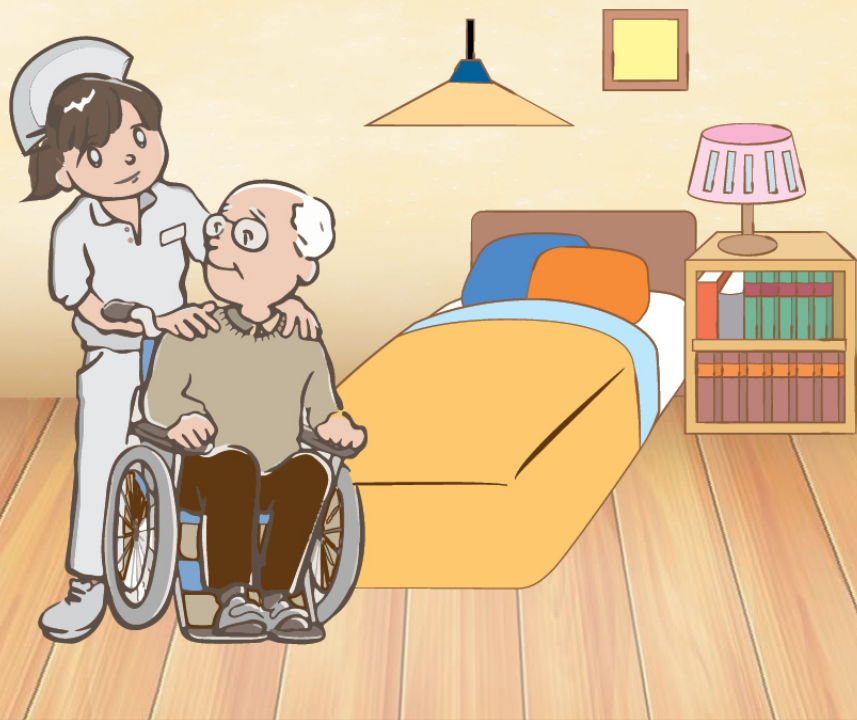


# 澳門社區 家居護理技術指南





# 澳門社區家居護理技術指南

編輯成員：澳門鏡湖護理學院

朱明霞 王思琛 張雲 羅文秀 林嘉杰  
林嘉美 梁漪茵 陳安琪 趙凱琳 魏榮忠

澳門工會聯合總會工人醫療所家居護理服務隊  
莫雪滢

美術設計：林漢中

出版：澳門鏡湖護理學院

出版日期：2018年9月

版次：第一版

版權：澳門鏡湖護理學院

印刷：匯豐印務

發行數量：2,500冊

ISBN: 978-99965-637-7-5

版權所有 翻印必究

# 前 言

澳門家居護理技術指南是根據“澳門社區家居護理支持之行動研究”而形成，通過研究發現家居護理隊護士在日常提供護理照顧服務時存在護理知識不足、缺乏技術支援或條件限制而導致處理困難等各種問題，同時，經驗有限的護士在工作中會感到無助。因此通過研究結果制定了“澳門家居護理服務技術指南”之試行版本，其目的是希望能提供家居護士在護理技術上的指引及依據。本指南是基於澳門工聯家居護理隊目前的工作流程指引為基礎，把工作內容、接收病人流程及相關服務內容等進行分類整理，根據培訓、訪談、實踐記錄、問卷分析，結合臨床家居護士工作需求之行動研究結果，修定相關內容，技術指南通過精簡、清晰的文字配以彩色圖示，以臨床實證為本及家居護理臨床實踐為導向，結合澳門家居護理臨床實際情況修定形成，收集本澳相關機構之使用反饋意見，本版在試行版本之基礎上作出了修訂，並增加了感染控制和傳染病預防措施指引、傷口護理評估流程指引、管導護理及注射法等相關護理指引，作為支援家居護士的護理技術參考指南。希望同行繼續給予反饋，使得本指南更完善。

# 目錄

感染控制和傳染病預防 2

家居傷口護理 11

家居胃管護理 26

家居尿管護理 30

家居藥物注射(肌肉注射、皮下注射) 34

家居護士溝通技巧、  
心理護理及個人安全指引 35

# 感染控制和傳染病預防

## 1. 感染控制

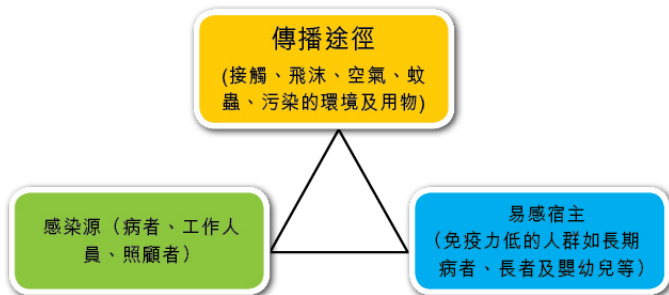
是指預防傳染病發生或控制傳染病爆發和擴散的措施。

## 2. 傳染病

是指由致病微生物（病原體）或其所產生的毒素引起的疾病，疾病可透過人傳人、動物傳人以及不同傳播途徑傳播。

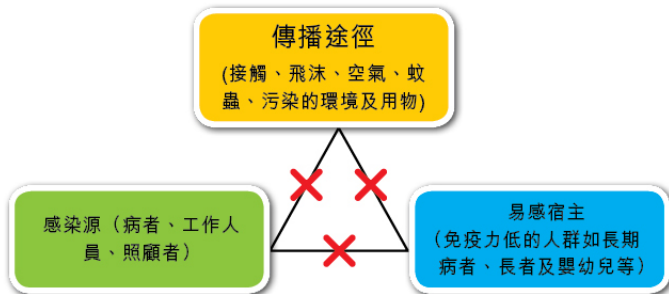
## 3. 感染鏈

感染的發生必須同時具備有感染源、傳播途徑及易感宿主三個因素存在。



## 4. 預防和控制感染原則

要做好感染預防和控制必須切斷感染鏈（感染源、傳播途徑及易感宿主）：



## 5. 常見傳染病

常見的傳染病包括有呼吸道感染疾病、胃腸道感染疾病及皮膚感染疾病等（見附錄1）。

## 6. 感染預防及控制措施

當懷疑或發現個案感染傳染病時，必須做好感染預防及控制措施。

### 6.1. 工作人員及家人的處理：

- 1) 執行手部衛生，正確洗手（詳見附錄2）；
- 2) 做好個人衛生及正確使用防護裝備（詳見附錄3）。

### 6.2. 周圍環境、設施或個案工具的處理

- 1) 保持室內空氣流通
- 2) 清潔和消毒污染物品
  - 必須清除所有可見的污漬，再進行消毒；
  - 用1：100稀釋漂白水抹洗；
  - 不適宜用漂白水消毒的物品，可用70%酒精擦拭。
- 3) 做好廢物的處理
  - 有污染的廢物（如染有痰液物、嘔吐物、排泄物和血液等），應先用膠袋包好再棄置於有蓋垃圾桶內；
  - 用1：100稀釋漂白水清洗垃圾桶。

### 6.3. 醫療利器的處理

- 1) 醫療利器（如測血糖針，注射器的針嘴）使用後直接棄置於黃色利器箱內（如無利器箱，可使用有蓋硬膠盒），處理利器時（例如套上針套時）避免刺傷皮膚而受到感染；
- 2) 針嘴使用後，不應回套；如若需要回套，須以工具（如用鑷子）輔助固定好蓋套，並用單手回套方式；
- 3) 妥善棄置裝有利器的膠箱（膠盒），以免刺傷自己或他人。

## 7. 懷疑個案感染傳染病時的處理

- 7.1. 盡快安排個案就診；
- 7.2. 告知個案家人或照顧者；
- 7.3. 按機構指引填寫個案資料及做好有關記錄；
- 7.4. 根據傳染病通報機制通知衛生局疾病預防控制中心及社會工作局。

## 8. 傳染病通報

當懷疑出現傳染病爆發時，立即通知衛生局疾病預防控制中心及社會工作局，提供相關資料，以便衛生局及社會工作局人員調查，及時採取感染預防和控制措施；每日跟進個案情況，同時要加強家人及照顧者的健康教育。

