

# 澳門社區 家居護理技術指南

(第二版)



澳門鏡湖護理學院  
KIANG WU NURSING COLLEGE OF MACAU



澳門工會聯合總會

Federação das Associações dos Operários de Macau

# 澳門社區家居護理技術指南

第二版



澳門工會聯合總會工人醫療所家居護理服務隊 合編

資助：澳門基金會

# 澳門社區家居護理技術指南

## 第二版

主審：尹一橋、梁玉華

主編：王思琛、朱明霞

副主編：張雲、許璇珊、溫慕雅

編委（以姓氏筆劃為序）

澳門鏡湖護理學院：

王思琛

朱明霞

江夏

余浩斌

張雲

莫雪滢

黃潤洪

澳門工會聯合總會工人醫療所家居護理服務隊：

邱玉英

許璇珊

黃俊毅

溫慕雅

編寫秘書：江夏、余浩斌

美術設計：林漢中

資助：澳門基金會

出版：澳門鏡湖護理學院

版權：澳門鏡湖護理學院

印刷：匯豐印務（澳門）

印次：2026年06月第一次印刷

發行數量：200冊（非賣品）

ISBN 978-99981-881-4-3 (平裝)

ISBN 978-99981-881-5-0 (PDF)

版權所有，翻印必究

出版日期：2026年06月

# 前言

隨著澳門社區居家護理需求的持續增長，特別是慢性病與高齡照護的挑戰日益凸顯，護理人員亟需一套結合本土實務與國際標準的技術指引。「澳門社區家居護理技術指南」第二版基於「澳門社區家居護理支持之行動研究」及「澳門家居照顧者社區資源可及性的混合研究」成果，在「澳門家居護理技術指南」第一版的基礎上針對實務挑戰進行系統化整理與實證轉化。本次修訂版進一步聚焦於提升專業化、標準化與可操作性，以更好地應對護理現場實務工作的多樣需求。

「澳門社區家居護理技術指南」第二版修訂內容聚焦三大重點：首先，在感染控制與傳染病預防方面，新增常見家居不同種類疾病的分級防護指引，並結合家居環境限制完善消毒與廢棄物處置規範，同時提供標準化的照顧者宣教流程；其次，在專業技術深化上，針對傷口護理、胃管與尿管照護、氣管切開管理等高頻技術難點，提供圖文化操作流程與風險決策工具，並增列家屬協作指引以強化家庭支持；最後，在特殊人群與情境護理方面，新增失智症患者行為問題處置與家居安寧療護的跨專業協作流程，同時探索 AI 技術在家居護理中的應用潛力，力求全面提升照護成效與專業化水平。

本指南將以動態修正為核心，未來將通過線上平台蒐集實務反饋，擬結合醫療政策與科技發展進行定期更新。我們希望此指南不僅是護理人員的工具，更能成為推動社區居家護理專業化與均質化的基石之一，攜手各界，共築可持續的居家照護系統。

# 目錄

<b>第一部分：居家護理核心技術.....</b>	<b>1</b>
感染控制和傳染病預防指引 .....	1
一、 傳染病概述.....	1
二、 控制傳染病的原則 .....	2
三、 家居護理中常見的傳染病.....	3
四、 傳染病預防措施 .....	5
五、 居家環境消毒流程 .....	10
六、 家居醫療廢棄物處置規範.....	13
七、 標準預防中照顧者宣教指引 .....	15
八、 家居護理環境限制及設定指引 .....	18
家居傷口護理 .....	21
一、 傷口概述.....	21
二、 傷口分類.....	21
三、 傷口的評估與護理 .....	22
失禁性皮膚炎護理 .....	32
一、 失禁性皮膚炎的成因.....	32
二、 失禁性皮膚炎嚴重度分級工具 .....	32
三、 失禁性皮膚炎的預防與處置.....	33
家居胃管護理 .....	34
一、 鼻胃管置入.....	34
二、 如何指導家人確認胃管及鼻飼 .....	35
三、 居家鼻胃管護理：鼻胃管日常照護 .....	37
家居胃造瘻護理 .....	39
一、 胃造瘻的基本認識與適用對象 .....	39
二、 日常護理操作指引 .....	39
三、 常見併發症的識別與處理.....	41
四、 心理支持與延續性護理.....	41
五、 何時需要尋求醫療協助.....	42
家居腸造瘻護理 .....	43
一、 腸造瘻的基本認識與日常護理 .....	43
二、 常見併發症的預防與處理.....	43
三、 心理支持與生活質量提升.....	44
四、 資源利用與延續性護理.....	44
尿路重建術後個案居家護理指引 .....	46

一、 尿路重建的基本認識與日常護理 .....	46
二、 常見併發症的預防與處理 .....	47
三、 心理支持與生活質素提升 .....	47
四、 資源利用與何時尋求幫助 .....	48
家居尿管護理 .....	49
一、 評估及準備 .....	49
二、 操作過程 .....	49
三、 導尿管維護及健康教育 .....	51
四、 導尿管感染監測 .....	52
五、 家居護理人員如何預防 CAUTI? .....	54
居家氣管切開護理 .....	55
一、 評估及準備 .....	55
二、 操作過程 .....	55
三、 氣切造口照護注意事項 .....	56
四、 氣管切口的異常狀況及處理 .....	56
五、 監測與紀錄 .....	57
六、 氣切管緊急事件應變流程 .....	58
家居藥物注射（肌肉注射、皮下注射） .....	60
一、 評估及準備 .....	60
二、 操作過程 .....	60
三、 家居注射的附加建議 .....	62
家居抽血指引 .....	63
一、 評估及準備 .....	63
二、 操作過程 .....	64
三、 抽血後指導與不良反應管理 .....	65
四、 家居抽血的附加建議 .....	65
<b>第二部分：特殊人群與情境護理 .....</b>	<b>67</b>
認知障礙行為問題介入策略（非藥物療法） .....	67
一、 認知障礙相關的評估工具 .....	69
二、 輕度認知障礙的行為問題介入策略（非藥物療法） .....	76
三、 失智症人士的行為與心理症狀處置指引 .....	76
人工智能（Artificial Intelligence, AI）在家居護理中的應用及展望 .....	80
一、 當前應用：AI 技術在家居護理中的實踐 .....	80
二、 挑戰與建議 .....	80
三、 未來展望 .....	80
家居安寧療護指南 .....	82

一、 居家安寧療護評估 .....	82
二、 居家安寧護理疼痛管理指引 .....	85
<b>第三部分： 家居照顧者賦能 .....</b>	<b>89</b>
家居護士溝通技巧、心理護理及個人安全指引 .....	89
一、 溝通技巧 .....	89
二、 心理護理 .....	90
三、 個人安全 .....	90
家居護士自我調適指引：壓力管理與心理健康策略 .....	91
一、 識別情緒與正視壓力 .....	91
二、 有效的情緒管理技巧 .....	91
三、 建立健康的自我照顧習慣 .....	91
四、 尋求支持與建立邊界 .....	92
五、 利用專業資源與持續學習 .....	92
家居護士如何指導家居照顧者進行自我調適：策略與支持 .....	93
一、 家居照顧者的壓力與挑戰 .....	93
二、 自我調適指引：壓力識別與情緒管理 .....	93
三、 自我調適指引：健康生活與自我照顧 .....	94
四、 建立支持系統與尋求資源 .....	94
五、 照顧自己是照顧他人的前提 .....	95
參考文獻 .....	96

# 第一部分：居家護理核心技術

## 感染控制和傳染病預防指引

本章節參考了澳門特別行政區政府衛生局出版的《社會服務設施傳染病預防指引》內容，並結合世界衛生組織（WHO）和美國疾病控制與預防中心（CDC）的最新指引，為家居護理人員提供實用、循證的感染控制和傳染病預防建議。

### 一、傳染病概述

#### 1.1 什麼是傳染病？

根據世界衛生組織（WHO）和美國疾病控制與預防中心（CDC）的定義，傳染病是由病原微生物（如細菌、病毒、真菌和寄生蟲）引起的疾病，這些病原體可在人與人之間、動物與人之間，或通過被污染的環境進行傳播。某些傳染病還可能由病原體產生的毒素引發。

傳染病的特徵在於其傳播性，即病原體從傳染源經特定途徑傳播至易感者的能力，並可能導致局部暴發或全球大流行（如新冠肺炎）。傳播方式包括直接接觸、空氣或飛沫、污染的食物和水源，以及通過病媒（如蚊蟲）傳播。

#### 1.2 傳染病的三個環節

傳染病的傳播通常涉及三個核心環節：傳染源、傳播途徑和易感者（宿主）。

##### (1) 傳染源

傳染源是病原體的來源，指病原體已在其體內繁殖並能排出至外界的生物體。常見傳染源包括：

- ◆ 病者：如麻疹患者。
- ◆ 隱性感者：如新冠肺炎無症狀感染者。
- ◆ 病原攜帶者：如甲型肝炎攜帶者。
- ◆ 受感染的動物：如帶有狂犬病病毒的犬隻。

控制措施：早期診斷、隔離和治療是切斷傳播鏈的重要步驟。

##### (2) 傳播途徑

病原體由傳染源傳播至易感者的方式，包括：

- ◆ 直接接觸傳播（如皮膚接觸或接觸患者體液）。
- ◆ 間接接觸傳播（如接觸被污染的物品）。
- ◆ 飛沫傳播（如咳嗽或打噴嚏產生的飛沫）。
- ◆ 空氣傳播（如吸入懸浮在空氣中的病原體）。
- ◆ 食物或水傳播（如攝入被病原體污染的食物或水）。

◆ **病媒傳播**（如蚊蟲叮咬傳播登革熱）。

### (3) 易感者（宿主）

易感者是對某些病原體缺乏免疫力或防禦能力的人群，主要包括：

- ◆ **嬰幼兒**：免疫系統尚未完全發育。
- ◆ **老年人**：免疫功能下降。
- ◆ **慢性病患者**：如糖尿病或免疫缺陷者。
- ◆ **未接種疫苗者**。

控制措施：以疫苗接種和健康促進（如均衡飲食、適量運動）增強免疫力。

### 1.3 何謂傳染病爆發？

傳染病爆發是指在特定時間和地點，某種傳染病的病例數明顯高於正常預期。例如：

- ◆ **流行性感冒爆發**：冬春季常見。
- ◆ **腸胃炎爆發**：如由諾如病毒引發。

應對措施：及時報告公共衛生部門，並採取隔離、環境清潔等干預行動。

## 二、控制傳染病的原則

傳染病的傳播需要具備病原體、傳染源、傳播途徑和易感者四個條件。控制傳播需針對這些因素進行干預。

傳染因素	控制原則
病原體	使用適當的消毒劑（如含氯消毒劑）清除病原體；清潔高頻接觸表面。
傳染源	對患者進行早期診斷、隔離和治療；清理病媒滋生地（如積水）。
傳播途徑	實施正確的手部衛生和環境清潔；在護理患者時佩戴個人防護裝備（PPE）。
易感者	增強免疫力（如健康飲食、運動）；為高風險人群（如老年人）接種疫苗。

## 三、家居護理中常見的傳染病

家居護理環境中，由於服務使用者（如老年人、慢性病患者等）免疫系統較弱，傳染病的風險相對較高。以下是家居護理中常見的傳染病：

### 3.1 呼吸道傳染病

疾病種類	病原體	傳播途徑	病徵	預防方法
普通感冒	鼻病毒、冠狀病毒、副流感病毒等	飛沫、接觸染有病原體的物品或手接觸口鼻黏膜	咽喉痛、流涕、鼻塞、咳嗽、低熱	保持室內通風；經常洗手；咳嗽或打噴嚏時掩住口鼻；妥善處理口鼻分泌物；增強免疫力（如健康飲食與充足睡眠）。
流行性感冒	流感病毒	飛沫、接觸染有病原體的物品或手接觸口鼻黏膜	突發高熱、頭痛、全身乏力、肌肉痛、咳嗽	每年接種流感疫苗；保持室內通風；經常洗手；流感季節避免前往人群密集場所。
肺結核	結核桿菌	空氣傳播（飛沫核懸浮於空氣中長時間漂浮）	長期咳嗽（超過三週）、痰中帶血、胸痛、夜間盜汗	保持空氣流通；避免隨地吐痰；疑似患者應及時就診並接受抗結核治療；高危人群（如密切接觸者）應接受篩查。
新冠肺炎（COVID-19）	新型冠狀病毒（SARS-CoV-2）	飛沫、空氣（氣溶膠）、接觸傳播	發熱、乾咳、乏力，嚴重者可出現呼吸困難	正確佩戴口罩；保持手部衛生；保持社交距離；接種新冠疫苗；對高頻接觸表面（如門把）進行定期消毒。

### 3.2 腸道傳染病

疾病種類	病原體	傳播途徑	病徵	預防方法
腸病毒感冒	腸病毒	食物、水、接觸污染物或飛沫	發熱、口腔及四肢紅疹或水疱，可能伴隨腹瀉	維持手部衛生；清潔玩具、桌椅等物品；感染者應避免接觸他人，直至完全康復；妥善處理患者的排泄物及污染物。
細菌性腸炎（如沙門氏菌感染）	沙門氏菌	食物或水的污染，接觸患者排泄物	腹瀉、腹痛、噁心、嘔吐，嚴重者可引發脫水	確保食品徹底煮熟；避免交叉污染（如生熟分開處理食物）；飲用安全的飲用水；處理患者的排泄物時戴手套並進行手部清潔。
諾如病毒感冒	諾如病毒	食物、水或接觸患者嘔吐物、排泄物	嚴重嘔吐、腹瀉、輕微發熱、腹痛	加強環境清潔（如使用含氯消毒劑清潔嘔吐物）；強調洗手的重要性；患者應隔離直至症狀完全消失。

### 3.3 皮膚及黏膜感染

疾病種類	病原體	傳播途徑	病徵	預防方法
水痘	水痘-帶狀皰疹病毒	空氣、飛沫、接觸患者皮疹	發熱、水疹，伴隨瘙癢感	接種水痘疫苗；避免接觸感染者；保持環境清潔和空氣流

疾病種類	病原體	傳播途徑	病徵	預防方法
		或水疱液		通；感染者應隔離至皮疹完全結痂。
疥瘡	疥蟲	直接接觸患者皮膚或接觸污染物品（如衣物、床單）	強烈瘙癢（特別是夜間）、皮膚丘疹	避免與感染者皮膚接觸；感染者的衣物和床單應高溫清洗；接觸感染者時佩戴手套並進行手部清潔。
頭蝨	頭蝨	接觸感染者的頭髮或共享梳子、帽子等物品	頭皮瘙癢，頭髮根部可見頭蝨卵	避免與感染者密切接觸；梳子、帽子等個人物品應避免共用；感染者的衣物應高溫清洗。

### 3.4 血液及體液傳播疾病

疾病種類	病原體	傳播途徑	病徵	預防方法
乙型肝炎	乙型肝炎病毒（HBV）	血液、性接觸、母嬰垂直傳播	黃疸、疲倦、食慾減退、肝臟腫大	接種乙型肝炎疫苗；避免共用針具；妥善處理血液污染物；孕婦應接受乙型肝炎篩查並注射免疫球蛋白（HBIG）。
愛滋病（HIV 感染）	人類免疫缺陷病毒（HIV）	血液、性接觸、母嬰垂直傳播	免疫系統受損，易感染其他疾病	使用安全注射器具；感染者應接受抗逆轉錄病毒治療；避免不安全性行為；加強患者的心理支持和護理環境安全。

### 3.5 病媒傳播疾病

疾病種類	病原體	傳播途徑	病徵	預防方法
登革熱	登革熱病毒	病媒（帶病毒的伊蚊叮咬）	發熱、頭痛、後眼窩痛、肌肉及關節痛、皮疹	清除積水，減少蚊媒滋生地；使用驅蚊劑或蚊帳；避免蚊蟲活躍時段外出（如清晨、黃昏）。
瘧疾	瘧原蟲	病媒（帶寄生蟲的按蚊叮咬）	周期性發冷、發熱、出汗、貧血	使用蚊帳或驅蚊劑；在瘧疾高發地區進行預防性抗瘧治療；旅行前接種相關疫苗或藥物。

## 四、傳染病預防措施

家居護理環境中，傳染病的預防措施是一項核心工作，尤其是在護理免疫力低下的患者（如老年人、慢性病患者）時，應確保環境的清潔與護理流程的規範化。本節將詳細介紹標準預防措施的具體應用，以指導護理人員有效減少傳染病的風險。

### 4.1 標準預防措施

標準預防措施是防止病原體傳播的基礎手段，適用於所有護理情境，無論服務使用者是否有傳染病徵狀。當護理人員可能接觸血液、體液、嘔吐物、排泄物、痰液、傷口或黏膜時，必須嚴格執行以下標準預防措施：

#### (1) 手部衛生

手部衛生是最基本且最重要的感染控制措施，能有效阻斷病原體的傳播。

##### ➤ 潔手選擇：

- ◆ 洗手：適用於手上有明顯污垢，或接觸高風險污染物（如排泄物）後。
- ◆ 酒精搓手液：適用於手上無明顯污垢時，使用含 75% 酒精的搓手液搓擦雙手至少 20~30 秒。

##### ➤ 正確洗手程序：

- ◆ 濕潤雙手；
- ◆ 加入皂液，揉搓至起泡；
- ◆ 用至少 20 秒清潔手掌、手背、指縫、指尖、指甲及手腕；
- ◆ 用清水徹底沖洗雙手；
- ◆ 用抹手紙擦乾雙手，避免使用公共毛巾；
- ◆ 用抹手紙關閉水龍頭，或用清水沖洗水龍頭後再關閉。

➤**注意事項：**

- ◆ 戴手套不能取代正確洗手；
- ◆ 不同患者或護理對象之間，必須進行潔手；
- ◆ 手部有傷口時，應包裹後才能接觸患者。

**(2) 清潔與消毒污染物品**

對於家居護理環境中可能被污染的物品，應採取適當的清潔與消毒措施。

➤**污染處理原則：**

- ◆ 避免直接接觸污染物，使用一次性手套與抹布；
- ◆ 先清除可見污染物，再進行全面消毒。

➤**消毒流程：**

- ◆ 使用含有效氯濃度的消毒劑（如 1:100 稀釋漂白水）處理污染物；
- ◆ 靜置至少 10-30 分鐘以發揮消毒作用；
- ◆ 用清水清洗物品或表面，並晾乾。

➤**特殊處理：**

- ◆ 對於金屬物品或電子儀器，使用 75% 酒精擦拭以消毒；
- ◆ 某些敏感物品需根據製造商建議選用適當的消毒方法。

**(3) 利器處理**

護理過程中使用的利器（如針頭、注射器）應妥善處理，避免針刺傷或交叉感染。

➤**安全使用原則：**

- ◆ 使用後的針頭一般不應回套；如必須回套，採用單手回套法或機械輔助；
- ◆ 使用過的利器應立即丟入專用的黃色利器箱。

➤**注意事項：**

- ◆ 利器箱應保持乾燥，當填充至 3/4 容量時應妥善處理，由專業廢物處理機構收集；
- ◆ 禁止將手伸入利器箱，或試圖重開利器箱。

**(4) 廢物處理**

家居護理中的廢物應根據性質進行分類處理。

➤**分類處理：**

- ◆ 醫療廢物（如血液污染紗布、使用過的尿管）：使用黃色垃圾袋，並與一般廢物分開存放；
- ◆ 一般廢物：放置於有蓋垃圾桶內，垃圾桶內需放置膠袋隔離。

➤**清潔垃圾桶：**

- ◆ 使用含有效氯濃度的消毒劑（如 1:100 稀釋漂白水）清潔垃圾桶內外；
- ◆ 靜置 30 分鐘；

- ◆ 用清水沖洗並晾乾垃圾桶。

### **(5) 個人防護裝備 (PPE)**

護理人員應根據護理風險選擇適當的防護裝備，以減少暴露於病原體的風險。

#### **▶ 手套：**

- ◆ 接觸血液、體液、分泌物、排泄物時必須佩戴；
- ◆ 每次護理完成後應立即脫下手套，並進行潔手；
- ◆ 手套不得重複使用。

#### **▶ 外科口罩：**

- ◆ 照顧有呼吸道感染徵狀者或進行高風險操作時必須佩戴；
- ◆ 口罩應正確覆蓋口鼻，避免觸摸外層表面。

#### **▶ 保護衣：**

- ◆ 處理可能產生飛濺或接觸污染物的操作時應穿著；
- ◆ 污染後應立即更換，脫下後需進行潔手。

#### **▶ 眼罩及面罩：**

- ◆ 進行可能導致血液或體液飛濺的操作時使用（如插管、吸痰）。

#### **▶ 其他裝備（如鞋套、頭套）：**

- ◆ 適用於高風險操作（如大面積污染處理）。

## **4.2 疑似傳染病爆發的應對**

當家居護理中出現疑似傳染病爆發的情況時，應及時採取以下措施：

### **(1) 立即隔離患者：**

- ◆ 對於出現發熱、咳嗽等徵狀的患者，應安排其單獨居住並佩戴外科口罩；

### **(2) 通知相關部門：**

- ◆ 主動向衛生部門報告病例情況，並遵循其指導進行管理；

### **(3) 加強環境清潔與消毒：**

- ◆ 增加高頻接觸表面（如門把、床欄）的清潔頻率；

### **(4) 暫停集體活動：**

- ◆ 如患者狀況特殊，應暫停家庭聚會或探訪活動，避免交叉感染；

### **(5) 健康監測：**

- ◆ 每日記錄患者及護理人員的健康狀況，並及時就醫。

透過以上系統化的防控措施，家居護理人員能更有效地應對日常護理中可能遇到的傳染病風險，從而保障服務使用者與自身的健康安全。

### 4.3 呼吸道傳染病、消化道等常見居家分級防護指引

針對常見的呼吸道和消化道傳染病，以及愛滋病毒感染者的家庭防護需求，制定分級防護指引，旨在控制傳染源、切斷傳播途徑，並保護患者和家庭成員的健康。分級防護根據疾病的傳播途徑和風險等級，提供不同層次的防護措施。

#### (1) 一般防護（適用於無症狀或低風險接觸者）

##### ➤ 手部衛生：

- ◆ 經常使用肥皂和清水洗手，或使用含酒精濃度 75% 的手部消毒劑。
- ◆ 洗手關鍵時機：接觸患者或其物品後、進食前、如廁後。

##### ➤ 環境清潔與消毒：

- ◆ 每日用含氯消毒劑（0.1% 的次氯酸鈉溶液；即 1:50 稀釋漂白水）擦拭門把手、桌面、手機等高頻接觸表面。
- ◆ 保持房間通風，每天開窗通風 2-3 次，每次不少於 30 分鐘。

##### ➤ 個人防護：

- ◆ 照顧患者時，佩戴醫用口罩或以上級別的防護口罩。
- ◆ 使用一次性手套處理患者分泌物、排泄物或污染物品。

##### ➤ 患者的物品管理：

- ◆ 患者的毛巾、床單、衣物應單獨清洗，並在 60°C 以上水溫下消毒。

#### (2) 加強防護（適用於中高風險情境或有傳染症狀患者，專業醫生評估可在家隔離者）

##### ➤ 呼吸道傳染病（COVID-19、流感、TB）：

- ◆ 隔離環境設置：患者應單獨居住在通風良好的房間，避免與其他家庭成員共用空間（如衛生間）。
- ◆ 飛沫控制：患者應佩戴醫用口罩，尤其在與其他家庭成員接觸時；鼓勵患者進行咳嗽禮儀（用紙巾或手肘遮擋口鼻）。
- ◆ 家庭成員保護：照顧患者的家庭成員應佩戴 N95 口罩和防護手套，避免正面接觸飛沫；避免 12 歲以下兒童和免疫功能低下者接近患者。

