

# 「重展笑顏」－初次罹患口腔癌 經皮瓣重建術後照護經驗

郭思吟、黃喬伶、王維那

永康奇美醫院 護理部

## 摘要

本文描述一位經營冬瓜茶飲事業，須經常展露微笑面對客人，因初次罹患口腔癌經皮瓣重建術後，對顏面外觀改變與多重陌生管路留置，擔憂無法回歸熱愛工作崗位之個案照護經驗。護理期間為2023年4月26日至5月8日，藉觀察、傾聽、筆談、直接照護、身體評估及查閱病歷方式收集資料，運用Gordon十一項功能性健康型態模式進行整體性評估，確立個案有呼吸道清除功能失效、急性疼痛與身體心像紊亂之健康問題。期間藉由護理獨特性與跨領域團隊協助，以定時監測疼痛情形，給予常規止痛用藥外，轉移疼痛注意力，能有效的緩解疼痛不適，且透過橫膈呼吸練習與胸腔物理治療，減少抽痰頻率，解決痰液蓄積問題，並引導說出對於術後顏面外觀改變與多重管路留置的感受與期待，一起擬定個別性之管路移除與口腔癌復健計畫，讓其順利移除所有術中留置管路，接受術後顏面改變的自己，重展笑顏，返回職場。此次照護經驗中，深感身體心像改變，對於口腔癌術後病人的衝擊，且在短期內須接受大量的護理指導，更甚不易，故建議臨床人員可藉由跨領域團隊共同建立口腔癌術後管路移除流程與復健計畫，減少對於術後治療的不安，更勇於面對病情治療。期許此護理經驗能提供日後口腔癌術後個案照護之參考。（澄清醫護管理雜誌 2025；21（2）：61-71）

關鍵詞：口腔癌、皮瓣重建、管路移除計畫

通訊作者：黃喬伶

通訊地址：台南市永康區中華路 901 號

E-mail：a8221638@yahoo.com.tw

受理日期：2024年4月；接受刊載：2024年9月

## 前言

口腔癌為口腔內部惡性腫瘤之總稱，常見於嘴唇、舌頭、頰黏膜、齒齦及顎部，有90%源自於鱗狀上皮細胞病變，好發於40歲以上男性，與抽菸、酗酒、嚼食檳榔等不良生活習慣有關[1]。根據衛生福利部2022年統計口腔癌為十大癌症死因排名第六位，每十萬人口中約15人死於口腔癌[2]。而治療以外科手術為主，常見病人術後因顏面外觀重大改變，加上術中為維持生理機能所留置的多重陌生管路，會對自身產生負向觀感，同時造成心理莫大壓力，嚴重者會影響往後的生活品質[3]。

本文描述一位67歲男性，初次罹患口腔癌接受皮瓣重建手術，因本身經營冬瓜茶飲事業，須經常展露微笑面對客人，於術前就極度擔憂顏面外觀改變，無法再回到工作崗位。但在術後卻因口腔傷口組織腫脹及多重管路留置，產生急性疼痛不適，在無有效咳痰技巧下，導致痰液蓄積，須頻繁抽痰，且因臉頰腫脹致使口腔閉合不全，加上擔憂陌生的多重管路，於往後是否能順利移除，使個案出現情緒低落、激動且不願意會客等負面情緒，故誘發作者探討之動機，想藉由護理獨特性與跨領域團隊照護模式，提升個案自咳痰液能力，緩解疼痛情形，同時鼓勵參與術後管路移除與口腔癌復健計畫，讓其可以重拾自信心，重展笑顏，順利回歸熱愛的工作崗位，並於未來能更正向積極的面對疾病所帶來的改變。

## 文獻探討

口腔癌臨床表徵常見為口腔內出現紅斑、白斑或不易癒合的潰瘍，可藉病理切片診斷，治療以腫瘤切除與頸部淋巴廓清術為主，放射線、化學或免疫治療為輔 [4]。而為降低腫瘤再復發，手術中會切到腫瘤組織外 5 毫米，導致顏面缺陷，須進行皮瓣重建保持顏面美觀和口腔功能 [5]。且為支持營養、排泄及維持呼吸道等生理機能，術後有多重管路留置，若無法調適易產生負向情緒 [3]，故針對個案健康問題彙整照護措施如下：

### 一、呼吸道清除功能失效

口腔癌術後因傷口水腫及分泌物堆積有呼吸道阻塞之風險，術中會放置氣切套管 [6]。但常見因術後傷口疼痛或無有效咳痰技巧，易造成痰液蓄積，導致肺部感染，可藉：(一) 監測呼吸速率、型態及血氧濃度以評估痰液清除成效；(二) 記錄抽痰頻率、痰液量及性質，視痰液黏稠度予祛痰藥物、潮濕瓶或增加水分攝取軟化痰液；(三) 指導橫膈呼吸訓練，深呼吸後，按壓腹部用力將痰液咳出；(四) 胸腔物理治療，如：姿位引流、背部叩擊，以利痰液排出；(五) 使用拍痰機，透過胸廓外壁的高頻壓縮震盪，使肺部分泌物鬆動；(六) 配合復健運動增加心肺耐力，以利肺部擴張 [7,8]。

