

台大醫院腦中風中心 公用版標準作業流程

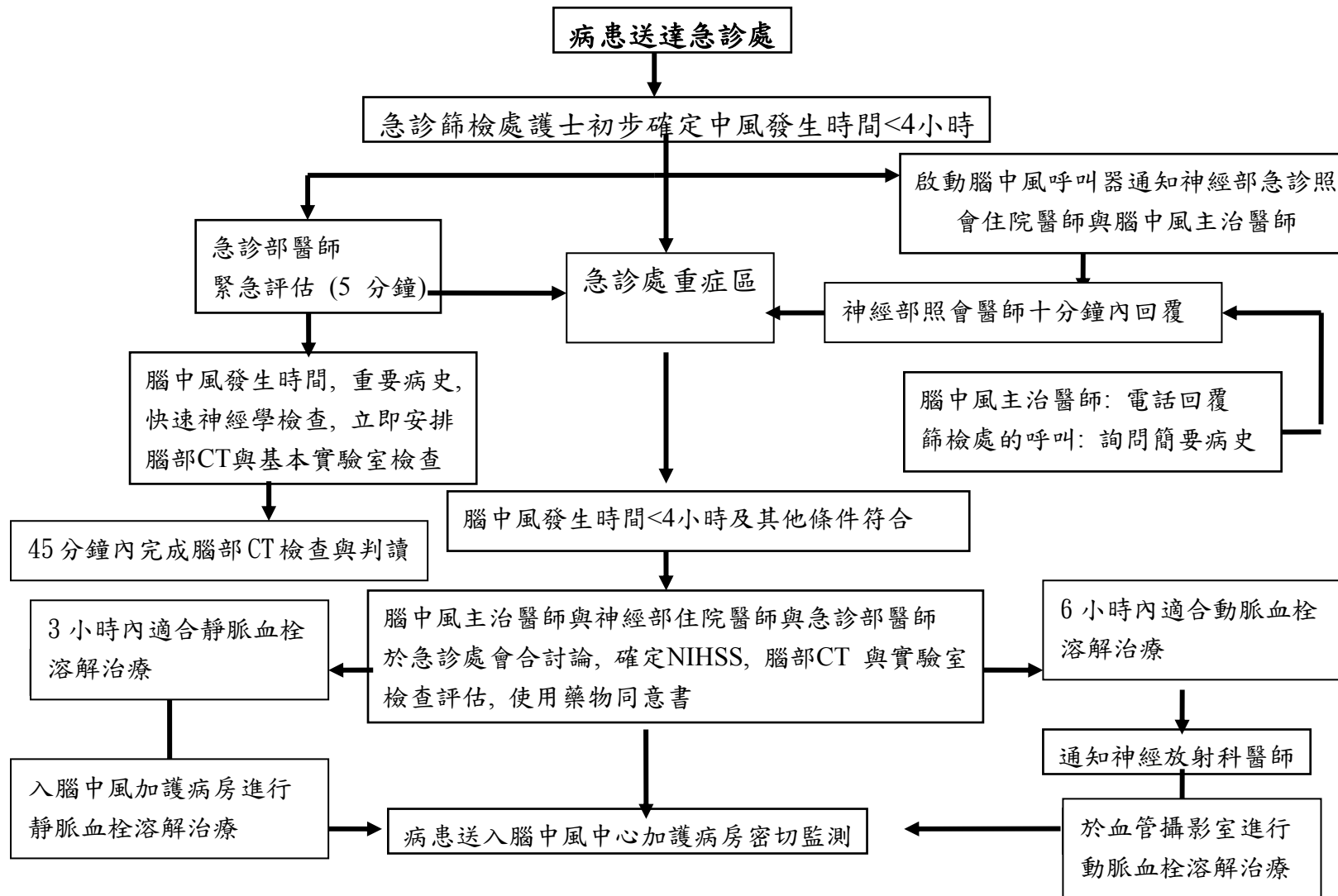
目錄

頁碼

1.急性腦梗塞中風的急診處理流程	(1)
2.台大醫院腦中風加護病房收案標準	(2)
3.National Institute of Health Stroke Scale	(3)
4.腦中風中心加護病房住院流程	(4)
5.急診中風患者轉送腦中風加護病房作業程序	(5-8)
6.急性腦梗塞中風的靜脈血栓溶解治療臨床處置標準作業程序	(9-11)
7.靜脈血栓溶解治療同意書	(12-13)
8.靜脈血栓溶解治療護理紀錄單	(14)
9.急性腦梗塞中風的動脈血栓溶解治療標準作業程序	(15-16)
10.動脈血栓溶解治療治療同意書	(17-18)
11.抗凝血劑治療同意書	(19)
12.腦血管攝影檢查及血管介入性治療護理標準作業程序	(20-21)
13.腦中風急性期之護理標準作業程序	(22-23)
14.腦中風後癲癇重積症處置標準處置標準流程作業程序	(24-26)
15.病況不穩定病人送檢查作業程序	(27)
16. 預防病人跌倒護理標準	(28)
17. 腦中風中心病患及家屬衛教內容執行查檢表	(29-30)
18. 缺血性腦中風臨床路徑	(31-39)
腦中風中心外復健標準作業流程	(40)
19.腦中風轉介物理治療作業程序	(41)
20.腦中風復健流程臨床指引	(42)
21.Bed mobility 床上活動	(43-44)
22.ROM exercise 關節運動	(45-46)
23.擺位原則	(47)
24.轉位技巧	(48-49)
25.坐姿平衡訓練	(50-51)
26.站姿平衡訓練	(52-53)
27.行走訓練	(54-55)
28.肩膀疼痛與脫位處理原則	(56-57)
29.上肢肌力訓練	(58-59)
30.下肢肌力訓練	(60-61)

31.功能性電刺激作業原則	(62)
32.吞嚥訓練	(63-64)
33.物理治療療程結束作業原則	(65)
34.副木製作	(66)
35.日常功能活動訓練	(67)
36.手部功能訓練	(68)
37.教導擺位原則及關節活動訓練	(69)
38.定位感訓練	(70)
腦中風中心復健標準作業流程	(71)
39.腦中風轉介物理治療作業程序	(72)
40.腦中風復健流程臨床指引	(73)
41. Bed mobility 床上活動	(74-75)
42. ROM exercise 關節運動	(76-77)
43. 擺位原則	(78)
44. 轉位技巧	(79-80)
45. 坐姿平衡訓練	(81-82)
46. 站姿平衡訓練	(83-84)
47. 行走訓練	(85-86)
48. 肩膀疼痛與脫位處理原則	(87-88)
49. 上肢肌力訓練	(89-90)
50. 下肢肌力訓練	(91-92)
51.功能性電刺激作業原則	(93)
52.吞嚥訓練	(94-95)
53.物理治療療程結束作業原則	(96)
54.副木製作	(97)
55.日常功能活動訓練	(98)
56.手部功能訓練	(99)
57.教導擺位原則及關節活動訓練	(100)
58.定位感訓練	(101)

急性腦梗塞中風的急診處理流程



腦中風加護病房收案標準

收案標準依病情分為三級：第一級、第二級、第三級。

第一級：1.急性缺血性腦中風，接受動脈或靜脈血栓溶解治療(症狀發作至治療時間小於6小時)。
2.中、重度的急性腦中風，NIHSS為10~25分(症狀發作小於48小時)。
3.急性中風並症狀持續惡化(NIHSS增加大於4分)。
4.神經血管性病變之介入性治療(如：頸動脈高度狹窄、動靜脈畸形、動脈瘤等)。
5.有症狀的頸動脈高度狹窄。
6.高頻率的暫時性腦缺血發作。

第二級：1.高顱內壓之監測
2.急重度急性中風(NIHSS>25分)
3.危急性的中樞或週邊神經病變

第三級：危急性病症需要加護病房照護，但暫時無院內其它加護病房(依借床原則辦理)，腦中風中心加護病房需保留依床給需要急性神經血管處置的病患，若借床科部的加護病房有床位空出時，請立即主動將病患轉回該科部。

備註1：NIHSS為美國國家衛生研究院中風評量表

備註2：腦中風中心加護病房借床原則

- (1)腦中風中心加護病房基於病患福祉，以及全院床位之有效運用，當遇有緊急醫療需求時，同意出借本加護病房床位給其他危急性病患使用。
- (2)借床之科部，應指派一位總醫師負責與腦中風中心加護病房開床總醫師協調借床事宜，並於該科加護病房床位空出時，立即主動將病患轉回該科部。
- (3)病患照顧及病情解釋之責任，應屬原借床科部之醫師。
- (4)借床科部應指派負責照顧之主治醫師及住院醫師負責照顧病患一切醫療事宜。
- (5)如預借床科部之住院醫師與腦中風中心加護病房住院醫師有紛爭時，應由原借床總醫師與負責主治醫師與中風中心加護病房總醫師協調解決。