##### ➤ 消化道傳染病（如諾如病毒）：

- ◆ 排泄物處理：使用一次性容器或袋子處理患者的糞便和嘔吐物，並及時用含氯消毒劑（0.5% 的次氯酸鈉溶液；即 1:100 稀釋漂白水）消毒污染區域。
- ◆ 餐具管理：患者的餐具應單獨使用，使用後用熱水和洗滌劑徹底清洗。
- ◆ 手部衛生強化：確保患者用後的衛生間及時清潔，並用含氯消毒劑擦拭。

➤ **愛滋病毒感染（HIV）：**

- ◆ 避免體液接觸：照顧者應避免直接接觸患者的血液、傷口滲出物或其他體液，必要時佩戴手套。
- ◆ 銳器處理：使用後的針頭、刀片等銳器應放置於專用銳器盒內，並交由專業機構處置。
- ◆ 日常接觸無需特殊防護：愛滋病毒不會通過握手、擁抱或共用洗手間等日常行為傳播，消除對患者的歧視和誤解。

**(3) 高級防護（適用於高度傳染性疾病或重症患者）**

如患者病情惡化或家庭護理條件有限，應及時聯繫醫療機構，將患者轉送至醫院進行專業隔離治療。

**4.4 照顧者的防護與健康管理**

**(1) 健康監測：**

- ◆ 照顧者應每日進行體溫測量，並留意是否出現發熱、咳嗽、腹瀉等症狀。
- ◆ 如出現症狀，應立即停止照顧工作，並進行健康檢查。

**(2) 心理支持：**

- ◆ 長期護理可能導致心理壓力，照顧者應注意自我調適，並尋求專業心理支持。

**(3) 疫苗接種：**

- ◆ 建議照顧者接種相關疫苗（如流感疫苗、結核疫苗），增強自身免疫力。

## 4.5 防護誤區與糾正

**(1) 誤區：未出現症狀時不進行防護。**

◆ 糾正：無症狀患者或潛伏期內仍可能傳播病毒，應始終遵循標準預防措施。

**(2) 誤區：過度使用消毒劑。**

◆ 糾正：過量使用消毒劑可能刺激呼吸道，應按推薦濃度使用，並保持通風。

**(3) 誤區：對愛滋患者過度隔離。**

◆ 糾正：愛滋病毒不通過日常接觸傳播，應避免不必要的隔離和歧視。

呼吸道傳染病、消化道傳染病及愛滋病毒感染患者的居家防護需根據傳染途徑和風險等級採取分級措施。通過合理的環境設置和個人防護，可有效預防疾病的傳播，保障患者和家庭成員的健康。

## 五、居家環境消毒流程

為有效預防傳染病的傳播，居家環境的清潔和消毒是至關重要的環節。根據 WHO 和 CDC 的建議，居家環境的消毒應遵循以下步驟與原則，特別針對高頻接觸的表面和可能受到污染的區域進行處理。

### 5.1 環境消毒的基本原則

**(1) 針對性清潔與消毒：**

- ◆ 首先進行清潔，去除污垢和灰塵，再進行消毒。清潔可使用普通清潔劑，消毒則需選擇有效的消毒產品（如含氯消毒劑或酒精溶液）。
- ◆ 將注意力集中於高頻接觸的表面，包括門把手、電燈開關、桌椅表面、廚房和衛生間的檯面等。

**(2) 選擇適當的消毒劑：**

- ◆ 含氯消毒劑（如家用漂白水）：有效濃度為 0.1% 次氯酸鈉溶液（1000ppm；即 1:50 稀釋漂白水）。
- ◆ 75% 濃度的酒精溶液適用於小型物品表面（如手機、鍵盤等）。
- ◆ 確保消毒劑與表面材料相容，避免損壞物品。

**(3) 佩戴防護用品：**

- ◆ 在進行清潔和消毒時，應佩戴一次性手套。如有可能，佩戴口罩以避免吸入氣溶膠。

**(4) 保持通風：**

- ◆ 在清潔和消毒過程中，保持房間的通風狀態，避免吸入過量的化學氣味。

### (5) 注意垃圾處理：

- ◆ 將清理過程中產生的垃圾（如清潔抹布、一次性手套）妥善包裝後丟棄，並立即洗手。

## 5.2 居家消毒的具體流程

### (1) 準備階段

- ◆ 準備清潔工具：抹布、拖把、清潔劑、消毒劑（如漂白水或酒精溶液）。
- ◆ 確保環境通風良好，並移除不必要的雜物。
- ◆ 穿戴個人防護用品：一次性手套、口罩，必要時穿圍裙。

### (2) 清潔步驟

#### ➤ 清除污垢和灰塵：

- ◆ 使用溫肥皂水或一般清潔劑，清潔表面以去除有機物和污垢。
- ◆ 對地板、桌面等大面積區域，使用拖把或抹布進行清潔，確保沒有殘留物。

#### ➤ 沖洗與乾燥：

- ◆ 用乾淨的水沖洗，然後用乾布或紙巾擦乾表面，避免留下水漬。

### (3) 消毒步驟

#### ➤ 配置消毒液：

- ◆ 含氯消毒劑（如 0.1% 的次氯酸鈉溶液）：按 1:50 的比例（即 1 份 5% 濃度漂白水對 49 份清水）稀釋。
- ◆ 酒精溶液：選擇濃度為 75% 的醫用酒精。

#### ➤ 高頻接觸區域的消毒：

- ◆ 使用乾淨的抹布或消毒紙巾，擦拭門把手、電燈開關、桌面、椅背、電器按鍵等高頻接觸區域。
- ◆ 消毒後，讓表面自然風乾，避免用未消毒的布擦拭。

#### ➤ 衛生間和廚房的消毒：

- ◆ 衛生間：重點清潔馬桶、洗手池和水龍頭，特別是馬桶沖水按鈕和座圈。
- ◆ 廚房：確保檯面、砧板和廚具的清潔與消毒，避免交叉污染。

#### ➤ 地板和其他大面積區域的消毒：

- ◆ 使用含氯消毒劑（如 0.1% 的次氯酸鈉溶液；即 1:50 稀釋漂白水）拖地，特別是在有患者的家庭中。

### (4) 清潔後處理

- ◆ 將使用過的一次性物品（如手套、抹布）放入密封垃圾袋中處理。

- ◆ 用肥皂和清水徹底洗手至少 60 秒，或使用含酒精的手部消毒劑。

### 5.3 特殊情況的消毒建議

#### (1) 家中有傳染病患者時：

- ◆ 每天對患者的生活區域進行清潔和消毒，特別是患者接觸過的物品（如床頭櫃、扶手、餐具）。
- ◆ 使用一次性清潔用品（如紙巾）對患者使用的衛生間進行清潔。

#### (2) 有幼兒或寵物的家庭：

- ◆ 避免使用刺激性過強的消毒劑（如高濃度次氯酸鈉）接觸兒童玩具或寵物用品，並用清水徹底沖洗。

#### (3) 爆發性傳染病期間：

- ◆ 增加消毒頻率，尤其是高頻接觸區域，每天消毒至少 1-2 次。
- ◆ 鼓勵家庭成員保持良好的手部衛生，並避免共用個人用品（如毛巾、餐具等）。

### 5.4 常見消毒錯誤及注意事項

#### (1) 避免混合化學品：

- ◆ 切勿將漂白水和其他清潔劑（如氨水）混合，可能產生有毒氣體。

#### (2) 消毒劑的濃度控制：

- ◆ 消毒劑濃度過高可能導致皮膚或呼吸道刺激，濃度過低則可能影響消毒效果。

#### (3) 避免直接接觸皮膚：

- ◆ 優先使用手套，避免消毒劑直接接觸皮膚；如不慎濺到皮膚或眼睛，立即用清水沖洗。

居家環境消毒是保障家庭成員健康的重要措施，特別是在傳染病高發期或家庭中有患者的情況下。根據 WHO 和 CDC 的建議，定期清潔和消毒高頻接觸表面、保持良好的手部衛生習慣，並合理使用消毒劑，可以有效降低傳染病傳播的風險。

## 六、家居醫療廢棄物處置規範

在家居護理中，正確處置醫療廢棄物對於保護家人和護理人員的健康至關重要。根據澳門衛生局的指引，家居醫療廢棄物的管理應遵循分類、包裝、安全收集及妥善處置的原則，以下為具體規範：

### 6.1 家居醫療廢棄物的定義與分類

家居醫療廢棄物主要來源於家庭成員的日常護理活動，特別是長期病患、慢性病患者或傳染病患者的護理過程，其分類如下：

#### (1) 感染性廢棄物：

- ◆ 含有血液、體液、分泌物或糞便污染的物品，例如用過的敷料、紗布、紙巾、一次性手套、口罩等。

#### (2) 銳器廢棄物：

- ◆ 使用後的針頭、注射器、血糖測試針、胰島素筆針頭等可能刺傷皮膚的物品。

#### (3) 化學性廢棄物：

- ◆ 過期藥品、注射藥液殘留或其他含有化學成分的廢棄物。

#### (4) 一般醫療廢棄物：

- ◆ 不含感染性物質的普通廢棄物，如包裝材料、手套外盒等。

### 6.2 家居醫療廢棄物的分類與包裝要求

#### (1) 分類原則：

- ◆ 在廢棄物產生的源頭進行分類，避免混合或交叉污染。
- ◆ 使用專用的容器或包裝袋進行分類收集。

#### (2) 包裝規範：

- ◆ 感染性廢棄物：應使用黃色塑膠袋裝載，並在袋口清楚標明“感染性廢棄物”字樣。
- ◆ 銳器廢棄物：應放置於耐刺穿的專用銳器收集盒中，盒子應有明顯標誌（如“生物危害”標誌）。
- ◆ 化學性廢棄物：應使用耐腐蝕的容器進行收集，並標示內容物（如“過期藥品”或“化學廢棄物”）。
- ◆ 一般醫療廢棄物：使用普通垃圾袋包裝，但需與家庭日常垃圾分開處置。

#### (3) 封口要求：

- ◆ 當廢棄物袋或容器裝滿 2/3 時，應立即封口，避免過度填充導致洩漏或破損。

## 6.3 家居醫療廢棄物的暫存與處置

### (1) 暫存要求：

- ◆ 醫療廢棄物應存放於家中專門區域，該區域需保持乾燥、通風，並遠離兒童或寵物接觸範圍。
- ◆ 感染性廢棄物的暫存時間不應超過 48 小時，炎熱天氣下應縮短至 24 小時。

### (2) 處置方法：

- ◆ 感染性廢棄物：建議交由當地衛生部門指定的專業機構進行回收處理，家居護理人員可聯繫當地社區醫療中心或衛生服務機構協助。
- ◆ 銳器廢棄物：銳器盒裝滿後，應交至當地醫療機構或指定地點，避免隨意丟棄。
- ◆ 化學性廢棄物：如過期藥物，應交至社區藥房或指定的醫療廢棄物回收點，切勿倒入下水道或丟入普通垃圾桶。
- ◆ 一般醫療廢棄物：可作為生活垃圾處理，但需確保與其他垃圾分開包裝。

## 6.4 個人防護與意外處理

### (1) 個人防護措施：

- ◆ 在處理醫療廢棄物時，需佩戴一次性手套和口罩，避免直接接觸污染物。
- ◆ 處理完成後，立即脫掉手套並做好手部衛生（使用肥皂和清水或含酒精的手部消毒劑）。

### (2) 意外洩漏或污染處理：

- ◆ 若醫療廢棄物袋破損或洩漏，應立即清理洩漏區域，並用含氯消毒劑（如 0.5%-1% 次氯酸鈉溶液；即 1:100 稀釋漂白水）進行消毒。
- ◆ 如皮膚接觸到感染性廢棄物，應用清水和肥皂徹底沖洗，並視情況就醫。

### (3) 針刺或割傷處理：

- ◆ 若被銳器廢棄物刺傷，應立即擠出傷口內的血液，並用清水和肥皂徹底清洗傷口。
- ◆ 使用消毒劑（如碘伏或 75% 酒精）消毒傷口，並儘快就醫或聯繫社區醫療中心。

## 6.5 家居醫療廢棄物處置的注意事項

### (1) 避免混合處置：

- ◆ 醫療廢棄物不得與普通生活垃圾混合，以免增加處理難度或引發二次污染。

### (2) 防止洩漏與污染：

- ◆ 在處理銳器廢棄物時，避免擠壓或隨意丟棄，防止刺破包裝或傷害其他人。

### (3) 教育與提醒：

- ◆ 家庭成員應了解醫療廢棄物的潛在危害，並培養正確的分類與處置習慣。

家居醫療廢棄物的正確管理是保障家庭環境安全和預防感染的重要措施。根據澳門衛生局的指引，遵循分類收集、妥善包裝、適時處置的原則，能有效降低醫療廢棄物對家庭成員、護理人員及環境的潛在威脅。

## 七、標準預防中照顧者宣教指引

標準預防（Standard Precautions）是感染控制的核心原則，旨在阻斷潛在感染的傳播，保護患者和照顧者的健康安全。照顧者（包括家屬和家居護理人員）在進行護理活動時，應接受系統化的健康教育，了解並遵循標準預防措施，以降低感染風險。

### 7.1 標準預防的核心內容

標準預防適用於所有患者，無論其是否有已知的傳染性疾病。核心內容包括以下幾個方面：

#### (1) 手部衛生：

手部衛生是預防感染的最重要措施。照顧者應在以下情況進行手部清潔：

- ◆ 接觸患者前後；
- ◆ 接觸患者的血液、體液、分泌物或排泄物後；
- ◆ 接觸患者周圍環境（如床欄、桌面）後；
- ◆ 進行無菌操作前（如更換敷料、處理傷口）。

使用肥皂和清水洗手至少 20-30 秒，或者使用含酒精濃度 75% 的手部消毒劑。

#### (2) 個人防護裝備（PPE）：

照顧者應根據護理活動的需求，正確使用以下個人防護裝備：

- ◆ 手套：處理患者的血液、體液或污染物時佩戴。
- ◆ 口罩：護理有呼吸道感染症狀的患者時佩戴。
- ◆ 防護衣：接觸患者分泌物或排泄物可能濺濕衣物時穿戴。

PPE 使用後應正確脫除並妥善處置，避免污染環境。

#### (3) 呼吸道禮儀（咳嗽禮儀）：

- ◆ 教導患者和照顧者在咳嗽、打噴嚏時使用紙巾遮掩口鼻，並將用過的紙巾丟入密封垃圾袋。
- ◆ 咳嗽或打噴嚏後立即進行手部清潔。

#### (4) 護理物品的清潔與消毒：

- ◆ 確保患者使用的個人物品（如體溫計、血壓計）專人專用，使用後及時清潔和消毒。

- ◆ 定期清潔高頻接觸表面（如門把手、桌面、床欄），使用含氯消毒劑（0.1%的次氯酸鈉溶液；即 1:50 稀釋漂白水）擦拭。

#### **(5) 安全處置醫療廢棄物：**

- ◆ 按照家居醫療廢棄物處置規範（參見第六點）處理敷料、針頭、口罩等廢棄物，避免污染環境。

### **7.2 照顧者教育的重點內容**

#### **(1) 感染控制基本知識：**

- ◆ 為照顧者講解傳染病的基本傳播途徑（如飛沫、接觸、空氣傳播），使其了解標準預防的重要性。

#### **(2) 手部衛生的正確方法：**

- ◆ 實地示範手部清潔的流程，包括使用肥皂洗手和酒精消毒液的正確使用方法。
- ◆ 強調手部衛生在不同護理環節中的應用。

#### **(3) 正確使用個人防護裝備：**

- ◆ 教導如何正確穿戴和脫除手套、口罩、防護衣等 PPE，避免在脫除過程中污染皮膚或衣物。
- ◆ 提醒照顧者一次性 PPE 不可重複使用。

#### **(4) 家庭環境中的感染控制：**

- ◆ 指導照顧者定期清潔居家環境，特別是高頻接觸區域（如桌面、門把手）。
- ◆ 提供環境消毒的詳細方法（參見第四點【居家環境消毒流程】）。

#### **(5) 應對突發情況：**

- ◆ 教導如何處理護理過程中的意外（如針刺傷、體液濺濕皮膚），包括應急處置步驟和就醫建議。

### **7.3 照顧者教育的方式與實施**

#### **(1) 教育方式：**

- ◆ 口頭講解：在護理開始前，與照顧者進行一對一講解，確保其理解標準預防的基本要求。
- ◆ 視覺提示：提供簡單明瞭的圖示或標籤（如手部衛生圖解），張貼於洗手區域或護理空間。
- ◆ 實操演示：示範護理過程中的正確操作，例如穿戴 PPE、清潔患者皮膚等。

#### **(2) 教育時間：**

- ◆ 在護理開始前進行基礎培訓，並在護理過程中持續提供指導和反饋。
- ◆ 當患者病情或護理內容發生變化時，及時對照顧者進行補充教育。

### (3) 教育評估：

- ◆ 觀察照顧者的實際操作，評估其是否正確執行標準預防措施。
- ◆ 通過提問或考核了解照顧者對感染控制知識的掌握情況。

## 7.4 家庭照顧者的常見誤區與糾正

### (1) 誤區一：僅在明顯污染時進行手部清潔。

- ◆ 糾正：強調手部衛生的重要性，即使手部看似乾淨，也可能沾染病原體。

### (2) 誤區二：重複使用一次性口罩或手套。

- ◆ 糾正：解釋一次性物品的使用原則，並建議準備足夠的備用品。

### (3) 誤區三：忽視環境表面的清潔。

- ◆ 糾正：提醒高頻接觸表面是病原體的主要聚集區，需定期用消毒劑擦拭。

### (4) 誤區四：未妥善處理醫療廢棄物。

- ◆ 糾正：講解家居醫療廢棄物的分類與處置方法，避免因隨意丟棄而造成污染。

## 7.5 照顧者在標準預防中的角色與責任

### (1) 主動參與感染控制：

- ◆ 照顧者應主動學習並遵循感染控制措施，成為家庭感染防控的核心執行者。

### (2) 監督與提醒：

- ◆ 照顧者應對其他家庭成員進行感染控制知識的宣傳，並監督其行為是否符合標準預防要求。

### (3) 及時報告異常情況：

- ◆ 若發現患者或其他家庭成員出現感染症狀（如發熱、咳嗽等），應及時通知醫護人員，並採取隔離措施。

標準預防是保障家庭健康和降低感染風險的核心措施，通過對照顧者的系統教育，能夠有效提升感染控制的執行力。照顧者需理解並正確執行標準預防措施，並在護理過程中保持警惕和主動性，確保患者及家庭成員的安全。

## 八、家居護理環境限制及設定指引

家居護理環境設置是保證護理質素和感染控制的重要基礎。根據 WHO 和相關衛生指引，應針對家居護理的特殊需求，合理設定環境條件，以降低感染風險，提升護理效率和患者的舒適度。

## 8.1 家居護理環境的基本要求

### (1) 空間分區：

- ◆ 清潔區：專門存放無菌物品（如敷料、注射器、藥品）的區域，應保持乾燥、清潔，避免陽光直射。
- ◆ 護理區：進行護理操作的區域（如換藥、注射），應靠近患者臥床區域，並保持簡潔、無雜物。
- ◆ 污染區：存放醫療廢棄物和污染物品的臨時區域，應遠離患者生活區，並確保通風良好。

### (2) 通風條件：

- ◆ 家居護理環境應保持良好的空氣流通，每天至少開窗通風 2-3 次，每次不少於 30 分鐘。
- ◆ 如遇空氣污染或傳染病高發期，可使用空氣過濾器或帶 HEPA 濾網的空氣淨化設備。

### (3) 溫濕度控制：

- ◆ 室內溫度應保持在 20-24°C（冬季）或 24-26°C（夏季）。
- ◆ 室內濕度應控制在 40%-60%，過高的濕度可能導致黴菌滋生，過低則會影響呼吸道健康。

### (4) 光線條件：

- ◆ 護理區應有足夠的自然光或柔和的人工燈光，避免過於昏暗或刺眼的光線，尤其在進行操作（如換藥）時，需有聚焦的照明。

### (5) 安全設施：

- ◆ 配備防滑墊、防撞護欄，特別是在患者臥室和衛生間內，減少跌倒風險。
- ◆ 如家中有老人或行動不便者，可在衛生間加裝扶手或座椅。

## 8.2 家居護理環境的清潔與維護

### (1) 清潔頻率：

- ◆ 每日清潔護理區域，尤其是高頻接觸的表面（如床頭櫃、門把、桌面）。
- ◆ 每週進行深度清潔，包括地板、窗簾、通風口等。

### (2) 清潔工具的管理：

- ◆ 使用專用清潔工具（如拖把、抹布），避免與生活區域的清潔工具混用。
- ◆ 每次使用後用含氯消毒劑（如 0.1% 的次氯酸鈉溶液；即 1:50 稀釋漂白水）清洗清潔工具，並懸掛晾乾。

### (3) 地板清潔：

- ◆ 地板應保持乾燥，避免積水；選擇容易清洗的地面材料（如瓷磚或 PVC 地板），地毯不建議用於護理區域。

#### **(4) 防止蟲害與病媒：**

- ◆ 定期檢查和清理積水、垃圾，避免蚊蟲滋生。
- ◆ 廢棄物應每日及時處理，特別是醫療廢棄物（參見第六點【家居醫療廢棄物處置規範】）。

### **8.3 家居護理環境的特殊設置**

#### **(1) 傳染病患者護理環境：**

- ◆ 隔離區設置：
- ◆ 若患者患有傳染病（如流感、新冠肺炎），應設置單獨的隔離房間，並避免與其他家庭成員共用空間（如衛生間）。
- ◆ 專用物品：
- ◆ 患者應單獨使用餐具、毛巾、床上用品等，並定期清洗與消毒。
- ◆ 隔離標準：
- ◆ 家庭成員進入隔離區前應佩戴口罩和手套，離開後應立即洗手。

#### **(2) 慢性病或行動不便患者的護理環境：**

- ◆ 床邊設置：
- ◆ 確保床邊有足夠的護理空間，便於移動和操作；安裝床邊扶手或升降設備以方便患者起身。
- ◆ 輔助設備：
- ◆ 配備輪椅、助行器、氧氣機或吸痰機等設備，並保持設備清潔。

#### **(3) 兒童或免疫功能低下者的護理環境：**

- ◆ 無菌環境要求：
- ◆ 避免攜帶外界污染物進入護理區，進入前需清潔雙手，必要時更換乾淨衣物。
- ◆ 玩具與學習用品管理：
- ◆ 選擇易於清洗的玩具，並每日用肥皂水或含氯消毒劑清洗。學習用品應專人專用。

### **8.4 家居護理環境的注意事項**

#### **(1) 避免雜物堆積：**

- ◆ 護理區域應保持簡潔，避免堆放雜物，特別是可能妨礙緊急情況處置的物品（如床邊過多的家具）。

#### **(2) 定期檢查設施安全：**

- ◆ 每月檢查護理區的電線插頭、扶手、床欄等設施是否安全可靠，及時修繕損壞的設備。

#### **(3) 減少交叉污染：**

- ◆ 家庭成員應避免將外穿鞋帶入護理區，建議使用專用室內鞋。

- ◆ 如有寵物，應限制其進入護理區，並定期為寵物清潔。

#### **(4) 家庭成員的健康管理：**

- ◆ 家庭成員若出現發熱、咳嗽等症狀，應避免接觸患者，並及時就醫。

### **8.5 環境設定的重要性與持續改進**

#### **(1) 重要性：**

- ◆ 合理的家居護理環境設置不僅能減少感染風險，還能改善患者的舒適度，提升護理質素。

#### **(2) 持續改進：**

- ◆ 家庭成員和護理人員應定期對家居護理環境進行評估，根據患者需求和季節變化進行適當調整。

家居護理環境的設置是一項系統性工程，需考慮空間分配、清潔維護、安全管理等多個方面。通過合理的環境設置和持續改進，可為患者提供安全、舒適的護理條件，同時降低感染風險，保障家庭成員的健康。

