



# 課程名稱

## 照顧技巧專業指導與護理諮詢

陳秀偵


108-09-24

E-mail : [shiu@cgmh.org.tw](mailto:shiu@cgmh.org.tw)

電話 : 07-7317123分機2040



# 臨床管理經驗

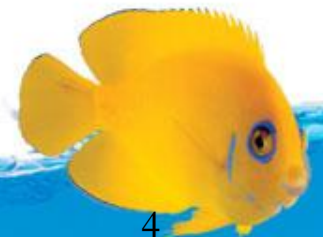
- 急重症單位  心臟內科及內科加護病房
- 神經內外科、一般內科病房、骨科病房
- 居家護理組
- 轉介服務組
- 照顧服務員
- 精神科護理
- 腦神經科護理

# 大綱

- ❖ 正常老化過程
- ❖ 長期照護需求與特性
- ❖ 照顧技巧之技術
- ❖ 常見護理(健康)問題及處置

# 正常老化過程-1

- **每一個人都會老**。隨著年紀的增長，身體和心理都會有所變化和退化，但亦有許多病痛和身體的不適，不一定是因退化所引起，而是由於疾病所致，並需要及早治療。因此，長者及護老者都應**認識老化過程，加以適應，及辨認不正常的症狀**，以便及時作出適當的診斷和治療。



# 正常老化過程-2

老化引起的轉變	生活調適	顯示疾病的問題 (應尋求治療)
<b>眼部</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•老花引致視力模糊</li><li>•淚管閉塞令外溢淚水增加 淚水減少</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•懷疑有老花就應檢查，及配戴適當的眼鏡</li><li>•請教醫生是否需要用眼藥水，切忌自行使用</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•突然出現眼痛、眼紅及急劇視力衰退——可能是青光眼</li><li>•視力衰退不能通過眼鏡而糾正——可能是白內障</li></ul>
<b>聽覺</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•聽覺減弱</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•安裝擴音電話</li><li>•配帶助聽器</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•聽覺突然減弱</li><li>•有分泌物從耳孔流出——可能是中耳炎或外耳炎</li></ul>
<b>觸覺</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•觸覺減弱，特別是接近手指或腳趾尖的部位</li><li>•冷熱感覺衰退，未能清楚感受天氣的變化</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•注意足部護理，選擇合適的鞋子；定期檢查皮膚有否損傷</li><li>•外出前留意天氣報告，選擇適當的衣物</li></ul>	<p>手腳（尤其是一邊）突然失去感覺或軟弱無力——可能是中風</p>

老化引起的轉變	生活調適	顯示疾病的問題 (應尋求治療)
<p><b>心肺功能</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•運動時較以前容易氣喘，一般的日常活動則無礙</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•保持適量運動</li> <li>•切勿將現在的運動量跟年輕時比較</li> <li>•吸煙會令氣喘更加嚴重，所以應該戒煙</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•若小量活動（如平路步行）即會引致顯著的氣喘，或有喘鳴——可能是慢性支氣管炎、哮喘、心臟衰歇等問題的徵狀</li> </ul>
<p><b>消化系統</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•較容易便秘</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•多吃蔬菜和生果，保持適量運動，有助大便暢通</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•大便習慣明顯轉變，例如持續反覆地便秘或 / 與肚瀉</li> <li>•大便出血或有黏液——可能是腸癌</li> </ul>
<p><b>小便</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•夜尿較以前頻密</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•避免在睡前一小時內喝流質</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•排尿時感到困難或疼痛——可能是尿道發炎</li> <li>•(男性) 小便不暢順、小便後仍感覺有尿液剩餘在膀胱或滴尿——可能是前列腺增生</li> </ul>

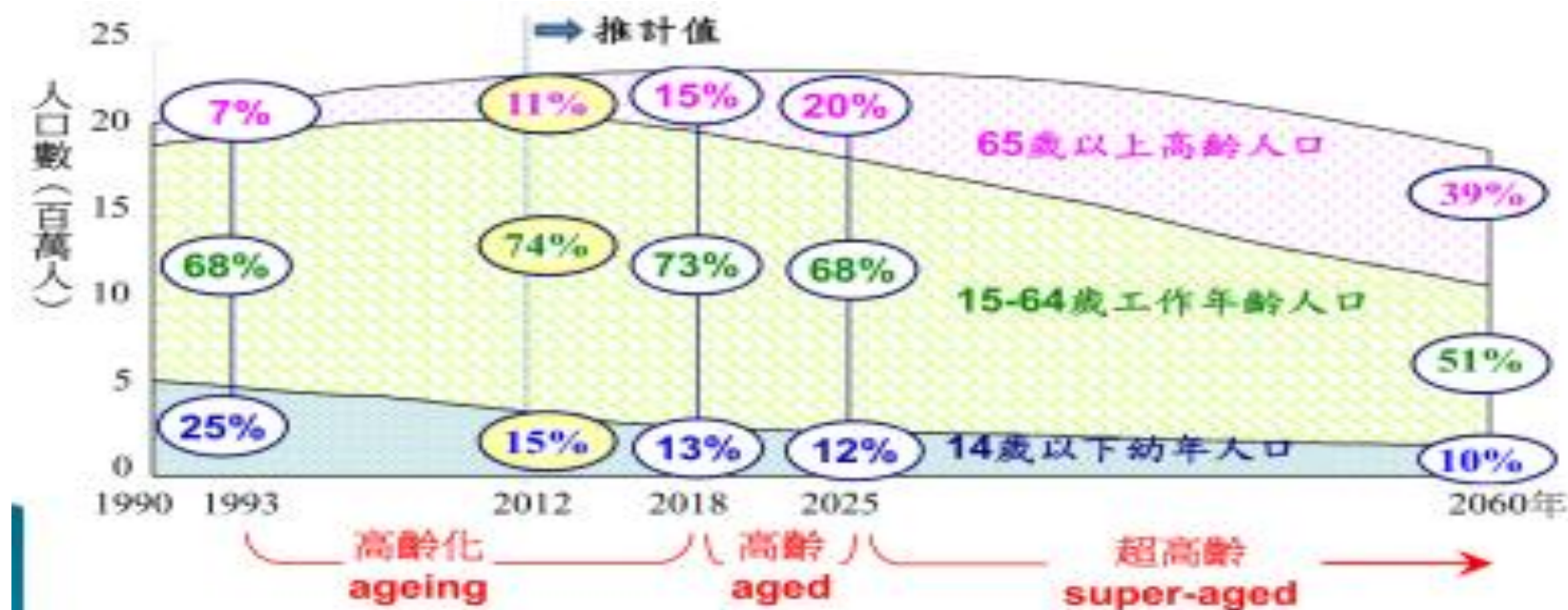
老化引起的轉變	生活調適	顯示疾病的問題 (應尋求治療)
<p><b>記憶</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 記憶力和學習能力減弱</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 把重要的約會寫在日曆或記事簿上</li> <li>• 維持正常社交活動</li> <li>• 對周圍的新事物保持興趣及學習態度</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 認知能力衰退，例如不能計算和作邏輯思維、在熟悉的街道迷途——可能是認知障礙症的病徵</li> </ul>
<p><b>筋骨肌肉</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 關節痛楚，尤其是過重者的膝關節</li> <li>• 脊柱向前彎</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 減輕體重</li> <li>• 避免攜帶過重物件</li> <li>• 適當的強化肌肉運動有助減少骨骼退化的方法：</li> <li>• 每天飲一杯奶以吸收鈣質</li> <li>• 適量運動</li> <li>• 戒煙</li> <li>• 保持正確姿勢</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 嚴重或持續的關節痛楚</li> <li>• 關節變形</li> </ul>

老化引起的轉變	生活調適	顯示疾病的問題 (應尋求治療)
<p><b>性功能</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 性慾減低</li><li>• ( 男性 ) 陰莖需要較長時間才能勃起，維持能力亦下降</li><li>• ( 女性 ) 陰道分泌減少，性交時出現痛楚</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 瞭解年長時生理及心理對性的影響，以減少不必要的疑慮</li><li>• 採用適當的輔助用品，如女性用的陰道潤滑劑</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ( 女性 ) 陰道出血或性交後出血——可能是子宮頸癌</li></ul>



# 長期照護需求

- ✓ 1993年我國老年人口占總人口比率超過7%，進入高齡化（ageing）社會。
- ✓ 2018年老人人口比將超過14%，進入高齡（aged）社會。
- ✓ 2025年老人人口比將超過20%，邁入超高齡（super-aged）社會。



- ❖ 2004年世界衛生組織(WHO)推估人類長期照護之潛在需求為7-9年。
- ❖ 衛生福利部依據國人的平均壽命和疾病型態等變數推估，國人一生中長期照護需求時段約為7.3年。
  - 男性平均需要長期照護的時間為6.4年。
  - 女性平均需要長期照護的時間為8.2年。