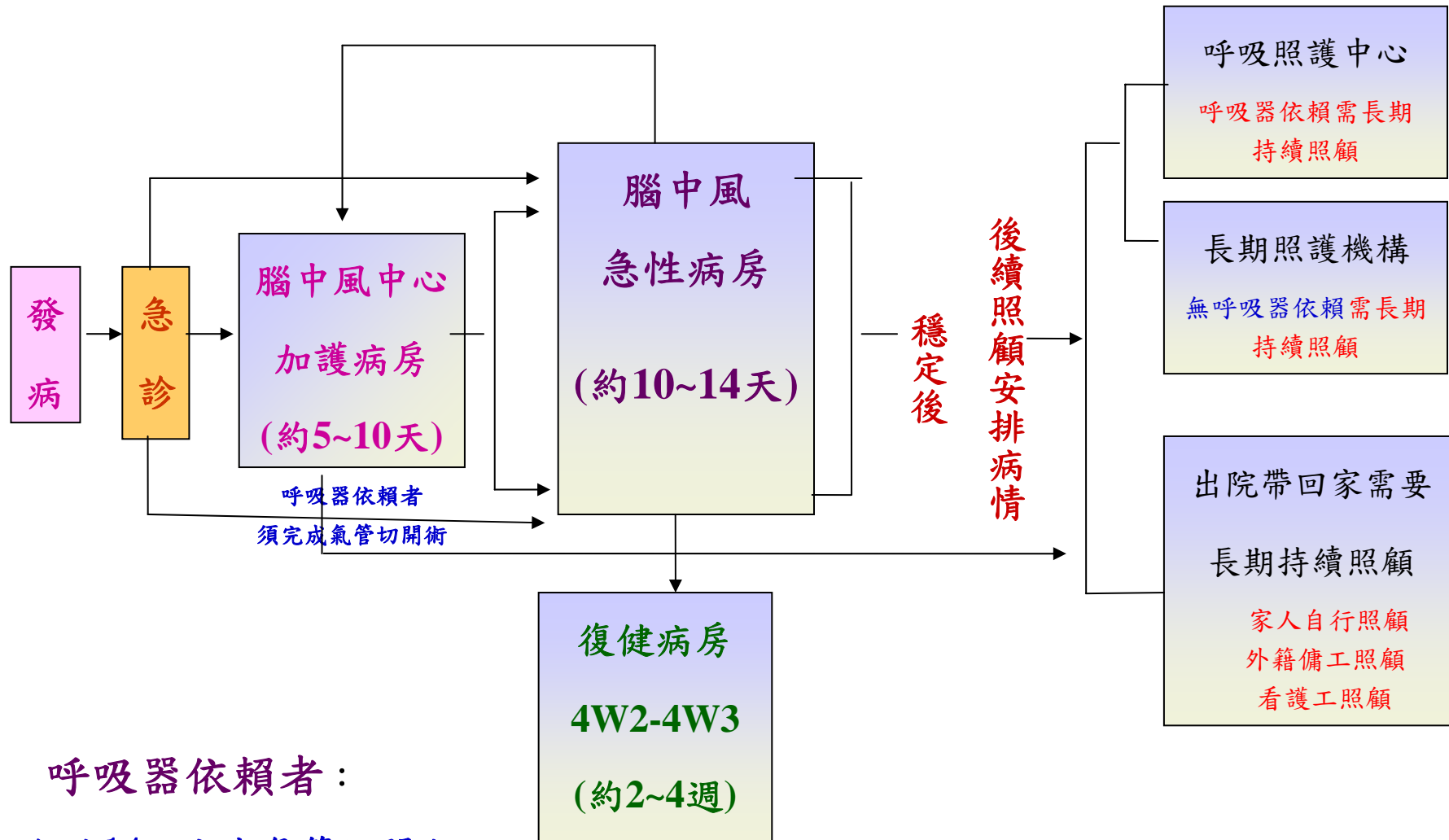
National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

Patient Name _____ Chart No _____ Unit # _____

Date/Time of Stroke Onset _____ Stroke Type _____ Examiner _____

NIH STROKE SCALE ITEM	Scoring Definitions	Date	Date	Date	Date	Date	Date
1a. LOC	0=alert and responsive 1=arousable to minor stimulation 2=arousable only to painful stimulation 3=reflex reponses or unarousable						
1b. LOC Questions--Ask pt's age and month. Must be exact.	0=Both correct 1=One correct (or dysarthria, intubated, foreign lang) 2=Neither correct						
1c. Commands--open/close eyes, grip and release non-paretic hand, (Other 1-step commands or mimic ok)	0=Both correct (ok if impaired by weakness) 1=One correct 2=Neither correct						
2. Best Gaze--Horizontal EOM by voluntary or Doll's.	0=Normal 1=partial gaze palsy; abnl gaze in 1 or both eyes 2=Forced eye deviation or total paresis which cannot be overcome by Doll's.						
3. Visual Field--Use visual threat if nec. If monocular, score field of good eye.	0=No visual loss 1=Partial hemianopia, quadrantanopia, extinction 2=Complete hemianopia 3=Bilateral hemianopia or blindness						
4. Facial Palsy--If stuporous, check symmetry of grimace to pain.	0=Normal 1=minor paralysis, flat NLF, asymm smile 2=partial paralysis (lower face=UMN) 3=complete paralysis (upper & lower face)						
5. Motor Arm--arms outstretched 90 deg (sitting) or 45 deg (supine) for 10 secs. Encourage best effort. Circle paretic arm in score box	0=No drift x 10 secs 1=Drift but doesn't hit bed 2=Some antigravity effort, but can't sustain 3=No antigravity effort, but even minimal mvt counts 4=No movement at all X=unable to assess due to amputation, fusion, fx, etc.	L or R	L or R	L or R	L or R	L or R	L or R
6. Motor Leg--raise leg to 30 deg supine x 5 secs.	0=No drift x 5 secs 1=Drift but doesn't hit bed 2=Some antigravity effort, but can't sustain 3=No antigravity effort, but even minimal mvt counts 4=No movement at all X=unable to assess due to amputation, fusion, fx, etc.	L or R	L or R	L or R	L or R	L or R	L or R
7. Limb Ataxia--check finger-nose-finger ; heel-shin; and score only if out of proportion to paralysis	0=No ataxia (or aphasic, hemiplegic) 1=ataxia in upper or lower extremity 2= ataxia in upper AND lower extremity X=unable to assess due to amputation, fusion, fx, etc.						
8. Sensory--Use safety pin. Check grimace or withdrawal if stuporous. Score only stroke-related losses.	0=Normal 1=mild-mod unilateral loss but pt aware of touch (or aphasic, confused) 2=Total loss, pt unaware of touch. Coma, bilateral loss						
9. Best Language--Describe cookie jar picture, name objects, read sentences. May use repeating, writing, stereognosis	0=Normal 1=mild-mod aphasia; (diff but partly comprehensible) 2=severe aphasia; (almost no info exchanged) 3=mute, global aphasia, coma. No 1 step commands						
10. Dysarthria--read list of words	0=Normal 1=mild-mod; slurred but intelligible 2=severe; unintelligible or mute X=intubation or mech barrier						
11. Extinction/Neglect--simultaneously touch patient on both hands, show fingers in both vis fields, ask about deficit, left hand.	0=Normal, none detected. (vis loss alone) 1=Neglects or extinguishes to double simult stimulation in any modality (vis, aud, sens, spatial, body parts) 2=profound neglect in more than one modality						
	TOTAL=						

腦中風中心加護病房住院流程



呼吸器依賴者：

245 住院14天完成氣管切開術

住院21天完成轉介呼吸照護中心

名稱	總頁數
急診中風患者轉送腦中風加護病房作業程序	4
<p>1. 定義：急診處的急性腦中風病患，病情不穩定而需接受嚴密監測與治療時，轉至腦中風加護病房。</p> <p>2. 目的：確保急診的重症及需嚴密監測之中風患者，轉送腦中風加護病房的安全性及適切性。</p> <p>3. 範圍：重病或需嚴密監測之中風患者由急診轉至腦中風加護病房。</p> <p>4. 權責：</p> <p>4.1 急診醫師</p> <p>4.1.1 病患之表現懷疑有急性腦中風的可能性時，需先作腦中風相關之基本評估及檢查。</p> <p>4.1.2 腦中風患者若有需要在腦中風加護病房監測與治療，聯絡神經部照會醫師；病患若可能有手術治療之需要，聯絡神經外科照會醫師。</p> <p>4.1.3 當病患確定將轉入腦中風加護病房，需告知病患、家屬，並通知加護病房之書記和護理人員以確認轉送時間。</p> <p>4.1.4 需時常評估病患狀況與追蹤檢查結果，與病患及家屬充份解釋病情及採取適當的醫療措施。</p> <p>4.1.5 病歷需記載完全，須與腦中風加護病房之醫師確實交班。</p> <p>4.1.6 在轉送加護病房途中，需密切注意病患之情況；若有儀器及管線，應注意其運作和結果是否正常。</p> <p>4.2 神經部照會醫師</p> <p>4.2.1 神經部照會醫師需綜合病患病史、身體檢查、神經學檢查，血液及影像學檢查之結果作出初步診斷。</p> <p>4.2.2 神經部照會醫師需評估病患是否確實符合腦中風加護病房之收案適應症。</p> <p>4.2.2.1 符合第一級之收案標準之中風病患，應儘量收入腦中風加護病房。</p> <p>4.2.2.2 符合第二級之收案標準之中風病患，在情況許可時，可收入腦中風加護病房。</p> <p>4.2.3 經評估適合收入加護病房之個案，應儘速使之轉入。</p> <p>4.2.4 如遇病患出現緊急或特殊情況，應儘速聯絡腦中風加護病房主治醫師。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
急診中風患者轉送腦中風加護病房作業程序	4
<p>4.3 腦中風中心加護病房值班醫師</p> <p>4.3.1 加護病房值班醫師在病患轉到加護病房前，需與急診醫師完成交班，並追蹤檢查結果。</p> <p>4.3.2 病患轉至加護病房後，加護病房值班醫師應先作基本之病情與神經學評估，對病患及家屬作病情的解釋、預後的預測和未來可能的檢查和治療，並回答病患及家屬的問題。</p> <p>4.3.3 若病情特殊或惡化，加護病房值班醫師應與主治醫師聯絡。</p> <p>4.4 急診護理人員</p> <p>4.4.1 在急診協助醫師完成各項處置與護理措施，並隨時告知醫師病患的狀況及檢查結果。</p> <p>4.4.2 轉送加護病房途中，需注意病患病況及儀器管線是否運作正常。</p> <p>4.4.3 完成護理記錄，和加護病房護理人員詳盡交班，轉交病歷和 X 光片。</p> <p>4.5 腦中風加護病房護理人員</p> <p>4.5.1 加護病房護理人員接到病人即將轉入之電話通知時，先和急診護理人員交班，並儘速準備所需之儀器、用物與床位，並通知醫師。</p> <p>4.5.2 護理人員向病患家屬解釋後，請家屬在等候室稍候再予以解釋。</p> <p>4.5.3 為病人接上所需之監測器及其它儀器管路，測量生命徵象、意識狀態及身體評估，予以適當之護理及記錄。</p> <p>4.5.4 病人適當處置後，請家屬入病室，由醫師及護理人員一起和病人及家屬解釋病情。</p> <p>4.5.5 請家屬或護送人留姓名及電話以便聯絡。</p> <p>5. 作業內容：</p> <p>5.1 急診：</p> <p>5.1.1 急診醫師在懷疑病患有中風之可能時，除在病患情況危急時執行急救之處置，並應作基本之神經學評估、一般檢查和頭部影像學檢查（電腦斷層或核磁共振）。</p> <p>5.1.2 急診醫師應詢問病患及家屬詳細的發生經過及相關病史，包括發生之時</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
急診中風患者轉送腦中風加護病房作業程序	4