（張雲、許璇珊、王思琛）

# 家居傷口護理

## 一、傷口概述

### 1.1 傷口定義

因受傷或手術導致任何組織的連續性遭受破壞。

#### (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。

#### (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。

## 二、傷口分類

### 2.1 以癒合的時間分類

#### (1) 急性傷口

急性傷口是指在短時間內，通過正常的生理過程可以順利癒合的傷口。

- ◆ 常見例子：一般外傷、手術切口等。

#### (2) 慢性傷口

慢性傷口因內在病理因素或外在影響，導致癒合過程遲滯，治療時間長，且可能伴隨其他合併症，使癒合更加困難。

- ◆ 常見類型：壓傷（壓力性損傷）、下肢潰瘍（常與感染或血液循環不良有關）、開放性傷口、其他難以癒合的傷口。

### 2.2 以受傷原因分類

#### (1) 機械性/物理性傷口

因外力作用導致皮膚或組織完整性受損。

- ◆ 常見原因：切割、撕裂、挫傷、手術、壓迫等。

#### (2) 電性傷口

由電流通過組織所造成，特點是深層損傷範圍常大於表面傷口。

- ◆ 常見類型：電擊傷、電燒傷。

#### (3) 電療引起的傷口

因醫療用途的電療過程中不當操作或過度刺激導致的傷口。

#### (4) 化學性傷口

因接觸刺激性或腐蝕性化學物質，導致皮膚及組織被破壞。

- ◆ 常見原因：強酸、強鹼、刺激性溶劑等。

### **(5) 溫度性傷口**

由極端溫度引起的組織損傷。

- ◆ 常見類型：燙傷、燒傷、凍傷。

### **(6) 血管性傷口**

因動脈或靜脈血流灌注不足或回流受阻，導致局部組織壞死。

- ◆ 常見類型：動脈潰瘍、靜脈潰瘍。

## **三、傷口的評估與護理**

### **3.1 傷口史評估**

傷口史評估的目的是全面瞭解傷口情況，為後續護理提供依據。主要評估內容包括以下幾方面：

#### **(1) 發生時間與病程**

- ◆ 確認傷口發生的確切時間或時期。
- ◆ 評估傷口持續存在的時間長短。

#### **(2) 傷口特性與過往病史**

- ◆ 瞭解傷口是否反覆發作。
- ◆ 確認與傷口相關的診斷（如糖尿病、周邊動脈疾病、靜脈功能不全等）。

#### **(3) 傷口外觀與組織型態**

- ◆ 評估傷口尺寸（長、寬、深度）及受累範圍。
- ◆ 檢視傷口床是否有異物、結痂或壞死組織（如腐肉或焦痂）。

#### **(4) 感染徵象與既往處置**

- ◆ 檢查傷口是否有感染跡象（如紅腫、熱痛、化膿或異味）。
- ◆ 詳細詢問過去處置方式及其效果。

### 3.2 傷口的顏色

傷口顏色的評估可使用「三色概念（the three-colour concept）」進行描述：

- ◆ 紅色：代表健康的肉芽組織，顯示傷口處於癒合狀態。
- ◆ 黃色：表示存在壞死組織或分泌物，需要清創處理。
- ◆ 黑色：指傷口有壞死組織或焦痂，可能阻礙癒合。

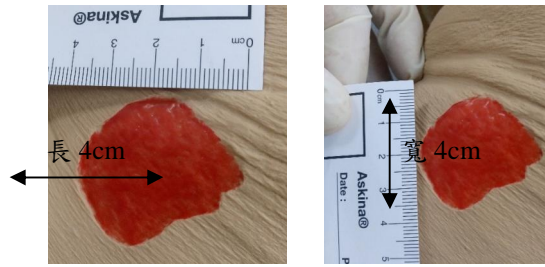
傷口顏色	描述	圖片
紅色傷口	代表乾淨健康的肉芽組織，傷口的特色有明顯的邊界，肉芽組織的增生及表皮的生長。	
黃色傷口	代表傷口滲出液的顏色，可以由象牙色到淡黃色，如傷口被綠膿桿菌感染則會出現黃綠色並帶有明顯的臭味。	
黑色傷口	可從棕色到灰黑色，傷口覆蓋著焦痂及厚厚的一層壞死組織，此壞死組織會提供細菌生長的環境，進而造成傷口感染。	

### 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。

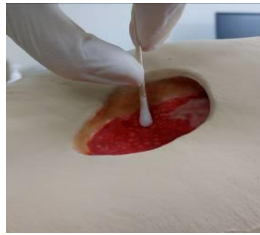
測量傷口的大小：

(1) 測量傷口表面的最寬及最長。



(2) 測量傷口深度：

① 用無菌的棉籤直接深入傷口的最深處。



② 將食指與拇指放在棉籤的上方，與傷口表面同齊點。



③ 移開棉籤，用尺量棉籤頭到食拇指的長度，則是傷口的深度。

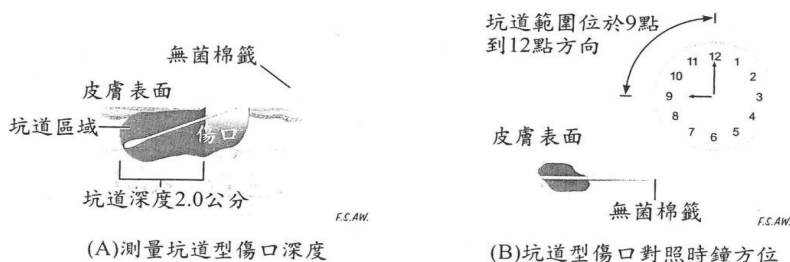


**A. 隧道型傷口：**註明隧道相對的時鐘方向，如：傷口隧道深 2 公分，位於傷口的 9 點鐘方向。

**B. 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。



圖 3-13 隧道型傷口測量方法



### (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 TIME-H 分數：為一種多用途且有用的評估工具，0-18 分，在臨床實踐中用於慢性傷口疾病的研究和治療；
- ◆ 在 TIME 四項指標之外，加入「H」代表 Healing prediction（癒合預測），評估患者整體健康狀況，預測傷口癒合難易度，協助擬定治療計畫。

傷口評估準則-TIME-H	
<b>T-Tissue 組織</b>	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。
<b>I-Infection or Inflammation 感染或發炎狀態</b>	觀察有否感染或炎症除去造成傷口感染的致病源、生物膜，系統性或局部性使用抗生素、蛋白質酵素抑制劑。
<b>M-Moisture Imbalance 濕潤環境是否平衡</b>	控制水腫及過多的滲液，以令上皮細胞移行能力恢復。
<b>E - Promotion of epithelial advancement of wound Edge 促進傷口周圍上皮之新生</b>	提供合適傷口癒合的環境，促進肉芽組織生長與上皮化。
<b>H - Healing prediction 癒合預測</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 年齡 (&gt;70 歲)</li> <li>● 營養狀態(血清白蛋白數值是否正常)</li> <li>● 精神狀態</li> <li>● 自理能力</li> <li>● 是否有慢性疾病</li> </ul>

TIME 傷口評估：

項目 \ 分數	0	1	2	3
T: 壞死組織	0%	<30%	<60%	<90%
I: 感染	無	污染	菌落移植	感染
M: 浸潤	無	少量分泌物	很多分泌物	感染
E: 基底部上皮化範圍	0%	>30%	>60%	>90%

H 影響傷口癒合因素：

項目 \ 分數	0	1
整體狀況	好	不好
精神狀態	好	不好
自理能力	好	不好
營養狀態	好(Alb>3.5mg/dl)	不好(Alb<3.5mg/dl)
年齡	<70 歲	>70 歲
易感染疾病	沒有	有(糖尿病、癌症、免疫系統疾病)

TIME-H 總得分作分級：

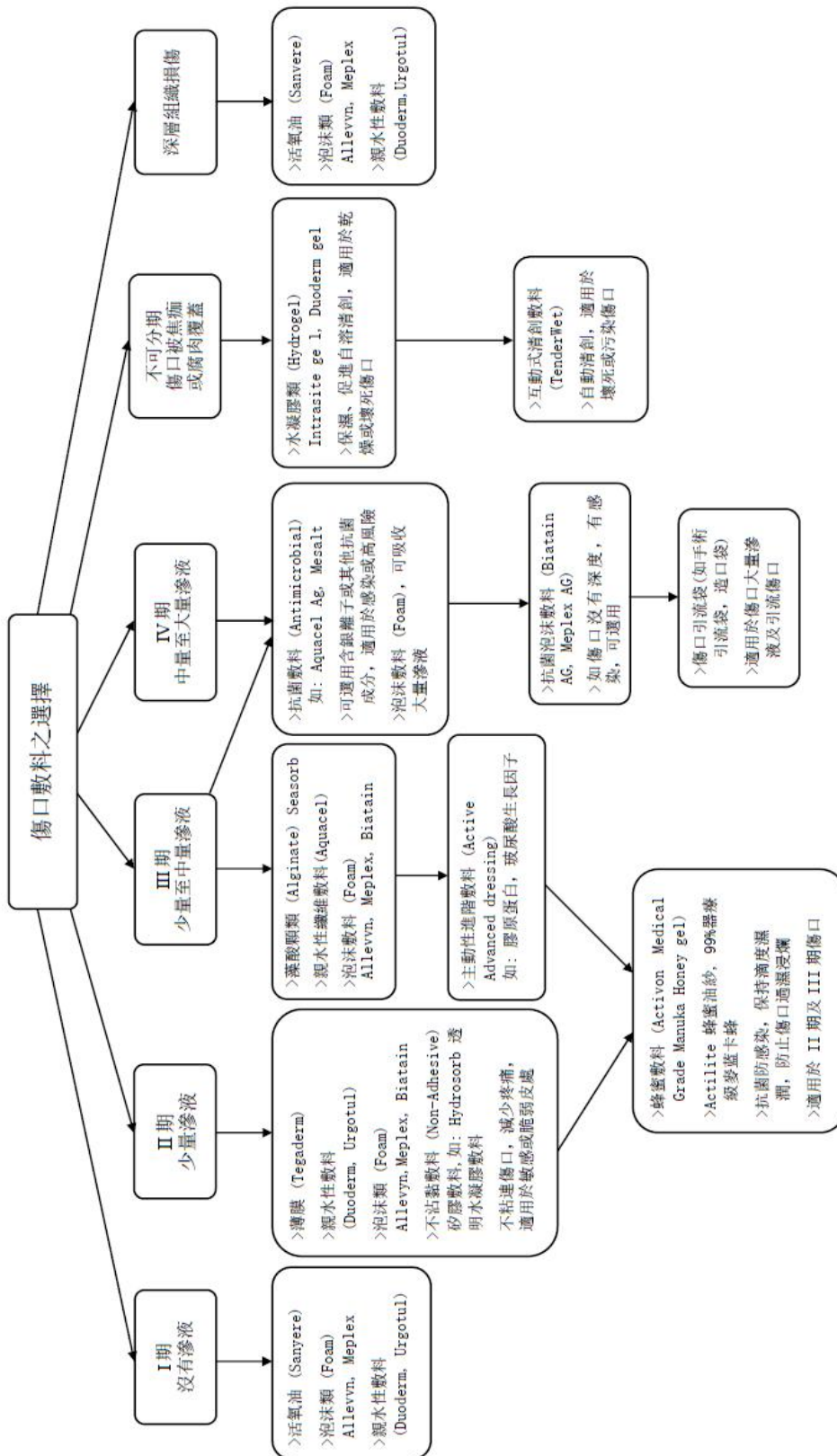
得分	病理學	預估癒合時間	說明
0-6	會癒合的傷口	12 週內	傷口癒合可能性高
6-12	不一定會癒合的傷口	超過 12 週	需密切追蹤與調整治療
12-18	困難癒合的傷口	癒合困難	需轉介專科或進階療法

② 介入措施

- ◆ 是否清創→是→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）
- ◆ 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→若淺或深→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

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。

### 3.5 傷口敷料之選擇與運用



### 3.6 壓力性損傷分階段處置

(1) 第 1 期：皮膚完整，但出現非蒼白性紅斑，可能伴隨溫度、硬度或感覺改變

- ◆ 減壓：每 2 小時翻身一次，使用氣墊床，可使用活膚油 Sanyere 或減壓敷料。
- ◆ 皮膚保護：保持皮膚清潔乾燥，避免摩擦與剪切力，預防失禁性皮膚炎。
- ◆ 監測：每日評估皮膚變化，防止傷口加劇惡化。

(2) 第 2 期：部分皮層缺損，真皮層暴露，淺表開放性潰瘍或完整/破裂的水疱，基底為紅色濕潤。

- ◆ 傷口護理：使用親水性敷料、水凝膠、泡沫敷料保持濕潤環境。
- ◆ 避免感染：如有滲出或污染，使用抗菌敷料（如銀離子敷料）。
- ◆ 繼續減壓：避免局部持續受壓。

(3) 第 3 期：全層皮膚缺損，可見皮下脂肪，無肌肉、骨骼暴露，可能有潛行或隧道

- ◆ 清創：去除壞死組織（如腐肉、焦痂），可選用保守銳性清創或化學性清創。
- ◆ 傷口護理：使用含銀或泡沫敷料控制滲出。
- ◆ 感染控制：如有感染徵狀，按醫囑使用局部或全身抗生素。
- ◆ 營養支援：補充蛋白質、維生素 C、鋅等促進傷口癒合。

(4) 第 4 期：全層組織缺損，伴肌肉、肌腱、骨骼等支撐結構暴露，常伴潛行、隧道或壞死

- ◆ 多學科介入：需外科、傷口護理、營養師共同參與。
- ◆ 手術介入：可能需皮瓣移植或負壓傷口治療（NPWT）。
- ◆ 清創：去除壞死組織（如腐肉、焦痂），如病人未能進行外科手術，可選用保守銳性清創或化學性清創。
- ◆ 傷口護理：使用含銀或泡沫敷料控制滲出。
- ◆ 疼痛控制：評估疼痛程度，適當給予鎮痛藥物。
- ◆ 感染與骨髓炎評估：如懷疑骨髓炎，需影像檢查與抗生素治療。

(5) 無法分級（Unstageable）：傷口被腐肉或焦痂完全覆蓋，無法判斷深度

- ◆ 清創優先：待壞死組織清除後，再重新分級。
- ◆ 注意足跟穩定焦痂：若乾燥、無感染徵象，不宜強行清除。

(6) 深部組織壓力性損傷（DTPI）：皮膚完整或破損，但呈紫紅或栗色，可能伴血泡，提示深層組織損傷

- ◆ 密切觀察：避免進一步受壓，監測是否迅速惡化。
- ◆ 傷口護理：保護性敷料，使用軟矽膠敷料或泡沫敷料保護脆弱區域。
- ◆ 早期干預：如出現水疱，按無菌技術處理，避免破裂感染。

### 3.7 糖尿病足分階段處置

糖尿病足的分級處理通常採用 Wagner 分級系統（0~5 級）作為主要依據，每一級的護理重點如下：

#### (1) 0 級（高危足，腳掌骨骼變形，無潰瘍）

➤目標：預防潰瘍發生

➤處理：

- ◆ 嚴格控制血糖、血壓與血脂
- ◆ 每日檢查足部，保持清潔與滋潤，可使用活膚油(Sanyrene)或減壓敷料
- ◆ 穿戴合適鞋襪，避免赤腳行走
- ◆ 定期接受足部神經血管篩查

#### (2) 1 級（表淺潰瘍，破損傷口，無感染）

➤目標：促進癒合，防止惡化

➤處理：

- ◆ 局部清潔與更換傷口敷料，保持傷口濕潤環境，可使用水親水性敷料或泡沫敷料
- ◆ 減壓處理（如使用減壓鞋、拐杖、避免負重）
- ◆ 控制血糖與改善微循環

(3) 2 級（深部潰瘍，達肌腱或關節囊，潰爛範圍深至肌腱、關節、骨骼可能有軟組織感染）

➤目標：控制感染，促進肉芽組織生長

➤處理：

- ◆ 外科清創（移除壞死組織），可選用保守銳性清創或化學性清創。
- ◆ 局部或全身抗生素治療（依細菌培養結果）
- ◆ 持續減壓與更換傷口敷料：使用含銀，泡沫敷料控制滲出。
- ◆ 評估是否需住院治療或負壓傷口治療（VAC）

#### (4) 3 級（深部感染，伴骨髓炎或膿瘍伴隨膿腫及骨髓炎）

➤目標：控制深部感染，盡量保肢

➤處理：

- ◆ 積極外科清創與引流，如病人未能進行外科手術，可選用保守銳性清創或化學性清創。
- ◆ 靜脈抗生素療程（至少 2~4 週）
- ◆ 評估骨髓炎範圍（MRI 或 X 光檢查）
- ◆ 若感染控制不佳，考慮部分截肢（如趾或前足）

(5) 4 級（局部壞疽，如足趾或足跟傷口及周遭已成壞疽（呈黑色）

➤目標：防止感染擴散，盡量保留功能

➤處理：

- ◆ 血管評估（CTA 或 DSA），必要時進行血管重建（繞道或支架）
- ◆ 壞死組織清創或截趾
- ◆ 控制感染與血糖
- ◆ 若血管重建失敗或壞疽擴散，考慮更高位截肢

(6) 5 級（全足壞疽或嚴重感染大範圍如整個腳掌，甚至小腿皆已成壞疽（呈黑色）

➤目標：避免敗血症，生命支持

➤處理：

- ◆ 緊急進行膝下或膝上截肢
- ◆ 強效抗生素與加護支持
- ◆ 術後義肢裝配與復健訓練，提升生活品質

（張雲、許璇珊、王思琛）

# 失禁性皮膚炎護理

## 一、失禁性皮膚炎的成因

失禁性皮膚炎(Incontinence-associated dermatitis)<IAD>為失禁患者常見的皮膚問題，是結合多個因素，交互影響所導致。其中潮溼、PH 值、大小便刺激物、微生物及外在化學性刺激與物理性傷害等，皆是造成失禁性皮膚炎的成因。起因於穿著紙尿褲的皮膚表面長期接觸尿液與糞便刺激，而導致皮膚的弱酸性皮脂膜破壞，造成細菌、髒污入侵，使局部皮膚發紅、癢與發炎反應，嚴重時會演變為糜爛或潰傷的問題。

造成的原因可歸類為 3 類：

### (1) 排泄物刺激及浸潤

如皮膚長期浸潤在強鹼的環境中，可能造成弱酸性皮脂膜(pH 5.5)破壞，故選擇維持表面 pH5.5 的紙尿褲，能主動幫助保護皮脂膜。

### (2) 紙尿褲不佳

若紙尿褲透氣與吸水性不佳，皮膚經常處於潮溼、悶熱環境中，則可能會發生失禁性皮膚炎。故建議選擇吸水與透氣性佳的紙尿褲。

### (3) 清潔不當

如未完全清理被浸潤處、使用具強鹼性清潔用品與過度搓揉皮膚，可能會造成皮膚破損，最終導致失禁性皮膚炎。為了預防皮膚破損，建議使用溫和清潔成分且為 pH5.5 的清潔產品。

## 二、失禁性皮膚炎嚴重度分級工具

分級	失禁性皮膚炎嚴重度	徵象
0 級	皮膚完整且無發紅	與身體其他部位對照，皮膚是正常的(沒有 IAD 徵象)
1 級	發紅，皮膚完整	發紅 有/無水腫
2 級	發紅，但皮膚破損(中至重度)	如同上述第一級 有/無小水疱或大水疱或皮膚糜爛 有/無皮膚剝落 有/無皮膚感染

\*對膚色較深的病人，發紅部位可能變淺、變深、紫色、暗紅或黃色  
\*\*若病人沒有失禁，其狀況不屬於 IAD

資料來源：Beeckman,D.et al (2015).

### 三、失禁性皮膚炎的預防與處置

#### 3.1 預防階段

- ◆ 減少皮膚與尿液和或糞便的接觸
- ◆ 營養支持
- ◆ 選擇維持表面 pH5.5 的尿片，排泄後盡快更換與清潔
- ◆ 定時更換體位，使用減壓設備，以避免發生壓力性損傷
- ◆ 要執行皮膚清潔及皮膚保護
- ◆ 降低環境濕氣流汗

#### 3.2 各等級失禁性皮膚炎皮膚照護與處置準則

##### ➤ 皮膚清潔：

可使用免沖洗的液狀或泡沫狀清潔用品來清潔皮膚，以減少摩擦（如：Clavion skin cleanser、Aloe Vista cleanser），直選擇 PH 4-7 弱酸性的皮膚清潔劑，建議以輕壓拭改方式清潔，避免用力擦拭，清潔後以一次性抹巾拭乾皮膚較佳。

##### ➤ 皮膚保護：

主要目的阻隔大小便刺激身的接觸及降低潮濕，可選擇氧化鋅類的保護產品、保護膜噴劑造口粉（護膚粉）、Clavion 長效保濕膏，這些產品都是 Sodium-CMC 的成份，還有一些明膠、果膠的成份，這些都是人工皮的主要成份。

##### ➤ 皮膚修復：

強化及維持皮膚屏障，增強組織耐受力，可選擇 Clavion 長效保濕膏、基底的保護乳霜，能降低皮膚紅疹，粗糙及脫皮現象。

##### ➤ 使用大小便滲漏隔絕裝置：

當使用皮膚防護措施仍無法改善皮膚受損情況時，可考慮使用便袋引流大便。

（莫雪滢、溫慕雅、王思琛）

# 家居胃管護理

## 一、鼻胃管置入

### 1.1 評估及準備

- (1) 查看病歷，了解個案需求。
- (2) 長期留置鼻胃管的個案，如家人或照顧者已學習拔除胃管，更換胃管當天，請家人或照顧者在最後一次灌食後，護士會將胃管先拔除；更換胃管時從另一鼻孔留置。
- (3) 個案基本評估（測量血壓、血糖、完成家庭訪視評估表等）。
- (4) 按醫囑給個案定期更換胃管服務：
  - ◆ 一般 silicon（矽質材質）胃管每一個月更換一次，如胃管阻塞、破裂或誤置，需立即更換。
  - ◆ 胃管型號根據醫囑及個案需求選擇。
- (5) 用物準備（依社區資源調整）：
  - ◆ 血壓計、聽診器、鼻胃管(Nasogastric Tube，成人 12~18 Fr；兒童 8~12 Fr)、清潔手套、水溶性潤滑劑（K-Y jelly 或 2% xylocaine jelly）、口腔棉棒、灌食空針、PH 試紙、膠布、手電筒、治療碗/杯內裝水等。

### 1.2 操作過程

#### (1) 操作前準備

- ◆ 向個案及家屬解釋過程，協助個案採半坐臥或坐姿；無法坐起者微抬高床頭右側位。
- ◆ 取出活動假牙（如有）、檢查鼻孔、清潔鼻腔，準備塑膠袋放置污物。

#### (2) 插入鼻胃管

- ◆ 測量插入長度（NEX measurement (length from nose to earlobe to xiphoid 鼻尖到耳垂，耳垂至劍突，成人約 45-55cm)，潤滑管端約 15-20cm）。
- ◆ 緩慢插入管子，約 10~15cm（咽喉部時）可讓個案頭向前屈（家屬可協助個案頭部前傾），請個案做吞嚥動作。
- ◆ 胃管插入至標記處時，用膠紙暫時固定胃管。
- ◆ 確認位置（觀察、抽胃內容物、聽診胃內氣過水聲）。
  - ① 用 50mL 注射器抽出胃液及測試胃液 pH 值，其 pH 值必須小於或等於 5.5 通過胃液 pH 值測試（應低於 5）。
  - ② 用 50mL 注射器打入 10~20mL 空氣，於劍突下用聽診器能聽到氣過水聲，再回抽打入的空氣
  - ③ 胃管末端置於水中，觀察有無連續性氣泡隨呼吸逸出。
- ◆ 確定胃管在胃內後，以膠紙固定胃管於鼻樑。

