

111-112 醫療品質及病人安全工作目標

# 預防病人跌倒及 提升管路安全 課程

112年10月11日

陳舒怡



# 111-112 醫療品質及病人安全工作目標

- 目標1:促進醫療人員間團隊合作及有效溝通
- 目標2:營造病人安全文化、建立醫療機構韌性及落實病人安全事件管理
- 目標3:提升手術安全---本院無手術室。
- **目標4:預防病人跌倒及降低傷害程度**
- 目標5:提升用藥安全
- 目標6:落實感染管制
- **目標7:提升管路安全**
- 目標8:改善醫病溝通並鼓勵病人及家屬參與病人安全工作
- 目標9:維護孕產兒安全 ---本院無產兒科。



依據本院屬性去執行『醫療品質及病人安全工作九大目標』

## 二、整體事件分析：

### (一)各類事件通報事件數

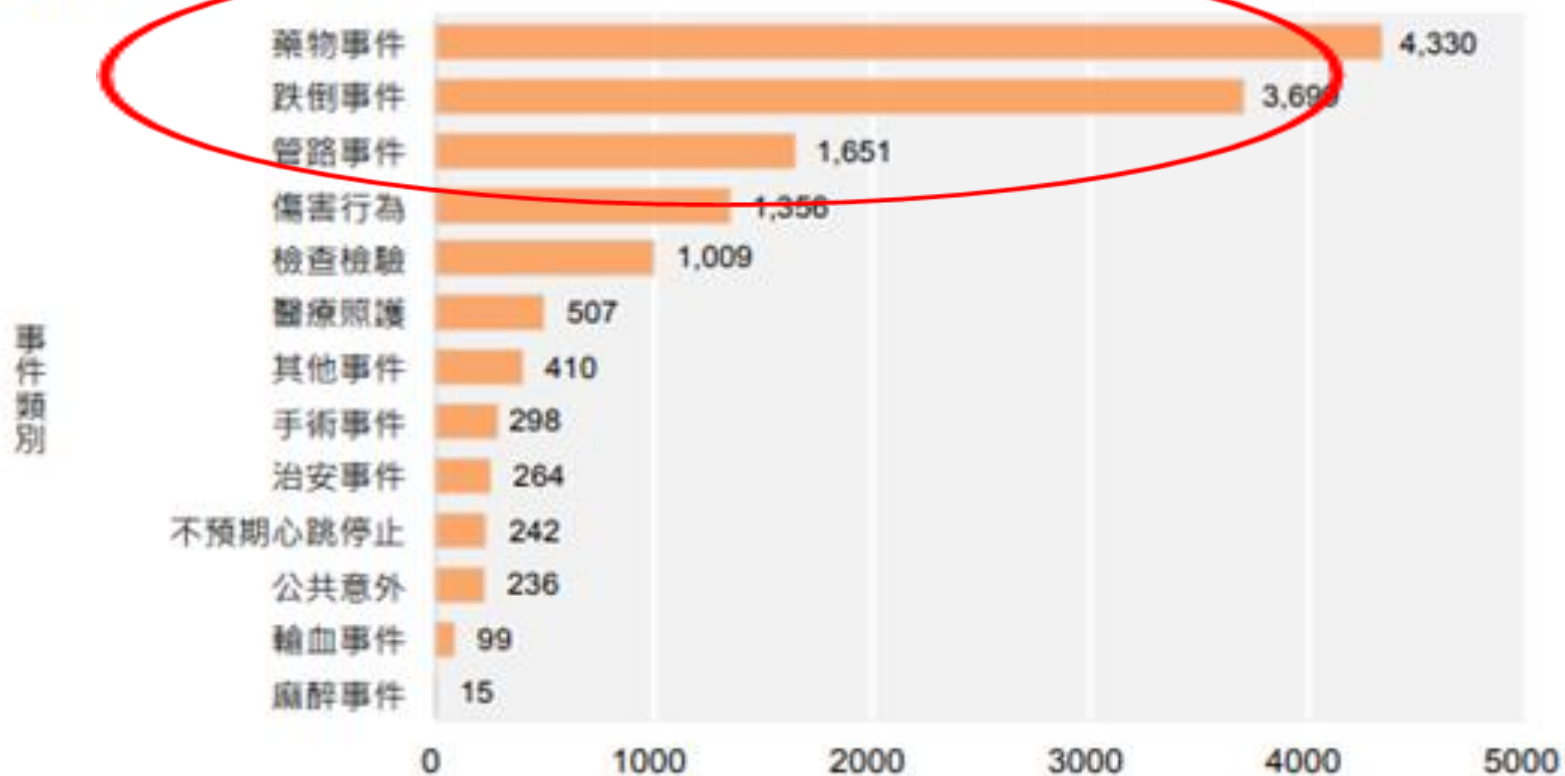


圖 2-1-1：整體通報事件類別

(N = 14,116 ; N 為本季通報事件數)

