕後再移除敷料，換藥前給予止痛劑keto 30mg 1amp ivd使用以減輕疼痛不適。 2.9/3鼓勵個案做自己喜歡的事，如看報紙或看電視，以轉移對疼痛之注意力。 3.9/3教導個案使用軟枕毛巾捲成軸固定頸部，並抬高床頭30度使勿過度屈曲之舒適臥位，保持衣著乾淨、床單平整及環境安靜和調整室內柔和光線，採集中護理讓個案獲得充足休息及睡眠。 4.9/3教導個案使用軟枕毛巾捲成軸固定頸部，並抬高床頭30度使勿過度屈曲之舒適臥位，保持衣著乾淨、床單平整及環境安靜和調整室內柔和光線，採集中護理讓個案獲得充足休息及睡眠。 5.9/3每班評估記錄個案疼痛性質，如時間、位置、頻率及疼痛指數，並依評估結果與醫療團隊討論調整藥物劑量。 6.9/3依據疼痛評估表開立ultracet 1顆一天4次口服後，再增開demerol 50mg 1amp及keto 30mg 1amp每6小時交替使用及安眠藥ativan(1mg)1顆每天睡前口服使用。
護理評估	1.9/4個案可寫出緩解疼痛轉移注意力的方法，如看電視或聽音樂，且個案筆述：「換藥時我會閉眼深呼吸並握著太太的手，感覺好像沒這麼痛了。」 2.9/5個案疼痛指數降至2-3分，一天內未再要求施打止痛劑。 3.9/5個案筆述：「白天活動時疼痛指數約2-3分，晚間配合安眠藥使用，可睡到早上6-7點。」

護理問題三：呼吸道清除功能失效／術後氣管套管留置(9/3訂定)

主觀資料	9/3個案筆述表示：「痰都咳不出來，而且不敢用力咳，要是被自己的痰塞住不能呼吸怎麼辦？」、「什麼時候才可以拿掉氣切管，好難過。」
客觀資料	8/27行右頸淋巴廓清加廣泛性切除和皮瓣重建術及氣切留置，心跳108次/分、呼吸20-25次/分，血壓155/98 mmHg，SpO ₂ :96%，氣切套管留置，痰量多痰音重，痰呈淡黃色微帶血絲，出現咳痰動作但無法有效咳出，需1-2小時抽痰一次，呼吸有輕微囉音，X-ray呈現左上葉有痰。
護理目標	1.9/13個案能配合及主動執行有效深呼吸咳嗽，一天至少三次。 2.9/15個案呼吸音正常且聽診兩側肺葉無囉音。
護理措施	1.9/3每8小時及必要時監測生命徵象與評估呼吸音、速率及呼吸型態。 2.9/3依醫囑給予氣切導管氧氣使用每分鐘3公升。 3.9/3給予噴霧治療及胸腔物理治療衛教單張，說明目的及重要性，且教導案妻每2小時協助正確執行胸腔叩擊及翻身姿位引流，以利痰液咳出。 4.9/3依醫囑給予噴霧治療：flumucil 1amp Q6h及說明液化痰液重要性，以免濃稠不易咳出，每日可攝取2,000cc至3,000cc的水分，包含鼻胃管灌食量及點滴量等以利痰液排出。 5.9/3必要時以無菌技術抽痰維持呼吸道通暢，觀察並記錄分泌物量顏色濃稠度。 6.9/4教導個案床頭抬高30度採半坐臥姿，促使肺擴張及腹式深呼吸，方法為請其將雙手環抱置於腹部，感受呼吸時的腹部起伏，深呼吸後於咳嗽時雙手下壓腹部，增加腹壓促使達成有效性咳嗽。 7.9/5醫囑停止絕對臥床，9/6醫囑開立可下床活動，開始漸進增加活動量，個案臥床時至少2小時翻身一次，並鼓勵個案下床走動，避免呼吸道分泌物蓄積。
護理評估	1.9/14個案能配合執行一天三次之有效深呼吸咳嗽，痰色白質稀量中，心跳85次/分、血壓132/75 mmHg，SpO ₂ :98%。 2.9/15經護理指導後可正確使用腹式呼吸將痰咳至氣管套口處，再使用衛生紙擦拭，須由護理人員抽出的痰液量減少，SpO ₂ : 96-98%。 3.9/14-15僅於換藥時及睡前各抽痰一次，痰色白質稀量少，SPO ₂ :99-100%。 4.9/16移除氣切套管後呼吸平順，可自行由口咳出痰液，X光顯示肺部無積痰。

