



臺灣腎臟護理學會會訊

發行人：梁靜祝 總編輯：江慧珠 主編：秦建民 秘書：何慈雯、周郁潔
 發行所：臺灣腎臟護理學會 行政院新聞局出版事業登記證 局版北字誌字第 2122 號
 出版址：台北市南京西路 6 號 7 樓 電話：02-25651932、25651910 傳真：02-25651932
 網 站：www.tnna.org.tw 電子郵件：nnaroc67@giga.net.tw tnnew@ms51.hinet.net

會務動態



理事長的話

梁靜祝

學會今年三月份首度於北中南舉辦半天的研習會課程，主題為「安寧照護概念於腎病患者照護之應用」。這是一次新的嘗試，期望能讓與會學員在最短時間內得到最大的收穫。

另外，值得開心的是，「臺灣腎臟護理學會雜誌」已通過國際標準期刊號的申請（ISSN 1726-7404），這對學會雜誌是項莫大的鼓勵與肯定，將這個好消息與大家分享。而雜誌第一卷第二期即將出刊，歡迎大家批評指教，使它更加盡善盡美，也希望大家踴躍投稿，使學會雜誌能定期出刊。

交流小站

秘書處

1. 九十二會計年度常年會費未繳交之會員，請自行至郵局劃撥會費（1000 元）。若對繳費有任何問題或需更改通訊資料，歡迎來電秘書處。
2. 九十一年九、十月舉辦之「透析心臟疾病」研習會，因許多學員來電詢問講師王麗華的聯絡方式，故在此提供她的電子信箱：musewang@hotmail.com\

3. 感謝

<91 年>

- 秦建民贊助參仟貳佰元，
- 許秀萍贊助參仟壹佰元，
- 廖淑修贊助參佰元。
- 王念慈贊助參佰元。

<92 年>

一月份

台灣斐恩喜股份有限公司贊助壹萬伍仟元。

二月份

台灣斐恩喜股份有限公司贊助伍仟元。

各委員會訊息

雜誌委員會

- 一、「臺灣腎臟護理學會雜誌」第一卷第二期將於三月初發行，請大家批評指教，並踴躍投稿。

資訊會訊委員會

- 一、會訊繼續朝專題報導方式位會員服務，下期會訊預定主題：1. 護士離職時將各項相關資料由原機關帶走，可能會受到何種處罰？
2. 穿刺技術一篇向有疑問的部分做重點式的討論。

近來不斷有患者告訴我，他們發現到某醫院從掛號、看診、領藥的流程變得更快了；某大醫院的工作人員都變得好有禮貌、服務好親切！或許你也已經注意到了，這些患者的口碑正為這些醫療院所做了最好的宣傳。看來醫療行業正勵精圖治默默為自己轉型量身打造了最佳的服務形象，所以社會潮流的轉變從另一個角度來看其實也是社會之福，讓更多的人受惠；隨著總額預算實施醫療給付調降，仍能使醫療照護品質再轉型提升是非常不容易的，如果社會大眾能惜福，珍惜醫療資源共享，促成這種善的循環，面面相贏的局面是我們所樂見的。

本期學術專欄提供兩篇在洗腎室每天重覆操作的基本護理技術的探討和改善的經驗分享，期望提供病患更安全的透析過程和節省操作成本的雙贏；在精彩的心情故事專欄建議您從另一個角度去思考如何寶貝自己，建立自我價值，進而成為善體人意受歡迎的工作人員；在特別專欄請律師經由案例告訴您「病患在透析過程中死亡，家屬要求不合理的賠償，應採取甚麼樣的措施？」

最後，提醒您在看完了會訊時歡迎來信或 e-mail 至學會告訴我們所提供的內容是否讓您滿意或對您的工作是否有所幫助或您也有很好的經驗可以提供大家分享，期望這個屬於腎臟科護理人員的專屬園地在我們攜手共同耕耘下更充實、更茁壯。

血液透析室如何正確測量血壓

安德聯合診所（洗腎中心）刁毓君

一、前言

雖然不穩定血壓是血液透析病人常見的問題，護理人員卻常常忽略標準的血壓測量程序，病患在透析室測量到的血壓也並不完全正確，臨床上，這些錯誤的訊息會使我們高估或是低估病患血壓方面的問題。