# 目標四

## 預防病人跌倒及降低傷害程度



# 執行策略

一、團隊合作提供安全的照護與環境，以降低跌倒傷害程度

二、評估及降低病人跌倒風險

三、跌倒後檢視及調整照護計畫

四、落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒及預防或改善衰弱之指導



## 2. 跌倒事件

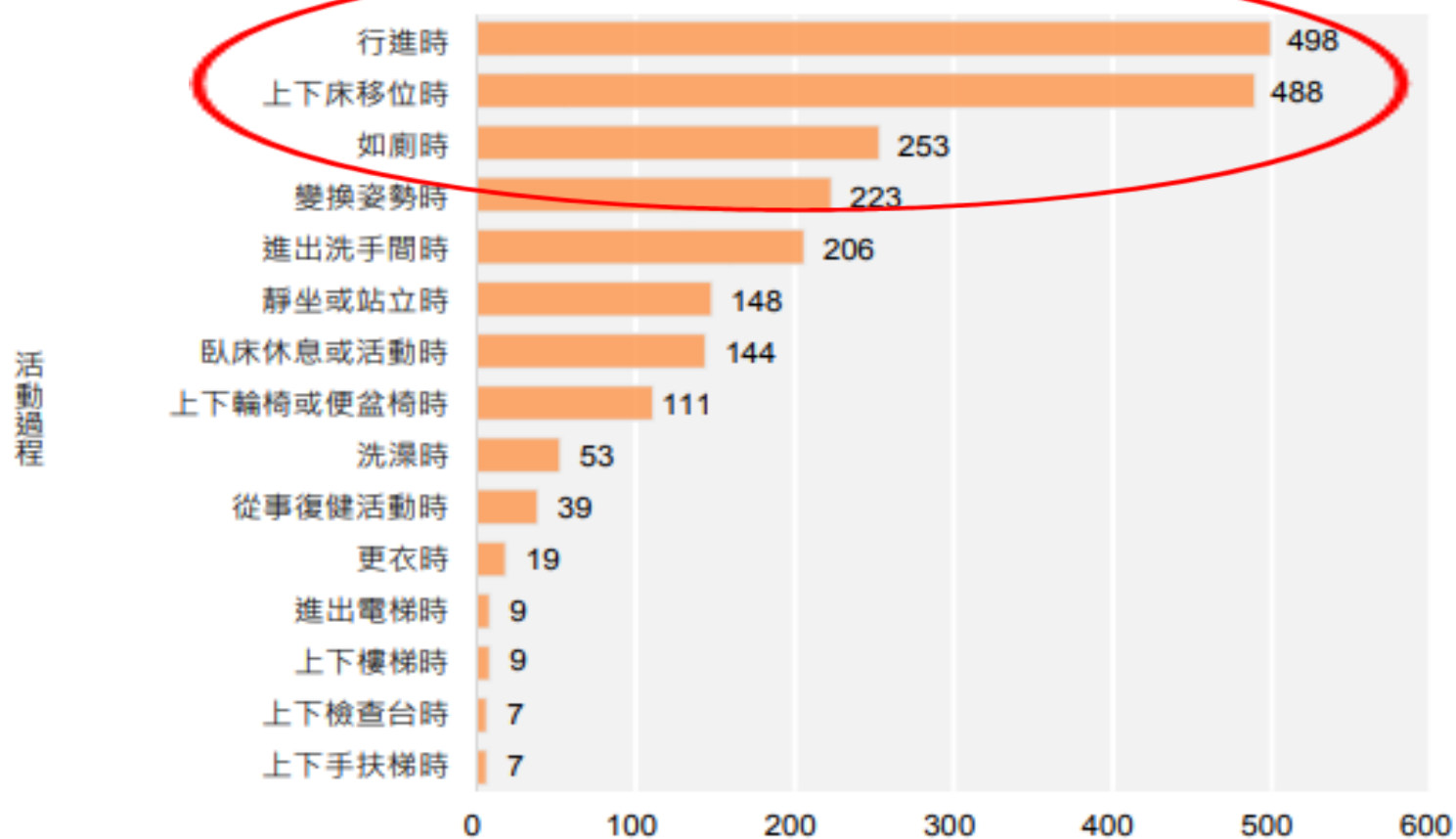


圖 4-1-5：醫院跌倒事件發生時從事何項活動過程

(N=2,214；N 為本季通報事件數，不含其他、不知道及未填共 254 件)

## 七、跌倒防範作業規範

### (一) 目的

1. 藉由評估找出跌倒高危險群以及危險因素，針對其問題加以改善和預防以減少跌倒的發生。
2. 避免跌倒所造成的傷害影響病人生活品質。
3. 降低照護者的負擔及經營成本。

### (二) 適用範圍

跌倒評估≥65 歲者、使用以下藥物者：手術麻醉、抗組織胺藥物、抗高血壓劑、抗癲癇/抗痙攣藥、鎮靜安眠藥、肌肉鬆弛劑、止痛麻醉藥、輕瀉劑、利尿劑、降血糖藥、抗憂鬱/抗精神病/抗焦慮藥物。

### (三) 防範措施

1. 維持室內、浴室內燈光明亮及地板乾燥、保持通道的暢通、樓梯及浴室加裝扶手設施。
2. 完全依賴之病人雙側床欄拉起，坐輪椅者應有適當的固定與約束。
3. 非完全依賴之病人常活動側之床欄放下。
4. 病床煞車固定，並將床降到最低高度，將床旁桌子及垃圾桶置於病人伸手可及之處。
5. 當病人步行時，確認其穿著具止滑功能之拖鞋或鞋子。
6. 視需要每 4 小時及飯後 1 小時協助病人如廁。
7. 尿壺便盆置於病人伸手可及之處（床欄旁下側）並定時協助倒尿。
8. 病人單位有「預防跌倒」標示。
9. 病人下床前至少懸擺雙腳 2 分鐘。
10. 儘可能將有跌倒傾向之病人床位，遷住於靠近護理站旁邊。
11. 儘可能減少就寢時間水份攝取。
12. 巡視病人至少每 2 小時一次。
13. 鼓勵家屬/照護服務員隨時陪伴，病人陪客床應緊鄰床欄放下側邊。
14. 參考護理評估表之活動功能，評估病人之危險因素：包括年齡和步態/平衡，以確認是否需要會診復健科治療。
15. 教導病人/家屬/照顧服務員，在下床步行前需尋求協助。
16. 並回覆示教護士呼叫器正確使用，維持位置在伸手可及之處。
17. 教導病人/家屬/照顧服務員有關跌倒的危險性，並頻頻強調。
18. 教導病人/家屬/照顧服務員正確使用輔助用具及確定功能正常。
19. 教導病人/家屬/照顧服務員正確執行移位及上下床功能。
20. 定期檢查點滴架、輪子是否滑動順暢。
21. 定期檢視並整理病人身上管路。
22. 提供預防跌倒衛教單給病人或主要照顧者，並予以口頭解釋。
23. 針對高危險群的住民給予個別化的運動計畫。
24. 定期藥物評估：檢查所有藥物是否有造成頭暈、低血壓、肌肉無力等現象，並給予個別衛教。

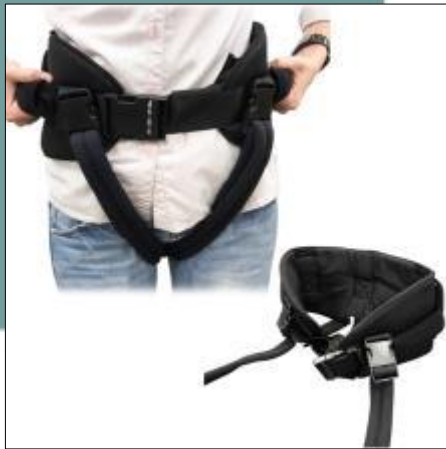
# 跌倒防範作業規範



# 1. 團隊合作提供安全的照護與環境，以降低跌倒傷害程度

## 病床周邊

- 病人可能使用之物品置於病人隨手可得之處
- 床輪固定並定期檢視功能
- 不做治療時，病床高度降至病人坐於床緣時可雙腳著地以防反作用力前傾跌倒
- 教導正確床欄使用方法
- 下床時可提供家屬使用移位固定帶





