



# 臺灣腎臟護理學會會訊

發行人：鄒海月 總編輯：江慧珠  
 發行所：臺灣腎臟護理學會  
 出版址：台北市南京西路6號7樓  
 網 站：www.tnna.org.tw

主編：吳淑榕 秘書：何慈雯、周郁潔  
 行政院新聞局出版事業登記證 局版北字誌字第2122號  
 電話：02-25651932、25651910 傳真：02-25651932  
 電子郵件：nnaroc67@giga.net.tw tnnanew@ms51.hinet.net

## 會務動態



### 理事長的話

鄒海月

#### 新春祝福 — 迎接挑戰、再創新局

各位親愛的理監事及全體會員們，大家好：

首先謝謝各位對本人的支持，在未來擔任理事長工作的三年中將與大家共同為學會服務。回想民國八十七年學會創始之初至今已進入第七個年頭，在前任梁理事長及理監事們的奉獻及全體會員的共同努力下，學會已奠立了良好的基礎。自民國八十九年建立了學會專屬的網站，提供會員即時的資訊與溝通對話的管道，並於民國九十一年定期出刊了屬於我們自己專業的雜誌。這些年來學會的努力也獲得腎臟界工作伙伴們的支持，目前擁有2323名的會員。

展望未來，面對醫療環境巨大的改變，醫院總額支付制度自九十一年七月一日實施後，全民健康保險正式邁入全面實施總額給付的時代，爾後的醫療服務將更重視疾病的預防保健及要求醫療照護的品質。學會要掌握當前醫療的需求，加強對腎臟慢性疾病照護的衛生教育計畫及建立臨床作業的規範及標準，以提升腎臟照護的品質，同時需要協助會員加強專業研究及解決問題的能力，增進與國際專業團體的交流，讓我們努力的成果也有機會與國際友人分享。

當然學會也要加強與會員的聯繫，並要為會員提供更好的服務，希望全體會員也能積極參與會務，為學會共創美好的明天。

時序已近歲尾，又將是新的一年初始，在此向大家賀新年，祝福身心健康、事事如意！

## 交流小站

秘書處

一、各位會員的通訊資料或任職的醫院若有變更，煩請來電告知秘書處或自行上學會網站更改正確資料，以便我們將最新的訊息寄達您的手中。

### 二、感謝

台灣雙恩喜股份有限公司贊助壹萬元整。  
 廖淑修贊助壹仟肆佰元整。郭美純贊助壹仟貳佰元整。  
 江杏珠贊助陸佰元整。吳淑娟贊助參佰元整  
 林美珍贊助參佰元整。

◆腎臟護理學會第三屆理監事及各委員會主委名單◆  
 (因版面關係，各委員服務單位請上學會網站瀏覽，學會網址：www.tnna.org.tw)

- \*理事長：鄒海月
- \*秘書長：郭美純
- \*常務理事：丘周萍、江慧珠、邱小鳳、馮英鳳
- \*理事：江杏珠、吳家蟬、林美珍、翁淑滿、康宜靜、張秋麗、梁嘉文、陳淑娟、詹淑貞、劉雪娥
- \*候補理事：黃玉珍、黃蘭媚、楊素真
- \*常務監事：梁靜祝
- \*監事：王美華、王春葉、周學智、顏妙芬
- \*學術委員會主委、副主委：邱小鳳、張秋麗
- \*會員委員會主委、副主委：林美珍、吳家蟬
- \*財務委員會主委、副主委：詹淑貞、江杏珠
- \*資訊會訊委員會主委、副主委：江慧珠、梁嘉文
- \*雜誌編輯委員會主委、副主委：丘周萍、王麗華
- \*評鑑品管委員會主委、副主委：陳淑娟、康宜靜
- \*腎臟專科護理師訓練及甄審委員會主委、副主委：周學智、林文綾
- \*國際事務公共關係委員會主委、副主委：劉雪娥、王美華

自北城事件以來，病人安全的問題更受到各界的注意，行政院衛生署醫院評鑑小組，也針對病人安全的相關問題，提出許多評鑑要求重點，亦訂定未來一年為病人安全年，因應不同單位有不同的屬性，對透析室而言，什麼是我們應該特別注意的病人安全問題，身為透析界的每一位成員，都應盡最大的心力去做好它，本期特別為如何建構安全性高的透析中心，在硬體的設備及維護，軟體的人員訓練管理與透析品質，都有詳細的說明，很值得各透析中心參考。

