

呼吸照護病房病人 皮膚濕疹改善方案

蔡靜蜜、梁毓敏*

中文摘要

本專案目的為提高呼吸照護病房病人皮膚濕疹改善率並以定義治療一週後濕疹面積減少30%以上為有效改善。專案實施前進行調查，改善率僅30%，故引發執行此專案動機。分析發現照服員執行病人身體清潔不正確、護理人員未確實紀錄評值皮膚狀況以及照護人員藥膏塗抹不正確等為皮膚濕疹未改善之主因。針對導因予研擬照服員床上沐浴技術標準並進行技術稽核、設立皮膚評值表作為評值及給藥依據、設置外用藥膏給藥標準流程及稽核表、藥膏衛教圖卡等措施。結果顯示濕疹改善率提升至70%且降低藥材成本。皮膚照護為呼吸照護病房之重要醫療照護，本專案以跨團隊系統性之照護措施並增加醫護人員及照服員對濕疹照護的知能有效提升濕疹改善率。(志為護理，2017; 16:4, 75-86)

關鍵詞：濕疹、皮膚完整性、呼吸照護病房

前言

皮膚是人體最大的器官，也是抵抗外來刺激及入侵的第一道防線，住院病人的皮膚完整性與否，為評量醫療機構健康照護品質與病人安全的重要指標之一(徐、許、章、鍾、徐，2013)。本單位在2013年3月31日實地查訪55名住院病人皮膚完整性，發現濕疹病人高達65%(36

人)，故選定濕疹病人作為改善個案。病人皮膚濕疹盛行率高顯示現行照護措施及醫療方式成效不良，相對的增加護理及醫療成本，並造成病人不適及家屬憂慮，故引發專案小組進行此專案之動機。期望藉此篇專案的推動，增加醫護人員及照服員對濕疹照護的知能，進而提升皮膚照護的品質。

臺中榮總嘉義分院呼吸照護病房護理師 臺中榮總嘉義分院護理部督導*

接受刊載：2016年6月3日

通訊作者地址：蔡靜蜜 嘉義市世賢路二段600號

電話：886-5-235-9630 轉3468 電子信箱：a919515@yahoo.com.tw

現況分析

一、單位簡介

本單位為呼吸照護病房，總床數共60床，每月佔床率93-96%，平均住院天數95天，採全責照護模式。病人平均年齡76歲、呼吸器依賴、臥床、日常活動需完全協助；單位人力配置有4名胸腔內科醫師、18名護理人員、照服員16名。護理人員照護病人數比為1：15，職責為執行病人身體評估並查核皮膚完整性，於醫師診治後依醫囑給藥及提供適當的皮膚照護，紀錄並評估追蹤病灶部位、範圍、外觀變化等，臨床督促指導照服員執行照護活動。照服員照護病人數比為1：8，工作含括翻身、沐浴、更換尿布等日常照護。

二、皮膚濕疹照護作業流程及改善率調查

目前皮膚照護常規為病人入住病房或執行床上沐浴時，由護理人員執行身體評估並查核皮膚完整性，發現有病灶時由主治醫師進行診治，若未改善再進一步會診每週駐診的皮膚專科醫師。2013年3月31日以查檢表實地查核濕疹盛行率為65%，排除天庖瘡及多重器官衰竭病人，共收案30名皮膚濕疹病人，依現

行治療，於4月7日進行七天後的皮膚濕疹改善調查，以評估燒傷面積之九則計算法做為評估工具，發現濕疹面積改善 $\geq 30\%$ 之人數有9人，21人未改善，皮膚濕疹改善率為30%【計算公式為：(濕疹面積改善 $\geq 30\%$ 之人數 $\div$ 病房濕疹收案總人數) $\times 100\%$ 】。

三、病人皮膚濕疹改善率低原因及相關照護現況分析

組員5人共同討論並參考相關文獻訂定查檢表，於5月1日至12日查核30位濕疹病人，六項影響因素為1.身體清潔過程不正確2.未評值皮膚改善狀況3.外用藥膏使用方式不正確4.尿布看護墊多層使用5.翻身擺位左右側臥姿勢6.口水分泌過多導致頸部皮膚浸潤，如下表：

