

5.8 疾病病理學、相關治療概念及護理方法

5.8.1 特別患者的復康治療

5.8.1.1 關節炎

5.8.1.1.1 復康原則

保持或回復關節的功能雖然有不同類型的關節炎，但在物理治療的處理原則上大致上相近。

5.8.1.1.2 治療及護理方法

5.8.1.1.2.1 骨關節炎／退化性關節炎／類風濕性關節炎

a) 冷熱治療

- 急性期：PRICE，包括：保護/固定(Protection)、休息(Rest)、冰敷(Ice)、用彈性帶穩固地輕輕包紮(Compression)、把受傷部位托高(Elevation)。
冰敷所導致的生理效應是血管收縮，減少組織液從而減少腫脹。

- 慢性期：熱敷

b) 適量運動

- 節奏慢、低負重運動，如游泳、散步。
- 增強肌肉，減輕關節負荷及保持關節活動能力，減輕痛楚。
- 減低活動幅度，避免手指緊握及屈曲手指用力壓下的手部運動。
- 如運動期間或事後出現持續痛楚，應暫停運動休息一下，在下次運動時，可嘗試減少有關運動的次數。如情況仍沒有改善，可選擇刪除個別運動項目。

c) 控制體重，免增加關節負荷

d) 保持正確姿勢

e) 均衡飲食，增加鈣的吸收

f) 嚴重時可佩戴護具

g) 藥物治療

主要是徵狀治療，於痛楚時給予消炎止痛藥

h) 手術治療

全膝關節置換手術(Total Knee Replacement, TKR)

大部份的人造膝關節都可分為三個組成部份：股骨組成部份（高度打磨的堅硬金屬）、脛骨組成部分（由一個金屬托盤加一塊耐磨塑膠組成）及膝蓋組成部份（耐磨塑膠）

部分膝關節置換手術(Partial Knee Replacement, PKR)

手術後膝關節不宜屈曲超過 90 度

何時考慮手術介入？

- 嚴重的關節痛妨礙日常的生活，包括走路、上落樓梯及坐椅，有時甚至舉步為艱，需依賴拐杖或其他助行器。
- 在休息時也感到中度或嚴重的痛楚，不論在日間或夜晚。
- 休息或服藥也無助。
- 關節變形，彎出或彎入。
- 關節僵硬，無法屈曲或伸直。
- 消炎止痛藥無效或無法忍受藥物的副作用。
- 對於其他治療無顯著改善，如類固醇注射、物理治療。

髌關節置換手術後的注意事項

在手術後初期，肌肉力量未完全回復之前：

- 不可作髌關節屈曲多於 90 度
- 不可作髌關節內收超過中線
- 不可作股骨內轉
- 病人如廁時一般會給予加高坐墊，以避免髌關節過度屈曲
- 晚上睡覺時把一個枕頭置於兩腿之間，直至骨科醫生另行指示

5.8.1.1.2.2 痛風症

- a) 痛風雖不能根治，但適當的藥物及飲食控制可以防止痛風的復發。
- b) 多飲開水，透過排尿可以幫助排出體內過量的尿酸。
- c) 冰敷以消炎、消腫
- d) 控制體重
- e) 適量運動（如關節運動）

- f) 應盡量避免進食含有高嘌呤的食物，例如：
 - 酒類
 - 動物的內臟如腦、肝、腰、心臟、胰等
 - 沙甸魚、魚卵、貝殼類的海產，如帶子、青口
 - 避免進食過量的肉類、家禽和魚類
 - 避免進食過量的乾豆類、冬菇、椰菜花、菠菜及鮮露筍等蔬菜
- g) 藥物治療：急性發作時應遵照醫生指示服用消炎止痛藥物，若果血液內的尿酸持續高出正常水平，便需要長期服用藥物

5.8.1.1.3 運動時的注意事項及指引

減少受影響關節的活動，但同時維持其他身體部位的活動

5.8.1.2 痛症

5.8.1.2.1 復康原則

先以減輕疼痛為主，同時盡量保持活動能力痛楚過後恢復體能。

5.8.1.2.2 治療及護理方法

5.8.1.2.2.1 腕骨隧道候群／腕管綜合症

- a) 休息患處
- b) 使用輔助用具：防止手腕彎曲的支架可幫助減輕滑膜炎和腫脹。
- c) 物理治療
- d) 藥物治療：醫生處方消炎藥加以控制，並根據病情作局部的類固醇注射。
- e) 手術治療

5.8.1.2.2.2 肩周炎（凝肩、五十肩）

強化肩關節運動

5.8.1.2.2.3 狹窄性拇指肌腱滑膜炎（媽媽手）

- a) 冷凍治療（例如使用冰袋外敷）
- b) 消炎藥物來減輕局部的發炎和浮腫
- c) 使用支架或輔助工具，減少使用患處，休息手腕

5.8.1.2.2.4 肱骨外上髁炎（網球肘）（Tennis Elbow）

- a) 冰敷：當網球肘處於發炎期，可在壓痛的部位以冰敷止痛和消炎，患者應避免手腕用力。
- b) 治療：可通過物理治療，以超聲波止痛和消炎。
- c) 運動治療：可通過進行肌力加強運動和伸展運動，預防網球肘復發。
- d) 藥物治療：若病情未受控制，會以非類固醇消炎藥或藥膏止痛、消炎。

5.8.1.2.2.5 肱骨外上髁炎(網球肘)及肱骨內上髁炎(高爾夫球肘)

- a) 伸展運動
- b) 矯形支架，例如手肘帶或支架，藉此減輕相關肌肉緊張
- c) 避免從事重複/過度的腕部活動，以防徵狀加劇

5.8.1.2.2.6 腰背痛

- a) 物理治療
- b) 手術治療
- c) 藥物治療
- d) 適量運動：每日做 30 分鐘輕柔運動有助減慢退化過程，以及使背部的肌肉更壯健並且柔韌。
- e) 改善生活習慣
 - 正確地搬移物件。
 - 保持良好站立及坐姿。
 - 穿著舒適及低跟的鞋，避免穿著太高跟的鞋，因穿高跟鞋會令身體的重量向前傾，並增加背部的弧度。
 - 保持適中體重、均衡飲食：過重或肥胖會增加你背部的負擔。

5.8.1.3 骨折創傷

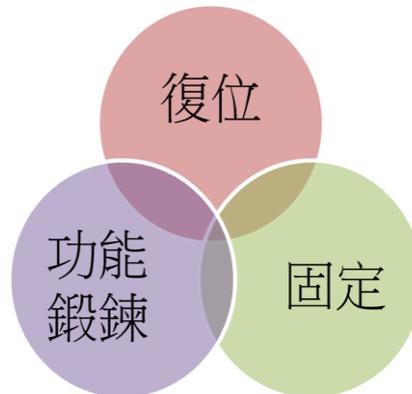
復康訓練的進度，視乎病人手術前的體能、體重及抵受痛楚的能力而定。手術的種類和嚴重程度，亦會影響您進行復康訓練的能力。一般情況下，在骨折還沒完全癒合時已可開始作簡單運動，主要是維持其他沒受影響的關節活動幅度及減少肌肉萎縮的情況。給予骨骼適當的負重(壓力)，從而刺激成骨細胞的活動，是治療骨折最重要的因素。待骨折癒合後，患者需接受針對性伸展，關節活動，肌肉力量等訓練。