Rahman, Griffin, Kumar, Manzoor, & Wright (2002) 報告 7 個血液透析室，270 個透析病患的血壓測量研究報告中指出：護理人員以標準血壓測量程序測得的血壓測量值，相較於透析室護理人員平常測得的血壓測量值，發現透析前血壓，平均低了 14.3/7.0mmHg，透析後血壓，平均低了 13.6/4.4mmHg，因而透析病患的血壓在一般的透析室似乎被明顯被高估了。

二、學理

(一) 動脈脈搏和血壓(arterial pulses and blood pressure)

1. 動脈脈搏(arterial pulse)

每一次心臟收縮，左心室會壓出一些血量到主動脈，然後注入動脈系統，一個壓力波會迅速的通過動脈系統，這種波動可以感覺出來，稱之為各個脈搏之觸診點。

2. 血壓(blood pressure)

是指左心室在收縮期時，血液流經體內動脈時所加於動脈上的壓力。收縮壓(systolic blood pressure)心室收縮時血液作用在動脈壁產生的最大力量，舒張壓(diastolic blood pressure)心室鬆弛時血液施予動脈壁產生的力量。

(二) 選擇血壓計(choice of phgmanometer)

1. 水銀柱血壓計
2. 無液式血壓計
3. 自動(電子)血壓計

水銀式的血壓計是一般傳統上常用的血壓計。比一般無液式的血壓計來得可靠，但不論那一種血壓計，常因重覆使用而失真，所以需要定期校正。

一般測量血壓的裝配方式有二種(1)聽診器(2)觸摸式。血壓要測量得精確除了正確的操作步驟及工具的選擇外，仍需小心選擇適當大小的壓脈帶 cuff，其大小要視妳所評估肢體的周長而定。壓脈帶的寬度約為臂圍的 40%，而成人平均是 12-14cm，長度約為臂圍的 80%，幾乎含蓋了整個上臂一周。

壓脈帶如果太短，太窄會造成血壓偏高的誤差，若壓脈帶太大，即血壓會較低，如果沒有辦法找到適合的尺寸，就須選擇較大壓脈帶以減少錯誤。

三、正確測量的方法

病患在到達血液透析室時不要匆忙上針，應休息

至少5分鐘，且應停止進食、抽煙，測量前30分鐘內也應避免運動、焦慮、情緒不安，透析室應保持安靜及舒適溫暖。透析護理人員應能評估病患的瘻管位於何側肢體，避開有做瘻管的肢體測量，我們可以選擇他側手臂及腳踝皆可測量血壓。

當然，若病患在其他肢體皆無從選擇的情況下，作瘻管的肢體仍可測量血壓，但要注意避免壓脈帶充氣的時間過長，以免壓脈帶壓力過高而影響瘻管血流。如截肢糖尿病透析病患，長期周邊血管循環差而造成非瘻管側肢體水腫，因透析後段血壓偏低不易測量，故偶亦會使用瘻管側手臂測量血壓。

我們知道測量血壓會因測量位置的不同而有測量值的誤差，甚至左手右手測量值也會不同，理論上血壓應該二邊手臂至少各量一次，正常二側血壓可能相差5mmHg，有時高至10mmHg，記錄時應以較高的一側當作病患動脈血壓，但是在透析病患應顧及瘻管側手臂，一般不測量血壓，所以在透析室，我們只記錄單側手臂血壓。測量之初，病患的手臂或肢體應除去衣物、不要有緊身的衣服（因衣服會影響正確的血壓數據）、避免翹腳，若是坐姿測量血至時，背部應要有支撐物，將手臂置放於床旁桌上，稍高於病患腰部，使肱動脈與心臟同高，約在第四肋間與胸骨交接處。若測量站立時血壓，則應將手臂支持在適當的高度。

聽診器是測量血壓最準確的方式，應避免用手觸摸測量血壓會影響測量值，而自動血壓計則是僅供參考。血壓計的位置十分重要，無論是固定於床上或是移動式血壓計，都要將血壓計置於與心臟一樣高度，假若測肱動脈時血壓計遠低於心臟高度則所量得的血壓值會偏高。

