

國立臺中科技大學
護理系實習指導手冊

臺中慈濟醫院
7A 內科病房

慈濟內科病房(感恩 7A 病房)第一天護生實習備忘錄

歡迎您到慈濟台中分院進行實習，希望您在實習期間不只學習到護理專業知識，亦能學習慈濟最重視的人文精神，也希望讓您有機會深入的去了解慈濟的過去、現在和未來，期盼您能更認識它、了解它，並發自內心地融入它。

愛的小叮嚀

※報到需備資料：

1. 相片一張(一吋或二吋皆可，背面註明：中文、英文姓名、實習單位、實習期間)，請收集後於二天內送至人資組，以利製作識別證<ps:離院時需將識別證繳回，若遺失需賠償>。
2. 請準備：一本筆記本，並攜帶原子筆(單位手寫單張，大多需以黑色原子筆完成)、橡皮擦、尺、杯子、小剪刀、奇異筆。

※離院手續

離院當天由同學一人攜帶離院手續清單，統一辦理離院手續。

感恩 7A 病房：04-36060666 轉 4711

慈濟感恩 7A 病房第一天實習需知：

- 1、記得帶著一顆快樂的心，at0750 於台中慈院(第二醫療大樓)的**大愛一樓集合**(交通車、公車下車處)(可先於木製圓桌椅休息，等待老師，請務必先吃完早餐)。
- 2、請注意交通安全(騎機車者，務必停白線內或院內投幣 10 元區或後山區)。
- 3、第一天需完成院方的數位學習課程及考試(請詳閱護理系臨床實習之慈內實習網頁)。
- 4、務必於實習前自行事先預習慈內實習網頁之常見技術(其技術學理內容，老師會於實習第二天在醫院綜合教室複習，並實際於模擬病房練技術)。

慈濟內科(感恩 7A 病房)特性與實習注意事項

一、病房特性

單位電話：04-36060666 轉 4711。

1. 慈濟綜合醫院台中分院感恩 7A 病房，屬內科病房，共 47 床。

單人房:01、02、15。

雙人房:03、05、12-21 雙人病房共 10 間。

健保房:06、07、08、09、10、11 健保房。(房號為 1.2.3.5)

1. 依單位屬性：病房內常見的科別包含：原則上以腎臟內科為主(若其他病房沒空床，血液腫瘤科、腸胃內科、胸腔內科、新陳代謝科、感染科、免疫風濕科等病人也會入住)
2. 臨床個案之選擇以內科為主，經學姊、老師評估並參考學生意願，且需經由病人、家屬同意後，才可以加以選擇。
3. 個案主治醫師查房時，學生需在旁一併聆聽，以隨時瞭解個案每日狀況。
4. 護生可使用單位資源包含護理人員休息室(含置物櫃)、會議室、參考書籍、病房儀器設備、電腦基本操作。
5. 任何技術包括給藥、測量生命徵象，必須記得洗手及核對病人，核對病人的同時需再確認手圈是否有誤，請病人回答名字，若病人無法回答則由家屬回答。
6. 熟悉如何預防病人跌倒，給予床頭放置預防跌倒的警示牌，予床欄單側或雙側使用，呼叫鈴置於病人可拿處，病人下床時必須有家屬陪同，若家屬有事外出請務必告知護理站，以增加護理人員探訪病人次數。

二、注意事項

- 1、每日上班時間為 0800-1600，請提前在 0740 前到達病房，先了解病房、病人動態。
- 2、每梯次選一位小組長，負責相關資料之統整。每日需排定二位值日生，協助整理換藥車，下班前協助維持桌面及環境的整潔並清點置物櫃內所有財產。
- 3、早上遲到者(或預請假者)必須自己主動告知老師並向學校護理系請假，也須讓家長知道預請假一事，老師絕不接受手機簡訊請假。護生需服裝儀容整齊，長髮需挽起並夾好，不可塗指甲油，不可佩帶耳環。
- 4、注意基本禮節：上、下班遇護理長、學姊、師姑、師伯及老師應主動打招呼，不得在病房區高聲談笑。
- 5、隨時維持工作場所整潔，並確實做好垃圾分類。
- 6、護生需自備水杯，並標示姓名。
- 7、若護生開始照顧個案，應於每天早上到達病房時，主動告知該組之負責學姐及說明當天實習的相關進度。
- 8、目前單位測量血壓，全面使用電子血壓計測量。

- 9、測量好生命徵象後，需將其數值上傳，若有異常，需立即通知老師、學姐，並給予適合處置，並於事後再隨時持續監測生命徵象變化。
- 10、任何藥物給予，必須經老師及學姊核對後才可給病人，並需了解藥物之作用、副作用及特殊注意事項。
- 11、執行任何侵入性技術必須有老師或學姊指導，不可單獨執行。
- 12、病患接受特殊檢查，經病人、家屬、老師及學姊同意，可陪同檢查。
- 13、護理站電話鈴、呼叫鈴響起時，需主動回應，並注意相關禮貌。
- 14、**不可以**接受口頭醫囑。
- 15、實習過程有任何疑問，必須主動搜尋資料，並提出討論。
- 16、用餐離開病房時，需將自己個案情形向學姊交班。
- 17、1300 前須完成 e 化護理紀錄，而護理紀錄須先擬草稿與老師討論過，經學姊確認後即可執行 e 化護理紀錄。
- 18、護生應每日主動尋問自己需執行之護理技術，以強化個人護理技術之經驗。
- 19、應確實紀錄護理相關紀錄及單張，並請學姊確認後加以蓋章。
- 20、每天 1600 交班，交班內容含病人姓名、床號，疾病診斷，病史、各項檢查、會診、檢驗、健康護理問題及重要事項，所有護生之個案均交完班，班內工作已完成，環境整理好才可以下班。
- 21、不可私下接受病人或家屬之饋贈。
- 22、值日生下班前需確認環境整齊及清潔。
- 23、指導老師：張惠芳 (0922308705)。Mail: 5225ccgh@gmail.com

PS.

(一)請假及補實習：

1. 學校：依學校實習請假規則請假~

(1)流程：先告知老師→再打電話回實習處請假→【上網列印請假單「內容依規定書寫(含證明)，請先給家長簽章後，再來給老師簽，其餘按規定完成」→書寫簽章完成交回實習處完成請假手續『請假單』。

(2)補實習：依院方規定~

請先與老師討論時間，待老師與單位溝通後，確認時間，方可於規定時間補完實習。

2. 單位：

(1)聯絡老師：請於 7:00 以前；若超過 7:00：請聯絡單位 04-36060666 轉 4711。

(學姊，我是護生 XXX，我今天因----，要請---假，請幫我轉告老師，謝謝!!)