骨折的痊癒過程分為三個階段：

一) 在骨折處血塊的凝結(血腫形成期)

- 二) 纖維組織生長 (骨痂形成期)
- 三) 新生骨的形成 (骨痂改造期)

5.8.1.3.1 復康原則

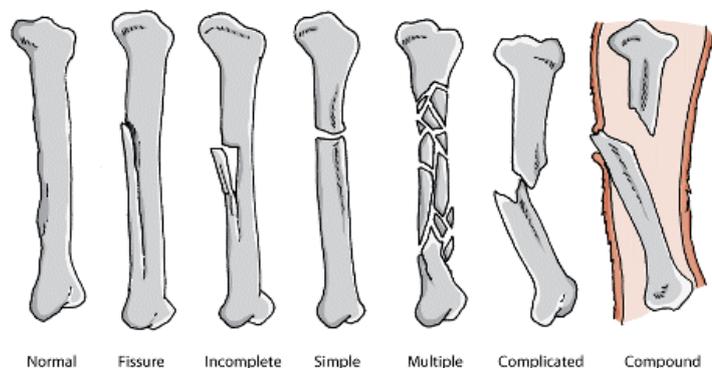


5.8.1.3.2 治療及護理方法

5.8.1.3.2.1 固定骨折

整復骨骼和固定的方法主要分兩類，包括閉合性復位和外固定，以及開放性復位和內固定。外固定：從體外固定骨折部。內固定：手術的方式將金屬骨釘釘合在骨折部分。

- a) 無移位的骨折：通常可用**石膏**固定患處，時間則因各種因素而有所不同
- b) 移位性的骨折：則要透過**手術**進行復位及固定，如鑲入鋼針、鋼線或螺絲等。
- c) 至於完全粉碎及無法復位的關節：醫生會考慮進行**關節置換術**，最常見的有長者股骨骨折後進行的**髌關節置換手術**。



資料來源：www.days-eye.com/different-types-of-bone-fractures/

5.8.1.3.2.2 痛症治療

大部份患者在治療初期仍感到骨折處有痛楚及發炎，故治

療師會用不同的儀器以處理疼痛。

5.8.1.3.2.3 功能訓練

a) 關節活動

骨折處被固定後，被固定及相鄰的關節會變得僵硬，物理治療師會教導患者進行合適的運動，同時會利用手法治療方法活動關節，以增加關節的活動幅度。

b) 肌力及功能訓練

協助患者恢復肌肉的力量及功能。

c) 控制／平衡力訓練

有研究顯示曾跌倒的長者再跌倒的機會比未曾跌倒的高出四倍，故此物理治療師會加強對患者的平衡力訓練，以減少他們再次受傷的機會。



資料來源：www.youtube.com/watch?v=NPREQPON_8

5.8.1.3.2.4 藥物治療

複雜性骨折則必須消毒、清創，投予抗生素。

5.8.1.4 骨質疏鬆症

- 運動治療：負重運動可刺激成骨細胞、強化骨骼。負重運動指對某一骨骼有一定程度的擠壓或壓力。
- 適量曬太陽：有助體內合成維他命 D，促進鈣的吸收。
- 減少攝取咖啡因：例如少喝茶、可樂及咖啡等飲品，因為咖啡因會減少鈣的吸收。
- 服用鈣質補充劑以增加鈣質。
- 藥物治療：對於更年期的女性和已切除卵巢的婦女而言，可適當補充雌激素，以刺激成骨細胞的活躍程度。

5.8.1.5 中風

5.8.1.5.1 復康原則

- 幫助患者盡量回復到患病前的生活
- 學習新的方法，恢復日常的生活和工作能力
- 回復及保持自我照顧能力
- 幫助患者重新適應，並堅強地面對中風後的生活
- 盡量運用資源，例如復康器具或社區資源等

中風後應盡早進行適當的治療，文獻指出腦部在中風後會不斷的重塑(Neuroplasticity)，以重整功能，但如果延遲治療，身體會出現各種的併發問題（例如肌肉張力上升引致肌肉攣縮、腦部已習慣不當的活動方法等）。



中風沒有所謂的黃金復康期，即使中風後一段長時間，透過正確而合適的訓練，仍會有進步的空間！另外，針灸只是其中一種治療方法，要配合適合的運動訓練才能協助中風患者康復。在運動治療上，缺血性和出血性的中風病人上基本上是沒有分別。運動是取決於病人的體能狀況。然而對於醫生用藥及手術方面，中風的分類卻非常重要，因分類影響著用藥的方向。

5.8.1.5.2 治療及護理方法

5.8.1.5.2.1 缺血性中風

a) 藥物治療

可用抗凝血劑（俗稱薄血丸）減低凝血的功能，及減低血管栓塞的機會。不過，抗凝血劑有使腸胃不適或腸胃出血等副作用。對於因腦血管栓塞而引致缺血性中風的病人，如果栓塞時間不超過數小時，可用溶栓劑溶解血栓，使動脈回復通暢。

b) 手術治療

若藥物治療效果不理想，或動脈栓塞／動脈粥樣硬化的情況太嚴重，可通過手術，在栓塞的位置（例如頸內動脈或大腦中動脈）接駁新血管，或利用動脈介入治療術（俗稱通波仔）或植入金屬支架以改善腦部血液供應。復康治療對於改善患者的活動能力、自理能力也非常重要。

5.8.1.5.2.2 出血性中風

可能需要通過手術移除因出血而在腦動脈外凝結的血塊，以減低顱內壓。

5.8.1.5.3 短期治療目標

- a) 最初兩星期的治療目標是**處理**盡量治療腦血管意外的原因，減少腦細胞死，穩定各種維生指數，**預防併發症**，例如肺炎。
- b) 保持各關節活動，尤其保護肩關節。
- c) 言語治療：協助患者克服吞嚥及與人溝通上困難，亦協助家人了解患者。進食：餵食時，注意吞嚥能力，避免引致哽塞；並將食物放入口腔內肌肉較強的一邊餵食。如飲水、湯或果汁時，可加入凝固劑。避免進食稀稠、乾脆及堅硬的食物
- d) 心理支持：提高患者意志力，同時鼓勵家人支持、參與復康計劃，保持患者個人尊嚴
- e) 溝通：如說話含糊，可用手勢、寫字、圖畫等表達
- f) 個人清潔衛生：為患者梳洗、口腔護理、沐浴、皮膚護理、處理大小便失禁
- g) 預防壓瘡
- h) 預防跌倒：由於肢體癱瘓、肌肉無力、易跌倒，建議給予安全措施例如床欄等