依據柏拉圖80/20法則，選定前三項影響因素作為改善重點，依序為身體清潔過程不正確、未評值皮膚改善狀況、外用藥膏使用方式不正確，原因說明如下：

(一)身體清潔過程無一致性標準

病人長期臥床，身體清潔完全仰賴照服員，採師徒制傳授技術，缺乏一致性標準。於5月8日至11日觀察照服員執行床上沐浴情形，發現1.沖水量不一致：約使用2,000-2,400 ml清水沖洗全身有

項 目	缺失數	百分比	累積百分比
1.身體清潔過程不正確	21	31.3	31.3
2.未評值皮膚改善狀況	21	31.3	62.6
3.外用藥膏使用方式不正確	15	22.4	85.0
4.尿布看護墊多層使用	4	6.0	91.0
5.翻身擺位左右側臥姿勢	3	4.5	95.5
6.口水分泌過多導致頸部皮膚浸潤	3	4.5	100.0
合 計	67	100	

33%(10人)，清水沖洗量不足容易導致沐浴劑殘留，刺激皮膚產生濕疹；2.沐浴後身體未擦乾受潮浸潤：病人長期臥床，肢體關節多屈曲攣縮變形，沐浴後皮膚易浸潤處如腋下、腹股溝、指縫，未確實擦乾有26%(8人)，未以紗布隔開吸汗有43%(13人)，致皮膚處於溼熱、受潮浸潤狀態；3.工作車凌亂，使用不易：沐浴工具車為一般三層車，污衣、垃圾及清潔用物放置同車，未達清潔確實之要求。

(二)無評值皮膚改善狀況

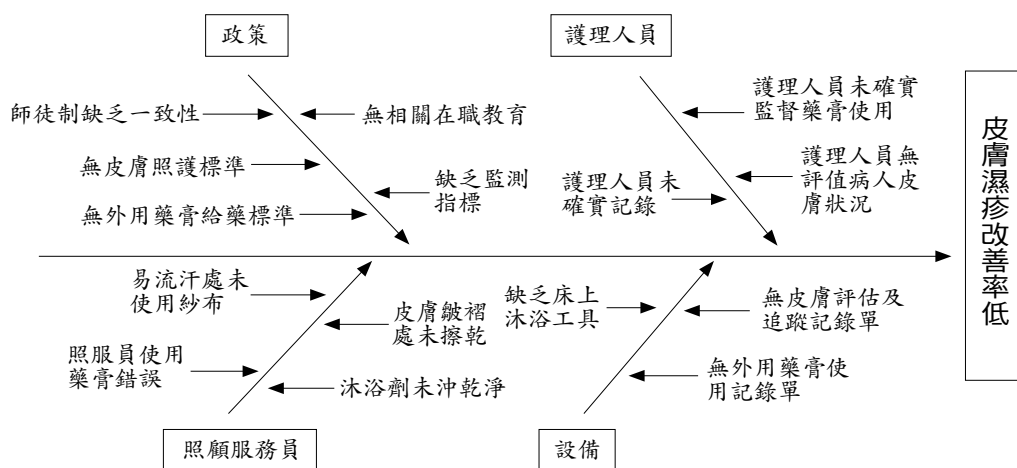
護理人員應每班為病人執行身體評估及評值護理措施，但常因疏忽或照顧病人數量多而未落實。目前皮膚檢視僅有照服員交班單紀錄，無專人查核交班單正確性，5月1日實地檢視紀錄表單，發現有70%(21人)有勾選不完整的情形。護理部未設置皮膚照護標準，護理人員以口頭方式交給下一班，無具體皮膚評估、紀錄及評值方式可供遵行，導致評

值缺乏客觀性，目前院方無濕疹相關在職教育訓練。

(三)外用藥膏使用方式不正確

護理人員應於每日病人沐浴後監督照服員塗抹藥膏，5月8日至12日實地查訪濕疹個案藥膏使用情形，發現缺失有：1.藥膏未抹勻(未均勻塗抹、有患處未抹到)：20%(6人)2.未抹藥膏：16%(5人)3.少抹其他種類藥膏：13%(4人)。目前外用藥膏以臨時醫囑開立，藥膏使用無藥物治療紀錄，僅以口頭交班告知照服員給藥，由照服員自行取用塗抹，護理人員未親自監督亦無提供充足的衛教資訊。目前護理部未制定外用藥膏給藥標準流程。

