一位口腔癌手術病患之護理經驗

游錦淑[1]　劉波兒[2]*　林錦蘭[3]
[1]署立豐原醫院
[2]弘光科技大學護理系副教授
[3]國立臺北護理學院研究生

收到日期：96.7.26　　修訂日期：96.10.11　　接受日期：96.11.1

摘要

本文係探討一位罹患口腔癌第二期患者，面對大範圍切除、功能性頸部廓清術、下顎骨部份切除及局部瓣膜修補術造成身心困擾之護理經驗。筆者於護理期間(2006年7月31日至8月12日)採用Gordon十一項健康功能評估工具，運用會談、觀察、傾聽及直接照顧方式收集資料、分析整理，發現個案主要健康問題包括焦慮、急性疼痛、潛在性感染、照顧者角色緊張、身體心像紊亂等，在此期間，透過護病關係的建立，取得病人及家屬信任及支持，主動關心、不批判的態度，鼓勵個案表達情緒，提供個別性及整體性的護理，協助個案減輕對疾病及手術不了解的焦慮，順利改善術後疼痛，無感染下拔除管路及促進口腔及頸部傷口的癒合，增加個案自信心，重建正向自我概念，學習自我照顧，並協助解決案妻潛在之壓力問題，希望藉此護理經驗能作爲護理同仁日後照顧此類患者之參考。

關鍵詞：口腔癌、護理經驗

*通訊作者

壹、前言

根據統計，惡性腫瘤之死亡率自民國71年開始爲台灣地區十大死因第一位，其中口腔癌居十大癌症死亡原因的第六位(行政院衛生署，2005)。隨著國人的抽煙、喝酒與吃檳榔的影響，估計每年新的口腔癌病歷將在1500人以上，對國人的健康將是重大的威脅(蕭、徐，2002)。口腔癌中有90%屬於鱗狀細胞癌，5年存活率爲50%，10年存活率爲43%(Heitkemper,2000)。而口腔癌手術的患者需面對疾病對生命的威脅外，更需承受罹患癌症的衝擊、焦慮、疼痛、身體外觀改變等生、心理症狀困擾，護理人員若能提早介入瞭解病患及家屬需求，主動提供訊息，滿足身心靈需求，將可協助病患及家屬面對癌症，朝向正向適應(連、熊，2001；陳等，2004；鄒，2004)。在本院臨床上較少見口腔癌手術患者，因而引發筆者動機，希望藉由整體性及個別性的護理，協助病患及家屬面對疾病及接受治療，調適心理，走過艱辛的歷程。

貳、文獻查證

一、口腔癌簡介

（一）口腔癌慨述：

梁、陳(2000)與黃(1999)指出台灣口腔癌以頰黏膜癌居多約70-80%。其中以口腔鱗狀上皮細胞占最高發生率(Heitkemper,2000)。與嗜食菸酒、檳榔之群體有關，約90%口腔癌病人有嚼檳榔之習慣，其臨床表徵爲口腔難以癒合的潰瘍或突起的潰爛硬塊，伴隨頸部的硬塊，目前第二期的存活率約占71%，治療以切除病變部位及頸部之擴清術爲主占65%，顏面部不會遺留手術傷口，癒後佳，但仍有85%之復發率，因此仍需積極追蹤病患術後狀況(黃，1999；蕭、徐，2002；戴、張，2002)。

二、口腔癌手術病患常見症狀及護理

（一）焦慮

李、陳、許(2004)提出焦慮是人類尋常的情緒反應之一，是指不安與害怕，伴隨著對未來的擔憂思考。病人常在獲知罹患癌症之初，常會出現茫然不接受、擔憂預後、情緒不穩定及依賴等情緒反應(蔡、林、穆，2001)。護理重點包括(1)與病患建立信任之護病關係，(2)執行手術前焦慮評估、手術前衛教，(3)教導運用放鬆技巧如深呼吸、聽音樂等，（4)耐心傾聽並鼓勵說出內心感受，(5)針對病患提出之疑問及治療程序給予更多說明、澄清，(6)疾病相關訊息指導，使焦慮減到最低(林、戈，2004；陳等，2004)，(7)精油在輔助療法中，可透過直接吸入、沐浴、按摩等方式來使用，以降低焦慮、疼痛、疲倦等情形(曾，2005)。

