

# 降低頭頸癌病人術後 鼻胃管自拔率

郭楊卿 李彥範\* 曾貴萍\*\* 王琬詳\*\*\*

## 中文摘要

頭頸癌病人術後會留置鼻胃管供給營養及避免感染發生。2012年1-2月因術後鼻胃管自拔率高達3.60%。專案小組以成功案例探討，導因確立為護理師依據病人需求所提供的指導重點只有13.33%，且對鼻胃管放置感受形容一致性只有23.96%。專案目的為降低鼻胃管自拔率至0.72%。改善措施為1.擬定及執行鼻胃管照護模式：(1)轉入當班指導重點(2)三班給予重點學習(3)有效的溝通回饋；2.正向鼓勵方式進行案例討論並修正照護模式3.修正護理指導單張。專案措施施行後，2012年9月~2013年8月自拔率降至0.57%。顯示此成功案例經驗探討改善方式，能有效降低頭頸癌病人術後鼻胃管自拔率。(志為護理，2018; 17:6, 71-81)

關鍵詞：頭頸癌、鼻胃管、自拔率

## 前言

惡性腫瘤居2011年十大死因之首，同時也是中年人死因的第一位，而頭頸癌佔5.8%居第五名，且有逐年升高的趨勢(行政院衛生署，2011)。手術是頭頸癌最常使用的治療方式，尤其喉癌或下咽癌手術後，因切除部位影響，需行咽食道重建手術，並在術後留置鼻胃管(劉，2009)。對於這些病人來說，鼻胃管除了

提供營養補充外，還可以避免傷口感染或避免瘻管形成影響預後。因此，若在手術後發生非計畫性的鼻胃管移除，可能會有因口咽部術後腫脹而無法重置，進而影響營養的給與，延長恢復時間，甚至影響疾病的治療成效(陳、李、劉，1999)。但鼻胃管的留置，常會讓病人感到不舒服(Hodin & Bordeianou, 2012)，病人常因不瞭解管路留置的重要性而出現自拔的現象(紀、賴，2009)。

花蓮慈濟醫院護理長、慈濟大學專案講師\*、花蓮慈濟醫院專科護理師\*\*、花蓮慈濟醫院督導\*\*\*

接受刊載：2017年11月16日

通訊作者地址：王琬詳 970花蓮市中央路三段707號

電話：886-3-8561825 # 12083 電子信箱：wan\_hsiang@tzuchi.com.tw

單位於2011年頭頸癌術後病人鼻胃管自拔率高達1.18%(14人次/1,185人日)，其中病人因為感到不舒服而自行移除的佔57.1%，其次是因躁動而移除佔21.4%。雖然曾針對自拔個案進行檢討改善措施，如：約束或鎮靜藥物使用必要性、增加團體衛教、提供管路護理圖片指導、改變管路固定方式等，但改善成果有限，故引發小組成員改以護理專案模式來解決問題。

## 現況分析

### 一、單位簡介

本單位為整型外科病房，共54張床，2011年佔床率為85%。本院接受頭頸癌重建的術後病人均會入住本病房，平均每日有3.25人次，每一位病人在手術後都會留置鼻胃管，因放置時間會大於一週，故材質均採用矽質鼻胃管，減少每週都需更換的頻率及重置的傷害。

### 二、鼻胃管自拔原因分析

單位於2012年1月至2月間，發生5件的頭頸癌病人術後鼻胃管自拔情形，自拔率高達3.6%(5人次/139人日)。在事件發生後，小組成員直接與病人、家屬、主護護師會談，輔以觀察及查閱病歷等方式，釐清事件發生原委，整理出自拔的原因於表一，其中病人主訴因不舒服而

自拔者比例最高，佔60%，其次是因為躁動而自拔者，佔40%。

### 三、病人對於鼻胃管放置感受探討

從上述自拔原因分析中得知，病人因為不舒服而自拔鼻胃管的比率最高，此與文獻所提一致(紀、賴，2009)，可見鼻胃管的留置確實讓病人感到難以忍受。近年來的研究建議醫護人員對於病人所發生的健康照護問題，應屏除以往檢討錯誤的方式，而改採肯定式探尋(appreciative inquiry, AI)的模式來解決，這是一種以正向積極的角度，來思考健康照護系統中的問題，藉由發掘成功案例的經驗，來改善品質(連、陳、李，2011)，在此思維下，小組成員在2012年4月13日至4月30日期間，以筆談的方式，探尋住院中六位頭頸癌術後病人，鼻胃管留置且未出現自拔管路情形，採半結構開放式問句，包含：鼻胃管給您什麼感覺？您曾想把鼻胃管拔出嗎？若有，為何沒有執行？結果分述如下：