# 1. 團隊合作提供安全的照護與環境，以降低跌倒傷害程度

## 輔具與支撐物

- 視病人身體活動需求，主動提供床欄及輔具
- 支撐時避免使用會傾斜或可能會滑動的家具或設備支撐
- 體重計加裝扶手，或底下加裝止滑墊或加強固定
- 乘坐輪椅及嬰兒推車時給予適當固定，如使用安全固定帶



# 1. 團隊合作提供安全的照護與環境，以降低跌倒傷害程度

## 病房至浴廁動線

- 保持乾燥、無障礙物、照明充足。
- 地面潮濕時則需設置警示標誌。
- 浴廁加裝止滑設施、扶手及叫人鈴。



## 病人穿著

- 如：大小合適之衣褲及防滑厚底且大小適宜的鞋子等。

## 周邊單位之跌倒防範及交班

- 如：檢查室、手術室、手術恢復室...等周邊單位。



## 2. 評估及降低病人跌倒風險

### 2.1 對醫院工作人員、病人、家屬及其照顧者應提供跌倒預防的宣導教育

#### 宣導 對象

1. 醫院工作人員
2. 一般民眾（病人、家屬及其照顧者）

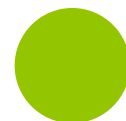
#### 宣導 重點

#### 1. 教導病人及照顧者

- 如何協助病人下床。
- 離開病人視線範圍時應告知醫護人員。
- 如何正確使用床欄及床上便盆。
- 穿著合適衣物及鞋子

#### 2. 指導後：

- 評估病人及照顧者對於內容的瞭解程度。
- 建立防範跌倒之共識。





## 2. 評估及降低病人跌倒風險

### 2.2 定期檢討風險評估工具及早發現跌倒高危險群的病人

#### 跌倒風險評估

##### 入院評估

- 利用具信效度的跌倒評估工具來篩檢具跌倒危險傾向的病人

##### 住院再評估

- 應有再評估機制，及早辨識新的跌倒危險因子
- 與病人或照顧者共同進行跌倒危險評估
- 定期檢視各單位跌倒評估作業流程、評估方式及量表之適當性

##### 離院前再評估

- 宜有防跌再評估機制及提供個別之護理措施

#### 辨識跌倒危險因子

- 年齡65歲以上及5歲以下
- 跌倒經驗：
  - 曾有住院期間跌倒經驗
  - 過去一年內曾跌倒
- 生理、意識狀況及身體活動功能
  - ✓ 頭暈、虛弱感...
  - ✓ 肢體無力、步態不穩、協調或平衡能力差、移位步行需他人協助...
  - ✓ 頻繁如廁
  - ✓ 藥品使用
  - ✓ 意識躁動或不清

#### 提供預防跌倒措施

- 入院後發現跌倒危險因子
  - 再評估並列入交班
  - 給予適當的護理措施
- 高危險族群
  - 增加探視頻次
  - 全院應有一致性預防跌倒的警示，如手圈、臂章
  - 評估有無可改變的跌倒因子
  - 照護者與病人建立關懷的信任關係、給予情緒支持，並說明跌倒可以預防



- ◆具跌倒高度危險傾向的病人，利用預防跌倒的警示標誌來提醒工作人員對照顧者的注意。



高危險跌倒病人用警示標誌提醒





# ◆走道、廁所、樓梯有欄杆防跌倒



## 跌倒事件監測流程

跌倒定義：在本院的任何場所、任何情境下，不論有無造成身體傷害之「非預期地」跌坐或滑坐於地面上，包括因肢體無力，或扶持不佳而不得不緩緩坐於地上。

跌倒傷害：  
指因意外事件造成身體部分結構或功能的中斷如扭傷、瘀傷、骨折或是舊傷惡化等。

1. 立即診視病人狀況，依 TQIP 做分級提供適當照護。
2. 通知該名病人主治醫師及單位主管。
3. 測量生命徵象及意識評估並。

第一級 (依 TQIP):	第二級 (依 TQIP):	第三級 (依 TQIP):
<ol style="list-style-type: none"><li>1. 立即給於傷口處理，依醫囑 Wd CD。</li><li>2. Q4hs check V/S，列入交班。</li><li>3. 加強巡視每 60 鐘密切觀察病人，使病人倍感安心。</li><li>4. 加強衛教：清醒病人及家屬。</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 立即給於傷口處理，依醫囑 Wd CD，密切觀察傷口變化（如紅腫熱痛），必要時 Fu CXR。</li><li>2. Q2hs check V/S，列入交班。</li><li>3. 加強巡視每 30 鐘密切觀察病人，使病人倍感安心。</li><li>4. 依傷口程度給予止痛藥。</li><li>5. 加強衛教：清醒病人及家屬。</li><li>6. 必要時協助轉院候送。</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 立即給於傷口處理，依醫囑 Wd CD，密切觀察傷口變化（如紅腫熱痛），Fu CXR。</li><li>2. Q1hs check V/S 及 GCS，列入交班。</li><li>3. 加強巡視每 15 鐘密切觀察病人，使病人倍感安心。</li><li>4. 依傷口程度給予止痛藥。</li><li>5. 加強衛教（清醒病人、家屬）。</li><li>6. 必要時協助轉院候送。</li></ol>

依異常事件通報流程通報  
(24 小時內)

備註：傷害分級 (依 TQIP)

- 第一級：不需治療僅作稍微處理或觀察的挫傷 (Contusion)、擦傷 (Abrasion)、皮膚小撕裂傷 (Tear) 或破皮。  
第二級：需要醫護處置的扭傷、大範圍或較深的撕裂傷、挫傷，處置包括縫線、繃帶固定夾板或冰敷等。  
第三級：需要醫護處置或會診協助的骨折，意識改變、心智或身體傷害。

## 跌倒事件監測流程

# 3. 跌倒後檢視及調整照護計畫

## 3.1 跌倒後重新檢視照護計畫並適時調整預防措施

□ 對發生跌倒病人重新再評估危險因子正確與否，並適時調整照護措施。

(1)頻尿或腹瀉病人	(2)病人躁動不安	(3)活動移位困難	(4)多重用藥病人
<ul style="list-style-type: none"><li>• 檢視其飲食型態及用藥情形</li><li>• 檢視其疾病史，如前列腺肥大或尿道感染</li><li>• 適時照會及處理</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 評估造成病人躁動不安的原因</li><li>• 給予適當保護措施</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 提供適當輔具並教導正確使用</li><li>• 如廁時全程陪伴（照護者或護理人員）</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 重新檢視藥品使用的必要性</li><li>• 必要時予藥品調整</li></ul>