（二）術後傷口痛

李等(2005)提出手術後傷口痛是屬於一種急性的不舒適的、令人煩惱的及複雜的現象，具有個別性與主觀的特性。護理包括(1)以10分疼痛量表監測疼痛之程度，(2)利用麻醉性藥物人性化病患自控式止痛(PCA，patient-controlled analgesia)，及非麻醉性藥物如NSAID類藥物(鄒、鄒，2004)，(3)非藥物處理：藉由輕柔換藥技術、改變姿勢、按摩、熱敷、冷敷及芳香療法、深呼吸、聽音樂、引導想像、生命回顧等緩解疼痛(江、莊、周，2001)。

（三）潛在性感染

周等(2004)指出潛在性感染是指個體處於易被病原性或伺機性生物體侵入。引起傷口感染之原因與長時間的手術、壞死組織、異物、年齡太大、營養不良、糖尿病等有關，易發生於術後第3-7天(盛，2004)。且口腔衛生不良，會延長口腔內傷口之癒合(Haskin,1999)。爲避免延長復原時間，護理包括(1)提供適當引流管照護，使血水排出，觀察記錄引流液的量及性質，(2)換藥時應遵守無菌原則，接觸病人前後確實洗手避免交互感染，(3)應注意傷口是否有紅、腫、熱、痛或不正常的滲出液，(4)減輕口腔異味，使用生理食鹽水之棉枝及小牙刷移除血塊、分泌物，或已變痂狀之痰液，必要時增加口腔護理次數，及依醫囑使用漱口水沖洗(林，2000；陳、李、劉，1999)。

（四）身體心像紊亂

周等(2004)提出身體心像紊亂是指對自己身體外觀的感受，一種動態的現象，對疾病或生活事件的反應，任何手術及許多醫療措施或診斷過程，都會造成身體外功能暫時或永久的改變。吳(2004)指出病變位置位於臉部及頸部，是身體外觀中最明顯又難以衣著加以掩飾的部位，術後不僅造成身體外觀及功能的改變，

也影響社交生活，對患者的心理衝擊也是一大危機。護理人員運用澄清、引導、傾聽、同理心及不批判的態度評估個案對身體外觀的看法，克服改變的能力等，提供完善的護理以協助病患接受手術所造成身體的改變，鼓勵表達內心感受，重新界定自我(吳，2004；周等，2004；高、劉、李，2001）。

（五）照顧者角色緊張

周等(2004)提出照顧者角色緊張是指照顧者伴隨家人非預期性的手術、跌倒或健康狀態改變所產生的危機，具個別性及多重層面的特性。癌症個案家屬除照顧家庭成員外，還需面臨即將失去生命中重要一員的衝擊，面臨長期照顧伴隨產生的焦慮緊張情緒，迫使家屬必須承受更大的壓力與責任(Weitzner,et al.,2000)。護理人員應(1)運用同理心、接受等技巧，(2)請其他家屬多給予關懷，提供照顧者喘息的機會，(3)透過鼓勵、讚賞以促進自我發展，(4)協助紓解生活壓力及情緒壓力，(5)主動去關懷發掘家屬的需求及反應，(6)提供正確資訊及運用社會資源(林，1999；苗、林，2002)。

綜合以上文獻，口腔癌的患者除必須接受突如其來的打擊，也面臨各種身體心理的不適症狀，家屬及主要照顧者承受心理壓力等困擾，此時護理人員應發揮專業能力，評估需求，提供個別化之護理，以改善個案健康問題並提昇生活品質。

