

汐止國泰綜合醫院護理科
護生實習核心課程

病人安全之護理作業規範

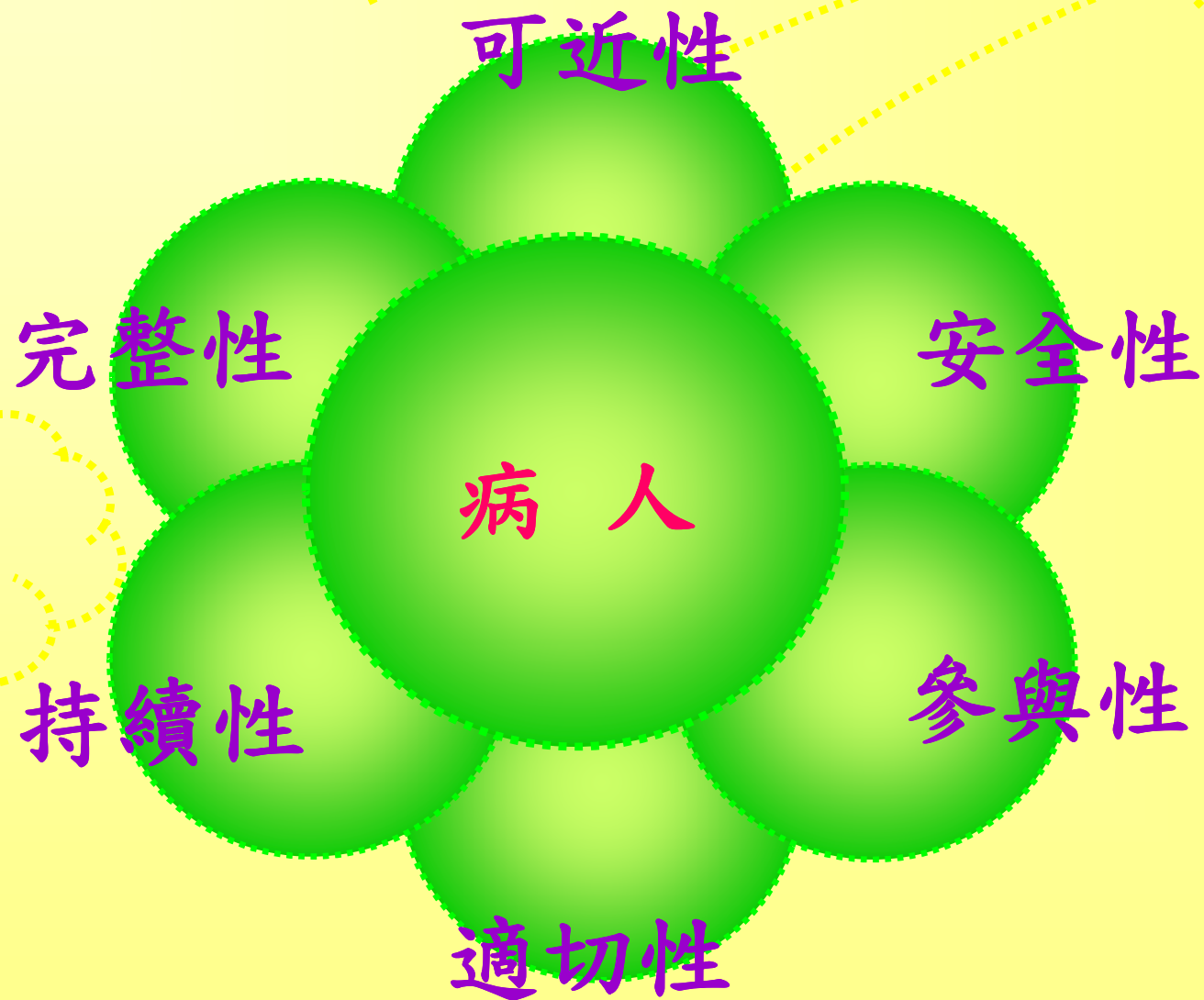
11/11/2019



病人安全年度目標

- 提升醫療照護人員間的有效溝通
- 落實病人安全事件管理
- 提升手術安全
- 預防病人跌倒及降低傷害程度
- 提升用藥安全
- 落實感染管制
- 提升管路安全
- 鼓勵病人及家屬參與病人安全工作

以病人為中心之醫療服務



護理作業規範

● 可近性

- 新進病人環境介紹
- 三班自我介紹、名牌正確
- 依病人需求彈性處理：被服

669-1

床號：669 姓名：李娟 年齡：31 性別：男 身份：醫 住院日期：8/8 住院醫師：
診斷：C/S 主治醫師：朱信青

負責護士	白班	湯懷恩
	小夜	楊藝綺
	大夜	江婉綺

護理作業規範

● 完整性

- 入（轉）院身/心社會/靈評估
- 落實執行身體護理（physical care）
- 注意隱私/情緒支持
- 安寧團隊照護轉介(包括心理師、宗教師)

屬於您的心情溫度計

您好！
我們是照護您的醫療團隊伙伴，為了瞭解最近一星期以來（包含今天）疾病對您造成的影響，請您圈選一個可以代表您感覺的答案。若有問題請洽護理站，感謝您撥空填寫！！

項目	完全沒有	輕度	中等程度	厲害	非常厲害
1-1.睡覺時，難以入睡	0	1	2	3	4
1-2.睡覺中容易斷斷續續	0	1	2	3	4
2.易怒，容易生氣	0	1	2	3	4
3.感覺不安，容易緊張	0	1	2	3	4
4.感覺憂鬱，心情低落	0	1	2	3	4
5.覺得自己比不上別人	0	1	2	3	4
我有想不開的念頭	0	1	2	3	4

