

編號：CCMP97-RD-039

建構中西醫聯合照護示範病房

張恒鴻

長庚醫療財團法人

摘要

研究目的：

本研究擬於長庚紀念醫院桃園院區建構腦中風中西醫合作病房。

研究方法：

召開專家會議研議腦中風中西醫聯合照護臨床路徑，於長庚桃園分院建構標準病房的軟硬體之配置，規劃中醫住院之所需的相關硬體設備及人力需求，及所需人員的訓練背景，規劃各相關單位如何相互分工合作，及探討實際執行時發生的困難如何克服。為建置完整中西合作之醫療團隊，尚須建立中醫護理照護之標準作業常規，並規劃建構中西醫藥物合併治療之藥物資訊及中藥給藥制度。

試行中西醫聯合照護流程，由西醫神經科腦中風病房之住院病患，選擇病情已穩定且符合收案標準者轉介至此病房。每位患者住院腦中風中西醫合作病房 6 週，同時接受中西醫聯合照護包含中西藥物、針灸及復健治療等項目及必要之檢驗。出院後依病情狀況轉復健科繼續治療或出院門診追蹤治療。並且執行住院醫療成本分析。

結果與討論：

在醫療成本方面，本計畫結算出平均一人 6 週之醫療成本是新台幣 72,053 元。本計畫可作為各中醫醫院未來規畫中醫住院之參考。

關鍵詞：腦中風、中西醫聯合照護、成本分析、臨床路徑

Number: CCMP97-RD-039

Establishing the Model Ward of Integrative Traditional Chinese and Western Medicine

Chang Hen Hong

CHANG GUNG MEDICAL FOUNDATION

ABSTRACT

Aim:

This study will build stroke ward of integrative TCM and western medicine in the Taoyuan branch, Chang Gung Memorial Hospital.

Method:

To convene expert conference discuss the stroke clinical pathway of TCM and western medicine combine care. This study constructs the hard and soft ware of the model ward in the Taoyuan branch, Chang Gung Memorial Hospital and the reorganization of required personnel, also deals on the strategy to overcome the practical problems. In addition to build up a complete TCM and western medicine team, we still set up Standard Operational Procedure (SOP) for Chinese nursing system, information of herb and Western medicine reaction and TCM prescription system.

Inpatients in stroke ward of neurological department who are stable and fit the inclusion. Criteria will be transferred to the model ward of integrative traditional Chinese and western medicine. These inpatients stay in the ward for 6 weeks and Simultaneously accept TCM and western medicine combine care, including herb, West medicine, acupuncture, rehabilitation and the necessary examination. After discharge, according to the clinical condition, these patients will be transferred to rehabilitation ward for further treatment or arrange OPD follow-up individually.

Results & Discussion:

The average medical cost of every patients in this study is NT 72,053for 6 weeks medical service. This result is reference for set up Traditional Chinese medicine hospitalization in the future.

Keywords: stroke, TCM and western medicine combine care, cost analysis, clinical pathway

壹、前言

早期中醫醫療業務都僅侷限於門診醫療，加上台灣中醫健保給付也僅以門診醫療給予支付，因此台灣中醫醫療一直都僅侷限於門診醫療，然而鄰近國家如中國大陸、韓國、日本及歐洲部份國家如德國等都有頗為完善的中醫住院醫療之發展，特別是中國大陸地區每個省份均有中醫醫院附設之中醫住院醫療業務，其中大多以中西醫結合之住院醫療為其特色。反觀目前台灣地區具備有中醫住院醫療的醫院實在太少，有鑑於考量全民選擇就醫的權益，及提昇中醫藥治療的療效與中醫臨床訓練，如何增加中醫醫療在住院服務的這一部分實在有其重要性及必要性，又依據馬總統政見白皮書「健康政策」第 10 項「醫藥生技產業研發補助倍增、加速中醫藥科學化」，其內容主張「以政府力量促進醫藥生技產業之發展與整合，研發補助倍增。鼓勵中西醫合作，並主張加強中醫藥教育、藥品管理、建構臨床療效評估制度，以及建構中醫藥就醫用藥安全環境，並加速中醫藥之科學化與現代化。」及結合「教考訓用」之連貫性，建構中西醫聯合照護病房作為中醫臨床醫療訓練場所，實為各界重視的專題。

長庚紀念醫院為醫學中心級教學醫院，院內的教學多年來已建立完立完善的制度。中醫部門業已成立十餘年，由門診業務開始，進而發展西醫住院會診中醫的臨床醫療。在主管機關行政院衛生署中醫藥委員會自九十一年度中醫臨床教學前導計畫開始的推動下，我們參與了門診教學、會診教學及住診教學相關教學提昇計畫，目前已逐步建構完整的中醫臨床教學體系。長庚醫療體系近年來積極推展的特色醫療，係以疾病為中心的跨領域科系整合照護模式，中醫住院病床由原本在林口總院綜合病床開始，發展至 95 年 3 月於桃園分院開辦中醫病房，在長庚醫療體系完整的架構下，以嶄新的設備及醫學中心的品質，建構更有效能的中西醫整合專病照護模式，建構專病中西醫聯合照護的病房，讓專病專治可以落實，讓民眾更能接受中醫住院醫療。中醫住院目前並無健保給付，無法全面服務民眾，如何拓展中醫健保給付的業務是目前最重要的工作項目。

本計畫擬於長庚紀念醫院桃園院區建構中西醫合作病房，以腦中風為主題，建構專病中西醫整合的臨床路徑。完善中醫、護理及中藥藥事人員臨床技能教學及醫療服務。首先建構標準病房的軟硬體之配置，規劃中醫住院之所需的相關硬體設備及人力需求，及所需人員的訓練背景，規劃出各相關單位如何相互分工合作，及探討實際執行時發生的困難如何克服。為建置完整中西合作之醫療團隊，尚須建立中醫護理照護之標準作業常規、專病療效評估及成本分析，及配合中草藥不良反應 (ADR) 通報系統規劃建構中西醫藥物合併治療之藥物資訊、中藥給藥制度，提昇中醫師執業水準及中醫醫療院所服務品質。提供民眾中醫就醫及中藥用藥安全環境，確保民眾中醫就醫及中藥用藥的安全。

貳、材料與方法

一、實施方法：

- (一)建構標準病房的軟硬體之配置，規劃人力需求，及所需人員的訓練背景。
- (二)建構腦中風中醫住院診療之臨床路徑(表一)。
- (三)病患來源：西醫神經科腦中風病房之住院病患，病情已穩定且符合收案標準者轉介至此病房。
- (四)規劃建構中西藥合併治療之藥物資訊。
- (五)執行成本分析。

二、實施步驟：

- (一)召開專家會議研議專病中西醫聯合照護住院臨床路徑，腦中風為例
 - 1.制定病患收治住院標準及排除標準。
 - 2.制定標準處置流程及治療內容(表一)。
 - 3.制定急救及緊急狀況處理流程(表二)。
 - 4.制定西醫照會流程(表三)。
 - 5.建構中西藥合併治療之藥物資訊。



- (二)以長庚桃園分院 8 樓中醫病房設置 20 床中西醫聯合照護病床。
- (三)由林口長庚神經科腦中風急性病房經 brain CT 或 MRI 確定診斷為腦中風之初次發病患者，發病介於 7-30 日內而病情已穩定，且 NIHSS 介於 6-25 分，男女不拘，年齡 45 至 80 歲者，預計一年收治 40 名腦中風病患。
- (四)排除條件
 - 1.臨床和影像診斷確定非腦中風個案。
 - 2.病況不穩：有神經學症狀不穩定或生命徵象不穩定，須進一步處置者，如短暫缺血發作、腦中風持續惡化、顱內壓上升、感染症

未癒、無法矯正的電解質不平衡、血壓血糖極度控制不良者。

3.心臟衰竭，依紐約心臟醫學會(NYHA)的分級為3或4級者。

4.急性心肌梗塞發作一個月內者。

5.氣喘或慢性阻塞性肺疾病藥物控制不良者。

6.慢性腎衰竭患者需長期透析治療。

7.需其他積極性治療之癌症病患。

8.腦中風失語症者

9.復發性腦中風。

(五)每位患者住院以6週為原則，處置內容依病情而定，包含中西藥物、針灸推拿及復健治療等項目，並進行必要之檢驗檢查。

(六)每日由一位神經科西醫師及一位中醫師巡房，進行臨床診治。

(七)病患每週會診復健科1次，訂定該週內之復健治療計畫。

(八)出院後依病情狀況轉復健科繼續治療或出院門診追蹤治療。

(九)定期召開病房會議

1.探討實際執行時的困難及研擬解決方案

2.探討中西醫聯合臨床照護的實際困難及可能之阻力及研擬解決對策

3.制定中醫護理照護之標準作業常規

4.制定中西藥並用之給藥模式及常備中藥之作業方式及每日用藥之配送及存放方式

(十)執行住院醫療成本分析

(十一)建立病房之教學架構：包含床邊教學及病歷教學。

參、結果

一、建構標準中醫病房：

(一)硬體之配置：

依據本院建構腦中風中西醫結合病房的經驗，硬體結構基本上應包含以下之配置：

病房設備	中醫治療室
<ul style="list-style-type: none"> • 電動病床 • 陪客床 • 護士鈴 • 電視機(單人房) • 電冰箱(單人房) • 氧氣供應設備 • 抽痰設備 • 電腦 • 列印機及網路 • 血壓計 • 血糖機 • 衣物櫃 • 護理站 • 護理長辦公室 • 護士更衣間 • 醫師值班室 • 紙本病歷櫃 • 公告欄 • 會議室 • 交誼廳 • 污物室 • 飲水間 • 洗衣間 • 準備室及庫房 • 清潔間 • 消防設備 	<ul style="list-style-type: none"> • 薰洗室 • 藥浴室  
 <ul style="list-style-type: none"> • 床旁桌 • 高樓逃生設備 	<ul style="list-style-type: none"> • 灸療室 

	<p>簡易復健器材</p> 
<p>急救設備</p>	<p>藥品管控、醫療用品</p>
<p>• 急救車：急救用藥及器材 (CVP line、Endotrachea tube、Laryngoscopy、Air way、通條、Ambu bag)</p>	<p>• UD 中藥局 • 藥物儲存-常備藥櫃、UD 藥冰箱</p>
 <p>• EKG monitor • 電擊器</p>	 <p>• 常備醫療用品： (注射針頭、點滴、IV set、空針、點滴架、導尿管、尿袋、導尿包、鼻胃管、抽吸管、抽吸瓶、氧氣桶、氧氣管及面罩、紗布、棉枝、檢體收集試管、耳溫槍、輪椅、便盆、尿盆、剪刀包、氣切包、氣切、手套、3M、針灸針、艾條(粒)、打火機、酒精、酒精性優碘、針桶收集器具、醫療廢棄物收集器具、jely、護士工作車、約束帶、彎盆)</p>
	