5.8.1.5.4 長遠治療目標目的：是協助患者能回復獨立的能力。

- a) 鼓勵及協助患者處理起居生活及自我照顧之技巧：如進食，修飾儀容、沐浴、穿衣等
- b) 協助患者參與康復運動：以健側協助患側作主動運動、步行、上落床及輪椅使用等
- c) 改善患者溝通技巧：鼓勵患者多以言語表達個人感受
- d) 改善患者認知能力：接受患者在認知方面有障礙，宜多作提示及協助解決問題
- e) 鼓勵患者擴大社交圈子：改善人際關係，多與人接觸能促進患者的社交技巧

5.8.1.5.5 中風復康訓練項目

- a) 阻力訓練
 - 鍛鍊肌肉力量及控制
- b) 伸展運動
 - 維持、恢復及增加關節活動度
 - 防止肌肉攣縮
 - 防止關節僵硬
 - 緩解黏連
- c) 訓練肢體控制

行路時需要很用力
普通人 1.5 至 2 倍
Macko et al 1997,

- d) 平衡、步行、耐力訓練
- e) 功能訓練：轉身、站立、轉移、走路、上落樓梯
- f) 訓練使用助行器及日常生活器具
- g) 改善認知及溝通能力
- h) 起居生活及自我照顧技巧訓練
- i) 痛症處理
- j) 家居評估



資料來源：www.pinterest.com/pin/422142165041443667

5.8.1.5.6 預防再中風

由於缺血性中風佔大多數，醫生會嘗試找出形成血栓的原因，並作出針對性的治療。同時以藥物減低血栓形成的機會，避免再次中風

- a) 排除心房纖震的可能
- b) 高血壓的控制：減少飲食中鹽分的攝取，遵從「三低一高」飲食原則
- c) 降低血中膽固醇的濃度：採取低脂飲食、運動是第一步，如果效果不理想則必須使用降血脂藥物
- d) 戒除煙酒
- e) 作息定時，保持心境平和
- f) 控制體重，定期運動
- g) 心臟病及糖尿病患者，要定期接受檢查和治療

5.8.1.6 柏金遜症

運動是預防因僵硬而引致的其他併發症，對患者相當重要。

5.8.1.6.1 復康原則

- 重建立社交生活
- 重新協調日常生活
- 消閒活動

5.8.1.6.2 治療及護理方法

5.8.1.6.2.1 藥物治療

現階段雖未有任何根治原發性帕金森症的有效方法，但藥物能幫助控制此病的病徵，減輕震顫的情況和對日常生活的影響。藥物通常需要長期服用，切勿自行中止服用，否則可能會令病情反覆。

5.8.1.6.2.2 物理治療

配合藥物進行肌肉、姿勢及關節的訓練可減少症狀、併發症及減低跌倒危機，保持身體的機能應付日常生活。

a) 康復運動

- 預防肌肉痙攣
- 增加身體及關節的柔軟性
- 保持正確姿勢，防止四肢及身體畸形

b) 適當使用助行器及正確運用轉移技巧，能令患者增加活動能力，減少意外發生。

5.8.1.6.2.3 職業治療

包括手部活動及起居生活功能訓練、分析患者起居生活及實際家居環境所遇到的障礙，使用輔助器材及改善家居佈置，減低患者的功能障礙，提高患者的自我照顧能力。

a) 指導病人穿合適衣服，用拉鍊或魔術貼代替鈕扣

b) 照顧他們在進膳時所遇到的困難，提供輔助器具

c) 設置自助用具來適應日常生活的需要，如：

- 可移動的坐廁／近廁所之床位
- 長柄的梳子及刷
- 硬的床有助容易轉
- 高背坐椅，有彈簧協助病者較容易站起來
- 扶手的設置
- 斜路代替樓梯

5.8.1.6.2.4 語言治療

幫助改善說話及吞嚥問題。

5.8.1.6.2.5 按摩及熱療

目的為保持肌肉彈性；熱療時要小心以防燙傷。

5.8.1.6.2.6 注意家居安全，預防跌倒

a) 環境方面

- 地面要保持清潔乾爽
- 充足的光線，適當的照明，特別是晚上需要照明燈
- 床鋪間有足夠之空間，放置助行器
- 床鋪的高度要適中，床腳輪宜關上腳掣
- 床邊宜放置固定的坐椅
- 院舍牆壁，走廊通道及浴室要安裝固定的扶手
- 廁所浴室可使用門簾，較方便老人出入
- 廁所及浴室門口要有足夠之寬度，可讓助行器通過
- 浴缸要放置或貼上防滑墊
- 浴室內宜設有叫人鈴，方便患者求助

b) 患者方面

- 對不寧靜之患者宜於床沿裝上床欄
- 穿著大小合宜之鞋襪
- 衣物不宜過長，褲頭用橡筋帶束上
- 步履不穩之患者要有人陪同方可步行
- 有體位性血壓低患者不宜過速轉換體位或行動過速
- 視力不良者，要配戴適合的眼鏡
- 治療病因：根據其過往病歷，加上臨床的檢驗作出正確的診斷及治療
- 步行運動訓練
- 由治療師指導正確之步行方法

5.8.1.6.2.7 心理輔導

患者會害怕活動和自己容易發生思想混亂，抑鬱、喪失信心、因此要給予解釋，安慰，鼓勵及支持，使患者能夠早日活動。此外，照顧者亦可能因過度的壓力而感到沮喪。如有需要，應向專業人士尋求輔導。

5.8.1.6.3 進行運動時的注意事項

- 要有耐性因病人的反應及動作較慢
- 應先進行伸展及關節活動
- 步行訓練時防跌意識要特別提高

5.8.1.7 慢性阻塞性肺病（呼吸道疾病）

平均每年有 2000 人因而死亡，但大部分患者對此均沒認識，最常見的是**慢性支氣管炎**及**肺氣腫**（總稱為慢性阻塞性呼吸道疾病），患者一般都有長期吸煙或吸二手煙的經驗。

5.8.1.7.1 成因

- 長期吸煙／吸入二手煙
- 支氣管黏膜長期受細菌感染，致黏膜長期受刺激
- 嚴重肺病引致破壞組織
- 於工作環境長時間吸入煙塵及化學物
- 空氣污染
- 室內污染
- 先天性抗蛋白質酵素不足，與遺傳有關

