

長照專業服務操作指引-附錄二-居家護理指導與諮詢服務的處置指引

目錄

【疼痛問題處置指引】	3
一、定義	3
二、照護目標	3
三、疼痛評估要點與原則	3
四、疼痛護理指導要點及內容	5
五、護理指導成效評值	10
六、轉介必要之醫療處置要點與時機	11
七、製作紀錄之要點與原則	11
【皮膚及傷口照護處置指引】	13
一、定義	13
二、照護目標	13
三、傷口評估要點與原則	13
四、傷口換藥護理指導要點及內容	22
五、護理指導成效評值	29
六、轉介必要之醫療處置要點與時機	29
七、製作紀錄之要點與原則	29
【失禁性皮膚炎照護指引】	34
一、定義	34
二、照護目標	34
三、失禁性皮膚炎風險評估要點與原則	34
四、失禁性皮膚炎照顧護理指導要點及內容	36
五、護理指導成效評值	39
六、轉介必要之醫療處置要點與時機	40
七、製作紀錄之要點與原則	40
【失智個案日落症候群非藥物處置照護指引】	43
一、定義	43
二、照護目標	43

三、失智個案日落症候群風險評估要點與原則	43
四、失智個案日落症候群非藥物處置護理指導要點及內容	44
五、護理指導成效評值	45
六、轉介必要之醫療處置要點與時機	45
七、製作紀錄之要點與原則	45
【翻身擺位預防壓傷照護指引】	48
一、定義	48
二、照護目標	48
三、壓傷風險評估要點與原則	48
四、翻身擺位預防壓傷護理指導要點及內容	49
五、翻身擺位預防壓傷護理指導成效評值	52
六、轉介必要之醫療處置要點與時機	52
七、製作紀錄之要點與原則	52
【足部問題處置指引】	62
一、定義	62
二、照護目標	62
三、足部問題評估要點及原則	62
四、足部問題護理指導要點及內容	67
五、護理指導成效評值	74
六、轉介必要之醫療處置要點與時機	74
七、製作紀錄的要點與原則	74

【疼痛問題處置指引】

一、定義

疼痛的定義有五大特性：主觀的、多維的、負向的、損傷的、難言的。疼痛感受的描述係指與此類損傷相關的不愉快感覺和情緒經驗；疼痛被定義為與實際或潛在的損傷相關的一種負向不愉快的主觀感覺、情緒和經驗，涵括生理、心理及靈性層面，而且並非所有對象均會以「痛」作為表達描述的詞彙，而是用酸、緊、脹、怪怪的、不舒服等方式描述。

二、照護目標

尊重案主的個別性狀況、獨特需求以及可用資源，主動提供適切護理或轉介其他專業成員，以達到：

- (一) 個案疼痛的緩解或解除。
- (二) 提升個案及照顧者的疼痛自我照顧知識與技能。
- (三) 增進個案及照顧者的生活品質。

三、疼痛評估要點與原則

(一) 疼痛評估要點

個人過去的疼痛與止痛經驗、年齡、性別、教育程度、文化背景或種族及疼痛信念等，均會影響他們是否會尋求幫助以及他們採取何種策略去面對、因應、接受或忍受、管理與照護疼痛。因此進行疼痛評估與照護時，應特別評估個案及家屬的疼痛信念、知識、理解程度與相關顧慮。

疼痛評估要點如下：

1. 良好的疼痛處置須先進行完整評估，找出引起疼痛的導因，對症下藥，才能有效緩解。
2. 全面定時疼痛評估有助疼痛照護滿意度提升，也提升照護人員知能。
3. 疼痛評估應以個案之身體、心理、社會、及靈性之全人面向進行評估。疼痛訊息的蒐集須包括直接觀察、家屬和照護者提供的資訊、評值表達障礙病人對藥物及非藥物處置的反應。
4. 疼痛評估五時機：(1)新收案或訪視時，(2)疼痛、身體、或疾病狀況變化時，(3)手術(侵入式治療)前中後，(4)主訴疼痛或發現線索，(5)使用止痛藥物與照護之前中後。
5. 應依據個案的溝通水準、認知與意識狀態，使用適切的疼痛評估工具。
6. 即使是認知有障礙的個案/病人，自身的主訴仍是最可靠和可信的(他說痛就是痛)。但隨著認知障礙惡化甚至到無法溝通表達，就需要代理人(家屬或重要他人)代言表達。
7. 好的疼痛評估與照護應集合跨專業團隊之力，並且納入個案、其家屬與主要照顧者、及健康專業照護人員。
8. 健康照護專業人員應定期接受疼痛評估與管理之相關繼續教育，藉由強化其專業知識，可提升評估與處理疼痛之能力與成效。
9. 跨專業疼痛照護團隊的溝通討論、媒合轉介與交班相當重要，以攜手打造無縫接續疼痛評估。

(二) 疼痛基本評估

1. 疼痛評估基本概念-

- (1) 疼痛是一種主觀感受，因此疼痛與否及其強度，均是由個案本身的主訴來衡量。
- (2) 評估的主要目的是為了確定此時此刻的疼痛經歷對個案意味著什麼，根據所提供的訊息，就可以更精準的判斷疼痛的導因與影響因子，進而有效提供適切的治療，並可有效追蹤評估。
- (3) 護理人員應直接主動詢問當事者，來評估潛在性疼痛或是篩檢評估現存疼痛狀況，而非消極等待個案自己開口喊痛，或是仰賴家屬與照顧者代言揭露疼痛。

2. 疼痛評估工具

- (1) PQRST – 「又、值、放、槍、時」口訣：
 - 誘因--誘因為何？如何緩解？怎樣導致加重？
 - 性質--感覺為何？
 - 放射--疼痛部位及放射置何處？
 - 強度-- 0-10 痛幾分？
 - 時間--何時開始？何時終止？頻率？

疼痛初篩小問題
“您現在感覺痛、酸或不舒服嗎？”
“您哪邊受傷了嗎？”
“您有任何不適嗎？”
“您有用任何藥物止痛嗎？”(吃、注射、抹、貼)
“您有任何痛或酸讓您睡不好嗎？”
“您在日常活動時有痛嗎？”
“您有多痛？”

- (2) 進一步評估：
 - 以前的疼痛史；
 - 疼痛的感覺特徵（嚴重程度，質量，時間特徵，位置以及疼痛的好壞）；
 - 疼痛對日常活動的影響（工作，睡眠，體驗享受的能力）；
 - 疼痛對自己或他人的心理社會影響（抑鬱，經濟），和過去曾被用來有效控制疼痛的干預措施。

3. 疼痛評估特殊面向-

(1) 無法表達者的疼痛評估

- 應該盡可能找尋微小的疼痛線索，即使是一個簡單的是/否，或手抓、眨眼等手勢。
- 在紀錄中應註記個案疼痛的表達受限程度。
- 身體評估可能的疼痛導因，例：可能造成持續疼痛的病史：骨關節炎(osteoarthritis)、骨質疏鬆症(osteoporosis)、頭痛、牙齒問題、傷口或壓傷(pressure sores)、翻身擺位和復健運動，以及感染、便秘、最近跌倒或皮膚撕裂造成的傷害等。
- 觀察長者行為，包括下述線索：面部做鬼臉、呻吟、在更衣時哭泣，摩擦或保護身體部位、特定身體部位的運動範圍受限，不願移動或活動減緩。其他不那麼明顯的行為包括躁動、煩躁不安、精神狀態改變和混亂、食慾或社交行為的變化（例：退縮，減少或增加的發聲）、嗜睡或睡眠增加、睡眠中斷或不安、活動模式或習慣改變。
- 允許家庭成員和熟悉個案的人積極參與疼痛評估。

- 如果懷疑疼痛，請及時轉介資深護理師、專科護理師或醫生，以考慮疼痛控制與進一步介入照護。

(2) 長者疼痛評估的貼心小提醒

- 急性疼痛的個案通常會出現明顯的生理徵象變化；然而，那些經歷慢性疼痛的長者往往看不出來(表現很輕微或甚至沒有跡象)。
- 老年人可能會不太會主訴疼痛，尤其有認知功能障礙的長者，因為難以與健康照護專業團隊有效溝通，疼痛評估更加複雜困難。
- 需要花更多時間來向長者解釋疼痛評估工具。
- 失智症長者的疼痛評估，除了要有標準化工具，更需要持續性定期的進行評估。
- 環境(例如照明和環境噪聲)也可以使長者更覺疼痛。
- 不是老了就會痛，不應將長者的疼痛視為正常和理所當然。
- 常引長者疼痛的病症：包括週邊血管疾病、骨關節炎、心絞痛、骨質疏鬆症、癌症和週邊神經病變等。
- 文化背景、社會心理情緒、與精神狀態均會影響疼痛的表現與表達。
- 在疼痛評估與管理照護應該是以個案為中心，含括藥物與非藥物的疼痛照護策略。
- 除了評估疼痛強度外，還應評估疼痛對個案的影響程度、痛苦程度、功能狀態和生活品質影響。

(3) 急慢性疼痛--慢性疼痛與急性疼痛的反應也有所不同，而影響評估。

	急性痛	慢性痛
開始時間	容易被描述	不易被描述
時間過程	過渡性 (transient)	持續性 (persistent)
持續時間	可被預測、有限度的	無法預測、無限度的
導致原因	急性損傷或疾病	慢性過程
治療	治療損傷或疾病，暫時性的使用止痛劑。	治療潛在原因，規則的使用止痛藥物預防疼痛，心理社會支持。

4. 整體疼痛評估- 身、心、社、靈

- (1) 個別屬性:為了提供個別性疼痛評估、計畫與治療照護，應更深入了解個案的屬性或特徵。
- (2) 社心狀況:護理人員在進行全面性整體性的疼痛評估時，必須敏感並意識到是否有其他多重因素的影響。包括當事者的疾病或殘疾程度、年齡、發展階段、教育程度、認知狀態、溝通表達能力、文化、種族、往昔疼痛經驗、導致不願報告疼痛的經歷。
- (3) 靈性信念:靈性、價值信念、與宗教信仰都將會影響個人面對痛苦的信念和行為表現。護理人員必須評估這些因素是否會影響病人/住民/個案如何揭露表達疼痛，以及他們會尋求幫助亦或壓抑隱忍。

四、疼痛護理指導要點及內容

(一) 疼痛護理指導要點

1. 所有個案應有疼痛控制治療計畫，同時教育個案及照顧者，鼓勵其主動參與疼痛管理計畫。
2. 疼痛護理指導資訊應包含：疼痛管理與照護目標，疼痛原因，止痛劑種類及使用原因(提供並澄清病人或家屬有關止痛藥物的觀念、用藥原則以及對嗎啡及其副作用的迷思)，止痛

劑處方說明書、藥物保存說明書，如何/何時使用非藥物處置，疼痛未緩解或強度增加或副作用出現時該聯絡何人。

3. 重複的教導個案及照顧者/家屬，用他們可理解的方式教導使用疼痛管理日記，溝通並記錄個案對疼痛的反應，以便疼痛強度發生變化時幫助紀錄止痛藥物劑量的調整，並有助醫師與照護團隊能更精準的評值照顧成效，進而調整疼痛用藥，訂定疼痛管理計畫，進行個別性疼痛照護計畫修正。
4. 在衛教個案及照顧者紀錄之前，應評估他們讀寫能力，確保能了解所提供之教育。
5. 個案及照顧者對疼痛治療/藥物感到害怕與擔憂的相關信念和關注點可彙整出以下八點：
 - (1) 怕染毒癮：認為鴉片類藥物就等於是吸毒藥物，擔心導致成癮，認為止痛就會成為毒癮犯。
 - (2) 怕藥失效：擔心藥物會有耐受性，會越打越多，到最後沒有藥物可用。
 - (3) 怕副作用：認為止痛藥都會有可怕、致命的、或是相當難處理的副作用。對止痛藥物的不良反應比疼痛本身更害怕擔憂。
 - (4) 怕是宿命：在某些宗教文化上，認為會有疼痛是來自於上輩子欠債、命中注定、一種懲罰、或是詛咒。因此應該要忍受以還清前世債務，若是止痛(疼痛緩解)那下輩子還會更痛。
 - (5) 怕被討厭：相信「好」的病人不會抱怨疼痛，喊痛好像是給醫護人員或家屬添麻煩，因此要盡量忍耐，才是表現良好。
 - (6) 怕治療失焦：擔心疼痛治療分散醫生的注意力，如果醫護人員評估治療疼痛，可能就會忽略疾病本身的治療。
 - (7) 怕病情惡化：認為疼痛意味著疾病進展，越痛恐是疾病進展到末期臨終。
 - (8) 怕打針：對注射有所恐懼，看到針頭就腳軟。
6. 疼痛的分類-各類的疼痛由於導因、性狀、描述，以至於用藥、處置、照護均大相逕庭。

分類	定義
一、神經病變性疼痛 (neuropathic pain)	<ul style="list-style-type: none"> ● 神經因受損/壓迫/功能不良造成體感覺神經系統(somatosensory nervous system)受影響，引發疼痛，隨著神經的分布產生，常被描述為尖銳、刀刺痛、灼熱、絞痛、電擊痛或針刺。 ● 分為去輸入性疼痛(如：肢體幻覺)、交感神經相關(Sympathetically maintained)、神經遭壓迫與神經受損(nerve compression & nerve injury)三類。 ● 常見的有帶狀皰疹後神經痛(postherpetic neuralgia)、三叉神經痛(trigeminal neuralgia)與中風後疼痛(post-stroke pain)等。 ● 一般止痛藥治療效果不好，常需使用疼痛輔佐劑。
二、感覺接受性疼痛 (nociceptive pain)	<p>感覺接受性疼痛是對於身體組織受到傷害所引發的保護性反應，來自週邊傷害感受體(nociceptor)的刺激，這些受體已被損壞或參與炎症反應過程，例如癌症或癌症的治療。</p> <p>分為體感性疼痛(somatic pain)、內臟性疼痛(visceral pain)、肌肉痙攣痛(muscle spasm)三類。</p>
體感性疼痛	體表皮膚、肌肉、肌膜、關節和骨骼受損引起的疼痛，可以明確指出痛處，疼痛描述為尖銳動、刀刺痛、搏動性疼痛。此類對藥物反應最佳。

內臟性疼痛	內臟或器官(骨盆腔內臟為主)因受損/阻塞、平滑肌肉痙攣而造成疼痛，主要通過交感神經傳入，定位困難，描述含糊。疼痛描述為悶痛、隱隱作痛、絞、脹、痙攣、緊和尖銳痛或其他部位的反射痛，有時合併自主神經障礙(噁心嘔吐、低血壓、心搏過緩、盜汗等)。
轉移性疼痛 反射痛 (referred pain)	內臟受到刺激後，在同脊髓分節的皮膚範圍(dermatomal rule)，會引起異常出汗、血管收縮、肌肉痙攣、皮膚過敏等自律神經異常現象。如：椎間盤突出導致下肢痛；心絞痛會傳達至左手臂；膽結石的絞痛會傳至肩膀等。

(二) 疼痛護理措施

1. 一般疼痛處理原則-用冷、用熱、活動

冰熱敷/冷熱療是相當廣泛使用且深具成效的照顧治療方式，然而應具備相關專業的知識及技術，在治療前進行完整與個別性的評估確認，並與醫師及復健師討論，方能適切的選擇冷敷或是熱敷，以達緩解疼痛不適的效果，並避免反而讓個案狀況更加惡化嚴重，甚至造成其他問題。以骨關節肌肉不同原因造成的疼痛，需要對症下藥選擇適切的冷熱敷治療。

活動、運動與擺位是疼痛照護及預防過程中的重要措施。個案往往因受到損傷而感到疼痛，害怕疼痛加劇而限制部分或全身的活動。滯動以致血液循環變差，除了讓原本的疼痛不適難以改善，甚至可能導致其他問題(水腫、痙攣_而加重疼痛不適。相反的，若是有正確適度的運動，將可以強化肌力，改善血液循環，此為亞急性和慢性疼痛的重要治療。但要避免負重運動，癌症病人(尤其是骨轉移)、老人與久病臥床病人的運動應更小心評估病人個別狀況，避免反而造成其他傷害。為避免長時間固定不動，正確的擺位可以防止關節攣縮、肌肉萎縮、皮膚發紅破損(壓傷/褥瘡)、心血管失調等後續問題。可促進舒適、防止或減輕痛苦，進而預防後續合併症的發生與疼痛。

(1) 用冷

- 冷療法，是指任何物質或物理介質在身體上的應用，可以消除熱量，降低接觸區域和鄰近組織的溫度。
- 透過降低皮膚和肌肉的溫度可通過激活交感神經血管收縮反射來減少血液流向冷卻組織。藉此機轉，冷誘導的血流減少可減輕水腫，減緩炎症介質(如白細胞)的輸送，減少受影響區域的炎症反應，達到減少疼痛、血流量、與水腫等功效。
- 降低組織溫度也會降低組織的氧代謝需求，從而可能預防受損組織中的繼發性缺氧損傷。
- 降低肌肉溫度還可通過抑制脊髓反射環來減少肌肉痙攣。
- 冰敷冷療有相當多工具，包括：冰枕/袋、市售的冰、冰敷墊、保冰劑、保冰磚、降溫噴劑等。每種工具的冷療方式，對深層和表面組織內的溫度降低的功效也有所不同。
- 冰袋應密封，以防止漏水，並應符合身體輪廓，強度應為舒適、安全為主，且應充分包裝。
- 降低皮膚表面溫度和肌內溫度效果：濕冰(冰+水)>低溫冰>碎冰。

【溫馨小提醒】在冰敷時最有效合適的方式應以冰+水，且水能覆蓋過冰，以避免冰塊的銳角在冷敷時造成不適，並且達到最佳的降溫效果。

- 有些冷噴劑或涼膚膏，因為成分含有薄荷或薄荷腦(薄荷醇)，而產生冷卻和鎮痛感，但是並沒有實際冷卻皮膚，降低肌肉和皮膚的溫度。因此，雖然可能是對疼痛感的緩解有效，但卻對於冷卻皮膚和皮下組織是無效的。
- 冷敷的治療時間應比熱敷短，一般不超過 15分鐘。

- j. 急性損傷時，常以冷療法進行冰敷，合併壓迫和抬高。對於癌症的病人，冷敷更可廣泛應用在骨頭痛、神經痛、腫脹的不舒服感、肝癌病人的燥熱、發炎性疼痛、頭頸部癌症病人的疼痛，及放射線治療之後的灼熱痛等。但僵硬與活動度受限的關節應避免冰敷。
- k. 如果使用不當，冷療可能會使個案面臨局部受凍引起的併發症傷害，例如凍傷、過敏反應、不耐受、神經麻痺和疼痛。在治療期間要經常監控皮膚狀況，確保未造成組織損傷(熱療亦同)，如：發紅、起泡、皮疹、斑點或浸潤等。
- l. 患有高血壓、精神障礙、周邊血液循環不佳或感覺遲鈍退化的個案(如糖尿病的周邊肢體、失智長者等)，應謹慎使用冷療。
- m. 對於冷過敏、冷不耐受或雷諾氏病或血管受損區域的患者，則不應使用冷療法。
- n. 冷敷的冷療因為機轉上會降低血液循環，使肌肉軟組織彈性變差，因此將會對關節活動、肌肉力量和神經肌肉表現等，在短時間內有不良變化。因此冷敷後若進行活動與運動，應審慎評估小心操作。