安寧志工

安寧共照護理師

心理師



護理作業規範

● 持續性

- 出院準備服務：篩檢、計劃、後續照護

● 適切性

- 臨床個案討論
- 護理品質監測

● 參與性

- 護理指導-個別/團體
- 病友支持團體
- 告知同意
- SDM醫療共享決策

● 安全性



汐止國泰綜合醫院 病人/家屬會談紀錄單 (SDM)	
病人資料	姓 名： 年 月 日 上午 下午
新舊貼紙黏貼處	地 點： 路 分 室 號 分機：()
主治醫師：	住 診： <input type="checkbox"/> 安寧緩和醫療代碼：TE020200 <input type="checkbox"/> 安寧緩和
病人/家屬簽名(請填寫與病人的關係)：	
醫療人員簽名(姓名/職稱)：	
討論會議主要目的(可複選)： <input type="checkbox"/> 病情告知及病情說明 <input type="checkbox"/> 提供家屬或病人處理情緒問題 <input type="checkbox"/> 確認照護方向，共同擬定適切照護計畫 <input type="checkbox"/> 治療溝通及說明 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 出院準備溝通及說明 <input type="checkbox"/> 進行適切溝通及告知說明 <input type="checkbox"/> 末期照護說明與溝通 <input type="checkbox"/> 不施行心肺復甦術 DNR 簽署說明與討論 <input type="checkbox"/> 進行器官捐贈溝通及說明 <input type="checkbox"/> 其他：	本次會議具體討論主題(可複選)： <input type="checkbox"/> 瞭解病況並配合治療計劃 <input type="checkbox"/> 手術治療 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 考慮中 <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 考慮中 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 考慮中 <input type="checkbox"/> 接受適切插口手術 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 考慮中 <input type="checkbox"/> 出院準備 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 考慮中 <input type="checkbox"/> 了解安寧緩和醫療概念 <input type="checkbox"/> 同意接受安寧緩和醫療 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 考慮中 <input type="checkbox"/> 病人或家屬決定安寧緩和醫療時是否應採取後續措施 <input type="checkbox"/> 家屬是否不能施行心肺復甦術 <input type="checkbox"/> 家屬是否不能施行生體器官捐贈 <input type="checkbox"/> 轉介家屬資源(安寧病房、共居、居家) <input type="checkbox"/> 同意器官捐贈、遺贈他人 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 考慮中 <input type="checkbox"/> 其他：

護理科病人安全重要照護面

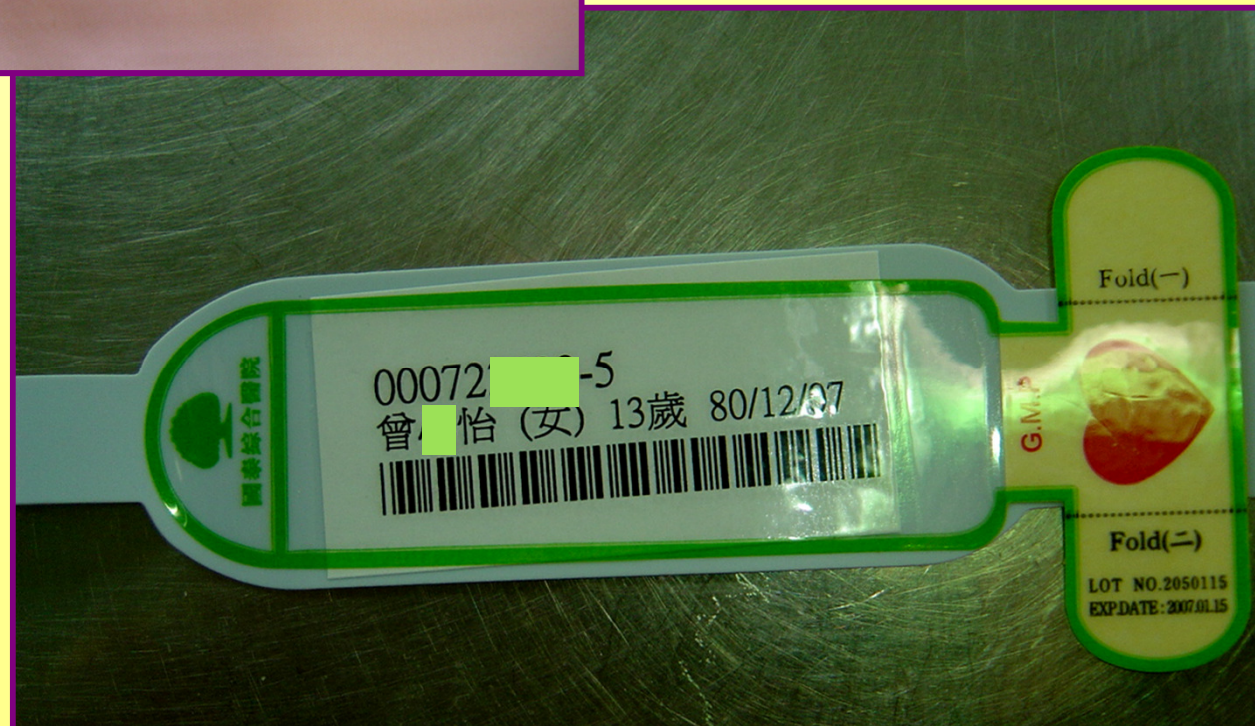
- 病人辨識安全
- 給藥安全
- 特殊處置確認
- 備血及輸血安全
- 管路照護安全
- 交班作業及病人輸送安全
- 約束安全
- 跌倒及壓瘡防治