5.8.1.7.2 徵狀

- 咳嗽
- 痰多
- 氣促，運動時情況惡化
- 呼吸困難（呼吸時有哮喘鳴音）
- 體力及活動能力下降
- 出現缺氧情況，如嘴唇、手、腳呈藍色

5.8.1.7.3 復康原則

- 保持肺部衛生防止肺炎
- 維持體能

5.8.1.7.4 治療及護理方法

5.8.1.7.4.1 胸肺復康治療

可減少病人入院及改善生活質素。胸肺復康治療會由醫護人員提供，包括醫生、物理治療師、職業治療師、營養師等。治療內容一般包括：

- a) 教授病人控制氣喘的技巧
- b) 呼吸鍛鍊：深呼吸運動有助黏液易咳出
- c) 清除痰涎的方法：抽痰、拍痰、姿位排痰
- d) 呼吸與身體動作的協調

呼吸協調訓練

- 身體做屈曲動作時應呼氣，如：彎腰洗腳，相反挺身時應吸氣。
- 當用力前應先吸氣，出力時應呼氣，如用力扭毛巾或推門時應呼氣。
- 當雙手做伸展動作時，應吸氣，垂手時，慢慢呼氣。如伸手取物件時應吸氣，放下物件時呼氣。
- 其他連續性活動如洗臉，步行或上落樓梯時則可嘗試將步伐配合呼吸節奏。

e) 體力鍛鍊

f) 節省體力方法

- 改善組織能力：簡化活動工序及重新組織工作程序，減少體力付出；並分散吃力的活動，如交替進行繁重與輕巧的活動。於精神及體力足夠時，才做吃力的活動，有需要時可配合使用舒張藥後才做家務。
- 控制活動步伐：要控制活動速度，適當時候要懂得休息。
- 適當佈置家居環境：改善擺放家居用品的位置，應避免將常用的物件放在過高或過低的位置；家居活動時，要利用正確的姿勢。
- 避免過度消耗體力的動作及姿勢：可選擇坐下來進行日常活動。
- 利用工具簡化工作：減少付出體力，如使用微波爐翻熱食物，長毛巾擦背，手提購物車買餸等

g) 氧氣治療

經醫生及治療師評估後，患者須在家中設置製氧機，外出時亦需攜帶較輕便的氧氣設備。病人需依照醫生的指示使用適當的氧氣濃度，不應隨意自行調節。

5.8.1.7.4.2 藥物治療

需長期接受治療，如擴張氣管藥物等

5.8.1.7.4.3 改善生活習慣

- a) 注意保暖：尤其於早晨、冬季和天氣變化的時候
- b) 足夠休息：安置患者於半坐臥式，肩背部應有適當的承托，以助肺部擴張
- c) 除去致病的因素：例如戒煙、轉工、改善居住環境、減壓、避免精神緊張而引致氣喘

5.8.1.7.5 進行運動時的注意事項及指引

- 實時監測相關的生命表徵以及血含氧量
- 備有氧氣作徵狀舒緩或緊急用途
- 當病人感到氣喘時，提示他注意呼吸的節奏，並即時監察其血含氧量水平
- 特別留意各感染控制措施，避免感染病人

5.8.1.7.6 預防方法

- 首要是戒煙，以減慢病情的惡化
- 聽從醫生指示服藥，以控制病情
- 避免前往空氣混濁的地方
- 家居方面，要保持室內空氣流通，倘若燃點香燭，必須打開窗戶

5.8.1.8 心臟病的復康

5.8.1.8.1 冠心病

冠狀動脈供應血液給心臟肌肉，使心臟能得到日常所需的氧氣及營養，假如冠狀動脈變得狹窄，甚至閉塞，就形成了冠狀動脈心臟病。冠心病乃都市殺手病第二位，通常需以手術治療，術後需配合適量復康運動及監察（包括：自覺辛苦程度、生命表徵、甚至 ECG），讓病人逐步恢復心臟的功能及身體的耐力。

5.8.1.8.1.1 成因

- 高膽固醇
- 高血壓病
- 糖尿病
- 肥胖
- 吸煙
- 情緒緊張
- 酗酒

5.8.1.8.1.2 徵狀

- a) 心絞痛
- b) 心肌梗塞
 - 胸前劇痛可能推展到頸、手臂、下顎
 - 大量出汗、氣促
 - 鬱悶、作嘔
 - 暈眩，甚至不省人事

5.8.1.8.2 復康原則

- 希望病人養成恆常運動的習慣
- 教導正確的知識（疾病的認識，運動方式及注意事項）
- 盡量減低心臟病復發和突然死亡的機會

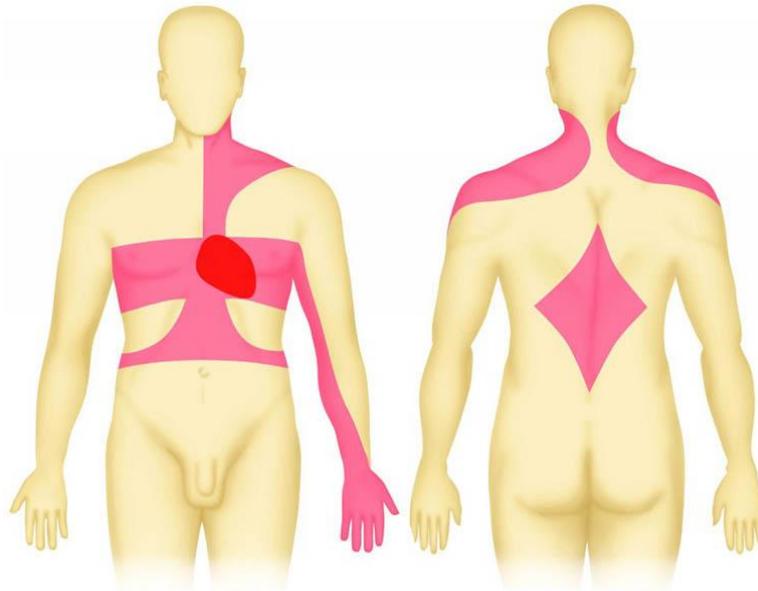
5.8.1.8.3 治療及護理方法

- 心絞痛發作時患者應立即終止一切活動，坐下或半坐臥休息，口含三硝酸甘油酯（劑底丸）於舌下，使心臟血管擴張而舒緩胸痛情況。
- 冠心病患者必須隨身攜帶三硝酸甘油酯（劑底丸）及病歷咭。

5.8.1.8.4 運動時的注意事項及指引

- a) 運動強度：病人可憑主觀感覺去評估運動量。
- b) 氣喘辛苦程度量度表

0	沒有任何氣喘，能夠從 1 數到 15（在大約 8 秒內）
1	輕微氣喘，能夠從 1 數到 15（但需換一口氣）
2	中度氣喘，能夠從 1 數到 15（但需換兩口氣）
3	嚴重氣喘，能夠從 1 數到 15（但需換口氣）
4	非常嚴重氣喘，病人不能從 1 數到 15 或談話，直接影響病人日常生活。



資料來源：www.heartupdate.com/cad/angina-pectoris-characters-chest-pain_112/

c) 當病人出現心絞痛時，應如何處理？

- 當出現心絞痛時，應先讓病人坐下，若病人備有劑底丸，應盡快協助他服用。
- 硝酸甘油片(Glyceryl Trinitrate Sublingual)（劑底丸）是舒緩心絞痛的藥物之一。
- 舌下有豐富的血管網絡，能夠加快劑底丸成份的吸收，故能在短時間內舒緩心絞痛。

d) 注意事項

- 避免把劑底丸放在掌心，應把劑底丸倒在藥瓶的蓋上，以免體溫和濕氣影響藥效。
- 指示病人將一粒劑底丸含於舌下，切勿把吞下或咬碎，然後觀察 5 分鐘。
- 如果心絞痛仍未舒緩減退，再把第二片劑底丸含於舌下，5 分鐘後如仍未有好轉，則再含第三片，再於 5 分鐘後含服完三片藥片，若心絞痛仍未有消退迹象，則可能是心肌梗塞，應盡快聯絡病房醫生。