(2) 用熱

- a. 熱療的生理效應可藉由血管擴張、血液通透性增加，達到緩解疼痛、增加血流量、提高新陳代謝和改善結締組織的彈性等功能。
- b. 熱敷/熱療應小心避免灼燙傷：應由專業護理人員/復健人員執行、所有類型的熱敷應包裝好以防止直接接觸、老人等特殊族群應時間及溫度上宜特別小心。
- c. 熱敷的使用有五大禁忌症。包括：
 - ① 皮膚不完整：若是有開放性傷口或者縫線等皮膚破損狀況，避免熱敷；
 - ② 急性發炎期不適合使用熱敷，因為會使炎症反應惡化，加速紅腫熱痛狀況，使之更加嚴重；
 - ③ 淋巴水腫的肢體避免熱敷：在淋巴水腫的病理性因素未移除前，過多的組織間液均難以順利排出而會造成腫脹。熱敷使血管通透性增加，將造成熱敷處的腫脹加劇並難以排除；
 - ④ 熱敷不適用於已暴露在輻射治療的組織：在接受放射線治療(R/T)的病人，患處會有紅、腫、熱、痛、緊等不適感，應採冰敷而非熱敷加重受損狀況；
 - ⑤ 禁止在藥物貼片上進行熱敷或冷敷。熱敷可能會導致藥物立即釋放(例如在Feantanyl 止痛貼片上熱敷)；在藥物貼片上冰敷可能影響吸收並阻礙治療。
- d. 熱敷的方式常見有乾熱敷與濕熱敷。乾熱會讓皮膚更乾燥、但可以使用的時間較長。通常熱源移除後，熱療的效用就會終止，但應注意不能讓乾熱裝置直接放在個案身體上，因為恐因不能散熱，而使燒灼傷風險大增。濕熱則能更有效的滲透皮膚，但是可能造成皮膚浸潤、因為水分熱氣蒸散而迅速冷卻、燒燙風險較大。當熱敷溫度 >37.8 度時，應要小心組織損傷的風險大增。表面熱療受限約在2cm的皮下組織深度。因此某些深層熱療的方式(如：超音波、遠紅外線等熱敷)對肌肉僵硬與痠痛具有療效，但應避免用於癌症腫瘤的位置。
- e. 熱水袋的使用上亦有需要注意之處。除了拴緊開口，外層套一層塑膠袋確保熱水不會外漏燙傷病人外，最外面再套上一層毛巾或枕套更能增加舒適，也具有某些隔離保護，預防燙傷之效。為了讓熱水袋能順著熱敷處的身體曲線貼合熱敷，最好是薄薄的一層，才具效力與舒適。在裝熱水袋時，不宜直接把熱水裝到滿(鼓鼓的)。應該倒入部分熱水後，將熱水袋平放讓開口微向上(避免自己被過多流出熱水燙傷)，將空氣排出，讓熱水量剛好到開口處附近，再拴上蓋子。拴緊後，將熱水袋倒置並輕甩，以檢查確保熱水不會外漏。
- f. 亦能直接使用溫水進行熱療(如溫水坐浴、泡手、泡腳、泡澡等)。泡腳的方式除了暖和身體、促進新陳代謝、刺激足部穴道、改善疲憊感等。藉著泡腳與病人互動的過程之中，病人的

身心也可以達到放鬆。冷熱敷交替泡/敷足部，可以改善足部功能，但是並沒有證據能夠減輕疼痛。

g. 冰敷與熱敷應注意適用時機、注意事項與相關禁忌

冰敷	熱敷
急性損傷適用	長期與慢性損傷適用
紅腫熱痛時適用	肌肉與關節僵硬適用
減緩發炎與疼痛	提升傷口治癒能力
禁用於血液循環不良	禁用於局部發炎或感染
冰敷常與加壓合併使用	熱敷與適當運動合併使用
冰敷比熱敷需要少點時間	一般不超過 15 分鐘

h. 對症下藥選擇適切的冷熱療範例

主訴	狀況	冷熱療
頭痛	緊張性頭痛，頸部肌肉痙攣，頭部/枕骨後收縮抽痛	<ul style="list-style-type: none"> ● 濕熱敷：放鬆肌肉，緩解頸部肌肉痙攣。 ● 清涼的冷敷與薄荷(腦)成分藥物塗擦：收縮擴張的血管，緩解抽痛感。
關節痛	關節痛關節軟骨和肌肉僵硬、骨關節炎造成的疼痛	<ul style="list-style-type: none"> ● 以濕熱敷/泡，可緩解關節僵硬，鬆弛緊繃肌肉。
	骨頭和軟骨周圍尿酸堆積引起的關節炎(痛風性關節炎)	<ul style="list-style-type: none"> ● 冰敷受影響部位(大腳趾、肘部、膝蓋、手腕、腳踝等)，每次 15-20 分鐘，一天數次，以減少炎症反應、腫脹和麻木疼痛感。
	關節處附近韌帶拉傷/扭傷/撕裂	<ul style="list-style-type: none"> ● 急性期：局部冰敷、休息、避免傷害，以減輕炎症反應和麻木疼痛。 ● 慢性期：加熱以緩解僵硬，配合運動。
肢體痛	肌肉拉傷/肌腱損傷	<ul style="list-style-type: none"> ● 急性期：局部冰敷、休息、避免傷害。疼痛減輕後，熱敷放鬆肌肉並緩解僵硬。 ● 慢性期：運動前進行拉筋與溫熱敷，改善血液循環。
	肌腱炎(患處疼痛與灼熱)，強度/柔軟度降低	<ul style="list-style-type: none"> ● 每天冰敷患處 15-20 分鐘，一天數次，每次間隔至少 1-2 小時。

2. 特殊疼痛介入措施-按摩、TENS多元輔療

疼痛照護介入的方式與策略相當多，相關的多元輔療在各國也發展出不同的理論、手法、與步驟。這些療法雖然安全性相當高，但依舊有其禁忌、適用狀況、作用機轉及應注意事項。

(1) 接觸療法與按摩

- a. 治療性按摩定義為：「處理全身區域的軟組織，改善整體性的健康狀況」。
- b. 按摩療法已證實可以對各種患者緩解疼痛有積極的作用。透過改善案主的血液循環和患部範圍壓力，以減少和消除疼痛。
- c. 在不同階段與診斷各類個案(例如：不同階段癌症病人、分娩婦女、外科術後病人等)，均有研究證實能作為疼痛處理的有效輔助療法，緩解疼痛甚至能降低再入院率和死亡率，因此為非藥物輔助治療適合與藥物疼痛控制搭配，有效緩解病人疼痛問題。若是以按摩來作為傳統疼痛管理與照護的輔助療法，將可減少止痛藥物的使用劑量，尤其鴉片類藥物更為明顯。
- d. 研究證實觸摸加上按摩療法能協助案主放鬆，並讓心靈整體平靜平安。
- e. 按摩可以明顯降低減輕個案的焦慮程度，也降低他們按摩部位的肌肉張力與痙攣緊張程度，藉此提高了個案對引入的照護的滿意度，也增強個案的活動能力，減少肌肉骨骼疼痛。
- f. 按摩的手法很重要，配合溫暖的說話語調可給予個案撫慰。常見按摩技術有撫摸、揉捏及劃圓等，採具節奏方法進行並從遠端到近端執行。
- g. 按摩部位可以涵蓋全身或局部--頭、頸、肩、背、手、腿、肌筋膜觸痛點(Myofascial trigger points)。按摩效果最好的部位是雙下肢跟腰部。
- h. 按摩治療應根據個案選擇的位置和區域，以促進患者的放鬆和舒適。按摩個案不利的位置或按摩區域可能會造成甚至傷害和不適按摩治療後疼痛增加。
- i. 按摩方式包含肌肉放鬆按摩、穴位按摩、淋巴引流、精油按摩、接觸療法等。
- j. 按摩時塗抹低過敏性霜或乳液或精油，或甚至赤手空拳甚麼都不塗。

(2) 經皮電神經刺激(TENS)

- a. TENS是一種應用低電壓，藉由控制皮膚電極的刺激傳輸以減輕疼痛的方法。此一方式在西醫來說將會活化內啡肽分泌和干擾疼痛纖維的傳輸；在中醫來說，將刺激穴位以達到緩解疼痛之效。
- b. TENS 對輕度疼痛有減緩效果尤其是神經痛的個案效果良好。
- c. TENS治療至少需執行6次，每個穴位每次約30分鐘左右方能達到效果。
- d. 針灸可作為疼痛控制不佳之補充療法，在國外已廣為用於慢性或癌症疼痛病人，唯此措施只能由合格的醫師執行，且具侵入性，有出血傾向病人應謹慎地使用，應用時建議轉介中西醫整合醫療評估與處置。

五、護理指導成效評值

1. 疼痛照護的成效評值除了需要使用與照護過程中相同的疼痛評估工具外，以下因素的持續性評估相當重要，包括：現存性疼痛類型、給藥前後與突發痛的疼痛強度、導致的疼痛的其他健康問題與疾病狀況、預防與緩解疼痛的照護措施執行狀況、疼痛藥物服藥情形與副作用等。
2. 有許多難以量度的痛。個案可能表示：「你問我什麼性質的痛，我就是說不出來，我就是痛，就是全身不舒服...」或是疼痛評估的分數？「痛起來就是千萬分」，由於感覺先於語言，所以有些感覺是無法或難以用言語表達的。當遇此狀況，將可參考疼痛行為指標進行旁觀者從照顧細節所觀察得到的疼痛線索進行成效評值。疼痛行為指標包括：臉部表情、語言聲音表現、身體動作表現、人際互動改變、生活常規改變、心理狀態改變。

六、轉介必要之醫療處置要點與時機

(一) 轉介必要之醫療處置要點

個案如因病況改變或評估有護理以外之醫療照護需求，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關醫事專業人員提供必要之處置。

(二) 轉介必要之醫療處置的時機

1. 對於無法溝通表達的長者和失智長者，應導入多元專科進行疼痛評估，包括受疼痛之苦的個案、家人與醫療照護團隊。團隊成員可能包括：診斷本科醫師、護理師、疼痛專家、緩和照護醫護人員、神經科醫師、社工、心理師、精神科醫師、物理治療/職能治療師。
2. 癌症或各種慢性疼痛將嚴重影響個案，致使個案情緒低落、憂鬱、無望等。因此不同專業人員如社工、心理師的介入共同處理實有其重要之處。
3. 在疼痛藥物的給予，若有相關之侵入性檢查治療與處置、心理行為相關治療、生命徵象之測量與評估等均需要基於醫師醫囑的指示。

七、製作紀錄之要點與原則

- (一)每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
- (二)依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
- (三)相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定製作紀錄並留存。
- (四)「疼痛照顧居家護理指導紀錄」範例(運用機構自己的表單及衛教單張或參考附件範例)。

資料來源：

衛生福利部護理及健康照護司〈2019〉·107年度「護理機構實證應用之臨床照護及指導培訓計畫」方案指引及手冊·取自 <https://dep.mohw.gov.tw/donahc/cp-4644-50597-104.html> 01 整體疼痛症狀照護及指導方案指引.pdf

附件

疼痛照顧居家護理指導紀錄

- 一、疼痛評估（見疼痛評估紀錄）
- 二、指導內容（見指導單張）
- 三、評值結果

項目	指導內容	評值日期及評值結果*			
		/ /	/ /	/ /	/ /
知識	能說出引發或增強疼痛之因子				
	能說出疼痛處理之方法				
	能說出止痛藥物的使用方法及副作用				
技能/ 行為	能調整個案之環境				
	能執行一般疼痛處理措施-用冷/用熱/活動				
	能給予情緒支持				
	能給予轉移注意力之措施				
	能給予舒適臥位				
	能執行多元特殊疼痛介入措施-按摩/放鬆技巧/音樂治療				
照顧者簽名					
護理師簽名					
備註					

* 3 正確； 2 部份正確； 1 完全不正確 ---不適用 Nil(此次未評值)

【皮膚及傷口照護處置指引】

一、定義

皮膚傷口是指皮膚的完整性受到破壞，亦即皮膚組織結構受到破壞斷裂後，造成的結果。皮膚結構在很短的時間遭受外力的破壞所形成的傷口，稱為急性傷口；可發生在任何年齡，若妥善照顧而沒有合併症，一般會在預期的時間癒合。所謂慢性傷口，即是指任何未依預期時間癒合、或停留在某一個癒合過程超過四至六週以上之傷口。

慢性傷口常伴隨著一個以上慢性疾病，造成組織結構生理功能損傷，甚而引發系統性及骨骼感染，導致個案住院甚至死亡；且容易復發，不但造成病患及家屬生活品質之深遠影響，且耗費醫療資源；國內接受居家護理服務個案特質為高齡、罹患多種慢性疾病；因此，傷口照護已成為長期照護上不可忽視的議題。

本指引提供傷口的照護方式，期望對居家護理師照護有皮膚傷口問題之居家個案的參考。

二、照護目標

尊重案主的個別性狀況、獨特需求以及可用資源，主動提供適切護理或轉介其他專業成員，以達到：

- (一) 個案皮膚傷口的問題緩解。
- (二) 提升個案及照顧者的皮膚傷口自我照顧知識與技能。
- (三) 增進個案及照顧者的生活品質。

三、傷口評估要點與原則

(一) 造成傷口的原因

造成傷口的因素有很多，若依導致傷口原因之機轉來分：

1. 物理因素引起：屬於機械性損傷，如槍傷、刀傷、撕裂傷、磨擦傷、壓力性損傷。
2. 溫度引起：如燙傷、凍傷、電傷。
3. 化學物質引起：如灼傷、癌症病人接受化學治療引起的傷口。
4. 放射線引起：如癌症病人接受放射線治療引起的傷口。

(二) 影響傷口癒合的原因

A. 系統性因素

1. 年紀：老年人之癒合能力較年輕人慢。
2. 慢性疾病：常見如糖尿病，慢性肝臟、腎臟疾病，皮膚的結核病等，會影響傷口癒合。
3. 營養狀況：營養不足的情況會影響細胞之生長、降低免疫力、增加感染機會、延緩傷口癒合能力。血中白蛋白(albumin)、血紅素(hemoglobin, Hb)與血球容積比(hematocrit, Hct)等，皆可做為評估病人營養狀況的依據。
4. 周邊血液循環狀況：若有周邊血液循環疾病，需先改善血液循環狀況，傷口才有癒合機會。
5. 神經系統：神經系統受損後，會影響局部血流，嚴重者會破壞感覺神經，皮膚容易受到傷害。
6. 藥物的使用：長期使用類固醇會影響白血球功能，增加傷口感染機會，造成傷口癒合不良。
7. 免疫系統受損的狀況：疾病或藥物造成的免疫系統功能不全會影響傷口癒合，例如接受化學治療、或血液腫瘤之病人、或使用類固醇的病人。

8. 放射線治療：放射線造成的破壞與劑量有關，過高之劑量會造成皮膚潰瘍、局部皮膚血循環減少。

9. 是否有慢性潛在因素或習慣：如皮膚癌、吸菸、喝酒。

B. 局部性因素

1. 傷口及周邊是否承受到過大之摩擦力、剪力、壓力：持續的過大摩擦力、剪力、壓力，會造成傷口反覆受傷及影響局部血液循環，例如壓力性損傷、糖尿病足。

2. 傷口基部過度乾燥：臨床上證實在潮溼之環境下，傷口癒合速度較乾燥環境下快，且較不痛。因為乾燥環境會使細胞脫水死亡，形成一層硬痂、延緩表皮細胞上皮細胞化的進行。

3. 傷口基部及周邊皮膚組織過度水腫：會影響細胞間氧氣及養分之傳送。

4. 傷口基部與周圍組織是否有微生物的感染：會影響傷口癒合。

5. 傷口有黑色結痂、壞死組織或外物的侵入：壞死或無活力的組織及異物的組織會阻礙傷口癒合，且會成為感染的來源。

6. 傷口基部血循環長期受壓迫：血循環不良，傷口組織易缺氧且易造成感染。

7. 傷口基部有過多滲液：過多之滲液會造成周邊皮膚浸潤(maceration)、表皮破損，讓細菌及異物侵入。

(三) 全人照護模式之傷口評估

A. 個案的評估

傷口處置時，控制及排除相關因素是專業照護重要一環，應針對可能影響傷口癒合的現存性或潛在性相關疾病與因素進行系統性資料收集。

1. 病史：過去及現在疾病史、家庭史、社交史、生活型態、菸酒史、服用藥物內容。

2. 傷口史：應詢問病人傷口發生時間？持續時間？是否反覆發生？確立與傷口相關的診斷及先前傷口處置方法為何？

3. 理學檢查及檢驗：身體評估及收集最近的檢驗值與培養結果。

4. 失禁狀況：文獻指出，在社區中約有33%個案面臨失禁困擾，失禁會造成大小便殘存皮膚、皮膚酸鹼值改變、皮膚溼度改變等，可作為修正傷口照護處置的依據。

5. 營養狀況：評估進食情況、體重、白蛋白、血紅素、血球容積比、血糖值。

6. 身心層面：應進一步資料收集，了解此傷口對個案或照顧者心理層面的影響。

B. 傷口的評估

一般建議社區個案傷口評估頻率為每星期評估一次，評估內容如下：

1. 傷口位置：

(1)傷口出現的部位可找出影響傷口癒合潛在因素。透過傷口病因學、部位、特性等項目評估，可作為鑑別傷口種類及處置依據，詳見表1。

表1 急性與慢性傷口之病因學、部位、特性一覽表

種類	病因學	部位	特性
急性傷口	燒傷	任何部位	熱源導致皮膚完整性受損
	外科手術傷口	外科手術部位	外科手術產生機械性外力，導致皮膚完整性受損
	撕除傷	任何部位	因外力(膠布撕除、碰撞)所產生傷口
慢性傷口	壓傷傷口	骨突處、受壓點	長期過度的壓力施壓在皮膚，導致組織缺血、壞死，進而造成皮膚潰瘍

動脈潰瘍傷口	外踝、足趾、下肢部位	長期動脈血流供應不足，造成組織缺氧壞死
靜脈潰瘍傷口	近身體側之下肢和踝部	靜脈瓣膜功能缺損，導致下肢靜脈高壓，進而造成皮膚潰瘍
神經病變潰瘍傷口	足底、跖骨、足跟等壓力點	原發性疾病導致病患感覺神經傳導功能下降，產生潰瘍傷口
惡性傷口	腫瘤轉移之身體任何部位	原發性癌症或遠處轉移性癌細胞滲透，穿透表皮細胞形成傷口

(2)使用人形圖表去記錄傷口位置是不錯的方式，圖表上繪有身體各部分的圖形，然後依傷口所在位置加以記錄，記錄時將傷口所在位置圈出，並依不同的傷口編上不同的編號(例如1、2、3.....)。傷口評估表見附件1。

2. 傷口大小的測量

(1)傷口表面的測量：一般使用以公分為單位的直尺，測量傷口的最長徑及最寬徑的垂直線。必須注意，即使是傷口的外型有明顯的改變，測量的位置與方向也不可以改變；另外也可使用同心圓量尺測得傷口的長度、寬度及直徑。

(2)傷口深度的測量：

a. 一般傷口

戴上無菌手套，取一根無菌棉籤，慢慢地插入傷口最深部，以大拇指及食指固定在無菌棉籤上與傷口表面平行處的點，將之取出(手不可離開固定處)後再對照有刻度的量尺；如果傷口的底部覆蓋著焦痂，移除前、後分兩次記錄，首先記錄焦痂未移除時的深度，接著再記錄焦痂移除後的深度。

b. 傷口出現隧道及坑道

- 隧道型傷口：一種細長通路的傷口，經由破壞筋膜面所形成。記錄隧道型傷口時需要運用時鐘方位記錄法，以顯示隧道型傷口相對於整個傷口的位置。
- 坑道型傷口：是因傷口邊緣發生潰蝕，造成類似束袋狀開口小、袋子大的傷口。記錄坑道型傷口時需使用時鐘方位記錄法，但與隧道型傷口不同的是，要記錄方位的起點與終點，例如：傷口的9點鐘到12點鐘方向。

3. 傷口三角評估法

目前的傷口評估工具提供了標準化的傷口評估方法，但是僅注重傷口本身，且對於傷口周圍的描述相當有限。2013～2014年的一個全球性研究發展了新的傷口評估方法--傷口三角評估法(Triangle of Wound Assessment; TOWA)，將傷口視為三個不同但相互影響的區域或軸，包括：傷口床、傷口邊緣、傷口周圍皮膚，是能從傷口周圍到傷口癒合做一整體性評估的工具。

(1)傷口床：評估傷口的組織型態、滲液、及是否有感染

a. 組織型態--記錄組織型態與傷口床內的組織占傷口的百分比

- 腐肉：是由炎症期死亡細胞所累積所形成，若是鬆散黃色黏稠之壞死組織意味皮下脂肪死亡；黏稠黃濁頑強的壞死組織則是肌肉組織受到破壞。
- 焦痂：意指全皮層組織損傷後，膠原細胞死亡所形成，顏色為灰黑色。
- 肉芽組織：為卵圓狀、有光澤之紅色健康組織，示傷口進入增生期癒合階段。
- 上皮組織：外觀呈粉紅，為一新形成脆弱、小島狀、易受損的上皮細胞，主要負責損傷

