

菩薩心隨處現 聞聲救苦我最先



花蓮慈濟醫學中心

Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
970 花蓮市中央路三段 707 號
TEL:03-8561825

玉里慈濟醫院

Yuli Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
981 花蓮縣玉里鎮民權街 1 之 1 號
TEL:03-8882718

關山慈濟醫院

Kuanshan Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
956 臺東縣關山鎮和平路 125 之 5 號
TEL: 08-9814880

大林慈濟醫院

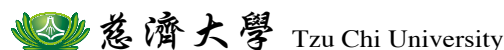
Dalin Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
622 嘉義縣大林鎮民生路 2 號
TEL:05-2648000

台北慈濟醫學中心

Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
231 新北市新店區建國路 289 號
TEL:02-66289779

台中慈濟醫院

Taichung Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
427 臺中市潭子區豐興路一段 88 號
TEL:04-36060666



中央校區

Buddhist Tzu Chi University Main Campus
970 花蓮市中央路三段 701 號 TEL:03-8565301
701, Chung Yang Rd., Sec.3 Hualien, Taiwan 970

建國校區(護理學院)

Buddhist Tzu Chi University Jianguo Campus
970 花蓮市建國路二段 880 號 TEL: 03-8572158
880, Sec.2, Chien-kuo Rd. Hualien, Taiwan 970

斗六慈濟醫院

Douliou Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
640 雲林縣斗六市雲林路二段 248 號
TEL:05-5372000

嘉義慈濟診所

Chiayi Tzu Chi Clinic, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
600 嘉義市西區書院里 1 鄰仁愛路 383 號 1 樓
TEL:05-2167000

三義慈濟中醫院

Sanyi Tzu Chi Chinese Medicine Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
367 苗栗縣三義鄉廣盛村 16 鄰八股路 24 之 9 號
TEL:03-7558666

蘇州慈濟門診部

Suzhou Tzu Chi Outpatient Department
中國江蘇省蘇州市姑蘇區景德路 367 號
TEL:0512-80990980

Contents | 目錄

6

〔上人開示〕

守護在生命重要的關頭

Protecting at Critical Moments in Life /Dharma Master Cheng Yen

8

〔社論〕

慈濟長照 大愛共伴 文／林碧玉

Tzu Chi Long-Term Care: Great Love Compassionate Companionship /Pi-Yu Lin

10

〔編者的話〕

養肌防失能·守護高齡行動力 文／丁先玲

Preventing Sarcopenia : Safeguarding Mobility and Dignity in the Elderly
/Shian-Ling Ding

12

〔白袍 vs.白衣〕

中西醫合療 肌少症長期照護 文／何宗融

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for Long-Term Care of
Sarcopenia /Dr. Tsung-Jung Ho

■ 封面故事

p.16

肌不可失

Muscles Cannot Be Lost

慈濟護理人員肌少症照護認知與需求

Tzu Chi Nursing Staff's Knowledge and Needs Regarding
Sarcopenia Care

文／丁先玲 Shian-Ling Ding

26 輕安妙法身如意 文／張翔

Light, Peaceful, and Wonderful Dharma Body at Ease /Hsiang Chang

28 日照健康促進活力樂齡 文／林秋燕

Day Care Health Promotion for Vibrant Active Aging
/Chiu-Yen Lin

30 長者做環保重現生命力 文／許雅蕙

The Elderly Environmental Protection Work Revives Vitality
/Ya-Hui Hsu

32

〔人物誌〕

從推動長照慈濟化 - 莊淑婷 - 台中慈院副院長 文 / 張麗雲
Promoting Tzu Chi-Style Long-Term Care -- Shu-Ting Chuang, Deputy
Superintendent of Taichung Tzu Chi Hospital / Li-Yun Chang

42

〔主管請聽我說〕

逃出牢籠的照服員新人生 文／林雅雯
Escaping the Cage: My New Life as a Care Service Worker / Ya-Wen Lin

46

〔主管這樣說〕

自助必得人助 文／黃宣維
Self-help Will Surely Gain Others' Help / Hsuan-Wei Huang

48

〔愛在護病間〕

眼神對視後的大笑 文 / 巫勇達
The Big Laugh After Eye Contact / Yung-Ta Wu

50

失智木匠家的那兩臺監視器 文 / 蕭宇傑
The Two Surveillance Cameras in the Home of a Carpenter with Dementia
/ Yu-Chieh Hsiao

54

〔白衣日誌〕

從臨床護理到長照個管，聽他們的生命故事 文／葉駿穎
From Clinical Nursing to Long-Term Care Case Management: Listening to Their
Life Stories / Chun-Ying Yeh

56

深耕長照 為長者點亮光明 文／許雅棠
Deeply Cultivating Long-Term Care: Lighting Up Hope for the Elderly
/ Ya-Tang Hsu

58

長照居服的挑戰與樂趣 文／趙俐惠
The Challenges and Pleasures of Long-term Care Home Services / Li-Hui Chao

60

〔志工伴我行〕

長照服務不可或缺的夥伴 文 / 鄭秀滿
Indispensable Partners in Long-Term Care Services / Hsiu-Man Cheng

62

〔男丁手記〕

七星潭的鵝卵石 文／陳鑫
Pebbles from Chihsingtan / Hsin Chen

Contents | 學術論文

67

提升糖尿病患者足部照護正確率

/ 孫雨婷、歐軒如、呂基燕、李彥錚

Project to Increase Foot Care Implementation Rate in Diabetics

/Yu-Ting Sun, Syuan-Ru Ou, Ji-Yan Lyu, Yen-Jen Lee

81

運用實證護理提升腦中風病人口腔照護完整率

/ 邱婷婕、陳育儒、李雅淇、丁淇平、張斐淑

Improving Oral Care Adherence in Stroke Patients Through Evidence-Based Nursing Practices

/Ting-Jie Ciou, Yu-Ju Chen, Ya-Chi Li, Chi-Ping Ting, Fei-Shu Chang

95

照護一位急性腎損傷合併高血鉀症需緊急透析之急診護理經驗

/ 賴秋紋、莊明月、高佩瑜

An Emergency Nursing Experience of a Patient with Acute Kidney Injury Combined with Hyperkalemia Requiring Urgent Dialysis

/Chiou-Wen Lai, Ming-Yueh Chuang, Pei-Yu Kao

105

照護一位原發性肺動脈高壓個案的護理經驗

/ 吳宇雯、陳建皓、葉惠玲

Nursing Experience in Caring for a Case of Primary Pulmonary Hypertension

/Yu-Wen Wu, Jian-Hao Chen, Hui-Ling Yeh

115

一位成年期女性罹患肺結核合併肺部塌陷之護理經驗

/ 林詩庭、陳右尚、楊妤婷

Nursing Experience of a Young Adult Female with Pulmonary Tuberculosis Complicated by Lung Collapse

/Shih-Ting Lin, Yu-Shang Chen, Yu-Ting Yang

志為護理

TZU CHI NURSING JOURNAL

第 24 卷 第 5 期 2025 年 10 月出版

Volume 24 · Number 5 · October 2025

榮譽發行人 釋證嚴

榮譽顧問 王端正、林碧玉

社長 林俊龍

編輯委員 王本榮、張文成、張聖原、郭漢崇、陳宗鷹、
簡守信、林欣榮、趙有誠、賴寧生、陳岩碧、
潘永謙、簡瑞騰、劉怡均、莊淑婷

總編輯 章淑娟、曾慶方（科普人文）

副總編輯 鍾惠君、陳佳蓉、吳秋鳳、李玉茹、彭台珠、丁先玲

論文主編 王淑貞

撰述委員 王琬詳、王朝琳、江錦玲、李彥範、吳宏蘭、邱思晴、
洪玉龍、范姜玉珍、徐惠琪、張美娟、張珮毓、張梅芳、
張凱雁、張雅婷、張雅萍、許玉珍、郭仁哲、郭育倫、
陳美慧、陳似錦、陳依萱、陳曉玫、陳麗玉、曾紀芬、
曾雅蘭、黃美玲、葉秀真、葉惠玲、楊淳雅、廖金蓮、
廖慧燕、劉怡婷、劉慧玲、滕安娜、蔡碧雀、鄭雅君、
鄭麗娟、賴惠玲、賴珈文、戴佳惠、謝美玲
(以上按中文姓氏筆畫排列)

人文主編 黃秋惠、廖如文、許琦珍、林玉娟、林詩淳
湯靜芬、王淑貞

編輯 洪靜茹、林芷儀

美術編輯 李玉如

網頁編輯 沈健民

行政 吳宜芳、林芷儀

封面攝影 賴廷翰

封面人物 臺中市慈濟清水綜合長照機構
呂怡靜主任、陳珮庭居服督導、長者徐趙甚女士

發行所 佛教慈濟醫療財團法人 慈濟護理雜誌社

地址 970 花蓮市中央路三段 707號

電話 886(3)8561825轉 12120

電子信箱 nursing@tzuchi.com.tw

網址 https://nursing.tzuchi.com.tw

製版印刷 禹利電子分色有限公司



2002 年 1 月創刊
2025 年 10 月出版
第 24 卷 第 5 期
ISSN 1683-1624

本雜誌內文章版權屬本刊所有，
非經允許請勿轉載或複製。
中華郵政北台字第 7784 號

歡迎投稿

投稿簡則及投稿聲明書請至
慈濟醫院網站下載。

<http://nursing.tzuchi.com.tw/write>



本刊圖片中所有人物配戴口罩規定
皆依現行防疫措施。



守護在 生命重要的關頭

Protecting at Critical Moments in Life

常說因緣不可思議，當年前途茫茫，從中部來到花蓮，在花蓮開始了慈濟志業，從五毛錢起家，我純粹是以誠正的心，把握因緣來成就世間事。有了因緣，總是大家共同一心來會合，應人間需要而付出，做的都是好事、善事。

人在世間，有幾項需求不可缺少，特別是一生中難免有病痛，少不了醫療，所以醫師、護理師是缺一不可。繼慈善工作之後，我們開啟醫療志業，迄今全臺共有四大、四小的慈濟醫院和一家慈濟診所，各院同仁合計有一萬多人。我們不求營利，而是能用心守護生命、守護健康、守護愛，相信大家都是同樣的一念心。

生活在人間，人人都有需要承擔的責任，不能什麼事都不做。可惜時常聽到有人不得不為事業勞心勞力，卻做得很不歡喜。而慈濟醫療志業的同仁，經常掛在嘴邊的則是感恩、歡喜，表示在這麼有愛的機構工作，雖然工作忙碌，但是感覺自己多做一點並沒有吃虧，而且能做得心安理得，所以歡喜！我聽了也是隨之歡喜，這就是志業精神。

尤其是志為護理，願意成為護理師，是用愛付出，知道病人很辛苦，就用如同慈母的心，對待病人像在照顧孩子、看顧長輩。他們聞聲救苦，承擔起護理工作，也是在人間盡責。近年常聽到護理荒，有些醫院護理人力流失許多。感恩大家願意持續堅守崗位，讓慈濟醫療系統還算平穩，實在不簡單，我們要更加疼惜。

人生難得有因緣能會聚在一起，但願慈濟的醫師與護理師，以一家人的心情，彼此互動、支持。醫療志業是最直接面對病苦人，就是需要守護在生命重要的關頭，發揮生命的價值與良能。看到每一家慈濟醫療院所都能用心守護在當地，心中真是無限感恩。☺

釋證嚴



靜思人文
JING SI CULTURE



讀書共和國出版集團
BOOK REPUBLIC PUBLISHING GROUP

用心·耕心

我與孩子一起實踐
《靜思語》的 21 堂人文成長課

慈濟教師聯誼會／彙編
陳乃裕、靜思書軒／總策劃

【靜師芬芳錄】教育故事再續！

一本見證《靜思語》以愛為教室
以眾人為學生，從教師心中萌芽
進而在人群中開花結果的行動之書

2025.6.11
上市

- ★ 精彩收錄 21 則《靜思語》創意人文教案，實踐故事力與人文力的深度融合
- ★ 從校園走向社區，跨場域啟動生命教育，展現教育的廣度與溫度
- ★ 適用於學校教學、家庭親子教育的最佳指南



慈濟長照 大愛共伴

Tzu Chi Long-Term Care:
Great Love Compassionate Companionship

◆ 文 | 林碧玉 慈濟基金會副總執行長

第一次聽到衛生福利部宣布，長照專線號碼 1966 時，立刻聯想到，證嚴上人於 1966 年不忍眾生苦，在自己尚無法溫飽，亦無居住處之際，不畏艱難努力手作嬰兒鞋，販售所得雖不多，毅然以悲心宏願創立慈濟基金會前身「佛教克難慈濟功德會」開展慈善救濟工作。第一位救助者即是一位獨居老太太，她的生活無法自理，於是每天送飯及照顧生活起居與健康，後來老太太往生，慈濟協助整個身後事，並將其骨灰安奉在靈骨塔。回顧慈善足跡，數十年的慈善照顧作為，竟然與衛福部所推動的長者照顧業務範圍是如此的神似，原來慈濟早在五十多年前，依著弱勢族群所需的照顧模式，是如此的規範，可運用於現在的進行式。

筆者生於臺灣，依著臺灣的經濟、生活模式而成長與老化，臺灣是我們這一代的生命共同體，我不曾想過，臺灣邁入「超高齡社會」，當長者人口突破兩成，可見證三、四、五零年代出生的這一群人，共同努力的工作，創造出臺灣經濟奇蹟，打造出穩定的生活環境。加上醫學的進步，以及健保政策的實行，創造了平均餘命超過八十三歲的社會，而我們都成了這段歷史的同行者。

隨著餘命的提升，如何照顧百分之八十的亞健康長者遠離失能，健康快樂到自然抵達生命終點，這正是慈濟人勇於承擔，願意挑起的重任。

於是乎，慈濟一方面設法與各縣市鄰里長合作，提供經費與資源，無論是供餐，創造終身學習的活動。感恩鄰里長與社區志工們樂於承擔，概算約兩百個點，讓長者在地就近愉悅安老；一方面在本會所屬各地靜思堂，開展 C 據點及日間照顧服務，經常看到白髮蒼蒼的慈濟人，為長者量血壓或其他服務，心裡的激動難以言喻，因為慈濟人總是希望能善用生命的每一秒，去付出照顧人群是一分福報。

靜思堂約有一百六十多個 C 據點，慈濟人及同仁用盡心思設計種種手動、腦動、全身都動的課程，讓一年超過三十萬人次亞健康長者，遠離失能的機會，其中老幼

共學部分，老幼均展現赤子純真，尤其眼見剛來日間照顧中心報到的長者，從明顯失能，不知你是誰，到被接受照顧後，眼睛發亮，恢復大部分動能，讓家屬既感動又安心。

很感恩，四大慈濟醫院對長照的重視，今年一起參與高齡健康博覽會展出，讓慈濟長照成果與用心展示在社會大眾眼前，非常感動所有同仁們在長照服務方面的付出，是長者之福。

當天北區的李孟蓉主任拉著我看展區布置呈現的結果，驕傲地告訴我：「您看，我們的在宅服務、在宅醫療做得好不好？」去年健保署試辦在宅醫療整合照護試辦計畫，慈濟長照承擔了十位個案。我說為什麼只有服務十位？太少了。原來最多就是十個配額。這些在宅醫療的個案，有的是肺炎及其他疾病，受惠於我們的遠端照顧，就康復不必再住院了。長照結合在宅醫療的服務，是我們一直努力的方向。當政府還沒有試辦計畫時，我們已開始請中醫師做在宅服務，希望透過中醫的看顧，甚至只是給老人家輕輕的按摩，也能舒緩老人家的身心壓力，這方向，我們真的做對了。

花蓮慈院護理部的「智能輔助護理與糖共舞」榮獲「護理照護服務類」SNQ 金獎！SNQ 金獎是世界第一，身為慈濟人，我們與有榮焉。

台中慈濟醫院更不用說了，大家都追隨著莊淑婷副院長全心投入長照。更與政府合作臺中市立仁愛綜合長照機構，綜合住宿與日照的綜合型長照機構，做得很好。我看到他們對於這些長者的照顧，貼心又親切，已成為各縣市政府學習的典範。

為了因應社會的需求及證嚴上人殷切照顧長者的願望，慈濟未來會在全臺灣各地建立住宿型的長照及日間與在宅服務。我們的目標，是讓長者無憂、健康、歡喜的活到最後一分鐘。

證嚴上人經常教誨，天地萬物，所有生命，我們要好好尊重與照顧，才能保護好我們的地球，否則極端氣候造成天災偏多。今年臺南嚴重風災，我到災區四次，很不捨，那裡居住的都是高齡長者，他們根本沒有能力去面對大水來臨的災害。很感恩慈濟志工們用心努力在第一線的付出，他們大部分是長者，真期待我們長照，能讓每位長者，永遠「肌有力」，人人與志工相同「肌」有力量健康付出。

期待大愛共伴長照，做到「五個共」—共好、共生、共榮、共善、共伴。共同腳踏實地、步步踏實，「共伴」每一個人從幼到老，歡喜自在健康，共伴地球永續生生不息，是永遠追尋的理想目標。☺



養肌防失能

守護高齡行動力

Preventing Sarcopenia □ Safeguarding Mobility and Dignity in the Elderly

◆ 文 | 丁先玲 慈濟基金會長照推展中心長照顧問

慈濟基金會「長照推展中心」自從於 2018 年成立以來，始終秉持「直接照顧、重點連結、務實幫忙」的核心理念，結合慈善、人醫、護理、復能、營養、社工與志工等專業團隊力量，從身心靈全方位陪伴長者，協助其在熟悉的生活環境中維持自立與尊嚴，進而提升生命的價值與幸福感，實踐「安老於社區、活躍於生活、尊嚴於終老」的願景。

這些年來，慈濟 A、B、C 機構及各社區據點的長照團隊，在深入陪伴長者的照護歷程中，多次親眼見證長者因肌力逐漸衰退而行動受限，甚至因此跌倒骨折、喪失自理能力，導致生活品質與尊嚴連帶受到明顯的影響。這些真實經驗使同仁深刻體認，「肌少症」（Sarcopenia）是高齡社會中長者行動失能的關鍵前兆，更是長照需求不斷攀升的重要因素。

根據衛生福利部統計，臺灣 80 歲以上長者的肌少症與跌倒骨折、身心失能等現象具有高度的相關性。因此，慈濟長照團隊自 2025 年初起積極建構「養肌防失能」的整合性照護藍圖，於日照中心及 C 據點導入功能性增肌課程，並由營養師提供合宜的飲食建議與正確的營養衛教，同時結合長照醫護、營養、復能及社工等跨領域專業力量，發展出一套從早期辨識、持續介入到跨專業合作的完整預防性照護模式。這套模式

不僅使肌少症防治可以融入長者的日常生活，更讓「養肌為先」成為推動健康老化的核心行動，使長者能在健康體能與穩健步伐中，持續綻放自立而有尊嚴的生命光彩。

本期《志為護理》以「肌少症防治」為主題，旨在喚起社會對高齡者肌少症的重視，傳遞「肌力就是活力」的核心理念，期勉每位長者能透過早期辨識與積極預防的行動，實現自立生活與健康老化的目標。我們希望透過《志為護理》這個真誠交流的照護平台，匯聚跨領域專業與人文關懷的力量，凝聚出一股柔性而堅定的推動力，持續推進全民健康老化的願景，讓照護專業與社會關懷溫度在彼此共鳴中延展。本期「社論」特別邀請慈濟基金會長照推展中心林碧玉總召集人，從政策思維與實務經驗交織的視角，深度剖析肌少症在健康老化政策中的關鍵角色；同時於「白袍 vs. 白衣」專欄中，由花蓮慈濟醫院中醫師何宗融副院長分享中西醫合療於肌少症預防與照護的臨床實踐，開啟兼具專業與人文的新視野。此外，全臺慈濟長照現場的護理師、個案管理師與照服員也共同撰文，以真實經驗呈現他們陪伴長者在地老化的心路歷程。本期出版不僅是慈濟長照推展中心首次參與編輯策畫的重要成果，更象徵「護理志業」在長照領域的延伸與深化。我們深信，護理人員在醫療院所之外，仍是守護健康、愛與尊嚴的中堅力量。期盼本期內容能激勵更多長照夥伴持續交流與共學，並讓社會更加理解與珍惜：高齡，並非衰退的開始，而是生命再次綻放與成長的希望起點。

結語之際，再次感謝所有參與本期籌畫的每一位願意分享的同仁、每一位執筆撰寫的作者、每一位細心審閱的編輯，以及在幕後默默支援的行政與設計團隊。正是這每一分專業與用心，匯聚成這一期溫潤而充實的刊物，也讓更多讀者看見護理師的專業角色與人文使命，不僅在臨床醫療院所中承擔白衣天使志業，更是臺灣超高齡社會在落實健康老化政策、實現「在地老化、安心終老」願景的關鍵力量。☺

中西醫合療 肌少症長期照護

Integrated Traditional Chinese and
Western Medicine for Long-Term Care of Sarcopenia



何宗融

花蓮慈濟醫院副院長
兼中醫部主任

隨著臺灣邁入高齡社會，肌少症（Sarcopenia）已成為影響長者健康與生活品質的重要議題。臺灣 65 歲以上長者中，每五人就有一人罹患肌少症，不僅增加跌倒與骨折風險，更可能導致失能、生活無法自理，甚至增加死亡風險。作為一位同時具備中醫與西醫專業背景的醫療工作者，我深刻體會到中西醫合療在肌少症照護中的獨特價值，期望透過本文為長照第一線服務人員帶來信心與方向。

肌少症是一種以骨骼肌質量減少、肌力下降及身體功能表現降低為特徵的症候群。根據 2019 年亞洲肌少症工作小組（AWGS）的診斷標準，當同時符合低肌力（男性 <27 公斤，女性 <16 公斤）和低肌肉質量時，即可診斷為肌少症；若再加上低身體功能表現（如 6 公尺步行速度 <1.0 m/s），則診斷為嚴重肌少症。

肌少症的臨床表現包括行走緩慢、握力下降、

坐下起立困難、容易疲勞、平衡能力下降、跌倒風險增加及體重無原因下降等。這些症狀不僅影響長者的日常生活能力，還會增加罹患骨質疏鬆症、心血管疾病及失智症等風險，形成惡性循環。

中醫理論視角下的肌少症

在中醫理論體系中，肌少症可歸類於「痿證」、「虛勞」等範疇。《黃帝內經·素問》中提到：「痿謂痿弱，無力以運動」，描述的正是肌肉萎縮無力的狀態。中醫認為，肌少症的發生與脾、肝、腎三臟功能失調密切相關。

中醫理論認為「脾主肌肉」，脾胃運化水穀精微，化生氣血，滋養肌肉；「肝主筋」，肝血充足則筋脈柔韌有力；「腎主骨」，腎精充足則骨骼強健。因此，脾胃虛弱、氣血虧虛、肝腎不足是老年肌少症的主要病機。

根據臨床表現，肌少症在中醫可分為以下幾種證型：

1. **脾胃虛弱型**：表現為肌肉消瘦、乏力、食欲不振、腹脹、便溏等症狀。
2. **氣血兩虛型**：表現為肌肉萎縮、疲乏無力、面色蒼白、心悸氣短等症狀。
3. **肝腎不足型**：表現為下肢痿軟無力、腰膝酸軟、頭暈耳鳴等症狀。
4. **痰濕阻絡型**：表現為肌肉痠痛、肢體沉重、關節腫脹等症狀。

中醫治療肌少症的方法

中醫治療肌少症主要從調理臟腑功能、補益氣血、活血通絡等方面入手，採用內服中藥、針灸、推拿等多種方法綜合治療。

1. 中藥治療

中藥治療遵循「健脾益氣、補益肝腎」的基本原則，根據不同證型選用不同方劑：

- 脾胃虛弱型：以健脾益氣為主，常用方劑如六君子湯、參苓白朮散、補中益氣湯等。
- 氣血兩虛型：以補氣養血為主，常用方劑如八珍湯、人參養榮湯、十全大補湯等。
- 肝腎不足型：以滋補肝腎為主，常用方劑如六味地黃丸、右歸丸、龜鹿二仙膠等。
- 痰濕阻絡型：以燥濕化痰、活血通絡為主，常用方劑如二陳湯加減、桂枝茯苓丸等。

研究顯示，某些中藥成分如黃耆多醣、人參皂苷等具有促進蛋白質合成、抑制肌肉蛋白降解、改善微循環等作用，有助於改善肌少症。

2. 針灸治療

針灸治療肌少症遵循「治痿獨取陽明」的原則，主要選取手陽明大腸經和足陽明胃經的穴位，配合其他經絡穴位。常用穴位包括足三里、曲池、豐隆、陽陵泉等主要穴位，以及三陰交、腎關、太衝、關元、氣海等配穴。

針灸可透過調節神經—內分泌—免疫網絡，促進肌肉血液循環，改善肌肉營養供應，增強肌肉收縮力，減輕肌肉痠痛等。

3. 推拿與其他外治法

推拿、拔罐、刮痧等外治法也是中醫治療肌少症的重要手段，可促進局部血液循環，緩解肌肉痠痛，增強肌力。此外，現代中醫還發展針刀、浮針等新式針灸療法，對治療肌少症相關的頑固性疼痛有良好效果。

中醫養生保健方法

中醫強調養生保健在肌少症預防中的重要性，包括：

1. **飲食調養**：均衡攝取五味，適當增加蛋白質攝入，選用藥膳如黨參茯苓茶（黨參 10g、茯苓 10g、大棗 3 枚，水煎服）有健脾益氣之效。
2. **運動養生**：中醫傳統運動如太極拳、八段錦、五禽戲等，具有舒筋活絡、調和氣血的作用，適合老年人鍛煉肌力和平衡能力。
3. **穴位按摩**：指導長者或照護者進行簡單的穴位按摩，如按摩足三里、三陰交、湧泉等穴位，有助於調節臟腑功能，增強肌力。

中西醫合療在肌少症照護中的應用

中西醫合療是指充分發揮中醫和西醫各自的優勢，取長補短，相互結合，形成更加完善的診療體系。在肌少症的照護中，中西醫合療具有診斷互補、治療合作、預防與復健並重、個人化照護等優勢。

1. **診斷評估結合**：在診斷與評估方面，西醫可運用多種客觀工具，例如雙能量 X 光吸收儀（DXA）、生物電阻分析（BIA）、電腦斷層掃描（CT）及核磁共振影像（MRI）等，準確測量患者的肌肉質量與分佈、脂肪含量以及肌肉功能。中醫則透過望、聞、問、切等四診合參，辨別患者的體質特徵與證型。兩者結合，能從宏觀與微觀層面全面掌握患者的身心狀態，為後續治療奠定精準基礎。

2. 治療方案整合：在治療層面，西醫重視營養支持及運動介入，例如針對肌少症患者設計高蛋白、充足熱量的飲食方案，並制定個別化的阻力訓練或平衡運動計畫。中醫則可依據不同體質，調整飲食結構，運用中藥以補氣養血、健脾益腎，或採取針灸調節經絡氣血，緩解肌肉無力或疼痛。更可結合太極拳、八段錦等傳統養生功法，促進肌力與柔軟度，提升整體體能與生活品質。此種中西醫治療方案的整合，往往能發揮協同效應，達到比單一療法更顯著的成效。

3. 復健與長期管理合作：在復健與長期管理方面，西醫透過真實情境中的日常生活功能訓練（Activities of Daily Living, ADL Training in Real-life Contexts），協助患者恢復自理能力與社會參與。中醫則可配合經絡穴位刺激、推拿等技術，減輕疼痛、改善局部循環，進而提升康復成效。更重要的是，中西醫合療可共同建立持續追蹤與評估的照護機制，根據患者病情變化，及時調整治療策略，實現個體化與動態化的健康管理。

4. 花蓮慈濟醫院蔘耆力濃縮液的應用：花蓮慈濟醫院中西醫團隊合作研發「淨斯本草蔘耆力濃縮液」，以人參、黃耆等中藥為主成分，經科學萃取，保留傳統藥效並提升生物利用度。研究顯示，該產品能促進骨骼肌蛋白合成、增強心肌強韌，對老化引起的肌少症具顯著改善效果。臨床上，蔘耆力濃縮液可作為肌少症的輔助治療，搭配西醫營養支持與運動處方，為長照領域的中西醫合療提供嶄新選擇。

肌少症照護需要中西醫的智慧結晶，而長照人員則是將這些智慧轉化為實際照護的關鍵力量。透過中西醫合療的理念和方法，結合長照人員的專業照護，我們有信心能夠為長者提供更全面、更有效的肌少症照護，讓他們在高齡社會中保持活力。期待每一位長照人員都能成為中西醫合療的實踐者和推動者，共同為建設健康友善的高齡社會而努力。☺



肌不可失

Muscles Cannot Be Lost

慈濟護理人員肌少症照護認知與需求

Tzu Chi Nursing Staff's Knowledge and Needs
Regarding Sarcopenia Care

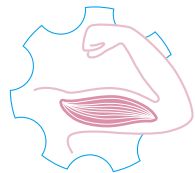


世界衛生組織（WHO）統計，65 歲以上老年人中約有 10% 罹患肌少症，80 歲以上長者的盛行率更高達 50%，顯示肌少症的預防是全球高齡健康照護過程中，非常重要的一環。就臺灣而言，至 2026 年，65 歲以上人口將突破總人口的兩成，正式邁入「超高齡社會」，推估至 2050 年高齡人口比例更將持續攀升至近四成。如此快速且幅度

驚人的人口結構轉變，所帶來的高齡相關的健康議題亟需妥善因應。這其中，有關肌少症（sarcopenia）的肌肉量與肌力減少症候群，所引發的跌倒、骨折、住院、失能與臥床風險，不僅嚴重衝擊長者的生活品質，更加重整體社會的醫療與照護負擔。因此，肌少症的防治，不僅是臨床醫療須正視的議題，更是健康老化過程的重要指標。

問卷基本資料統計

性別	人數	%
女	1,037	92.9
男	79	7.1
總計	1,116	100.0
年齡	人數	%
≤20歲	9	0.8
21-25歲	250	22.4
26-30歲	216	19.4
31-35歲	149	13.4
36-40歲	107	9.6
41歲以上	385	34.5
總計	1,116	100.0
目前醫院服務年資	人數	%
≤1年	145	13.0
1.1~2年	167	15.0
2.1~3年	65	5.8
3.1~5年	112	10.1
5年以上	627	56.2
總計	1,116	100.0



職務別	人數	%
護理師／士	852	76.3
副護理長	35	3.1
護理長	62	5.6
督導及以上	14	1.3
個管師(功能小組)	60	5.4
專科護理師(含資深護理師)	93	8.3
總計	1,116	100.0
工作科別屬性	人數	%
內科	196	17.6
外科	152	13.6
小兒	41	3.7
婦產	37	3.3
急重症	171	15.3
功能小組	16	1.4
血液透析室	50	4.5
手術室	84	7.5
門診	205	18.4
心蓮	25	2.2
行政	31	2.8
精神科	37	3.3
其他	71	6.4
總計	1,116	100.0
職務別	人數	%
花蓮	223	20.0
玉里	32	2.9
關山	26	2.3
大林（含嘉義）	282	25.3
臺北	204	18.3
臺中	316	28.3
斗六	30	2.7
三義	3	0.3
總計	1,116	100.0

護理與長照人員是高齡民眾健康的第一線照護者，對於肌少症的早期辨識與後續介入扮演重要的角色。鑑於臺灣目前針對臨床護理人員推動肌少症照護的現況，仍缺乏足夠的系統性調查資訊，因此，本期問卷特別聚焦於：護理人員對於肌少症的了解與經驗、各醫療單位是否具備支持肌少症照護的資源，及護理人員與醫師、營養師或物理治療師的跨專業合作經驗與挑戰等三大面向，進行臨床護理師的問卷調查，期望透過本次問卷結果，可初步了解護理人員在肌少症照護的認知、經驗與制度的現況，以作為日後改善肌少症照護網絡的重要參考。

本次調查涵蓋慈濟醫療體系八家院所，總共回收有效電子問卷 1,116 份。

知能養成訓練： 臨床應用與學理教育的連結

首先了解臨床護理師曾否接受過肌少症相關訓練，結果有超過一半（55.7%）的護理師未曾接受過肌少症課程的學習，28.1% 曾於學校學習過相關課程，17.5% 在職訓練中參與過肌少症的學習，3.5% 護理師參加過外部課程或肌少症研討會。此結果反映出在護理專業領域中，有關照護人力的肌少症知能養成教育可再加強，至於醫療臨床單位的在職教育已有初步

1) 您是否曾接受過「肌少症」相關之正式教育訓練？ (N = 1,116，可複選)