5.8.1.9 糖尿病（內分泌系統疾病）

胰臟的胰島素分泌不足或胰島素不能發揮功能，使血液內的葡萄糖不能轉化成人體所需的能量，使血糖增加。過多的糖份會經由尿液排出體外。胰島素是由胰臟分泌出來的賀爾蒙，主要作用是令葡萄糖通過細胞膜，從而被氧化成能量或轉化成其他物質以作儲存之用。

5.8.1.9.1 成因

- 遺傳
- 肥胖
- 壓力
- 藥物如類固醇
- 曾患妊娠糖尿病者

5.8.1.9.2 徵狀

- 小便頻密及尿量增多
- 容易口渴及疲倦
- 食量增大但體重下降
- 血糖高
- 傷口難於癒合
- 女性易有外陰痕癢
- 視力模糊

5.8.1.9.3 種類

- a) 糖尿病一型（胰島素依賴型）
 - 胰臟細胞受破壞，胰臟不能產生或產生極少量的胰島素
 - 與遺傳、自身免疫系統毛病有關
 - 常見於小孩及 30 歲以下之年輕人
 - 必須每日注射胰島素，才能代謝食物
 - 病情較嚴重
- b) 糖尿病二型（非胰島素依賴型）
 - 胰島素分泌正常或只相對些微減少，但胰島素未能發揮功效
 - 與遺傳、不良飲食習慣、體形肥胖或缺乏運動有關
 - 常見於中年以上人士
 - 可靠口服降糖尿藥、調節飲食及適量運動來控制
 - 發病較慢，病徵不明顯

非糖尿病患者理想的血糖值約為 4-6mmol/l (空腹) 或 8mmol/l 以下 (進食後兩小時)。即使沒有任何徵狀，根據世界衛生組織及美國糖尿病協會的定義，若然空肚血糖度數兩次超過 7-8 度，或耐糖測試兩小時後血糖度數超過 11 度，都顯示已患上了糖尿病。

5.8.1.9.4 治療及護理方法

- a) 飲食調節（應定時定量，禁食含糖份高的食物）

- b) 控制體重（定期磅重並作記錄，鼓勵患者多作適當運動，避免過肥）
- c) 定期量度血糖（準確記錄以備覆診時予醫生查看）
- d) 藥物治療（口服藥或注射胰島素）
- e) 皮膚護理（注意個人衛生護理避免皮膚破損，因傷口較難癒合）
- f) 足部護理（修剪腳甲要平剪，腳甲不宜太短，定期檢查足部）
- g) 患者需要隨身攜少量糖果

5.8.1.9.5 併發症

5.8.1.9.5.1 急性糖尿病併發症

- a) 血糖過高：呼吸快而深、噁心、嘔吐、嚴重劇渴、神智不清或昏迷

血糖過高處理法

- 保持精神放鬆
- 避免進食過量食物
- 注意依時依量注射胰島素或口服降糖藥
- 應及早醫治

- b) 血糖過低：心跳加速、手震、出汗、頭暈、嚴重飢餓感、軟弱無力、面色蒼白、遲鈍、精神錯亂、神智不清或昏迷。

血糖過低處理法

- 患者必須立刻服食一些容易吸收的糖類食物（如 4 粒方糖、2 茶匙蜜糖、砂糖或葡萄糖、1/3 罐汽水），待血糖回升後，繼而進食適量的三文治或餅乾等。
- 注意當病人昏迷時，不要餵病人進食任何食物或飲品，以免發生窒息情況，並應立即送往醫院救治。

5.8.1.9.5.2 慢性糖尿病併發症

- 失明、視網膜病變、白內障、青光眼
- 足部循環及神經系統病變、感染、潰瘍和壞疽，嚴重會導致截足
- 中風
- 心臟病
- 腎臟感染、腎衰竭

5.8.1.9.6 復康原則

運動是治療糖尿病重要之一環。合適的運動能改善體能，增加血糖的吸

收及應用，使身體維持血糖於一個較貼近正常的水平。長期的運動能刺激新陳代謝，從而改善病情，預防或延緩各種和糖尿病相關的血管及神經系統的併發症。

運動對糖尿病患者的好處

- 改善胰島素抗拒性，從而維持或減低血糖水平
- 減低血壓
- 維持體重或達致減肥效果
- 減少三酸甘油脂及提高高密度膽固醇水平
- 強化肌肉及骨骼，改善姿勢及平衡
- 鬆弛身心、增加活力

5.8.1.9.7 運動時的注意事項及指引

5.8.1.9.7.1 如患有糖尿病併發症

在選擇運動項目和訂立目標時要特別小心，避免加劇併發症的風險。

5.8.1.9.7.2 如患有足部神經病變

- 可選擇低至中強度的運動，宜選擇非負重運動，如游泳、單車。
- 不宜作跳動式類型運動，如跑步及跳繩。
- 足部神經病變會令腳部痛楚減少，導致減低對腳部創傷的警惕，從而增加腳部損傷的機會。故此要份外留心腳部護理，並習慣於運動後檢查腳部皮膚。

5.8.1.9.7.3 患有腎病變者

- 要選擇低強度運動如步行／太極，也不應選擇阻力運動，如掌上壓、舉重。
- 收縮壓於運動期間切不可高於 200 mm/Hg。

運動期間身體新陳代謝率增加，而肌肉吸收血糖亦會增快；因此一般情況下，血液中的血糖會於運動期間降低。糖尿病患者若服用胰島素或磺脲藥物，或有機會於運動期間，甚至運動後 12-16 小時出現**低血糖**的情況。由於身體於運動其間分泌其他激素，會有可能引致血糖上升。若血糖於運動前高於 15mmol/l，或尿液測試中酮酸呈陽性，便不宜進行中至高強度運動，以免血糖於運動期間不斷上升。

影響血糖於運動後之升降幅度之因素

- 運動前之血糖及控制
- 運動前之食物攝取量、食物類別、進食時間
- 運動之強度、時間、類別
- 病人要防止低血糖的出現及避免腳部損傷

5.8.1.9.7.4 預防低血糖症候群的方法

- 糖尿病患者切勿「空肚」做運動，運動前應先適量進食。
- 每約半小時的運動後，亦應有少量的小食，以補充消耗的血糖。
- 運動前先檢測血糖，並養成定時自我檢測的習慣，了解身體狀況。太低的血糖指數顯示身體沒有足夠的血糖來維持正常的功能。相反，太高的血糖指數則反映身體不能正常運用血糖。