## 3.2 醫療團隊能全面評估跌倒發生率，並調整預防措施

□ 每年分析跌倒發生率及相關因素，檢討危險因子與照護措施運用平衡性，並依專科特性不同，適時調整照護措施，如一般病人首次下床執行平衡測試，骨科或腦中風病人則行肌力測試。






# 跌倒事件改善



## 4. 落實跌倒高危險病人出院預防措施

- 1. 評估病人即將出院後之跌倒風險，並將高危險跌倒病人列入後續照護機構，包括居家護理交班事項。
  - 2. 跌倒高風險病人若有申請居家無障礙環境評估與改善需求，且符合長照2.0服務條件之病人，協助進行轉介。
  - 3. 提供返家照顧及輔具使用之護理指導，如於家中翻身擺位、移位下床、居家環境安全檢視等注意事項，以避免跌倒或摔落。
  - 4. 評估病人上下肢肌力，並將高危險病人之肌力訓練列入後續照護。
- 

# 出院時跌倒風險評估

新興醫療社團法人新興醫院

97/10/02 制定  
出院準備服務手冊 112/08/01 修訂

## 出院準備服務 個案高危險篩檢 (複篩) 及轉介單

床號: \_\_\_\_\_ 病歷號碼: \_\_\_\_\_ 姓名: \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_\_  
性別: 男  女  入院日期: \_\_\_\_\_ 出院日期: \_\_\_\_\_ 主治醫師: \_\_\_\_\_  
診斷: \_\_\_\_\_

項目	0	1	2	3	4	5	分數
支持系統 (居家狀況)	<input type="checkbox"/> 與配偶同住	<input type="checkbox"/> 與家人同住	<input type="checkbox"/> 獨居有家人支持	<input type="checkbox"/> 獨居有朋友支持	<input type="checkbox"/> 獨居無支持系統	<input type="checkbox"/> 安養中心	
認知	<input type="checkbox"/> 對人、時、地有方向感	<input type="checkbox"/> 對人、時、地定向感或有輕微障礙	<input type="checkbox"/> 對人、時、地定向感或有中度障礙	<input type="checkbox"/> 對人、時、地定向感或有重度障礙	<input type="checkbox"/> 昏迷		
自行照護及活動能力	<input type="checkbox"/> 完全獨立自理	<input type="checkbox"/> 生活自理, 但只能維持輕度工作	<input type="checkbox"/> 可完全自我照顧	<input type="checkbox"/> 少部分生活自理, 50% 以上清醒時間活動受限於床椅	<input type="checkbox"/> 完全受限		
年齡	<input type="checkbox"/> ≤55 歲	<input type="checkbox"/> 56-64 歲	<input type="checkbox"/> 65-79 歲	<input type="checkbox"/> ≥80 歲			
近三個月急診	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 一次	<input type="checkbox"/> 兩次	<input type="checkbox"/> 超過兩次	<input type="checkbox"/> 不含本次住院		
三管	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 一管	<input type="checkbox"/> 二管	<input type="checkbox"/> 三管 ex: NG、Foley、氣切造口、呼吸器使用等			
聽覺/視力	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 視覺或聽覺缺失	<input type="checkbox"/> 視覺、聽覺全缺失				
疾病種類	<input type="checkbox"/> <3 種	<input type="checkbox"/> 3-5 種	<input type="checkbox"/> >5 種	ex: 以慢性病為主			
日常生活活動功能	<input type="checkbox"/> 完全自主	依賴以下 (1 項 1 分; 可複選) <input type="checkbox"/> 進食/灌食 <input type="checkbox"/> 洗澡 <input type="checkbox"/> 如廁 <input type="checkbox"/> 個人衛生 <input type="checkbox"/> 穿脫衣褲/護理 <input type="checkbox"/> 大便失禁 <input type="checkbox"/> 小便失禁 <input type="checkbox"/> 移位 <input type="checkbox"/> 平地上走動 <input type="checkbox"/> 上下樓梯					
行為	<input type="checkbox"/> 適當	(1 項 1 分) <input type="checkbox"/> 游走 <input type="checkbox"/> 躁動 <input type="checkbox"/> 濕氣 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
<b>總分</b>							
新入院病患之初篩表 ≥ 7 分者, 請專科護理師填寫此表格, 填寫完畢請交給出院準備服務專責護士。							
(當病患開始執行呼吸訓練 V-T-P 或 V-T-M > 24 小時, 此格則由呼吸治療師填寫)							
* 肺臟之氧合與通氣等氣體交換作用皆可接受範圍內: FiO <sub>2</sub> 40% 及 PEEP ≤ 5 cm H <sub>2</sub> O 時 SpO <sub>2</sub> > 90%							
* 下列 4 項至少符合 3 項: <input type="checkbox"/> P <sub>imax</sub> 之絕對值大於 25 cm H <sub>2</sub> O <input type="checkbox"/> 每分鐘通氣量 (> 5L/min) <input type="checkbox"/> 自行呼吸速率 ≤ 35/min or VT > 5ml/kg <input type="checkbox"/> RSB1 (≤ 108)							
* 實施呼吸耐久試驗採取: <input type="checkbox"/> P <sub>SV</sub> cm H <sub>2</sub> O <input type="checkbox"/> EPAP or CPAP <input type="checkbox"/> 依賴氧氣 呼吸治療師: _____ 日期: _____							
* 此表格填寫完畢並且總分 ≥ 20 分需轉出院準備小組會予服務。							
* 建議轉介: <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 安養機構 <input type="checkbox"/> 護理之家 <input type="checkbox"/> 居家護理 <input type="checkbox"/> 回家療養 <input type="checkbox"/> 其他							
* 結果: _____							
出院準備服務專責護士簽名: _____ 日期: _____							

新興醫療社團法人新興醫院

97/10/02 制定  
出院準備服務手冊 112/08/01 修訂

## 出院準備服務 個案需求評估計劃表

### 一、基本資料

床號: \_\_\_\_\_ 病歷號碼: \_\_\_\_\_  
出生日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齡 \_\_\_\_\_  
診斷: \_\_\_\_\_  
住址: \_\_\_\_\_  
主要照顧者: \_\_\_\_\_