(二)軟體之配置：

1.人力需求：

人 力 需 求
<ul style="list-style-type: none">• 醫師(主治醫師、住院醫師、實習醫師)• 護理人員(護理長、副護理長、護理師(士))： 依據病床數採 1:5 之比例• 藥師 5 人• 書記 1 人• 助理員 4 人、清潔人員 1 人

2.所需人員的訓練背景：

人 員 訓 練 背 景
醫師(主治醫師、住院醫師) (1)主治醫師： a.中醫系畢、醫學系畢或學士後中醫系畢且具中醫師資格 b.完成教學醫院中醫住院醫師訓練 (2)住院醫師：中醫系畢或醫學系畢學士後中醫系畢具中醫師資格
護理人員、藥師 (1)護理人員(護理長、護理師(士))：護理專科系(含)以上學歷畢具備中華民國護士或護理師證照，且完成中醫七科九學分者(含中藥概論、藥膳學、針灸護理學、傷科護理學、中醫護理學、中醫護理學實習) (2)藥師：藥學系(含)以上學歷畢且具備中華民國藥師證照、及修習藥師持續教育每 2 年 48 學分者

3.醫療系統：

醫 療 系 統
<ul style="list-style-type: none">• 住院醫囑系統、電子病歷、PACS 系統• 值班表、交班本• 衛教活動、衛教單

4.會議：

會 議
<p>• 會議：</p> <p>(1)病房會議，每季至少舉辦一次，探討及解決臨床醫療及行政上所面臨之難題。</p> <p>(2)Chart round，每 2 週一次。</p> <p>(3)Morbidity and mortality case conference，依據病患實際狀況不定期舉辦。</p> <p>(4)醫護聯合討論會，每季至少舉辦一次，協助醫、護、藥之間之交流溝通，以利臨床業務之執行，同時增進彼此之臨床技能。</p>

5.制訂各項住診收費標準

二、建構長庚體系腦中風專病之中西醫整合的臨床路徑(表一)。

三、建構中醫護理照護之標準作業規範

中醫護理照護模式以病人為中心，採負責護士制度，安排固定段落進行照護，中醫護理的核心思維是強調整體觀、通過四診進行辨證，以中醫的方法對病人的健康問題加以分析判斷，做出適當的中醫護理診斷及施護流程。我們所設定的一般中醫護理照護作業規範如下：

- (一)紅外線儀器標準作業規範(表四)。
- (二)協助拔罐法標準作業規範(表五)。
- (三)電針法標準作業規範(表六)。
- (四)協助毫針刺療法標準作業規範(表七)。
- (五)溫灸療法標準作業規範(表八)。
- (六)外治法—敷貼膏布標準作業規範(表九)。
- (七)薰蒸療法標準作業規範(表十)。
- (八)藥浴療法標準作業規範(表十一)。

四、建構中西醫藥物合併治療之藥物資訊

以民國 94 年架構完成的全國中草藥不良反應線上網路通報中心系統，作為中西藥物合併治療之藥物資訊平台。

詳參見網路 <http://tcmadr.cgmh.org.tw/>



五、擬訂「藥師監測住院病患藥品照護作業流程」及「住院處方給藥流程」

(一)藥師監測住院病患藥品照護作業流程(圖一)：

由中藥局藥師篩選出中醫住院病患，先通知藥局負責藥師，然後負責藥師與主要照護者連繫，填寫住院病患用藥衛教訪視預約單選定衛教時間，並查詢病患基本資料及填寫住院病患用藥訪視記錄表格，針對病患用藥情況藥師預先評估病患用藥情形，以利準備衛教內容及製作衛教單張，依時間藥師親自對病患或主要照護者進行衛教指導，完成衛教後指導藥師評估病患或主要照護者之覆述成果，再將衛教結果歸檔。

(二)住院處方給藥流程(圖二)：

由病房醫師開立電腦醫囑，網路連線至中藥局，如為科學中藥則直接包裝，如為生藥則將飲片送至煎煮室進行煎煮作業，完成後分裝即可送至護理站，儲存至 UD 藥冰箱，護理人員按用藥時間發藥給病患，並監督病人服用情形。

六、收治腦中風病患 40 名

本計劃以亞急性期發病 7-30 日內之腦中風病患進行收案，本計畫住院為中醫住院，中醫住院目前尚無健保給付，需全額自費，面對高額的醫療費用，基於經濟考量及計畫核定有限經費，共收治 15 位中醫住院會診西醫之自費病患，並改以篩選過往同病種患者，西醫住院會診中醫之方式進行收案 25 人，總共收治 40 名病患。

西醫住院會診中醫	中醫住院會診西醫
1. 實際年齡 40-80 歲或 80 歲以上 (23 人/2 人) 2. 初次或二次發病腦中風患者 (23 人/2 人) 3. 發病 30 天以上者(25 人)	1. 實際年齡 40-80 歲(15 人) 2. 初次發病腦中風患者(15 人) 3. 發病介於 7-30 天(15 人) 4. NIHSS6-25 分(15 人)

七、執行腦中風中西醫聯合住院照護的成本分析

計算病患醫療成本包含以下有關中、西醫聯合住院照護的醫療費：住院會診費、中醫總床住院診察費、中醫總床病房費、中醫總床護理費、住院藥事服務費、醫療材料費(鼻胃管、尿管等)、醫療處置費(傷口換藥、血糖測試等)、針灸治療處置費、入院處置費、物理治療復健費、職能治療復健費用，平均一人 6 週之醫療成本是新台幣 72,053 元。

肆、討論

依據西方醫學的觀點，腦中風的最佳治療時機，應盡早開始，才會得到較顯著的改善，相對於中醫藥對於腦中風的治療亦應是如此。且腦中風是一種後遺症極明顯的疾患，特別是殘障程度及死亡率，在目前各項治療無法達到令病人及家屬滿意的狀況下，中醫的適時介入醫療，已是大多數的病患及家屬所期待的。可由腦中風西醫住院會診中醫之試辦計劃明顯看到腦中風病患多覺得目前的醫療尚顯不足，而想求助中醫藥的輔助醫療。因此如何讓中醫藥能早期介入腦中風的醫療實為一項重要的課程，此計劃所設計的示範病房就是一種突顯中醫藥治療的好方法，未來的研究計畫可更進一步進行療效評估，如此更能明瞭結合中醫的處置能否加強腦中風的預後。

伍、結論與建議

亞急性期腦中風病患對於腦中風之中西醫結合治療接受度極高，唯全民健保未給付中醫住院而影響其普及率。另外在醫療成本方面，本計畫結算出平均一人六週之醫療成本是新台幣 72,053 元。本計畫可作為各中醫醫院未來規畫中醫住院之參考，並建議將腦中風之中醫住院增列為全國性之試辦計畫。

誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會計畫編號CCMP97-RD-039 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