## 參考文獻

澳門特別行政區衛生局（2016）。社會服務設施傳染病預防指引。  
取自：[http://www.ssm.gov.mo/docs//946//946\\_b22544ccd-3f24b779509bba5819e4960\\_000.pdf](http://www.ssm.gov.mo/docs//946//946_b22544ccd-3f24b779509bba5819e4960_000.pdf)



附錄1. 常見傳染病簡表

疾病	病原體	傳播途徑	病徵	預防及感染控制措施
普通感冒	鼻病毒、冠狀病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒等	飛沫、空氣及手接觸口鼻黏膜	咽喉痛、流涕、咳嗽、低熱	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保持室內空氣流通；</li> <li>• 注意個人衛生，經常洗手；</li> <li>• 戴口罩，小心處理口鼻分泌物；</li> <li>• 增強個人抵抗力。</li> </ul>
流行性感冒	流行性感冒病毒	飛沫、空氣及手接觸口鼻黏膜	發熱、頭痛、咽喉痛、咳嗽、流涕、肌肉痛	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保持室內空氣流通；</li> <li>• 注意個人衛生，經常洗手；</li> <li>• 戴口罩，小心處理口鼻分泌物；</li> <li>• 增強個人抵抗力；</li> <li>• 建議每年接種流感疫苗。</li> </ul>
禽流感	禽流感病毒	接觸帶病毒的禽鳥及其分泌物、排泄物	與流行性感冒病徵相似，但多出現高熱	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 避免接觸禽鳥及其分泌物、排泄物；</li> <li>• 注意個人、環境衛生；</li> <li>• 家禽肉類要徹底煮熟才進食；</li> <li>• 增強個人抵抗力。</li> </ul>
嚴重急性呼吸道綜合徵 (SARS)	SARS冠狀病毒	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 飛沫、空氣</li> <li>• 直接或間接接觸帶有病毒的分泌物、排泄物和體液</li> </ul>	發熱、肌肉痛、頭痛、畏寒、乾咳、氣促、呼吸困難、腹瀉	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保持室內空氣流通；</li> <li>• 注意個人衛生，經常洗手；</li> <li>• 戴口罩，小心處理口鼻分泌物；</li> <li>• 增強個人抵抗力。</li> </ul>

中東呼吸綜合徵 (MERS)	中東呼吸綜合徵冠狀病毒 (MERS-CoV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>經接觸帶病毒的飛沫、分泌物和排泄</li> <li>食用其未經適當處理的飲料和食物感染</li> </ul>	發熱、全身肌肉痛、咳嗽、呼吸困難、腹瀉。	<ul style="list-style-type: none"> <li>注意個人、食物及環境衛生；</li> <li>避免接觸患病的人士；</li> <li>避免到訪農場或接觸動物，特別是駱駝；</li> <li>避免飲食未經適當處理的飲料（如駱駝生奶）和食物（如肉）。</li> </ul>
肺結核	結核桿菌	空氣、飛沫	發熱、盜汗、疲倦、長期咳嗽、痰中帶血、胸痛、體重下降	<ul style="list-style-type: none"> <li>保持空氣流通；</li> <li>注意個人衛生及環境衛生；</li> <li>增強個人抵抗力。</li> </ul>
猩紅熱	A群鏈球菌	<ul style="list-style-type: none"> <li>飛沫</li> <li>接觸病者的口鼻分泌物而傳播</li> </ul>	發熱、咽喉痛，舌頭表面可出現草莓般外觀。身軀和頸部會出現粗糙紅疹，特別是腋窩、肘部和腹股溝等	<ul style="list-style-type: none"> <li>戴口罩，</li> <li>做好手部衛生，經常洗手；</li> <li>小心處理病者的口鼻分泌物；</li> </ul>
水痘	水痘病毒	空氣、飛沫、接觸	發熱、疲倦、出現水泡疹（頭皮、軀幹、面部、四肢）並有癢感	<ul style="list-style-type: none"> <li>保持空氣流通；</li> <li>注意個人、環境衛生；</li> <li>做好手部衛生，經常洗手。</li> </ul>
腸道傳染病	<ul style="list-style-type: none"> <li>細菌，如沙門氏菌、金黃葡萄球菌、霍亂弧菌；</li> <li>病毒，如諾沃克樣病毒或輪狀病毒</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>經口食用受污染的食物或食水</li> <li>接觸病者的嘔吐物或排泄物</li> </ul>	低熱、噁心、嘔吐、腹瀉、腹痛	<ul style="list-style-type: none"> <li>注意個人、食物及環境衛生；</li> <li>做好手部衛生，經常洗手；</li> <li>小心處理病者嘔吐物和排泄物。</li> </ul>

腸病毒感 染 (如手 足口病、 疱疹性咽 峽炎)	腸病毒	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 經口食用受污染的食物或食水</li> <li>• 接觸病者的嘔吐物或排泄物</li> <li>• 飛沫</li> </ul>	發熱、口腔和手腳出現小水泡或無痛的紅疹	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保持空氣流通；</li> <li>• 注意個人、食物及環境衛生；</li> <li>• 做好手部衛生，經常洗手；</li> <li>• 戴口罩，小心處理病者排泄物、嘔吐物及分泌物；</li> <li>• 兒童玩具應徹底清洗消毒。</li> </ul>
伊波拉病 毒病	伊波拉病毒	接觸傳播	發熱、極度虛弱、肌肉疼痛、頭痛和咽喉痛、嘔吐、腹瀉、皮疹、腎臟和肝臟功能受損	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 注意個人、食物及環境衛生；</li> <li>• 避免接觸疑似病者及其分泌物、排泄物及體液；</li> <li>• 避免接觸動物或其屍體，切勿進食未經徹底煮熟的肉類。</li> </ul>
傳染性急 性結膜炎 (紅眼症)	病毒細菌	接觸傳播	眼睛刺癢、有異物感、結膜充血、或眼部分泌物增加	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 注意個人衛生，不要共用毛巾和眼部用品；</li> <li>• 避免用手揉擦眼睛，觸摸眼睛前要洗手。</li> </ul>
登革熱	登革熱病毒	被帶病毒伊蚊叮咬而感染	發熱、頭痛、後眼窩痛、肌肉及關節痛、皮疹	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保持環境衛生，清理積水(孳生源)；</li> <li>• 做好防蚊措施，避免被蚊子叮咬；</li> <li>• 增強個人抵抗力。</li> </ul>
皮膚感染 (疥瘡、 頭蝨等)	疥蟲、蟎或寄生蟲	直接接觸感染者或其污染的物品	非常痕癢、局部皮膚出現紅疹	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 接觸病者時應戴上手套及穿著一次性隔離衣；</li> <li>• 病者用過之衣物、被褥等需要消毒處理。</li> </ul>

## 附錄2: 正確洗手方法



1. 雙手濕水後取適量洗手液。



2. 雙手對合，掌心對掌心，互相磨擦。



3. 輪流以雙手掌心磨擦手背及指縫。



4. 雙手互扣，互相磨擦。



5. 輪流用對側拇指來回轉動。



6. 輪流將手指尖在對側掌心來回擦。



7. 來回洗擦手腕至前臂，沖水。



8. 用抹手紙抹乾雙手後用抹手紙關好水喉。

### 附錄3. 正確使用個人防護裝備

#### 口罩使用方法

	<p>口罩正面</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 有金屬線的一邊向上；</li><li>• 外層褶口向下。</li></ul>
	<p>戴口罩</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 戴口罩前要先洗手；</li><li>• 戴口罩時，要將橡皮帶固定在耳朵上，如為綁帶式，必須把帶子綁好在頭後；</li><li>• 拉開綳褶，覆蓋好口鼻及下巴，將鼻梁上的金屬線壓成鼻形，以防止漏氣。</li></ul>
<p>注意事項：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 不要經常觸摸口罩，如果有需要觸摸口罩，觸摸後應立即洗手；</li><li>• 口罩有破損或污染時要立即更換；</li><li>• 脫下的口罩要立即棄掉，不可掛於頸上及重複使用；</li><li>• 脫口罩時避免觸及外層及分泌物；</li><li>• 將脫下的口罩棄置於有蓋的垃圾桶內，洗手。</li></ul>	