教育  不識字  小學  初中  高中  大專以上

語言  國語  閩南語  客語  其他: \_\_\_\_\_

職業  無  有, \_\_\_\_\_

菸  無  電子菸  二手菸  已戒, \_\_\_\_\_ 年  已抽, \_\_\_\_\_ 年, \_\_\_\_\_ 支

酒  無  偶喝  已戒, \_\_\_\_\_ 年  每天喝, \_\_\_\_\_ 年, \_\_\_\_\_ 支

身份類別  一般戶  中/低收入戶  其他

獨居老人  其他 \_\_\_\_\_

身心障礙手冊 無  有 \_\_\_\_\_ 類 ( \_\_\_\_\_ )  
程度 無  重度  中度  輕度

### 二、資源需求評估

- 醫療處理需求  無  有
- 家庭問題需求  無  有
- 社會資源需求  無  有

### 三、出院

- 回家:  門診追蹤  居家照護  
機構:  護理之家: \_\_\_\_\_  
 轉其他醫院: \_\_\_\_\_

### 四、照護評估

- 意識狀況:  清醒  混亂  嗜睡
- 呼吸狀況:  自呼  導管  氧氣  呼吸器  其他治

新興醫療社團法人新興醫院

97/10/02 制定  
出院準備服務手冊 112/08/01 修訂

### 3. 感官功能:

視力:  正常 (R/L)  缺陷 (R/L)  輔助物 (R/L)  其他  
聽力:  正常 (R/L)  缺陷 (R/L)  輔助物 (R/L)  其他  
語言:  正常  缺陷

### 4. 營養/飲食

飲食限制:  是: \_\_\_\_\_  否 每日攝取:  過多  適當  不足  
飲食限制:  是: \_\_\_\_\_  否  
飲食方法及種類:  
由口:  普通飲食  軟食  流食  營養補充品  
管灌:  胃管  胃造瘻  腸造瘻 Kcal/day: 熱量: \_\_\_\_\_ Kcal/day 品牌: \_\_\_\_\_

### 5. 泌尿功能:

正常  頻尿  失禁  閉尿導尿  膀胱造瘻  尿管留置  少尿

### 6. 排便功能:

型態:  正常  便秘  腹瀉 頻率: \_\_\_\_\_ 次/ \_\_\_\_\_ 天  
途徑:  肛門造瘻口 ( 迴腸  空腸  結腸)  
輔助方式:  軟便劑  塞劑  灌腸  
異物處理:  每次解便  偶而

### 7. 皮膚完整性:

(請填代號: 1 發紅, 2 傷及表皮, 3 傷及皮下組織, 4 傷及肌肉骨骼)  
 完整  不完整 ( 腫塊  水泡  破皮  潰瘍  壞死)  
傷口: 部位: \_\_\_\_\_ 大小: \_\_\_\_\_ 程度: \_\_\_\_\_  
褥瘡: 部位: \_\_\_\_\_ 大小: \_\_\_\_\_ 程度: \_\_\_\_\_

### 8. 自我照顧力:

(請填代號: 1. 獨立 2. 輕度依賴 3. 中度依賴 4. 嚴重依賴 5. 全部依賴)  
進食 \_\_\_\_\_ 轉位 \_\_\_\_\_ 修飾 \_\_\_\_\_ 進出 \_\_\_\_\_ 洗澡 \_\_\_\_\_  
步行 \_\_\_\_\_ 上下 \_\_\_\_\_ 穿脫 \_\_\_\_\_ 控便 \_\_\_\_\_ 控尿 \_\_\_\_\_

### 9. 家庭功能:

經濟狀況:  有剩餘  足夠日常所需  不足日常所需  
與家人互動:  良好  不佳

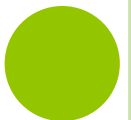
### 五、其他

- 留置導管:  鼻胃管: 更換日期: \_\_\_\_\_; 材質:  矽質  PVC  PU; 管徑: \_\_\_\_\_ Fr.  
 留置尿管: 更換日期: \_\_\_\_\_; 材質:  矽質  橡皮; 管徑: \_\_\_\_\_ Fr.  
 氣切套管: 更換日期: \_\_\_\_\_; 材質:  塑膠  金屬  鐵弗龍; 管徑: \_\_\_\_\_ Fr.  
 其他管路: \_\_\_\_\_
- 出院檢視:  移除管路  移除手 (腳) 圈  帳單  其他: \_\_\_\_\_
- 出院攜帶資料:  病歷摘要  RT sheet  轉診單  其他: \_\_\_\_\_
- 特殊交班事項:  
護理人員簽名: \_\_\_\_\_ 主治醫師簽名: \_\_\_\_\_ 病患簽名: \_\_\_\_\_  
陪同者簽名: \_\_\_\_\_ 與病人關係: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分  
如有照護相關問題, 與本院住院準備服務專人 顏麗雲 聯繫 電話 06-6330011 轉 230



## 4.提供病人及主要照顧者預防跌倒護理指導

- 1.針對高危險跌倒病人，提供病人或照顧者個別性預防跌倒的護理指導及單張。
- 2.應確認主要照顧者了解與病人返家後相關的跌倒危險因子及需再加強警覺性。
- 3.主要照顧者若為外籍看護，應使用了解的語言溝通，並提供護理指導單張，必要時應回覆示教。



