

靜脈注射留置導管技術影片



靜脈注射留置導管技術操作



汐止國泰護理科新進人員到職教育訓練

護理程序II

靜脈留置

2023.07

目的

經皮穿刺靜脈留置導管(Catheter)
以供持續性、間歇性輸液或給藥之
靜脈管路



靜脈留置導管注射法
(Set up IV Catheter)

靜脈

分三層：

- * 血管外膜(Tunica Adventitia)
- * 血管中膜(Tunica Media)
- * 血管內膜(Tunica Intima)

血管圖

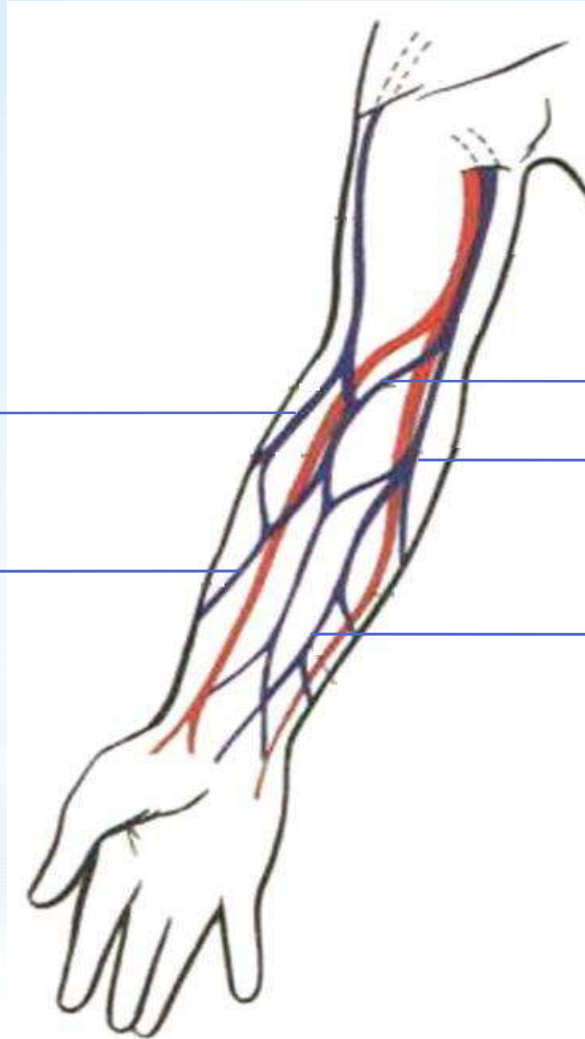
副頭靜脈

頭靜脈

肘正中靜脈

貴要靜脈

前臂正中靜脈



血管圖



病人情況評估

- * 年齡
- * 心理狀況
- * 相關疾病
- * 活動
- * 過敏史

用物準備(1/2)

- * 活動點滴架或床上點滴架一支
- * 依醫囑準備靜脈點滴注射液及欲加入之藥物
- * 點滴套、普通點滴套、小兒點滴套、精密點滴套—Seftic Set、輸血點滴套、Tridil Set
- * 3-way、延長管（視需要準備）
- * 點滴加藥標籤（視需要準備）
- * 止血帶、N/S lock（視需要準備）
- * 用物準備須注意有無過期

用物準備(2/2)

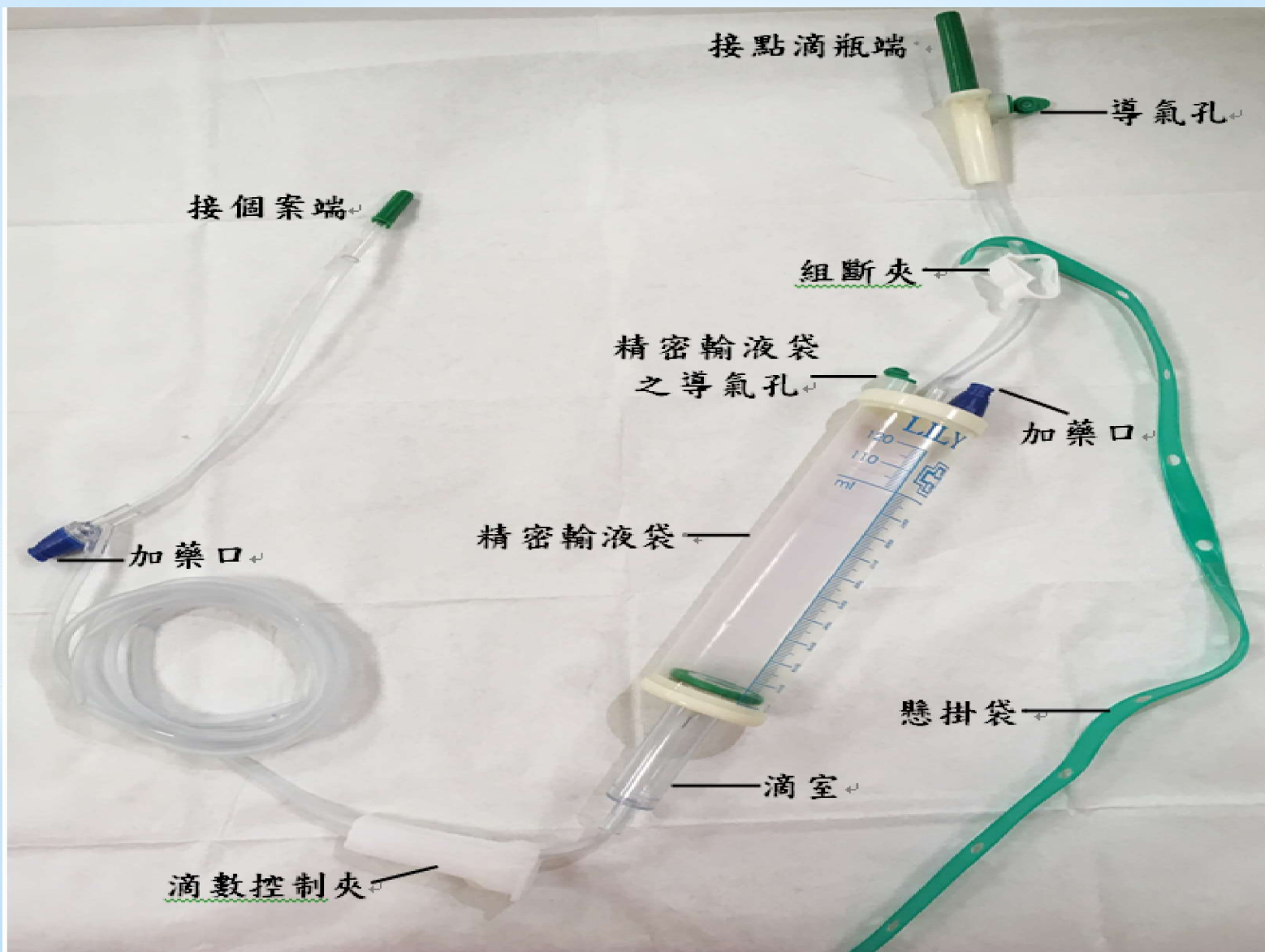
- * 消毒用物—2% Chlorhexidine、棉籤
- * 注射用物—Catheter(號碼依需要準備)
T-connector or IV line
- * 固定用物—OK band or Tegaderm、3M
- * 到期標籤
- * 針筒收集器



普通輸液套管

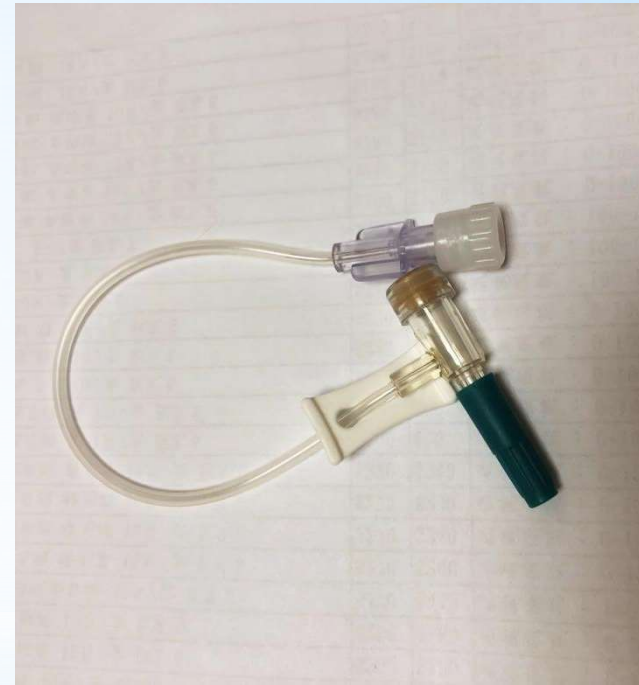


精密輸液套管



T-connector 適用範圍

- * 使用 Pump 之病人
- * 輸血
- * 次數頻繁之抽血
- * 化療
- * 注射部位不易固定者
- * 躁動病人、兒童...