是，於學校課程中學習過 28.1%



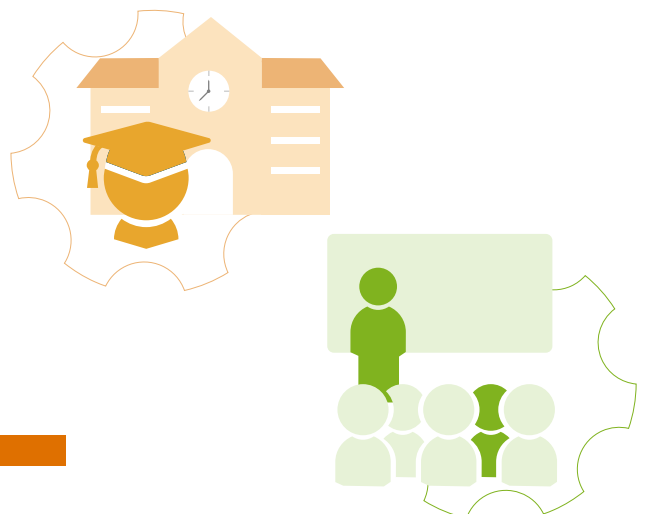
是，於職場在職訓練中參與過 17.5%

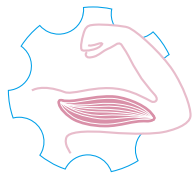


是，曾參加外部課程或研討會 3.5%



否，未接受過肌少症課程 55.7%





的推動，但可考量普遍性的建制，畢竟除了兒科單位，其他科別的病人都有高齡化的趨勢。

臨床照護資源： 潛力可見，制度尚待建立

問卷第二題詢問護理師在目前臨床工作場域是否曾參與肌少症相關照護或提供支持性服務，有 28.1% 曾觀察個案的肌力退化現象，11.1% 曾轉

介個案予醫師、專科護理師、個案師或復健團隊，進行肌少症評估，有 15.7% 的護理師曾依據肌少症的評估結果參與營養、運動或生活指導的照護計畫。仍有 39.0% 護理師的單位內尚未有肌少症照護的常規或相關流程，以及 34.3% 的護理師不清楚自己的工作單位是否有進行肌少症的相關照護。這顯示出臨床單位對於肌少症防治的實務推動，尚未獲得普遍的共識。

2) 在您目前的臨床工作場域中，您是否曾參與肌少症相關照護或提供支持性服務？（N = 1,116，可複選）

曾協助觀察個案的肌力退化現象
（如步態、體力減弱等） **28.1%**



曾轉介個案進行肌少症評估（如請醫師、專科護理師、
個案師或復健團隊評估） **11.1%**



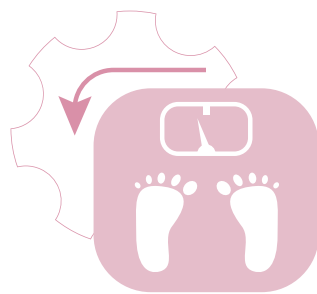
曾依據評估結果參與照護計畫
（如營養、運動、生活指導） **15.7%**



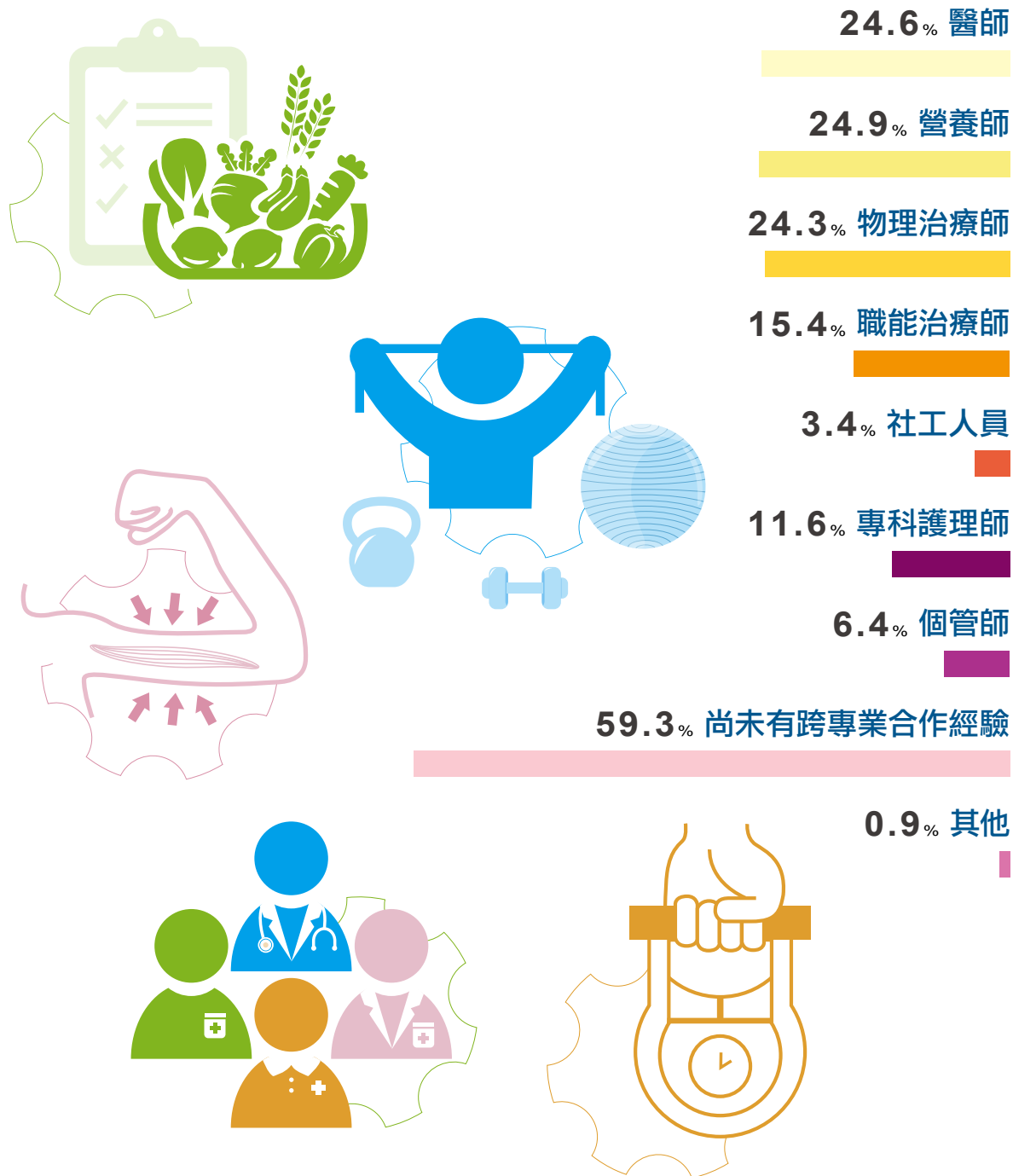
單位內尚未有肌少症照護的常規或相關流程 **39.0%**

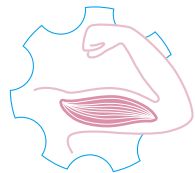


不清楚單位是否進行肌少症相關照護 **34.3%**



3) 在照護肌少症長者的過程中，您曾與哪些專業人員進行跨專業合作？（N = 1,116，可複選）





跨專業合作： 觀念已起，平臺尚未成形

在照護肌少症長者的過程中，曾進行跨專業合作的對象，以營養師（24.9%）、醫師（24.6%）、物理治療師（24.3%）較多；其次為職能治療師 15.4% 及專科護理師 11.6%，少數為個案管師（6.4%）及社工人員（3.4%）。但是，有 59.3% 的護理師表示尚未有跨專業合作的經驗。

問卷結果初步呈現出，多數護理人員已具備對肌少症的臨床觀察敏感度，可及早察覺長者肌力退化的危機，並適時進行轉介或提供營養、運動等相關指導。

在問卷第四題「認為未來推動肌少症預防與照護時，應著重的照護內容」之調查結果中，可清楚看出護理人員的共同期待：約 69.9% 的護理師認為應加強肌少症防治的專業訓練；66.0% 的護理師期望能加強長者及家屬有關肌少症防治的衛教；64.9% 的護理師重視社區層級的健康促進與早期預防行動；63.4% 的護理師希望建立標準化的肌少症評估流程與工具；另有 54.9% 的護理師則強調專業團隊合作機制的必要性。

至於目前推動肌少症照護的最大困

難為何？調查結果顯示，34.4% 護理師感受本身工作量負荷已經相當繁重了，難以額外執行肌力照護、紀錄與追蹤等健康促進任務，24.6% 護理師認為家屬與長者對於肌少症的認知不足，會影響配合肌少症防治的動機，其餘「評估與照護資源不夠完善」占 13.4%、「護理人員本身對於肌少症的知識不足」（13.3%）、「缺乏專業協同合作平臺」（12.2%）等。此結果呈現出護理人員「臨床工作負擔沉重」；而「民眾衛教不足」則需強化社區與家庭的健康衛教，以形成民眾肌少症防治的「預防」到「照護」的完整鏈結。

慈濟長照 肌少成多養肌金

慈濟基金會結合慈濟醫療志業，在全臺灣各地投入長照服務，而肌少症防治，更是長者照護的重點。

慈濟長照推展中心為回應超高齡社會的挑戰，於 2025 年正式啟動「肌少成多一養肌金」行動方案，以系統化方法推動長者肌少症的預防。首先，以肌少症風險評估工具（Strength, Ambulation, Rising from A Chair, Stair Climbing and History of Falling；SARC-F）在全臺灣 11 家日照中心及多處社區 C 據點，評估長者罹

4) 您認為未來推動肌少症預防與照護時，應著重哪些內容？ (N = 1,116，可複選)

護理人員之專業訓練與知識提升 69.9%

建立肌少症標準化評估流程與工具 63.4%

強化專業團隊合作機制 54.9%

長者與家屬 [肌少症防治] 的衛教 66.0%

鼓勵社區健康促進與早期預防行動 64.9%

其他 0.2%

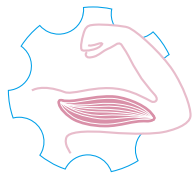


患肌少症的風險及建立個人健康檔案。肌少症風險評估的三大核心指標，包括：

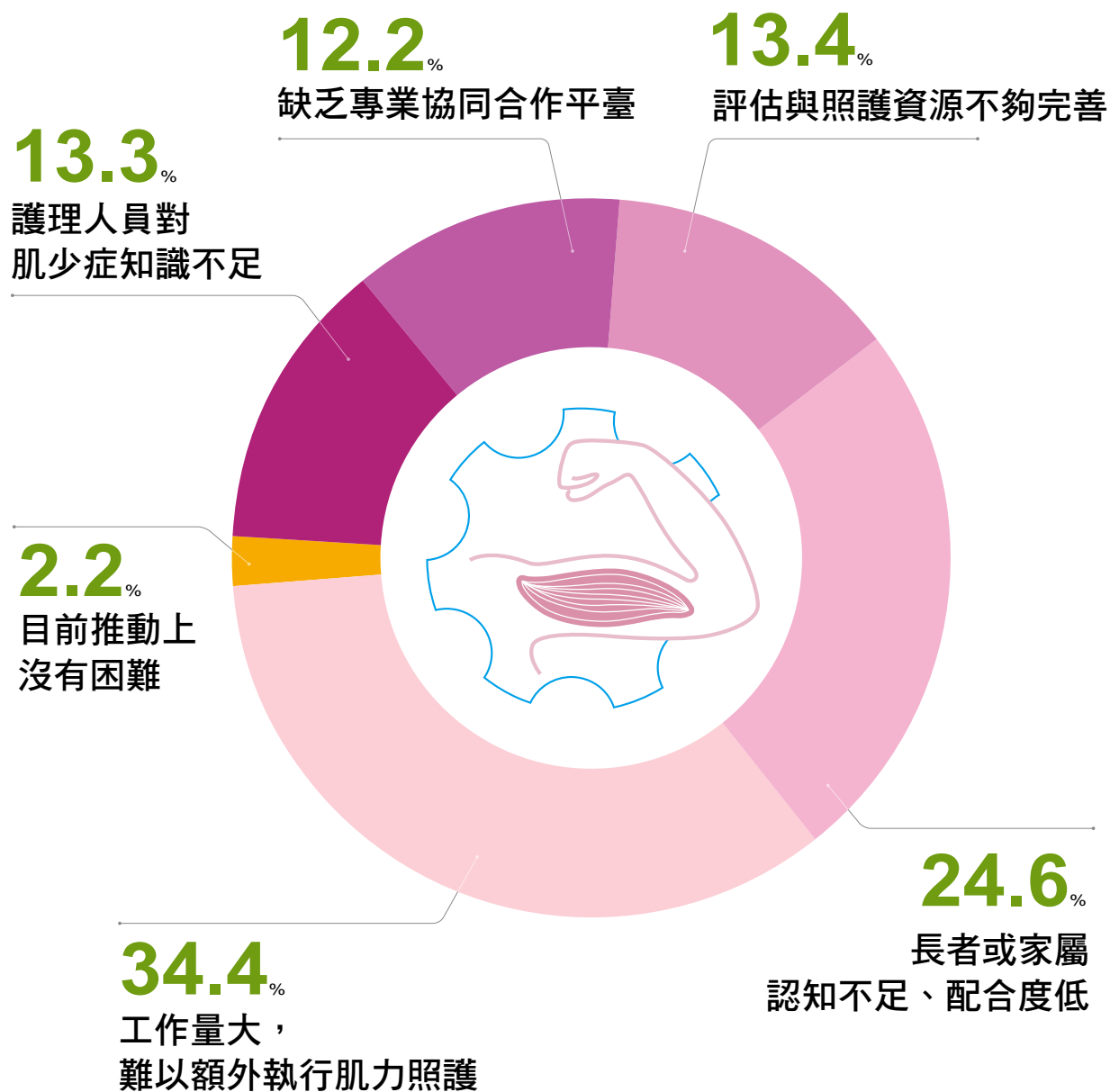
- 1) 握力：男性 <28 公斤、女性 <18 公斤視為風險。
- 2) 30 秒椅子坐立測試：5 次需超過 12 秒即為異常。
- 3) 4 公尺行走速度：低於每秒 0.8 公尺即為衰弱警訊。

在 3,838 位長者的篩檢中，發現小腿圍偏細（男性 <34 公分、女性 <33 公

分）者，共有 1,375 人（35.9%）；肌少症高風險者（SARC-F \geq 4 分）有 291 人（7.58%）。為此，長照人員與復健師共同研擬了 24 週中強度肌力與平衡訓練課程，內容涵蓋太極拳、八段錦及慈濟健康操等運動，並搭配營養指導，協助長者增強肌力、改善行動功能。部分機構更安排復健師定期與長照人員進行跨專業溝通，確保長者肌少症防治的「養肌」方案能落實於日常生活之中。



5) 您認為目前推動肌少症照護最大的困難為何？ (N = 1,116，單選)



成效評估於年底將再進行一次，屆時透過前後肌力數據比對，檢視行動方案執行成效；預期具體成效包括：

- 1) 課程出席率達 85% 以上。
- 2) 握力平均提升 5% 以上、30 秒椅子坐站次數增加 2 次以上、4 公尺行走速度提升 0.1 公尺 / 秒以上。
- 3) 長者上下肢肌力與行走穩定性顯著改善，跌倒與失能風險明顯降低。

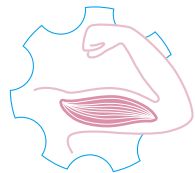
護病雙贏的肌少症照護藍圖

此次問卷整體分析，從個人知能養成到制度建構，展現了肌少症照護藍圖及全球健康照護所強調的「預防導向」與「跨專業整合」趨勢。然而，肌少症防治的落實過程並不容易；其中，護理人員的臨床工作量過重，是最直接的現實因素。

因此，若要真正落實肌少症的照護，不僅有護理師的專業熱忱，更必須有健康促進制度、人力與社會支持等三個面向：第一，從零星個人努力走向制度支持，透過標準化流程與規範化工具，將個別經驗轉化為常規性操作；第二，從專業分工邁向跨域共照，建構醫師、護理師、營養師、復

健師、社工與長照人員共同合作的平臺，形塑完整照護網絡；第三，從醫院與長照機構延伸到社區推廣，並透過預防、診斷、介入及成效評量銜接完整的鏈結，讓肌少症防治不侷限於臨床醫療，更能融入社區健康促進與家庭支持，降低跌倒、失能與臥床風險，真正達到「預防重於治療」的效果；期待透過上述三大轉換，建構完整涵蓋肌少症「預防、診斷、介入、成效評估及長照銜接」的有效鏈結，以奠定高齡社會更堅實的健康老化的基礎。

此外，在落實肌少症防治的照護願景過程中，需要以「人文為核心」的照護精神；當護理人員為長者進行肌力評估與照護時，所傳遞的不只是專業技能，更包含那份被理解、被尊重、被陪伴的溫暖。總體而言，本次調查揭示了臺灣邁入「超高齡社會」後，在肌少症防治上可努力的面向；後續需持續凝聚醫療專業與社會的整體共識，透過教育培訓、制度規畫、人力資源與社區努力，共同落實肌少症的防治成效，以實踐「健康老化」的願景，讓高齡長者的生命依然享有尊嚴、活動力與幸福感。



輕安妙法身如意

Light, Peaceful, and Wonderful Dharma Body at Ease

■ 文 | 張翔 慈濟基金會慈濟長照推展中心管理部企劃室 C 據點推展組小組長

肌少症的預防重於治療，完整的照護體系應強調「早期篩檢」與「個別化運動介入」。為此，位於慈濟花蓮靜思堂的巷弄長照站，透過定期辦理預防及延緩失能照護課程，還有每半年一次的體適能檢測，監測長者們的肌肉質量與身體機能，並提供模組化的帶狀運動與營養餐食。此外，慈濟基金會也積極推動健康促進計畫，如職場健康講座、健康篩檢與運動激勵制度，鼓勵同仁在工作中融入健康習慣，減少久坐導致的肌肉退化與體態問題。

運動對於預防與改善肌少症至關重要，無奈許多人因缺乏適合的運動場地或擔心受傷而不願運動。慈濟長照推展中心為此於花蓮靜思堂設置友善安全的運動空間「輕安妙坊」，提供各志業體同仁、慈濟志工和社區民眾整合性多元運動服務，達成全民健康，並做到預防性照護的目標，而此正呼應了上人所說：「人心能夠調和，便是輕安自在。」

花蓮靜思堂設立「輕安妙法身如意」運動保健班，藉由體能訓練指導，設計專屬運動計畫，養成週期性運動的習慣，除了預防健康、亞健康族群往慢性病發展的比例，也提升自身健康餘命，降低生命後期照護的醫療成本，將有限的醫療資源作更有效的應用。

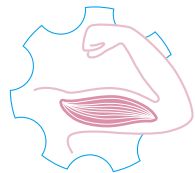
運動保健班成員從最年輕二十四歲到最年長八十七歲都有，平時除了接受專業運動訓練，也透過社團定期安排保健講座，邀請業界的專業講師前來傳授多方面的運動訓練、體態保養、飲食管理等新知。

運動保健班設立後獲得許多肯定的回饋，例如七十歲退休又重返職場的護理師玉桃姊，自覺身體變差、關節也僵硬了，來到運動保健班接受專業體能訓練，維持肌力不再衰退。

花蓮靜思堂於 2023 年 1 月 14 日正式啟用「輕安妙坊」運動館，駐點教練於現場指導民眾。年齡最長的學員為 87 歲的瑞月奶奶（右下），每週三固定從七星潭來到運動館訓練。

肌少症的預防與照護，不僅關係到高齡者的健康，也影響職場工作者的體態與長期健康。透過建立完善的肌少症照護體系，從社區到職場，從預防、運動、營養到制度化支持，都需全面落實。「輕安妙坊」的設立，正是一個良好示範，提供安全友善的運動空間，讓長者與同仁都能良好的環境中鍛鍊，擁有健康的身體與更高的生活品質。





[No.2]

日照健康促進活力樂齡

Day Care Health Promotion for Vibrant Active Aging

■ 文 | 林秋燕 苗栗縣慈濟社區長照機構 業務負責人

自 2019 年 7 月開業迄今的苗栗縣慈濟日照中心，為長者建立一個良好的運動及休閒的空間，拉近人際間的社交互動距離，讓長輩在團體生活中享有被接納的自我歸屬感，並對於身心健康、情緒管理等，獲得更好的調適。如今，邁入第六個年頭的苗栗慈濟日照中心，曾經接來送往且年齡超過 80 歲的長者，累積有 86 位。

我們發現每一位來到苗栗日照中心的長者有著各不相同的生命歷程及樣貌，其中有因年紀大，身心功能逐漸退化的體能衰弱者；有因腦部退化的失智者；有曾因跌倒，身心待時間的逐漸恢復者；也有因中風導致行動不便的失能者，甚至還有受到家人情感勒索強迫下，不得不來到日照中心的無奈者。不論是何因緣來到日照中心的長者，我們都極盡所能的提供身心靈安頓、安心、安全的長照服務，我們機構本於「要活就要動」，唯有動起來，身體才會更健康，也才能兼顧休閒娛樂。因此，照服員除了照顧他們的基本日常生活外，也要促進長者身體生活的基本機能恢復或維持。照服員為避免長者骨質快速流失，會陪伴長輩保持規律的運動習慣、增強肌耐力、關節靈活度、身體平衡，以及強化心肺功能，以預防跌倒及減緩慢性疾病等失能、失智的發生。

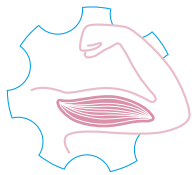
曾有一位 75 歲的香姊，年輕時能歌善舞、乒乓球技一流，更是一名登山好手，然而經過一次小中風及跌倒意外後，生活完全變調，住院三個多月，出院後隨即來到了我們日照中心接受照護。剛來時，香姊在照服員陪同如廁、協助洗澡等生活照護下，自覺是一個「沒用的老人」，所幸在工作人員及同儕持續二、三個月的陪伴服務下，已經可以從四腳助行器進步到單拐，甚至在室內不靠輔具走路超過 50 公尺。逐漸恢復自理能力後的香姊，開始對於中心所安排的動、靜態活動產生高度興趣，特別是藝術類型的活動如粉彩畫和禪繞畫等，她還會積極主動的到社區大學進修；逐漸找回往日信心的香姊，高興地說：「活著真好！」



至於另外一位高齡 82 歲的資深慈濟委員阿雪師姊，一生當中幾乎六分之一的時間都在做慈濟事，後來被診斷出罹患阿茲海默症後，阿雪師姊的記憶就像溜滑梯一樣快速的退化；例如：去市場買菜忘記把菜帶回家，騎腳踏車出去忘記騎回來等。阿雪師姊原本日日都熱心做慈濟的生活型態，轉變得不愛出門，在家裡不是躺著就是坐著，直到連孩子的姓名、臉龐都不再記得了。阿雪師姊先生內心非常糾結，也不知該如何是好。後來，經由法親的不斷鼓勵，開始陪伴著阿雪師姊來到苗栗慈濟日照中心，經過持續四年多的日間照顧生活，讓先生一邊在園區當志工，也一舉兩得的可以就近陪伴阿雪師姊。經常可看到他們夫妻倆鶼鶼情深地共同在園區內晨間漫步的身影。阿雪師姊透過運動加上日照中心的健康促進活動，得以延緩退化，夫妻的生活品質也隨之提升，同時也減輕了子女們的照顧負擔。

我們苗栗慈濟日照中心每月、每週、每天規畫執行各式各類的健康促進活動，像是高齡健康操、毛巾操、彈力球、彈力帶、八段錦；更引進社區資源公益師資，如拍打功、平甩功、太極氣功訓練長者練肌力。同仁們深信，經由適宜的肌力與肌耐力訓練，有助於長者維持穿脫衣物、進食、洗澡、如廁、做家務、外出購物、提拿物品、烹調等日常生活的功能。何況，有需要使用助行器或拐杖等輔具的長者，也都需要足夠的肌力才能更順利完成日常的行動平衡與活動。

病苦、老苦是人生難免遭遇的歷程，醫療與長照是協助長者恢復身心安康的重要推手。因此，苗栗慈濟日照中心特別與台中慈濟醫院合作，其中，復健科技術部林啟文主任更是每個月撥冗至日照中心以團體衛教及個別化指導的方式等，增進照服員專業的肌耐力訓練等照護技巧與知能，讓長者可以更有效的存骨本並促進健康。



[No.3]

長者做環保重現生命力

The Elderly Environmental Protection Work Revives Vitality

■ 文 | 許雅蕙 屏東縣慈濟竹田社區長照機構業務負責人

世界衛生組織對健康老化的定義是：發展並維持「生活機能」之過程，而有正常的生活機能便能夠造就幸福的老年。

證嚴上人說：「救世要先救心；想影響天地，則先影響心地。」在 1990 年的一場演講會當中，上人呼籲大家用鼓掌的雙手做環保，從此環保清淨在源頭、延續物命再製造變成所有慈濟人的使命。慈濟環保站不僅僅是做環保，更是許多年長者於退休之餘，得以發揮生命的良能的場域；希望長者透過資源回收、物命再造、延續物命而更加珍惜生活中所擁有的一切，進而珍惜身邊的人、事、物，所以在思考如何協助長輩健康促進，展現自身良能、提升靈性、尊嚴，與生命價值時，環保就是一個很好的方法。

我們將環保服務納入日照課程裡，長輩除了可以在過程中與他人維持好的社會互動，更可以訓練認知及手足肌力，透過長輩們依環保步驟操作時，打開瓶蓋、剪瓶環、分類、踩、壓、等等，自覺瓶蓋轉不開、毛巾擰不乾、雙腿無力腳步慢，感受到自己身體健康正面臨肌少症傷害，進而願意自我訓練。

適當的運動對於高齡者來說很是重要，運動的強度和時間則需要循序漸進地來





進行，切勿超過身體的負荷，以抗阻力運動來提升肌肉量，同時結合環保增加下肢肌力，透過肌肉對外的抗阻訓練來達到訓練效果，既可預防跌倒，同時生活上幸福感隨之提升。另外，輔以營養的照顧——蛋白質的補充，我們有信心，長輩的健康在我們的守護之下，可以擁有好的生活品質。

在我們日照中心，平常我們也會運用輔具來訓練長輩，例如啞鈴、握力球、彈力帶等，握力練習的成效可以透過順利扭開保特瓶的瓶蓋來檢測，規畫多元的訓練模式，也能提升長輩自我訓練的動機。以舉啞鈴的方式來訓練肱二頭肌，用生活的方式，帶入防跌的方法，融入環保回收的元素，讓長者喜歡來日照，想要來日照，因為日照的生活不只好玩，又可以幫助人，重現生命的價值與意義。

我們蒐集了竹田日照長輩的個人因素、及平常從事環保活動的數據、ADL 量表的變化，來做為服務成效的檢視與日後課程規畫的依據。在計畫執行過程的監測，中心的長輩持續每週一次，每次的活動時間 120 分鐘，在活動課程的設計之下，從 ADL 的前後測結果，發現長者的 ADL 有所進步，初步判讀維持延緩失能，及肢體協調能力都能收到提升的成效。

日照中心的服務是以安全看視、協助生活自理，與自我照顧能力的促進為主，透過不同內容的課程設計，不論是動態、靜態及輔療來提升長輩的參與度能喜歡且樂於配合活動課程，以增加人際互動、延緩退化與老化、增加生活品質為目的。在照顧過程中，不斷地建立長輩自信心，重現長者生命力於日常中，期待在社區中，面臨老化與少子化的衝擊之下，能夠達到共老共好的生活環境。☺



推動長照 慈濟化

莊淑婷 台中慈院副院長

**Promoting Tzu Chi-Style
Long-Term Care**

Shu-Ting Chuang,

Deputy Superintendent of Taichung Tzu Chi Hospital

■ 文 | 張麗雲

提到慈濟醫療志業之中投入長照最多的人，會想到的第一人，應該是現任台中慈濟醫院副院長莊淑婷。2014 年臺灣尚未推動長照服務法之前，她受證嚴上人囑託，並在慈濟基金會林碧玉副總的任用之下，承擔起台中慈濟護理之家從無到有的使命任務。

許多的「第一」在莊淑婷身上發生，是台中慈濟醫院啟業第一位報到的同仁，2007 年 2 月 22 日醫院頒布人事命令請她擔任行政副院長，是慈濟醫療體系以護理背景獲擢升為醫院副院長的第一位。

從急性到慢性照護「返家率」創舉受肯定

莊淑婷原於中國醫大附設醫院體系擔任護理部副主任，臺中慈濟醫院啟業之初，在花蓮慈濟醫院任職的同學賴惠玲邀她加入。印象中，慈濟人在九二一地震後，走在第一線膚慰、關懷、救助、援建學校身影，令她極為感動。莊淑婷肯定慈善機構推動醫療的理念，又家住潭子，基於地緣之便，她加入台中慈濟醫院籌備工作，擔任護理部主任，負責護理系統的建立。

台中慈濟醫院分兩期興建，第一期工程還在打泥板、灌漿的時候，莊淑婷就來報到。「我本來想說『籌備處』應該很大，報到的時候卻連一張辦公桌椅都沒有。」身為醫護人員，習慣走在第一線服務的她，就從工地開始服務，她說自己在「打雜」。

「打雜」要做得好，可是非常難的！醫院籌建期間的大小事，從各項空間設計與規畫，從編電話號碼、床號、確認被服，以至手術室的設置等等，無一不親力親為。林碧玉副總曾問她：「妳怎麼什麼都會？動作及效率超棒！」莊淑婷謙虛地說：「我是從基層護士做起，只要謹記上人所說，『做中學，學中覺，覺中悟』，做任何事情自然而然就會快速完成。」

2007 年 1 月台中慈濟醫院成立，三個月後，醫院通過評鑑，莊淑婷任勞任怨和負責的精神，獲得上司認可，晉升她為行政副院長。副院長的職務領域擴大至全院行政，當時許多工作超出她的專業範圍，肩頭重擔愈趨沉重。然而酸甜苦辣、五味雜陳反倒成為她領導護理團隊的資糧，莊淑婷憑著一股毅力與堅持，勇敢地走過了艱辛期。台中慈濟醫院在醫護和志工合和互協下，醫病之間不斷迸出溫馨互動的火花，業務愈趨穩定成長，獲得許多在地鄉親的讚許。

2014 年，政府尚未推動長照政策前，莊淑婷以副院長的身分，兼掌臺中慈濟護理之家的業務。上人囑咐，做長照最重要是讓長者享受天倫之樂，負責人亦需能彎下身段，才有辦法照顧這些長者，醫療志業體的主管們也共同希望她能接下這個任務。

以護理出身的莊淑婷，從急性醫療領域突然轉為慢性，以長期性照護老人，模式完全不同，凡事得從頭學習和適應，承受的壓力不小。上人期待，護理之家是阿公阿嬤的中繼站，要照顧到他們有一天能回家共享天倫之樂，希望莊淑婷做得到。

然而，返家談何容易，最重要的是提升照顧品質，讓長者健康促進而能回家。於是，在衛福部的六大功能品質指標（跌倒、壓瘡、機構內感染、非計畫性體重改變、約束、非計畫性轉至急性醫院住院）監測外，台中慈濟醫院護理之家增加一項「返家率」指標。

台中慈濟護理之家的業務穩定成長，三年後，返家率成效幾近百分之六十，在 2017 年以「返家率」創舉，參加國家醫療品質競賽獎，榮獲「SNQ 國家品質標章長照類」銅獎肯定，並於 2020 年認證成為「卓越中心」。台中慈濟護理之家在短短不到十年時間，能獲得國家醫療機關的肯定，莊淑婷堪稱為長照護理創紀錄的第一人。



台中慈濟醫院正式啟業前，莊淑婷即開始為護理部面談護理人員。攝影／鄧和男



2011 年 2 月 7 日大年初五，台中慈濟醫院二期工程進行中，莊淑婷副院長祝福工地朋友，也巡察工程進度。圖／台中慈院公傳室



突破各縣市法規 設置全臺長照中心

然而，住民或因年長、失能、中風等狀況，返家過後，在家人照顧不易的狀況下，過沒多久又要再住進護理之家。於是經上人應允，台中慈濟護理之家再建置居家照顧服務中心，協助家屬照護長者。

當時，政府長照法（長期照顧服務法）尚未上路，設立居家照顧服務中心須向社會局投標。社會局一年一度對外招標，慈濟基金會順利得標，在太平設立第一家慈濟居家照顧服務中心，就近服務潭子、太平、大里、北屯等地有需求的居民。



莊淑婷副院長帶領同仁把台中慈濟護理之家營造出家的溫馨氛圍。攝影／台中慈濟護理之家提供

2017 年 1 月，政府全力推動「長期照顧十年計畫 2.0」（簡稱長照 2.0）。慈濟醫療董事會認為，1966 年證嚴上人在花蓮創立佛教克難慈濟功德會時就開始照顧獨居長者，86 歲的林曾老太太就是慈濟照護的第一個個案。慈濟從接到案開始即為她料理食衣住行，直至老太太的醫療、喪葬等後事處理，這是慈濟長照的緣起，所以設立長照推展中心是慈濟醫療的必然志業。

慈濟志業以慈善為出發點，以人為本，醫療結合慈善，不只醫身也醫心，志工、醫護為獨居老人送餐、沐浴、打掃環境，做到全人化、全家化的照護品質。上人一再指示，慈濟做長照不是為了營利，而是秉持「長照慈善化、長照慈濟化」的理念與宗旨在推動。

有著豐富護理之家和居家照護經驗的莊淑婷，再次迎來慈濟長照推展中心副召集人的新挑戰，將慈濟基金會在全臺照顧在地長輩的願景，落實到長照 2.0 政策中，廣訓照顧服務員，帶動慈濟志工參與長照的能力。



2024 年第 1 屆高齡健康產業博覽會，慈濟長照推展中心自行研發的 880 健康管理照護系統，榮獲全臺十大高齡特色友善科技產品殊榮，總統賴清德（左）自頒獎給慈濟長照中心副召集人莊淑婷（右）。圖／慈濟長照推展中心