#### 穿著個人防護裝備（當接觸體液及大量分泌物時適用）

	<p>穿著程序： 洗手 → 戴口罩 → 戴眼罩（有需要時） → 穿隔離衣 → 戴手套</p> <p>注意事項：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 在接觸大量體液或分泌物的個案時穿著；</li><li>• 選擇合適身型尺碼的個人防護裝備；</li><li>• 穿好隔離衣及手套後請勿接觸自己的眼、耳、口和鼻等黏膜；</li><li>• 穿脫手套前、後都要洗手；</li><li>• 個人防護裝備不可重複使用。</li></ul>
--	--

## 脫除個人防護裝置



1. 脫除手套，洗手。



2. 鬆解隔離衣的繩結。



3. 脫除隔離衣，不要接觸到隔離衣外面，以免接觸到污染部分。



4. 把隔離衣內層向外翻卷（避免外面污染部分外露），棄置於有蓋垃圾桶內，洗手。



5. 脫頭套，由前向後，不要接觸到外面，洗手。



6. 脫除眼罩，置於消毒液浸泡，洗手。



7. 脫除口罩，洗手。

# 家居傷口護理

**1. 傷口：**因受傷或手術導致任何組織的連續性遭受破壞。

- 1.1. 廣泛性定義：身體組織結構或器官，遭受到破壞，如刀傷，手術傷口。
- 1.2. 狹義性定義：即指皮膚組織受損，大部分需要醫療照護才能癒合的，如壓傷。

## 2. 傷口分類

2.1. 以癒合的時間分類

- 1) 急性傷口：可在短期內自行癒合的傷口。例如：受傷、外科手術；
- 2) 慢性傷口：需長時間治療慢慢才能癒合的傷口，花費時間或金錢；且可能有其他合併症使癒合更困難。例如：
  - 壓傷
  - 下肢潰瘍（通常與感染或血液循環不良有關）
  - 開放傷口
  - 其他

2.2. 以受傷原因分類

- 1) 受物理傷害引起的傷口
- 2) 電擊/觸電性的傷口
- 3) 電療引起的傷口
- 4) 化學物品引起的傷口
- 5) 溫度引起的傷口
- 6) 動/靜脈血管機能引起的傷口

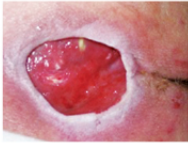

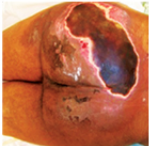
## 3. 傷口的評估與護理

3.1. 傷口史評估

- 1) 傷口何時出現？
- 2) 持續時間多久？
- 3) 傷口是否反覆發生？
- 4) 傷口相關的確立診斷？
- 5) 先前傷口處置方法為何？
- 6) 傷口的寬度、深度及涉及範圍？
- 7) 傷口是否有異物、結痂或壞死組織？
- 8) 傷口是否被感染？

### 3.2. 傷口的顏色

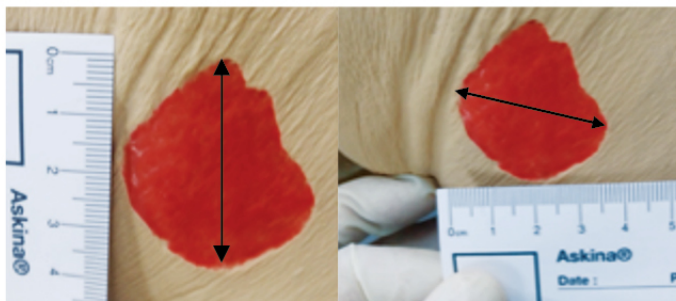
使用「三色概念(the three-colour concept)」來形容一個開放性傷口，三種顏色分別為紅、黃、黑。形容傷口時可同時合併兩種顏色或以上。

傷口顏色	描述	圖片
紅色傷口	代表乾淨健康的肉芽組織，傷口的特色有明顯的邊界，肉芽組織的增生及表皮的生長。	
黃色傷口	代表傷口滲出液的顏色，可以由象牙色到淡黃色，如傷口被綠膿桿菌感染則會出現黃綠色並帶有明顯的臭味。	
黑色傷口	可從棕色到灰黑色，傷口覆蓋著焦痂及厚厚的一層壞死組織，此壞死組織會提供細菌生長的環境，進而造成傷口感染。	

### 3.3. 傷口的測量和記錄

標示傷口的記錄常以時鐘方位記錄法，此方法是以12個時間點來做定位，而12點定位為朝向個案頭部的方向。約7-14天評估傷口情況一次。

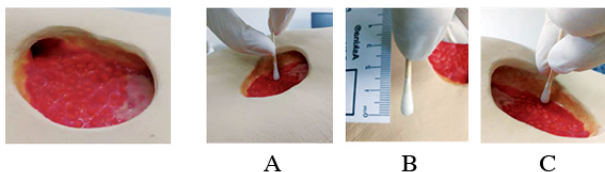
1) 測量傷口的大小：測量傷口表面的最寬及最長；





## 2) 測量傷口深度：

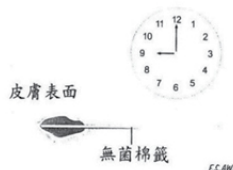
- 用無菌的棉籤直接深入傷口的最深處。
- 將食指與拇指放在棉籤的上方，與傷口表面同齊點。
- 移開棉籤，用尺量棉籤頭到食拇指的長度，則是傷口的深度。



- ▶ 隧道型傷口：註明隧道相對的時鐘方向，如：傷口隧道深2公分，位於傷口的9點鐘方向。
- ▶ 坑道型傷口：坑道的範圍以時鐘方各向表示，如：傷口坑道深2公分，位於傷口的9點鐘到12點方向。

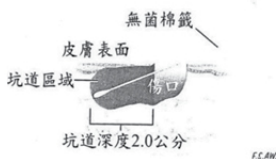


(A)測量隧道型傷口深度

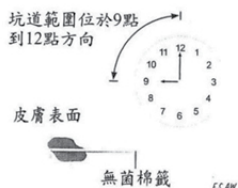


(B)隧道型傷口相對時鐘方位

圖 3-13 隧道型傷口測量方法



(A)測量坑道型傷口深度



(B)坑道型傷口對照時鐘方位

- 3) 測量傷口的邊緣：可以直接放在傷口上面描繪傷口的圖形及真正的大小。例如：新式敷料成品中附有的測量格紙(Tegaderm或OP-site)。

### 3.4. 基本傷口護理原則及處理流程

#### 1) 傷口護理原則

預防感染	<ul style="list-style-type: none"><li>● 傷口必須保持清潔。</li><li>● 用物及敷料經過消毒殺菌程序。</li><li>● 以清潔及無菌技術進行傷口護理。</li></ul>
促進痊癒	<ul style="list-style-type: none"><li>● 患者的營養、血糖值和藥物必須保持穩定。</li><li>● 做適量運動以促進血液循環，如患者不便轉動，必須要按時協助轉換位置，以免阻礙血流供應。</li><li>● 注意均衡營養，有助傷口癒合。</li></ul>
減少傷害	<ul style="list-style-type: none"><li>● 避免對傷口的摩擦、擠壓。</li><li>● 避免傷口包紮過緊。</li></ul>
密切監察傷口情況	<ul style="list-style-type: none"><li>● 局部症狀：傷口有疼痛、紅腫、發熱、異味、出血或含膿、腐爛等情況。</li><li>● 全身性症狀：發燒、震顫、呼吸和脈搏加速、頭痛、噁心、食慾不振或身體不適等。</li><li>● 如有感染的徵狀，有需要時提早覆診。</li></ul>

## 2) 傷口處理流程：

### (1) 傷口評估

傷口評估準則—TIME	
T-Tissue組織	不健康組織或缺損組織，根據個案情況採取不同的清創方法。
I-Infection or Inflammation 感染或發炎狀態	觀察有否感染或炎症除去造成傷口感染的致病源、系統性或局部性使用抗生素、蛋白質酵素抑制劑。
M-Moisture Imbalance 濕潤環境是否平衡	控制水腫及過多的滲液，以令上皮細胞移行能力恢復。
E - Promotion of epithelial advancement of wound Edge 促進傷口周圍上皮之新生	提供合適傷口癒合的環境，促進肉芽組織生長與上皮化。