護理問題四：身體心像紊亂/術後造成身體外觀改變(9/8訂定)

主觀資料	9/8個案筆述「有什麼好看，很醜啦」、「不要出去比較好，右臉都變形了，走到外面，不知道別人會怎麼看我」、「臉的傷口大，自己看了都覺得恐怖」、「手術後裝上氣切都不能講話，氣切什麼時候可以拔掉。」
客觀資料	8/27行右頸淋巴廓清加廣泛性切除和皮瓣重建術及氣切留置，9/8術後提及是否要用鏡子看傷口，個案搖頭案妻並表示個案因身體外觀改變不願面對人，若親友來訪會假裝閉眼休息，不想與人有眼神接觸。個案入住四人房，照護期間觀察個案常表情憂慮不發一語或看著筆電發呆，整日拉起床簾，少與病友互動及走出病房。
護理目標	1.9/11個案能表達顏面外觀改變及說話功能受損的感受，並接受事實。 2.9/13個案能以正向態度面對顏面外觀改變及說話功能受損事實，並願意走出病房外與人互動。
護理措施	1.9/8每日定時探視關懷個案以建立信任感。 2.9/8於換藥及每6小時觀察皮瓣時，主動向個案說明傷口變化及皮瓣外觀。衛教個案皮瓣未感染會隨時間變小，但顏色會與臉上膚色有微差異。左手取皮區會呈咖啡色，出院後盡量穿長袖避免日曬。 3.9/9鼓勵個案透過鏡子觀察傷口外觀，並提供棉枝讓個案觸碰皮瓣及指導個案換藥技巧及口腔護理促進傷口癒合。 4.提供隱私環境再以開放性問句，如：「談談你對顏面外觀改變的想法？」鼓勵個案說出感受及同理個案宣洩情緒，如哀傷挫折生氣等負面情緒，不批評說教並握手陪伴傾聽。 5.9/9鼓勵家屬支持陪伴個案，讓個案覺得自己未被忽視及鼓勵家屬適時給予個案正向看法，如：「傷口會再變小，你還是你，我們還認得你。」 6.9/9執行侵入性治療時拉起床簾維護隱私，並掛上「治療中請勿打擾」。 7.9/10介紹相同病友分享經驗，減輕負面想法。當個案願意走出病房與人互動給予稱讚鼓勵，如：「今天氣色不錯，看起來很有精神喔。」 8.9/10提供如陽光基金會之相關社會資源及照會出院準備服務共同討論並協助後續照護事宜。
護理評值	1.9/11病人能主動觀察傷口外觀，並表示：「其實感覺是我多想了，別人看到我的臉好像也沒怎樣。」「我太太一直鼓勵我，我希望傷口可以趕快好。」 2.9/13個案表示：「家人沒有嫌棄並陪伴，他跟家人相處沒有壓力，但是如果出去還是帶口罩比較自在」、「跟他們(病友)聊天後覺得心裡比較輕鬆，我應該多跟他們(病友)請教，多學一些照顧傷口的方法。」 3.9/14小夜班個案的3位子女來探視，並陪伴個案換藥且關心傷口，個案與他們有視線接觸並交談且表示感到安慰。

討論與結論

本文敘述一位口腔癌第四期患者術後面臨組織完整性受損、急性疼痛、呼吸道清除功能失效及身體心像紊亂的過程，運用護理措施緩解疼痛，提供傷口護理，給予胸腔物理與藥物治療處理痰液黏稠問題，藉由同理個案面對術後身體心像改變之情緒，協助接受事實，終讓個案順利出院。口腔癌重建術之皮瓣照護異於一般傷口照護(林、柯，2011)，個案右頸傷口感染後，換藥由傳統方式改為特殊敷料搭配抗生素及高蛋白飲食可見成效，個案面對外觀巨大改變及功能受限非常不易，然臨床護理鮮少提及外觀改變導致身體心像紊亂的限制，而口腔癌患者面對的是漫長身心復健與生活適應，護理過程需包含心理、社會及靈性關懷，在護理人員及家屬不斷鼓勵下，個案由當初不願外出到後來走出病房與人互動，此為筆者照護的成就感。因此建議加強心靈層面評估及諮商技巧等在職教育，並以患者為中心，提供個案個別化護理，落實團隊合作轉介相關後續照護資源，並結合個案管理師或居家護理師持續追蹤，鼓勵參加病友支持團體抒發情緒與交流照顧心得，以促個案早日恢復正常生活。