皮膚表面覆蓋，因此敷料更換時動作宜輕柔，若使用人工皮或敷料敷蓋，宜將撕除方向以箭頭標示註記(於敷料上註明：前→後)，避免二度損傷。

b. 滲液--記錄量的等級及型態 (如顏色，濃稠度：清澈/水狀、濃稠、混濁、含膿，氣味)

若滲液量增加可能是傷口基底部細菌增生所致，由於滲液富含蛋白質有利細菌滋生，蛋白酶毒素則會造成傷口基底部健康組織危害、傷口周圍疼痛及延遲傷口癒合，當滲液顏色或黏稠度改變多為感染的前兆，故應進行傷口滲出液顏色、氣味、黏度、容量評估。

- 乾燥：意指沒有滲液；
- 潮溼(小量)：24小時滲出液量小於5cc，或是紗布敷料每天僅更換一次；
- 溼/飽和(中量)：每天滲出液量為5-10cc/天，是紗布敷料每天更換2-3次；
- 飽和(大量)：每天滲出液量大於10cc，或紗布敷料每天更換大於三次以上。

c. 感染--記錄徵象和症狀

- 局部徵象和症狀：疼痛/壓痛加劇或突然發作、紅腫/硬結、水腫、傷口周圍發熱、滲液增加/變濃稠、傷口癒合延遲、傷口形成不健康肉芽組織(出血/脆弱)、臭味、潛行。
- 全身徵象和症狀：紅腫增加、發燒/發冷、化膿、傷口裂開、蜂窩性組織炎、全身不適、白血球升高、淋巴管炎、糖尿病人突發性高血糖。

傷口感染發生的因素很多，包括傷口本身狀況、細菌毒性、病人免疫力、營養狀況及潛在疾病等。傷口一旦被感染後，除了會延長傷口癒合的時間、增加醫療照顧費用，另外也容易造成全身性感染，如菌血症、敗血症、多重器官衰竭，嚴重者最終導致死亡。

傷口感染途徑包括：①直接接觸傳染、②空氣傳染、③自體傳染。雖然目前沒有證據指出細菌最常經由上述何種路徑進入傷口，但醫護人員及傷口照護人的接觸傷口前、後洗手動作是減少傷口感染的一個重要因素。

(2)傷口邊緣：評估傷口邊緣及表皮生長狀況

對於傷口邊緣的測量，可先將棉枝沾以生理食鹽水，沿著傷口周圍進行測量，描述紀錄則採用鐘面法，如幾點鐘方向出現何種特性的傷口邊緣、深度為何。

藉由傷口邊緣黏著程度及厚度將可分為：

- a. 潛行傷口：意指沿著傷口邊緣，在完整皮膚之下的組織破壞。包括大面積傷口邊緣損傷，通常是剪力所造成的續發性皮下脂肪層壞死傷害。
- b. 隧道通道傷口：是由傷口表面延伸至任何傷口或體表部位形成通道，傷口面積通常局限一個小範圍，但應估算其延伸深度方向是否成為死腔。
- c. 非增生性邊緣：常見於較深傷口基底部，因上皮細胞無法藉由適切肉芽組織增生，而產生非增生包覆的邊緣。

(3)傷口周圍皮膚：評估傷口周圍皮膚，記錄其顏色、溫度、及範圍(例如：1~4公分浸潤)。皮膚是完整或是開放、皮膚乾燥、浸潤或是有水腫及皮膚發紅、水泡。假如傷口外圍形成紅色的一圈或是紅斑狀的圓，都可能意味著傷口處於感染的狀態。

- 水腫：軟組織不正常的蓄積水分，使得皮膚膨脹，產生光澤並且緊繃。
- 皮膚發紅：皮膚外觀因為局部發炎造成底部的微血管充血，而出現紅色，可能原因為外傷或感染。
- 浸潤：皮膚外觀呈現溼潤、白色，色素消失、質地柔軟且有皺紋，是因為長期曝露在潮溼的環境，導致結締組織分解裂開所致。
- 乾燥：缺乏水分使得皮膚外觀出現脫屑、鱗片狀、或厚的斑塊。

- 水泡：表皮層下方蓄積液體，液體顏色為澄清、粉紅、紅色、黃色。

(四) 傷口分類系統

A. NPUAP 最新版壓傷分級系統

美國國家壓傷諮詢委員會(NPUAP)於2016年修正及更新壓力性損傷之定義與分級內容如下：

1. 壓力性損傷(pressure injury)定義




係指皮膚或皮下軟組織局部損傷，通常位於骨突處或/與醫源性設備有關。此損傷病灶可能是完整的皮膚或開放性傷口，也可能伴隨有疼痛感。損傷的發生來自於強烈和/或長期的壓力或壓力合併剪力。軟組織對於壓力及剪力的耐受力也可能受到微氣候(microclimate)、營養、組織灌流、合併症及軟組織的狀況影響。

2. 壓力性損傷分級

分級	特徵	圖示
第1級	皮膚完整，有無法反白的紅斑，膚色較深者可能會有不同顏色的呈現。在顏色變化前，可能會先出現可反白的紅斑或感覺、溫度及硬度上的改變。	
照顧措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 密切觀察受損皮膚及傷口的變化。 2. 加強翻身 3. 保護骨突處如：使用矽膠材質泡棉或羊毛氈等敷料保護及使用各式大小翻身枕，協助翻身及骨突出處墊高，避免骨突處受到摩擦及壓迫。 	

		 <p data-bbox="884 492 1404 611">在腳後跟放置枕頭</p>
第2級	<p data-bbox="347 689 857 963">部分皮層缺損併有真皮層暴露，傷口床呈現粉紅色或紅色，組織溼潤，可以是充滿漿液而完整或破掉的水泡。2級壓力性損傷不會看到皮下脂肪(脂肪)和深部組織，也不會有肉芽組織、腐肉及焦痂。</p>	
照顧措施	<p data-bbox="347 1171 857 1346">以生理食鹽水清潔傷口，以纖維或泡棉敷料或厚人工皮覆蓋，外層可視需要使用防水性敷料加強固定，2-3天或視傷口情況，需要時更換。</p>	

<p>第3級</p>	<p>全層皮層缺損，此級病灶因已呈現全層皮層受損狀態，在傷口中可見皮下脂肪(脂肪)和肉芽組織，且常會呈現捲狀邊(捲狀的傷口邊緣)。也許會出現腐肉和/或焦痂。不會暴露筋膜、肌肉、肌腱、韌帶、軟骨和/或骨頭。</p>	
<p>照顧措施</p>	<p>以生理食鹽水清潔傷口，若有壞死組織，可能需要清創，使用纖維敷料或溼紗填塞，外面再用紗布覆蓋，溼紗填塞每天要更換2-3次，使用纖維或泡棉敷料，則視分泌物狀況2-3天更換。</p>	
<p>第4級</p>	<p>全皮層及組織損傷，係指傷口處裸露或直接可觸及其筋膜、肌肉、肌腱、韌帶、軟骨或骨頭，傷口可見到腐肉和/或焦痂。</p>	

<p>照顧措施</p>	<p>同第三級的壓傷處理方式。</p>	
<p>無法分級的壓力性損傷</p>	<p>皮膚及組織缺損被覆蓋，因腐肉或焦痂覆蓋導致傷口無法確認分級。如果清除腐肉或焦痂則會顯現為第3級或第4級壓力性損傷。</p>	
<p>照顧措施</p>	<p>同第三級的壓傷處理方式。</p>	
<p>深部組織壓力性損傷</p>	<p>皮膚持續性呈現無法反白的深紅色、褐色或紫色。 病灶可能皮膚完整或不完整，局部存在有持續性無法反白之深紅色、褐色或紫色的皮膚變色，或是表皮分離，顯示出暗黑色的傷口床或充血的水泡。</p>	

<p>照顧措施</p>	<p>避免患側再受壓，外層可以用羊毛氈或泡棉材質或紗布保護患側，減少患處再壓迫。</p>	
-------------	--	--

(1)第1級壓力性損傷：皮膚完整，有無法反白的紅斑

局部區域皮膚完整，但有按壓無法反白的紅斑，膚色較深者可能會有不同顏色的呈現。在顏色變化前，可能會先出現可反白的紅斑或感覺、溫度及硬度上的改變。皮膚顏色的改變不包括紫色或褐色的變色，這些可能意味著深部組織損傷。

(2)第2級壓力性損傷：部分皮層缺損併有真皮層暴露

部分皮層缺損併有暴露的真皮層，傷口床呈現粉紅色或紅色，組織溼潤，可以是充滿漿液而完整或破掉的水泡。2級壓力性損傷不會看到皮下脂肪(脂肪)和深部組織，也不會有肉芽組織、腐肉及焦痂。骨盆周圍的皮膚損傷常導因於不良的微氣候和剪力；而發生於足跟部位的損傷則是因為受到剪力所致。

2級壓力性損傷不應該被用來描述與潮溼相關的皮膚損傷(moisture-associated skin damage, MASD)，包括失禁性皮膚炎(incontinence associated-dermatitis, IAD)，對磨性皮膚炎(intertriginous dermatitis, ITD)，醫療粘性相關的皮膚損傷(medical adhesive related skin injuries, MARSIS)如皮膚撕裂傷，或外傷性傷口(燒傷、擦傷)。

(3)第3級壓力性損傷：全層皮層缺損

此級病灶因已呈現全層皮層受損狀態，在傷口中可見皮下脂肪(脂肪)和肉芽組織，且常會呈現捲狀邊(捲狀的傷口邊緣)。也許會出現腐肉和/或焦痂。組織損傷的深度也會因解剖位置不同而有所不同；脂肪組織較厚的區域會發展出較深的傷口。也許會伴隨潛行腔洞和隧道傷口。不會暴露筋膜、肌肉、肌腱、韌帶、軟骨和/或骨頭。如果腐肉或焦痂覆蓋住組織缺損的範圍，則屬於無法分級的壓力性損傷。

(4)第4級壓力性損傷：全皮層及組織缺損

全皮層及組織損傷係指傷口處裸露或直接可觸及其筋膜、肌肉、肌腱、韌帶、軟骨或骨頭，傷口可見到腐肉和/或焦痂。經常發生捲狀邊、潛行腔洞和/或隧道傷口的情形。深度隨解剖位置而變化。如果腐肉或焦痂覆蓋住組織缺損的範圍，則屬於無法分級之壓力性損傷。

(5)無法分級的壓力性損傷：皮層及組織缺損被覆蓋

因腐肉或焦痂覆蓋導致傷口無法確認分級。如果清除腐肉或焦痂則會顯現為第3級或第4級壓力性損傷。並建議不應被軟化或清除位於足跟或缺血之肢端的穩定痂皮(乾燥、附著、完整無紅斑或波動感)。

(6)深部組織壓力性損傷：皮膚持續性呈現無法反白的深紅色、褐色或紫色

病灶可能皮膚完整或不完整，局部存在有持續性無法反白之深紅色、褐色或紫色的皮膚變色，或是表皮分離，顯示出暗黑色的傷口床或充血的水泡，在皮膚顏色出現變化前，病灶區域通常會先出現有疼痛及溫度的變化。膚色較深者可能會有不同顏色的呈現。係源自於骨頭與肌肉接觸面之間有密集或持續性的壓力或剪力所致。傷口的變化快，之後才會顯現出真正的組織受傷範圍，也有可能快速恢復，不造成任何組織損傷。如果能看見壞死的皮下、肉芽、筋膜、肌肉等組織，就稱為全皮層壓力性損傷(無法分級的，第3級或第4級)。請勿使用深部組織壓力性損傷(DTPI)來描述非壓力所導致的血管、外傷、神經病變或皮膚狀況。

(7)其他壓力性損傷定義

- 醫療器材相關壓力性損傷(medical device related pressure injury)：肇因於使用來診斷或治療的醫療器材所產生的壓力性損傷。這種損傷一般會呈現出醫療器材所施壓的範圍或形狀，建議使用此分級系統來分級。
- 黏膜層的壓力性損傷(mucosal membrane pressure injury)：黏膜層的壓力性損傷，發生於該部位曾經使用過某種醫療器材，唯因黏膜層組織的解剖學限制，目前黏膜層的壓力性損傷無法被分級。

B. Wagner末梢血管性傷口分類系統

主要針對糖尿病足傷口所進行評估。

1. 第0級—演變為潰瘍前之病灶，已經治癒足部潰瘍或骨頭關節變形；
2. 第1級—為表淺潰瘍傷口但未發展到皮下組織；
3. 第2級—傷口擴及皮下組織，可能出現骨骼、肌腱、韌帶或關節囊暴露，但無骨髓炎發生；
4. 第3級—深層潰瘍，並伴隨化膿(膿瘍)、骨炎或骨髓炎；
5. 第4級—趾頭壞疽；
6. 第5級—壞疽擴散整個足部，需關節截肢。

四、傷口換藥護理指導要點及內容

(一) 傷口處理原則

傷口處理原則可依急性或慢性傷口而有所不同：

A. 急性傷口處理原則

處理的目標就是要減少併發症的發生、回復原有的功能、減少疤痕形成。處理的主要原則如下：

1. 止血：所有的外傷首先是要停止傷口的繼續出血，避免產生嚴重的併發症。一般採用直接加壓止血法或止血點止血法(壓迫出血處近心端之動脈)。
2. 止痛：所有病人在傷口清洗之前，可給予適當的止痛劑，除了可減輕病人的不適感外，也能徹底地清潔傷口本身，減少感染的機會。
3. 清潔：傷口清潔是傷口處理最基本且重要的步驟。藉由適當的沖洗，可將傷口表面上的污染源及異物清除，促進傷口之癒合。傷口清潔的原則：

(1)從較乾淨部位先清潔，避免將髒的部位之細菌汙染到傷口，要點如下：

- a. 一般認為傷口之中間部位較周邊乾淨，所以從中間往外緣方向逐一清潔，而消毒之紗布或棉球，擦拭一次後即更換新的。


- b. 傷口部位有引流管時，先清潔傷口，再清潔引流管。
- c. 若為不同部位之傷口，先清潔較乾淨之傷口，例如植皮手術之傷口換藥時，應先清潔捐皮區後再清潔受皮區。

(2)一般來說生理食鹽水或蒸餾水為最適合清洗傷口的溶液，優碘、雙氧水或醋酸等溶液雖有殺菌之效果，但會對細胞造成傷害，阻礙傷口癒合。若有需要使用優碘清洗傷口，實驗發現最適合的濃度為 0.001%。

(3)傷口灌洗：藉由壓力 8~10 磅(即 30 或 35 C.C.空針+ 18 或 19 號靜脈注射的軟針頭)，以生理食鹽水沖洗傷口上汙物、微生物或分泌物。

4. 傷口剖開探查：遇較深穿刺、切割傷或懷疑有深部組織受傷時，就要將傷口剖開探查，以檢視是否有異物存在或深部組織受損，以免錯過修補時機，造成功能受損。
5. 移除無活性或污染的組織及異物：可藉由各種清創術來進行，主要是因為無活性或汙染的組織會變成感染的來源。
6. 組織保留：於足夠的傷口清創原則之下，適當地執行組織保留，此舉不但能減輕組織功能受損的程度，並可維護其復原後的外表美觀度。
7. 溫和的組織處理：意指在處理傷口(例如用外科夾子夾組織時)時，觸碰組織之力道需適當，以減少組織二度傷害；過大的力道會促使組織擴大壞死，因而增加感染的機會。
8. 傷口閉合：當傷口進行完前述的處理後，可依傷口的情形進行傷口閉合。若傷口組織之傷害少，則可直接手術縫合或使用免縫膠帶、釘皮針等物品將傷口關閉，需注意開合之張力應盡量小，疤痕才不易增生；若傷口組織缺損大，則可選擇適當的敷料，使其自然的癒合。
9. 敷料的選擇：實驗證實傷口在潮溼的環境下，肉芽組織生長及上皮組織移行快，故傷口癒合較快。適當的敷料選擇可以提供此理想環境，加速傷口癒合。敷料種類及使用原則：

種類	圖片	使用時機
親水性凝膠 Hydrogel		提供傷口濕潤或清創，適用偏乾、有腐肉或結痂的淺層或有腔洞的傷口。
親水性敷料 Hydrocolloid	 人工皮-薄片	治療表淺或少量滲液傷口，或可作為皮膚保護，避免傷口感染。
	 人工皮-厚片	可提供密閉、濕潤的環境，治療少量至中量滲出液的慢性(如壓傷、足部潰瘍)和急性傷口(如輕微燒傷、取皮區或擦傷)。

	 <p>強化吸收親水性纖維敷料</p>	<p>無感染風險的急慢性傷口，可作為第一層敷料填塞或吸收滲液使用。</p>
<p>親水性纖維 Hydrofiber</p>	 <p>銀親水性纖維敷料</p>	<p>感染或具感染風險的急慢性傷口，可作為第一層敷料填塞或吸收滲液使用。</p>
	 <p>銀抗菌親水性纖維敷料</p>	<p>感染、延遲癒合、有生物膜的傷口，可作為第一層敷料填塞或滲液管理使用。</p>
<p>複合型敷料 親水性纖維 Hydrofiber +泡棉 Foam</p>	 <p>泡棉敷料 無黏邊</p>	<p>中至大量滲液傷口使用，可作為第一層或第二層敷料。</p>
	 <p>泡棉敷料 矽膠黏邊</p>	

	 <p>含銀泡棉敷料 無黏邊</p>	<p>感染或具感染風險之傷口、可吸收中至大量滲液，可作為第一層或第二層敷料。</p>
	 <p>含銀泡棉敷料矽膠黏邊</p>	

B. 慢性傷口處理原則

慢性傷口指的是無法在合理時間內癒合的傷口(一般平均指 3~4 個月內)，此類的傷口多因傷口本身或外在因素，傷口癒合過程停滯在發炎期，無法繼續完成傷口癒合的過程，所以此類傷口的處理目標就是要採取全面性的傷口評估，找出影響傷口癒合的因素(局部性與全身性)加以處理，以利傷口之癒合。主要有三大原則：

1. 控制或去除致病原因：如(1)內在疾病，(2)減少不當或過大的壓力、減除摩擦及剪力，(3)改善血流供應與循環、減少靜脈鬱積回流不良情況。
2. 控制或去除存在的及潛在的相輔因素：例如補充營養與水份、減少水腫、控制血糖、促進血循、保持溼潤環境。
3. 提供合適的生理性環境：如局部組織的清創、適當的溼度與溫度、疼痛控制及傷口周圍皮膚的保護。Schultz 等人依據傷口床準備的概念，發展出一套結構式的傷口生理環境評估準則「TIME」，下表說明各變化的照護目標和敷料選擇之應用。(建議先做好傷口清潔，以免因表面覆蓋過多污漬或痂皮，無法正確評估)

表 2 「TIME」與照護目標和敷料選擇

傷口生理環境評估準則則:T(tissue,評估傷口床組織活性)	
評估重點	評估傷口組織是可增生肉芽組織、壞死或組織缺損
照護目標	移除壞死組織、缺損的細胞及代謝的產物
預期傷口結果	<ul style="list-style-type: none"> ·促進健康的傷口基底 ·促進肉芽組織的增生 ·減少傷口床的菌落數 ·保持菌落的平衡 ·維持適當的溼潤與正常的溫度

	<ul style="list-style-type: none"> ·促使傷口床的血液循環恢復 ·阻斷干擾慢性傷口癒合的因素
照護處置	外科清創手術、使用具清創功能敷料
敷料建議	親水性膠體敷料(hydrocolloid dressing)、親水性凝膠(hydrogel)
傷口理環境評估準則: I (infection or inflammation, 鑑別傷口是在感染還是發炎狀態)	
評估重點	評估傷口感染情形
照護目標	控制感染或發炎
預期傷口結果	<ul style="list-style-type: none"> ·降低傷口床細菌的菌落數目 ·控制炎症反應 ·降低炎性細胞激素 ·促進生長因子活性
照護處置	<ul style="list-style-type: none"> ·使用局部或系統性抗生素 ·必要時做細菌培養 ·依據滲液量的多寡選擇適用之抗菌敷料 ·若使用傳統敷料需增加換藥次數
敷料建議	親水性纖維性含銀敷料(hydrofiber dressing Ag)、藻酸鹽含銀敷料(alginate dressing Ag)或泡棉含銀敷料(foam dressing Ag)、傷口蜂膠、奈米銀抗菌敷料
傷口生理環境評估準則: M (moisture imbalance, 評估傷口濕度是否平衡)	
評估重點	評估傷口滲液的多寡和傷口床是否因為太乾，造成的上皮細胞壞死形成痂皮而影響上皮細胞移行，或因太溼造成傷口床肉芽過度，且易造成傷口周圍皮膚浸潤潰瘍
照護目標	維持傷口潮溼狀態平衡
預期傷口結果	<ul style="list-style-type: none"> ·恢復上皮細胞移行能力 ·避免上皮細胞脫水現象 ·控制水腫及過多滲液
照護處置	<ul style="list-style-type: none"> ·評估傷口滲液的來源、量、質與性狀 ·使用吸收性敷料 ·必要時加壓促進靜脈回流、減少水腫 ·滲液量過多，必要時使用傷口貼袋或負壓抽吸處理
敷料建議	<p>依照傷口的滲液量來選擇敷料：</p> <ul style="list-style-type: none"> ·乾燥--為維持傷口溼潤狀態，可使用親水性凝膠敷料 ·少量或無滲液--可使用透明薄膜敷料(Tegaderm)、親水性膠體敷料薄型 ·中量滲液--使用親水性膠體敷料厚型、親水性纖維敷料(hydrofiber dressing)、藻酸鹽敷料或泡棉敷料 ·大量滲液--使用親水性纖維敷料、泡棉敷料、高吸收性敷料或是使用傷口引流袋