# 提供多國語言 跌倒衛教單張



# 社區長者日常生活居家防跌倒衛教



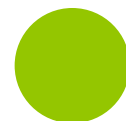
# 目標七 提升管路安全



# 執行策略

一、落實侵入性管路之正確置放

二、提升管路照護安全及預防相關傷害



### 3. 管路事件

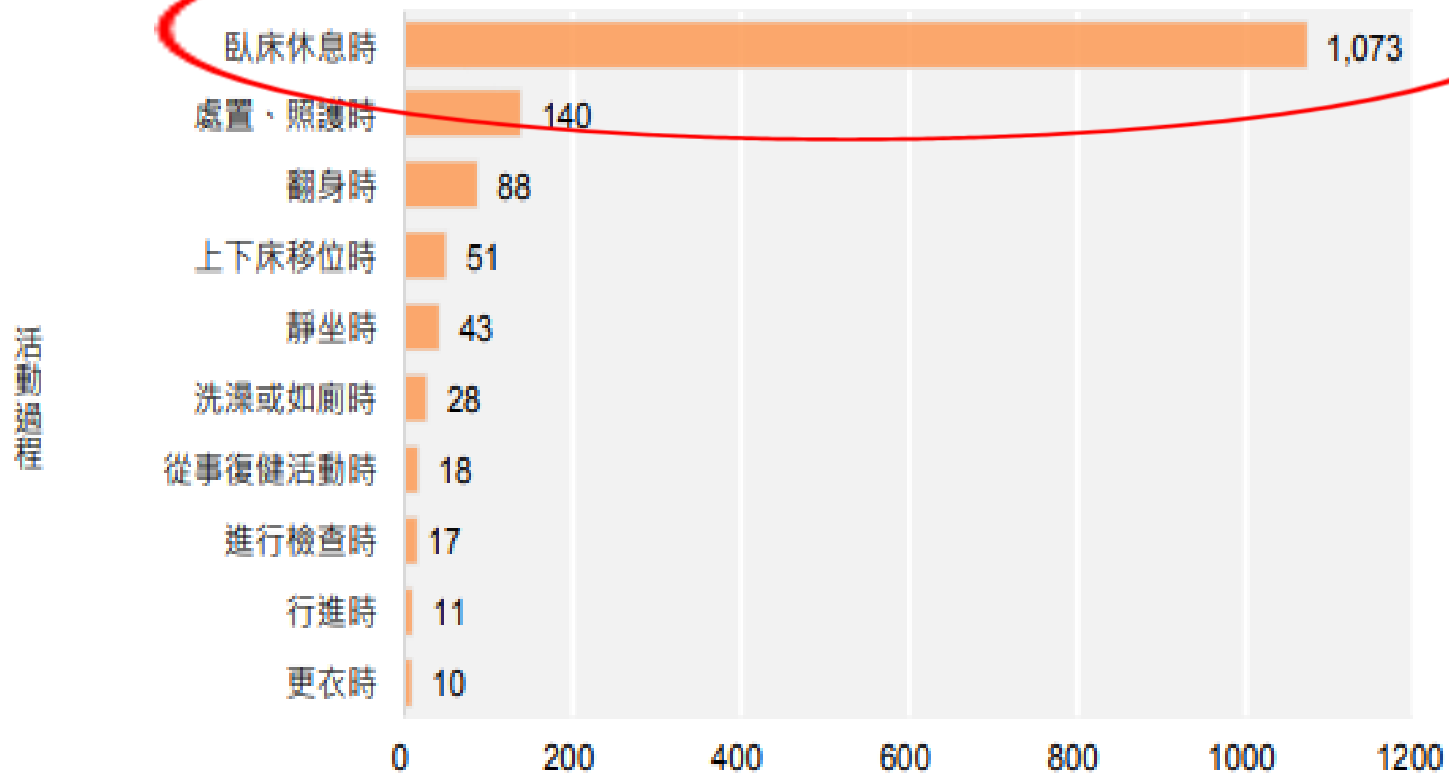


圖 4-1-6：醫院管路事件發生於何項活動過程

圖 4-1-6：醫院管路事件發生於何項活動過程

(N = 1,479 ; N 為本季通報事件數，不含其他、不知道及未填共 138 件)

管路種類

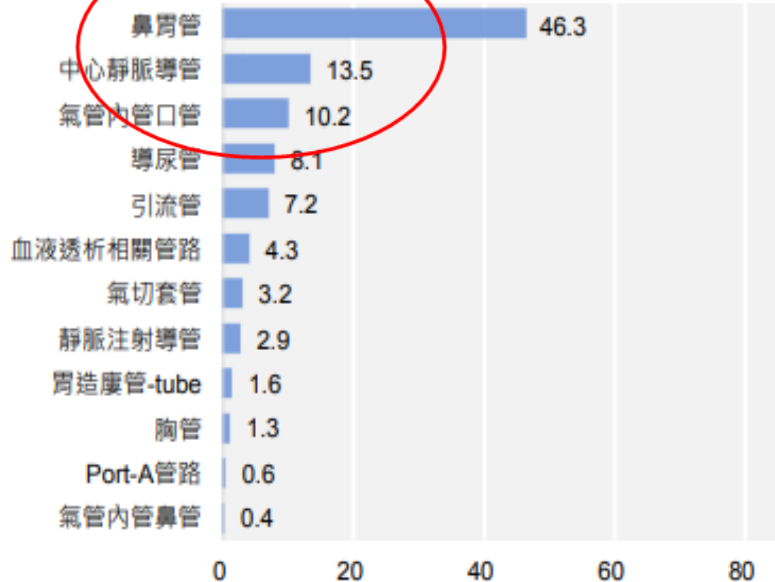


圖 4-1-7：醫院管路事件種類

(N = 1,617 ; N 為本季通報事件數；此項目為複選)

管路錯誤類型

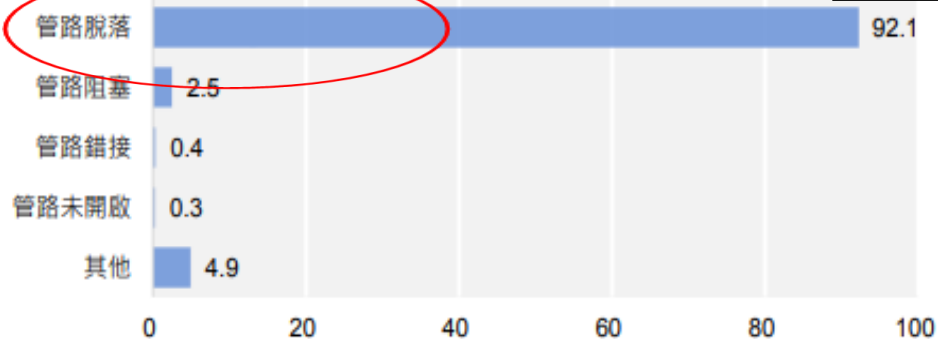


圖 4-1-8：醫院管路事件錯誤類型

台灣病人安全通報系統(TPR)

2022 年第 4 季

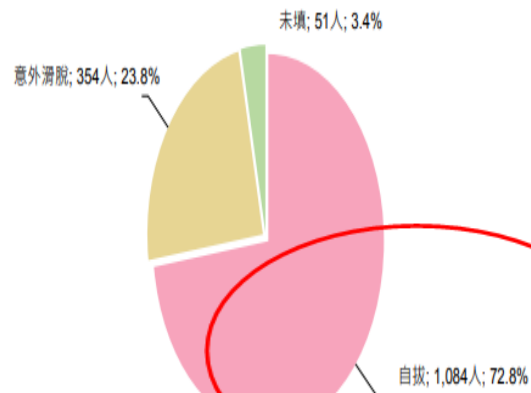


圖 4-1-9：醫院管路脫落錯誤類型

(N = 1,489 ; N 為本季通報醫院管路脫落事件數)