### 1.3 完成操作

- ◆ 記錄操作過程（記錄使用胃管型號，留置胃管長度及更換胃管時間，過程中個案反應）並整理用物。留置鼻胃管后需休息 15~20 分鐘再進行灌食。

### 1.4 異常處理

- ◆ 如在留置過程中個案嗆咳不止或鼻胃管從口中滑出，要立即拔出再重置。
- ◆ 留置過程中若出現鼻出血，須暫停插入，並壓迫鼻腔止血，必要時至醫院就診由耳鼻喉科醫生協助止血。

## 二、如何指導家人確認胃管及鼻飼

確保胃管正確置入胃內是安全進行鼻飼餵食的前提。若胃管誤入氣道或移位，可能導致嚴重的併發症，如誤吸性肺炎或窒息。因此，採用科學、標準的檢查和操作步驟至關重要。家人應正確掌握方法，確保安全，並在必要時及時尋求專業協助。

### 2.1 確認胃管位置的方法

在(1)初次置入鼻胃管后，以及在(2)開始餵食前或注入藥物液體前，以及在(3)持續餵食過程中每隔一段時間(Taylor, Lynn, & Bartlett, 2022)；使用以下方式確認胃管位置在胃內。

方法	操作步驟	注意事項
測量管長及管子標記的驗證	<ol style="list-style-type: none"><li>① 檢查胃管外露部分的長度，觀察是否與最初插管時的長度/標記一致。</li><li>② 確定胃管沒有捲曲在口腔內。</li><li>③ 確認胃管沒有滑脫或移位。</li></ol>	若外露刻度與之前記錄不符，可能提示胃管移位，需停止餵食，進一步確認胃管位置。
聽診法（氣過水聲）	<ol style="list-style-type: none"><li>① 將聽診器置於患者胃部（胸骨劍突下方）。</li><li>② 用空針筒向胃管內快速注入 10-20 毫升空氣。</li><li>③ 聽取胃部是否有「咕嚕」聲（氣過水聲）。</li></ol>	若未聽到氣過水聲或聲音模糊，需警惕胃管是否移位，應暫停操作並重新檢查。
抽吸胃液法	<ol style="list-style-type: none"><li>① 用空針筒連接胃管末端，輕輕回抽。</li><li>② 胃液通常呈清亮、草綠</li></ol>	胃液顏色異常，需停止餵食並聯繫醫護人員。如無法抽出胃液時，需用其他两种方式再次确认。

方法	操作步驟	注意事項
	色、黃色或棕褐色。 ③ 通過胃液 pH 值測試（應低於 5）。 ④ 若無法抽出液體，可嘗試讓患者改變體位（如翻身）後再試。	
水中氣泡法	① 將胃管末端置入裝有清水的杯中。 ② 觀察是否有氣泡隨呼吸同步持續逸出。	若氣泡與呼吸同步，提示胃管可能誤入氣道，應立即拔管並聯繫醫護人員。

**重要提示：**如無法確認胃管位置，或患者有嗆咳、呼吸困難、嘴唇發紫等跡象，應立即停止操作，並尋求專業協助。

## 2.2 鼻飼餵食操作步驟

步驟	操作重點
準備工作	① 洗手：保持手部清潔。 ② 患者體位：將患者床頭抬高 30-45 度，避免誤吸。 ③ 準備物品：鼻飼液（38-40°C）、空針筒、溫開水等。
餵食步驟	① 確定胃管位置（見前-確認胃管位置的方法）。確定胃管深度、鼻部皮膚清潔、膠布固定牢固，無鬆脫及壓傷現象。檢查口腔確定胃管無盤曲口腔內。使用 PH 試紙確定位置，回抽時沒有胃內容物則注入空氣，並以聽診器確定鼻胃管的位置。回抽檢查：檢查胃內殘留物，殘留超過 150mL 時暫停餵食並聯繫醫護人員。灌食前回抽觀察消化情況，回抽物需再灌回。確定胃管通暢，位置正確及消化良好後開始灌食。 ② 沖管：注入至少 30mL 溫開水沖洗胃管。 ③ 灌食：每次喂食量約 250-350mL，(1)灌食速率應緩慢。(2)利用重力讓鼻飼液自然流下（食物與胃之距離約 30~45cm，松開鼻胃管，以手指控制流速，使溫開水/食物緩慢自然流入）。(3)注入速度不能快於 30mL/min；總過程控制在 15-20 分鐘（蘇麗智等，2022）。 ④ 再次沖管：餵食後注入至少 30mL 溫開水沖洗管道，避免管內食物發酵或阻塞。 ⑤ 整理用物，洗手、記錄鼻飼量。

步驟	操作重點
日常維護	① 口腔與鼻腔護理：每日清潔口腔與鼻腔，檢查皮膚受壓情況。 ② 固定胃管：確保胃管穩固，防止滑脫或拉扯。 ③ 觀察反應：注意腹脹、腹瀉、嘔吐等不良反應，必要時記錄並聯繫專業人員。

**特別注意：**鼻飼後保持半坐臥姿至少 30 分鐘，鼻飼後一小時內不沐浴、轉身拍背等，降低誤吸風險。

### 2.3 何時需尋求專業協助

情況包括但不限於以下：

- (1) 無法確認胃管位置或懷疑移位（如胃管滑脫、氣泡測試異常）。
- (2) 餵食過程中患者出現異常（如噎咳、咳嗽劇烈或呼吸急促、呼吸困難、面色發紫）。
- (3) 胃內殘留液過多（>150mL，或遵醫囑標準）。
- (4) 回抽液體異常，如有血性或咖啡色液。
- (5) 胃管堵塞：阻力很大無法灌食，切勿強行沖洗。
- (6) 患者出現腹脹、腹痛、嘔吐或腹瀉，需即時聯繫醫護人員。

## 三、居家鼻胃管護理：鼻胃管日常照護

### 3.1 鼻胃管基本認識與日常照護

鼻胃管（Nasogastric Tube, NGT）是通過鼻腔插入胃內的管道，主要用於為無法經口進食或吞嚥困難的患者提供營養、水分和藥物。妥善的居家護理對於預防併發症至關重要。

#### (1) 固定與清潔

- ◆ 鼻貼固定法：使用布膠布或生物製劑黏性貼膜（如 3M 貼敷、水膠體），採用 T 字形交叉固定於鼻翼兩旁，再用條形寬膠布固定於一側臉頰。需每天更換膠布位置，以避免局部皮膚和黏膜長時間受壓而損傷。
- ◆ 每日應使用小棉棒沾水清潔鼻翼油垢，更換膠帶時需將臉部皮膚擦拭乾淨再貼，並注意勿貼於同一側皮膚上。同時，每日檢查胃管刻度標記，確認有無移位。若發現脫出，應立即通知醫護人員處理。

#### (2) 口腔與鼻腔護理

- ◆ 即使不從口腔進食，口腔護理依然至關重要，目的是預防口腔感染和呼吸道感染。
- ◆ 對於意識清楚、活動度佳的患者，應鼓勵並協助其按時刷牙清潔口腔。
- ◆ 對於意識不清或自理能力較弱的患者，家屬可用口腔護理棒或棉棒蘸取漱口液仔細清洗。

#### (3) 非計畫性拔管（意外脫出）

- ◆ 處理：一旦發生脫出，切勿自行重新插入；馬上聯繫醫療機構醫務人員。

#### **(4) 鼻黏膜壓傷**

- ◆ 預防：每日更換固定膠布的黏貼位置；每日清潔鼻腔和鼻翼；選擇透氣性佳的固定材料（如水膠體敷料）。
- ◆ 處理：若局部出現紅腫、疼痛甚至破損，應通知醫護人員評估，必要時更換固定方式或從另一側鼻孔重新置管。

### **3.2 安全拔除程序與注意事項**

重要提示：拔除鼻胃管通常建議由受過培訓的專業醫護人員執行。以下程序僅供了解，切勿在未經醫生許可和專業指導下自行嘗試。

#### **(1) 拔管前評估**

拔管的前提是患者經醫療評估確認已具備安全經口進食的能力，無需再依賴管灌飲食。這可能包括吞咽功能恢復、營養狀況改善等；或是需更換鼻胃管。

#### **(2) 拔管具體步驟**

- ① 準備用物：準備乾淨的敷料紗布、吸水巾、手套和垃圾袋。
- ② 體位準備：協助患者取半坐臥位。
- ③ 清除管腔：確保鼻胃管內無殘留的營養液或藥物。可先注入少量溫開水沖洗。
- ④ 解除固定：小心地撕除鼻翼和臉頰上的固定膠布。
- ⑤ 夾閉管路：將鼻胃管末端反折或用夾子夾緊，以防管內殘餘液體在拔管過程中流入氣道。
- ⑥ 輕柔快速地拔除：讓患者深吸一口氣，然後在患者呼氣時，平穩、輕柔且快速地將胃管拔出。有的做法是囑患者屏住呼吸，目的都是減少誤吸風險。
- ⑦ 清潔護理：拔出後，用紗布或敷料清理鼻腔及口腔周圍可能殘留的分泌物。觀察鼻腔有無出血等情況。
- ⑧ 舒適照護：協助患者用清水或漱口水漱口，並清潔面部。鼓勵患者進行深呼吸和咳嗽。

#### **(3) 拔管後照護要點**

拔管後如醫囑可以償試自行進食的個案，最初幾次飲水和進食必須在醫療人員指導或監督下進行，通常從少量清水開始，逐步過渡到流質、半流質飲食。

繼續監測患者的吞咽情況、營養攝入量和有無不適。妥善處理拔出的舊胃管，按醫療廢棄物處理。

# 家居胃造瘻護理

## 一、胃造瘻的基本認識與適用對象

經皮內視鏡胃造瘻術 (Percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG) 是一種成熟且高效的經皮穿刺手術，用於為因吞嚥困難或長期胃腸減壓需求的患者提供營養支持，通過胃造瘻管進行腸內餵養及藥物給藥。

適用患者包括：

- ◆ 吞嚥障礙：如中風、失智症、頭頸癌等患者。
- ◆ 胃腸道病理：如食管穿孔、胃癱、吻合口瘻等患者。
- ◆ 長期營養支持需求：存在吸入性肺炎高風險者，PEG 術在改善營養狀況和預防併發症方面優於鼻胃管餵養。

作為護士，首先需要評估患者的適應症狀況，並協助家屬理解 PEG 術的作用及重要性。

## 二、日常護理操作指引

### 2.1 灌食前的準備

#### (1) 手部清潔：

- ◆ 用肥皂和流動水徹底洗手，減少感染風險。

#### (2) 物品準備：

- ◆ 營養液：現配現用，溫度 38-40°C。
- ◆ 灌食工具：50ml 灌食空針筒。
- ◆ 溫開水：用於沖洗管道。

#### (3) 個案準備：

- ◆ 在進行腸內餵食期間及之后的 1 小時內，應將床頭搖高 30-45 度 (Taylor, Lynn, & Bartlett, 2022)，呈半坐臥位，防止食物反流和誤吸。

### 2.2 灌食操作步驟

#### (1) 檢查胃造瘻管：

在輸注任何液體、藥物或食物之前，應先檢查導管的放置情況，採用以下多種方法進行(Taylor, Lynn, & Bartlett, 2022)：

- ◆ 外部標記確認：觀察固定刻度未移位（使用不可磨滅的標記標識管子從腹壁穿出的出口位置）。
- ◆ 外部長度測量：測量管子的外置長度與放置後記錄的測量長度一致。

◆ PH 值測試：通過胃液 pH 值測試（應低於 5）。

◆ X 光檢查（有需要時，醫院）。

### (2) 檢查胃殘留物：

◆ 用空針筒輕輕回抽，若超過 200mL（兒童應遵醫囑），暫停餵食並重新評估胃排空功能。

◆ 若殘留物呈暗紅或鮮紅色，立即停止操作並就醫。

### (3) 沖洗管道：

◆ 灌食前用至少 30mL 溫水沖洗管道(Taylor, Lynn, & Bartlett, 2022)。

### (4) 緩慢推注營養液：

◆ 分次餵食：每次灌食量 200-400mL，歷時 15-60 分鐘(Taylor, Lynn, & Bartlett, 2022)，使用針筒控制灌食速度，避免空氣進入胃內。

◆ 間歇持續餵食：使用餵食泵在指定時間內輸送營養配方和液體（按醫囑）。

### (5) 再次沖管：

◆ 灌食結束後，用至少 30mL 溫水沖洗管道，防止堵塞(Taylor, Lynn, & Bartlett, 2022)。

### (6) 保持體位：

◆ 餵食後維持半坐臥位 30-60 分鐘。

## 2.3 餵食頻率與飲食選擇

◆ 每日餵食 4-6 次，間隔至少 4 小時。

◆ 建議選擇含膳食纖維的專用營養製劑，並避免高渣食物。

◆ 餵藥與營養液分開進行，務必檢查營養液的保質期，嚴禁將藥物加入營養液中。藥物需溶解後餵入，避免堵塞。

## 2.4 皮膚護理與清潔技巧

作為護士，需指導患者家屬進行有效的造瘻口護理，預防感染及皮膚損傷：

### ➤ 清潔步驟：

◆ 用溫水清潔造瘻口周圍皮膚，避免用力擦拭。

◆ 用柔軟毛巾輕輕拍乾。

### ➤ 消毒與保護：

◆ 可使用碘伏消毒造瘻口周圍。

◆ 若有滲液或胃內容物刺激，可塗抹氧化鋅軟膏保護皮膚。

### ➤ 異常情況處理：

◆ 紅腫、疼痛或膿性分泌物出現時，需加強消毒並及時就醫。

**特別注意：**術後 1 週內應避免淋浴，可選擇擦浴或用保鮮膜包裹腹部防水。瘻道形成後（約術後 1 週），可進行正常淋浴。

### 三、常見併發症的識別與處理

#### ➤ 感染

- ◆ 表現：造瘻口紅腫、化膿，伴隨發熱。
- ◆ 處理：加強清潔，使用抗菌敷料，必要時就醫。

#### ➤ 導管堵塞

- ◆ 原因：營養液或藥物殘留。
- ◆ 處理：用溫水反覆沖洗或抽吸，完全堵塞需就醫更換導管。

#### ➤ 腹瀉

- ◆ 原因：營養液污染、輸注速度過快或溫度不適。
- ◆ 處理：調整輸注速度和溫度，保證營養液現配現用。

#### ➤ 吸入性肺炎

- ◆ 表現：發燒、咳嗽、呼吸困難。
- ◆ 預防：灌食時保持半坐臥位，餵食後維持該體位 30-60 分鐘。

#### ➤ 胃造瘻管滑脫

- ◆ 應急措施：用清潔紗布覆蓋造瘻口，立即就醫。

### 四、心理支持與延續性護理

護士應該特別關注患者心理健康，並為患者及家屬提供以下支持：

#### ➤ 情感支持：

- ◆ 鼓勵患者表達情緒，幫助其接受現狀。
- ◆ 與家屬共同參與護理，提升患者的自我價值感。

#### ➤ 多學科干預：

- ◆ 研究表明，多學科家庭賦權模式可顯著改善患者健康行為，減少併發症發生。

#### ➤ 延續性護理服務：

- ◆ 出院後，通過電話、微信或家訪提供專業指導，提升患者自我管理能力。

## 五、何時需要尋求醫療協助

護士須提醒家屬，以下情況需立即就醫：

- ◆ 胃造瘻管滑脫。
- ◆ 造瘻口紅腫化膿或嚴重滲血。
- ◆ 灌食後持續嘔吐、腹脹、腹痛。
- ◆ 出現呼吸困難或疑似吸入性肺炎。
- ◆ 胃內殘留物異常（血色或咖啡色）。
- ◆ 出現脫水跡象，如尿量減少或皮膚彈性差。

（王思琛、邱玉英、江夏、朱明霞）

## 家居腸造瘻護理

腸造瘻家居護理是一項需要專業知識、耐心與技能的綜合性工作，涵蓋生理、心理和社會層面。通過正確的日常護理、及時預防和處理併發症，並結合心理支持與延續性護理模式，可顯著提升患者生活質量，減少併發症的發生。家庭參與式護理及醫院-社區-家庭一體化模式是提高護理效果的核心策略。

### 一、腸造瘻的基本認識與日常護理

腸造瘻手術（如結腸造口術）是改善患者排便功能、提高生活質量的重要手段，特別是對於直腸癌等疾病患者。隨著住院時間縮短，出院後的家居護理成為康復的關鍵環節。作為家居護士，需要熟悉腸造瘻的護理要點，幫助患者適應新生活。

#### 1.1 日常護理要點

##### (1) 皮膚護理：

- ◆ 清潔造口周圍皮膚時，使用溫開水或生理鹽水，避免使用酒精或刺激性消毒液。
- ◆ 保持皮膚乾燥，必要時使用皮膚保護粉或保護膜。
- ◆ 定期觀察造口周圍有無紅腫、破損或過敏現象。

##### (2) 造口袋更換：

- ◆ 每日更換 1-2 次（根據患者情況調整）。
- ◆ 更換前準備：造口袋、測量尺、剪刀、清潔用品等。
- ◆ 測量造口大小，裁剪底盤時比實際造口大 1-2 毫米，確保粘貼牢固以防滲漏。

#### 1.2 飲食管理

##### (1) 飲食原則：

- ◆ 如無出入水量限制，可每日飲水 1500-2000mL，避免脫水。
- ◆ 少量多餐，規律進食，避免暴飲暴食。
- ◆ 減少易產氣或異味食物（如豆類、大蒜），引入新食物應逐步進行，觀察身體反應。

### 二、常見併發症的預防與處理

腸造瘻患者容易出現併發症，及時預防和處理是護理的重點。

#### 2.1 皮膚問題

##### (1) 造口周圍皮膚炎：

- ◆ 預防：正確測量造口大小，使用皮膚保護膜，定期更換造口袋。
- ◆ 處理：輕度皮膚炎可使用皮膚保護粉；中重度皮膚炎需使用造口糊劑，必要時就醫。

## (2) 機械性損傷：

- ◆ 預防：更換造口袋時避免過度撕拉，可使用粘膠去除劑。
- ◆ 處理：讓皮膚休息，使用皮膚保護膜促進癒合。

## 2.2 造口本身的問題

併發症	主要表現	預防措施	家庭處理方法
造口狹窄	排便困難,造口變小	定期擴張造口（遵醫囑進行）	溫和擴張，調整飲食，嚴重時就醫
造口脫垂	腸管突出,造口延長	避免提重物、劇烈咳嗽	平臥位，輕柔復位，嚴重時就醫
造口回縮	造口低於皮膚表面	控制體重，避免急劇增重	使用凸面造口袋，必要時就醫
肉芽腫	造口邊緣有小肉芽組織	避免摩擦和刺激	不自行處理，尋求專業幫助

## 三、心理支持與生活質量提升

腸造瘻不僅是一種生理改變，還會對患者心理和社會功能產生影響。

### 3.1 心理調適

- ◆ 自我接納：幫助患者認識腸造瘻是挽救生命的重要措施。
- ◆ 逐步適應：鼓勵患者從排斥到接受，逐步熟悉造口護理。
- ◆ 專業支持：建議患者參與支持團體或尋求心理專家幫助。

### 3.2 家庭參與與支持

- ◆ 家屬培訓：提供造口護理的知識與技巧培訓。
- ◆ 共同參與：鼓勵家屬參與日常護理，建立支持系統。

## 四、資源利用與延續性護理

### 4.1 延續性護理形式

#### ➤ 電話隨訪：

- ◆ 幫助患者解決問題、提供健康教育和情感支持。

#### ➤ 家庭訪視：

- ◆ 由專業護士指導造口護理技巧、處理皮膚問題等。

#### ➤ 網絡信息平臺：

- ◆ 結合互聯網技術，提供個性化護理服務與健康管理。

#### 4.2 醫院-社區-家庭一體化護理

- ◆ 建立跨機構協作機制，確保護理連續性。
- ◆ 利用社區資源，為患者提供便捷的護理支持。

## 尿路重建術後個案居家護理指引

尿路重建術是針對泌尿系統功能缺失患者（如膀胱癌或膀胱外傷後）的一種重要外科手術，包括回腸代膀胱、輸尿管皮膚造口及其他尿路替代術式。術後良好的居家護理對於提高患者的生活質量、促進泌尿功能穩定、預防併發症具有關鍵作用。科學的日常護理、心理支持以及延續性護理模式的應用，可明顯減少感染與其他併發症的發生，幫助患者適應術後的生活轉變。

### 一、尿路重建的基本認識與日常護理

尿路重建包括不同的術式，如回腸代膀胱、輸尿管皮膚造口等，主要目的是恢復尿液排泄功能。術後患者需了解自身手術方式及其日常管理要點，尤其是引流通暢、造口護理和預防感染。

#### 1.1 日常護理要點

##### (1) 飲食管理：

- ◆ 足量飲水：如無出入水量限制，每日飲水量保持 2500-3000mL，避免尿液濃縮以減少尿鹽沉積和結石形成。
- ◆ 營養均衡：高蛋白、低脂肪、富含維生素的飲食有助於促進傷口癒合和提高免疫力。
- ◆ 避免高鈣、高草酸食物：如菠菜、奶酪等，減少結石風險。
- ◆ 少量多餐：預防腸道積氣和腸梗阻，特別是對回腸代膀胱患者。

##### (2) 引流與導尿管管理：

- ◆ 導尿頻率：建議回腸代膀胱患者每 4-6 小時進行一次導尿，避免膀胱過度充盈。
- ◆ 膀胱沖洗：尿液如出現混濁、尿鹽沉積，根據醫囑用生理鹽水進行膀胱沖洗，每日 1-2 次。

##### ▶ 引流袋管理：

- ◆ 保持引流袋低於造口或重建膀胱水平，避免尿液逆流。
- ◆ 每週更換引流袋 1-2 次，污染時及時更換。

##### (3) 造口或傷口護理：

- ◆ 清潔與消毒：每日用溫水或生理鹽水清洗造口周圍皮膚，避免刺激性消毒液。
- ◆ 皮膚保護：使用皮膚保護膜或氧化鋅軟膏，預防尿液刺激皮膚。
- ◆ 傷口觀察：定期檢查造口周圍皮膚有無紅腫、滲液或感染徵象。

### 二、常見併發症的預防與處理

尿路重建術後患者常面臨泌尿系感染、結石形成、造口相關問題等併發症。及時識別和處理這些問題是護理的重點。

## 2.1 泌尿系感染

### ➤預防：

- ◆ 保持每日足量飲水，稀釋尿液。
- ◆ 導尿時嚴格執行無菌操作，避免污染。

### ➤處理：

- ◆ 當出現尿液渾濁、異味或伴隨發熱時，及時進行膀胱沖洗，用生理鹽水或呋喃西林清潔尿道。若症狀持續，需就醫。

## 2.2 尿鹽沉積與結石形成

### ➤預防：

- ◆ 保持尿液流動性，多飲水稀釋尿液。
- ◆ 適量攝入酸性液體（如檸檬水），防止尿鹽結晶形成。

### ➤處理：

- ◆ 發現沉積物可進行膀胱沖洗，若無法緩解需聯繫醫生。

## 2.3 造口相關問題

併發症	主要表現	預防措施	家庭處理方法
造口周圍皮膚炎	紅腫、痕癢、滲液	使用皮膚保護劑，保持乾燥清潔	使用氧化鋅軟膏，必要時就醫
造口狹窄	導尿困難，造口縮小	定期擴張造口（遵醫囑）	輕柔擴張，嚴重時就醫
造口脫垂	腸管突出，造口延長	避免增加腹壓（如提重物、劇烈咳嗽）	平臥休息，必要時就醫

## 三、心理支持與生活質素提升

尿路重建術後患者常面臨身體形象改變和生活方式轉變帶來的挑戰。適當的心理支持與家庭支持能顯著改善患者的心理適應及生活質量。

### 3.1 心理支持

- ◆ **情感支持**：幫助患者接受手術改變，鼓勵其逐步適應新生活。
- ◆ **加入支持團體**：分享經驗，從他人經歷中獲得情感安慰和實用建議。
- ◆ **專業心理輔導**：心理健康專家可幫助患者減輕焦慮與抑鬱情緒。