在特別專欄裡，針對如何處理口頭醫囑，醫策會亦有明確訂定護理人員在接受口頭或電話的醫囑或重要檢驗結果，必須有一定程序規範複誦完整醫囑內容或檢驗結果確認後才可執行。在此學會專屬律師也提供相關注意事項，讓醫、護同仁共同為病人安全把關。

學術專欄裡，延續上一期動靜脈瘻管穿刺的一些基本觀念。我們都知道對於長期透析患者而言，他們最擔心的莫過於穿刺那兩針，所以練就一手好功夫，更能受到患者的好評，期望這些觀念對各位會員在穿刺瘻管上有所協助及不同的省思。在擔任主編後深深感受到在平日繁忙的工作裡，能撰寫這些文章，為自己的經驗做知識的管理，是一件美好的事，期待大家共襄盛舉。



## 如何建構 安全性高的透析中心？

佳特健康事業有限公司  
護理專員 楊靜子

「病人安全」議題近年來受世界各國重視，提供透析的安全性與最佳醫療服務品質是各透析院所的責任，要如何建構一個安全性的洗腎中心？可以就硬體設施、動線的規劃、醫療設備之操作與消毒、建立標準操作流程、人員訓練及品管要求說明之：

### ● 醫療設備安全

所有透析機、水處理設備及醫療設備須定期維修保養，且有記錄可追蹤。

#### 一、透析機安全

- 定期校正各項警報系統及功能之正常。
- 上機前檢視透析機警報，透析液濃度，透析液溫度及各項功能皆正常。
- 每日依規定步驟消毒機器。
- 班與班之間執行機器表面清潔消毒。
- 每台機器每季做細菌培養。
- 機器狀況要標示（禁止使用、可使用、待修、保養中）。
- 備機需每 48 小時消毒一次。


#### 二、水處理設備

- 每半年清洗供水儲水槽（水塔）。

- 每月 RO 定期保養及測試、消毒。
- 所有維修保養必須紀錄於設備保養記錄表。
- 每日登錄 RO 壓力錶，監測水處理設備功能正常。
- 區 RO 管路設備圖與標示及開關球閥必須依照系統的編號及位置做明確標示。
- 設立異常狀況解決流程，停水時緊急應變措施。
- 患者進行透析時，不能強制水路略過（By-pass）活性碳過濾器。
- 鹽巴每週加 2 次，鹽需墊高，鹽巴筒內部定期每季清洗，鹽量及種類正確。
- RO room 維持乾淨、乾燥，無任何滲漏。

### ● 水質標準

- 去每年依 AAMI 規定做水質重金屬分析要有記錄可查，結果在安全標準內。
- 每台機器開始使用前以及每年都必須作一次 RO 水化學物質含量的檢測。
- 每（日）監測水質硬度（17）、氯氣（0.1）、PH（7）、TDS（1500）
- 新成立之 Center 及每月水質細菌培養，正常值 100CFU's，報告須醫師簽名，>50CFU's 須重新消毒檢測且有記錄可查，異常者設定改善處理流程。
- 採樣點：RO 後或 RO 產水儲槽，循環輸送系統（回水處），水流三分鐘以上再抽檢體。

 接下頁

- ◆ 透析液之含菌量不可以超過 2000 CFU's。採取標準是 1500CFU's，每一台機器於每一季至少做一次，檢體的採檢為透析器外管之動脈出口端採取，透析器仍連接於機器上，而洗腎機仍維持其傳導度。
- ◆ 定期檢測內毒素含量(endotoxin) LAL:2EU/ml 以下，1EU/ml 以上須採取改善行動。

### ● B 液攪拌機消毒

- ◆ 每天用 500ppm 漂白水消毒「重碳酸鹽混合槽」且標示，噴霧或浸泡十分鐘後，清洗(排乾)水槽直到結果為(-) (低於 0.5ppm) 為止。
- ◆ 大 B 桶必須標示使用狀態，例如“R.O.水”、“重碳酸鹽”或“消毒中”。
- ◆ 分裝 B 液小桶則每週消毒一次。