### (2) 介入措施

- 是否清創→是一避免感染、減輕臭味、促進癒合（清創—自體分解清創術、化學性清創術、機械性清創術、手術性清創術）

分類	做法
自體分解清創術	維持傷口處於濕潤的環境，使身體本身產生酵素軟化黃色腐肉及黑痂進行自體清創。但注意不適用於感染性或較深有空腔的傷口。
化學性清創術	以化學製劑或酵素溶解壞死組織。
機械性清創術	濕至濕潤敷料，濕至乾敷料。沖洗法：對於平面的傷口，可用10-30ml注射器，由距離傷口2.5-5cm的上方往下沖洗；對有潛行，隧道或外口小的傷口，用注射器套上軟管沖洗。
手術性清創術	利用手術刀直接將壞死及感染組織切除。但需注意易引致出血，疼痛。

- 是否感染→是→（治療感染---抗生素使用、保護---使用非密封性的敷料、乾淨---使用傷口抽吸器或生理食鹽水、處理臭味---使用抗生素敷料）
- 傷口深度→淺或深→依滲液量（無、少量、中量、大量）的情況選用敷料
- 傷口進展朝目標進步→每7~14天重新評估傷口及介入措施→監測傷口癒合的狀況

### 3.5. 傷口敷料之選擇與運用

#### 1) 淺度傷口敷料選擇

敷料選擇 \ 滲液量	無	少量	中量	大量
Hydrogel（親水性凝膠）	✓	✓	✓	
Hydrocollid（親水性敷料）		✓	✓	
foam（泡棉敷料）		✓	✓	
Alginate（藻酸鹽敷料）			✓	✓
Aquacel hydrofiber （親水性纖維敷料）				✓
film、composite （透明薄膜式敷料）	✓	✓		
傷口填充物（傷口膠或傷口粉）		✓		
紗布		✓	✓	

## 2) 深部傷口敷料選擇：

敷料選擇 \ 滲液量	無	少量	中量	大量
Hydrogel (親水性凝膠)	✓			
Hydrocollid (親水性敷料)		✓		
Alginate (藻酸鹽敷料)			✓	✓
foam (泡棉敷料/填充物)		✓ foam 敷料	✓ foam 敷料	✓ foam 敷料
Aquacel hydrofiber (親水性纖維敷料)			✓	✓
film、composite (透明薄膜式敷料)	✓	✓		
傷口填充物 (傷口膠或傷口粉)		✓		
膠原蛋白		✓	✓	
紗布	✓			

## 4. 壓傷

### 4.1. 壓傷評估及護理

#### 1) 壓傷之定義

為了更準確地描述完整或潰瘍皮膚中所形成之壓力損傷，美國國家壓瘡諮詢委員會(National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP)於2016年，將「壓瘡」(Pressure Ulcer) 重新命名為「壓傷」(Pressure Injury)。而根據歐洲壓瘡諮詢委員會(European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP)及NPUAP定義及分級。

## 2) 壓傷分級

階段	描述	圖片
第一級	指皮膚完整但受壓不會反白的紅斑，發紅的區域通常出現於在骨突處，顏色較深的皮膚可能不易分辨，但該區域皮膚顏色可能與周圍皮膚顏色不同。與周圍皮膚比較，可能呈現較痛、硬、脆弱、較熱或較冷的現象。	
第二級	指皮膚損傷在表皮或真皮層，潰瘍呈表淺性及開放性粉紅色的傷口床，沒有腐肉，呈現完整或破損含有血清的水泡，傷口底部呈現發亮或乾的狀態。	
第三級	全皮層缺損，可能見到皮下脂肪，但骨頭、韌帶或肌肉未被暴露出來。可能會出現腐肉，但不會妨礙傷口深度的觀察。可能呈現坑道或隧道式傷口。	
第四級	全皮層組織缺損，並暴露出骨頭，韌帶或肌肉。可能出現腐肉或痂皮，通常合併有坑道或隧道式傷口。四級壓瘡的組織損傷，已延伸到肌肉或支持性結構(如筋膜、韌帶或關節囊等)，而導致發生骨炎或骨髓炎。	
*未能分級	不知深度的全皮層或組織缺損，傷口基部被腐肉（黃色、棕褐色、灰色、綠色或褐色）或焦痂（棕褐色、棕色或黑色）遮蔽而無法確認潰瘍的深度。直到足夠的腐肉或痂皮被清除，露出傷口的基部及真正的深度，就可確認傷口級數。	

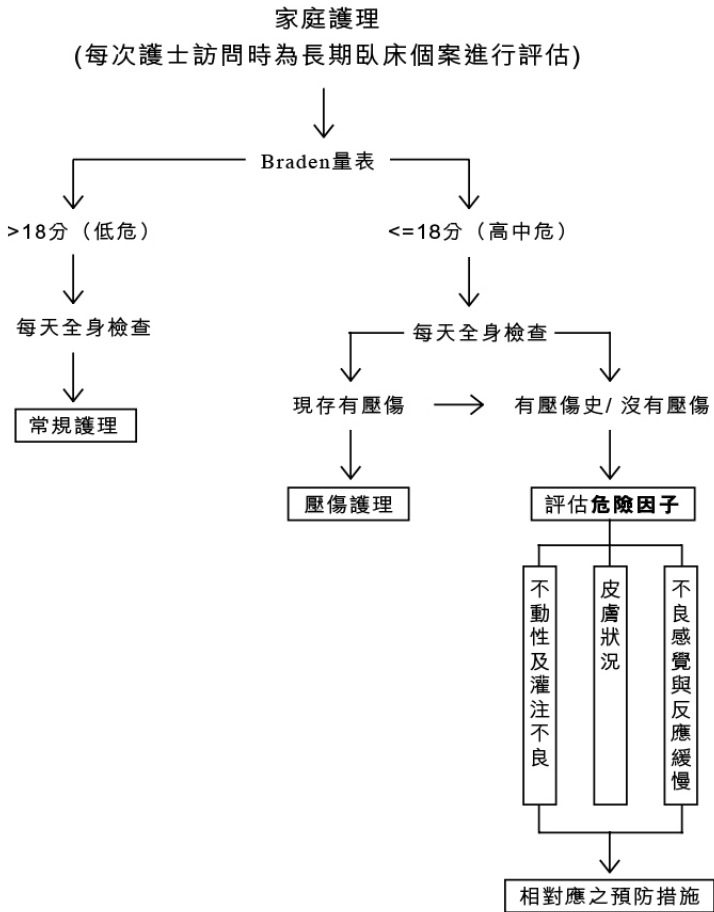
\*不可清創：當腳跟因為臥床或不活動而產生乾掉及黑色的痂皮時，千萬不要去清創移除掉，因為在腳跟的穩定痂皮(stable eschar)是乾的、緊密的、完整的、沒有紅或變動的，可以提供『身體自然的生物屏障』，絕對不可以去清除。NPUAP強調因為腳跟的循環很差，在跟骨和皮膚之間的皮下組織很少（沒有肉），假如壞死組織被清創了，骨髓炎及其隨後的截肢危險機會是非常高的。所以此部位應避免再度被重壓，此處的痂皮應保持乾燥及完整，臨床上可使用優碘（Betadine）塗抹來保持痂皮乾燥及消毒。

### 3) 壓傷風險評估工具

一個有效評估壓瘡風險的篩檢工具，能事先發現個案有哪些危險因子及整體風險，因此可藉由預防性照護措施加以防範。Braden量表是根據研究壓傷病因而擬定的，滿分為23分，最低得分為6分，高分表示病患無壓傷危險性，分數越低表示形壓傷的風險越大。表列如下：

評分內容	1分	2分	3分	4分
感覺知覺	完全喪失	嚴重喪失	輕度喪失	未受損傷
潮濕	持久潮濕	十分潮濕	偶然潮濕	很少潮濕
活動能力	臥床不起	僅限輪椅	偶然步行	經常步行
移動力	完全不能	嚴重受限	輕度受限	未受限制
營養	惡劣	不足	適當	良好
摩擦和剪力	有	具潛在問題	無	/