應特別注意的是，洗腎室使用的無液式血壓計常架置於床尾或床頭上方，若病患平躺床上測量血壓，明顯高於心臟高度，則我們可知所測得的血壓反而低估原有血壓值。未測量前先找出肱動脈，即肱二頭肌的內側，將壓脈帶氣排空，再將壓脈帶中心置於其上，壓脈帶的下緣應在肘前皺上方約2.5cm，將壓脈帶舒適地繫住，並使病患的手肘稍稍彎曲；量血壓需一次完成，若一次未量好或測量失敗，應鬆開壓脈帶休息2-3分鐘後再測量，然而測量單次血壓並不足以提供正確數據，需評估多次透析前、中、後的血壓及脈搏。

正確測量血壓的方式，首先須以觸診預估收縮壓，當用一手的手指置於腕動脈上，快速地將壓脈帶充氣至腕動脈脈搏消失為止，在血壓計讀出壓力指數並再加上30mmHg，之後在下一次充氣時即以此值為目標以避免壓脈帶壓力過高所引起的不舒服。

此亦可避免偶爾因聽診間隙，即收縮壓與舒張壓間可能出現的寂靜時段所造成的錯誤。將壓脈帶迅速並完全的放氣，等15至30秒，現在將聽診器的鐘面

輕輕放在肱動脈上，並將其邊緣貼緊，由於這些聲音的頻率較低，以鐘面較容易聽清楚。再度把壓脈帶充氣直到剛剛所決定的值，然後緩慢地放氣使每秒鐘約2到3mmHg的速度，注意下降中可聽到兩個以上的連續搏動聲的最高點，這就是收縮壓。繼續緩慢地降低壓力直到聲音變得模糊，而後消失，為確定聲音已經消失，再注意聽10至20mmHg的壓力下降，然後迅速放氣使壓力降為零，聲音消失的位置通常只比聲音模糊的位置低幾個毫米汞柱高，一般以這點為成人舒張壓。

四、結論

雖然沒有任何文獻提及台灣透析病患血壓的測量誤差問題，但是我相信這個問題一定普遍存在於所有透析中心，我們唯有遵照血壓標準測量方式，才能得到正確的血壓測量值，提供病患更好的透析照顧。

五、參考資料

Barbara Bates. (1997). 盧澤民編譯，身體檢查指引。(pp.292-300). 台北：藝軒。

邱豔芬. (1990). 身體評估-護理上的應用. 台北：華杏。

Storck B. W., (1998). Accurate blood pressure measurement in a hemodialysis unit. ANNA Journal, 25, (4), 427-428.

Rahman M., Griffin V., Kumar A., Manzoor F., Wright J., (2002).

A comparison of standardized versus "usual" blood pressure measurements in hemodialysis patients. American Journal of Kidney Diseases, 39, (6), 1226-1230.

瘻管穿刺針及迴路管--

固定方式之改進經驗

安德聯合診所（洗腎中心）李敏玲

一、前言

在血液透析治療的過程中，雖然有護理人員嚴密的監控整個過程，仍會發生一些意外的異常事件，例如：病患因瘻管穿刺針及迴路管固定不當，造成穿刺針滑出或因迴路管拉扯而致針尖滑出。

理論上，血液透析治療是利用病患血管通路，將病患血液由動脈端以每分鐘200cc-400cc的流速，經

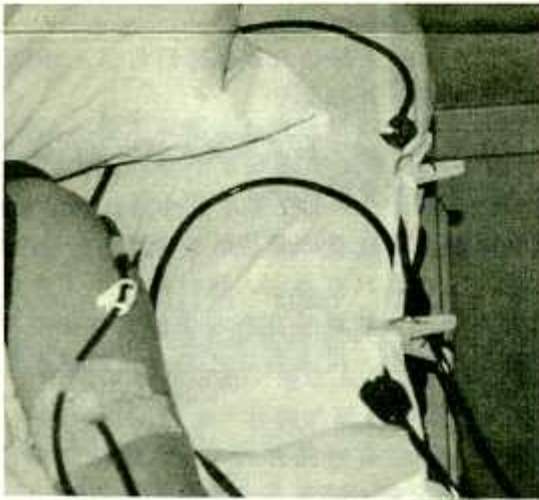
由血液透析迴路管至人工腎臟作移除病患體內毒素及過多水分，處理過的血液再由靜脈端之血液透析迴路管回到病患體內。在此治療過程中，若因透析瘻管靜脈穿刺針滑出，將在短時間內，甚至靜脈壓偵測尚未發出警告之前，就造成危及病患生命的大量失血。