### 二、急性疼痛

口腔癌術後因傷口組織腫脹及多重管路留置，易引發急性疼痛，是種不愉悅且不適的主觀感受，須同理並進行完整疼痛評估，才得以給予適當緩解疼痛之處置，內容包含：疼痛部位、性質、持續時間、誘發因素及緩解因素，且以 0-10 分疼痛數字量表評估疼痛指數，得分越高，代表疼痛感受度越高 [9,10]。在處置上可分為藥物及非藥物介入：(一) 藥物類遵守 WHO 提出止痛用藥優先使用口服劑型、規律定時給藥及階梯式調整劑量之三大原則，再依止痛成效，適時與醫療團隊討論止痛用藥之頻次與種類；(二) 非藥物類可藉教導深呼吸放鬆技巧、舒適擺位、音樂療法、芳香療法或執行有興趣之事物，以轉移疼痛注意力 [10,11]。

### 三、身體心像紊亂

身體心像意指個人對自身之心理影像，口腔癌

術後常因外觀受損與身體結構功能改變，對自我認同產生差異，出現羞恥、失落或生氣等負面情緒，嚴重者導致社交隔離 [3]。可先藉 [12] 所發展的身體心像視覺類比量表 (Body Image Visual Analog Scale, BIVAS) 測量個人對於自己身體的滿意度，此量表是為 0-100mm 的直線，線的左邊為 0mm 表示非常不滿意，線的右邊為 100mm 表示非常滿意。而在治療過程，可藉：(一) 提供隱私環境，運用同理心，予以傾聽並引導說出對術後身體心像改變的想法與期待；(二) 加強重要親友之支持，予重建自信心；(三) 提供個別性及後續緊密連繫的照護服務，如：清楚告知各項管路移除方式與時機、出院後治療計畫等；(四) 運用外觀修飾，如：配戴口罩或帽子；(五) 即早介入病友或相關團體陪伴，可有助於渡過術後情緒低潮期 [3,13]。

### 四、跨領域團隊照護

跨領域團隊照護是指一個由多位不同專業醫療背景人員組成的團隊，包含醫師、護理師、藥劑師、營養師、復健師、社工師、心理治療師等各種專業人員，透過團隊間互助合作，以制定獨特且個別性的治療計畫，使病人在面對複雜的健康問題時，能夠得到全面的支持和完善的照護 [14]。

## 護理過程

### 一、個案簡介

個案為 67 歲已婚男性，高中畢業，育有兩女一男，與太太和小女兒同住，慣用國、台語溝通，與太太共同經營冬瓜茶飲事業，無經濟問題，有糖尿病之過去病史，定期於門診追蹤，無抽菸及喝酒習慣，但曾嚼檳榔，每天約 10-15 粒，已戒三十多年，信仰道教，生活規律單純，住院期間主要照顧者為看護。

### 二、疾病求醫過程

個案因右臉頰腫脹及牙齦潰瘍約一個月未改善至門診求治，經頭頸部電腦斷層與切片確診為右側口腔鱗狀細胞癌 (cT1NOMO, Stage I)。4/24 行口腔皮瓣重建、補皮及氣切手術後轉加護病房觀察，4/26 轉到顯微照護病房，配合游離皮瓣吻合監測期需平躺一週至 4/30，同時予會診營養師、復健師及社工師等醫療團隊共同照護，於 5/8 出院返家休養。

### 三、護理評估

作者於 2023 年 4 月 26 日至 5 月 8 日護理期間共 13 天，藉觀察、傾聽、筆談、直接照護、身體評估及查閱病歷等方式收集資料，運用 Gordon 十一項功能性健康型態模式進行整體性評估以確立護理問題，評估內容如下：

#### （一）健康認知及健康處理型態

個案住院前健康狀況良好，工作忙碌無定期健康檢查，身體不適會至診所就醫，有糖尿病病史，定期於門診追蹤，規律服藥，且會自行監測血糖，血糖可控制於 120-140mg/dL，住院期間血糖維持 150-180mg/dL。平日注重養生，生活作息規律，無喝酒及抽菸，年輕時曾嚼檳榔，但為健康已戒三十年，照護期間可配合治療及護理措施，會以手勢或筆談詢問血壓、血糖值或皮瓣狀況，經評估無此健康問題。

