腎臟疾病照護

風險分析過程
緊急災害應變計畫及後送機制

臺大醫院雲林分院腎臟照護團隊

版本日期 2021-03-09(第一版)

版本日期 2021-07-20(第二版)

版本日期 2024-01-23(第三版)

版本日期 2024-06-25(第四版)

目　錄

內容

前言 2
腎臟照護團隊HVA討論會議記錄(環境) 4
血液透析中心人員照護方面風險照護分析 6
腹膜透析中心人員照護方面風險照護分析 7
一般內科病房人員照護方面風險照護分析 8
第一章 腎臟科團隊環境應變計畫 11
壹、火災、地震 11
貳、資訊系統失效 15
參、疫災(群聚感染) 17
肆、人員滋擾 26
第二章 血液透析室人員照護應變計畫 27
壹、瘻管阻塞 27
貳、非預期急救 28
參、跌倒 29
第三章 腹膜透析人員照護應變計畫 33
壹、技術操作不當造成之感染（腹膜炎） 33
貳、管路照護（導管出口感染） 34

臺大醫院雲林分院腎臟照護團隊

前言

本院訂有緊急及災難事件應變作業指引，規劃共同的應變機制，藉由年度的危害分析針對風險較高或是新出現的危害訂定個別的應變指引作業程序，使同仁在緊急災難發生能明瞭及正確執行應變流程，分別於113年1月23日及113年6月25日共同進行四次由腎臟照護團隊、安全衛生室專家、血液透析室、腹膜透析室與一般內科病房HVA危害風險分析討論，共區分人員照護方面與環境方面，依據兩項參數災害發生率(frequency)與衝擊程度式參考美國Kaiser醫療機構危害風險評量訂定，將失效發生機率等級(0分代表不可能發生、1分代表有可能發生、2分代表很可能發生、3分代表高度可能發生。

地理位置與服務量

本院自2003年於斗六院區開始進行血液透析治療，因應醫療服務量能之增加，於2007年成立虎尾院區，依感染管制原則將肝炎病人分區、分床透析。斗六院區總床數40床、虎尾院區30床，提供門診、住院透析及24小時急重症透析，每位護理人員平均照護門人病人3-4人，住院或急診最多3人。迄2023年12月底，平均每月門診血液透析人次，斗六院區約2400人次、虎尾院區約1600人次，平均每月急診與住院透析人次，斗六院區約270人次、虎尾院區約130人次。除多元化之透析治療模式外，腎臟科亦有雙重過濾血漿分離術、血漿交換術及緩慢低效率血液透析等治療，建構全方位血液淨化治療模式。

本院腹膜透析成立於2005年6月，目前有60位病人，其中透析時間最長者為12年。兩院區每月皆有開立透析衛教時段，慢性腎臟病人及家屬可與腹膜透析護理師當面溝通，增進對腹膜透析的認識及接受度。針對腹膜炎及導管出口處感染之改進，會利用病人每月返診接受腹膜功能檢查，給予實際查檢洗手衛生及腹膜透析換液技術操作，以確認病人及家屬腹膜透析技術操作之正確度。

腎臟照護團隊HVA討論會議(環境)

依據血液透析室、腹膜透析室及病房的特性逐一討論事件，相關風險評估結果進行討論與危害分數。

1、颱風-發生颱風對於病人與工作人員所造成的風險較大，影響人員上下班或病人入出院。

2、地震-危害性與院內各單位相似。

3、疫災-危害性與院內各單位相似。

4、建築結構災害-危害性與院內各單位相似。

5、電力中斷-危害性與院內各單位相似，透析機儀器除了有緊急供電系統外， 透析機也有15分鐘的電力儲備裝置可供應變。

6、停水-透析室的用水量大，對於人員衝擊較大，目前的用水來源為自來水，再純化成RO水以提供給病人使用，備用水源為本院工務室的軟水以供透析病人使用，腎臟內科病房危害性則與院內各單位相似。

7、RO 停水(新增項目)-透析室的用水量大，如發生 RO 系統故障無法製造 RO 水，對於人員衝擊較大，目前透析室有二套 RO 系統互為備援，每套系統設有雙馬達以提供緊急狀況的支援。對一般內科病房危害性則與院內各單位相似。

8、 火警警報失效-危害性與院內各單位相似。

9、 通訊中斷-危害性與院內各單位相似。

10、醫療氣體中斷-危害性與院內各單位相似。

11、抽吸中斷-危害性與院內各單位相似。

12、空調失效-危害性與院內各單位相似。

13、資訊系統失效-因全院全面實施電子病歷，故影響層面大，外部支援部分因僅有資訊室人員可以協助故分數較高。

14、火災-危害性與院內各單位相似。

15、內部淹水/漏水-發生機率較低且設有淹水警報可及早提醒。

16、危害物暴觸-透析室因有透析藥水與消毒藥水故危害分數與一般單位較不同，對一般內科病房危害性則與院內各單位相似。

17、大量傷患/創傷-透析室屬於門診單位故較少有大量傷患，對一般內科病房危害性則與院內各單位相似。

18、人員威脅/暴力-慢性腎臟疾病病人屬性為慢性長期，對於治療的自主性較高，也因為病人或家屬個人的想法與醫療處置上有不一致時，情緒產生波動而與醫療人員發生言語上的不愉快，或因病人長期相處而有口語上的衝突。

一、 透析室人員環境方面災害脆弱度分析（Hazard Vulnerability Analysis，以下簡稱 HVA）

（一）血液透析室

危害因子	可能性	嚴重度=（衝擊-減災預防）						風險
		人命危害	財產損失	營運損失	準備程度	內部應變	外部應變	
	發生機率	死亡受傷	硬體損失	服務中斷	事先準備	時間/效率/資源	社區互助資源共享	相對威脅
分數	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0-100%
	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	
	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	
	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	
火災	3	3	3	3	2	1	1	72%
疫災	2	2	1	1	2	2	2	36.85%
地震	2	1	2	2	1	2	2	36.85%
RO停水	2	2	2	2	1	1	1	33.50%
電力中斷	2	1	2	2	1	1	1	29.48%
颱風	2	1	1	2	1	1	1	26.13%
資訊系統失效	2	1	1	2	1	1	1	26.13%
空調失效	1	1	1	2	1	1	1	12.87%
危害物暴觸	1	1	1	2	1	1	1	12.87%
醫療氣體中斷	1	1	1	1	1	1	1	10.89%

以上血液透析室將針對前三項照護人員環境危害風險，依序為火災、疫災及RO停水制定應變作業程序。

二、 透析室人員照護方面災害脆弱度分析（Hazard Vulnerability Analysis，以下簡稱 HVA）

(一)斗六血液透析室

危害因子	可能性	嚴重度=（衝擊-減災預防）						風險
		人命危害	財產損失	營運損失	準備程度	內部應變	外部應變	
	發生機率	死亡受傷	硬體損失	服務中斷	事先準備	時間/效率/資源	社區互助資源共享	相對威脅
分數	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0-100%
	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	
	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	
	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	
瘻管阻塞	3	2	2	2	2	1	1	55%
非預期急救	2	2	2	2	1	1	1	33.50%
跌倒	2	2	2	2	1	1	1	33.50%
管路滑脫	2	2	2	1	1	1	1	29.48%
群聚感染	2	1	2	2	1	1	1	29.48%
給藥錯誤(含 AK)	2	1	2	1	1	1	1	26.13%
醫療儀器故障	1	1	1	2	1	1	1	12.87%
人員滋擾	1	1	1	2	1	1	1	12.87%
針扎	1	1	1	2	1	1	1	12.87%
資訊系統當機	1	1	1	1	1	1	1	10.89%

(二)虎尾血液透析室

危害因子	可能性	嚴重度=(衝擊-減災預防)						風險
		人命危害	財產損失	營運損失	準備程度	內部應變	外部應變	
	發生機率	死亡受傷	硬體損失	服務中斷	事先準備	時間/效率/資源	社區互助資源共享	相對威脅
分數	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0-100%
	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	
	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	
	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	
瘻管阻塞	3	2	2	2	2	2	1	61%
非預期急救	2	3	2	2	1	1	1	37.52%
跌倒	2	2	2	1	2	1	1	37.52%
給藥錯誤(包括AK)	2	2	2	2	1	1	1	33.50%
管路滑脫	2	3	2	1	1	1	1	33.50%
群聚感染	2	2	2	2	1	1	1	33.50%
人員滋擾	2	1	2	2	1	1	1	29.48%
醫療儀器故障	2	1	1	2	1	1	1	26.13%
針扎	1	1	1	1	1	1	1	10.89%
資訊系統當機	1	1	1	1	1	1	1	10.89%

(三)腹膜透析室

危害因子	可能性	嚴重度=（衝擊-減災預防）						風險
		人命危害	財產損失	營運損失	準備程度	內部應變	外部應變	
	發生機率	死亡受傷	硬體損失	服務中斷	事先準備	時間/效率/資源	社區互助資源共享	相對威脅
分數	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0-100%
	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	
	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	
	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	
技術操作不當造成之感染(腹膜炎)	3	3	2	2	1	1	2	61%
管路照護（導管出口感染)	3	2	2	1	1	1	2	50%
透析藥水庫存量超過基準量	2	2	2	1	1	1	2	33%
群聚感染	1	2	2	1	1	1	1	15%
跌倒	1	2	1	1	1	1	1	13%
急救	1	1	1	1	1	1	1	11%