苗栗縣慈濟居家長照機構在苗栗縣政府衛生局長照中心的見證下正式開幕。圖／台中慈院公傳室

說到新挑戰，一點也不為過，心寬念純的她，別無他想，做就對了。臺灣長照服務法規由中央統一公告，但每個縣市都有其遊戲規則，申請時須尊重地方自治法，過程極為繁瑣，費時又費工。即使擁有充足護理之家和居家照顧經驗的莊淑婷，針對全臺十八個縣市欲設置長照推展中心，依然是項大考驗。

有些縣市的長照法歸屬社會局管轄，有的歸衛生局掌管，像新竹地區是由社會局和衛生局共管，必須同時向兩個單位申請才能設置。然而，關關難過關關過，莊淑婷帶領團隊南征北討，遠至臺東長濱、高雄小琉球，連護理人才難覓的宜蘭地區，也在她邊走邊整隊下，一一突破困境。

每通過一個縣市，莊淑婷就在辦公室的臺灣地圖上插旗，鼓勵團隊士氣，繼續往前邁進。三年內成果顯著，她所帶領的長照團隊，共完成臺灣十八縣市長照推展中心的設置。

打造靜思堂日照中心 照顧鄉親與法親

除了在全臺各縣市設置長照推展中心，2017 年，台中慈濟醫院也成立第一間日照中心，完整建置了長照 ABC 服務，成為慈濟日照中心的模組。

之後清水、苗栗、臺中靜思堂、台北慈濟醫院、花蓮等各地方相繼設置。日照中心以慈濟醫療為後盾，結合社區民間資源、照服員和慈濟志工，提供「醫養結合」的長照一條龍服務。莊淑婷認為，透過專業整合性的長照服務模式，可以讓長輩在地老化，延緩老化速度。

莊淑婷說：「在自己的會所設立日照中心，除了可服務慈濟的會員、慈濟人，也能照護需要幫助的長者。」晚輩忙於家業、事業，白天將年邁的父母送至慈濟的會所，有長照志工就近照顧，他們就可以安心去上班或做慈濟，傍晚再將長輩帶回家享天倫之樂。



2021 年 1 月 25 日慈濟基金會長照推展中心於在彰化靜思堂成立日間照顧中心，有健身器材、環景的靜思茶道區、獨立的靜心室、腦力激盪的活化認知區、人際互動、專屬的園藝區等等。圖為彰化縣長王惠美（前右）在慈濟長照推展中心總召集人林碧玉副總（前左）、副召集人莊淑婷副院長（前中）陪伴下，體驗日照中心長者的健身器材。攝影／陳誼謙



慈濟基金會配合新北市政府於蘆洲靜思堂開辦「銀光咖啡館、有FU長照站」，2021年1月11日新北市衛生局陳潤秋局長（後排中右，著紅衣黑西裝）前來關心，長照推展中心副召集人莊淑婷（後排中左）陪同介紹，局長也肯定慈濟和政府一起提升長照能量。攝影／顏福江

慈濟靜思堂日照中心除了服務社區民眾，也嘉惠漸漸年長的慈濟法親，一舉數得。然而，數年來在設置的過程中莊淑婷所遇到的艱辛並非長途跋涉或舟車勞頓，而是作業流程的繁瑣程序和時間限制，絕非三言兩語所可道盡。慈悲的上人常安慰她：「老人家是最難照顧的，所以才要找一位甘願做、彎得下腰的人來承擔。」貼心的她，總是依教奉行，一腳踏入，即全身投入。

仁愛之家的五福照護

2023年，臺中市衛生局以投資裝修營運移轉（Rehabilitate-Operate-Transfer，簡稱為ROT）案，台中慈濟醫院於五家投標中雀屏中選，獲得仁愛之家綜合長照機構的經營權。2024年3月7日，由簡守信院長代表與衛生局簽訂合約。同年9月30日啟業營運，莊淑婷再次發揮十年來的長照知識與歷練，繼續服務即將到來的超高齡社會型態的社區長者，又一次地展現她的「第一」。



莊淑婷提到，仁愛之家位於慈濟醫院隔壁，走路即可抵達，台中慈濟醫院 2007 年啟用後，每週固定有內科、家醫科、中醫和復健科的醫師進駐服務，「十幾年來，這裡的老人家都是我們在照護，仁愛綜合長照就在隔壁樓，我們不做，誰來做呢？」

十年長照的經驗，再接下仁愛之家綜合長照經營，對莊淑婷的團隊而言，不管硬體或軟體照顧模式，已有一套固定的標準模式，特別是「五福照護」——尊重（Honor）、健康（Health）、用心（Heart）、快樂（Happiness）、如家（Home）和志工關懷，繼續照護老人家。

屢接挑戰為長者 近二十年始終如一

進入慈濟醫療體系近二十年，在不同階段承擔不同的責任，莊淑婷身兼多重角色，卻能整合團隊，帶動經驗傳承與創新，護理路走來極為多采豐富。因此在



佛教慈濟醫療財團法人 Buddhist Tzu Chi Medical Foundation



2025 年第 2 屆高齡健康產業博覽會，慈濟醫療財團法人四家醫院（花蓮慈濟醫院、嘉義大林慈濟醫院、台北慈濟醫院、台中慈濟醫院）以「慈濟醫養領航，點亮新臺灣」為主軸共同展出，衛福部長照司長祝健芳（中左二）、慈濟基金會林碧玉副總（中左）、慈濟醫療法人林俊龍執行長（中右）帶領各主管合影。攝影／賴廷翰

2019 年全國護理師護士公會聯合會表揚莊淑婷為專業貢獻獎獲獎人，即是對她一路在護理及各項領域付出的肯定。

「我最大的膚慰劑就是看到上人。我的辛苦算什麼，上人的願力在全球眾生，我只不過是負責一個單位而已，怎可說辛苦？」莊淑婷有著堅定的意志，任何困難到她手上總能迎刃而解，儲備能量後再迎接更大的挑戰。如高雄岡山、北部三峽、基隆、苗栗地區，還在等著她帶領團隊繼續建置護理之家。她說：「而且，很多慈濟志工年紀都大了，我更應加緊腳步，作為上人的手、腳去完成上人要照顧大家的心願，這是我的使命。」☺



主管，請聽我說
Supervisor, Please Listen to Me

逃出牢籠新人生



**Escaping the Cage:
My New Life as a Care Service Worker**

我是一位單親媽媽，出生在繁華的新北市，婚後定居在臺東縣一個靠海的偏遠鄉鎮。我有三個寶貝，因為孩子有發展遲緩的問題，因此辭去了原本的美髮工作，做全職媽媽。

長年下來，我對家庭無私的貢獻被視為必然，沒有工作收入讓我變成他人心中的「米蟲」；孩子的異常讓我成為了家中的「罪人」，所以夫妻關係猶如斷崖式地惡化，前夫的控制欲及語言暴力讓我身心俱疲，我因此信心全失，好長一段時間陷入自我否認、迷惘、失望、無助的境地。

我曾鼓起勇氣多次向前夫提出離婚的請求，但都被更情緒化的反應駁回，我的心如陷入牢籠的白兔，舊傷未癒、新傷再起，讓我更憂鬱、更抗拒面對人群。

參加照服員實作班 重新培養實力

2023 年在因緣際會下，接收到慈濟基金會照服員訓練實作班的資訊，我與家人商討後，決心要改變現狀並成為照顧服務員，帶著行囊，我「逃出」了夫家。上課期間，我向家人借了生活費。雖然娘家希望我回新北生活，但我捨不得離孩子太遠，要找一個可以保護自己又同時可以看到孩子的住所，確實不易。上人說：「關關難過，關關過」，我告訴自己一定要堅強起來，努力照顧好自己，重新培養實力，才有能力照顧孩子。

照服員的課程結訓後，我主動聯繫臺東慈濟居家長照機構，黃主任給我信心，也用行動鼓勵我，讓我在結訓後便順利地銜接工作。除此之外，她還幫我向慈濟基金會申請到一筆急難救助金，讓我可以安住與安心。

因為多年未與社會接軌，剛開始工作時，有些溝通上的不適應，主管們總是能及時指導我對應方法。當我跟同事之間遇到一些矛盾，例如：服務項目執行的狀況及交班的內容等，或面臨陌生處遇時，主管們都私下約我聊聊，進而了解完整的情況並分析過程中的人、事、物，指導我正確的方向。

羨慕直球對決 巧妙解決問題的能力

有些時候，身為當事人的我，難免陷入自己以為的情境，主任會冷靜地聽完我們所有相關人訴說事情的細節，接著一視同仁，只針對事情狀況做出大家都能接受的回應。



我最欣賞黃主任的一點就是「直球對決」，什麼問題都可以直接問她，而不是一個問題問了好多人，卻給出不同的答案，但最後事情還是沒有解決。

印象深刻的是，一位住民陳大哥提出買樂透彩券等要求，還跟我說：「你不幫我買，我就不讓你服務！」我不想得罪個案又不知道該怎麼辦？只好向主管求救，主管透過突襲稽查的方式，巧妙地向個案釐清居服員的工作範圍與限制，導正個案不當使用長照服務的心思，讓他們理解要共同珍惜得之不易的長照資源。

我覺得很多事都逃不過主任的細膩觀察，她總會鼓勵我們，遇到問題及事情時，要及時地回應，共同討論出解決方案，不要積壓在心中太多負面的情緒，長照服務這條路才能走得長長久久。

感謝主管願意聽，引領長照路

主管的用心與保護所有居服員的這片愛心，讓我深深為自己正確的選擇感到慶幸。我曾參加過一次「慈濟長照機構尋根營」，在營隊中，慈濟大家庭的溫暖照亮了我心中的陰暗處。在慈濟的人文薰陶下，我也學會了「施比受更有福」的道理，





主動參加義剪隊，從服務過程中，讓我想起了因急難救助結識的慈濟師姊，她們的溫暖讓我更有勇氣面對生活中的困境。

當年，透過多次出庭訴訟，我終於能重新呼吸到自由的空氣，結束了十年的婚姻。雖然前夫仍控管孩子，不讓孩子與我接觸，但我相信，我命由我不由人。翻轉命運是一件刻不容緩的大事，未來我會當一個手心向下的人，運用自己的能力來幫助更多人，「知福、惜福、再造福」來運轉生命的樞紐。

在這個喧囂的大環境裡，「傾聽」與「請聽」成為最可貴的溝通，非常感恩與慶幸能在職場裡遇到可以良好且正向溝通的主管，引領我將長照做得更完善，也陪伴我在人生的黑暗期時，從一位手心向上的人，慢慢成為一位手心向下的人。

我相信美好因緣一定很快就會到來，我的孩子也會受到無限的祝福，一切將會變得更圓滿與幸福。



主管這樣說 What the Supervisor Says :

自助必得人助

Self-help Will Surely Gain Others' Help

■ 文，圖 | 黃宣維 臺東縣慈濟居家長照機構業務負責人

記得跟雅雯接觸是在 2023 年照服員訓練第一班的課程，每次她來上課都會帶著行李箱，讓我印象深刻。她是長濱鄉同仁推薦的學員，說非常需要完訓且盡快工作。爾後接到電話，了解雅雯的前夫到處鬧嚷嚷不准雅雯上課、不准讓雅雯上班，哪個單位敢讓她上班會讓單位不得安寧……詢問了雅雯了解狀況，才得知她的前夫就是會有這樣的問題，結婚帶孩子這幾年雅雯幾乎天天遭受先生的語言暴力，她非常想逃離這樣的處遇，所以想藉由照服員訓練班的課程讓自己有改變的機會。

課程進行中的某一天，雅雯突然私下來問我：「主任，我目前很需要一份工作，您能幫我嗎？」經過細談後才知道，她與先生在打官司，想在臺東市找房子及找工作，因身無分文正面臨居無定所與捉襟見肘的困境，讓人心疼不已。

當時我心裡想，若她未逢絕境，誰願意將心底最脆弱最難以啟齒的那一部分，向一位才剛認識不久的人提起呢？

讓我想起靜思語「有心就不難，無心處處難」、「自助必得人助」，難得的緣分讓我們有幸聚在一起，自是應該要把握因緣、以善結緣。我除了為她轉介慈濟基金會，給予急難支持外，雅雯也期待結訓後能在慈濟留任。

從行政人員到轉任居服員，雅雯都心懷感恩地虛心學習，因為是二度就業婦女，雅雯在一開始的工作適應上花了很多的心力，與人溝通會膽怯，主管們發現她有這樣的狀況，很有耐心地教她工作中這些小細節與如何應對，更是在部分個案有衝突時協助化解與溝通。在慈濟，她重新找回久違的笑容，讓自己的身心安頓下來。

雅雯是一位很優秀、心地善良的居服夥伴，平日善盡本分努力工作。現在她主動參與慈濟活動，加入志工團隊，也因為遇到聾啞人士不知道怎麼溝通而主動積

黃宣維主任（右）要求長照團隊要具備專業能力，但會用開朗有創意的式帶領及輔導，林雅雯（左）獲得臺東縣政府表揚，主任與有榮焉。



極的學習手語。服務的機構內有許多專案活動，其中一項是到府協助長輩剪髮，雅雯主動向主管提出她願意擔任美髮師，原來她婚前曾是美髮店的店長。在義剪的時候，雅雯眼神中的光芒與自信，讓我們都感覺到她付出助人的歡喜。

聽到她在尋根營及慈濟青年團隊的反饋也讓我驗證到「價值」與「價格」間的不同；雅雯說現在的她很知足也很努力地充實自己，從手心向上到手心向下，選擇價值能延續慧命，選擇價格則會讓人一生庸庸碌碌、汲汲營營。

2025 年 6 月臺東縣政府表揚照顧服務人員，雅雯獲得傑出新人獎，她也上臺分享自己擔任送餐志工、居家服務的歷程，接受訪問時大方應答。應她的邀請，我們也一起參加她人生中如此重要的典禮，並聽到雅雯的分享：「謝謝主任，讓我能夠有機會站上這個舞臺，獲獎是對我的肯定，我也會繼續努力。」☺

眼神對視後的大笑

The Big Laugh After Eye Contact

■ 文，圖 | 巫勇達 苗栗縣慈濟居家長照機構照顧服務員

大學畢業後返回苗栗，做過許多類型的工作，有空時會到苗栗慈濟園區做環保，在環保站長的鼓勵下報名社區志工，培訓受證慈誠，成為慈濟師兄。

苗栗慈濟園區在 2018 年成立，那時有督導在園區宣傳，鼓勵慈濟師兄師姊加入長照行列，因我曾到醫療機構實習及照顧母親等相關經驗，也時常參與慈濟各種活動及勤務，多少接觸過年長及需要幫助之人，故取得照服員執照，加入了長照的行列。

多年來，自願承接偏遠三義地區的個案，居服督導指派我的個案，只要在能力範圍內，我總是義無反顧的應允，從不推辭。



在我服務的過程之中，有一位自 2021 年 1 月起即開始服務的個案，讓我有特別多的感觸。這位個案是 45 歲的先天性腦性麻痺患者，年少時期曾經被送至安養機構居住，但由於照顧難度頗高，機構最終通知家屬接回自行照顧，期間也曾聘請外籍看護，但長期費用不堪負荷，以及看護等照顧技巧不熟練等因素而作罷，後來得知苗栗縣有居家長照政策，便主動致電 1966 申請長照服務。就這樣，個案經由轉介後由慈濟居家單位派案給我。



個案父親及其他家屬待人親切和藹，雖然照顧工作挑戰性很高，需要多一點的耐心、愛心、同理心、細心，長期下來更是需要毅力及勇氣，但家屬適時的配合與支持，給予我很大的協助，我也期許自己盡量和家屬共同增長照顧的各種技巧。

個案四肢會不自主擺動且攣縮，雖因疾病無法言語，但常保一顆赤子之心，會用肢體或出聲音來表達自己的訴求，要不然就是傻笑地看著我，那樣純真的笑容也感染了我，久而久之，只要我一見到他，他還沒笑我會先對他微笑，兩人眼神對視後便會同步大笑一番，服務過程輕鬆自在。

案父在我服務時會從旁協助，也常坐在客廳椅子上，訴說過往拉拔子女不易及困苦生活等話題，例如案母在個案年幼時就鮮少在家，不久後更拋夫棄子離家，至今未歸。誰知案父於 2023 年 11 月確診新冠病毒後不幸離世，照顧重擔就落到其他五個兄弟姊妹的身上了。如今，個案由五兄弟姊妹互相扶持的輪番照顧，二姊為最主要的照顧者。從他們的身上，我看到社會上仍然有患難見真情，不離不棄的有情家人。

上人常教導我們，付出要無所求，並且互道感恩，用清淨的愛心及無私的心，奉獻最真誠的那一顆心，人的病痛就像自己的病痛一樣，熱情地伸出我們的友誼之手，解除案家不便之處，與案家共同成長並解決問題。而我自己的媽媽亦曾請過看護，對於案家的照顧需求亦能同理，有助於自己扮演好照顧服務員的角色，且陪伴案家解決所碰到的問題，共同找尋生命的出口，從中了解生命的意義何在。

失智木匠家的那兩臺監視器

The Two Surveillance Cameras in the Home of a Carpenter with Dementia

■ 文，圖 | 蕭宇傑 彰化縣慈濟綜合長照機構居家服務督導員

我畢業於中國醫藥大學護理學系，於醫院急診室工作 4 年，在工作過程中發現有許多個案因相同的照護問題反覆的進出急診治療，有感於個案在社區端的家中未能得到良好的長期照護支持；尤其是在急診工作的最後一年，從小到大陪伴我，載著我上下課長大的阿公也因肺炎過世，在阿公過世之前，我們對於長期照顧的概念沒有完全的了解，致使父親在照顧的過程中也相當的辛苦，所以在阿公過世後我投入了長照領域學習，並擔任居服督導工作，至今六年。



2019 年慈濟彰化綜合長照機構成立時，我剛從臨床轉換過來，當慈濟師姊來電通報鹿港有一位 65 歲患有失智症的蔡先生，對長照工作還一知半解的我，猶如接下了一枚震撼彈。

第一次抵達蔡先生家進行評估、協助填寫長照個案申請單時，女兒蔡小姐已經情緒崩潰，泣不成聲，激動的情緒讓她無法理智地拿著筆填寫資料。原來，長久以來，女兒幾乎是獨自面對這個滿室糞尿的家，她日日拿著掃把從客廳、房間、廚房一處一處地清除父親四處排泄的穢物。儘管這位在外地工作的女兒已經盡力抽空回來協助打掃，甚至在桌上擺了許多芳香用品掩蓋氣味，但因個案失智，隨地大小便的行為無法控制，女兒的努力終究無濟於事。



我們機構才剛成立，人力有限，該區的居服員尚未到位，只好由我自己來，到個案家去，每天一處一處地清，協助蔡小姐打掃；我用刮刀刮除地板上硬掉的飯粒，用刷子刷洗地上的排泄物，帶著個案到浴室洗澡……如此日復一日，直到招聘到居服員加入，與我一起維持個案的居家整潔與照顧。

蔡先生的健康狀況日益惡化，走路經常跌倒。屋漏偏逢連夜雨，附近的有心人士得知他獨居又失智，不會鎖門，也不認識任何人，更別說反抗了，所以就趁機到他家偷取值錢的物品。當我們協助報警之後，警察表示會增加巡邏次數，我也向慈濟基金會申請急難救助經費，為蔡先生購買兩臺監視器。

居服員下班後，我與他一起幫忙在客廳與廚房各安裝一臺監視器，並為女兒在手機上安裝軟體，方便查看她父親的安全，也在她的同意下，我的手機同步安裝，總算讓我們稍微安心了。

有一次，女兒在監視器上找不到父親的身影，匆忙返家才發現父親跌倒在浴室，左手掛在助行器上，動彈不得，緊急送醫後，彰化基督教醫院的醫師說：「還好發

現得早，再晚一點，左手可能要截肢了。」後來的某一天，居服員在服務時向我回報：「宇傑，你在客廳裝的那顆監視器不見了。」我們詢問女兒，推測是遭竊了，只剩下廚房這一臺沒被小偷發現。這兩臺監視器，一臺救了個案的左手免於截肢，一臺用來監視小偷的監視器，卻被小偷偷走，真是世態炎涼。

隨著蔡先生的病程發展，他的失智已到了重度的狀況，完全臥床，無法表達，生活也無法自理，僅剩下三餐由口進食與整天包尿布。我們請居服員一天分成二到三次到府，全力協助蔡先生的基本生活照顧，也因公費補助的機構要等將近五六十個名額才輪到他，蔡先生最後不敵病魔而辭世。

過去蔡先生是一位木匠，家中的客廳、女兒房間的木造都是他親手施工的作品，這分對女兒付出的愛與關懷，都藏在每件木工的細活裡。記得有次下班前，我打開監視器確認狀況，畫面裡女兒打開機車的車燈，引出家裡成群的飛蟻，因為家裡的木造裝潢，這群飛蟻就住在他們家裡。如今，蔡先生也如同這群飛蟻般，從這間房子離去了。

或許，對於受病苦折磨的人來說，死亡並不可怕，死亡是涼爽的夏夜，可供人無憂地安眠。☺





從臨床護理到長照個管

聽他們的生命故事

From Clinical Nursing to Long-Term Care Case Management:
Listening to Their Life Stories

■ 文，圖 | 葉駿穎 屏東縣慈濟佳冬社區整合型服務中心個案管理師

如果有人問：「從臨床護理師轉換長期照顧個案管理師的工作，差別會很多嗎？」我的回答是：「整個世界都和自己想像的不一樣。」

我擔任臨床急診護理師時的工作時總是分秒緊迫的急救、搶時間解決問題；服務長照個案時，步調變得相對緩慢許多，呈現很大的反差。我覺得這不僅是工作角色的轉變，更是一種對生命的重新認識。

決定走上長期照顧之路的時候，自認憑藉著還算豐富的臨床經驗，自信滿滿地覺得自己一定可以勝任這份工作。然而，很快就被第一次的長照現實經驗狠狠上了一課。

我的第一位長照個案是一位中風患者，行動不便且脾氣急躁，完全不配合復健，拒絕所有專業的建議，甚至跟家屬有許多意見上的大小衝突，我原本想著「能者多勞」的熱忱加上護理專業，總能解決一切問題，結果得來的是滿滿的挫敗感及失落感。

想不透，我明明這麼努力，也把所學的專業用在個案及家屬身上，為什麼事情還是不如預期？

我在團隊會議裡提出了這位個案的狀況，組長和同事提醒我，長照服務光靠個人是沒辦法解決所有問題，團隊合作才是重要的關鍵。於是，我調整自己的心態，虛心向長照前輩請教及尋求幫助，並將所得到的建議實踐之後，所遇到的困境一一出現轉機，也從過程中逐漸找回對自己的信心。

我漸漸發現，每一位個案的生命都像一本未完的故事書，只有用心去閱讀體會，才能真正理解到他們的世界，長期照顧服務也才能進入他們的生命。



記得有一次我去訪視一位男性長輩個案，他家裡掛了一張穿著筆挺軍裝且精神抖擻的照片。我隨口問：「阿公，這是你年輕時的照片

喔？」阿公起初愣了一下，接著微笑起來：「嘿，對，那是我當兵的時候。」接下來的半個小時，他滔滔不絕講起他的軍旅生涯，那些光榮與驕傲全都寫在了他的臉上。訪視結束要離開時，他對我說：「有空的時候要多過來找我聊天喝茶。」那一刻，我有感而發，有時候我們做的不只是照顧，而是用心陪伴和傾聽，讓他們的故事有被看見及認同的機會。

這些年來的長照服務工作教會了我很多，它讓我懂得用心傾聽、真誠陪伴，也讓我感受到每一分付出所為他人帶來接納和溫暖。在未來的日子裡，我仍會持續秉持慈濟的精神，用最真誠的態度去陪伴每一位需要幫助的個案和家庭。我相信專業助人者不是只有專業，更是一次又一次對生命的回應及禮敬，讓我內心持續成長，豐盛生活的體悟及心靈的富足感。

深耕長照 為長者點亮光明

Deeply Cultivating Long-Term Care:
Lighting Up Hope for the Elderly

■ 文，圖 | 許雅棠 新北市慈濟蘆洲綜合長照機構居服督導

居服員：「阿伯，我來囉！今天中午吃南瓜飯喔！」對話之後，即將開始為時一個半小時的居家照護服務。

阿伯深怕跌倒的邁著謹慎步態，緩慢的幫我們打開了門，「你們來了喔，快進來！」當我們走進昏暗屋中的窄道，看到沒有安裝輔具的室內，忍不住問道：「您有沒有拐杖？您兒子會回家幫你換燈泡嗎？」

阿伯笑著說：「沒要緊啦！年輕人有自己的事業要忙。」我與居服員思忖，如何幫阿伯改善這些現況。於是居服員幫忙打掃房間及備餐。待阿伯滿足吃飽後，目送我們離開時還說：「明天要記得來看我喔！」

我們回到辦公室，先打電話聯繫阿伯兒子，建議兒子有空返家時，更換家中壞掉的燈泡，還有可以到蘆洲靜思堂的輔具中心，申請適合的輔具。

隔日中午，我們陪同如約來到辦公室的兒子，一起挑選阿伯及家中環境的輔具。居服員也陪著阿伯使用四腳拐，走在家中的小走道。此時，陽光照映在阿伯臉龐，同時照進阿伯的心裡，阿伯誠心地向我們道謝。

原本從事急性醫療護理的我，因緣際會轉換至長期居家照護工作後，也從工作中看到不同的照護型態。

二十一世紀的今天，隨著現代醫療科技的日新月異，長命百歲已不再是夢想。活到老，更要活得好，是每個人所追求的目標，老年生活應是子孫滿堂、享受人生成果的時候，但常常事與願違。

長輩們因慢性病、中風或其他事故等問題造成失能，在在需有人照顧。從長照



1.0 開始至今的 2.0「ABC 社區整體照顧模式」，照護方式已不限於一種選擇。證嚴上人常說：「家是最好的養老院。」能由家人照顧搭配居家照護，是我目前擔任居服督導一職主要的工作。

居服督導的工作包含個案定期訪視評估、協助居服員提供服務、與案家及家屬討論服務需求、落實個案照護需求並定期追蹤照護品質，讓我能深入了解個案及家屬的各項需求及壓力。

我初次踏入長照領域時，就意識到自己角色的重要性。若問我喜歡現在的工作嗎？我的答案是：「居服督導的工作不僅可以幫助到人，也能在服務過程中找到成就感。」我們的長期照護，是陪伴個案慢慢變老，度過舒適的晚年。

剛開始承擔這份工作時，因原本任職於醫院加護病房造就我的急性子，突然要放慢腳步，一開始很不很習慣。加上居服督導是案家與居服員之間的潤滑劑，要一一排解個案、家屬、居服員之間所發生的困境。在這過程中，我感受到的快樂，源自於當個案的生活因為有我們的幫助後，有了一點改變及誠心微笑的回應。於是，走在長街巷弄給予長者一盞光明的燈，成為我繼續深耕長照的動力。



長照居服的挑戰與樂趣

The Challenges and Pleasures of Long-term Care Home Services

■ 文，圖 | 趙俐惠 新竹市慈濟居家長照機構照顧服務員

個案家人會稱我們居家服務員是「菩薩」，說我們有愛心、耐心、同理心，願意照顧長者，讓家屬得以喘口氣，獲得片刻的休息機會。但事實上，即便我從事長照居家服務工作獲得家人們的支持，仍然還是感受到親戚、朋友、同學，甚至案家疑惑的眼光；不理解怎麼願意替陌生人把屎把尿、忍受臭味、還要接受在烈陽照射或寒冷的天氣中工作，對皮膚都是傷害。

但臺灣現今有近九十萬老人是需要被照顧的失智、失能、虛弱者，因此，投入居家長照服務的工作，真正可以幫助到許多需要的人，這分助人的意義讓我覺得再多的辛苦也變得微不足道了。

這兩年的居家服務員工作，我的服務內容主要是協助長者沐浴、洗頭、肢體關節運動、陪伴外出、陪伴就醫、餐食準備與家務協助等工作。其中有一位特別的個案是右手斷肢、左手指頭及雙腳腳趾攣縮，無法自己沐浴洗頭的女士，而她的女兒因為要工作也沒時間陪她，因此她大部份時間都是一個人待在家中，不敢出門，因為怕看到路人的異樣眼神，有許多負面情緒與強烈的不安全感，經常覺得自己是一個沒有用的人。

居家服務的陪伴過程中，我會以同理心、耐心的傾聽她心中的苦，我為了幫助她走出憂慮的思緒，特別安排了適合她的活動，包含繪圖著色、練習寫字、玩撲克牌、使用彈力帶做手腳的運動等，期望能維持她左手的抓握能力及手指的靈活性、透過思考活絡大腦細胞，延緩退化，增進手腳的肌耐力；還有各種需要集中專注力的活動，讓她在過程中穩定情緒。

當主管來探訪這位居家個案時，發現她著色的繪圖作品充滿著童趣與繽紛的色彩，於是徵求她的同意想製作成桌曆，期盼能鼓勵其他個案也對繪畫產生興趣，



同時也讓居服員在陪伴上能有更多信心。當居家個案看到自己的作品被製成桌曆，她很感動，覺得有人肯定她了，自信心增加，笑容也變多了，也會主動走到外面曬太陽，懂得接受自己，享受當下的美好。

長照居家服務的工作，不只是照顧到個案的外在，更重要的是個案內在的需求與壓力釋放。看到個案們有所轉化、有所成長，是我們居服員努力的目標與動力，同時也在個案們的身上學習到很多。當然，我也了解，要先照顧好自己，才有能力照顧更多需要我們服務的個案。

我曾經在醫院從事行政工作，也開過加盟連鎖早餐店，後來是為了配合先生的工作而選擇擔任居家服務員。想不到，加入居家服務後，發現這份工作充滿挑戰，也充滿樂趣，非常適合我；挑戰來自於不同個案的身心狀況及家庭狀況各不相同，需要去了解與適應；樂趣則來自與每位長者的互動，感受到他們的智慧與包容度，都值得我敬佩與學習。慈濟長照機構的管理真的很優秀，提供彈性及體諒員工的工作環境，且安排在職教育提升員工的工作技能，一切都是為了讓長照個案得到更好的照顧，現在我覺得當居家服務員真的很棒。☺



長照服務 不可或缺的夥伴

Indispensable Partners in Long-Term Care Service

■ 文，圖 | 鄭秀滿 屏東縣慈濟佳冬社區整合型服務中心個案管理師

當今社會高齡化的腳步日益加快，長期照護服務的重要性也日益突顯。慈濟基金會的志工，憑藉深厚的慈善理念與奉獻精神，成為長照服務中不可或缺的夥伴。

本身具備護理背景，我選擇投入長照領域服務。在屏東社區整合服務中心(A單位)擔任個案管理員期間，有幸與慈濟志工攜手合作，共同推動社區關懷服務，這不僅深化了我對社區工作的理解，也讓我見證到慈濟「無緣大慈，同體大悲」的精神落實於生活中。

社區整合中心(A單位)致力於為高齡者、身心障礙者及弱勢族群提供完善的服務，範圍涵蓋醫療轉介、心理支持及社會福利協助。然而，政府的資源有限，單靠我們社區整合中心(A單位)本身的力量，無法應對所有的需求。有慈濟志工的加入，成為我們不可或缺的一股力量。



我工作的主要職責是評估個案的需求，並提供相應的協助。慈濟志工的支持，使我們更有效地媒合各種資源，例如：幫助低收入家庭申請補助和在急難救助時提供及時的關懷。

我曾接手一位視障的低收入戶個案，因腦中風住院，他的妻子是菲律賓籍，語言不通且無工作能力，每天必須搭公車往返醫院，但常常因交通問題錯過探視時間。得知個案術後需要長期臥床，妻子不知如何是好，幸虧當地的慈濟志工協助申請經濟扶助，還協助管灌牛奶、尿布等物資，慈濟的輔具資源平臺也提供居家照護床、氣墊床與輪椅。



當志工送居家照顧床到他們家時，妻子眼中閃爍著淚光，哽咽地說：「我本來不知道該怎麼辦，現在終於不用每天擔心怎麼讓他躺得舒服點了。」那一刻，我深深體會到，慈濟志工不僅提供物資與服務，更帶給個案心靈的撫慰，他們用善行與微笑，讓社區充滿了溫暖。

慈濟除了關心長照服務，還長期推動環保，在社區內積極宣導垃圾分類與資源回收。我有一位個案是 71 歲的獨居長者，因精神疾病與輕微失智，逐漸疏離與人之間的互動，生活也漸漸失去重心，而慈濟沒有放棄關懷他，後來他開始參加環保志工行列，每次我去家訪，他總是興奮地分享：「去環保站分類垃圾很有趣，看著回收的資源，覺得自己還是可以幫助社會！」這分成就感讓他的生活逐漸恢復了意義，也讓他的健康狀況得以改善。

在我們的合作過程中，也曾面臨不少挑戰。由於個案管理員與志工的角色有所不同，我們必須調整彼此的分工，並確保不會影響到專業服務的品質，透過不斷的溝通與磨合，我們逐漸建立默契，專業服務與志工精神不再互相排斥，而是相輔相成；這樣的協作不僅提升了我們的工作效率，更讓社區受益匪淺。

助人為快樂之本，行善無需等待。與慈濟志工的合作，讓我深刻體會到「做中學，學中覺，覺中行」的真正含義；每一次的合作，都讓我在幫助他人的同時，不斷學習和反思，從而能夠更加敏銳地察覺社區居民的需求，並為他們提供更周到的服務，感謝有志工的協助，讓每一個需要幫助的人因此感受到溫暖與支持。☺