病人辨識安全

請問大名及生日

關鍵點

- 兩種以上方式確認病人
 - 姓名、生日、病歷號碼
- 病人核對方式
 - 病人主動告知



11/11/2019

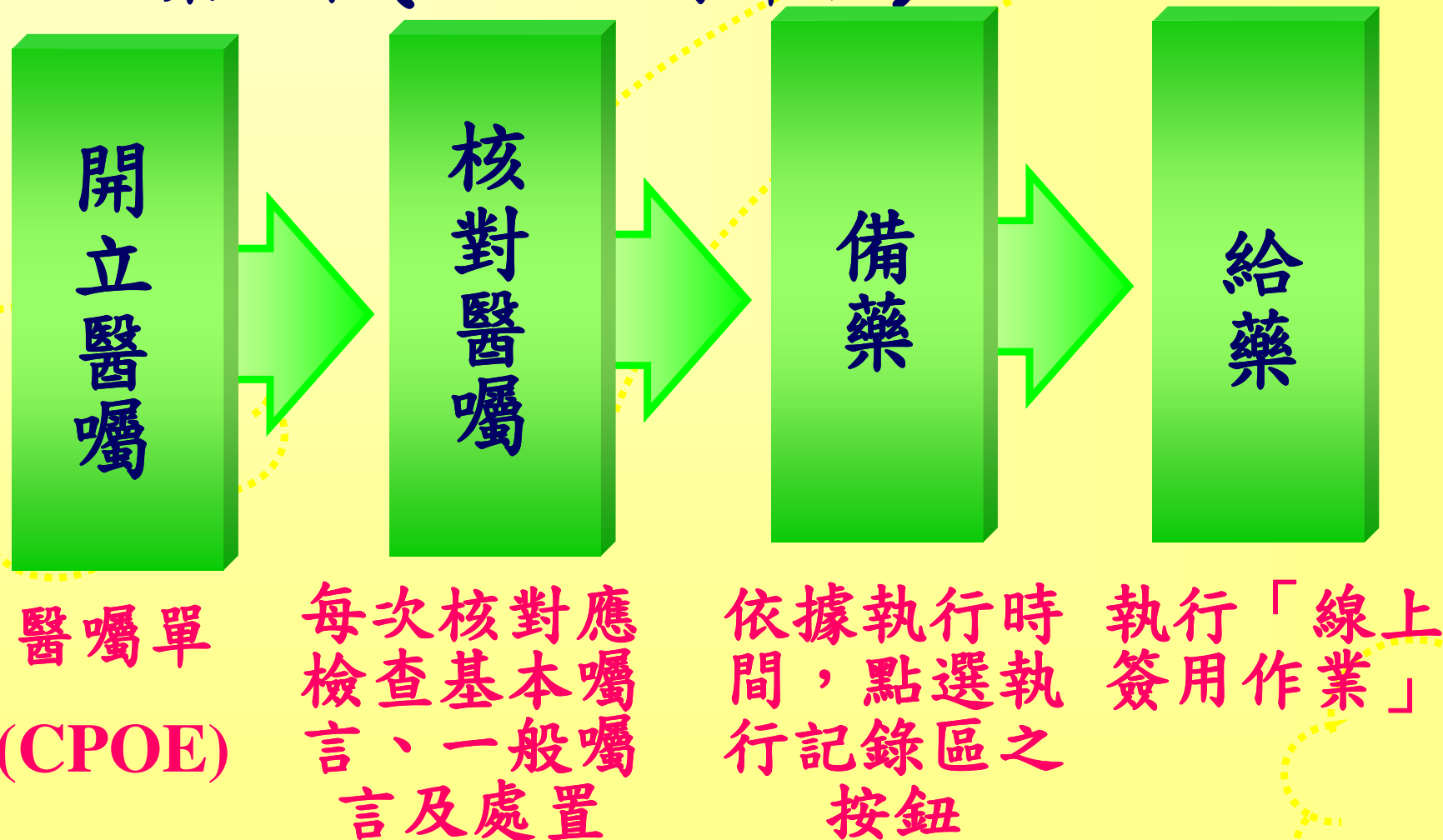
給藥安全

關鍵點

- 人員備藥及投予
 - 藥物包裝
 - 藥物投予
- 單位藥物管理
 - 藥物管理
 - 藥物存放

給藥安全-藥物投與

● 給藥流程(NIS上線單位)



給藥安全-藥物投與

- 落實三讀五對
 - 取出藥物/倒入藥杯/放回藥盒（給藥時）
 - 病人/藥名/劑量/時間/途徑
 - 準備藥物時唸出藥名
- 注射藥物核對
 - 小量靜脈注射藥物備藥後之確認
 - 大量點滴加藥/每瓶加藥皆標示
 - 其他注射藥物：如化療藥物(雙人核對)
- 備藥給藥同一人

給藥安全-藥物包裝(查詢管道)

● 院內醫療資訊(HIS)系統

http://10.15.1.232/cgh/html/Login.jsp

國泰醫療資訊系統 汐止分院 [【設為首頁】](#)

藥品異動公告:PG08 Glucose 5% (Glucose 5%) 500ml, 藥審會決議改採購相同成分與規格之產品Glucose 5% (Vitagen inj 5%) 500ml。97.8.25

帳號:

密碼:

如您無法看見網頁右下角動畫, 請下載 [Flash Player](#)

輸入帳號與密碼

- 連結
- MSN...
- 廣播...
- 國泰...
- 國泰...
- 中央...
- 歡迎...
- 健保...
- 母乳...
- Yaho...
- 母乳...
- 母乳...
- MyC...
- http-...
- 電子...
- http-...
- 榮陽...
- Google
- 國泰...
- Goog...
- 財團...
- 61.2...
- Goog...
- 語言...
- 勞工...
- http-...
- Gmai...

病人用藥記錄卡

P 1 - 1

開方日期：099/03/22

共3種藥

領藥號：IR135 床號：755 病歷號：070070074 姓名：張明山 性別：男 生日：099/03/22 年齡：60

藥品名稱及含量	服用方法	藥品外觀	外觀說明	用途	警語/用藥須知
Peptidin (Peptidin) 百胃樂錠	每天3次 飯後使用 每次1粒		外觀：淡黃色圓扁形錠劑 錠面(一)六角圖案 錠面(二)刻痕	胃藥	咬碎吞服
Ciprofloxacin 100mg/5 (Ciproxin inj) 速博新靜脈輸注液	每12小時1次 每次2瓶		外觀： 錠面(一) 錠面(二)	抗生素	宜靜脈點滴輸注，輸注時間(100mg、200mg)為30分，400mg為60分
Potassium chloride 20 (KCl 15 0ml) 氯化鉀注射液	遵醫指示 每次2支		外觀： 錠面(一) 錠面(二)	低血鉀症或其他用途	