### ● B 液調配須測定比重，正常值為 1.06，確保其濃度正確。

### ● 重覆使用透析器

- ◆ 消毒劑之濃度依規定準備及檢測，有效日期與配製人需簽名。
- ◆ 工作人員需經過操作訓練，並使用防護措施。
- ◆ 環境注意通風，肝炎與非肝炎須隔離分區處理。
- ◆ Reuse room 與 RO room 須隔區。
- ◆ AK 標示病人姓名、日期、使用次數。
- ◆ AK 最低有效容積 80%，低於此就須丟棄。
- ◆ Reuse AK 灌上消毒劑，注意有效濃度及有效期。
- ◆ Reuse AK 儲放位置應分肝炎與非肝炎區，B 肝不可 reuse。
- ◆ 使用前須由兩人確認病人正確並通過消毒劑之殘餘量測試。

### ● 血型感染管控

- ◆ 檢查肝炎記錄，陰性病人鼓勵施打疫苗，建議定期篩檢(-)病人注意轉陽率之發生。
- ◆ 員工雇用前先檢查 B 肝。
- ◆ B 型肝炎陽性者，隔離使用物及設備。
- ◆ 每年排員工肝炎隔離訓練，並使用全面防護措施。

### ● 傳染管制

- ◆ 工作人員必須受過血液致病源訓練。
- ◆ 依傳染管制步驟及無菌技術操作。
- ◆ 乾淨區與血液檢體操作區要隔離。
- ◆ 正確洗手技術。
- ◆ 感染及有毒廢棄物垃圾分類處理。

### ● 廢棄物處理

- ◆ 須標示且依相關法令規定分類處理。
- ◆ 廢棄物記錄應包含種類、數量、送出時間、地點。
- ◆ 廢水按政府規定處理。

### ● 環境衛生安全

- ◆ 單位建築和物品擺放不可使病人產生危險性，尤其是 O<sub>2</sub> 桶擺放位置與電視高度是否適當，有無造成腎友安全虞慮。
- ◆ 標示緊急出口指標，當發生意外狀況時，以引導病人及工作人員至室外安全處疏散，緊急出口門不可內鎖或堵住，有應急的通道可向出口方向打開。
- ◆ 提供病人及工作人員有充足的照明及良好通風設備。
- ◆ 滅火器、消防栓、固定滅火系統及灑水系統都功能良好。
- ◆ 緊急意外事件之應變及演練。
- ◆ 所有化學物品要貼危險標示。
- ◆ 定期撲滅鼠類及害蟲。

### ● 藥品耗材管理

- ◆ 每月固定盤點，採先進先出原則，設定安全庫存量及避免物品之屯積過期。
- ◆ 所有醫療用品皆存放在乾淨、衛生與安全的地方(勿直接接近地面)。
- ◆ 冰箱須將食物及藥品分開放，注意藥品保存溫度。
- ◆ 開封藥品要標註開封日及有效期。

### ● 護理人力需求

- ◆ 透析護士須有護士執照，且腎臟專科護士比例依腎學會規定，適當的護士與病人比例 1:4。
- ◆ 有專人指導新進人員。
- ◆ 有環境衛生安全(Environmental Health Safety, EHS)人員負責環境設備安全。
- ◆ 每位員工皆有在職教育記錄。

### ● 實驗室檢查

- ◆ 單位應有合格之檢驗室。
- ◆ 依腎學會規定定期(每年 6 月、3 月、1 月)生化檢查。
- ◆ 工作人員正確之步驟採取標本。
- ◆ 評估結果可靠性與品管要求。

### ● 病人照護

- ◆ 透析前後工作人員應執行身體評估，透析中應每 60 分鐘監測及記錄。
- ◆ 工作人員對透析合併症之症狀與徵候應認知且能適時反應處理。
- ◆ 透析記錄之正確及完整。
- ◆ 定期評估病人問題，進行改善計劃。
- ◆ 醫療主管應確實檢視意外事件報告，必要時採取預防措施。
- ◆ 提已日益供社工及營養服務。

### ● 工作人員訓練

- ◆ 工作人員有定期之在職教育訓練及考核。

- 每年須有 CPR、AIDS 及 B 型肝炎防護訓練、環境衛生安全 (Environmental Health Safety, EHS) 人員和消防及撤離訓練。
- 所有之訓練必須經由合格指導者負責。
- 遵循 ISO 標準操作技術。
- 所有員工應分組並熟悉工作執掌的建立 CQI 計劃和運用臨床路徑。