(2)不可傳簡訊：請由家長或親自聯絡。

(二)學生實習規範：

(1)請於上班前吃早餐，上班時請注意禮貌，請勿將飲料或食物借放或放置於更衣室櫃內，以免滋生螞蟻、蟑螂。

(2)護生使用單位資源包括獨立更衣室，參考書籍，口罩，病房儀器設備，參與單位及院方教育訓練課程。

(3)任何技術包括給藥，測量生命徵象，必須記得洗手及核對病人，核對病人的同時需再確認手圈是否有誤，請病人回答名字，若病人無法回答請家屬回答。

(4)實習時保持均衡營養，充分睡眠，良好的體力，愉快的精神，以確保個人及病人安全。

(5)執行各項護理技術之前，宜先複習學理及技術使之熟練，以確保病人安全。

- (6)給藥前宜將藥物相關學理查清楚，嚴守三讀五對的原則，正確執行給藥技術，以確保給藥的安全。
- (7)執行侵入性治療，請實習指導教師或護理人員帶領執行，以維護病人安全。
- (8)護理病人宜嚴守內科隔離技術，避免院內和交互感染，確保個人及病人安全。
- (9)嚴守垃圾分類，沾血或未沾血之酒精棉片、棉棒、紗布、IV set、各式管路及引流袋均應丟棄於紅色感染性塑膠袋。
- (10)執行各項護理工作時，注意保持正確姿勢，避免肌肉骨骼受傷害。(可調整床之高度)
- (11)護理意識不清或情緒不穩病人時，應採取適當保護措施。
- (12)與病人維持護病之專業關係。
- (13)當自己身上有傷口時，請先包紮作好保護措施，以免被感染。

(三)工作分配：

1. 組長職責：完成老師交辦事項、通知同學老師交待事項。
2. 每日維持更衣室及學生置物櫃，及工作檯清潔。
3. 點班若有少東西，需全體同學一同找到後才可下班。

藥物查詢:google-慈濟藥物查詢

拔 IC cath 請用 2*2 紗布，單位無棉球

針筒收集盒只收集硬針

病人有 ND 或使用 BIPAP 的病人執行 NG 護理需要有老師或學姊在旁

高登 (Gordon) 11 項功能性健康評估

*各項評估內容以敘述方式陳述

(1) 對健康的理解及處理：

- 一向健康情形如何？此時健康情形如何？
- 日常保健事項有哪些？(即平常做那些事情以維護自己健康)
- 有無使用煙、酒、藥物？使用量及時間情形如何？使用煙、酒、藥物是否有其他原因？
- 食用鹽分及油脂情形如何？自己感覺量妥不妥當？
- 自認為造成自己健康問題的原因有哪些？
- 對自己健康問題發生過程的描述如何？對求醫的看法如何？目的如何？
- 過去對自己健康問題一向如何處理？遵行治療處置的情形如何？有無困難或不便之處？認為該如何解決？
- 健康的問題是否對生活形成困擾？如活動方面？感官功能方面？經濟方面？

(2) 營養代謝型態：

- 前一天攝食情形，包括食物名稱及量，以及水分的攝取量 (ml/day)。
- 胃口如何？有無噁心感或嘔吐現象？有無口腔潰瘍現象？
- 有無飲食上的限制或偏好？
- 有無使用補充營養物品，如維他命、或吃補等？名稱及使用情形如何？當初使用的原因為何？
- 過去半年來體重變化的情形如何？若有大變化，原因為何？採用控制體重的方法嗎？又方法為何？
- 有無吞嚥、咀嚼、自行進食上的困難？
- 有無皮膚、指甲、毛髮方面自覺之變化？有無牙齒之缺損？

**附相關的異常的(抽血、檢查)及腹部身體的評估資料

(3) 排泄型態：

- 排尿之量 (ml/次、ml/天)、困難度，及疼痛情形如何？顏色如何？
- 平時排便之時間、次數、顏色及硬度如何？需使用軟便劑與灌腸否？
- 平時出汗情形如何？味道如何？

**附相關的異常實驗室檢查值(抽血、檢查)

(4) 運動活動型態：

- 平時一天的活動情形如何？包括起床、工作、休閒、運動及上床時間及活動性質或內容？
- 是否有足夠的精力從事期望的和需要的活動？
- 活動所費的時間？孩童：是否有遊戲？
- 執行日常生活活動(Activity of Daily Living)如移動肢體、穿衣、沐浴、漱洗、梳妝、進食、如廁等之能力如何？
- 有無呼吸困難、肢體無力、疲倦等現象阻滯運動或活動？

**附肌力測試的結果及胸部身體的評估資料

(5) 睡眠休息型態

- 每日睡眠時間及持續情形。(晚上幾點睡、早上幾點起床；白天睡眠多少時間)
- 入眠之難易程度如何？需使用藥物否？
- 經常作夢？或睡中驚醒嗎？

- d. 睡眠後自覺精神飽足否?
- e. 白天是否有休息/打瞌睡?是否有嗜睡現象?

(6) 認知領悟型態：

- a. 有無視、聽、記憶上的困難?是否有使用輔助器?
- b. 以往對新事物學習的速度如何?最容易學習的方式為何?有無學習上得困難?
- c. 目前身體有無不舒服或疼痛?如何處理?(用疼痛評估內容)
- d. 最近在記憶方面有何改變?(65 歲老人或中風個案可使用 MMSE or JOMAC)

(7) 自我領悟自我概念型態：

- a. 自認為自己是個怎樣的人?想做任何改變嗎?為什麼?
- b. 健康問題是否影響對自己的看法?
- c. 平時哪些事情會使你生氣?懊惱?害怕?沮喪?焦慮?
你又如何處理?有效嗎?

(8) 角色關係型態：

- a. 同住者有哪些人?彼此關係如何?
- b. 平時與誰最親近?有困難或有高興事情時一向找誰談?
- c. 平時誰較依賴個案、有困難或有高興事情時一向找個案談?
- d. 平時家庭中誰作決策?家中的問題平時如何處理?
- e. 對家庭的責任如何?分擔工作或經濟的情形如何?
- f. 有無較要好之朋友?參加社團活動嗎?
- g. 在校中或工作場所中感受到的氣氛如何?
- h. 與鄰居的關係如何?

(9) 性生殖功能型態：

- a. 有無性生活?覺滿意或久缺嗎?原因為何?想如何改變?
- b. 有無生兒育女?家庭計畫進行的情形如何?如何做?平時這方面知識或諮詢的對象為何?
- c. 對女性:月經週期為何?量及不舒服情形如何?平時如何處理?

(10) 壓力應付與耐受型態：

- a. 常感覺壓力或緊張嗎?平時如何處理?有效嗎?須藉助煙、酒、藥物嗎?
- b. 過去二年有無遇到重大變故?如何處理?有效嗎?該事件的影響如何?
- c. 誰對病患最有幫助?目前仍使用嗎?
- d. 當遭遇較大難題時,如何處理?是否成功的解決?

(11) 價值信仰型態：

- a. 生活上的力量及生活上的意義為何?
- b. 感覺信仰對人生的重要性如何?
- c. 參加宗教性活動的程度如何?
- d. 遇事故依賴宗教嗎?方法為何?