(四)血液透析室將針對前三項照護人員危害風險，依序為**瘻管阻塞、非預期急救、跌倒**制定應變作業程序。

(五)腹膜透析室將針對前三項照護人員危害風險，依序為**技術操作不當造成之感染、管路照護**制定應變作業程序。

三、 一般內科病房人員照護方面災害脆弱度分析

(一)斗六院區7A綜合病房

危害因子	可能性	嚴重度=（衝擊-減災預防）						風險
		人命危害	財產損失	營運損失	準備程度	內部應變	外部應變	
	發生機率	死亡受傷	硬體損失	服務中斷	事先準備	時間/效率/資源	社區互助資源共享	相對威脅
分數	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0-100%
	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	
	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	
	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	
火災	2	3	3	3	2	1	1	**48%**
地震	2	2	2	2	2	2	2	**44%**
病人跌倒	3	2	1	1	1	1	1	**39%**
資訊系統當機	2	1	1	1	2	2	2	**33%**
嚴重傳染病(疫災)	2	2	2	2	1	1	1	**33%**
管路滑脫	2	2	1	1	1	1	1	**26%**
輪班	2	2	1	1	1	1	1	**26%**
醫療氣體中斷	1	2	2	2	2	2	2	**22%**
文書處理眼睛疲累	2	1	1	1	1	1	0	**19%**
斷電	1	2	2	3	1	1	1	**19%**
漏電	1	2	2	2	1	1	1	**17%**

給藥針扎	1	1	1	1	1	1	1	**11%**
AVERAGE SCORE	**1.31**	**1.38**	**1.19**	**1.25**	**1.00**	**0.94**	**0.88**	**16%**

(二)虎尾院區6S綜合病房

危害因子	可能性	嚴重度=（衝擊-減災預防）						風險
		人命危害	財產損失	營運損失	準備程度	內部應變	外部應變	
	發生機率	死亡受傷	硬體損失	服務中斷	事先準備	時間/效率/資源	社區互助資源共享	相對威脅
分數	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0-100%
	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	
	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	
	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	
針扎	1	1	1	1	1	1	1	11%
斷電	1	2	2	3	1	1	1	19%
火災	2	3	3	3	2	1	1	48%
病人情緒失控，產生暴力事件，造成人員受傷	2	2	1	1	1	1	1	15%
漏電	1	2	2	2	1	1	1	17%
醫療氣體中斷	1	2	2	2	2	2	2	22%
群聚感染	2	2	2	2	1	1	1	33%
跌倒	3	2	1	1	1	1	1	39%
給藥異常	2	2	2	2	1	1	1	33%
資訊系統當機	1	1	1	1	1	1	1	11%
地震	2	2	2	2	2	2	2	44%

(三)虎尾院區6N綜合病房

危害因子	可能性	嚴重度=（衝擊-減災預防）						風險
		人命危害	財產損失	營運損失	準備程度	內部應變	外部應變	
	發生機率	死亡受傷	硬體損失	服務中斷	事先準備	時間/效率/資源	社區互助資源共享	相對威脅
分數	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0-100%
	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	
	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	
	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	
火災	2	3	3	3	2	1	2	**52%**
地震	2	2	2	2	2	2	1	**41%**
病人跌倒	3	2	1	1	2	1	1	**44%**
資訊系統當機	2	1	1	1	2	2	1	**30%**
嚴重傳染病(疫災)	2	2	2	2	2	1	2	**41%**
管路滑脫	2	2	1	1	1	1	1	**26%**
輪班	2	2	1	1	2	1	1	**30%**
醫療氣體中斷	1	2	2	2	2	2	2	**22%**
文書處理眼睛疲累	2	1	1	1	1	1	0	**19%**
斷電	1	2	2	3	1	1	1	**19%**
漏電	1	2	2	2	1	1	1	**17%**
給藥針扎	1	1	1	1	2	1	1	**13%**

AVERAGE SCORE	**1.31**	**1.38**	**1.19**	**1.25**	**1.25**	**0.94**	**0.88**	**17%**

第一章　腎臟科團隊環境應變計畫

壹、火災、地震

國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	血液透析室緊急應變與疏散作業標準程序(虎尾院區)			權責單位	護理部	頁碼/總頁數	15/8
文件編號	61118-1-000024	版次	9	修制訂日期		2023/11/07	
				檢視日期		2023/11/07	
				公告日期		2023/11/07	

97年第一次工作檢討會會議通過
99年第五次工作檢討會會議修正通過
101年第六次工作檢討會會議修正通過
104年第二次工作檢討會會議修正通過
106年第二次工作檢討會會議修正通過
108年第二次工作檢討會會議修正通過
111年第一次工作檢討會會議修正通過
112年第六次工作檢討會會議修正通過

一、目的

本計畫主要目的為因應緊急狀況，迅速安全地疏散全體病人、家屬及員工。

二、血液透析室需疏散事件

包括重大疫情、火災、震災、人為或意外原因導致血液透析室設施故障…等突發事件，足以危害血液透析室正常運作或病人安全之事故。

三、啟動機制

(一)立即危害生命的災情：由血液透析室現場最高階醫護人員決定啟動，並且通報指揮官，以「RACE」進行基本應變流程處理原則。(附件一)

(二)無立即危害生命的災情：依醫院緊急應變指揮架構，由指揮官決定啟動疏散計劃。(附件二、附件三)

四、啟動疏散之人力組織架構

(一)　單位特性：

本單位為30床配置之血液透析單位，每班次常態透析有30床，透析治療作業共分5個區域，每區有六床，K3~6區為B型肝炎區，K7.L.M.N.O區則為非B、C肝炎病患之透析區，P區為隔離透析區。星期一至六提供2班次

透析治療。每日上班人員包括醫師、護理長、專科護理師、護理師、書記、傳送、清潔人員約15人。

(二)當班護理人員由護理長或Leader指派人員，負責通報尋求支援、疏散、救災。醫師負責醫療掌握病人病情變化及動向掌控。

(三)人力支援方面：消防編組登錄於單位電子白板，如下

姓名	任務	負責範圍
(指揮班)由在場最高階醫師/護理長/Leader或護理師	事件指揮官，大聲公廣播及病人照護，向外部行政總值報告現場狀況以及告知需要支援人力，待人力集結時，清點所有人數	全區
（通報班）：由現場指揮(指揮班)指派	通報**119及9999密切與指揮中心(中控室)聯繫、按火災警鈴。 通報疏散進度及了解外在環境 與總醫師、值班護理長、病房主任聯絡	全區
（滅火班):發現火源者為滅火班	使用滅火器初級滅火(拉-拉插梢、瞄-瞄準火源底部、壓-壓握把、掃-向火源底部左右掃射），滅火器使用時要提起來；拉消防栓水線，勿過長、勿扭曲、不影響防火門關閉。	針對火源底部滅火
（避難引導班）：由現場指揮(指揮班)指派	定點站在逃生方向，協助病人疏散引導作業，待人員全員疏散後，丟枕頭代表此區人員已淨空。 疏散順序：可行走的→需協助活動→重症危及需求	全區 二樓化療室側門
（安全防護班）：由現場指派現場人員擔任	確認無人使用氧氣後關閉氧氣閥、並協助關門。後續需轉診時，回報要轉診之病人數給總指揮，聯絡鄰近醫院空床數，請總務室安排交通車，並協助醫師開立轉診單給病人。	全區
（救護班）:由現場指揮(指揮班)指派	協助各區病人棄血及疏散，並安撫情緒，將病人移出著火區域，病人轉診後續追蹤病人狀況並記錄協助病人疏散引導作業。	全區

值班HN	外援人力分配	二樓內視鏡口
清潔人員	協助發放口罩及協助病人疏散	全區
書記	協助疏散及推急救用物、病歷等	全區

1、疏散時由上下樓層相互支援，如血液透析室由加護病房、開刀房、門診人員相互支援。

2、調動人力：災難發生時，由護理長或 Leader 判斷是否需請求人力支援，若需支援，白班通知護理部(577002)，夜班通知值班護理長(55431)。支援人力由護理長或 Leader 支配工作。

五、現場作業方面

(一)醫師、護理長或 Leader 應立即進行病人分類評估，評估病情嚴重度及決定疏散順序。

(二)疏散前護理人員依原照顧病人，需緊急做結束透析治療的處理，其標準程序如下：

1、先停止透析機 Blood Pump，並依當時災情發生之狀況，在時間許可下儘可能將血液趕回病人體內，否則直接將穿刺針上的夾子夾緊，與動靜脈血液迴路管上的夾子夾緊，進行棄血的動作。

2、儘速將病人血管通路上的穿刺針或雙腔導管與透析機分離。穿刺針暫不拔除，先固定好在肢體上，避免脫針。

3、維護病人生命徵象紀錄，並隨時報告病人病情給醫師。

4、視情況做透析機及 RO 用水的處理，如關閉透析機及 RO 用水的電源。

(三)由護理長或 Leader 判斷並評估病人緊急疏散時單位所需之儀器、醫材及物品需求供應，進行溝通與聯絡；並由主護護理師依病人的情況進行疏散，包含相關之病歷、藥物、血品等包裹方式與病人同時疏散。

(四)疏散時，使用呼吸器之病人需接 O_2 用 Ambu-bag bagging 並注意儲氣袋是否膨脹，以維持肺部換氣，且安排人員隨時待命於側。評估病人使用儀器是否有蓄電功能，無法運作時改手動操作。