國泰綜合醫院藥劑科關心您
如有用藥疑問，需要進一步說明，請洽 (02)26482121 藥劑科
地址：台北縣汐止市建成路59巷2號



汐止國泰綜合醫院
Sijih Cathay General Hospital

帳號:

密碼:

登入

輸入帳號與密碼

iMMIS

行動醫療資訊整合系統

風險管控計畫書

風險溝通表

藥品許可證

中文仿單

英文仿單

關閉

藥理分類	GI0300	
院內藥品代碼	OM04	
學名	Magnesium Oxide	
別名		
商品名	Magnesium Oxide	
中文名	氧化鎂錠	
劑型	Tab 250 mg	
適應症	緩解胃部不適或灼熱感、或經診斷為胃及十二指腸潰瘍、胃炎、食道炎所伴隨之胃酸過多；軟便	
用法	1.Antacid: 1 tab tid. 2.Laxative: 2-4 tab tid.	
懷孕分級		
貯存條件		
副作用		
Micromedex ADR	白堊味 (chalky taste)	
健保規範		
健保藥品代碼	A013382100	
注意事項	1.	

藥物存放

- 先進先出
- 定期清點
 - 未開封、已開封藥品標示有效期
 - 以紅點標示快到期藥物
 - 口服剩藥定期丟棄



病人藥物
分隔存放

藥物稀釋須註明床號、姓名、稀釋量、開瓶及到期日期

藥物存放

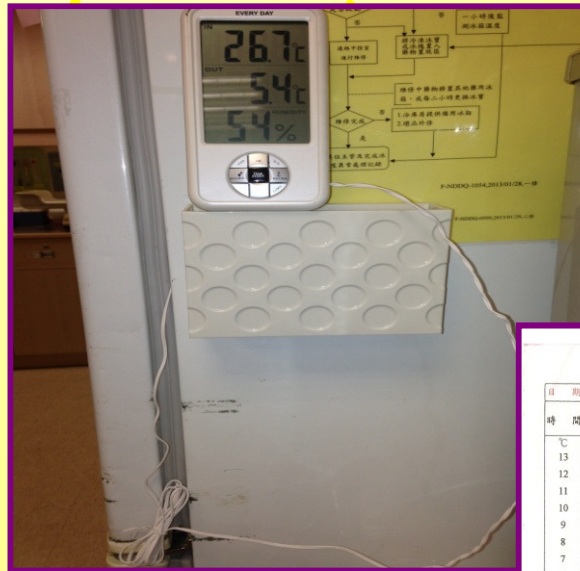
● 適當保存

- 冰箱溫度、定期監測溫度
- 藥物專用冰箱



藥用冰箱

限存藥物及檢體 /
不可放置食物或飲料



冰箱溫度計

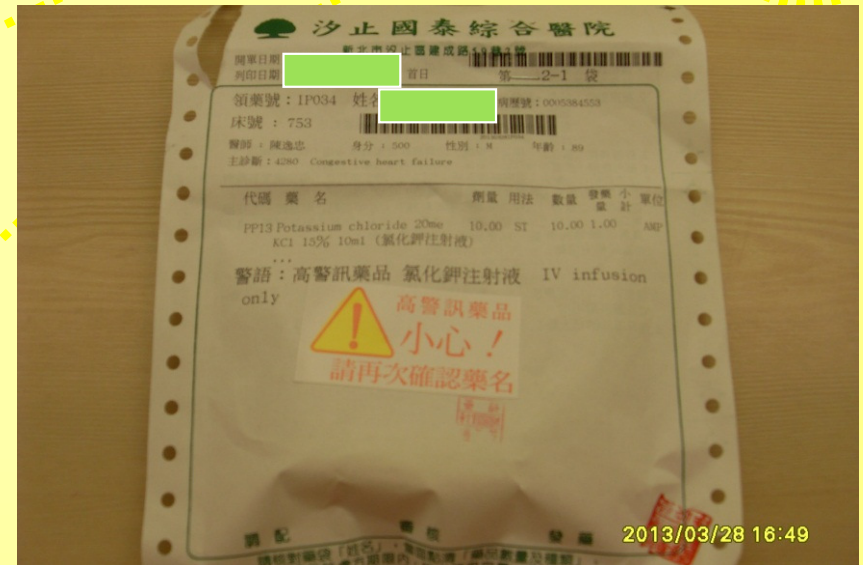
三班監測記錄冰箱
高低溫

國泰綜合醫院汐止分院 冰箱溫度記錄表

日期	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
時間	白	小	大	白	小	大	白	小	大	白	小	大	白	小	大	白	小	大
溫度	度	度	度	度	度	度	度	度	度	度	度	度	度	度	度	度	度	度
異常																		
校正			OK				OK					OK						OK
紀錄表	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
簽章	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
主管	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
簽章																		

藥物管理

- 清楚標示
 - 統一藥物標籤：字體、顏色
- 分類管理
 - 管制藥品
 - 高危險藥物：高濃度電解質



KCL藥品不能常備

藥物管理

- 常備藥量控制
 - 降低常備種類、數量
- 單獨存放
 - 一藥一盒



● 藥物標籤顏色管理

紅色

心臟用藥

藍色

鎮靜安眠

綠色

降血糖藥物

黃色

電解質濃縮劑

橘色

抗凝血

白底紅字

解痙劑

白底黑字

其他



特殊處置確認

關鍵點：執行特殊處置過程之醫囑、部位與執行正確

- 確認醫囑正確

- 口頭醫囑須兩人核對並複誦

- 書面醫囑需三班備藥(處置)前再次核對

- 部位正確

- 外科手術部位標記

- 正確操作執行

- 化學治療-自備藥至加藥皆雙人核對

- 輸血-備血時須持空白標籤至病人單位，經確認後始填全

核對醫囑

- 書面或電腦醫囑
 - 核對醫囑包括：一般囑言、藥囑與處置
 - 醫囑需以西元制，24小時制完成
 - **NIS**系統確認醫囑，無誤線上簽核
 - 若對醫囑有疑慮，須溝通確認後才可執行