慈內 7A 內科實習護生工作常規 (8-4 班)

時間	工作內容	注意事項
7:30 1 8:00	1. 查看單位白板 2. 查看有無更改藥物治療、前一天大小夜紀錄、病況有無更改、查閱病歷資料， <u>準備 0900 的藥</u> 3. 各別交班。	1. 電子白板 1-學姊班別、組別，並寫上自己照護的病人； 白板 2-病人當日特殊檢查及治療 2. 若有新藥，請先查藥典
08:00 1 08:15	晨會時間	1. 專心聽不可聊天、不可發呆
08:15 1 09:00	1. 和學姐一起巡視病人。 2. 詢問各組學姐各組今日技術。	1. 專心聽大夜班學姊交班，並做交班紀錄，並配合 HN 的交班規定。 2. 交班時進入 Bed side，與病患道早安，自我介紹。 3. 看手圈正確？點滴管路順暢否？
	1. 與老師及學姐核對口服藥及針劑。	請將病人早上藥物作用、機轉、副作用，及注意事項記熟。
09:00 1 10:50	1. 給藥前，需再三讀五對，並開始執行個案護理。 2. 重新測早上異常之 V/S 5. 依病患各別性，執行各項護理技術， 6. 依病患需要，給予各項衛教指導 7. 每日執行護理評估與導管照護	<u>1. 給藥需有老師或學姐陪同，不可獨自前往。</u> 2. 個案若有異常狀況，隨時通報。 3. 侵入性治療及侵入性導管護理，需有老師或學姊從旁指導。 4. 口服藥、小量 IV、大量點滴加 KCL，請老師或學姊確認無誤後，再執行。 5. 紀錄正確書寫及交班。 6. IV 加藥時，注意不可滴空，避免 clot。 7. 技術：按慈內技術流程表。 8. 備點滴時請注意種類及有無加藥。 【kcl、RI】
10:50 1 11:30	1. 對及給 1100、1130 AC 的藥及測血糖 2. 利用空檔寫護理記錄-書寫草稿 (若學姐點班—草稿於 1200 前，若學姐非點班—草稿於 1300 前，給當班學姐看)	1. 備 1300、1500 藥(並和老師何對完畢) 2. 記錄先打草稿 3. 紀錄草稿(要先給老師看後，再給學姐看) 4. 個案若有異常狀況，隨時通報。
11:30 1 12:50	1. 和學姊一起發 1100、1300 藥 2. 測中午 V/S 及異常 V/S 重測	1. 分批用餐，留在病房單位的同學要 cover 正在用餐的同學的 case。 2. 1300 給的藥，請核對無誤後再給藥。 3. 要和老師或學姐一起發藥(千萬不可以自己去發)
12:50 1	寫紀錄或考試	1. 若紀錄草稿學姐已看過，可填上正式版，書寫完畢後，需給學姐蓋章才算完成。(紀錄請於班內完成)

13:30		2. 實習手冊~請於 1330 前繳交(可提前交)
13:30 1 14:30	1. 老師 Meeting: 進行教學、複習、 討論、或考試 2. 讀書報告或 Case conference	1. 對實習當日的問題，提出討論
14:30 1 15:30	Record I/O、測下午 V/S 。	I/O 先用鉛筆寫上，讓老師學姊看完後，之後上傳完整。
15:30 1 16:00	分組交班—待全部同學交完班才可下班。	記得下班前向學姐謝謝有禮貌的說再見！

量生命徵象中的 BP 的禁忌:

1. 洗腎 A-V shunt

2. 乳癌的患側

3. 有 PICC 的管路

4. 執行心導管穿刺的手

慈內 7A 內科醫護常見縮寫

中文意	英文縮寫	中文意	英文縮寫
自動出院	AAD	一日兩次	bid 9-17
可以出院	MBD	每日	q, d 9
輸入及排出	I&O	靜脈輸液	IVF(IV)
門診	OPD	加護病房	ICU
恢復室	POR	滴	gtt.
肌肉	IM	過敏史不明	NKA
新病人	NP	化學療法	C/T
栓劑	supp	舌下	S. L
由口	p. o	放射治療	R/T
日常生活活動	ADL	皮下	sc.
雙眼	OU	身高	BH
右眼	OD	左眼	OS
體重	BW	禁食	NPO
腹圍	AG	身體檢查	PE
飯前	a. c	手術	OP
飯後	p. c	立刻	ST, stat
手術後	S/P	局部麻醉	LA
午夜	MN	每隔一日	q. o. d
全身麻醉	GA	需要時	p. r. n.
處方	Rx .	睡前	h. s
治療	Tx	隔日早上	CM
病史	Hx	每日三次	t. i. d 9-13-17
診斷	Dx	每六小時一次	q6h 11-17-23-5
停止	DC	每四小時一次	q4h 9-13-17-21-1-5
年齡	Y/O	每日晚間	q. n 9
兩側	Bil.	每小時	q, h
疑似/可能是	R/O	每日四次	q. i. d 9-13-17-21
每天中午飯前	Q L A C	隨餐服用	cc
皮內	ID. IC	一天二次及睡前	Bid HS 9-17-21

慈濟內科病房(感恩 7A 病房)常用診斷

胸腔內科

1. COPD:chronic Obstructive Pulmonary Disease 慢性阻塞性肺疾病
2. Pneumonia 肺炎 PN
3. Bronchitis 支氣管炎
4. Lung Cancer 肺癌
5. Asthma 氣喘
6. Pleural Effusion 肋膜積水 PE
7. ARDS:Adult Respiratory Distress Syndrome 成人呼吸窘迫症候群
8. RF: Respiratory Failure 呼吸衰竭
9. Pulmonary edema 肺水腫
10. Pulmonary Embolism 肺栓塞
11. Emphysema 肺氣腫
12. Hyperventilation 換氣過度
13. URI:Upper Respiratory Infection 上呼吸道感染

神經內科

1. CVA:Cerebral Vascular accident 腦血管意外病變
2. CP: Cerebral Palsy 腦性麻痺
3. Hemiplegia 偏癱
4. Facial Paralysis 顏面麻痺
5. Meningitis 腦膜炎
6. Epilepsy 癲癇
7. Parkinson' s Disease 巴金森氏症
8. Cerebral infarction 腦梗塞
9. TIA:Transient ischemia attack 暫時缺血性發作
10. HCVD:hypertensive cardiovascular disease 高血壓性心臟血管疾病
11. Dizziness;Vertigo 眩暈

腸胃內科

1. LC:liver cirrhosis 肝硬化
2. UGIB:upper gastro intestine bleeding 上腸胃道出血
3. gastric ulcer 胃潰瘍
4. DU:duodenal ulcer 十二指腸潰瘍
5. Stomach cancer 胃癌
6. Pancreatitis 胰臟炎
7. Hepatitis 肝炎
8. Hepatoma 肝癌
9. HCC:hepato cellular carcinoma 肝細胞癌
10. Cholecystitis 膽囊炎
11. Cholangitis 膽管炎

12. PPU: Perforation peptic ulcer 胃潰瘍穿孔
13. Gastritis 胃炎
14. ileus 腸阻塞
15. jaundice 黃疸
16. Splenomegaly 脾腫大
17. AGE: acute gastro enteritis 急性腸胃炎
18. Hepatic encephalopathy 肝性腦病變
19. DM: diabetic mellitus 糖尿病
20. DKA: Diabetic Ketoacidosis 酮酸中毒
21. HHNK: Hyperglycemic hyperosmolar nonketotic coma 高血糖高滲透非酮酸中毒

心臟內科

1. Arrhythmia 心律不整
2. CHF: congestive heart failure 充血性心臟衰竭
3. Bradycardia 心搏過緩
4. Tachycardia 心搏過快
5. PVC: premature ventricular contraction 心室早期收縮
6. CAD: coronary artery disease 冠狀動脈疾病
7. Atherosclerosis 動脈粥狀硬化
8. AMI: acute myocardial infarction 急性心肌梗塞
9. Angina 心絞痛
10. Endocarditis 心內膜炎
11. CHD: congenital heart disease 先天性心臟病
12. IHD: ischemic heart disease 缺血性心臟病