傷口生理環境評估準則: E (edge of wound, 評估傷口邊緣及周圍皮膚態)	
評估重點	<ul style="list-style-type: none"> · 評估傷口皮膚周圍是否有因滲液過多造成的浸潤或潰瘍；或傷口皮膚周圍與傷口床是否因為太乾，造成的上皮細胞壞死形成痂皮影響傷口上皮化或上皮向傷口內縮合 · 評估傷口邊緣是否過度角質增生影響上皮細胞移行，傷口邊緣是否有縮合、卷邊情形或是否有潛行深洞 · 評估傷口皮膚周圍是否有浸潤、表皮脫落、皮膚乾燥、過度角質增生、胼胝、溼疹等
照護目標	促進傷口邊緣癒合、改善傷口周圍皮膚問題
預期傷口結果	促進上皮細胞移行、維持健康的傷口周圍皮膚
照護處置	<ul style="list-style-type: none"> · 定期重新評估原因或考慮矯正治療 · 必要時執行外科清創手術 · 必要時執行皮膚移植手術
敷料建議	避免傷口周圍皮膚浸潤損傷： <ul style="list-style-type: none"> · 皮膚保護--使用皮膚保護隔離用品保護周圍皮膚，如無酒精性傷口無痛皮膚保護膜 · 高吸收性敷料可減少傷口周圍皮膚浸潤，如泡棉敷料 避免傷口周圍皮膚醫黏性損傷： <ul style="list-style-type: none"> · 選擇溫和矽膠接觸面敷料或膠帶

(二) 基本傷口換藥技術

A. 無菌原則及技術

1. 無菌原則

- (1) 滅菌用品需在有效期限內。
- (2) 滅菌物品需置於腰部以上、胸部以下，視線直視範圍內的無菌區域中。
- (3) 滅菌物品或無菌區應避免長期暴露於空氣中。
- (4) 滅菌物品應保持乾燥，避免因毛細現象而造成染污。
- (5) 非無菌物品應遠離無菌區。
- (6) 面對無菌區說話、咳嗽或打噴嚏。
- (7) 勿將非無菌物品橫跨過無菌區。

2. 無菌技術

(1) 洗手

先將手上之飾品或手錶脫去，沾溼雙手後以肥皂(一般使用於備藥或非侵入性與病人接觸的前後等)或消毒劑(手上有明顯髒汙、血清，或執行侵入性治療前後等)塗抹於雙手，摩擦起泡後，仔細將手背、手掌、指尖、指縫、手腕(要清洗至手腕上 5 公分)等處搓洗至少 10 次，然後雙手朝下以清水沖洗乾淨，最後用擦手紙拭乾雙手。

(2) 使用有蓋容器的無菌技術

打開有蓋容器時，需保持蓋口朝下將容器蓋提起，蓋子移離容器後，將之放於桌上時需將蓋口朝上。取蓋時勿用手接觸蓋口及蓋緣，蓋口不接觸任何未消毒滅菌的物品。

(3) 使用無菌溶液的技術

確定溶液名稱及有效日期，檢視是否有沉澱物或懸浮物質。依打開有蓋容器的無菌技術

打開瓶蓋，手握標籤面(避免弄溼標籤)，倒少量的溶液於塑膠垃圾袋內以沖洗瓶口，再倒所需的溶液至無菌容器或紗布塊內，使用無菌紗布從上往下擦拭以保持瓶口乾燥，無菌溶液一經開封保存期限為 24 小時。

(4)打開無菌單包敷料及棉枝的方法

拆開棉枝時，不可將包裝全部撕開，只需撕開約 1/3 即可取用棉枝，手持枝端，棉球端朝下，執行清潔或消毒傷口的步驟。依無菌原則檢視單包敷料，從外包裝封口處撕開，避免碰觸包裝內面，抓住紗布的一角，取出紗布覆蓋於傷口中心。如果需要溼敷大範圍傷口，此時需多份無菌單包紗布，將紗布包從封口處撕開後，雙手持包裝外側將紗布置入無菌換藥彎盆中，不可用手取用。

B. 無菌換藥技術

1. 執行前

(1)用物準備

(2)洗手

2. 移除敷料

(1)戴上清潔手套，以一手固定皮膚，另一手順著毛髮生長方向，輕柔地撕下膠布及清除膠布痕跡。

(2)移去傷口敷料置入感染性垃圾中，如果去除敷料時發現有敷料粘連傷口的情况，可用無菌生理食鹽水潤溼敷料後再行移除。

3. 清洗及塗敷傷口

(1)清洗的範圍從傷口本身一直到傷口周圍外 5 公分處。

(2)使用生理食鹽水沾溼棉枝，以飽合但不滴水為原則，棉枝的溼潤端保持朝下。

(3)使用生理食鹽水棉枝清洗傷口，由傷口中央環形向外旋轉擦拭，棉枝本身旋轉擦拭一圈即必須丟棄，棉枝不可來回擦拭。

(4)重複此動作直到傷口分泌物清除乾淨。

(5)傷口灌洗：如果是範圍大且分泌物多的髒汙傷口，必要時可用傷口灌洗協助清潔傷口，除部分粘連的壞死組織。

傷口灌洗的方法：佈置一個無菌區域，可使用灌洗器或 50 ml 空針接上 18 號靜脈注射軟針頭，取生理食鹽水，對著傷口沖洗。需記錄沖洗液的進出量、分泌物顏色及質地，但傷口有出血情況時不適用傷口灌洗。

(6)有特殊情況，依醫囑選擇消毒溶液、敷料或藥膏塗抹於傷口，消毒及塗抹的方式也是由內至外，不可來回塗抹。

4. 覆蓋及包紮傷口

(1)依傷口大小選擇合適的無菌敷料覆蓋傷口，由敷料的一角拿起，對準傷口覆蓋(需注意：已覆蓋的紗布不能再隨意移動)，用透氣膠布固定敷料。

(2)膠布固定敷料的黏貼方式必須和肌肉組織成垂直方向。

(3)傷口如果位於關節活動區，為避免敷料脫落，應以彈性紗帶或網套輔助固定，但需注意勿纏繞過緊。

(4)如果是需觀察末端血液循環及監測溫度的傷口，則包紮時需注意露出肢體末端，以利隨時觀察監測。

(5)因現代敷料種類愈來愈多，覆蓋傷口之敷料不只有紗布而已，需考量病人傷口的情况、各

類敷料的特性等，挑選最利於病人傷口癒合的敷料使用。

5. 執行後

(1) 洗手

(2) 記錄傷口情形，與照顧者及指導傷口自我照顧及換藥方式。

C. 傷口清潔及消毒液

傷口清潔及消毒溶液的種類繁多，而其所具有之特性也有差異，故應依據傷口特性來選用。

1. 常使用的傷口清潔液有：

(1) 煮沸後冷卻的開水：一般可直接飲用的自來水、RO 過濾水也可清潔傷口，不可生飲的自來水則盡量不使用於清潔傷口。

(2) 生理食鹽水：屬等張溶液，對於清潔傷口不會產生刺激。

(3) 蒸餾水：屬低張溶液，也可使用於清潔傷口。

2. 1% 優碘溶液可用於汙染或感染性的傷口消毒，非清洗傷口，一般開放性傷口不可用刷洗方式清潔，且使用時需有醫囑。

3. 依照傷口型態可選擇的清潔液種類如下：

(1) 清潔的外科縫合傷口：可飲用之自來水、煮沸過的冷開水、生理食鹽水、無菌蒸餾水。

(2) 汙染的開放性傷口及感染傷口：可飲用自來水、煮沸的冷開水、無菌生理食鹽水、無菌蒸餾水。但仍以無菌生理食鹽水最不刺激傷口組織，並為醫療機構所常用。

(3) 混合型傷口(例如外科縫合傷口部分感染有異常分泌物)：依照感染性傷口照護並選擇清潔液，唯清潔傷口時，應先清潔乾淨傷口再清洗感染傷口，清洗的棉枝不可來回於乾淨及感染傷口之間，應分開清潔後丟棄。

五、護理指導成效評值

依據所擬定之家庭護理計畫與照護目標進行評值，成效評值時使用「皮膚及傷口照顧居家護理指導紀錄」，追蹤個案及照顧者照護問題、自我照顧知識與技巧及個案照顧者生活品質之改善情形，評估介入成效。

六、轉介必要之醫療處置要點與時機

(一) 轉介必要之醫療處置要點

個案如因病況改變或評估有護理以外之醫療照護需求，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關醫事專業人員提供必要之處置。

(二) 轉介必要之醫療處置的時機

現代傷口照顧趨勢為採團隊照護模式，團隊成員包括不同專科醫師(整形外科、心血管外科、新陳代謝科...等)、居家護理師、營養師、職能/物理治療師、矯正及義肢輔具師、社工師。應依個案傷口狀況轉介，例如：傷口狀況惡化，或是疑似有感染的情形，應轉介醫師；營養狀況不佳，可協助轉介營養師。

七、製作紀錄之要點與原則

(一) 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟

體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。

- (二) 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
- (三) 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定製作紀錄並留存。
- (四) 「皮膚及傷口照顧居家護理指導紀錄」(運用機構自己的表單及衛教單張或參考範例-附件二)

資料來源：

羅淑芬、胡文郁 (2007)·慢性傷口之評估與測量原則·護理雜誌，54 (2)，62-67。

于博茵、侯宜菁、蔡新中、蔡新民、張美娟、黃靜君...楊柏毅等 (2017)·最新傷口護理學 (三版)·台北市：華杏。

傷口評估表

個案姓名: _____ 評估日期: _____	年齡: _____ 預計下次評估日期: _____
<p>造成傷口的原因</p> <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 動脈疾病 <input type="checkbox"/> 靜脈疾病 <input type="checkbox"/> 壓力性損傷 <input type="checkbox"/> 糖尿病或神經性潰瘍 <input type="checkbox"/> 擦傷、挫傷 <input type="checkbox"/> 化學性傷口電擊傷 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<p>分期</p> 壓力性損傷: <input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級 <input type="checkbox"/> 3 級 <input type="checkbox"/> 4 級 <input type="checkbox"/> 無法分辨的分期、潰瘍壞死 糖尿病潰瘍傷口分期(Wagner 分期): <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<p>傷口的位置</p> <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 薦骨 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 股骨粗隆 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 坐骨 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 手臂 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 外踝 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 內踝 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側	<p>竇狀的通道</p> <input type="checkbox"/> 隧道型:位於____點鐘,深度____公分 <input type="checkbox"/> 坑道型:位於____點鐘,深度____公分 <input type="checkbox"/> 瘻管:位於____點鐘,深度____公分 <input type="checkbox"/> 無
<p>傷口發生的時間</p> <input type="checkbox"/> 急性: 發生後 \leq 7 天 <input type="checkbox"/> 急性: 發生後 $>$ 7 天 <input type="checkbox"/> 慢性: \leq 1 個月 <input type="checkbox"/> 慢性: $>$ 1 個月	<p>滲液</p> <p>量</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 中量 <input type="checkbox"/> 大量 <p>顏色</p> <input type="checkbox"/> 漿液 <input type="checkbox"/> 漿液血液混合性 <input type="checkbox"/> 血色性 <p>滲液的黏稠度</p> <input type="checkbox"/> 混濁的 <input type="checkbox"/> 膿液 <input type="checkbox"/> 乳白色狀的
<p>大小、形狀、分期</p> <p>大小</p> 寬度: _____公分 長度: _____公分 深度: _____公分 <p>形狀</p> <input type="checkbox"/> 卵圓形 <input type="checkbox"/> 圓形 <input type="checkbox"/> 不規則的 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<p>感染或敗血症</p> <input type="checkbox"/> 全身性 <input type="checkbox"/> 局部性 <input type="checkbox"/> 無 <p>傷口周圍的皮膚狀況</p> <input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 發紅 <input type="checkbox"/> 水腫的 <input type="checkbox"/> 硬結 <input type="checkbox"/> 溫暖的 <input type="checkbox"/> 冷的 <input type="checkbox"/> 變色 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <p>浸潤</p> <input type="checkbox"/> 沒有出現 <input type="checkbox"/> 出現: _____公分、位於 _____

傷口評估表(續)

<p>傷口邊緣、表皮生長</p> <p><input type="checkbox"/>傷口邊緣緊密黏合</p> <p><input type="checkbox"/>傷口邊緣沒有緊密黏合</p> <p><input type="checkbox"/>傷口邊緣捲起來的</p> <p><input type="checkbox"/>手術傷口縫合起來</p> <p><input type="checkbox"/>外科傷口開放</p> <p><input type="checkbox"/>縫線/釘子 完整</p> <p><input type="checkbox"/>表皮生長:呈現_____公分</p> <p><input type="checkbox"/>沒有表皮生長</p> <p>壞死組織</p> <p><input type="checkbox"/>沒有出現 <input type="checkbox"/>出現</p> <p><u>種類</u></p> <p><input type="checkbox"/>黃色腐肉 <input type="checkbox"/>黑色 <input type="checkbox"/>軟的 <input type="checkbox"/>堅硬的</p> <p><u>壞死組織占傷口的百分比</u></p> <p><input type="checkbox"/>≤100% <input type="checkbox"/>≤ 75 % <input type="checkbox"/>≤50%</p> <p><input type="checkbox"/><25% <input type="checkbox"/>其他:_____%</p> <p>傷口底部組織</p> <p><input type="checkbox"/>肉芽組織未出現</p> <p><input type="checkbox"/>肉芽組織的百分比_____%</p> <p><input type="checkbox"/>溼潤 <input type="checkbox"/>乾燥</p>	<p><u>壓痛或痛</u></p> <p>疼痛的分級 (0分是不痛、10分是劇痛)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> </table> <p><u>疼痛的表現</u></p> <p><input type="checkbox"/>觸痛 <input type="checkbox"/>任何時間 <input type="checkbox"/>只有在執行換藥時</p> <p><input type="checkbox"/>其他:_____</p> <p>疼痛處理: _____(使用方法)</p> <p><input type="checkbox"/>無效 <input type="checkbox"/>有效</p> <p>狀況</p> <p>傷口狀況: _____(第一次傷口評估日期)</p> <p><input type="checkbox"/>改善日期: _____ <input type="checkbox"/>無改變日期: _____</p> <p><input type="checkbox"/>癒合日期: _____ <input type="checkbox"/>惡化日期: _____</p> <p>_____ (通知醫師惡化的日期)</p> <p><input type="checkbox"/>支持性療法: <input type="checkbox"/>加壓包紮 <input type="checkbox"/>減負荷</p> <p><input type="checkbox"/>減壓墊 <input type="checkbox"/>其他 _____</p> <p><input type="checkbox"/>轉診: _____</p> <p><input type="checkbox"/>第一次評估</p> <p>簽名: _____</p> <p>職位: _____ 日期: _____</p>											0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												

資料來源:Baranoski, S., & Ayello, E. A. (2004). Wound assessment. In S. Baranoski & E. A. Allyello (Eds.), *Wound care essentials: Practice principles* (pp.83-84). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

皮膚及傷口照顧居家護理指導紀錄

一、皮膚狀況及傷口評估（見傷口評估紀錄）

二、指導內容（見指導單張）

三、評值結果

項目	指導內容	評值日期及評值結果*			
		/ /	/ /	/ /	/ /
知識	能說出造成皮膚受損之危險因子				
	能說出影響傷口癒合的因子				
	能說出發炎之症狀				
	能說出需立即就診之情形				
	能說出營養與傷口癒合之關係				
	能說出傷口換藥洗手時機及重要性				
	能說出傷口換藥時之注意事項				
技能/ 行為	能正確執行傷口換藥技術				
	能觀察傷口、傷口邊緣、傷口周圍皮膚變化情形				
	能減低局部皮膚壓力、剪力、摩擦力				
	能保持皮膚清潔				
	能給予足夠的水份與均衡的營養				
照顧者簽名					
護理師簽名					
備註					

* 3 正確； 2 部份正確； 1 完全不正確 ---不適用 Nil(此次未評值)

【失禁性皮膚炎照護指引】

一、定義

當個人無法自主控制膀胱、腸道排泄功能時便為失禁，皮膚長時間暴露在尿液、糞便所造成的皮膚炎症、發紅反應，即稱失禁性皮膚炎（incontinence-associated dermatitis, IAD）。

國內接受居家護理服務個案特質多為高齡、慢性退化疾病所致身體活動功能障礙人口，個案維持自我照顧能力有限，或是必須長期臥床加上伴隨失禁造成皮膚照顧問題層出不窮；且任何年齡層的失禁病人都可能暴露於此情境，因此，失禁性皮膚炎是常見的皮膚損傷問題。

失禁性皮膚炎個案的皮膚也有可能進展成黴菌或細菌感染，致病人疼痛增加、活動與睡眠中斷，進而喪失獨立性降低生品質，並增加照護人力、時間成本的支出，造成家屬和顧者額外負擔。

本指引提供失禁性皮膚炎的明確照護方式，期望對居家護理師照護已發生失禁性皮膚炎或高危險居家個案之參考。

二、照護目標

尊重案主的個別性狀況、獨特需求以及可用資源，主動提供適切護理或轉介其他專業成員，以達到：

- (一) 個案失禁性皮膚炎的問題緩解或解除且不再發生。
- (二) 提升個案及照顧者的失禁性皮膚炎自我照顧知識與技能。
- (三) 增進個案及照顧者的生活品質。

三、失禁性皮膚炎風險評估要點與原則

只要個案發生失禁情形，即應進行失禁性皮膚炎危險因子評估，及實施適當的失禁性皮膚炎預防措施。應定期評估，每日至少評估一次個案是否出現失禁性皮膚炎的跡象，但若失禁變得頻繁，則需增加評估次數。

(一) 失禁性皮膚炎危險因子

1. 依賴性：無法自行翻身、如廁，個人衛生無法自理，認知意識下降。
2. 壓傷的可能性：為壓力性損傷高危險群、營養狀況不佳(低蛋白血症)、本身罹患嚴重疾病。
3. 皮膚的潮濕程度：皮膚太乾或太濕。
4. 身體活動程度：活動能力受限、身體活動度不佳。
5. 失禁類型：大便失禁或大小便雙重失禁較單獨尿失禁的個案發生失禁性皮膚炎的風險高。
6. 失禁頻率。
7. 皮膚狀況不佳：如因衰老／使用類固醇／糖尿病所致。
8. 藥物：使用抗生素、免疫抑制劑。
9. 失禁處置不當：例如：未頻繁地更換尿布或清潔不足，吸收性或失禁用品讓皮膚表面處於潮濕狀態，過度頻繁使用清水和肥皂清洗皮膚，過於用力的擦拭或使用一般較粗


糙的毛巾。



10. 高的「會陰部皮膚狀況評估量表 (perineal assessment tool, PAT)」總分：此量表總分共 4~12 分，分數越高表示發生失禁性皮膚炎危險性越高。總分 4~6 分之間屬低危險群，7~12 分屬高危險群。