穿刺針

* 靜脈留置針 (IV catheter ;
IC needle) : 適於長時間輸液



常用靜脈導管選用原則

18G 休克、外傷、產婦
準備開刀的病人
(開刀中隨時需要大量且快速輸液的可能)

20G 一般外科手術、輸血、一般輸液

22G 內科病患接受輸血、一般輸液、老年病人

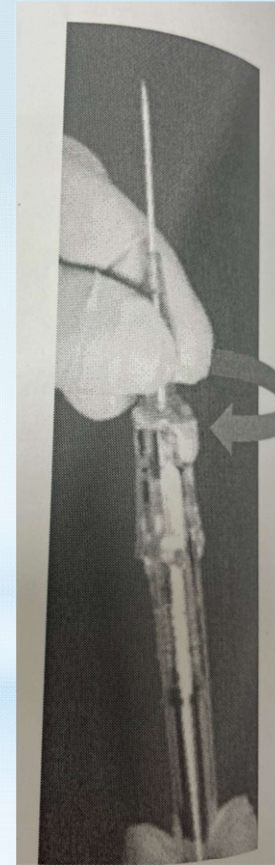
24G 兒科病人、血管較細或較脆弱者

* 靜脈留置針正確鬆針方式

以**360**度旋轉方式鬆針

好處：

- 減少針尖和導管內壁產生的摩擦
- 降低堵管的風險
- 減少紅血球、血小板的聚集



靜脈輸液加藥標籤

- * 放置位置
- * 只要大量點滴內有加入藥物，即應以加藥標籤註明藥名及劑量

病人姓名 _____	床號 _____
溶液名稱及劑量 _____	
添加藥物及劑量 _____	
滴速 (cc / 小時) _____	
目前瓶數 / 全日瓶數 _____ / _____	時間 _____
護士簽名 _____	日期 _____

注射程序



- * 消毒性洗手
- * 備妥用物攜至病人單位
- * 以兩種方式確認病人，並向病人解釋目的及操作程序
- * 若預建立靜脈管先將備妥之點滴注射液掛於點滴架上，排氣備用

注射部位的選擇

優先注射：

* **Cardiac cath**—左手

(非絕對，依醫師醫囑執行)

* 化療—從靜脈注射施打，需注射「前臂」
(因脂肪少、皮膚較薄，外滲時可以立即評估)，
並且一針有回血

應避免：

* 下肢

* 關節上

* 患肢

禁止注射：

* 乳房切除側

* **A-V Shunt**側

* **CVA**患側

擴張血管的方法

- 將肢體低於心臟的位置或放低於床旁
- 綁止血帶：綁在注射部位上方約10公分處，避免綁太緊，可檢查橈動脈
- 輕拍注射部位：以食指和中指輕拍
- 熱敷：至少10分鐘
- 拳頭一鬆一握

執行注射

* 消毒皮膚: 2% Chlorhexidine

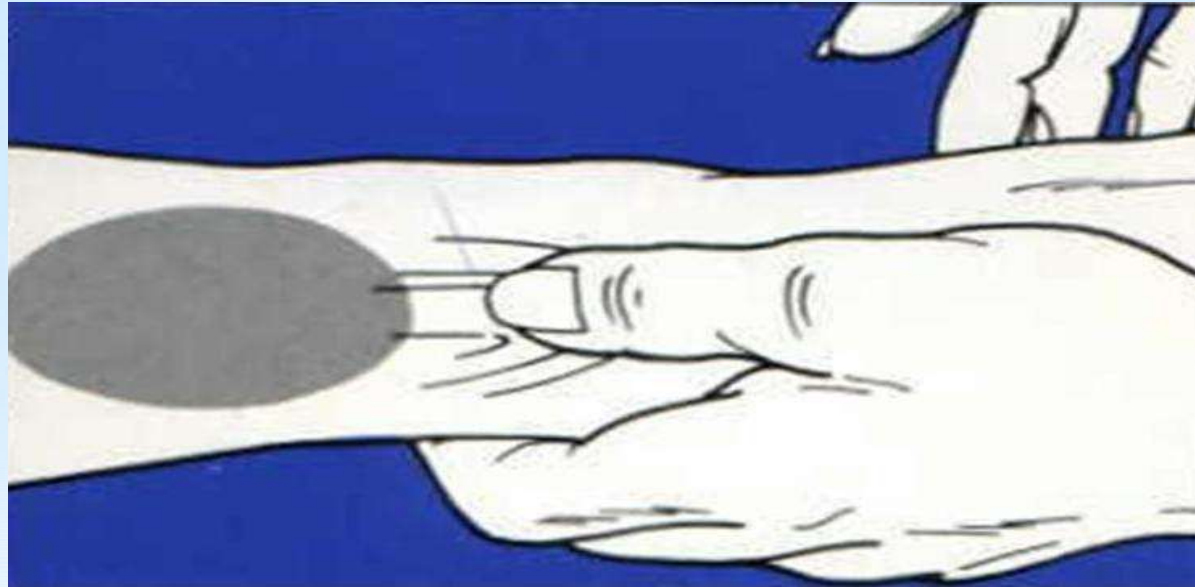
(需等待30秒或至乾)

* 由內而外環形消毒

* 範圍約直徑5cm

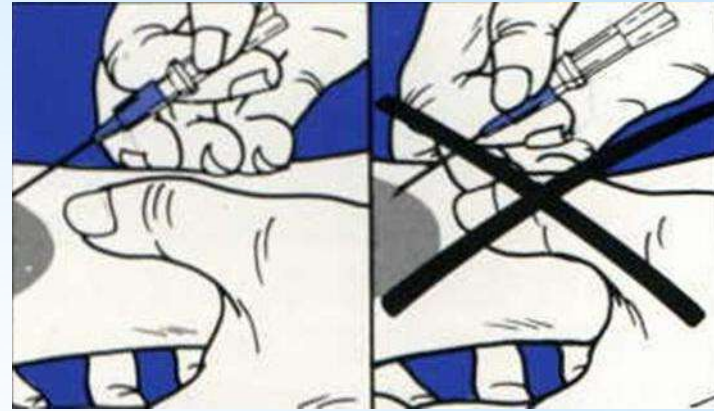
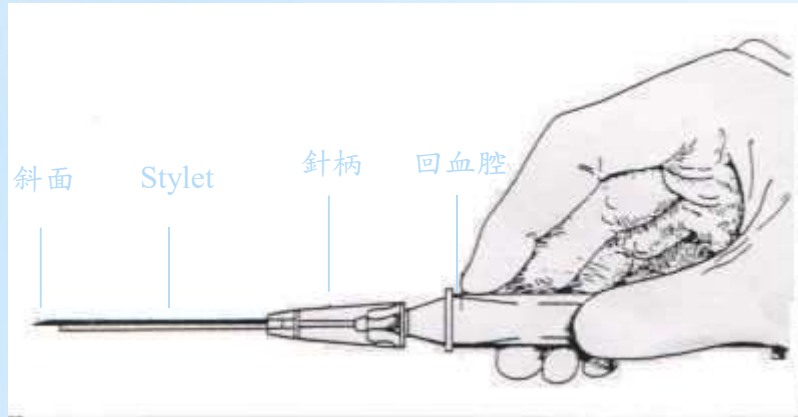