腎臟內科

1. CRF: chronic renal failure 慢性腎衰竭
2. ESRD: end-stage renal disease 末期腎病變
3. A-V shunt: arteriovenous shunt 動靜脈分流術
4. CRI: chronic renal insufficiency 慢性腎功能不全
5. diabetic nephropathy 糖尿病腎病變
6. HD: hemodialysis 血液透析
7. PD: peritoneal dialysis 腹膜透析
8. hydronephrosis 腎水腫
9. Nephrotic syndrome 腎病症候群
10. APN: acute pyelonephritis 急性腎盂腎炎
11. AGN: acute glomerulo nephritis 急性腎絲球腎炎
12. UTI: urinary tract infection 泌尿道感染
13. Cystitis 膀胱炎
14. uremia 尿毒症

慈內 7A 內科各項診斷檢查治療中英文對照表

1	EIS	Endoscopic Injection Sclerotherapy	經內視鏡硬化治療
2	EPT	Endoscopic Papillotomy	經內視鏡乳突切開術
3	ERCP	Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography	逆行性膽胰管攝影術
4	EVL	Endoscopic Variceal Ligation	經內視鏡靜脈瘤結紮治療
5	NBD	Nasal Biliary Drainage	經鼻膽道引流術
6	ENBD	endoscopic nasobiliary drainage	經內視鏡鼻膽管引流治療
7	ERBD	endoscopic retrograde biliary drainage	內視鏡內置型膽汁引流治療
8	ICG test	indocyanine green test	肝臟血流測定檢查
9	PEG	percutaneous endoscopic gastrostomy	經皮內視鏡胃造口治療
10	PEI	Percutaneous Ethanol Injection	經皮酒精注射治療
11	PTC	Percutaneous Transhepatic Cholangiography	經皮穿肝膽道攝影術
12	PTCS	Percutaneous Transhepatic Cholangioscopy	經皮穿肝膽道鏡
13	PTCCD	Percutaneous Transhepatic Cholecystostomy Drainage	經皮穿膽囊引流
14	PTCD	Percutaneous Transhepatic Cholangial Drainage	經皮穿肝膽道引流術
15	PTGBD	Percutaneous Transhepatic Gall Bladder Drainage	經皮穿肝膽囊引流術
16	TAE	Transhepatic Arterial Embolization	經肝動脈栓塞術
17	TPN	Total Parenteral Nutrition	全腸胃外營養灌注
18	TIPSS	Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt and Stent	經頸靜脈肝內肝門靜脈造流術
19		UGI series	上腸胃道攝影
20		LGI series	下腸胃道攝影
21		Upper G-I scope (endoscopy)	上腸胃道鏡檢
22		abdominal sonogram	腹部超音波檢查
23		abdominal tapping	腹腔穿刺
24		angiography	血管攝影術
25		colonoscope	直腸鏡檢查
26		sigmoidoscopy	乙狀結腸鏡檢查
27		liver biopsy	肝臟切片(穿刺)術
28	EUS	Endoscopic ultrasonography	內視鏡超音波術
29	RFA	Radiofrequency Tumor Ablation	射頻腫瘤滅除術

慈內 7A 內科病房常見檢驗值

1. 血球計數

WBC:4000~10000 (感染時數值會升高)

Hgb: F12~16mg/dl , M13~18 mg/dl

Platelet: 14~40 萬

PT:10~14 秒

APTT:35~45 秒

2. 肝發炎指數

GOT(AST) 38U/L 以下 ; GPT(ALT) 44 U/L 以下

3. 膽道阻塞

ALP :190 U/L 以下 ; GGT : 30 U/L 以下

4. 肝性腦病變

Ammonia : 70 U/L 以下 NH₃

5. 腹水

Albumin : 3.5~5.0 mg/dl (2.5 mg/dl 以下需補充 Albumin)

6. 黃疸或膽道阻塞

Bilirubin T(總膽紅素)/D(直接膽紅素) : 1.2 / 0.2 mg/dl 以下

7. 胰臟炎

Amylase : 140 U/L 以下 ; Lipase: 60 U/L 以下

8. ICG test : 測試肝細胞吸收及代謝藥物功能

Normal range : < 10%

9. 電解質

Na (sodium): 135~155meq/L

K (potassium) : 3.5~5.5 meq/L

Ca (calcium) : 8.5~10 meq/L

10. 腎功能

BUN: 5-25 mg/dl

Cr: 0.7~1.4 mg/dl

11. 腫瘤標記

血液腫瘤標記檢查 Tumor Markers

A.F.P.(RIA)	甲型胎兒蛋白.肝硬化.肝癌	0-20.0 (最好<3.0) ng/ml
C.E.A.(RIA)	癌胚抗原.大腸直腸胃等	<3.0(抽煙<5.0) ng/ml
CA 125(RIA)	腫瘤抗原.卵巢腸胃癌	<65.0 U/ml
CA 19-9(RIA)	醣鎖抗原.胰臟膽囊癌	<37.0 U/ml
P.S.A.(RIA)	前列腺特異抗原(癌)	<4.0 ng/ml

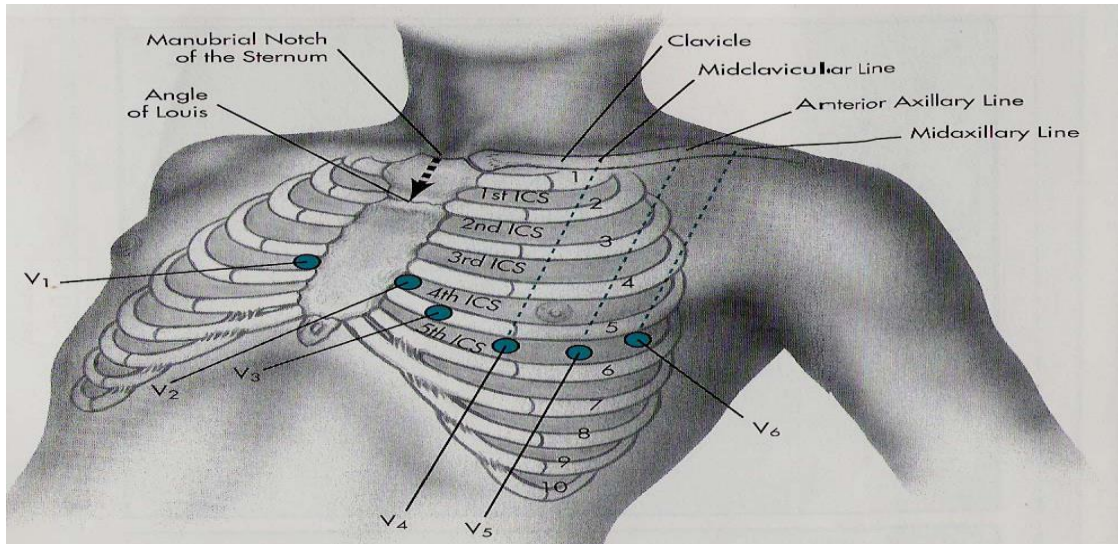
12. 血糖值

Glucose : AC 70 ~110 mg/dl ; PC 2 hour <140 mg/dl ; **<60 gm/dl (Hypoglycemia)**

心電圖極導之接法

胸極導：六個胸極導(V1 至V6)

- V1: 右側第四肋間胸骨
- V2: 左側第四肋間胸骨線
- V3: 在V2與V4之中點
- V4: 左側第五肋間鎖骨中線上
- V5: 左側第五肋間前腋線上，於V4與V6間之中點
- V6: 左側第五肋間中腋線上