#### (一)鼻胃管給您什麼感覺？

6位病人描述了6種感受，每人描述2-4種。除了疼痛佔較高的比率(88.33%)之外，病人還有酸酸的(66.67%)、怪怪的(50.00%)、卡卡的(50.00%)、癢癢的(16.67%)、會流鼻水(16.67%)等感受，詳見表二。

表一 2012年1至2月頭頸部癌症病人自拔鼻胃管原因 (N = 5)

自拔鼻胃管原因	發生次數	百分比(%)
不舒服	3	60%
躁動	2	40%
小計	5	100%

表二 頭頸癌術後病人對鼻胃管放置感受主訴分析表 (N = 6)

主訴感受	病人(P)	P1	P2	P3	P4	P5	P6	小計	%
痛		有	有		有	有	有	5	88.33
酸酸的			有	有	有		有	4	66.67
怪怪的		有		有	有			3	50.00
卡卡的		有		有		有		3	50.00
癢癢的			有					1	16.67
像流鼻水的				有				1	16.67

## (二)曾經想要自己把鼻胃管拔出嗎？為何沒有拔呢？

6位病人中，有5位病人表示這樣的不舒服的感覺曾讓他想要把鼻胃管拉除。但為何沒有拔？5位皆表示因為知道是要灌牛奶的、拔掉了放不回去，就不能吃東西，由此可知重要性及嚴重後果；另其中有1位表示「因為醫師有說手術後2星期，做檢查確定傷口癒合好，就可拔掉，所以可以忍耐」。

由以上兩段病人的描述可知，病人對鼻胃管不舒服感受有痛、酸、怪、卡及癢等形容詞，且有83.30%(5人/6人)的病人曾有過自拔鼻胃管的意念，但因知道鼻胃管放置的重要性(5人/5人)、是暫時的(1人/5人)以及移除的嚴重後果(5人/5人)，故未自拔鼻胃管。

## 四、手術前後頭頸部癌症病人鼻胃管留置照護流程

由上述分析中得知，病人因為瞭解鼻胃管放置的重要性、暫時性以及嚴重性而不會自拔，而這些訊息護理師是否曾告知病人？小組成員透過觀察的方式，來瞭解病人在手術前後接受鼻胃管照護指導的現況。

## (一)照護指導流程及內容檢視：

頭頸部癌症病人在手術前，耳鼻喉科及整形外科醫師會解釋手術的方式，包含術後會放置鼻胃管、引流管、中心靜脈導管以及尿管等。手術後先入住加護病房，於加護病房中護理師會指導鼻胃管灌食方式及注意事項；當病人由加護病房轉入本單位的當天，護理師會提供頭頸部癌症病人衛教單張，並給予口頭指導，內容包含：鼻胃管放置目的、如何避免滑脫及如何灌食。

## (二)術後護理指導狀況

於2012年05月1日到5月5日，小組成員依現況分析中病人提到的重點，設計了觀察表，觀察10位護理師與病人衛教的內容，並將結果與病人可以接受不拔管路的重點進行比對分析，結果發現：符合性只有13.33%，詳細如表三。

## 護病感受比較

從現況調查中，得知病人有鼻胃管留置時的不舒服感受有：痛、酸、怪、卡及癢，且以痛的表述最多佔88.33%。文獻中提到，有效的照護指導是要用病人能夠聽懂的語言來進行溝通(黃、

車、葉，2010)，因此小組成員想了解護理師執行護理指導時是如何說明鼻胃管留置的感覺？與病人的感受是否相同？

2012年5月1日5月5日，以半結構式開放性問題，詢問病房護理師10位。內容包含：你如何向病人形容鼻胃管留置的感覺？結果顯示10位護理師共說出5種感受，每位護理師表達的感覺最少1種，最多3種。依序為：卡卡的，佔70%(7人/10人)、不舒服，佔率70%(7人/10人)、有東西在，佔率40%(4人/10人)、癢癢的，佔率10%(1人/10人)、怪怪的，佔率10%(1人/10人)，如表四。