# 長期照護個案需求特性

## ❖ 失能衰老

- 個案是一群社會中最弱勢的一群，有些人甚至無法表達需要，因此評估者必須受過專業訓練或運用特殊的評量工具來協助了解個案需求

## ❖ 長期、連續性

- 個案的身體狀況有時因生病加劇因復健而康復，因此評估工作經過一段時間即需再評估，或在一時間內增加評估次數

## ❖ 服務介入遞增

- 個案隨著時間的延長，身體功能的衰退常是**不可逆**，因此服務也隨之增加，**何時(when)**是最合適的時刻，**什麼樣(what)**的服務最適合，**如何(how)**統整各項服務都需要評估

# 長期照護需求特色

- ❖ 使其獨立，非強調治癒
- ❖ 照護團隊多元化服務
- ❖ 持續性與連貫性的服務
- ❖ 照護團隊資訊整合與分享
- ❖ 以個案為中心，賦權選擇及參與
- ❖ 資源可近性
- ❖ 維持健康及預防保健
- ❖ 身心靈完整性醫療照護



(紀、莊、黃，2007)

# 長期照護服務模式

❖ 透過居家服務、社區照顧、機構照顧等整體社會支持服務網絡的參與協助，獲得即時性、近便性而且是適時、適地、適切的連續性照顧服務，使接受長期照顧服務者能在最有效的時間內恢復合宜的生理、心理及社會的功能。

## □ 到宅式照護

- 將服務送到個案家中，服務項目包括家務、日常生活照顧、身體照顧等。

## □ 社區式照護

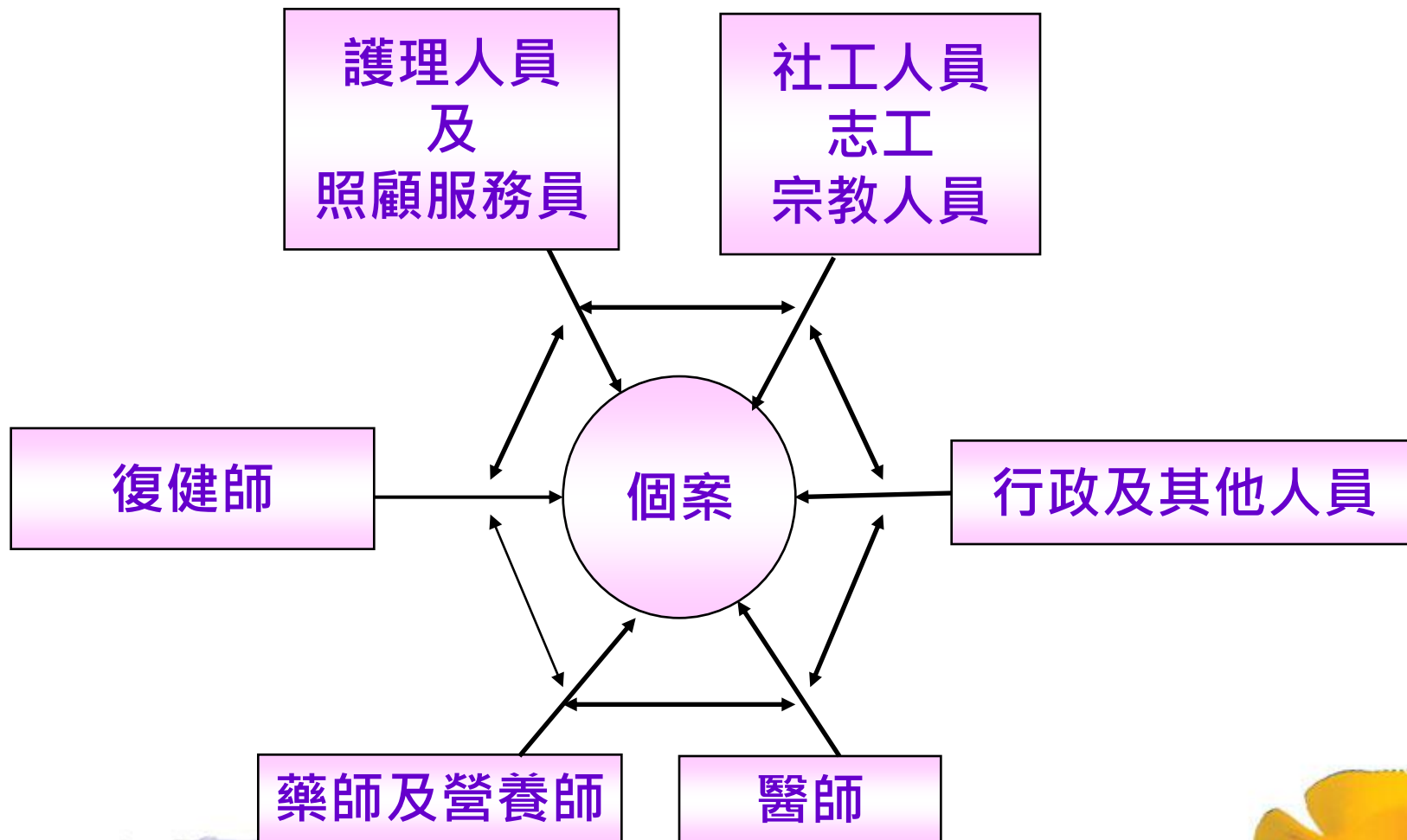
- 個案無需離開慣有之環境及生活模式，在原居住社區接受服務

## □ 機構式照護

- 提供包含醫療、護理、復健及個人生活照護等的全天型服務

( 李等，2005 )

# 以個案為中心之整合性專業照護



# 長照2.0服務對象

- 服務對象人數預估自51萬1千餘人增至73萬8千餘人，成長44%。

## 長照1.0

主要為因老化失能衍生長照需求者，  
包含

- ①65歲以上老人
- ②55歲以上山地原住民
- ③50歲以上身心障礙者
- ④65歲以上僅IADL需協助之  
獨居老人。



1.0 推估106年長照需求人口計51.1萬人。



2.0 推估106年長照需求人口加計擴大服務對象，總計近73.8萬人。

## 長照2.0

除1.0服務對象外

### 擴大納入

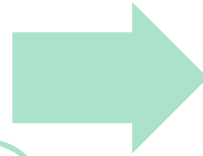
- ⑤50歲以上失智症患者
- ⑥55-64歲失能平地原住民
- ⑦49歲以下失能身心障礙者
- ⑧65歲以上輕度失能之衰弱  
(frailty)老人

# 長期照護十年計劃2.0-評估標準

## •長照1.0

- ADL評估為主
- 洗澡
- 吃飯
- 移位
- 上廁所
- 穿脫衣褲
- 平地行走

依失能程度分為3級：  
輕、中、重度



## •長照2.0

- 基本資料
- 溝通能力
- 認知功能 (短期記憶評估)
- ADLs
- IADLs
- 特殊複雜照護需要
- 情緒及行為型態

依計算成績分為8級：  
1級正常-不給付  
2~8級(輕-重)

# 長照2.0服務項目

## 長照1.0

- (1)照顧服務(居家服
- 務、日間照顧及
- 家庭托顧)
- (2)交通接送
- (3)餐飲服務
- (4)輔具購買、租借
- 及居家無障礙環
- 境改善
- (5)居家護理
- (6)居家及社區復健
- (7)喘息服務
- (8)長期照顧機構服務



## 長照2.0

### 彈性與擴大1.0服務項目

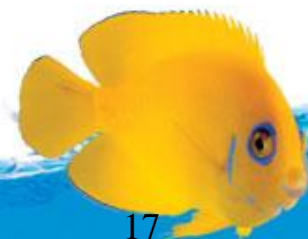
### 創新、整合與延伸至17項服務

- (9)失智症照顧服務
- (10)原住民族地區社區整合型服務
- (11)小規模多機能服務
- (12)家庭照顧者支持服務據點
- (13)成立社區整合型服務中心、複合型日間
- 服務中心與巷弄長照站
- (14)社區預防性照顧
- (15)預防或延緩失能之服務(如肌力強化
- 運動、生活功能重建訓練、吞嚥訓練、
- 膳食營養、口腔保健、認知促進)
- (16)延伸至出院準備服務
- (17)居家醫療