#### （二）營養及代謝型態

個案住院前三餐定時定量，偏好清淡飲食，少外食且不挑食，4/24 身高 179 公分，體重 74 公斤，理想體重：62.37-76.23 公斤，依身體質量指數（Body Mass Index, BMI）值為 23.1，皆在正常範圍，並觀察指甲床紅潤，毛髮稀疏且蒼白。4/24 於術中置放鼻胃管、右頸一條 penrose 及氣切套管，術後由營養師調整管灌糖尿病配方 6 餐 / 天，熱量 2,200 卡，高蛋白 121 克，約 3-4 小時可消化完一餐，4/28 營養師探視，個案筆述表示：「可吃得飽。」；4/26 右頸 Penrose 滲液色呈淡黃紅色，無異味，每班需換藥 1-2 次；4/26-27 每兩小時監測個案口腔皮瓣呈白膚色，飽滿，微血管反應一秒；右臉頰腫脹，嘴巴約一指半開，下巴有 3.5 公分縫線傷口，採開放性照護；左大腿取皮傷口人工皮覆蓋，外觀乾淨無滲液；氣切周圍皮膚無紅腫，因頻繁咳痰，每班須換藥 1-2 次，經評估無此健康問題。

#### （三）排泄型態

個案住院前固定早上排便，每天至少一次，解尿順暢，4/27 自解糊水便四次，腸蠕動 12 次 / 分，予 Secmeta 1PK TID 服用及營養師調整配方後可改善，4/29 觀察個案自解量中咖啡色軟便，檢視肛門口無痔瘡；4/24 術中放置導尿管，一天尿量約 2,000-2,500ml，尿色呈淡黃，無異味或沉澱物，經評估無此健康問題。

#### （四）活動及運動型態

個案住院前日常生活可自理，因工作忙碌無運動習慣，偶爾下班晚飯後會與家人在住家附近散步。4/24-4/30 個案因配合游離皮瓣術後血管吻合期需完全平躺一週，日常照護活動得由護理人員或看護協助。4/27 因左大腿取皮傷口，評估左下肢肌力為 4 分，其餘肢體肌力 5 分。4/24 術後氣切套管留置，4/26 個案咳痰費力，臉部脹紅，且頻繁要求抽痰，平均一天抽痰 8-10 次，每次約抽出 1 管至 1 管半之抽痰管量，痰液呈白稠，手指氣切口筆述：「痰好難咳出來，怎麼抽都抽不完。」；4/27 個案頻繁咳嗽，呼吸速率 20-22 次 / 分，Air Life 28% 使用，SPO<sub>2</sub>：94-95%，胸部 X 光顯示右下肺葉浸潤，有痰液蓄積，每次抽痰約抽出 1 管抽痰管量，痰色白且稠，過程觀察個案臉部猙獰，雙手用力握拳，抽痰後寫下：「氣切還要放多久，抽痰真的好難受。」，經評估個案有「呼吸道清除功能失效」之健康問題。

#### （五）睡眠及休息型態

住院前個案睡眠型態正常，早睡早起並能熟睡 6 小時，無午睡習慣；4/26-27 個案因放置氣切易刺激氣管咳痰及傷口疼痛易中斷睡眠，在與醫療團隊討論調整常規睡前服用安眠藥 Mesyrel 一顆及每六小時服用止痛藥 Panadol 及 Tramadol 各一顆後睡眠品質可獲得改善，4/28 觀察白天個案精神佳，可配合治療，無黑眼圈或打哈欠情形，表示：「昨晚大概是我住院後睡最好的一晚了。」，經評估無此健康問題。

#### （六）認知及感受型態

個案意識 E4VTM6，定向感正確，因近視配戴眼鏡，雙耳無重聽，長期和短期記憶力無衰退，知覺和嗅覺正常。因術後右口腔皮瓣傷口、左大腿取皮傷口及氣切留置有疼痛情形，4/26 以棉棒監測個案口腔皮瓣微血管反應，觀察頭部退縮發出聲音，以手勢表示「小力一點，會痛。」；4/26 執行氣切護理後，個案皺眉筆述：「一天到底要換幾次？一直刺激喉嚨很痛。」，使用疼痛數字量表評估疼痛指數手比 8 分，且手指向右手臂要求施打止痛針；4/27 個案服用完常規止痛用藥 Panadol 及 Tramadol 各一顆約一小時後，醫師予傷口換藥，觀察個案顯

焦躁，額頭冒汗且皺眉，測量血壓：168/76mmHg，脈搏：112次/分，呼吸：22次/分，筆述：「口腔、喉嚨、左大腿都很痛，有沒有止痛藥？」，使用疼痛數字量表評估個案口腔、喉嚨及左大腿疼痛指數手比8分，但無法確切形容疼痛性質。統計4/26-4/27經肌肉施打Morphine 4mg 3-4次/天，經評估個案有「急性疼痛」之健康問題。

#### （七）自我感受與自我概念型態

個案因做生意每天須面對客人，非常注重外貌，曾猶豫是否入院手術，因病灶發現得早，且在家人鼓勵下才決定手術，勇敢面對病情。4/26個案筆述：「臉腫得像豬頭，嘴巴還開開的，我自己看到都會嚇到更何況別人看到。」，4/27個案要求用手機拍照，輕摸自己的臉，皺眉筆訴：「臉怎麼變那麼醜好可怕，鼻子還插了一條管子好難看，我這樣還能做生意嗎？」，4/28太太表示孫女很想念個案，要求視訊，個案突然情緒激動，揮手表示拒絕，筆述：「會嚇到她。」，並交代家屬拒絕親戚探病，照護期間圍簾除治療皆拉上，鮮少開燈。4/27個案身體心像視覺類比量表測量分數5mm，表示極度不滿意，經評估有「身體心像紊亂」之健康問題。

