

壹、中榮通用知識

一、感染管制

(一)洗手(請上中榮e學網實習學生核心課程上課)

- 1.目的:清除手上暫時細菌,降固有細菌降到最低至幾乎無,維持較長之抑菌作用。
 - 2.手部衛生五時機:接觸病人前、執行清潔/無菌技術前、暴露病人體液風險後、接觸病人後、接觸病人周遭環境後。
 - 3.消毒洗手步驟:(修剪指甲,不超過指肉,請移除手上飾品及手錶)
 - (1)濕洗手:內外夾攻大立丸(腕上10公分),每部位5次,約40-60秒。
 - (2)乾洗手:按壓乾洗手液使手完全潤濕,以內外夾攻大立丸(腕上10公分),每部位5次,約20-30秒。
- 註:若搓揉不到15秒乾洗手液即乾燥,顯示洗手液按壓量不足。

(二)隔離防護

1.種類及辨識:空氣隔離(藍牌)、飛沫隔離(黃牌)、接觸隔離(紅牌)。

| 空氣隔離(藍牌) | 飛沫隔離(黃牌) | 接觸隔離(紅牌) |
|---|---|--|
|  |  |  |

- 2.住所:空氣隔離(負壓病房)、飛沫隔離(單人房為宜,若不足,以重度咳嗽者為優先)、接觸隔離(通常一般病房)。
- 3.隔離用物準備:隔離牌2張(病歷及床頭各1)、紙盒(內放壓脈帶、電子體溫計)、感染性垃圾桶+紅色感染性垃圾袋、污衣桶+紅色污衣袋。
- 4.注意事項:加強洗手、接觸病人請著黃色防水隔離衣、盡量集中式護理、不帶治療盤、不帶彎盆。

二、預防針扎(請上中榮e學網實習學生核心課程上課)

- (一)全面預防原則使用安全針具、針頭不可回套、隨時攜帶針頭收集盒(八分滿須更換)。
- (二)接觸污染的尖銳物或裸針時不徒手操作(要用剪刀或鑷子夾起)。
- (三)不可徒手處理針器、不可徒手傳遞針器,不可用針頭留lock。
- (四)扭開針頭勿過過度用力,預防反作用力扎傷。
- (五)針扎處理流程:
 - 1.擠血、沖水5分鐘、優碘消毒請同學立即通知老師。
 - 2.掛號抽血(B肝、C肝、HIV、VDRL)。
 - 3.向病人解釋抽血病人的血液做檢查(B肝、C肝、HIV、VDRL)。
 - 4.書寫通報單,請在1、3、6個月追蹤。

三、預防跌倒

(一) 跌倒: 病人因身體一部分非故意或意外而跌落於較低水平面或是低處。

(二) 傷害: 因跌倒而導致身體部分的組織或功能中斷。

(三) 其他

1. 若評估大於等於1分者，列為跌倒高危險群。

2. 評估時機: 入院、病情改變、手術後、定期評估(每星期三)。

3. 標記: 護理系統出現「跌」字、手圈加貼(跌)、床頭加掛「預防跌倒」警示牌。

(四) 跌倒評估(依中榮「跌倒高危險群評估表」評估)

| | |
|--|---------------------|
| 1. 病人曾因跌倒求診或此次住院中曾跌倒 | 6. 頭暈 |
| 2. 躁動(動作顯得緊張、激動且坐立不安) | 7. 使用易跌藥物(本院藥物註記跌字) |
| 3. 視覺不佳，影響日常生活 | |
| 4. 需經常如廁(頻尿或腹瀉)全日 ≥ 8 次、夜晚 ≥ 3 次(指上床夜眠後:依個人慣)(國際尿失禁協會) | |
| 5. 下肢無力(移位或行動需協助) 病人移位+活動分數=3或4分 | |
| ※「移位」部分: 0: 無法自行移位 1: 需一人或二人出力協助 2: 僅需言語提醒或輕度之體協助 3: 完全獨立 | |
| ※「行動」部分: 0: 無法行動 1: 需輪椅協助代步 2: 需一人攙扶行走 3: 獨立 | |

(五) 跌倒衛教

1. 跌倒四要(貼於病房廁所門口牆壁上~請確實衛教病人及住院期間之主要照顧者)

跌倒高危病人「防跌四要」守則

Four Needs in Preventing Falls in High-risk Patients

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>病人意識不清 要隨時陪伴</p>  <p>Need in continual company (for an unconscious patient)</p> | <p>座椅要有扶手、靠背支撐</p>  <p>Need to sit in seats with armrests and back support</p> | <p>如廁起身要協助</p>  <p>Need in toilet assistance in standing up</p> | <p>下床、起身及行走過程要陪伴</p>  <p>Need in company in getting out of bed, getting up and walking</p> |
|---|---|---|---|