服務項目  
自8項擴增至17項

# 長期照顧常見技術

- 置入鼻胃管技術
- 置入導尿管技術
- 置入氣切管技術
- 抽痰技術
- 壓傷傷口換藥技術
- 造口護理
- 扶抱及位置轉移



# 長期照顧常見技術<sub>-1</sub>

## 置入鼻胃管技術安全指引

- 1.洗手並用物準備：合適管徑鼻胃管、手套、潤滑劑、聽診器、灌食空針、棉棒、宜拉或3M、開水、衛生紙等
- 2.調整正確姿勢(坐臥或半坐臥)及執行鼻腔清潔護理
- 3.戴上手套，正確測量鼻胃管插入長度(插胃管長度為鼻尖到耳垂再延伸到劍突處之距離，約50~55公分)，潤滑鼻胃管前端15~20公分
- 4.進行管路更換，確定鼻胃管位置正確：A.用手電筒檢視口腔無鼻胃管打轉 B.將灌食空針回抽，確認是否有胃內容物抽出 C.用灌食空針打入少量空氣，胃部用聽診器聽診 D.灌食空針給予50cc開水，以重力原理自然流入
- 5.注意病人反應：有無嗆咳不適
- 6.固定鼻胃管：A.準備1條長10cm、寬0.5吋的宜拉膠。 B.將宜拉膠帶一端黏貼在鼻梁處，另一端纏繞於管子上
- 7.整理用物及垃圾處理
- 8.洗手記錄：換管日期、材質、尺寸、固定位置刻度、病人反應等

# 長期照顧常見技術<sub>-2</sub>

## 置入導尿管技術安全指引

- 1.洗手並用物準備：無菌導尿包需檢視包裝及效期、合適之導尿管、尿袋、空針、無菌蒸餾水、優碘、膠帶
- 2.調整病人姿勢(平躺或屈膝仰臥)，維持舒適
3. 打開導尿包備妥用物：A.置入各項用物能注意無菌，避免汙染 B.10c.c空針抽取蒸餾水5~10cc備用 C.以棉花棒沾濕優碘、蒸餾水 D.導尿管前端以水性潤滑劑潤滑
- 4.鋪上無菌洞巾，尿道口消毒順序及步驟正確  
男性：將包皮褪至最底端，將陰莖上提以無菌棉籤沾優碘，消毒尿道口、龜頭、陰莖、陰囊及其周圍，採環狀方式由內往外消毒，至少停留 2 分鐘後，同樣再用生理食鹽水棉棒將優碘去除  
女性：以左手拇指、食指將大小陰唇往兩側分開，並向上後方略施力以露出尿道口，消毒遠端、近端及中間消毒，至少停留 2 分鐘後，同樣再用生理食鹽水棉棒將優碘去除
- 5.置入尿管，深度正確，注入蒸餾水 5 - 10 cc 固定尿管，向外輕拉，確定固定球頂住膀胱口後，並輕按膀胱處，確定尿液排出
- 6.將留置導尿管與尿袋銜接，並用膠帶黏貼，移除洞巾及用物，並用透氣膠帶將尿管固定(男性：固定於上腹部；女性：固定於大腿內側)
- 7.收拾用物，協助病人整理衣物恢復姿勢並穿好衣褲後洗手
- 8.記錄：導尿管尺寸、材質、日期、尿液性質、尿量、病人反應等

# 長期照顧常見技術<sup>-3</sup>

## 置入氣切管技術安全指引

- 1.洗手並用物準備：合適的氣切管、無菌手套、棉棒、Y紗、消毒水劑、K-Y jelly、氣切固定帶、抽痰配備等
- 2.調整正確姿勢，維持平躺，移除枕頭或肩下放置一個小枕頭
- 3.視病人情況，必要時先抽痰或給予高濃度氧氣使用1分鐘
- 4.移除染汙Y紗(氣切綁帶暫勿鬆脫)，以優碘、生理食鹽水之棉棒環狀消毒氣切口周圍皮膚
- 5.打開無菌手套，氣切管需置於無菌區域，避免汙染
- 6.將適量無菌K-Y Jelly潤滑氣切套管
- 7.此時先將氣切綁帶鬆脫進行換管，以慣用手拿著準備妥當之氣切套管，另一手順勢將頸上之氣切套管拔出，同時立即將備好之氣切套管迅速插入
- 8.以棉棒清除氣切口周圍皮膚痰液或潤滑液，放入無菌Y型紗布，氣切帶固定，鬆緊度約1-2 橫指，評估呼吸狀況，必要時抽痰或用氧，恢復病人姿勢
- 9.整理用物並洗手
- 10.記錄：氣切管尺寸、材質、日期、痰液性質、量及病人反應等

# 長期照顧常見護理問題與照護<sup>-1</sup>

## 一、鼻胃管照護

### (一)鼻胃管照護

1. **每日清潔口腔、鼻腔**：以棉棒沾開水清潔鼻腔、口腔，意識清醒合作的病人可以牙刷清潔。
2. **每日更換固定的膠帶**，並將鼻胃管固定一個方向旋轉90度（1/4圈），以防鼻胃管黏附在胃壁上及胃黏膜長期受鼻胃管頂端出口噴出之食物所壓傷，更換時不要再貼補同一個位置，可向左或右側固定，並注意勿移動胃管所插入的深度。



# 長期照顧常見護理問題與照護<sup>-2</sup>

## (二) 鼻胃管灌食的步驟

1. 灌食前，需先確定鼻胃管管上的刻度是否滑出，若位置正確**必須先抬高床頭45度**。
2. **灌食前洗淨雙手**，先用灌食空針反抽，確定鼻胃管在胃內，並檢查胃內殘餘食物量，若食物殘留在50cc以上，則延遲半小時再灌食，反抽物若無異狀，可給予灌食；反抽出的食物殘餘量要灌回胃內，不可打掉。
3. 灌食空針接在鼻胃管末端，**先灌20cc溫開水**，灌食時用灌食針筒直接讓開水流入。
4. 再開始將流質食物緩慢倒入，**藉重力流入胃內**。每次灌食量總量不超過400cc，速度不可太快，以免引起病人腹瀉、噁心嘔吐等不適症狀。

# 長期照顧常見護理問題與照護<sup>-3</sup>

5. 灌食過程中應避免空氣進入，若病人有異常情形（例如：不停咳嗽、嘔吐、臉色發紫等）需立刻停止灌食，並密切觀察。
6. 灌食後，必須再灌20~30cc溫開水，沖乾淨鼻胃管，避免鼻胃管內塞滿食物而發臭。
7. 灌食完成後，將鼻胃管反摺塞入開口處或以栓子塞住。拔除灌食空針，確認鼻胃管內無空氣存在。
8. 灌食後，繼續採半坐臥或坐姿，待30~60分鐘後再躺平。
9. 將灌食用品清洗乾淨，放置予清潔容器內，保持乾燥和乾淨。



# 長期照顧常見護理問題與照護<sup>-4</sup>

## (三) 注意事項

1. **鼻胃管不通的注意事項**：如果灌食時感覺不容易灌入，可能發生下列現象：
  - a. 鼻胃管口被食物阻塞：可擠壓鼻胃管，用灌食空針反抽，再灌20~30cc溫開水沖通鼻胃管。
  - b. 鼻胃管口碰到胃壁或扭曲：可將鼻胃管向外輕拉2cm後，用灌食空針反抽，再灌溫開水，若鼻胃管暢通了，再重新固定正確的位置，若不通應送醫院或聯絡居家護理師處理。
2. **鼻胃管滑脫的注意事項**：**鼻胃管若不小心滑出，應送醫院或聯絡居家護理師重新插入鼻胃管。**

# 長期照顧常見護理問題與照護<sup>-5</sup>

## 二、鼻胃管移除計畫

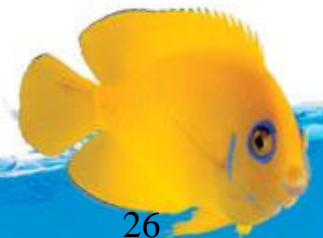
- 依醫囑置放鼻胃管，並有適當的進食計畫
  - (醫囑明確，且依住民個別性執行鼻胃管移除計畫或適當的進食訓練計畫)
- 護理對象
  1. 意識清醒，且目前無換上、下呼吸道感染等其他肺部疾病者。
  2. 有進行意願者。
  3. 以鼻胃管留置不超過3個月者為優先。
  4. 經醫師(或語言治療師)評估後可移除



# 長期照顧常見護理問題與照護<sup>-6</sup>

## • 執行方法(1)

1. 了解住民插鼻胃管之原因，如是如失智症或重度憂鬱患者，沒有吃的慾望甚至無法引發吞嚥動作，這類住民不須評估也不須訓練，給予關懷或轉介至神經內科或精神科治療。
2. 住民插鼻胃管之原因，如是腦中風或其他神經疾患造成的吞嚥困難，容易嗆咳，可簡易評估其吞嚥能力及照會醫師、復健科醫師或語言治療師進行完整的吞嚥評估。
3. 與家屬及住民說明吞嚥訓練及移除鼻胃管之程序並獲得其同意。