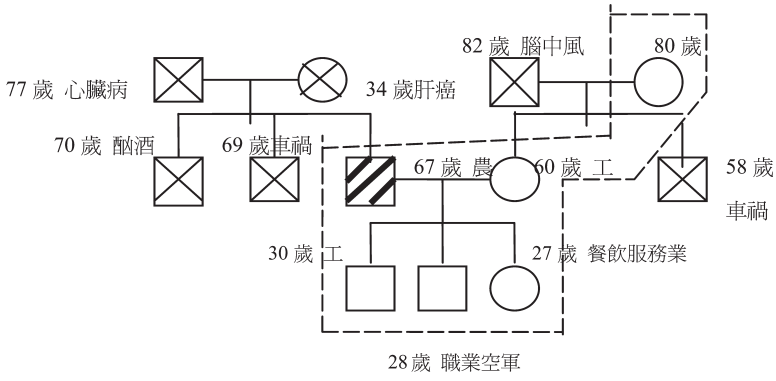
參、護理過程

一、個案簡介

（一）基本資料：

張先生，67歲，慣用國、台、客語溝通，國小畢業，務農，經濟小康，育有二男一女，兒女皆未成家，目前與岳母、妻子、兒女同住，家人間互動佳，住院期間主要照顧者為案妻，此次診斷為口腔癌第二期。

（二）家庭樹：



（三）過去病史：

10年前曾因盲腸炎住院，平日除偶而感冒外，無特殊疾病。

（四）罹病過程：

個案曾於95年1月感覺左臉疼痛，4月裝假牙，10天後發現左內頰長出約2×2cm的異物，呈黃白色無異味，一直未消，故於95年7月19日求診於本院，治療過程如下：

95/07/19 門診頰黏膜及下顎病理切片檢查。

95/07/31 病理切片報告爲惡性鱗狀上皮細胞癌，診斷爲口腔癌第二期，辦理住院。

95/08/01 腹部超音波檢查報告爲輕微的脂肪肝，頸部電腦斷層檢查報告爲正常。

95/08/02 轉檢中榮骨核醫檢查，報告無轉移。

95/08/03 診斷爲口腔癌第二期(T2N0M0)，行大範圍切除、功能性頸部廓清術、下顎骨部份切除及局部瓣膜修補術，術後有尿管、鼻胃管、左頸部引流管及 PCA 回病房。

95/08/04 移除導尿管。

95/08/07 移除 PCA。

95/08/08 移除頸部引流管。

95/08/11 移除鼻胃管。

95/08/12 出院。

二、護理評估

筆者自2006年7月31日至8月12日護理期間經由會談、觀察及身體評估等方法收集資料，並運用Gordon十一項健康功能評估工具進行整體性評估，內容如下：

（一）健康認知與處理型態：

個案平日感冒會到藥局買成藥，自認身體健康，抽煙、喝酒、吃檳榔30多年的習慣，沒想過要戒掉；住院期間覺得健康最重要，會接受護理人員的建議，不再抽煙、喝酒、吃檳榔，對於此次住院，一開始不能接受、害怕、排斥治療及手術，經由筆者深入會談及鼓勵，能接受並配合治療，口腔腫瘤手術後傷口及身上有鼻胃管、導尿管、傷口引流管共三條，主訴「插管子，傷口會不會怎樣？」「嘴巴裡的傷口什麼時候會好？」，進入高危險性感染之護理計劃。

（二）營養及代謝型態：

平時在家每餐要吃2-3碗飯及要有肉才會覺得飽，入院時體重爲70公斤，身高161公分，理想體重爲56.7公斤，BMI=27屬於輕度肥胖；手術後，營養師調配之「倍力素」腫瘤術後管灌飲食2000Kcal/day共6餐，8/8體重爲68公斤，8/10由口進食流質食物至出院前，體重仍維持68公斤，評估爲適應。

（三）排泄型態：

住院前排尿及排便正常；住院手術後8/3因活動量減少，有5天未解便，服用軟便劑後排便一次，呈量中、黃、微硬成形便，之後恢復每天一次的排便，8/4依醫囑將導尿管移除後小便可自解，評估爲適應。

（四）活動與運動型態：

平時務農耕田，早出晚歸，無定期運動習慣，偶爾喜歡跟鄰居或寺廟的人聊天泡茶喝酒；手術後，由護理人員及案妻完全協助照顧沐浴、進食、如廁等，術後第二天可在護理人員陪同及鼓勵下，採漸進式下床，只須部份協助可完成沐浴、進食、如廁等，至出院前自行可在病室內活動，評估爲適應。