評估項目	分數說明		
	1分	2分	3分
刺激型態與強度 刺激物種類及濃度	成形便 和/或尿液	軟便 混合/或未混合尿 液	水狀糞便 混合/或未混合尿 液
刺激時間 皮膚暴露於刺激物 時間的多寡	床單/尿布至少或小 於每 8 小時更換	床單/尿布至少每 4 小時更換	床單/尿布至少每 2 小時更換
會陰皮膚狀況 皮膚完整性	乾淨及完整	發紅/皮膚炎合併/ 無合併念珠菌	剝落或糜爛合併/ 無合併皮膚炎
構成因素 低白蛋白、抗生素 使用、管灌飲食或 梭狀桿菌感染	0~1 個構成因素	2 個構成因素	3 個(含) 以上構成 因素

(二) 失禁性皮膚炎評估

- 失禁性皮膚炎評估範圍：取決於接觸尿液/糞便的程度，通常為會陰部、肛門、外陰或陰囊、腹股溝皺褶、臀部、大腿內側、大腿後側，或延伸至下腹部、尾骨與背部等。
- 失禁性皮膚炎的徵象：評估皮膚的顏色（粉紅、紅、或深色皮膚的淺深），有無紅疹的產生，皮膚破皮損傷程度、有無感染等。
- 失禁性皮膚炎損傷程度和嚴重度分級：分為第 0 級、第 1 級、第 2 級
 - 第 0 級：皮膚完整無發紅，但有失禁性皮膚炎的風險（腹瀉、大小便失禁、長期使用尿布、皮膚或營養狀況不佳、活動能力與認知程度下降、衛生無法自理等危險因子）。
 - 第 1 級：皮膚呈現發紅的狀態，但是皮膚完整無破皮，可能有/或沒有水腫的跡象。
 - 第 2 級：發紅且皮膚破皮，皮膚可能會有/或沒有水泡、潰爛、剝落、感染等跡象。

分級	分級說明	特徵	圖例
0 級	皮膚完整無發紅，但有失禁性皮膚炎的風險。	與其他部位比較之下皮膚正常，沒有 AID 的跡象。	

第1級 (輕度)	皮膚呈現發紅的狀態，但是皮膚完整無破皮。	可能有/或沒有水腫的跡象。	<p style="text-align: center;">潮濕皮膚</p> 
第2級 (中重度)	發紅且皮膚破皮。	有/或沒有水泡 有/或沒潰爛 有/或沒剝落 有/或沒感染跡象。	

四、失禁性皮膚炎照顧護理指導要點及內容

失禁性皮膚炎的預防及處置將以失禁的處理、皮膚清潔、保護、修護、尿布/小便收集器的選擇等五方面說明。並檢附依據成功大學張瑩如教授「居家護理所設立輔導計畫-居護實證指引」中建議之失禁性皮膚炎照護流程圖(附件一)。

護理頻率方面，建議每6-12小時或每次大小便後執行皮膚護理，降低皮膚潮濕程度，以減少失禁性皮膚炎的發生。

(一) 失禁的處理

1. 確認並治療失禁的病因：盡早治療泌尿道感染、腹瀉、便秘等病因，減少皮膚與尿液、糞便接觸。
2. 有效的管理飲食與營養攝入：檢視並調整病人攝入食物、水份、藥物，使其減少失禁的風險。
3. 建立適當的如廁技巧：若可以行走的病人，盡量避免使用尿布、護墊等會讓皮膚處在潮濕環境中的產品，應協助建立如廁技巧，例如可教導病人使用尿壺、便盆椅等。長期臥床的病人可採用尿套。

(二) 皮膚清潔

1. 肥皂和清水在預防及治療 IAD 的效果不佳，使用免洗產品(保濕、皮膚防護或混合型產品)比完全不使用來得有效。近年來多項研究指出：肥皂會造成皮膚過乾及改變皮膚的酸鹼質，因此不建議使用。

2. 使用接近皮膚 pH 值的皮膚洗潔劑移除尿液和糞便等刺激源優於一般鹼性肥皂，由於含有界面活性劑可以降低對皮膚的搓洗摩擦，而成分若是非離子表面活性劑更好。
3. 使用清潔、保濕、保護三效合一的護理擦拭巾，比用清水、肥皂毛巾擦拭的效果來得好。
4. 「免沖洗」皮膚洗潔劑在使用後會留在皮膚上且迅速乾燥，降低水分的喪失，進而避免以手擦乾皮膚導致的摩擦，除了有助於保持皮膚完整性和傾向減少失禁性皮膚炎發生。
5. 泡沫式皮膚洗潔劑比肥皂清水清潔更能降低失禁性皮膚炎的產生。
6. 在清潔的技巧上，建議以輕壓乾的方式清潔，避免用力擦拭或刷洗方式清潔皮膚，因會造成摩擦力導致表皮破損。
7. 皮膚清潔後應以護理巾輕壓乾皮膚或吹乾。



(三) 皮膚的保護

1. 主要目的為讓皮膚角質層和潮濕或刺激物形成屏障，避免皮膚受潮濕和刺激物（尿液或糞便）損傷，促進皮膚的修復，相關產品例如無痛保護膜、凡士林、氧化鋅、矽靈，進而預防和治療失禁性皮膚炎。
2. 無痛保護膜/粉，比單獨使用氧化鋅、免洗清潔劑、三合一護理清潔巾具備較好的皮膚保護及延緩損傷的效果。

護膚產品





3. 各等級失禁性皮膚炎皮膚保護產品支應用及注意事項如下表：

分級	皮膚保護產品成分	注意事項
0 級	<ul style="list-style-type: none"> • 丙烯酸酯三聚物保護膜或 • 含矽靈的產品或 • 含凡士林基底的產品 	<ul style="list-style-type: none"> • 當皮膚有潛在感染或過於潮溼時，不建議使用高濃度以凡士林為基底的保護產品。因會限制吸收性產品如尿布的吸收，導致角質層水分過多。
1 級	<ul style="list-style-type: none"> • 含矽靈的產品或 • 丙烯酸酯三聚物保護膜 	<ul style="list-style-type: none"> • 請依據仿單說明書建議使用。 • 若發紅嚴重，建議使用丙烯酸酯三聚物保護膜。
2 級	<ul style="list-style-type: none"> • 丙烯酸酯三聚物保護膜 • 含氧化鋅成分的產品 	<ul style="list-style-type: none"> • 點狀破損建議使用丙烯酸酯三聚物保護膜。 • 片狀融合性破損建議使用含氧化鋅成分的保護膏。 • 若使用氧化鋅，每次清潔時不需要完全移除。僅要將上層污染的去除後，再塗上新的一層氧化鋅即可。若要移除氧化鋅、可以使用含油質產品(如嬰兒油、乳霜)輔助去除。建議不要用力刷洗皮膚，以環狀揉洗方式去除，以免造成皮膚的損傷。
合併表淺性皮膚感染	<ul style="list-style-type: none"> • 2 級損傷依醫囑執行微生物培養檢測 • 依據培養結果提供抗黴菌、抗生素、抗發炎及抗病毒等外用藥膏使用 	<ul style="list-style-type: none"> • 藥膏通常於清潔後、保護產品使用之前塗抹。

(四) 皮膚的修護

1. 使用長效皮膚潤膚霜(凡士林+乳液)搭配清潔保護措施能增強皮膚的水分屏障，增加角質層水合作用，降低皮膚 pH 值，減少紅斑產生，治療失禁性皮膚炎。
2. 選擇親脂性物質如乳液、油質，部分含有存在於健康角質的脂類物質 (ceramides)，可改善皮膚乾燥。選擇含有甘油、尿素的保濕乳霜，可保留角質層水分。護膚產品可至坊間藥局、醫療用品店、健康器材賣場洽詢購買，購買前須詢問產品相互使用時是否有相容性的問題。
3. 護膚產品需塗抹在已經接觸或可能接觸到尿液/糞便的整個皮膚範圍。
4. 皮膚有浸潤現象，則不適用含有保濕成分的護膚產品。

5. 若皮膚發生細菌感染之情形，應尋求醫療專家意見鑑別皮膚狀況，依專家建議使用外用抗菌產品。

(五) 尿布/小便收集器的選擇

1. 丟棄式聚合物材質尿布或看護墊，能改善失禁性皮膚炎，方便性也較高。
2. 小便收集器（尿套、導尿管）比尿布更能降低失禁性皮膚炎的發生率。

(六) AID 的預防及處理的介入措施建議

級數	照護重點	介入措施	備註
0級	清潔、保護	1.處理失禁、衛教個案與照顧者 2.預防方案： a.失禁照護濕紙巾（三合一：清潔+護膚品+潤膚霜）若需要額外的皮膚保護，可額外使用護膚品（如含矽靈的產品） b.皮膚洗潔劑或沐浴／潔膚擦澡巾加上護膚品（如丙烯酸酯三聚物保護膜或含凡士林的產品，或者是含矽靈的產品）	至少每日一次或在每次大便失禁後進行清潔
1級	清潔、保護、修復	1.處理失禁、衛教個案與照顧者 2.失禁照護濕紙巾（三合一：清潔+護膚品+潤膚霜）若發紅或皮膚狀況惡化，額外使用護膚產品（如丙烯酸酯三聚物保護膜） 3.皮膚洗潔劑或沐浴／潔膚擦澡巾加上護膚品（如丙烯酸酯三聚物保護膜、含矽靈的產品）	若在3-5天內無改善，或疑似有感染的情形，應尋求專家意見
2級	清潔、保護、修復	1.處理失禁、衛教個案與照顧者 2.失禁照護濕紙巾（三合一：清潔+護膚品+潤膚霜）若發紅或皮膚狀況惡化，額外使用護膚產品（如丙烯酸酯三聚物保護膜） 3.皮膚洗潔劑或沐浴／潔膚擦澡巾加上護膚品（如丙烯酸酯三聚物保護膜、含矽靈的產品，或者是含氧化鋅的油膏或軟膏） 4.考量使用防護設備（containment devices）（如糞便處理系統〔FMS〕／糞便袋）	
合併有皮膚感染		針對第二級IAD，額外採集微生物檢體（視需要），並根據培養結果決定適當的治療（如抗真菌乳膏、外用抗生素、抗發炎產品）	

五、護理指導成效評值

依據所擬定之家庭護理計畫與照護目標進行評值，成效評值時使用「失禁性皮膚炎照護居家護理指導紀錄」，追蹤個案及照顧者照護問題、自我照顧知識與技巧及個案照顧者生活品質之改善情形，評估介入成效。

六、轉介必要之醫療處置要點與時機

(一) 轉介必要之醫療處置要點

個案如因病況改變或評估有護理以外之醫療照護需求，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關醫事專業人員提供必要之處置。

(二) 轉介必要之醫療處置的時機

1. 若皮膚炎在3~5天內無改善，或是疑似有感染的情形，應尋求專家意見。
2. 若營養狀況不佳，可協助轉介營養師。

七、製作紀錄之要點與原則

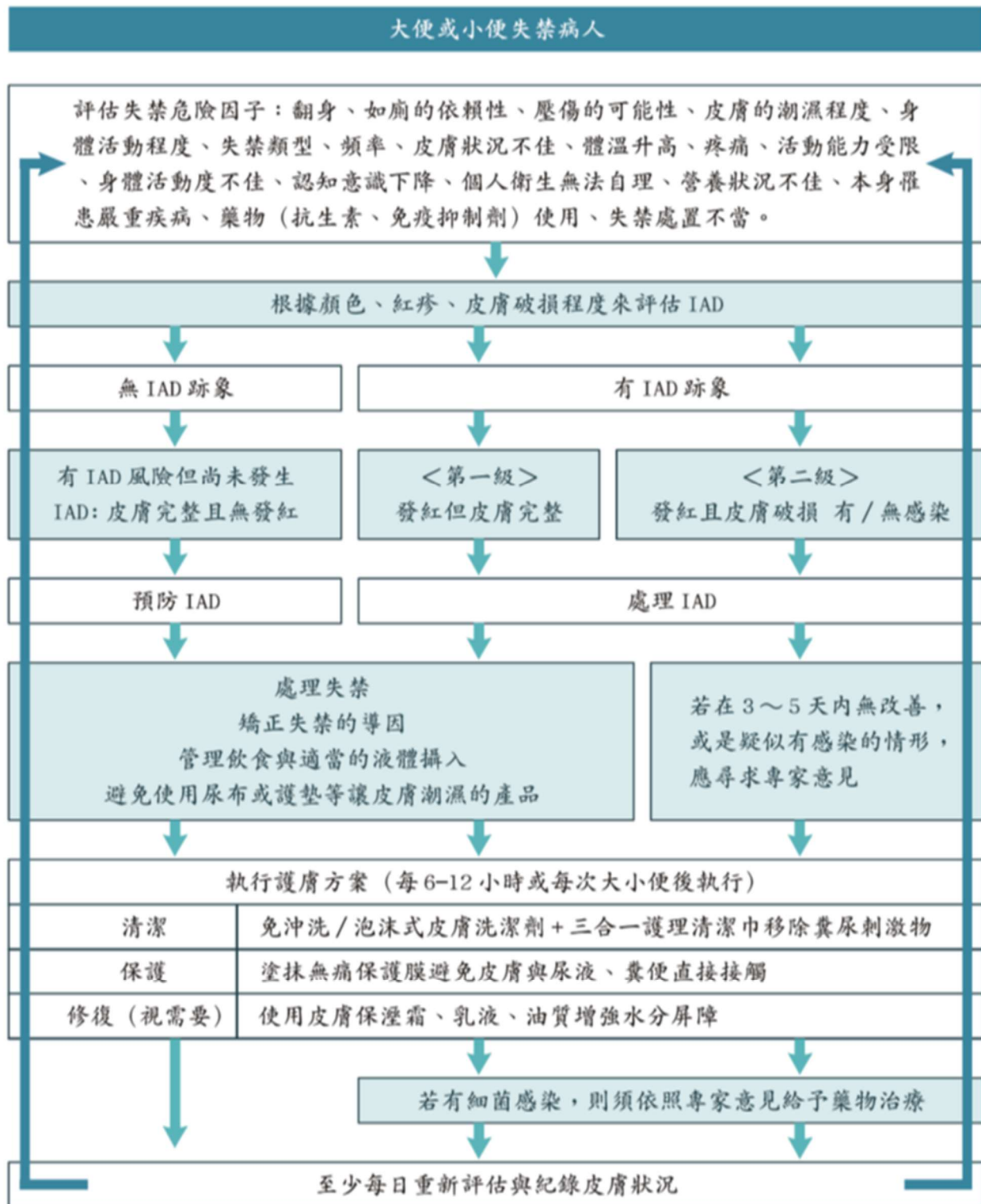
- (一) 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
- (二) 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
- (三) 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定製作紀錄並留存。
- (四) 「失禁性皮膚炎照護居家護理指導紀錄」(運用機構自己的表單及衛教單張或參考範例-附件二)

資料來源：

許美玉 (2017) · 皮膚相關損傷護理 · 於于博芮總校閱，最新傷口護理學 (三版) · 台北市：華杏。

衛生福利部護理及健康照護司〈2019〉· 居家護理所設立輔導計畫-10+2 居家護理實證應用常用指引 · 取自 <https://nhplatform.mohw.gov.tw/dl-1104-d4e2d5ca70f049b686801e510fa1cd2c.html> 《3》居家病人失禁性皮膚炎照護指引

失禁性皮膚炎照護流程



失禁性皮膚炎照護居家護理指導紀錄

一、失禁性皮膚炎評估（見失禁性皮膚炎評估紀錄）

二、指導內容（見指導單張）

三、評值結果

項目	指導內容	評值日期及評值結果*			
		/ /	/ /	/ /	/ /
知識	能說出造成或加重失禁性皮膚炎之因子				
	能說出失禁性皮膚炎之徵象及分級				
	能說出評估皮膚的部位及時機				
	能說出失禁處理要點				
	能說出失禁性皮膚炎照護方法 皮膚清潔/保護/修護/尿布/小便收集器的選擇				
技能/ 行為	能定期且正確執行相關部位皮膚狀況的評估				
	能使用合宜之大小便滲漏隔絕方法及用物				
	能給予足夠的營養				
	能正確執行相關部位皮膚清潔				
	能依失禁性皮膚炎分級執行皮膚之保護及修護措施				
照顧者簽名					
護理師簽名					
備註					

* 3 正確； 2 部份正確； 1 完全不正確 ---不適用

Nil(此次未評值)

【失智個案日落症候群非藥物處置照護指引】

一、定義

失智症的神經認知障礙，會引發廣泛失能之慢性退化性疾病並伴隨精神行為症狀。研究發現，90%的失智症者在罹病過程中可能經歷精神行為症狀，而日落症候群則是常見的精神行為症狀。

日落症候群是失智症者於傍晚至夜間出現或加劇之混亂的症狀，包括遊走、激躁、混亂、焦慮、踱步來回、拒絕照顧、尖叫、叫喊、攻擊等。這些症狀不僅影響個案與照顧者的生活品質，亦增加照顧負擔與健康照護成本。

藥物治療能改善患者的激躁行為，但會導致的副作用，更可能是引起日落症候群的另一個因素。非藥物療法是被視為應優先運用於改善精神行為症狀與減緩日落症候群的處置。本指引期望能提供居家護理師以具實證依據的非藥物處置照護措施，緩解或改善失智症日落症候群個案之混亂症狀。

二、照護目標

尊重案主的個別性狀況、獨特需求以及可用資源，主動提供適切護理或轉介其他專業成員，以達到：

- (一) 個案日落症候群症狀緩解或改善。
- (二) 提升個案及照顧者的失智症日落症候群非藥物處置照護之自我照顧知識與技能。
- (三) 增進個案及照顧者的生活品質。

三、失智個案日落症候群風險評估要點與原則

(一) 失智個案日落症候群風險因子

1. 季節，以冬天發生頻率較高，在台灣四季分明的天氣變化中，如陰雨天，亦可能出現日落症候群。
2. 情緒波動。
3. 生理不適(飢餓、口渴、疼痛、疲憊...等)、睡眠障礙。
4. 抗精神病藥物副作用。
5. 阿茲海默氏症者的認知退化嚴重度。

(二) 日落症候群評估工具

目前並無用於評估日落症候群之測量工具，但中文版柯恩-曼斯菲爾德激動情緒行為量表(C-CMAI)被許多研究運用於測量失智症者的激躁行為，亦被使用於日落症候群或夜間行為之評估，且適用於台灣失智症者。

中文版柯恩-曼斯菲爾德激動情緒行為量表(C-CMAI)是由照顧者填答有關近兩週來所觀察到的行為頻率。量表共計23題，包含四個面向：身體非攻擊行為、身體攻擊行為、語言非攻擊行為與語言攻擊行為；其中有22題為觀察之行為，1題為未涵蓋於量表中之自填行為。每題皆根據問題所出現的頻率，從1(不曾發生)到7(一小時數次)，總分自23到161分

(附件一)。

本指引建議可使用C-CMAI，測量過去兩周內，發生於下午三點後到晚上就寢前之個案行為表現，以作為照護成效之評估。

四、失智個案日落症候群非藥物處置護理指導要點及內容

(一) 改善誘發因素：評估個案是否有生理不適、藥物副作用、睡眠障礙、疾病因素(電解質不平衡、發炎感染)等引發日落症候群的因素，若有則先設法改善。

(二) 步行運動：黃昏前，在照顧者的陪伴下進行每週兩小時之中等強度的步行。研究發現：

1. 以中強度運動於黃昏前步行，或在步行期間同時提供以現實為導向的認知訓練，過程中照顧者不斷重複定向訊息與周遭訊息，如姓名、年齡、出生地、現在日期等；介入措施為每日一小時，一週五日；步行與步行同時進行認知訓練皆能明顯減輕日落症候群，因此可依個案情況調整步行中是否加入認知訓練。
2. 每週步行時間對日落症候群具有顯著相關性，步行時間愈長，其日落症候群愈少。
3. 陪伴步行者對日落症候群亦具有顯著相關性；日落症候群平均差異遞減依序為配偶、成年子女或其他親屬、無陪伴者。在配偶、子女或親屬等熟悉者的陪伴下步行，能顧及個案步行的安全及提供良好互動。

結論：在考量無醫療的限制下，步行是一個好處甚多的身體活動，簡單、可行且低成本之處置。社區阿茲海默氏症個案在熟悉的照顧者陪伴下，每週進行兩小時的規則步行，對於減緩日落症候群有其助益，不僅能兼顧個案的步行安全，亦能滿足個案在關係上的安全感以及增進令個案感到滿意的人際互動，對於減輕黃昏時段的焦慮與躁動有其正向價值。