# 長期照顧常見護理問題與照護<sup>-7</sup>

## • 執行方法(2)

4.照會診營養師：監測住民營養及改變食物型態，增加食物稠度，如可加入嬰兒米粉、麥粉或快凝寶，讓食物達到我們所需要的黏(濃)度，三種程度的黏度如下：

- (1) 低黏度食品：水、飲料、茶、牛奶、養樂多。
- (2) 中黏度食品：杏仁露、阿華田、三合一麥粉。
- (3) 高黏度食品：優酪乳、麵茶、麥片粥、液狀的燒仙草、絞碎的愛玉。

5. 若住民可以喝2000cc以上之飲水時，可將鼻胃管移除。

# 吞嚥訓練

1. 喝水測試(water test)評估，進行吞嚥訓練。
2. 確認咳痰的能力：避免吸入性肺炎。
3. 吞嚥訓練(swallowing training)分直接訓練及間接訓練：
  - (1) 直接訓練：以食物直接餵食
  - (2) 間接訓練：
    - A. 加強口腔運動控制功能：嘴唇、舌頭、下顎的運動。手法包括有噘嘴、吹氣、吐舌、用舌頭抵住臉頰、把嘴巴張到最大然後放鬆。
    - B. 加強喉部閉合能力的運動：加強喉部上提及氣道的保護。手法包括有深吸氣之後，用不同的音調發「啊」的音，腹式呼吸，讀詩或唱歌，雙手向下出力抵住桌面並且一邊發「啊」的音。
    - C. 刺激吞嚥反射的發生：一開始訓練時可以讓住民試吞冰塊誘發吞嚥反射。

# 長期照顧常見護理問題與照護-8

## 三、導尿管照護和注意事項

### (一) 導尿管的消毒步驟

1. 先用沖洗棉棒將會陰部清洗乾淨，清洗方式為「由上往下清洗，由內往外清洗，勿來回擦洗」以免造成感染。
2. 清洗時：女病人記得撥開大小陰唇清洗，每天至少一次，分泌物多時需增加清洗次數。男病人需將包皮內的污垢清洗乾淨。
3. 再用棉棒沾優碘消毒導尿管，由尿道口往導尿管擦拭，擦拭至導尿管5公分處，切記也不可來回擦拭。優碘擦拭後，再以生理食鹽水以同樣方式擦拭一遍
4. 若解完大便需注意清潔，若有沾到導尿管或會陰部則應該再重覆消毒一次。
5. 紙膠帶固定導尿管時，固定於打水球處之小管子，勿壓迫固定在尿液流出之通道管子。女病人固定在大腿內側，男病人固定在下腹部或大腿前側

# 長期照顧常見護理問題與照護<sup>9</sup>

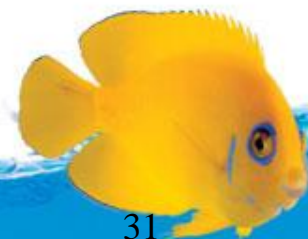
## (二) 注意事項(1)

1. 每日必須以清水確實清洗會陰部或尿道口。
2. 每日更換紙膠帶和固定的位置，以減少皮膚刺激。
3. 每天水份攝取至少2000cc，每日尿量至少維持1500cc，以稀釋尿液及產生自然沖洗力，避免導尿管阻塞及泌尿道感染。
4. 尿袋引流位置應在病人膀胱以下，避免逆流造成泌尿道感染。
5. 尿量超過尿袋1/2~2/3時（超過700cc時）應倒掉，不可積太多，而且倒尿時勿使尿袋出口處受到污染，並隨時觀察尿量、顏色及混濁度。
6. 接頭不可鬆脫，尿袋出口處應隨時關閉，保持密閉，避免受污染。
7. 導尿管不可扭曲或受壓，以防阻塞，而且不可拉扯，以防出血。

# 長期照顧常見護理問題與照護-10

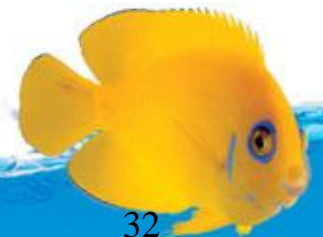
## (二) 注意事項(2)

8. 長期放置導尿管者，原則上導尿管每兩週更換一次，除非導尿管滑出、導尿管污染、導尿管阻塞、導尿管破裂等情況才需立即更換。
9. 如有下列泌尿道感染的症狀發生，請立即就醫：發燒、發冷、尿道疼痛、尿液混濁、尿道口分泌物增加、沉澱物增加、血尿。
10. 若發生以下情況應送醫院或聯絡居家護理師處理：
  - 1) 當尿道口有滲尿情形（可先檢查是否有導尿管受壓或扭曲）。
  - 2) 導尿管發生阻塞無尿液流出時（可先檢查是否有膀胱脹滿情形）。
  - 3) 尿不止。
  - 4) 存留導尿管不慎滑出。
  - 5) 泌尿道發生感染的徵象。



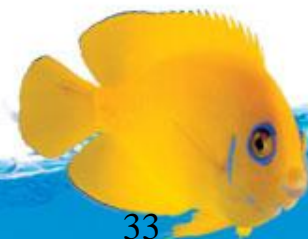
# 留置導尿的護理

- 維持導尿管引流系統的功能
- 適當固定導尿管，預防拉扯及創傷
- 預防泌尿道的感染
- 評估留置導尿管對病患及家庭的影響，並協助處理
- 預防便秘
- 尿液滲漏的處理



# Q & A

- 1.此案尿管引流位置平放於通舖床上，如何解決？
- 2.此案尿管引流位置放於通舖床地上，如何解決？
- 3.膀胱造口的固定方式，避免拉扯出血？
- 4.膀胱造口的固定，造口凹陷漏尿？
- 5.尿道下裂嚴重，造成原因？
- 6.尿管固定床緣方法為何？
- 7.此尿管固定床緣，方法正確嗎？
- 8.尿管呈紫色，造成原因為何？
- 9.尿管沈澱物多，導尿管阻塞，原因為何？



# 長期照顧常見護理問題與照護<sup>-11</sup>

## 四、導尿管移除計畫

- 依醫囑置放導尿管，並有適當的排尿計畫 (醫囑或護理計畫明確，且依住民個別性執行**導尿管移除計畫**或適當的**排尿訓練計畫**)

## • 膀胱訓練(1)

– 膀胱訓練的目的，是訓練膀胱逼尿肌的功能，以便他能隨意控制排尿或移除導尿管自解小便。

1. 每天早上8點開始，先將尿袋內的尿液排空，再用橡皮筋將尿管綁住（讓膀胱脹，才有尿意感），每綁2小時後即鬆開，排空膀胱30分鐘，如無尿液感即可漸進式綁3小時、4小時。並將綁緊時間、鬆開時間、尿量、有無尿液感..等，紀錄在「膀胱訓練紀錄及評值單」，反覆以上之動作至下午6點，為顧及住民睡眠品質，晚上不必訓練。

2. 訓練時，鼓勵住民每2小時至少給水250cc~300cc以上，可分次喝，不需一次喝完，並將喝水量記錄在「輸出輸入單」。

## • 膀胱訓練(2)

- 3.訓練時間持續7天，觀察住民之尿量及是否有尿液感，鼓勵住民飲水，如有尿液感且住民飲水量可大於2000cc即可拔除尿管。
- 4.拔除後三天內給予測餘尿，以單導或腹部超音波測餘尿量少於等於100cc以下可表示訓練成功，導餘尿時請觀察導出之尿液性質，特別是餘尿之後段如混濁或400cc以上建議會泌尿科藥物治療。

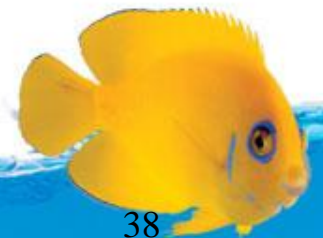
## • 膀胱訓練(3)

- 當有下列情況時停止訓練；泌尿道感染 - 小便成白色混濁、血尿、發燒（ $38^{\circ}\text{C}$ ↑）。
- 家屬不在或夜間家屬睡覺時，暫停訓練，以防止時間延遲尿滯留，影響膀胱功能。
- 鼓勵攝取足夠水分，以減少泌尿道發炎，或泌尿道結石的發生，除非有限水的疾病禁忌，否則每天至少攝取3000cc的水份，但每天排尿量不少於2000cc。
- 餘尿：
  1. 餘尿是指小便後仍殘留在膀胱的小便。
  2. 餘尿量每次少於80 cc為佳，每次大於150 cc為不良，易發生尿路感染。