5.8.1.9.7.5 腳部受損

- 部份患者會因為腳部感覺神經受損而喪失痛楚的感覺，減低患者對腳部創傷的警惕，從而增加腳部受感染的機會
- 糖尿病患者切勿赤腳做運動
- 做運動時應穿着棉襪和透氣的密頭鞋保護腳部，減低損傷的機會
- 亦應養成檢查腳部的習慣，如發現腳部皮膚有任何損傷，應及早處理

5.8.1.10 兒童整體發展遲緩

發展遲緩是指學前兒童未能達到該年齡應有的能力，一般會根據「發展里程」(Developmental Milestones)作評估及參考。

5.8.1.10.1 成因

大部分發展遲緩個案成因未明，但以下因素會有影響：

- a) 遺傳：遺傳因素或染色體病變
- b) 懷孕及生產因素：孕婦服用不當藥物或飲用過量酒精、難產或早產嬰兒併發症
- c) 幼兒及兒童時期染病、中毒或腦部受損：腦炎或腦部創傷
- d) 環境因素：缺乏適當的社交或語言的啟發

5.8.1.10.2 徵狀

兒童可以在一個或多個範疇上表現遲緩。由於成因、受損程度及成長環境各有不同，所以發展遲緩兒童的表現會有個別差異。

- a) 智能或認知：學習、思考及解決問題的能力
- b) 語言：語言理解、表達及發音能力
- c) 大肌肉：坐、站立、步行、跑、跳等體能發展
- d) 小肌肉：手眼協調、工具運用及抄寫能力等
- e) 社交及適應力：溝通、社交、自理及日常生活所需的基本技巧

5.8.1.11 腦麻痺

腦麻痺症是由於未成熟的腦部受創傷或有缺損而導致的運動功能障礙。運動功能障礙是其主要的弱能症狀之一，有時候傷害也會影響控制動作以外的其他腦區域，所以腦麻痺可能合併視、聽、觸、動各種感覺，認知、語言、學習能力，智力和行為等各方面在發展上的多重障礙。現代因醫學進步，產前檢查到分娩醫護技術已大大提升，故已甚少有腦麻痺的病童。根據衛生署資料顯示，在香港學齡兒童的統計數字推斷，每 1000 個初生嬰兒當中，約有 1 至 1.5 名患有腦麻痺。

5.8.1.11.1 種類

依照其活動模式來分類可分為：

a) 痙攣型

病人主要是由於受到傷害的腦部傳出不正常的訊息至肌肉，使肌肉呈現高張力，導致肌肉僵硬而呈現緊縮的狀態，且肌肉保持在不正常的姿勢，因而動作較為遲緩與笨拙，此種病人很難有大幅度的運動，因此常有畸形或痙攣的產生。

b) 徐動型

病人的肌肉張力不斷地在改變，因此他們身上的肌肉（四肢、臉部）常有不自主的顫動或緩慢的扭動，同時也由於不自主的肌肉張力變化，他們無法維持在一個固定的姿勢，這樣的病人有時會從僵硬的不正常姿勢忽然變成軟趴趴的。

c) 共濟失調型

共濟失調的意思是動作搖晃、不穩定

d) 低張型

低張型的腦麻痺症人士會顯得頭、頭頸無力，動作緩慢無力，不協調

e) 混合型

病人表現出不只一種的上述症狀。

5.8.1.11.2 成因

a) 嬰兒在出生前：

- 腦部受到創傷而引起，如孕婦在懷孕早期受到某些感染，例如德國麻疹、帶狀皰疹，或服食某些藥物、嚴重營養不良等

b) 嬰兒在生產過程中，出現：

- 早產、難產造成腦部的傷害
- 缺氧，使腦部得不到充分的氧氣供應

c) 嬰兒在出生後：

- 因腦部感染如腦炎、腦膜炎或創傷

5.8.1.11.3 復康原則

- 兒童發展的各個階段均有特定的能力界定，即所謂的「發展里程碑」。發展障礙其實會引起多方面的問題，物理治療主要著重於體能方面，所以實際上以上兩種疾病均以運動治療為主。
- 最基本的目標是讓患者有基本的活動能力與站立或短距離的步行能力，提升其活動能力，讓其照顧者的照顧壓力能大幅降低。
- 兒科物理治療以遊戲治療為首選因為可提高兒童對治療的參與性。
- 透過與其他團隊合作，長遠治療目標是讓兒童能有一定程度的自理能力，甚或在長大後有工作能力。

5.8.1.11.4 治療方法

- 為兒童根據某系統作出評估。
- 根據兒童的遲緩情況及其喜好習性，設計不同的遊戲作為治療。遊戲元素涉及力量、柔軟度訓練、平衡力訓練及協調訓練等。
- 腦神經細胞以極微量的電流，經神經傳導到肌肉。如腦神經細胞失控而不停發放電流，則會引起身體四肢上肌肉不正常的抽搐，所謂「痙攣」。任何能放鬆肌肉的治療都對肌肉痙攣有幫助，而最行之有效的是伸展運動。

5.8.1.11.5 運動時的注意事項及指引

- 要特別注意職業安全，職員經常因遷就兒童的身高而長時間彎腰，或因輕視兒童的體重，以不正確的姿勢進行扶抱。
- 由於兒童不善於表達自己，職員要有更強的觀察力，期望能找出兒童正面對的問題。

5.8.1.12 淋巴水腫（癌症復康）

淋巴水腫是由於淋巴系統出現一些物理性的障礙，使淋巴液在細胞間的空隙積聚而引致的慢性炎症。淋巴水腫是一個慢性病症，進行手術或放射治療均會令淋巴結受損，從而阻礙淋巴液的流動，情況可能在治療後幾個月甚至幾年後出現。

5.8.1.12.1 早期徵狀

- 或會間歇性出現水腫
- 肢體感覺沉重、疼痛或持續痛楚
- 因為肢體浮腫而在穿衣或配戴飾物時感到繃緊
- 肢體外觀有異，驟眼看其中一側較大

資料來源：<https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/610>



5.8.1.12.2 復康原則

- 維持肢體的活動能力及幅度
- 減低水腫的嚴重程度
- 教導病人家居運動及基本護理

5.8.1.12.3 治療及護理方法

淋巴水腫是無法根治的，但及早配合物理治療運動及淋巴引流，可減

低患者在切除淋巴結後，出現的淋巴水腫的嚴重程度。若不加以正視，腫脹會越加嚴重，繼而阻礙肢體的活動能力，對身心造成不良影響。

淋巴引流治療法

一個有系統的手法去刺激淋巴系統的循環和功能，治療師以輕柔的手法去刺激淋巴流動，包括沿著淋巴系統在適當的位置輕輕按壓，以刺激淋巴流動。治療師會進行檢查，包括用他們的雙手”探測”淺層和深層淋巴管道，以評估治療前後和期間的淋巴流動的特定方向，和發生堵塞和纖維化的地方。他們可以用手有效地確定淋巴液體停滯的其他替代途徑，及影響在身體的不同水平位置的淋巴流動，從最表面的皮膚循環到較深層的黏膜、肌肉、肌腱、骨膜及內臟。