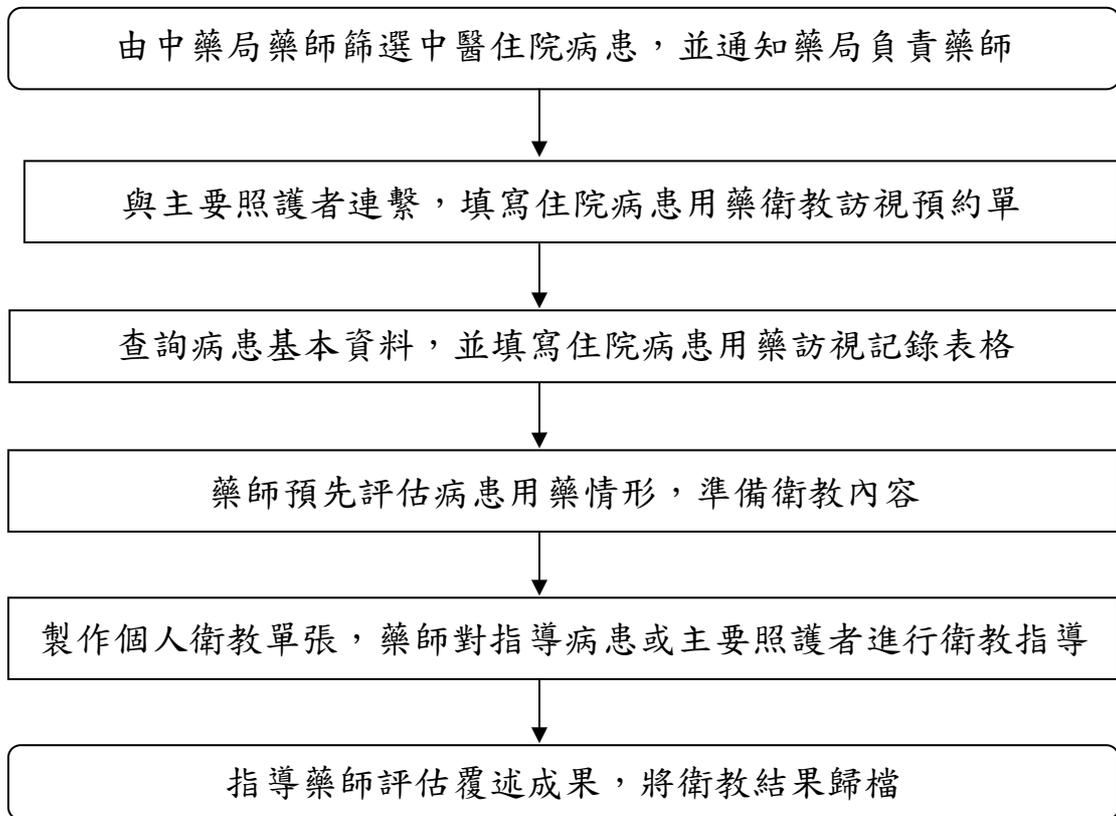
陸、參考文獻

1. 陳楚玉; 2004~2007 年我院住院病人疾病統計分析醫學信息 2008,(6)
2. 石學敏以針灸治療為中心的中風診療體系江蘇中醫 1999 年第 20 卷,(8)
3. 袁永耀. 試論綜合醫院中醫病房的定位. 現代醫院, 2004, (1)
4. 劉玲. 創建真正屬於中醫的病房. 醫院管理論壇, 2007, (04)
5. 黃曄. 通過中醫病房實踐談中西醫結合. 中國中西醫結合雜誌, 1994, (03)
6. 王林現; 翟建國; 宋進勝; 張增建; 中西醫結合臨床研究探討, 中國醫療前沿 2008,(6)
7. 鐘蕙如, 孫茂峰, 林淑瓊, 孫淑惠. 建構中醫病房護理計劃記錄標準化之研究[J]. 中醫藥管理雜誌, 2008,(05)
8. 劉仲萍. 臨床護理記錄突出中醫特色的探討[J]. 中國醫藥導報, 2008,(15)
9. 袁成信. 中西醫結合治療 8 例腫瘤患者的總結[J]. 中外醫療, 2008,(14)
10. 吳靜. 中西醫結合治療腫瘤的現狀[J]. 現代醫藥衛生, 2008,(06)
11. 李德華. 中西醫結合抗癌作用的優勢互補[J]. 中國中西醫結合外科雜誌, 2006, (04)
12. 周立清. 中西醫結合治療中風后遺癥 27 例觀察[J]. 實用中醫藥雜誌, 2008, (09)
13. 趙衛東. 中西醫結合治療中風后遺癥 78 例觀察[J]. 實用中醫藥雜誌, 2008, (09)
14. 林宜信主編(2003): 臺灣中醫藥整合與前瞻, 台北: 行政院衛生署中醫藥委員會。
15. 林宜信主編(2005): 建構台灣中醫臨床教學訓練計畫暨病例教學實務, 台北: 行政院衛生署中醫藥委員會。
16. 林宜信主編(2005): 中醫管理法規彙編, 台北: 行政院衛生署中醫藥委員會。
17. 林宜信主編(2005): 臺灣中醫行政要覽, 台北: 行政院衛生署中醫藥委員會。
18. 林宜信主編(2005): 臺灣中醫藥發展策略與成果, 台北: 行政院衛生署中醫藥委員會。
19. Pei J. Sun L. Chen R. Zhu T. Qian Y. Yuan D. The effect of electro-acupuncture on motor function recovery in patients with acute cerebral infarction: a randomly controlled trial. Journal of Traditional Chinese Medicine, 2001 Dec. 21(4):270-2
20. Lee JD. Chon JS. Jeong HK. Kim HJ. Yun M. Kim DY. Kim DI. Park CI. Yoo HS. The cerebrovascular response to traditional acupuncture after stroke. Neuroradiology. 2003 Nov 45(11):780-4,
21. Hopwood V. Lewith GT. Does acupuncture help stroke patients become

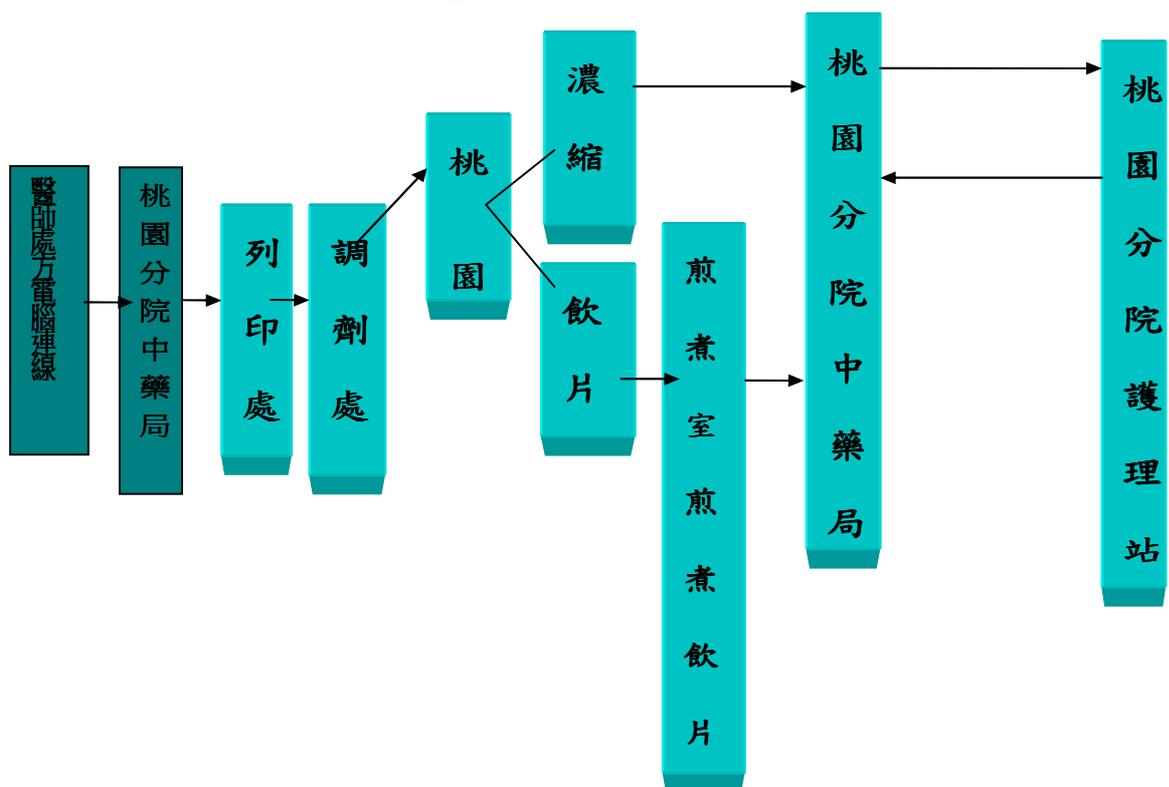
- more independent?. *Journal of Alternative & Complementary Medicine.* , 2005 Feb. 11(1):175-7
22. Kjendahl A. Sallstrom S. Osten PE. Stanghelle JK. Borchgrevink CF. A one year follow-up study on the effects of acupuncture in the treatment of stroke patients in the subacute stage: a randomized, controlled study. *Clinical Rehabilitation.* , 1997 Aug.11(3):192-200
 23. Moon SK. Whang YK. Park SU. Ko CN. Kim YS. Bae HS. Cho KH. Antispastic effect of electroacupuncture and moxibustion in stroke patients. *American Journal of Chinese Medicine.* , 2003.31(3):467-74
 24. Sallstrom S. Kjendahl A. Osten PE. Stanghelle JK. Borchgrevink CF. Acupuncture therapy in stroke during the subacute phase. A randomized controlled trial. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening.*, 1995 Sep 30 115(23):2884-7
 25. Johansson K. Lindgren I. Widner H. Wiklund I. Johansson BB. Can sensory stimulation improve the functional outcome in stroke patients?. *Neurology.* , 1993 Nov 43(11):2189-92
 26. Hu HH. Chung C. Liu TJ. Chen RC. Chen CH. Chou P. Huang WS. Lin JC. Tsuei JJ. A randomized controlled trial on the treatment for acute partial ischemic stroke with acupuncture. *Neuroepidemiology.* , 1993.12(2):106-13
 27. Yen HL. Chan W. An East-West approach to the management of central post-stroke pain. *Cerebrovascular Diseases.* , 2003. 16(1):27-30
 28. Seki T. Kurusu M. Tanji H. Arai H. Sasaki H. Acupuncture and swallowing reflex in poststroke patients. *Journal of the American Geriatrics Society,* 2003 May. 51(5):726-7
 29. Seki T. Iwasaki K. Arai H. Sasaki H. Hayashi H. Yamada S. Toba K. Acupuncture for dysphagia in poststroke patients: a videofluoroscopic study. *Journal of the American Geriatrics Society.* , 2005 Jun 53(6):1083-4
 30. Kim YS. Lee SH. Jung WS. Park SU. Moon SK. Ko CN. Cho KH. Bae HS. Intradermal acupuncture on shen-men and nei-kuan acupoints in patients with insomnia after stroke. *American Journal of Chinese Medicine.* , 2004,32(5):771-8
 31. Jiang Z. Li C. Li Y. Treatment of postapoplectic thalamic spontaneous pain by electroacupuncture at huatuojiaji points. *Journal of Traditional Chinese Medicine.* , 1999 Sep.19(3):195-9
 32. Wong AM, Su TY, Tang FT, Cheng PT, Liaw MY Clinical trial of electrical acupuncture on hemiplegic stroke patients. *American Journal of Physical Medicine & rehabilitation.* , 1999 Mar-Apr ,78(2):117-22

柒、圖、表

圖一、藥師監測住院病患藥品照護作業流程



圖二、「住院處方給藥流程」



	血液常規檢驗(CBC/DC) 生化檢驗(Sugar, BUN, Cr, AST, ALT, ALK-P, Bil ,Na, K,Cl,Ca, P) 胸腔 X 光(CXR) 心律血氧監測儀(Pulse oximeter) 腦部電腦斷層攝影(Brain CT) 動脈血液分析 ABG 血液培養 Blood culture 痰液培養及抹片 Sputum cultures and smear 尿液常規分析(Urinalysis) 糞便常規分析(Stool analysis) 脈診、舌診	心律血氧監測儀 (Pulse oximeter) 腦部電腦斷層攝影(Brain CT) 動脈血液分析 ABG 血液培養 Blood culture 痰液培養及抹片 Sputum cultures and smear 尿液常規分析(Urinalysis) 糞便常規分析(Stool analysis) 脈診、舌診
住院	第一日	第二日
會診	復健醫師 營養師 其他科(依據病情)	其他科(依據病情)
衛教	營養衛教 家屬協商 中風衛教(診斷、中風危險因子、中風治療計畫、中風日常活動衛教、預後衛教、神經學損傷之嚴重度及衝擊) 復健醫療衛教 護理衛教	營養衛教 家屬協商 中風衛教(診斷、中風危險因子、中風治療計畫、中風日常活動衛教、預後衛教、神經學損傷之嚴重度及衝擊) 復健醫療衛教 護理衛教
處置	針灸推拿 中藥 西藥 復健	針灸推拿 中藥 西藥 復健
路徑檢視	適合繼續此腦中風中西醫聯合照護臨床路徑嗎? 如不適合，應停止此路徑並說明原因	適合繼續此腦中風中西醫聯合照護臨床路徑嗎? 如不適合，應停止此路徑並說明原因