口頭醫囑核對

- 時機：急救
- 執行
 - 立即覆誦：床號、姓名、處置方法、部位、時間、藥物名稱、劑量、劑型、途徑、時間
- 醫師須於8小時內將醫囑補全，NIS簽章完成

備血及輸血安全

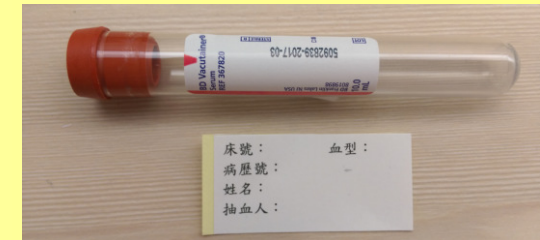
關鍵點

● 備血

- 醫囑、病人及血品正確、安全

● 應變策略

- 一次只準備一位病人的備血
- 確認病人並詢問病人自訴血型、輸血過敏史
- 在病室填全檢驗標籤，內容應包含床號、姓名、病歷號碼自訴血型及抽血人全名
- 填寫輸血治療同意書
- 每次領血勿超過四袋（FFP、Platelet除外），以免無法保鮮



備血及輸血安全

關鍵點

● 輸血

- 確認病人，正確輸注血品

● 應變策略

- 兩人核對血品：核對醫囑、血庫檢驗單、輸血單與血袋上病人姓名、病歷號碼、血型、血品種類、血袋號碼、有效期限
- 需溫血時：紅血球以一次一袋為原則，其餘先放入冷藏庫（2單位以下紅血球類血品時，不必加溫血品）



備血及輸血安全

輸血應變策略

- 血品到達單位應在**20分鐘**內開始輸注，確保血品品質
- 血袋內不可加入藥物，也不可旁插其他藥物及點滴
- 每袋最初**15分**滴速不超過**1cc/分**，並密切觀察病人反應，若無不良輸血反應，流速可調整為**40-60滴/分**（**10滴/c.c.**）
- 每袋血輸血時間不超過**4小時**