七星潭的鵝卵石

Pebbles from Chihsingtan

■ 文，圖 | 陳鑫 桃園市慈濟居家長照機構業務負責人

大學放榜後，同學、師長紛紛對我說：「花蓮好山好水耶，慈濟好適合你喔！好好去修身養性，讓上人好好教育你。」就這樣，婉拒家人的陪同，獨自一人從桃園搭上火車，扛著行李來到好山好水的花蓮，展開屬於我的大學生活。

大學一年級，有一位畢業學長回來學校分享，問我這個新鮮人護理讀得怎麼樣，會不會很難？當時我很有自信地回答：「護理很簡單！」直到開始接觸進階課程，踏上臨床實習後，對護理有更深刻的體會，原來，「護理不是只有課堂讀書及考試！」那一刻我才明白，就如同高中同學及師長當初的「鼓勵」，要我好修身養性，護理求學生涯進入了震撼教育階段，而且不得不調整自己的心態和行動，一切轉變好像真的在慢慢發酵。



我是慈濟大學 98 級護理系公費生，服完兵役後，加入花蓮慈濟醫院的加護病房，成為一名為急重症護理奮戰的熱血男丁格爾。在這段護理工作的過程中，逐漸體認「護理是一門藝術」。

在花蓮慈濟醫院服務四年多後，2019 年我回到故鄉桃園，因緣際會進入了極具挑戰的慈濟長照體系，加入慈濟長照推展中心的這段過程，讓我經歷人生許多不同的磨練，讓我想到花蓮七星潭看海時，腳下那些經過海浪不斷碰撞磨合而變得平滑圓潤的鵝卵石。此番再度回到慈濟的懷抱，從急重症單位踏入到



長照領域的社區長期照顧，工作整體環境有著很大的變化，但不變的是原本那顆踏入護理、助人為樂的初心。

記得剛進入社區陪伴長者們互動，看著長者認真賣力進行肌力訓練時，內心感到非常歡喜以及充滿成就感。因此，我融合所學的營養學、解剖學、生理學及運動體適能等知能，自己擔任起「教練」的角色，和大家一起來學習認識肌少症，並邀請慈濟志工及社區民眾一同預防肌少症的健康促進活動，期盼透過大眾對肌少症的了解與重視，讓彼此身心更安康。

後續承擔管理的角色，也讓我對自己有更多了解，學習以不同的視野看待每件事情，不斷修練自己，也持續走在成為「鵝卵石」的路上。

從慈濟大學到花蓮慈濟醫院再到慈濟長照大家庭，我始終薰陶在靜思語中，而最讓我印象最深刻，仍銘記在心的一句上人法語是「修行在人間」，常常在我處理事情的一些關鍵時想起來，猶如醍醐灌頂，簡單的五個字，讓我的人生帶來深遠而舉足輕重的影響。☺

TZU CHI NURSING JOURNAL

*Research
Articles*

VOLUME 24 NUMBER 5

OCTOBER 2025

志為護理
學術論文

2025 年 10 月 第二十四卷 第五期

慈濟護理人文與科學



目錄 *Contents*

67 提升糖尿病患者足部照護正確率

/ 孫雨婷、歐軒如、呂基燕、李彥錚

Project to Increase Foot Care Implementation Rate in Diabetics

/Yu-Ting Sun, Syuan-Ru Ou, Ji-Yan Lyu, Yen-Jen Lee

81 運用實證護理提升腦中風病人口腔照護完整率

/ 邱婷婕、陳育儒、李雅淇、丁淇平、張斐淑

Improving Oral Care Adherence in Stroke Patients Through Evidence-Based Nursing Practices

/Ting-Jie Ciou, Yu-Ju Chen, Ya-Chi Li, Chi-Ping Ting, Fei-Shu Chang

95 照護一位急性腎損傷合併高血鉀症需緊急透析之急診護理經驗

/ 賴秋姣、莊明月、高佩瑜

An Emergency Nursing Experience of a Patient with Acute Kidney Injury Combined with Hyperkalemia Requiring Urgent Dialysis

/Chiou-Wen Lai, Ming-Yueh Chuang, Pei-Yu Kao

105 照護一位原發性肺動脈高壓個案的護理經驗

/ 吳宇雯、陳建皓、葉惠玲

Nursing Experience in Caring for a Case of Primary Pulmonary Hypertension

/Yu-Wen Wu, Jian-Hao Chen, Hui-Ling Yeh

115 一位成年期女性罹患肺結核合併肺部塌陷之護理經驗

/ 林詩庭、陳右尚、楊妤婷

Nursing Experience of a Young Adult Female with Pulmonary Tuberculosis Complicated by Lung Collapse

/Shih-Ting Lin, Yu-Shang Chen, Yu-Ting Yang

TZU CHI NURSING JOURNAL

Honorary Publisher	Dharma Master Cheng Yen
Honorary Consultants	Duan-Zheng Wang, Pi-Yu Lin
President	Chin-Lon Lin
Editorial Board	Pen-Jung Wang, Wen-Cheng Chang, Sun-Yran Chang, Hann-Chorng Kuo, Chia-Chou Yeh, Tsung-Ying Chen, Sou-Hsin Chien, Shinn-Zong Lin, You-Chen Chao, Ning-Sheng Lai Yen-Pi Chen, Win-Him Poon, Jui-Teng Chien, Yi-Chun Liu, Shu-Ting Chuang
Editors in Chief	Shu-Chuan Chang, Ching-Fang Tseng (science & humanities)
Deputy Editors in Chief	Chia-Jung Chen, Chiu-Feng Wu, Yu-Ru Li, Tai-Chu Peng, Hui-Chun Chung, Shian-Ling Ding
Executive Editors	Shu-Chen Wang, Yu-Chuan Lin, Shih-Chun Lin, Ching-Fen Tang, Ru-Wen Liao, Chi-Chen Hsu
Compilation Editors	Wan-Hsiang Wang, Chao-Lin Wang, Jiin-Ling Jiang, Yen-Fang Lee, Hung-Lan Wu, Yu-Long Hong, Yu-Chen Fan Chiang, Hui-Chi Hsu, Mei-Chuan Chang, Pei-Yu Chang, Mei-Fang Chang, Kai-Yen Chang, Ya-Ting Chang, Ya-Ping Chang, Yu-Lun Kuo, Yu-Chen Hsu, Jen-Che Kuo, Mei-Huei Chen, Szu-Chin Chen, Yi-Hsuan Chen, Hsiao-Mei Chen, Chi-Fen Tseng, Ya-Lan Tseng, Mei-Ling Huang, Hsiu-Chen Yeh, Hui-Ling Yeh, Chun-Ya Yang, Jil-Lian Liao, Hui-Yen Liao, Yi-Ting Liu, Hui-Ling Liu, An-Na Teng, Pi-Chueh Tsai, Ya-Chun Cheng, Li-Chuan Cheng, Hui-Ling Lai, Chia-Wen Lai, Chia-Hui Tai, Mei-Lin Hsieh (by the order of Chinese Last Name)
Managing Editor	Chiu-Hui Huang
Editors	Jing-Ru Hong, Chih-Yi Lin
Art Designer	Yu-Ru Lee
Administration	Yi-Fang Wu, Chih-Yi Lin
Web Designer	Chien-Min Shen
Publication	Tzu Chi Nursing Journal, Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
Address	No. 707, Sec. 3, Chung Yang Rd., Hualien 970, Taiwan
Telephone	886(3)8561825 ext.12120
E-Mail	nursing@tzuchi.com.tw
Website	www.tzuchi.com.tw
Printed by	Yu-Li Color Reproduction Co., Ltd.

Copyright©2025 Buddhist Tzu Chi Medical Foundation.

All rights reserved. No reproduction without permission.

For environmental protection, Tzu Chi Nursing Journal uses recycling paper and soy ink printing.

Articles are welcome to mail to nursing@tzuchi.com.tw

Please visit <http://www.tzuchi.com.tw> for further information.

Printed in Taiwan

提升糖尿病患者足部 照護正確率

孫雨婷¹、歐軒如²、呂基燕³、李彥錚⁴

中文摘要

糖尿病足潰瘍為糖尿病患者常見併發症，臨床常看到患者因為傷口感染、截肢等問題，伴隨龐大醫療資源負擔，引發專案改善動機。單位參考文獻後設計「糖尿病足部照護查檢表」了解患者足部照護現況，發現糖尿病患者足部照護正確率僅38%，導因為未接受糖尿病足部照護衛教、不知道糖尿病足嚴重性、忘記部分足部照護內容及視力模糊看不清楚，專案目的為提升糖尿病患者足部照護正確率至68%。解決方案為糖尿病足部照護衛教共識說明會、糖尿病足疾病照護標準、經驗分享單、衛教單張、體驗學習法及每日足部照護查檢表。改善後糖尿病足部照護正確率達87.6%，期望藉此專案能提高糖尿病患者足部照護品質。(志為護理，2025; 24:5, 67-80)

關鍵詞：糖尿病足、足部護理

前言

糖尿病為國人十大死因排行第5位，每年近萬人因糖尿病而死亡(衛生福利部疾病管制署，2020)。糖尿病的併發症包括血管疾病(如周邊動脈疾病等)、糖尿病腎病變、視網膜病變和末梢神經病變等，可能造成末梢感覺神經及自主神經受損等(Tomic et al., 2022)，其中末梢神經病變及周邊動脈疾病容易導致肢

體缺血情形，出現疼痛、傷口潰瘍難以癒合及壞疽即為糖尿病足部潰瘍，嚴重時威脅生命需要面臨截肢(Palmer et al., 2020)，而做好足部護理可盡早發現足部病變(郝等，2019)。本單位為整形暨重建外科，臨床上常看到糖尿病患者足部潰瘍面對傷口疼痛的困擾、感染及截肢等問題，伴隨著龐大醫療資源負擔，導致患者自我照顧困難，故引發動機成立專案小組探討患者足部照護的現況，期

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部整形外科房護理師¹、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部整形外科護理長²、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部副主任³、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部督導⁴

接受刊載：2025年6月18日

通訊作者地址：李彥錚 97004 花蓮市中央路三段707號護理部

電話：886-3-8561825 #12081 電子信箱：yenjen1116@gmail.com

望透過專案手法，提升糖尿病患者足部照護正確率進而提升照護品質。

現況分析

一、單位介紹

本單位是醫學中心整形外科病房，總床數54床，護理人員共24人，平均年資：7.7年，其中取得糖尿病共同照護網醫事人員認證2人。診斷糖尿病足患者佔率約75%且反覆入院，治療以抗生素施打、清創植皮及皮瓣手術，嚴重時可能需截肢。

二、糖尿病患者足部照護流程

院內現有的「糖尿病足疾病照護標準」，僅包括流行病學、危險因子、風險分級、篩檢、治療建議等內容，並沒有如何進行足部照護的內容。院內同時有「糖尿病足部照護技術標準」，內容包括五步驟，1、評估足部外觀：皮膚完整、顏色、末梢溫度；2、清潔：溫水浸泡、去角質、剪趾甲、毛巾擦乾；3、保護：乳液保濕、襪子保暖及包覆趾頭鞋具；4、傷口處理：傷口、雞眼、灰趾甲等尋求醫療；5、運動：執行勃氏足部運動，但技術標準並未規範照護及衛教時機。而文獻指出糖尿病足部照護須包含此七步驟：足部檢視、足部清潔、足部保濕、傷口處置、修剪趾甲、鞋襪選擇及足部運動(Abrar et al., 2020; Woody, 2020)，院內「糖尿病足部照護技術標準」缺少修剪指甲及鞋襪選擇此兩項。雖然單位設有衛教單張，但有關糖尿病足部照護的內容不夠完整，多以文字敘述。且單位2019-2021年期間，糖尿病足部照護教育訓練課程僅2堂，可能導致護

理人員對於衛教內容不一致。

三、糖尿病患者執行足部照護現況調查及分析

專案小組參考文獻(Abrar et al., 2020; Woody, 2020)，設計「糖尿病足部照護查檢表」包含七大項：足部檢視、足部清潔、足部保濕、傷口處置、修剪趾甲、鞋襪選擇及足部運動，邀請院內糖尿病照護專家(病房主治醫師、病房主任、單位護理長、病房專科護理師、資深護理師及糖尿病個案管理師)進行工具內容適用性效度檢測CVI值：0.81。專案小組收案前於2021年12月1日至2日進行共識，收案為單位診斷糖尿病患者進行收案，七大項執行內容使用直接觀察方式調查患者或是照護者是否會執行，如執行方式正確則為正確人次，未執行或是執行方式錯誤則為錯誤人次，錯誤人次再訪談患者或照護者，詢問不會執行或是執行錯誤原因進行收集。

專案小組利用查檢表2021年12月7日至2022年2月6日於單位進行收案患有糖尿病的患者30人，將結果紀錄於查檢表，結果以糖尿病患者足部照護正確率呈現，分子為有執行該項次人次/分母為收案總人次，僅38%，最低至最高為鞋襪選擇(26.7%)，其次為足部運動(33.3%)、修剪趾甲(33.3%)、足部檢視(36.6%)、足部保濕(40%)、傷口處置(43.4%)，而最高為足部清潔(53.3%)(見表一)。

問題及導因確立

專案小組針對執行糖尿病足部照護錯誤項次，訪談患者，逐一利用系統圖

表一

糖尿病患者足部照護正確率 (N = 30)

照護項目	鞋襪選擇	足部運動	修剪趾甲	足部檢視	足部保濕	傷口處置	足部清潔	總計
正確人次	8	10	10	11	12	13	16	80
錯誤人次	22	20	20	19	18	17	14	130
正確率(%)	26.7%	33.3%	33.3%	36.6%	40%	43.3%	53.3%	38%

註：分子是該項次正確人次/分母是收案總人次*100%

進行導因歸納，結果以分子為該項導因次數/分母為導因總次數，並綜合現況分析確立導因為：未接受糖尿病足部照護衛教(45.5%)、不知道糖尿病足嚴重性(31.8%)、忘記部分足部照護內容(13.6%)以及視力模糊看不清楚(9.1%)(見圖一)。

專案目的

為提升糖尿病患者足部照護正確率，設定目標值＝改善前＋(尚可改善百分比*預估改善度幅度)；尚可改善百分比為 $100\% - \text{改善前}38\% = 62\%$ ；預估改善幅度以柏拉圖改善法則 $80\% * \text{預估小組改善能力}60\% = 48\%$ ；目標值＝ $38\% + (62\% * 48\%) = 68\%$ ，故設定糖尿病足部照護正確率由38%提升至68%。

文獻查證

一、糖尿病足概述

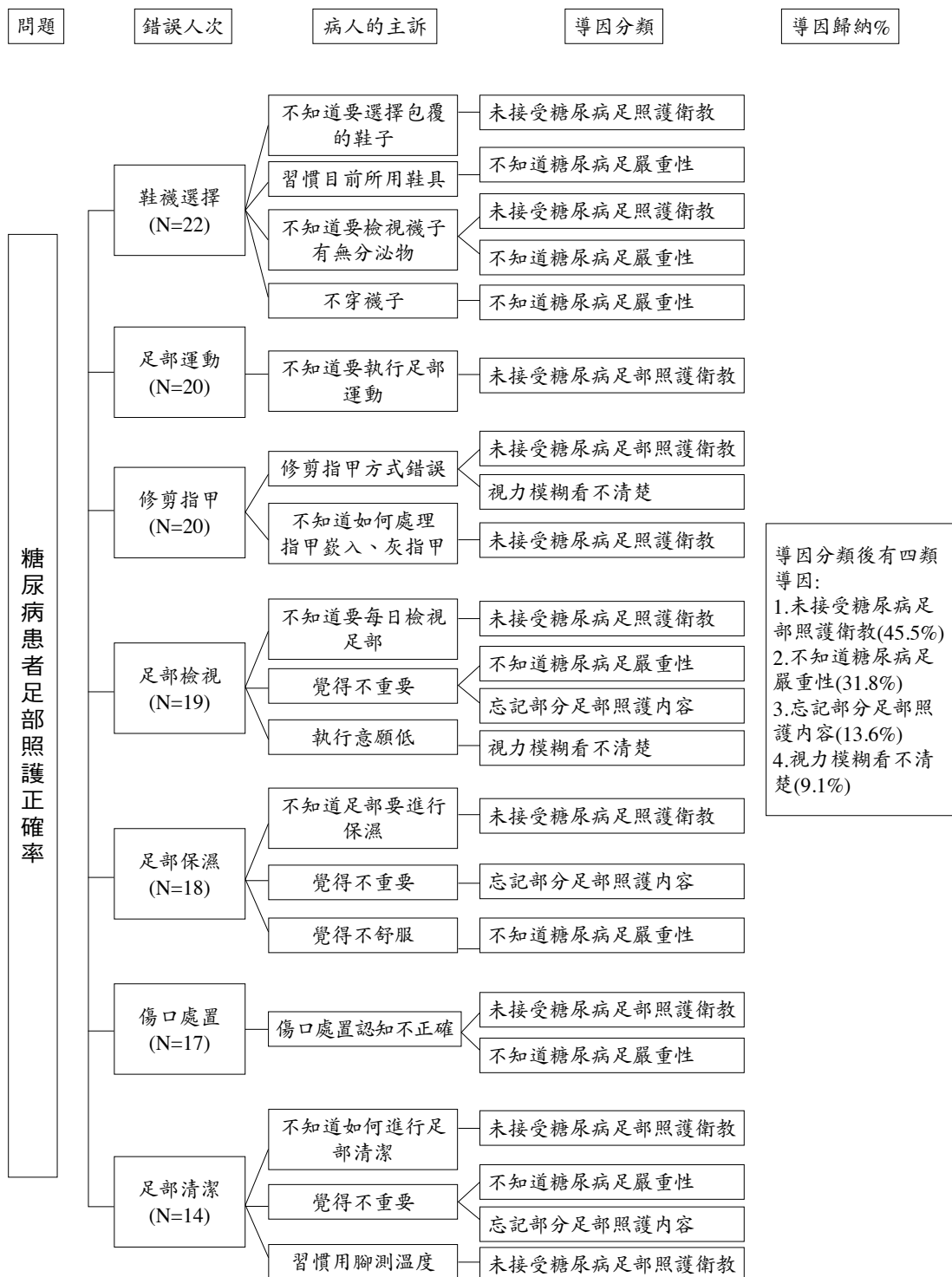
臺灣罹患糖尿病盛行率超過11%，人數上升至230萬人，成為我國保險醫療費用前三大疾病，糖尿病品質照護率從2018年48.9%增加為2020年55.4%，從而得知國內也非常重視糖尿病患者照護觀念與品質(衛生福利部中央健康保險署，

2021)。當血糖長期不穩定狀態下，全身血管及神經逐漸改變，通常由下肢開始發生血管阻塞、運動感覺神經麻木及疼痛等末梢神經病變與足部潰瘍的問題，稱為糖尿病足(陳，2022)。

二、糖尿病足部照護的重要性

糖尿病照護除了藥物、飲食、血糖、運動控制、清潔與護理，糖尿病足部照護極為重要，包括皮膚檢查、足部評估、使用治療鞋及自我保健等，能有效降低糖尿病足併發風險(American Diabetes Association[ADA], 2021)。糖尿病患者普遍未接受完整足部照護衛教，如：檢查足底、足跟、傷口癒合、修剪趾甲及皮膚護理等，尤其高風險患者群(足部潰瘍、末梢神經異常及周邊動脈疾病等)更需要完整的教育訓練(郝等，2019)。文獻指出因生活習慣的養成、衛教觀念的缺乏等，容易影響糖尿病預防性的成效(Nursalam et al., 2020)。為提高患者足部照護普及率，護理人員應進行專業的訓練，提供更適宜的糖尿病足部照護護理指導，減輕併發症與高額的醫療費用(De Sousa Arruda et al., 2019)。

圖一
糖尿病患者足部照護正確率低導因分類系統圖



三、糖尿病足部照護改善方案

護理人員運用專業臨床知識，給予患者合適的衛教及疾病相關知識，可有效增加自我照護能力及降低合併症發生，而傳統口頭衛教常使衛教內容不完整及時間短暫讓患者無法記憶，故選擇提升護理人員衛教指導策略上極為重要，需要有方便性、記憶性，應用以下方式：運用文字、圖片、影像等，呈現出多樣化的衛教方式，除了引發學習者興趣之外，還能提升學習效果，如：案例經驗分享、圖示型衛教單張、影片QR Code及輔具教具(鏡子)，更能吸引學習者印象深刻，若指導方式可運用書面資料並搭配口述指導，使患者返家後可隨時翻閱，增強患者日常生活自我照顧之認知與技能(施等，2020；許、郭，2021)。

而健康識能進行能提升患者的健康自我管理能力，發展與患者相關的文件時，納入患者參與，產出符合患者需求且能理解、能應用的資訊，能提升學習意願，進而增加患者正確的健康行為(魏等，2018)。運用體驗學習法是讓患者及照護者參與照護的活動，直接體驗，並強調從中獲得的經驗及領域，運用在日常生活照護上，有效實務經驗並且將患者或照護者之前透過書籍、手冊或影片等將所獲得的知識和技能，與實際操作相結合，從而取得最佳學習效果，指導者有目的地與患者或照護者專注進行直接體驗，以增加知識及發展技能，而學習者親身參與學習是非常有成效的(Nurunnabi et al., 2022)。擬定完整照護查檢表，利用查檢表確認患者或是照護者

是否落實足部照護步驟，也以利後續追蹤評值，了解學習者使用情形及學習效果(蔡等，2019)。制定標準作業流程並定期舉辦共識使護理人員衛教指導內容達一致性(施等，2020)。一系列的衛教對策希望提高患者照護能力與提供更完善的醫療輔助資源，漸進式衛教內容可提升學習意願。

綜合以上文獻得知，前線護理人員應當進行訓練，提供更適宜的糖尿病足部照護建議與實體指導，應用以下衛教方式，如：案例經驗分享、圖示型衛教單張及影片QR Code等方式來進行，並且運用體驗學習法讓患者或是照護者參與照護活動，再使用完整的照護查檢表，以利後續照護追蹤評值，制定標準作業流程並定期舉辦共識說明使所有護理人員衛教指導內容達一致性，患者及照護者得到完整護理衛教。

解決辦法及執行過程

分析糖尿病患者足部照護正確率低導因，參考文獻後擬定對策，以重要性、效益性及可行性進行李克氏量表評分，5分非常同意、1分非常不同意，總分超過36分($45 \times 80\% = 36$)為專案解決辦法(見表二)。

專案執行期間由2022年7月1日至2022年11月30日依照計畫期、執行期及評值期進行(見表三)。

一、計畫期(2022/7/1-2022/8/15)

(一)規畫糖尿病足部照護衛教共識說明會

為提升臨床護理人員對糖尿病足部照護的專業共識，邀請糖尿病個管師進行共識說明會，規劃在病房2022年8月舉

表二
提升糖尿病足部照護正確率之決策矩陣

問題	解決對策	可行性	重要性	效益性	總分	採行
未接受糖尿病足部 照護衛教	糖尿病足部照護衛教共識說明會	15	10	13	38	○
	糖尿病足疾病照護標準，及糖尿病足部照護技術標準	15	15	15	45	○
	患者及照護者體驗學習法	10	15	13	38	○
不知道糖尿病足嚴重性	傷口未妥善處置經驗分享單	15	15	10	40	○
	臨床患者實際經驗分享	9	12	12	33	
忘記部分糖尿病足部照護內容	每日足部查檢表	15	12	12	39	○
視力模糊看不清楚	衛教單張	15	13	13	41	○

表三
提升糖尿病足部照護正確率之甘特圖

項目	7月	8月	9月	10月	11月
一、計畫期					
1.規劃糖尿病足部照護衛教共識說明會	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2.修正糖尿病足疾病照護標準，及足部照護技術標準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3.製作傷口未妥善處置的經驗分享單	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.製作患者每日足部照護查檢表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.修訂衛教單張	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6.規劃患者及照護者體驗學習法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
二、執行期					
1.舉辦糖尿病足部照護衛教共識說明會		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.修正糖尿病足疾病照護標準，及修正糖尿病足部照護技術標準		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.使用傷口未妥善處置經驗分享單		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.使用患者每日足部照護查檢表			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.使用修訂後照護衛教單張		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.患者及照護者進行體驗學習法並回覆示教		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
三、評值期					
1.糖尿病足部照護完整率前後比較					<input type="checkbox"/>
2.分析結論及改善					<input type="checkbox"/>

辦，期望護理人員了解糖尿病足定義，足部照護七大項、執行重要性及嚴重性，除實體課程之外，也計畫透過單位Line及人形圖教學等進行，滿足護理人員個別需求，達到臨床照護衛教一致性。

(二)修正「糖尿病足疾病照護標準」，及「糖尿病足部照護技術標準」

為使糖尿病患者接收完整照護衛教內容，專案小組規劃在2022年10月參考文獻修正「糖尿病足疾病照護標準」，內容包括流行病學、危險因子、風險分級、篩檢、治療建議以及足部照護七大項，也將原有「糖尿病足部照護技術標準」五大項修訂完整七大項內容，內容為包含足部檢視、足部清潔、足部保濕、傷口處置、修剪趾甲、鞋襪選擇及足部運動步驟如何執行，讓護理人員對於糖尿病足部照護上、評估、處置、衛教達共識及一致性。

(三)製作傷口未妥善處置經驗分享單

為使糖尿病患者了解足部照護重要性，專案小組規畫2022年8月，製作足部照護沒有做好，導致傷口未妥善處置經驗分享單，內容為真實患者案例，兩則正反故事，利用圖示搭配文字說明製作，故事一：忽視糖尿病足部照護造成傷口，因為血管阻塞、傷口感染嚴重導致截肢；故事二：發現傷口後積極配合治療做好足部照護，直到傷口痊癒，使患者與照護者了解嚴重性，提升警惕性及學習動機。

(四)製作糖尿病患者每日足部照護查檢表

為使糖尿病患者不要遺漏足部照護的步驟，專案小組規劃2022年9月製作糖尿病患者足部照護查檢表，當作患者的

照護日誌使用，足部照護七大項內容為足部檢視、足部清潔、足部保濕、傷口處置、修剪趾甲、鞋襪選擇及足部運動步驟如何執行，一頁為一個月份，讓患者及照護者可依循逐項完成照護步驟並記錄，減少遺漏執行部分，期望返診時由門診護理人員檢視執行狀況及學習成效。

(五)修訂衛教單張

單位原有衛教單張內容無完整糖尿病足部照護內容，且多以文字敘述，為使糖尿病患者能完整接收，且清楚觀看足部照護衛教單張，專案小組規劃2022年8月修訂衛教單張，強化足部照護七大項執行方式，以大圖示呈現，將正確修剪趾甲形狀方式及視力輔助方式（如鏡子及放大鏡趾甲剪）納入，規劃三位患者或照護者進行健康識能後，提供臨床護理人員給予患者更完整的衛教內容，針對有疑問處加強指導，加強患者及照護者認識照護的內容。

(六)規劃患者及照護者體驗學習法

修正衛教單張內容及護理人員達到糖尿病足部照護的共識後，為使糖尿病患者及照護者，能正確操作足部照護步驟，專案小組規劃護理人員2022年8月運用體驗學習法讓患者及照護者於病床邊參與足部照護七大項內容，內容為足部檢視、足部清潔、足部保濕、傷口處置、修剪趾甲、鞋襪選擇及足部運動步驟如何執行，實際操作過程中也運用輔助工具，從中獲得經驗及學習，提升患者和照護者照護意願，並計劃在住院期間有一次回覆示教紀錄。

二、執行期(2022/8/16-2022/10/31)

(一)舉辦糖尿病足部照護衛教共識說明會

為提升臨床護理人員對糖尿病足部照護的專業共識，2022年8月27日，專案小組邀請糖尿病個案管理師，進行糖尿病足部照護共識說明會，在單位舉辦糖尿病足部照護共識說明，讓護理人員了解糖尿病足定義，足部照護七大項、執行重要性及嚴重性，參與率：40.8%。因考量護理人員班別不同，故共識檔案上傳單位Line群組，閱讀完畢回覆群組，全數護理人員閱讀完畢，也將檔案上傳至院內數位學習網，讓同仁可以反覆觀看，推動後由護理長抽查執行狀況。2022年9月2日及2022年10月27日運用人形圖教學方式，護理人員自我學習糖尿病足部照護內容，也在教學過程中，針對糖尿病足部照護重要性、步驟及臨床常見狀況解決方式，互相學習與傳承，滿足護理人員個別需求，達到臨床照護衛教一致性。

(二)修正「糖尿病足疾病照護標準」，及「糖尿病足部照護技術標準」

為使糖尿病患者接收完整照護衛教內容，專案小組在2022年10月1日參考文獻修正「糖尿病足疾病照護標準」，內容包括流行病學、危險因子、風險分級、篩檢、治療建議以及足部照護七大項，經院內專家(主治醫師、病房主任及專科護理師)修正，並將院內原有「糖尿病足部照護技術標準」修訂，調整內容為足部照護七大項，包含足部檢視、足部清潔、足部保濕、傷口處置、修剪趾甲、鞋襪選擇及足部運動，2022年10月20日納入院內「糖尿病足疾病照護標準」，讓護理人員於糖尿病足部照護，依循院

內ISO進行足部評估、處置、衛教達共識及一致性，使患者與照護者接收完整衛教內容。

(三)使用傷口未妥善處置經驗分享單使用

為使糖尿病患者了解足部照護重要性，專案小組在2022年8月16日開始，利用單位真實患者案例，製作足部照護沒有執行導致傷口未妥善處置經驗分享單，利用傷口圖示搭配文字說明製作，為兩則故事，故事一：忽視糖尿病足部照護造成傷口，因為血管阻塞、傷口感染嚴重導致截肢；故事二：發現傷口後積極配合治療做好足部照護，直到傷口痊癒，使患者與照護者了解嚴重性，搭配修正後糖尿病足部照護衛教單張，提供護理人員臨床照護使用，於每位糖尿病患者一入院時，即進行衛教，一併提供給患者與照護者進行分享，每天入院患者約2-3位皆提供，多位患者與照護者收到衛教後感受到嚴重性，說出「好恐怖喔！」「怎麼這麼嚴重！」「真的是要很小心捏」及「真的要好好照顧腳！」，提升患者與照護者警惕性與學習動機。

(四)使用患者每日足部照護查檢表

因為患者及照護者有忘記部分糖尿病足部照護內容，為使糖尿病患者不要遺漏足部照護的步驟，專案小組在2022年9月1日，將糖尿病足部照護查檢表製作成「我的腳丫照護日誌」，包含足部照護七大項內容，內容為足部檢視、足部清潔、足部保濕、傷口處置、修剪趾甲、鞋襪選擇及足部運動步驟如何執行，一頁為一個月份，護理同仁執行衛教，及患者或照護者回覆示教後，進行提供，

並且指導使用方式後讓患者及照護者可以依循內容逐項完成並記錄，養成足部完整照護習慣，減少遺漏步驟，於護理人員照護時檢視，針對疑問或未執行部分加強衛教並評估學習成效，患者表示「跟著這個表格進行，一步一步來，我比較不會忘記有哪個步驟沒有做到」。同時請患者出院時將日誌帶回，回診時帶回供門診護理師或糖尿病個案管理師進行檢視及評估，針對不足處加強指導。

(五)使用修訂後糖尿病足部照護衛教單

單位原有衛教單張，內容無完整糖尿病足部照護內容，且多以文字敘述，為使糖尿病患者能完整接收，且清楚觀看足部照護衛教單張，專案小組於2022年8月16日修訂後糖尿病足部照護衛教單張，內容包含七大項：足部檢視、足部清潔、足部保濕、傷口處置、修剪趾甲、鞋襪選擇及足部運動，運用大張圖示，減少文字敘述，並將正確修剪趾甲形狀方式及輔具(鏡子及放大鏡指甲剪)使用，納入衛教單張，2022年8月17日邀請兩位照護者及一位患者進行健康識讀，表示「圖片好大看起來很清楚」「這樣很清楚，我會照著這種方式做」等。2022年9月15日將糖尿病足部照護步驟拍成影片，製作QR Code加入衛教單張，糖尿病患者入院時立即提供衛教單張，進行衛教，患者與照護者表示「原來有這麼多眉角要注意的，以前都沒學過這些，而且還有影片喔!忘記了可以馬上看看」，讓患者與照護者可以反覆觀看，有疑問的部分向護理人員提出詢問。

(六)患者及照護者進行體驗學習法

修正衛教單張內容及護理人員達到糖尿病足部照護的共識後，為使糖尿病患者及照護者，能正確操作足部照護步驟，2022年8月30日開始護理人員將修正衛教單張提供給患者或照護者，並且向患者及照護者於病床邊進行體驗學習法，完成足部照護七大項內容，內容為足部檢視、足部清潔、足部保濕、傷口處置、修剪趾甲、鞋襪選擇及足部運動步驟如何執行，實際操作過程中也運用輔助工具，讓患者或照護者從中獲得經驗及學習，發現每次執行時間耗時約30分鐘，經專案成員討論後，2022年9月15日將足部照護步驟拍成影片，製作QR Code，加入衛教單張，患者入院時先提供衛教單張進行衛教及先自行觀看影片，再由護理人員帶領患者及照護者進行學習，執行足部照護七大項，部分患者因為視力模糊，在過程中也會運用輔助工具，由護理人員先完成一隻腳的檢視、清潔、保濕、傷口處置後修剪兩隻趾甲，再由患者或是照護者修剪另外三隻趾甲後，再獨力完成另一隻腳的照護，最後一起檢視鞋襪選擇及執行運動，過程中針對有疑問或是錯誤部分，立即修正並加強教學，在出院前至少有一次完整執行足部照護回覆示教的紀錄，讓患者及照護者更了解重要性，提升執行意願及正確執行成效。