#### 4) 壓傷評估流程圖

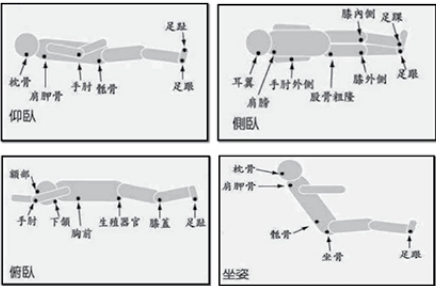





預防措施詳見附件一。

檢查項目清單詳見附件二。



### 5) 壓傷危險因子評估示意圖

危險因子	檢查項目	圖片
皮膚狀況	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 檢查全身皮膚狀況，評估受壓點</li> <li>● 檢查有否黑色素沉著的皮膚，如發現時與相鄰皮膚的膚色、皮溫和組織作比較</li> </ul>	
不動性及灌注不良	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 評估肌力</li> <li>● 檢測末端循環</li> <li>● 評估局部皮膚是否有6P症狀</li> </ul> <p>注： 6P = 疼痛、感覺異常、麻痺、蒼白、無脈搏、溫度改變</p>	 <p>評估下肢肌力(3分以上患者可自行轉身)</p>  <p>評估受壓點的皮膚狀況(疼痛、感覺異常、麻痺、蒼白、無脈搏、溫度改變)</p> <p>評估肢端循環(回血時間應不多於3秒)</p>
不良感覺與反應緩慢	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 評估痛覺、尖鈍覺、輕觸覺及皮膚繪畫感</li> </ul>	 <p>評估受壓點對刺激的靈敏度</p>

## 6) 壓傷之預防（危險因子檢查詳見附件二）

### (1) 改變姿勢

- 臥姿方面：標準壓力釋放的方式是每2小時翻身與改變姿勢一次，不論病人是否用減壓床墊或舒壓的裝置。
- 坐姿方面：坐於椅子上至少每1小時更換姿勢一次，且使用減壓坐墊；若病人有能力，應至少每 15 至 20 分鐘更換其重量支力點、撐起身體或改變姿勢。

### (2) 應用減壓裝置

- 床墊上覆蓋墊：一種薄墊，覆蓋在醫院病床的床墊上，以減少卧床病人身體皮膚承受的壓力見下圖。



- 代替床墊：可減少身體表面與床墊之間的介面壓力，也可以取代醫院中的標準床墊見下圖。



- 特殊床組：氣體流動矽砂床或低壓氣床墊組，當病人躺在此種床墊上，床墊的表面會依照病人身形不同而改變，減低身體組織介面壓力，達到壓力值低於微血管末端壓力見下圖。



## 參考文獻

National Pressure Ulcer Advisory Panel, (2015). Pressure Injury Prevention Points. Retrieved May 28, 2016, from The National Pressure Ulcer Advisory Panel website, <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2016/04/Pressure-Injury-Prevention-Points-2016.pdf>

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance, (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: quick reference guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia. Retrieved May 28, 2016, from The National Pressure Ulcer Advisory Panel website, <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-Jan2016.pdf>

National Pressure Ulcer Advisory Panel, Retrieved May 9, 2017, from NPUAP website, <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>

## 附件一 危險因子對應之預防措施

危險因子	預防措施
皮膚狀況	<p><b>皮膚及會陰部護理</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 保持皮膚清潔乾燥；</li> <li>2. 勤換衣服，保持衣物、床單的清淨乾燥及平整；</li> <li>3. 大小便失禁後及時清潔皮膚，避免皮膚受到大小便浸泡而受損；</li> <li>4. 使用平衡皮膚pH值的清潔液；</li> <li>5. 每天在乾燥的皮膚上使用保濕霜；</li> <li>6. 避免將個案的體位壓於紅斑或壓傷區域；</li> <li>7. 避免使用氣墊圈、加熱裝置(如：電熱毯、熱水袋)。</li> </ol> <p><b>保護骨突處</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 以小枕頭架空骨突處，如骶骨、尾骨、臀部、腳跟、坐骨、轉子、肘部和使用醫療器械的皮膚面；</li> <li>2. 用凡士林/DuoDerm保護、潤滑及保濕骨突處。</li> </ol>
灌注不良  6P = 疼痛 感覺異常 麻痺 蒼白 無脈搏 溫度改變	<p><b>體位擺放</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 平臥時，採取床頭抬高不超過30°，腿部抬高不超過10°的體位；</li> <li>2. 側臥位30°(需留意股骨大轉子的方向)；</li> <li>3. 以「右/左側-對側-平臥」的順序，最少Q2H為個案進行轉身。</li> </ol> <p><b>全關節運動</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 除去限制關節動作的衣物；</li> <li>2. 進行全關節運動前先用熱毛巾熱敷關節以放鬆肌肉；</li> <li>3. 操作時，一手固定好個案的近端關節，另一手握住遠端關節，避免個案肢體受傷；</li> <li>4. 運動由近端大關節到遠端小關節，所有可以活動的關節都要進行；</li> <li>5. 每個關節皆採取漸進式的角度增加，在不會誘發疼痛的最大關節活動範圍內活動；</li> <li>6. 每個關節3~5下，每次維持10~20秒，每天進行2~5次。</li> </ol> <p><b>注意事項：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 若遇到阻力勿強行拉直或彎曲個案肢體，動作要輕柔、規律，速度要緩慢；</li> <li>● 病人若出現不適症狀應立即停止；</li> <li>● 以下情況不宜做被動運動：肌肉、肌腱、韌帶在急性損傷或剛接受完手術時；未完全癒合骨折處的關節；深部靜脈栓塞的肢體。</li> </ul>
不良感覺與反應緩慢	<p><b>皮膚及會陰部護理 (措施同上)</b></p> <p><b>保護骨突處 (措施同上)</b></p> <p><b>進行全關節運動 (措施同上)</b></p>

## 附件二 檢查項目清單

檢查項目	備註
單肢肌力少於3分	評估日期： 肌力分數：上肢(左0 1 2 3 4 5 /右0 1 2 3 4 5) 下肢(左0 1 2 3 4 5 /右0 1 2 3 4 5) 協助主要照顧者編排Q2h轉換臥位表 順序：左側臥→右側臥→仰臥 側臥位30°(注意股骨大轉子) 仰臥位床頭抬高<30°及腿部抬高<10°
氣墊床檢查	氣墊床充氣程度：80% 異常：氣墊床損壞/充氣口或排氣孔漏氣/氣墊床充氣過硬或過軟
全身評估皮膚	異常：紅斑 / 感覺異常 / 體溫異常(與周圍皮膚比較) / 皮膚變得較硬 / 皮膚過乾 / 皮膚過濕。 記錄部位：參照皮膚狀況檢查項目
保護骨突處	部位：骶骨，尾骨，臀部，腳跟，坐骨，轉子，肘部和使用醫療器械的皮膚； 措施：枕頭 / 凡士林 / 水膠體透明貼。
保持皮膚的清潔與乾爽	措施： 尿失禁後及時清潔皮膚； 使用平衡皮膚pH值的清潔液； 每天在乾燥的皮膚上使用保濕霜。
勤換衣服、被單，避免產生皺摺	衣服更換時機：每天 / 弄濕了 / 被污染 被單更換時機：每週 / 弄濕了 / 被污染
全關節運動（只適用於病情穩定的個案）	措施：主動運動 / 被動運動 無禁忌症下可做：頭部 / 軀幹 / 髖部 / 膝部 / 踝部 部位無任何疼痛可做：肩部 / 肘部 / 腕部 / 手指 每日2~5次
監測指尖血糖（只適用於糖尿病個案）	異常：空腹>6.1mmol/L 餐後2小時>7.8mmol/L