間、發生的症狀及疾病的演進等。

5.1.3 若病患中風發生時間小於四小時或急診醫師認為病患需請神經部醫師評估時（包括可能需住進腦中風中心加護病房時），則照會神經部照會醫師。病患若可能有手術治療之需要，照會神經外科照會醫師。

5.1.4 急診醫師需時常評估病患狀況與追蹤檢查結果，並跟病患及家屬充份解釋病情與採取適當的醫療措施。

5.1.5 神經部照會醫師需綜合病患病史、身體檢查、神經學檢查，血液及影像學檢查之結果作出初步診斷。

5.1.6 神經部照會醫師需評估病患是否確實符合腦中風中心加護病房之收案適應症。

5.1.7 神經部照會醫師經評估適合收入加護病房之個案，應儘快使之轉入，並跟病患及家屬充份解釋病情。

5.1.8 如遇病患出現緊急或特殊情況，神經部照會醫師應儘速聯絡腦中風中心主治醫師決定後續的處理。

5.1.9 如病患經神經部照會醫師評估後不需要收入加護病房，急診醫師應聯絡一般病房負責後續治療。

5.2 轉送前

5.2.1 當病患確定將轉入腦中風中心加護病房，急診醫師需告知病患、家屬，並通知加護病房之書記和護理人員以確認轉送時間。

5.2.2 急診醫師和護理人員之病歷應記載完全，並跟腦中風中心加護病房之醫師及護理人員確實交班。

5.2.3 加護病房護理人員接到病人即將轉入之電話通知並交班後，應儘速準備所需之儀器、用物與床位。

5.2.4 在轉送加護病房途中，急診醫師及護理人員需密切注意病患之情況；若有儀器及管線，應注意其運作和結果是否正常。

5.3 加護病房內

5.3.1 病患轉至加護病房後，由護理人員先向病患家屬初步解釋，請家屬在等候

作業程序書

名稱	總頁數
急診中風患者轉送腦中風加護病房作業程序	4

室稍候。

5.3.2 加護病房值班醫師應先作基本之評估，而護理人員應為病人接上所需之監測器及其它儀器管路，測量生命徵象、意識狀態及身體評估，予以適當之護理及記錄。

5.3.3 病人適當處置後，請家屬入病室，由加護病房值班醫師和負責照顧之護理人員一起和病患及家屬作病情的解釋、預後的預測和未來可能的檢查和治療，並回答病患及家屬的問題。

5.3.4 請家屬或護送人留姓名及電話以便聯絡。

6. 應行注意事項

6.1 若病患之中風發生時間不超過四小時，應直接和神經部照會醫師聯絡，以決定是否需作急性缺血性腦中風之血栓溶解治療。

6.2 若病患之生命徵象不穩定，應以控制生命徵象為第一要務。

7. 本文件使用單位：急診部、神經部、腦中風中心加護病房。

作業程序書

名稱	總頁數
急性腦梗塞中風的靜脈血栓溶解治療臨床處置標準作業程序	3
<p>1. 定義：急性腦梗塞中風接受靜脈血栓溶解治療患者治療處置標準。</p> <p>2. 目的：確保接受靜脈血栓溶解治療患者治療的安全性及適切性。</p> <p>3. 範圍：接受靜脈血栓溶解治療病患治療前、中、後照護。</p> <p>4. 作業內容：</p> <p style="margin-left: 20px;">4.1 治療前準備</p> <p style="margin-left: 40px;">4.1.1 符合使用靜脈血栓溶解治療適應症與排除條件評估。</p> <p style="margin-left: 60px;">4.1.1.1 適合靜脈注射 r-tPA 治療病患</p> <p style="margin-left: 80px;">A. 年齡 18~80 歲</p> <p style="margin-left: 80px;">B. 臨床診斷為缺血性腦中風，有部份神經功能障礙</p> <p style="margin-left: 80px;">C. 症狀發生至使用 TPA 治療的時間<180 分鐘</p> <p style="margin-left: 60px;">4.1.1.2 病患選擇：禁忌(C)及警示(W)</p> <p style="margin-left: 80px;">A. 腦部斷層掃描檢查前已疑為顱內出血(C)</p> <p style="margin-left: 80px;">B. 症狀很輕或症狀進步迅速(W)</p> <p style="margin-left: 80px;">C. 臨床疑有蜘蛛網膜下出血可能，即使腦部斷層檢查為正常(C)</p> <p style="margin-left: 80px;">D. 同時有體內出血(消化道或尿路出血)(C)</p> <p style="margin-left: 80px;">E. 有出血危險性，包括：</p> <p style="margin-left: 100px;">a. 血小板數<100,000/mm</p> <p style="margin-left: 100px;">b. 病患在 48 小時內有接受抗凝血劑 Heparin 治療，其 aPTT 值超過實驗室正常範圍值</p> <p style="margin-left: 100px;">c. 病患正在使用口服抗凝血劑(如 Warfarin sodium)治療，其 PT 值>15 秒</p> <p style="margin-left: 80px;">F. 中風發生前三個月內接受顱內手術，嚴重頭部受傷，或是腦中風(C)</p> <p style="margin-left: 80px;">G. 中風發生前三星期內有過消化道或尿路出血(W)</p> <p style="margin-left: 80px;">H. 中風發生前二星期內有接受重大手術或發生重大外傷(W)</p> <p style="margin-left: 80px;">I. 近期在無法壓迫處有做過動脈穿刺(W)</p> <p style="margin-left: 80px;">J. 重複血壓測量，收縮壓>185mmHg，舒張壓>110mmHg，或病患需強力降血壓藥物治療(C)</p> <p style="margin-left: 80px;">K. 曾有顱內出血病史(C)</p> <p style="margin-left: 80px;">L. 明顯異常血糖值(<50 或>400mg/dL)(W)</p> <p style="margin-left: 80px;">M. 心肌梗塞後的心包膜炎(W)</p> <p style="margin-left: 80px;">N. 中風發生時有抽搐發生(W)</p> <p style="margin-left: 80px;">O. 已知有動靜脈畸形形成動脈瘤(C)</p> <p style="margin-left: 60px;">4.1.2 已完成無顯影劑腦部電腦斷層攝影及判讀。</p> <p style="margin-left: 80px;">4.1.2.1 若病患有明顯頭痛、頸部疼痛或意識不清，須確定無蜘蛛網膜下出血。</p> <p style="margin-left: 80px;">4.1.2.2 若斷層掃描有明顯梗塞發現，須檢視病史，考慮是否為陳舊性中風</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
急性腦梗塞中風的靜脈血栓溶解治療臨床處置標準作業程序	3
<p>4.1.3 予家屬治療說明及填立治療同意書。</p> <p>4.1.4 已完成血液 APTT / PT 檢驗及數值判讀。</p> <p>4.1.5 已完成血液及生化常規檢查及判讀。</p> <p>4.1.6 儘量避免其他侵入性治療，如：鼻胃管或尿管。</p> <p>4.1.7 開始記錄血壓，若需要動脈血壓監測，應在治療前迅速確實完成。</p> <p>4.2 治療中及治療後</p> <p>4.2.1 準備二條 IV line，一條作為 r-tPA 輸注，另一條作為其他給藥之用。</p> <p>4.2.2 量體重，依醫囑給予指定劑量。</p> <p>4.2.2.1 治療劑量 0.6~0.9mg/kg，一般以 0.9 mg/kg 為主，最大劑量為 90 mg。</p> <p>4.2.2.2 以原裝藥物所附含稀釋用水-50mg/50m 亦可用 0.9%N/S 以 1：5 比例稀釋。</p> <p>4.2.2.3 劑量的 10%於第 1 分鐘靜脈注射，其餘劑量於 60 分鐘持續靜脈幫浦給予。</p> <p>4.2.2.4 以亞培 set 計算 20ml 空針抽 0.9%N/S20ml 排空 set(約 15ml)→接 rt-PA 藥劑→先 set VBTI-15ml 快速 run 完 set 內 0.9%N/S→開始給藥-按劑量計算每小時滴數輸注-->20ml 空針抽 0.9%N/S20ml 打入瓶內快速輸空 set 內藥物。</p> <p>4.2.3 在 r-tPA 治療開始前，監測生命徵象，每 15 分鐘測量血壓(不超過 185/110mmHg)，血壓超過 185/110，以 labetalol 10-20mg 靜脈注射，及/或 nitroglycerin paste，若血壓仍高於 185/110，則不可使用 TPA。</p> <p>4.2.3.1 治療開始後第 1 小時內，每 15 分鐘監測一次。</p> <p>4.2.3.2 治療開始後 2~6 小時內，每一小時監測一次。</p> <p>4.2.3.3 治療開始後 6~24 小時內，每二小時監測一次。</p> <p>4.2.3.4 若舒張壓>140mmHg，靜脈引流 sodium nitroprusside (0.5-10ug/kg/min)。若收縮壓>230mmHg，及/或舒張壓 121-140mmHg，靜脈注射 labetalol 20mg over 1-2 min，每 10 分鐘劑量可重覆，至總劑量 150mg。或 labetalol 20mg 靜脈注射後，以 2-8mg/min。靜脈引流至血壓至預想值。若 labetalol 效果不理想，改以 sodium nitroprusside。若間隔 5-10 分鐘兩次血壓值，收縮壓 180-230mmHg，及/或舒張壓 105-120mmHg，靜脈注射 labetalol 10mg over 1-2 min，每 10-20 分鐘劑量可重覆，至總劑量 150mg。或 labetalol 20mg 靜脈注射後，以 2-8mg/min 靜脈引流至血壓至預想值。若病患使用 labetalol 為禁忌(如鬱血性心衰竭)，可用口服或如下 nifedipine 10mg。</p> <p>4.2.4 臨床上，醫師若懷疑有顱內出血的可能性，則應立即停止 TPA 的使用，緊急安排腦部斷層掃描檢查或其他敏感檢查以確定有否顱內出血</p> <p>4.2.5 密切監測病人意識狀態，如有異常應立即通知值班醫師。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
急性腦梗塞中風的靜脈血栓溶解治療臨床處置標準作業程序	3
<p>4.2.6 觀察出血現象並立即告知醫師，如：皮下瘀青、牙齦出血、血尿、血便等。</p> <p>4.2.7 監測血液 APTT / PT 檢驗，如有異常應立即通知醫師。</p> <p>4.2.8 治療 24 小時內避免侵入性治療，如：插鼻胃管、尿管、中心靜脈導管或動脈導管（必要之抽血宜選擇小號針頭並注意加壓止血）。</p> <p>4.2.9 治療 24 小時內禁止進行抗凝劑或抗血小板藥物治療。</p> <p>4.2.10 保護並教導病人避免碰撞與擦傷。</p> <p>4.2.11 開始 r-tPA 後 24 小時內不可使用 heparin、warfarin 或 aspirin，超過 24 小時若需要使用抗凝血藥物則必須先安排腦部斷層掃描檢查排除顱內出血</p> <p>4.2.12 治療 24 小時後追蹤血液常規及電腦斷層檢查。</p> <p>4.2.13 治療 48 及 96 小時後追蹤血液常規檢查。</p>	