(五)疏散時先採以同樓層疏散為原則，先平行疏散後垂直疏散，【避難引導班】負責引導疏散方向，取出【消防安全備物箱】(喊話器大聲公、哨子、手電筒、指揮棒、點名本)，以大聲公和指揮棒引導病人及家屬前往安全區，並由集結區支援人力派 1-2 名及傳送人員協助疏散病人。

(六)疏散後【安全防護班】清點現場，確認透析治療區內已無人，隨手把門

關上，減少煙霧瀰漫速度。

（七）【避難引導班】若發現病人及工作人員行蹤不明時，應立即通知指揮官、護理長或 Leader。

六、本區域預防/整備權責與措施

（一） 醫護人員訓練

1、教導單位人員辨識單位內一般電源與緊急電源插座，並瞭解緊急電源插座位置，以應變災難發生時緊急所需。檢查所有儲備電力的醫療儀器如血液透析機、輸液控制器、生理監視器、電擊器等是否儲蓄電力充足且功能正常。

2、單位人員每年需接受消防演習訓練及員工在職訓練，包括災難危害應變說明、滅火器使用、逃生梯使用操作等。

3、單位人員需知悉緊急照明燈及緊急物品放置處如手電筒、電池與萬用鑰匙及緊急狀況通報連絡電話(行政值班 55888)。

4、教導單位人員遇火警時，一人通報廣播，通報專線、內容如下：

1.緊急通報專線：9999 2.我是XX單位某某某，現在XX地方發生火災，請幫我廣播「紅色X號」。 1號：待確認或警戒，暫時不需疏散，需回報9999。 2號：需要局部疏散。 9號：全院緊急狀況，需要全院疏散及動員。

5、另一人持滅火器趕往現場，若 30 秒無法撲滅，依指揮官指示，盡速疏散病人，各單位接獲廣播時，至少一人前往支援疏散工作。

6、教導護理人員火警時需確認無病人使用氧氣後並關掉氧氣閥；以先平行後垂直方式疏散病人及家屬。

7、單位人員當災難發生時，應以冷靜沉著語氣安撫病人及家屬，並主動探視了解病情。

8、教導護理人員對重要儀器如透析機、電擊器等，平時應插於緊急插座，以防停電危及病人生命。

（二） 消防物資、儀器及照明電源維護方面

1、安排專人管理儀器，負責儀器平日之蓄電、簡易故障排除及維護工作。

2、單位內緊急照明燈、緊急出口照明燈、滅火器等設備，由工務組負責定期檢查、維修並登錄。

3、專人每月做消防安全備物的清點與功能查檢。

（三） 預防措施

1、平時向病人及家屬宣導如確認緊急出口、避難所及避難路線，並告知勿於室內點火抽煙。

2、每天確實掌握透析室人員動態。

3、每日確實做好透析室 RO 及透析機之一級查檢。

七、本要點經透析室病房暨品管會議通過後實施。

貳、資訊系統失效

資訊系統失效因全院全面採用電子病歷，故當電腦發生中斷無法操作將依照文件編號：61672-3-010門診系統當機作業標準，摘錄如下。

國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	醫療資訊系統當機作業標準			權責單位	醫療資訊室資訊組	頁碼/總頁數	20/35
文件編號	61672-3-010	版次	09	修制訂日期		2020/09/30	
				檢視日期		2022/11/25	
				公告日期		2022/11/25	

一、目的：

當本院門診電腦系統當機時，使進行中的各項資訊作業不致中斷，仍能順利進行，以維護病人權益。

二、規範：

(一)依本院資訊室「醫療系統當機作業標準規範」，資訊系統作業中斷30分鐘以上，改採以單機版或紙本作業。

(二)門診診助、批掛人員，遵循各項處理流程採取應變措施。

三、程序：

(一)發現當機第一時間

門診發現電腦當機時，先確認是否為單機因素，電話連絡資訊室(白天：斗六院區分機：2226；虎尾院區分機：8708；夜間及假日：請總機轉當日值班資訊人員)，告知當機事件並詢問當機原因。門診等待資訊室回覆當機原因，遵循下列全院資訊系統作業中斷處理原則執行各項相關作業：

1、資訊室於接獲工作人員通報電腦當機後，10分鐘內判斷是否為全面當機，若為全面性當機，立即報告單位主管，**並於當機後的第10分鐘通知總機進行廣播當機音樂30秒。**

2、若當機預估30分鐘或超過30分無法修復時，**經資訊值班人員及醫療資訊室主任**判斷後廣播改採以單機或紙本作業。

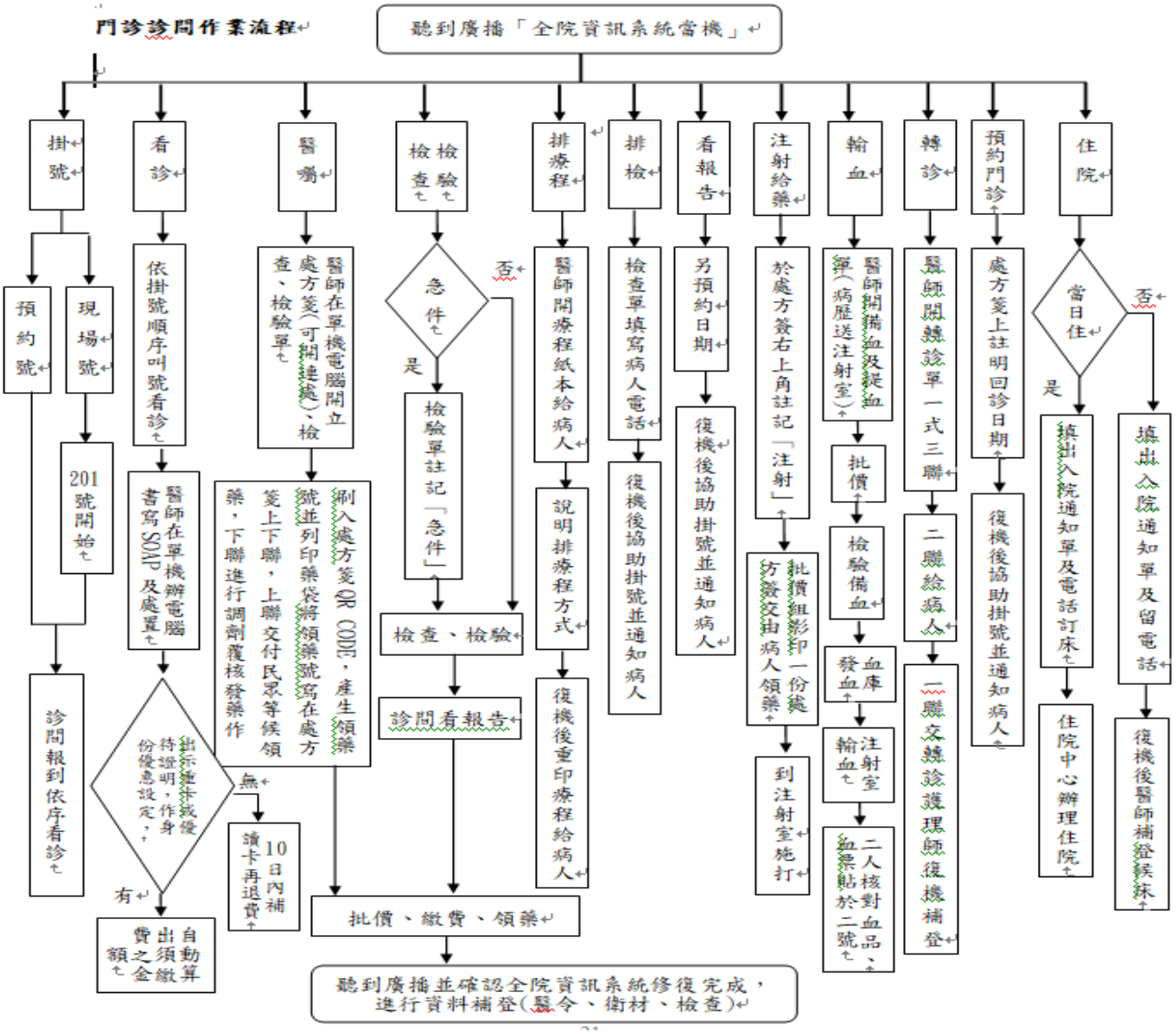
四、注意事項:

(一)單機版/人工表單皆為本院暨定之電腦系統及表格，非正式表格務必與相關單位進行聯繫確認。

(二)醫療資訊室病歷組提供初診病歷單備用。

(三)配合單機/人工作業，各單位如需加派人員支援，儘速聯絡到位，並請單位主管或資深人員帶領指揮。

(四)門診診間作業流程圖如下：



叁、疫災(群聚感染)

嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)肆虐全球，慢性腎臟疾病病人因免疫力低，集中治療也易發生群聚感染，在一般內科病房則依據感管中心的空氣隔離與醫療人員照護規範來執行防護措施。血液透析中心制訂一連串相關防疫規範，以利疫情期間提供安全持續不間斷的血液透析治療，建立分流分艙作業程序、因應可能大流行造成醫護人力不足困境，制定血液淨化科因應特殊傳染性肺炎之人力備援計劃以及居家隔離或檢疫及疑似或確診武漢肺炎COVID-19之作業標準。