### 3.2 家庭參與與社會適應

- ◆ **隱私保護**：使用專用衣物隱藏導尿管或引流袋，幫助患者恢復自信。
- ◆ **家庭支持**：家屬參與護理，分擔患者的心理壓力，提供生活便利性支持。

## 四、資源利用與何時尋求幫助

### 4.1 定期複診與隨訪

- ◆ 定期到醫院檢查造口及泌尿功能，按醫囑更換造口袋或導尿管。
- ◆ 按需接受專業護士的家庭訪視，獲得個性化指導。

### 4.2 需要立即就醫的情況

- ◆ 尿液突然停止排放或明顯減少。
- ◆ 尿液中出現大量血液或異常顏色（如深咖啡色）。
- ◆ 造口周圍嚴重紅腫、化膿、持續滲液。
- ◆ 高熱、寒戰等全身感染徵象。

## 家居尿管護理

### 一、評估及準備

- ◆ 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。
- ◆ 請家屬協助個案增加飲水 300mL。
- ◆ 個案基本評估（測量血壓、血糖、做家庭訪視評估表）。
- ◆ 按醫囑給個案定期更換尿管及胃管服務。
  - 矽膠尿管(silicon catheter)需每一至三個月更換一次，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。
  - 現有三個型號的矽膠尿管(silicon catheter)，分別是 12Fr、14Fr、16 Fr、18Fr 及 20Fr，建議使用 14Fr-16Fr。

#### ➤準備用物（可跟據社區現有的資源調整用物）

- ◆ 血壓計、聽診器、手電筒。
- ◆ 塑膠袋一個。
- ◆ 清潔手套兩對。
- ◆ 無菌手套一對。
- ◆ 無菌導尿包一個。
- ◆ 潤滑劑。
- ◆ 導尿管一條。
- ◆ 尿袋一個。
- ◆ 10mL/20mL 注射器 2 支。
- ◆ 優碘一瓶。
- ◆ 無菌蒸餾水（注入水囊用）。
- ◆ 無菌大棉枝一包或無菌棉花一包，無菌紗布數包。
- ◆ 家屬自備用物：衛生紙數張，清潔會陰用物。

### 二、操作過程

#### (1) 操作前解釋及個案體位準備

- ① 向個案及其家人解釋留置尿管的原因、目的及過程。
- 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。女病人採屈膝 仰臥式（平躺且雙膝屈曲）；男病人採平躺，大腿略外展開。
- ⑥ 準備好膠袋，以便放置污物。

- ⑦ 帶一次性清潔手套，用 10mL/20mL 空針筒將舊尿管拔出，用手套包好棄掉。
- ⑧ 尿袋準備好固定在床緣。

## (2) 會陰部清潔

- ◆ 戴上清潔手套，用無菌大棉枝或無菌紗布清潔。

### ➤女病人會陰部清潔：

- ◆ 先清潔陰阜。
- ◆ 兩側大陰唇及大腿外側。
- ◆ 小陰唇外側及內側。
- ◆ 使用非慣用手輕柔地撥開陰唇，以暴露尿道口，用慣用手從上而下。
- ◆ 消毒尿道口 2 次，最後 1 次需同時消毒肛門。

### ➤男病人會陰部清潔：

- ◆ 先清潔陰阜及腹股溝。
- ◆ 兩側大腿。
- ◆ 陰莖背面。
- ◆ 使用紗布提起清潔陰莖及陰囊。
- ◆ 反起包皮，由尿道口上向下至龜頭底部以環型消毒 2 次。
- ◆ 脫去清潔手套

## (3) 插入尿管

- ① 洗手或酒精潔手。
- ② 用無菌技術打開導尿包，準備好無菌用物。
- ③ 分別把尿管、10mL/20mL 空針筒、紗布等需要用物置於導尿包中。
- ④ 分別將優碘、無菌蒸餾水、潤滑劑倒入導尿包中容器中。
- ⑤ 戴上無菌手套。
- ⑥ 用 10mL/20mL 空針來抽取 5~10mL 無菌蒸餾水置於導尿包中備用。
- ⑦ 以潤滑劑潤滑導尿管前段（男性 15~20cm；女性 5~10cm）。
- ⑧ 鋪上有孔治療巾。

## (4) 消毒尿道口

### ➤女性個案：

- ◆ 一手以拇指、中指分開大小陰唇暴露尿道口，並固定好，一手用鑷子持棉花沾取優碘。
- ◆ 第一次擦對側小陰唇，由上至下擦拭。
- ◆ 第二次擦近側小陰唇，由上至下擦拭。
- ◆ 第三次擦中間尿道口由上往下擦拭 3 次。

➤男性個案：

- ◆ 一手使用紗布持陰莖及反起包皮並固定，一手用鑷子持棉花沾取優碘。
- ◆ 由尿道口開始上向下至龜頭底部作環形的方式消毒三次。

(5) 把尿管插入膀胱：

➤女性個案：

- ◆ 繼續以手以拇指、中指分開小陰唇暴露尿道口。
- ◆ 另一手取導尿管，緩插入導尿管，直至有尿排出，插入 1/2 條尿管。

➤男性個案：

- ◆ 使用紗布，提高陰莖 90°，可於尿道外口注射麻醉凝膠或潤滑劑。
- ◆ 當尿管通過恥骨下彎曲遇到阻力時，可把陰莖及導尿管朝下再緩緩插入。
- ◆ 另一手取導尿管，緩緩插入導尿管約為 15~20cm，直至有尿排出，後仍必須將尿管完全插入，以避免水囊注水後損傷尿道。
- ◆ 夾緊尿管的尿液引流出口端，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。
- ◆ 把尿袋接頭從孔巾下取出並接上尿袋。
- ◆ 男性個案要將其包皮回覆蓋好龜頭，用膠帶固定尿管。
- ◆ 整理好個案及周圍物品，處理好用物，洗手。
- ◆ 做好記錄。

### 三、導尿管維護及健康教育

預防感染、避免不適：

- ◆ 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)。
- ◆ 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、分泌物及沉澱物增加、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。
- ◆ 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)。

- ◆ 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。
- ◆ 尿袋內尿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)。
- ◆ 長期放置導尿管者，尿袋應每 7 天更換一次 (NHS)，尤其是第一次家訪時應衛教個案照顧者更換尿袋的方法及技巧；
- ◆ 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。

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。

#### 四、導尿管感染監測

泌尿道感染(Urinary Tract Infection; UTI)大多數由腸道細菌（如大腸桿菌 *E. coli*）經尿道上行感染引起尿路感染，UTI 在家居護理中很常見。估計導致超過 21%的術後家居患者回家治療後 30 日因泌尿道感染再住院。於 2017 年，在家居護理中，約有 1.5%（27,000）的老年人被診斷為泌尿道感染 1,4 (J Am Med Dir Assoc, 2021)。如果早期發現泌尿道感染症狀，並對泌尿道感染進行有效治療，感染可在幾天或幾周內消退。然而，延遲的 UTI 診斷和治療可能導致嚴重和危及生命的併發症，如腎損害或膿毒症。因此，早期識別 UTI 體徵和症狀至關重要，因此家居護理護士在促進 UTI 識別和治療方面的作用顯得很重要。

泌尿道感染 (Urinary Tract Infection; UTI)是由細菌等病原體侵入尿路引發的常見感染，可累及尿道、膀胱、輸尿管或腎臟，根據感染部位和嚴重程度分為不同類型：

- ◆ 膀胱炎（下尿路感染）：最常見，症狀較輕
- ◆ 腎盂腎炎（上尿路感染）：症狀較重，可能伴發熱、腰痛
- ◆ 尿道炎：排尿灼熱感明顯
- ◆ 導管相關泌尿道感染(Catheter-Associated Urinary Tract Infection; CAUTI):指因留置導尿管而引發的尿路感染，家居患者更有可能出現嚴重的 ADL 依賴、決策能力受損指數較低 (P < .001) (Zainab et al., 2019)。

##### 4.1 泌尿道感染的成因

- ◆ 女性更易感染，因尿道短且靠近肛門，細菌更易進入。
- ◆ 高危因素包括：性生活頻繁、使用導尿管、懷孕、尿路結構異常（如前列腺肥大）、免疫力低下（如糖尿病、化療患者）。

## 4.2 泌尿道感染的症狀

評估泌尿道感染(UTI)症狀：

- ◆ 下尿路（膀胱/尿道）：尿頻、尿急、尿痛、尿液混濁、帶血或有異味，下腹不適或壓迫感
- ◆ 上尿路（腎臟）：發熱、寒戰，腰背或側腹痛，噁心、嘔吐
- ◆ 老年人或留置導尿管者：可能僅表現為意識模糊、行為異常或尿失禁加重

「有症狀」之尿路感染（CAUTI，導管相關尿路感染）的典型症狀包括以下幾項：

- ◆ 發燒（體溫  $>38^{\circ}\text{C}$ ）
- ◆ 恥骨上疼痛或壓痛
- ◆ 肋脊角疼痛或壓痛（腎區疼痛）
- ◆ 排尿困難、尿急或尿頻（注意：這些症狀在導管仍在使用時可能不適用）
- ◆ 寒顫、全身乏力、精神狀態改變（如譫妄），特別是在老年人或免疫抑制患者中常見
- ◆ 尿液混濁、異味或血尿（雖然這些不能單獨作為診斷依據，但可作為輔助指標）

根據美國 CDC 的定義，若患者在導管留置超過兩天後出現上述任一症狀，且尿液培養顯示菌落數 $\geq 100,000$  CFU/mL，即可診斷為 CAUTI。

## 4.3 泌尿道感染的治療

### ➤ 預防建議

- ◆ 避免長期使用導尿管，必要時嚴格無菌操作
- ◆ 鼓勵病人多喝水，教育病人喝酸性果汁(如：蔓越莓汁)有助於阻止細菌生長
- ◆ 多喝水，勤排尿
- ◆ 女性排便後從前向後擦拭

### ➤ 治療原則

- ◆ 按醫囑服用抗生素，抗生素是主要治療手段，需根據病原體和藥敏結果選擇
- ◆ 完成整個療程，避免耐藥性產生
- ◆ 複雜性 UTI（如腎盂腎炎、CAUTI）可能需要靜脈抗生素或住院治療

## 五、家居護理人員如何預防 CAUTI？

為了防止患者患上 CAUTI，工作人員遵循以下程序：

- ◆ 只在需要時才給患者使用導管。一旦不再需要就取出。
- ◆ 護理人員需嚴謹執行無菌操作進行導尿術
- ◆ 在進行導管護理之前，護理人員也要洗手或使用含酒精的洗手液。
- ◆ 把尿袋掛在膀胱下方。這可以防止尿液流回膀胱。
- ◆ 檢查尿袋是否定期清空。
- ◆ 清潔生殖器和會陰區域對於幫助減少導管周圍區域的細菌非常重要。必須教育病人及照顧者嚴謹執行。

# 居家氣管切開護理

## 一、評估及準備

- ◆ 查看病歷氣切造口了解個案需求。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。
- ◆ 個案基本評估（測量血壓、血氧飽和度、做家庭訪視評估表）。
- ◆ 衛教個案或其照顧者氣切造口護理服務，安排定期訪視，直至個案或其照顧者能獨立有效執行。
- ◆ 評估個案及照顧者對氣切造口護理的理解程度和自我照顧氣切造口的能力。
- ◆ 評估個案氣切造口皮膚狀況、氣切造口分泌物情況、咳嗽能力、營養狀況等。

### ➤準備用物：

- ◆ 氣切造口抽吸物品
- ◆ 無菌氣切造口包（如沒有可用一次性無菌換藥包）
- ◆ 無菌 Y 型紗布或無菌紗布
- ◆ 0.9%生理鹽水
- ◆ 雙氧水
- ◆ 2 個杯子（分盛生理鹽水及雙氧水）
- ◆ 普通棉枝
- ◆ 氣切固定帶或白扁帶一條
- ◆ 不銹鋼盞(有後備內套管用)
- ◆ 清潔手套 2-3 對
- ◆ 酒精擦手液

## 二、操作過程

- ① 洗手，每次進行氣切造口護理前必須抽吸痰液或囑個案自行咳出痰液。
- ② 洗手或擦手，用無菌程序打開無菌氣切造口包或一次性無菌換藥包。
- ③ 加入所需物品（如：Y 型紗布或無菌紗布、棉花棒）。
- ④ 戴上清潔手套移除氣切造口原有之 Y 型紗布或無菌紗布，並包裹在手套裡棄掉。
- ⑤ 固定外管後，將卡鈕上轉；輕拉出內套管，並取出氣切造口內套管置於雙氧水內浸泡雙氧水 10~15 分鐘至痰液鬆脫。（如有後備內套管，先放回）
- ⑥ 以生理鹽水用無菌紗布環狀擦拭氣切口周圍皮膚 2-3 次，觀察造口周圍有無感染、分泌物及發紅現象。
- ⑦ 放置新的 Y 型紗布或無菌紗布。
- ⑧ 氣切繫帶若鬆了、髒了應重新綁好或更換新的帶子。
- ⑨ 綁氣切固定帶時勿太緊或太鬆，寬度約 1-2 指即可；更換固定帶時，請一手固定於氣切造口蝶翼處，並注意勿拉扯到人工氣道。

#### ➤清潔內管的方法：

- ◆ 將氣管內管浸泡於雙氧水 10~15 分鐘。
- ◆ 用棉花棒將氣管內管清洗乾淨。
- ◆ 再用生理鹽水將氣管內管痰液沖洗乾淨。
- ◆ 將消毒好的氣切內管放回氣切管並扣緊或備用。

### 三、氣切造口照護注意事項

氣管內套管每日清潔 1-2 次，如果痰量多，則增加清潔次數。氣切固定帶之鬆緊約以二手指能插入為準。

#### ➤體位與翻身

- ◆ 鼓勵多下床活動或坐起，每日至少執行三次背部扣擊。
- ◆ 意識不清者每 2h 翻身一次，常維持 30-45 度半坐位，可減少胃內容物逆流與肺擴張不全。
- ◆ 鼓勵清醒病人做「噁嘴呼吸+腹式呼吸」。

#### ➤環境與感染控制

- ◆ 照顧者操作前後確實用「七步洗手法」搓洗 40-60s。
- ◆ 主要照顧者需先接受護理人員示範，學會抽痰、換藥、套管消毒、翻身拍背、基本心肺復甦等。

### 四、氣管切口的異常狀況及處理

#### ➤氣管切口出血

- ◆ 用紗布壓迫止血，使用抽吸設備抽吸血液，監測個案生命體徵，評估出血量，記錄其滲血量、顏色及護理處置。
- ◆ 若出血未能停止需要立即送院。

#### ➤造口發紅、腫脹、分泌物不正常

- ◆ 體溫  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 、膿痰伴臭味。
- ◆ 必須嚴格執行無菌原則，嚴格執行洗手技巧。

#### ➤呼吸道阻塞

- ◆  $\text{SpO}_2$  持續  $< 90\%$ ，調氧濃度或濕化後仍無改善。
- ◆ 套管內無氣流、吸痰管無法插入且病人煩躁發紺。
- ◆ 痰痂堵塞：出現吸不到痰、氣流消失、唇色發紺，先加強濕化→ 深抽 → 變換體位拍背；若仍無改善，立即撥打急救電話。

#### ➤氣管造口器脫出或移位

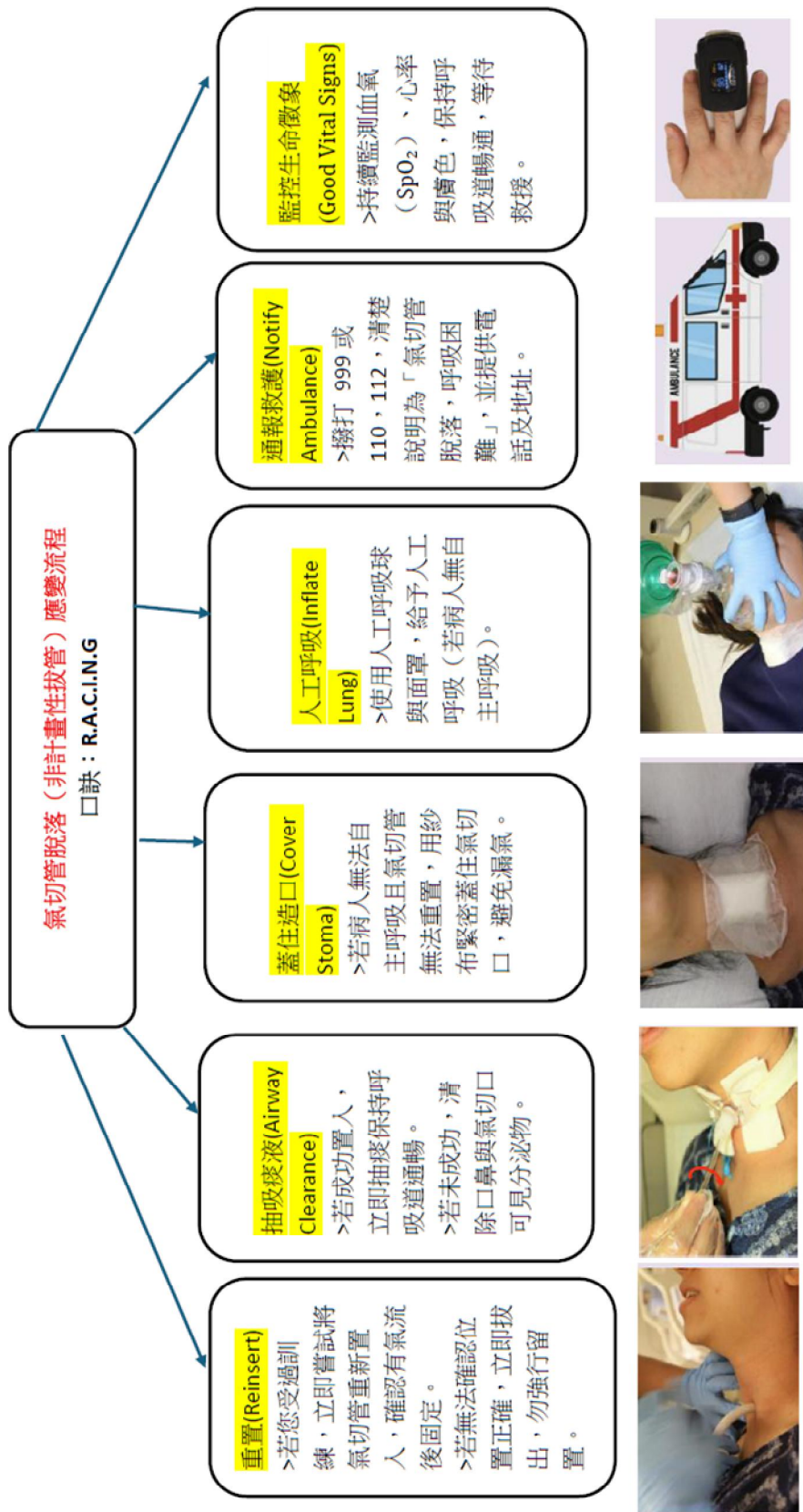
- ◆ 固定帶斷裂或套管滑出無法立即復位。

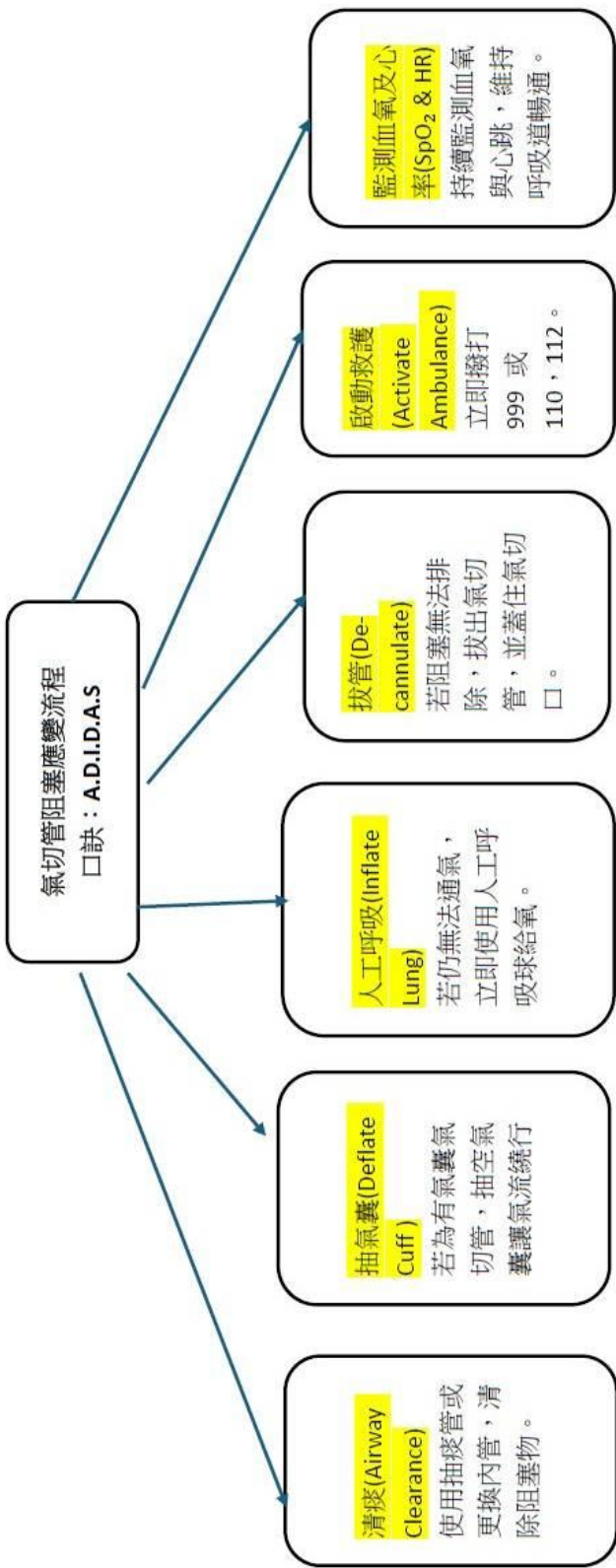
- ◆ 立即以吸痰管順原竇道輕輕置入 1-2cm 固定，用甦醒球接吸痰管側孔給氧，同時聯絡 999/110/112；
- ◆ 若家備消毒套管且照顧者已受訓，可嘗試重新置入

## 五、監測與紀錄

- ◆ 只要掌握「無菌操作、充分濕化、有效排痰、固定牢靠、隨時監測」五大原則，絕大部分氣切個案都能在家安全且舒適地生活，同時降低肺炎與緊急風險。
- ◆ 每日定時量體溫、血壓、SpO<sub>2</sub>、呼吸次數。
- ◆ 建立「痰液日誌」：時間、顏色、黏稠度（I-III 度）、量（mL 或+++）。

## 六、氣切管緊急事件應變流程





(莫雪滢、溫慕雅、王思琛)