三、評值期(2022/11/1-2022/11/30)

專案小組2022年11月1日至2022年11月30日於單位進行收案糖尿病患者30人，了解患者執行足部照護狀況，將結果紀錄於「糖尿病足部照護查檢表」。評值

表四
糖尿病足部照護正確率

糖尿病足 照護項目	改善前 2021/12/7-2022/2/6		改善後 2022/11/1-2022/11/30		效果維持 2023/5/1-2023/5/30	
	正確人次	正確率(%)	正確人次	正確率(%)	正確人次	正確率(%)
鞋襪選擇	8	26.7	25	83.3	26	86.7
足部運動	10	33.3	27	90.0	30	100.0
修剪趾甲	10	33.3	23	76.7	24	80.0
足部檢視	11	36.6	27	90.0	27	90.0
足部保濕	12	40.0	29	96.7	30	100.0
傷口處置	13	43.3	25	83.3	26	86.7
足部清潔	16	53.3	28	93.3	27	90.0
總計	80	38.0	184	87.6	190	90.4

註：N=30；分子是該項次正確人次/分母是收案總人次*100%

結果以糖尿病患者足部照護正確率呈現，分子為該項次正確人次/分母為收案總人次。

結果評值

2022年11月1日至2022年11月30日期間單位進行收案糖尿病患者30人，以「糖尿病足部照護查檢表」進行評值。結果以糖尿病患者足部照護正確率由改善前38%，改善後提升至87.6%，達目標值68%。改善前後收案患者為不同人，過程中專案小組成員採不定期抽查及稽核，2023年5月1日至2023年5月30日期間追蹤效果維持，收案30人，糖尿病足部照護正確率90.4%，其中足部運動及足部保濕的正確率更是達百分百(見表四)。附帶成效為修正後衛教單張獲得良好回應，故執行期時將衛教內容設計成大張海報，張貼在病房公布欄上，不僅是糖

尿病患者，其他經過的家屬或探病者看到海報都能獲得資訊，並主動詢問護理人員及掃描QR Code，分享影片內容給親朋好友及其他患者一起學習照護。在護理貢獻部分，本專案在院內進行糖尿病足部照護標準化與平行推廣，修正「糖尿病足疾病照護標準」及「糖尿病足部照護技術標準」，也進行全院糖尿病足部照護的共識說明會，並將糖尿病足部評估、處置、衛教整理成護理焦點進行護理同仁臨床照護引導。

討論與結論

本專案旨在提升糖尿病患者足部照護正確率，在專案改善前收集資料因無工具評估患者及照護者照護能力，故參考文獻後擬定查檢表，收集患者及照護者足部照護現況。專案執行前期，發現患者接收照護衛教內容不完整甚至未接

受過衛教，且護理人員衛教內容不一致，導致患者無法感受到嚴重性及重要性。藉由專案的進行，擬定具體可行的對策，由糖尿病個案管理師進行糖尿病足部照護衛教共識說明會，提升護理人員的知能，修正「糖尿病足疾病照護標準」及「糖尿病足部照護技術標準」，包含足部照護七大項內容，讓護理人員於糖尿病足部照護上依循院內ISO進行，達到照護一致性，並修訂照護衛教單張內容，內容淺顯易懂，以大圖示為主，且運用QR Code影片幫助患者與照護者學習，修正衛教單張及護理人員達到照護的共識後，患者及照護者行體驗學習法，實際操作足部照護步驟，過程中也運用輔助工具，從中患者及照護者獲得經驗及學習，也製作足部照護沒有執行導致傷口未妥善處置經驗分享單，利用圖示搭配文字說明製作，提供護理人員臨床照護使用，提升患者與照護者警惕性與學習動機，並且將糖尿病足部照護查檢表製作「我的腳丫照護日誌」，包含足部照護七大項，可依照內容逐一執行照護並勾選完成項目，養成足部完整照護習慣，減少遺漏步驟。另有院內主管支持及糖尿病個案管理中心推廣為本案助力。

對策執行過程中發現體驗學習時間較長，先運用影片供患者及照護者觀看，但還是有部份年齡較長患者無使用智慧型手機或平板，所以仍需要護理人員花費較長時間進行教學，導致護理時數增加為本案最大限制，建議單位可利用每月一次由護理人員輪流對患者及照護者進行團體衛教，衛教時間同時指導較多

人學習，且在學習過程互相激勵增加學習動機，另製作足部照護沒有執行導致傷口未妥善處置經驗分享單，提供護理人員臨床照護使用，於患者一入院時，進行衛教，一併提供給患者與照護者分享，提升患者與照護者警惕性與學習動機，目前此經驗分享單僅在單位進行使用，建議日後小組與醫療科共識後，可以放置院內ISO提供全院有需求患者或照護者使用，也可以徵求臨床患者有意願實際說明及分享。

藉由專案介入糖尿病患者足部照護正確率由改善前38%，改善後提升至87.6%，雖然改善前後收案患者為不同人，但在效果維持糖尿病足部照護正確率仍有90.4%，為臨床護理人員目前照護方式完整且一致，患者及照護者接收照護完整。目前临床上照護僅於患者住院中，由病房護理師執行足部照護衛教及追蹤，除了糖尿病足部照護查檢表製作成「我的腳丫照護日誌」可於患者出院時帶回，返診時帶回門診護理師追蹤，都是由紙本進行，未來，期望護理部能與資訊部跨團隊合作，將患者及照護者的衛教資料、執行方式及足部照護狀況等，與患者病歷資料都電子化，資料跟著患者走，串回糖尿病個管師照護系統，後續由個案管理師可以讓患者的足部照護正確率持續被追蹤及管理，不論患者在住院或是門診追蹤，都可以維持足部照護正確率。藉由此專案護理人員給予的糖尿病足部照護衛教能幫助患者及照護者做好足部護理好生活、日子順利舒爽亮起來。

參考資料

- 施惠芬、羅珮予、賴韋伶、廖惠娟、曹芸榕、梁惠雯(2020)・運用醫療團隊資源管理提升糖尿病人衛教指導正確率・*彰化護理*，27(3)，34-48。https://doi.org/10.6647/CN.202009_27(3).0008
- 郝立智、楊純宜、游新、許琇雲、沈盈佐、陳宏騰、譚宏斌、陳進旺、王志龍、黃孟華(2019)・美國糖尿病學會針對糖尿病神經病變及糖尿病足標準治療建議・*內科學誌*，30，368-379。https://doi.org/10.6314/JIMT.201912_30(6).02
- 陳智光(2022)・糖尿病足潰瘍的減壓－輔具篇・*中華民國糖尿病衛教學會會訊*，18(3)，13-15。
- 許麗玉、郭信智(2021)・癌症病人自我照顧行為初探：行動裝置與傳統衛教之比較・*健康科技期刊*，8(1)，16-29。https://doi.org/hlsw.tzuchi.com.tw:8443/10.6979/TJHS.202109_8(1).0002
- 蔡佳容、黃詠婷、潘慧娟、陳繪竹(2019)・降低急性病房留置導尿管相關泌尿道感染密度之專案・*台灣專科護理師學刊*，6(1)，22-33。
- 衛生福利部中央健康保險署(2021年，12月10日)・109年全民健康保險監測結果報告。https://dep.mohw.gov.tw/nhic/lp-3531-116.html
- 衛生福利部疾病管制署(2020年，6月18日)・109年十大死因統計結果。https://www.mohw.gov.tw/cp-5017-61533-1.html
- 魏米秀、張美娟、謝至鏗、尤瑞鴻、Jürgen M. Pelikan、王英偉(2018)・*健康識能機構實務指引*・臺北：衛生福利部國民健康署。
- American Diabetes Association. (2021). Microvascular complications and foot care : Standards of medical care in diabetes-2021. *Diabetes Care*, 44, 151-167. https://doi.org/10.2337/dc21-S011
- Abrar, E. A., Yusuf, S., Sjattar, E. L., & Rachmawaty, R. (2020). Development and evaluation educational videos of diabetic foot care in traditional languages to enhance knowledge of patients diagnosed with diabetes and risk for diabetic foot ulcers. *Prim Care Diabetes*, 14(2), 104-110. https://doi.org/10.1016/j.pcd.2019.06.005
- De Sousa Arruda, L.S.N., Sousa Fernandes, C.R., Freire de Freitas, R.W. J., Gomes Machado, A.L., de Oliverira Lima, L.H., & Vilarouca da Silva, A.R., (2019). Nurse' s knowledge about caring for diabetic foot. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 13. https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242175
- Nurunnabi, A. S. M., Rahim, R., Alo, D., Mamun, A. A., Kaiser, A. M., Mohammad, T., & Sultana, F. (2022). Experiential learning in clinical education guided by Kolb' s experiential learning theory. *International Journal of Human and Health Sciences (IJHHS)*, 6(2), 155-160. https://doi.org/10.31344/ijhhs.v6i2.438
- Nursalam, N., Huda, N., & Sukartini, T. (2020). Development of efficacybased foot care by family models to family behavior in prevention of diabetic foot ulcer. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(7), 240-245. https://doi.org/10.31838/srp.2020.7.38

Palmer, J., Pymer, S., Smith, G. E., Harwood, A. E., Huang, C., & Chetter, I. C. (2020). Pressurgery exercise-based conditioning interventions(prehabilitation) in adult undergoing lower limb surgery for peripheareal arterial disease(Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), 1-30. <https://doi.org/10.1002/14651858/CD013407.pub2>

Tomic, D., Shaw, J. E., & Magliano, D. J. (2022). The burden and risks of emerging complications of diabetes mellitus. *Nature Reviews Endocrinology*, 18(9), 523-539. <https://doi.org/10.1038/s41574-022-00690-7>

Woody, J. (2020). Overview of diabetic foot care for the nurse practitioner. *The Journal for Nurse Practitioners*, 16(1), 28-33. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.08.011>

靜
思
語

讓父母歡喜、安心，
就是孝順。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Filial piety is making our parents happy
and giving them peace of mind.

~ Master Cheng Yen ~



Project to Increase Foot Care Implementation Rate in Diabetics

Yu-Ting Sun¹, Syuan-Ru Ou², Ji-Yan Lyu³, Yen-Jen Lee⁴

ABSTRACT

Diabetic foot ulcer is a common complication in diabetics and patients with wound infection, and amputation is frequently performed as a solution in clinical practice, which is accompanied by an immense healthcare resource burden. This project aimed to promote the practice of foot care among diabetics in order to help reduce the incidence of foot ulcer. Our unit reviewed the literature and designed the “diabetic foot care checklist” as a tool to assist in understanding the current status of foot care among patients. We found that the level of effective diabetic foot care was only 38%. The tool suggested a number of reasons for this rate including: patients had not receive health education on diabetic foot care; did not realize the seriousness of diabetic foot; had blurred vision and could not see clearly; and forgot diabetic foot care contents. The target of this project was to increase the accuracy to 68%. To achieve this target, we implemented the following solutions: 1) a seminar on diabetic foot care, 2) diabetic foot care standards, 3) experience sharing sheets, 4) health and education leaflets, 5) experiential learning methods, and 6) the daily foot care checklist. After execution, the accuracy for diabetic foot care rose to 87.6%. We hope that this project can improve the quality of diabetic foot care practiced by patients. (Tzu Chi Nursing Journal, 2025; 24:5, 67-80)

Keywords: diabetic foot, foot care

RN of Plastic Surgery, Department of Nursing, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation¹; HN of Plastic surgery, Department of Nursing, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation²; Deputy director, Department of Nursing, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation³; Supervisor, Department of Nursing, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation⁴

Accepted: June 18, 2025

Address correspondence to: Yen-Jen Lee Nursing Department, 707, Sec. 3, Zhong-Yang Rd., Hualien, Taiwan, 97004
Tel: 886-3-8561825 #12081 E-mail: yenjen1116@gmail.com

運用實證護理提升 腦中風病人口腔照護完整率

邱婷婕¹、陳育儒²、李雅淇²、丁淇平³、張斐淑⁴

中文摘要

腦中風為臺灣十大死因第五位和第三大殘疾原因，口腔照護不佳易引起細菌在口腔增生，使得口腔中的細菌及發炎物質易進入血液誘發心血管疾病發生風險提高。本專案發現腦中風病人口腔照護完整率55.3%，口腔照護認知率58%，分析原因為腦中風病人認知不足且無合適相關衛教、無訂定口腔照護步驟查檢表、缺乏口腔照護衛教之輔助工具，擬訂對策舉辦在職教育訓練及團體衛教、落實口腔照護標準作業流程及評核制度、設計口腔照護之互動式APP及口腔照護包，經專案介入後腦中風病人口腔照護完整率由55.3%提升至89.9%，口腔照護認知率由58%提升至93.2%，達專案目的，使腦中風病人口腔照護完整率及認知提升，進而提高照護品質。(志為護理，2025; 24:5, 81-94)

關鍵詞：實證護理、口腔照護、口腔照護認知

前言

腦中風目前為臺灣十大死因第四位和第三大殘疾原因(衛生福利部統計處，2023；Feigin et al., 2022)。腦中風後遺留的神經性損傷，造成不等程度失能，影響其日常生活，常伴隨有吞嚥和進食功能受到影響，造成食物殘渣易堆積在患側，口腔產生異味、齲齒和微生物感染的風險，進而引發肺炎。而微生物在

口腔交互作用下入侵動脈壁形成斑塊，導致血管變性及動脈粥狀硬化，使心血管疾病發生風險提高(Dietrich et al., 2017; Radaic & Kapila, 2021)，提供良好的口腔照護能降低肺炎發生的危險因子。

本專案小組成員於臨床照護時發現，腦中風病人皆有不同程度口腔健康問題，訪談中發現家屬及照顧者無法掌握口腔照護時機及技巧，造成病人口腔異味、口乾、甚至口腔軟組織腫脹發炎、

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理師¹、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院副護理長²、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院督導³、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理長⁴

接受刊載：2025年7月31日

通訊作者地址：張斐淑 高雄市鳥松區大埤路123號

電話：886-965-853-898 電子信箱：annychang@cgmh.org.tw

潰瘍等，故引發專案小組成立之動機，藉由在實證知識佐證及跨團隊合作下，讓病人及照顧者重視口腔照護對口腔健康狀況的重要性，於住院期間提供完整的口腔照護，進而提高照護品質。

現況分析

一、單位簡介

本病房為腦神經科病房，總床數47床，主要收治腦神經內科病人，其中腦中風佔70%，平均住院天數為7.6天。護理人員共23位，年資五年以上佔73.9%(17人)，未滿2年佔0.8%(2人)，顯示護理人員專科資歷佳。

二、腦中風病人口腔照護流程現況

本院設有口腔照護標準但無技術評核表，單位的口腔照護僅由主責護理師口頭衛教無親自示範指導，亦無納入新進人員教育訓練，專科每月團體衛教主題也無口腔照護主題。在病人入院八小時內會由護理人員評估病人意識、吞嚥功能及日常生活活動功能(activities of daily living, ADL)，依本院口腔照護標準作業規範口述衛教病人或照顧者，需要時搭配本院共通性「口腔保健須知」衛教單張進行指導後，無回覆示教其正確性，當病人或照顧者有反應牙口不適狀況時再會診牙科。

三、腦中風病人執行口腔照護完整性調查

為瞭解腦中風病人(照顧者)口腔照護完整性及對於口腔照護的認知狀況，專案小組成員依據相關文獻及本院照護標準作業規範，使用實證手法參考相關文獻，製作「口腔照護技能查核表」、

「口腔照護認知調查表」進行調查。調查期間2021年4月1日至2021年5月31日，收案對象：醫師診斷為腦中風的病人(或照顧者)且住院超過24小時，並已接受過基本口腔照護指導共50人，問卷回收率100%，結果分述如下：

(一)病人(照顧者)口腔照護步驟

為瞭解腦中風病人(照顧者)對於口腔照護步驟的正確性，小組成員經由「口腔照護步驟查核表」共15題，並經牙科專科醫生、神經內科醫生、專科護理師及單位護理長共同檢視步驟內容的重要性，採五點計分法，1分表非常不重要、5分為非常重要，檢視後擬定「口腔照護步驟查核表」共15題，實際觀察50位病人(照顧者)口腔照護的完整性，分數越高代表技能越高，結果顯示病人(照顧者)的口腔照護完整率為55.3%(表一)。

(二)腦中風病人(照顧者)口腔照護認知

為瞭解腦中風病人(照顧者)口腔照護認知程度是否影響實際技能執行表現，小組成員依據相關實證文獻，經由自擬「腦中風病人(照顧者)口腔照護認知測驗卷」是非題10題，滿分100分，測驗內容經牙科專科醫生、神經內科醫生、專科護理師及單位護理長審閱內容效度CVI值.87，結果顯示口腔照護認知正確率58%(表二)。

綜上調查並統整以上分析資料，腦中風病人口腔照護完整率低，歸納特性要因圖(如圖一)。

導因確立

經現況分析結果，腦中風病人執行口腔照護步驟完整率僅55.3%，尤其在

表一

腦中風病人(照顧者)「口腔照護步驟查核表」

檢查基準	正確人數	完整率(%)
1.執行前洗手。	45	90
2.觀察口腔完整性、牙齒有無鬆動、破損、缺牙、齲齒。	18	36
3.準備用物(手套、牙刷或電動牙刷、海綿牙刷、兩個漱口杯、清水、漱口水、衛生紙)。	10	20
4.能瞭解口腔照護目的及口腔時機。	40	80
5.將病人頭部轉向健側或是採半坐臥式。	48	96
6.準備清水及稀釋過的漱口水各一杯(清水:漱口水=2:1)備用。	40	80
7.取下活動假牙放置清水容器中，意識不清及牙關緊閉病人，進行臉部及口腔肌肉按摩放鬆，可利用張口器協助張開口腔。	33	66
8.依序清潔:牙齒內外面→咀嚼面→口腔內頰→上下顎→齒齦→唇側→舌頭。	12	24
9.沾濕海綿牙刷後擠乾(不滴水)後以旋轉方式清除口腔黏液及殘渣。	11	22
10.清潔完上一步驟後洗淨海綿牙刷。	30	60
11.再用牙刷或電動牙刷沾溼後與牙齒呈45度，由上至下，由左至右，每次刷2-3顆牙刷。	15	30
12.清潔完上一步驟後洗淨牙刷或電動牙刷。	30	60
13.清潔時漱口水勿太多，已不滴水為原則避免水太多而造成噎咳，無法將水吐出時將病人頭側一邊，維持呼吸道通暢。	18	36
14.使用牙刷或電動牙刷後以海綿牙刷以旋轉方式再次移出口腔內口水、黏液及分泌物後，衛生紙擦拭臉部、口腔周圍。	17	34
15.執行後洗手。	48	96
平均		55.3

註：N = 50；完整率=執行正確人數/查核人數×100%

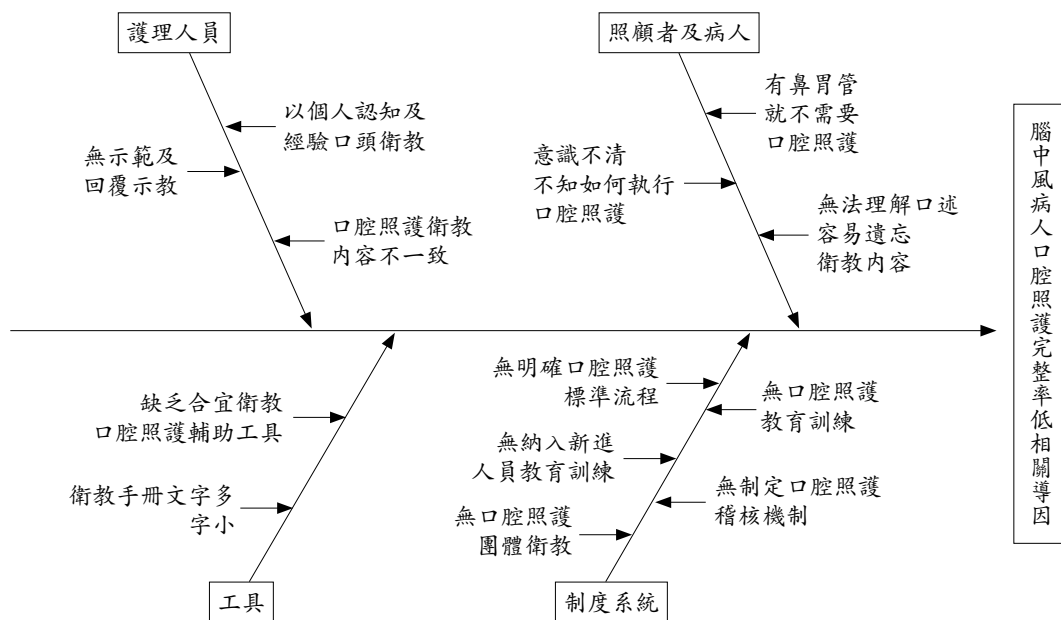
表二

腦中風病人(照顧者)口腔照護認知調查結果

題目	正確人數	正確率(%)
1.病人是否需要每天刷牙?	33	66
2.病人每次進食後是否需要刷牙?	30	60
3.三餐進食後是否需要協助病人刷牙?	31	62
4.刷牙時是否選用棉棒或海棉棉棒，並用清水協助	30	60
5.若病人有假牙是否還需要口腔清潔	28	56
6.病人若有放置鼻胃管是否需要刷牙	30	60
7.協助病人刷牙如果不容易執行是否就不需要執行	25	50
8.刷牙是否可以改善口臭、肺炎等	28	56
9.刷牙麻煩且費時可以不刷牙?	30	60
10.有刷牙就好不用有特別的刷牙方式	25	50
平均		58

註：N = 50

圖一
腦中風病人口腔照護完整率低之特性要因圖



清潔流程細節最低，顯示現行教學與衛教方式無法有效提升照護技巧，經組員共同分析討論後本專案問題為提升腦中風病人口腔照護之完整率，確立相關導因為：(一)腦中風病人對技巧認知不清、缺乏視覺教材支持(照顧者及工具層面)、(二)缺乏標準化教學流程與技術查核制度(制度系統)、(三)護理人員衛教內容無一致性，無示範機制(人員層面)。

專案目的

一、主要目的：

本專案目的為運用實證護理提升腦中風病人口腔照護完整率，目標設定是依據本院護理品質管理指標為90%及小組能力85%，目標值設定「腦中風病

人口腔照護完整率」由改善前之完整性55.3%提升至80%。目標值=現況值+〔(1-現況值)×改善重點×小組能力〕=55.3+34.1=89.4。

二、次要目的：

腦中風病人(照顧者)口腔照護認知由改善前之認知58%提升至90.1%。目標值=現況值+〔(1-現況值)×改善重點×小組能力〕=58+32.1=90.1。

文獻查證

一、腦中風病人口腔照護重要性

根據衛生福利部統計2023年肺炎居十大死因第三位，其中腦中風居第四位(衛生福利部，2023)。腦中風存活者有三分之一會導致神經及認知功能的失

能，使得日常生活需依賴他人照顧，而自我口腔照顧能力下降或喪失，導致齦齒及牙周病嚴重程度增加(Centers for Disease Control and Prevention, 2020; World Health Organization, 2020)，且慢性口腔疾病與糖尿病、心臟血管系統、呼吸系統的疾病都有明確的關係，且口腔衛生不佳會增加牙菌斑、齦齒和牙周炎，這些都可能誘發口腔病原微生物相關的呼吸道感染，例如：肺炎等(Ju et al., 2019)，且研究指出罹患牙周病後得到中風的風險是無牙周病者的1.47至2.63倍，顯示口腔健康與腦中風存在相互影響的關係(衛生福利部心理及口腔健康司，2020)，對於腦中風病人咀嚼吞嚥障礙也是問題之一，往往忽略口腔照護及口腔運動，導致口腔衛生不佳，此會增加牙菌斑、齦齒和牙周炎等問題，這些都可能誘發細菌堆積滯留在口咽部，隨著嗆咳或吸入物進入肺部，增加肺炎發生率，(Dai et al., 2019; Ju et al., 2019)。

在Dai et al. (2019)與Yuan et al. (2020)兩篇文獻指出牙刷搭配漱口水，清潔整個牙面及口腔軟組織，確實刷洗牙齦邊緣至所有牙面，一天三次，每次五分鐘，減少細菌附著，進而降低發炎感染發生，可避免產生吸入性肺炎發生(Dai et al., 2019; Yuan et al., 2020)。

二、提升腦中風病人執行口腔照護實證策略之臨床應用

腦中風病人日常照護大多需仰賴照顧者的協助，若需協助他人在床上執行口腔照護清潔，卻沒有想像中的容易，因口腔照護為技術操作，傳統衛教單張或口頭敘述，病人及照顧者難理

解內容及流程。因此運用實證護理五大步驟進行文獻搜尋及評讀，將三篇品質良好的研究，以英國牛津實證醫學中心(Oxford centre for evidence based medicine)之證據等級與建議等級(grades of recommendation)嚴格評讀審查文獻，將提升腦中風病人及照顧者口腔照護完整性的措施列表如表三。近年實證研究顯示著手開發以多媒體方式如輔助影片、圖片等形式來傳遞訊息，相較於口頭衛教，影片輔助能有效提升被衛教者的印象及理解(口腔照護互動式APP)(Ali & Miller, 2018; Pei et al., 2017)，也能以圖形化及互動式設計的教學輔助工具等(口腔照護電子書、口腔照護包)(Taylor et al., 2017)，臨床照護上訂定臨床照護作業標準化(口腔照護標準作業流程、在職教育訓練)可做為臨床決策來為病人提供治療，提升臨床作業效率並減少不適當做法，提高護理質量(Villarosa et al., 2019)，選擇合適措施，進而提升口腔照護完整性，改善口腔健康，減少口腔致病菌滋生的機會及隨後發展成肺炎的風險。

解決辦法

一、解決辦法

由2位神經科醫師、牙科專任醫師、藥師、護理長、3位護理人員共8位組成專案小組，經文獻查證及特性要因分析後，組員依可行性、效益性、重要性之矩陣圖分析，檢視所有提出方案，評分方式：採5分非常同意、3分普通、1分非常不同意，並考量組員能力，經組員人數8人討論評價後，以80/20法則決定採

行對策總分 ≥ 57.6 分納為採行方案，經決策矩陣分析表(如表四)選定為採行方案分別為：(一)規劃醫護團隊口腔照護在職教育訓練、(二)建構腦中風病人口腔照護標準作業流程及操作稽核表(三)設計口腔照護包、(四)設計腦中風病人口腔照護之互動式APP。

執行過程

經專案成員共同討論後擬定提升腦中風病人口腔照護完整率之改善對策，專案期間自2021年6月1日至2021年12月30日，執行過程分別為計劃期、執行期、評值期三個階段進行專案改善，執行進度表如表五。

一、計畫期：6月1日至7月31日

表三

實證文獻依Oxford證據等級評等

項目	證據等級
建構口腔照護標準作業流程、口腔照護護理品管稽核評值表(Villarosal et al., 2019)	1b
舉辦醫護團隊腦中風病人口腔照護在職教育訓練、腦中風病人每月團體衛教(Villarosal et al., 2019)	1b
設計口腔照護電子書(Taylor et al., 2017)	1b
設計口腔照護之互動性APP(Ali & Miller, 2018; Pei et al., 2017)	1b
設置口腔照護包(Taylor et al., 2017)	1b

表四

可行方案擬定之決策矩陣分析表

解決方案	可行性	效益性	重要性	總分	採行方案
1.建構口腔照護標準作業流程及口腔照護護理品管稽核評值表	37	35	42	113	★
2.舉辦醫護團隊腦中風病人口腔照護在職教育訓練及腦中風病人每月團體衛教	38	37	36	111	★
3.設計口腔照護電子書	14	17	19	50	
4.設計腦中風病人口腔照護之互動式APP	35	33	35	103	★
5.設計口腔照護包。	34	32	34	100	★

註：評分方式：5分非常同意、3分普通、1分非常不同意(評價項目3項x評價中間數3分x投票人數8人x小組能力80%=57.6分， ≥ 57.6 分納為採行方案。

(一)建構口腔照護標準作業流程及口腔照護步驟查檢表

專案小組成員偕同單位護理長預計6/6、6/13、6/20召開整合跨團隊會議，透過實證文獻搜尋口腔照護重要性、可行性、可應用性具及有信效性，依據文獻佐證共同討論建構口腔照護標準作業流程，內容建置標準作業細項內容包括：作業目的、適用對象及執行人員、準備用物及工具、操作說明及作業流程、注意事項等，預定於6/23修訂正式版口腔照護標準流程，並建檔至院內作業規範，於6/25依口腔照護標準流程建置「口腔照護步驟查檢表」，內容包括：檢查項目、檢查基準、檢查結果、說明及異常處理措施，檢查結果為能正確執

表五
提升腦中風病人口腔照護完整率之進度表

工作項目	年	2021											
	月	6	7	8	9	10	11	12					
計畫期													
1.建構口腔照護標準作業流程及口腔照護護理品管稽核標準		★	★										
2.設計醫護團隊腦中風口腔照護在職教育訓練及腦中風病人每月團體衛教		★	★										
3.設計腦中風病人口腔照護之互動式APP		★	★										
4.設計口腔照護包		★	★										
執行期													
1.落實口腔照護標準作業流程及口腔照護護理品管稽核					★	★	★						
2.舉辦醫護團隊腦中風病人口腔照護在職教育訓練及單位每月團體衛教					★	★	★						
3.推動腦中風病人口腔照護之互動性APP					★	★	★						
4.推動口腔照護包					★	★	★						
評估期													
1.腦中風病人口腔照護之完整率											★	★	

行者欄位以「√」表示，未執行正確則在「說明及異常處理措施」欄內說明，於6/26修訂正式版「口腔照護步驟查檢表」，並依此評估表進行腦中風病人口腔照護之監測。

(二)舉辦醫護團隊腦中風口腔照護在職教育訓練及每月團體衛教

預計於6/20、6/27、7/4專案小組成員與牙科專科醫師共同擬定「醫護團隊腦中風病人口腔照護在職教育訓練課程」課程時間為60分鐘，課程內容包括：腦中風病人口腔及牙齒保健目的、用物準備、口腔照護方式及須知、日常生活注意事項、案例討論及實際演練等，預定於7/15確認教育訓練內容，預定舉辦兩梯次課程由牙科專科醫師授課，專科護理人員及護理人員擇一梯次參與，經講師同意將講授課程錄製成Ever Cam影音檔，並依據在職教育授課內容預定於7/20專案小組討論後修改為每月團體衛

教內容，並依團體衛教內容建置「腦中風病人口腔照護認知測驗卷」作為腦中風病人認知程度之測驗。

(三)設計腦中風病人口腔照護之互動式APP

預計於6/20、6/27、7/4、7/15由專案小組與督導、資管相關團隊，共同討論製作「腦中風病人口腔照護之互動性APP」，運用結構化表單、圖片、圖形說明，內容包含：腦中風病人口腔及牙齒保健目的、圖示化用物準備、影片方式呈現刷牙步驟、口腔照護方式及須知、日常生活注意事項、刷牙提醒及記錄、定期衛教知識宣導等，預定於7/30建立完成APP，同時於APP中設置病人滿意度即時回饋及後續意見反映以利持續修正。

(四)設計口腔照護包

專案小組預計於7/4與督導共同討論整合實務及文獻，歸納口腔照護所需備物，設置口腔照護包做為範例，並依個

人需求選用品項，供照顧者準備，內容物包括：手套一雙、電動牙刷或牙刷一支，海綿牙刷一支、漱口杯兩個、清水、漱口水一瓶、衛生紙，於7/10確認口腔照護包內容物，提供腦中風病人物品準備索引，方便護理人員床邊示範可隨時取得用物。

二、執行期：8月1日至10月31日

(一)落實口腔照護標準作業流程及口腔照護步驟查檢表稽核

由神經內科醫師、牙科專科醫師、督導、護理長、督導於8/1再次審核口腔照護標準作業流程無誤後，將口腔照護標準作業流程上傳至院內護理作業標準流程網頁上，提供護理人員遇到口腔照護問題時可依口腔照護標準作業流程(如圖二)作為指引，腦中風病人入院八小時內，由護理人員評估病人意識狀況、吞嚥功能、ADL，則提供口腔一般照護；若牙口有問題，則於24小時內會診牙科介入，經牙科進行牙口評估並由牙科醫師執行口腔專業照護，護理師透過口腔照護之互動式APP及電子書搭配口腔照護包進行衛教；有牙口問題之腦中風病人需一週後再追蹤，無牙口問題者可半年追蹤進行口腔保健。

護理人員在職教育訓練後全員依據「口腔照護步驟查檢表」進行護理人員操作完整性評核，並將「口腔照護步驟查檢表」列為護理品質管理項目之一，新進人員每月稽核一次，連續3次，在職人員則每半年稽核一次，稽核結果將納入單位品質管理指標。若於執行過程中發現查檢表使用率或準確性不足，將於單位晨會中進行再教育與修正指導。