#### （八）角色關係型態

個案第一角色為67歲已婚男性，第二角色為先生、爸爸、祖父，第三角色為冬瓜茶飲老闆、口腔癌術後患者；住院期間因家屬要上班，無人力照顧個案，故聘請看護協助照護，而主要決策者為太太，觀察家屬每天都會輪替到院陪伴個案，過程中關係互動良好，4/26太太手握個案的手表示：「你要加油，這段時間辛苦點，要配合治療。」；4/27兒子準備手寫板給個案表示：「有任何問題可寫在上面給看護或護理師看，我們有空就會來看你。」，經評估無此健康問題。

#### （九）性及生殖型態

個案已婚，育有兩男一女，皆已成家立業，與太太感情融洽，協助個案執行尿管護理時，檢視生殖器外觀正常，陰囊無水腫，尿道口無分泌物，經評估無此健康問題。

#### （十）因應壓力及耐受型態

個案個性文靜，工作認真負責，對家庭很有責任感，面臨難題都會自己想辦法解決，很少麻煩家人，是家中的一家之主。4/26妻子表示：「他得知口腔癌時，情緒很低落，晚上好幾次都難過到掉眼淚，我也不懂，他沒做什麼壞事為什麼會得癌症，是我們勸他跟他溝通很久，他才主動提出要入院手術，現在看他身上這麼多管子，也不知道他能不能接受？」，住院期間觀察個案情緒無太大起伏，但若提及有親朋好友要前來探視，情緒顯激動拒絕，4/27兒子鼓勵父親：「會熬過的！」，個案搖頭皺眉寫下：「遇到了不然怎麼辦？我只希望身上管子能趕快拔掉。」，經評估有「身體心像紊亂」之健康問題。

#### （十一）價值及信念型態

個案信仰道教，不迷信，住院前有去廟裡祈福手術順利，觀察個案病人服有別上平安符，經評估無此健康問題。

### 問題確立

綜合以上評估，歸納分析個案有三項健康問題，並依Maslow理論以生理需求優先進行健康問題排序：一、呼吸道清除功能失效/與氣切留置及無法有效自咳痰有關；二、急性疼痛/與氣切留置、術後傷口有關；三、身體心像紊亂/與術後管路留置及臉部外觀改變有關，針對個案的健康問題提供相關護理措施整理如下表：

#### 一、呼吸道清除功能失效/與氣切留置及無法有效自咳痰有關（4/26-5/3）

主/客觀 資料	S1：4/26個案筆訴：「痰好難咳出來，怎麼抽都抽不完。」 S2：4/27個案抽痰後筆訴：「氣切還要放多久，抽痰好難受。」 O1：4/24個案術後氣切套管留置，易刺激頻咳嗽。 O2：4/26個案咳痰費力，臉部脹紅，且頻繁要求抽痰，平均一天抽痰8-10次，每次約抽出1管至1管半之抽痰管量，痰液呈白稠。 O3：4/27個案頻繁咳嗽，呼吸速率20-22次/分，Air Life 28%使用，SPO <sub>2</sub> ：94-95%，胸部X光顯示右下肺葉浸潤，有痰液蓄積。
------------	---

一、呼吸道清除功能失效／與氣切留置及無法有效自咳痰有關（4/26-5/3）（續）

<p><b>護理目標</b></p>	<p>1.4/30前個案可維持呼吸道通暢，血氧濃度可達96%以上。 2.5/3前個案能有效執行咳嗽技巧，抽痰頻次可降至每日4-6次。</p>
<p><b>護理措施</b></p>	<p>1-1.每班監測呼吸型態、呼吸速率及血氧濃度，以確保呼吸道通暢。 1-2.每次抽痰時，觀察並紀錄痰液量、顏色及性質。 1-3.視個案痰液黏稠度予Venturi Mask或Air Life交替使用。 1-4.每班使用16號抽痰管測試氣切有無阻塞。 1-5.4/27指導看護避開管灌食前後1小時，每兩小時需協助個案胸腔物理治療，手曲呈杯狀，避開胸骨、脊椎骨和腎臟，由下往上扣擊，速度2-4下/秒，每個部位約3-5分鐘，特別須加強右下肺葉處。 1-6.4/28起協助個案早晚使用拍痰機，每次30分鐘。 1-7.4/28依個案痰液性質及抽痰頻次與醫療團隊討論增加祛痰劑Bisolvon（2mg/ml, 50ml）2ml+N/S 2ml BID INH，並監測化痰成效。 1-8.4/28依營養師根據個案營養需求評估，建議每天攝水量約2,000ml，分配於兩餐間灌食水分200ml，以補充足夠水分和稀釋痰液。 2-1.4/28指導個案自咳痰技巧，早晚練習10-20次，促進痰液咳出： a.鼻子深吸氣，噘起嘴巴，吐氣時腹部用力。 b.膝蓋彎曲放鬆腹部肌肉，緩慢吸氣至最大量，同時腹部向內縮，吐氣時手按壓腹部用力咳痰。</p> <div data-bbox="523 1160 1273 1570" data-label="Image"> </div> <p>2-2.鼓勵家屬及看護陪伴個案練習，適時予正向回饋，如：「動作做得很確實。」、「很棒！你咳出來了。」，而對於不足處予討論指導。 2-3.將有效咳痰技巧衛教影片存於個案I-PAD讓其可隨時觀看練習。</p>
<p><b>護理評估</b></p>	<p>1.4/29使用16號抽痰管協助個案抽痰，呼吸道通暢，痰液量中，呈白色微稠，監測血氧濃度為97%。 2.5/2個案能有效將痰液自咳於氣切口外，並自行使用衛生紙將痰液擦拭，且抽痰頻次減少至4次/天，追蹤胸部X光顯示右下肺葉痰液蓄積已緩解。</p>