# 管路安全目的

- 1. 各類管路的設置是最基本的侵入性處置，也是維護病人生命安全的重要設備。
- 2. 照護不慎導致意外，可能引發嚴重合併症。



# 管路的種類

1. 氣管內管及氣切導管(tracheostomy)
2. 末梢靜脈(peripheral IV line)
3. 動脈導管(A-line)
4. 中央靜脈導管(CVP line)
5. 鼻胃管(NG tube)
6. 導尿管(俗稱Foley cath.)
7. 胸管(chest tube)...等等

任何侵入性治療，需填寫同意書



# 管路照護品質之重點工作

1. 降低管路留置期間之感染率
2. 氣管內管自拔及滑脫率之改善
3. 管路照護之異常改善
4. 管路錯接之預防

# 1. 落實侵入性管路之正確置放

## 1.1 應建立侵入性管路使用之評估措施，包括置放位置之確認及留置之必要性

各類侵入性管路使用，應有**放置前及留置必要性之評估**。

**訂定標準作業流程**，規範可執行管路置放的醫療人員，並確保其操作能確實遵循標準作業規範。在置放侵入性管路時，鼓勵以影像工具導引，如：置放中央靜脈導管困難時，鼓勵以超音波導引等方式。

**平時應備妥**各類管路置放所需的器械、物料、設備、照明及人力支援安排等，**以備需要時可以隨時順利進行**。

**應有各類管路置放位置正確之確認機制**，例如：觀察輸液管路回血及輸液流暢度、中心導管影像檢查、鼻胃管位置確認等，並密切觀察病人臨床反應等。



# 1.落實侵入性管路之正確放置

新興醫院護理部護理技術作業標準程序目錄

文件編號	內容	頁數	1版	2版	3版	4版	5版	6版
01	急救車急救技術作業法	1	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
02	急救車應用作業法	2	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
03	傷戶護理技術作業法	3	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
04	協助翻身與臥體操作法	6	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
05	床上洗滌標準作業法	7	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
06	床上擦浴標準作業法	8	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
07	口腔護理標準作業法	9	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
08	手腳清潔標準作業法	10	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
09	會陰沖洗標準作業法	11	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
10	The Duke 的學測術及護理技術作業法	12	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
11	協助更換及打疊中護理技術作業法	13	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
12	抽痰(Suction) 技術標準作業法	14	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
13	洗手技術標準作業法	15	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
14	輸血技術標準作業法	18	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
15	成人心肺復甦術 (CPR) 作業法	18	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
16	心肺復甦術及少額作業法	16	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
17	評估意識反應標準作業法	20	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
18	測量了口溫度方法及記錄作業法	22	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
19	成人人工處理作業法	24	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
20	DR CPT 技術作業法	25	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
21	中心靜脈導管的護理作業法	26	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
22	HR 抽片作業法	27	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
23	靜脈注射標準作業法	28	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
24	正確使用注射標準作業法	29	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07
25	病患處方注射標準作業法	32	08.01	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07

新興醫院護理部護理技術作業標準程序目錄

文件編號	內容	頁數	1版	2版	3版	4版	5版	6版
26	定向注射標準作業法	33	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07	
27	靜脈留置與固定標準作業法	34	08.01	09.10	13.03	14.07	16.06	21.07
28	靜脈注射標準作業法	35	08.01	09.10	13.03	14.07	16.06	21.07
29	正確使用靜脈標準作業法	36	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07	
30	DR Solus 技術標準作業法	37	08.01	09.10	13.03	14.07	16.06	21.07
31	鼻滴標準作業法	38	08.01	09.10	13.03	14.07	16.06	21.07
32	鼻滴標準作業法	39	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07	
33	鼻-C tube 固定標準作業法	43	08.01	09.10	13.03	14.07	16.06	21.07
34	鼻胃管置入標準作業法	41	08.01	09.10	13.03	14.07	16.06	21.07
35	靜脈注射標準作業法	42	08.01	09.10	13.03	14.07	16.06	21.07
36	灌腸技術標準作業法	43	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07	
37	灌腸標準作業法	44	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07	
38	正確使用口護理技術標準作業法	47	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07	
39	靜脈注射標準作業法	49	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07	
40	內置導尿管技術標準作業法	52	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07	
41	胃、腸胃護理技術標準作業法	53	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07	
42	胃、腸C、內置導尿管技術標準作業法	55	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07	
43	統一版鼻胃管技術標準作業法	57	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07	
44	鼻胃管護理技術標準作業法	58	08.10	13.03	14.07	16.06	21.07	
45	鼻插上下床作業法	59						21.07
46	吸痰劑打疊作業法	61						21.07

文件編號: NIS-4  
文件編號: NIS-4.1

### 四、管路滑脫作業規範

制 定: 2003.05  
19 次修訂: 2021.06

目、中心靜脈導管固定法

(一) 目的:

1. 了解心臟接受血液及輸出血液的功能。
2. 了解在體液供給時, 心臟血管系統的平衡狀態, 為液體治療的正確指

標。

(二) 適用範圍:  
心臟病、休

(三) 用物準備

設備及用物	單位	數量	設備及用物	單位	數量
縫合包	支	1	Bite	個	1
C、V、P管	支	1	10cc 空針	支	1
靜脈測器	支	1	固定膠布	卷	1
2%Xylocaine	支	1	抽吸器	個	1
IV set	支	1	無菌手套	付	1
空針 (5cc、20cc)	支	1	壓力測量器	個	1
75%酒精	支	1			
紗袋	支	1			

(四) 施行血管:  
1. 上腔靜脈:

(五) 操作步驟

1. 請用物帶至病人
2. 確認病人。
3. 向病人及家屬
4. 協助病人採取平頭或鎖骨下靜脈靜脈轉向對側。
5. 將中心靜脈測器上, 基線上輸入
6. 醫師決定插入
7. 用酒精棉棒及膠布, 以鎖骨中區圍鎖骨皮膚兩
8. 再以大棉棒沾 2%Chlorhexidi