固定血管



用姆指固定要穿刺部位下方的靜脈，將皮膚拉緊，不要觸及已消毒過的無菌區域

注射的要點



- ❖ 保持水平地**握住Catheter的頂端**；並用手腕的柔軟度確保其進入的角度
- ❖ 確定針的**斜面向上**，**Stylet**是要引導軟管在穿刺時能進入皮膚層，要看到回血，確認在血管內後，才將**Stylet**收回
- ❖ 手應該握住**Catheter的回血腔處**(當進入靜脈後能看到回血)

下針角度



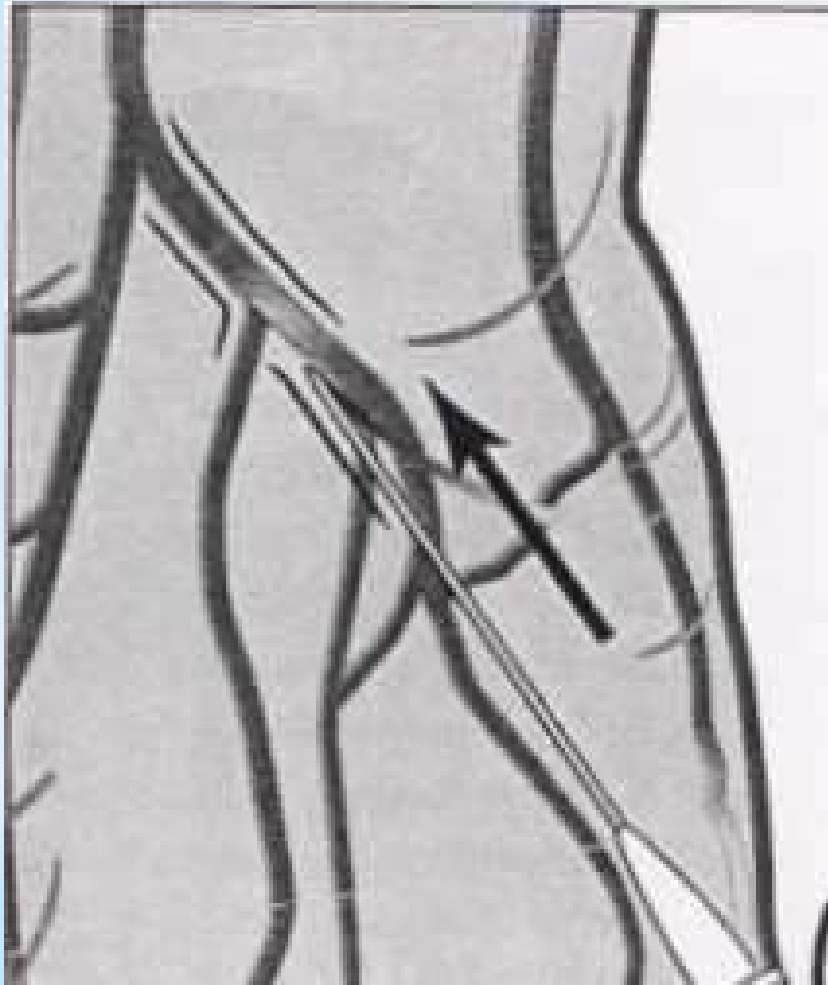
- 表面靜脈15度角
- 較深靜脈30度~45度將針頭插入皮膚，之後則成15度左右

穿刺技巧(1/2)



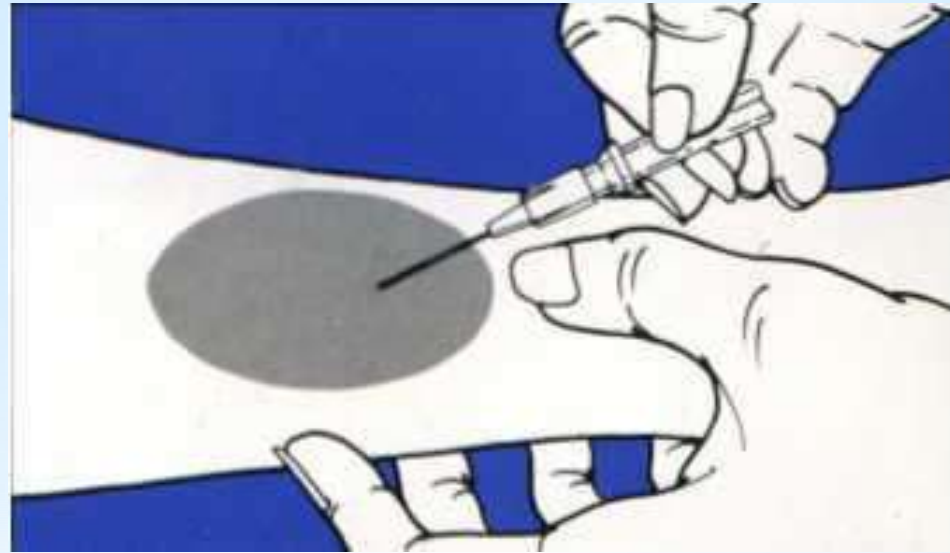
當靜脈很明顯
(看得到也摸得到)
時，針頭直接從靜
脈上方插入靜脈中，
依靜脈的深度決定
下針的角度

穿刺技巧(2/2)



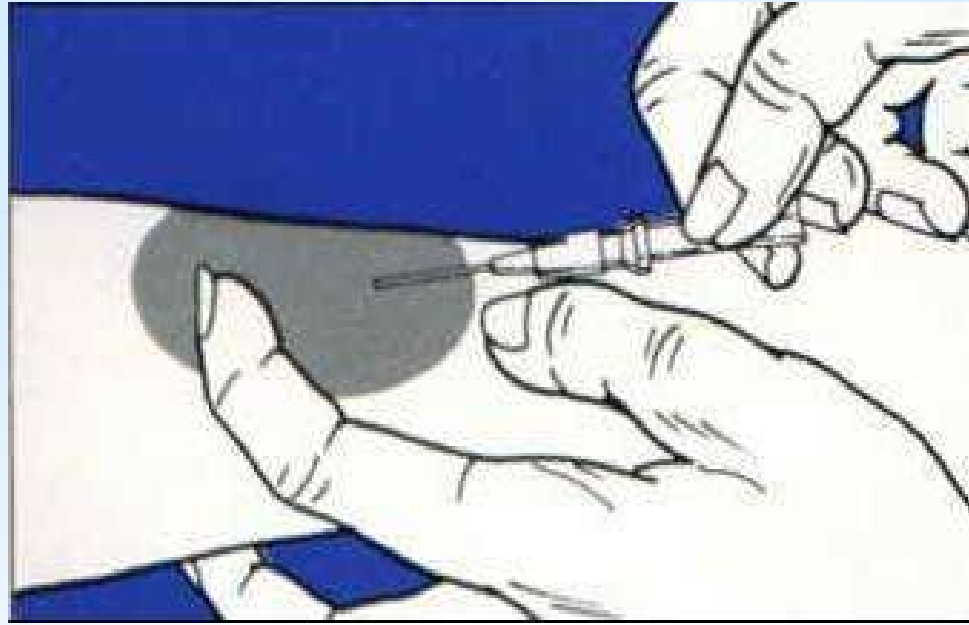
當血管看不清楚或是有彎曲情形，針頭必須從靜脈的旁邊插入靜脈中

執行靜脈注射(1/2)



把針和導管刺過皮膚，進入靜脈，由回血腔觀察血液的回流，在導管頭進入靜脈之前也可能發生回流

執行靜脈注射(2/2)



把針頭放低到幾乎與皮膚平齊的程度，
以免刺穿靜脈的另一邊，同時再往前推
1/4吋，以便將導管頭固定在靜脈中

推入軟針方法



以單手操作，姆指與無名指握住導針部份，以食指推開針柄並向前置入靜脈中，待完全進入血管後，將止血帶鬆開

接上點滴管路(1/3)

待軟針完全進入血管，將按下白鍵，硬針縮回後丟入針頭收集器，接上適合的點滴管路

接上點滴管路(2/3)

❖防止血液快速流出的小技巧

當針管完全推入之後，以非慣用手的食指壓在注射部位上方1吋(約3公分)之處，然後按壓白色鍵縮回硬針



接上點滴管路(3/3)