進一步將護理師形容放置鼻胃管的感覺(表四)與病人實際感覺(表二)比較時，發現護理師與病人對鼻胃管感受的形容詞，一致性只有23.96%(一致性=1- |(A-B)/(A+B)| \*100%)，如表五。

## 問題及導因確立

2012年1-2月單位頭頸癌病人術後自拔鼻胃管發生率高達3.6%。原因有不舒服(60%)和躁動(40%)，本次專案先就不舒服的因素進行改善，導因確立為：1.因護理師依據病人需求所提供的指導重點只有13.3%；2.護理師與病人對鼻胃管放置的感受形容一致性只有23.96%。

## 專案目的

因現有文獻未有頭頸癌病人術後鼻胃管自拔率的相關數據可參考，故小組成員衡量期待改善成效以及小組能力後，設定改善成效能降低80%，故訂定頭頸癌病人術後鼻胃管自拔率能降低至0.72%。

## 文獻查證

表三 護理師依病人需求提供指導重點 (N = 10)

病人需要的指導重點	護理師指導內容										%
	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8	N9	N10	
1.指導鼻胃管放置的重要	1*	0	0	1*	1*	0	0	0	1*	0	40.00
2.指導鼻胃管放置暫時性	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.指導鼻胃管移除的嚴重性	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小計	1*	0	0	1*	1*	0	0	0	1*	0	13.33

\*1代表有符合該項指導重點

表四 護理師形容鼻胃管放置時的感覺一覽表 (N = 10)

護理師形容的感覺	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8	N9	N10	總計	%
卡卡的	有	有		有	有		有	有	有		7	70
不舒服		有	有	有		有		有	有	有	7	70
有東西在		有	有						有	有	4	40
癢癢的						有					1	10
怪怪的	有										1	10

表五 病人與護理師形容鼻胃管留置感覺的語彙比較表

	病人的感覺		護理師形容的感覺		一致性*
	出現頻率(人次)	百分比(A)	出現頻率(人次)	百分比(B)	百分比(%)
痛	5	88.33	0	0	0
酸酸的	4	66.67	0	0	0
怪怪的	3	50.00	1	10	33.33
卡卡的	3	50.00	7	70	83.33
癢癢的	1	16.67	1	10	75.00
會流鼻水	1	16.67	0	0	0
不舒服	0	0	7	70	0
有東西在	0	0	4	40	0
小計/平均	21	--	20	--	23.96

\* 一致性 =  $1 - |(AB)/(A+B)| * 100$

肯定式探尋(appreciative inquiry, AI)有別於一般以問題為導向的方法，它是一種團隊以回顧過去成功經驗，探究成功經驗中的關鍵做為未來改善執行的動力(連、陳、李，2011)。由於是成功的經驗，因此大家在信心的建立及共同實現的願景上，會有更高的能量去完成，包括團隊彼此對未來的期待以及鼓勵。藉由成功經驗的探尋，會影響我們發現更多的訊息，將這些訊息建構或激發團隊有新的建設或創新做法(連、陳、李，2011；Richer, Richie & Marchionni, 2010)

病人會將鼻胃管移除的原因之一，常常是因為鼻胃管留置的異物感讓人不適，加上未能理解管路留置的重要性，故較容易出現自拔鼻胃管的情形(紀、賴，2009)，此時若可多加說明管路留置的目的、重要性及移除的風險，適時的給予衛教單張輔以說明(張、許、許，2008)，讓病人即便不舒服也能夠忍耐，不要拉扯(紀、賴，2009)。

護理指導是指由醫護人員有系統的將與疾病相關的知識提供給病人或家屬，

是護理專業的重要行為(黃等，2010)。過程中，護理師不只是提供訊息，也要傾聽需求、詢問病人感覺和鼓勵與，將傳統以醫療為中心的病人教育方式，轉換成以病人為中心，運用護病互動的過程，達到健康的目標(黃等，2010；蔡、蔡、郭，2010)。