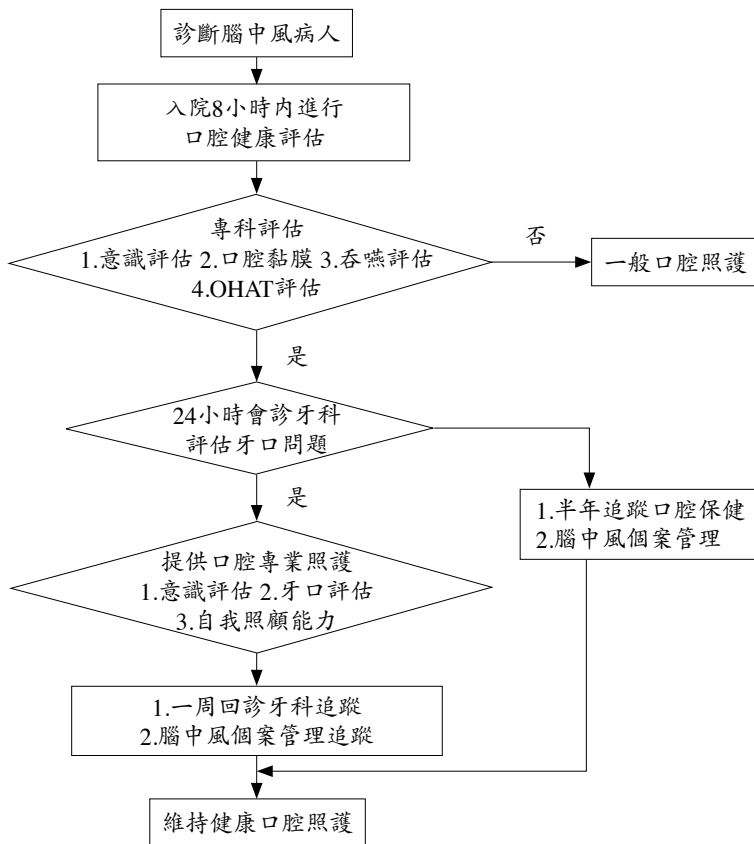
(二)舉辦腦中風病人口腔照護在職教育訓練及單位每月團體衛教

邀請牙科專科醫師於8/6於院內會議廳，向單位共23位護理同仁舉辦「腦中風病人口腔照護在職教育訓練」，應出席23人，因個人事由未出席2人，實際出席21人，出席率91%，以Ever Cam 影音檔完成學習，課後開放提問討論時間10分鐘，針對容易遺漏及操作不完整的部分加以指導，針對課程內容或提出交流討論，未出席人員於自行完成線上學習後進行一對一稽核完整率，在職教育訓練完成率達100%，於課程前後依「腦中風病人口腔照護認知測驗卷」課前測驗正確率為92.1%，課後測驗正確率為96.7%，並於課後進行滿意度調查為100%，故將此課程列入每年專科在職教育訓練計畫當中。

(三)推動腦中風病人口腔照護之互動性APP

8/2-8/6專案成員與單位護理長討論後，依團體衛教方式至各單位進行衛教及推廣腦中風病人口腔照護互動性APP，8/18當腦中風病人入院後有口腔照護需求則開始施行互動性APP，由護理人員協助操作執行並進行衛教，提供病人及照顧者可依需求隨時學習，出院後也可依APP內新增衛教宣導取得新知。因應提升腦中風病人口腔照護完整率，及推廣腦中風病人口腔照護之互動性APP，由專案小組成員於8月、9月、10月單位進行「腦中風病人口腔照護團體衛教」，選定避開檢查12點30分至13點00分進行衛教時間為10分鐘、實際操作及推廣APP為10分鐘、提問為10分，為因應外籍看護語言障礙，專案小組安排

圖二
口腔照護標準作業流程



由病房內同國籍外籍看護協助口譯，或使用Google翻譯進行即時衛教說明，確保衛教內容正確傳遞，推廣過程中，將收集使用回饋，若發現介面不清或功能不足，資訊團隊將於次月進行修正。

(四)推動口腔照護包

8/2-8/6專案成員於推動口腔照護之互動性APP同時，推動口腔照護包，於8月、9月、10月於單位進行「腦中風病人口腔照護團體衛教」時宣導口腔照護包設計理念，口腔照護包內容物包含手套一雙、電動牙刷或牙刷一支，海綿牙

刷一支、漱口杯兩個、清水、漱口水一瓶、衛生紙，以及使用方式說明和介入時機，推動期間收集人員意見，於10月滾動式前進行內容物修正，以因應實務需求與提升使用意願。

三、評估期：11月1日至12月30日

專案小組將於2021年11月1日至12月30日進行改善措施評值，透過「口腔照護步驟查檢表」及「腦中風病人口腔照護認知測驗卷」稽核50位腦中風病人實際照護完整率及認知，以評估知識掌握程度，如發現知能不足，則給予個別性

追蹤，若發現標準流程執行不一致，則於單位內召開反饋會議修正流程內容，並規劃次年度再強化教育訓練。

結果評值

為了解腦中風病人及照顧者對口腔照護之認知是否會影響實際執行成效，本專案小組依據相關實證文獻及院內照護指引，自行設計「口腔照護認知測驗卷」，共10題是非題，涵蓋四大核心構面：(1)照護時機、(2)清潔方式、(3)輔具使用、(4)口腔清潔與併發症預防之

認知。問卷內容經由牙科專科醫師、神經內科專科醫師、專科護理師及單位護理長共同審閱，並進行內容效度指數評估，結果為0.87，顯示具良好信效度與內容代表性。此問卷作為教育介入成效評估及認知改變指標工具，進行介入前後之前後測比較分析。

於2021年11月1日至12月30日針對腦中風病人口腔照護完整率進行改善，共調查50病人，結果顯示腦中風病人口腔照護完整率55.3%提升至89.9%(表六)，達計畫目標值。同時以「腦中風病人(照

表六
腦中風病人口腔照護之完整率

步驟	完整率(%)	
	執行前 (N=50)	執行後 (N=50)
1.執行前洗手。	90	98
2.觀察口腔完整性、牙齒有無鬆動、破損、缺牙、齲齒。	36	95
3.準備用物(手套、牙刷或電動牙刷、海綿牙刷、兩個漱口杯、清水、漱口水、衛生紙)。	20	90
4.能瞭解口腔照護目的及口腔時機。	80	84
5.將病人頭部轉向健側或是採半坐臥式。	96	88
6.準備清水及稀釋過的漱口水各一杯(清水:漱口水=2:1)備用。	80	86
7.取下活動假牙放置清水容器中，意識不清及牙關緊閉病人，進行臉部及口腔肌肉按摩放鬆，可利用張口器協助張開口腔。	66	94
8.依序清潔:牙齒內外面→咀嚼面→口腔內頰→上下顎→齒齦→唇側→舌頭。	24	85
9.沾濕海綿牙刷後擠乾(不滴水)後以旋轉方式清除口腔黏液及殘渣。	22	78
10.清潔完上一步驟後洗淨海綿牙刷。	60	96
11.再用牙刷或電動牙刷沾溼後與牙齒呈45度，由上至下，由左至右，每次刷2-3顆牙刷。	30	88
12.清潔完上一步驟後洗淨牙刷或電動牙刷。	60	86
13.清潔時漱口水勿太多，已不滴水為原則避免水太多而造成嗆咳，無法將水吐出時將病人頭側一邊，維持呼吸道通暢。	36	92
14.使用牙刷或電動牙刷後以海綿牙刷以旋轉方式再次移出口腔內口水、黏液及分泌物後，衛生紙擦拭臉部、口腔周圍。	34	88
15.執行後洗手。	96	100
平均	55.3	89.9

註：N= 50

顧者)口腔照護認知調查表」調查腦中風病人(照顧者)口腔照護認知由原來58%提升至93.2%(表七)，經配對樣本 t 檢定分析，兩者前後差異均達統計顯著(認知： $t = -12.4, p < 0.001$ ；技能： $t = -13.1, p < 0.001$)，顯示教育介入對提升病人認知與實際照護技能具顯著成效。進一步以皮爾森相關分析檢驗認知與技能間關聯性，結果顯示兩者呈中度正相關($r = 0.57, p < 0.01$)，代表認知程度愈高，病人或照顧者之照護技能完整率也愈佳，證實問卷工具具辨識與預測行為表現的實證價值。

經本專案成員針對口腔照護不完整之原因分析，發現口腔照護完整率原因，腦中風病人認知不足且無合適相關衛教，無訂定口腔照護技術評核制度，缺乏口腔照護衛教之輔助工具，故擬定醫護團隊口腔照護在職教育訓練，建構腦

中風病人口腔照護標準作業流程及操作稽核表，提升醫護人員依循，並設計口腔照護包提供護理人員指導口腔照護之用具便利性，且設計腦中風病人口腔照護之互動式APP，已提供病人及照顧者後續追蹤口腔照護之完整性。

討論與結論

本專案旨在運用實證護理策略，提升腦中風病人口腔照護的完整率。為達成此目標，團隊規劃多項具體改善措施，包括建構口腔照護標準作業流程與護理品管評核制度、辦理在職教育訓練與定期團體衛教，並設計結合圖像與影音的互動式APP及實用性高的口腔照護包，期望能協助護理人員標準化執行流程，縮短衛教時間，同時提升病人與照顧者對照護方式的理解與記憶。

專案初期推動過程中，曾面臨臨床

表七
腦中風病人(照顧者)口腔照護認知調查結果

步驟	正確率(%)	
	執行前 (N=50)	執行後 (N=50)
1.病人是否需要每天刷牙?	66	100
2.病人每次進食後是否需要刷牙?	60	90
3.三餐進食後是否需要協助病人刷牙?	62	96
4.刷牙時是否選用棉棒或海棉棉棒，並用清水協助	60	90
5.若病人有假牙是否還需要口腔清潔	56	100
6.病人若有放置鼻胃管是否需要刷牙	60	96
7.協助病人刷牙如果不容易執行是否就不需要執行	50	90
8.刷牙是否可以改善口臭、肺炎等	56	90
9.刷牙麻煩且費時可以不刷牙?	60	90
10.有刷牙就好不用有特別的刷牙方式	50	90
平均	58	93.2

註：N= 50

作業忙碌導致照護優先順序偏重急重症處理，口腔照護易遭忽略；此外，將口腔照護流程納入專科標準亦耗費時間與整合資源。然而，在牙科與神經內科專科醫師、腦中風中心及行政主管的支持下，成功整合跨團隊資源，順利推動流程標準化，並導入實務中。

在病人出院後的長期照護方面，專案團隊亦串聯個案管理師與居家護理師，進行後續訪視與追蹤，掌握病人於家庭環境中執行口腔照護的遵從性，使照護延伸至住院外的生活場域。同時也注意到，部分照顧者為外籍人士，因語言障礙影響衛教傳遞效果，成為推動過程中的限制。因此建議未來APP與衛教素材可發展多語版本，以因應多元文化照護需求，並擴大推廣至高齡病房及其他共病照護單位。

專案過程中亦特別強調實證工具的應用與驗證。透過自行設計並具良好內容效度(CVI=0.87)的口腔照護認知問卷，針對病人與照顧者進行前後測比較，並配合照護技能查核，證實教育介入後認知與行為表現皆有顯著進步。進一步分析顯示，認知得分與照護技能完整率之間呈中度正相關($r=0.57, p<0.01$)，確認認知提升對實際照護行為具正向影響。問卷結果不僅提供具體佐證數據，更可做為後續照護品質改善與居家遵從性追蹤的重要工具。

實證研究已明確指出，良好口腔衛生可有效降低牙菌斑生成，進而減少心血管疾病與肺炎等併發症發生率。透過本專案的推動，期望建立持續性、系統化的口腔照護機制，不僅改善病人住院期

間之照護品質，更延續至返家後的日常生活中，提升整體健康福祉，實現以病人為中心的整合性照護。

參考資料

- 衛生福利部統計處(2023，6月12日)．111年國人死因統計結果．取自<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5069-61850-113.html>
- 衛生福利部心理及口腔健康司(2020，2月27日)．106-110年國民口腔健康促進計畫．取自<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp48-6-1917-107.html>
- Ali, A. A., Miller, E. T. (2018). Effectiveness of video-assisted debriefing in health education: An integrative review. *Journal of Nursing Education*, 57(1), 14-20. <https://doi.org/10.3928/01484834-20180102-04>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020, April 7). Stroke. <http://www.cdc.gov/stroke/index.htm>
- Dai, R., Lam, O. L., Lo, E. C., Li, L. S., & McGrath, C. (2019). Effect of oral hygiene programs on oral opportunistic pathogens during stroke rehabilitation. *Oral Diseases*, 25(2), 617-633. <https://doi.org/10.1111/odi.12999>
- Dietrich, T., Webb, I., Stenhouse, L., Pattni, A., Ready, D., Wanyonyi, K. L., White, S., & Gallagher, J. E. (2017). Evidence summary: The relationship between oral and cardiovascular disease. *British Dental Journal*, 222(5), 381-385. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.2244>
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M.,

- Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18-29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Ju, L. Y., Weng, S. C., Chung, Y. J., Yang, S. H., Huang, Y. H., Huang, L. G., Chin, C. S., Hoogland, A. I., & Chang, P. H. (2019). Effects of the bass brushing method on dental plaque and pneumonia in older adults hospitalized with pneumonia after discharge: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 46, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.12.008>
- Pei, D., Liang, B., Du, W., Wang, P., Liu, J., He, M., & Lu, Y. (2017). Multimedia patient education to assist oral impression taking during dental treatment: A pilot study. *International Journal of Medical Informatics*, 102, 150 - 155. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.03.016>
- Radaic, A., & Kapila, Y. L. (2021). The oralome and its dysbiosis: New insights into oral microbiome-host interactions. *Computational and Structural Biotechnology Journal*, 19, 1335-1360. <https://doi.org/10.1016/j.csbj.2021.02.010>
- Taylor, D. M., Fraser, S. D., Bradley, J. A., Bradley, C., Draper, H., Metcalfe, W., Oniscu, G. C., Tomson, C. R. V., Ramanan, R., & Roderick, P. J. (2017). A systematic review of the prevalence and associations of limited health literacy in CKD. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 12(7), 1070 - 1084. <https://doi.org/10.2215/CJN.12921216>
- Villarosa, A. R., Maneze, D., Ramjan, L. M., Srinivas, R., Camilleri, M., & George, A. (2019). The effectiveness of guideline implementation strategies in the dental setting: A systematic review. *Implementation Science*, 14(106), 1-16. <https://doi.org/10.3928/01484834-20180102-04>
- Yuan, D., Zhang, J., Wang, X., Chen, S., & Wang, Y. (2020). Intensified oral hygiene care in stroke-associated pneumonia: A pilot single-blind randomized controlled trial. *The Journal of Health Care*, 57, 1-7. <https://doi.org/10.1177/0046958020968777>
- World Health Organization. (2020, March 25). *Oral health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oralhealthail/oralhealth>

Improving Oral Care Adherence in Stroke Patients Through Evidence-Based Nursing Practices

Ting-Jie Ciou¹, Yu-Ju Chen², Ya-Chi Li², Chi-Ping Ting³, Fei-Shu Chang⁴

ABSTRACT

Stroke is the fifth leading cause of death and the third leading cause of disability in Taiwan. Poor oral care can lead to bacterial overgrowth in the mouth, increasing the risk of cardiovascular disease as bacteria and inflammatory substances enter the bloodstream. This project found that the oral care completion rate among stroke patients was 55.3%, and the awareness rate was 58%. The reasons identified included insufficient patient knowledge, lack of appropriate health education, absence of an oral care checklist, and inadequate tools for oral care education. Proposed interventions included providing in-service training and group health education, implementing a standard procedure for oral care, and designing an interactive oral care append care kit. Following the intervention, the oral care completion rate improved from 55.3% to 89.9%, and the awareness rate increased from 58% to 93.2%, achieving the project goal of enhancing oral care completion and awareness among stroke patients, thereby improving care quality. (Tzu Chi Nursing Journal, 2025; 24:5, 81-94)

Keywords: evidence-based nursing, oral care, knowledge of oral hygiene

RN, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital¹; AHN, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital²; Supervisor, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital³; HN, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital⁴

Accepted: July 31, 2025

Address correspondence to: Fei-Shu Chang Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital, No. 123, Dapi Rd., Niasong Dist., Kaohsiung City, Taiwan 833

Tel: 886-965-853-898 E-mail: annychang@cgmh.org.tw

照護一位急性腎損傷合併 高血鉀症需緊急透析之 急診護理經驗

賴秋姩¹、莊明月²、高佩瑜¹

中文摘要

本文敘述一位罹患高血壓未規則服藥的病人，因急性腎損傷合併高血鉀症在急診接受治療，並因藥物治療無明顯效果需緊急透析而產生焦慮。護理期間為2023年07月25日09：30至2023年07月26日12：37，藉由直接照護、觀察、會談及查閱病歷等方式收集主客觀資料，運用Gordon功能健康型態評估確立病人主要健康問題有：高危險性傷害(高血鉀)、體液容積過多、焦慮等，照護過程運用傾聽、關懷、同理心引導病人表達心理感受，並進行透析病人飲食及水腫日常照護衛教，減少病人焦慮，期望此經驗可作為急診護理參考。(志為護理，2025; 24:5, 95-104)

關鍵詞：急性腎損傷、高血鉀症、緊急透析

前言

世界衛生組織公告2019年全球十大死因，腎臟疾病死亡排名從第13名上升第10名(World Health Organization, 2020)。臺灣2018年正式進入「高齡社會」，隨著年齡增長且伴隨腎臟功能逐漸退化，加上共病症高盛行率，使用多種藥物，若發生血行動力學變化時，腎臟血管自動調節機制無法代償而造成急性腎

損傷發生率上升(李等，2020)。急性腎損傷盡快找出原因給予適當治療，腎功能有可能恢復，若無治療死亡率高達60%(Bhatt & Das, 2017)，且透析病人心血管疾病高達70-90%(張等，2020)。Al Naamani et al. (2021)研究指出，病人初次透析不僅要面對身體上不適、嚴格飲食限制及對血液透析治療不了解，有43.9%病人會出現焦慮。

衛生福利部臺北醫院護理部護理師¹、衛生福利部臺北醫院護理部護理長²

接受刊載：2025年4月11日

通訊作者地址：高佩瑜 新北市新莊區思源路127號

電話：886-2-2276-5566 #2330 電子信箱：chiou0607@gmail.com

病人罹患高血壓五年未控制，一個月開始前開始食欲差、腹脹，去診所就醫未改善，一個禮拜前開始尿少、雙下肢水腫並嘔吐，到本院急診就醫，因腎功能異常、酸血症、高血鉀症、水腫等，面臨緊急血液透析的抉擇及未來可能面臨長期透析，多數病人面對透析治療決策時感到焦慮害怕，經會談後發現錯誤認知及缺乏正確訊息是造成病人焦慮主因，透過澄清及引導正向思考面對問題後，做出有利決策，引發筆者撰寫動機，期望透過此護理案例分享，提供急診護理人員未來臨床照護參考。

文獻查證

一、急性腎損傷概述及護理

急性腎損傷是短時間內腎臟功能急劇下降，需要藥物或腎臟替代療法來穩定病人生命(黃俊德等，2020)。臨床表現有血尿、蛋白尿、周邊水腫、酸血症引起呼吸急促、高血鉀引發致命性心律不整(黃俊德等，2020；Bhatt & Das, 2017)。當病人出現急性腎損傷合併急性肺水腫，藥物治療無效時，應考慮緊急血液透析(吳，2016；徐等，2021；楊等，2023)，移除體內過多水分，維持體液電解質及酸鹼值平衡，提高病人存活率。輕微腎損傷治療後，部份可以恢復，嚴重者會進入末期腎病變階段，恐造成病人面臨長期透析(黃俊德等，2020)。護理措施方面：監測生命徵象，必要時給予氧氣及生理監視器使用；追蹤電解質變化，急性期採絕對臥床，依醫囑給予藥物使用；護理重點應注意並評估穿刺部位侵入性導管傷口變化，當

病情需要進行緊急透析時，醫師會建議放置雙腔靜脈導管，此時護理人員需評估雙腔靜脈導管傷口的變化、滲血、分泌物量，更換敷料時嚴守無菌原則(白等，2019；胡等，2023)。

二、急性腎損傷引起高血鉀之護理措施

人體中鉀離子約90%由腎臟調節排出，當腎功能受損，無法有效排除鉀離子，導致體內血鉀累積(徐等，2021；郭等，2020)。高血鉀症狀有虛弱、噁心、嘔吐、手腳麻木等，當嚴重高血鉀可能會造成肌肉無力、心律不整增加病人死亡風險(楊等，2023)。當藥物治療無效時，應考慮進行緊急血液透析(吳，2016；徐等，2021；楊等，2023)。衛教病人了解如何避免攝取高鉀食物，例如：不吃生菜，清洗蔬菜時可切小段泡水及烹調時先用清水煮3~5分鐘讓鉀離子溶於水所以湯類應避免攝取；在調味方面避免使用低鈉鹽、薄鹽醬油，易血鉀過高；避免高鉀水果，如：木瓜、香蕉、奇異果、哈密瓜、火龍果等，可選擇低鉀水果如：蘋果、鳳梨、蓮霧等，嚴禁食用楊桃，含有草酸及楊桃毒素，腎臟無法代謝會引起噁心、打嗝、昏迷甚至死亡；少部分鉀離子可從腸胃道排出，要避免便秘(吳，2016；徐等，2021；郭等，2020)。

三、急性腎損傷引起體液容積過多護理照護

體液容積過量是因為腎損傷造成體液調節功能變差，無法完全排除水分所致(黃道民，2019)。護理措施方面：紀錄每日攝取量與排出量；評估周邊水腫程度，提供水腫皮膚護理，例如：水腫循

環差皮膚冰冷，予適當保暖、抬高水腫部位促進靜脈血回流並每一到兩小時更換姿勢減少形成壓瘡機會，可避免皮膚損傷造成感染；衛教限鈉飲食，如：避免食用過多醬料調味；告知水分控制重要性及方法，如：湯麵含水量多的食物少吃，口渴時口含冰塊或漱口代替喝水保持口腔濕潤，(白等，2019；趙、郭，2018)。

四、初次透析病人焦慮護理照護

Schouten et al. (2020)研究顯示焦慮在透析病人中很常見，照護期間主動向病人自我介紹，建立護病關係，執行護理治療時，詳加說明其目的、向病人解釋血液透析管路留置必要性及移除時機，並衛教透析相關內容、提供疾病相關資訊，減少不確定感；透過溝通及傾聽來引導病人說出焦慮原因、表達內心焦慮，認同病人情緒感受給予適當心理支持；評估病人需求，保持平靜、溫和、接納不批判態度給予適當心理支持；教導放鬆技巧，減輕焦慮，如：與家人聊天、聆聽喜愛音樂等；依病人宗教信仰，鼓勵閱讀相關宗教書籍及聽音樂，藉宗教力量減緩焦慮情緒；鼓勵親友陪伴、關心、給予病人情緒支持，減輕不安感；監測生理或非語言焦慮徵象，如：坐立不安、注意力在自己身上、聲音顫抖；給予緊急鈴及常用物品放置易拿處，增加安全感(林等，2022；洪等，2021；鄭等，2023)。

護理過程

一、病人簡介

劉先生70歲，退休貨車司機，與妻

子離婚，高中肄業，國語、臺語皆可溝通，育有一子一女，現與未婚子女同住，經濟來源為子女及自身退休金，主要照顧者為案子。

二、疾病史及治療過程

病人高血壓五年，無規則服藥及回診，無藥物及食物過敏史，病人表示一個月開始前食欲差、腹脹，去診所就醫未改善，7月18日開始尿少、雙下肢水腫且吐，7月25日兒子陪同至急診檢傷，09:30，血壓：197/94 mmHg、HR:108次/分，09:40 EKG:sinus arrhythmia with peaked T wave；10:34抽血報告BUN:171 mg/dl、Cr:17.72 mg/dl、eGFR:2.84 mL/min/1.73m²、K:8.7 meq/L；ABG報告pH:7.167、PO₂:70.6 mmHg、PaCO₂: 42 mmHg、HCO₃:9.2 mmol/L；醫師立即給予降鉀離子藥物處置，12:00抽血報告K:7.0 meq/L，會診腎臟科醫師，於右側腹股溝放置暫時性雙腔靜脈導管，12:30-14:30進行緊急血液透析治療，因無病床，14:40轉留觀區後續治療及照護，7月26日12:37轉入病房住院治療，7月31日經醫師評估病人腎功能改善，同日移除管路後許可出院，8月7日兒子陪同返腎臟內科門診追蹤。

三、護理評估

筆者於2023年7月25日09:30至2023年7月26日12:37照護期間，經由直接照護、觀察、面談、傾聽及查閱病歷等方式收集主客觀資料，並以Gordon十一項功能健康型態為評估工具，收集病人資料如下：

(一)健康認知-健康處理型態

病人無菸酒及無住院史，有高血壓

家族病史，本身患有高血壓五年、無規則服藥且未定期追蹤。7月25日09:50自訴：「以前是開貨車，從早忙到晚，累了就在車上休息，也沒什麼不舒服，醫師說我有高血壓，但是我不會不舒服不需控制啦」。平時無規律運動，在發病前自覺身體健康狀態良好無不適，若平常感冒會去診所就醫，這次是聽兒子建議來醫院，評估病人有知識缺失(高血壓)，礙於急診照護時間限制，故於住院期間持續追蹤健康問題。

(二)營養-代謝型態

病人身高165cm、體重：68kg，身體質量指數： 24.9kg/m^2 ，為體重過重，7月25日09:30自訴：「我最近一個禮拜才發現我腳水腫，今天量體重比上個月多7公斤」，生病前食慾很好、每餐都吃一個便當都吃完，近一個月開始食慾變差，7月25日10:05自訴：「我生病後吃不太下，想說水果有營養就買木瓜、奇異果、釋迦跟楊桃來吃，一天吃個一、兩顆水果」、「也會吃半盤淋醬油的青菜或喝一碗蔬菜湯，補充纖維質」、「沒有特別注意一天喝多少水」，7月25日10:34抽血報告：Hb:13.2 g/dl、K:8.7 mEq/L、Na:135 mEq/L，7月25日11:00自訴：「醫師說我鉀離子太高，心臟會亂跳，會死(臺語)，什麼是鉀離子？」，評估病人有「高危險性傷害(高血鉀)」問題。

(三)排泄型態

7月25日10:00自訴：「這次生病後四、五天才大一次便，量很少而且很硬」、「最近一個禮拜尿尿也變少，一天才解2-3次，顏色很深而且還有泡

泡」，7月25日10:54尿液報告：Color: Yellow、Protein:3+，聽診腸蠕動音為4-10次/分，觸診腹部柔軟，無硬塊或壓痛，腹部呈現鼓音，7月25日10:34抽血報告：BUN:171 mg/dl、Cr:17.72 mg/dl，7月25日10:00視診雙下肢水腫，觸診評估水腫2+，雙腳冰冷，監測尿液放置尿管，7月25日11:00依醫囑Lasix 20mg/2mL 1Amp IV stat使用，留觀期間導尿管引流4,150ml深黃色泡沫尿液，評估病人有「體液容積過量」健康問題。

(四)運動-活動型態

病人日常生活可自理，無運動習慣，已退休，平時會與朋友一起出去旅遊，在急診期間因放置尿管下床活動不便，病人皆臥床休息，其7月25日肌肉力量評估四肢為5分，無呼吸費力情形，監測血氧濃度為：97%，評估病人無此項目之健康問題。

(五)睡眠-休息型態

平時生活作息正常，一天睡眠平均約7-8小時，無服用安眠藥或睡眠中斷情形，自覺睡眠充足，面談過程中注意力集中，7月25日15:30自訴：「這次生病前後睡眠狀況無差異」，評估病人無此項目健康問題。

(六)認知-感受型態：

病人意識清楚，談話過程可清楚表達心中想法，國、臺語皆可，面談過程記憶力、注意力、定向感皆正常，雙眼有老花情形會使用老花眼鏡看書或看報紙，7月25日09:50自訴：「平常身體不舒服都去診所看醫生，這次生病都沒有改善，是兒子建議我來醫院我才來的」，評估病人無此項目之健康問題。

(七)自我感受型態

病人認為自己重情重義、不易生氣，與家人、朋友相處愉快，病人知道要血液透析時，表情皺眉、神情緊張，7月25日12:05自訴：「我只是食慾差又吐，怎麼會突然要洗腎？」、「聽說洗腎要洗一輩子，是真的嗎？」，「不能打針吃藥就好嗎？一定要洗腎嗎？」，病人對血液透析有不解的情況，評估病人有「焦慮」健康問題。

(八)角色-關係型態

病人第一角色為70歲男性，第二角色為父親，第三角色為病人，平時與子女同住，未生病前會與朋友外出旅遊，在急診期間有兒子陪伴，家庭支持系統良好，評估病人無此項目之健康問題。

(九)性-生殖型態

病人離婚多年，無生殖系統疾病，評估生殖器外觀正常、無明顯分泌物，評估病人無此項目之健康問題。

(十)因應-壓力型態

病人平時小事會自行解決，重大事件決策會與子女商量討論，7月25日12:08自訴：「我需要跟我兒子討論要不要接受洗腎」，7月25日12:15病人同意血液透析治療並自己簽署血液透析及放置雙腔靜脈導管同意書，觀察病人與案子交流正常且案子在陪伴病人會適時表達關心，評估病人無此項目之健康問題。

(十一)價值-信念型態

病人從小信奉道教，平時會到廟裡拜拜及添香油錢，認為「神明會保佑我，讓我順利出院」，評估病人無此形態之健康問題。

四、問題確立

綜合上述Gordon十一項健康功能資料分析結果，確立病人健康問題如下：

(一)高危險性傷害/與急性腎損傷引起高血鉀有關

病人因急性腎損傷出現鉀離子：8.7 meq/L，導致心律不整，經藥物治療後，7月25日12:00鉀離子：7.0 meq/L，於12:30-14:30病人接受緊急血液透析。

(二)體液容積過量/與急性腎損傷引發體液滯留有關

7月25日在急診抽血報告：BUN:171 mg/dl、Cr:17.72mg/dl，視診雙下肢水腫，觸診評估水腫2+，雙腳冰冷，尿液顏色深且泡沫多，且尿液檢查顯示蛋白質：3+。

(三)焦慮/面臨初次血液透析心理壓力

病人面臨首次血液透析時，表露出透析的心理壓力，並擔心需要終身透析並對此療法產生焦慮。

五、護理措施及結果評估

護理措施執行過程分(一)高血鉀相關衛教(二)體液容積過量相關衛教(三)提供降低焦慮護理。分述如下：

(一)高血鉀相關衛教

1.給予高血鉀衛教單張，解釋高血鉀危險性，若攝取鉀離子過多會引發全身虛弱、噁心、嘔吐、手腳麻木等不適症狀，且在嚴重情況會導致肌肉無力及心律不整增加死亡風險，告知若出現以上症狀，應警惕血鉀過高，若非在醫院，需予立即就醫。此外，教導病人其避免高血鉀飲食有：避免食用有子類的水果，如木瓜、奇異果、釋迦等皆是鉀含量較高的水果，可用蘋果代替，但須適

量攝取。同時嚴禁食用楊桃，因腎臟損傷無法代謝楊桃中的草酸及神經毒素，會引發毒素累積引起噁心、打嘔、昏迷甚至死亡等。蔬菜不要生吃，蔬菜清洗時切小段泡水，烹調時先用清水煮3~5分鐘，可減少鉀含量。勿使用低鈉鹽或低鈉醬油，它是利用鉀取代鈉，容易造成血鉀過高。避免喝高湯，如：菜湯，烹煮過後大多數鉀離子會溶於水中，飲用後易攝取過多鉀離子。7月25日15:40病人訴：「我知道我如果有全身虛弱無力、吐、手腳麻，嚴重一點心臟亂跳，需要來醫院找醫生」、「我知道少喝湯、青菜要水煮過後瀝乾才能吃，還有少吃木瓜、奇異果，不然那個什麼鉀會很高，對心臟不好」。

2.7月25日10:50醫囑給予Rolikan、Vitacal、D50W 2 AMP add HRI 8u治療，降低鉀離子，其12:15急性腎損傷併發高血鉀經藥物治療，血鉀無明顯下降，病人同意血液透析治療，會診腎臟科醫師，於右側腹股溝放置暫時性雙腔靜脈導管，12:30-14:30進行緊急血液透析治療。當日15:50血液透析後抽追蹤抽血K:5.4 meq/L及觀察病人管路傷口外觀乾淨無滲血。

(二)體液容積過量相關衛教

1.給予衛教單張，讓病人了解體液容積過量的原因為：腎臟衰竭，調節機制受損，造成腎臟無法排出鹽份及水分，若攝取過多的鈉及水分，會加重體液滯留在身體。需控制每日水分攝取量，避免體重增加太多，導致血液透析需移除較多的水分，容易透析中低血壓。及衛教並紀錄輸入輸出量、進食前後食物要

使用急診電子磅秤才能準確知道進食的重量並提供紀錄單張教導家屬記錄方式，能協助醫師評估體液平衡並調整治療方針。教導病人減少水分攝取的方法：將一天所要喝的開水以固定的瓶子裝好，再以小茶杯分次取用，使用有刻度的杯子記錄飲水量。飲食方面，限制鈉的攝取，如：避免醬油淋青菜，可減少口渴感，若口渴可先漱口或含冰塊，降低飲水量，增加口腔濕潤。稀飯、湯麵、西瓜含水量多的食物應減少食用。每天起床在固定時間測量體重，穿著一樣的衣服，以了解自己體重增加情形。7月25日16:00病人：「我知道要使用固定的瓶子，才會知道自己喝多少水」、7月26日12:30觸診病人雙腳水腫情形1+，急診期間導尿管引流4,150cc深黃色泡沫尿液、7月26日13:00追蹤病人兩次透析之間體重增加2.5公斤、7月27日13:00追蹤病人兩次透析之間體重增加1.8公斤。