* **IV plug**—使用酒精棉球消毒橡皮頭後，以N/Slock沖洗

* **T-connector**—排氣後接上點滴或以N/S沖洗後栓上栓子

* **IV line**—接上已排氣之點滴管路，打開滴速控制夾，依所需速度調整滴數

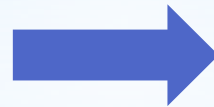
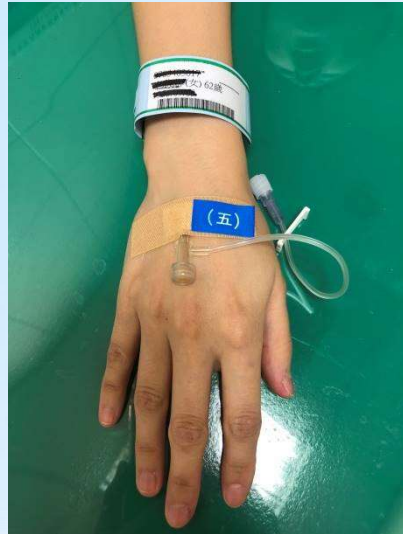


依需要接上合適的點滴管路，如line、plug、T-connector

注意事項

- * 若穿刺失敗，應更換新的靜脈留置針
- * 若屬化療藥物注射之管路，應確定穿刺過程平順，不得反覆進出，以免破壞血管壁造成滲漏(只能選擇前臂，以方便評估要務是否滲漏)

OK band 固定



Tegaderm 固定



Tegaderm 蓋住
穿刺處，邊緣齊
靜脈留置導管注
射入口



遠心端貼**3M**，
再貼
到期標籤



再加貼一條**3M**



近心端加貼一條
3M



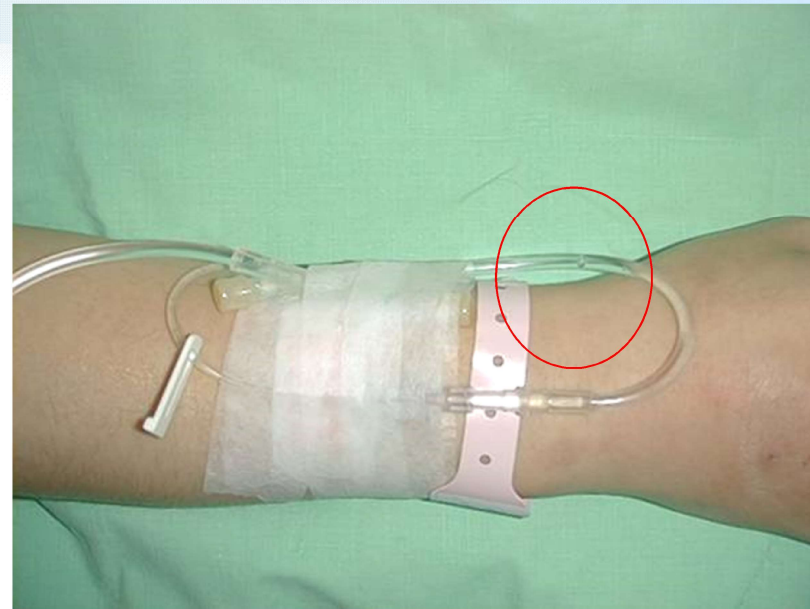
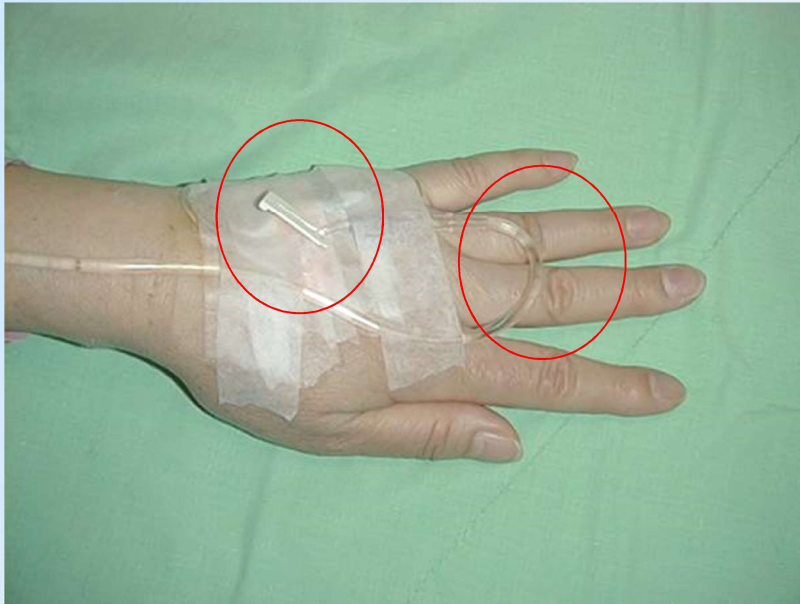
留置導管與點滴
接合處再加一條
3M

U型迴路(1/2)



T-connector接上luer lock型式管路旋緊後，僅於**T-connector**處接U型迴路固定即可

U型迴路(2/2)



**T-connector接上Non-luer lock型式
管路時，其輸液套須有U型迴路固定**

點滴速度

經常察看點滴速度是否恰當，其計算方法為：

$$\frac{\text{點滴總量} \times \text{所用 Set gtt/ml}}{\text{預計滴完之分鐘數}} = \text{滴數/分}$$

(目前普通點滴套**20滴/ml**計；輸血點滴套以**10滴/ml**計；小兒或精密點滴套以**60滴/ml**計)

衛教內容

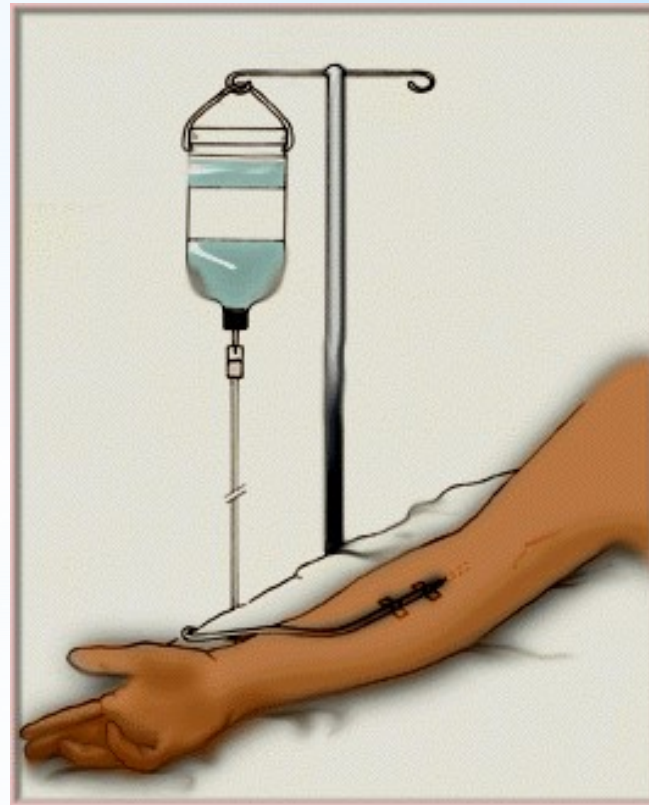
- * 點滴瓶應高於注射部位60cm以上，以避免回血
- * 不可任意調整滴數
- * 避免注射部位肢體過度彎曲
- * 若發現點滴不滴或注射部位腫脹情形，即告知護理人員
- * 若貼OK繃，提醒病患局部勿碰水

注意事項

- * 不可於靜脈輸液之肢體抽取血液檢體
- * 應儘量避免於靜脈輸液之肢體測量血壓
- * 負責護士交接班及處置前後應察看靜脈管路之通暢情形及觀察注射部位紅、腫、熱、痛並檢視藥物劑量是否正確
- * 完成記錄

常見靜脈注射問題及處置

- 滲漏
- 點滴不滴
- 導管阻塞
- 浸潤



滲漏

- * 第一步 **check** 何處滲漏及滲漏原因
- * 用 **N/S lock push** 看看由何處滲漏
- * 留置針與 **Plug** 接頭鬆脫 — 重新做 **cath care** 並旋緊 **Plug (T-connector)**
- * **Plug** 橡皮頭破損 — 重新更換 **Plug or T-connector**
- * 皮膚與留置針接合處之皮膚失去彈性 — 拔除後更換注射位置