以病人為中心的護理指導需包含(1)運用病人聽得懂的語言：盡量使用白話文，用病人能夠聽懂的語言來進行護病溝通(林、曾、蔣、蔣，2012；黃等，2010)。(2)傾聽和允許提問：頭頸癌病人術後多數都有語言表達的限制(蔡、周、陳，2011)，護理師必須詢問病人感覺，促使病人提問以澄清疑問，同時需給予病人時間表達才能突顯指導的個別性及成效(黃等，2010；Kettunen, Liimatainen, Villberg, & Perko, 2006)。此外，從遺忘曲線理論得知，單次的護理指導的效果維持有限，即使當時自認為已經記得很熟，9小時後可能已經忘得差不多。若能夠在一定時間之後複習，可大幅減少記憶遺忘量，因此，要讓知識有效的被

記住，需要每天重複複習，且每次的內容不要給太多(Cooperstein & Kocevar-Weidinger, 2004)。

## 解決辦法及執行過程

### 一、解決辦法

專案小組共四人，依據文獻查證整理解決方案，每項解決方案依可行性、重要性及有效性進行矩陣分析，3分為最高，1分為最低，總分超過30者列入此次改善對策的項目，統計結果詳見表六。

### 二、執行過程

本專案從2012年5月10日至12月31日共8個月，分為計畫期、執行期與評值期實施。

#### (一) 計畫期(2012年5月10日至2012年6月6日)

1、規劃頭頸癌病人術後鼻胃管留置護理照護模式草案：5/10起，依矩陣分析決議方案統整後，列下以下衛教內容標準：

準：

(1)擬定病人轉入當班衛教標準內容，包含：

(a)確認不舒服語彙：主護護理師詢問病人「鼻胃管放在那 給你的感覺是什麼?」，讓病人應用溝通白板，以筆談方式寫出。若無法筆談，就詢問病人是不是感覺到痛、酸酸的、怪怪的、卡卡的、癢癢的、會流鼻水等，讓病人以點頭方式來確認其不舒服。

(b)同理感受及強調管路放置暫時性：當病人形容自己的感受時，點頭表示認同其感受，接著告訴他「知道您有...不舒服的感覺，但鼻胃管放置只是暫時，待醫師評估傷口癒合穩定後，就可移除管路」，「不舒服的感覺也會隨著傷口穩定而慢慢改善。」

(c)強調重要性：因口腔手術後傷口會腫脹，為了讓傷口癒合，所以無法從口進食，必須仰賴留置鼻胃管來灌牛奶以

表六 決策矩陣分析表

解決方案	評分項目			小計	採取方案
	可行性	重要性	有效性		
1.同理病人感受，用病人對鼻胃管放置感受語言溝通	12	11	12	35	v
2.衛教時給予病人和陪伴者足夠的時間回饋和詢問	11	8	11	30	v
3.提供衛教單張，並當下給予個別指導	12	12	10	34	v
4.衛教單張加上圖片，說明管路放置位置和固定方法	10	10	10	30	v
5.衛教時加強衛教鼻胃管的放置目的、移除時機	12	11	12	35	v
6.術前給予觸摸鼻胃管並做鼻胃管護理衛教	10	7	10	27	x
7.三班給予重覆焦點學習	11	11	11	33	v

提供營養，並確認病人點頭表示可以了解。

(d)強調嚴重性：若自拔鼻胃管，重新放置的過程會影響傷口癒合，加上手術後腫脹也會增加放置的困難，若無法放回，就不能吃東西，不但會肚子餓，還會影響整體的恢復狀況。

(2)擬定三班重覆焦點學習內容：依據遺忘曲線的理論，於每天三班重複給予焦點衛教內容，強調重要性、嚴重性、暫時性。

(3)擬定有效溝通回饋方式：依據有效溝通的建議，因病人有語言表達的限制，所以衛教指導後，須詢問病人有無疑問，給予病人5-10分鐘筆談的時間提出疑問及給予回饋

2.小組成員在5月15至6月5日期間，將制定的頭頸癌病人術後鼻胃管留置護理照護模式草案，由小組成員在臨床上實際照顧4位頭頸癌術後病人，每位病人平均每日花5分鐘時間給予衛教，5-10分鐘給予提問及回饋，試行成效良好，確認草案可行。