雖然健保幾付逐漸下降，但建構安全性高的洗腎環境與醫療設施，是非常重要的，提供腎友高安全、高品質的透析，如此才具有市場競爭力，希望大家一同為透析安全來把關！



## 動靜脈瘻管穿刺的一些基本觀念 (下)

安德聯合診所  
主治醫師 范姜群毅

### 四、瘻管穿刺的方法有那些？

有關瘻管穿刺的方法，目前並沒有為大家所共同接受的統一模式。Twardowski (1979) 指出連續單一點穿刺可減少瘻管併發症，Kronung (1984)。也認為連續單一點穿刺或鈕扣眼穿刺法 (constant site or buttonhole method)，是避免瘻管併發症的最好方法，因它不造成任何的瘻管假性動脈瘤與狹窄等併發症，現在已被廣泛的使用於居家透析 (Home dialysis) (Twardowski, 1999)。

但對於透析中心而言情況就有些不同，病患無法固定由同一位護理人員上針，鈕扣眼路徑常常會因不同人穿刺造成不同角度破壞掉，而大失原來美意！最近 Toma 等人 (Toma, Shinzato, Fukui, Nakai, Miwa, Takai, & Macda, 2003) 在鈕扣眼路徑形成前的 14 天，新發展出圖釘樣的裝置 (thumbtack-shaped polycarbonate peg) 於透析結束拔針後固定於皮下組織的穿刺路徑，等到穿刺路徑形成後再改用特製的鈍針穿刺，成功的解決透析中心使用鈕扣眼穿刺法的困境，初步成績相當不錯！

至於鈕扣眼穿刺法發生的針孔旁滲血或透析後不易止血問題，Twardowski (1999) 建議選擇動脈針與瘻管血流方向相同 (antegrade) 的穿刺法來克服。

還有一種瘻管穿刺法是重覆穿刺瘻管的同一個區域，稱區域穿刺法 (area puncture technique)，一段時間之後瘻管異常擴張會造成假性動脈瘤，並且在假性動脈瘤附近形成狹窄，根據白努力定律 (Bernoulli's law)，瘻管狹窄與假性動脈瘤會持續的進行、發展，

此一方法並不建議使用。

另一穿刺法是將穿刺位置平均分配在整條瘻管長度的每一點，像沿著瘻管上下爬繩梯一般，稱繩梯穿刺法 (rope-ladder puncture technique)，此種方法造成整條瘻管多處的小點狀擴張，但不會造成假性動脈瘤，也較少形成狹窄，這是目前普遍被認可的方法。

### 五、首次穿刺

首次瘻管穿刺必需由非常有經驗的透析護理人員小心的執行，特別是不得不使用的未成熟瘻管。瘻管還沒成熟，即使對於很有經驗的護理同仁也一樣穿刺困難，因為新瘻管的血管壁非常脆弱，稍一不慎很容易造成皮下滲血、血腫 (subcutaneous leakage and hematoma)，增加了下次穿刺的困難度。

病患身上若已放置雙腔導管，初次瘻管穿刺有人主張先僅穿刺一針，另一針以連接雙腔導管中的一端取代。NKF/DOQI Guidelines (2000) 建議穿刺瘻管的一針當做為動脈，雙腔導管的一端為靜脈，但 Dinwiddle (2002) 認為瘻管這邊當做靜脈會更好，那樣不但不會有血流不足、血管塌陷、或血管經攣的問題，還可以增加局部血流量與壓力，以促進瘻管動脈化 (arterialization)，但是 Dinwiddle 忽略了雙腔導管大部分是從右側內頸靜脈放置到上腔靜脈，若是以上肢的新瘻管作為靜脈，血液又回流至上腔靜脈，此時可能會有較高的重循環 (recirculation)。