二、急性疼痛／與氣切留置、術後傷口有關（4/26-5/3）

<p>主/客觀資料</p>	<p>S1：4/26用棉棒監測個案口腔皮瓣微血管反應，以手勢表示：「小力一點，會痛。」                  S2：4/26氣切護理後，個案筆述：「一天到底要換幾次？一直刺激喉嚨很痛。」，使用疼痛數字量表評估疼痛指數手比8分，且指向右手臂要求施打止痛針。                  S3：4/27個案服用完常規止痛用藥Panadol及Tramadol各一顆約一小時後，醫師予傷口換藥完寫下：「口腔、喉嚨、左大腿都很痛，有沒有止痛藥？」，使用疼痛數字量表評估個案口腔、喉嚨及左大腿疼痛指數手比8分，但無法確切形容疼痛性質。                  O1：4/24個案術後有口腔皮瓣傷口、下巴有約3.5公分縫線傷口、右頸一條Penrose、氣切術後傷口及左大腿取皮傷口。                  O2：4/26個案右臉頰腫脹，每兩小時須以棉籤監測口腔皮瓣微血管反應。                  O3：4/26個案右頸Penrose滲液呈淡黃紅色，無異味，每班需換藥1-2次。                  O4：4/26個案氣切周圍皮膚無紅腫，但頻繁咳痰，每班須換藥1-2次。                  O5：4/26-4/27個案經肌肉施打Morphine 4mg 3-4次/天。                  O6：4/27個案抽痰過程臉部掙掙，雙手用力握拳；於傷口換藥過程顯焦躁，額頭冒汗且皺眉，測量血壓：168/76mmHg，脈搏：112次/分，呼吸：22次/分。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1.4/30前個案可執行至少兩項非藥物減輕疼痛之方法。                  2.5/3前個案口腔、臉、喉嚨及左大腿之疼痛數字量表分數可降至3分以下。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1-1.4/26指導個案及看護採舒適臥位：1.保持頭頸部呈正中，避免傷口過度延伸拉扯；2.以小毛巾支撐臉部，避免壓迫右臉傷口；3.使用枕頭墊高左下肢，以促進血液循環。</p>  <p>1-2.4/27指導個案緩解疼痛方式，如：聽喜歡的音樂、看影片、深呼吸再緩慢吐氣練習等方式以轉移疼痛之注意力。                  2-1.每班使用疼痛數字量表，請個案用手比出或寫下疼痛分數0分為完全不痛至10分最痛以評估口腔、喉嚨及左大腿疼痛分數、疼痛性質、突發痛及疼痛措施介入後之成效。                  2-2.每日採集中式護理，於早上執行鼻胃管、氣切套管、尿管護理及傷口換藥，讓個案在午後有充分休息時間。                  2-3.4/26-4/30預進行口腔皮瓣測試微血管反應前，先告知個案。                  2-4.4/27告知醫療團隊個案因傷口疼痛易中斷睡眠，故將Panadol及Tramadol一顆由QID改Q6H服用，並監測調整用藥頻次後止痛成效。                  2-5.預執行傷口換藥前30分鐘，詢問個案施打短效型止痛藥物Morphine 4mg IM之意願。                  2-6.進行傷口換藥時，以生理食鹽水沾濕紗布並輕柔移除；氣切護理時，動作輕柔並以無菌鑷子放置Y紗，避免咳嗽刺激喉嚨疼痛。</p>

二、急性疼痛／與氣切留置、術後傷口有關（4/26-5/3）（續）

護理評估	<p>1.4/29予個案傷口換藥時，可藉深呼吸吐氣及放音樂以緩解疼痛。</p> <p>2.5/1個案傷口換藥前已不需施打短效型止痛藥物。</p> <p>3.5/3個案依疼痛數字量表評估其左大腿疼痛分數降至1分；口腔、臉及喉嚨疼痛分數可降至2分。</p>
------	--