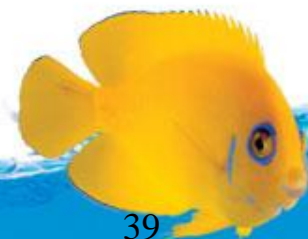
# 執行單導的意義

- 成人正常的膀胱除尿量在150-200西西時就有尿意感，350-400西西就有漲感或疼痛的感覺
- 但是在疾病狀況下，病人卻可能儲存過多的尿液造成滯留，或是斷斷續續遇有尿液就解，造成尿失禁，破壞膀胱正常功能。
- **間歇性導尿計劃**正是針對此種因長期或短期的膀胱無力，配合液體攝取，排空膀胱時間即誘尿方法，協助病人早日恢復正常功能。



# 間歇性導尿的目的

1. **避免因長期排尿功能異常，產生尿路感染之合併症。**
2. 維持膀胱正常的活動度，使膀胱能收縮也能舒張，不至於發生攣縮。
3. **重新訓練膀胱排尿機能。**
4. 提昇生活品質，**病人不必再帶著尿袋外出**，病人及家庭成員能過著正常社生活。
5. 減輕因身體形象而產生自卑心理，導致人格發展產生偏差。



# 長期照顧常見護理問題與照護<sup>-12</sup>

## 氣切管及氣切口的日常生活照護

藉由氣切套管之更換及氣切造口之護理，維持呼吸道通暢，預防感染發生，使氣切造口乾淨及無味，讓我們的家人更舒適。



# 一、用物準備

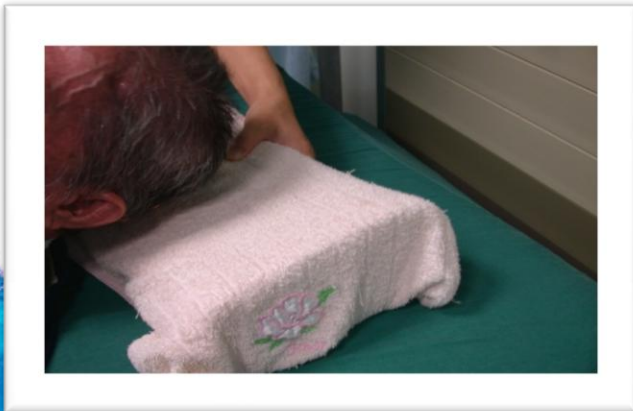
優碘、生理食鹽水、  
雙氧水、鋼碗、Y型紗  
布、消毒棉棒



# 二、步驟

(一) 洗手、用物準備。

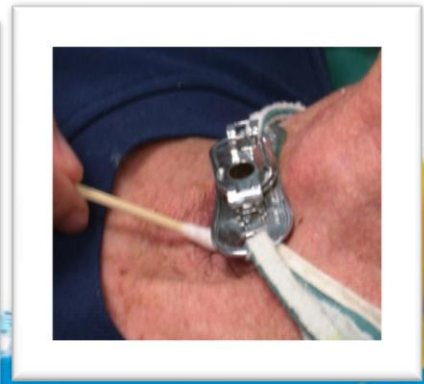
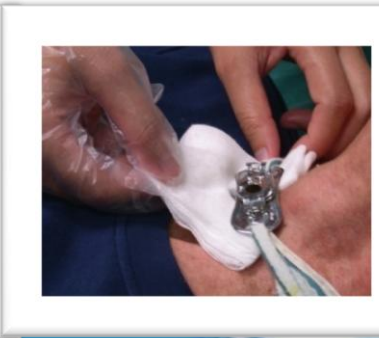
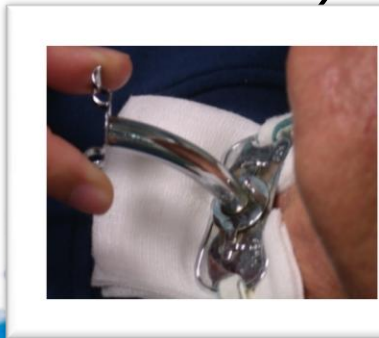
(二) 枕頭取出置於頸部採伸展姿勢，鬆開氣切外管氣切翼，並取出內管。



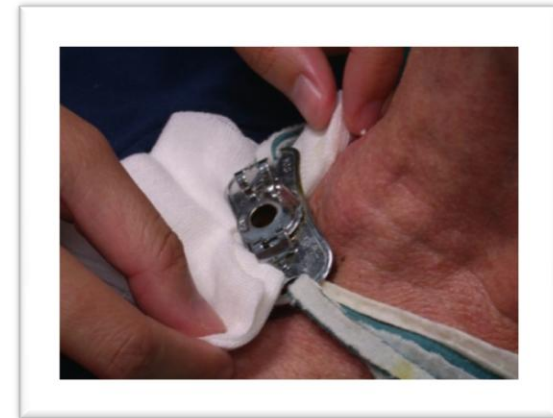
氣切翼



- (三) 將取出之氣切內管浸泡於雙氧水約3~5分鐘，以軟化結痂的痰液。
- (四) 使用另一組已消毒過的氣切內管，套入病患身上的氣切外管，並將氣切外管的氣切翼扣上。
- (五) 動作輕柔的取出氣切造口原來髒的Y型紗布，並觀察皮膚情形。
- (六) 使用沾有適量的優碘棉棒，以環型方式由內往外擦拭，塗抹於氣切造口周圍之皮膚，並各消毒3次（消毒順序：優碘棉棒→生理食鹽水棉棒，擦拭生理食鹽水時，須將沾有優碘皮膚擦）。

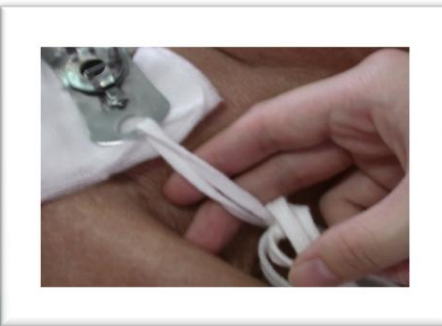
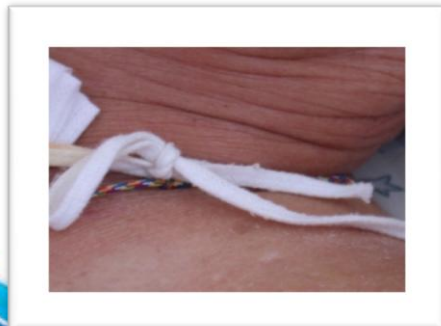


(七) 消毒完後，換上消毒過的Y型紗布，並放置平整。



(八) 氣切管固定方法有下列2種：

1. 斜紋繩髒掉需更換時，請將髒的斜紋繩鬆開（剪掉），將個案頭部抬高，髒的斜紋繩取下擦拭乾淨，再放置新的斜紋繩由後面繞過，並綁好。斜紋繩應結死結以防鬆脫，結應結於頸旁。（斜紋繩之鬆緊以可插入1到2隻手指為準）。
2. 自黏式固定帶：此固定帶可清洗-固定之鬆緊度,以二隻手指伸入之寬度。