綜合現況分析，歸納出照服員執行病人身體清潔不正確、護理人員無確實紀錄評值皮膚狀況、照護人員(護理人員及照服員)藥膏塗抹不正確導致皮膚濕疹未改善。濕疹改善率低的特性要因圖如圖一。



圖一 濕疹改善率低之特性要因圖

問題確立

本專案主要問題為病人皮膚濕疹改善率僅30%，其主要導因如下：

1.照服員執行病人身體清潔不正確：因執行沐浴技術無一致性標準且缺乏床上沐浴工具，導致沐浴過程清潔劑未沖洗乾淨、皮膚皺摺處未確實擦乾、易流汗處未使用紗布隔開等多項缺失。

2.護理人員無確實紀錄評值皮膚狀況：院方未設立皮膚照護標準及相關在職教育，照護過程缺乏皮膚評估追蹤紀錄單，皮膚評值及記錄不確實。

3.照護人員藥膏塗抹不正確：無外用藥膏使用標準及表單，亦無監測指標，護理人員以口頭告知照服員藥膏使用方式，未監督藥膏使用正確性，致照服員因衛教資訊缺乏而有藥膏使用錯誤情形。

專案目的

針對上述現況分析確立問題，進行文獻查證，發現無案例可供參考對照，經過討論組員將皮膚濕疹現狀值(30%)+改善值(理想值100%－現狀值30%)/2＝65%，自我挑戰訂定病人濕疹改善率由30%升至65%。

文獻查證

一、皮膚濕疹的導因及照護

濕疹為皮膚發炎的特徵，急性期皮膚為腫脹發紅、潮濕、滲出、起泡狀，經過一段時間之搔抓，演變為乾裂、苔癬化、鱗狀脫屑、色素沉著之慢性期(Lawton & Fernandes, 2009; Zug & Mckay,

1996)。國內某呼吸照護病房調查發現紅疹導因有1.護理人員未三班評值皮膚狀況及無完整追蹤系統；2.藥物塗抹部位標示不清；3.姿勢擺位錯誤；4.尿布與看護墊同時多層使用；5.會陰周圍未使用保護劑；6.未定期更換床墊、氣切固定帶；7.疥瘡病患隔離措施不完整；8.缺少長期臥床病患皮膚照護指引(蔡等，2009)。根據研究顯示：居住照護機構老人日常接觸照顧者，以工具與用品幫忙清潔身體，使他們易罹患濕疹(張、陳、李、吳，2006)。濕疹改善措施包含環境因素、護理標準化措施、局部塗抹藥物及全身性藥物治療等。其中護理標準化措施為1.制定皮膚照護指引：針對觀察皮膚完整性、常見皮膚病照護、藥膏塗抹注意事項等，舉辦在職教育，制定皮膚照護指引。2.定期皮膚完整性評估及紀錄：制定皮膚評估表，使護理人員執行病人皮膚紅疹用藥部位、種類達一致性與正確性，並正確追蹤病灶改善狀況(蔡等，2009)。3.身體清潔：長期照護機構身體清潔及皮膚照護工作多由照服員執行，其知識態度與技能影響品質甚鉅，需經專業教育訓練來增進照護能力(吳、高，2014)。老化使皮膚變得容易罹病與受到感染，老人皮膚病盛行率較其他年齡層高，治療時間也較長，若病人皮膚完整性受損，不僅會有搔癢、疼痛不適也增加醫療成本，更會延長住院天數及影響疾病預後(Berger & Steinhoff, 2011)。

二、濕疹之評估工具

參考國內外文獻無評估濕疹工具及濕疹改善之定義，經討論以評估燒傷面積之九則計算法作為濕疹範圍評估工具；

針對濕疹改善之定義，我們以固體腫瘤反應評估標準做為參考，其對於療效之定義如下：(1)完全有效，病灶完全消失，且無新病灶出現，以上至少持續四周、(2)部分有效，病灶減少 $\geq 30\%$ 、(3)無變化，不是部分有效也非疾病進展、(4)疾病進展，病灶增加 $>20\%$ 或出現新病灶(Eisenhauer et al., 2009)。故依上述將濕疹改善定義為：七天後濕疹面積改善 $\geq 30\%$ 。