COVID-19 相關腹膜透析中心分流分艙作業程序

2024年 5 月 28 日通過

一、目的：

因應新興傳染性疾病盛行，病人須依病情風險進行就醫分流，病人與工作人員須進行分艙以減少發生院內感染而產生醫護人力不足的困境，訂定此作業標準。

二、範圍：腹膜透析門診病人。

三、透析空間：腹膜透析室。

四、作業程序：

（一）病人分流

1、透析門診照常運作。

2、依病人看診號碼，管制看診病人進入候診室，分時段進行看診，原則如下：

上午門診		下午門診	
01～04 號	08：30～09：30	13～16 號	13：30～14：30
05～08 號	09：30～10：30	17～20 號	14：30～15：30
09～12 號	10：30～11：30	21～ 號	15：30～16：00

3、護理師主動電訪腹膜透析病人討論相關醫療照護需求，非緊急問題避免到院，並減少到院停留時間(除新病人訓練、透析相關感染處理…)。

4、依分流原則，限制每日常規換管人數上午及下午各 1 人，腹膜功能約診每日限 1 人。

5、每週一至五下午進行透析前衛教，限制衛教人數 2 人為上限。

6、住院及急診之腹膜透析病人，以電話交班病人之相關照護，非必要減少探視次數。

（二）病人分艙

1、因應分艙原則，管制候診區病人數，座椅隔開坐。

2、非門診時段，除護理師約診，不開放病人到院換液。

3、依分艙原則，護理師一人一間固定治療室。

4、每週一、三、五下午為門診預約透析衛教時間，住院預約衛教時間則固定於星期二及星期四下午進行分艙，減少門診與住院病人交互感染之風險。虎尾衛教時段及執行方式不變。

五、本規範通過後實施。

居家隔離或居家檢疫及之腹膜透析病人作業標準

一、目的：

因應新興傳染性疾病盛行，經衛生主管機關開立需居家隔離和居家檢疫而無發燒、急性呼吸道等相關症狀之病人，依法不得外出，故常規腹膜規透析病人須由衛生主管機關安排輸送至具有隔離且能執行透析的院所，以利檢疫期間持續接受不間斷的透析治療。

二、作業步驟：

(一) 環境與用物準備

1、疑似或確診病人入住負壓隔離室，一律以雙連袋透析藥水執行腹膜透析操作。

2、環境與用物單純化，除腹膜透析治療必須使用的用物外，病室內不需使用的用物儘量挪出。

3、用物不與其他病人共用，以單次、拋棄式物品優先選擇，例如體溫計、膠布、消毒製劑等。

(二)病人轉入運送動線(疑似或確認病人之運送動線)病人外出時須全程配戴口罩個人防護裝備(PPE)：詳參本院個人防護裝備建議表(文件編號：61550-2-000021)。

1、病人：外科口罩、布隔離衣，運送過程需坐輪椅或推床，不碰觸周遭環境。

2、參與運送人員：

(1)醫療人員及 EMT：N95 口罩+外科口罩、拋棄式防水隔離衣、雙層手套、護目裝備。

(2)動線管制駐警：N95 口罩+外科口罩，全程不接觸病人並用乾淨手控制電梯面板。

(3)陪同家屬：外科口罩，盡量不接觸病人為原則。

(三)病室內防護措施：

1、手部衛生，參考「醫療人員手部衛生實施細則」(文件號:61550-3-000019)。

2、個人防護裝備：依風險評估適當佩戴。

(1)臉部防護-外科口罩或以上等級的醫療口罩(N95)、護目鏡、護面板、髮帽。

(2)長袖防水隔離衣。

(3)手套：手套口須包覆防水隔離衣袖口。

(4)腳套(視需要)。

(5) 人力配置：接觸人員盡量減少，採固定、單一人力。

3、病人能自行操作腹膜透析雙連袋換液。

4、一般病房負壓隔離室由病人自行操作，若虛弱致無法操作，由病房護理師依常規治療時間協助換液。

5、重症加護病房負壓隔離室，由 ICU 護理師依常規治療時間協助換液。

(四)注意事項

1、物品處理：

(1)病人隨身物品：由病人處理，若有外院書面病歷，請病人翻開，本院人員拍照後上傳醫療系統，書面病歷由病人保存。

(2)行政流程手續病人勿臨櫃辦理，可由無居家隔離或檢疫的親友戴外科口罩，攜帶有效證件辦理，如無親友可協助行政程序辦理，請病人簽屬相關同意書後由醫療人員拍照上傳。

2、環境清潔作業規定

(1)液態廢棄物如尿液、糞便或透析液等，醫院已有適當的污水處理系統，直接倒馬桶後，蓋上馬桶蓋執行 2 次沖水；處理透析液過程中，建議將廢液流到汙水槽或馬桶中，應注意避免噴濺。如需攜出病室倒入污水槽，請先倒入原液漂白水(用量為液態廢棄物的 1/10)進行去污作用，浸泡 10 分鐘後，再攜出倒入污水槽。

(2)病人轉出後，病室空調運轉至少 30 分鐘，再請清潔人員著適當個人防護裝備進行環境終期消毒，採用 0.6%漂白水消毒，擦拭濕度停留 1 分鐘。

三、本規範通過後實施。參考資料：

(一)醫療機構因應嚴重特殊傳染性肺炎感染管制措施指引衛生福利部疾病管制署(2020 年 02 月 14 日)。

(二)特殊感染症病人之運送動線及分工計畫(院長室決議通過後實施 20200303 修訂)。

(三)居家隔離或檢疫者接受醫療照護時之感染管制措施(疾管局網頁)。

居家隔離或居家檢疫之血液透析病人作業標準

一、目的：

因應新興傳染性疾病盛行，須於單人檢疫病室或負壓隔離室進行血液透析或經衛生主管機關開立需居家隔離和居家檢疫而無發燒、急性呼吸道等相關症狀之病人，依法不得外出，故常規血液透析病人須由衛生主管機關安排輸送至具有隔離且能執行透析的院所，以利檢疫期間持續接受不間斷的透析治療，特訂定此作業標準。

二、對象：

居家隔離或居家檢疫之血液透析病人。

三、範圍：

本院亦為傳染病指定應變醫院，除進行本院住院病人於單人檢疫病室或負壓隔離室進行血液透析外，也須收治來自於1922防疫專線(衛生單位)依各區衛生主管機關及緊急醫療資訊整合中心(Emergency Medical Operation Center,EMOC)的指示，轉入之外院須居家隔離或居家檢疫之長期血液透析門診病人，病人轉入前本院須先取得血液透析病人的透析通路、人工腎臟、血液檢驗數值等相關血液透析參數(血液透析轉診摘要)與簽署完成之血液透析說明暨同意書。

四、透析空間：

院內適當的獨立空間如負壓隔離室、單人檢疫病室，以固定空間優先，目的為完成期間的治療，避免頻繁更動空間而影響病人動線與透析設備頻繁挪移。

五、作業步驟：

(一)環境與用物準備-參閱護理技術-血液透析。

1、環境與用物單純化，除血液透析必須使用的用物外，病室內不需用的用物儘量挪出。

2、血液透析備物須於病人轉入前準備齊全，血液透析機（須具備無線傳輸生理參數功能）、RO水管線與相關儀器須先測試完成備用。

3、用物不以其他病人共用為原則，以單次、拋棄式物品優先選擇，例如體溫計、膠布、消毒製劑等。

(二)病人轉入運送動線

如為1922協調轉入之居家隔離或檢疫的透析病人，經1922安排交通方式

運送至本院，運送動線時間與方式須事先協調，照會腎臟科醫師評估是否有不適症狀並進行採檢，一採陰性，則可回原透析院所繼續透析治療；若一採陽性，轉至斗六院區7B病房。

病人外出時須全程配戴口罩，個人防護裝備(PPE)：詳參本院個人防護裝備建議表(文件編號：61550-2-000021)

1、病人：外科口罩、拋棄式防水長袖隔離衣(身體或衣服有汙染源、皮膚疹時)，運送過程需坐輪椅或推床，不碰觸環境。必要時需給予嘔吐袋。

2、參與運送人員：

(1)醫療人員及EMT：N95口罩、手套、護目裝備、拋棄式防水長袖隔離衣。

(2)動線管制保全人員：N95口罩，全程不接觸病人並**乾淨手**控制電梯面板。

(3)陪同家屬：外科口罩，盡量不接觸病人為原則。

3、轉入運送方式：

(1)虎尾院區：由1922聯繫本院轉診中心，經腎臟科醫師診視，確認透析日期及時間，聯絡病人透析日由急診門口進出，搭專屬電梯->2F透析室。

(2)斗六院區：救護車由新醫療大樓地下停車場進出，搭專屬電梯->7B病房/2AICU。

4、居家隔離或居家檢疫病人以虎尾院區隔離室為透析地點，其運送流程如附件一。

5、疑似或確認病人將收治在斗六院區，依據感染管制手冊-疑似第一、五類法定及新興傳染病病人轉送動線。

(三)病室內防護措施：

1、手部衛生，參「醫療人員手部衛生實施細則」(文件編號**61550-2-000019**)。

2、個人防護裝備：依風險評估適當佩戴。

(1)臉部防護-外科口罩或以上等級的醫療口罩(N95)、護目鏡/面罩、護面板、髮帽、鞋套。

(2)長袖防水隔離衣。

(3)手套：手套口須包覆防水隔離衣袖口。

(4)腳套（視需要）。

(四)人力配置：接觸人員盡量減少與固定、單一人力。

由LEADER協助調度當天支援人力，以負責ICU(A10班)護理師優先指派，護病比1:1～3(須同性質病人)，勿同時照顧非檢疫病人。

(五)注意事項

1、透析部位勿覆蓋住，以利每30分鐘觀察注射部位，減少碰觸。

2、物品處理：

(1)1922救護車隨行之輪椅或推車：由救護車人員帶回一併清潔消毒。

(2)病人隨身物品：由病人處理，若有外院書面病歷，請病人翻開，本院人員拍照後上傳醫療系統，書面病歷由病人保存。

(3)行政流程手續病人勿臨櫃辦理，可由無居家隔離或檢疫的親友戴外科口罩，攜帶有效證件辦理，如無親友可協助行政程序辦理，請病人簽屬相關同意書後由醫療人員拍照上傳。

3、環境清潔作業規定：負責環境清消的人員應經過適當的訓練，並於執行工作時依建議穿戴適當的個人防護裝備，建議配戴N95口罩+外科口罩、拋棄式防水隔離衣、雙層手套、護目裝備、髮帽。