作業程序書

靜脈血栓溶解治療同意書

病歷號碼：_____，病人：_____，性別：_____，_____年_____月_____日生，因患急性缺血性腦中風需要接受經靜脈血栓溶解治療，立同意書人對於該項治療之過程，經貴院_____醫師(由醫師親自簽名)詳細說明(一)需實施治療之原因，(二)治療後可能發生之併發症及危險，立同意書人業已充分瞭解說明事項。茲同意貴院施行該項治療，深信貴院實施治療時，醫護人員能善盡醫療上必要之注意，治療後，若發生緊急情況，同意接受必要之緊急處置。

此 致

立同意書人：

(簽章)

身分證號碼：

住 址：

電 話：

與病人之關係：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

治療同意書說明

病人(以下敬稱您)的腦部發生了嚴重的病變，稱作是腦中風、腦梗塞或是缺血性腦中風。此種病變，是因您腦部的血流被血栓阻斷所造成，有可能產生永久的傷害。如果有方法可以快速的溶解血栓，就有可能減少因血塊所引起的腦部傷害程度。現在，醫師正準備使用一種新的藥物來為您治療，以減少腦部的傷害。這種藥物是一種血栓溶解劑，英文名字叫做rt-PA，中文名字叫做胞漿素原活化劑。血栓溶解劑會快速地溶解阻斷腦部血流的血栓，利用靜脈注射的方式，即可迅速產生藥效。胞漿素原是人體體內本來就有的自然成分，在醫師給這種血栓溶解劑rt-PA的時候，會使體內這種自然成分增加而溶解血栓，這種血栓溶解劑給藥時間，必須持續一個小時。使用這種血栓溶解劑必須在中風發生的三小時之內使用。超過三小時以後使用，將有可能增加腦部出血的機率。

作業程序書

一、身心上可能導致之副作用、不適或危險：

rt-PA是目前所能建議的最好治療方式，但有危險性：一百個使用血栓溶解劑rt-PA治療的病人，可能會有六個病人，有腦部出血的危險（其危險性是十倍於不用血栓溶解劑治療的病人），而使得目前的神經學症狀加劇或引起永久性的神經損傷（癱瘓，昏迷等）以及死亡。我們沒有辦法保證不會發生嚴重的腦部或是身體其他部位的出血，但在治療後，我們將密切注意一切變化，並盡一切可能來防止及治療藥物產生的副作用。

二、預期治療效果：

根據美國國家神經疾病及腦中風協會(NINDS)在西元一九九五年於新英格蘭醫學雜誌所發表的大規模臨床研究：使用血栓溶解劑治療的病人和沒有使用血栓溶解劑治療的病人相比，三個月後的整體功能評估至少增加百分之三十三完全復原或是只有輕微功能缺損的機會。但是，研究顯示此種藥物，並無法減少死亡率。

三、其他可能之治療方法選擇及說明：

這是一種全新的治療方式，已經由美國的大型臨床研究證實有效。目前，沒有一種藥物可以像rt-PA一樣，能有效的治療急性缺血性中風。

四、可自由選擇是否接受治療：

您的權益絕對不會因為您不願意接受這項治療而遭受任何損害，屆時我們將會採用其他的治療方式。當您簽名之後，代表您已了解這項治療，所可能帶來的好處和危險性。並且表示您已同意接受rt-PA的治療。

作業程序書

靜脈血栓溶解治療護理紀錄單

日期：_____ 床號：_____ 姓名：_____ 轉入時間：_____

轉入時體重：_____ 瘀青與出血點：_____ 靜脈留置針：_____

應給藥物劑量：_____ / Bolus：_____ Time：_____ IV infusion：_____ Time

時間	GCS	Muscle Power				BP	HR	RR	Ecchymosis Petechiae	PT	PTT
		RU	RL	LU	LL						
給前											
給藥 後 2 小時 內											
每 10 分鐘 一次											
給藥 後 3~8 小時 內											
每 30 分鐘 一次											

治療執行步驟與注意事項：

用.9%N/S 以 1：5 比例稀釋

- 1)填立治療同意書+自費同意書
- 2)Set up arterial line
BP stable 無降壓藥使用則不需 Set up
- 3)Set up Peripheral line*2 支
一支專給 rt-PA；一支給其他藥物
- 4)按體重準確計算給藥的劑量
- 5)藥物稀釋：原裝藥物含稀釋用水-50mg/50m 亦可
- 6)Priming and infusion：計算 IV pump 專用 set 排空所需之溶
液量，0.9%N/S 先排空 IV set→接 rt-PA 藥劑→先 set
VBTI-15ml 快速 run 完 set 內 0.9%N/S→開始給藥-按劑量計
算每小時滴數輸注-->20ml 空針抽 0.9%N/S20ml 打入瓶內
快速輸空 set 內藥物
- 7)準確評估病人病況並按表紀錄

作業程序書

名稱	總頁數
急性腦梗塞中風的動脈血栓溶解治療標準作業程序	2
<p>1. 定義：急性腦梗塞中風患者接受動脈血栓溶解治療。</p> <p>2. 目的：確保接受動脈血栓溶解治療病人照護的安全性及適切性。</p> <p>3. 範圍：接受動脈血栓溶解治療病患治療前、中、後照護。</p> <p>4. 作業內容：</p> <p>4.1 治療前準備</p> <p>4.1.1 完成腦部電腦斷層攝影及判讀。</p> <p>4.1.2 監測病人血紅素、凝血時間(APTT / PT)及出血時間、肝功能及腎功能是否正常。</p> <p>4.1.3 解釋治療目的、過程、注意事項及確認藥物過敏史，請病人或家屬填寫檢查同意書。</p> <p>4.1.4 聯絡血管攝影檢查室及執行動脈血栓溶解治療醫師。</p> <p>4.1.5 留置靜脈注射管路於上肢，並予點滴輸注。</p> <p>4.1.6 協助病人測量並記錄體重，完成十二導程心電圖檢查。</p> <p>4.1.7 依照醫囑做皮膚準備，剔除雙側鼠蹊部及恥骨上緣肢體毛。</p> <p>4.1.8 教導並回覆示教床上使用便器及床上翻身技巧。</p> <p>4.1.9 禁止其他侵入性治療。</p> <p>4.1.10 協助更換檢查服裝、戴手圈、移除身上飾物及假牙，視需要置放導尿管。</p> <p>4.1.11 檢查雙腳足背及脛後動脈搏動情形並做記號。</p> <p>4.1.12 攜帶病歷、影醫檢查片及指定藥物，陪伴病人至檢查室，並交班。</p> <p>4.1.13 隨時給病人做適當說明。</p> <p>4.2 治療後</p> <p>4.2.1 自血管攝影室接病人，裝設可攜帶式生理監視器，並設定警示安全範圍</p> <p>4.2.2 觀察病人生命徵象、穿刺部位末梢脈動和呼吸情形、穿刺部位是否有出血/血腫形成或擴大或其他異常症狀。</p> <p>4.2.3 檢查後第一小時內每 30 分鐘測量一次生命徵象；第 2~3 小時每 60 分鐘</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
急性腦梗塞中風的動脈血栓溶解治療標準作業程序	2