備血及輸血安全

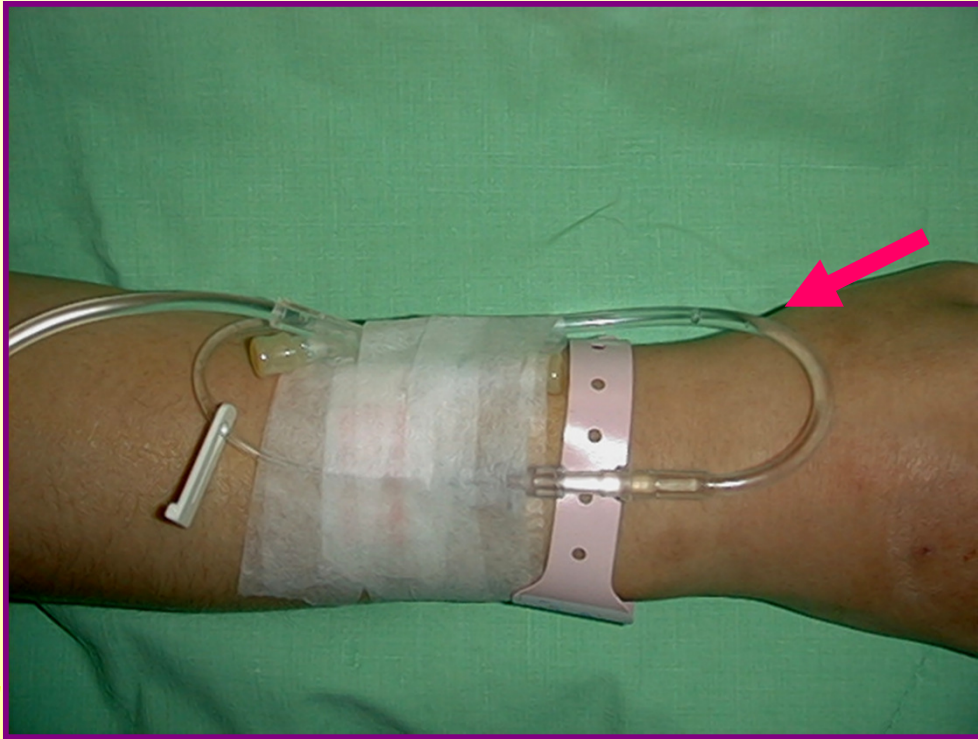
● 輸血

- 病人若有寒顫、臉頰潮紅、皮膚搔癢、呼吸困難、心悸、血壓降低等現象，不管級數，一律停止血液的輸注但仍維持靜脈點滴
- 依輸血反應處理流程處置

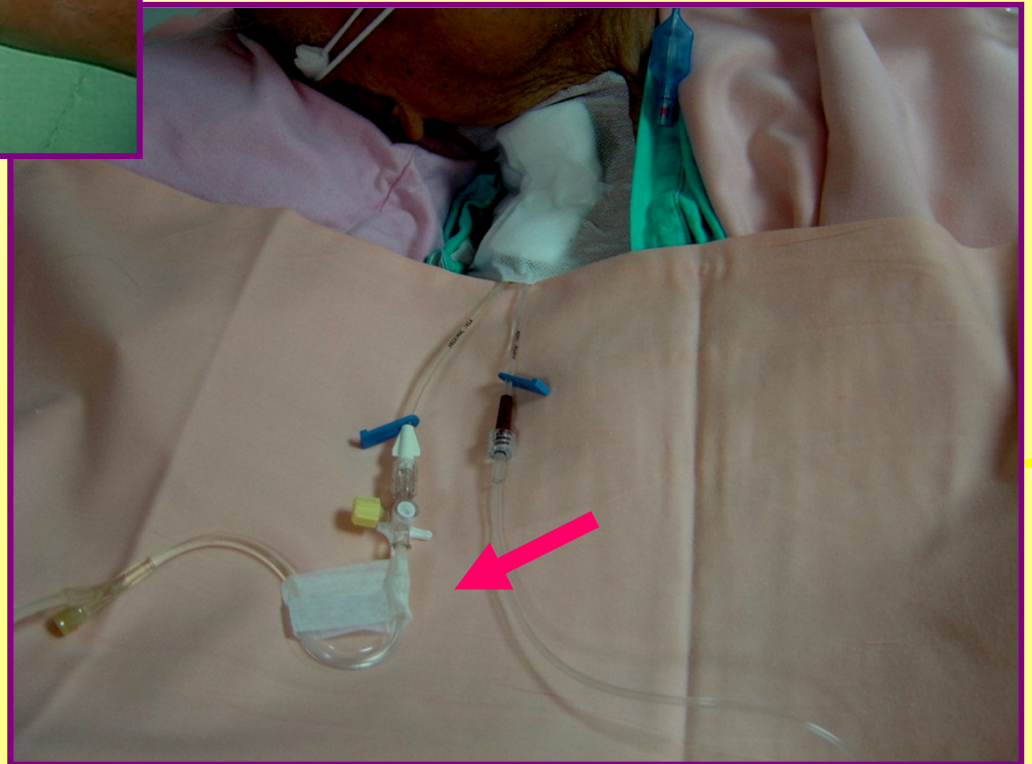
管路照護安全

關鍵點

- 輸液、維生、引流管路之功能維護
 - 管路固定、預防滑脫、確保通暢
- 應變策略
 - 依標準執行管路消毒、固定、更換
 - 確認位置，避免管路扭曲或錯接
 - 評估並善用保護性約束
 - 醫療輸液系統上鎖、警示系統正確

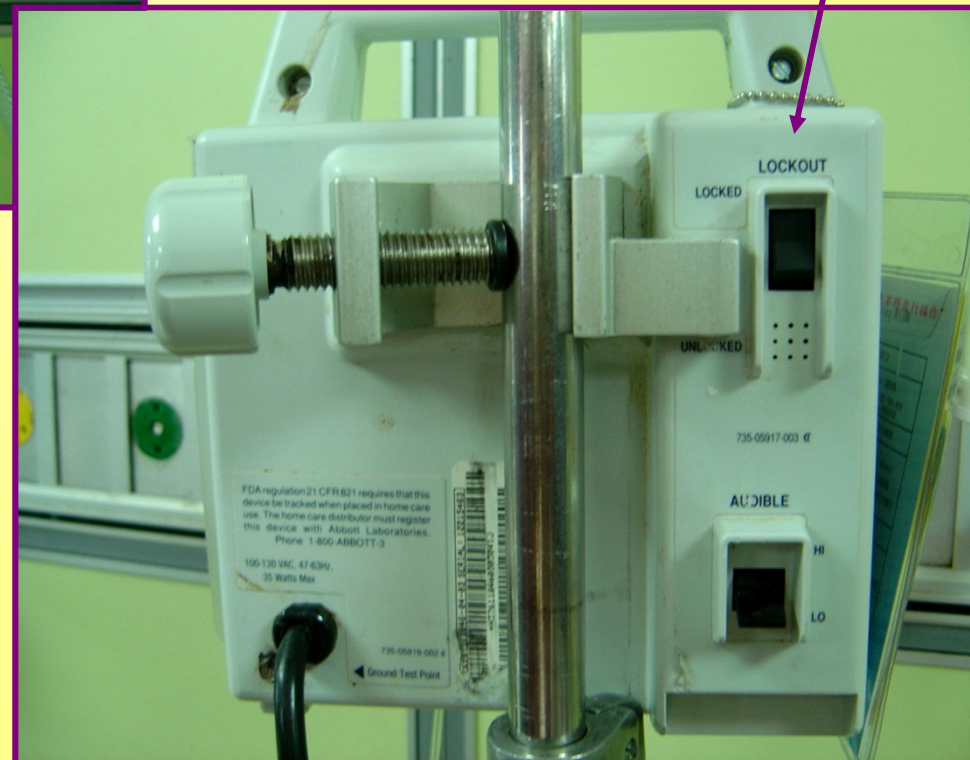


點滴管路固定原則—
U型迴路





輸液系統設定後上鎖



固定方式

呼吸管路固定及用品



管路照護安全-呼吸管路

氣切套管留置

- 套管固定帶：棉繩一長一短或專用護墊帶
- 固定方式：活結方式將棉繩繫於頸側，髒時予適時更換，繫頸預留1-2指鬆度



管路照護安全~預防管路錯接

- 在以下情形應執行管路的再檢查，檢查時應從病人端檢視至源頭端，以確保所有的路徑無誤
 - 新接一項管路時
 - 更換輸液或改變設定時
 - 病人轉換照護單位
 - 交接班時

管路照護安全~預防管路錯接

- 應將病人之管路包括類型、位置、劑量設定等資訊列入交班之標準作業中
- 輸液管路若以轉接頭（3-way）連接，應有檢查各輸液管路源頭的機制與作法，以確認滴注藥物正確

交班安全作業

安全指引

- 交接人員能正確說出病人姓名、床號，及預送抵病房、床號或送檢地點及項目；並有相關紀錄可查
- 病人情況及處置交班正確、清楚，且有完善紀錄查閱
- 完整交代病人後續處置及應追蹤事項
- 交接後能有確認機制，即時釐清問題
- 有適當病人護送決定機制（包含是否送檢、護送人員資格），以確保轉送安全
- 接觸病人前後應及時消毒性洗手

病人輸送安全

● 目的：

依病人嚴重與危急程度分為A、B、C、D四級，並依此運送辦法準備器材，確保病人轉送安全

● 安全指引

- 有適當的病人護送決定機制(A、B、C、D等級)事前準備，確保病人於輸送過程中之安全
- 確保轉送間持續性醫療照護，避免意外事件發生
- 病人運送過程中有緊急狀況之應變計畫
- 完善的交接班