3. 擬應用成功案例進行宣導：持續收集以上述方法成功留住病人鼻胃管的案例，預計於病房會議分享，並開放討論。

4.擬修正護理指導單張：邀請病人及其家屬針對修正後的”頭頸癌術後護理指導-鼻胃管照護”的衛教單張提出建議。

## (二)執行期：(2012年6月6日至8月31日)

1.宣導「頭頸癌病人術後鼻胃管留置護理照護模式」：在2012年6月6日病房會議中，與單位護理師分享四位病人成

功留住鼻胃管的案例，接著說明後續專案進行的方式，藉此凝聚共識，並開放討論，確認護理師均可以瞭解並執行。未加此次病房會議有五人，由小組成員另外面對面逐一說明。此外，將頭頸癌病人術後鼻胃管留置護理照護模式，公告於單位休息室桌面、廁所及公告本當中，加深大家對此方法的熟悉度，並鼓勵大家隨時可提出疑問或建議。

2.執行頭頸癌病人術後鼻胃管留置護理照護模式：2012年6月7日起執行，針對當天新轉入的病人，由主護護理師在病房中，給予病人及家屬衛教單張並且加上口頭指導，依規劃的頭頸癌病人鼻胃管護理指導方式進行。每次衛教後，給予病人5分鐘筆談時間回饋其對於管路的感受，及表達對疾病的疑問，協助解惑使其能夠配合。病人提到關於疾病治療計畫等疑問，立即回饋給醫療團隊予以解惑。

3.以正向鼓勵方式進行案例分析討論：2012年6月7日起主護護理師在晨間及白班與夜班交接會議當中，以正向鼓勵的方式，分享自己照顧的頭頸癌術後病人，對於鼻胃管放置的感受，接受照護指導的回饋，以及病人及家屬對於照護上的特殊需求(病人筆談回饋內容可見附件一)，至2012年8月29日止，共討論過26件案例。

4.修改頭頸癌病人術後鼻胃管留置護理照護模式：依據26件案件的討論內容，將護理師回饋專案小組的建議，進行頭頸癌病人術後鼻胃管留置護理照護模式的修定，針對下咽癌個案鼻胃管移除的嚴重性及處置不同於其他頭頸癌個

案，故再重新修訂有關「嚴重性」的衛教內容，分為(1)針對下咽癌：若移除管路就無法再重新放回，不能吃東西，須等到傷口癒合才可，或是要再進開刀房行胃造口手術。(2)針對其他頭頸癌：若移除管路要重新放回會有困難，且在重新放置的過程會影響傷口癒合，加上手術後的腫脹，也會增加重新放置的困難度，若無法放回，就不能吃東西，也會影響整體恢復狀況。修定內容於2012年8月29日完成。

5.修改並應用護理指導單張：2012年6月7日- 2012年8月29日期間，邀請6位病人及其家屬針對「頭頸癌術後護理指導-鼻胃管照護」的衛教單張提出建議，共同進行內容易讀性的修正，依建議將衛教單張內容修正淺顯易懂，符合病人及家屬需求。於2012年8月29日完成，並且加上圖片解說，於2012年9月1日起開始使用新版「頭頸癌術後護理指導-鼻胃管照護」的衛教單張。

### (三) 評值期(2012年9月1日至2013年5月31日)

專案小組收集每月轉入頭頸癌病人個案數，以及每月個案自拔管路的件數，做為專案執行成效的評值。藉由抽樣與

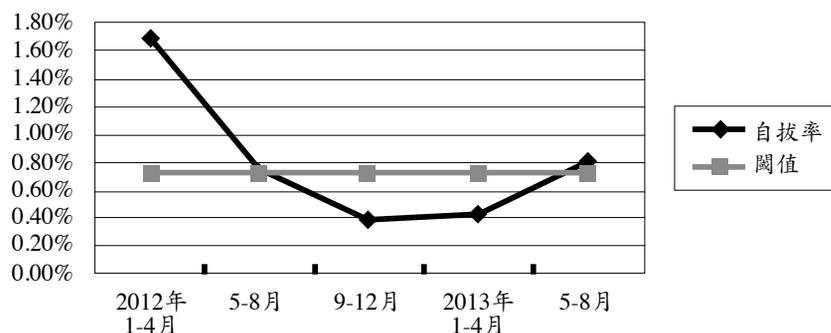
病人會談及觀察方式來評值：1.護理師依病人需求提供指導重點；2.護理師形容鼻胃管放置感覺與病人的感覺一致性；作為專案執行過程面的成效評值。