(三) 音樂療法：下午時段提供30分鐘之音樂治療或吟唱熟悉的歌曲。研究發現：

1. 音樂治療師的帶領下，藉由播放有節奏及旋律的音樂，機構住民之阿茲海默氏症個案與血管型失智症個案與音樂治療師之非語言互動；每次30分鐘，3個循環共計10次音樂治療的療程下，個案的神經精神症狀獲得顯著改善。
2. 安排於下午期間(4:15 to 5:30 p.m.)吟唱30分鐘的熟悉曲，可改善機構失智症個案黃昏期間的情緒狀態。

結論：有經費之資助下，一位治療師帶領多位個案之音樂治療，可發揮較大效益。但如運用於個別失智症家庭中，成本考量可能是其限制。吟唱熟悉的歌曲方面，由於網路與科技運用的普遍性，音樂取得相較容易。在社區中，黃昏前帶領吟唱/播放失智者熟悉的歌曲是一項成本較低、無傷害性與可行之作法。

(四) 環境照明：下午時段增加環境照明。研究發現：

1. 安排於下午時段提供日間光線後，實驗組10位日間照護中心之失智症個案下午時段之日落症候群行為減少49%。
2. 在7 a.m.到9 p.m.，以打開全部燈光方式來增加環境的光線，相較於白天的行為，機構個案之日落症候群顯著減少。

結論：增加環境光線明亮有助於改善日落症候群。白天保持明亮的光線，並注意黃昏到夜間時段，在個案活動的空間維持合宜的照明，皆有助於失智症個案對空間與時間的辨認，不僅增加活動上的安全，亦有助於減緩日落症候群。

五、護理指導成效評值

依據所擬定之家庭護理計畫與照護目標進行評值，成效評值時使用「失智個案日落症候群非藥物處置照護居家護理指導紀錄」、中文版社區用『柯恩-曼菲斯爾德激動情緒行為測量表』，追蹤個案及照顧者照護問題、自我照顧知識與技巧及個案照顧者生活品質之改善情形，評估介入成效。

六、轉介必要之醫療處置要點與時機

個案如因病況改變或評估有護理以外之醫療照護需求，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關醫事專業人員提供必要之處置。

七、製作紀錄之要點與原則

- (一) 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
- (二) 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
- (三) 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定製作紀錄並留存。
- (四) 「失智個案日落症候群非藥物處置照護居家護理指導紀錄」（運用機構自己的表單及衛教單張或參考範例附件）。

資料來源：

衛生福利部護理及健康照護司〈2019〉·居家護理所設立輔導計畫-10+2 居家護理實證應用常用指引·取自 <https://nhplatform.mohw.gov.tw/dl-1104-d4e2d5ca70f049b686801e510fa1cd2c.html> 《12》居家及社區失智病人日落症候群非藥物處置照護指引

中文版社區用『柯恩-曼菲斯爾德激動情緒行為測量表』(C-CMAI)

問卷內容	從未 發生	一週 < 1次	一週 1-2次	一週 數次	一天 1-2次	一天 數次	一小時 數次
1. 重複說話或問問題(不論有沒有特定對象)	1	2	3	4	5	6	7
2. 以說話打斷別人的談話或打擾別人的活動，而所說的是切題的	1	2	3	4	5	6	7
3. 以說話打斷別人的談話或打擾別人的活動，而所說的是不切題的	1	2	3	4	5	6	7
4. 發出異常的聲音，包括奇怪的笑聲、呻吟或哭泣聲	1	2	3	4	5	6	7
5. 投訴或抱怨	1	2	3	4	5	6	7
6. 想得到別人的注意或幫助而做出無理的要求，包括囉嗦、懇求或呼喊別人	1	2	3	4	5	6	7
7. 咒罵別人或在言語上恐嚇或侮辱別人，包含具攻擊性的言語	1	2	3	4	5	6	7
8. 口頭指使或勉強別人	1	2	3	4	5	6	7
9. 煩躁或坐立不安(不能安靜的坐著，或重複地站起來又坐下去)	1	2	3	4	5	6	7
10. 來回走動或遊蕩	1	2	3	4	5	6	7
11. 無故離開或擅自進入其他地方	1	2	3	4	5	6	7
12. 不適當的穿脫衣服	1	2	3	4	5	6	7
13. 重複動作(搖動身體、摩擦身體或東西、輕敲東西、輕扯皮膚)	1	2	3	4	5	6	7
14. 不適當的碰觸東西(亂搜抽屜、擅取別人的東西或摸不該摸的東西)	1	2	3	4	5	6	7
15. 儲藏或收集過多或不當的物品	1	2	3	4	5	6	7
16. 藏匿東西	1	2	3	4	5	6	7
17. 動怒(包括語言或非語言的表達)	1	2	3	4	5	6	7
18. 打別人、打自己或打物品	1	2	3	4	5	6	7
19. 指控別人	1	2	3	4	5	6	7
20. 揚言要自殺	1	2	3	4	5	6	7
21. 不停地撿拾物品	1	2	3	4	5	6	7
22. 不停地尋找東西	1	2	3	4	5	6	7
23. 其他異常行為:	1	2	3	4	5	6	7

附件二

失智個案日落症候群非藥物處置照護居家護理指導紀錄

- 一、日落症候群狀況評估（見日落症候群狀況評估紀錄）
- 二、指導內容（見指導單張）
- 三、評值結果

項目	指導內容	評值日期及評值結果*			
		/ /	/ /	/ /	/ /
知識	能說出可能引發日落症候群的誘因				
	能說出如何運用 C-CMAI 量表				
	能說出步行運動處置要點				
	能說出音樂處置要點				
	能說出環境照明處置要點				
技能/ 行為	能改善誘發日落症候群的生理因素 飢餓/口渴/其他				
	能執行步行運動處置照護				
	能執行音樂處置照護				
	能正確執行環境照明處置照護療法				
	能每兩週協助紀錄 C-CMAI 量表				
照顧者簽名					
護理師簽名					
備註					

* 3 正確； 2 部份正確； 1 完全不正確 ---不適用 Nil(此次未評值)

【翻身擺位預防壓傷照護指引】

一、定義

壓傷是全球性最為常見的健康問題，而翻身擺位是預防壓傷重要方式之一。

接受長期照護的病人特性多為老人、罹患慢性退化性疾病、長期臥床，屬容易引發壓傷併發症之高風險族群。壓傷不僅引起個案疼痛感增加、活動及睡眠中斷，影響生活品質，也有黴菌或細菌性感染的風險，造成家屬和照顧者的負擔，因此為長期照護最需預防及重視的照護問題。

本指引提出詳細翻身擺位方式的建議，期望能提供護理人員照護高危險或有壓傷個案時參考，教導個案及照顧者能以明確有效的方式進行翻身擺位，以達到壓傷預防之目標。

二、照護目標

尊重個案的個別性狀況、獨特需求以及可用資源，主動提供適切護理或轉介其他專業成員，以達到：

- (一) 個案及照顧者能藉合宜之翻身與擺位預防壓傷的發生或惡化。
- (二) 提升個案及照顧者藉由翻身與擺位預防壓傷的自我照顧知識與技能。
- (三) 增進個案及照顧者的生活品質。

三、壓傷風險評估要點與原則

(一)、壓傷風險評估要點

1. 應使用有效度的風險評估工具在初次收案訪視時即進行評估。

使用 Braden Scale、Norton Scale、Waterlow Scale 等任何一種具有信效度評估工具(附件 1-1、1-2、1-3)。

2. 於每次訪視時進行評估。

(二)、壓力性損傷危險因子：

A、壓力方面

1. 移動力與活動力下降：正常情況下個體會經常變換姿勢，以減緩因持續受壓所引起的麻木、疼痛等不適情況。研究發現，未受到壓力性損傷侵害者，其睡眠期間翻身次數為罹患壓力性損傷者的 20 倍。若病人活動能力減退，則陷於形成壓力性損傷的危機中。
2. 知覺感受改變：知覺感受若改變，則影響個體尋求協助或自行更換姿勢的能力。一些慢性病，如糖尿病、腦中風等神經血管病變、老年性失智、或使用鎮定劑、安眠藥，都會造成個案知覺反應能力減弱，易導致壓力性損傷形成。

B、組織耐受力方面

1. 外因性因素：包括皮膚潮溼度增加及剪力、摩擦力增加
 - (1) 潮溼(Moisture):汗液、傷口滲液、或大小便失禁造成皮膚潮溼、浸潤，潮溼會改變表皮的彈性,影響皮膚對抗外來的壓力。
 - (2) 摩擦力(Fiction)、剪力(Shear Force)增加：
 - 摩擦力--是一種機械力量壓迫到表皮，造成表皮與上皮組織受損。

- 剪力--重力與摩擦力的交互作用會導致剪力的產生，存在於體重所產生的重力以及病人與床或椅子表面間的摩擦力。剪力主要會影響固定在骨骼上的組織筋膜層，進而影響筋膜層上的血管，造成血管拉扯與扭曲，影響組織血流。尤其老年人在坐姿時，也是剪力最大時，都會進一步促成壓力性損傷形成。在一些長期固定不動的臥床病人，當他們處於平躺頭抬高的姿勢時，薦骨區是剪力與摩擦力承受最大的部位。

2.內因性因素

- (1) 營養不良：營養的測量指標包括皮下脂肪厚度、上臂中點肌肉環圍、身高、體重、血液中蛋白質含量、血色素、膽固醇、生化指標等，尤其以蛋白質不足最直接明顯。體內蛋白質過低會造成滲透壓下降、組織間隙水腫發生、皮膚彈性減少，進而影響組織對壓力的耐受能力，且阻撓細胞間養分和廢棄物的交換，因而易造成壓力性損傷。維生素A、C、E、B群(如葉酸)、微量礦物質缺乏(如鋅等)，也易使病人處於壓力性損傷形成的高危險性情況。
- (2) 皮膚溫度：體溫每升高1°C，個體新陳代謝速率與氧氣的耗損提升10%。當壓力對組織已形成壓迫缺血時，若伴隨發燒出現則氧氣需求量及細胞代謝廢物增加，皮膚發生壞死機會因此提高。
- (3) 吸菸：吸菸會增加血中尼古丁的含量，尼古丁會造成周邊血管收縮，增加壓力性損傷形成的危險性。
- (4) 老年人：老年人皮膚的膠質與彈性纖維變少、變硬，皮下脂肪層減少，真皮層變薄，表皮層更新速度下降，皮膚外表變薄變脆、透明、蒼白，皮膚缺乏抵禦外力衝擊的能力及皮膚對感覺的敏感性下降，血管的脆弱性增加，這些都是造成壓力性損傷的主要促因。
- (5) 血管性病變、低血壓與貧血：當血管內血流減少，引起組織灌流受阻，進而影響組織對壓力的耐受度。低血壓會造成血液集中在重要器官，因而皮膚的微血管血流會減少，甚至微血管會關閉，所以皮膚抵抗壓力的耐受性會下降。當血色素降低，運送及攜帶氧氣至各組織的能力不足時，皮膚則易受損。
- (6) 身心壓力：當情緒壓力增加時，壓力荷爾蒙分泌增加，使膠原蛋白形成受阻，組織修復能力減弱，因此導致皮膚組織易破損。人們處於壓力下時，可體松(cortisol，又稱皮質醇)會成為一種觸發器，降低組織的耐受力。另外心理社會的調適會影響個人執行皮膚照顧的能力，例如處於嚴重憂鬱症的病人，常常忽略個人的自我照顧及維護個人清潔。

四、翻身擺位預防壓傷護理指導要點及內容

翻身是預防壓傷的重要因素，壓傷的發生原因和形成是多方面的，然而，組織如果沒有負荷或壓力就不會形成壓傷。身體的特定部位長時間處於躺臥或坐，且不能重新分配身體表面的壓力會導致軟組織的持續變形，最終導致缺血和不可避免的組織損傷。

(一) 翻身擺位預防壓傷護理指導要點

1. 所有壓傷風險之個案都需要翻身，若有禁忌症則除外：
 - 可自行翻身的病人，鼓勵其翻身或改變姿勢。
 - 協助個案及照顧者擬定翻身時間表作為照護之依據。

2. 執行翻身來緩解壓力或重新分配壓力：當個案選擇維持在特定的位置時，需再評估壓力是否緩解或重新分配。
3. 運用翻身作為預防壓傷之策略時，需考慮個案狀況和躺臥的床墊，對組織產生的支撐力：若移動可能加劇個案狀況不穩定或不安全，這些個案的照護需排除常規性的翻身。不能執行常規翻身的個案，可能需要考慮替代、預防的策略，例如：提供高規格的床墊。
4. 擺位時，應避免骨突處和指壓不變白之紅斑處再受壓：指壓不變白是壓傷的早期徵象，如果肢體擺放時，直接將已有指壓不變白之紅斑成為著力點，則所承受的壓力或剪力，將阻礙皮膚的血液供應，導致更嚴重的壓傷。
5. 避免讓皮膚受到壓力和剪力：
 - 採人工輔助的方式協助翻身，以抬舉而不要拖拉個案的方式，降低摩擦力和剪力。可使用的移位輔助設備和技術，包含--機械式升降機、移位板（移位滑布）。使用輔助設備時，應確保個案和專業人員的安全。
 - 當個案需要完全協助移位時，可以使用電動移位機，將個案轉移到輪椅或床旁椅，轉移後立即取下吊帶。
 - 不要將移位的輔助設備留在個案身上。移位輔助設備可能會讓局部皮膚產生壓力，而導致組織額外的受損，除非設備是專門為此目的而設計（例如：低摩擦紡織品）。
 - 為避免受壓及剪力，保持與個案皮膚接觸部位的平整性，如床單或各種支撐面。
6. 避免醫療設備置於個案身上，例如：管路、引流設備或其他物品--照護過程中可能將管路、引流設備或其他外物(如床上便盆)放置在個案身上，會造成局部皮膚受壓，如果不及早移開，將導致壓傷的發生。因此，於個案翻身後，需再檢查是否有醫療設備或外物直接接觸個案肢體。
7. 針對骨突處及管路壓迫，實施減壓措施：可使用預防性敷料減壓。
8. 執行翻身擺位使用之設備的注意事項：
 - (1)不要使用環狀或圓環形的減壓設備。此類設備的邊緣會產生較高的壓力，可能血液循環障礙導致水腫，且對組織造成損傷。
 - (2)不可使用下列的設備來抬高個案的腳跟--
 - 合成羊皮墊
 - 環狀或甜甜圈設備
 - 靜脈注射液體袋
 - 充水手套（例如，乳膠手套做成的水球）

(二) 翻身擺位預防壓傷照護措施

A、翻身頻率

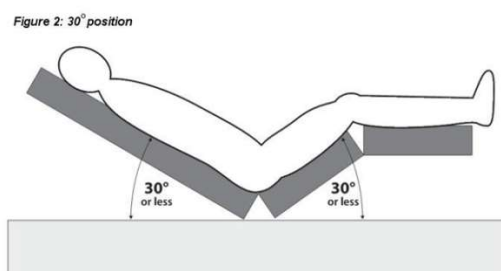
1. 根據個案的狀況執行翻身的頻率：如組織耐受性、活動和移動的程度、一般醫療狀況、整體治療目標、皮膚狀況、舒適等情形。
2. 若個案使用高密度泡棉床墊，翻身頻率可考量是否影響個案睡眠及生活品質，選擇每2小時、每3小時或每4小時翻身。
3. 定期評估個案的皮膚狀況和整體舒適度，如果翻身的方案未達預期的反應，則須重新考慮翻身的頻率和方法。

B、床上的翻身擺位

1. 如果個案沒有禁忌症，可採30度側躺位置或平躺位置。避免採90度側臥位，因90度

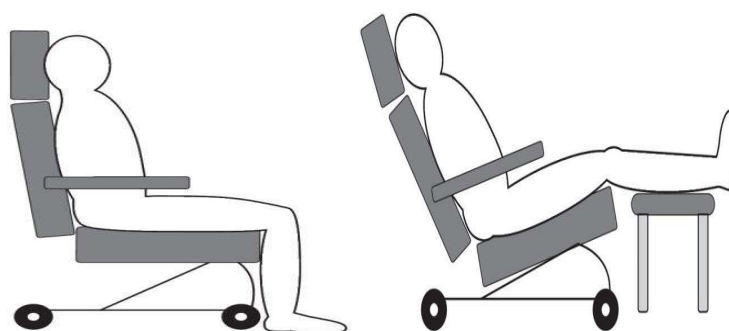
側躺臥位會讓該部位組織血流的流速下降。(翻身之操作請參見附件 2--翻身拍背之操作指引)

2. 採側躺位置時，可輔助使用翻身枕協助定位。
3. 臥床個案床頭抬高角度限制在 30° 以下，因壓力和剪力會降低。但如醫學上必要時須升高床頭，以利於呼吸和/或防止抽吸及呼吸器相關的肺炎，半坐臥姿是首選，但應固定和支撐個體，以防止在床上滑落所產生的剪力，可彎曲膝蓋，並於枕頭下方使用輔助枕頭定位，防止當床頭抬高時身體滑動和晃動。



C、坐姿的翻身擺位

1. 提供合適的座椅傾斜度，防止個案在輪椅或椅子上向前滑動，並調節腳踏板和扶手，以保持正確的姿勢和壓力重新分配。
2. 當個案坐在床旁椅或輪椅上，確保腳部得到適當支撐，如腳直接採在地板上、腳凳上或是腳踏板上。



3. 如果骶骨/尾骨或坐骨有壓傷的個案必須坐在椅子上，建議每天 3 次為限，每次約 60 分鐘或小於 60 分鐘。

D、對於已有壓傷之臥床個案的個別性建議

1. 每次擺位或翻身時，應檢查個案皮膚其他部位是否破損。翻身時應避免已破損或發紅的皮膚再次受到壓迫。
2. 對於已有壓傷的部位再受壓，將延遲癒合，且可能加劇壓傷的惡化。在無法避免的情況下，須限制在潰瘍處的受壓時間，或改變支撐表面，並使用擺位的技巧，盡可能將潰瘍的壓力再重新分布。
3. 坐骨壓傷病人應避免在椅子或床上採完全直立的坐姿。

五、翻身擺位預防壓傷護理指導成效評值

依據所擬定之家庭護理計畫與照護目標進行評值，成效評值時使用「翻身擺位預防壓傷照顧居家護理指導紀錄」，追蹤個案及照顧者照護問題、自我照顧知識與技巧及個案照顧者生活品質之改善情形，評估介入成效。

六、轉介必要之醫療處置要點與時機

(一) 轉介必要之醫療處置要點

個案如因病況改變或評估有護理以外之醫療照護需求，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關醫事專業人員提供必要之處置。

(二) 轉介必要之醫療處置的時機

個案如需使用輔助設備以達更有效及安全之翻身擺位時，可協助轉介輔具評估人員。

七、製作紀錄之要點與原則

(一) 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。

(二) 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。

(三) 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定製作紀錄並留存。

(四) 「翻身擺位預防壓傷照顧居家護理指導紀錄」(運用機構自己的表單及衛教單張或參考範例-附件3)。

資料來源：

衛生福利部護理及健康照護司〈2019〉·居家護理所設立輔導計畫-10+2居家護理實證應用常用指引·取自 <https://nhplatform.mohw.gov.tw/dl-1104-d4e2d5ca70f049b686801e510fa1cd2c.html> 《7》居家及護理機構住民以翻身擺位預防壓瘡照護指引

衛生福利部〈無日期〉·長期照顧(照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務)給付及支付基準·取自 <https://1966.gov.tw/LTC/cp-4266-45818-201.html> BA10 翻身拍背操作指引.pdf

Braden 壓力性損傷風險評估量表

	1	2	3	4
感覺知覺程度 (sensory perception)	<input type="checkbox"/> 完全限制	<input type="checkbox"/> 大部分受限	<input type="checkbox"/> 稍微受限制	<input type="checkbox"/> 沒有損傷
潮溼程度(moisture)	<input type="checkbox"/> 總是潮溼	<input type="checkbox"/> 經常潮溼	<input type="checkbox"/> 偶爾潮溼	<input type="checkbox"/> 很少潮溼
活動力(activity)	<input type="checkbox"/> 臥床不動	<input type="checkbox"/> 受限於輪椅活動	<input type="checkbox"/> 可偶爾下床行走	<input type="checkbox"/> 可經常下床行走
移動力 (mobility)	<input type="checkbox"/> 完全無法自行翻身	<input type="checkbox"/> 大部分需要他人協助翻身	<input type="checkbox"/> 少部分需要他人協助翻身	<input type="checkbox"/> 可自行翻身
營養狀態 (nutrition)	<input type="checkbox"/> 營養非常差	<input type="checkbox"/> 營養差	<input type="checkbox"/> 營養稍差	<input type="checkbox"/> 營養好
摩擦力/剪力 (friction/shear)	<input type="checkbox"/> 有此問題	<input type="checkbox"/> 有潛在的問題	<input type="checkbox"/> 沒有明顯的問題	