住院	第 3-28 日	第 29-42 日
評估	病程記錄 SOAP 理學檢查 中醫四診 生命跡象(Vital sign) 昏迷指數(Coma scale) 病患狀況(Condition) 活動狀況(Activity) 營養狀況(Nutritional status) 大便小便功能(Bowel and bladder function) 吞嚥功能測試(Swallowing test) 皮膚完好狀況(Skin integrity) 憂鬱狀況(Mood for depression) 跌倒風險(Fall risk)	病程記錄 SOAP 理學檢查 中醫四診 生命跡象(Vital sign) 昏迷指數(Coma scale) 病患狀況(Condition) 活動狀況(Activity) 營養狀況(Nutritional status) 大便小便功能(Bowel and bladder function) 吞嚥功能測試(Swallowing test) 皮膚完好狀況(Skin integrity) 憂鬱狀況(Mood for depression) 跌倒風險(Fall risk)
實驗室檢查(依據病情)	血液常規檢驗(CBC/DC) 生化檢驗(Sugar, BUN, Cr, AST, ALT, ALK-P, Bil ,Na, K,Cl,Ca, P) 胸腔 X 光(CXR) 心律血氧監測儀(Pulse oximeter) 腦部電腦斷層攝影(Brain CT) 動脈血液分析 ABG 血液培養 Blood culture 痰液培養及抹片 Sputum cultures and smear 尿液常規分析(Urinalysis) 糞便常規分析(Stool analysis) 脈診 舌診	血液常規檢驗(CBC/DC) 生化檢驗(Sugar, BUN, Cr, AST, ALT, ALK-P, Bil ,Na, K,Cl,Ca, P) 胸腔 X 光(CXR) 心律血氧監測儀(Pulse oximeter) 腦部電腦斷層攝影(Brain CT) 動脈血液分析 ABG 血液培養 Blood culture 痰液培養及抹片 Sputum cultures and smear 尿液常規分析(Urinalysis) 糞便常規分析(Stool analysis) 脈診 舌診

會診	(依據病情)	(依據病情)
衛教	營養衛教 家屬協商 中風衛教(診斷、中風危險因子、中風治療計畫、中風日常活動衛教、預後衛教、神經學損傷之嚴重度及衝擊) 復健醫療衛教 護理衛教	營養衛教 家屬協商 中風衛教(診斷、中風危險因子、中風治療計畫、中風日常活動衛教、預後衛教、神經學損傷之嚴重度及衝擊) 復健醫療衛教 護理衛教
處置	針灸推拿 中藥 西藥 復健	針灸推拿 中藥 西藥 復健
出院計畫		出院後照護計畫包含出院計畫及出院後處置計畫 轉復健科 提供居家照護者 居家照護衛教 出院後追蹤
路徑檢視	適合繼續此腦中風中西醫聯合照護臨床路徑嗎? 如不適合, 應停止此路徑並說明原因	適合繼續此腦中風中西醫聯合照護臨床路徑嗎? 如不適合, 應停止此路徑並說明原因

表二、急救及緊急狀況處理流程

長庚醫院桃園分院 H8F 病房急救作業要點

壹、目的

為加強桃園分院 8F 病房人員對急救行動(以下簡稱 999)之因應作業能力，以有效縮短急救時間，增加病患甦醒機會，特訂定本作業要點，供全院同仁共同遵循。

貳、適用範圍

8F 病房所有人員(包括病人、家屬)及提供醫療服務之相關人員，發生危急情況，必須召集醫護人員急救支援時，均應依本作業要點之規定辦理。

參、工作職責

- 一、病患之主治醫師或總住院醫師為小組組長，負責該現場指揮急救處理作業。
- 二、麻醉部：負責維持病人呼吸道通暢及急救處理。
- 三、單位主管及工作人員：單位主管負責急救現場秩序，工作人員準備急救藥物、生理監視器、電擊器、急救程序。
- 四、警衛人員：負責聯絡救護車後送林口總院急診室。
- 五、其他支援人員：依桃園分院緊急救護小組責任區分配，8F 支援單位為 5F 病房，提供急救單位協助。
- 六、以上所訂執掌，若於急救行動時，資深醫護人員不能立即趕到現場，其工作應由小組中次一級人員取代之。

肆、作業程序

- 一、任何人發生生命危急時，發現者應即施予第一步 A.B.C.急救，並立即連絡總機(電話為 111)，詳告發生地點(如病房及床號、檢查部門、各樓公共區域)，以便呼叫 999 急救小組前往急救。
- 二、總機於接獲通知時，須連續廣播兩次，廣播內容之順序係先播報 999，後播發生地點。如於病房發生則為：“999 棟別、樓層別、第○○病房第○○病床”；如於檢查部門發生則為：“999 一樓檢查○區”。999 急救小組於聽到廣播後，應立即前往發生地點，施行急救。各責任單位人員應於「急救記錄表」上註明呼叫 999 時間及小組抵達現場時間。
- 三、病患情況經急救穩定後，由急救小組組長宣佈急救結果，並記載於病歷醫囑欄內(Progression note)，病患如為住院病患，事後應即向該病患之責任主治醫師報告急救經過。
- 四、各責任單位人員於急救行動完畢後，應依醫囑將病患轉送適當地點(如病房、門診、林口總院急診等)，如需送往林口總院急診，

則需由醫護人員隨救護車同行，轉送過程隨時依病患病情變化必要時施予急救。

五、急救耗材部分，請護理人員以開立領料單方式，向林口總院急診取回使用的計價急救耗材。

六、責任部門單位主管應於次日中午前完成「急救記錄表」一式二聯(附件二)，呈一級主管核閱，並送麻醉部主任審核、簽註意見後，一聯留麻醉部存，另一聯送回各責任單位存查。

七、住院病人經 999 急救後，責任部門之病房主任應於二週內召開醫護檢討會議，邀請相關部門人員共同檢討案例，並做成紀錄呈核一級主管核閱。

伍、改善執行與追蹤

一、部門對於急救後所發現之缺失及異常，應即做整體的檢討改善並公開向部門內醫護人員宣導及教育訓練。

二、對於不符標準之項目麻醉部應於一個月內施行複查，追蹤其改善成果並呈報院長。

陸、急救設備之準備及維護

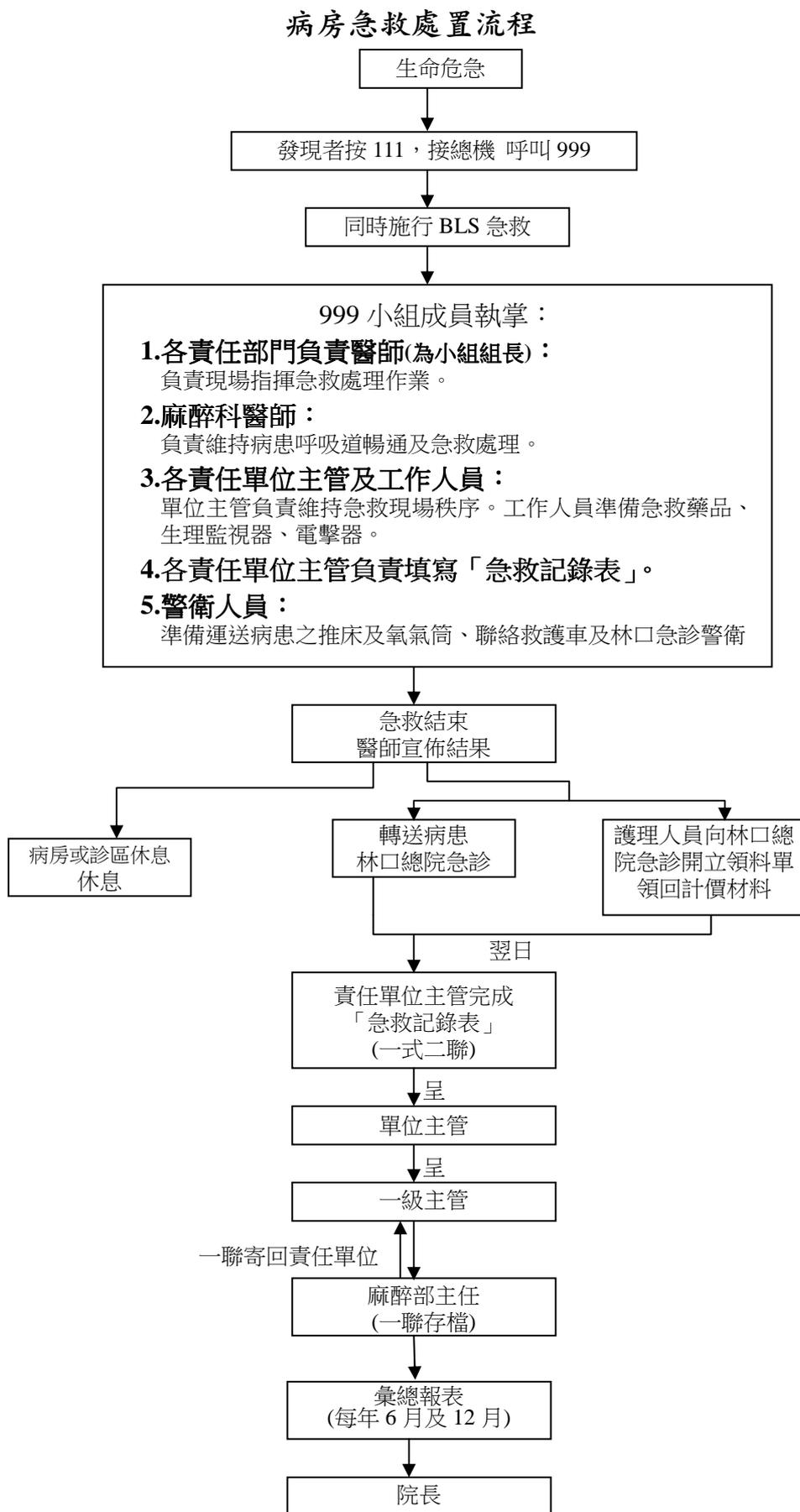
一、各責任單位應設置完善之急救設備，包括急救車、急救所需物品、藥物、氧氣、抽吸器等(以護理部之「急救車用物維護工作規範」為依據標準)，其量依各病房單位特性設置足夠用量。

二、非緊急需要，不得隨意使用急救車內裝備物品，如因急需，使用後應當日補充。

三、醫護技術人員對急救設備及藥品之使用，應按 ACLS 規範操作，力求正確熟練。

四、各責任單位應設定專人，至少每月一次就其急救設備及藥品做盤點，檢查急救設備是否完整，藥物是否已過期，並作記錄備查。

柒、急救處置流程，如下：



表三、西醫照會流程

中醫會診西醫流程(依病情需求選擇)

-
1. 拿西藥 中醫師醫囑 → 掛復健科或其他科門診 → 病患至門診取藥
(使用健保)
-
2. 作復健 與病患告知同意後中醫師醫囑 → 開立會診復健科會診單
→ 書記傳真 → 復健科 CR 診視病患 → 開立復健治療卡
→ 復健室依序排程 PT 及 OT
-
3. 轉回復健科 與病患告知同意後中醫師醫囑 → 開立會診復健科會診單
→ 書記傳真 → 復健科 CR 診視病患(會同 VS.)同意收住院
→ 開立住院通知單 → 家屬填妥住院單至住院櫃台等病床
→ 待確定有床位再辦理出院
-