測量生命徵象，之後依單位常規或醫囑執行監測。如連續二次收縮壓 >180mmHg 或舒張壓 >110mmHg，應立即通知醫師。

4.2.3 密切監測病人意識狀態，如有異常應立即通知醫師。

4.2.4 觀察出血現象並立即告知醫師，如：牙齦出血、血尿、血便。

4.2.5 監測血液 APTT / PT 檢驗，如有異常應立即通知醫師。

4.2.6 治療 24 小時內避免侵入性治療，如：插鼻胃管、尿管、中心靜脈導管或動脈導管（必要之抽血宜選擇小號針頭並注意加壓止血）。

4.2.7 治療 24 小時內禁止進行抗凝劑或抗血小板製劑療法。

4.2.8 保護並教導病人避免碰撞擦傷。

4.2.9 告知病人檢查後穿刺傷口所在肢體勿彎曲，由鼠蹊部進行檢查者需絕對臥床 12 小時，臥床期間可翻身及水平式移動，檢查導管拔除後穿刺傷口需砂袋加壓 6 小時(成人 1~1.5kg)。

4.2.10 協助清潔穿刺部位，並更換污染衣物。

4.2.11 告知病人若感覺任何不適、察覺肢體末端麻木感或傷口溼熱感時，應立即通知醫護人員。

4.2.12 教導病人維持檢查傷口清潔乾燥，至少 3 天不宜碰水或污染。

4.2.13 告知傷口旁皮膚若出現瘀青，請告知醫護人員檢查，若無礙則 2~3 週後會逐漸消退。

4.2.14 治療 24 小時後追蹤血液常規及電腦斷層檢查。

4.2.15 治療 48 及 96 小時後追蹤血液常規檢查。

4.2.16 隨時給病人做適當說明。

作業程序書

動脈血栓溶解治療同意書

病歷號碼：_____，病人：_____，性別：_____，_____年_____月_____日生，因患急性缺血性腦中風需要接受經動脈血栓溶解治療，立同意書人對於該項治療之過程，經貴院_____醫師(診治醫師)以及_____醫師(放射科醫師)(由醫師親自簽名)詳細說明(一)需實施治療之原因，(二)治療後可能發生之併發症及危險，立同意書人業已充分瞭解說明事項。茲同意貴院施行該項治療，深信貴院實施治療時，醫護人員能善盡醫療上必要之注意，治療後，若發生緊急情況，同意接受必要之緊急處置。

此 致

立同意書人：_____ (簽章)

身分證號碼：_____

住 址：_____

電 話：_____

與病人之關係：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

治療同意書說明

病人(以下敬稱您)的腦部發生了嚴重的病變，稱作是腦中風、腦梗塞或是缺血性腦中風。此種病變，是因您腦部的血流被血栓阻斷所造成，有可能產生永久的傷害。如果有方法可以快速的溶解血栓，就有可能減少因血塊所引起的腦部傷害程度。現在，醫師正準備使用一種新的治療方式來為您治療。病患需要先接受腦部血管攝影檢查，以確定腦部血管阻塞的位置及程度。再利用血管攝影的導管在局部施打血栓溶解劑(urokinase)，即可將血栓溶解讓血管再度流通。使用經動脈血栓溶解治療必須在中風發生後六小時之內使用。超過六小時以後使用，將有可能增加腦部出血的機率。

作業程序書

一、身心上可能導致之副作用、不適或危險：

使用經動脈血栓溶解治療可能的副作用包括

1. 血管攝影檢查可能造成血管管壁的傷害使得血管破裂而需要外科手術治療，血管攝影的顯影劑也可能引起全身性過敏或者急性的腎臟功能下降，而導管穿入處可能會出現局部感染或者血腫的情況。
2. 使用經動脈血栓溶解治療治療的病人，有百分之十的機會，在二十四小時內發生腦部出血的危險，而使得目前的神經學症狀加劇或引起永久性的神經損傷（癱瘓，昏迷等）以及死亡。我們沒有辦法保證不會發生嚴重的腦部或是身體其他部位的出血，但在治療後，我們將密切注意一切變化，並盡一切可能來防止及治療藥物產生的副作用。

二、預期治療效果：

根據西元一九九九年發表於美國醫學會雜誌（JAMA）由多所醫學中心完成的大規模臨床研究：對正中大腦動脈急性阻塞的病患於發病六小時內使用經動脈血栓溶解治療，血管恢復通暢的比例為百分之六十六，且三個月後有百分之四十的病患在整體功能評估上屬於輕度以內的功能缺損。而沒有使用此種治療的病人，血管通暢率僅為百分之十八，三個月後的整體功能評估有百分之二十五屬於輕度以內功能缺損。但使用經動脈血栓溶解治療，並無法減少死亡率。

三、其他可能之治療方法選擇及說明：

這是一種全新的治療方式，高級心臟救命術(ACLS)西元兩千年版已經將經動脈血栓溶解治療列為六小時內急性缺血性腦中風應考慮的治療方式。

四、其他可能之損失或利益：

目前健保對於使用血栓溶解藥物來進行經動脈血栓溶解治療尚未給付，需要自費使用，費用需視使用的血栓溶解藥物劑量而定，約需數萬元。

五、可自由選擇是否接受治療：

您的權益絕對不會因為您不願意接受這項治療而遭受任何損害，屆時我們將會採用其他的治療方式。當您簽名之後，代表您已了解這項治療，所可能帶來的好處和危險性。並且表示您已同意接受經動脈血栓溶解治療。

作業程序書

< 抗凝血劑治療同意書 >

病患_____，病歷號碼_____，民國____年____月____日生，因罹患_____，經醫師診治後，鑑於病情需要須接受抗凝血劑的靜脈或皮下注射治療，業經貴院有關醫師_____(由醫師簽名或蓋章)詳細說明可能發生之併發症及危險如:皮下出血、腸胃道出血、泌尿道出血，甚至腦內出血導致植物人等等，立同意書人已充分了解，資同意由貴院施行該項醫療措施，並深信貴院醫師及醫療人員必將善盡診療責任，避免意外之發生;若在執行過程中發生緊急情況，同意接受貴院必要之緊急處置。

此 致

立同意書人:

身份證字號:

住 址:

電 話:

與病人關係:

中 華 民 國 年 月 日

作業程序書

名稱	總頁數
腦血管攝影檢查及血管介入性治療護理標準及作業程序	2
<p>1. 定義：腦血管疾病患者接受血管攝影檢查或置入性治療。</p> <p>2. 目的：安全完成血管攝影檢查及血管置入性治療病人的照護。</p> <p>3. 範圍：確保接受血管攝影診斷檢查及介入性治療的病人檢查準備及檢查後照護安全與適切。</p> <p>4. 作業內容：</p> <p>4.1 檢查準備</p> <p>4.1.1 協助病人測量並記錄體重，完成十二導程心電圖檢查。</p> <p>4.1.2 病人禁食四小時，需全身麻醉者禁食 8 小時。</p> <p>4.1.3 依照醫囑做皮膚準備，剔除雙側鼠蹊部及恥骨上緣肢體毛。</p> <p>4.1.4 教導並回覆示教床上使用便器及床上翻身技巧。</p> <p>4.1.5 留置靜脈注射管路於上肢，並予點滴輸注。</p> <p>4.1.6 查核病人血紅素、凝血時間(PT、PTT)及出血時間、肝功能及腎功能是否正常。</p> <p>4.1.7 解釋檢查目的、過程、注意事項及確認藥物過敏史，請病人或家屬填寫檢查同意書。</p> <p>4.1.8 協助更換檢查服裝、戴手圈、移除身上飾物及假牙，視需要置放導尿管。</p> <p>4.1.9 攜帶病歷、影醫檢查片及指定藥物，陪伴病人至檢查室，並交班。</p> <p>4.1.10 隨時給病人做適當說明。</p> <p>4.1.11 與醫師確認檢查前降血壓藥物及抗血小板、抗凝血藥物使用情形。</p> <p>4.1.12 檢查雙腳足背及脛後動脈搏動情形並做記號。</p> <p>4.2</p> <p>4.2.1 觀察病人生命徵象、穿刺部位末梢脈動和呼吸情形、穿刺部位是否有出血/血腫形成或擴大或其他異常症狀。</p> <p>4.2.2 檢查後第一小時內每 30 分鐘測量一次生命徵象；第 2~3 小時每 60 分鐘測量生命徵象，之後依單位常規或醫囑執行監測。</p> <p>4.2.3 若病患因全身麻醉而有氣管插管及呼吸器使用，則依照急性呼吸衰竭護</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
腦血管攝影檢查及血管介入性治療護理標準及作業程序	2

理標準照護。

4.2.4 告知病人檢查後穿刺傷口所在肢體勿彎曲，由鼠蹊部進行檢查者需絕對臥床 12 小時，臥床期間可翻身及水平式移動，檢查導管拔除後穿刺傷口需砂袋加壓 6 小時(成人 1~1.5kg)。