註：「1」：非常嚴重/危險(very severe)、「2」：嚴重/危險(severe)、「3」：有點嚴重/危險(lightly severe)、「4」：正常(normal)。

使用指引

•**感覺知覺程度**：能有意義地反應出與壓力相關的不適。

1. 完全限制：因喪失意識狀態或使用鎮定劑而對痛沒有反應，幾乎全身體表無法感覺疼痛。
2. 大部分受限制：只對痛刺激有反應，呻吟、不安，一半體表無法感覺疼痛，或有無意識的動作。
3. 稍微受限制：能反應語言指令，但無法講出不適或需要翻身，身體有一、二肢體無法感覺疼痛。
4. 沒有損傷：可完全反應語言指示，感覺、知覺系統完整，不會影響病人表達疼痛或不適。

•**潮溼程度**：皮膚暴露於潮溼環境的程度。

1. 總是潮溼：皮膚總是被汗水、尿液或糞便浸潤，病人每次翻身移動時都會發現皮膚處於潮溼的環境內，尿布潮溼很少更換。
2. 經常潮溼：皮膚經常被汗水、尿液或糞便浸潤，中單至少每一班需要換一次，尿布潮溼偶爾更換。
3. 偶爾潮溼：皮膚偶爾被汗水、尿液或糞便浸潤，中單一天大約額外更換一次，尿布潮溼經常更換。
4. 很少潮溼：皮膚通常保持乾燥，沒有被汗水、尿液或糞便浸潤的情形，中單更換時間乃依常規更換，不需額外處理，尿布總是保持乾燥。

•**活動力**：身體活動的程度。

1. 臥床不動：限制於床上活動。
2. 輪椅活動：步行困難，無法自行坐入椅子上或輪椅內，需要他人協助才能完成。

3. 偶爾下床行走：白天偶爾可步行短距離，有時需協助，大部分時間是躺在床上及坐在椅子上。
4. 經常下床行走：一天至少到病房外步行兩次，醒著時至少每兩小時會在室外走動。

·**移動力**：能改變和控制身體體位。

1. 完全無法自行翻身：在沒有協助下無法翻身。
2. 大部分需要他人協助翻身：偶爾可稍微改變身體的位置，但無法經常獨自改變。
3. 少部分需要他人協助翻身：經常可獨自稍微改變身體的位置。
4. 可自行翻身：不需協助可經常大範圍改變身體的位置。

·**營養狀態**：平常食物攝取狀態。

1. 營養非常差：從未吃完一餐飯，很少吃完 1/3 的食物。每天攝取蛋白質少於 2 份，液體攝取量很少。沒有額外補充攝取流質飲食。禁食或只進食清流飲食或維持靜脈注射 5 天以上。
2. 營養差：很少吃完一餐飯，大約只吃完 1/2 的食物。每天攝取蛋白質少於 3 份，偶爾補充點心。流質飲食或管餵飲食的供應少於身體所需，少於 1,200 Kcal/Day。
3. 營養稍差：每餐至少可以吃完 1/2 以上的食物，每天攝取蛋白質 4 份。偶爾會拒絕吃一餐飯，但通常會再攝取補充飲食。維持管餵或 TPN 治療，攝取量可滿足大部分營養所需。
4. 營養好：部分的時間可吃完每一餐。從未拒絕過一餐，通常每天攝取蛋白質 4 份以上。偶爾兩餐間會吃點心，不需要額外補充飲食。

·**摩擦力/剪力**：

1. 有此問題：需要中度到極大的協助來移動身體，坐在床上或椅子上經常會有下滑的現象，需要大力協助將病人拉起。身體僵直、萎縮，常導致摩擦力產生。
2. 具潛在問題：移動身體時需輕微協助，大部分時間在椅子上或床上都可以維持良好的姿勢。
3. 沒有明顯的問題：可獨立在床上或椅子上移動，移動時有足夠的肌力可將身體抬高，坐在椅子上或床上隨時都可以維持良好的姿勢。

資料來源：Bergstrom, N., & Braden, B. J. (1987). The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*, 36(4), 205-210.

Norton 壓力性損傷風險評估量表

移動力	1 完全不能動	2 大部分受限制	3 稍受限制	4 不限制
活動力	1 臥床不動	2 輪椅活動	3 需協助	4 活動自如
失禁	1 大小便失禁	2 經常/尿失禁	3 偶爾失禁	4 無
心智情況	1 木僵	2 混淆	3 冷漠	4 覺醒
一般身體狀況	1 非常差	2 差	3 好	4 良好

使用指引

• **一般身體狀況**：指最近的身體健康狀態(如營養狀況、組織肌肉塊完整性、皮膚狀況)

4 良好：身體狀況穩定，看起來很健康，營養狀態很好。

3 好：一般身體狀況穩定，看起來普通健康。

2 差：身體狀況不穩定，看起來還算健康。

1 非常差：身體狀況很危急，看起來真的生病了。

• **心智狀況**：指意識狀況和定向感。

4 覺醒：對人、事、地定向感非常清楚，對周圍事物敏感。

3 冷漠：對人、事、地定向感只有 2~3 項清楚，反應遲鈍、被動。

2 混淆：對人、事、地定向感只有 1~2 項清楚，溝通對話不適當。

1 木僵：一般而言沒有反應，嗜睡。

• **活動**：個體可行動的程度。

4 活動自如：能獨立走動。

3 協助：無人協助則無法走動。

2 輪椅活動：只能以輪椅代步。

1 臥床不動：因病情或醫囑限制留在床上。

• **移動**：個體可以移動和控制四肢的能力。

4 完全不受限制：可隨意志自由移動、控制四肢。

3 稍微受限制：可移動、控制四肢，但需人稍微協助才能翻身。

2 大部分受限制：無人協助下無法翻身，肢體輕癱、萎縮。

1 完全不能動：無能力移動，不能翻身。

• **失禁**：個體控制大/小便的能力。

4 無：大小便控制自如，或留置尿管且無大便失禁。

3 偶爾失禁：在過去 24 小時內有 1~2 次大小便失禁，之後使用尿套或留置尿管。

2 經常失禁：在過去 24 小時之內有 3~6 次小便失禁或腹瀉情形。

1 大小便失禁：無法控制大小便，且在 24 小時內有 7~10 次失禁發生。

資料來源：Norton, D. (1989). Calculating the risk: Reflections on the Norton Scale. *Decubitus*, 2, 24-31.

Waterlow 壓力性損傷風險評估量表

<p>建立體重與身高的比例 (身體質量比 BMI)</p> <p>平均 0</p> <p>超過平均 1</p> <p>肥胖 2</p> <p>低於平均 3</p>	<p>身體移動</p> <p>自由移動 0</p> <p>不安 1</p> <p>冷漠 2</p> <p>約束受限 3</p> <p>牽引 4</p> <p>輪椅上活動 5</p>	<p>特殊危險因子</p> <p>組織營養不良(惡病質) 8</p> <p>心衰竭 5</p> <p>血管末梢疾病 5</p> <p>貧血 2</p> <p>吸菸 1</p>
<p>失禁現象</p> <p>完全無失禁/或留置尿管 0</p> <p>偶爾失禁 1</p> <p>留置尿管但有大便失禁 2</p> <p>大、小便失禁 3</p>	<p>性別與年齡</p> <p>男性 1</p> <p>女性 2</p> <p>14~49 歲 1</p> <p>50~64 歲 2</p> <p>65~74 歲 3</p> <p>75~80 歲 4</p> <p>81 歲以上 5</p>	<p>神經損傷</p> <p>如:糖尿病、 多發性硬化症、 中風、 感覺活動異常、 輕癱 4~6</p>
<p>皮膚狀況</p> <p>健康 0</p> <p>如紙樣薄 1</p> <p>乾燥 1</p> <p>水腫 1</p> <p>濕黏 1</p> <p>退色 2</p> <p>破皮/斑點 3</p>	<p>胃口</p> <p>平均水準 0</p> <p>差 1</p> <p>留置鼻胃管，只喝液體 2</p> <p>營養不良/厭食 3</p>	<p>主要手術/創傷</p> <p>骨科:腰椎以下，脊髓 5</p> <p>在手術台 2 小時以上 5</p> <p>藥物</p> <p>類固醇、Cytotoxics、高劑量抗炎症藥物 4</p>

資料來源： Waterlow, J. (1985). Pressure sores: A risk assessment card. Nurs Times, 81(48), 49-55.

107 年度 BA10 翻身拍背之操作指引

使用對象：照顧服務員

服務對象：居家臥床個案

目的

- 1.協助個案改變臥姿，增進舒適。
- 2.保持皮膚完整性，預防產生壓傷。
- 3.維持肌肉骨骼的完整性，預防變形。
- 4.保持神經肌肉的完整性，避免周邊神經受到壓迫。
- 5.維持心肺功能，並藉由改變姿勢及拍背產生震顫來幫助排除上呼吸道分泌物、促進血液循環，改善肺炎、支氣管炎、痰多之不適症狀。

用物及設備：枕頭-數個、大浴巾或被單

步驟及要點說明 (舉例：協助個案由 平躺 →左側臥)

步驟	要點說明
<ol style="list-style-type: none"> 1.洗手。 2.確認個案身分。 3.詢問個案是否有如廁的需要。 4.向個案、家屬解釋執行之目的及過程。 5 準備用物。 6.確定床之安定性。 7.照顧服務員站在個案右側，並向個案移向床的右側。(要轉向的對側)(如圖 1) <div data-bbox="312 1473 616 1872" data-label="Image"> </div> <p style="text-align: center;">(圖 1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.將個案右手橫放在胸前，右腿屈曲放在左腿上。(如圖 2) 	<ol style="list-style-type: none"> 3-1.視需要協助個案如廁。 4-1.確認並評估個案，以建立安全感，並取得合作。 5-1 視需要準備枕頭、大浴巾、被單。 6-1 視需要調整床高及固定輪子。 6-2 若有床欄時需拉起，預防個案跌落。 7-1 照顧服務員站於個案腰部位置。 7-2 考量翻身側臥時個案之安全性，移動個案時需面向照顧服務員身體近側移動，不可將個案向外推動。 8-1 視需要可將個案左側的手臂上移至頭側並微屈曲(如圖 3)，或將個案雙手放在胸前，雙腿屈曲(如圖 4)，以助翻身。已攀



(圖 2)

9. 照顧服務員站到個案左側，雙腳前後分開，雙手置於個案右側肩胛部及髖部(如圖 5)。



(圖 5)

10. 照顧服務員背部保持平直，雙手將個案轉向左側。(如圖 7)



(圖 7)

11. 必要時，拉起床欄杆，讓個案面向照顧服務員。(如圖 8)

縮的個案不可強硬擺置。



(圖 3)



(圖 4)

8-2 有床欄時拉起右側床欄。

9-1 需先觀察個案表情，了解有無不適，並讓個案看得見照顧服務員所作的一切，增加安全感。

9-2 有床欄時放下左側床欄。

9-3 若個案採雙腿屈曲姿勢，則照顧服務員雙手置於個案右側肩胛部及右膝處(如圖 6)。



(圖 6)

10-1 照顧服務員採弓箭步姿勢，將身體重心由前腳移向後腳，彎曲膝關節與髖關節，減少職業傷害。

10-2 需注意個案安全。



(圖 8)

12. 照顧服務員手呈杯狀(如圖 9)，掌面朝下，利用手腕關節自然活動彎曲的力量，扣擊背部。(如圖 10)



(圖 9)



(圖 10)

13. 維持個案舒適的臥姿，將個案左肩稍拉(移)出來，避免下位的左肩受壓。

14. 保持個案床單平整、乾燥。

15. 洗手。

12-1 針對體型瘦弱個案，必要時以大浴巾或被單覆蓋背部，以減輕拍背時之不適。

12-2 每次拍背約 5-10 分鐘。

12-3 應避開脊柱，規律的由下背部往上拍打，勿來回拍擊，以免導致痰液往更深處移動。(如圖 11)

(圖 11)



12-4 若案家備有拍痰杯或其他器材時，請先諮詢專業人員後使用。

13-1 如在個案的背部及兩腿間各置一枕，上側的腿微曲，托放在枕頭上，置一枕於個案胸前，支托手臂，背部以枕頭或毛毯捲一長條墊於背部。(如圖 12)



(圖 12)

■ 注意事項/特殊處理狀況

一、 操作前

- 01.照顧服務員應先評估個案是否適合執行翻身拍背。不適用翻身拍背對象有：(1)氣胸、血胸、皮下氣腫個案；(2)肺癌或癌症轉移至肋骨個案；(3)有出血或抽筋情形者；(4)顱內壓升高個案；(5)骨質疏鬆或有骨折傾向。如個案接受特殊手術、疾病或皮膚有異狀、傷口等特殊狀況，暫停執行，並回報派遣單位(如照管中心或A個管單位)或請諮詢醫護專業人員。
- 02.長期臥床、中風或手術後無法自行翻身個案，應每兩小時翻身一次。
- 03.翻身時間應選擇在進食前或進食後一小時，以進食前較佳；進食後避免翻身以免造成嘔吐，預防吸入性肺炎。
- 04.翻身時應檢查骨突處是否出現紅腫、破皮，如果呈現潮紅，應避免再壓迫相同部位，並增加翻身次數。
- 06.照顧服務員應避免戴手錶、手鍊等，避免刮傷個案。

二、 操作中

- 01.翻身時應注意身上的引流管路，保持暢通並避免拉扯或滑脫。
- 02.拍背時應避免拍打肩胛骨、脊椎、腎、肝臟處。
- 03.協助拍背過程中，要留意個案是否有痰液，並鼓勵個案自行咳出。
- 04.拍背時應注意個案的臉色是否蒼白、呼吸是否順暢，若有發紫、嘔吐、不停咳嗽，應先暫停，並清除口鼻分泌物。若執行過程中，個案有不適之情況，應立即停止。

三、 操作後

- 01.個案的衣物及床單應保持平整。
- 02.翻身後調整頭部位置，避免頸部屈曲或歪斜；可利用毛巾捲軸做適當的支撐，使頭頸呈一直線。
- 03.必要時可使用氣墊床或乳膠製成的特殊床墊等輔助工具，減少壓傷形成。

翻身擺位預防壓傷照顧居家護理指導紀錄

一、翻身擺位預防壓傷評估（見翻身擺位預防壓傷評估紀錄）

二、指導內容（見指導單張）

三、評值結果

項目	指導內容	評值日期及評值結果*			
		/ /	/ /	/ /	/ /
知識	能說出引發或增強壓傷之因子				
	能說出翻身擺位預防壓傷的要點及原則				
	能說出翻身擺位預防壓傷之處理方法				
	能說出需聯絡護理師修改計畫的時機				
技能/ 行為	能調整個案之環境				
	能依據翻身時間表執行並記錄翻身擺位措施				
	能正確執行翻身擺位措施				
	能於每次執行翻身擺位時正確評估個案受壓部位皮膚狀況				
照顧者簽名					
護理師簽名					
備註					

* 3 正確； 2 部份正確； 1 完全不正確 ---不適用

Nil(此次未評值)

【足部問題處置指引】

一、定義

千里之行，始於足下，如果人的雙腳不健康，則別說千里，連半步都舉步艱難，尤其對於患有糖尿病的個案來說，足部照護是極為重要；健康的足部皮膚具有防止細菌，病毒和黴菌感染的有效機制。

足部主要問題是足癬灰趾甲，其次是皮膚乾燥龜裂，在足部結構畸形中，最常見的情況是拇趾外翻（9-74%）和小趾畸形（9-69%）。老年人 5-19%有高足弓（pes cavus），6-19%有低足弓（pes planus）（等級 1）。老年人的足部皮膚問題通常是皮膚乾燥，過度角化，老繭和雞眼。

足部問題：灰趾甲、龜裂、繭、雞眼、拇指外翻、高足弓、低足弓（扁平足）。

二、照護目標

尊重個案個性狀況，獨特需求以及可用資源，主動提供適切護理或轉介其他專業成員，以達到：

- (一) 個案的足部問題能獲得改善及降低問題引起的合併症。
- (二) 提升個案及照顧者在足部照護的知識及技能的提升及落實。
- (三) 增進個案及照顧者的生活品質。

三、足部問題評估要點及原則

足部健康問題是老年人尋求居家照護服務的理由之一，老年人的主要健康問題通常是皮膚與指甲問題，而足部結構異常和疼痛也是很常見，然而這些問題卻通常最會被忽視，而足部健康與否，影響著老年人外出能力、生活自理等(Stoddard et al., 2012)。Stoddard et al.(2013) 歸納現今許多足部評估量表，發現似乎都專注於評估特定的足部問題及該問題對其健康的影響，而非評估足部健康狀況。這些評估量表都是以問題為導向，缺乏以促進足部健康、預防足部問題為目的，常用於醫師診療參考之用，而非以護理人員有效評估足部健康問題來設計。為評估老年人的足部健康狀況及其在家庭護理中的自我保健活動，芬蘭學者發展出適合護理人員使用的足部健康評估工具（Foot Health Assessment Instrument, FHAI）。

此工具是在 2008-2011 年依據文獻綜述和其專業知識經驗所制定，該研究的目的是評估 (1)老年人的足部健康狀況、(2)個案在居家照顧中的足部自我保健。FHAI 由 23 個項目組成，分為 4 個子類別如：皮膚健康、趾甲健康、足部結構和足部疼痛。足部健康評估工具 (FHAI) 是於居家護理人員訪視個案時使用，透過評估老年人的一般足部健康狀況，幫助護理人員提早識別可能對老年人的足部健康所造成的威脅。隨著早期發現足部健康問題，可以開始進行預防介入措施，防止問題惡化。該評估也使個人的足部健康得以被記錄，定期監測；其最終目標是幫助保持健康的雙腳，防止或降低足部問題所造成的影響，並提升對足部健康之重視。

考量足部健康評估工具 (FHAI) 之發展與設計，符合運用於社區（機構）、居家民眾之足部健康評估，故足部健康評估篩檢表參考了芬蘭的評估工具內容，融合加入本土居家護理人員之足部護理臨床經驗，並經過丹麥足療專家諮詢會議之建議，統整出下章節評估表供臨床

照護人員進行初篩。評估篩檢表發展方向是為協助增加照護人員對足部基礎評估項目之認識，除以全人觀點收集資料，並進行足部高危險群篩檢，用以搭配足部基礎護理方案。

足部健康評估篩檢表

姓名：_____ 性別：男 女 評估日期：____年____月____日
 個案意識：清醒 混亂 嗜睡 昏迷 視力：清楚 模糊 失明
 關節活動：沒有影響日常活動功能 有影響日常活動功能，如_____
 教育程度：不識字 小學 國中 高中 大學 研究所 其他：_____
 過去病史：糖尿病（三個月內平均血糖值：_____） 高血壓 中風
高血脂 心臟病 動脈性疾病 靜脈性疾病 其他
 主要照顧者：_____ 若身體不適時，怎麼處理：_____
 目前使用中的藥物：_____ 居家環境狀況：_____

面向	分項	評估內容		級數		處置	
				左	右		
皮膚健康	趾間皮膚	每趾間完好無受損	左 1.未受損	右 1.未受損		基礎護理 傷口護理	
		趾間皮膚有浸潤情形	2.浸潤	2.浸潤			
		趾間皮膚受損	3.不完整	3.不完整			
	足部皮膚狀況			左	右		基礎護理
		足部完整有彈性	1.健康	1.健康			
		足部皮膚脫屑	2.乾燥	2.乾燥			
		足部有龜裂	3.龜裂	3.龜裂			
		龜裂部位與分級(1-3級) 1級：皮膚表面看到裂隙 2級：裂隙加深且有疼痛感 3級：裂隙深伴隨疼痛且出血	a.腳趾() b.趾間() c.足底() d.腳跟() e.其他	a.腳趾() b.趾間() c.足底() d.腳跟() e.其他			
	皮膚顏色			左	右		基礎護理 醫療轉介
		大部分足部皮膚都是健康的	1.正常	1.正常			
大部分皮膚發紅		2.發紅	2.發紅				
大部分皮膚偏黑色		3.偏黑色	3.偏黑色				
	大部分皮膚是其他顏色，請說明	4._____	4._____				
胼胝			左	右		醫療轉介 基礎護理	
	足部沒有胼胝	1.沒有	1.沒有				
	足部有胼胝	2.有	2.有				
	有胼胝部位	a.腳趾 b.趾間 c.足底 d.腳跟	a.腳趾 b.趾間 c.足底 d.腳跟				