穿刺時察覺到任何穿破滲血的情形應立即予以拔針、加壓止血，再次的穿刺最好等到瘻管消腫後再嘗試，基於上述這個理由，雙腔導管也經常等到確定穿刺成功之後再予以拔除。

Dinwiddle (2002) 同時也認為：當我們一端使用穿刺針，一端使用雙腔導管時，PTT (partial thromboplastin time) 在透析治療之後，有可能因為留置肝素 (locked heparin) 被推進太多而上升，引起穿刺傷口止血不易或再出血。以下的三個步驟是為了預防拔起穿刺針造成止血不易：(1) 降低肝素劑量 (2) 在透析開始前就先更換雙腔導管中不使用端的留置肝素 (3) 在透析結束前 1 個小時關閉肝素幫浦。還有，請檢查病患常規藥物中，有無增加延長出血時間的藥物。

### 六、穿刺針的選擇與動靜脈壓力的偵測

穿刺針的選擇取決於透析要求的血流量多寡，若要達到 350ml 到 500ml/min 的血流量，標準的 16 號針是無法達到要求，需改成 15 號針甚或 14 號針，才可能接近透析機所顯示的血流量。依照 NKF/DOQI Guidelines (2000) 和 Graves (2001) 的建議血液透析時幫浦之前 (pre-pump) 的動脈負壓不要低於 -200 mmHg 到 -260mmHg，以免實際血流量與你想要達到的血流量相差太多，為確保醫囑的高血流量，必須考慮更換尺寸大一點 (小一號) 的針。

靜脈壓是指血流通過靜脈針所造成的阻力，其數值約為實際瘻管內壓力的 4 倍 (Besarab, Sullivan, Ross, & Moritz, 1995)。選用不同的針、不同的血流量應會造成不同的靜脈壓。不知甚麼時候開始？也不知為

何？大部份在臺灣透析室護理同仁或病患都將靜脈壓“定”在 200mmHg，只要高於 200mmHg 就是“高”靜脈壓，只要低於 200mmHg 就是“正常”靜脈壓，完全忽略血球比容、血流量、穿刺針大小所扮演的角色，這實在是非常錯誤的認知！

以一位血球比容 30% 的病患為例 (Besarab, & Frinak 2000)，選用 16 號針，血流量 200ml/min，合理靜脈壓在約 150mmHg 以下，血流量 300ml/min，合理靜脈壓約在 230mmHg 以下；若選用 15 號針，血流量 200ml/min，合理靜脈壓約在 125mmHg 以下，血流量 300ml/min，合理靜脈壓約在 175mmHg 以下。

另靜脈壓也受到血液黏稠度的影響，與血球比容的高低當然有密切的關係，所以，以上的數值是假定病患的血球比容是 30%，在開始透析前的 2~5min 測正值，若是病患的血球比容值更高或透析過程中繼續脫水，應該容許更高的數值。所以，透析中護理同仁竭盡所能地讓病患的靜脈壓低於 200mmHg，而將靜脈針改成比動脈針尺寸大的針，或一再重覆穿刺靜脈，甚至調降血流量等等都是不需要的措施 (范姜, 2003)。

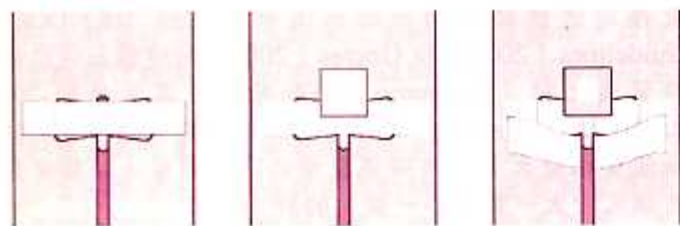
### 七、瘻管穿刺時所遭遇的問題

穿刺失敗或透析中由於針移位造成血腫，若尚未使用肝素，應先拔針，用食指、中指壓迫約 2 cm 的區域，止血後再重新穿刺。如果不小心造成針穿透瘻管形成血腫就比較棘手，經常不知道該壓迫何處而無法確實止血。如果血腫發生在已使用了肝素，是否要立刻拔針需要仔細評估，一般原則如下 (Brouwer, 1995)：若是血腫未見擴大，選擇留置針等透析後一起移除，血腫不斷增加時，宜立即拔針加壓止血，但千萬不要在針留置情況下加壓止血，這樣會造成更大的出血！