4、病人轉出後，病室空調運轉至少30分鐘，再請清潔人員著適當個人防護裝備進行環境終期消毒，採用0.6%漂白水消毒，擦拭濕度停留1分鐘。

六、本規範通過後實施。

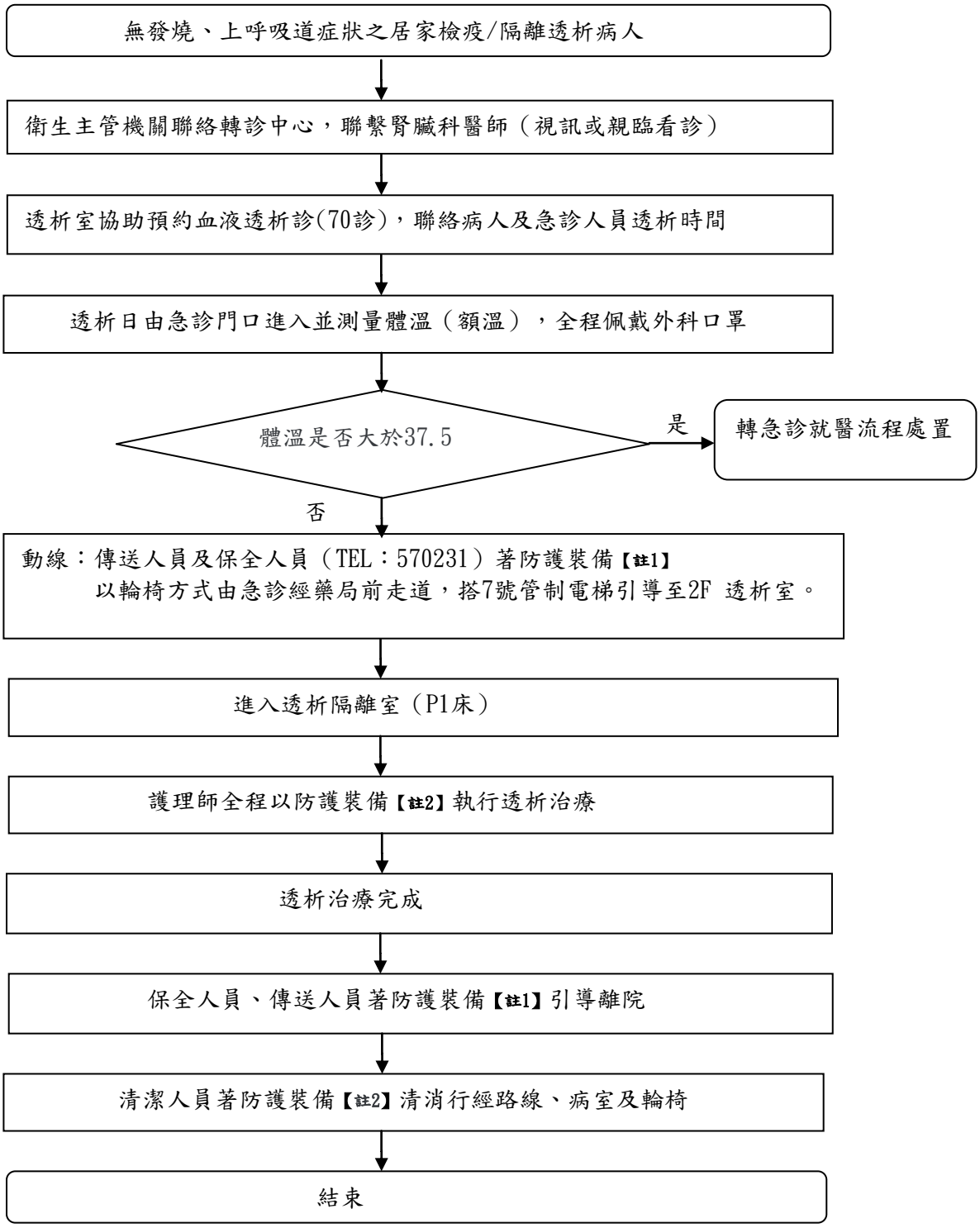
七、參考資料：

(一)醫療機構因應嚴重特殊傳染性肺炎感染管制措施指引衛生福利部疾病管制署(2020年4月16日)

(二)居家隔離或檢疫者接受醫療照護時之感染管制措施(疾管局網頁)

(三)高風險傳染性疾病病人之運送動線及分工計畫（防疫會議決議通過後實施20200123修訂）

附件一：嚴重特殊傳染性肺炎(SPNP)疫情期間居家檢疫/隔離透析就醫流程圖



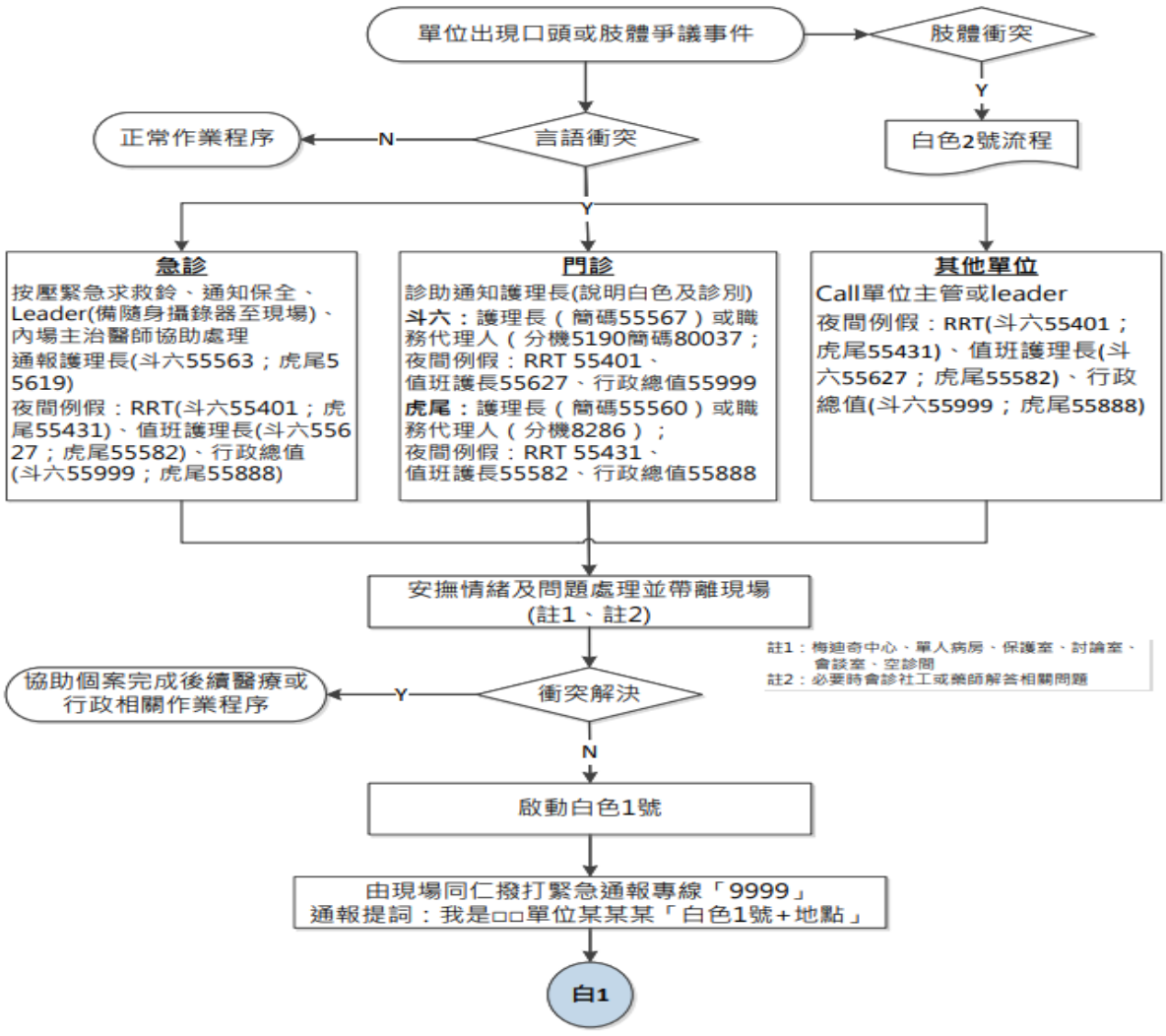
肆、人員滋擾

慢性腎臟疾病病人屬性為慢性長期，對於治療的自主性較高，也因為病人或家屬個人的想法與醫療處置上有不一致時，情緒產生波動而與醫療人員發生言語上的不愉快，或因病人長期相處而有口語上的衝突，此項危害風險危害性將採用院內暴力行為之應變作業要點執行，文件編號：616B0-3-000020。