面向	分項	評估內容		級數		處置	
				左	右		
			e.其他	e.其他			
	雞眼	足部沒有雞眼	左 1.沒有	右 1.沒有			醫療轉介
		足部有雞眼	2.有	2.有			
		有雞眼部位	a.腳趾 b.趾間 c.足底 d.腳跟 e.其他	a.腳趾 b.趾間 c.足底 d.腳跟 e.其他			
	疣	足部沒有疣	左 1.無	右 1.無			醫療轉介
		足部有疣	2.有	2.有			
		疣的部位	a.腳趾 b.趾間 c.足底 d.腳跟 e.其他	a.腳趾 b.趾間 c.足底 d.腳跟 e.其他			
	水腫	腳、腳踝或腿部沒有明顯的腫脹	左 1.沒有	右 1.沒有			基礎護理 醫療轉介
		腫脹出現並感覺像是皮下的額外組織液，皮膚看起來緊繃厚實	2.有	2.有			
		水腫部位與分級(1-4+)	a.腳趾() b.足背() c.腳踝() d.脛骨()	a.腳趾() b.足背() c.腳踝() d.脛骨()			
	輕觸覺 評估 (部位為 ①大拇趾 外側；② 第2-4趾 前掌區； ③小指外 側面；④ 足跟；⑤ 足背)	觸摸，個案可感覺	左 1.正常	右 1.正常			醫療轉介
		觸摸，個案部分感覺	2.是	2.是			
		觸摸，個案沒有感覺	3.是	3.是			
	足背 動脈	可摸到脈搏	左 1.明顯	右 1.明顯			醫療轉介
		可摸到脈搏	2.微弱	2.微弱			
		摸不到脈搏	3.沒有	3.沒有			
	脛後		左	右			醫療轉介

面向	分項	評估內容		級數		處置
				左	右	
	動脈	可摸到脈搏	1.明顯	1.明顯		
		可摸到脈搏	2.微弱	2.微弱		
		摸不到脈搏	2.沒有	2.沒有		
趾甲健康	趾甲長度		左	右		
		距離游離線 0.5mm-1mm	1.正常	1.正常		基礎護理 指甲處理
		距離游離線<0.5mm	2.短	2.短		
	距離游離線>1mm	3.長	3.長			
	厚度 (增厚的 指甲高度 較厚，通 常呈黃色 或棕色)		左	右		
		沒有任何趾甲增厚或變薄	1.正常	1.正常		基礎護理 指甲處理 醫療轉介 指甲處理
		趾甲柔軟易碎	2.變薄	2.變薄		
	趾甲增厚	3.增厚	3.增厚			
	色澤		左	右		
		所有趾甲呈現粉紅有光澤	1.正常	1.正常		基礎護理 醫療轉介
		大多數趾甲呈黃色	2.黃色	2.黃色		
		大多數趾甲呈棕色	3.棕色	3.棕色		
		大多數趾甲呈黑色	4.黑色	4.黑色		
	其他	5.其他	5.其他			
	嵌甲		左	右		
趾甲乾淨，沒內長也無疼痛		1.沒有	1.沒有		基礎護理 醫療轉介	
嵌甲		2.有	2.有			
嵌甲部位		a.第1趾	a.第1趾			
		b.第2趾	b.第2趾			
		c.第3趾	c.第3趾			
	d.第4趾	d.第4趾				
e.小趾	e.小趾					
趾甲修剪樣態		左	右			
	趾甲正常修剪	1.是	1.是		基礎護理	
	不適當修剪	2.是	2.是			
其他	3._____	3._____				
足部構造	拇趾外翻		左	右		
		大腳趾是直的	1.是	1.是		基礎護理 醫療轉介
	大腳趾明顯外翻	2.有	2.有			
小趾內翻		左	右		基礎護理 醫療轉介	
	小姆趾是直的	1.是	1.是			

面向	分項	評估內容		級數		處置
				左	右	
	腳趾變形	小姆趾明顯傾斜	2. 有	2. 有		
		腳趾是直的	左 1. 是	右 1. 是		
		腳趾有彎曲	2. 有	2. 有		
		彎曲的部位	a.第1趾	a.第1趾		
			b.第2趾	b.第2趾		
			c.第3趾	c.第3趾		
			d.第4趾	d.第4趾		
	e.小趾	e.小趾				
	足弓高度	在正確站姿下足弓弧度正常，評估者手指可沒入足弓下	左 1. 是	右 1. 是		
		在正確站姿下足弓過低，評估者無法將手指放在足弓下，並可見指甲	2. 是	2. 是		
在正確站姿下足弓過高，評估者可將手指放入，手指與足弓有距離		3. 是	3. 是			
疼痛	疼痛部位	無疼痛	左 a. 無	右 a. 無		
		腳趾（含趾縫）	b. 是	b. 是		
		足底	c. 是	c. 是		
		足跟	d. 是	d. 是		
		腳踝	e. 是	e. 是		
	何時感覺疼痛	無疼痛	左 a. 無	右 a. 無		
		睡覺時	b. 是	b. 是		
		坐姿	c. 是	c. 是		
		站姿	d. 是	d. 是		
		走路	e. 是	e. 是		
其他	f. 是	f. 是				
鞋襪評估	穿鞋前檢查	穿鞋前會檢查鞋子（鞋墊是否平整、裡面是否有異物）	a. 是 b. 否			基礎護理
	穿鞋情形	大多數時間穿哪種鞋	a.赤腳 b.拖鞋 c.涼鞋 d.休閒鞋（平底鞋） e.皮鞋 f.運動鞋 g.雨鞋			基礎護理

面向	分項	評估內容	級數		處置
			左	右	
		h.高跟鞋			
	鞋子大小	鞋後跟可否放入評估者的一根手指，及足型裁切紙與鞋子是否契合	a.適合	b.不適合	基礎護理
	襪子大小	襪子鬆緊度	a.適中	b.太緊	基礎護理
			c.太鬆	d.不適用	
自我照顧能力	足部清潔	腳由誰幫忙清洗	1.自己	2.他人：	基礎護理
		多久清洗雙腳	a.每週清洗 2-3 次↑	b.一週清洗 2 次↓	
		清洗後，是否擦乾趾縫	a.有	b.沒有	
		清洗後，是否有在足部上潤膚產品	a.有	b.沒有	
	趾甲修剪	平常腳趾甲由誰修剪	a.自己	b.他人：	
依評估問題 簡要敘述	<input type="checkbox"/> 無特殊異常 異常面項： <input type="checkbox"/> 皮膚健康 <input type="checkbox"/> 趾甲健康 <input type="checkbox"/> 足部構造 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 鞋襪 <input type="checkbox"/> 自我照顧能力				
總結處置	<input type="checkbox"/> 基礎護理 <input type="checkbox"/> 傷口護理 <input type="checkbox"/> 醫療轉介 家屬簽名：				

四、足部問題護理指導要點及內容

足部異常的風險隨著年齡的增長而增加，適當的足部護理變得越來越重要一般足部預防保健根據實證而來的建議包括：

- (一) 對老年人進行全面的足部健康評估，應該包括足部及腳趾甲的穿鞋情形和足部及腳趾甲自我照顧能力。
- (二) 足部的基礎護理包括足部清潔、皮膚保護、腳趾甲修剪。
- (三) 洗完後仔細擦乾腳趾間的皮膚可能阻止老年人的皮膚浸潤。
- (四) 定期足部擦保養液可以防止雞眼和老繭。

§ 足部基礎護理流程

(一) 足部基礎護理目的：維持腳部乾淨無龜裂，預防因為龜裂造成傷口，引發感染。

(二) 足部護理前評估：

1. 詢問個案之病史，瞭解個案生活習慣。
2. 使用足部健康評估表來評估足部整體狀況。
3. 評估個案或家屬對於足部護理的知識及認知程度。
4. 評估家屬或主要照顧者對於足部照護的執行能力。

(三) 用物及設備

1. 臉盆或泡腳桶 1 個(個案在家自我照護時使用)
2. 手套 (橡膠手套一付)
3. 肥皂或沐浴乳
4. 菜瓜布 1 個(或水蒸毛巾)
5. 乾毛巾 1 條(個案在家自我照護時使用)
6. 乳霜
7. 口罩
8. 拋棄式圍裙

(四) 步驟

1. 洗手。
2. 準備用物。
3. 向個案及家屬解釋及說明過程。
4. 協助個案下床坐輪椅或椅子 (若無法下床，則躺於床上，雙腳膝蓋曲屈，雙腳踩於床上，床上鋪毛巾或中單)。
5. 用臉盆裝溫水(41-43°C)，水量以可以蓋過雙腳，高過腳踝。
6. 戴上手套，協助將雙腳浸泡於溫水中 10-15 分。
7. 使用肥皂或沐浴乳洗腳，並用菜瓜布輕輕的搓洗腳跟、腳底及趾縫。
8. 藉著洗腳時檢查腳部有無傷口。
9. 洗完澡後用乾毛巾擦乾雙腳，尤其是趾縫。
10. 使用乳霜，均勻的擦在全腳上，並做按摩。

(五) 注意事項



1. 第一次使用菜瓜布搓腳時，不要太用力及太久，以免損傷角質層或傷口。
2. 腳部硬皮或脫皮太厲害時，應每天做足部保養，等狀況改善後，可視情況改為每週 2-3 次。
3. 如果發現腳部有傷口，則停止泡腳，儘快就醫。
4. 皮膚保濕乳液及乳霜的擦法應先補充給皮膚水份 (例如:玻尿酸、膠原蛋白、甘油、山梨糖醇、丁二醇、尿素等) 的成份產品，再擦含有油質成分的乳霜能夠軟化皮膚的材料做保水的動作 (例如:椰子油、大豆油、棕櫚油、豬油、牛油等)、羊毛脂、簡單酯：最常見的是肉荳蔻酸異丙酯、複合酯 (癸二酸二辛酯和馬來酸二辛酯)、多元醇 (乙二醇)。

§ 足部基礎護理流程步驟

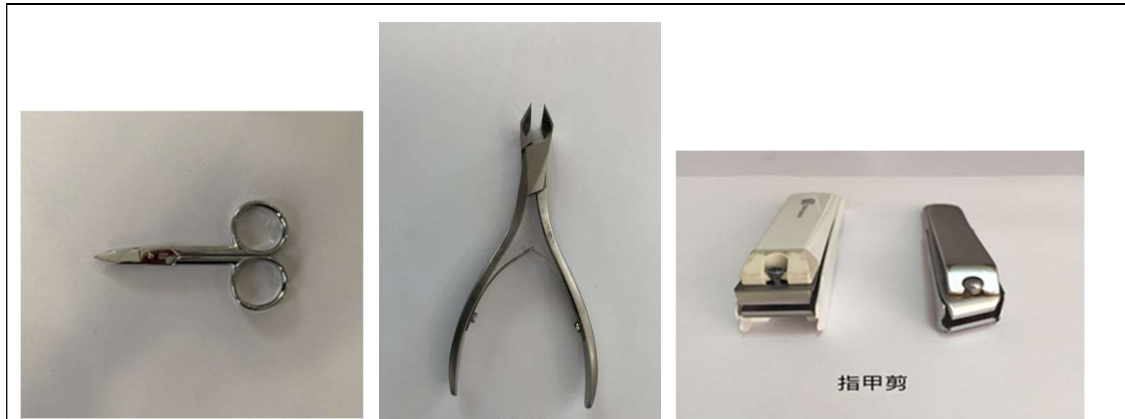
<p>步驟一： 溫水泡腳 10-15 分 (水溫 41-43°C)</p> 	<p>步驟二： 用沐浴乳將腳洗乾淨</p> 	<p>步驟三： 用菜瓜布輕刷腳跟及趾甲緣、趾縫</p> 
<p>步驟四： 用毛巾擦乾雙腳，尤其是趾縫</p> 	<p>步驟五： 用乳液按摩雙腳</p> 	

§ 足部基礎護理工具使用範例(含趾甲修剪)

工具名稱-菜瓜布或水蒸毛巾

 <p>菜瓜布</p>	
<p>使用情況：腳跟、腳底、趾甲周圍有硬皮、脫皮</p>	

工具名稱-指甲剪



使用情況：有各種不同種類的指甲剪，依趾甲狀況選擇不同的指甲剪

工具名稱-磨板



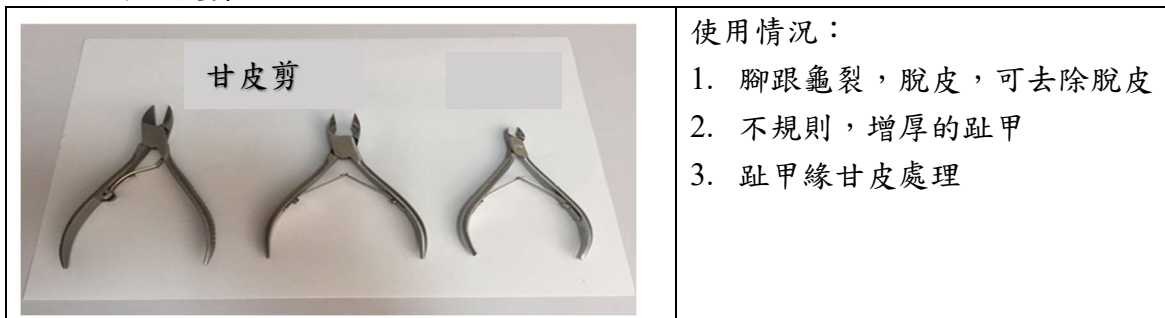
使用情況：剪完趾甲後，磨平銳利的指甲邊緣

工具名稱-刮匙、嵌甲棒



使用情況：清除藏於趾甲內面的污垢及趾甲緣的甘皮

工具名稱-甘皮剪



使用情況：

1. 腳跟龜裂，脫皮，可去除脫皮
2. 不規則，增厚的趾甲
3. 趾甲緣甘皮處理

§ 足部基礎護理工具使用過程

<p>完成基礎足部護理後，給予趾甲處理</p>	
<p>護理問題：傷口、捲甲、輕微嵌甲</p>	<p>護理過程：修剪趾甲、處理甲溝旁硬皮 清理甲下污垢、傷口換藥</p>
 <p>護理前</p>	 <p>修剪趾甲</p>
 <p>使用嵌甲棒</p>	 <p>使用嵌甲棒及刮杓</p>
 <p>使用磨板</p>	 <p>去除腳底、腳跟的脫皮</p>



傷口換藥



傷口換藥



第一次足部護理後

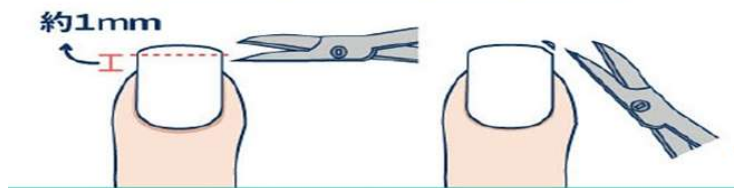


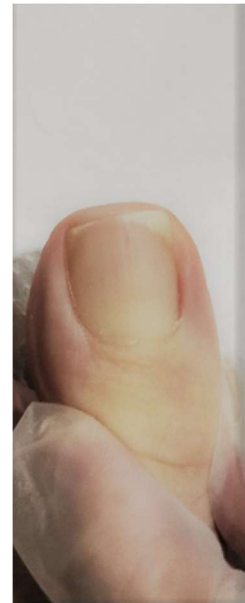
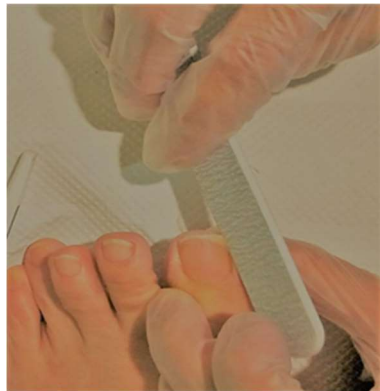
一個月後

§ 正確修剪指甲方法

1. 平減、趾甲兩旁銳角用模板磨平

剪指甲的正確方法





2.磨去兩旁的銳角

3.完成

§ 足部基礎護理工具消毒

<p>次氯酸水</p>	<p>高壓消毒鍋</p>
<p>1. 每做完足部護理時，需先用清水清洗工具，再使用次氯酸水噴於器械上</p>	
<p>2. 回辦公室時，再用清水洗淨後擦乾</p>	
<p>3. 使用高壓消毒鍋消毒</p>	
<p>4. 指甲剪盡量使用個案自己的，除非個案沒有或是需要特殊處理的趾甲</p>	

(一) 足部基礎護理注意事項

1. 第一次評估時，要詳細的檢查腳趾縫，評估血管動脈，並詢問是否有糖尿病，服藥及血糖控制情形。
2. 泡腳的水溫不宜太高，大約 41-43 度，雙腳一起泡，泡 10-15 分，如果腳部有傷口，則溫度大約 35-40 度(以手觸摸不感覺燙為主)，如果只有一腳有傷口，則先泡有傷口的腳，泡水時間為 5 分鐘，泡完後先處理傷口，再處理腳趾甲，且不建議家屬協助每天泡腳，由護理師來時才執行，以免造成傷口感染。
3. 以菜瓜布去除硬皮時，不要太用力，第一次不要過度去除，以免反而造成傷口。

4. 如果家屬或照顧人員可以配合，腳部硬皮多或龜裂厲害，沒有傷口者，建議可以每天泡腳 10-15 分，視情況使用菜瓜布去除硬皮，泡完腳後使用保濕性好的乳霜按摩腳部，一星期後再改為每 2-3 天一次即可，衛教家屬定期修剪趾甲，趾甲修剪以趾肉高出趾甲之趾甲剪平行為原則，趾肉低於趾甲剪為圓弧形，長度為 0.5mm-1mm，以免壓迫造成嵌甲。
5. 個案腳部趾甲有黴菌感染時，要建議家屬同步治療黴菌感染，效果會更明顯，剪趾甲時，有黴菌感染腳趾甲應最後修剪。
6. 如果腳部的傷口有感染情形，則不先處理趾甲問題，建議先就醫治療傷口。

五、護理指導成效評值

依據所擬定的照護目標進行評值，成效評值時使用「足部照護居家護理指導紀錄」追蹤個案及照顧者照護問題，自我照顧知識與技巧及個案，照顧者生活品質之改善情形，評估介入成效。

六、轉介必要之醫療處置要點與時機

為協助增加照護人員對足部基礎評估項目之認識，除以全人觀點收集資料，並進行足部高危險群篩檢，用以搭配足部基礎護理方案。若患有高血壓、糖尿病或有潰瘍、傷口之個案，則建議進入下一階段更專業的保護性檢測（密西根神經病變篩檢量表 Michigan Neuropathy Screening Instrument, MNSI）執行，視情況進行醫療轉介，使個案早期獲得治療。

七、製作紀錄的要點與原則

- (一) 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
- (二) 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
- (三) 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定製作紀錄並留存。
- (四) 「足部照護居家護理指導紀錄」範例(運用機構自己的表單及衛教單張或參考附件範例)。

足部問題居家護理指導紀錄

一、足部健康評估（見足部健康評估紀錄）

二、指導內容（見指導單張）

三、評值結果

項目	指導內容	評值日期及評值結果*			
		/ /	/ /	/ /	/ /
知識	能說出自己的足部問題及原因				
	能說出正確剪指甲的原則及方法				
	能說出基礎足部護理的重要性				
	能說出基礎足部護理的準備用物及步驟				
	能說出足部保養的方法				
技能/ 行為	能定期且正確執行足部護理的步驟				
	能每天執行足部保養				
	能定期的正確修剪指甲				
	有足部問題時，能尋求相關的專業協助				
	能使用足部輔具來減輕生活上的不適				
照顧者簽名					
護理師簽名					
備註					

* 3 正確； 2 部份正確； 1 完全不正確 ---不適用

Nil(此次未評值)