點滴不滴(1/2)

* 第一步check點滴不順或不滴的原因

* 以N/S lock push看看是否順暢

以N/S lock push順暢時:

- 檢視IV系統—管路、壓力、注射位置
- Solu Set的二處管夾
- valve潮濕
- 安全閘吸附於底座
- Set扭折
- IV stand高度不足
- 針頭碰到血管壁

點滴不滴(2/2)

* 以N/S lock push不順暢時

* 檢視IV catheter

- 留置針折到
- 必要時使用固定板
- 重新做 cath care
- 導管阻塞

導管阻塞(1/2)

- * 拉高點滴架，打開速度開關，扭折點滴管
- * 利用N/S空針反抽將血塊抽出，再行推注，或將阻塞之針頭換掉
- * 由留置針接頭處反抽將血塊抽出，再行推注

導管阻塞 (2/2)

- * 主動巡視管路，避免滴空

- * 善用 N/S lock

- * 熟知藥物配製禁忌

(如 Dilantin 只能加在 N/S or H/S 內)

- * 衛教病人管路相關注意事項

浸潤(1/3)

定義及原因

- * 穿刺至血管外，導致輸液滲流至周圍皮下組織

症狀

- * 注射部位周圍皮膚冰冷、蒼白、壓痛
- * 下垂性水腫
- * 不見回血(有時不一定)
- * 輸液流速變緩

浸潤(2/3)

檢查技巧

- *注射部位與沒有注射部位比較是否腫脹
(也可以予另一側肢體比較，觀察是否比較腫脹)
- *注射部位觸覺皮膚溫暖
- *回血及輸液順暢
- *病人無不適主訴

處理

停止輸液，更換輸注部位抬高肢體

浸潤(3/3)

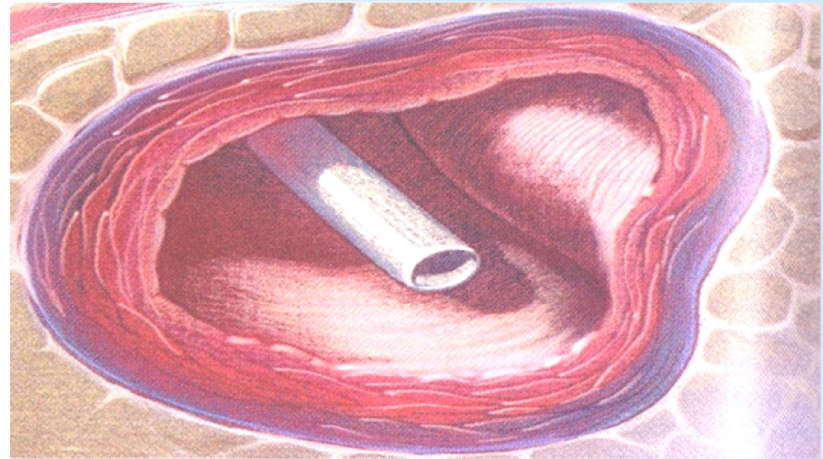
預防

- * 選擇合適導管及位置
- * 避免重覆穿刺某部位
- * **Check**導管位置
- * 隨時觀察注射部位
- * 教導病人及家屬

靜脈炎 (Phlebitis)

靜脈炎分類

- * 細菌性靜脈炎
- * 機械性靜脈炎
- * 化學性靜脈炎



細菌性靜脈炎

- * 消毒部位不完全或設備污染
- * 輸液管路未保持無菌狀態或有血塊殘留
- * 工作人員缺乏無菌技術
- * 導管放置時間太長

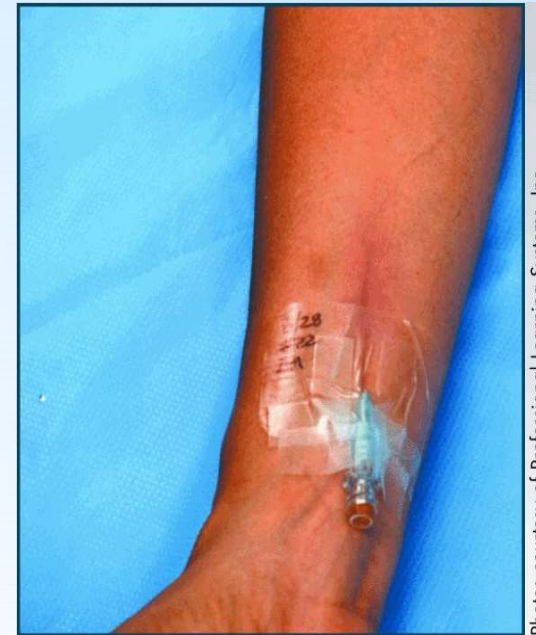
機械性靜脈炎

- * 工作人員靜脈技術不熟練
- * 注射部位固定太緊對血管造成太大的壓力
- * 導管與血管比例不適當
- * 注射於關節部位，因活動造成摩擦而產生炎症反應



化學性靜脈炎

- * 輸液速度過快
- * 輸液時間太長
- * 輸液內有雜質或血塊進入血管
- * 藥物稀釋不足
- * 輸液太鹼或太酸或高張溶液
- * 正常血液滲透壓為80~290mOsm/liter



INS (Infusion Nurse Society)

建議滲透壓大於500的輸液(除PPN外)以中心靜脈給予

靜脈炎之預防

- * 管路中若有血液聚積應將其沖淨
- * 敷料若有滲濕，應予cath care
- * 管路應72小時更換一次(含IV Set)
- * 熟悉藥物之作用、給藥途徑、正確稀釋量、給藥時間...等
- * 維持管路之密閉無菌系統

浸潤與靜脈炎的區別

- ***浸潤**是靜脈輸液進入皮下組織導致壓痛、注射部位周圍水腫，需熱敷協助吸收改善
- ***靜脈炎**是因靜脈注射導致血管有炎症反應注射部位紅、腫、熱、痛，急性期須以冰敷以減輕疼痛

血腫

預防

- * 拔除針管後立即加壓
- * 勿搓揉及馬上綁止血帶

Air in line

- * 少量空氣則以擠壓旋轉管路方式，由注射端往上排向滴室
- * 多量空氣在管路內，請由接頭T-connector 處暫時lock，將空氣排除，需注意勿污染
- * 有使用IV PUMP則以儀器方式排除空氣

影片教學

臨床情境應對與處置\靜脈影片
\靜脈注射影音版.mpg

查詢藥物濃度小技巧

靜脈藥物製品查詢流程

謝謝聆聽



導尿技術操作





汐止國泰護理科新進人員職前教育訓練

護理程序 II

留置導尿

2023.07審



目的

- 💊 協助排空膀胱
- 💊 膀胱沖洗或給藥前的準備
- 💊 留取無菌標本
- 💊 測量尿量或餘尿



用物準備



未拆封導尿包

已拆封導尿包:內含導尿碗、彎盆各一及棉棒五枝(無菌)



用物準備-1



用物準備-2



無菌紙洞巾



無菌KY Jelly



無菌手套



Aq-BI



操作程序及注意事項

- ❄️ 依導尿的目的評估病人的情況
- ❄️ 準備用物及選擇合適的導尿管
- ❄️ 備妥用物攜至病人單位
 - ❄️ 男性及兒科病人則由醫師或NP執行
 - 護理人員需視需要在旁協助
- ❄️ 消毒性洗手





操作程序及注意事項-1

- 準備病人
- 確認病人，並向其解釋導尿之目的及方法
- 需至少2種以上之基本資料辨識病人
(反問病人姓名、生日，核對床頭卡或手圈)



操作程序及注意事項-2

- 使用隔簾適當地遮蔽病人
- 將布中單或看護墊，墊於病人臀下
- 協助病人脫下褲子後，準備姿勢
 - 女性：屈膝仰臥，雙腿分開，露出會陰部
 - 男性：平躺雙腿伸直



操作程序及注意事項-3

- 調節光線，檢查會陰部是否清潔，如必要則先給予會陰沖洗
- 若病患意識不清或躁動時，可請人固定雙腿
- **準備導尿用物**
 - 將導尿包置於雙腿間，緊靠臀部，攤開外包裝，將包裝紙邊角墊於病人臀下，注意勿污染內部