（五）睡眠與休息型態：

平時在家睡眠時間約6-7小時，午睡約2小時，主訴住院前1-2個月，因左內頰內腫瘤夜晚

有1-2次痛醒的情形，吃止痛藥(Pandol)一顆後可緩解；住院後因擔心手術及疾病，加上手術後傷口疼痛無法入睡，按醫囑PCA及Demerol 50 mg prn，可睡約5-6小時，醒來後精神可，於住院後10天不需止痛藥即可入睡，評估爲適應。

（六）認知感受型態：

個案意識清楚、注意力集中、無記憶力障礙，住院前1-2個月左內頰疼痛，尤其在吃東西或夜晚睡覺時偶爾有1-2次頓痛情形而痛醒，疼痛指數約6分，經口服藥 Pandol 1# Qid prn 口服控制緩解，手術後，左內頰刮除腫瘤之傷口4×4cm、左頸部淋巴切除傷口約10×2.5cm，夜晚、漱口及換藥時最痛，疼痛指數約9-10分，臉上表情痛苦，皺眉，約2小時會按PCA止痛劑，主訴「嘴巴痛比牙痛還痛，害怕換藥及漱口」「頸部傷口有緊繃鈍痛感」「頭頸部不適」「翻身移動、咳嗽傷口就很痛」，顯示有傷口痛之護理問題。

（七）自我感受與自我認知型態：

個案自認個性較急、樂觀、年輕時脾氣不佳，現在較有改善，對自己的事業及家庭甚滿意；住院後，得知診斷爲口腔癌時，不斷詢問「眞的是癌症嗎？」「手術會不會有危險？」「醫生以前有開過這種刀嗎？」「爲什麼一直要做這麼多檢查，有很嚴重嗎？」「嘴巴會不會爛掉？」「會不會不能吃東西、不能說話？」，感覺生命受到威脅，導致有焦慮護理問題。「頸部傷口很明顯，以後怎麼出去見人？」「傷口怎麼樣，很醜吧！」「親友不用來看了！」，換藥時，不敢看傷口，圍簾一直拉起，只與其妻互動，顯示有身體心像紊亂之護理問題。

（八）角色關係型態：

Erikson角色發展階段個案屬成熟成人期，發展任務爲自我統整與失望。和家人、朋友相處愉快，與第2個兒子較有話聊，目前有丈夫、父親、女婿、病患的角色，案妻、子女都在上班，年經時有存錢加上勞保退休金，經濟自足，家中重大決定會經全家討論後由案妻決定；住院期間案妻爲主要照顧者，主訴「捨不得讓孩子們太累，只好自己家裡及醫院兩邊跑」「自己的身體也不好，常感冒加上擔心家中沒有人可以照顧」一見到護理人員重複詢問「我先生可不可醫好，假如醫不好怎麼辦？」「害怕自己不能將先生照顧好？」「害怕先生不能痊癒回家？」「會不斷重複護理人員衛教，擔心忘記」，夜眠淺，案妻背負所有責任故面臨照顧者角色緊張。

（九）性、生殖型態：

夫妻結婚約40年，感情融洽，育有兩子一女，性生活步入中年後已減少，自訴「夫妻間能在一起到老，一起作伴，比性生活重要」，評估爲適應。

（十）因應與壓力耐受型態：

個案生活平順，家人是主要的支持系統；住院期間最大的壓力爲手術，在護理人員深入會談及陪同下，瞭解手術是必需的治療，手術後，主訴「醫生告訴我，開刀順利，傷口很好，我才放心」，評估爲適應。

（十一）價值及信念型態：

個案信奉道教，平時會到廟裡拜拜；住院期間，對案妻至廟裡拜拜所祈求之平安符，會戴在身上，祈求孩子們能早日完成婚嫁，評估爲適應。

三、問題確立與護理計畫

（一）焦慮／與疾病認知缺乏及害怕手術有關(7/31~8/2)