## 家居藥物注射（肌肉注射、皮下注射）

### 一、評估及準備

#### 1.1 查看病歷及醫囑

- ◆ 確認醫囑中注射藥物的名稱、劑量、注射途徑、時間及頻率。
- ◆ 瞭解個案的過去病史、過敏史及現有用藥情況，確保無藥物相互作用。

#### 1.2 評估個案的身體及心理狀況

- ◆ 觀察進餐情況、血糖值（如需注射胰島素）、注射部位的皮膚狀況（如有無感染、硬結或癍痕）。
- ◆ 確保個案了解注射過程並願意配合。

#### 1.3 準備用物

- ◆ 根據最新指引和社區資源準備以下物品：

##### (1) 注射器：

- ◆ 肌肉注射：2.5~5 mL 注射器。
- ◆ 胰島素注射：1 mL 專用胰島素注射器。

##### (2) 酒精棉片或酒精棉片（75%酒精）。

##### (3) 乾棉球或紗布。

##### (4) 廢物處理用品：利器箱及醫療廢物袋。

- (5) 注射藥物：根據醫囑準備，檢查藥物有效期及外觀（如有無顆粒或變色）。

#### 1.4 手部衛生

- ◆ 執行注射前後應進行正確的手部衛生。
- ◆ 根據 CDC 建議，手部無明顯污染時可用酒精搓手液，手部被污染或接觸高風險物品後需用肥皂和水洗手。

### 二、操作過程

#### 2.1 解釋操作過程

- ◆ 使用簡單易懂的語言向個案及其家屬解釋注射的目的、步驟及注意事項，減少焦慮並促進配合。

#### 2.2 準確抽吸藥物

- ◆ 按醫囑抽吸藥物，確保遵守“三查七對”原則：
- ◆ 三查：操作前、操作中、操作後再次核對藥物。
- ◆ 七對：對藥物名稱、劑量、濃度、用法、用量、個案姓名及有效期限。

## 2.3 選擇合適的注射部位

➤肌肉注射：建議選擇以下部位，並注意交替使用：

- ◆ 臀大肌外上象限（適用於大劑量藥物）。
- ◆ 股外側肌（適用於兒童或瘦弱成人）。
- ◆ 三角肌（適用於少量藥物，如疫苗）。

➤皮下注射：常用部位包括腹部（避開肚臍 2.5 厘米內的區域）、大腿外側、上臂後側。

## 2.4 消毒皮膚

- ◆ 使用 75%酒精消毒皮膚，範圍為注射點周圍直徑 5 厘米，由內向外環形擦拭，讓消毒部位自然風乾後再進行注射。

## 2.5 注射技術

➤肌肉注射：

- ◆ 插入角度：90 度。
- ◆ 使用 Z 型技術拉緊皮膚，插入針頭後緩慢推注藥物，減少藥物滲漏和皮膚刺激。

➤皮下注射：

- ◆ 插入角度：45~90 度，具體依針頭長度及個案皮下脂肪厚度決定。
- ◆ 將皮膚輕輕捏起形成皺襞，避免注射至肌肉。

## 2.6 注射後處理

- ◆ 注射完成後，迅速拔出針頭並用乾棉球輕壓注射部位，避免揉搓以減少皮下血腫風險。
- ◆ 將用過的針頭和注射器立即丟入利器箱。

## 2.7 特殊指導

➤胰島素及 Teriparatide 皮下注射：

- ◆ 確保個案每日沐浴或用清水清潔注射部位，酒精 Pad 消毒注射部位。
- ◆ 評估家屬或個案的自我注射技能，提供持續教導。
- ◆ 若使用預充式胰島素筆，確保每次更換針頭，並選擇不同的注射部位。

## 2.8 不良反應管理

告知個案及其家屬，如出現以下情況需立即就醫：

- ◆ 過敏反應（如皮膚紅腫、呼吸困難）。
- ◆ 注射部位感染（如紅腫、疼痛、膿液滲出）。
- ◆ 系統性反應（如發熱、頭暈）。

## 2.9 低血糖預防

- ◆ 注射胰島素後，提醒個案在 30 分鐘內進食，以避免低血糖。

- ◆ 指導家屬準備含糖零食作為應急低血糖處理（如糖果或果汁）。

### **2.10 記錄**

- ◆ 在醫囑上記錄注射日期、時間、部位及藥物劑量。
- ◆ 若有新醫囑或個案反應，需通知家訪護士和當地衛生中心，並記錄相關情況。

## **三、家居注射的附加建議**

### **3.1 感染控制**

- ◆ 確保家居環境清潔，注射區域使用乾淨平整的桌面。
- ◆ 定期清潔和消毒高頻接觸表面，如注射盒、藥物容器。

### **3.2 廢物處理**

- ◆ 使用專用利器箱和醫療廢物袋。
- ◆ 當利器箱裝滿至 3/4 時，交由專業機構處理。

### **3.3 心理支持**

- ◆ 與個案及家屬保持良好溝通，緩解其注射過程中的緊張情緒。
- ◆ 提供健康教育，幫助個案及家屬更好地理解用藥目的及正確注射方法。

# 家居抽血指引

## 一、評估及準備

### 1.1 查看醫囑與病歷

- ◆ 確認抽血的目的（如檢測血糖、血脂、肝腎功能等）及所需抽血量。
- ◆ 核對醫囑，確認抽血的試管種類及操作要求（如是否需空腹）。

### 1.2 評估個案狀況

- ◆ 確認個案是否已進行必要的準備（如空腹、停藥等要求）。
- ◆ 評估個案的血管狀況（如手臂靜脈的粗細及明顯程度）。
- ◆ 確認是否有抗凝劑使用史或出血傾向（如血友病、服用華法林等）。

### 1.3 準備用物

根據抽血需求準備以下物品：

#### (1) 抽血工具：

- ◆ 真空採血管（根據醫囑選擇適當的顏色，如 EDTA、肝素管等）。
- ◆ 真空採血針或蝴蝶針（22~25 號針頭）。

#### (2) 防護用品：

- ◆ 一次性手套。
- ◆ 外科口罩。

#### (3) 清潔物品：

- ◆ 酒精棉片或 75% 酒精溶液。
- ◆ 乾棉球或無菌紗布。

#### (4) 其他物品：

- ◆ 止血帶。
- ◆ 利器箱。
- ◆ 標籤與記錄表單。

### 1.4 手部衛生

- ◆ 按照標準手部衛生規範進行潔手：
- ◆ 若無明顯污垢，使用酒精搓手液。
- ◆ 手部有污染時，使用肥皂和水洗手。

## 二、操作過程

### 2.1 操作前解釋

- ◆ 使用簡單語言向個案解釋抽血的目的、過程及注意事項，減輕其焦慮，並取得配合。

## 2.2 準備抽血部位

### ➤選擇抽血部位：

- ◆ 通常選擇肘窩靜脈（肱靜脈、貴要靜脈或頭靜脈）。
- ◆ 若肘窩靜脈不明顯，可選用手背靜脈。
- ◆ 避免選擇癍痕、硬結、感染或曾反覆穿刺的部位。

### ➤止血帶使用：

- ◆ 在抽血部位上方約 7~10 厘米處綁止血帶，鬆緊適中，確保靜脈充盈但不完全阻斷血流。
- ◆ 綁止血帶的時間不宜超過 1 分鐘，以免影響檢測結果。

## 2.3 消毒抽血部位

- ◆ 使用 75%酒精以環形方式由內向外消毒抽血部位，範圍直徑不少於 5 厘米。
- ◆ 等待皮膚自然風乾後再進行穿刺，避免污染針頭。

## 2.4 抽血操作

### ➤穿刺技術：

- ◆ 取出採血針，注意保持針頭無菌。
- ◆ 用左手固定個案的手臂，右手持針，針頭斜面朝上，與皮膚呈 15~30 度角進行穿刺。
- ◆ 穿刺成功後，連接真空採血管，根據需求抽取血液，確保每管血量充足。

### ➤採血順序（根據澳門衛生局指引）：

確保採血順序正確以避免交叉污染：

- ① 血培養瓶。
- ② 凝血管（藍色：如 PT, APTT）
- ③ 無抗凝劑試管（紅色帽：如生化、免疫學）。
- ④ 抗凝劑試管（綠色、紫色帽等）。

### ➤移除止血帶：

在最後一管血液即將抽滿前，鬆開止血帶以恢復血流。

## 2.5 完成抽血

- ◆ 抽血完成後，用乾棉球或無菌紗布輕壓穿刺部位，迅速拔出針頭。禁止揉搓，以免導致血腫。
- ◆ 建議個案將手臂抬高並繼續輕壓穿刺部位 15 分鐘，直至不再出血。

## 2.6 標籤與記錄

- ◆ 為每管血樣貼上標籤，記錄個案姓名、採血日期及時間，並核對準確性。
- ◆ 填寫相關檢驗表單，確保信息完整。

## 2.7 廢物處理

- ◆ 使用後的針頭和採血管應立即丟入利器箱，其他消耗品（如棉球、手套）放入醫療廢物袋。
- ◆ 確保廢物處理符合當地感染控制規範。

## 三、抽血後指導與不良反應管理

### 3.1 觀察及指導

- ◆ 告知個案在抽血後短時間內避免劇烈活動，並監測穿刺部位是否有紅腫、出血或感染徵象。
- ◆ 鼓勵個案多飲水以促進血液循環。

### 3.2 不良反應管理

若出現以下情況，應立即通知家訪護士或就醫：

- ◆ 穿刺部位持續出血或感染（紅腫、疼痛、膿液滲出）。
- ◆ 個案出現頭暈、心悸或其他不適。

### 3.3 後續安排

- ◆ 告知個案抽血結果的預計出具時間，並根據醫囑安排下一次抽血或隨訪。

## 四、家居抽血的附加建議

### 4.1 心理支持

- ◆ 對於對針頭恐懼的個案，建議採用分散注意力方法，如聊天、播放音樂等。

### 4.2 感染控制

- ◆ 確保家居環境清潔，操作時避免外界污染。
- ◆ 每次操作結束後，清潔並消毒抽血工具存放區。

### 4.3 教育與健康指導

- ◆ 為個案及其家屬提供健康教育，介紹抽血目的及重要性。
- ◆ 指導個案採血前的準備工作（如是否需禁食）。

（張雲、許璇珊、王思琛）

## 第二部分：特殊人群與情境護理

### 認知障礙行為問題介入策略（非藥物療法）

認知障礙（Cognitive Impairment）是指思維功能障礙，可能涉及記憶力、注意力、語言、推理、想法形成或判斷力方面的問題，按其嚴重程度，可分為輕度認知障礙(Mild Cognitive Impairment; MCI)和失智症(Dementia) (Lawlor et al., 2000)。

認知障礙人群數量在澳門呈逐年上升的趨勢，該疾病嚴重影響人們的日常生活(Wong et al., 2022)。超過 75%的認知障礙人群會出現行為與心理症狀(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; BPSD)，包括焦慮、攻擊行為、遊走和抗拒照顧等，需及時進行介入(Watt et al., 2024)。

#### 一、認知障礙相關的評估工具

##### 1.1 認知障礙篩查——蒙特利爾認知評估量表（Montreal Cognitive Assessment, MoCA）

蒙特利爾認知評估量表是一個用來對認知障礙進行快速篩查的評定工具，包括了視覺空間/執行性、命名、記憶、專注、語言、抽象、延遲記憶和定向 8 個認知領域，測試時間約 5-15 分鐘，量表總分 30 分，得分越高表明認知障礙程度越輕，總分值 $\geq 26$  分屬於正常； $19 \leq$ 總分 $\leq 25$  分，同時已伴有日常生活/活動中的某種困難，表示已有可能是輕度認知障礙；總分 $< 19$  分，可明確提示為失智症 (Nasreddine et al., 2005)。由於 MoCA 具有英語特定性，所以需要進行語言和文化翻譯以適應其他國家的測試。本指南主要介紹香港版蒙特利爾認知評估量表（詳見表 1），該量表已經過驗證 (Wong et al., 2009)。

該量表的評分方法為：

- ◆ 視覺空間（交替連線測驗）：按照從白色數字到灰色數字並逐漸升高的順序連線，完全正確且無交叉線得 1 分，有錯誤且未立刻自我糾正得 0 分。
- ◆ 視覺空間（立方體）：照著示例畫立方體，符合三維結構、線條完整無多餘、相對邊基本平行且長度基本一致等標準得 1 分，違反任何一條則得 0 分。
- ◆ 視覺空間（鐘錶）：畫鐘錶並指示 11 點 10 分，從輪廓、數字、指針三個方面評分，每個方面符合標準各得 1 分。
- ◆ 命名：識別獅子、犀牛、駱駝（或單峰駱駝），每答對一個得 1 分。
- ◆ 記憶：兩次聽讀並回憶 5 個詞，這兩次回憶不記分，但後續會有延遲回憶檢查。
- ◆ 專注：包括數字順背、倒背，複述準確各得 1 分；聽數字，聽到 1 的時候敲，完全正確或僅一次錯誤得 1 分；連續減 7，根據正確次數計分，最高 3 分。
- ◆ 語言（重複）：準確複述兩句話，每句正確得 1 分。
- ◆ 語言（流暢）：1 分鐘內說出 11 個及以上動物的名稱得一分。



## 1.2 激越行為（失智症精神症狀與行為症狀）評估——Cohen-Mansfield 激越行為量表

激越行為是指不能用特定需求或意識混亂來解釋的某些不恰當的言語、聲音或運動活動(Cohen-Mansfield & Billig, 1986)。Cohen-Mansfield 激越行為量表由 Cohen-Mansfield 等 (1986) 編制，用於評估過去 2 周內失智症激越行為發生的頻率，平均 20 分鐘可完成，目前已成為評估失智症行為症狀應用最廣泛的量表，包括身體攻擊行為、身體非攻擊行為、語言攻擊行為 3 個維度，共 29 個條目，採用 Likert7 級評分法，總分為 29~203 分，得分越高說明激越行為發生頻率越高且越嚴重。本指南主要介紹中文版 Cohen-Mansfield 激越行為量表（詳見表 2），該量表已經過驗證(Sun et al., 2022)。

### 該量表涉及行為的相關描述為：

- ◆ 打：包括自傷，身體虐待、擊打他人、掐捏他人、撞擊自己/傢俱。
- ◆ 踢：用腳用力擊打他人或物體。
- ◆ 搔抓：用指甲抓、刮他人或自己。
- ◆ 推：用力猛推、衝撞、移動並對他人施加壓力。
- ◆ 投擲物品：猛扔物體、用力把物體拋向空中、從桌面打翻物體、甩東西、倒掉食物
- ◆ 啃咬：咀嚼、咬牙、啃咬。物件可以是他人或自己。
- ◆ 不適當的搶奪他人的物品：搶奪、粗暴抓取、用力奪取或猛拉。
- ◆ 吐口水：向地板、他人等身上吐痰；不包括無法控制的流口水，或向紙巾、馬桶內吐痰，也不包括在室外地面上吐痰。
- ◆ 傷害自己或他人：灼燒自己或他人、割傷自己或他人、用有害物品接觸自己或他人等。
- ◆ 撕開物品或破壞物品：切碎、撕裂、打碎、踩踏某物。
- ◆ 生理上的性侵犯或暴露生殖器：以不當的性方式觸碰他人、摩擦生殖器部位、不當手淫（不包括在自己房間或浴室獨處時）、未經允許的撫摸或親吻。
- ◆ 踱步和漫無目的遊走：不斷來回走動，包括坐在輪椅上時的遊蕩。不包括正常的有目的行走。
- ◆ 不適當的穿脫衣服：穿過多衣物、以怪異方式著裝（例如，把褲子套在頭上）、在公共場合或不合時宜的情況下脫衣服（若僅暴露生殖器，則歸類為性暴露行為）。
- ◆ 企圖到達另一個地方：不當進入或離開某處，例如試圖離開建築物、離開園區、偷偷溜出房間、試圖進入上鎖區域、擅自進入單元樓、辦公室或其他住戶的房間或櫃子。
- ◆ 故意跌倒：有意摔倒在地板上，包括從輪椅、椅子或床上摔下。
- ◆ 食用或飲用不適當的東西：將不合適的物品放入口中並試圖吞咽。
- ◆ 不適當的處理物品：拿起不屬於自己的東西、翻找抽屜、移動傢俱、玩弄食物、塗抹糞便。
- ◆ 藏匿物品：將物體放在視線之外藏在某物下麵或後面。

- ◆ 儲藏物品：在錢包、口袋或抽屜裡放置大量或不合適的物品，保留過多某樣東西。（不包括常規收藏，如收集玩偶）。
- ◆ 表現出重複的動作：做出重複性的動作——刻板動作，例如拍打、敲擊、搖晃身體、擺弄某物、撚弄某物、摩擦自身或物體、吸吮手指、反復穿脫鞋子、抓撓自己、衣物或物體、憑空或從地板上撿拾想像中的東西、以重複的方式操控附近的物體，不包括重複性的話語或發聲。
- ◆ 經常性的坐立不安：坐立不安，總是在座位上動來動去，站起來又坐下，無法靜坐。
- ◆ 尖叫：大喊大叫、刺耳的嚎叫、發出響亮的尖聲。
- ◆ 言詞上的性侵犯：性暗示、性影射或“下流”言論。
- ◆ 咒罵或語言攻擊：僅指使用言語的情況；說髒話、使用猥褻語、褻瀆語、不友善的言語或批評、言語上的憤怒、言語上的好鬥。不包括難以理解的噪音（歸類於尖叫或製造奇怪的噪音）。
- ◆ 重複句子或問題：緊接著重複相同的句子或問題，可以是針對特定的人或不針對任何人（抱怨，即使是有針對性且可能合理的，也歸入抱怨部分）。
- ◆ 製造奇怪的聲響：包括哭喊、抽泣、呻吟、詭異的笑聲、磨牙，但不包括可理解的話語。
- ◆ 不斷抱怨：哭訴、抱怨自己、說自己身體不舒服、個人不滿或抱怨物理環境及他人。
- ◆ 反對癖：態度惡劣，對任何事情都不喜歡，覺得沒有什麼是對的，但不包括明顯的言語憤怒，比如那些可被歸為言語攻擊的行為。
- ◆ 持續性、無理的要求以吸引注意或幫助：口頭或非口頭的不合理嘮叨、懇求、強求（也適用於認知正常的人）。

表 2 中文版 Cohen-Mansfield 激越行為量表

對於以下每種行為，請選擇能反映過去 2 周內平均發生次數的分值。

項目	1分	2分	3分	4分	5分	6分	7分
<b>身體攻擊類</b>							
打							
踢							
搔抓							
推							
投擲物品							
啃咬							
不適當的搶奪他人物品							
吐口水							
傷害自己或他人							
撕開物品或破壞物品							
生理上的性侵犯或暴露生殖器							
<b>身體非攻擊類</b>							
踱步和漫無目的遊走							
不適當的穿脫衣服							
企圖到達另一個地方							
故意跌倒							
食用或引用不適當的東西							
不適當的處理物品							
藏匿物品							
儲藏物品							
表現出重複的動作							
經常性的坐立不安							
<b>語言躁動類</b>							
尖叫							
言詞上的性侵犯							
咒罵或語言攻擊							
重複句子或問題							
製造奇怪的聲響							
不斷抱怨							
反對癖							
持續性無理的要求以吸引注意或幫助							

註：1分：從未發生；2分：每週少於一次；3分：每週一至二次；4分：每週數次；5分：每天一至二次；6分：每天數次；7. 每小時數次。

### 1.3 生活能力評估——日常生活能力量表 (Activity of Daily Living Scale, ADL)

目前, ADL 常用於評估日常生活能力, 尤其在認知障礙的篩查中具有重要作用(Lehfeld & Erzigkeit, 2000), 該量表由美國學者 Lawton 和 Brody (1969) 編制, 包含兩大核心維度的標準化評估體系, 基本日常生活能力量表(Basic Activities of Daily Living; BADL)和工具性日常生活能力量表(Instrumental Activities of Daily Living Scale; IADL), 前者主要用於評估個體在進食、穿衣、如廁等基礎生理功能方面的執行能力, 後者主要用於評估個體在服藥管理、財務處理、交通工具使用等複雜社會功能方面的能力, 二者共同構成了對個體生活功能的全面評估標準。

ADL 量表 (詳見表 3) 包含 14 個項目, 分為兩部分: 一是軀體生活自理量表, 包括上廁所、吃飯、穿衣、日常洗滌、行走、洗澡 6 項。二是工具性日常生活能力量表, 包括接打電話、購物做飯、家務、洗衣服、乘坐公共交通、吃藥、理財 8 項。每項評分分為正常、有些困難、需要幫助、能力喪失 4 級, 評分結果可以通過總分和單項分數進行分析。得分越高, 表明日常生活能力越差, 反之則表明個體能夠較好地獨立完成日常生活。該量表最低 16 分 (完全正常), 超過 16 分則表示不同程度的功能下降, 最高為 56 分。

量表評分注意事項: 評定時應逐項詢問被試者。如果被試者無法回答或不能正確回答, 則可依賴家屬、護理人員等知情人的觀察進行評分。如果某項活動從未進行過 (如沒有電話且從未接打電話), 該項不計入總分。

表 3 日常生活能力量表

項目	評分				
	正常 (1分)	有些困難 (2分)	需要幫助 (3分)	能力喪失 (4分)	無從了解 (不計入總分)
上廁所					
吃飯					
穿衣					
日常洗滌					
行走					
洗澡					
接打電話					
購物					
做飯					
家務					
洗衣服					
乘坐公共交通					
吃藥					
理財					
量表總分					

#### 1.4 照護者負擔評估——照料者負擔量表 (Zarit Caregiver Burden Interview; ZBI)

認知障礙不僅給患者帶來身體、心理、社會等不同層面的影響，還給患者的照顧者帶來沉重的負擔，即照顧者負擔 (Nemcikova et al., 2023)。目前國際上對照顧者負擔尚無統一定義，引用較為廣泛的是 Zarit 等提出的定義：照顧者所感受到的照顧過程對其情緒、社會、財務、軀體及靈性功能產生負面影響的程度 (Zarit et al.,1985)。照顧者負擔通常進一步分為主觀負擔和客觀負擔，主觀負擔是指照顧者在提供照顧過程中所產生的主觀感受，如擔憂、內疚、悲傷，客觀負擔是指由照顧過程所導致的可觀察到的負性結果，如經濟壓力、鄰裡矛盾、家庭衝突 (Zarit et al.,1985)。

測量照顧者負擔最流行的工具之一是照料者負擔量表 (詳見表 4) (Domínguez-Vergara et al., 2023)，共有 22 個條目，綜合評估患者對照料者的情感、社會、身體及經濟方面造成的影響，照料者要回答每個項目，並指出其程度，等級範圍在 0 (無) ~4 (極重) 之間。量表總分為 0~88 分，分值越高負擔越大，其負擔嚴重程度劃分:0~19 分為無或很少，20~39 分為輕度負擔，40~59 分為中度負擔，60 分以上為重度負擔。

表 4 照料者負擔量表

項目	無 (沒有) (0分)	輕 (偶爾) (1分)	中 (有時) (2分)	重 (經常) (3分)	極重 (總是) (4分)
您是否認為，您所照料的患者會向您提出過多的照顧要求？					
您是否認為，由於護理患者會使自己的時間不夠？					
您是否認為，在照料患者和努力做好家務及工作之間，會感到有壓力？					
您是否認為，因患者的行為而感到為難？					
您是否認為，有患者在身邊而感到煩惱？					
您是否認為，您的患者已經影響到了您和您家人與朋友之間的關係？					
您對患者的將來感到擔心嗎？					
您是否認為，患者依賴於您？					
當患者在您身邊時，您感到緊張嗎？					
您是否認為，由於護理患者，您的健康受到影響？					
您是否認為，由於護理患者，您沒有時間辦自己的私事？					
您是否認為，由於護理患者，您的社交受到影響？					
您有沒有由於患者在家，放棄請朋友來家的想法？					
您是否認為，患者只期盼著您的照顧，您好像是他/她唯一可依賴的人？					
您是否認為，除外您的花費，您沒有餘錢用於護理患者？					

項目	無 (沒有) (0分)	輕 (偶爾) (1分)	中 (有時) (2分)	重 (經常) (3分)	極重 (總是) (4分)
您是否認為，您有可能花更多的時間護理患者？					
您是否認為，開始護理以來，按照自己的意願生活已經不可能了？					
您是否希望，能把患者留給別人來照顧？					
您對患者有不知如何是好的情形麼？					
您認為應該為患者做更多的事情是嗎？					
您認為在護理患者上您能做的更好嗎？					
綜合看來您怎樣評價自己在護理上的負擔？					
總分					