臺中榮民總醫院 Taichung Veterans General Hospital

關心您

2. 列印與病人跌倒因子相關的衛教單張，若主要照顧者非本國人~請依其所用語言列印衛教單張，確實衛教病人及主要照顧後~請接受衛教者簽名(主要照顧者或病人)。

四、壓力性損傷高危險群評估列表(依據 Braden 所發展之壓力性損傷高危險篩檢表)

(一)定義:因持續壓力造成皮膚組織的破損，壓瘡通常發生在骨突處，依其可見組織受損程度區分為第一級到第四級、無法分級及疑似深層組織損傷。

壓力性損傷臨床對照(臺中榮總 105.03.09 護理部制)

第一級 下壓不會反白的紅斑 Category/Stage I :Nonblanchable Erythema



第二級 淺皮層(指皮膚損傷在表皮或真皮層，潰瘍成表淺性及開放性粉紅色的傷口床，沒有腐肉，呈現完整或破損含有血清的水泡) Category/Stage II :Partial Thickness Skin Loss



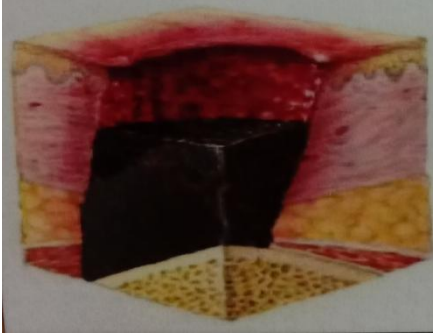
第三級 全皮層缺損(可能見到皮下脂肪，但是骨頭、韌帶或肌肉未被暴露出來) Category/Stag III :Full Thickness Skin Loss



第四級 全皮層組織缺損(全皮層組織缺損，並暴露出骨頭，韌帶或肌肉。可能出現腐肉或痂皮，通常合併有坑道或隧道式傷口)Category/StagIV:Full Thickness Tissue Loss

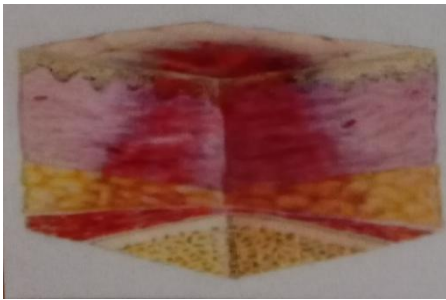


無法分級(全層皮膚缺損，並傷口底部被腐肉或痂皮覆蓋，導致無法評估)Unstageable:Depth Unknown)



深層組織損傷(局部的完整皮膚出現紫色或紫褐色或出現充血的水泡。)

Suspected Deep Tissue Injury:Depth Unknown)



(二)評估時機: 入院、病情改變、手術後、定期評估(每星期三)。

(三)評估分數小於等於 14 分納入高危險群，及時給予病人「潛在危險性皮膚完整性受損」之護理診斷，並依據病人設計適合之預防措施、給予預防壓瘡之衛教。

(四)評估分數大於 14 分，給予一般皮膚護理之照護，並持續每周三執行「壓瘡高危險篩檢表評估」。

(五)壓力性損傷高危險群評估

知覺感受

完全喪失(1分)無意識、對痛無反應

嚴重喪失(2分)對痛呻吟、無意識的動作

輕度喪失(3分)清醒，部份肢體對痛無反應

正常(4分)清醒，無感覺缺損

皮膚潮濕度

失禁潮濕(1分)

失禁，更換尿布每天 \leq 3次(2分)

失禁，每天更換尿布1次(3分)

乾燥、乾淨(4分)

活動情況

絕對臥床(1分)

坐輪椅或椅子(2分)

可偶爾下床活動(3分)

可經常下床活動(4分)

移動程度

無法自行翻身(1分)

偶爾可稍微移動身體或肢體，大部份需要他人協助翻身(2分)

少部份需要他人協助翻身(3分)

可自行翻身(4分)

營養狀況

非常差(1分): 進食量不超過正常餐量1/3或NPO、清流質、點滴營養超過5天

可能不足(2分): 進食量約為正常餐量1/2或清流質管

足夠(3分): 進食量超過正常餐量1/2以上或管灌進食、TPN量可滿足其營養需要

非常充足(4分): 每餐吃完，從不拒絕用餐

| | |
|--|--|
| 灌進食之量不足 | |
| 摩擦力及剪力 | |
| <p>常會發生(1分)：*坐在床上或椅子上經常有下滑現象，需要大力協助病人拉起 *身體僵直、攣縮</p> <p>可能會發生(2分)：*移動身體時需輕微協助 *大多數時能在床上或椅子上維持相當好姿勢</p> | <p>不易發生(3分)：*可憑自己在床上或椅子上移動，移動時可將自己完全抬起</p> |

中榮W65A 非本站會員請勿翻印