# 長期照顧常見護理問題與照護-13

## 壓傷定義

局部組織因受長期壓力的壓迫



局部血管受壓



血流受阻



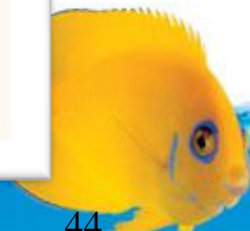
細胞缺血



組織供應氧及營養缺乏

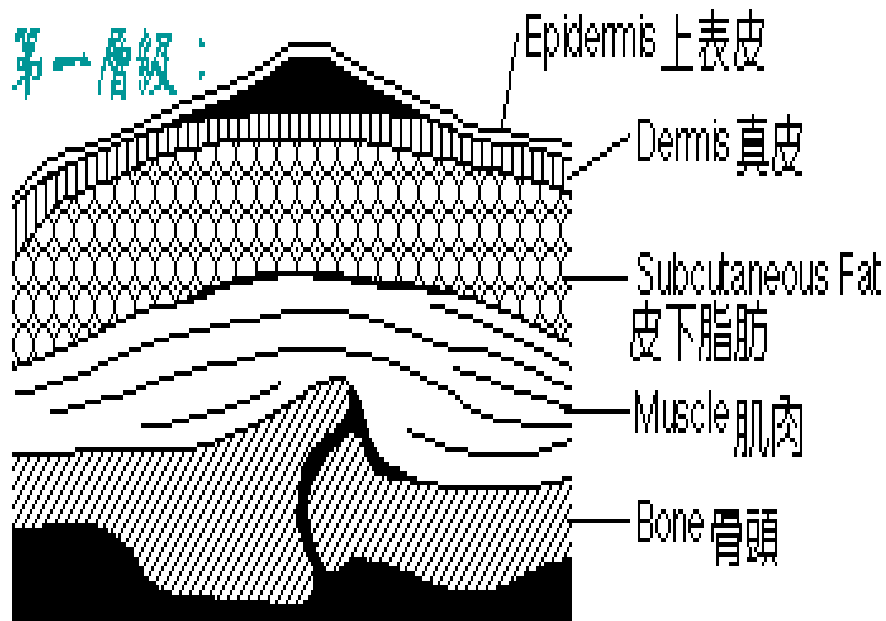


局部的細胞壞死潰瘍



# 壓傷傷口的分級<sub>-1</sub>

- 第一層級：皮膚完整沒有破損，有持續不退的紅斑印、超過三十分鐘不消退。若以指壓紅斑印移開時，紅斑印不會消退。
- 壓瘡前期，局部紅腫，但皮膚外觀仍完整。



# 壓瘡傷口的分級<sub>-2</sub>

- 第二層級：是皮膚有水泡或紅疹已經傷到真皮層。即表皮完全破損，真皮層部分破損；傷口基不呈潮濕粉紅，會有疼痛感。有時會呈現水泡性傷口。



侵犯至真皮層



# 壓瘡傷口的分級<sup>-3</sup>

- 第三層級：是指皮膚層全部受傷已經深到皮下組織或脂肪。即表皮層、真皮層及皮下組織均破損，延伸至筋膜層，有深坑，傷口基部不痛。

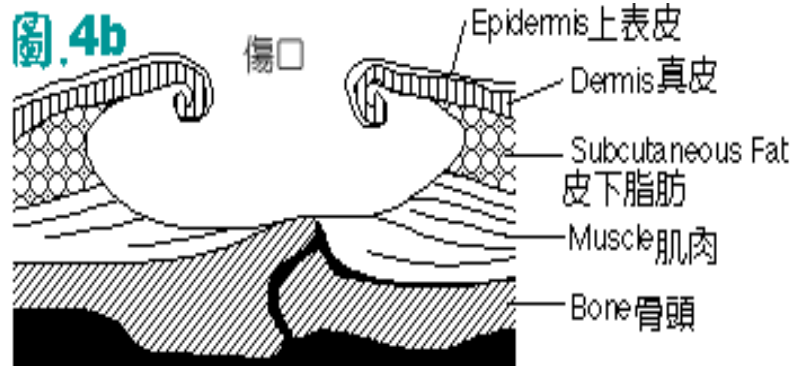
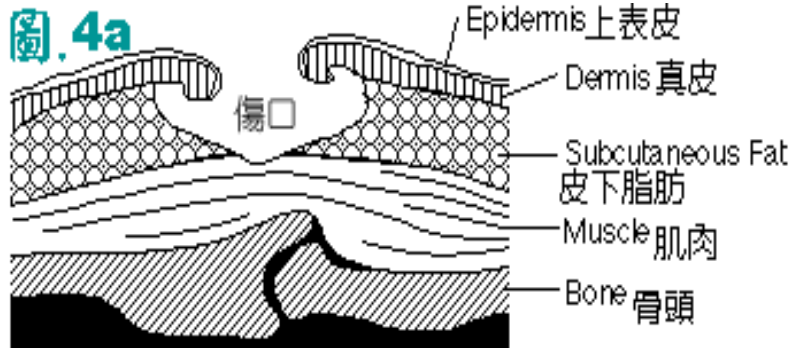


## 侵犯至皮下脂肪



# 壓瘡傷口的分級<sup>-4</sup>

- 第四層級：較第三級更深已達到肌膜、肌肉（如下圖.4a），甚至深及骨頭（如下圖.4b）。即表皮層、真皮層、皮下組織及筋膜層均受損，深至肌肉、骨頭關節處，可形成瘻管。傷口基部不痛。



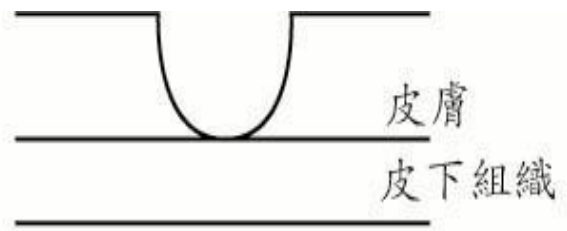
侵犯至肌肉、筋膜層、關節及骨頭



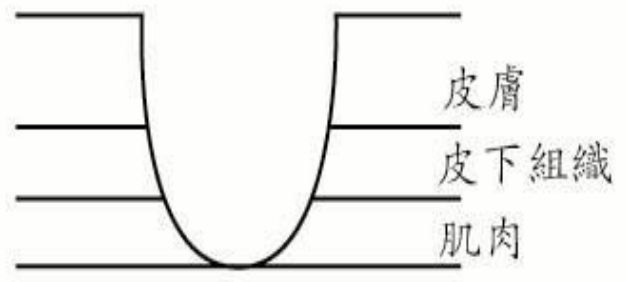
# 壓瘡發展的階段



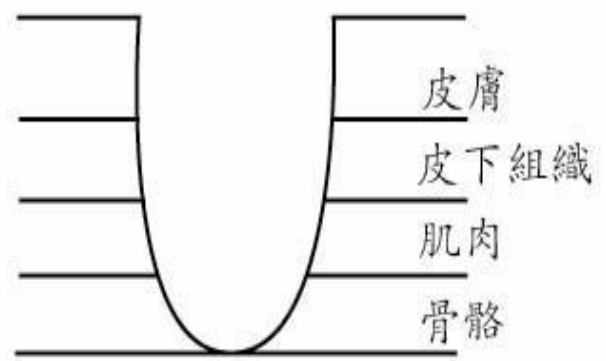
①第一階段：表皮潰瘍



②第二階段：潰瘍延伸到皮下組織



③第三階段：潰瘍延伸到肌肉組織



④第四階段：潰瘍之基底部可看到骨骼

4.0.

圖 7-32 壓瘡發展之階段

# 壓瘡傷口的處理

## ■第一級壓瘡：

- 去除壓迫，用按摩的方式促進患處的血液循環。

## ■第二級壓瘡：

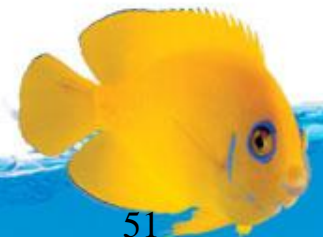
- 減少有破皮或水泡的部位皮膚受壓，並用生理食鹽水清洗傷口及保持清潔，可覆蓋膜性敷料（OP site 或 Tegarderm）。

## ■第三、四級壓瘡：

- 須用外科擴創手術來清除並將散紗弄濕填塞傷口。

# 壓瘡傷口的照顧及預防<sub>-1</sub>

- 每1-2小時更換姿位，坐著每15分鐘至20分鐘抬高屁股一次，每次抬高1分鐘。
- 因疼痛不能配合翻身，必要時給予止痛藥物使用。
- 每天早上起床和洗(擦)澡前，要檢查全身皮膚。
- 糖尿病或血液疾病等須要特別小心皮膚的照顧,小心預防外傷。
- 病患皮膚保持清潔和乾爽。
- 局部使用枕頭支托，減少皮膚磨擦。
- 給予營養攝取，包括適當的蛋白質及維生素。
- 有發紅或破皮去除造成的原因以外，依照傷口的狀況給予換藥及必要的處理。



# 壓瘡傷口的照顧及預防<sub>-2</sub>

- 執行壓瘡照護，第二級壓瘡傷口有 42% 以上病人在 30 天內癒合，而 60 天癒合的有 75%，總結部份皮層損失的第二級壓瘡傷口癒合時間平均為 8.7 – 38 天。
- 第三級及第四級的壓瘡傷口有 17% 病人在 60 天內會癒合，而第三級及第四級的壓瘡傷口有 10~40% 的病人平均癒合時間在 8 週至 10 週。



# 長期照顧常見護理問題與照護<sup>-14</sup>

## 何謂造口？

造口是因消化或泌尿系統受疾病所影響而需要用外科手術在腹做部成一個排洩孔道。

### 結腸造口：

開口處在結腸，用作排泄食物渣滓，排泄物大致上類似正常大便。

### 迴腸造口：

開口處在迴腸，排泄物較呈液狀，同時含鹽和消化酵素的量亦較多。

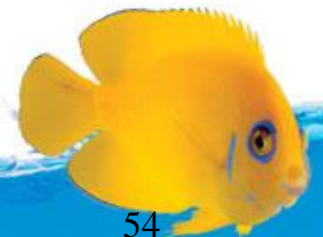
### 泌尿造口：

以輸尿管移植接駁到段一小腸(迴腸)，小腸的一端縫合後，醫生會在腹部適當的位置上開一小孔，另一端的小腸將由此小孔被拉出肚皮上，讓小便由造口排出體外。

# 造口常見的問題<sub>-1</sub>

## 皮膚紅損：

- 造口周圍的皮膚出現紅損的現象，通常都是因為造口袋或護膚膠(豬油膏)黏貼不當，有皺摺及疏漏的情形，排泄物由摺口流出刺激皮膚。
- 貼造口袋時要小心留意，要將造口袋或護膚膠裁剪至適合體形的形狀。
- 用強力溶劑或清潔液清理造口週圍皮膚，亦會令皮膚出現紅損的現象
- 如有疑問，便應請教你的造口科護理師。