表四、護理照護作業規範_紅外線儀器標準作業規範

壹、作業目的

藉由熱作用，透過皮膚及皮下組織，達到：

- 一、使全身血管擴張，血流加快，促使局部代謝旺盛，活化細胞再生能力。
- 二、改善局部血液循環，促進局部滲出物的吸收和腫脹的消退。
- 三、促進肌肉放鬆，增進肌肉活動的效率，緩解肌肉痙攣。
- 四、促進汗腺活動，排汗和排除皮下脂肪。
- 五、止痛。

貳、適用範圍及執行人員

一、適用範圍

- (一)亞急性及慢性損傷，如：肌肉勞損、挫傷、煥傷等。
- (二)各種類型的關節炎和關節痛。
- (三)淺層神經炎、神經痛及纖維組織炎。
- (四)延遲癒合的傷口。

二、適用執行人員：護理人員。

參、使用器材、工具

一、設備類

紅外線燈具.....	1 組
診療床或坐椅.....	1 個
插座.....	1 個

二、布品類

大毛巾或毛毯.....	1 條
圍簾.....	1 組

三、不計價類

紙巾.....	視需要
---------	-----

肆、操作說明或作業流程

執行前

- 一、依洗手標準作業規範執行洗手。
- 二、依病人(住民)辨識標準作業規範執行確認病人，並向病人說明治療目的及步驟。
- 三、用物準備：
 - (一)檢查燈泡、電線完整性及各項零件銜接之牢固性。
 - (二)將插頭插電，檢查燈泡是否可亮、無損。
 - (三)將燈具放床邊或坐椅邊，燈臂旋轉與診療床或坐椅平行。

(四)檢查完成，將所有開關歸零備用。

四、病人準備：

- (一)環境介紹，尤其護士呼叫鈴之使用方式。
- (二)依治療部位安排診療床或坐椅。
- (三)拉上圍簾，保護病人隱私。
- (四)協助病人，選擇合宜體位及做適當的暴露。

執行中

一、紅外線燈照射

- (一)使用前先確認所有開關均已歸零。
- (二)將燈臂旋扭放鬆，調整至適當位置，再將旋扭轉緊；燈泡與病人皮膚之距離為 45-60 公分，強度 30-40 度。
- (三)照射部位、時間（一般 15~30 分鐘）依醫囑指示，設定完成，詢問病人對溫度的感覺，當時間到時，電源會自動熄滅。
- (四)衛教病人。
 - 1.懷孕者應告知醫師。
 - 2.教導病人放鬆心情，採舒適且能持久之姿勢。
 - 3.勿隨意移動體位，防止因亂動產生燈具異動，影響療效。
 - 4.告知熱感不適時，立即反應或依護理站護士呼叫系統作業執行。
 - 5.治療後需補充適當水分，以利新陳代謝進行。

執行後

一、紅外線燈照射時間結束：

- (一)燈泡自動熄滅，並確認所有開關是否均已歸零。
- (二)將燈臂旋扭放鬆，調整離開病人至診療床或坐椅邊平行適當位置，再將旋扭轉緊。

二、整理用物：

- (一)治療區整理，各項物品清潔及歸位。
- (二)拔除電源插頭。
- (三)記錄。

伍、注意事項

一、使用 7.5% 優碘洗手溶液洗手。

禁忌照射紅外線燈：

- (一)障礙性動脈血流，例：癩痕區。
- (二)急性創傷 24 小時內，有出血性危險。
- (三)皮膚知覺不好，局部溫熱感覺障礙者。
- (四)不能直接照射眼睛，以免造成白內障或視網膜灼傷。

- (五)有出血傾向或出血性疾病、發燒、心功能不全、惡性腫瘤、活動性肺結核等不宜使用紅外線照射。
- 二、燈臂旋轉，務必與診療床平行，以防病人碰撞使病人燙傷或燈具損壞。
 - 三、治療室保持整潔，空調設備良好，光線充足，室內溫度保持 22~27 度左右。
 - 四、病人體位適當暴露時，應注意其隱私及保暖，可用大毛巾或毛毯。
 - 五、俯臥之病人應給予紙巾，保護病人臉部及被單之清潔。
 - 六、治療時護士應陪伴在旁，尤其女病人；須隨時留意病人反應，若病人有任何不適，應即刻通知醫師。
 - 七、紅外線燈照射中，注意防止觸碰燈具，以免燙傷。
 - 八、密切觀察病人反應、皮膚顏色，根據情況調整燈具。
 - 九、治療時，提醒病人勿注視紅外線燈，以防視網膜灼傷；若出現頭暈、噁心、嘔吐及倦怠乏力等，應停止治療，並給予必要處理。
 - 十、檢查照射時間，時間到燈泡是否自動熄滅。

表五、護理照護作業規範_協助拔罐法標準作業規範

壹、作業目的

- 一、拔罐療法係用罐或筒藉火源熱力排出其中之空氣，使罐或筒吸著於皮膚，藉以調節機體功能，達到治療疾病的一種療法。
- 二、藉吸拔刺激，使局部毛細血管破裂、局部瘀血，隨即產生一種類組織胺物質，藉此調整全身功能，以增強身體抵抗力。

貳、適用範圍及執行人員

一、適用範圍

- (一) 風濕痛、腰背痛、風痺、腹痛、胃痛、消化不良、高血壓、目赤腫痛。
- (二) 外傷性及神經性疼痛。
- (三) 風寒頭痛、眩暈、感冒、咳嗽。
- (四) 經痛。
- (五) 無心臟病者、無嚴重肺氣腫。
- (六) 皮膚無潰瘍、破裂、水腫。
- (七) 皮膚無過敏、無不明原因之腫塊。

二、適用執行人員：護理人員。

參、使用器材、工具

一、設備類

治療車.....	1 個
拔罐杯或真空吸引罐.....	數量依治療需要
引火棒或 95%酒精棉球.....	1 支
診療床或坐椅.....	1 個
計時器.....	1 個
長鑷子.....	1 支
檢查治療中標示牌.....	1 個

二、不計價材料類

打火機.....	1 個
治療巾.....	1 條
鬃刷.....	1 支

三、布品類

大毛巾或毛毯.....	1 條
圍簾.....	1 組
包布.....	視需要

四、製劑類

- 95%酒精.....1 瓶
- 凡士林.....數量依治療需要
- 7.5%優碘洗手溶液視需要

肆、操作說明或作業流程

執行前

- 一、依洗手法標準作業規範執行洗手。
- 二、依病人(住民)辨識標準作業規範執行病人身分確認，並協同醫師向病人說明治療目的及步驟，取得同意後執行。
- 三、用物準備：
 - (一)治療車內容物準備齊全放置床邊或坐椅旁。
 - (二)檢查罐口邊緣需完整無缺損並乾燥，數量由醫師決定。
 - (三)若需走罐，杯罐口邊緣塗凡士林。
- 四、病人準備：
 - (一)環境介紹，並教導病人護士呼叫鈴之使用方式。
 - (二)依治療部位安排診療床或坐椅。
 - (三)拉上圍簾並懸掛「檢查治療中」之標示，以維護病人隱私。
 - (四)評估病人皮膚完整性。
 - (五)協助病人，選擇合宜體位及做適當的暴露。

執行中

- 一、拔火罐：
 - (一)由醫師取引火棒沾 95%酒精，以打火機點燃引火棒。
 - (二)由醫師一手持引火棒，一手持罐(罐口向下方傾斜)，以閃火法將引火棒放入杯罐內形成負壓後迅速抽出，勿使罐口過熱，隨即將火罐由遠而近扣在治療部位上。
- 二、真空吸引拔罐：
 - (一)選擇大小合適的壓克力罐杯，放於治療部位皮膚上。
 - (二)將杯頂橡皮活塞輕輕塞入拔罐槍的橡皮頭內，以中指、食指、無名指拉動抽吸桿，反覆數次，達到所需負壓即可。
- 三、留罐：
 - (一)依醫囑設定留罐時間，並囑咐病人勿移動體位，留罐期間若有不適，應立即告知工作人員。
 - (二)若需走罐，由醫師執行。
- 四、起罐：
 - (一)向病人解釋說明，使病人了解即將起罐。
 - (二)一手壓按罐子近端皮膚，一手將罐子輕輕往上提，使空氣由罐

縫進入即可起罐。

(三)將起罐後之罐口朝上置放於治療盤上。

(四)起罐後，拔罐部位若有因針刺出血，先用無菌棉枝沾無菌蒸餾水擦拭乾淨，再以無菌乾棉枝加壓止血。

(五)確定病人無不適及拔罐部位無繼續出血，病人方可離開或繼續其他治療。

執行後

一、協助病人整理服裝儀容，並衛教病人注意事項。

二、用物清洗、消毒、歸位。

三、依洗手法標準作業規範執行洗手。

四、記錄內容要點包括：

(一)病人拔罐穴位、數量、留罐時間。

(二)病人留罐過程特殊反應及處理。

(三)病人拔罐治療後的反應及皮膚情形。

伍、注意事項

一、治療前應先評估病人是否有皮膚損傷、出血傾向之疾病、高熱、抽搐、痙攣、懷孕等情形。

二、治療車放病人單位時，務必告知病人或家屬注意安全。

三、治療室保持整潔，空調設備良好，光線充足，室內溫度保持 22~27 度左右。

四、病人體位暴露時，應注意其隱私及保暖，可用大毛巾或毛毯。

五、俯臥之病人應給予紙巾，以維護病人臉部及被單之清潔。

六、治療時護士陪伴在旁，尤其女病人；隨時留意病人反應，當有任何不適，應即刻通知醫師處理。

七、醫師引火棒沾濕 95% 酒精後，即刻將 95% 酒精確實蓋緊並遠離引火棒。

八、引火棒沾濕 95% 酒精以飽和溼度為原則，謹防火苗隨酒精滴落而燙傷皮膚。

九、引火棒點燃時，注意床旁易燃物，如：圍廉、床單等。

十、罐口向下方傾斜，以防熱氣上溢影響吸拔。

十一、閃火動作要迅速，充分掌握吸拔時機，以達最佳效果。

十二、罐子留置病人皮膚上，可輕微扭轉使罐口與皮膚更緊密，待吸牢後才撤手。

十三、留罐時間一般約 5-10 分鐘，皮膚潮紅、充血或瘀血為宜。

十四、密切觀察病人反應、皮膚顏色。

十五、留罐時間未到，但皮膚顏色已變深紅、瘀紫，需立即起罐。

- 十六、若有太緊不適，可用食指於罐口邊輕輕擠壓被吸入罐內之肌肉放出部分氣體。
- 十七、若病人無法忍受因罐口過緊導致疼痛時，即刻通知醫師。
- 十八、走罐前應在皮膚上塗擦介質油膏，隨時應注意病人皮膚反應，避免過度走罐造成皮膚損傷。
- 十九、起罐時會感肌肉緊縮且有紅、瘀之現象。
- 二十、使用後之拔罐杯罐口須向上置放以防污染治療盤及其他用物。
- 二十一、局部疼痛厲害或出血不止，即刻通知醫師。
- 二十二、衛教病人拔罐後 1 小時內勿沐浴，4 小時內勿泡澡，以防感染。
- 二十三、若出現局部疼痛厲害或出血不止狀況，即刻回診。
- 二十四、拔罐杯起罐後應清洗、烘乾，送高溫高壓消毒。