# 家居胃管護理

## 1. 評估及準備

- 1.1. 查看病歷，了解個案需求。
- 1.2. 舊個案，如家人或照顧者已學習拔管，請家人或照顧者在最後一次灌食後，將胃管先拔除。
- 1.3. 個案基本評估（測量血壓、血糖、做家庭訪視評估表）。
- 1.4. 按醫囑給個案定期更換胃管服務。
  - 1) 一般silicon胃管需三個月更換一次；另外，當胃管出現阻塞、破裂、誤置時亦需重置。如醫囑有特別處方，則按醫囑定期更換；
  - 2) 胃管型號可根據醫囑及個案需要選擇合適的胃管。
- 1.5. 用物準備（可根據社區現有的資源調整用物）
  - 1) 血壓計、聽診器、手電筒、壓舌板；
  - 2) 鼻胃管一條（視個案需要選擇合適的胃管）；
  - 3) 清潔手套二對；
  - 4) 水溶性潤滑劑一包；
  - 5) 口腔棉棒一包；
  - 6) 灌食空針一支；
  - 7) 家屬自備用物：衛生紙數張，溫開水一杯。

## 2. 操作過程

- 2.1. 操作前解釋及個案體位準備
  - 1) 向個案及家人解釋、說明過程；
  - 2) 洗手；
  - 3) 監測生命體徵及身體評估；
  - 4) 準備好塑膠袋以便放置污物；
  - 5) 協助個案採半坐臥姿或坐姿；
  - 6) 以乾毛巾或衛生紙墊於個案下巴處及胸前；
  - 7) 戴上清潔手套，如未拔者，為其緩緩將鼻胃管拔除，檢查其顏色及性狀後用手套包好丟棄；
  - 8) 用手電筒檢查兩側鼻孔；
  - 9) 用棉花棒清潔鼻腔。
- 2.2. 插入鼻胃管
  - 1) 戴上清潔手套；
  - 2) 撕開鼻胃管包裝，並將潤滑劑準備好；
  - 3) 取出鼻胃管，檢查管面是否平滑或破損。

- 4) 測量鼻胃管應插入之長度（鼻尖經耳垂至劍突），並作記號；
  - 5) 用潤滑劑潤滑管子前端約15~20cm；
  - 6) 將鼻胃管經由鼻孔緩緩插入，經過喉部時（約15~20cm），請個案作吞嚥的動作，並配合吞嚥動作順勢插入，或請家屬協助個案將頭向前傾（盡量讓下巴貼近胸口）；
  - 7) 將鼻胃管插至預定刻度記號，用膠紙暫時固定鼻胃管；
  - 8) 確認鼻胃管插入胃部，確認步驟（看一抽一聽一灌）：
    - (1) 查看個案嘴巴，查看鼻胃管是否捲曲在口中。
    - (2) 將胃管末端置入溫水中，檢查有否氣泡會除呼吸動作呼氣時出現。
    - (3) 反抽胃內容物。
    - (4) 聽診器放在胃部，以灌食空針抽10~20ml空氣，快速打入鼻胃管，同時聽到胃部有否氣過水聲，聽到有表示胃管已確置在胃內。
- 2.3. 以膠布固定好鼻胃管。
- 2.4. 用灌食空針灌入50~100ml溫開水確認功能是否正常。
- 2.5. 除手套，洗手。
- 2.6. 整理用物並做好記錄。

### 3. 健康教育

#### 3.1. 餵食前注意事項

- 1) 食物放置常溫房內不能超過半小時；冰箱內放置不能超過24小時；
- 2) 避免餵食冰冷食物(Thompson, 2015)；食物溫度宜38~40℃；
- 3) 為確保食物不受污染，處理食物及餵食前必須潔手，並確保食物衛生，如使用清潔器具(Thompson, 2015)；
- 4) 若使用預先包裝好的配方奶則須先搖均勻(Thompson, 2015)；
- 5) 所有餵食物均須為流質，如藥物則需先徹底研磨及溶解(Thompson, 2015)；
- 6) 個案準備：須抬高床頭最少30度，可能的情況下最好45-90度，以降低誤吸風險(Thompson, 2015)；
- 7) 確定胃管的位置：在給予任何液體前必須先確定胃管位置，一般在家居須通過以下的方法確定：
  - 抽取物的pH值  
測量胃內容物的pH值來是比較準確及符合成本效益的方法(Thompson, 2015)。先從胃管抽出液體，滴幾滴在pH

試紙上(Thompson,2015)，若為胃液時pH值會在5以下(American Association of Critical-Care Nurses, 2009)。如果抽出物的pH值為5以上則不應進行餵食。如果未有任何抽出物，絕不可以注入水測試，但可以：

- 在沒有禁忌症的情況下協助個案轉為左側臥位；
- 使用50ml的注射器注入10-20毫升的空氣進入管內；
- 等待15-30分鐘後再嘗試抽取；
- 為禁食的個案給予口腔護理以刺激酸的胃液分泌(NHS, 2011)。

➤ 觀察胃管的長度

在餵食前須觀察胃管上的記號，確定外露部分的刻度是否正確(American Association of Critical-Care Nurses, 2009)，如有長度改變的情況則不應餵食。

- 8) 確定胃內容物殘餘量：餵食需回抽胃內容物，以觀察消化情形，如回抽胃內容物多於60ml以上時暫停灌食，回抽物於觀察後必需再灌回，以避免導致水電解質紊亂情況(Thompson, 2015)。

### 3.2. 餵食時注意事項

- 1) 打開鼻胃管前必須先摺起管道末端，避免空氣進入(Thompson, 2015)；
- 2) 餵食前應先餵30ml溫開水(Thompson,2015)，而餵食藥物前後亦均需餵30ml溫開水(Thompson, 2015)；
- 3) 每次餵食量為250~300cc，每4小時一次(視個案消化情況調整)；
- 4) 餵食器的高度約在腹上30-45公分，灌食速度宜緩慢，每次餵食約需30-45分鐘(Thompson,2015)，避免空氣進入；
- 5) 如餵食期間鼻胃管出現堵塞，在已確定鼻胃管位置正確的情況下應維持個案半坐或坐姿，並可嘗試打入溫開水(Thompson,2015)。若未能解決則應暫停餵食(Thompson, 2015)，並聯繫家訪護士。

### 3.3. 灌食後注意事項

- 1) 應以30ml溫開水沖管，避免管內食物發酵或造成阻塞(Thompson, 2015)；
- 2) 灌食後需至少保持半坐臥姿勢30分鐘。

### 3.4. 衛生護理

- 1) 協助個案進行口腔護理每天兩次(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010)；
- 2) 協助個案每天清潔鼻孔，並觀察皮膚有否破損、壓紅等情況；



- 3) 每天應輕柔地移除膠布，以清水清潔臉部皮膚，並重貼膠布於不同位置。

### 3.5. 其他注意事項：

- 1) 如個案出現持續咳嗽、呼吸急促、回抽物呈咖啡色時均應立即停止餵食，並與家訪護士聯繫；嘔吐時應先停止餵食，立即協助其側臥及清理口中容物，再聯繫家訪護士 (Thompson, 2015)；
- 2) 如有否腹瀉情況（在24小時內排三次以上的爛便）(Thompson, 2015)，應諮詢家訪護士；
- 3) 意識不清或躁動不合作之個案，須預防鼻胃管被拉出，必要時可為個案雙手作適當的約束保護；
- 4) 如有任何問題在辦公時間可聯絡及諮詢家訪護士，如在辦公時間以外出現問題應及時送院處理。

## 參考文獻

- American Association of Critical-Care Nurses (2009). Verification of feeding tube placement: blindly inserted. Retrieved February 5, 2016, from American Association of Critical-Care Nurses website, <http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/verification-feeding-tube-placement.pdf?menu=aboutus>
- National Health Service (2011). Decision tree for nasogastric tube placement checks in adults. Retrieved February 5, 2016, from NHS website, <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=129844&type=full&servicetype=Attachment>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010). Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Thompson, D. L. (2015). Urinary elimination. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. A. Stockert & A. Hall (Eds.) *Fundamentals of nursing* (8th ed.) (pp. 951-991). St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences.