三、身體心像紊亂／與術後管路留置及臉部外觀改變有關（4/26-5/8）

主/客觀資料	<p>S1：4/26個案筆述：「臉腫得像豬頭，嘴巴還開開的，我自己看到都會嚇到更何況別人看到。」</p> <p>S2：4/26妻子表示：「他得知口腔癌時情緒很低落，晚上好幾次都難過到掉眼淚。現在身上這麼多管子，也不知道他能不能接受？」</p> <p>S3：4/27個案寫下：「臉怎麼變那麼醜好可怕，鼻子還插了一條管子好難看，我還能做生意嗎？」</p> <p>S4：4/28孫女想念個案，要求視訊，個案突然情緒激動，揮手拒絕，筆述：「會嚇到她。」，並交代拒絕親戚探病。</p> <p>O1：4/26個案術後有右臉頰腫脹、下巴有約3.5公分縫線傷口、右頸一條Penrose、左大腿取皮傷口及鼻胃管、氣切套管及尿管留置。</p> <p>O2：4/27個案身體心像視覺類比量表測量分數5mm，表示極度不滿意。</p> <p>O3：4/26-28觀察個案圍簾除治療皆拉上，鮮少開燈。</p>
護理目標	<p>1.4/30前個案能接受術後多重管路留置必要性及顏面外觀的改變。</p> <p>2.5/7前個案能移除術後留置的多重管路，且身體心像視覺類比量表測量分數可提高至75mm，表示滿意。</p>
護理措施	<p>1.4/26-27偕同社工師鼓勵及引導個案說出對於自己術後外觀改變及多重管路留置之感受，予傾聽及同理，以建立良好治療性關係。</p> <p>2.4/27向個案逐一說明口腔皮瓣術後每條管路留置之重要性、照護重點與預計移除時間。</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p><b>一起移除管路吧!!!</b></p> <p>The diagram illustrates a 7-day plan for tube removal. At the top, a blue banner reads '一起移除管路吧!!!'. Below it, four boxes represent different tube types and their training periods: '尿管訓練 5/1-5/2', '引流管 5/3', '呼吸訓練 5/1-5/5', and '吞嚥訓練 5/3-5/4'. Each box is accompanied by a small illustration of the tube. A horizontal timeline at the bottom shows the progression from '結束皮瓣監測' (End flap monitoring) on the left to '出院啦!' (Discharge!) on the right. Below the timeline, four columns of text provide specific care instructions for each day: Day 2 (尿管訓練) involves monitoring the flap and ensuring adequate fluid intake; Day 3 (引流管) focuses on preventing infection by keeping the wound dry; Day 5 (呼吸訓練) emphasizes maintaining clear airways and coughing up sputum; Day 7 (吞嚥訓練) involves providing nutrition via the nasogastric tube and monitoring digestion. A final note at the bottom right states '想要皮瓣消腫貼合快 口腔復健運動不能少' (To speed up flap swelling reduction and fit, oral rehabilitation exercises are essential).</p> </div>

三、身體心像紊亂／與術後管路留置及臉部外觀改變有關（4/26-5/8）（續）

護理措施	3.4/29偕同醫療團隊向個案說明接下來每項管路移除計畫，如下表：	
	5/1-5/2 尿管 訓練	<p>(1) 5/1指導個案及看護白天使用橡皮筋將尿管綁起，夜間不需執行，當有脹尿感時，同時執行伐氏操作（Valsalva Maneuver），每次練習時間以3個小時為一單位，若期間有脹尿感須提前鬆開尿管，並記錄時間及尿量。</p> <p>(2) 紀錄脹尿感次數，適時與醫療團隊討論移除尿管的時機。</p> <p>(3) 5/1起依醫囑給予Urecholine一顆TID服用。</p>
	5/1-5/5 呼吸 訓練	<p>(1) 5/1-5/3協同復健師指導個案漸進式下床活動，並指導增強心肺活動耐力之復健運動：<b>a.</b>屈伸膝運動：採坐姿雙腳著地輪替伸膝抬起小腿，盡可能抬至90度後維持5秒再緩慢彎膝著地，一天執行三次，每次30下；<b>b.</b>踏步運動：坐於床邊原地踏步，一天三次，每次50下；<b>c.</b>行走練習：使用四腳助行器輔助，下床活動，一天兩次。</p> <p>(2) 5/2評估個案痰液量減少，追蹤胸部X光顯示右下肺葉痰液蓄積緩解，指導其與看護使用呼吸訓練蓋蓋住氣切，若訓練過程有任何不適需立即將訓練蓋移除，並立即按叫人鈴知會護理師。</p> <p>(3) 依個案耐受度，採漸進式增長呼吸訓練時間，由30分→2小時→4小時→8小時。</p> <p>(4) 每兩小時探視個案，監測呼吸型態及血氧濃度需維持大於90%。</p> <p>(5) 紀錄呼吸訓練狀況，適時與醫療團隊討論移除氣切套管的時機。</p>
	5/3-5/7 吞嚥 訓練	<p>(1) 5/3協同語言治療師評估個案口腔閉合度差，約一指開，但使用滴管喝水吞嚥能力佳，故予強化口腔肌肉運動，並提供衛教單張以加強印象，如：微笑、鼓起雙頰及舌頭上下左右運動，建議每個動作做5次，一天至少做4回。</p> <p>(2) 5/3偕同營養師予個案適合由口練習進食的食物質地建議，如：濃粥、蒸蛋或布丁等軟質飲食。</p> <p>(3) 紀錄個案臉部消腫及口腔閉合程度，與醫療團隊討論移除鼻胃管的時機。</p>
 <p style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">一起微笑</span> <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px; margin-left: 100px;">雙頰鼓起</span> <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px; margin-left: 100px;">舌頭上下左右頂</span> </p>		
<p>4.每次傷口換藥時，邀請個案使用鏡子一起檢視口腔皮瓣、傷口癒合過程及臉部消腫情形，並鼓勵拍照記錄，讓其接受外觀的改變。</p> <p>5.4/30邀請鄰床同為口腔癌術後病人，已移除術後多重管路，與個案分享術後經驗及心路歷程。</p> <p>6.5/1擔心外觀受人議論，建議個案出病房可配戴帽子及口罩。</p> <p>7.5/2請家屬錄製加油打氣影片，盡可能撥空陪伴，予個案支持與鼓勵。</p>		