4.2.5 協助清潔穿刺部位，並更換污染衣物。

4.2.6 小口喝水試驗吞嚥功能無礙後，可嘗試進食。

4.2.7 進行全身麻醉的患者需評估其排尿情形。

4.2.8 告知病人若感覺任何不適、察覺肢體末端麻木感或傷口溼熱感時，應立即通知醫護人員。

4.2.9 教導病人維持檢查傷口清潔乾燥，至少 3 天不宜碰水或污染。

4.2.10 告知傷口旁皮膚若出現瘀青，請告知醫護人員檢查，若無礙則 2~3 週後會逐漸消退。

4.2.11 教導接受頸部血管置入性治療病患，避免頸部按摩及壓迫頸部。

4.2.12 病人第一次下床時務必有人在旁陪伴。

4.2.13 依醫囑予抗凝劑使用，並 Q6H 監測凝血時間。

4.2.14 依醫囑安排血管置入性治療後追蹤檢查。

4.2.15 隨時給病人做適當說明。

作業程序書

名稱	總頁數
腦中風急性期之護理標準及作業程序	2
<p>1. 定義： 診斷為出血性、缺血性腦中風之病人即進入此護理處置標準。</p> <p>2. 目的： 確保急性腦中風患者臨床照護的安全性及適切性。</p> <p>3. 適用對象： 急性出血性、缺血性腦中風之病人。</p> <p>4. 護理照護標準：</p> <p>4.1 密集監測生理變化</p> <p>4.1.1 病人入院時執行身體評估，尤其意識、情緒及神經系統方面的評估，以便進一步評估及比較。</p> <p>4.1.2 了解腦中風部位、受損範圍及可能發生的臨床變化。</p> <p>4.1.3 持續監測病人意識程度、肌肉力氣、瞳孔變化反應。</p> <p>4.1.4 依醫囑給予升 / 降血壓藥物，並監測用藥後血壓變化。</p> <p>4.1.5 依醫囑給予降體溫治療，預防體溫增加對腦部生理的影響。</p> <p>4.1.6 密集監控血糖變化，需要時以胰島素注射劑控制。</p> <p>4.1.7 依醫囑矯正體液、電解質不平衡之情形。</p> <p>4.1.8 監測病人血氧及二氧化碳，依醫囑提供氧療法或呼吸器輔助換氣。</p> <p>4.2 維護病人安全</p> <p>4.2.1 預防跌倒，並參照「預防跌倒護理標準」執行。</p> <p>4.2.2 經評估後給予病人保護性約束，必要時依醫囑使用鎮靜藥物。</p> <p>4.2.3 排除造成病人潛在性傷害之危險因子。</p> <p>4.3 維持皮膚完整性</p> <p>4.3.1 病人住院時進行皮膚完整性評估。</p> <p>4.3.2 排除所有導致皮膚黏膜損傷外力因素，如：摩擦、剪力、外傷。</p> <p>4.3.3 每班檢查病人皮膚完整性，每二小時翻身及適當擺位，需要時使用氣墊床。</p> <p>4.4 預防 / 減少感染</p> <p>4.4.1 維持病人身體清潔、呼吸道通暢及清除分泌物。</p> <p>4.4.2 確實遵行規定更換 / 護理各項管路。</p> <p>4.4.3 評估吞嚥能力並教導正確餵食技巧，以防吸入性肺炎。</p> <p>4.4.5 進行侵入性治療時需嚴格執行無菌技術。</p> <p>4.4.6 適當處理及隔離感染病人。</p> <p>4.5 鼓勵病人參與日常活動</p> <p>4.5.1 依病人情況，配合復健訓練活動，如：物理治療、職能治療、語言治療。</p> <p>4.5.2 將藥品及用具放在易拿到處，以利各項活動之進行。</p> <p>4.5.3 評估病人活動時之身體狀況及注意活動安全。</p> <p>4.5.4 予尊重、耐心及足夠時間完成活動，並適時給予協助及鼓勵。</p> <p>4.5.5 洗澡、如廁時應保持隱避性，必要時提供輔助用具，如：便盆椅。</p> <p>4.5.6 監督協助病人直到其能獨立地安全執行為止。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
腦中風急性期之護理標準及作業程序	2
<p>4.6 減少焦慮程度</p> <ul style="list-style-type: none">4.6.1 評估病人腦中風前後個性、人格傾向、調適型態。4.6.2 鼓勵病人表達感受，不加批判、耐心傾聽及情緒支持，並評估焦慮程度。4.563 除去過度的知覺刺激及限制。4.6.4 教導放鬆技巧，必要時照會精神科醫師。4.6.5 對意識混亂病人之急性情緒障礙適時使用鎮靜藥物及保護性約束，防止機械性損傷。 <p>4.7 促進病患及家屬健康認知</p> <ul style="list-style-type: none">4.7.1 主動解說病況與治療方針，並依病患及家屬需要加強討論。4.7.2 提供個別性的疾病照顧知識與技能，如：、漸進式改換姿位、血壓控制、預防合併症、翻身、拍痰、鼻衛管灌食、飲食調整、預防再次腦中風……。4.7.3 進行出院規劃，安排居家護理照會或長期照護機構資訊。	