# 家居尿管護理

## 1. 評估及準備

- 1.1. 查看病歷，了解個案需求。和個案家人聯繫，了解個案目前情況及說明家訪時間及目的。
- 1.2. 請家屬協助個案增加飲水300ml。
- 1.3. 個案基本評估（測量血壓、血糖、做家庭訪視評估表）。
- 1.4. 按醫囑給個案定期更換尿管及胃管服務。
  - 1) 一般silicon尿管需每三個月更換一次，但當尿管出現阻塞、污染、破裂、沉澱物堆積時則需及時更換。如醫囑有特別處方，則按醫囑定期更換；
  - 2) 現有有三個型號的silicon尿管，分別是14Fr、16Fr及18Fr，建議使用14Fr-16Fr。
- 1.5. 準備用物（可根據社區現有的資源調整用物）
  - 1) 血壓計、聽診器、手電筒；
  - 2) 塑膠袋一個；
  - 3) 無菌手套一對；
  - 4) 無菌導尿包一個；
  - 5) 潤滑劑；
  - 6) 導尿管一條；
  - 7) 尿袋一個；
  - 8) 10ml注射器2支；
  - 9) 優碘一瓶；
  - 10) 無菌蒸餾水（注入水囊用）；
  - 11) 無菌大棉枝一包或無菌棉花一包，無菌紗布數包；
  - 12) 家屬自備用物：衛生紙數張，清潔會陰用物。

## 2. 操作過程

- 2.1. 操作前解釋及個案體位準備
  - 1) 向個案及其家人解釋說明過程；
  - 2) 洗手；
  - 3) 監測生命體徵及身體評估；
  - 4) 準備好環境，要注意私隱；
  - 5) 協助個案擺好體位及姿勢，墊好一次性床墊；

- 6) 準備好膠袋，以便放置污物；
  - 7) 帶一次性清潔手套，用10ml空針將舊尿管拔出，用手套包好棄掉；
  - 8) 尿袋準備好固定在床緣。
- 2.2. 插入尿管
- 1) 洗手或酒精潔手；
  - 2) 用無菌技術打開導尿管，準備好無菌用物；
  - 3) 分別把尿管、10ml空針、紗布、棉枝或棉花等需要用物置於導尿管中；
  - 4) 分別將優碘，無菌蒸餾水倒入導尿管中容器中；
  - 5) 戴上無菌手套；
  - 6) 測試尿管水囊是否完好：用導尿管中的10ml空針抽5ml空氣打入水囊測試水囊是否有破損；
  - 7) 用10ml空針來抽取5~10ml無菌蒸餾水置於導尿管中備用；
  - 8) 以潤滑劑潤滑導尿管前段（男性15~20cm；女性5~10cm）；
  - 9) 消毒尿道口：
    - A. 女性個案：
      - (1) 一手以拇指、中指分開大小陰唇暴露尿道口，並固定好，一手持棉枝或棉花沾取優碘。
      - (2) 第一次擦對側小陰唇，由上至下擦拭。
      - (3) 第二次擦近側小陰唇，由上至下擦拭。
      - (4) 第三次擦中間尿道口由上往下擦拭。
    - B. 男性個案
      - (1) 一手使用紗布持陰莖及反起包皮並固定，一手持棉枝或棉花沾取優碘。
      - (2) 用優碘棉枝或棉球由尿道口開始內往外作環形的方式消毒三次。
  - 10) 把尿管插入膀胱：
    - A. 女性個案：
      - (1) 繼續以手以拇指、中指分開小陰唇暴露尿道口。
      - (2) 另一手取導尿管，緩緩插入導尿管，直至有尿排出，插入1/2條尿管。
    - B. 男性個案：
      - (1) 使用紗布，維持陰莖60~90度。
      - (2) 另一手取導尿管，緩緩插入導尿管約為15~20cm，直至有尿排出。

- 11) 注入5~10ml無菌蒸餾水注入水囊中，把導尿管輕輕拉出至有阻力為止，檢查尿管是否固定好；
- 12) 把尿袋接頭從孔巾下取出并接上尿袋；
- 13) 男性個案要將其包皮回覆蓋好龜頭，用膠帶固定尿管；
- 14) 整理好個案及周圍物品，處理好用物，洗手；
- 15) 做好記錄。

### 3. 健康教育

#### 3.1. 預防感染、避免不適

- 1) 時常檢查尿管通暢情況，注意翻身或移動時避免尿管受壓、扭曲或拉扯，保持管道暢通(Thompson, 2015)。應適當固定導尿管，預防扭轉導致阻塞或拉扯造成出血(Thompson, 2015)；
- 2) 如個案出現膀胱脹滿、尿急、尿量突然變少或沒有流出的情況，在檢查尿管位置在膀胱下、無受壓、無扭曲後應通知家訪護士 (The British Association of Urological Surgeons, 2016)；如有發燒、尿道發紅或腫痛、分物及沉澱物增加、尿液混濁、有惡臭味、膿尿等尿道感染的症狀，或有血尿、尿道口滲尿等情況時，均應通知家訪護士或送醫處理；
- 3) 每天在個人衛生護理時進行會陰清潔 (Gould, Umscheid, Agarwal, Kuntz, & Pegues, 2010)，及時清除分泌物，保持清潔。清潔時應先分開女性的大陰唇或把男性的包皮後退以暴露管道，一般使用棉布沾清水及肥皂清潔即可(Thompson, 2015)。清潔時應以尿管為中心向外擦拭，女性病人清潔時並應注意由上而下，尿管應至少擦拭10cm(Thompson, 2015)，不可重覆或來回擦拭。以清水重覆以上步驟，避免肥皂殘留，完成後應把男性包皮退回原位(Thompson, 2015)；
- 4) 尿管與尿袋不應分離，尿袋出口應保持關閉(Thompson, 2015)。尿袋應垂放於膀胱水平以下，預防尿液反流，但須避免接觸地面，預防感染(Thompson, 2015)。如尿管分離、滑脫或污染，應通知家訪護士或送醫處理；
- 5) 尿袋內小便量超過一半時便應倒掉，建議活動或外出前先排清管道及尿袋中之尿液(Thompson, 2015)，倒尿前後洗手，並避免尿袋出口碰到盛尿容器(Thompson, 2015)；
- 6) 長期放置導尿管者，尿袋應每7天更換一次 (NHS)，尤其是第一次上門應衛教個案照顧者更換尿袋的方法及技巧；

- 7) 鼓勵個案多喝水，防止尿路感染和便秘。除了心、腎衰竭病患或有其他禁忌症外，鼓勵病患多喝水，每日液體攝取量約2500-3000ml，以維持每天尿量在2000-2500ml (Türk et al., 2013)，如果尿液顏色加深，可能表示有稍微脫水的情況，應增加液體攝入量；
- 8) 如有任何問題可在辦公時間聯絡及諮詢家訪護士，如在辦公時間以外出現問題應及時送醫處理。

## 參考文獻

- Gould, C. V., Umscheid, C. A., Agarwal, R. K., Kuntz, G., & Pegues, D. A. (2010). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 31(4), 319-326.
- The British Association of Urological Surgeons (2016). Management of a urethral catheter. Retrieved February 5, 2016, from The British Association of Urological Surgeons website, [http://www.baus.org.uk/\\_userfiles/pages/files/Patients/Leaflets/Catheter14.pdf](http://www.baus.org.uk/_userfiles/pages/files/Patients/Leaflets/Catheter14.pdf)
- Thompson, D. L. (2015). Urinary elimination. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. A. Stockert & A. Hall (Eds.) *Fundamentals of nursing* (8th ed.) (pp. 951-991). St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences.
- Türk, C., Knoll, T., Petrik, A., Sarika, K., Seitz, C., & Straub, M. (2013). Guidelines on urolithiasis. Retrieved February 5, 2016, from European Association of Urology website, [http://uroweb.org/wp-content/uploads/22-Urolithiasis\\_LR\\_full.pdf](http://uroweb.org/wp-content/uploads/22-Urolithiasis_LR_full.pdf)

# 家居藥物注射(肌肉注射、皮下注射)

## 1. 評估及準備

- 1.1. 查看病歷及醫囑，了解個案用藥目的及個案需求。
- 1.2. 評估個案進餐情況、血糖值、身心及注射部位皮膚情況
- 1.3. 準備用物（可根據社區現有的資源調整用物）
  - 1) 2.5~5ml注射器，如注射insulin（胰島素），須用1ml注射胰島素專用注射器；
  - 2) 酒精Pad；
  - 3) 乾棉球；
  - 4) 按醫囑準備注射藥物。