2.評估水腫部位價數，提供水腫皮膚護理：水腫部位循環差導致皮膚冰冷，予適當的保暖，以緩解冰冷感。提供個性化的肢體舒適擺位建議，例如抬高雙下肢水腫，有助於減緩肢體水腫，同時促進血液循環，但每兩小時更換姿勢減少形成壓瘡機會，可避免皮膚損傷造成感染。7月25日15:00病人：「我知道把腿抬高、少喝水、不要吃太鹹、運動，可以減少水腫的情況」。

(三)提供降低焦慮護理

1.照護期間主動向病人自我介紹，並建立良好護病關係。在執行護理治療時，詳細說明進行各項程序的目的，確保病人理解治療的必要性。護理人員透

過有效溝通、傾聽技巧，引導病人說出內心的焦慮和擔憂，鼓勵病人分享情緒，並給予認同和支持，確保病人感受到理解和共鳴，如：「現在的感覺如何？」。治療接觸病人過程中，保持平靜、溫和、接納的態度。避免批判性的言詞和態度，讓病人在治療過程中感到舒適且受到尊重。解釋血液透析管路留置的必要性及移除時機，並衛教透析相關內容並提供疾病相關資訊，減少不確定感。7月25日15:00病人：「剛剛幫我洗腎的護理師有跟我說洗腎的事情，比中午的時候不緊張」。

2.教導有效的放鬆技巧，如：與家人聊天、聆聽自身喜愛的音樂等，以減輕焦慮感，提升病人的心理舒適度。尊重病人宗教信仰，鼓勵閱讀宗教書籍或音樂，減輕焦慮情緒。強調家人的陪伴和支持的重要性，鼓勵家人積極參與病人的照顧，提供病人情緒支持，以利減輕病人的不安感。7月25日12:25案子陪伴病人一同聽道教音樂減緩面對初次透析的不安情緒。

3.持續監測生理或非語言的焦慮徵象(如：坐立不安、注意力在自己身上、聲音顫抖等)，並提供緊急鈴，確保病人可隨時呼叫護理師，及常用物品放置在易拿處，增加病人的安全感。7月26日10:00病人：「今天下午還要洗腎，我又開始緊張了」。

討論與結論

本文旨在分享一位因身體不適至急診就醫，檢傷時血壓：197/94mmHg，檢查診斷急性腎損傷合併高血鉀症，藥物處

置後面臨初次緊急血液透析急診經驗，照護期間提供個別性之護理措施，透過飲食衛教、水腫照護及鼓勵表達初次血液透析時情緒，讓病人了解自己病情並減緩焦慮感。住院期間筆者於7月28日至病房探視病人，追蹤血液透析治療狀況，告知病人血壓控制也是透析中重要性一環，病人：「以後會遵從醫師指示規則服藥及回診，經由此次狀況自己有嚇到，還好及時發現，不用洗腎洗到老了」，感謝本院醫護團隊的服務。7月31日經醫師評估病人腎功能改善，同日移除管路後許可出院，8月7日兒子陪同返腎臟內科門診追蹤，後續由本院腎臟病個管師介入追蹤。

學者研究顯示初次透析焦慮程度會隨著透析時間逐漸增加，焦慮是反覆不安的狀態，需要時間持續評估及支持(鄭等，2023)。病人雖接受透析相關照護及衛教，當面臨透析時還是會緊張，在急診照護時間短暫，使得進行病人完整評估的同時，須兼具衛教、追蹤及達成設定目標變得有其限制與挑戰，為此病人照護限制。本文在處理急診遇到初次血液透析病人時處置流程順暢，會診腎臟內科醫師，迅速完成透析排程，解決病人急迫性問題，藉此與醫療人員共享。未來可以提供更全面飲食指導和評估病人心理狀態，建議單位提供血液透析相關QR code或衛教手冊，讓病人或家屬在等待過程中，也可用手機隨時查看或攜帶手冊翻閱，便於掌握相關資訊，減輕心中焦慮及不安，有助於病人在身、心、靈層面問題上取得更好照護成效。

參考資料

- 白雲芳、曾雅燕、胡憶芳、江鉅源(2019)。一位急性肺水腫病人接受連續性腎臟替代治療之加護經驗。《弘光學報》，83，25-37。https://doi.org/10.6615/HAR.201903_(83).0002
- 吳紅蓮(2016)。血液透析病人控制血鉀的重要性-飲食策略。《腎臟與透析》，28(4)，155-159。https://doi.org/10.6340/kd.2016.28(4).01
- 李岳庭、丁凡棋、邱鼎育(2020)。老年人急性腎損傷。《腎臟與透析》，32(4)，171-175。https://doi.org/10.6340/KD.202012_32(4).0002
- 林怡君、顏妙芬、孫婉娜(2022)。照護一位首次接受透析治療的腎功能損傷病人之護理經驗。《臺灣腎臟護理學會雜誌》，21(1)，76-89。https://doi.org/10.53106/123412342022112101006
- 洪曉佩、曾麗華、張愉慧、許鈺絹、王菁瑜、明金蓮(2021)。成人術前焦慮之護理概念。《志為護理-慈濟護理雜誌》，20(1)，98-102。
- 胡啟心、郭宜芳、趙家伶(2023)。運用Watson關懷理論照護一位急性腎損傷病人之加護經驗。《領導護理》，24(3)，108-122。https://doi.org/10.29494/LN.202309_24(3).0009
- 徐欽鵬、羅詩晴、黃千郁、林杏純、張耀仁、張滋榮(2021)。血液透析病人攝取低鉀蔬菜對血鉀之影響。《臺灣膳食營養學雜誌》，13(2)，15-27。https://doi.org/10.6709/TJD.202112_13(2).0002
- 張菀茹、楊政達、徐邦治(2020)。透析病患的血壓管理。《腎臟與透析》，32(2)，57-60。https://doi.org/10.6340/KD.202006_32(2).0001
- 郭淑冠、賴俊仁、俞靜儀、李仁鳳、蔡佳容、郭韋宏、郭麗雀、李建德(2020)。改善血液透析病人高血鉀危急值之通報流程及臨床處置。《醫療品質》，9(1)，40-52。https://doi.org/10.29759/thqa.202012_9(1).0003
- 黃俊德、吳明儒、陳呈旭(2020)。急性腎損傷：流行病學、臨床表現、診斷與病因、治療與預後。《腎臟與透析》，32(1)，1-5。https://doi.org/10.6340/kd.202003_32(1).0001
- 黃道民(2019)。急性腎損傷體液容積評估與處理。《台北市醫師公會會刊》，63(6)，31-39。
- 楊鎮宇、陳昱臻、黃馨瑩、李凱妮、林淑媛(2023)。高血鉀診斷、處置與照護。《高雄護理雜誌》，40(2)，18-30。https://doi.org/10.6692/kjn.202308_40(2).0002
- 趙佳容、郭嘉琪(2018)。延續「腎」命糖尿病腎病變病人面臨血液透析抉擇之急診照護經驗。《志為護理-慈濟護理雜誌》，17(2)，77-86。
- 鄭婷尹、黃于芳、吳秋珍、李青芬、齊珍慈(2023)。首次接受血液透析後病人焦慮程度與生活品質之追蹤探討。《榮總護理》，40(2)，190-199。https://doi.org/10.6142/vghn.202306_40(2).0010
- Al Naamani, Z., Gormley, K., Noble, H., Santin, O., & Al Maqbali, M. (2021). Fatigue, anxiety, depression and sleep quality in patients undergoing hemodialysis. *BMC Nephrology*, 22(1), 157. https://doi.org/10.1186/s12882-021-02349-3
- Bhatt, G. C., & Das, R. R. (2017). Early versus late initiation of renal replacement therapy in patients with acute kidney injury-a systematic review & meta-analysis of randomized

- controlled trials. *BMC Nephrology*, 18(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0486-9>
- Schouten, R. W., Nadort, E., Harmse, V., Honig, A., van Ballegooijen, W., Broekman, B. F. P., & Siegert, C. E. H. (2020). Symptom dimensions of anxiety and their association with mortality, hospitalization and quality of life in dialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 133, 109995. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109995>
- World Health Organization (2020). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

靜
思
語

心美看什麼都美。

~ 證嚴法師靜思語 ~

To a beautiful heart,
everything appears beautiful.

~ Master Cheng Yen ~



An Emergency Nursing Experience of a Patient with Acute Kidney Injury Combined with Hyperkalemia Requiring Urgent Dialysis

Chiou-Wen Lai¹, Ming-Yueh Chuang², Pei-Yu Kao¹

ABSTRACT

This article describes a patient who suffered from hypertension and did not take medication regularly. He was treated in the emergency department for acute kidney injury combined with hyperkalemia. He also developed anxiety because the medication had no obvious effect and required emergency dialysis. The nursing period is from 09:30 on July 25, 2023 to 12:37 on July 26, 2023. Subjective and objective data are collected through direct care, observation, interviews, and review of medical records, and the Gordon's 11 functional health patterns as the assessment is used to determine the patient's condition. Major health problems included: high-risk injuries (hyperkalemia), excessive body fluid volume, anxiety, etc. The care process uses listening, caring, and empathy to guide patients to express their psychological feelings, and provides daily care and education for dialysis patients on diet and edema, as well as reducing patient anxiety. It is hoped that this experience can be used as a reference for emergency care. (Tzu Chi Nursing Journal, 2025; 24:5, 95-104)

Keywords: acute kidney injury, hyperkalemia, emergency hemodialysis

RN, Department of Nursing, Taipei Hospital¹; HN, Department of Nursing, Taipei Hospital²

Accepted: April 11, 2025

Address correspondence to: Pei-Yu Kao No. 127, Siyuan Rd., Xinzhuang Dist., New Taipei City

Tel: 886-2-2276-5566 #2330 E-mail: chiou0607@gmail.com

照護一位原發性肺動脈高壓 個案的護理經驗

吳宇雯¹、陳建皓²、葉惠玲³

中文摘要

本文是57歲原發性肺高壓個案須終身皮下注射前列腺素類似物治療，因右下腹部注射部位發紅腫脹產生擔憂之護理經驗。照顧期間為2022年3月15日至4月8日，以Gordon十一項功能性健康型態評估，確認個案有活動無耐力、疼痛、焦慮等健康問題。護理初期提供氧氣使血氧濃度提升，安排心肺復健增加活動耐力，治療十天後可步行30分鐘。為減緩右下腹疼痛，先更換皮下針留置部位至左下腹，爾後建議注射部位輪替。運用會談技巧使個案願意分享用藥焦慮感受，多次衛教個案用藥重要性，使個案願意繼續正向面對終身用藥。期望藉此個案報告，提供護理同仁往後照顧類似個案時之參考。(志為護理，2025; 24:5, 105-114)

關鍵詞：前列腺素類似物、活動無耐力、原發性肺動脈高壓、疼痛、焦慮

前言

肺動脈高壓發生率約為1~2/100,000，以20~40歲女性發生率較高，肺動脈高壓可分為原發性或次發性，原發性肺動脈高壓病理機轉還不明確，是一種心、肺及血管系統嚴重病變的罕見疾病(財團法人罕見疾病基金會，2021)。原發性肺高壓會影響肺血管床，讓心臟負荷壓力上升，致右心衰竭，嚴重甚至死亡，若不

積極治療，從診斷時起平均存活率為2.8年(Chen et al., 2021)。但原發性肺高壓尚無治癒方法，病患須終身用藥來解緩不適症狀，treprostinil(remodulin)屬於前列腺素類似物，採皮下注射，是治療原發性肺高壓的專用藥物，但約85%病人有注射部位疼痛，通常在更換注射部位後疼痛可緩解(Hill et al., 2022)。

本文個案診斷原發性肺高壓多年，於2021年8月開始注射treprostinil(remodulin)

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部心臟內科病房護理師¹、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部心臟內科病房護理長²、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部專科護理師護理長³

接受刊載：2025年3月22日

通訊作者地址：葉惠玲 970473 花蓮縣花蓮市中央路三段707號

電話：886-3-856-1825 #12225 電子信箱：u0952120730@gmail.com

治療，醫師評估須終身用藥。此次因疾病導致呼吸困難加劇，血氧不足有活動無耐力情形，加上右下腹部皮下注射圓盤留置針周圍疼痛，讓個案需終身使用此藥物治療產生焦慮心理，故引發筆者進一步探討動機。期望藉提升血氧濃度、控制疼痛等生理不適，於適當時機給予心理支持，讓病人對用藥治療重拾信心。

文獻查證

一、原發性肺動脈高壓之概述及治療

肺高壓因肺部內皮細胞異常，致血管收縮素與血管擴張物質不平衡，促使肺血管收縮，肺臟的血壓與阻力增加，因此心臟須更努力收縮，血液才能輸送到肺臟，久而久之心臟負荷壓力上升，心肌代償肥厚，漸進產生心肺病變的症狀(財團法人罕見疾病基金會，2021)。原發性肺高壓治療藥物有口服抗凝劑、利尿劑和鈣離子通道拮抗劑(Yuan, 2022)，若上述藥物治療反應不佳，則考慮使用肺血管擴張劑。肺血管擴張劑分為三大類，包含內皮素接受器拮抗劑、第五型磷酸二酯酶抑制劑、前列腺素類相似物及接受器活化劑(李等，2019; Hill et al., 2022)。

二、原發性肺動脈高壓常見生理問題及照護

原發性肺高壓初始表現為呼吸喘、疲累、全身無力、心絞痛等(黃農茵等，2019)。隨病程進展，右心室逐漸功能不佳，出現心悸、周邊水腫、運動耐受力下降或突然昏倒，死亡風險增高(財團法人罕見疾病基金會，2021)。當肺容積下

降而缺氧，引起肺血管收縮，造成呼吸不適，嚴重的肺高壓病患活動易受限，大量減少戶外活動(黃農茵等，2019)。原發性肺高壓治療目標是讓患者維持良好運動能力及生活品質(李等，2019)。可依個案身體活動功能，配合感興趣的活動，建立個別運動訓練計畫，於每次活動時及前後監測生命徵象，觀察是否出現呼吸困難、暈眩不適等現象，適時暫停及調整(黃心怡，2022)。肺高壓個案運動強度建議維持在低至中度有氧運動，如：20-40分鐘步行，於耐受範圍內增加活動量，建議提供氧氣吸入，改善缺氧，經常監測並記錄血氧，維持血氧濃度在85-90%，可有效降低肺動脈壓，緩和呼吸急促之不適(黃巧瑩、陳，2021)。

研究發現肺高壓病人缺乏前列腺素，所以可用前列腺素來治療，其功能可增加心輸出量、減緩平滑肌細胞生長，降低肺動脈壓與右心房壓力，改善血氧飽和濃度，常見藥物包括epoprostenol, iloprost 和treprostinil(remodulin) (Hill et al., 2022)。其中treprostinil(remodulin)除了可靜脈給藥，還可皮下注射(Ting et al., 2023)，直接將藥物打到皮下組織可避免細菌透過導管帶入心臟的風險(Hill et al., 2022)。而注射部位皮膚發紅與疼痛為常見副作用，疼痛常發生於開始用藥後2-3天，減輕注射部位疼痛的最有效方法是找出最佳注射部位，維持該部位注射一段時間，注射部位局部疼痛可利用冰敷緩解，止痛藥可選非麻醉類止痛藥(例如 tramadol)，及嗎啡類麻醉性止痛藥 (Hill et al., 2022)。

三、原發性肺動脈高壓常見心理評估及護理措施

大部分個案不了解肺高壓，加上疾病本身難以準確評估預後，多數人充滿不安感(黃農茵等，2019)。當個案疾病狀態或治療方式不了解，預期性擔心，常有焦慮的問題，應鼓勵病人表達內心想法，提升知識、澄清不正確觀念與提供心理支持，利用多媒體方式提升個案認知，增強正向影響(莊等，2020)。醫療提供者可藉由輔助工具可以包含影音、小冊子、網路工具或PDF衛教單張、互動式APP等讓個案及家屬與參與日常生活及醫療處置決定，協助個案接受疾病及治療過程對生活帶來的影響降低焦慮(陳杰，2021)。

護理評估

一、基本資料

林女士，57歲，初中畢業，現家管，慣用國語，喪偶多年，與二子、一女同住，為家中主要決策者。

二、過去病史

個案對藥物、食物無過敏，過去病史有糖尿病、甲狀腺亢進、中風，皆規則於門診追蹤、服藥控制。2000年診斷原發性肺高壓後併發右心衰竭。2021年個案經右心導管檢查肺動脈壓(SPAP)116 mmHg，因疾病進展，活動耐受力差、食慾不振，8月開始使用皮下注射 treprostinil(remodulin)治療。於家中氧氣使用鼻導管5L/min，血氧濃度維持85-90%。

三、入院經過

個案一周前因右下腹部皮下注射圓盤周圍持續疼痛(如圖一)，且有呼吸困

圖一
個案入院時右下腹注射部位



難加劇情形，於2022年3月15日入院。監測個案呼吸：24 次/分、SpO2：63%，給予氧氣面罩10L/min FiO2:50%使用，監測SpO2:85-86%。住院期間陸續調整氧氣使用。針對疼痛，更換圓盤注射部位及用止痛藥緩解、逐步調整 treprostinil(remodulin)劑量，病情穩定，於4月8日出院並持續門診追蹤。

四、護理評估

筆者以Gordon十一項健康功能性型態為評估架構，護理期間為2022年3月15日至4月8日。透過實際照顧、身體檢查、會談、病歷查閱等方式收集個案資料。結果分析如下。

(一)健康認知和健康處理型態

個案意識清楚，無抽菸、喝酒、吃檳榔。平時定期回診，配合醫師用藥。3月15日個案訴：「知道這個原發性肺高壓不是遺傳，是罕病，剛診斷時還可以正常生活，但這幾年狀況較差，頻繁入院。」個案住院期間能遵從醫護人員指示。

(二)營養代謝型態

個案身高147公分、體重42公斤，BMI=19.4kg/m²，在正常範圍。3月15日評估個案皮膚溫暖無水腫。個案訴：「我不挑食，平日自己下廚少油、少鹽。」住院期間個案飲食選擇為院內餐，每日1,300大卡(個案基本熱量：30大卡*42公斤=1,260)。3月16日觀察個案吞嚥、咀嚼狀況無異常，每餐可吃完，符合熱量需求。

(三)排泄型態

3月15日個案訴：「平時小便順暢，沒有灼熱、疼痛。一天解便一次，為黃色軟便。」3月16日觀察個案無明顯腹脹，聽診腸蠕音約10~12次/分，叩診腹部，部分鼓音、濁音，觸摸柔軟。個案每日尿量約1,000~1,500ml，尿液呈黃色澄清無沉澱物。

(四)活動運動型態

3月15日，個案訴：「兒子有幫忙做復健器材，在家會運動，家裡有製氧機，大部分時間要用氧氣。」3月15日個案入院時，由輪椅移至病床觀察呼吸費力，監測呼吸：24次/分、SpO₂：63%，氧氣面罩10L/min 50%使用。個案訴：「在家血氧85-90%，現在不到70%。」、「我很喘，需要休息！」3月16日晨起個案表示：「我沒用氧氣時，走路不到5分鐘就很喘。」個案四肢肌力4-5分，精神疲憊，有時虛弱站不穩，多於床上休息，床旁備活動馬桶，由兒子協助執行日常活動。經評估個案有活動無耐力之健康問題。

(五)睡眠休息型態

個案長期使用安眠藥stilnox 10mg/tab

QHS 1tab PO。3月15日個案訴：「現在常因打針的地方痛到睡不著，吃了止痛藥會好一點，有時會痛醒。」3月16日夜間觀察個案因疼痛翻來覆去，睡眠中斷。凌晨一點主動詢問護理師：「右下腹很痛，可以用止痛藥嗎？」。評估個案有因注射部位疼痛之健康問題影響睡眠。

(六)認知感受型態

3月15日與個案談話過程中可順暢對答，思考及語言表達無異常。視、聽、味、嗅覺方面無障礙。3月15日個案訴：「自己皮膚感覺敏感，容易癢和痛。現在右邊肚子打針的地方碰到就痛，不希望你們碰!」、「痛影響活動，無法下床走路。」檢視右下腹部treprostinil(remodulin)皮下注射圓盤留置針周圍發紅、腫脹，約8*10公分。觸摸為硬塊、發熱。護理人員檢視皮膚及注射幫浦時，個案拒絕旁人觸摸。以數字評定量表(numerical rating scale, NRS)評估疼痛指數為8~9分。3月16日觀察個案因疼痛改變姿勢緩慢移動，以手保護注射部位並拒絕旁人攙扶。經以上護理評估，確認個案有疼痛之健康問題。

(七)自我感受型態

3月16日個案訴：「現在最煩的就是這個藥。你看!用了藥還要多帶一個東西。雖然用這麼久，還是很討厭、排斥。」、「唉!配合用藥不知道這麼不舒服，要用到何時？」談到皮下注射藥物時透露許多擔心的負面情緒。3月17日個案訴：「平時要自己打針、加藥不方便，還要麻煩孩子。想到以後都要用藥很煩、很焦慮，會想說要不要繼續

治療，真的要用一輩子嗎？」3月17日觀察個案詢問不同醫護人員關於皮下注射藥物使用情形，想了解需治療到甚麼時候，可否停止用藥等。3月18日以廣泛性焦慮症量表(*Generalized anxiety disorder*, *GAD-7*)評估總分為8分(輕微焦慮)。經評估個案因需面臨終身使用特殊藥物而有焦慮之健康問題。

(八)角色關係型態

個案主要角色為媽媽、姊妹、個案。平時與孩子、兄弟姐妹相處融洽，家人關心個案病情。在醫院時與醫護團隊互相配合。

(九)性-性功能型態

個案曾生育二男一女，現停經，無性方面之需求，先生去世多年，與三個已成年小孩同住。3月15日評估雙側乳房對稱，外觀皮膚完整，觸摸無異常硬塊。檢視鼠蹊、會陰無異常腫脹、發紅，無異常會陰出血。

(十)應對-壓力-耐受型態

3月15日個案訴：「曾經有經濟壓力，抒發方式會找小孩訴說，孩子會給零用金，目前有殘冊補助、重大傷病，已較不擔心。」3月17日個案訴：「現在主要壓力是一輩子要注射藥物，也會跟小孩提起，女兒會一起想辦法，也會安慰我，要我好好配合治療。」

(十一)價值-信念型態

個案信奉民間信仰。3月16日個案表示：「目前對人生的想法是希望自己維持好一點，不要太不舒服就好。已經簽好不急救同意書，不希望小孩擔心太多。」表示對未來沒有特別計畫，要輕鬆過生活。

問題確立

綜合以上評估，確立個案健康問題依序為(1)活動無耐力/與疾病導致血氧不足有關(3/15-3/26)、(2)疼痛/與皮下注射藥物副作用導致右下腹部紅腫有關(3/15-3/22)、(3)焦慮/與需終身使用注射型 *treprostinil*(*remodulin*)有關(3/16-4/1)。

護理措施與結果評估

三個健康問題訂定以下目標(一)個案於血氧治療下血氧濃度可維持85%以上，安排心肺復健增加活動耐力、(二)個案可緩解注射部位疼痛、(三)個案焦慮改善，重新接納及配合用藥，三個護理措施如下：

(一)提升血氧濃度，增加活動耐力

(1) 藉氧氣治療及密切監測，提升及維持病人氧合濃度：3/15 14:30個案入院，由輪椅移至病床後觀察呼吸費力，監測呼吸：24次/分、*SpO2*：63%。個案訴：「我很喘，需要休息！」。給予氧氣面罩10L/min *FiO2*:50%使用。16:00個案於氧氣治療下維持*SpO2*:85-86%。個案住院期間每日監測生命徵象，評估呼吸狀況、氧合濃度變化、活動耐力並調整氧氣使用。3/17 09:00監測呼吸：21次/分，*SpO2*：85%。調整氧氣面罩8L/min *FiO2*:40%使用。3/21個案於日間可使用鼻導管5L/min。夜眠時氧氣面罩6L/min *FiO2*:35%使用。監測呼吸：18-21次/分，*SpO2*：86-88%。3/18測量個案呼吸：20次/分，自訴：「我現在比較不會喘。」。

(2) 擬定復建計畫，增加活動耐力：

3/15評估個案四肢肌力4-5分，有時虛弱站不穩。精神疲憊，大多於床上休息，由兒子協助執行日常活動。3/16個案訴：「我沒用氧氣時，走路不到5分鐘就很喘。」與復健師討論及擬定個案復健計畫，住院期間執行心肺復健，並啟動出院準備服務，銜接返家復健運動計畫。計畫如下：第一階段為3/15-3/21完成1~2項日常活動，增加功能、減少依賴。如：床邊站立踏步10分鐘、自行整理床旁桌等。第二階段為3/21-3/26增加個案體耐力、呼吸肌訓練。如：病室內來回步行及走廊長途步行。漸進式拉長活動時間，由10增至30分鐘。3/18復健師無探視時，利用活動式氧氣筒陪個案於走廊步行。復健過程中利用血氧機密切監測呼吸型態、氧合變化及記錄，維持個案活動時SpO₂:85-87%。個案住院期間於復健、日常活動時觀察是否有呼吸喘、虛弱無力等不適。教導個案活動時最好有陪伴者，若感覺有不適發生，須停下休息，症狀若無緩解告知醫護人員。每日復健運動時紀錄項目及持續時間、活動過程中呼吸次數、血氧變化，將內容列入交班。3/22觀察個案可在床邊踏步走動，不使用氧氣達10分鐘，無呼吸喘。3/26個案能不用氧氣，自行走出病房至護理站拿乾淨衣物，在走廊散步至少30分鐘。活動後無呼吸喘及疲憊，戴回鼻導管:4L/min，血氧可回升至88%。

(3)後續出院照護計畫：個案了解須使用氧氣以維持血氧濃度>85%，且返家可配合每天至少執行心肺復健約20分鐘。

(二)協助緩解皮下注射部位疼痛

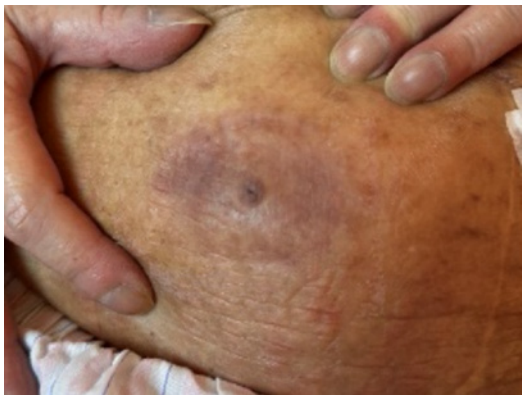
(1)疼痛評估：3/15個案入院時訴：「現在右邊肚子打針的地方碰到就痛，不希望你們碰!」、「痛影響活動，無法下床走路。」當醫護人員檢視皮膚及幫浦機器，個案因疼痛拒絕旁人觸摸。以NRS量表評估疼痛指數為8-9分。檢視個案右下腹留置針圓盤周圍發紅、腫脹，約8*10公分。觸摸為硬塊、發熱。3/16觀察個案因注射部位腫脹造成右下腹部疼痛，改變姿勢緩慢移動，保護注射部位並拒絕旁人攙扶。個案凌晨一點未入睡，詢問護理人員：「右下腹很痛，可以用止痛藥嗎?」

(2)緩解疼痛的措施：3/15個案入院後因原右下腹部注射部位嚴重疼痛、紅腫，15:00依醫囑給予止痛針劑limadol 100mg/2ml/amp 100mg IM ST。與醫療科討論後15:30移除原留置針，更改皮下留置針圓盤部位至左下腹。16:00個案訴：「右下腹疼痛有緩解了」。評估疼痛指數約4分。個案住院期間依醫囑予常規止痛藥tramacet BID 1tab PO、neurontin BID 1cap PO。每班監測個案疼痛部位、性質、持續時間，及紀錄給止痛藥時間、頻率，於給藥後一小時評估疼痛改善程度及是否有藥物副作用。運用NRS中0-10分指數評估疼痛程度。於需要時予limadol 100mg IM。3/16給藥時利用藥品查詢系統行藥物衛教讓個案了解止痛藥作用及持續時間及副作用。教導個案可用間歇冰敷緩解疼痛，衛教冰敷注意事項如：(1)冰袋外包裹毛巾再使用，避免直接碰觸皮膚。(2)每次冰敷20分鐘，休息20分鐘。也建議個案可觀看喜歡的影片、聽音樂或與他人聊天轉移注意力。

3/15-22協助個案採舒適臥位，避免壓迫注射部位、藥物幫浦等，減少翻身時造成管路牽扯引發個案疼痛。因個案拒絕觸摸及使用麥克筆標記疼痛部位，故每日拍攝注射處周圍皮膚紅腫情形，並善用院內「皮膚傷口照護評估作業系統」上傳照片，持續記錄皮膚變化，同時利於護理同仁交班。3/18 觀察個案右下腹部腫脹、硬塊改善，測量範圍3*4公分(如圖二)。3/20評估個案疼痛指數1分。自訴：「換了打針位置和配合服藥好多了。我也會冰敷緩解不適。」3/21觀察個案夜眠時間完整，持續睡眠時間達7小時。

圖二

個案右下腹紅腫改善



(3)後續照護計畫：3/22於病房衛教個案出院後持續配合常規口服止痛藥物。教導若注射部位若出現紅腫疼痛可更換注射部位，若未改善立即返診。

(三)改善焦慮，重新接納及配合用藥

(1)建立良好護病關係，鼓勵表達對用藥看法：個案3/15入院後維持treprostinil(remodulin) 5mg/ml, run 66 ng/kg/min, pump rate :3.5 U/hr, total infusion: 0.85 ml/day。3/16利用發藥時與個案對

話，談到皮下注射藥物顯激動，透露許多負面情緒。個案表示：「雖然用藥這麼久，有時還是很討厭、排斥。」、「唉!配合用藥不知道有這麼多不舒服，要用到甚麼時候？」3/17利用做治療或復健時與個案對話，以開放性問答展開治療性溝通，鼓勵個案表達心中想法及擔憂。個案訴：「用這個藥，平時要自己打針、加藥很不方便，還要麻煩孩子。真的要用一輩子嗎？想到就煩！」觀察個案會詢問不同醫護人員關於皮下注射藥物使用情形，想了解需治療到甚麼時後，可否停止用藥等問題。3月18日以廣泛性焦慮症量表GAD-7給予病人評估總分為8分(輕微焦慮)。

(2)增加個案對用藥重要性的認知：3/16搜尋「treprostinil(remodulin)仿單」，列印適當資訊並註記重點告知個案藥物作用及常見副作用。並鼓勵個案與醫療科討論藥物使用。3/17於主治醫師查房時轉達個案對於用藥排斥、焦慮，由醫師向個案解釋藥物使用原因及對疾病治療重要性。3/18發藥時使用護理工作車電腦點開藥品查詢系統讓個案了解藥物長相、劑型。使用個案手機觀看藥物衛教影片，於個案不懂時解釋。依醫囑調整個案treprostinil(remodulin)劑量並記錄。紀錄方式除落實於電子護理紀錄及交班單外，將個案體重變化及藥物調整量紀錄於醫護團隊製作之「remodulin注射日誌」，並於每次調整時告知個案，讓其了解目前使用劑量。

(3)協助思考生活難題對策，讓個案對於用藥治療重拾信心：3/22~3/28運用10-20分鐘時間陪伴個案談話，協助用

Remodulin 劑量注射日誌									
	日期	體重 (kg)	劑量 (ng/kg/min)	幫浦基礎率 (輸注速率) (U/hu)	當日注射總量 (ml/day)	注射部位	疼痛指數 (0~10)	副作用	備註
Day1		42.7	60.00	3.1	0.74				
Day2			62.00	3.2	0.76				

筆記本列出注射型treprostinil(remodulin)對日常帶來之不便及不適。共同討論解決方案。實例如:個案提出身上帶一臺小機器不方便做事,不知道放哪,容易拉扯。共同思考改善方法為製作專門背帶放藥物幫浦,隨身攜帶,不影響活動。另個案表示平時要自己打針、加藥很麻煩,怕做錯,也怕痛。改善方法是與小孩共同瞭解用藥狀況及觀看衛教影片,注意加藥時間騰出空檔一同操作,降低個案不安。3/20個案訴:「你們很有耐心解釋,我現在知道這個注射的藥可以改善我的症狀,對我是有幫助的。」3/23個案訴:「謝謝護理人員花時間一起討論解決方法。寫下困擾的事來想方法很不錯,這幾天自己縫了一個小袋子放機器,也有一點成就感。」3/29個案訴:「出院回家後我也會繼續配合用藥,這陣子讓大家擔心了!」

討論與結論

本文為照顧一位57歲女性個案,於2000年診斷原發性肺動脈高壓,2021年8月開始須終身注射Treprostinil(Remodulin)治療。此次個案因注射部位疼痛、呼吸喘且氧合濃度低下,伴隨活動無耐力入院治療。照護期間藉由氧氣治療提升氧合、密切監測病人氧合濃度,且持續協