操作程序及注意事項-4

- ❄️ 打開優碘藥水瓶蓋、KY Jelly包裝、洞巾包裝
- ❄️ 留置導尿時需打開蓄尿袋包裝
- ❄️ 打開導尿管少許外包裝，或打開導尿管外包裝，以無菌方式取出導尿管置於無菌區內
- ❄️ 先一手戴上無菌手套，打開導尿管內包裝，將內容物安排好→五枝棉棒置彎盆內



操作程序及注意事項-5

- ❄️ 以戴無菌手套的手，從導尿管外包裝已拆封處拉出導尿管
- ❄️ 注意事項：導尿管外包裝開口勿太大以免污染
- ❄️ 以未戴手套之手持優碘藥水瓶，先倒掉少許優碘藥水，再倒適量優碘藥水於五枝棉棒上(倒完優碘藥水，立刻將瓶蓋蓋上避免汙染)



操作程序及注意事項-6

- ❶ 將無菌KY Jelly置於無菌區內
- ❷ 另一手戴上手套，將無菌KY Jelly擠在彎盆內，並潤滑導尿管尖端，將導尿管置於導尿碗內
- ❸ 對準會陰部鋪上洞巾
- ❹ 站病人一側，以一手之大拇指、食指分開小陰唇，看見尿道口後，該手固定會陰處直至插入導尿管



操作程序及注意事項.7

❶ 消毒尿道口

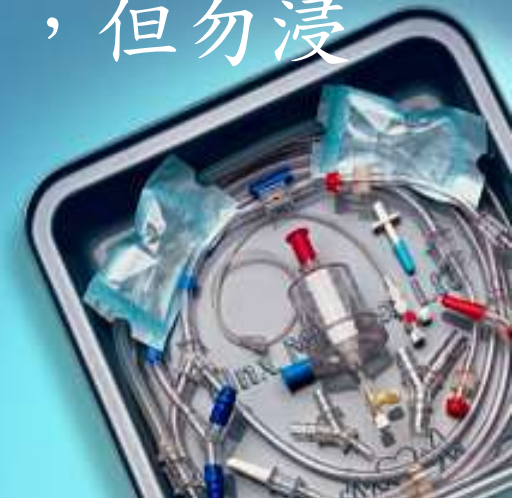
❷ 另一手持浸有優碘藥水之五枝棉棒，分別依序由上往下，先遠側後近側消毒，大、小陰唇及尿道口

❸ 將導尿碗貼近臀部，手持導尿管尖端輕輕插入尿道口，待膀胱括約肌鬆弛後，再繼續插入（導尿管插入女性約5~7.5 cm，男性約15~25 cm即有尿液流出）



操作程序及注意事項-8

- 💊 如導尿管插入尿道的途徑中感覺有阻力時應暫停，不可強行插入，而造成創傷(在插入導尿管時，指導病人張開嘴放輕鬆或以其他方法分散病人注意力)
- 💊 導尿管之末端留在導尿碗內，但勿浸入尿液內



操作程序及注意事項-9

- ❄️ 除去注射針頭，將空針內之**蒸餾水**注入於球囊內(依導尿管包裝上建議注入水量為準，一般約**6~8cc**)
- ❄️ 球囊忌注入N/S(產生結晶阻塞管路)及空氣(管壁急速壓縮粘連)，因會無法抽淨球內液體，致留置導尿管不易拔出
- ❄️ 再將導尿管**輕輕回拉**，以確定導尿管留置於膀胱內，再反摺導尿管，移除洞巾，接上蓄尿袋(第一次留置導尿，須注意先將病人膀胱排空後再接尿袋，並注意尿量)



操作程序及注意事項-10

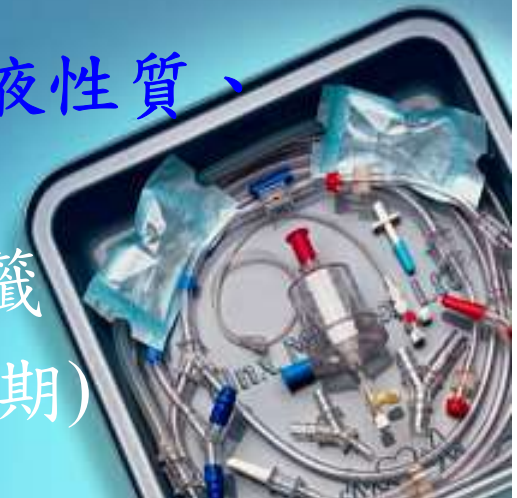
- ❄️ 協助清潔會陰部
- ❄️ 固定導尿管
- ❄️ 導尿管體外部分，女病人固定於**大腿內側**
- ❄️ 男病人則固定於**下腹部側面**，以防尿道壓迫在penoscrotal angle(陰莖、陰囊角)處造成廔管
- ❄️ 尿袋引流應固定妥當，勿成U字型垂落在地上拖曳及高於膀胱，避免尿液逆流。



操作程序及注意事項-11

📌 導尿後之處理

- 📌 協助病人整理衣物及單位
- 📌 依垃圾分類清理用物並歸位
- 📌 欲丟棄之尿液應倒入馬桶中並沖水，不可倒入洗手槽內
- 📌 消毒性洗手
- 📌 記錄導尿原因、時間、尿量、尿液性質、顏色或送檢種類
- 📌 留置導尿之尿袋貼上到期更換標籤
(或用簽字筆於尿袋上寫上置留日期)





操作程序及注意事項-12

- ❄️ 如為隔離病人，於導尿結束後，將整包導尿包包好，貼上隔離標籤註明單位再與供應室交換
- ❄️ 導尿中發現尿量超過500cc時，應觀察病人有無不適之反應
- ❄️ 導尿量每次**不超過1000cc**，導尿後也應讓病人臥床休息，以**預防姿位性低血壓之發生**



操作程序及注意事項-13

- ❄️ 導尿管若為普通材質應七天更換
(矽材質則一個月更換)
- ❄️ 原則上尿袋隨普通導尿管七天更換，
以避免不必要的污染，若尿袋髒時則
隨時更換
- ❄️ 隨時保持尿管暢通，若有阻塞立即處
理



操作程序及注意事項-14

- ❶ 攝取足夠液體，成人每日2000cc以上(有禁忌者除外)，以減少尿路發炎機會
- ❷ 每日注意會陰及尿道口清潔及Foley care(男性Foley care：以清潔溫水毛巾清洗尿道口)
- ❸ 應將包皮往後推，以利清潔污垢，清洗完畢應將包皮往前推回，以避免陰莖水腫、壞死



Thanks for
your attention





抽痰技術操作



汐止國泰護理科新進人員職前教育訓練

護理技術II

氣切造口抽痰

2023.07審



抽痰

(SPUTUM SUCTION)



目的

- ④ 抽吸上呼吸道內之分泌物，以維持呼吸道通暢
- ④ 防止異物吸入
- ④ 收集痰液送檢，確立診斷



用物準備

◎ 抽痰器

◎ 中央系統型

□ 壓力調節器

□ 蓄痰瓶(Suction Bottle)或拋棄式引流袋(Liner)

◎ 連接安全瓶

Suction
Bottle



Liner

特殊病房



用物準備

抽吸管路

- ◎ 中央型抽吸器：二段引流管
 - ◎ 長段：連接蓄痰瓶及抽痰管
 - ◎ 短段：連接壓力調節器與蓄痰瓶
- ◎ 活動型抽吸器：用一長段引流管連接機體及抽痰管