資料來源：<http://steelecreekphysicaltherapy.com/lymphedema-therapy/>

5.8.1.12.4 運動時的注意事項及指引

如有穿著任何壓力物品，要經常檢查血液循環，同時檢查皮膚狀況。

5.8.1.13 運動創傷

5.8.1.13.1 創傷的種類

5.8.1.13.1.1 急性運動創傷

a) 骨折 (Fracture)

骨骼經由外力的出擊而折斷，或是由於疲勞或訓練過度時較易發生，可分為閉合性及開放性骨折。

b) 挫傷 (Contusion)

指皮下組織受到鈍力撞擊所造成的創傷稱為挫傷，但沒有任何開創性傷口。臨床常見運動員間肢體的碰撞所導致，患部常見微血管破裂出血，因而表面血腫的現象（俗稱瘀青）。一般臨床上挫傷的處置，初期首重消炎消腫去瘀，其次則必須特別注意大肌肉挫傷所留下的深層疤痕組織，若沒有適當的處理，可能會因為黏連導致組織纖維化與鈣化的現象（硬塊），影響到肌肉的延展性與功能，長期下來演變成慢性疼痛。



資料來源：

www.lhsc.on.ca/Patients_Families_Visitors/CCTC/Words/contusion.htm

c) 韌帶拉傷／扭傷 (Sprain)

人體絕大部分的關節都有韌帶的構造，韌帶的功能在於將骨頭與關節固定於適當的位置上，並且分散吸收來自於外力的拉扯，當關節過度伸展下，韌帶無法承受猛烈的力量因而撕裂甚至造成發炎腫脹的情況即稱為扭傷。

扭傷的程度一般可分為三級

- 輕度：關節受到拉扯或活動時會有疼痛感，外觀沒有明顯的改變。
- 中度：韌帶大部分斷裂，合併關節腫大和劇痛發炎症狀。

- 嚴重：韌帶完全斷裂，關節失去支撐造成不穩定的現象，常合併嚴重血腫。

d) 肌肉拉傷／扯傷 (Strain)

肌肉活動情況下，因為柔軟度不足（未充分熱身伸展）、不正常的收縮、或協調性不良，導致肌纖維受到拉扯受傷或甚至斷裂，較常見的是下背肌群及股四頭肌肌肉拉傷。

拉傷的程度可分為三級：

- 輕度：肌肉有一小部分的肌纖維撕裂，肌肉少量出血，在肌肉用力時或按壓患部時，才會引起疼痛，外觀並無特殊異常。
- 中度：肌肉有相當多的肌纖維斷裂，併發血腫現象，受傷肌肉其肌力減弱、功能性受到限制，外觀腫大。
- 嚴重：指肌肉的肌纖維全部斷裂，常發生於肌肉與肌腱的交合處。此時肌肉完全失去功能，患部大量內出血，斷裂的肌肉縮至兩端點處，但斷裂的部位會凹陷下去。

5.8.1.13.1.2 慢性運動創傷

a) 慢性肌腱炎

肌肉或肌腱在反覆過度的使用之下，而造成肌腱連續性的微小傷害，使肌腱持續保持在慢性發炎的狀態下，就是所謂的慢性肌腱炎。許多的運動傷害如「網球肘」、「跑者膝」等。症狀往往是一開始運動時就感到不適，且隨著運動的增加而越來越痛，休息會緩解。



b) 壓力性骨折

壓力性骨折(Stress Fracture)或稱「疲勞性骨折」(Fatigue Fracture)主要是指骨骼在長期反覆的操作下無法承受猛烈的壓力而導致骨骼部份



或完全斷裂的一種現象。它是由於過度使用的結果而造成骨骼疲勞衰弱的情形。

c) 通常出現的位置：

運動型態	易產生疲勞性骨折的部位
以跑步為主要訓練項目的運動，如長跑	蹠骨、脛骨和腓骨
腰椎常有過度彎曲動作的運動，如體操、舞蹈運動	腰椎
常有投擲和揮拍動作的運動，如羽球、網球運動	肱骨及肋骨

e) 其他常見的運動創傷，如：

- 出血 (Bleeding)
- 擦傷 (Abrasion)
- 脫臼 (Dislocation)
- 熱痙攣和冷痙攣 (Heat and Cold Injuries)
- 勞損 (Overuse Injuries) 等

5.8.1.13.2 導致運動創傷的原因

- 環境因素
- 場地和用具
- 保護設施和用品
- 技術水平
- 體適能水平
- 生理限制
- 不同運動項目的性質
- 對手和裁判
- 訓練和比賽安排

5.8.1.13.3 復康原則

- 防止傷患加劇
- 處理痛症消炎消腫
- 盡可能維持其他身體部位的活動

5.8.1.13.4 治療及護理方法

a) 急救原則 (General Principles of First Aid) - PRICE

- 保護 (Protection)
- 休息 (Rest)
- 冰敷 (Ice)
- 加壓 (Compression)
- 抬高 (Elevation)

b) 復甦法 (Resuscitation)

運動進行中	運動後
<ul style="list-style-type: none"> ● 評估危險性及風險 ● 傷口處理及固定 ● 痛症處理 (冰敷、鎮症噴霧、按摩、拉筋) 	<p><u>即時運動後回復 (Recovery)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 按摩及拉筋 ● 肌肉及關節降溫 ● 電療 ● 運動肌肉貼 (Taping) <p><u>即時運動後評估</u></p> <p>賽後：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 物理治療回復 ● 伸展運動及強化運動

5.8.1.13.5 運動評估

- a) 姿勢及體態：前中線、側中線
- b) 柔韌度：坐地伸展、站立伸展
- c) 強度評估：肢體力量對抗(1 min push up；1 min sit up)
- d) 步態評估：姿勢、平衡 (Time up and go test)

5.8.1.13.6 運動後回復及受傷預防

- 運動貼布 (Sports Taping)：如膝、腳踝、小腿、腰、肩膀、頸
- 深層肌肉按摩 (DFM)：如大腿外側
- 電療：如 TENS

5.8.1.13.7 預防運動創傷

- 風險評估
- 安全措施
- 熱身運動和緩和運動 (Warm Up and Cool Down)

5.8.2 造口及尿管護理

物理治療助理應對常見的造口有基本的認識。如有發現有任何異常情況，要立即向護士或物理治療師報告。一般情況下治療助理要妥善管理好所有喉管並避免擠壓造口袋，尤其在扶抱及轉移時。

5.8.2.1 腸造口

5.8.2.1.1 何謂腸造口？

肛門是整個消化道的末端，負責控制糞便排出體外。患者因為疾患緣故，例如肛門或附近位置長出惡性腫瘤，或腸道嚴重發炎，而需要把肛門切除，為了替糞便尋找新的出口，醫生在切除有問題的腸道後，將大腸或小腸從腹腔拉出，在腹部的適當位置造一個小切口，再將腸道縫於開口之上，排洩物便可經這個開口離開身體。這個切口稱為造口 (stoma)，又稱為假肛。