二、意外事件

在過去的經驗中，本診所曾發生多起因迴路管拉扯或瘻管穿刺針固定的方式不當，而導致靜脈穿刺針滑脫造成病患失血。甚至有一次，某位病患更因大量失血而發生休克、昏迷。基於這些事件的嚴重性，使得我們更加正視瘻管穿刺針與迴路管固定的問題。

三、改進方法

有關迴路管的固定方式，過去曾經為了整齊、一致而將冗長的迴路管纏繞數圈安置整齊後，貼上一條3M固定於床單上。之後，我們發現未將迴路管保留足夠長度緩衝，病患無意識地翻身時，很容易拉扯迴路管發生針尖滑出。現在，我們則依病人不同需要或習慣保留了足夠的迴路管長度，再以衣夾固定在床單上(如照片所示)。當然，衣夾是經過特殊篩選，它完全合於迴路管管徑大小，夾住床單時穩固且安全。

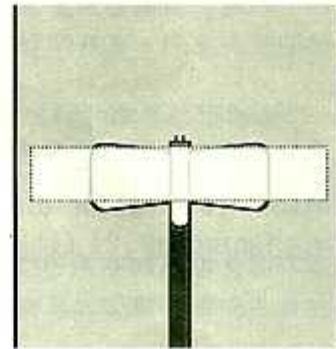


有關瘻管穿刺針的固定法，過去僅用二~三條3M紙膠作橫向固定，並無法阻擋拉扯時的反方向力道，極易導致穿刺針滑出。

Brouwer (1995) 所提及蝴蝶貼技術 (Butterfly type technique)：用1英吋寬、6英吋長膠帶，放在穿刺針蝶翼下，反摺、交叉固定穿刺針後，以2"×2"紗布蓋於針眼處，再以另一個6英吋長的膠帶加強固定。在實際應用時，我們發現將膠帶反摺交叉時，穿刺針無法有效的被固定，甚至在第一條膠帶固定之前針已發生移位。且動脈、靜脈兩針距離太接近時固定困難。另外，在透析結束後，膠帶會很難拆開。參考

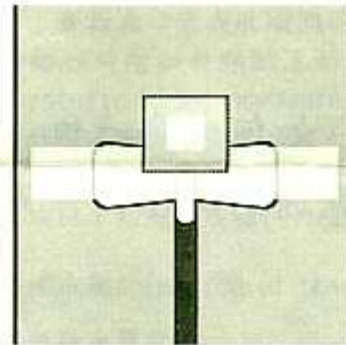
Deborah J. Brouwer 的蝴蝶貼技術，我們發展自己蝴蝶固定法，其方法如下：

- (一) 在穿刺針蝶翼處先上貼一條約6-8cm的紙膠，固定穿刺針，如圖(1)



圖(1)

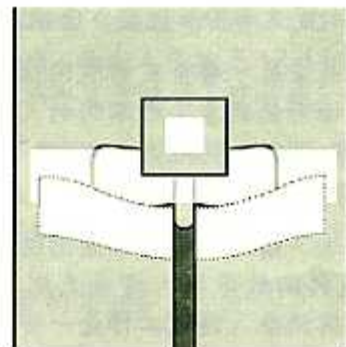
- (二) 用小OK Band蓋住暴露在外的針眼部位，以保護穿刺位置，如圖(2)。



圖(2)

- (三) 用一條約8-10cm的紙膠，從穿刺針蝶翼的塑膠管下方穿過，往上回貼蓋住穿刺針蝶翼下部以及第一條紙膠，形成一道阻止針滑出的力量，如圖(3)。

最後，若有需要，依病患的個別性，於最上方再以一條約6-8cm的紙膠加強固定之。



圖(3)

四、結語

在筆者工作單位中，經過一年多的實際應用之後，我們未再有發生瘻管穿刺針滑出以致失血的事件。所以，為預防意外脫針的發生，多做一道防護措施，即採用蝴蝶貼的方法，實為提高安全性的不二法門。

五、參考資料

Brouwer, D. J. (1995). Cannulation camp: basic needle cannulation training for dialysis staff. Dialysis & Transplantation, 24 (11), 606-12.