# 造口常見的問題<sub>-2</sub>

## 造口出血：

造口表面有很多微絲血管，倘若在清潔過程中用力過度，很容易令微絲血管受損，導致輕微出血。這時應用清潔紙巾蓋上造口，並用指頭輕按一會，出血便會停止。如果有血從造口內部排出，則需要找造口科護理師或醫生去檢查一下。

## 腹瀉：

由於導致腹瀉的原回很多，如有腹瀉現象，還是最好盡快找醫生檢查，以便找出原因和及早給予適當的治療。

## 腸胃脹氣：

如造口袋因充氣而呈現膨脹現象，可選用適當的造口袋附件(如加過瀘碳片或開口袋)去幫助排氣。



# 造口常見的問題<sub>-3</sub>

## 便秘：

應付便秘的最佳方法是多喝水份，多進食新鮮生果，蔬菜和作適當的運動。

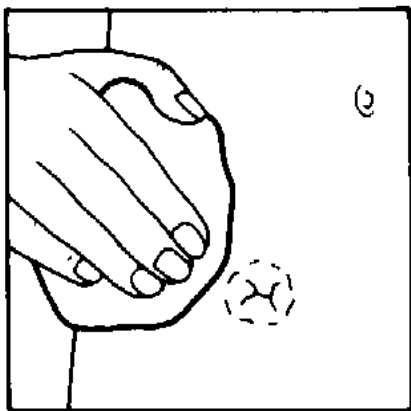
## 臭味：

在一般情形下，除了在更換便袋時，會嗅到氣味外，日常生活中若發現有氣味溢出，應檢查一下造口袋是否鬆脫了。

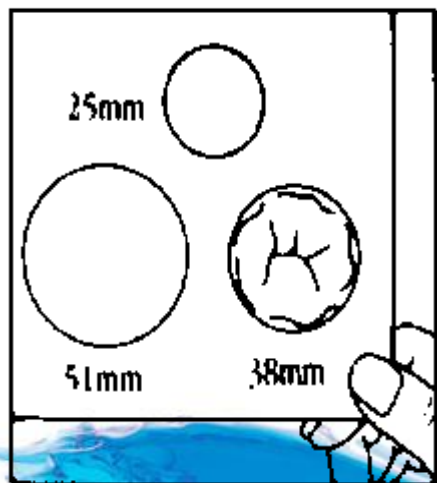


# 造口袋及皮膚的護理<sub>-1</sub>

## 造口周圍皮膚的護理和換袋程序



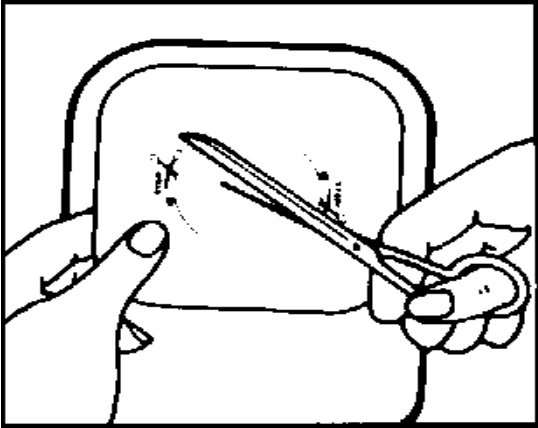
先用清水將造口周圍皮膚清洗.清洗後，要弄乾造口周圍皮膚.(如有需要，可於此時塗上皮膚藥膏)



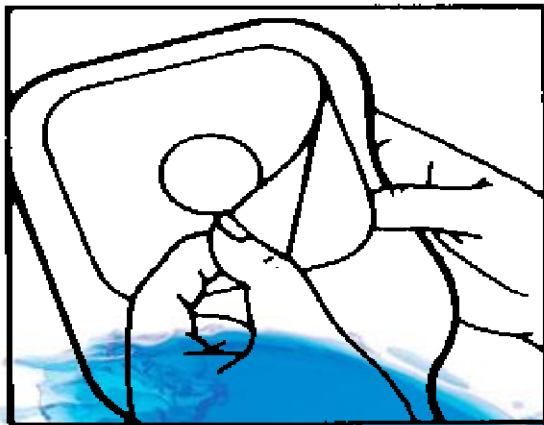
用輔助模形量度造口的大小，在造口周圍，要留有約1/8吋的空位。



# 造口袋及皮膚的護理-2



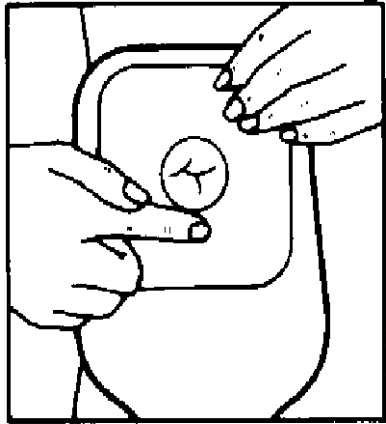
用筆在造口袋背面中央位置劃出所需的範圍.用剪刀將黏貼護膠塊剪好



將『保護膜』黏貼面上的紙撕去

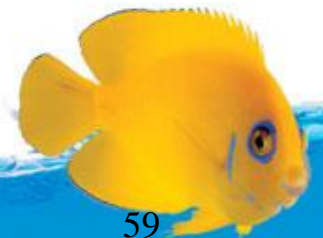


# 造口袋及皮膚的護理<sup>-3</sup>



將『保護膜』依造口位置貼下，然後用手指或棉花棒輕壓造口周圍位置，使其緊貼皮膚，然後再平伏其他部份

- 在肯定造口袋已經貼好後，可在『保護膜』四週貼上透氣膠布使『保護膜』更貼服地貼在皮膚上。



# 造口袋及皮膚的護理<sup>-4</sup>

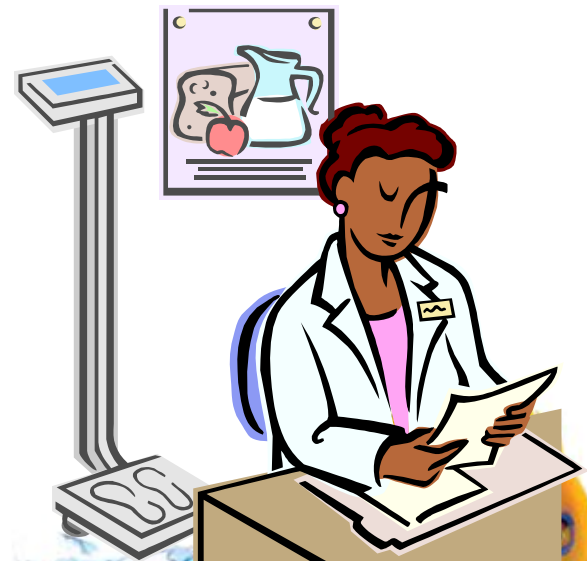
請牢記:

- 👍 如使用密口袋,應每日更換一個新的便袋。如用開口袋,則可以每隔數日才更換一新的便袋。
- 👍 經常要準備已經剪裁妥當的造口袋、紙巾或紗布以備不時之需。
- 👍 撕出新袋的保護紙,然後才使用便袋。
- 👍 更換便袋,最好在洗手間進行並將排泄物從已用的袋排出,然後才將便袋包好,放入垃圾桶。不要將便袋丟棄在廁盆內。

每次處理造口袋或排泄物後請洗手!