## 二、輕度認知障礙的行為問題介入策略（非藥物療法）

非藥物介入是輕度認知障礙患者治療的方法之一，強調以人為本、需求導向的照顧模式 (Hatch et al., 2025)。

### 2.1 環境調整

減少噪音、強光等過度刺激，提供安全、舒適的活動空間；使用圖標、顏色區分等明確標識和視覺提示協助定向；移除障礙物，加強燈光，預防跌倒；安裝定位裝置、智慧門鎖等，預防走失 (Hatch et al., 2025)。

### 2.2 溝通技巧

使用簡單、正向語言，保持眼神接觸，避免爭辯，接納患者的情感表達 (Hatch et al., 2025)。

### 2.3 活動療法

安排結構化且有意義的活動，如音樂療法、懷舊治療、輕度運動等，根據患者過去職業、興趣設計活動，如簡單的手工藝 (Hatch et al., 2025)。

### 2.4 感官刺激

使用多感官刺激，如香薰療法、觸覺玩具等緩解焦慮和躁動，提供安全觸摸，如握手、輕拍等以增加安全感 (Hatch et al., 2025)。

### 2.5 照顧者教育與支持

相關機構需進行照顧者培訓，培訓內容可包括引導家屬參與活動療法、提供患者熟悉的音樂或食物，回應患者需求，避免觸發行為問題等；相關機構需給照顧者提供情緒支持，減少照顧者壓力 (Hatch et al., 2025)。

### 2.6 成效評估與調整

定期檢查非藥物介入計劃的有效性，並根據患者狀態動態調整，記錄行為頻率、強度及觸發因素，以評估介入效果 (Hatch et al., 2025)。

## 三、失智症人士的行為與心理症狀處置指引

### 3.1 基本原則

尊重患者自主性，不批判，理解行為背後的意圖，確保患者及照顧者的身體安全，避免約束使用，除非在極端風險情況下 (Watt et al., 2024)。

**3.2 常見行為問題及處置建議 (詳見 5) (Watt et al., 2024; Schwertner et al., 2022; Mallick & Biffi, 2023)**

表 5 常見行為問題及處置建議

常見行為問題	行為問題發生前的預警訊號	處置方式
攻擊行為	面色緊繃、聲音提高、反覆動作	<p><b>低度 (輕微微兆)</b> 表情緊繃、聲音變大、來回走動。 處置：語調放慢、保持距離、轉移注意力 (播放音樂、給他熟悉的物品)。</p> <p><b>中度 (已表現出攻擊動作，但未造成傷害)</b> 嘗試推人、摔東西。 處置：保持冷靜，給予安全空間，避免人群圍觀；評估是否疼痛、便秘、感染等生理原因。</p> <p><b>高度 (嚴重攻擊，危及自己或他人)</b> 打人、拋擲物品、持續大力掙扎。 處置：立即確保周圍人員安全，必要時暫時隔離，尋求跨專業 (精神科醫師) 協助，評估是否需短期藥物干預。</p>
遊走與迷路	反覆說“要回家”、焦躁不安	<p><b>低度</b> 在房間內反覆走動，焦躁不安。 處置：陪同散步、給予熟悉照片、安排活動分散注意力。</p> <p><b>中度</b> 嘗試打開門、持續尋找出口。 處置：關閉或上鎖危險門窗、安裝門禁警示器，提供「安全遊走空間」。</p> <p><b>高度</b> 已經走失或多次試圖逃出家門。 處置：立即啟動走失應變流程 (通報家屬/警方)、確保佩戴身份識別手環或定位裝置，日後加強環境安全設計。</p>
拒絕照顧	重複質問、煩躁不安、躲避觸	<p><b>低度</b> 說「不要洗」，但情緒平穩。 處置：給予選擇權 (先洗臉還是先洗手)、以輕鬆語氣引導。</p> <p><b>中度</b></p>

常見行為問題	行為問題發生前的預警訊號	處置方式
		<p>情緒激動，推開照護者。</p> <p>處置：暫停行動、轉移注意力（例如：先播放音樂、之後再嘗試）。</p> <p><b>高度</b></p> <p>激烈反抗，可能伴隨攻擊行為。</p> <p>處置：立即停止，避免強行照顧；評估是否因疼痛、皮膚搔癢或水溫不適；必要時尋求醫師評估是否有生理或精神問題。</p> <p>照顧者自我調整方式：停止解釋或爭辯，自我暗示減壓，如“這並不是針對我”，改變照護方式並記錄拒絕規律。</p>
幻覺與妄想	無端懷疑物品被偷、對著空處說話、堅信有不存在的/事物存在	<p><b>低度</b></p> <p>偶爾提及幻覺，但情緒平穩。</p> <p>處置：回應情感，如“我知道你有點害怕”，並溫柔轉移話題。</p> <p><b>中度</b></p> <p>持續出現幻覺，影響日常合作。</p> <p>處置：保持冷靜，避免爭辯；提供現實定向（告訴時間、地點），並記錄發生頻率。</p> <p><b>高度</b></p> <p>出現嚴重恐懼或攻擊行為，認為有人要傷害自己。</p> <p>處置：確保環境安全，避免刺激，及時轉介精神科醫師評估，考慮藥物干預。</p> <p>照顧者如何自我調整：勿直接否定，安撫患者情緒，如“您看上去很害怕，我在這裡陪你”，用患者感興趣的事物分散患者注意力，事後記錄下幻覺/妄想的內容，再尋求專業幫助。</p>

### **3.3 團隊協作與轉介**

與跨專業團隊，如護士、職業治療師、心理學家等共同制定照顧計劃，必要時轉介至老人精神科或認知障礙專科服務(Watt et al., 2024)。

### **3.4 記錄與溝通**

詳細記錄行為事件、介入措施及效果，以便團隊溝通與持續改善(Watt et al., 2024)。

# 人工智能 (Artificial Intelligence; AI) 在家居護理中的應用及展望

隨著人口老齡化及慢性病複雜度提升，家居護理需求日益增長，AI 在提升照護品質、減輕護理負擔方面展現巨大潛力，AI 可協助家居護理的評估與管理(Cingolani et al., 2023)。本部分將探討 AI 在家居護理中的當前應用、相關挑戰及未來展望。

## 一、當前應用：AI 技術在家居護理中的實踐

### 1.1 智能監測與預警系統

傳感器和穿戴式設備可用於實時監測穿戴者的生理數據、行為模式和環境，從而識別早期風險(Hassanein et al., 2025)。

### 1.2 機械寵物和社交機器人

機械寵物和社交機器人常整合基礎 AI 算法，以模擬互動和回應患者情緒，可緩解躁動和焦慮(Pike et al., 2021; Tan et al., 2024)。

## 二、挑戰與建議

### 2.1 隱私與安全

AI 處理敏感健康數據，必須符合隱私法規，建議開發加密和匿名化技術(Hine et al., 2022)，患者及家屬需了解數據收集範圍與使用目的，確保知情同意原則。

### 2.2 臨床驗證與整合

AI 工具需通過嚴謹臨床試驗驗證有效性，並與現有護理流程整合，建議逐步試點和評估(Galavi et al., 2022)。

### 2.3 AI 素養與護理人員培訓

護理人員需具備 AI 應用與判讀能力，以確保技術被安全、合理使用(Montejo et al., 2024)。

### 2.4 倫理與人文關懷並行原則

在家居護理中，AI 應作為延伸人手與強化安全的輔助工具，而非取代人際陪伴。護理人員應持續評估 AI 介入後對患者心理與社交層面的影響，確保科技與關懷的平衡。AI 不應取代人際互動，應輔助而非替代照顧者的判斷和同理心(Hine et al., 2022)。

## 三、未來展望

### 3.1 預測與早期干預

AI 模型可通過整合源數據，如基因、環境和行為歷史等，預測疾病的發作或惡化；可通過視頻分析、語音識別輔助遠程評估症狀，實現早期介入。

### 3.2 制定個性化護理計劃

根據患者個人歷史、偏好和實時數據，生成動態護理計劃。

### **3.3 跨部門整合**

AI 應用需與醫療、社會服務、資訊安全部門協作，建立標準化平台。

### **3.4 優化系統**

可利用 AI 優化智能家居系統，如自動照明、聲音控制等，減少疾病觸發因素。

### **3.5 政策與標準**

建議未來澳門可參考鄰近地區（如香港、日本）的 AI 護理應用框架，逐步建立 AI 輔助家居護理安全指引。

（黃潤洪、黃俊毅、余浩斌、朱明霞）

## 家居安寧療護指南

居家安寧療護將服務地點設立在臨終患者的家中，通過多學科協作團隊為患者及其家屬提供以患者為中心、以家庭為單位的全人照護。服務內容涵蓋基礎醫療、疼痛管理、心理支援、護理指導、哀傷輔導及社會支持，旨在提升患者生命末期的舒適度與生命品質，幫助患者「善終」，同時協助家屬「善別」。服務強調文化敏感性，充分尊重患者和家庭的宗教、文化及情感需求，為患者帶來有尊嚴的生命終點。

### 一、居家安寧療護評估

由於患者及家屬的背景、疾病狀況和需求存在差異，居家安寧療護的計畫應基於全面、科學的評估。評估涵蓋患者的生理、心理、社會及靈性健康，同時關注家庭的支援系統及社會環境。

#### 1.1 評估原則

##### (1) 良好溝通

- ◆ 使用開放性提問及積極傾聽的技巧，與患者及家屬建立信任關係。
- ◆ 針對不同評估內容，靈活採用適合的溝通方法，確保資訊的完整性和準確性。

##### (2) 尊重與知情同意

- ◆ 在評估前向患者及家屬說明評估的目的、方法和內容，並取得同意。
- ◆ 尊重患者及家屬的隱私和自主權，保護其資訊安全。
- ◆ 在評估過程中，營造安靜、舒適的環境（如適宜的溫度和通風），以減少患者的不適感。

##### (3) 持續動態評估

- ◆ 根據患者的病情變化定期進行評估，並在需要時及時調整護理計畫。

##### (4) 全面綜合性

- ◆ 除患者的生理、心理、社會及靈性狀況外，還需評估影響其需求的相關因素，例如家庭支持和社會資源。
- ◆ 針對家屬，需重點評估其角色能力、心理狀態及應對壓力的能力。

##### (5) 評估工具科學性

- ◆ 使用經過驗證的評估工具（如疼痛評分量表、抑鬱篩查量表、壓瘡評估工具、營養風險評估工具）以獲得可靠資料。

##### (6) 適當告知

- ◆ 根據患者及家屬的心理承受能力，靈活決定是否和如何告知評估結果，避免不必要的情緒衝突。

## 1.2 評估方法

- ◆ 溝通與訪談：通過與患者及家屬的面對面交流，瞭解其需求和期望。
- ◆ 觀察法：通過觀察患者的行為、表情、體態及家庭環境，獲取間接資訊。
- ◆ 體格檢查：評估患者的生命體征、症狀及併發症。
- ◆ 量表與工具：結合科學的測量工具（如疼痛評分、Barthel 指數等）進行量化評估。
- ◆ 病歷查閱：瞭解患者的既往病史、用藥情況及治療計畫。

## 1.3 評估內容

### (1) 患者評估

#### ➤個人背景

- ◆ 初次評估應記錄患者的年齡、性別、文化背景、職業、教育程度及宗教信仰等。
- ◆ 瞭解患者對死亡、安寧療護的態度及需求。

#### ➤身體評估

- ◆ 症狀管理：評估患者的疼痛（使用 0-10 分疼痛評分）、呼吸困難、噁心嘔吐、便秘、壓瘡等症狀。
- ◆ 風險評估：包括跌倒風險、壓瘡風險、營養不良及誤吸風險等。
- ◆ 生命體征：定期監測心率、呼吸、血壓及血氧飽和度。

#### ➤心理評估

- ◆ 評估患者的情緒狀態（如焦慮、抑鬱、無助感）。
- ◆ 瞭解患者對死亡的認知及心理準備。
- ◆ 關注是否有自殺風險或心理危機。

#### ➤靈性需求

- ◆ 探討患者的宗教信仰、精神需求及對生命意義的思考。
- ◆ 鼓勵患者表達未完成的心願或心靈寄託。

#### ➤社會支持

- ◆ 評估患者的主要照護者及家庭支援系統。
- ◆ 瞭解其經濟狀況及可獲得的社會資源（如志願者、社區支持）。

### (2) 家屬評估

#### ➤個人背景

- ◆ 記錄家屬的年齡、健康狀況、職業、照護經驗等。
- ◆ 瞭解家屬對安寧療護的認知與態度。

#### ➤心理狀態

- ◆ 評估家屬的焦慮、抑鬱、哀傷及應對能力。
- ◆ 關注家屬是否因長期照護而出現疲乏或倦怠。

## ➤社會支持

- ◆ 評估家屬的社會支援系統，包括親友、社區及社會資源。

### 1.4 常見護理問題

#### (1) 患者

- ◆ 疼痛及其他症狀無法控制。
- ◆ 活動受限或耐力不足。
- ◆ 心理困擾，如死亡焦慮、孤獨感。
- ◆ 缺乏社會支持或照護資源。

#### (2) 家屬

- ◆ 照護負擔過重，出現身心疲憊。
- ◆ 決策困難，面臨倫理衝突。
- ◆ 哀傷反應，難以接受患者臨終事實。

### 1.5 護理目標

- ◆ 為患者提供有效的疼痛及症狀控制，提升其舒適度。
- ◆ 協助患者實現心願，維持其尊嚴。
- ◆ 支援家屬順利應對哀傷並提供持久的心理支援。

### 1.6 護理措施

#### (1) 患者護理

##### ➤環境優化

- ◆ 確保室內溫濕度適宜，避免噪音。
- ◆ 提供防滑設施及無障礙設計，保障安全。

##### ➤症狀管理

- ◆ 疼痛管理：按 WHO 三階梯止痛原則使用藥物（如鴉片類止痛藥）。
- ◆ 處理其他症狀（如呼吸困難、便秘等），結合藥物和非藥物干預。

##### ➤心理支持

- ◆ 傾聽患者需求，提供共情支援。
- ◆ 應用敘事治療、藝術療法（如音樂和繪畫）緩解心理壓力。

##### ➤靈性支持

- ◆ 尊重患者的宗教信仰，為其創造精神支持的空間。

#### (2) 家屬護理

##### ➤教育與指導

- ◆ 教授家屬基本照護技能（如翻身、清潔）。
- ◆ 提供生死教育，協助家屬與患者進行情感溝通（如道謝、道愛、道歉）。

### ➤心理和哀傷輔導

- ◆ 提供哀傷支援，協助家屬處理負面情緒。
- ◆ 鼓勵家屬參與社會活動，尋找支持團體。

### ➤社會資源連結

- ◆ 協助家屬申請政府補助、慈善基金等資源。
- ◆ 聯繫社區志願者或專業團隊提供額外支援。

居家安寧療護是一項綜合性的照護服務，注重患者的生理、心理、社會及靈性需求，強調家屬的支持與教育。通過科學評估、個性化照護計畫及多學科協作，幫助患者在生命末期獲得尊嚴與舒適，同時幫助家屬適應並接受哀傷歷程，為「善終」與「善別」提供全方位支援。

## 二、居家安寧護理疼痛管理指引

### 2.1 疼痛概述

疼痛是臨終患者最常見且最困擾的症狀之一，它不僅是身體的不適，更涉及心理、社會及靈性層面的影響。疼痛管理是安寧療護的核心任務，目標是在緩解疼痛的同時維護患者的尊嚴，提升其生命末期的舒適度與生活品質。

### 2.2 疼痛評估

#### (1) 相信患者的主觀感受：

- ◆ 疼痛是一種主觀體驗，應完全相信患者對疼痛的描述。
- ◆ 針對不能表達的患者，通過行為、表情等間接方法判斷其疼痛程度。

#### (2) 持續動態評估：

- ◆ 疼痛評估應貫穿護理全過程，定期記錄疼痛變化。

#### (3) 多維度評估：

- ◆ 疼痛評估應包括生理、心理、社會及靈性層面的因素。

### 2.3 疼痛評估的內容

#### (1) 疼痛特徵：

- ◆ 位置：明確每處疼痛的位置。
- ◆ 性質：指導患者描述疼痛的類型（如針刺樣痛、灼燒樣痛、抽痛等）。
- ◆ 強度：使用科學的疼痛量表，如數位評分量表（0-10分）或臉譜評分量表。
- ◆ 頻率：記錄疼痛的時間模式（持續性、間歇性）、發作時間及加重/緩解因素。

#### (2) 疼痛對生活的影響：

- ◆ 疼痛對患者的日常活動（如睡眠、進食、社交）的影響。
- ◆ 是否伴隨其他症狀（如噁心、呼吸困難、焦慮）。

### (3) 治療史：

- ◆ 記錄患者過去及當前使用的止痛藥物、非藥物療法及其效果、副作用。
- ◆ 瞭解患者及家屬對疼痛管理的態度和誤解，特別是對鴉片類藥物的看法。

### (4) 心理、靈性因素：

- ◆ 評估患者是否存在焦慮、抑鬱或對死亡的恐懼。
- ◆ 探討患者的未了心願或靈性需求。

### (5) 身體評估：

- ◆ 觀察患者的表情、體態及行為表現（如面部皺緊、呻吟、肢體僵硬）。
- ◆ 進行觸診評估疼痛部位的壓痛、腫塊及皮膚狀況。

### (6) 特殊評估工具：

- ◆ 針對無法表達的患者，可使用疼痛行為評估表（如面部表情、肢體語言、呼吸變化等）。

## 2.4 疼痛管理要點

### (1) 常見護理問題

#### ➤服藥依從性低：

- ◆ 患者擔心藥物副作用或對鴉片類藥物的誤解。

#### ➤潛在併發症：

- ◆ 長期疼痛可能導致活動受限，增加壓瘡、跌倒等風險。

#### ➤心理/靈性困擾：

- ◆ 患者可能因恐懼死亡、未了心願或宗教信仰而加劇疼痛感。

#### ➤藥物副作用：

- ◆ 鴉片類藥物可能引發便秘、噁心、嗜睡及呼吸抑制。

## 2.5 疼痛管理措施

### (1) WHO 疼痛管理三階梯原則

#### ➤By the mouth（口服）：

- ◆ 優先選擇口服給藥方式，除非患者不能吞嚥。

#### ◆ By the clock（定時用藥）：

- ◆ 按時服藥而非按需用藥，確保血藥濃度穩定，避免疼痛再現。

#### ◆ By the ladder（三階梯用藥）：

- ◆ 第一階：非鴉片類藥物（如對乙醯氨基酚、NSAIDs）±輔助藥物。

- ◆ 第二階：弱鴉片類藥物（如可待因）±非鴉片類藥物±輔助藥物。

- ◆ 第三階：強鴉片類藥物（如嗎啡、芬太尼）±非鴉片類藥物±輔助藥物。

## (2) 非藥物護理措施

- ◆ 體位調整：
- ◆ 協助患者取舒適體位，避免壓迫疼痛部位。
- ◆ 物理療法：
- ◆ 根據患者情況選擇熱敷、冷敷或輕柔按摩。
- ◆ 放鬆訓練：
- ◆ 教授患者深呼吸、冥想或進行聽音樂等放鬆活動。
- ◆ 心理支持：
- ◆ 傾聽患者的感受，提供情緒支援。
- ◆ 鼓勵患者與家屬溝通，滿足其情感需求。
- ◆ 靈性支持：
- ◆ 尊重患者的宗教信仰，必要時邀請宗教人士提供幫助。

## (3) 藥物副作用管理

- ◆ 便秘：
  - 增加膳食纖維及水分攝入。
  - 遵醫囑使用通便藥物（如乳果糖、聚乙二醇）。
- ◆ 噁心/嘔吐：
  - 遵醫囑使用止吐藥（如甲氧氯普胺）。
  - 提供口腔護理，指導患者進食清淡易消化食物。
- ◆ 嗜睡/鎮靜：
  - 向家屬解釋藥物作用，評估藥物劑量並遵醫囑調整。
- ◆ 呼吸抑制：
  - 觀察患者呼吸頻率及意識狀態，必要時使用納洛酮（Naloxone）逆轉鴉片副作用。

## (4) 家屬教育

- ◆ 疼痛知識普及：
- ◆ 向家屬講解疼痛的生理機制及藥物作用，糾正對鴉片藥物的誤解。
- ◆ 護理技能培訓：
- ◆ 教授家屬如何協助患者進行體位調整、按摩及心理支持。
- ◆ 心理支持：
- ◆ 提供家屬哀傷輔導，幫助其調適情緒。

## 2.6 疼痛護理效果評估

### (1) 患者疼痛緩解：

- ◆ 疼痛評分降至 3 分或以下，患者主觀感受疼痛可耐受。

### (2) 無嚴重副作用：

- ◆ 患者未出現鴉片類藥物中毒或其他嚴重副作用。

**(3) 生活品質提升：**

- ◆ 患者能夠參與日常活動，睡眠及情緒狀態改善。

**(4) 家屬滿意度：**

- ◆ 家屬對疼痛管理效果滿意，能夠有效協助患者。

通過上述以患者為中心的疼痛管理措施，居家護士可幫助患者實現疼痛緩解，提升生命末期的生活品質，同時減少藥物相關不良反應並支持家屬共同應對挑戰。

（朱明霞、許璇珊、王思琛）

## 第三部分：家居照顧者賦能

### 家居護士溝通技巧、心理護理及個人安全指引

家居護士的核心角色是支持患者及其家庭，通過有效的溝通、心理護理和自身安全保障，確保護理質素與安全性。

#### 一、溝通技巧

家居護士的溝通能力直接影響護理效果，應根據患者需求採用靈活、專業的溝通策略。

##### 1.1 開場技巧

- ◆ 禮貌問候與自我介紹：使用問候式或關心式語句，稱呼患者及家屬時應充分尊重個人喜好（如先生、太太、伯伯）。如不確定稱呼，建議詢問患者的偏好。
- ◆ 文化敏感性：瞭解患者的文化背景、語言習慣和家庭傳統，避免帶有偏見或成見。
- ◆ 謙遜與尊重：始終表現出對患者及其環境的尊重，建立信任。

##### 1.2 選擇適合的語言

- ◆ 使用患者能理解的語言，避免過多醫療術語，必要時進行解釋。
- ◆ 交談過程中，定期詢問患者是否理解，確保訊息準確傳達。

##### 1.3 提問技巧

- ◆ 開放式問題：鼓勵患者提供更多信息，例如「您最近睡眠如何？」
- ◆ 閉合式問題：用於確認具體情況，適合用於執行護理指南時，例如「您今天是否按時服藥？」
- ◆ 及時反饋：針對患者的回答給予簡短回應，表現出關注和理解。

##### 1.4 治療性溝通技巧

- ◆ 表現同理心與共情，學會換位思考。
- ◆ 傾聽患者的需求和擔憂，適時提供健康教育資料（如手冊或單張）。

##### 1.5 傾聽技巧

- ◆ 用心關懷：主動傾聽患者的話語，給予充分的注意力。
- ◆ 回溯性傾聽：複述患者的話語，以防止誤解並深化對話。
- ◆ 保密和道德：嚴格保守患者隱私，維護職業道德。

##### 1.6 非語言溝通技巧

- ◆ 使用肢體語言（如點頭、微笑）表現關注和支持。
- ◆ 注意手勢、面部表情和姿勢的協調性，以增強溝通效果。

### 1.7 書面溝通技巧

- ◆ 準確記錄：在護理文件中詳細記錄患者的情況，確保信息準確。
- ◆ 解釋書面操作：當在患者面前填寫資料時，解釋操作內容，減少患者的疑慮。

### 1.8 結束交談技巧

- ◆ 總結並確認：概括交談內容，確認患者的理解。
- ◆ 安排後續：明確下次家訪時間，並表達感謝。

## 二、心理護理

心理護理旨在支持患者及家屬的情緒健康，同時確保護士自身心理狀態的穩定。

### 2.1 護士自身心理健康

- ◆ 自我反思：定期檢討自己的護理經驗，減少偏見和個人情緒對工作的影響。
- ◆ 健康管理：保持良好的心理狀態，避免壓力影響工作質量。

### 2.2 患者心理支持

- ◆ 解決問題：在護理過程中幫助患者克服問題，減少壓力源。
- ◆ 情緒調節：通過共情、傾聽和疏導，幫助患者管理負面情緒，維持心理平衡。
- ◆ 語言支持：使用鼓勵性語言，如安慰和支持，避免消極或傷害性語言。
- ◆ 教育與指導：增強患者對病情的理解，減少因錯誤認知引起的焦慮。