表六、護理照護作業規範_電針法標準作業規範

壹、作業目的

針刺腧穴得氣後，在針上通接微量電流，加強對穴位的刺激，以調整臟腑虛實、調和氣血、通經活絡、平衡陰陽，使機體恢復正常，提高療效。

貳、適用範圍及執行人員

一、適用範圍：

各種痛症、痺症、痿症、中風後遺症、外傷性截癱、臟器功能失調、針刺麻醉等。

二、適用執行人員：護理人員。

參、使用器材、工具

一、儀器類

電針機.....1 組

二、設備類

診療床或坐椅.....1 張

插座.....1 個

圍簾.....1 組

檢查治療中標示牌.....1 個

三、布品類

毛毯或大毛巾.....1 條

四、製劑類

7.5%優碘洗手溶液.....視需要

肆、操作說明或作業流程

執行前

一、依洗手法標準作業規範執行洗手。

二、依病人(住民)辨識標準作業規範執行病人真正身分確認，並協同醫師向病人說明治療目的及步驟，取得同意後執行。

三、用物準備：

(一)將電針機放置床邊或坐椅旁，檢查電針機電線完整性及各項零件銜接牢固性。

(二)將插頭插電，將導電線插入電針機輸出孔並置放整齊。

(三)檢查電針機功能是否良好。

(四)檢查完成，將所有開關歸零備用。

四、病人準備：

(一)環境介紹，並教導病人護士呼叫鈴使用方式。

- (二)依治療部位安排診療床或坐椅。
- (三)拉上圍簾並懸掛「檢查治療中」標示，以保護病人隱私。
- (四)協助病人，選擇合宜體位並適當暴露治療部位。
- (五)衛教病人：
 - 1.教導病人放鬆心情，選擇舒適且能持久之姿勢。
 - 2.告知病人勿隨意移動體位，防止因移動體位而產生滯針或折針。
 - 3.告知針刺感覺、針感反應及電針機通電時肌肉會產生收縮、震動的感覺。

執行中

一、電針機使用：

- (一)先檢查調節輸出鈕是否全部歸零。
- (二)依醫囑將電針夾接到穴位之毫針上：一組導線兩個接夾，通常採左右對稱穴位之使用，但通過背部脊椎一帶，應放在脊椎同側，避免電流橫跨脊椎。



- (三)依醫囑設定輸出波形、頻率，打開電針機開關，操作者應逐一將輸出鈕打開，由弱漸強緩慢調整至病人感覺適當的強度。
- 二、依醫囑設定電針治療時間(一般 15~30 分鐘)，設定完成後應詢問病人對頻率跳動感覺，當治療時間結束時，電針機應自動停止。
- 三、起針：
 - (一)右手拇、食二指將針柄捻轉上提慢慢取出。
 - (二)左手持棉枝起針後，用棉枝輕按穴位 5-10 秒。
 - (三)起針後囑病人輕輕活動筋骨，確定無不適，方可離開。

執行後

- 一、治療結束時，先將儀器歸零再關掉電源，逐一將導線夾放開取下，導線置放整齊。
- 二、治療區整理，各項用品清潔、消毒、歸位。
- 三、記錄內容要點：
 - (一)病人電針治療穴位、波形、時間。
 - (二)病人電針治療過程反應及處理。
 - (三)病人電針治療後反應。

伍、注意事項

- 一、保持治療室整潔，空調設備良好，光線充足，並維持室內溫度於

22~27 度左右。

- 二、適當暴露病人體位時，應注意保護其隱私並用大毛巾或毛毯適當予保暖。
- 三、採俯臥病人應提供紙巾，以保護病人臉部及維持被單清潔。
- 四、電針夾避免夾針柄，以免毫針因壓力過大致毫針彎垂。
- 五、避免針與針相碰，引起短路或損壞儀器。
- 六、心經及心包經的電流刺激量應調微弱，以免心臟無法負荷。
- 七、接頸椎導線一定不跨過脊椎。
- 八、電針治療進行中，嚴禁切換「波形」及「迴路變換開關」，若病情需要需變換電流波形強度時，須先關閉電流。
- 九、輸出鈕打開，以小、弱漸進式增強至病人能接受程度，切勿突然增強。
- 十、配穴時，一邊感應較大，一邊感應較小或無感覺時，對調兩邊電針夾即可。
- 十一、刺激數分鐘後，人體會適應此刺激強度，需隨時留意病人反應，教導病人有任何不適，應即刻告知工作人員。
- 十二、起針前應向病人解釋，使病人了解即將起針及取下電針夾。
- 十三、若有出血，予輕按壓 1-2 分鐘至血止。
- 十四、核對入針數與起針數目是否符合。

表七、護理照護作業規範_協助毫針刺療法標準作業規範

壹、作業目的

藉毫針刺激腧穴，藉由施行手法產生刺激作用，以促使氣血調和、經絡暢通、扶正祛邪，以達到保健強身、預防與治療疾病。

貳、適用範圍及執行人員

一、適用範圍

- (一)上呼吸道：急性鼻竇炎、急性扁桃腺炎、急慢性鼻炎。
- (二)呼吸系統：急慢性氣管炎、支氣管哮喘。
- (三)眼睛疾患：急慢性結膜炎、中心視網膜炎、近視、白內障。
- (四)口腔疾患：牙痛、拔牙後牙痛、齒齦炎、急性與慢性咽炎。
- (五)胃腸疾患：食道與賁門痙攣、呃逆、胃下垂、急性與慢性胃炎、胃酸過多、慢性十二指腸潰瘍、急性十二指腸潰瘍、急性與慢性腸炎、急性菌痢、便秘、腹瀉、麻痺性腸阻塞。
- (六)神經系統疾患：頭痛、偏頭痛、三叉神經痛、顏面神經麻痺、腦中風後遺症、末梢神經病變、小兒麻痺後遺症、梅尼耳氏病、神經性膀胱功能不良、夜間遺尿、肋間神經痛、頸臂神經症候群、坐骨性神經痛。
- (七)肌肉、骨關節疾病：網球肘、冷凍肩(五十肩)、下背痛、骨關節炎。

二、適用執行人員：護理人員。

參、使用器材、工具

一、設備類

診療床或坐椅、病床.....	1 個
治療盤或針灸工作車.....	1 個
置針盒.....	1 個
空針收集桶.....	1 個
垃圾罐.....	1 個
計時器.....	1 個
檢查治療中標示牌.....	1 個

二、不計價材料類

毫針(即棄式毫針 0.5 吋、1 吋、1.5 吋、2 吋、3 吋、4 吋)	依醫師針刺需要備量
無菌口腔棉枝.....	視需要
治療巾.....	視需要

三、製劑類

- 75%酒精..... 1 罐
- 7.5%優碘洗手溶液 視需要

四、布品類

- 大毛巾或毛毯.....1 條
- 圍簾.....1 組

肆、操作說明或作業流程

執行前

- 一、依洗手法標準作業規範執行洗手。
- 二、依病人辨識標準作業規範執行病人真正身份的確認，並協同醫師向病人說明治療目的及步驟，取得同意後執行。
- 三、用物準備：
 - (一)檢查並補充治療盤或針灸工作車用物。
 - (二)即棄式毫針 0.5 吋、1 吋、1.5 吋、2 吋、3 吋、4 吋等規格毫針，分類置放治療盤上置針盒內。
 - (三)無菌口腔棉枝、75%酒精分開放置，以利醫師取用。
- 四、病人準備：
 - (一)環境介紹，並教導病人護士呼叫鈴使用方式。
 - (二)依治療部位安排診療床或坐椅。
 - (三)拉上圍簾並懸掛「檢查治療中」之標示，以保護病人隱私。
 - (四)協助病人，選擇合宜體位並適當暴露治療部位。
 - (五)給予病人護理指導。

執行中

- 一、拆針及執行針刺：
 - (一)拆針方式依外科無菌技術執行。
 - (二)施針醫師以 75%酒精棉枝，消毒針刺部位。
 - (三)協助醫師執行進針。
 - (四)病人針刺結束時，由醫師記錄進針針數。
- 二、留針：
 - (一)依醫囑給予電針、艾粒、紅外線燈、頻譜儀等。
 - (二)依醫囑指示時間設定計時器。
 - (三)病人留針治療時，護理人員需依「中醫針灸科留針護理指導」衛教病人(家屬)，並請病人(家屬)、指導護士簽名。
- 三、起針：
 - (一)向病人解釋說明。
 - (二)起針時右手拇指、食指將針柄捻轉上提慢慢取出。

- (三)左手持棉枝，起針後用棉枝輕按穴位 5-10 秒。
- (四)核對起針與留針數量是否符合，確定無誤後將起針數量填寫於預約回診單或「毫針刺人形圖記錄表」及「毫針刺處置記錄表」上，並由工作人員將進針數與起針針數登錄於電腦醫囑。
- (五)起針後囑病人輕輕活動筋骨，詢問針刺感受並衛教針刺後注意事項，確定無不適方可離開。

執行後

- 一、治療區整理，各項物品清潔、消毒、歸位，棉枝、毫針、廢棄針，依感染廢棄物分類處理。
- 二、記錄內容包含：
 - (一)病人針刺部位、留針數量、留針時間。
 - (二)針刺過程病人反應及處理。
 - (三)護理衛教指導內容。
- 三、依洗手法標準作業規範執行洗手。
- 四、計價。