心電圖 vs12 導程

慈濟內科病房(感恩 7A 病房)常見技術

英文	中文
Nasogastric (N-G) Tube Care	鼻胃管護理
Nasogastric (N-G) Feeding	鼻胃管灌食
NG Decompression	腸胃減壓術
Tracheostomy Care	氣管造口術護理
Oxygen Therapy	氧氣療法
Steam Inhalation	蒸氣吸入
Hand Hold Nebulizer (HHN)	小量噴霧器
Suction	抽吸術
Straight Foley Catheterization	導尿術 (單導)
Foley Catheterization	存留導尿術
Foley Care	導尿管護理
Port-A Care	人工血管護理
Wound Care	傷口護理
Wound Drainage Care	傷口引流管護理
Central Venous Catheter Care(CVP)	中心靜脈導管護理
Intake & Output Record	輸入排出量紀錄
Anal Suppositories	肛門栓塞法
Penicilline Skin Test (PCT)	青黴素試驗
Wheelchair Transfer	協助病患上下輪椅
Insulin Injection	胰島術注射
Effective Deep Breathing and Coughing	有效深呼吸及咳嗽
Pulse oximeter	血氧機使用
PICC Care (peripherally inserted central catheter)	中央靜脈導管護理

台中慈內 7A 護理標準技術(重點整理)

(一)生命徵象

1. 顛溫槍(1. 2. 3):採顛溫量測(不可摔落)。36.3-37.8
2. 生命徵象量測包含血氧濃度。
3. 要記得問疼痛、(早上)大便次數(含性質、顏色,若昨天 0 次,請詢問幾天未解,若已 3 天請通知學姊;若有記 I/O 大便次數以 I/O 單上為主 ex:Sx4「大便 4 次」)。
4. 若灌腸才解便 1 次,要書寫_____。
5. 請熟記正常值~有異常立即通知學姊,並處理追蹤。

(二)BW

1. 坐磅:固定輪子--打開歸零--開始測量--測量完成--回復病人,預防跌倒--紀錄--清潔。
2. 床磅:歸零--開始測量(注意管路,預防跌倒)--測量完成--回復病人--紀錄--清潔。
(量床磅要由 2 人同時前往)

(三)N-G Feeding

1. 半坐臥 30-45 度。
2. 每餐反抽 < 100ml 或少於上餐的一半則給予 Feeding,總量不超過 300ml/次
若持續灌食每 4-6 小時應檢查胃餘量。

(四)N-G care

1. 用物:小治療盤、彎盆、手套 1 雙、小藥杯(內裝 N/S 10 cc)、棉棒 1 包、宜拉膠。
2. 清潔步驟:左鼻 N/S*2-乾*1—右鼻 N/S*2-乾*1—鼻 N/S*1-乾*1—管子 N/S*-乾*1
3. 半坐臥 30-45 度, N-G(_____)Fix_____公分以交班或標記為準,不可隨便移動。
4. 注意置入位置(左、右、深度)、口腔(_____)、鼻部皮膚、用途

(五)Foley Care

1. 肥皂水—溫水 (41-43°C)
2. 用物:治療盤、彎盆、塑膠尿杯、沖棉、尿管固定帶、手套 2 雙、中單、尿管褲
3. 大棉棒沾肥皂水:女—撥開小陰唇(肥皂水-清水【各 1】--中、遠、近)—手放開—大陰唇(肥皂水【各 1】-清水--遠、近)—尿管(肥皂水-清水【各 2】),由內到外、不來回)—擦乾(重複以上順序);男—推開包皮(肥皂水-清水—尿道口-整個會陰部,共 3 次)—尿管(肥皂水-清水,由內到外、不來回)--擦乾(重複以上順序【各 1】即可)—推回包皮

(六)導尿

1. 用物:小推車、導尿包、尿管、尿管固定帶、中單、尿袋(貼上注意標籤)、無菌手套、Aq-BI、D/W 小瓶、無菌 10ml 空針、Jelly
1. Aq-BI 3 支(遠、近、中)—D/W 3 支(遠、近、中)on 入 5 公分—D.W. 10ml 打 ballon
2. U/C--以橡皮筋綁住引流管,約 10-15 分鐘--Tr-BI 2 分鐘--75%Alcohol(2%CHG)--抽 10ml urine, 30 分鐘內送檢。

(七)CD

※一般換藥:

1. 洗手--備 CD 包(N/S-Aq-BI—N/S—乾棉枝)--戴檢診手套--移除舊敷料--換上新手套
2. 直線傷口,上一下。環形傷口,內—外【手術傷口使用沖棉】

3. 消毒範圍需超出傷口直徑 5 公分以上，Aq-BI 停留至少 2 分鐘以上。

4. 傷口若 discharge 多，可要先用 N/S 清洗傷口。

※引流管(PTCD、PTGBD、Abcess drain—每_____天換一次，若有滲濕立即更換)

1. 用物：治療盤、無菌換藥碗、10 支無菌普棉、3x3Y 紗、3x3 紗布、手套 2 雙、布膠、Mefix、N/S、Aq-BI

2. Chest Bottle 低於胸腔 60 公分，引流長度約 180 公分。

3. Pt 外出採自然引流。

4. 引流管平放床上、勿拉扯、紀錄(顏色、量、性質、至少每班)

(八)Tr. Care

1. 6(上 3 下 3)枝 Aq-BI—6 枝 N/S—2 枝乾棉棒。(若氣切消毒前痰很多先用 NS 棉棒清潔)

2. 由內而外消毒

3. Y 紗朝上。

4. 氣切帶 prn 更換，兩指寬為限

5. 於 Suction 前：蒸氣吸入—翻身—拍背—抽痰—氣切護理—N-G feeding

→洗手 準備用物 (換藥車)。

→戴手套移除 Y 型敷料。

→Aq-BI 環形消毒〈30 秒乾燥〉三次

→N/S 環形消毒 三次 {傷口消毒由內往外擦拭}

→檢查氣囊壓力 15-25cmH₂O 或 7-8ml 適情況

{鐵頭內管以 3%雙氧水泡 20min，再以生理食鹽水沖洗，無菌手套包起或換上即可}

(九)Enema

1. EVAC：用物——彎盆、手套 1 雙、擦手紙、Jelly、中單。

2. 存留灌腸：用物——治療盤(中)、彎盆、手套 2 雙、擦手紙、Jelly、中單、塑膠尿杯、灌腸(食)空針、肛管、溶液 (依醫囑)。

3. I/O：1/ E or 0/E

(十)PST——PCT

1. 15 度、抽 0.5cc 打 0.1cc(直徑 3mm-8mm)。

2. 以原子筆畫圓寫上注射日期時間之後 15 分鐘請醫師或 PA 查看。

3. 稀釋方法：現有劑量(PCN 1000 u/1cc)—0.1cc=100u

4. 陽性反應：注射部位紅暈腫脹硬塊(中間蒼白及周圍紅暈)直徑超過 1.5cm。

(十一)給藥

1. 口服給藥——

(1)三讀五對：

第一讀時機——UD 車取出與服藥單核對：姓名、藥物、劑量、時間、途徑

第二讀時機——放入藥杯，第三讀病人單位給病人服用前

*乾洗手-核對病人(有:Baco 機--刷 Baco 時同時問病人，無 Baco 機—使用服藥單核對病人)-

三讀時機-在病人單位，發藥病人-親視病人服下--乾洗手

- (2)藥物檢查是否過期、變色、潮濕及包裝損壞，服用酸性鐵劑碘劑需準備吸管
- (3)給藥時一定要對服藥單，並與病患說明藥物之作用，且要撕開藥袋，將藥到入藥杯。
- (4)病人若當時無法立即服用，不可留於床旁，一律帶回並儘快給病患服用 **藥杯收回**