## 三、個人安全

家居護士需在提供護理的同時，確保自身安全，特別是在高風險環境中。

### 3.1 家訪前準備

- ◆ 瞭解患者的病史、家庭背景和居住環境，特別是潛在風險（如家庭暴力或犯罪事件）。
- ◆ 若處於高風險社區，與同事搭伴執行護理。

### 3.2 家訪過程中的安全措施

- ◆ 穿著得體，攜帶手機和其他應急工具（如手電筒）。
- ◆ 注意觀察環境與患者家屬的行為，遵從直覺，若感到不適則迅速撤離並重新安排時間。

### 3.3 衝突處理

- ◆ 冷靜應對：面對情緒激動的患者或家屬時保持冷靜，試圖緩和局勢。
- ◆ 道歉與報告：對無意冒犯的行為道歉，並將突發事件記錄並報告給管理者。
- ◆ 快速撤離：當情況失控時，選擇迅速離開現場，必要時聯繫警方保障安全。

## 家居護士自我調適指引：壓力管理與心理健康策略

家居護理工作需注意壓力管理，長期忽視壓力管理可能導致情緒耗竭與職業倦怠。通過識別情緒、掌握情緒管理技巧、建立健康習慣、尋求支持和專業資源，家居護士可以有效緩解壓力、保持心理健康並提升職業幸福感。

### 一、識別情緒與正視壓力

作為家居護士，首要任務是學會覺察自身情緒，正視壓力來源，並主動進行管理。

#### 1.1 自我覺察與接納自己的情緒

關注情緒變化：定期檢視自己的情緒狀態，認識到情緒波動是正常的並積極接納，而非壓抑或否認。

##### ➤ 識別壓力信號：

- ◆ 焦慮：對患者健康狀況、護理效果或家訪環境等過度擔憂。
- ◆ 情緒耗竭：感到筋疲力盡、無法集中精力。
- ◆ 睡眠問題：入睡困難、多夢或早醒，可能與壓力過大有關。

### 二、有效的情緒管理技巧

掌握簡單可行的情緒調節技巧，有助於在護理過程中保持冷靜與專注。

#### 2.1 呼吸與放鬆技巧

- ◆ 腹式呼吸：有助於放鬆神經系統，快速緩解焦慮感。
- ◆ 正念練習：每日 5-10 分鐘的正念冥想，可顯著減少心理疲勞並增強專注力。

#### 2.2 日常減壓方法

- ◆ 短暫拉伸：在家訪問隙輕微活動，如頸部轉動、手臂過頭伸展，幫助緩解肌肉緊張。
- ◆ 蝴蝶拍技術：雙手交叉抱肩，輕拍雙肩，同時回憶令人愉快的場景，起到情緒穩定作用。
- ◆ 著陸技巧：當壓力過大時，通過觀察周圍的物品色彩、形狀，將注意力集中於當下，幫助減少壓力源影響。

### 三、建立健康的自我照顧習慣

良好的自我照顧是家居護士平衡工作與生活的基石。

#### 3.1 維持健康生活方式

- ◆ 充足休息：照顧者先要照顧好自己，作息盡量規律，合理安排工作與休息時間。
- ◆ 營養均衡：保持良好規律的飲食習慣。
- ◆ 規律運動：適當持續的運動，可有效緩解壓力並增強體質。

### 3.2 調整認知與心態

- ◆ **積極職業價值觀**：認識到家居護理對患者生活的重要意義，為自己的專業貢獻感到自豪。
- ◆ **積極自我對話**：鼓勵自己，將挫折視為成長的契機，減少自我批評。
- ◆ **合理安排工作**：
  - 確定優先順序，避免同時處理多項任務。
  - 善用任務清單，完成後標記，減少忙亂感。

### 3.3 發展興趣愛好

- ◆ 參與閱讀、繪畫、園藝或聽音樂等活動，幫助緩解壓力並提升幸福感。

## 四、尋求支持與建立邊界

支持系統與專業邊界是家居護士保持心理健康的重要保障。

### 4.1 主動溝通與傾訴

- ◆ **情感支持**：與家人或朋友分享感受與困惑，獲得情緒釋放。
- ◆ **加入支持小組**：參加當地護理協會，定期參與經驗分享與情感支持活動。

### 4.2 建立專業邊界

- ◆ **避免過度情感投入**：在護理過程中保持專業距離，避免因過度共情而導致心理壓力升高。
- ◆ **尊重患者隱私**：嚴格遵守職業倫理，維護患者的信任感。

### 4.3 善用團隊協作

- ◆ 強調團隊合作，共享經驗與資源，可減少孤立感與情緒耗竭。

## 五、利用專業資源與持續學習

當自我調適無法解決心理壓力時，積極尋求專業資源與持續學習是關鍵。

### 5.1 尋求專業心理協助

- ◆ **心理諮詢**：當壓力無法通過自我調適緩解時，應及時尋求心理專家的協助。許多地區提供社區心理服務或心理支持熱線。
- ◆ **危機干預**：對於急性心理危機，可聯繫專業機構進行干預。

### 5.2 持續學習與專業成長

- ◆ **參與在職教育**：研究顯示，接受心理調適課程的家居護士壓力明顯減少。
- ◆ **學習新技能**：如智能家居設備的使用或護理技術更新，提升專業能力並增強自信心。

## 家居護士如何指導家居照顧者進行自我調適：策略與支持

家居照顧者在長期照顧工作中容易忽視自身需求，導致身心俱疲及心理健康問題。家居護士作為專業支持角色，應指導照顧者識別壓力信號，學習自我調適策略，並建立多層次支持系統。

### 一、家居照顧者的壓力與挑戰

家居照顧者承擔著身體、情感和社會多方面的壓力，長期未解決的壓力可能導致心理健康惡化。特別是在照顧失智症患者時，當患者表現出多種行為與心理症狀時（如攻擊、自傷、游走等），照顧者的心理負擔和抑鬱風險急劇上升。這被稱為「照顧臨界點」，是家居護士需要高度關注的階段。

#### 1.1 家居護士的指導重點：

- ◆ 識別壓力來源：幫助照顧者理解壓力可能來自身體疲勞、情感消耗或長期社會孤立等因素。
- ◆ 建立健康觀念：強調「照顧自己是持續提供高質量照顧的前提」，幫助照顧者提高自我關注意識。

### 二、自我調適指引：壓力識別與情緒管理

#### 2.1 識別壓力徵兆

家居護士可指導家庭照顧者定期檢視自己的身心狀態，識別壓力徵兆，及早採取調適措施。

- ◆ 情緒方面：脾氣變壞、心情沮喪或呆滯、常常哭泣無法控制。
- ◆ 身體方面：失眠、頭痛、腰酸背痛、食慾不振、體力不支。
- ◆ 行為方面：遠離社交、不再參與喜愛的活動。
- ◆ 認知方面：注意力不集中、記憶力下降、難以決策。

#### 2.2 建議工具：壓力自評

- ◆ 家居護士可指導照顧者每週花幾分鐘，用 1-10 分評估壓力水平（1 分為輕鬆，10 分為極度緊張）。當分數達到 7 分或以上時，應幫助照顧者積極採取緩解措施。

#### 2.3 情緒管理技巧

- ◆ 腹式呼吸：幫助快速放鬆身心，每天練習幾次，特別是在壓力升高時。
- ◆ 靜坐冥想：每日 5-10 分鐘，專注於自己的呼吸，放鬆緊繃的情緒。
- ◆ 「蝴蝶拍」技術：雙手交叉輕拍雙肩，同時回想安全和舒適的場景，穩定情緒。
- ◆ 「著陸」技術：通過觀察周圍環境中的顏色、形狀或聲音，將注意力集中到當下，減少壓力影響。

### 三、自我調適指引：健康生活與自我照顧

#### 3.1 運動與休閒安排

- ◆ **短時運動**：每天 10-15 分鐘居家拉伸或瑜伽動作，緩解肌肉壓力。
- ◆ **戶外活動**：每週 1-2 次公園散步或親近自然，降低壓力水平並恢復精力。
- ◆ **興趣活動**：鼓勵照顧者選擇自己喜歡的活動，如跳舞、繪畫、園藝，讓身心得到放鬆。

#### 3.2 維持健康習慣

- ◆ **充足睡眠**：指導照顧者安排輪班照顧或白天補覺，確保每晚 7 小時以上睡眠。
- ◆ **均衡飲食**：提醒照顧者規律進食並攝入充足營養，避免依賴快餐食品。
- ◆ **定期健康檢查**：鼓勵照顧者注重自身健康需求，及時就醫體檢。
- ◆ **水分補充**：建議每天飲水 2000mL 以上，避免因忙碌而忽略補水。

#### 3.3 創造日常快樂

- ◆ **享受音樂**：選擇節奏輕快或放鬆的音樂，調整情緒。
- ◆ **種植植物**：透過照顧植物，獲得心理療癒和成就感。
- ◆ **偶爾放縱**：偶爾享受自己喜歡的美食，為生活增添樂趣。

### 四、建立支持系統與尋求資源

#### 4.1 家庭分工與支持

- ◆ **定期家庭會議**：討論照顧分工，讓每位家庭成員參與計劃並表達意見。
- ◆ **明確職責分配**：根據家庭成員的時間和能力，合理分配照顧工作。
- ◆ **有效溝通技巧**：使用「我」語句表達需求（如「我需要休息」），避免指責語言。

#### 4.2 參加支持團體

- ◆ **經驗分享**：從其他照顧者的經驗中學習應對策略。
- ◆ **情感釋放**：在安全環境中宣洩情緒，減少孤立感。
- ◆ **信息獲取**：支持團體提供關於疾病照護和政策資源的最新信息。

#### 4.3 善用專業資源

- ◆ **喘息服務**：協助照顧者申請短期照顧服務，為其提供喘息和恢復的機會。
- ◆ **心理諮詢**：當壓力無法緩解時，指導照顧者尋求心理諮商支持。
- ◆ **教育培訓**：鼓勵照顧者參加疾病相關培訓，提升技能以增強掌控感。

#### 4.4 科技輔助工具

- ◆ **數位工具**：推薦使用健康應用程式或可穿戴設備，幫助照顧者監測睡眠、運動和壓力水平。
- ◆ **線上支持**：加入線上支持團體，方便隨時隨地獲取情感支持和資源。

## 五、照顧自己是照顧他人的前提

家居護士應幫助家庭照顧者意識到，只有照顧好自己，才能提供持續且高質量的照顧。

- ◆ **識別壓力信號**：幫助照顧者正視自己的情緒與壓力，學會紓解壓力。
- ◆ **強調支持系統的重要性**：指導照顧者與家庭、社會資源建立協作關係。
- ◆ **倡導專業介入**：鼓勵照顧者善用專業資源，避免孤軍奮戰。

當家庭照顧者感到壓力過大時，家居護士應提醒他們：允許自己休息並接受幫助不是自私，而是對自己和被照顧者的負責。只有在身心健康的狀態下，照顧者才能實現長期的支持與陪伴。

（王思琛、黃俊毅、朱明霞）

## 參考文獻

- 于博芮等 (2017)。最新傷口護理學 (3)。台灣：華杏出版股份有限公司。
- 李小寒、尚少梅 (2023)。基礎護理學 (第7版)。中國：人民衛生出版社。
- 李佩怡、蔡麗雲、賴允亮、顧乃平、李英芬、劉姵妤、劉景萍、邱世哲、陳虹汶、方俊凱、李閏華 (2021)。安寧緩和護理學 (第9版)。華格那企業有限公司。
- 國際傷口感染協會 (IWII) (2016)。臨床實踐中的傷口感染。Wounds International — Omnia-Med Ltd 分支機構。
- 郭雅雯、呂郁芳、郭芳雅、陳儀倩、謝玉惠、劉美玲、馬淑清 (2021)。居家護理實務。華杏出版股份有限公司。
- 譚永毅、楊輝 (2023)。安寧療護。人民衛生出版社。
- 澳門特別行政區衛生局 (2016)。社會服務設施傳染病預防指引。  
[http://www.ssm.gov.mo/docs//946//946\\_b22544ccd3f24b779509bba5819e4960\\_000.pdf](http://www.ssm.gov.mo/docs//946//946_b22544ccd3f24b779509bba5819e4960_000.pdf)
- 澳門特別行政區衛生局 (2020)。臨床樣本采集和遞交指引 (第八版)。  
[https://www.gov.mo/zh-hans/wp-content/uploads/sites/5/2016/06/%E8%87%A8%E5%BA%8A%E6%A8%A3%E6%9C%AC%E6%8E%A1%E9%9B%86%E5%92%8C%E9%81%9E%E4%BA%A4%E6%8C%87%E5%BC%95-%E4%B8%AD%E6%96%87%E7%89%88-LSP-002-08.0\\_2019.12.02\\_LSP\\_%E4%BA%92%E8%81%AF%E7%B6%B2\\_%E7%B0%A1%E9%AB%94.pdf](https://www.gov.mo/zh-hans/wp-content/uploads/sites/5/2016/06/%E8%87%A8%E5%BA%8A%E6%A8%A3%E6%9C%AC%E6%8E%A1%E9%9B%86%E5%92%8C%E9%81%9E%E4%BA%A4%E6%8C%87%E5%BC%95-%E4%B8%AD%E6%96%87%E7%89%88-LSP-002-08.0_2019.12.02_LSP_%E4%BA%92%E8%81%AF%E7%B6%B2_%E7%B0%A1%E9%AB%94.pdf)
- 蘇麗智、林靜娟、簡淑真、呂麗卿、潘美蓉、李家琦、李美雲、陳明莉、羅筱芬、林韋君、林淑燕、葉秀珍、歐倫君、林唐愉、黃士滋、林思靜、鄭怡娟、張華蘋、邱淑玲、謝珮琳等 (2022)。實用基本護理學 (第9版)。台灣：華杏出版股份有限公司。
- Baranoski, S., & Ayello, E. A. (2020). Wound care essentials: Practice principles (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Carter, E., & Wang, H. (2024). Telehealth interventions for stoma patients: A randomized controlled trial. *BMC Nursing*, 23(1), 45-52.
- Cingolani, M., Scandoni, R., Fedeli, P., & Cembrani, F. (2023). Artificial intelligence and digital medicine for integrated home care services in Italy: Opportunities and limits. *Frontiers in public health*, 10, 1095001.
- Domínguez-Vergara, J., Santa-Cruz-Espinoza, H., & Chávez-Ventura, G. (2023). Zarit caregiver burden interview: psychometric properties in family caregivers of people with intellectual disabilities. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(2), 391-402.

- Galavi, Z., Montazeri, M., & Ahmadian, L. (2022). Barriers and challenges of using health information technology in home care: A systematic review. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(5), 2542–2568. <https://doi.org/10.1002/hpm.3492>
- Giebel, C., Sutcliffe, C., Darlington-Pollock, F., Green, M. A., Akpan, A., Dickinson, J., Watson, J., & Gabbay, M. (2021). Health Inequities in the Care Pathways for People Living with Young- and Late-Onset Dementia: From Pre-COVID-19 to Early Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 686. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020686>
- Hassanein, S., El Arab, R. A., Abdrbo, A., Abu-Mahfouz, M. S., Gaballah, M. K. F., Seweid, M. M., Almari, M., & Alzghoul, H. (2025). Artificial intelligence in nursing: An integrative review of clinical and operational impacts. *Frontiers in Digital Health*, 7, 1552372.
- Hatch, S., Seitz, D. P., Bruneau, M.-A., Ewa, V., Feldman, S., Goldberg, Y., Goodarzi, Z., Herrmann, N., Colborne, D. H., Henri-Bhargava, A., Ismail, Z., Kirkham, J., Kumar, S., Lanctôt, K. L., Thompson, W., Porter, J., & Watt, J. A. (2025). The canadian coalition for seniors' mental health canadian clinical practice guidelines for assessing and managing behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Canadian Geriatrics Journal*, 28(1), 91–102. <https://doi.org/10.5770/cgj.28.820>
- Hine, C., Nilforooshan, R., & Barnaghi, P. (2022). Ethical considerations in design and implementation of home-based smart care for dementia. *Nursing Ethics*, 29(4), 1035–1046. <https://doi.org/10.1177/09697330211062980>
- Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., & Rebar, C. R. (2021). *Medical-surgical nursing: Concepts & practice* (10th ed.). Elsevier.
- Liu, J., Lin, T., Liu, G., Dong, X., & Min, R. (2023). Risk factors for agitation in home-cared older adults with dementia: evidence from 640 elders in East China. *Frontiers in neuroscience*, 17, 1189590. <https://doi.org/10.3389/fnins.2023.1189590>
- Li, N., Shi, R., Sun, Y., & Chen, Q. (2025). Effective interventions to prevent catheter-associated urinary tract infections: a systematic review. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 67, e61.
- Kirkham, J., Goodarzi, Z., & Seitz, D. (2024). Guideline recommendations on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25(5), 837-846.e21. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.03.007>
- Kohli, D. R., Abidi, W. M., Cosgrove, N., Machicado, J. D., Desai, M., Forbes, N., Marya, N. B., Thiruvengadam, N. R., Thosani, N. C., Alipour, O., Ngamruengphong, S., Elhanafi, S. E., Sheth, S. G., Ruan, W., Fang, J. C., McClave, S. A., Zvavanjanja, R. C., Kamel, A. Y., & Qumseya, B. J. (2025). American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on

- gastrostomy feeding tubes: summary and recommendations. *Gastrointestinal endoscopy*, 101(1), 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2024.08.044>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186.
- Raimo, S., Maggi, G., Ilardi, C. R., Cavallo, N. D., Torchia, V., Pilgrom, M. A., Cropano, M., Roldán-Tapia, M. D., & Santangelo, G. (2024). The relation between cognitive functioning and activities of daily living in normal aging, mild cognitive impairment, and dementia: a meta-analysis. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 45(6), 2427–2443. <https://doi.org/10.1007/s10072-024-07366-2>
- Mallick, A., & Biffi, A. (2023). Diagnostic and management strategies for common neurobehavioral and psychiatric disturbances among patients with cognitive impairment and the dementias. *Clinics in Geriatric Medicine*, 39(1), 161–175. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2022.08.004>
- Montejo, L., Fenton, A., & Davis, G. (2024). Artificial intelligence (AI) applications in healthcare and considerations for nursing education. *Nurse Education in Practice*, 80, 104158. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104158>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The montreal cognitive assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- National Cancer Institute. (2025). Cancer pain-Patient Version. U.S. Department of Health and Human Service. <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/pain/pain-pdq>.
- Nemcikova, M., Katreniakova, Z., & Nagyova, I. (2023). Social support, positive caregiving experience, and caregiver burden in informal caregivers of older adults with dementia. *Frontiers in public health*, 11, 1104250.
- Osakwe, Z. T., Larson, E., & Shang, J. (2019). Urinary tract infection-related hospitalization among older adults receiving home health care. *American journal of infection control*, 47(7), 786–792.e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.12.012>
- Pike, J., Picking, R., & Cunningham, S. (2021). Robot companion cats for people at home with dementia: A qualitative case study on companotics. *Dementia*, 20(4), 1300-1318.
- Reid, S., Brocksom, J., Hamid, R., Ali, A., Thiruchelvam, N., Sahai, A., Harding, C., Biers, S., Belal, M., Barrett, R., Taylor, J., & Parkinson, R. (2021). British Association of Urological Surgeons (BAUS) and Nurses (BAUN) consensus document: management of the complications of long-term indwelling catheters. *BJU international*, 128(6), 667–677. <https://doi.org/10.1111/bju.15406>

- Schwertner, E., Pereira, J. B., Xu, H., Secnik, J., Winblad, B., Eriksdotter, M., Nägga, K., & Religa, D. (2022). Behavioral and psychological symptoms of dementia in different dementia disorders: A large-scale study of 10,000 individuals. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 87(3), 1307–1318. <https://doi.org/10.3233/JAD-215198>
- Skolarikos, A., Geraghty, R., Somani, B., Taily, T., Jung, H., Neisius, A., Petřík, A., Kamphuis, G. M., Davis, N., Bezuidenhout, C., Lardas, M., Gambaro, G., Sayer, J. A., Lombardo, R., & Tzelves, L. (2025). European Association of Urology Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Urolithiasis. *European urology*, 88(1), 64–75. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2025.03.011>
- Sun, F.-C., Lin, L.-C., Chang, S.-C., Li, H.-C., Cheng, C.-H., & Huang, L.-Y. (2022). Reliability and validity of a chinese version of the cohen–mansfield agitation inventory-short form in assessing agitated behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9410. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159410>
- Tan, C. K., Lou, V. W. Q., Cheng, C. Y. M., He, P. C., & Khoo, V. E. J. (2024). Improving the social well-being of single older adults using the LOVOT social robot: Qualitative phenomenological study. *JMIR Human Factors*, 11, e56669. <https://doi.org/10.2196/56669>
- Tan Tock Seng Hospital. (2026). *Tracheostomy care at home* [Home care guideline]. Tan Tock Seng Hospital. <https://www.ttsh.com.sg/Patients-and-Visitors/Documents/HVRSS-Tracheostomy-Care-At-Home-Eng.pdf>
- Taylor, C., Lynn, P., & Bartlett, J.L. (2022). *Fundamental of Nursing: The Art and Science of Person-centered care (10th ed.)*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Thompson, D. L. (2015). Urinary elimination. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. A. Stockert & A. Hall (Eds.) *Fundamentals of nursing* (8<sup>th</sup> ed.) (pp. 951-991). St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences.
- Van Os, K. E., Schokker, M., & Luijendijk, H. (2025). Delirium among older adults living at home: a systematic review of prevalence, incidence and risk factors. *British Journal of General Practice*.
- Watson, M., Campbell, R., Vallath, N., & Ward, S., & Wells, J. (2019). *Oxford Handbook of Palliative Care* (3<sup>rd</sup>ed).
- Watt, J. A., Porter, J., Tavilsup, P., Chowdhury, M., Hatch, S., Ismail, Z., Kumar, S., Kirkham, J., Goodarzi, Z., & Seitz, D. (2024). Guideline Recommendations on Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25(5), 837–846.e21. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.03.007>

- Woo, K., Adams, V., Wilson, P., Fu, L. H., Cato, K., Rossetti, S. C., McDonald, M., Shang, J., & Topaz, M. (2021). Identifying Urinary Tract Infection-Related Information in Home Care Nursing Notes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(5), 1015–1021.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.12.010>
- Woo, K. Y., Sibbald, R. G., & Fergu, A. (Eds.). (2021). *Chronic wound care: A clinical source book for healthcare professionals* (5th ed.). HMP Communications.
- Wong, S. M., Zeng, W., & Lo, I. L. (2022). Cohort profile: the dementia registry in Macao. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 37, 15333175211067124.
- Woodrow, P. (2018). *Intensive care nursing: a framework for practice*. Routledge.
- World Health Organization. (2010). *WHO best practices for injections and related procedures toolkit* (No. WHO/EHT/10.02). World Health Organization.
- Yip, C. C. K., Wong, W. W. S., Cheng, C. P. W., & Chiu, A. T. S. (2024). The Hong Kong version of Montreal Cognitive Assessment for the Visually Impaired (HKMoCA-VI): proposed cut-off and cognitive functioning survey of visually impaired elderly in residential homes. *PLoS One*, 19(6), e0305426.



ISBN 978-99981-881-5-0



9 789998 188150