國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	院內暴力事件預防及應變作業程序			權責單位	安全衛生室	頁碼/總頁數	30/41
文件編號	616B0-3-000020	版次	5	修制訂日期		2022/03/16	
				檢視日期		2022/03/16	
				公告日期		2022/11/30	

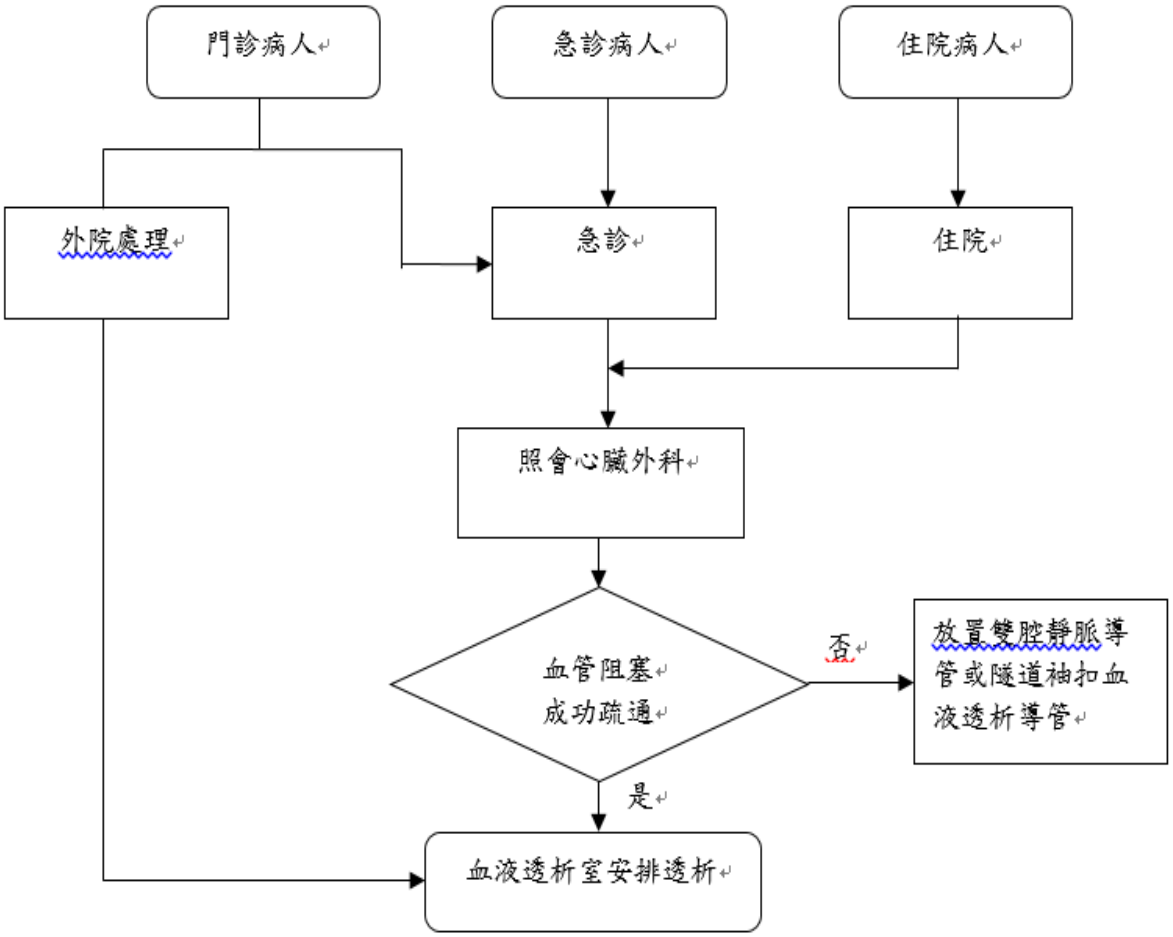
附件一、院內暴力事件預防及應變作業程序



第二章 血液透析人員照護應變計畫

壹、瘻管阻塞

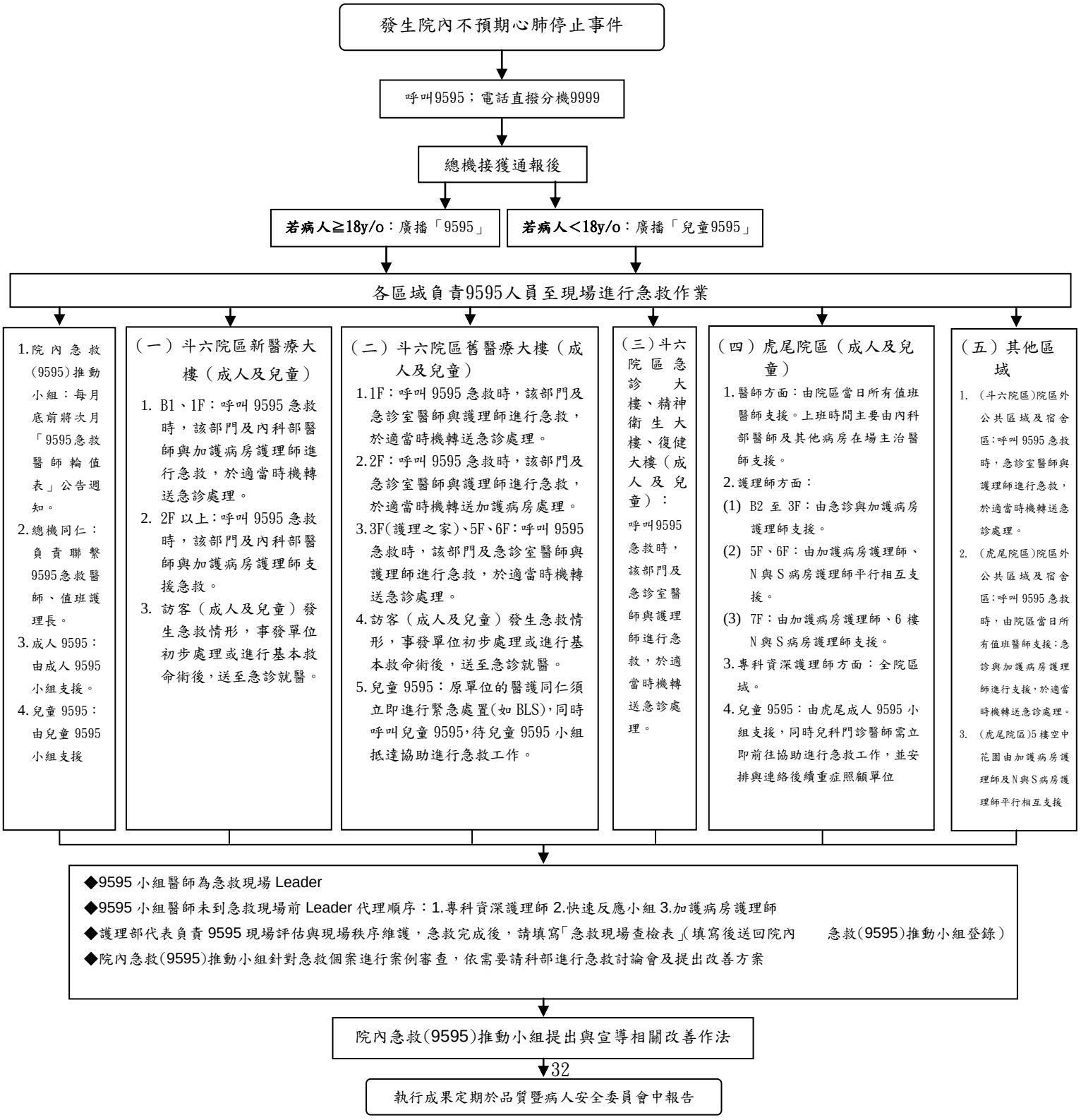
透析人工血管阻塞處理流程



貳、非預期急救

慢性腎臟疾病病人常有多重疾病，且易有呼吸喘、電解質不平衡、心律不整等症狀，常發生不預期急救，此項危害風險危害性將採用文件編號：61630-2-000009 院內心肺復甦術作業規範來執行。摘錄重點如下：

台大醫院雲林分院院內不預期心肺停止作業流程圖



叁、 跌倒

因慢性腎臟疾病病人常有貧血、下肢水腫及電解質不平衡等症狀，且常使用降壓利尿劑，屬於跌倒的高危險群，此項危害風險危害性將採用文件編號：61630-2-000008 預防病人跌倒作業規範來執行。摘錄重點如下:

國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	預防病人跌倒作業規範			權責單位	品質管理中心	頁碼/總頁數	33/3
文件編號	61630-2-000008	版次	2	修制訂日期		2024/01/23	
				檢視日期		2024/01/23	
				公告日期		2024/01/23	

一、規範：

本院提供每位住院病人跌倒風險評估，並針對高風險跌倒病人提供預防建議，以降低病人跌倒之發生。評估之內容包括評估病人是否為高風險、應提供之服務內容以及注意實質環境。

二、目的：

透過執行預防跌倒作業，辨識病人是否為跌倒的高風險群，並依此提供病人與家屬重要相關預防跌倒建議與衛教，降低病人跌倒發生與造成之傷害，維護病人安全。

三、範圍：

（一）所有新住入或轉入病房的住院病人，本院護理人員需提供初次跌倒風險評估（壓傷及跌倒危險性評估表，如附）。

（二）初評為非高風險病人有下列情況時，當次班別護理人員必須再次評估:

1、當病情發生變化時

2、特殊用藥或新使用高風險跌倒藥物/劑量更動時(請參見藥劑部建議之藥物項目)

3、病人接受麻醉、侵入性檢查/處置，或是手術返回病房時。

四、權責：

（一）護理人員完成跌倒評估，並標示高風險跌倒病人，確認應提供之服務內容以及注意實質環境。

（二）醫師應與護理人員確認病人之跌倒風險指數，並共同討論檢視相關用藥與醫療項目。

（三）相關檢查室人員在接收病人受檢前，應確認是否為高風險病人，同時確認應提供之服務內容以及注意實質環境。

五、作業程序

（一）進行跌倒風險評估，完成高風險病人標示作業及相關預防跌倒建議與教育並記錄之。

1、護理人員在新住院病人當班必須於護理記錄中完成跌倒風險評估，針對高風險病人並須完成相關標示，包括床頭、手圈標示，確認應提供之服務內容包括衛生教育、必要之輔具提供或指導、重新檢視相關藥物之使用，以及注意實質環境。

2、住院病人當班護理人員於下班前完成上述評估，並完成紀錄。

3、各科部人員依照規定進行重新評估。

（二）負責醫師應確認高風險跌倒病人之跌倒風險指數，重新檢視相關用藥與醫療項目。

（三）轉送相關檢查單位時，應交班提醒。檢查單位人員在接收到住院病人受檢時，應確認該病人之跌倒風險指數，並確認應提供之服務內容以及注意實質環境。

（四）所有發生跌倒個案，各單位均應於24小時內完成通報至品質管理中心作業(請參照台大醫院雲林分院異常事件通報與作業要點)。

六、品質指標：

（一）預防跌倒評核完成率

（二）病人跌倒造成之傷害率

（三）嚴重傷害跌倒率

七、本規範經品質暨病人安全委員會審查通過，院長核定後實施。

肆、給藥錯誤

國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	藥物治療作業規範-給藥安全	權責單位	護理部	頁碼/總頁數	35/7
文件編號	61210-3-060001	版次	7	修制訂日期	2021/06/10
				檢視日期	2021/06/10

一、目的：

依醫囑按時給予正確藥品，確保病人藥品使用之安全。

二、範圍及權責：

護理師依制訂之政策規範執行給藥程序，包括藥品保管、儲存、備藥及給藥之整個過程。

三、作業程序：

(一)三讀五對之標準程序：

1、三讀

(1)自 UDD 藥車藥盒內取出藥品閱讀其上標籤。

(2)將藥品置於藥杯或抽出針劑時閱讀其上標籤。

(3)將藥品置回藥盒或丟棄藥品外包裝/藥瓶時，再次閱讀其上標籤。

2、五對

(1)病人正確。

(2)藥名正確。

(3)劑量正確。

(4)時間正確。

(5)途徑正確。

(二)各種途徑給藥之注意事項：

1、口服

(1)給藥前先評估病人，確定病人狀況適合服藥後才拆除外包裝(交給病人的藥不可以有外包裝)。

(2)使用胃管灌食的病人，護理人員需將藥磨粉後親自灌藥。

(3)使用研缽研磨藥品後即需清潔。治療中，可先倒入一些 75%酒精於研缽內，再用擦手紙拭淨(不可用酒精乾洗手液或酒精棉片)：治

療結束返回護理站，以清水完全洗淨後晾乾備用，若為口服藥切割器，以棉棒沾酒精清潔。

2、靜脈注射

(1)護理師須於不銹鋼檯面或工作車抗菌桌面抽取注射劑，可使用側邊平台或治療盤，執行前後須用酒精乾洗手液清潔檯面。

(2)20 mL NS 或 DW 開封後未用完立即丟棄（離開病室前）。

(3)不預抽注射藥。

(4)使用精密輸液套者先印出點滴標籤黏貼，內容包括病人姓名、出生年月日、藥名、給藥時間、劑量/稀釋量。

(5)使用靜脈點滴者須貼點滴標籤，於標籤上註明開始與結束時間，或寫點滴貼紙內容包括姓名、出生年月日、瓶次/總瓶數、添加藥品劑量(若無則不需填寫）、稀釋液體積、給藥途徑、給藥速率、開始給藥時間、預計結束時間（若溶液僅作為稀釋藥品用，如 NS 500 mL for antibiotic 不需填寫）。

(6)取用點滴時檢查有無雜質、混濁或沉澱物，如有則不使用。未加藥點滴請 24 小時內更換，單位自行加藥點滴儘量 24 小時內用完，或以小包裝調配，減少浪費。若需使用儀器設定速度，須依醫囑正確設定。

(7)高危險藥品（高警訊須 independent double check 的藥品），備藥給藥執行 independent double check，2 人單獨分開執行，包括劑量計算、輸液幫浦設定，之後比較結果。須 2 人簽名部分包括標籤及記錄。複核者完成電子「給藥前複核」，主護護理師完成「執行給藥」簽核。注意勿 2 人一起完成 double check，計算結果與處方不同時，請向醫師或藥師確認後再給藥。

甲、備藥：

主護：核對處方→計算劑量→抽藥(藥瓶留下核對)。

複核者：核對處方→計算劑量→確認藥品、劑量、稀釋液、濃度、頻率和時間。

乙、給藥前：

主護：加藥至稀釋液→計算流速→設定輸液幫浦→病人辨識→接上正確管路、途徑。

複核者：計算流速→確認病人、流速、輸液幫浦設定、管路、途徑→記錄。

丙、給藥：

主護：開始給藥→記錄。

(8)已開啟稀釋未用完之小瓶(Vial)藥品，需於瓶上註明姓名、稀釋量、起訖日期及時間，並妥善存放。

(9)裝針劑的小玻璃瓶(Ampoule)限單次使用，未用完應立即丟棄不再使用。

(10)Ampoule 及 Vial 有餘藥，連藥帶瓶直接丟棄於抗針刺容器，大於 50mL 藥瓶若有餘藥先抽出丟棄，空瓶另外收集處理。

3、肌肉、皮下注射：在床邊依三讀五對原則執行抽藥及給藥。

4、吸入性治療：在床邊依三讀五對原則備藥後，由護理人員將藥品加入手持噴霧器或氧氣潮濕瓶，開始執行治療。

5、凡使用容易混淆之管路，如 IV set 及小兒管路，須以貼紙標示：IV 用、引流用、N-G 用。

6、其他藥品，如外用藥、Mycostatin 漱口劑、鼻噴劑(kalcitonin,salmon)及定量噴霧吸入(metered dose inhaler, MDI)等，藥品貼上病人標籤，註明起訖日，外用藥須註明使用部位，留置於病人單位;除了眼藥水、藥膏、吸入劑 Nitrostat sublingual tablet 外，不得存放於病人床邊(留置於病人單位)。上述藥品若存放於病人床邊，應開立醫囑時註明。

(三)評估病人給藥後反應：

1、護理師給藥前，特別是病人初次用藥，需指導病人藥品之作用、副作用及注意事項，特別有關藥品與食物交互作用(drug food interaction)，需紀錄於病人/家屬病情與治療說明及指導紀錄(patient and family education，PFE)單張，並追蹤用藥反應。

2、臨時醫囑給藥護理師需追蹤用藥反應。

3、有副作用出現時通知值班醫師處理；藥品如有問題可找藥師提供諮詢。

(四)管理辦法

1、藥品儲存及使用期限管理：藥品使用依先進先出原則，注意效期。依據藥劑部「藥品儲存管理辦法」執行；注射藥品使用期限參考「注射

劑給藥指引」。

2、注射劑備藥管理：依據「病房照護單位注射劑備藥作業規範」執行。

3、護理師執行靜脈推注(IV push)之管理：依據藥劑部「靜脈推注藥品規範」執行。

4、TPN 給藥管理：藥劑部調配好之靜脈營養輸液需避光冷藏儲存，依據藥劑部「靜脈營養輸液作業規範」執行。

5、自備藥的使用與管理：原則上不接受注射藥品，入院時非注射自備藥品，經由醫師同意且開立醫囑之自備藥品，後收回護理站，由護理人員給藥；自備藥若無法辨識，可聯絡藥師，將藥品及健保 IC 卡送至藥局進行藥物辨識(病人自備藥若不帶回，可填寫藥品銷毀同意書，再轉交給藥局處理)。依據藥劑部「住院病人自備藥品管理作業規範」執行。

6、常備藥管理：依各單位需求設置常備藥的品項及數量，建議品項勿超過 10 項。常備藥存放須設在抽屜或櫃子內，高警訊與一般藥品應區隔放置，並標示清楚，三班點班，取用時須記錄於「常備藥品使用紀錄本」(2 人覆核簽名)，藥師每 3 個月查核 1 次。依據藥劑部「各單位常備藥品管理及作業要點」執行。

7、急救藥品的使用與管理：依據藥劑部「急救藥品管理及作業規範」執行。

8、高警訊藥品的使用與管理：依據藥劑部「高警訊藥品管理辦法」執行。

9、高濃度電解質藥品管理：各單位不得常備高濃度電解質藥品，特殊單位如開刀房，經藥委會同意備有高濃度電解質藥品，依據藥劑部「高濃度電解質藥品管理作業要點」執行。

10、醫護人員懷疑病人藥物不良反應時，以專線電話或網路進行通報，依據藥劑部「藥物不良反應通報作業要點」執行。

11、給藥錯誤定義及通報：依據藥劑部「用藥錯誤與跡近錯誤定義」執行通報。

四、經護理部主管會議審查通過後實施。

五、使用表單：護理人員給藥過程評核表。

關鍵字：給藥、給藥安全

第三章 腹膜透析人員照護應變計畫

壹、技術操作不當造成之感染(腹膜炎)