主客觀資料： S：7/31「真的得癌症嗎？」「爲什麼一直要做這麼多檢查，有很嚴重嗎？」。 S：8/1 「開刀要開多久，這個醫生以前有開過這種刀嗎？」「手術會不會有危險？」「嘴巴會不會爛掉？」「會不會不能吃東西、不能說話？」。 O：7/31 初入院時，神情落寞，重複詢問手術是怎樣及檢查報告結果，重複對醫護人員表示對病情的擔憂。
護理目標：1.8/2 前表示可以接受自己的病情。 2.8/2 個案能說出並接受術前檢查及手術治療之必要性，臉部呈現放鬆狀態。 3.出院前能說出焦慮減輕，並能主動參與自我照顧。
護理措施： 1.與個案討論引起焦慮的原因及評估其程度。 2.鼓勵個案說出對疾病的看法及對手術的害怕。 3.8/1 安排並聯絡醫生與個案及家屬們一起討論病情並告知手術過程及預後。 4.8/1 聯絡腫瘤個管師一起討論並介紹成功案例。 5.以尊重不批判的態度，主動關心，幫助解決問題，表示願意陪同此病程。 6.鼓勵家屬多來院陪伴並打電話給予支持。 7.主動告知各種報告結果，以增加信任感。 8.個案同意下，在房間內使用薰衣草精油薰香使個案鎮定、平靜。 9.主動上網搜尋口腔癌相關資料作成小冊子以提供住院及出院後可參考。
評值： 8/2 上午個案對案妻表示已能接受病情。 8/2 下午由家人的陪同下決定手術及檢查治療，較不緊張。 8/2 下午與病友互動討論病情。 8/11 能主動向護理人員表達不安，對出院後護理照護表達關切並想學習及配合。

（二）急性疼痛／與口腔內及頸部手術有關(8/3~8/8)

主客觀資料： S：8/3「翻身移動、咳嗽傷口就很痛」。 S：8/4「嘴巴痛比牙痛還痛」「害怕換藥及漱口」「頸部傷口有緊繃鈍痛感」「頭頸部不適」。 O：8/3 於左內頰有傷口 4x4cm，左頸傷口 10x2.5cm，傷口引流管留置，外觀正常無滲液，協助翻身時皺眉臉上痛苦，呼吸淺快，疼痛指數約 9-10 分，約 2 小時會按 PCA 鈕一次。
護理目標：1.8/5 個案及家屬能說出減輕疼痛方法至少 3 項並能應用。 2.8/8 個案能口頭表達疼痛緩解，疼痛指數在 3 分以下，並未再要求止痛藥。
護理措施： 1.在給予減緩疼痛措施前後，運用 10 分疼痛量表監測疼痛程度。 2.碰觸個案與執行換藥等護理活動時，動作輕柔，並給予安靜的環境，減少噪音，採集中護理。 3.教導深呼吸及咳嗽可輕壓傷口，以減緩疼痛。 4.教導個案在翻身或活動時可適當支托固定，及引流系統固定，避免拉扯。 5.教導個案及案妻減輕疼痛方法如：看電視、局部熱敷每小時 10-15 分鐘，每天 6-8 次、慢速深呼吸吐氣等。 6.監測止痛劑使用之效果及疼痛緩解程度。 7.與麻醉師討論個案疼痛問題後增加 PCA 內定劑量，觀察 PCA 副作用，給予 PCA 衛教單張並衛教個案 PCA 副作用。 8.疼痛時依醫囑給予 Xylocanine2%5cc＋優碘 2cc＋0.9%N/S500cc 口含漱口水減輕口腔內疼痛。 9.與主治醫師討論後於換藥、入睡前 30 分鐘，依醫囑給予 Demerol 1Amp IM st。
評值： 8/5 主訴使用 PCA 期間無頭暈、嘔吐、腹脹等，下午 PCA 移除，可觀察到個案能輕壓傷口咳嗽、深呼吸吐氣、翻身時支托頸部，主訴這樣較不會痛，疼痛指數 5-7 分。 8/8 主訴疼痛指數降至 2-3 分，未再要求止痛劑，夜裡可入睡。

（三）潛在性感染／與口腔、頸部傷口、侵入性引流管有關(8/3)