解決方法及執行過程

一、解決方法

組員共5人，針對所確立的問題提出策略以矩陣圖分析(表一)，考慮對策的可行性、經濟性、效益性，並以1-5分為評

定標準進行投票表決，分數大於64分者(總分 $>85\%$)為本專案解決方法。組員選定：(一)身體清潔改善方面：1.研擬照服員床上沐浴技術標準及評核表2.設定床上沐浴清洗水量標準3.製作照服員床上沐浴工作車4.進行照服員床上沐浴技術稽核5.舉辦照服員洗澡競賽並給予獎勵。(二)紀錄評值皮膚狀況方面：1.研擬照護人員皮膚濕疹照護標準2.安排醫護同仁及照服員進行皮膚照護在職教育、設立呼吸照護病房病人皮膚評值表。(三)改善外用藥膏使用方面：設置護理人員外用藥膏給藥標準流程、設置護理人員外用藥膏給藥評估表、設置病人藥膏衛教圖卡。

二、執行過程

本專案執行改善期間為2013年6月1日

表一 提升呼吸照護病房病人濕疹改善率之決策矩陣圖

對策方案	可行性	經濟性	效益性	總分	採行與否
*研擬床上沐浴技術評核表	25	25	25	75	○
*設定床上沐浴清洗水量標準	25	25	25	75	○
*購置床上沐浴床	5	5	11	21	×
*製作床上沐浴工作車	23	25	23	71	○
*進行床上沐浴技術稽核，技術稽核指標 >90 分為通過	23	23	23	69	○
*舉辦照服員洗澡競賽並給予獎勵	23	25	23	71	○
*床上沐浴由二名照服員共同執行，互相監督	7	9	7	23	×
*研擬病人皮膚濕疹照護標準	23	23	23	69	○
*拍製皮膚照護標準VCD	9	7	7	23	×
*安排皮膚照護相關在職教育	23	23	21	67	○
*安排皮膚科醫師定期床邊教學	11	5	7	23	×
*設立護理人員呼吸照護病人皮膚評估表	25	23	23	71	○
*設置外用藥膏給藥標準流程	23	23	25	71	○
*設置外用藥膏給藥稽核表	23	25	23	71	○
*設置藥膏衛教圖卡	25	23	25	73	○

註：評價計分方式：優：5分、可：3分、差：1分，團員投票人數：5人，總分64分以上(總分 $>85\%$)判定為採行對策

至9月30日(表二)，各期執行重點如下：

表二 提升呼吸照護病房病人濕疹改善率之執行進度表

時間 項目	2013.6				2013.7				2013.8				2013.9			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
一、計畫期																
1.研擬照服員床上沐浴技術標準	☆	☆														
2.設定床上沐浴清洗水量標準	☆	☆														
3.討論設置沐浴工作車	☆	☆	☆													
4.研擬皮膚濕疹照護標準			☆	☆												
5.設計呼吸照護病房病人皮膚評估表		☆	☆	☆												
6.制定外用藥膏給藥標準流程及稽核表		☆														
7.制定濕疹用藥標準			☆	☆												
8.研擬病人藥膏衛教圖卡			☆	☆												
二、執行期																
1.安排在職教育					☆											
2.進行床上沐浴技術標準宣導、稽核及舉辦照服員技術競賽評核					☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆				
3.執行皮膚濕疹照護標準實施					☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆				
4.定期執行濕疹皮膚評估					☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆				
5.執行濕疹醫囑用藥					☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆				
6.藥膏衛教圖卡使用					☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆				
7.執行各項監測(沐浴技術、外用藥膏紀錄)							☆	☆	☆	☆	☆	☆				
三、評估期																
1.實施結果評估													☆	☆		
2.討論評估結果															☆	☆

(一)計畫期：6月1日至6月30日：

1.研擬照服員床上沐浴技術標準及評核表：由護理人員及照服員共同研擬床上沐浴技術評核標準，評核表內容含括清洗部位先後順序(依序為頭、胸腹部、上下肢、背部、會陰部)、沐浴過程隱私及保暖、指縫及腋下皺褶處以紗布隔開保護等。實地測試床上沐浴清洗水量標準，經組員討論統一以800ml容量沖洗瓶為單位，依清洗部位順序實地測試，訂定清洗水量標準至少3,200ml以上。