重新穿刺的針最好遠離血腫位置，如果是靜脈針應選擇血腫上面的部位穿刺，即使無法做到，也要在重新穿刺後，先以較低血流速，仔細觀察靜脈壓與血腫變化。

當發生穿刺不順利，拔起針時發現針尖或裡面黏著整條血塊，可能是穿刺的技術不好或被穿刺的那段瘻管有些問題存在，不得已重複穿刺而損傷血管內膜，在這同時已吸進針內的血液也形成了血塊，不要誤以為病患瘻管內充滿血塊，瘻管內血塊絕不可能經由穿刺針抽出來。此時，務必謹慎的另找穿刺位置、或要求資深的同事幫忙。

### 八、固定針



(圖：范姜群毅, 2003)

透析過程中偶而會發生病患的穿刺針脫落，甚至造成大量出血並危及生命，使用 Butterfly tape technique 不但可以安全的固定穿刺針防止滑脫，透析結束時又

可輕易拆除紙膠。

首先在穿刺針蝶翼處貼一條約 6~8cm 紙膠固定穿刺針，用小 OK Band 蓋住暴露在外的針眼部位，再以一條約 8~10cm 之紙膠，從穿刺針蝶翼的塑膠下方穿過，往上回貼蓋住穿刺針蝶翼下部以及第一條紙膠，形成一道針滑出的力量，如以左三圖所示。若有需要，可依病患的個別性，於最上方再以一條約 6~8cm 的紙膠加強固定。

### 九、拔針

拔針，感覺上它是一個簡單的步驟，但仍有少部份病患透析後止血不易，是因為拔針不慎讓穿刺針的斜面切割到血管壁造成比穿刺針口更大的傷口，通常發生此種狀況，拔針當時病患會經歷劇烈疼痛。還有一種情況也偶而會碰到，在止血完畢準備貼紗布時意外發現針孔旁鼓了一個小包，那也是拔針不慎讓穿刺針斜面切割到血管壁造成的皮下組織血腫，通常在一天之後血腫消失了皮下瘀血才會出現。雖然拔針只是一個簡單的步驟，不要因為趕時間卻疏忽了。

### 結語

動靜脈瘻管穿刺技術與觀念的進步，需要所有的護理同仁不斷共同研討。腎臟護理學會應該扮演積極的角色，提供更多的穿刺技術訓練、教育課程和瘻管研習營，讓新進入透析或已有經驗的護理同仁有更多的學習機會，臺灣的透析護理品質將會普遍的提升，病患的透析品質也可獲得更多保障。

### 參考文獻

- 范姜群毅 (2003)。血液透析動靜脈壓合理上限值。臺灣腎臟護理學會雜誌, 2 (1), 70-76
- Begin V, Ethier J, Dumont M, & Leblanc M. (2002). Prospective evaluation of the intra-access flow of recently created native arteriovenous fistulae American Journal of Kidney Disease, 40, 1277-1282
- Besarab, A., & Raja, R. (2001). Vascular access for hemodialysis. In J.T. Daugirdas, T.S. Ing, & P.G. Blake (Eds.), Handbook of dialysis (3rd ed.) (pp. 67-101). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Besarab, A., & Frinak, S. (2000) Strategies for prospective detection of access dysfunction In P.J. Conlon, M.L. Nicholson, & S.J. Schwab (Eds.), Hemodialysis vascular Access: Practice and problems (pp. 164-172). Oxford: Oxford University Press.
- Besarab, A., Sullivan, K.L., Ross, R., & Moritz, M. (1995). The utility of intra-access monitoring in detecting and correcting venous outlet stenosis prior to thrombosis. Kidney international, 47, 707-711.
- Brouwer, D. J. (1995) Cannulation camp: basic needle cannulation training for dialysis staff Dialysis and Transplantation, 24, (11), 606-612
- Dinwiddle, L. (2002) Interventions to promote fistula maturation Nephrology Nursing Journal, 29 (4), 377-378

Graves G. D. (2001). Arterial and venous pressure monitoring during hemodialysis, Nephrology Nursing Journal, 28 (1), 23-30.