助執行心肺復健增加活動耐力。針對注射部位疼痛問題,先移除原注射圓盤並更換注射部位至左下腹部,給予止痛藥物及介入局部冰敷,改善右下腹部的紅腫及疼痛問題。於護理過程中持續給予正向觀念,協助個案了解用藥重要性,並與個案共同解決用藥於生活中之不便,適當鼓勵及支持,陪伴個案學會與藥物共處並繼續配合治療。個案穩定出院後,於2022年4月15日電訪追蹤得知個案定期回診,願意持續配合及按時使用注射treprostinil(remodulin)治療,有口服常規止痛藥,日常生活如常,可做簡單家事,每日自行復健20~30分鐘,活動時偶需鼻導管使用,血氧維持在87-88%左右。

原發性肺高壓為罕見疾病,診斷困難,治療使用藥物特殊,隨著人們對肺高壓的興趣和了解不斷增加,出現了大量新型口服、注射和吸入藥物(Hassoun, 2021)。能否有良好的用藥遵從性及自我照護對預後有很大影響。筆者有感本院雖有肺高壓個管師,但其與病房護理師的資訊聯繫仍顯不足,故未來建議可利用資訊系統團隊照護架構,增加特殊疾病個案管理師與醫療團隊連結,增加包括醫療科、護理師、復健師、出院準備護理師等彼此的溝通,更可快速深入了

解個案困境共同解決問題，提升個案醫療照護品質，降低再入院率及疾病死亡率。期待此案例分享於日後護理同仁照護類似個案時可提供參考及幫助。

參考資料

- 李彥融、陳威志、張西川(2019)·胸腔病
例(三六一)肺高壓·*臨床醫學月刊*，
84(6)，842-846。https://doi.org/10.6666/
ClinMed.201912_84(6).0139
- 莊孟蓉、邱齡頤、何建良(2020)·音樂聆聽對
燒傷病人換藥疼痛與焦慮知成效-南部某醫
學中心燒傷加護病房·*醫學雜誌*，53(1)，
29-40。
- 陳杰(2021)·醫病共享決策在臨床門診中
的應用·*臺灣醫界*，64(3)，52-57。
https://www.airitilibrary.com.hksw.tzuchi-
healthcare.org.tw:8443/Article/Detail?Doc
ID=17263603-202103-202103160009-
202103160009-52-57
- 黃心怡(2022)·心衰竭病人的運動訓練與物理
治療·*台灣醫學*，26(1)，66-72。https://
doi.org/10.6320/FJM.202201_26(1).0008
- 黃巧瑩、陳怡嬪(2021)·我是肺高壓患者我該
運動嗎？·*高醫醫訊*，41(1)，20。
- 黃農茵、吳立偉、陳韋良、張耀文、高東煒
(2019)·肺高壓的診斷與治療及家庭醫學
科醫師所扮演的角色·*家庭醫學與基層醫
療*，32(7)，189-193。
- 財團法人罕見疾病基金會(2021)·罕病分類與
介紹。http://www.tfrd.org.tw/tfrd/rare_b/
view/id/54
- Chen, L. W., Chen, S. Y., Hsu, H. H., Wu, Y. W.,
Lai, Y. M., & Chien, M. Y. (2021). Exercise
capacity and quality of life in pulmonary
arterial hypertension. *Acta Cardiologica
Sinica*, 37(1), 74-85. https://doi.org/10.6515/
ACS.202101_37(1).20200720A
- Hassoun, P. M. (2021). Pulmonary arterial
hypertension. *The New England Journal of
Medicine*, 385(25), 2361-2376. https://doi.
org/10.1056/NEJMra2000348
- Hill, N. S., Feldman, J. P., Sahay, S., Benza,
R. L., Preston, I. R., Badesch, D., Frantz,
R. P., Patel, S., Galloway, A., Bull, T. M.,
& INSPIRE study investigators (2022).
INSPIRE: Safety and tolerability of inhaled
Yutrepia (treprostinil) in pulmonary
arterial hypertension (PAH). *Pulmonary
Circulation*, 12(3), e12119. https://doi.
org/10.1002/pul2.12119
- Ting, Y. H., Yu, M. W., Wu, Y. J., Wu, S. H.
(2023). Long-term experience and safety of
transitioning from subcutaneous treprostinil
to oral selexipag in the high-risk pulmonary
hypertension patient: A Case Report. *Acta
Cardiologica Sinica*, 39(3), 492-496. https://doi.
org/10.6515/ACS.202305_39(3).20230130A
- Yuan, S. M. (2022). Pulmonary arterial
hypertension: An overview with recent
achievements in pediatrics. *Show Chwan
Medical Journal*, 21(1), 103-114. https://doi.
org/10.53106/156104972022062101013

Nursing Experience in Caring for a Case of Primary Pulmonary Hypertension

Yu-Wen Wu¹, Jian-Hao Chen², Hui-Ling Yeh³

ABSTRACT

This case report describes a 57-year-old patient with primary pulmonary hypertension who required lifelong subcutaneous injections of prostaglandin analogs. Nursing experience of the patient suggested worry about lower right abdomen redness and swelling at the injection site. The care period was from March 15 to April 8, 2022, and was based on the Gordon Eleven Functional Health Type Assessment. It was confirmed that the patient had health problems such as intolerance, pain, and anxiety. Oxygen was provided in the initial stage of care to increase blood oxygen concentration. Cardiopulmonary rehabilitation was conducted to increase activity tolerance. After ten days of treatment, the patient was able to walk for 30 minutes. The subcutaneous needle placement site was changed to the lower left abdomen. It was recommended that the injection site be rotated to relieve pain. Further, interviews were used to encourage the patient to share her feelings of anxiety about medication and educate on the importance of consistent medication; this would help make the patient feel positive and willing to continue to face life-long medication. This experience provides nursing colleagues with a reference when dealing with similar cases in the future. (Tzu Chi Nursing Journal, 2025; 24:5, 105-114)

Keywords: prostaglandin analogs, activity intolerance, primary pulmonary hypertension, pain, anxiety

RN, Department of Cardiovascular ward, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation¹: HN, Department of Cardiovascular ward, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation²: Head Nurse Practitioner, Department of Nurse Department, Hualien Tzu Chi Hospital Buddhist Tzu Chi Medical Foundation³

Accepted: March 22, 2025

Address correspondence to: Hui-Ling Yeh 707, Sec. 3, Zhong-Yang Rd., Hualien, Taiwan, 970473

Tel: 886-3-856-1825 #12225 E-mail: u0952120730@gmail.com

一位成年期女性罹患肺結核合併肺部塌陷之護理經驗

林詩庭¹、陳右尚²、楊好婷¹

中文摘要

本文描述一位成年女性罹患肺結核服藥已五個月，因藥物副作用導致食慾不振，併發肺塌陷及積水而入住負壓病室治療；個案確診後便辭職獨居，住院期間因社交隔離產生之人際冷淡孤獨、對治療感到困惑；於2023/7/7至7/31，經會談、身體評估、理學檢查，以Gordon 11項功能性健康型態進行整體性評估，確立個案主要健康問題為：氣體交換障礙、營養少於身體所需、社交隔離。照護期間應用跨團隊合作執行個別性肺部復健及營養照護，並藉由關懷、同理與傾聽技巧，建立良好的治療性人際關係，引導個案表達感受，接納其情緒並提供建議。可見個案從失落到出院前的正向轉變，及呼吸型態獲得改善。期能藉此經驗分享提供臨床面對肺結核病人上能有更全人之照護品質、促使病人獲得完成治療。(志為護理，2025; 24:5, 115-124)

關鍵詞：肺結核、肺部復健、社交隔離

前言

根據世界衛生組之2022年統計，結核病是全球第二大傳染性致死疾病，僅次嚴重特殊傳染性肺炎(World Health Organization[WHO], 2023)，可分為肺內或肺外結核，其中肺內結核為空氣傳染，部分病人會發生肺部塌陷、氣胸等併發症，嚴重會造成呼吸衰竭。肺結核病人須持續六個月的抗結核藥物療程，

藥物副作用是影響病人完治的主要原因，常見噁心嘔吐、厭食和味覺改變致食慾下降，營養狀態欠佳，造成免疫力下降，而延長復原期程；病人面對治療時程長、生理症狀的不適，同時須配合隔離措施，擔心社會對疾病的負向觀感心理壓力，可能更不利於治療(Addo et al., 2022)。

本文描述一位成年期36歲女性，罹肺結核後疲憊無法工作、擔心疾病傳

臺北榮民總醫院護理部護理師¹、臺北榮民總醫院護理部護理長²

接受刊載：2025年6月11日

通訊作者地址：陳右尚 臺北市北投區石牌路二段201號（臺北榮民總醫院護理部教育訓練）

電話：886-2-2871-2121 #17260 電子信箱：yschen16@vghtpe.gov.tw

染性，加上擔憂同僚異樣眼光而辭職在家，用藥過程發生食慾不振，療程達五個月時突併發肺部塌陷，而入負壓隔離病房治療。個案對治療不順利感到困惑不安，又長時間居家隔離產生孤獨感，引發筆者思索採取可行之措施，幫助個案緩解生理不適，並藉建立治療性人際關係、同理傾聽，提供改善社交關係之建議，增進其對於肺結核治療的信心。

文獻查證

一、肺結核之簡介

肺結核致病菌為結核分枝桿菌(*mycobacterium tuberculosis*)，常見症狀是低燒(37.4-38℃)、痰多、血痰，與持續三週以上慢性咳嗽，主要採藥物治療；抗結核藥物標準療程為服用isoniazid(INH)、rifampin(RMP)、ethambutol(EMB)及 pyrazinamide (PZA)服用 2 個月，接著服用 INH、RMP 及 EMB 4 個月，常見副作用如肝功能異常、噁心嘔吐、腹瀉，其中食慾不振於服藥一個月內出現機率达 70%(Chung et al., 2022)。服藥遵從性高的病人不需住院隔離，只須單獨房間並維持室內空氣流通、不共食、配戴外科口罩就可外出活動。肺結核常見併發症有膿胸、氣胸、肺葉塌陷等，使病人出現呼吸窘迫的症狀，須接受進一步的治療，如氧氣治療、胸腔引流術，或手術治療，如果痰液抹片為陽性，則安排入負壓隔離病房(Shaw et al., 2019)。

二、肺結核病人生理症狀之照護

肺結核導致痰多及併發症造成的肋膜

積液、肺葉塌陷等徵候，皆會影響肺泡氣體交換功能。Orooj 等人的肺部復健運動應用於肺結核病人，對有顯著的改善(Orooj et al., 2023)。因疾病需要隔離照護，且亦有復健需求的病人，可運用擴增實境(augmented reality,AR)突破障礙，增強病人復健動作熟悉度及自我照顧能力(Ahmadi Marzaleh et al., 2022)。

營養不良的病人可能對結核病治療反應減弱、延遲恢復、免疫系統受損而易有併發症，臨床評估營養狀態可採 MUST(Malnutrition Universal Screening Tool)評分，研究支持分數和致死率有正相關。而治療目標是控制結核藥物副作用，以改善飲食攝取量，支持細胞生成和免疫反應的增加，因此提供病人營養諮詢，教導如何選擇合適飲食，將影響到治療成效(Lin et al., 2021)。飲食原則以少量多餐，種類上多攝取蛋白質、鈣質、含鋅食物，促進結核部位組織修護；維生素 A、D 可促進痰液抹片轉陰性，維生素 E 則可提高自身免疫力；INH 可能耗損體內 B 群，也需補充含量高之食物(蛋豆魚肉類或 B 群補充劑)(Ockenga et al., 2023)。

三、肺結核病人面臨的心理壓力之照護

疾病污名化、工作能力降低、親友疏離，可能使肺結核病人在治療時，內心越感憂鬱沮喪，漸少與人群接觸，與社會隔閡加深，而產生「社交隔離」。研究顯示如肺結核病人心理狀態不佳，可能影響服藥遵從性，而不利治療效果，故建議治療過程必須持續評估其心理狀態變化，需要時提供心理諮商(Febi et al.,

2021)。肺結核病人常難以啟齒自身遇到的歧視，護理照護需持續性地與病人對談，藉訪談交流方式讓他們願意說出口，理解他們的想法，協助排解負向情緒，為其建立自信。如治療期間能有家人同儕或病友可相互支持，往往病人較能對疾病治療有正面態度，也能有較好的治療結果(Aggarwal et al., 2019)。

個案簡介

一、基本資料

林小姐，36歲，過去病史：糖尿病，規則服用降血糖藥物，門診追蹤。國臺語溝通，大學畢業，未婚，獨居，任職醫院營養部，工作內容為推餐車到病房發餐。2023/2月確診肺結核後常覺得疲倦、活動容易喘，無法負荷工作所需體力故辭職休養，住院費用及生活開銷由過去儲蓄支出。

二、此次住院經過

個案確診肺結核後開始常規服用抗結核藥物，期間發生食慾不振之藥物副作用，至 2023/7月時出現陣發性呼吸急促，測量未使用氧氣下血氧濃度 90%，胸部X光顯示左肺大量肋膜積水、右下肺葉塌陷，檢驗痰液抹片(acid-fast stain)呈陽性而於7/7入負壓隔離病房治療，左胸置入引流管(pig-tail)引流肋膜積液。7/22胸部 X 光顯示肋膜積水改善予移除 pig-tail，7/30未使用氧氣下血氧濃度可維持 96%以上，病況穩定於7/31出院。

護理評估

護理期間為2023/7/7至7/31，藉照護過程中直接觀察及身體評估，運用 Gordon

11項功能性健康型態進行整體性評估，收集資料如下：

一、健康認知與健康處理型態

無抽煙喝酒習慣，生活作息時間固定；7/8個案訴：「我瞭解肺結核有傳染性，醫師表示只要戴著 N95 就可以外出，好好吃藥可以痊癒，所以我一直有配合服藥。」個案服藥後約一個月雖出現食慾下降副作用，仍持續服藥並配合回診調整用藥。此次出現呼吸喘症狀即前往醫院急診，個案住院期間能配合醫療與護理處置。

二、營養代謝型態

7/7入院時身高163公分、體重52公斤，BMI:19.5，半年內體重下降8公斤，意識清楚但顯疲態，四肢肌肉乾瘦，皮膚暗淡，抽血檢驗 Alb:3.0mg/dL、Na:133mmol/L、K:4.0mmol/L、Hb:11.3g/dL、ALT :55U/L、AST :40U/L；個案訴：「我以前三餐多為外食，不挑食，原本身材胖胖的，自從開始吃藥後食慾下降，對於外食的油膩感到噁心，平時自己煮，多用汆燙拌一些調味料，每餐約一個拳頭份量青菜、少量肉類搭配幾口飯，早晚再補充一匙蛋白粉營養品。」7/10個案訴：「不曾有醫療人員教我說要怎麼選擇食物、我自從開始吃結核藥後就沒食慾。」住院期間訂購醫院糖尿病盤餐(一日總熱量約1,800卡)觀其進食量每餐不到一半，血糖值正常90-100mg/dl，評估 MUST為2分。確立個案有「營養少於身體所需」之健康問題。

三、排泄型態

個案每日飲水量大於2,000ml，服用抗結核藥物尿液顏色呈橘黃色，解便為

黃軟便。解尿順暢無不適，無異常分泌物，排便約每日一次。

四、活動與運動型態

平日無運動習慣，工作為了分送盤餐常在走路、端重物，然確診肺結核後，活動易喘及全身無力，只能處理簡單家務，7/8訴：「以前工作時候一天要推餐車跑各病房，搬好多餐盤，生病後體力根本負擔不了，所以辭職了。」、「生病後連走路10分鐘就覺得很喘。」。7/7入院胸部X光顯示左肺大量肋膜積水、右下肺葉塌陷，觀察個案在未使用氧氣下步行約五公尺就有呼吸喘症狀，呼吸次數26~30次/分，血氧飽和濃度84%，返回病床使用 O2 venturi mask 40%，需休息五分鐘才緩解。聽診病人右肺部呼吸音decrease、左肺部 rales，可自咳痰，痰多而呈黃稠。7/7置入左側 pig-tail引流肋膜積液，至 7/14因積水無明顯改善，使用負壓抽吸系統。評估個案四肢肌力 5 分，左胸 pig-tail連接抽吸系統，及活動易喘，簡易平衡測試單腳站立<5 秒，有持續性使用氧需求，如外出檢查等日常活動，需協助個案調整管路以利於活動，評估 ADL(activities of daily living)75 分。確立有「氣體交換功能障礙」、「高危險性跌倒」健康問題。

五、睡眠與休息型態

平時睡眠時間約六小時，沒有睡眠不足或疲倦感。7/7-7/13評估個案於入隔離病房後有困難入睡、淺眠、睡眠時間片斷，總入睡時間達五小時，白天顯疲憊；7/9個案訴：「我覺得住院後我睡的很淺，我不適應(隔離)病房負壓抽風的聲音，而且躺下來會喘；我已經吃很多

藥了，不想吃安眠藥。」確立有「睡眠型態紊亂」健康問題。

六、認知與感受型態

意識清楚，聽力正常，回溯記憶清楚，對於感受表達無障礙，思考邏輯正常。此次住院左前胸有置入引流管路，7/7置入當天疼痛分數達 6 分，曾予止痛藥物 ultracet 1tab po once at 15:30，一小時後降為 2 分，隔天表示「管子插著不會很痛，可以忍受。」觀察個案可自行床上翻身，並可注意不拉扯管路，表示不需要吃止痛藥。

七、自我概念與自我感受型態

7/9個案訴：「我比較內向，跟人相處本就比較慢熟。」須多次主動開啟談話個案才會漸漸揭露自己，7/12個案訴：「同事好像知道我生病後有比較疏離我，很少會 LINE 我。」「我不太敢和姊姊說我自己的感覺……。」「我覺得跟社會好像隔了一道牆，出門時候擔心會傳染給別人，也不敢約朋友聚會……不知道什麼時候會治好……。」對談過程個案表情冷漠，沒有情緒起伏，語調平淡，眼神會閃躲，言語中透露對於人際關係的變化感到無奈，對未來療程沒有信心。確立有「社交隔離」之健康問題。

八、角色關係型態

個案雙親已離世，有兩位姊姊未同住，因工作繁忙約每半年見面一次。7/10個案訴：「有時一些事情很麻煩姊姊們，但他們都說別想那麼多，生病就好好休養。」住院期間兩位案姊每週末會來探視一次個案，觀相處融洽。個案訴：「我的朋友都是醫院同事，平時關

係蠻不錯的，但是生病後跟他們的互動已減少很多。」

九、性與生殖型態

月經規律，經血量正常，無月經症候群，沒有交往的對象或性伴侶。

十、因應與壓力耐受型態

個案因病離職、疾病所致體力不足、人際疏離，已對心理產生壓力，對於需長達至少6個月的治療，個案藉由執行簡單家務、閱讀書籍、上網抒發壓力，無自傷行為，BSRS- 5(brief symptom rating scale，簡稱BSRS-5)2 分。個案住院期間常使用手機玩遊戲或看連續劇，情緒穩定。

十一、價值與信念型態

無宗教信仰，認為人生如何發展靠宗教力量也無法改變什麼，靠自己努力生活、工作、與人好好相處過一輩子就好。

問題確立

經查閱病歷、身體檢查、訪談等方式收集資料，歸納個案的健康問題，礙於篇幅限制，僅以個案主要的三項健康問題論述：「氣體交換功能障礙/與肺擴張不全相關」、「營養少於身體所需/與抗結核藥物副作用相關」、「社交隔離/與肺結核疾病需隔離相關」。

一、氣體交換功能障礙/與肺擴張不全相關 (2023/7/7~7/31)

7/7胸部 X 光顯示左肺大量肋膜積水、右下肺葉塌陷，觀個案於未使用氧氣下步行到廁所距離約五公尺，呼吸次數30次/分，型態費力淺快，測血氧濃

度 84%，聽診個案呼吸音左肺部 rales、右肺部 decrease，痰液多呈黃稠狀，可自咳出痰。7/7 置入左胸引流管，色淡橘黃，置管處周圍無皮下氣腫，水封瓶無 air leakage。7/14胸部 X 光顯示左肺肋膜仍有積水，接上負壓抽吸Emerson-15cmH₂O，以上資料確立個案存在肺部擴張不全問題。

二、營養少於身體所需/與抗結核藥副作用物相關 (2023/7/7~7/31)

7/7評估個案半年內體重下降 8kg，入院身高 163cm、體重 52kg，BMI:19.5，檢視個案外觀四肢乾瘦、皮膚暗淡黝黑。7/7檢驗值Alb:3.0mg/dL、Na:133mmol/L、K:4.0mmol/L、Hb:11.3g/dL。7/7-7/10 飲食醫囑為糖尿病餐(一日總熱量約 1,800 卡)進食量未達盤餐的1/2，評估 MUST 為 2 分，以上資料確立個案存在營養少於身體所需問題。

三、社交隔離/與肺結核疾病需隔離有關 (2023/7/7~7/31)

7/12觀察訪談過程中觀察個案情緒淡漠。7/7-7/15觀察案姊僅周末於會客時間前來探視送餐未久留，未見其他友人。7/7-7/15觀察個案住院期間不願意配戴 N95 口罩踏出病室。以上資料顯示確立個案存在社交隔離問題。

護理措施

護理措施執行目標分為：(一)促進肺部擴張：個案胸部 X 光改善，並可日常步行下維持血氧濃度>92%、個案可在出院前學會肺部復健運動，並自主規律進行運動計畫、(二)改善營養不良狀況：

出院前個案能正確執行肺結核飲食原則，維持 BMI>19.5、進食熱量至少達基礎代謝率 1200 卡/日、(三)改善社交隔離狀態：個案能表述對疾病的看法並了解社交隔離的原因、願意嘗試與家人或朋友聯繫分享感受能轉為對於疾病治療隔離、對於社交關係採正向態度。執行過程分述如下：

(一)促進肺部擴張

1.臨床引流管路照護：每四小時監測呼吸型態及氧合濃度變化，予引流管路正確固定，每班確認管路位置、置管處保持乾燥，並觀察引流液性質、顏色、引流量，7/7教導個案引流管路自我照護注意事項、配合衛教影片加深印象。7/14協助個案裝置負壓系統，並提醒注意事項，仍可執行肺部復健運動，如需步行運動時要找護理師協助固定管路。

2.結合跨團隊指導肺部復健運動：7/10向個案說明規律肺部復健運動目的、重要性，並指導噤嘴式呼吸、腹式呼吸、有效咳痰技巧。7/10與醫師討論討論肺部復健的需求，會診復健科，由物理治療師評估個案狀態執行肌力評估、呼吸困難指數等評估，並與個案討論執行運動的地點、頻率與持續時間，訂定合適之肺部復健運動計畫；7/10協助個案下載手機平板擴增實境(AR)復健運動應用程式，和個案討論對各類復健運動的想法。7/11~20 協助個案配合使用AR執行上下肢肌耐力訓練，一週三次，每次每個動作做 10 組，下肢肌力訓練採平地行走方式，一天兩次，每次持續20分鐘，運動過程以活動式血氧機監測個案血氧濃度及心跳變化、觀察呼吸

情形。每次運動結束給予個案正面積極回饋，促進其信心並刺激促使自主運動的習慣產生。每兩週和物理治療師討論個案運動狀況，評估個案是否有心肺耐力進步、運動量是否足夠。結果於7/22胸部 X 光顯示左肺積水、右下肺葉塌陷已改善，左胸引流管已移除。7/26個案已脫離用氧，於病房內散步測得周邊氧合濃度皆>92%，觀步行約五分鐘無出現呼吸喘。7/21-7/31觀察個案能正確操作手機(AR)復健運動應用程式，並每日主動執行肺部復健運動，個案訴：「出院後我會繼續維持運動習慣。」，8/24 肺結核個案師表示個案返診時無活動呼吸喘。

(二)改善營養不良狀況

1.衛教肺結核飲食方式：可醫囑予口服 Mosapride 1tab TID。7/10和個案討論平時對飲食的選擇方式、確定喜愛的食物，予衛教肺結核飲食原則，協助與指導選擇最適宜食物種類。鼓勵病人採少量多餐，協助安排舒適用餐環境，例如選擇喜愛電視節目或音樂，使心情放鬆；同理個案食慾低下感受，持續正向鼓勵使其感受到被支持。當案姊探視個案時，也告知其可替個案準備高蛋白、高鈣點心，同時紀錄個案每日用餐進食量、評估熱量總和，觀察是否出現噁心嘔吐症狀。

2.跨團隊溝通為個案設計菜單：7/14會診營養師，討論個案自備之高蛋白粉是否適用，7/14經營養師評估個案自備之高蛋白其中配方乳糖及脂肪成分過高，不建議繼續使用，個案可配合不再飲用。讓營養師針對個案病況、目前進食

量調整最適合之糖尿病盤餐熱量(1,250卡/日、高蛋白 17%)，搭配每日 1 罐糖尿病配方補體素(500 卡/罐)每日服用一顆綜合維他命補充微量營養素，檢視 7/25 個案盤餐已可進食約 2/3，無出現噁心嘔吐不適，評估熱量一日達 1,500卡/日，並能正確說出肺結核飲食選擇。固定每週日測量體重、每週 2 次監測個案抽血檢驗值變化。7/31提供營養師門診諮詢聯絡方式，提供個案出院後疑難排解窗口。至出院當天個案體重 7/31: 54 kg，BMI:20.3。7/31檢驗值 Alb:3.2mg/dL、Na:136mmol/L、K:4.5mmol/L、Hb:12.3g/dL。

(三)改善社交隔離狀態

1.建立醫護信任關係：採連續性照護，溫柔語氣自我介紹，建立信任醫病關係，每次安排一段不受干擾時間會談，環境保持舒適安靜、保持隱私一對一的環境。每次與病人面對面眼神接觸訪談，運用溝通技巧同理傾聽，以關懷口吻引導個案說出發病經過、治療過程、周遭人事物變化，傾聽其在意的病情及感覺，探索可能造成社交隔離的原因，7/14個案表示自己對肺結核有不好的先入為主觀念，認為每個人都會害怕被感染，會歧視她，所以把自己隔離起來就安全了。辭職後和同事見面機會減少，加上較內向被動，與朋友聯繫次數漸少。7/12強化個案對於疾病認知：結核病並非絕症，規則服藥有完治可能，也並非需終身隔離與外界斷絕聯絡。

2.提供突破社交隔離方法：7/14鼓勵個案面對家人、朋友時能勇敢說出想法感受，不需獨自猜忌、承受壓力，多一點

主動聯繫的動作，並鼓勵個案配戴 N95 口罩外出病室散步，出外曬太陽以改善夜間睡眠、也可減緩心理壓力。鼓勵個案除現實生活交友，也試著在網路上認識新朋友，介紹肺結核病友會網站，認識其他病友及其故事，藉此了解在治療過程中並不孤單。7/14於案姊探訪時和其說明個案心理狀態，鼓勵案姊同理個案感受、多鼓勵個案常表達心裡想法，讓個案了解到治療過程家人也是支持的力量，7/25個案表示晚上和姊姊電話聊了很久，說出了自己的壓力，覺得心理負擔減輕很多。7/22個案表願意透過手機傳訊和同事維持聯繫，會試著相約聚，並已加入結核病友會，同時認識許多病友。7/31訴：「出院後我會繼續服藥完成治療，保持開闊的心情面對我的朋友家人們！」。9/21個管師轉達個案門診追蹤已完治，痰液抹片陰性，目前在住家附近超商上班，與同事相處融洽。

討論與結論

本文敘述一名成年期女性於罹患肺結核後，出現身體不適、服藥後食慾不振、遭遇人際社會隔閡，面臨生心理劇大壓力下的照護過程。照護期間以病人為中心護理模式：隔離期提供充足疾病與用藥知識為個案解惑，以增進對治療的信心，降低不安感，應用跨團隊合作設計飲食菜單、指導復健運動，增強免疫力促進身體復原(Lu et al., 2021)。採關懷傾聽建立良好護病關係，依個案對疾病所致的社交隔離、活動能力限制、謹慎評估藥物還是疾病所致食慾不振，給

予疾病認知強化、鼓勵個案在人際關係中採取主動態度。唯可惜住院期間案姊探視次數一週僅一次，較難介入協助強化家人間的連結。

筆者認為未來護理師除了在住院期間面對肺結核病人，還需同時對其家屬、朋友加強公共衛生教育知識，亦可透過醫院定期講座分享照護經驗及知識。病人可能因疾病所產生內心與社會隔閡問題，需於照護期間謹慎評估是否有心理問題需專業心理師介入，予病人心理狀態的支持系統加強，及正確衛教病人及家屬在規律服藥下，結核病菌數可能下降至痰液抹片呈陰性，則傳染性極低不需再隔離；在照護過程宜採引導、開放式談話，營造放鬆且舒適的對話空間，並告知病人肺結核病友會管道，使其可向病友學習，及早回歸社區，並可借助衛生所地段護士強化在結核病病人所在社區疾病教育認知，以提升社區疾病友善、持續追蹤病人藥物治療進度，完整療程並杜絕肺結核傳播。

參考文獻

- Addo, J., Pearce, D., Metcalf, M., Lundquist, C., Thomas, G., Barros-Aguirre, D., Koh, G., & Strange, M. (2022). Living with tuberculosis: A qualitative study of patients' experiences with disease and treatment. *BioMed Central Public Health*, 22(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14115-7>
- Aggarwal, A. N. (2019). Quality of life with tuberculosis. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 17, 100121. <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2019.100121>
- Ahmadi Marzaleh, M., Peyravi, M., Azhdari, N., Bahaadinbeigy, K., Sharifian, R., Samad-Soltani, T., & Sarpourian, F. (2022). Virtual reality applications for rehabilitation of COVID-19 patients: A systematic review. *Health Science Reports*, 5(6), e853. <https://doi.org/10.1002/hsr2.853>
- Chung, S. J., Byeon, S. J., & Choi, J. H. (2022). Analysis of adverse drug reactions to first-line anti-tuberculosis drugs using the Korea Adverse Event Reporting System. *Journal of Korean Medical Science*, 37(16), e128. <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e128>
- Febi, A. R., Manu, M. K., Mohapatra, A. K., Praharaj, S. K., & Guddattu, V. (2021). Psychological stress and health-related quality of life among tuberculosis patients: A prospective cohort study. *European Respiratory Journal Open Research*, 7(3). <https://doi.org/10.1183/23120541.00251-2021>
- Lin, H. S., Lin, M. S., Chi, C. C., Ye, J. J., & Hsieh, C. C. (2021). Nutrition assessment and adverse outcomes in hospitalized patients with tuberculosis. *Journal of Clinical Medicine*, 10(12), 2702. <https://doi.org/10.3390/jcm10122702>
- Lu, Y., Wang, H., Zhu, J., Wang, N., Cui, D., & Li, L. (2021). Effect of targeted nursing intervention plus psychological counseling on quality of life, negative emotions, and complications in patients with extensively drug-resistant tuberculosis. *American Journal of Translational Research*, 13(12), 13950. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35035736/>

- Ockenga, J., Fuhse, K., Chatterjee, S., Malykh, R., Rippin, H., Pirlich, M., Yedilbayev, A., Wickramasinghe, K.-O., & Barazzoni, R. (2023). Tuberculosis and malnutrition: The European perspective. *Clinical Nutrition*, 42(4), 486 - 492. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.02.009>
- Orooj, M., Pant, A., Mujaddadi, A., Jain, M., & Ahmed, I. (2023). Short-term pulmonary rehabilitation among post-pulmonary tuberculosis patients during coronavirus disease 2019 pandemic. *Thoracic Research and Practice*, 24(3), 131 - 136. <https://doi.org/10.5152/ThoracResPract.2023.22147>
- Shaw, J. A., Diacon, A. H., & Koegelenberg, C. F. N. (2019). Tuberculous pleural effusion. *Respirology*, 24(10), 962 - 971. <https://doi.org/10.1111/resp.13673>
- World Health Organization. (2023, October). *Global tuberculosis report 2023*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1>

靜
思
語

心平靜，
當下就是淨土。
~ 證嚴法師靜思語 ~

When the mind is pure and tranquil,
we have arrived in Pureland.

~ Master Cheng Yen ~



Nursing Experience of a Young Adult Female with Pulmonary Tuberculosis Complicated by Lung Collapse

Shih-Ting Lin¹, Yu-Shang Chen², Yu-Ting Yang³

ABSTRACT

This article describes a middle-aged female who has been taking medicine for tuberculosis for five months. Due to the side effects, she suffered from loss of appetite, lung collapse and effusion, and was admitted to the negative pressure ward for treatment. After the diagnosis, the case resigned and lived alone at home. After hospitalization, she became lonely due to social isolation, and confused about the treatment. From July 7 to July 31, 2023, after interviews, physical assessments, and physical examinations, a holistic assessment was conducted using the Gordon 11 items to identify the case's main health problems: gas exchange disorders, less nutrition than the body needs, and social isolation. During the care period, cross-team individual lung rehabilitation and nutritional care were implemented, as well as caring and empathetic listening skills used to establish therapeutic interpersonal relationships to guide the case to express her feelings, accept her emotions, and to provide advice. The process showed a positive change in the patient including depression through to discharge, along with an improvement in breathing pattern. We hope that sharing this experience can provide clinical tuberculosis patients with a more holistic quality of care and enable tuberculosis patients to complete the course of treatment. (Tzu Chi Nursing Journal, 2025; 24:5, 115-124)

Keywords: pulmonary tuberculosis, lung rehabilitation, social isolation

RN, Taipei Veterans General Hospital¹; HN, Taipei Veterans General Hospital²

Accepted: June 11, 2025

Address correspondence to: Yu-Shang Chen No.201, Sec.2, Shih-Pai Rd. Beitou Dist., Taipei City 11217, Taiwan

Tel: 886-2-2871-2121 #17260 E-mail: yschen16@vghtpe.gov.tw