2.製作照服員沐浴工作車：醫師偕同組員、照服員共同討論設置專用工作車，將污物車(污衣、感染性垃圾、一般性垃圾)與洗澡用具車分開，避免清潔與髒污物品交叉感染。

3.研擬皮膚濕疹照護標準、制定濕疹用藥標準：醫師偕同組員依單位內病人特性及濕疹類型參考文獻撰寫皮膚照護措施內容，經皮膚專科醫師審視完成修訂，於病房會議上公告實施。

4.設計呼吸照護病房病人皮膚評值表：制定因應皮膚病灶紀錄、給藥醫囑、給藥紀錄、皮膚病灶追蹤評值共一式四用的皮膚評值表單(見附件1)，內容為人形圖作為病灶部位紀錄，中間為藥膏醫囑黏貼處作為給藥依據，下方為早晚給藥的簽章紀錄處，後方為皮膚病灶追蹤評值。

5.制定外用藥膏給藥標準流程及稽核表：研擬外用藥膏給藥標準流程，改進藥膏給藥作業現況，使照服員能在護理人員監督下確實完成藥膏給藥。醫囑開立後藥膏貼上病人標籤置放於個人藥盒內，由護理人員給藥時拿取，依皮膚評

估表上的藥膏醫囑及人形圖上標註部位給藥，並完成藥膏使用紀錄。

6.醫師制定濕疹用藥標準：醫師將濕疹用藥效力由弱效至超強效區分為第一級至第七級，提供用藥標準，作為臨床治療依據。同時也修正原藥膏醫囑開立為需要時使用(Pro re nata, PRN)，更改為每日只能點選一次(Quad Die Package, QDP)，管控藥膏使用量，訂定使用時間為一天二次。

7.研擬病人藥膏衛教圖卡：製作病人專屬藥膏衛教圖卡(見附件2)，貼於床頭，標示皮膚病灶部位及使用藥膏，提供家屬及醫護人員對於藥膏使用部位、種類有一致性及注意事項提醒。

(二)執行期：7月1日至8月31日

1.執行護理人員及照服員在職教育：院內無皮膚專科醫師，講師人選一度難產，向內科主任求助，延請外院皮膚科醫師擔任講師，7月2日舉辦「呼吸照護病房常見皮膚病照護」在職教育，出席率達100%。授課前由醫師針對課程設計考題，並進行前後測，前測成績為57分，後測成績提升至98分。

2.進行床上沐浴技術標準宣導、稽核及舉辦照服員技術競賽評核：舉辦說明會由護理長擔任主持人，內容包括示範床上沐浴技術、訂定稽核分數>90分為通過標準，未達者須重新評核，並宣導競賽獎勵規則。於7月10日及8月22日進行共二梯次床上沐浴技術競賽，藉以激發照服員學習動機及榮譽心。

3.執行皮膚濕疹照護標準實施、皮膚評估、醫囑用藥、藥膏圖卡：晨間會議時間由護理長說明表單使用，建立皮膚

照護標準作業流程，內容包含護理人員將病灶紀錄於皮膚評值表上的人形圖，醫師確立診斷後依濕疹用藥標準開立用藥，護理人員將藥膏醫囑貼於皮膚評值表，作為給藥依據，同時將所使用的藥膏衛教圖卡貼於病人床頭並標示塗抹部位，藥膏貼上標籤貼紙收於個人藥盒，早晚由護理人員自藥盒取出給藥，給藥後在皮膚評值表上給藥欄簽章，每三天由大夜班同仁進行皮膚評值追蹤紀錄。

4.執行各項監測：每月組員利用稽核表，稽核件數30份，結果如下(1)沐浴技術評核平均得分由改善中94分，提升至改善後96分。(2)依皮膚評估表上評估病灶執行率由80%，提升至90%。(3)外用藥膏給藥稽核平均得分由91分，提升至96分。經彙整資料分析後於會議報告及追蹤改善。