2. 靜脈點滴加藥 IVA(VCB bag : 60gtt/cc)

(1)三讀五對：

第一讀--UD 車取出與服藥單核對：姓名、藥物、劑量、時間、途徑(藥物檢查是否過期、變色、潮濕、沉澱結塊及包裝損壞)

第二讀—病人單位-稀釋前或抽藥前，第三讀--病人單位-抽完藥後

*乾洗手-核對病人(有:Baco 機--刷 Baco 時同時問病人，無 Baco 機—使用服藥單核對病人)-查看注射部位、點滴-維持通暢-放入適當稀釋液，維持通暢-二讀-三讀-加藥-調滴數-乾洗手(若有 2 種藥需分開，加 2 藥中間需放 10 cc，沖完才可加第 2 種藥)

(2)加藥 60ml 於 30 分 run 完

$$\frac{60ml * 60gtt}{30分 * 60秒} = 2gtt/sec \quad 加藥 30ml 於 15 分 run 完 \frac{30 * 60}{15 * 60} = 2gtt/sec$$

(十二)IM(一樣需三讀五對)

1. 至病房抽藥 稀釋液瓶頸藥消毒
2. 內而外消毒 2 吋、90 度、2/3 長
3. 反抽若有回血要更換針頭---針頭一律不回套直接丟回收筒 (必要的回套一律單手回套)
4. 一律使用安全針

(十三)INSULINE(SC)

1. 依美國糖尿病患理想血糖控制標準：

糖化血色素(HbA1C) < 7.0%、飯前 70-130mg/dl、飯後 2 小時 < 180 mg/dl

2. 依中榮檢驗室標準，正常人血液中血糖值標準為：

糖化血色素(HbA1C) 4-6%、飯前 70-99mg/dl、飯後 2 小時 < 140 mg/dl

3. 注射胰島素的糖尿病患，最常見的急性合併症—低血糖

(1)症狀及徵象：無力、打哈欠、顫抖、盜汗、饑餓感、心跳加快、注意力無法集中、頭痛、神智不清、體溫降低、臉部蒼白。

(2)疑似血糖過低處理方法，依「15 準則處理」：

a. 意識清楚時，血糖低於 70mg/dl 立即吃 15 克碳水化合物，15 分鐘後再測血糖，如果血糖仍低於 70mg/dl 在重複處理。

b. 可採下列任何一項 15 克碳水化合物：維生方糖 4 顆或半杯(4 盎司)可樂、果汁或蜂蜜 1 湯匙。之後再食用餅乾 2 塊或吐司一片或低脂牛奶以維持血糖。

c. 意識不清楚時，依醫囑靜脈注射葡萄糖。

d. 有鼻胃管者由鼻胃管灌食糖水或餐點，若緊急情況且靜脈注射不易可考慮肌肉注射升糖素。

(3)飯前 30 分施打，使用前 30 分至冰箱取出。

(4)捏起皮膚、90 度、**勿揉(防止改變藥物時間)**、5-10 秒拔出針頭。

(5)部位輪換—依照每天同部位、同時段準則，採一週一邊。

(6)各類胰島素的作用開始時間、有效尖峰時間及作用時間

製劑名稱	開始時間	尖峰時間	作用時間
短效型 RI、Actrapid HM	0.5-1 小時	2-3 小時	3-6 小時
中效型 NPH、Inulatard HM	2-4 小時	4-10 小時	10-16 小時
短效型 Humulin 70/30	0.5-1 小時	2-8 小時	10-16 小時

(十四)霧氣治療

1. 鼻翼管(Nasal Cannula)

O₂ flow < 4L/min 可直接用 X' mastree 銜接氧流表

O₂ flow > 4L/min 需用潮濕瓶增加濕度

{ O₂ flow 1L/min 氧濃度(FiO₂)為 24%，每增加 1L/min 氧濃度增加 4% }

{ 如 O₂ flow > 6L/min 會刺激鼻黏膜，應改為面罩式給氧 }

2. 氧氣面罩 (O₂ Mask)

O₂ flow 至少 5L/min 以上，並使用潮濕瓶防止吸入氧氣過於乾燥

1. Venturi mask :可供應高流量的(FiO₂)24~50%

2. Non rebreathing mask:吐氣孔有單向瓣膜，吐出的空氣不會再吸入，提供高氧濃度 50~95%

* 手持蒸氣吸入 Nebulizer : O₂ adaptor 開至 6-8L/min

藥物與 0.45N/S 1:1 的稀釋

1. Nebulizer 手持式噴霧劑

(1) O₂ Flow 6-8 l/min 確定霧氣產生效果

(2) 保持坐姿 (45-60 度)，由深而慢吸氣，後閉氣 5-10 秒，再緩慢吐氣。

(3) 每天用使用後需用 Dis water 沖洗噴霧瓶。

2. MDI : METERED DOSE INHALER

(1) 備吸入輔助器 SPACER

(2) 保持坐姿 (45-60 度)，搖混藥劑，由深而慢吸氣，後閉氣 5-10 秒，再緩慢吐氣

3. DPI : DRY POWDER INHALER

保持坐姿 (45-60 度)，用力快速吸入藥劑，後閉氣 5-10 秒，再緩慢吐氣

* 若為類固醇與支氣管擴張劑同時使用，先用支氣管擴張劑。

* 使用兩次則需間隔一分鐘

* 類固醇用後一定要做口腔清潔(漱口)

(十五)Suction

1. Adult : 80-150 mmHg , Child : 60-120mmHg , baby : 40-100mmHg 。
2. Open Tube—戴無菌手套—取 Tube 連接 Vacuum adaptor—Test Adaptor Pressure—給氣 100%—Suction 不可 Over 15 秒/1 次，小孩 5-8 秒/1 次，Suction 時持續壓住控制口，觀察膚色、呼吸、血氧，異常則立即停止抽吸並給氧。
3. Suction tube 外徑不超過氣管內徑的 1/2，目前單位用 12F（成人 10-14F）。
4. Suction Bottle 八分滿需更換。
5. Qd 9 點 Check Cuff Pressure (Endo, Tr.)