# 定期到造口護理師/診所覆診

- 當病人的腹部的起伏和活動改變,需要的袋也有改變。
- 沒有任何敷料可適用在任何傷口或任何人身上
- 只有以病人為中心的服務及需求，選擇最佳的處理方式及最合適的敷料



# 失禁性皮膚炎預防與照護

- 失禁性皮膚炎(incontinence-associated dermatitis, IAD) 被歸納於潮濕相關皮膚損傷 (moisture-associated skin damage, MASD) 類屬之一。
- 發生皮膚損傷原因：失禁病人的皮膚表面長時間接觸到大小便刺激物，所導致的局部皮膚發紅與炎症反應，有時甚至進一步演變成糜爛或潰瘍問題。



# 失禁性皮膚炎預防與照護

誰

容易發生失禁性皮膚炎？

有小便、或 / 和大便失禁者，若出現下列任何一種情況注意可能會發生失禁性皮膚炎。

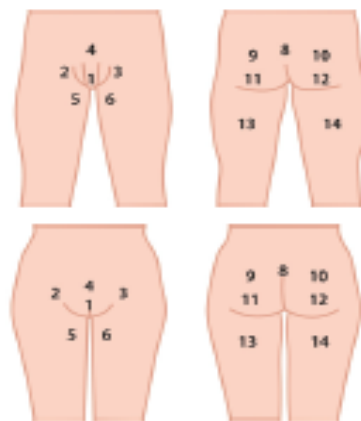
- 腹瀉
- 鬆軟便且頻繁解便
- 頻繁滲便
- 如廁能力受限或改變
- 意識或感覺障礙
- 活動能力受限
- 營養不良
- 藥物使用  
(包括：多種 / 長期抗生素  
瀉劑 利尿劑 免疫抑制劑)

何處

容易發生失禁性皮膚炎？

要看皮膚所接觸到尿液和 / 或大便的範圍與程度。有時不單只有出現在一個部位。包括：

1. 生殖器 (陰唇 / 陰囊)
2. 右側鼠蹊部
3. 左側鼠蹊部
4. 下腹部 / 恥骨上
5. 右大腿內側
6. 左大腿內側
7. 肛門周圍
8. 股溝 (雙臂之間皺褶)
9. 左上臀
10. 右上臀
11. 左下臀
12. 右下臀
13. 左大腿後側
14. 右大腿後側



# 失禁性皮膚炎預防與照護

什麼

皮膚會出現什麼樣的變化？

皮膚完整



高危癢或發紅



發紅及點狀破



皮整個脫落



念珠菌感染



病毒感染



如何

我要如何照顧皮膚？

腹瀉或  
多次滲便？

是

否

1. 皮膚清潔：依據病人舒適度選擇下列任一種（依建議強度排序）  
(1) 免沖洗清潔劑 (2) 溫水沖洗  
(3) 溫水 + pH5.5 皮膚清潔劑
2. 皮膚拭乾：使用棉質柔軟單次使用護理巾輕壓拭乾

矯正  
失禁原因

1. 每日至少一次進行皮膚清潔
2. 皮膚拭乾
3. 塗抹長效型護膚霜每 8 小時一次。或潤膚霜（依產品建議使用）

1. 不含酒精的護膚膜（同一部位重複噴 3 次），每 24 小時使用一次。或
2. 長效型護膚霜，每 8 小時一次。

1. 小範圍皮破，以不含酒精的護膚膜（同一部位重複噴 3 次），每天早晚各使用一次。或
2. 保護膏：含氧化鋅成分油膏或軟膏。（依產品建議使用）

1. 依醫囑使用抗真菌、抗病毒、抗發炎外用藥膏。最外層使用
2. 保護膏：含氧化鋅成分油膏或軟膏。（依產品建議使用）

壓瘡  
防護策略

若執行照護於 3 天後仍未改善請聯繫傷口造口護理師

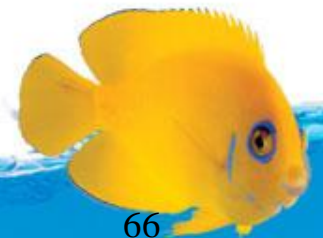
# 失禁性皮膚炎損傷嚴重程度分級

分級	分級說明	特徵	圖例
0 級	皮膚完整且無發紅 (但有 IAD 的風險)	與其他部位比較之下，皮膚正常，沒有 IAD 的跡象	
第 1 級 (輕度)	發紅 <sup>1</sup> 但皮膚完整	發紅 有 / 無水腫	
第 2 級 (中、重度)	發紅 <sup>1</sup> 合併皮膚破損	發紅 有 / 無水腫 有 / 無小水泡 / 大水泡 / 糜爛 有 / 無皮膚剝落 有 / 無皮膚感染	

註<sup>1</sup> 膚色較深者，局部損傷的皮膚顏色可能變淺、變深、紫色、深紅色或黃色。

# 醫療黏性產品相關皮膚損傷照護

- 醫療黏性產品相關皮膚損傷(Medical Adhesive Related Skin Injuries, MARSI) , 根據研究發現機構內醫療膠帶造成皮膚損傷率為15.5% , 而每日臨床護理工作中 , 使用醫療黏性產品固定管路又是治療必須的治療行為 , 故認識MARSI與認知如何預防為重要的臨床議題。

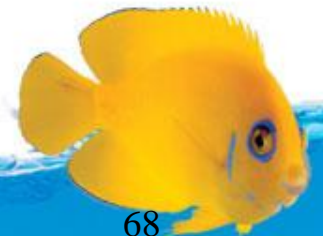


# 常見MARSI種類

- 第一：**皮膚脫皮**(Skin Stripping)，造成原因為反覆黏貼敷料，造成皮膚表皮分層，或只是表皮或真皮分離，而皮膚發亮為其典型症狀
- 第二：**張力性水泡**(Tension Blister)，水泡通常發生於膠帶邊緣，成因為黏貼敷料時，延展敷料時剪力造成表皮與真皮分離
- 第三：**為接觸性皮膚炎**(Irritant Contact Dermatitis)，又可稱為非過敏性皮膚炎，通常成因為未待消毒劑乾燥完全，就黏貼敷料造成；
- 第四：**過敏性皮膚炎**(Allergic Contact Dermatitis)，則為免疫調節的過敏反應，需要藉由皮膚科診斷確認，臨床較少見。

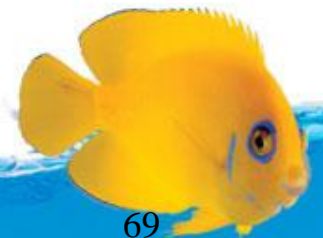
# 預防方式

- **第一選擇合適的膠帶**：膠帶選擇方面，針對皮膚脆弱病人可以選擇溫和剝離矽膠帶，減少角質層破壞，減少損傷發生情形
- **第二適當的皮膚準備**：皮膚準備方面，可在使用黏性產品前，使用無痛保膚膜於病人皮膚，在黏貼敷料，減少皮膚脫皮損傷發生
- **第三正確的黏貼與移除**。黏貼時避免延伸膠帶黏貼，造成張力性傷害，移除時，應採低角度緩慢移除法，移除時用另一隻手指支撐病人皮膚，可減少疼痛不適，與減少損傷發生機率。



# 扶抱及位置轉移

- 在協助長者日常生活的起居活動，例如起床、過輪椅、上廁所等，若扶抱及位置轉移的方法不正確，可導致受傷。所以，護老者須使用正確的扶抱及位置轉移技巧；這樣，不但能減低重複性勞損和受傷，更能令長者在轉移過程中有安全感，確保轉移過程能順利及安全地進行



## • 預備功夫莫草率

### 原則(一) 事前準備

- 瞭解長者的情況及能力，計劃所需要給予的協助
- 確保環境安全
- 適當地放置用具，例如椅子或輪椅，並把輪椅鎖好

### 原則(二) 向長者解釋、提供指導，以取得合作

向長者解釋有關步驟，以取得長者的參與和配合



## •挺腰收腹姿勢足



### 原則(三) 保持正確姿勢

- 保持挺腰姿勢，收緊腹部肌肉，令肌肉結實以作腰部的保護  
曲膝並紮穩馬步

## •緊抱長者盡靠近

### 原則(四)緊抱長者

- 保持挺腰姿勢，收緊腹部肌肉，令肌肉結實以作腰部的保護  
曲膝並紮穩馬步

### 原則(五)儘量靠近長者

- 儘量靠近長者而減輕腰背的負荷



## • 紮馬下肢好發力

### 原則(六)腳指向目的地並以下肢發力

- 其中一隻腳的腳尖要指向目的地，有助護老者能正確地轉移重心
- 以下肢發力，從而減輕腰背的負荷



## • 一人號令合作佳

### 原則(七)一人發號施令

- 需要時請找家人、同事、朋友或其他協助，並由其中一人發號
- 避免因不合拍而導致勞損或受傷



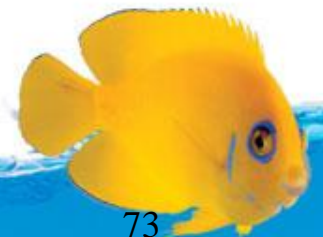
## •量力而為勿勉強



### 原則(八)可利用輔具器具

- 其中適當使用合適的起重器或輔助轉移器，避免勞損或受傷

謹記以上要訣並靈活運用，根據不同環境和情況作出合適的應變，可使位置轉移過程順利並確保長者及照護者的安全。如有任何扶抱技巧應用上的疑問，可向物理治療師或其他醫護人員查詢。





恭喜你！下課了！





感 謝 聆 聽