三、身體心像紊亂／與術後管路留置及臉部外觀改變有關（4/26-5/8）（續）

護理措施	8.適時予個案正向鼓勵，並引導發覺每日進步處，如：「你不覺得臉消腫了？」、「身上管子準備一條一條拔掉囉！」							
護理評估	1.4/29個案表示：「希望能像醫生說的，身上管子能一條一條拔掉。」 2.4/30個案主動拿起鏡子檢視臉部傷口，筆述：「臉好像消腫了。」 3.個案分別於5/2移除尿管；5/5移除氣切套管；5/7移除鼻胃管。							
	尿管訓練 (次數)	5/1 2次有感	5/2 4次有感 <b>移除</b>	5/3	5/4	5/5	5/6	5/7
	呼吸訓練 (時間)		53分；3小時42分	6小時31分	13小時53分	<b>移除</b>		
	吞嚥訓練 (種類)			吃濃粥無殘留口腔	吃濃粥無殘留口腔	口腔閉合度半指開，吃剝碎餐無殘留口腔	吃剝碎餐無殘留口腔	<b>移除</b>
	4.5/8個案表示：「謝謝你們，讓我管子都拔掉，這樣做生意就不怕面對客人了。」，評估身體心像視覺類比量表評估結果達85mm，表示非常滿意。							
後續照護計畫 5/7偕同醫生與復健師評估個案口腔皮瓣傷口癒合佳，故指導出院後一週可開始進行以下口腔癌復健運動，建議每日至少執行3-4回，每回5-10次，有利於口腔皮瓣貼合，得以美化外觀。 (1) 疤痕處按壓 利用指腹在疤痕上作定點式按壓，每次按壓持續時間5秒。 (2) 臉部輕壓 利用指腹做臉部輕揉按壓，分別下唇、上唇、眼眶下緣及前額處，各以5次按壓慢慢往臉頰處移動。 (3) 淋巴引流 用手指輕壓，將淋巴液從頭頸部慢慢帶往腋下，方向為臉頰→耳後→鎖骨→腋下。 (4) 冰敷 當臉部或頸部有紅腫熱脹的現象時，可拿冰敷袋沿著按摩方向冰敷，每個點約停留5秒再移動，皮膚應有冰涼感而非冰凍刺痛感。								

討論與結論

本文為一位初次罹患口腔癌個案，經皮瓣重建術後因傷口組織腫脹與多重管路留置，產生急性疼痛不適，且無有效自咳痰液技巧，使呼吸道清除

功能失效，加上顏面外觀改變的打擊，產生不安與害怕他人異樣眼光之負面情緒，故住院期間偕同醫師、復健師、營養師及社工師透過跨領域團隊合作，提供皮瓣傷口所需之養分、藉疼痛藥物調整與放鬆

技巧，緩解疼痛不適、指導有效咳痰方式與心肺耐力運動，有效減少抽痰頻率，並藉由與個案一起擬定具個別性之管路移除計畫，讓個案順利移除所有手術後所留置之管路，重展笑顏，返家休養。5/22以電訪關心個案返家後狀況，表示：「跟以前一樣我還是會去店裡賣冬瓜茶，你們教的復健運動我都有乖乖做，上一次回診，醫生說皮瓣傷口長得很漂亮，之後只要定期追蹤就好，真的很謝謝你們的照顧。」