病人輸送安全

- 病人運送過程中有危急情況處理及應變
 - 將病人送往最近的單位進行搶救
 - 已送達檢查單位時，留在檢查單位進行搶救
 - 聯絡主治醫師
 - 若遇情況嚴重則依「CPR小組啟動機制」應變，經總機廣播（7979）

送檢病人交班安全作業

● 安全指引

- 醫師檢視病人後，予以解釋並獲其同意後，開立檢查（驗）單
- 護理人員核對醫囑、檢驗單及病人身分無誤後排檢
- 執行檢查前準備事項
- 當日確認病人生命徵象穩定、意識清楚，再依時間準時送檢
- 血品輸注15分鐘內或發生輸血反應者，由護理人員親送

約束安全作業

- 使用任何物理或機械性設備、材料或工具附加或裝在病人身上
 - 保護及防止病人傷害自己或他人
 - 協助意識欠清且躁動不安的病人預防意外發生
 - 協助避免病人拔除必要之治療管路
- 獲得病人或家屬同意-簽署約束同意書

約束安全作業

原則

- 肢體約束帶須留1-2橫指鬆度
- 軀幹約束帶須留1手掌鬆度
- 注意呼吸情況
- 所有約束用具應易觀察

勿用床單或太空被遮住約束用具

約束安全作業

原則

- 每60分鐘評估

(精神科、ICU、病房無家屬：30分鐘)

- 約束之鬆緊度/肢體循環感覺與活動
- 肢體血液循環
- 皮膚完整性
- 情緒反應
- 排泄飲食清潔需要
- 約束之有效性

約束安全作業

原則

- 每2小時協助病人翻身
- 每2小時輪流鬆綁四肢，協助被動式運動
- 每24小時與醫師確認約束之需要，依醫囑繼續或解除約束
- 安排陪伴
- 記錄約束原因、處理經過、病人目前狀況、觀察及翻身記錄

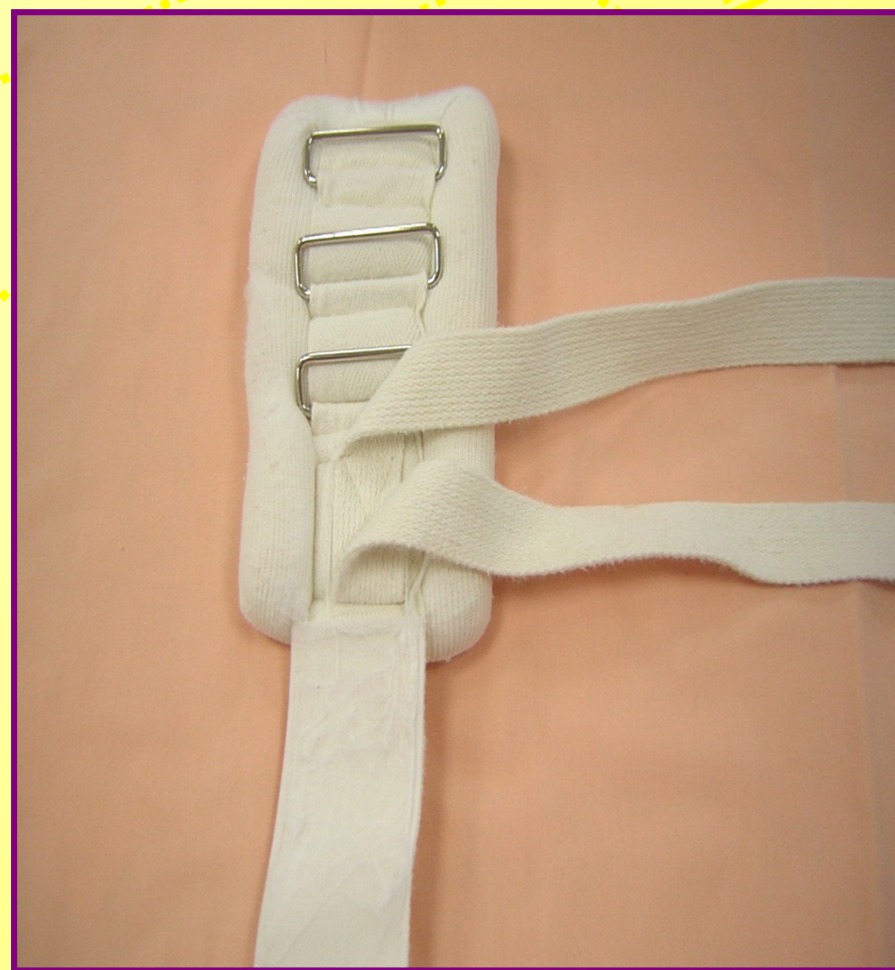
乒乓球手套

- 適用對象：必須經由約束預防病人管路脫落，如意識不清、躁動不安或以手亂抓握的病人



關節約束帶

- 適用對象：預防病人傷害自己或他人，或預防病人管路滑脫，其肌力需>3分者適用如：意識欠清、躁動不安或以手亂抓、亂踢的病人



跌倒危險群處置流程

病人入院或轉入

依跌倒危險因子
評估表評分

病患轉床、每週、術後第一次下床、病情變化或
開始使用特殊藥物應重評

跌倒危險因子評估

- 跌倒史
- 次要診斷
- 行走輔助
- 靜脈輸液治療或
身上連接醫療設備
- 步態
- 精神狀態

≥45分=中危險群病人

≥70分=高危險群病人

跌倒危險因子評估-NIS評估系統

※ 跌倒史：	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 過去三個月內，病人曾經跌倒 <input type="radio"/> 本次住院期間病人曾經跌倒 - 說明 0分： 如果以下項目全無 25分： 如果以下項目有一項或一項以上 1. 本次住院期間病人曾經跌倒 2. 過去三個月內，病人曾經跌倒
※ 次要診斷：	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 + 說明
※ 行走輔助：	<input checked="" type="radio"/> 無需行走輔助 <input type="radio"/> 臥床且完全無法起身，需護理師協助 <input type="radio"/> 須用拐杖/手杖/助行器 <input type="radio"/> 需扶靠傢俱行走(需人協助卻不叫人幫忙或不遵循醫囑臥床) + 說明
※ 靜脈輸液治療或 身上連接醫療設備：	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 + 說明
※ 步態：	<input checked="" type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 無力 <input type="radio"/> 扶站 + 說明
※ 精神狀態：	<input checked="" type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 高估或忽略能力限制 + 說明
總分：	0【沒有跌倒風險】