Kronung, G. (1984). Plastic deformation of Cimino . fistula by repeated puncture. Dialysis and Transplantation; 13, 635-638

National Kidney Foundation (2000). Access Maturaton NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Vascular Access. Available: <http://www.kidney.org/professionals/doqi/guidelineindex.cfm>

National Kidney Foundation (2000). Inadequate delivery of hemodialysis. NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis Adequacy. Available: <http://www.kidney.org/professionals/doqi/guidelineindex.cfm>

Toma, S., Shinzato, T., Fukui, H., Nakai, S., Miwa, M., Takai, I., Maeda, K. (2003). A timesaving method to create a fixed puncture route for the buttonhole technique Nephrology Dialysis Transplantation, 18, 2122-2127

Twardowski, Z. (1979). Different sites versus constant sites of needleinsertion into arteriovenous .stulas for treatment by repeated dialysis Dialysis and Transplantation, 8, 978-980

Twardowski, Z. (1999). Blood access complication and longevity with frequent daily hemodialysis and with routine hemodialysis Seminars in Dialysis, 12, 451-454.

(完)

## 特別專欄

### 主題：如何處理口頭醫囑問題

#### ● 問題 ●

一位末期腎病變合併肝硬化的病人，在輸血後發生寒顫、發抖的情形，護士問醫師如何處理，醫師用電話醫囑口頭告知給 Vena 1Amp 抗過敏的針劑，護士打完針劑病人意識呈現昏睡狀態，家屬質疑此針劑有問題，所以打了才會變不清醒。

護士再度找醫師來診視，醫師責問：為何沒告知病人有末期肝硬化，又為何 Vena 給予靜脈注射？護士回答你又沒問病人是否合併其他疾病，我們 Vena 一直都是由靜脈注射，而且剛才您也沒說如何打？

(最後事件結果：醫師承擔起來，並向家屬解釋，家屬亦能接受。但護士因為這件事難過了一段時日，心想，若病人昏迷不醒，那將怎麼辦？)

因為臨床上口頭或電話醫囑的情形很多，所以，我們在臨床上接受醫師的口頭醫囑，應注意些什麼？

#### ● 律師的建議 ●

- (1) 在醫病關係中，醫生必須先對病患之身體狀況及病情有充分之了解，方得下達醫囑，此為醫生應盡之義務與責任，合先敘明。
- (2) 然實務上口頭或電話醫囑，於釐清醫生及護士相關責任方面，常涉及證明困難之問題。傳達醫囑當時，若未留有書面紀錄，則傳達之內容為何、護士或是醫生對病患之病情是否已有確切之認識、以及施用藥劑之方法及劑量等等，常無法提出充分之證明。因此，建議的處理方式如下：

#### 1. 在傳達醫囑之過程當中，應留下書面紀錄為當：

例如在醫生以口頭或電話傳達醫囑後，由護士於病歷或護理紀錄上清楚記明醫生姓名、時間、方式、傳達之內容、是否已依醫生之指示告知病患之身體狀況及是否已依醫師之指示為相關之醫療行為等事項，並在事後請醫師補上醫囑單或將該護理紀錄交由該名傳達醫囑之醫師簽名確認，以明確釐清權責之歸屬。

#### 2. 訂定傳達醫囑時所需遵照之步驟：

由醫院內部取得共識，並於醫院規約中訂明在口頭或以電話傳達醫囑時，必須遵守之步驟。例如必須先詢問病患現況、在施打藥劑時必須注意之事項或方式等等（此需依照醫療專業設計之），以避免再發生相類似之事故。

#### 3. 法律責任之歸屬：

醫師應為自己所下達之醫囑負責，故在醫囑錯誤之情況下，若護士已遵照醫師所下達之醫囑進行醫療行為，此時應由醫師負相關之民刑事法律責任。惟，在若干特殊情形下，若護士依其所具備之專業能力，已足以辨別該醫囑顯屬錯誤時，應向該名傳達醫囑之醫師再做確認，並留下書面紀錄，以避免相關之責任，並保障自身之權益。

#### ◆ 公 告 ◆

##### 「前年度未繳之常年會費無須補繳」新措施

本會於九十二年十二月六日「第二屆 92 年度第二次理監事聯席會」中決議，前年度未繳之常年會費不再催促補繳，但依本會章程規定，連續兩年未繳會費者，即算出會，此項規定不變。

唯一特例：若要參選擔任本會理事、監事候選人者，則需連續三年都有繳交常年會費，始可參選。

此項規定參酌多家學會及經第二屆理、監事們之討論後決議，希望能讓會員們覺得權益無受損。但仍萬分希望會員們能多多支持，讓本會能更有力量去發展所有業務，以為增進透析護理人員之權益而努力。感謝並期待您的繼續支持！