### 結果評值

2012年9月~2013年8月，頭頸癌病人術後共有876人日，有5位病人自拔鼻胃管，自拔率由3.60%下降至0.57%，如圖一，超過原先設定的目標值，目標達成率：105%。[目標達成率=(改後-改善前)/(目標值-改善前)×100%]。

2012年9月~2013年8月，以抽核方式評估護理師共58人次，其依病人需求提供指導重點由原13.33%，上升至89.7%，如表八。護理師形容鼻胃管放置感覺與病人的感覺一致性，也由原來23.96%上升至100%。

依據執行結果可知，藉由成功經驗的案例所修正的「頭頸癌病人術後鼻胃管留置護理照護模式」，可有效降低頭頸癌病人術後鼻胃管自拔率。同理病人的感受來進行指導與溝通，此作法更能凸顯出個別性的照護，單位持續監測此照護模式的臨床成效，發現在2013年5-8月的自拔率有上升趨勢，比對護理師依



表八 護理師依病人需求提供指導重點改善前後成效比較

項目 \ 時間	改善前		改善後					
	2012年 5月1-5日 (n = 10)		2012年9-12月 (n = 28)		2013年1-4月 (n = 18)		2013年5-8月 (n = 12)	
	執行 人次	(%)	執行 人次	(%)	執行 人次	(%)	執行 人次	(%)
1.指導鼻胃管放置重要性	4	40.0	28	100.0	18	100.0	12	100.0
2.指導鼻胃管放置暫時性	0	0	27	96.4	17	94.4	8	66.7
3.指導鼻胃管移除的嚴重後果	0	0	25	89.3	17	94.4	8	66.7
小計/平均%	4	13.3	80	95.2	52	96.3	28	77.8
總平均%	13.3		89.7					

病人需求提供指導重點比率也有下降狀況，顯示兩者間仍有相關性。故檢視未落實執行照護模式的案件，多數落在6月份到職的新進人員，故將「頭頸癌病人術後鼻胃管留置護理照護模式」，編寫入疾病照護標準中，並同步進行「頭頸癌病人術後護理指導—鼻胃管照護」衛教單張的美編及印刷，讓護理師更方便取用學習，此也計畫推廣到各單位執行。

## 結論

專案進行初期，護理師曾反應臨床忙碌，沒辦法花5-10分鐘給予傾聽病人需求，成為專案推行的阻力，但在鼓勵執行後，有護理師回饋，花5分鐘了解及解決病人疑問，可避免病人自拔管路後，需花更多的照護時數去彌補帶來的影響，因此都願意多一點時間傾聽。透過主動傾聽病人的主訴、關心管路放置的感受時，病人也會提出對疾病的疑問、不確定感的問題等，可以幫助病人解除對疾病的擔憂及疑惑。

專案進行期間，護理師能夠確實執

行提出建議，加上家屬也能配合共同照護，是本專案最大的助力。而護理師從病人的肯定當中得到成就感，是此次專案無形的收穫，且獲得單位主治醫師的肯定及信任。

雖專案推行可降低頭頸癌術後病人鼻胃管自拔率，但無法解決病人不舒服的問題，是此專案執行的限制。鼻胃管除自拔問題外，仍有意外滑脫的問題尚未解決，建議日後針對上述問題做進一步研究或改善專案，期能尋求有效方法來改善鼻胃管留置對於病人不舒服的感受。

## 參考資料

- 行政院衛生署(2012, 7月)·台灣病人安全通報系統2011年年報·取自[http://www.tpr.org.tw/images/pic/files/台灣病人安全通報系統2011年度報表及勘誤20120725\\_201207271623.pdf](http://www.tpr.org.tw/images/pic/files/台灣病人安全通報系統2011年度報表及勘誤20120725_201207271623.pdf)
- 林佳慧、曾雯琦、蔣尚霖、蔣立琦(2012)·以病人為中心照護對臨床的成效·*護理雜誌*，59(6)，104-110。doi:10.6224/JN.59.6.104。
- 紀慧真、賴美玉(2009)·降低鼻胃管滑脫率之改善方案·取自[edoc.ypu.edu.tw:8080/](http://edoc.ypu.edu.tw:8080/)