制 定: 2006.05  
13 次修訂: 2021.05

### 四、管路滑脫作業規範

A 氣管內插管固定術

(一) 目的:

1. 維持呼吸道通暢。
2. 防止異物吸入。
3. 確保人工呼吸有效。

(二) 適用範圍:  
急性呼吸衰竭、氣道阻塞、分泌物過多等。

(三) 設備及用物

設備及用物	單位	數量	設備及用物	單位	數量
氣管內管 (endotracheal tube)	支	1	Bite	個	1
喉鏡 (laryngoscope)	支	1	10cc 空針	支	1
插管 (stylet)	支	1	固定膠布	卷	1
潤滑劑 (2%Xylocaine jelly)	支	1	抽吸器	個	1
抽吸器與無菌抽吸管	支	1	無菌手套	付	1
Ambu Bag & mask	支	1	壓力測量器	個	1

(四) 操作步驟

步驟	要點與原則
1. 插管前準備:	
1.1 確認病人。	
1.2 檢查喉鏡亮度是否足夠。	
1.3 放置插管通插不可超過管前某	• 以 10cc 空針打入空氣檢查氣囊 cuff 是否破裂並記得將空氣回抽乾淨。
	• 避免損傷組織。
2. 插管中:	
2.1 先將病人安置適當位置:	• 成人: 仰臥將頭頸往後使喉部伸展
	• 嬰兒及小孩: 仰臥將頭頸保持頸部平直。
2.2 將病人安置適當位置:	
2.3 先給病人 100% 純氧吸入 3 分鐘。	
2.4 插管中高隨時抽吸口腔分泌物	
3. 插管後:	
3.1 以 10cc 空針測氣囊充氣 (可先打	• 氣囊壓力 < 25cmH <sub>2</sub> O (每 2 小時測量一次)
抽一些以防止漏氣及吸入異物	• 任何時間應保持充氣狀態充氣量維持不漏氣程度 (適當 2-5CC) 充氣太多易使氣管組織受壓。
囊壓力的調整可在固定後再做)。	• 吸氣前應先抽吸氣管
	• 氣囊漏氣的徵象:

護理技術作業標準程序手冊

管路滑脫作業規範



# 1. 落實侵入性管路之正確置放

## 1.2 應提升醫療人員對於困難呼吸道 ( difficult airway ) 處置能力，並建立支援應變機制

針對困難呼吸道 ( difficult airway ) 個案的處置，應明訂醫療團隊緊急支援系統。

針對困難呼吸道個案，插管前應有評估及應變計劃，適時求援。





新興醫院護理部  
作業標準書(standard operating procedure, SOP)

制 定：2011.10.18  
第 6 版審訂：2021.05.15

文件編號 WI-37	困難插管作業標準書	負責人	陳舒怡	服務單位或對象	護理人員
作業執行類別	依實際所需				
適用範圍	住院病房適用				

1.目的：

使本院醫護人員對困難插管病人有緊急處理能力，以確保急重症病人的醫療照護品質與存活率。

2.用物(含所需表單)及設備：

用物及設備	單位	數量	使用重點(或放置位子)說明
2.1LMA	組	1	• 護理站
2.2 管路滑脫異常事件通報單	張	1	• 護理站

3.作業內容：

內 容	注 意 事 項
3.1 氣管內管(Endo Tube)滑脫或自拔。 3.1.1 馬上評估病人狀況給予適當的處置。 3.1.2 立即通知醫師，決定是否插管。 3.1.3 當病人無法自行呼吸、呼吸急促或發紺時，立即給予人工颯醒球使用100%氧氣擠壓。 3.1.4 當病人呼吸平順時，依醫囑檢查血液氣體分析及給予藥物治療至穩定。	• 監測生命徵象及血氧濃度，給予氧氣。 • 當血氧濃度達95%以上，協助醫師插氣管內管。 • 需持續監測生命徵象及血氧濃度，直到病情穩定。
3.2 執行氣管內管插管。 3.2.1 護理人員先將床頭拆除。 3.2.2 準備用物：氣管內管(病人原先使用之SIZE)、TEST CUFF有無漏氣、JELLY、通條、喉頭鏡組、宜拉膠。 3.2.3 醫師無法將氣管內管放入，尋求本院其他醫師，前來協助。 3.2.4 若仍無法插入，緊急使用LMA(Laryngeal mask airway 喉面罩)，快速插管。	• 利醫師採三軸合一。 • 依醫囑是否使用鎮靜劑(Dormicum 或 Valium)。 • 如胸腔科醫師、內外科醫師等。 • 使用LMA前須先使用人工颯醒球使用100%氧氣擠壓。



LMA(Laryngeal mask airway 喉面罩)。

3.2.5 完成插管，需協助

吸音是否對稱。

3.2.6 依醫囑Fu CXR，已確定位置是否合宜。

3.2.7 聯絡家屬，視情況轉院處理氣道問題。

3.2.8 填寫管路滑脫異常事件通報單。

- 若有變更位置需重新紀錄與交班。
- 注意病人血氧變化。
- 送呈單位主管→病安護理長→護理科→管理室。



困難插管作業標準書

LMA用物



## 2. 提升管路照護安全及預防相關傷害

- 1.訂有各類管路照護標準作業流程，依據管路特性訂定置放位置正確之再確認、確保管路連接正確機制；以及照護重點含管路類型、尺寸、位置、深度、固定、消毒清潔方式、維持通暢及密閉性、置換週期、移除前評估等作業規範，並列入交班(包括：病人轉運送時)。
- 2.高危險管路（如：透析管路、動脈導管、胸管..等）避免錯接之防呆機制，按使用說明書執行。
- 3.植入體內非永久性管路（如：雙J型管，Double-J Catheter），應建立後續追蹤流程，並有提醒機制，以避免忘記移除（或更換）管路之風險。
- 4.當反覆發生管路非計畫性移除狀況時，應考慮管路留置的必要性；如果確認仍然需要時，要檢討原因，強化固定方式與照顧模式。

# 管路照護品質管理及異常事件通報之機制

- 1.定期考評醫療人員執行各類管路照護品質，並進行缺失檢討改善、相關教育訓練，與成效追蹤
- 2.鼓勵管路異常事件之通報，並針對監測結果作分析及檢討。

- 中心靜脈導管固定
- 氣管內管固定.....等稽核





# 感謝聆聽



參閱資料文獻  
台灣病人安全資訊網：  
[www.patientsafety.mohw.gov.tw](http://www.patientsafety.mohw.gov.tw)