伍、注意事項

- 一、保持治療室整潔，空調設備良好，光線充足，並維持室內溫度於 22~27 度左右。
- 二、適當暴露病人體位時，應注意保護其隱私並用大毛巾或毛毯適當予保暖。
- 三、採俯臥病人應提供紙巾，以保護病人臉部及維持被單清潔。
- 四、電針夾避免夾針柄，以免毫針因壓力過大致毫針彎垂。
- 五、避免針與針相碰，引起短路或損壞儀器。
- 六、心經及心包經的電流刺激量應調微弱，以免心臟無法負荷。
- 七、接頸椎導線一定不跨過脊椎。
- 八、電針治療進行中，嚴禁切換「波形」及「迴路變換開關」，若病情需要需變換電流波形強度時，須先關閉電流。
- 九、輸出鈕打開，以小、弱漸進式增強至病人能接受程度，切勿突然增強。
- 十、配穴時，一邊感應較大，一邊感應較小或無感覺時，對調兩邊電針夾即可。
- 十一、刺激數分鐘後，人體會適應此刺激強度，需隨時留意病人反應，教導病人有任何不適，應即刻告知工作人員。
- 十二、起針前應向病人解釋，使病人了解即將起針及取下電針夾。
- 十三、若有出血，予輕按壓 1-2 分鐘至血止。
- 十四、核對入針數與起針數目是否符合。

- 十五、保持治療室整潔，光線充足，空調設備良好，維持室內溫度於 22~27 度左右。
- 十六、暴露病人體位時，應注意用大毛巾或毛毯適當予保暖並保護其隱私。
- 十七、俯臥病人應提供紙巾以保護病人臉部及被單清潔。
- 十八、治療時護士應陪伴在旁，尤其女病人，並隨時留意病人反應，若病人有任何不適，應即刻通知醫師。
- 十九、針刺護理指導：
 - (一)教導病人放鬆心情，採舒適、能持久之姿勢。
 - (二)告知針刺感覺及針感反應，教導病人勿隨意移動體位，防止因移動體位而產生滯針或折針。
- 二十、檢視毫針有效日期，未針刺當時不得拆開，以免污染。
- 二十一、拆針時將近針柄外包裝紙撕開露出一缺口，再由下方向上推出針柄，由醫師取出使用。醫師取出毫針後，外包裝之塑膠紙，依垃圾分類處理。
- 二十二、拆針時若外包裝有破損或針尖已超過針管，視同廢棄針處理。
- 二十三、留針時應注意病人保暖，並注意勿壓碰針具。

二十四、「針灸科留針護理指導」以刻印方式取代記錄，其樣式及內容：

中醫針灸科(門診、病房)留針護理指導：

1. 針刺後留針需依病人個別性設定 20-60 分鐘。
2. 為避免針刺部位移位，留針期間請勿隨意移動身軀，未起針病人請勿離開治療區以免發生危險。
3. 病童因活動力較大，請家長注意安全；勿讓病童任意走動及奔跑。
4. 留針過程中，如有任何不適症狀，請立即告知護理人員處理。
5. 上述護理指導內容請轉知陪同就診家屬。

就診日期：

病人(家屬)簽名：

指導護士簽名：

二十五、若針孔出血，予輕按壓 1-2 分鐘，保護穴孔預防出血。

二十六、起針後務必注意針數，巡視病人身體各部位，確定全數起出無遺針情形。

二十七、衛教病人針刺後注意事項：

- (一) 針刺部位 4 小時內不可淋濕及受水浸泡。
- (二) 針刺部位需保持清潔、乾燥，以防感染。
- (三) 針刺部位不宜揉搓，以防瘀血。
- (四) 針刺部位若有紅、腫、熱、痛等炎症反應，即時回診。

表八、護理照護作業規範_溫灸療法標準作業規範

壹、作業目的

毫針留針時，藉艾火熱力通過針身，以溫經散寒、引導氣血及扶陽固脫，達保健防病的作用。

貳、適用範圍及執行人員

一、適用範圍

凡屬慢性病且陽氣不足的疾病，如久瀉、痰飲、水腫、寒嘔、陽痿、遺尿、疝氣、脫肛、痿痺、腹痛、胃痛、婦女氣虛血崩、老人陽虛多尿等症。

二、適用執行人員：護理人員。

參、使用器材、工具

一、設備類

治療盤.....	1 個
打火機.....	1 個
置針盒.....	1 個
廢棄針罐.....	1 個
垃圾罐.....	1 個
診療床或坐椅.....	1 張
計時器.....	1 個
紅外線燈.....	1 個
小紙板.....	數個

二、不計價材料類

艾粒或艾條.....	數個
無菌口腔棉枝.....	數枝
治療巾.....	數條

三、布品類

大毛巾或毛毯.....	1 條
圍簾.....	1 組

四、製劑類

7.5%優碘洗手溶液.....	視需要
-----------------	-----

肆、操作說明或作業流程

執行前

- 一、依洗手法標準作業規範執行洗手。
- 二、依病人辨識標準作業規範執行病人真正身份的確認。
- 三、向病人說明治療目的及步驟。

四、用物準備：檢查治療盤用物，並補充艾粒或艾條。

五、病人準備：

- (一)環境介紹，尤其床頭呼叫鈴使用方式。
- (二)依溫針部位安排診療床或坐椅。
- (三)圍上布簾，保護病人隱私。
- (四)協助病人選擇合宜體位做適當的暴露。

執行中

- 一、依醫囑置放艾粒或艾條時，右手持斷橫面，將艾粒圓滾面孔對準毫針針柄，左手固定毫針針柄下端，將艾粒套置毫針針柄上，並放置紙板，避免艾火脫落燙傷病人皮膚。
- 二、點燃艾粒時，必須由遠端的艾粒下端開始點燃，等艾粒完全燃燒後，方可離開病人。
- 三、起艾粒：
 - (一)起針時同時起艾粒。
 - (二)左手持棉枝，右手持針柄處將毫針起出，起針後用棉枝輕按穴位 5-10 秒，保護穴孔及預防出血。
 - (三)若針孔出血，予輕按壓 1-2 分鐘至血止。
 - (四)起毫針時不可晃動，快速丟入廢棄針罐內，以防艾灰掉落。
 - (五)若需點第二壯艾粒時，先以長鑷子將原艾粒灰彈除至垃圾罐，再放新艾粒，方法與第一次同。

執行後

- 一、密切觀察病人反應，協助病人起身，整理服裝儀容，確定無不適，方可讓病人離開。
- 二、整理治療區，各項用品清潔、消毒及歸位，垃圾需依醫療廢棄物處理原則處理。
- 三、記錄：
 - (一)灸療時間、部位、數量。
 - (二)灸療過程皮膚外觀、特殊反應及處理。
 - (三)病人灸療後的反應。

伍、注意事項

- 一、使用 7.5% 優碘洗手溶液洗手。
- 二、針柄與皮膚應保持至少 1 cm 以上適當距離，避免溫針時導熱過強，灼傷病人。
- 三、小紙板(盒)製作方式：以 5 公分四方紙板(盒)，剪一半徑約 0.1-0.2 公分的缺口，即可夾入毫針針身，以防燃燒時火星、艾灰掉落，燙傷皮膚或燃燒衣物、被單。

- 四、由遠端的艾粒開始點燃以防燙傷施術者。
- 五、由艾粒的下端開始，使溫熱更易，更快向下傳導。
- 六、護士陪伴在旁，等完全點燃後開始計時 10 分鐘再離開，治療時隨時留意病人反應及艾粒燃燒之艾灰處理。
- 七、溫灸中若因針刺暈針，可使病人平臥休息，注意保暖，給予溫熱開水，並立即通知醫師，由醫師決定是否立即起針。
- 八、病人若已暈厥，可用指尖掐人中、百會、合谷、足三或內關等腧穴，若症狀不能緩解，則依心肺腦甦醒術-成人篇標準作業規範處理。
- 九、起艾粒前應先向病人解釋說明。
- 十、放置艾灰垃圾罐的選擇應為隔熱材質，如：鐵罐或陶瓷罐，或以起艾粒灰之工具，如：小畚箕，以免床單及病人衣服髒污。