病人入院或轉入

依跌倒危險
因子評估表
評分

≥45分中危險群病人

1. 訂定「高危險性損傷:跌倒」護理計劃
2. 給予「跌倒預防日常生活注意事項」之指導
3. 掛上「跌倒預防告示牌」
4. 護理交班單註明”病患為跌倒高危險群”，加強巡視

持續追蹤
是否跌倒？

否

每週定期追蹤

是

1. 當班人員填寫跌倒事件報告書
2. 加強照護：每小時巡視一次
3. 統計跌倒發生率
4. 預防措施檢討
5. 個案分析
6. 病房會議定期討論



與病家共同評估



床頭掛上跌倒危險因子評估表



預防跌倒十知



手圈貼上「預防跌倒」標籤

壓瘡防治

● 預防壓瘡

- 因為持續壓力造成皮膚組織的破損
- 通常發生在骨突處，依其可見的組織受損程度區分為不同等級

● 95% 的壓瘡可以預防 (Waterlow, 1998)

● 使用評估工具及護理預防措施，可降低壓瘡發生率 (黃, 1993)、(陳、吳、廖, 1997)

● 減少 12 % 的壓瘡發生率 (Mazzocco & Zampieron, 2000)

壓瘡高危險群篩選



Braden Scale 危險因子評估

項目/分數	1	2	3	4
知覺.感覺 Sensory Perception 反應壓力帶來不適之能力	完全受限 意識狀態的減弱、處於鎮靜狀態或大部分身體感受疼痛的能力受限而使得對疼痛的刺激完全無反應（不能呻吟、退縮、抓握）	中度受限 只對疼痛刺激有反應，無法說出不適，只能以呻吟或焦躁不安來表示，(身體一半以上對感受疼痛或不適的能力受限)或有感覺缺損	輕微受限 可對言語命令有反應，偶而可以言語表達不適或表示需翻身，(有些感覺的缺損，如1、2個肢端部位，而使感受疼痛或不適的能力受限)	無感覺缺損
潮濕度 Moisture 皮膚處於潮濕狀態之程度	總是 皮膚總是因尿液或汗液而潮濕 每次翻身或移動時皮膚總是潮濕	經常 皮膚經常但非總是潮濕，衣服或床單每班至少需更換一次	偶而 皮膚偶而潮濕，衣服或床單每天至少需多換一次	很少 衣服或床單依病房常規更換，皮膚總是乾燥
身體活動 Activity 指肢體活動程度	受限於床 個人能力受限或醫囑	受限於輪椅 完全無法行走或很困難於行，無法支撐身體的重量而必須依賴椅子或輪椅	偶而下床走動 白班偶而可下床走動 但僅限短距離，不限是否使用輔助器，大部分時間在床上或輪椅	經常下床走動 下床走動 ≥ 2 次/天 且 ≥ 2 小時/次
身體運動 Mobility 控制改變身體姿勢之能力	完全不動 無法在無人協助下移動肢體或身體	中度不動 偶而在協助下稍微移動肢體或身體	輕微不動 經常可獨立稍微移動肢體或身體	無限制 可獨立移動肢體或身體
營養狀態 Nutrition 日常攝食型態	很差 不曾將伙食吃完 每天進食 < 2 種蛋白質食物 未經口攝食且/或採清流質飲食，或大量靜脈注射 > 5 天	可能不合適 很少將伙食吃完 每餐進食量不超過全餐之 $1/2$ 每天進食3種蛋白質食物 偶接受飲食治療，採流質飲食或管灌，營養需求未滿足	合適 每餐進食量超過全餐之 $1/2$ 以上 每天進食4種蛋白質食物 偶拒絕用餐 採管灌、週邊/中心靜脈營養，且營養需求可滿足	良好 每餐幾乎吃完 每天進食 > 4 種蛋白質食物，未拒絕用餐 兩餐間會進食點心，不需其他營養支持
摩擦力及剪力 Friction and Shear	有問題 移動身體時需中度到完全協助 會經常滑下床或椅子，需常協助擺位及調整姿勢 痙攣、攣縮或躁動者常有持續的摩擦力存在	潛在問題 移動身體時需少許協助 坐在椅子或床上時，偶會下滑	無呈現問題 有足夠的肌肉強度移動身體，坐在椅子或床上時可維持良好之姿勢	****

壓瘡防治

● 壓瘡評估量表—Braden Scale

篩選壓瘡高危險群病人，再以壓瘡高危險因子為依據，察覺皮膚照顧之需要，執行符合需求的護理措施（黃，1993）（陳、吳、廖，1997）

壓瘡嚴重度	得分	照護標準
輕度危險性	15~16	Qd評值、一般性照護
中度危險性	12~14	Bid評值、g2h翻身、皮膚檢查、海綿墊使用
重度危險性	< 12	Tid評值、g2h翻身、皮膚檢查、海綿墊使用、氣墊床使用

護理指導

- 每班檢查病人皮膚顏色、溫度、彈性、有無水泡
- 保持床單衣物平整及乾淨,避免潮濕
- 避免穿過緊的衣服、襪子
- 隨時更換尿布、衣物
- 使用適當之支托,枕頭/棉卷/氣墊床
- 協助半坐臥病人,至少每30分鐘改變姿勢
- 鼓勵每兩小時能正確翻身姿勢及執行ROM運動
- 視病人狀況盡早下床活動
- 坐於椅子上最好每30分鐘抬高臀部約1分鐘
- 飲食指導:足夠的蛋白質及維生素





Thank you