如何成為一位 受歡迎的護理工作人員

李筱曼

當我接到這一篇主題時到現在已有三個多月了，在這些日子我刻意的觀察及探討這個主題在職場上的重要性。

護理工作是一門專業的並令人敬佩的職業。專業知識的研討、臨床技術的嚴格訓練等等，均是培養我們成為一個稱職的護理人員。

我常想“受歡迎”的定義是什麼？標準在哪裡？而其基本的“態度”是一個與人相處及在工作上、生活上最直接的表現與感受，而態度的適當與否也在不同場合展現不同的受人尊敬、信任、喜歡及認同。

病人、病患家屬、醫生及醫院同仁是護理工作上最密切接觸與面對的對象。而不同的人際相處，就要靠良好的互動，此時如何成為全方位“受歡迎”的護理人員，值得我們去探討與落實。

病患的不適、情緒的起伏、意志的低落及因病情有不同的照護與衛教等等，這些是需要一顆熱忱的心，主動的參與治療。護理工作是一份耐心去瞭解、聆聽他們的聲音，一種尊重視為完全個體的護理，保

有其隱私權。最關心病患的莫過於家屬，其常常急於瞭解病情的進展、並仔細觀察護理工作人員是否恰當的處理各項事宜，對不盡瞭解之處，總也會提出質疑。而我們應給與適當的解釋工作流程、心理上的支持與建設，也在你與他們的互動中產生信任感與被尊重感。和藹的言語及眼神、配合適當的肢體語言，在在都是合宜態度的表現。

工作上達到勤奮、正確執行所囑、標準的執行技術、嚴謹的態度、主動的發現問題並回報，討論其狀況，我相信這是醫生最需要的工作伙伴。

熱忱的參與、良好的互動是護理工作同仁們之間相處最重要的一環。每一個環節都是要相互的協助、相互的研討，如何達到優質的護理，是大家一致的目標。

一位受歡迎的護理人員其必備的條件是一顆熱忱的心、合宜的態度、良好的人際關係。我相信你不僅是一位樂觀進取的護理人員，也是一位成功的專業護理人員。

如何寶貝自己

李筱曼

弟子問：「如果每個人都自掃門前雪，那麼，這世界豈不是變得一片雜亂？」

大師回答：「不，如果每個人都把自己腳邊的雪掃乾淨，全世界就會變乾淨了。」

大部分的人都把重心放在「愛別人」，而忽略了「愛自己」。以為只有為別人犧牲奉獻，才會受到肯定，備受重視。往往誤將自我的價值建立在他人的肯定上，時間的耗盡，從未為自己思考，而健康及歲月已流失！

有理想有目標有行動力的人，掌控時間充實生活使他變得多彩多姿。戴爾·卡內基先生在如何停止憂慮開創人生一書中提到：「活在今天的方格中。」套句歌手張學友在「情書」這首歌中的一段歌詞：「等待別人給幸福的人，往往過得不怎麼幸福。」除非一個人能照顧自己，否則他無法照顧好別人；除非一個人有能力讓自己快樂，否則他不能帶給別人快樂。

一個懂得寶貝自己的人，總是能吸引所有的愛。如何做，只要你領悟到了。我想疼惜自己是無需理由，想想所有讓自己喜樂的事，行動吧！需持續永久地做下去。

最近讀了一本由包伯·班福德所著作的「人生下半場」其中提到，人生的後半場可以比前半場更美好，

而先決條件就是：你需要花時間想清楚，你想用後半段的時間來做哪些事。建議讀者自我省思：「我的專長何在？」、「我想做哪些事？」、「什麼事情對我最重要？」、「我希望後人記得我的哪些方面？」、「我心目中的完美人生有何特點？」。