在照護初期，更能深刻體會身體心像改變對於口腔癌術後病人的巨大衝擊。除了得先緩解個案因疾病所帶來的生理不適外，還必須克服正身陷在顏面外觀改變所產生的負面情緒，再加上不能下床及說話，只能藉由筆談的狀況下，如何讓其在短時間內接收大量的護理指導資訊為此次照護之困難。故藉由跨領域團隊資源與集結單位口腔癌術後的護理經驗，發展出「一起移除管路吧！」之圖卡與衛教單張，建議可運用於口腔癌術前管路介紹或術後一起擬定管路移除計畫使用，希望能藉由明確的術後治療計畫，提升口腔癌術後病人對於術後照護的控制感，減少不安、害怕或恐懼之負面情緒，重拾對自我的自信心，能更勇於面對病情治療。

## 參考文獻

1. Chamoli A, Gosavi AS, Shirwadkar UP, et al.: Overview of oral cavity squamous cell carcinoma: risk factors, mechanisms, and diagnostics. *Oral Oncology* 2021; 121: 105-451.
2. 衛生福利部統計處：111年死因統計結果。2023。Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-74869-1.html>
3. 張心恬、黃宣宜、簡靜慧：口腔癌病患生活經驗。《腫瘤護理雜誌》2019；19：5-15。
4. Shanti RM, O'Malley BW Jr: Surgical management of oral cancer. *Dental Clinics of North America* 2018; 62(1): 77-86.
5. Yue J, Zhuo S, Zhang H, et al.: 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. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery* 2018; 56(6): 475-481.
6. Patel PN, Valmadrid AC, Hong DY, et al.: Immediate use of uncuffed tracheostomy after free flap reconstruction of the head and neck. *Otolaryngology head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2018; 159(2): 242-248.
7. 蔡玉琴、陳慧秦、杜美蓮：氣道清除治療知多少？《長庚科技學刊》2022；37：9-16。
8. O'Neill K, O'Donnell AE, Bradley JM, et al.: Airway clearance, mucoactive therapies and pulmonary rehabilitation in bronchiectasis. *Respirology* 2019; 24(3): 227-237.
9. 王曼玲、周韋翰、林峯盛等：癌症疼痛的醫病共享決策。《臺灣醫學》2021；25（2）：250-255。
10. Yaban ZS: Usage of Non-Pharmacologic Methods on Postoperative Pain Management by Nurses: Sample of Turkey. *International Journal of Caring Sciences* 2019; 12(1): 529-541.
11. Finnerup NB: Nonnarcotic Methods of Pain Management. *The New England Journal of Medicine* 2019; 380(25): 2440-2448.
12. Mock V: Body image in women treated for breast cancer. *Nursing Research* 1993; 42(3): 153-157.
13. Davidson A, Williams J: Factors affecting quality of life in patients experiencing facial disfigurement due to surgery for head and neck cancer. *British Journal of Nursing* 2019; 28(3): 180-184.
14. 張綺芸、張美玉、吳紹歆：跨領域團隊照護教育與挑戰。《領導護理》2023；24（4）：1-10。

# “Rebuilding a Smile”: A Nursing care Experience for a Primary oral Cancer Patient After flap Reconstruction Surgery

Szu-Yin Kuo, Chiao-Ling Huang, Wei-Na Wang

Department of Nursing, Chi Mei Medical Center

## Abstract

This case study describes the nursing care of a patient who underwent flap reconstruction for primary oral cancer. The patient, who operated a winter melon tea business, frequently smiled when facing customers. He was concerned about returning to his beloved business because of the changes in his facial appearance and the presence of unfamiliar tubes following treatment. The nursing care period lasted from April 26, 2023, to May 8, 2023. Data were collected through observation, oral interviews, written communication, direct care, physical examination, and review of medical records. A holistic assessment based on Gordon's Eleven Functional Health Patterns identified three major health problems including impaired airway clearance, acute pain, and body image disturbance. Through interdisciplinary collaboration and specialized nursing care, the patient's pain was effectively managed through regular monitoring, routine analgesia administration, and distraction techniques, which alleviated discomfort. Additionally, diaphragmatic breathing exercises and chest physiotherapy were successfully used to reduce the frequency of sputum extraction and relieve sputum accumulation. The nursing team encouraged the patient to express feelings and expectations regarding postoperative facial changes and multiple tube placements. Working collaboratively with the patient, an individualized plan for extubation and oral rehabilitation was developed. This approach allowed for uneventful extubation and supported the patient's acceptance of postoperative changes in his appearance, allowing him to return to his business with a smile. This nursing experience highlighted the profound physical and mental impacts on postoperative oral cancer patients, for whom nursing guidance is challenging due to the short time periods involved. Thus, we suggest that clinicians implement multidisciplinary postoperative extubation processes and rehabilitation protocols to minimize patient anxiety regarding postoperative treatment and encourage patients to face their condition and treatment with greater confidence. We hope that this nursing experience can serve as a reference for the future postoperative care of patients with oral cancer. (Cheng Ching Medical Journal 2025; 21(2): 61-71)

**Keywords :** *Oral cancer, Flap reconstruction, Extubation planning*

Received: April 2024; Accepted: September 2024