主客觀資料： S：8/3「插管子，傷口會不會怎樣?」「嘴巴裡的傷口什麼時候會好?」。 O：8/3 左頰內有傷口 4x4cm，左頸傷口 10x2.5cm 放置傷口引流管、身上有導尿管及鼻胃管留置，傷口外觀正常無滲液，WBC：8600/cumm，體溫 36.5-37℃。
護理目標：住院期間無感染現象如無發燒、傷口無紅腫熱痛、白血球在正常範圍。
護理措施： 1.每日觀察記錄傷口外觀、引流液的量及性質。 2.傷口換藥過程中遵守無菌原則，接觸病人前後確實洗手，避免交互感染。 3.觀察傷口是否有紅、腫、熱、痛或不正常的滲出液。 4.協助進食（灌食）後漱口，保持口腔清潔，以生理食鹽水口腔棉枝輕輕移除沾粘在口腔之分泌物，用小牙刷輕輕刷洗舌苔，教導個案用煮沸之冷水 60Cc＋優碘 2cc 漱口並增加次數約 2-3 小時一次。 5.告知案妻尿管留置注意事項：翻身時勿拉扯引流管，勿將引流袋高於膀胱，尿量約 2/3 必須傾倒。 6.告知個案術後鼻胃管之放置可降低由口進食造成口腔內傷口感染之機率，並教導案妻管灌注意事項及鼻胃管固定方式及回覆示教。 7.依醫囑給予 GM、Wizolin 抗生素使用 。
評值： 8/4 上午移除導尿管，尿液可自解，頸部傷口引流液紅色量約 75 cc，傷口外觀乾淨無紅腫熱痛情形，口腔內傷口無分泌物有微量出血情形。 8/8 傷口外觀乾淨無紅腫熱痛情形，頸部傷口引流紅色量 25 cc醫師予以拔除引流管。 8/12 住院期間白血球及體溫在正常範圍，傷口外觀無異常分泌物。 8/15 傷口癒合，回院拆線。

（四）身體心像改變／與術後頸部傷口有關(8/4)

主客觀資料： S：8/ 4「頸部傷口很明顯，以後怎麼出去見人？」「傷口怎麼樣，很醜吧！」「害怕親友來看！」。 O：8/4 左側頸部淋巴切除，傷口長 10x2.5cm 皮膚有縫線及引流管，換藥時，不敢看傷口，手術後圍簾一直拉起，未出病室，只與其妻互動。
護理目標：1.8/6 個案願意利用鏡子看傷口。 2.8/11 個案願意走出病室。 3.出院後能說出對身體改變的感受，與病友接觸。
護理措施： 1.觀察個案手術後對外觀改變的行爲反應，並利用個別討論方式鼓勵個案說出心中感受。 2.對個案以不批評及真誠的態度回應。 3.執行護理活動前，做適當解釋，對病患的配合做正向的讚美，提高自信心。 4.在每次換藥時，告訴個案目前傷口癒合狀況。 5.鼓勵個案參與換藥過程，適度引導病患用鏡子看傷口，鼓勵說出心理感受。 6.教導張口及頸部運動每天 4-6 次，每次 10 下，避免肌肉萎縮，以呈現較好的外觀。 7.鼓勵個案與其他人溝通，讓個案多接觸其他人。 8.與腫瘤個管師討論安排相似個案與個案接觸，分享經驗。 9.鼓勵家屬打電話給予支持。
評值： 個案於 8/6 換藥時正視傷口外觀。 8/10 能口頭表示，傷口好像比較好，也習慣了，會與隔壁病友聊天。 8/11 主動按鈴要求，在筆者及案妻陪伴下外出散步。 8/12 個案能以親身經歷鼓勵安慰病友。 8/26 電訪得知個案會到寺廟泡茶，並接受親友來家中探訪。

（五）照顧者角色緊張／與案夫疾病、照顧技巧不熟練有關、家中無人照顧(7/31~8/3)