(十六)CVP level

1. 半坐臥 45 度
2. 3-way IV 與 monitor 通，上升 20-25 cmH₂O。
3. 對零點：腋中線與第 4 肋間之交點，予 mark
4. 正常值：4-12 cmH₂O
5. 測量時，在吐氣期末時，讀取半月形凹面

(十七)昏迷指數(意識評估—格拉斯氏昏迷指標—GCS)滿分 15 分最低 3 分

* 睜眼反應 (E 代表 EYE) :

- E4 : 眼睛自發性的睜開著。
- E3 : 眼睛對聲音會睜開。(譬如叫他，他會睜開眼睛)
- E2 : 受痛刺激時會睜開眼睛。(譬如捏他，他會睜開眼睛)
- E1 : 怎麼刺激，眼睛都不會睜開。(反應喪失)
- P. S. 眼腫無法睜開以 C 表示

* 動作反應 (M 代表 MOTOR) 以**最佳功能者得分**

- M6 : 可遵照指示動作。(譬如要他舉手，就會舉手)
- M5 : 神智尚可知道痛在何處。(捏他，他手會來揮開你的手)
- M4 : 對痛的刺激只有退縮反應。(捏他，他只會手彎起來，向胎兒)
- M3 : 大腦皮質功能喪失。對刺激都是兩腳僵硬打直，兩手向上扭曲。
- M2 : 大腦中腦都功能喪失。對刺激都是兩腳僵硬打直，兩首向下扭曲。
- M1 : 什麼反應都沒有。

* 語言反應 (V 代表 VERBAL)

- V5 : 言語正常。
- V4 : 言語判斷力喪失。胡言亂語。
- V3 : 嗜睡，說幾句就昏睡。
- V2 : 有出聲，但只是呻吟。 V1 : 怎麼刺激都不出聲。(言語反應喪失)
- P. S. 氣管內管以 E 表示，氣切以 T 表示，失語以 A 表示

(十八)水腫評估：按壓皮膚至少十秒

- +1 (2mm) : 足背、手背 (輕微凹陷、很快消失)
- +2 (4mm) : 下肢水腫 (10 ~ 15 秒會消失)
- +3 (6mm) : 臉、手、下腹壁、薦骨水腫 (四肢水腫超過一分鐘)
- +4 (8mm) : 普遍性水腫、伴隨腹水 (四肢非常腫 2 ~ 5 分鐘)

(十九) 檢體檢驗檢查

- 24 小時 CCR (Creatinine clearance test) 檢驗腎功能最準確的方法
(如:7-7" 收集 24 小時內總和尿液量後記量, 後攪拌尿液取一管 10 cc 尿液送檢)
 $CCR = Ucr \times \text{尿總量} / Scr \times 1440 \text{ (min)} = 97-140 \text{ ml/min (女: 85-125)}$;
- 尿液中含 albumin < 30mg (正常), 30mg~300mg (白蛋白尿), > 300mg (臨床白蛋白尿)
- 24 小時 VMA (vanillylmandelic acid catechelumine) 診斷嗜絡細胞瘤
VMA < 6mg/day (N), > 8 (可能), > 11 (高度)
- OGTT (oral glucose tolerance) 口服葡萄糖耐力試驗
當天停用降血糖藥物及禁煙
抽血糖 → 75mg 糖 + 300cc 水兩分鐘內服用 → 30、60、90、120 各抽血糖
120 < 140mg/dl (N), > 200mg/dl (DM), 140-200 (葡萄糖耐受不足)

(二十) Muscle power (四肢肌力分級表) 評估簡介

分級	內容說明
5 分(normal): 正常	對抗重力及充份阻力。
4 分(good): 良好	對抗重力及部份阻力。
3 分(Fair): 尚可	對抗重力情形下可上下或平行移動。
2 分(poor): 不佳	無法對抗重力, 但可平行移動、無法舉起。
1 分(trace): 微弱	具有輕微肌肉收縮現象, 關節並無活動。
0 分(none): 無反應	無肌肉收縮現象。

◎ 保護性隔離之護理 嗜中性白血球 < 500 病患時。 > 1500 → R/T

$$ANC = WBC \times (\text{Seg}\% + \text{band})$$

1. 洗手 戴口罩 換隔離衣。
2. 病患飲用食物須煮熟, 勿吃生食, 如優酪乳、鮮奶、生菜沙拉。
3. 漱口水必須煮過的開水, 勿吃連皮的水果, 使用電刮鬍刀。
4. 肛門周圍皮膚的照顧, BID 溫水坐浴 15min, 若腹瀉時應增加次數。

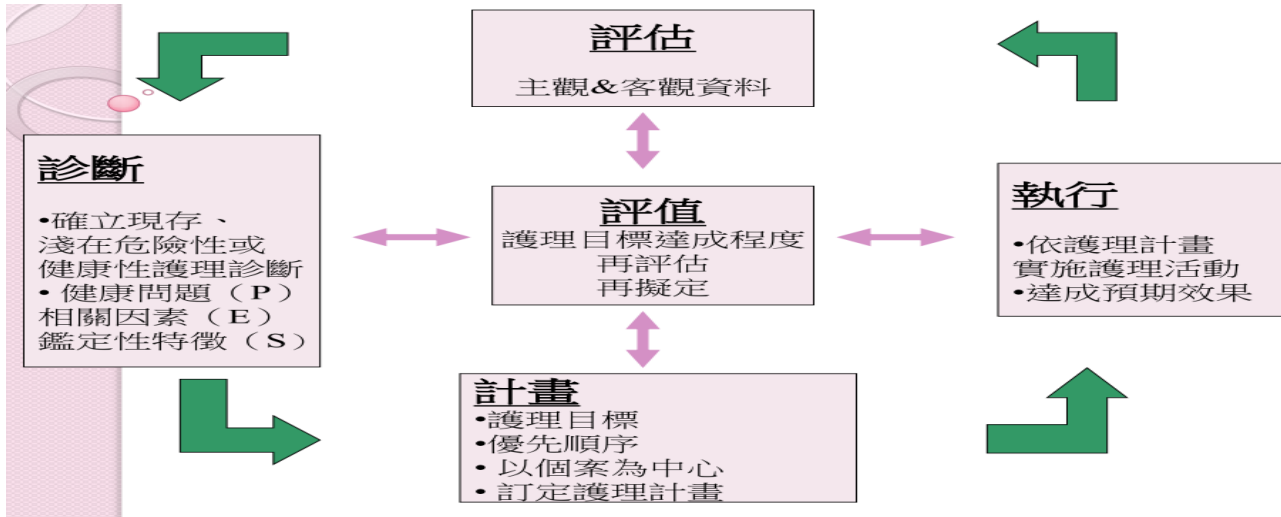
手圈紅: 跌倒評估分數 > 大於 3 分手圈帶紅色

手圈綠: 跌倒評估分數 < 大於 3 分手圈帶綠色

手圈黃: 簽 DNR

護理計畫的定義

護理計畫 (planning) 是延續個案評估與診斷確立而設計個別化護理活動的一個過程



評估→確立問題→計劃→執行→評值

護理措施寫法及範例

5W—

1. What 執行什麼活動,
2. When 何時,
3. Who 執行者
4. Whom 對象
5. Where 何處執行

Why(視情況可省略)

1H---如何做?

6. How often 多常、How long 多久被執行

安排	每天早上 10 點	練習使用 walker	20 分鐘
6	2	1	6

焦點護理紀錄法

一、定義

焦點護理紀錄法是一個最能表達護理診斷及護理過程的紀錄系統，一個焦點即是一個護理診斷，是

護理人員對有關病人目前最重要的問題，或異常的行為表現，所做系統評估的結論。

焦點式記錄法 (D. A. R. T)：D 資料 (data) A 活動 (action) R 反應 (response) T 教導 (teaching)

一、 焦點

- (一) 焦點是病人目前最擔心的事。如憂慮經濟問題、煩惱疾病的發生等。
- (二) 焦點是病人目前發生的症狀、病況或發生的事件。如發燒、嘔吐、便秘、吞嚥困難、失蹤、由床上跌下、行為異常等。
- (三) 焦點是病人在接受醫療護理過程中一個明顯的改變。如由手術室回病房、截肢、上石膏等。
- (四) 焦點不一定與醫療診斷有關。如留置針脫出、請假、轉科、轉床、轉院、失蹤等。
- (五) 焦點不宜使用醫療診斷的名稱。