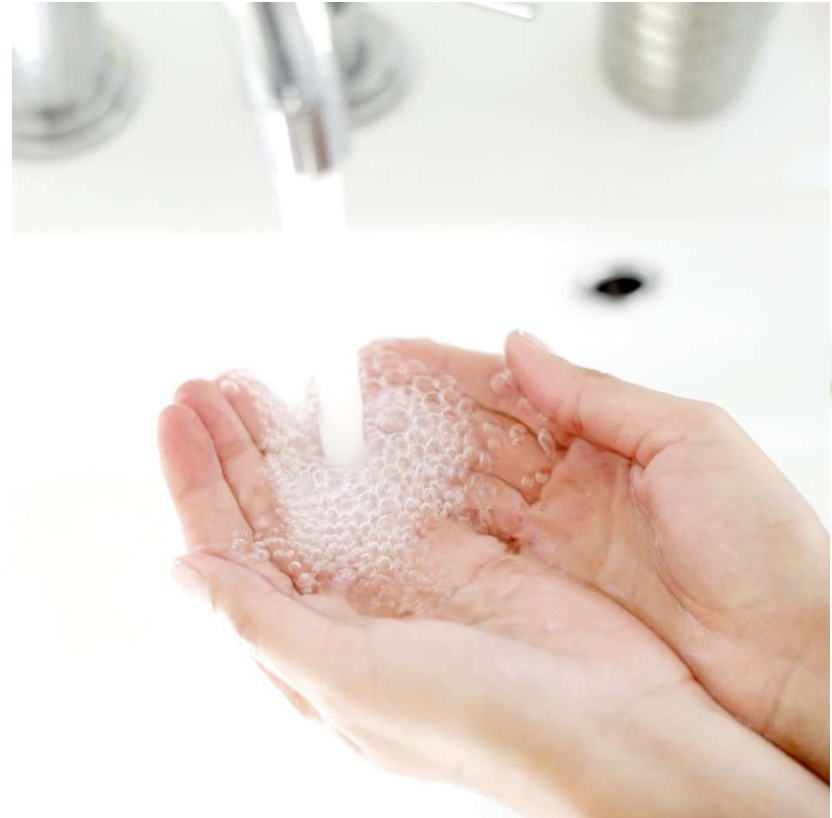
用物準備

- ④ 清水瓶(3%Lysol溶液，即**500cc**清水內加入**20cc**Lysol)
- ④ 清水瓶放置架
- ④ 單手無菌手套
- ④ 抽痰管、白色多用管
- ④ 給氧裝置
- ④ 聽診器
- ④ 視情況準備：壓舌板、張口器、口咬器或airway、痰液收集器



操作程序--抽痰前

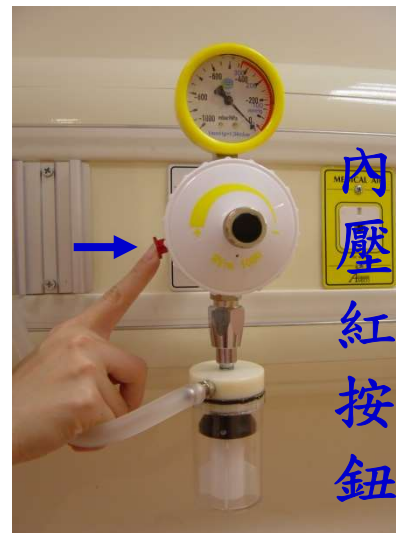
- ◎ 觀察
- ◎ 姿位引流、叩擊
- ◎ 解釋
- ◎ 消毒性洗手



操作程序--抽痰前

◎ 備物

- ◎ 檢查壓力、吸力
- ◎ 瓶蓋密合
- ◎ 活塞未向上頂
- ◎ 壓力調節器鈕未歸零



操作程序--抽痰前


- ④ 給氧、調高氧氣濃度至100%，使用10-15秒
- ④ 撕開抽痰管接頭前端部分包裝，接上抽吸管路



操作程序--抽痰前

- ◎採側臥或平躺
- ◎打開壓力調節鈕並注意壓力值

途徑	年 齡	成人	小孩	嬰兒
	壓力			
口、鼻		120-150 mmHg	80-120 mmHg	60-100 mmHg
氣管內管、 氣切		80-120 mmHg	80-115 mmHg	50-95 mmHg



操作程序--抽痰前

⊙ 氣管內管抽痰或氣切抽痰

⊙ Hyperextension

⊙ 抽痰管外徑應為內徑之1/3-1/2為宜

年 齡 管 徑 途 徑	成人	小孩	嬰兒
內管管徑	7~8.5 mm	3~3.5 mm	2.5mm
抽痰管	12~14Fr.	6~8Fr.	5~6Fr.

操作程序--抽痰前

◎ 鼻咽抽痰

◎ 測量插入長度(此為鼻尖至鼻咽之長度)

◎ 抽痰

☐ 有阻力勿強行插入

☐ 兩鼻孔交替抽痰



操作程序--抽痰中

- ④ 帶上單手無菌手套，抽出抽痰管，準備抽吸
 - ④ 無吸力狀態置入抽痰管
 - ④ 無菌技術
- 無吸力狀態(與大氣相通)



操作程序--抽痰中

- ④ 拇指按住開口呈抽吸狀態
抽吸狀態(拇指密合按住)



操作程序--抽痰中

- ④ 避免固定同一部位抽吸過久
- ④ 每次抽吸不超過15秒，小孩則不超過10秒為宜，兩次間隔1-3分鐘
- ④ 抽吸後抽取3 %Lysol溶液，並觀察病人狀況



操作程序--抽痰後

◎抽痰

◎抽痰管置入最深處，再回拉0.5公分

◎交替左、右側臥位

◎每次抽吸不超過5~10秒，兩次間隔1~3分鐘

◎抽後高濃度氧氣，使用30秒~1分鐘後，再調回原使用濃度



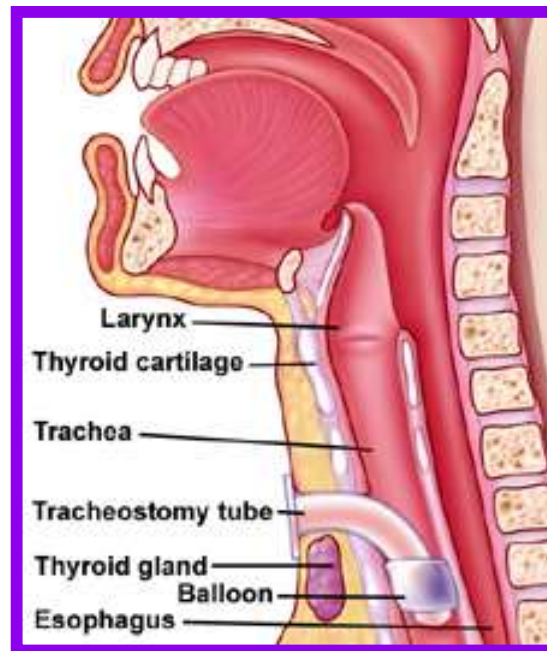
操作程序--抽痰後

- ◎ 口腔護理
- ◎ 評估呼吸情況 *Pseudomonas aeruginosa*
- ◎ 整理病人單位
- ◎ 消毒性洗手
- ◎ 記錄：分泌物量、色、性質、黏稠度，病患抽痰後之情況反應
 - ◎ 記帳—正字
 - ◎ 健保給付8條，不足請家屬自購



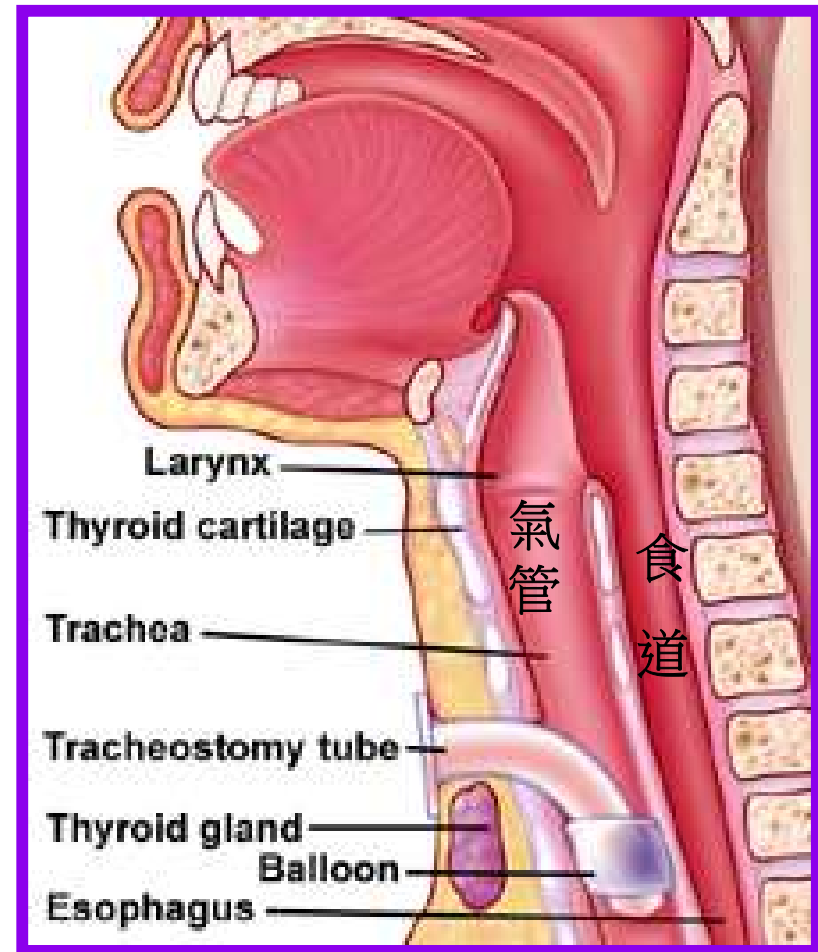


氣切造口護理 (TRACHEOSTOMY CARE)