## 2. 操作過程

- 2.1. 操作前解釋。
- 2.2. 按醫囑抽吸藥物，需注意“三查七對”。
- 2.3. 選擇合適的注射部位（注射部位應交替更換、避免在癢痕、硬結、發炎、皮膚病及舊針眼處注射）。
- 2.4. 消毒皮膚，注射入針，插入角度根據個案胖瘦及針頭長短而定。
- 2.5. 注射後需在醫囑上簽署及備註注射部位。
- 2.6. 如個案需皮下注射Teriparatid或insulin之皮膚準備。
  - 1) 家裡環境許可時，每日沖涼者，清水(NS)擦洗後，可直接注射；
  - 2) 評估家裡環境不具備條件者，用酒精消毒皮膚後注射(WHO, 2010)；
  - 3) 每日需要注射的個案，需要教導個案或家人學習insulin注射方法，每次需要評核及指導其家屬皮下注射的技能。
- 2.7. 告知個案及其家屬如注射藥物後發現有不適情況（如發燒、過敏）應立即就醫，通知家訪護士，應暫停注射療程。
- 2.8. 告知個案及其家屬注射胰島素後30分鐘內必須用餐，以免引起低血糖。
- 2.9. 根據醫囑告知個案及其家屬注射藥物的時間，並告知下次上門家訪的時間。
- 2.10. 如個案有新醫囑應通知家訪護士，並通知個案所屬的衛生中心。

## 參考文獻

World Health Organization (2010). WHO best practices for injections and related procedures toolkit. Retrieved May 26, 2016, from World Health Organization website, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44298/1/9789241599252\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44298/1/9789241599252_eng.pdf)

# 家居護士溝通技巧、心理護理及個人安全指引

## 1. 溝通技巧

1.1. 開場技巧：有禮貌地稱呼對方，專業的自我介紹。

- 1) 可採用問候式；關心式；誇贊式；言他式。選擇合適的對個案的稱呼，對於成年人可以稱呼先生或太太，伯伯或阿姨等。除非個案要求你稱呼他們的名字，如果還不清楚，可以問他們怎麼稱呼較合適；
- 2) 瞭解個案的習慣、傳統、語言和他們的家庭；
- 3) 不帶任何個人偏見和喜惡看待個案及家居環境；
- 4) 學會謙遜，尊重你遇到的每個人。

1.2. 選擇合適語言的技巧：

- 1) 使用讓個案理解的語言；
- 2) 避免使用醫療術語，要解釋清楚；
- 3) 交談過程中需不時詢問個案是否理解你所說的內容。

1.3. 提問技巧：選擇合適的時機；提的問題要恰當，避免誤導。

- 1) 可採取開放式或閉合式；
- 2) 如果使用開放式問題，你將獲得更多的信息。這樣的問題能讓個案告訴你具體的情況。如：“自從上次家訪後你過得怎樣？”
- 3) 封閉式問題用“是”或“不是”形式的問題，常用於需嚴格遵守的護理指南，並且確保認真執行。如：可以問這樣的問題：“通過胃管喂食藥物前後是否有喂30ml溫開水？”
- 4) 交談過程中做到及時反饋。

1.4. 治療性溝通技巧：

- 1) 同理心、共情；
- 2) 換位思考；
- 3) 傾聽，學會表達尊重；
- 4) 提供醫療信息，如可用的書面材料，健康教育單張或小冊子。

1.5. 傾聽技巧：

- 1) 用心和充滿關懷地去傾聽、關懷個案；
- 2) 可使用回溯性傾聽。回溯性傾聽是指將個案的話複述給個案聽的技巧。

- 3) 通過回溯性傾聽可以：澄清個案所言，防止誤解；讓個案知道自己被傾聽和理解；讓個案有機會聽取和反思他們自己的話語；提供一個契機，深化對話；
  - 4) 注意保密，維護職業道德。
- 1.6. 非語言溝通技巧：借助非語詞符號，如動作、表情、空間、時間等進行信息傳遞。
- 1.7. 書面溝通技巧：
- 1) 你所書寫的護理文件將會使你的同事熟悉並瞭解你的個案的活動和情況。根據及時提供準確的描述，能使個案得到更好的護理；
  - 2) 在個案面前填寫表格或其他書面資料，應確保向他們解釋你正在做什麼，讓他們明白，這只是記錄或是提供其醫療護理信息一種方法。
- 1.8. 交談結束技巧：
- 1) 適時結束交談；
  - 2) 概括並核實重點內容；
  - 3) 說明下次家訪時間；
  - 4) 致謝。

## 2. 心理護理

- 2.1. 個人方面：
- 1) 健康的心理狀態能幫助你專業的完成工作，同時不傷害到你的個案、同事和自己；
  - 2) 願意反思和分析自己的家居護理經驗、偏見和成見，以確保在與個案及同事的交往中不會產生不利的影響。
- 2.2. 個案方面：
- 1) 將心理護理寓於家居護理中，盡力為個案解決問題；
  - 2) 設法減少和緩解個案外因刺激，動之以情，曉之以理，提高個案應對挫折的能力；
  - 3) 個案臨床癥狀輕重不一，表現繁多，其中很多與其錯誤的認識評價有關，提高個案的認識水平，能有效地改善其某些臨床症狀；
  - 4) 注意調節、控制、疏導、宣泄個案的消極情緒；
  - 5) 設法調整個案的情緒，通過優化情緒來維持神經生理，神經內分泌和神經免疫功能的平衡與協調，促使病情的好轉；



- 6) 重視語言藝術和溝通技巧：多用安慰、支持、鼓勵、積極暗示、果斷、明確的解答等治療性語言，避免用諷刺、嘲弄、刺激、消極、暗示、猶豫、粗暴、含糊其辭的解答等傷害性語言，同時重視語調、表情、姿勢、動作、態度等非語詞性溝通技巧。

### 3. 個人安全

- 3.1. 對家居工作者來說，人身安全非常關鍵，家居護士應當在職責和人身安全中取得平衡。
- 3.2. 安全問題包括暴力、性騷擾、吸毒、犯罪迹象、或威脅他人；或許一些家庭成員可能懷疑你的意圖。
- 3.3. 聽從你的直覺：當你在家訪時，首先觀察周圍環境。是否有不尋常的地方？哪些事或情況讓你感覺不舒服？如果你感到擔心，則考慮離開或與個案重新安排時間。
- 3.4. 準備：
  - 1) 盡可能多瞭解你即將家訪的個案情況（如該家庭是否有家庭暴力？）；
  - 2) 瞭解個案居住環境和地點情況（如該社區的聲譽和最近發生的事件）；
  - 3) 如果是有風險的社區，與同伴一起執行家居護理；
  - 4) 管理者應清晰知道家居護士將訪問誰，在什麼時間，什麼地方進行家居護理；
  - 5) 上門進行家居護理時穿著得體；
  - 6) 請隨身攜帶手機，以防突發事件；
  - 7) 如果樓梯照明較差或天氣較黑而上門家居護理，需帶上充滿電的手電筒或其他照明工具。
- 3.5. 重視和謹慎行事：
  - 1) 要謹慎行事，使用安全的肢體語言；
  - 2) 隨時注意你周圍的環境；
  - 3) 一旦情況有變，快速反應並迅速離開。
- 3.6. 出現衝突或危險：
  - 1) 與正在生氣的個案或家屬交流時儘量心平氣和。如果可能，緩和局勢並盡量讓其平靜下來；
  - 2) 對可能無意中做的惹人憤怒的事情道歉；
  - 3) 如果目擊暴力或與個案有關的其他事件，立即向你的管理者報告，並記錄在案；
  - 4) 如果感到不安全和無力解決事情爭端時選擇離開；
  - 5) 如果覺得有絕對需要警察來保證你的安全，則報警。

## 參考文獻

- Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Jensen, S. (2013). *Fundamentals of nursing: human health and function*(7th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 74-94.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2015). *Essentials for nursing practice* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier/Mosby. 49-201.





澳門鏡湖護理學院

# 護您同路 95 載

1923-2018

資助機構：  
澳門高等教育輔助辦公室

ISBN 978-99965-637-7-5



9 789996 563775