作業程序書

名稱	總頁數
腦中風後癲癇重積症(Status Epilepticus)處置標準流程及作業程序	3
<p>1. 定義：凡腦中風病患癲癇發作：(一)全身抽搐性發作超過五分鐘，或(二)簡單局部性發作、複雜局部性發作或失神性發作持續達三十分鐘者，或(三)癲癇發作持續小於五分鐘但兩次發作中間意識未完全恢復。即可視為癲癇重積狀態而進入處理之標準流程。</p> <p>2. 目的：確保腦中風後癲癇重積症之患者臨床治療及照護的安全性及適切性。</p> <p>3. 範圍：腦中風後出現癲癇重積症患者。</p> <p>4. 作業內容：</p> <p>4.1 癲癇發作時：</p> <p>4.1.1 發作第 0~5 分鐘：</p> <p>4.1.1.1 給予呼吸、心跳、血壓、心電圖、體溫之監視器監測。維持呼吸道暢通，心跳及血壓穩定。</p> <p>4.1.1.2 經鼻或口罩提供氧氣，如持續換氣不足時，給予氣管內管插管。</p> <p>4.1.1.3 建立靜脈輸液管路，抽血檢驗：CBC/DC、Electrolytes、BCS、Blood sugar、藥物濃度 (包括已使用的癲癇藥物)、血液氣體分析。</p> <p>4.1.2 發作第 5~10 分鐘：</p> <p>4.1.2.1 給予靜脈點滴注射，若疑有低血糖時先給予 thiamine 100 mg 再給予葡萄糖：成人為 50% 葡萄糖 50ml，小孩為 2mL/kg 的 25% 糖液。</p> <p>4.1.2.2 給予 Lorazepam (Ativan) : 0.1mg/kg 靜脈注射，注射速度每分鐘 2mg (至多 8mg)。需注意呼吸功能，若有換氣不足時，給予氣管內管插管。</p> <p>4.1.2.3 查詢病史和身體檢查(檢查瞳孔反射、評估昏迷指數、頸部有無僵硬、有無局部神經徵象)以找尋造成癲癇重積狀態之原因。</p> <p>4.1.3 發作第 10~40 分鐘：</p> <p>4.1.3.1 如果 (一) Lorazepam (Ativan) 不能停止癲癇或 (二) 造成癲癇重積狀態的原因不明或無法立即被校正，則立即使用 Phenytoin 15~20 mg/kg 靜脈注射，注射速度每分鐘小於 50 mg (需監測血壓、心電圖，若給藥過程中有心跳過慢或血壓偏低，則減慢給藥速度或停止給藥)。</p> <p>4.1.3.2 知會第一線神經科照會醫師。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
腦中風後癲癇重積症(Status Epilepticus)處置標準流程及作業程序	3
<p>4.1.3.3 如果 Phenytoin 靜脈注射後仍持續抽搐，可追加 Phenytoin 5 ~ 10mg/kg 靜脈注射。</p> <p>4.1.3.4 如有電解質、代謝性異常或嚴重酸血症，速予矯正。</p> <p>4.1.3.5 如果在使用上述藥物後仍持續抽搐，則為頑強性癲癇重積狀態，立即開始使用第二線藥物。</p> <p>4.1.4 發作第 10~40 分鐘：</p> <p>4.1.4.1 與神經科醫師聯絡，轉入加護病房處理，必要時使用連續腦波監測。</p> <p>4.1.4.2 插管並使用人工呼吸器。</p> <p>4.1.4.3 開始使用全身麻醉藥物以終止抽搐。</p> <p>4.1.4.3.1 Midazolam(Dormicum)0.2 mg/kg 單劑量緩慢靜脈注射後，以 0.75~10 µg/kg/min 開始連續靜脈注射，或使用 Propofol 1~2 mg/kg 靜脈注射後，以 2~10 mg/kg/hr 開始連續靜脈注射。以上藥物根據臨床觀察和腦波表現，調整連續靜脈注射的速率。治療的目標是達到臨床上和腦波上的癲癇發作停止。</p> <p>4.1.4.3.2 如果治療過程中出現低血壓情況，可使用靜脈輸液和使用低劑量 Dopamine 或 Dobutamine 加以處理。</p> <p>4.1.4.3.3 當臨床上和腦波上的癲癇停止達 12~24 小時，可開始緩慢調降藥物劑量。如果中間發生癲癇復發情況，重新開始增加藥物劑量並維持至少 12 小時。</p> <p>4.1.4.3.4 若仍持續抽搐，則照會麻醉科醫師，考慮使用第二線全身麻醉藥物。</p> <p>4.1.4.3.5 繼續 Phenytoin 的維持劑量，一般為 100mg Q8H 靜脈注射。</p> <p>4.1.4.3.6 根據血液中藥物濃度調整適當劑量，若有需要可考慮使用第二線抗癲癇藥物^(註一)。</p> <p>4.2 評估病情需要監測腦壓。</p> <p>4.3 評估病情需要安排神經影像和腦脊髓液之檢查。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
腦中風後癲癇重積症(Status Epilepticus)處置標準流程及作業程序	3
<p>4.4 如有藥物濫用病史，做毒物篩檢。</p> <p>4.5 治療因癲癇重積狀態所衍生的併發症如 brain edema、rhabdomyolysis、pulmonary edema、hyperthermia。</p> <p>註一: Depakine 靜脈注射劑型 – 起始劑量為 10-15/kg/day，每日劑量超過 250 mg 則分成 2-3 次注射，根據臨床觀察和腦波表現調整劑量</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
病況不穩定病人送檢查作業程序	1
<p>1. 定義：病情嚴重或持續惡化中的病患需離開單位執行檢查或治療時，即進入此標準作業流程。</p> <p>2. 目的：維護病況不穩定病人轉送過程安全。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 規範：</p> <p>3.1.1 運送前評估病人狀況，全程由醫護人員陪同，並做必要處置及確實記錄。</p> <p>3.1.2 運送過程需持續評估意識狀況及生命徵象，並明確紀錄。</p> <p>3.1.3 病患於檢查單位發生緊急狀況應由檢查單位醫療人員給予立即處置，並作明確記錄及交班。</p> <p>3.2 依病患病況準備隨行用物</p> <p>3.2.1 裝設攜帶式生理監視器，並設定危險警示。</p> <p>3.2.2 攜帶急救藥物、鎮靜劑、Ambu-bag、mask、氧氣筒、抽痰機……。</p> <p>3.3 準備病人</p> <p>3.3.1 簡化病患身上管路及儀器。</p> <p>3.3.2 使用呼吸器病人應通知呼吸治療師準備攜帶式呼吸器隨行。</p> <p>3.3.3 確認完成檢查前準備醫囑，並通知家屬陪同送檢。</p> <p>3.3.4 給予病患適當被蓋蔽護及保暖，並保護病人避免肢體受傷。</p> <p>3.3.5 出發前再次通知檢查單位並確認時間。</p> <p>3.4 檢查結束返回病室後立即完成各項記錄</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
預防病人跌倒護理標準	1
<p>1. 定義：經評估為跌倒高危險之患者，即進入此護理處置標準。</p> <p>2. 目的：降低病患跌倒發生率，提供病患安全無虞的治療環境。</p> <p>3. 範圍：經評估為跌倒危險性高之患者。</p> <p>4. 作業內容：</p> <p>4.1 人員方面</p> <p>4.1.1 病人入院時完成跌倒危險性護理評估。</p> <p>4.1.2 高危險性跌倒病人應持續被看護不可令其獨處，護理人員至少每小時探視病人，若無照顧者之臥床病人，須將床欄拉起，並至少每半小時探視病人。</p> <p>4.1.3 將叫人鈴置於高危險性跌倒病人隨手可及之處，常用物品置放於視線範圍內且易於拿取之處。</p> <p>4.1.4 協助便盆或尿壺使用，若病人須至廁所活動時，需有人員陪伴。</p> <p>4.1.5 護士隨時叮嚀病人及照顧者防止跌倒之發生，並讓病人了解自己行動可能有跌倒之危險性及跌倒後果之嚴重性。</p> <p>4.1.6 高危險性跌倒病人乘坐輪椅應使用安全帶，並將煞車固定；臥床時，應將床高度降至最低，並強調床欄使用方法。</p> <p>4.1.7 教導病患及照顧者有關防範跌倒之技巧，如：漸進性改換姿位、正確移位方法、保護約束等。</p> <p>4.1.8 病患需每週評估入院跌倒危險性，若遇手術、病情變化、第一次下床、更換照顧者時，亦需再次評估。</p> <p>4.1.9 病患入院、轉入、術後、病情變化、第一次下床、更換照顧者時，需再次評估跌倒危險性，其後需固定每週再重新評估一次。</p> <p>4.2 環境及設備</p> <p>4.2.1 移除病患活動範圍地面之障礙物，保持地面乾燥及活動空間適當照明。</p> <p>4.2.2 設備故障時立即送修更換。</p>	

作業程序書

腦中風病患及家屬衛教內容執行查檢表

姓名：_____ 病歷號碼：_____ 床號：_____ 入院日期：_____

加護病房部份									
衛教內容\執行記錄		衛教日期	衛教對象	執行者簽名	提供單張		學習結果		
					有	無	了解	須追蹤	示教者簽名
入院及轉入初期 (轉入後三天完成)									
轉入 初 24 小 時	腦中風中心加護病房介紹								
	訪客規則								
	儀器及管路								
	加護醫療團隊介紹								
協助家屬參與治療計劃									
第 2 天	介紹腦中風疾病								
	何謂腦中風								
	腦中風的種類								
	腦中風的危險因子								
腦中風的典型症狀									
第 3 天	腦中風病患常見檢查項目								
	復健治療及腦中風病患復健原則介紹								
	腦中風病患特殊性治療方式								
	血栓溶解劑 <input type="checkbox"/> 無需該項治療								
	經動脈血栓溶解劑 <input type="checkbox"/> 無需該項治療								
	腦血管支架置放 <input type="checkbox"/> 無需該項治療								
減壓性顱骨切除術 <input type="checkbox"/> 無需該項治療									
治療期 (轉入後第四天、第五天完成)									
第 4 天	腦中風病患於加護病房常見的照護問題								
	血壓控制原則								
	腦壓升高的徵象								
	減少腦壓升高的方法								
第 5 天	癲癇之預防及處理 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	抗凝血劑使用注意事項 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	失語症病患溝通原則 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	視覺障礙病患照顧方法 <input type="checkbox"/> 無此需要								
感覺障礙病患照顧方法 <input type="checkbox"/> 無此需要									
預備轉出期 (轉入後第六天、第七天完成)									
第 6 天	翻身注意事項								
	胸背扣擊法 (拍痰) 注意事項								
	身體擺位注意事項								
	被動關節運動注意事項								
第 7 天	預防感染注意事項								
	預防壓瘡注意事項								
	預防吸入性肺炎注意事項								
	預防便秘注意事項								

*衛教後填上日期及衛教對象，並簽名。勾選「無此需要」，請評估者於執行者處簽名。

作業程序書

腦中風中心病患及家屬衛教內容執行查檢表

姓名：_____ 病歷號碼：_____ 床號：_____ 入院日期：_____

中風急性病房與復健病房部份									
衛教內容\執行記錄		衛教日期	衛教對象	執行者簽名	提供單張		學習結果		
					有	無	了解	須追蹤	示教者簽名
入院	<input type="checkbox"/> 訪客規則								
	<input type="checkbox"/> 儀器及管路								
清潔相關	<input type="checkbox"/> 床上擦澡								
	<input type="checkbox"/> 漱洗技巧								
	<input type="checkbox"/> 會陰沖洗								
	<input type="checkbox"/> 床上及床邊如廁用具								
進食相關	<input type="checkbox"/> 腦中風病患飲食								
	<input type="checkbox"/> 鼻胃管介紹及鼻胃管灌食原則與注意事項								
	<input type="checkbox"/> 軟質飲食的準備								
	<input type="checkbox"/> 吞嚥訓練								
排便相關	<input type="checkbox"/> 導尿管護理								
	<input type="checkbox"/> 導尿管訓練								
	<input type="checkbox"/> 膀胱訓練								
	<input type="checkbox"/> 大便訓練 <input type="checkbox"/> 無此需要								
呼吸相關	<input type="checkbox"/> 抽痰 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 霧氣治療 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 氣切傷口換藥 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 氣切套管更換內管 <input type="checkbox"/> 無此需要								
復健運動相關	<input type="checkbox"/> 復健技巧訓練 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 輔具器材的選購及使用 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 三角巾的使用 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 肌力訓練 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 坐姿平衡訓練 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 上下輪椅 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 站立訓練 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 行走訓練 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 衣服穿脫技巧 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 沐浴技巧訓練 <input type="checkbox"/> 無此需要								
預備出院前衛教	<input type="checkbox"/> 洗髮技巧 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 修飾技巧 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 再度發生腦中風時怎麼辦								
	<input type="checkbox"/> 再度腦中風的前兆								
	<input type="checkbox"/> 日常生活的保健								
	<input type="checkbox"/> 正確測量血壓的方法								
	<input type="checkbox"/> 居家用藥指導								
居家照護相關	<input type="checkbox"/> 居家環境及生活安排指導 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 胰島素注射病患衛教指導 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 臺大醫院社工服務範圍								
	<input type="checkbox"/> 轉介服務 <input type="checkbox"/> 無此需要								
補助相關	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊申請 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 重大傷病申請 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 外籍傭工申請 <input type="checkbox"/> 無此需要								
	<input type="checkbox"/> 外籍傭工申請 <input type="checkbox"/> 無此需要								