我想，有明確的目標掌握方向就能進行寶貝自己的行動。當你愈享受你的生活，就愈有能力和別人分享你的快樂。

註：1. 如何停止憂慮開創人生—戴爾·卡內基著（卡內基系列叢書）。

2. 人生下半場—包伯·班福德著（雅歌出版社）。



珍惜現在所擁有的一切

鍾雅玲

三年前我和一般人一樣過著平淡忙碌的日子，從來沒想過自己會成為腎友的一員。但是，有一天發現自己臉有點圓；以為是發胖，人覺得疲倦；以為是太累，總是認為睡一覺就會好起來，血紅素下降；又認為是地中海貧血老毛病又犯了，總是有理由，就是沒想到自己得了急性腎衰竭。從發病到醫師判定要終身洗腎僅在短短數日內，我的心理毫無準備，這個結果對我來說真是「晴天霹靂」。

抱著包包，從急診轉到腎臟科治療長達一個月的時間，體重從 48 公斤急速下降只剩下 39 公斤，因為頓時失去了健康，日後又要接受長期的洗腎工作，無法接受這種事實，心中覺得那麼無助，也常常無語問蒼天，所以病情很難好轉，終日體力不支都需要靠輪椅接送，幸好有先生及醫護人員在旁鼓勵和耐心照顧，加上眾親友的關懷與期待，自己後來也慢慢覺得真是責任未完成，上有老母下有二子都需要照料，才讓自己點燃希望，並有勇氣重新站起來，也趕緊調整腳步面對自己嶄新的人生再一次出發。

經過這一戰，我彷彿從鬼門關走一遭回來，所以，現在凡事能看得更淡泊，更能以平常心來過生活，儘量做到「今日事今日畢」，更加珍惜身旁的人、事、務和時間，反而找回真正的自己和人生的目標，雖然未來是個未知數也是個謎，但是只要有一線生機我就絕對不放棄。各位朋友！把握現在，不怨天尤人，把每一天過得精采而且有意義，珍惜現在所擁有的一切吧！願與大家共勉之。

再一次感謝長庚醫院腹膜透析的護姐們，謝謝您這三年來的支持和細心照顧，並祝福每一個人都平安健康。

病人在透析過程中死亡，家屬要求不合理的賠償，應採取什麼樣的措施？

問：

病患來院當日，因感冒痰多黏稠不易咳出，呼吸略喘，開始採坐姿透析，一切尚稱順利，約在 3 小時後患者突然昏厥躺下，護理人員立即跑過去，發覺患者已意識喪失，即刻施予緊急處理，仍無法挽回患者的性命。

家屬傷心欲絕，無法接受患者走著進來卻被抬著出去的事實，指控洗腎室醫療疏失，草菅人命，並要求院方負起賠償責任，請問洗腎室應如何面對處理這樣的問題呢？

律師的建議：

對病人在透析過程中死亡，家屬要求不合理的賠償，應採取的措施一事，院方應先自我審查醫療程序有無過失，類此案件一般在訴訟程序上街透過醫療鑑定單位（如：衛生署醫事鑑定審議委員會等單位）來認定有無醫療過失，以決定應負之法律責任：

一、若醫療過程並無過失情形存在，則院方應與死者家屬溝通、說明以和平方式解決問題，若無法達成和解則靜待司法解決。

二、若醫療過程有過失或經鑑定有過失，則有刑事及民事上之法律責任：

(1) 形式上於有過失之情形，構成刑法第 276 條之過失致死罪，如達成和解並無法免除過失致死罪之刑責，僅於量刑部分法官會斟酌減刑，此時我方並應讓法官知道我方賠償之誠意。

(2) 民事部分係指民事賠償而言，在法律上構成民法上之侵權行為，則院方需負擔一定之賠償責任，此時可與四者家屬協議賠償金額，若無法達成和解或家屬所要求的賠償不合理者，則可交由司法解決。

類此情形，若有需負責此部份之主治醫師，院方須與該主治醫師負連帶賠償責任。於賠償後，如符合民法第 188 條規定情形，院方可對該需負責之主治醫師主張求償。