參考資料

- 衛生福利部統計處 (2014, 6月) · 101 年死因統計結果分析 · 取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2747[Ministry of Health and Welfare and Statistic Department. (2014, June). 2012 Course of death statistics, Taiwan. Retrieved from http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS=312&fod_list_no=2747]
- 王宏銘、廖俊達、范綱行、范樹鏗、詹勝傑、閻紫宸(2009) · 頭部鱗狀細胞癌治療的新進展 · *腫瘤護理雜誌*，9，51-64。doi: 10.63114/JIMT.2012.23(6).04
- 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)，38-44。
- 洪立嚴、陳蕙茹(2010) · 照顧一位頰膜癌患者合併腫瘤蕈狀傷口之護理經驗 · *源遠護理*，4(2)，59-66。doi:10.6530/YYN.2010.4(2).08
- 高壽延、陳雅薇、吳政憲、羅文良、雷文天(2005) · 口腔癌篩檢的重要性 · *中華牙醫學會訊*，9(10)，19-22。
- 黃彥毓、顧雅力(2008) · 照護一位口腔癌末期個案合併身、心、靈問題之護理經驗 · *腫瘤護理*，8(1)，65-77。
- 陳淑卿(2007) · 口腔癌病患手術後之生活經驗 · *腫瘤護理雜誌*，7(2)，13-23。
- 許美玉、王英偉(2006) · 惡性蕈狀傷口常見症狀處置與護理策略 · *慈濟醫學*，18(4S)，31-36。
- 曾翠華、林佳靜(2008) · 癌症疼痛 · *護理雜誌*，55(2)，16-21。doi:10.6224/JN.55.2.16
- 劉玉秀、柯幸芳、包世芳(2012) · 運用關懷理論於一位口腔癌末期患者之護理經驗 · *長庚護理*，23(1)，90-99。
- 蔡紫暄、周繡玲、陳麗糸(2011) · 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)，26-38。
- 羅淑芬、胡文郁(2008) · 論述惡性蕈狀傷口對癌症患者生理、心理、社會與靈性衝擊 · *護理雜誌*，55(1)，75-80。doi:10.6224/JN/55.1.75
- 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)，53-60。

Jatin, P. S., & Ziv, G. (2009). Current concepts in management of oral cancer-surgery. *Oral Oncology*, 45(4-5), 394-400. doi:10.1016/j.oraloncology.2008.5.017

Kademan, D. (2007). Oral cancer. *Mayo Clinic proceedings*, 82(7), 878-887. doi:10.4065/82.7.878

靜思語

美滿的人生，
不在於物質、權勢、名利和地位，
而是人與人之間的關愛與情誼。

～ 證嚴法師靜思語～

A fulfilling life is not one
that dwells in worldly prestige and power,
but one with true friendship,
sharing and caring for one another.

～ Master Cheng Yen ～



A Nursing Experience of an Oral Cancer Patient Receiving Flap Reconstruction

Wan-Ju Liao, Hui-Chen Chi*

ABSTRACT

This paper describes a nursing experience of a 55-year-old male patient receiving free flap reconstruction due to oral cancer. The nursing period lasted from Sept. 1 to 18, 2012. Data were collected via Gordon's functional health pattern assessment, and the following health issues were identified: pain, impaired tissue integrity, impaired airway clearance function, and body image disorders. During the nursing process, by establishing a positive rapport with the patient and family, the patient's basic physiological needs were met, pain was relieved through medication and individualized care, tissue care was provided after wound assessment, wound management to avoid wound exudate odor, and thoracic physical and medical therapy to manage viscous sputum and improve impaired airway clearance function. With postoperative facial alteration and odor caused by wound exudate, the nurses engaged in active care for the patient and family by listening to the patient's emotional experience during body image alteration, and finally assisted the patient in accepting the alteration of body image. (Tzu Chi Nursing Journal, 2017; 16:5, 114-125)

Keywords: free flap reconstruction, nursing experience, oral cancer

RN, Chung Shan Medical University Hospital; Head Nurse, Chung Shan Medical University Hospital*

Accepted: October 5, 2016

Address correspondence to: Hui-Chen Chi No. 110, Sec. 1, Jianguo N. Rd., Taichung 40201, Taiwan

Tel: 886-4-2473-9595 #32803; E-mail: csha827@csh.org.tw