(三)評值期：9月1日至9月30日

組員以個案收集本登錄9月8日收案的30位皮膚濕疹病人病灶紀錄並拍照留存，於9月15日以評估燒傷面積之九則計

算法做為面積評估工具，進行七天後皮膚濕疹改善率調查，比較對策實施前後成效，並於會議上提出討論報告。

結果評值

於9月15日進行七天後的濕疹改善率調查，改善率為70%，已達本專案目標設定的65%，之後2014年1月及4月改善率各77.8%、80.0%，專案實施前後濕疹改善率比較如表三及表五。在導因改善方面，照服員執行病人身體清潔不正確由21人次降至4人次，其次照護人員無確實紀錄評值皮膚狀況由原先21人次降至3人次，照護人員藥膏塗抹不正確由15人次降至3人次(表四)。附帶成效為改善前6月份濕疹藥膏成本為5,986元，追蹤至9月成本降為4746元，降幅為21%。現臨床上因失能需依賴他人協助身體清潔的病人為數甚多，而使皮膚照護的品質受到考驗，爾後若能應用本專案所提出的相關改善措施，以維護皮膚完整性，是本專案對長期臥床病人皮膚護理貢獻。

表三 皮膚濕疹治療一週之成效，專案改善前後比較 (n = 30)

項目	2013年4月		2013年9月	
	人數	百分比(%)	人數	百分比(%)
完全有效，病灶完全消失，且無新病灶出現，以上至少持續四周。	0	0	12	40
部分有效，病灶減少 $\geq 30\%$ 。	9	21	9	30
無變化，不是部份有效也非疾病進展。	10	33	7	23
疾病進展，病灶增加 $>20\%$ 會出現新病灶。	11	37	2	7
合計	30	100	30	100

表四 濕疹個案原因分析於專案改善前後比較

項目	2013年4月 (n = 30)		2013年9月 (n = 30)	
	人次	百分比(%)	人次	百分比(%)
身體清潔不正確	21	31.3	4	30.8
未評值皮膚改善狀況	21	31.3	3	23.1
外用藥膏塗抹不正確	15	22.4	3	23.1
尿布看護墊多層使用	4	6.0	2	15.3
翻身擺位不正確	3	4.5	1	7.7
口水分泌過多導致頸部皮膚浸潤	3	4.5	0	0
合計	67	100.0	13	100.0

表五 皮膚濕疹改善率於專案改善前後及效果維持

項目	人數		改善率 (%)
	濕疹改善人數	濕疹總人數	
專案改善前(2013年4月)	9	30	30.0
專案改善後(2013年9月)	21	30	70.0
效果維持(2014年1月)	14	18	77.8
效果維持(2014年4月)	12	15	80.0

討論與結論

本專案執行過程獲得內科主任及醫師群、主管的支持及參與，改善措施得以順利推動，為最大的助力。團隊成員有護理師及照服員，教育層級差異大，對改善措施的認知及執行有相當的難度，為取得配合落實措施，醫護人員需不斷溝通建立共識為最大阻力。但因本院缺乏皮膚科醫師，每週由醫學中心派員支援1天，對於病灶嚴重病人，無法即時給予有效藥物治療，現依制定的濕疹

用藥標準作為替代方案。照服員流動率大，外包公司常更換人員或有人力不足情形，難以訓練一致性標準照護流程，希望能將沐浴技術列為職前或在職教育訓練，現以要求固定照服員作為因應，以上是本專案所遇到的難處與因應策略。預防重於治療，建議長期照護單位能制定皮膚照護標準作業流程，病人從皮膚完整性評估及身體清潔、用藥、追蹤紀錄都有標準可遵行。並期盼藉本濕疹改善專案的經驗，提供給長期照護機構皮膚照護方面的分享。

參考資料

- 吳玉玲、高毓秀(2014)．多媒體輔助教學介入對長期照護機構照顧服務員皮膚照護學習成效之研究．*護理雜誌*，61(4)，26-34。
doi:10.6224/JN.61.4.26
- 徐筱茹、許美玉、章淑娟、鍾惠君、徐小惠(2013)．重症病人失禁性皮膚炎盛行率及預測因子之調查．*護理暨健康照護研究*，9(3)，210-217。doi:10.6225/JNHR.09.3.210
- 張宜菁、陳鳳英、李建璋、吳淑瓊(2006)．台灣老人皮膚門診服務的使用：全國剖析．*中華皮膚科醫學雜誌*，24(3)，171-180。
- 蔡幸、吳鳳美、邱依婷、曾沛潔、黃素猜、曾莉娟(2009)．降低呼吸照護病房長期臥床病患皮膚紅疹之專案．*長期照護雜誌*，13(1)，73-86。
- Berger, T., & Steinhoff, M. (2011). Pruritus in elderly patients - eruptions of senescence. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 30, 113-117. doi:10.1016/j.sder.2011.04.002
- Eisenhauer, E. A., Therasse, P., Bogaerts, J., Schwartz, L. H., Sargent, D., Ford, R., ...Verweij, J. (2009). New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1). *European Journal of Cancer*, 45, 228-247. doi:10.1016/j.ejca.2008.10.026
- Lawton, S., & Fernandes, T. (2009). Assessing and treating adult patients with eczema. *Nursing Standard*, 23(43), 49-56.
- Zug, K. A., & McKay, M. (1996). Eczematous dermatitis: A practical review. *American Family Physician*, 54(4), 1243-1250.