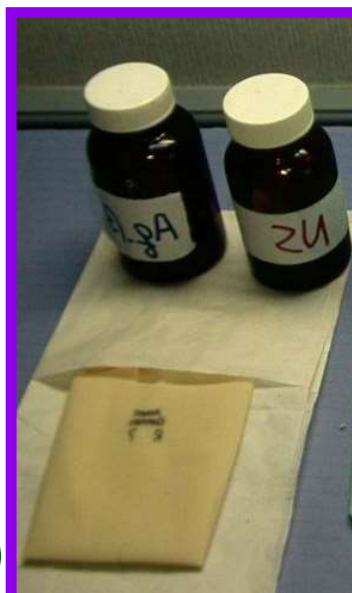
目的

- ④ 維持呼吸道通暢
- ④ 促進氧合作用與換氣
- ④ 預防氣管造廔之合併症
- ④ 預防感染



用物準備

- ④ 無菌手套
- ④ 換藥包
- ④ 乾棉球（棒）
- ④ 生理食鹽水棉球（棒）
- ④ Aq.B-I棉球（棒）
- ④ B.I.S.紗布(依病人需要)
- ④ 氣切紗布
- ④ 無菌氣切內管



用物準備

◎ 無菌氣切套管

◎ 每週（月）更換時須備此

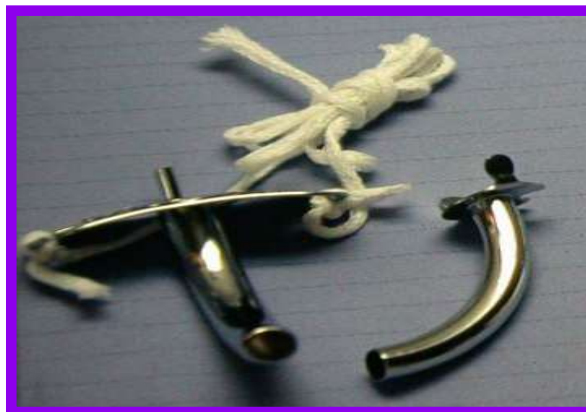
◎ 氣管套管(Portex)全副內容

□ 氣切外管

□ 紅色是有開孔的內管

□ 白色無孔內管

□ 阻塞器



用物準備(套管清潔)

- ◎ 棉繩
- ◎ 供氧及抽痰設備
- ◎ 小棉棒(清潔刷)
- ◎ 3 % H₂O₂
- ◎ 無菌生理食鹽水
- ◎ 75% 酒精溶液
- ◎ 大板罐



操作程序

- ④ 消毒性洗手
- ④ 備妥用物
- ④ 解釋
- ④ 安排姿位，一般採平躺，
頸部自然伸直
- ④ 打開換藥包，帶上手套



操作程序

- ④ 取下氣切造口敷料，觀察傷口之滲出物之性質、量、色



操作程序

- ④ 分泌物滲出量多或潮濕時應先以乾棉棒擦拭
- ④ 生理食鹽水棉球（棒）清潔傷口及皮膚
- ④ 乾棉球（棒）拭淨
- ④ 以Aq-BI棉球（棒）消毒傷口周圍
- ④ 生理食鹽水棉球（棒）消毒傷口周圍



操作程序

- ⊙ 若有滲血或感染時，可先用BIS紗布覆蓋
- ⊙ 覆蓋氣切紗布
(氣切紗布開口應向上可減少分泌物流下污染傷口)



操作程序

- ④ 取出內管（套管）或放回前，給予抽痰及高濃度氧氣使用
- ④ 取出氣切內管，將備妥之無菌氣切內管平穩置入，一手將外管固定，另一手旋轉內管直到卡住
- ④ 觀察病患呼吸情形及反應



操作程序

- ④ 更換棉繩
- ④ 戴罩杯、潤濕
- ④ 整理
- ④ 消毒性洗手
- ④ 記錄



操作程序

㊟ 清潔內管(套管)

㊟ 將內管浸泡於3% H_2O_2 溶液中30分鐘

㊟ 以清潔小試管刷或棉棒輕輕刷洗附著於管壁之分泌物

㊟ 取出以清水沖淨，滴乾水分

㊟ 置於清潔之彎盆或敷料罐，放於床旁待下次更換時使用

㊟ 隔離病患先以75% 酒精浸泡30分鐘後再清潔



操作程序

㊟ 消毒內管：

- ㊟ 於每次護理前30分鐘執行
- ㊟ 將清潔過之內管置入裝有75%酒精之無菌容器浸泡30分鐘
- ㊟ 以無菌鑷子或戴上無菌手套取出內管，用無菌生理食鹽水沖淨殘留之酒精
- ㊟ 滴乾水份，置入無菌換藥包內，以便再次執行氣切護理使用



護理注意事項

- ◎ 心理支持
- ◎ 利用紙筆、手勢、圖片等提供表達機會
- ◎ 隨時維持呼吸道通暢
 - ◎ 抽痰
 - ◎ 抬高床頭約45度或採坐姿
- ◎ 經常觀察生命徵象、傷口
- ◎ 採用加熱式噴霧器



護理注意事項

- ◎ 每天至少氣切護理一次，分泌物多時視情況增加氣切護理
- ◎ 每週(月)氣切套管清潔後，送瓦斯滅菌消毒
- ◎ 需氣囊充氣之情況
 - ◎ 使用呼吸器
 - ◎ 使用 Ambu Bag
 - ◎ 嘔吐厲害
 - ◎ 傷口流血



護理注意事項

◎ Cork程序：

◎ 當分泌物減少、呼吸平穩

- ❑ 原套管中有一紅色有開孔內管，其後壁有開口也可用於cork時直接加針頭蓋即可
- ❑ 不可用於使用呼吸器之患者
- ❑ 觀察病患反應至少15分鐘
- ❑ 逐次延長封閉時間



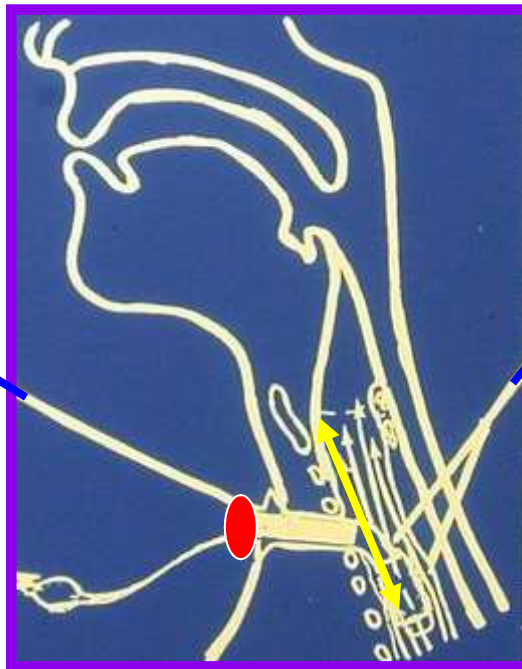
護理注意事項

◎Cork程序：

◎氣切封住時之氣體走向

■ 放入紅色內管再
蓋上空針蓋

■ 抽出氣囊
內氣體



■ 氣體經由主要
孔道—氣切外
管上之開口，
以及套管與氣
管之間隙進出





謝 謝 聆 聽