主客觀資料： S：7/31 案妻主訴「捨不得讓孩子們太累，只好自己家裡及醫院兩邊跑」「自己的身體也不好，常感冒加上擔心家中沒有人可以照顧」。 S：8/1「我先生可不可醫好，假如醫不好怎麼辦？」「害怕自己不能將先生照顧好？」「害怕先生不能痊癒回家？」 O：7/31 表情緊張、焦慮、不斷重複詢問病情。 O：8/3 夜眠淺，常驚醒，護理人員衛教時，會重複護理人員說話內容，害怕記不起來。
護理目標：1.8/5 說出面臨角色改變之心理感受。 2.8/9 主動告知壓力減輕，睡眠無中斷。 3.出院前能完成正確自行換藥技術。
護理措施： 1.以主動關心、親切的態度，鼓勵說出心理壓力，傾聽感受。 2.共同討論規劃時間，表示會視病猶親，協助個案照護工作，讓案妻可以放心返家。 3.提供轉移注意力之方法如看電視及散步，放鬆技巧如深呼吸，並可至醫院之佛堂拜拜。 4.了解案妻支持系統，鼓勵與兒女溝通，抒發壓力並安排討論輪流照護個案之工作。 5.主動告知各種報告結果，減少案妻對病情的不安。 6.與腫瘤個管師討論介紹相似個案之家屬，經驗分享。 7.教導及回覆示教術後照顧知識及技巧，返家傷口照護等，並予以正向鼓勵。
評值： 8/5 每天中午及晚上返家每次約 2 小時，主動告知筆者「照顧病人實在不容易」並感謝筆者之幫忙。 8/9 經由祈求後主訴心理較平靜放心，晚上也較好睡。 8/12 可正確執行換藥技術及說出如何照顧傷口。

肆、討論與結論

本文主要係探討一位罹患口腔癌第二期，面對突然的疾病及手術而引發焦慮、急性疼痛、潛在性感染、身體心像紊亂、照顧者角色緊張等護理問題之護理經驗。照護過程中個案由於焦慮、害怕而拒絕手術治療，經由筆者提供手術前衛教，給予心理支持，主動關心，不批判的態度，因而接受手術，給予解釋術後管路及傷口等問題，以提升自我照顧能力。印證林、戈(2004)、陳等(2004)、Mitchell(2000)所提出面對突然的癌症生命威脅，提早給予手術有關之訊息，是減經焦慮最有效的方法。主要照顧者(案妻)必須承受個案癌症造成生命的威脅，不僅與病人一樣會感受到其他功能的喪失和生活圈的縮短，還要處理相關的人際互動，生活上與財務上的問題，其中以生活作息的限制負荷最大，因此產生焦慮、緊張、疲憊行爲出現，此與苗、林(2002)護理經驗相雷同。個案手術後，造成臉部、頸部外觀改變，此部位無法以衣著掩飾，造成社會心理層面的衝擊，鼓勵表達感受，以不批評及眞誠的態度回應，幫助個案適應外觀上的改變，進而學習自我照顧，以正向反應迎向未來，此與余等(2004)文獻相符合。

由於口腔癌患者的日益增加，礙於人力限制，本院雖有腫瘤個管師之設立，但對於居家長期的追蹤及輔導，尚待加強，相信如有完善

的出院準備服務，提供出院後身心靈的照護，定能提升病患生活品質。並建議能結合社區及門診對於紅唇族作正向的宣導，藉由病友會的交流，可交換心得，又讓紅唇族提高警戒，以達預防勝於治療。

在病患出院後，由電訪得知，個案傷口癒合佳已拆線，且能依醫師指示按時回門診追蹤，預防復發，並已戒菸、酒及檳榔，注重養生，口頭表示萬分感謝筆者之照顧及教導。

伍、參考文獻

行政院衛生署(2005)・台灣地區主要死亡原因・2006年8月4日取自http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/94年/表8.xls。