靜
思
語

多做多得，福慧雙修；
少做多失，福慧雙休。

～ 證嚴法師靜思語～

The more we do,
the more we gain - in blessings and wisdom.
So in doing less we lose out on much.

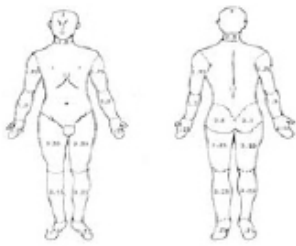
～ Master Cheng Yen ～



附件一

呼吸照護病房皮膚評估表

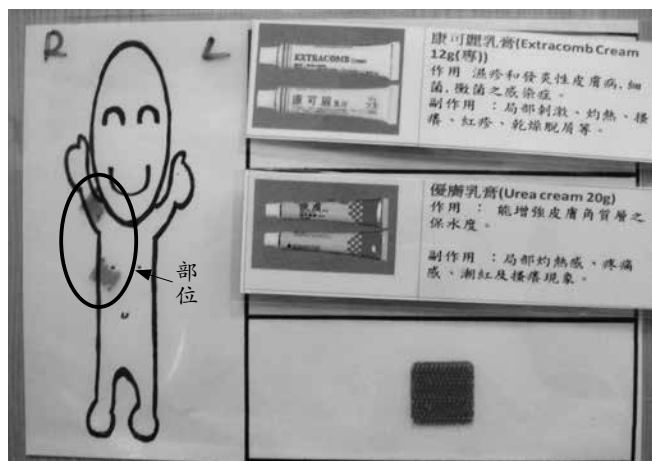
床 號：
病歷號：
姓 名：



醫護黏貼處	
請由下往上黏貼	

日期	給藥時間	簽名	效 果 評 值				備 註	
			已 改 善		未 改 善			持 平
			範圍變小	顏色變淺或暗	範圍變大	顏色變紅		
							* 每三天進行皮膚評值 * 已打勾方式紀錄	

附件二



A Project to Improve Therapeutic Efficacy for Skin Eczema in Respiratory Care Ward Patients

Ching-Mi Tsai, Yu-Min Liang*

ABSTRACT

This project aims to improved the therapeutic efficacy for skin eczema in respiratory care ward(RCW). The definition of effective in the context of this project is the reduction of eczema surface area equal or higher than 30%. The baseline survey found the effective treatment rate was 30% only, which facilitated the project. We therefore conducted a transdisciplinary assessment and identified three major causes of the ineffective treatments: Incorrect patient body cleaning, incomplete documentation of patient skin assessment by the nursing staff, and misuse of prescribed ointments by the nursing staff. In response, a multidisciplinary strategy was implemented, including standardization of bed bath skills with regular inspections, establishment of standard skin assessment chart as basis for evaluation and drug administration, and standardization of skin ointments application with checklist and illustration cards. After the implementation of the nursing interventions, the therapeutic efficacy improved drastically from 30% to 70%, and the medical cost successfully reduced. Skin care is essential in the medical services in RCW, and we have shown that our multidisciplinary nursing strategy could improve the therapeutic efficacy for skin eczema in the reported RCW patients and the cognition of nursing staff and assistant nurses in eczema care. (Tzu Chi Nursing Journal, 2017; 16:4, 75-86)

Keywords: eczema, respiratory care ward, skin integrity

RN, Respiratory Care Ward, Chiayi Branch, Taichung Veterans General Hospital; Supervisor, Chiayi Branch, Taichung Veterans General Hospital*

Accepted: June 3, 2016

Address correspondence to: Ching-Mi Tsai No.600, Sec. 2, Shixian Rd., West District, Chiayi City, Taiwan 60090

Tel: 886-5-2359630 #3468; E-mail: a919515@yahoo.com.tw