表九、護理照護作業規範_外治法-敷貼膏布標準作業規範

壹、作業目的

將新鮮中草藥切碎、搗爛或中藥末加賦形劑調勻成糊狀敷貼於患處達到舒經活絡、散結止痛、活血化淤、消腫拔毒的功能。

貳、適用範圍及執行人員

一、適用範圍

如意金黃散：跌仆損傷、濕痰流毒、癰疽發背、疔毒、無名腫毒等。

金創膏：慢性軟組織損傷性疼痛、炎性疼痛、各種皮外傷、褥瘡、去腐生新、對藥物過敏之紅腫反應。

行血寧痛膏(綠色)：跌打損傷、風濕痠痛、關節痛。

寧痛膏(黑色)：關節炎及類風濕性關節炎、關節痛。

得生減痛膏：風濕痠痛、筋骨痠痛。

紫雲膏：燙傷、疔瘡腫毒、青春痘、癰瘍。

止痛青草膏：散瘀、活血、止痛、消腫。

二、適用執行人員：護理人員。

參、使用器材、工具

一、設備類

診療床或診療椅.....1 座
繃帶剪刀.....1 支
檢查治療中標示牌.....1 個

二、不計價材料類

膏布或藥材.....依需要備量
紗布.....視需要量
紗布繃帶或彈性繃帶.....1 卷
透氣伸縮自黏膠布.....視需要量

三、製劑類

清水或生理食鹽水.....1 罐
7.5%優碘洗手溶液.....1 罐

四、布品類

大毛巾或毛毯.....1 條
圍廉.....1 組

肆、操作說明或作業流程

執行前

一、依洗手法標準作業規範(N11035)執行洗手。

二、依病人辨識標準作業規範(N11071)執行病人真正身份的確認，並協

助醫師向病人說明治療目的及步驟，取得同意後執行。

三、用物準備：依處理醫囑標準作業規範(N26001)執行醫囑處理及核對。

四、病人準備：

(一)環境介紹，並教導護士呼叫鈴使用方式。

(二)依敷貼部位安排診療床或診療椅。

(三)拉上圍簾並懸掛「檢查治療中」之標示，以保護病人隱私。

(四)協助病人，選擇合宜體位並適當的暴露敷貼部位。

執行中

一、如意金黃散、金創膏、紫雲膏：

(一)透氣伸縮自黏膠布撕開平放，將膏布放置於透氣伸縮自黏膠布上面。

(二)雙手拿取膏布，平放於手掌上。

(三)依患部範圍，貼於患部皮膚並固定。

二、寧痛膏布(綠色、黑色)、得生滅痛膏布、止痛青草膏：依患部範圍，準確靠近皮膚，同時撕開護膜紙，黏貼於患部。

三、指導病人(家屬)敷貼膏布注意事項。

執行後

一、詢問病人膏布黏貼處是否太緊或不適。

二、協助病人下床。

三、整理用物：

(一)用品歸位。

(二)治療區整理。

(三)依洗手法標準作業規範執行洗手。

(四)記錄包含：貼藥時間、部位、皮膚情形、病人反應。

(五)計價。

伍、注意事項

一、貼敷膏布前詢問病人是否曾有貼敷經驗及過敏情形，若有過敏現象需告知醫師。

二、透氣伸縮自黏膠布需事先剪裁，其大小比藥膏布大 2.5 公分。

三、保持治療室整潔，光線充足，空調設備良好，室內溫度維持於 22~27 度左右。

四、暴露病人體位時，應注意用大毛巾或毛毯適當予保暖保護其隱私。

五、俯臥病人應提供紙巾以保護病人臉部及被單清潔。

六、紗布塊大小依患部大小而定。

七、取拿膏布時，應小心平放以防藥液滴落。

八、每一塊膏布均須以棉布覆蓋，以防藥液外漏沾污病人衣物。

九、拉平並確定透氣伸縮自黏膠布已黏貼牢固，注意黏貼美觀。

十、屬關節處患部應以紗布繃帶或彈性繃帶包紮固定，固定時注意維持正常關節活動度功能。

十一、直式貼敷膏布時，透氣伸縮自黏膠布由下方底部先固定，以防藥液外漏沾污病人衣物。

十二、向病人說明膏布貼敷時間及更換步驟。

(一)每次膏布貼敷時間：1 日 1 行，每次約 4-6 小時。

(二)敷貼膏布前先清潔患部皮膚，膏藥敷貼後，可用膠布或繃帶固定，須注意正常解剖功能活動度，更換膏藥布時患部先清洗乾淨並擦乾後再敷貼，以防膏布提早脫落。

(三)敷貼膏布時若皮膚搔癢厲害或起紅疹，可先去除膏布後用冷水拍按皮膚止癢，不要再貼膏布或其它藥膏(若需使用則由醫師指示)，盡量使皮膚透氣，並即時回診。

表十、護理照護作業規範_薰蒸療法標準作業規範

壹、作業目的

藥材經加熱後之蒸汽蒸薰於患部，藉助藥力及熱力來開腠發汗，疏通經絡、調和氣血、清熱解毒、消腫止痛、疏風止癢的一種外治療法。

貳、適用範圍及執行人員

一、適用範圍

跌仆損傷、癰疽發背、腫毒等。

急慢性痠痛、瘀腫較不明顯者。

慢性軟組織損傷性疼痛、炎性疼痛、對藥物過敏之紅腫反應。

風濕遍身痠痛、筋骨痠痛。

關節炎及類風濕性關節炎、關節痛。

五十肩、僵直性脊椎炎

目赤腫痛、瘡瘍皮膚病患者、陰癢、帶下。

二、適用執行人員：護理人員。

參、使用器材、工具

一、設備類

薰蒸機.....1 組

插座.....1 個

治療床或治療椅.....1 張

清水.....依薰洗機而定總量

定時器.....1 個

腳凳.....1 個

檢查治療中標示牌.....1 個

二、藥物類

藥材或藥液.....依醫師處方

三、布品類

毛巾.....1 條

大毛巾.....1 條

圍簾.....1 組

肆、操作說明或作業流程

執行前

一、依處理醫囑標準作業規範執行醫囑處理及核對。

二、依洗手法標準作業規範執行洗手。

三、依病人辨識標準作業規範執行病人真正身份的確認。

四、協同醫師向病人說明治療目的及步驟，取得同意後執行。

五、用物準備

- (一) 確認薰蒸機內之清水量及功能，並將所有開關歸零後備用。
- (二) 將藥材放入玻璃燒瓶內備用。

六、病人準備

- (一) 環境介紹，並教導病人護士呼叫鈴使用方式。
- (二) 依治療部位安排診療床或診療椅。
- (三) 拉上圍簾並懸掛「檢查治療中」之標示，以保護病人隱私。
- (四) 協助病人，選擇合宜體位並適當的暴露治療部位。

執行中

- 一、調整置藥瓶與薰蒸之患部同高度。
- 二、開薰蒸機，確定蒸汽噴出功能正常，並依醫囑設定薰蒸時間並告知病人或家屬治療所需時間。
- 三、以毛巾或紙巾覆蓋薰蒸患部下方，以防蒸氣水滲濕衣褲。

執行後

- 一、薰蒸時間結束後，關定時器、薰蒸機。
- 二、以紙巾拭乾受薰蒸處皮膚。
- 三、協助行動不便之病人整裝離開薰蒸室。
- 四、依醫囑為病人後續之針灸或推拿治療安排診療床或診療椅。
- 五、整理用物。
 - (一) 拉開圍簾。
 - (二) 用品歸位，毛巾、座椅、藥液瓶等依感染廢棄物分類置放。
 - (三) 記錄包含：薰蒸時間、薰蒸後生命徵象、疼痛、身體活動度、皮膚外觀、薰蒸過程特殊反應及處理。
 - (四) 計價包含：薰蒸藥材。

伍、注意事項

- 一、保持治療室整潔，光線充足，空調設備良好，並維持室內溫度於 22~27 度左右。
- 二、暴露病人體位時，應注意維護其隱私並用大毛巾或毛毯適當予保暖。
- 三、置藥瓶與患部皮膚接觸距離約 20 至 30 公分。
 - (一) 藥液加熱至蒸汽上沖，應注意避免燙傷皮膚黏膜。
 - (二) 薰蒸時間由醫師視病症決定，一般為 15-30 分鐘。
 - (三) 薰蒸後應慢慢起身，以免引起姿勢性低血壓。
 - (四) 蒸氣與藥水易使地板濕滑，需注意病人安全避免滑倒。
 - (五) 老年病人薰蒸後可於皮膚塗抹保濕乳液，避免皮膚過度乾燥。

表十一、護理照護作業規範_藥浴療法標準作業規範

壹、作業目的

將藥物煎湯，進行全身洗浴、浸泡，通過藥物加熱後的熱力和藥力作用，達到疏通經絡、消腫止痛、活血化瘀、祛風除濕、殺蟲止癢作用。

貳、適用範圍及執行人員

一、適用範圍

內科疾病：感冒、慢性結腸炎、痢疾、高血壓、中風、非特異性潰瘍性結腸炎、尿路感染、腎功能障礙、性功能障礙、前列腺炎、痛風及關節炎等。

外科疾病：癰、癤、化膿性淋巴結炎、急性睪丸炎、睪丸鞘膜積液、褥瘡、凍瘡、痔瘡、肛裂、軟組織損傷及骨質增生等。

皮膚科疾病：疱疹、扁平疣、尋常疣、癬、疥瘡、尖銳濕疣、淋病、蕁麻疹及粉刺等。

婦科疾病：外陰炎、黴菌性陰道炎及滴蟲陰道炎等。

五官科疾病：麥粒腫、急性結膜炎及酒糟鼻等。

小兒科疾病：腹瀉、流行性腮腺炎、髖關節半脫位、脫肛、膿疱瘡及痱子等。

美容藥浴：具有潤膚、增白、減肥、去脂、烏髮、護髮、皮膚皸裂、汗手及手乾燥等。

其他：預防疾病（如感冒、凍瘡）、爽身、安神及延年益壽等。

二、適用人員：護理人員。

參、使用器材、工具

一、設備類

浴缸.....一套
 水溫計.....視需要
 定時器.....一個
 冷水、熱水.....總量約 2/3 浴缸

二、藥物類

中藥藥液.....視醫囑

三、布品類

浴巾.....一條
 大浴巾.....一條
 乾淨衣物.....一套

四、不計價材料類

中性香皂或沐浴乳.....一個或一瓶

肆、操作說明或作業流程

執行前

- 一、核對醫囑。
- 二、確認病人：依病人辨識標準作業規範執行病人真正身份的確認。
- 三、向病人及家屬說明目的及注意事項。
- 四、啟動空調：
 - (一)冬天入浴前 10 分鐘，啟動「強迫暖房」功能，先將浴室預熱，入浴前再切換至「舒適暖房」。
 - (二)夏天入浴前，可使用「涼風循環」功能。
- 五、環境介紹，依護理站護士呼叫系統標準作業規範（N26009）執行護士呼叫鈴介紹。
- 六、測量病人生命徵象，評估病人皮膚完整性及疼痛狀況。
- 七、依不同處方及醫囑調整適當水溫並以水溫計測量。
- 八、將浴缸內放入適量溫水約三分之二滿（浴缸容量為 220 公升），將藥浴包放入浴缸。

執行中

- 一、指導病人按一般沐浴法淋浴後，進入浴缸浸泡。
- 二、教導病人採取舒適之臥位，頭部稍高於浴缸邊緣。
- 三、藥浴時間依醫囑為 20~30 分鐘。
- 四、藥浴進行時，每 5 分鐘探視病人一次。
- 五、藥浴完畢，教導病人用大浴巾擦乾身體，換上乾淨衣物。

執行後

- 一、協助病人返回病室，測量病人生命徵象，評估病人皮膚完整性及疼痛狀況。
- 二、藥浴後浴室環境整理。
- 三、記錄。
 - (一)病人藥浴原因及時間。
 - (二)病人藥浴過程特殊反應及處理。
 - (三)病人藥浴後生命徵象、疼痛評估、身體活動度及皮膚外觀等反應。
- 四、計價。

伍、注意事項

- 一、藥浴治療過程中，勿浸泡超過前胸，如有頭暈、出汗過多、心悸、胸悶及呼吸困難等不適症狀，應即刻停止藥浴並通知醫護人員。
- 二、確實評估藥浴前病人主訴、生命徵象、疼痛、皮膚完整性及身體活

動度等。

三、溫度以 37.8°C~40.6°C 為宜，視病人忍受度做適當調整。

四、先放冷水，再放熱水，水溫、水量調整適當後，再放藥液。

(一)兒童、老人及身體虛弱行動不便者，淋浴時需有人陪伴，避免燙傷、跌倒及溺水等意外事件發生。

(二)外用藥液不可內服。

五、藥浴治療過程中，感覺不適症狀，應即刻停止藥浴，必要時送回病房休息並通知醫師處理，待症狀改善後，重新評估是否繼續進行藥浴療法。

六、藥浴後應慢慢起身，以免引起姿勢性低血壓。

七、請病房環管人員以漂白水(1：99)進行浴室及浴缸刷洗消毒，以利下一位病人使用。