腹膜炎處置原則及流程

一、症狀：引流液混濁、腹痛、發燒、噁心、嘔吐。

二、處置：

(一) 立即與 PD 護理師聯絡(6210)，請病患至腹膜透析室處理。

(二) 病人如發燒或腸胃症狀，請病人至急診室處理。

(三) 混濁引流液當袋留培養，算細菌數及分類。

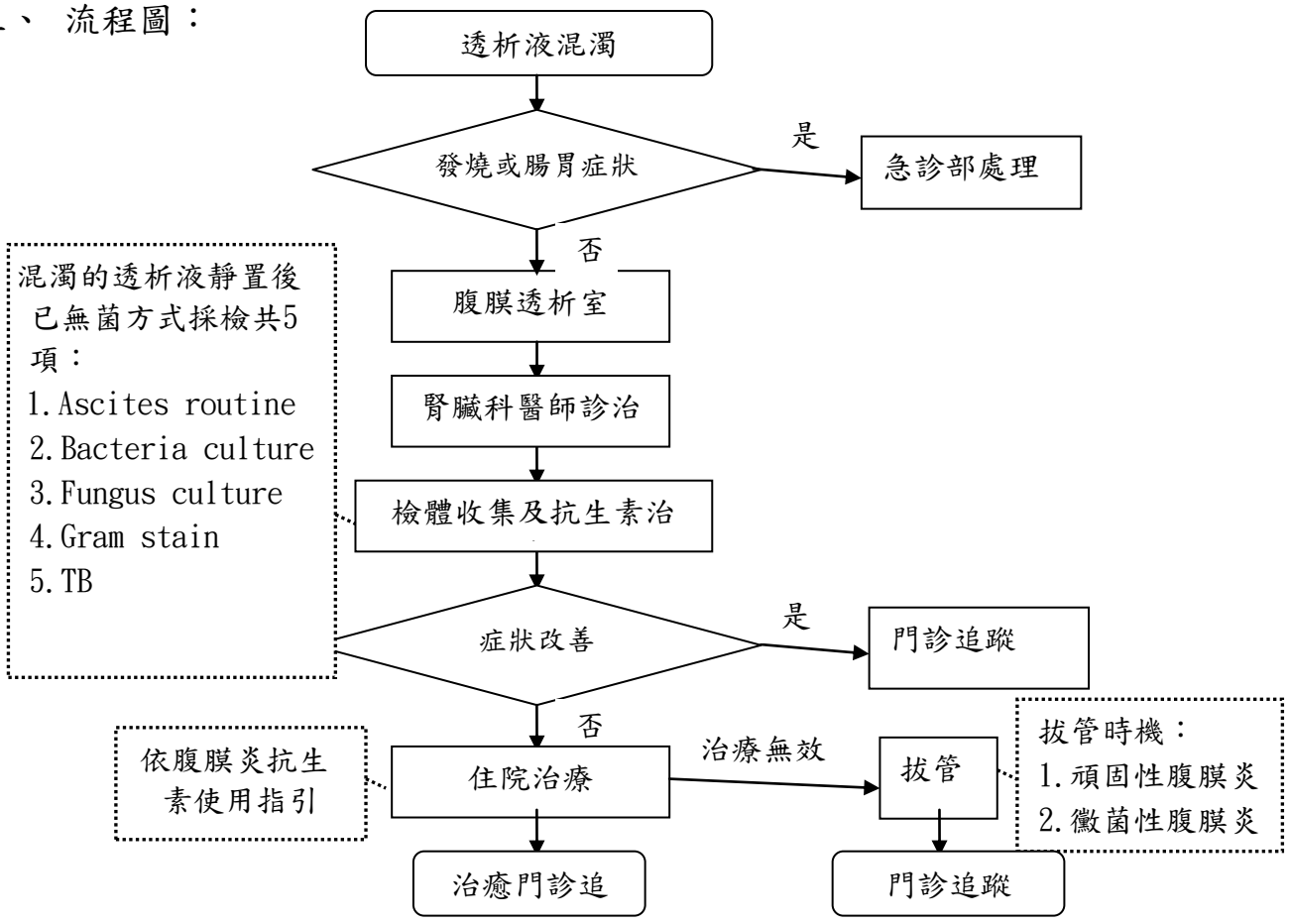
(四) 依醫囑開始 IP 使用廣效性抗生素：cefazolin+ ceftazidime，若過敏者改選 Vancomycin+ Gentamycin。

(五) 引流透析液混濁，必要時可使用 IP heparin 1000 unit/0.2ml/日。

(六) 病情穩定追蹤治療； 發燒、病情不穩定經急診住院治療。

(七) 持續追蹤觀察症狀進展，並視細菌培養菌種，更改適切之抗生素。

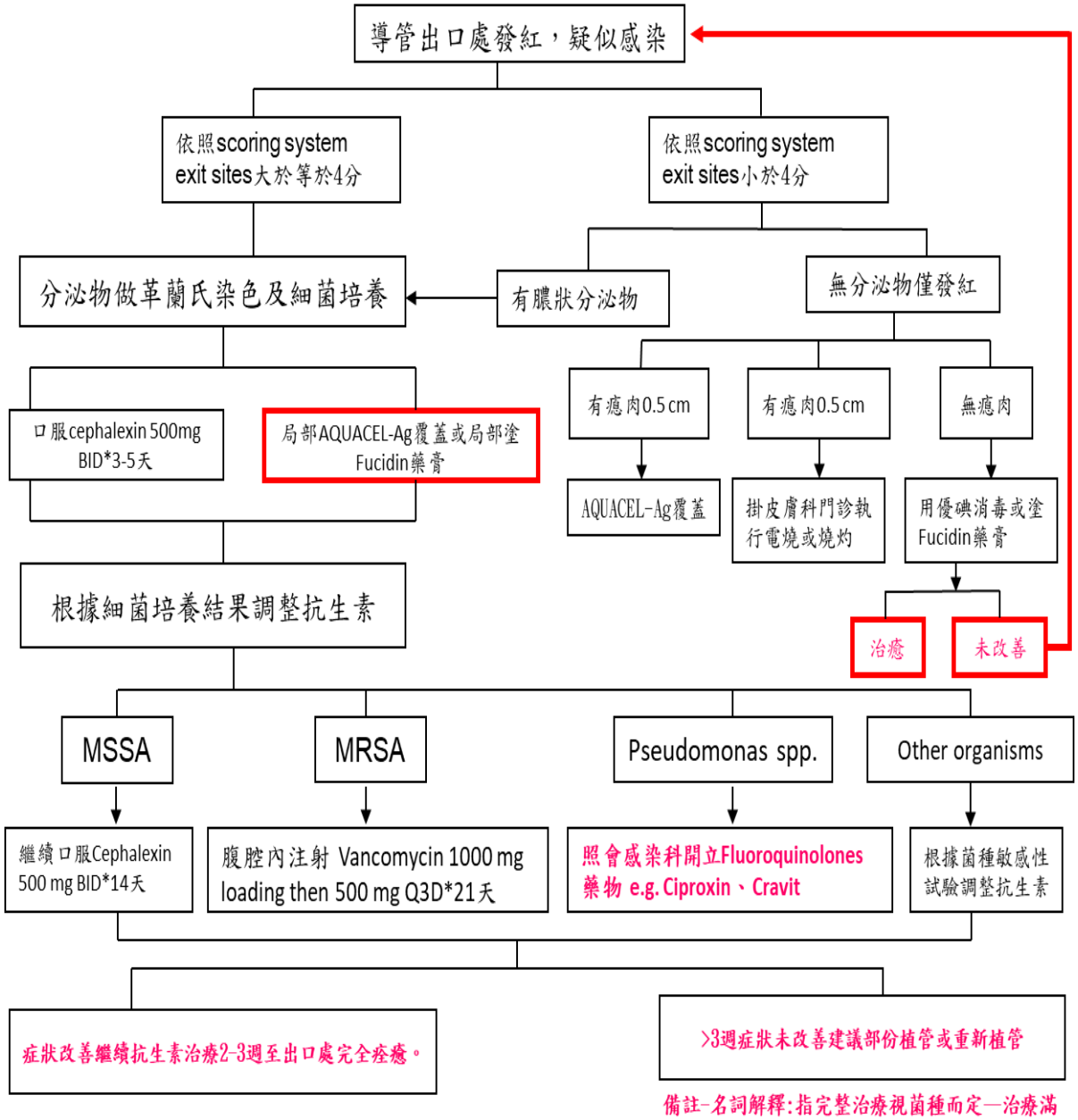
三、 流程圖：



貳、管路照護(導管出口感染)導管出口感染

台大醫院腹膜透析導管出口處感染(ESI)之處置原則

Update on 2017/11/15



備註-名詞解釋:指完整治療視菌種而定—治療滿2週或3週，往後算4週而言

PS: 1. 完整治療後4週內又發生一次不同細菌ESI—算一次新的感染(計次、計菌)

2. 完整治療後4週內又發生一次相同細菌ESI—不計次、不計菌

3. 完整治療後4週內又發生一次相同細菌ESI，但又長出其他不同菌。(不計次、計菌)