- 如
1. 醫療診斷：急性腹瀉
焦 點：腹瀉、嘔吐、血便、發燒、食慾不振等。
 2. 醫療診斷：氣管炎
焦 點：嘔喘、呼吸困難、發紺、端坐呼吸等。
 3. 醫療診斷：高血壓
焦 點：血壓高、頭痛、失眠、噁心嘔吐等。
 4. 醫療診斷：急性腎絲球腎炎
焦 點：四肢水腫、呼吸急促、呼吸囉音、無尿等。
 5. 醫療診斷：腦中風
焦 點：偏頭痛、意識不清、左側肢癱瘓、行動不便、吞嚥困難等。

四、 護理記錄：

D (Data)：即病人資料。描述護理過程中病人的資料，包括主觀 (病人抱怨)、客觀 (護理人員觀察) 之症狀，以及病人的異常行為表現、檢查之異常結果。

例如：D：病人體溫 39.8°C，全身灼熱感，顯得焦慮不安，嘴唇乾裂，微腹瀉。

A (Action)：即護理行動。針對前述的病人資料，所給予的護理活動或護理計畫。

- 例如：A：1. Check Vital Sign q4h x 24h。
2. 給予溫水拭浴。
3. 減少被蓋、冷氣調高。
4. 予冰枕使用。
5. By order 給予 stin 1Vial IV st.。

R (Response)：即病人反應。病人接受護理後的反應結果。

例如：R：給予護理 30 分鐘後病人體溫降至 37.5°C，已顯得安靜、並入睡。

T (Teaching)：即衛教。描述指導病人或家屬的衛教摘要。

- 例如：1. 指導病人如何做溫水拭浴。
2. 鼓勵多喝開水。

DART 記錄法是活用的，一個焦點並不一定每次都會出 D. A. R. T.，也有可能會出現 D. T. R. 或 D. T.，但仍鼓勵護理人員盡量完整使用，已達護理過程 (Nursing Process) 的要求，使護理記錄更加完整。

範例：

日期	時間	焦點	護理記錄
91/9/1	5pm	呼吸困難	D：病人有呼吸困難現象，躁動、偶咳嗽，嘴唇微發紫，呼吸急促 36 次/分，脈搏 220 次/分。 A：1. 依醫囑給予 O2 Mask 2L/min，Neblizer 使用。 2. 5% G/W+Aminophlline 1Amp IV drip 3. 採半坐臥式。 R：呼吸困難以減輕，嘴唇微紅安靜休息，呼吸 24 次/分，脈搏 120 次/分。 N1 李小萍
530pm	8pm	噁心嘔吐	D：病人嘔吐約 200cc 的褐色液體，主訴持續有噁心感。 A：依醫囑給予 Novamin 1Amp im st. N1 李小萍。 R：病人噁心感無減輕，仍偶吐 250cc 褐色液體，併有腹脹，可聽見腸子蠕動聲。 A：協助醫師插 NG tube，自胃管引流出 400cc 褐色液體，告知病人禁食，並增加 IV 速率。 N1 李小萍 R：已無嘔吐，腹脹減輕，現臥床休息中。 T：指導噁心時深呼吸的方法。N1 李小萍。

護理紀錄(範本)

F1 潛在危險性感染

R:今病人體溫 39.2 度，四肢溫熱，表覺得全身熱熱的，有頭痛且有雙側腰痛，但無腹痛情形，Dr 知，目前於左手前臂內側有 22G 靜脈留置針，入針處周圍無紅腫及滲漏情形，滴注暢，暫無感染相關抽血檢驗，續 Flumarin 1000mg IVD Q8H 及 Paran 1tab PO QID 使用，追蹤病人體溫變化。

T:教導病人膽囊炎好發原因及常見症狀，例如肥胖、糖尿病、膽結石、口服避孕藥、有家族病史者及發燒、右上腹疼痛或輻射至右肩膀或右肩胛骨、黃疸等。SN /Tr.

R:重新測量體溫為 37 度，四肢溫暖，持續觀察病人體溫變化。SN /Tr.

F2 潛在危險性跌倒

R:病人 GCS:E4V5M6，Pupil size R/L :4+/4+，步態穩，表會頭暈，血壓 111/65mmHg，可獨自到廁所盥洗，四肢 muscle power 皆五分，現獨自臥床中，雙側床欄使用，班內無跌倒情形發生。

T:教導病人若要下床須採漸進式下床，如有需要協助可按叫人鈴，若仍頭暈請先臥床，避免跌倒。SN /Tr.

T:教導病人若下床走動，床的高度需放到最低，並採漸進式下床，病室須保持燈光明亮、地板乾燥整潔物堆積物品，臥床休息時須雙側床欄拉起以防跌倒。SN /Tr.

#組織灌流失效(心肺)

R:病人生命徵象：體溫 36°C、脈搏 105 次/分、呼吸 19 次/分、血壓 120/70mmHg、採 Nasal Cannula 3 L/min SPO2:98%，外顯呼吸平順無使用呼吸輔助肌，但表翻身時較喘，常有胸痛，疼痛指數 10 分，四肢水腫 1 價，左肋間 Pig-tail 持續引流，續觀病人生命徵象變化及有無心肺不適症狀。SN /Tr.

T:教導看護翻身時注意病人臉色、呼吸，若有發紺情形應立即通知護理人員，教導病人和看護用氧及按時吃藥的重要性，平時可採半坐臥以利呼吸。SN_____/Tr. _____

#焦慮

R:病人表情平穩無皺眉，家屬可陪伴在旁，於VS陳立修醫師查房時詢問引流管需放置多久、電腦斷層不需確認下肢病情進展狀況嗎?醫師予回應需待引流液引流乾淨才可拔除，並會協助安排下肢電腦斷層檢查，病人表示可接受，過程無緊張、焦慮，續追蹤病人情緒反應。SN_____/Tr. _____

T:鼓勵病人於住院期間可說出自己焦慮、疑問、感受，以利護理人員協處理。SN_____/Tr. _____

#潛在危險性感染

R:病人體溫 36.2°C，目前左手前臂 20G 靜脈留置針存，入針處無紅腫痛、滲漏，點滴滴注中，暢，今行胸腔抽水檢查，傷口於右後背，目前紗布覆蓋，外觀淨，暫無感染抽血檢驗，續觀病人有無感染徵象。

T:教導病人觀察點滴注射部位、檢查穿刺部位有無紅腫痛，或出現寒顫、發燒時，須立即通知護理人員，以及靜脈注射部位須保持乾燥，留意點滴有無滴注順暢，勿拉扯管路，以防感染 SN_____/Tr. ____。

#1 淺在危險性感染

R:今病人體溫 35.9°C，目前右手前臂內側 20 號留置針存，入針處無紅腫，滴注順暢，右後背肋間處 PTCD 存，定位無滑脫，外觀淨，引流液金黃色，量 85 C.C，予執行管路護理後，續蝴蝶貼加紗布覆蓋。暫無感染相關抽血檢驗，續 cefttriaxone 2000mg IVD QD 使用，追蹤病人有無感染徵象。

T:教導病人應確認管路的別針有別在衣服上，而非別在褲子或床單，避免因翻身或上廁所時拉扯到管路，而導致管路的滑脫。觀察引流液的顏色，如顏色突然改變或引流量突然變多或變少，都應立即告知醫護人員。引流袋內的引流液應避免多於 2/3，以避免因太重而導致管路的滑脫。SN_____/Tr. _____