江慧珣、莊于君、周桂如(2001)・癌症疼痛之處置・*腫瘤護理雜誌，1*(2)，64-72。

李約整、陳健志、許豪沖(2004)・焦慮症・*基層醫學，19*(7)，159-163。

李和惠、林麗秋、黃玉琪、吳碧雲、林貴滿、林靜琪等人(2005)・*內外科護理學*・台北：華杏。

余正平、林宜蓁、蔡雅穎、陳乃瑜、陳鈺君、陳鈺寶等人(2004)身體心像紊亂於護理之應用・*華醫社會人文學報，9*，65-70。

吳慧萍(2004)・一位頰膜癌患者住院期間之身體心像改變及因應行為・*新台北護理期刊，6*(2)，99-105。

周幸生、歐嘉美、蔡素華、康百淑、葉明珍、張秉宜等人(2004）・*新臨床護理診斷*・台北：華杏。

林碧珠、戈依莉(2004)減輕手術病人焦慮之護理處置・*長庚護理，15*(3)，312-318。

林雅萍(2000)淺談手術傷口感染・*榮總護理，17*(2)，125-131。

林榮珠(1999)・照顧者角色緊張之護理經驗・*護理雜誌，46*(3)，99-105。

苗淑敏、林明珍(2002)・減輕一位主要照顧者負荷過重之護理經驗・*華醫論壇，6*，53-61。

高玉鳳、劉雪娥、李秀芳(2001)・破碎的臉—一位顏面傷殘患者之身體心像變化及心理反應・*長庚雜誌，12*(1)，80-85。

陳文文、李秀芳、劉雪娥(1999)・重現術後口腔癌病患之味覺需求與口腔護理重點・*護理雜誌，46*(3)，27-30。

陳佩英、郭素青、張惠甄、徐一禎、林麗玉、楊桂美(2004)・口腔癌術後病患之身心症狀與調適・*安寧療護雜誌，9*(2)，153-163。

連如玉、熊道芬(2001)・一位口腔癌病患於口顎重建術後的加護護理經驗・*慈濟護理雜誌，2*(3)，77-85。

梁錦榮、陳大為(2000）・高雄榮總口腔癌患者手術治療之臨床分析・*中華口外誌，11*，62-67。

黃瑞麟(1999)・口腔癌手術治療之近況・*臨床醫學・44*(4)，248- 250。

曾月霞(2005)・芳香療法於護理的應用・*護理雜誌，52*(4)，11-14。

盛旺徽(2004)・皮膚及軟組織感染・*當代醫學，31*(10)，803-808。

鄒玉珍(2004)・罹患口腔癌病患之照護經驗・*榮總護理，21*(3)，278-285。

鄒貴峰、鄒美勇(2004)・病患自控式止痛(PCA)・*臨床醫學，53*(3)，197-200。

蔡新玲、林小玲、穆珮芬(2001)・從資深護理人員的觀點探究癌症及相關照護經驗・*榮總護理，18*(4)，402-413。

蕭士軒、除茂銘(2002)・口腔癌・*當代醫學，29*(6)，438-444。

戴世光、張學逸(2002)・口腔癌的手術治療・*臨床醫學，50*(1)，21-24。

Haskins N.(1999).Intensive nursing care of patients with a microvascular free flap after maxillofacial surgery. *Intensive Care Critical Care Nursing,14*,225-230.

Heitkemper, M. M.(2000). Nursing Management upper gastrointestinal problems. In S. M. Lewis, M. M. Heitkemper & S. R. Dirksen, *Medical-surgical nursing*. (pp.1080-1135). St.Louis:Mosby.

Mitchell, M.(2000). Nursing intervention for pre-operative anxiety. *Nursing Standard,14* (37),40-43.

Weitzner, M. A., Haley, W. E., & Chen, H.(2000).The family caregiver of the old cancer patient. *Hematology Oncology Clinics of North America,14*(1),25-44.

Nursing Experience of Caring a Patient with Oral Surgery

Chin-Shu Yu1 Po-Erh Liu[2*] Chin-Lan Lin[3]

[1]Fong-Yuan Hospital, Department of Health
[2]Associate Professor, Nursing Department of Hungkuang University
[3]Graduate Student of National Taipei College of Nursing

Received 26 July 2007 ; accepted 1 November 2007

Abstract

This paper discusses a nursing experience for the physical and mental disturbance of a patient who suffer from stage II oral cancer and faced wide excision, radical neck dissection, partial mandibular excision and local flap plasty. The author assessed the client by means of Gordon 11 healthy function evaluation tool. Data collected through interviews, observation, listening, and direct care. Finding out the chief healthy problem including anxiety, acute pain , potential infection, nervousness of the care giver, body image disturbance . During this periods, we gain trust and support of the patient with his family through establishment of nurse - patient relationship. The author applied caring , non-criticized attitude , encouraging patient to express emotion , supply individual and general nursing , Through these approach to help client release anxiety, improving pain after operation, removing tube under non-infective situation and improving healing of oral and cervical wounds, increasing assurance of client , re-establish positive self-recognition , learning self-care and assisting his wife to resolve potential pressure problem. We hope to the case report to provide nursing professionals with a source of reference for healthcare quality improvement.

Key words: oral surgery, anxiety, nervousness of the care giver, body image disturbance .

*Corresponding author