- paper/HMST/2009/B-健康科學 /4-健康照護。
- 陳文文、李秀芳、劉雪娥(1999)·重建術後口腔癌病患之味覺需求與口腔護理重點·*護理雜誌*，46(5)，27-30。doi:10.6224/JN.46.5.27
- 連雅慧、陳加屏、李建道(2011)·企業導入讚賞式探詢長期性之應用成效：個案團隊導入前後會議行為之觀察比較研究·*創新研發學刊*，7(2)，70-85。
- 張惠美、許美月、許玲女(2008)·病人管路滑脫事件分析及改善成效·*中國醫訊*，63，64-67。
- 黃金蓮、車慧蓮、葉美玉(2010)·賦能病人教育與護理指導：文獻回顧·*醫護科技期刊*，12(2)，149-156。doi:10.6563/TJHS.2010.12(2).7
- 蔡慈儀、蔡憶文、郭耿南(2010)·醫療照顧體系中的健康溝通·*台灣醫學*，14(6)，607-615。
- 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)，23-35。
- 劉崇基(2009，6月18日)·*口腔癌治療*·取自 <http://www.aoms.org.tw/member/academic>。
- Kettunen, T., Liimatainen, L., Villberg, J., & Perko, U. (2006). Delopment empowering health counseling measurement: Preliminary results. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 159-166.
- Richer, M., Ritchie, J., & Marchionni, C. (2010). Appreciative inquiry in health care. *British Journal of Healthcare Management*, 16(4), 164-171.
- Hodin, R. A., & Bordeianou, L. (2012, Aug). Nasogastric and nasoenteric tube. Retrieved from <http://www.uptodate.com/contents/nasogastric-and-nasoenteric-tubes>.
- Cooperstein, S. E., & Kocevar-Weidinger, E. (2004). Beyond active learning: A constructivist approach to learning. *Reference Services Review*, 32(2), 141-148



# A Project to Reduce Rate of Deliberate Self-Extubation of Nasogastric Tube Among Postoperative Head and Neck Cancer Patients

Yang-Ching Kuo, Yen-Fan, Lee\*, Kuei-Ping Tseng\*\*, Wan-Hsiang Wang\*\*\*

## ABSTRACT

Patients with head and neck cancers are often intubated with nasogastric tube after surgery for nutrition provision and infection prevention. The rate of deliberate self-extubation of nasogastric tube was 3.60% among patients after surgery in our hospital from January to February, 2012. By investigating cases of successful extubation, our team was able to identify the major factors behind the premature self-extubation: low rate of patient education delivered by nurses according to patients' needs (only 13.33%), and low percentage of consistency in patients' descriptions of their experience after nasogastric intubation (23.96%). This project was aimed to reduce the self-extubation rate of nasogastric tube among patients with head and neck cancers to 0.72%. The nursing interventions included: 1. develop and implement nasogastric tube care model: (i) set the care model as a key point in the patient education shift routine, (ii) set the care model as a focal point for each shift, and (iii) establish effective communication and feedback; 2. encourage case discussions using positive feedback and revise care model accordingly; 3. revise patient education pamphlets. After the project was implemented, from Sept. 2012 to August 2013, the rate of deliberate self-extubation of nasogastric tube was reduced to 0.57%. This result indicates that our nasogastric tube care model is effective in reducing the rate of deliberate self-extubation of nasogastric tube among patients with head and neck cancers after surgery. (Tzu Chi Nursing Journal, 2018; 17:6, 71-81)

**Keywords:** head and neck cancers, nasogastric tube, self-extubation rate

---

Head Nurse, Hualien Tzu Chi Hospital; Lecturer, Tzu Chi University\*; Nurse Practitioner, Hualien Tzu Chi Hospital\*\*; Supervisor, Hualien Tzu Chi Hospital\*\*\*

Accepted: November 16, 2017

Address correspondence to: Wan-hsiang Wang No. 707, Section 3, Chung-Yang Road, Hualien 970, Taiwan

Tel: 886-3-856-1825 #12083 E-mail: wan\_hsiang@tzuchi.com.tw