由於造口缺乏括約肌，所以不論是永久造口還是臨時造口，兩者都不能控制糞便排出。出於衛生考慮，患者需於造口位置貼上**造口袋**以便收集排洩物。造口袋是一個約手掌般大的膠袋，袋口有一片皮膚保護膠，方便將造口袋穩貼於造口周圍的皮膚上，既不易令皮膚敏感，也可減低氣味滲出的機會。

5.8.2.1.2 滲漏的原因

病人在完成「造口」手術後最感難為情的，應該是「滲漏」問題，因為其他人可能聞到臭味，也可能會弄髒衣服。如果出現滲漏的問題，應告知造口護士，讓她查究滲漏的原因，以對症下藥，大部分的滲漏問題都是很易解決的，導致滲漏的原因包括：

- 貼袋技巧不正確
- 皮膚敏感潰爛，令造口袋與皮膚之間出現縫隙
- 未能及時清理造口袋，而令造口袋負荷過重

造口手術完全不會影響病人的社交活動，他們可以照常外出及如常運動，而且造口袋可藏在衣服之下，旁人是不會察覺的。只要小心保護造口，不要大力撞擊腸頭位置，便不會弄傷腸頭，如有需要可佩戴造口護罩。

5.8.2.2 氣管造口

5.8.2.2.1 何謂氣管造口？

氣管造口是一種經外科手術，在氣管的第 2-4 節氣管軟骨間，切開一個暫時性或永久性的開口，接著放入一個通氣管（或稱氣切管）以提供病人呼吸及清除痰液的通道。

正常人體透過鼻(口)吸入的空氣是經過鼻腔過濾，溫暖而濕潤。然後，空氣透過喉嚨和喉頭進入氣管，最後進入肺中。在施行氣管造口術之後，空氣繞過口鼻而直接進入氣管，而且病人會不能發聲，因為空氣是透過氣管造管離開身體的，而不再透過喉頭及振動聲帶。

依據病人狀況，於手術過程中選擇局部麻醉、靜脈注射麻醉或全身麻醉方式進行，手術過程約 30 分鐘，可於手術室或加護中心進行手術。

5.8.2.2.2 適用情況

- 上呼吸道阻塞或呼吸機能不全者。
- 肺炎、支氣管擴張症等痰多的病人，或是因神經或結構問題，無法有效的咳嗽排除分泌物者。
- 短期內無法拔除氣管內管之病人，如成人超過一週以上、兒童超過一個月。
- 嚴重頭頸部外傷，無法置入氣管內管者。
- 嚴重、危及生命之睡眠呼吸終止症候群病人，其他治療方式無效者。

5.8.2.2.3 氣管造口的優點

- 幫助病人通氣道暢通，減少呼吸道阻力，提高病人脫離呼吸器使用的機率。
- 相較氣管內管病人，其口腔或鼻腔不會造成壓迫導致破皮或潰瘍，且因口腔或鼻腔無管路置放，容易維持清潔，降低口腔感染或併發吸入性肺炎的機會。
- 使用氣管造口的病人，因非經舌咽處置入，降低嘔吐反射，口腔分泌物較少，相較氣管內管病人整體較為舒適。
- 引發食道及氣管損傷機率較氣管內插管較低。
- 可以在發聲閥(speaking valve)協助下言語，整體舒適度較好。
- 經訓練後，可由口腔進食，以維持腸胃道功能，並提高病人對自己身體改變的滿意度。
- 臉部皮膚不會因膠布反覆黏貼固定管路而導致皮膚受損。

5.8.2.2.4 氣管造口的風險及併發症

手術併發症的機率甚低，常見的併發症包括：

- 手術初期，造口傷口位置有滲血問題
- 傷口感染
- 氣管造口管路發生移位或滑出
- 皮下氣腫或氣胸。
- 氣管狹窄、氣管食道瘻管及氣管動脈瘻管

5.8.2.3 胃造口(PEG)

5.8.2.3.1 什麼人適合做胃造口？

- 需要長期灌食（大於兩個月以上）
- 使用鼻胃管容易發生併發症
- 生理狀況穩定（生命）
- 吞嚥能力預計難以恢復
- 預期生命大於半年以上
- 腹部可做胃造口處置的人

5.8.2.3.2 胃造口的好處？

- 不會因口鼻有灌食管而不適
- 不易滑脫
- 不需因防止病人將灌食管拔除而給予約束
- 不需要時常更換
- 外表看不出來，比較美觀，能幫助部份病人增加自信心
- 不會像鼻胃管容易造成鼻孔、食道潰瘍、出血等
- 可以提升病人的營養狀況及生命品質
- 做胃造口後，原來的日常活動（包括移位、坐著、走路）及復健運動都可以持續進行，只要在活動前先確認灌食管已固定好，以免不小心拉扯到便可

5.8.2.4 常見喉管

5.8.2.4.1 鼻胃喉

當病人未能經口腔進食時，將飼液經鼻胃喉輸入至胃內。為病人提供需要的營養。

基本原則

- a) 使用鼻胃管必須得到註冊醫生批准。
- b) 必須由註冊或登記護士為病患插入及定期更換鼻胃管。
- c) 須遵從註冊醫生／營養師的意見，安排住客的餵食奶類、份量、時間及次數。

- d) 應定期檢討鼻胃管的使用情況，尋求註冊醫生的意見，以決定應否繼續讓病人使用。
- e) 餵飼時必須讓病人坐直或最少坐起 45 度。

雖然鼻胃喉的護理屬於護理部的工作，但治療助理仍需要時刻檢查鼻胃管刻度位置是否正確，有否移位或捲曲在口腔內，及檢查鼻胃管的膠貼有否固定。若發現有任何異常情況應立即通知護士或物理治療師。

5.8.2.4.2 導尿管

導尿管是以橡膠或矽膠做的管子，可以經由尿道插入膀胱以便引流尿液出來，導尿管插入膀胱後，靠近導尿管頭端有一個氣囊固定導尿管留在膀胱內，而不易脫出。且引流管連接集尿袋，讓尿液自由的流出。當病人沒有辦法自行排尿、且不能從事間歇性導尿，便需要放置導尿管，幫助尿液的排出。特別提供有關導尿管的護理知識，以達預防尿道感染的目的。

留置導尿管的注意事項

- 尿袋高度(尿喉下端)要低於膀胱位置（但不可置放於或接觸到地上），以防尿液逆流。
- 接頭應保持密閉，以防受污染，且尿袋出口處應隨時關閉，即維持密閉的引流系統。
- 尿管不可扭曲或受壓，以防阻塞，而且不可拉扯，以防出血。
- 觀察尿液的顏色及形態，注意混濁或沉澱的發生。
- 鼓勵多飲水並攝取富含維他命 C 之新鮮果汁，以減輕感染現象及尿道阻塞。
- 檢查有沒有任何結痂或不正常引流物或分泌物，如有，請告知醫護人員處理。