作業程序書

缺血性腦中風臨床路徑

病人名條黏
貼處

臨床路徑代號：_____

住院日期：____年____月____日 預定住院天數 7 天 6 夜

第一天 年 月 日			
班別		大夜	白班
監測 / 評估	<input type="checkbox"/> TPR, BP, GCS & pupil size q3h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Check muscle power q6h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Record I/O q8h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 評估 IV cath 處周圍皮膚變化: 1.無 2.紅 3.腫 4.熱 5.痛	_____	_____
檢查 / 照會	<input type="checkbox"/> Check CBC/DC, CRP, electrolytes, BUN, Cre, UA, GOT, GPT, CHO, TG, HDL, LDL, PT/PTT, AC sugar, HbA1C, <input type="checkbox"/> stat, at _____		
	<input type="checkbox"/> U/A, SOB on Day 1, <input type="checkbox"/> stat, at _____		
	<input type="checkbox"/> CXR, EKG, <input type="checkbox"/> stat, at _____		
	<input type="checkbox"/> brain MRI / MRA, <input type="checkbox"/> stat, at _____		
	<input type="checkbox"/> Carotid duplex, <input type="checkbox"/> stat, at _____		
	<input type="checkbox"/> TCD, <input type="checkbox"/> stat, at _____		
	<input type="checkbox"/> Cardiac echo, <input type="checkbox"/> stat, at _____		
<input type="checkbox"/> Consult rehabilitation physicians, <input type="checkbox"/> stat, at _____			
治 療	<input type="checkbox"/> Bed rest, change position with chest percussion q2h		
	<input type="checkbox"/> assisting ROM/PROM		
	<input type="checkbox"/> on N.G. tube <input type="checkbox"/> stat, at _____		
	<input type="checkbox"/> N.G. tube feeding _____ : _____ Kcal/ _____ ml/day		
	<input type="checkbox"/> On foley catheter <input type="checkbox"/> stat, at _____		
	<input type="checkbox"/> 建立 IV 管路在____手		
	<input type="checkbox"/> If the patient can't control his/her bearing, banding after family permitted, banding p.r.n and keep observing the edge of banding limbs		
	<input type="checkbox"/> If BT > 37.5 ° C, ice pillow/watery pillow use		
	<input type="checkbox"/> Perform N.G. tube care qd		
	<input type="checkbox"/> Perform foley care qd		
	<input type="checkbox"/> Check one tough sugar q6h, 5Am ___ 11Am ___ 5Pm ___ 11Pm ___		
	<input type="checkbox"/> IVF : N/S 1000c.c. qd at _____		
	<input type="checkbox"/> If SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmHg, trandate (20mg/amp) 1/2 amp keep _____ c.c./hr I.V.D with titration		
	<input type="checkbox"/> If still SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmHg, keep Perdipine (10 mg /10 .c.c / amp) _____ c.c./hr I.V.D with titration		
<input type="checkbox"/> If BT > 37.5 ° C, paramol 1# q6h p.o. p.r.n., at _____			
<input type="checkbox"/> Tapal (100mg) 1# qd p.o, at 9Am _____			
<input type="checkbox"/> Mgo 1# tid p.o., at 9Am ___ 1Pm ___ 6Pm _____			
護理指 導 / 出院 計劃	<input type="checkbox"/> 說明住院程序及環境介紹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 說明住院治療過程及預定住院日數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 缺血性腦中風疾病認知衛教	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 預防壓瘡注意事項衛教	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
簽章	N	D	E

※註 1: 中請以“V”表示需執行或已執行 以“x”表示無此需要或未執行 ; _____ 上:請填入英數或代碼

作業程序書

病人名條黏
貼處

缺血性腦中風臨床路徑

臨床路徑代號: _____ 住院日期: _____年____月____日 預定住院天數 **7天6夜**

		第二天 年 月 日			第三天 年 月 日			
班 別		大 夜	白 班	小 夜	大 夜	白 班	小 夜	
	監 測/ 評 估	<input type="checkbox"/> TPR,BP, GCS& pupil size q3h <input type="checkbox"/> Check muscle power q6h <input type="checkbox"/> Record I/O q8h <input type="checkbox"/> 評估 IV cath 處周圍皮膚變化: 1.無 2.紅 3.腫 4.熱 5.痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TPR,BP, GCS& pupil size q3h <input type="checkbox"/> Check muscle power q6h <input type="checkbox"/> Record I/O q8h <input type="checkbox"/> 評估 IV cath 處周圍皮膚變化: 1.無 2.紅 3.腫 4.熱 5.痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
檢 查	<input type="checkbox"/> If leukocytosis , check CBC/ DC,CRP,B/C x II,U/C x I , fungal culture x I ,sputume culture x III,CXR, <input type="checkbox"/> stat. at _____ <input type="checkbox"/> If G.C.S. increase 2 / NIHSS increase 4 or pupil size discrepancy/dilated , request emergency brain C.T. and consult neurosurgical <input type="checkbox"/> stat. at _____				<input type="checkbox"/> If leukocytosis , check CBC/ DC,CRP,B/C x II,U/C x I , fungal culture x I , sputume culture x III, CXR, <input type="checkbox"/> stat. at _____ <input type="checkbox"/> If G.C.S. increase 2 / NIHSS increase 4 or pupil size discrepancy/dilated , request emergency brain C.T. and consult neurosurgical <input type="checkbox"/> stat. at _____ <input type="checkbox"/> Check CBC/DC , CRP, BUN , Cre., Na <input type="checkbox"/> stat. at _____			
治 療	<input type="checkbox"/> Bedrest & head up 30° , change position with chest percussion q2h & assisting and directed PROM <input type="checkbox"/> Physical therapy <input type="checkbox"/> N.G tube feeding _____ : _____ Kcal/ _____ ml/day <input type="checkbox"/> 建立 IV 管路在____手 <input type="checkbox"/> If the patient can't control his/her bearing ,banding after family permitted, banding p.r.n and keep observing the edge of banding limbs <input type="checkbox"/> If BT > 37.5° C , ice pillow/watery pillow use <input type="checkbox"/> Perform N.G. tube care qd <input type="checkbox"/> Perform foley care qd <input type="checkbox"/> Check one tough sugar q6h,5Am__11Am__5Pm__11Pm____ <input type="checkbox"/> IVF : N/S 500c.c. qd at _____ <input type="checkbox"/> If SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmhg , trandate (20mg/amp) 1/2 amp keep _____ c.c./hr I.V.D with tritration <input type="checkbox"/> If still SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmHg,keep Perdipine (10 mg /10c.c /amp) _____ c.c./hr I.V.D with tritration <input type="checkbox"/> If BT > 37.5° C , paramol 1# q6h p.o. p.r.n., at _____ <input type="checkbox"/> Tapal (100mg) 1# qd p.o, at 9Am_____ <input type="checkbox"/> Mgo 1# tid p.o.,at 9Am__1Pm__6Pm____				<input type="checkbox"/> Bedrest & head up 30° , change position with chest percussion q2h & assisting and directed PROM <input type="checkbox"/> Physical therapy <input type="checkbox"/> N.G tube feeding _____ : _____ Kcal/ _____ ml/day <input type="checkbox"/> 建立 IV 管路在____手 <input type="checkbox"/> If the patient can't control his/her bearing ,banding after family permitted, banding p.r.n and keep observing the edge of banding limbs <input type="checkbox"/> If BT > 37.5° C , ice pillow/watery pillow use <input type="checkbox"/> Perform N.G. tube care qd <input type="checkbox"/> Perform foley care qd <input type="checkbox"/> Check one tough sugar q6h,5Am__11Am__5Pm__11Pm____ <input type="checkbox"/> IVF : N/S 500c.c. qd at _____ <input type="checkbox"/> If SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmhg , trandate (20mg/amp) 1/2 amp keep _____ c.c./hr I.V.D with tritration <input type="checkbox"/> If still SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmHg , keep Perdipine (10 mg /10c.c /amp) _____ c.c./hr I.V.D with tritration <input type="checkbox"/> If BT > 37.5° C , paramol 1# q6h p.o. p.r.n., at _____ <input type="checkbox"/> Tapal (100mg) 1# qd p.o, at 9Am_____ <input type="checkbox"/> Mgo 1# tid p.o.,at 9Am__1Pm__6Pm____			
出 院 規 劃	<input type="checkbox"/> 胸部扣擊(拍痰)法注意事項衛教 <input type="checkbox"/> 被/主動關節活動運動衛教 <input type="checkbox"/> 預防腦壓升高衛教				<input type="checkbox"/> 床上及床旁如廁及盥洗衛教 <input type="checkbox"/> 預防便秘注意事項衛教 <input type="checkbox"/> 預防泌尿道感染注意事項衛教	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
簽 章	N	D	E	N	D	E		

※註 1: 中請以"V"表示需執行或已執行 以"X"表示無此需要或未執行 ; _____上:請填入英數或代碼

作業程序書

病人名條黏
貼處

缺血性腦中風臨床路徑

臨床路徑代號：_____

住院日期：____年____月____日

 預定住院天數 **7天6夜**

第四天 年 月 日				第五天 年 月 日			
班 別							
	大 夜	白 班	小 夜	大 夜	白 班	小 夜	
監 測/ 評 估	<input type="checkbox"/> TPR,BP, GCS& pupil size q3h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Check muscle power q6h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Check muscle power q12h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Record I/O q8h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Record I/O q8h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 評估 IV cath 處周圍皮膚變化: 1.無 2.紅 3.腫 4.熱 5.痛	-	-	-	<input type="checkbox"/> 評估 IV cath 處周圍皮膚變化: 1.無 2.紅 3.腫 4.熱 5.痛	-	-
檢 查	<input type="checkbox"/> If leukocytosis , check CBC/ DC,CRP,B/C x II,U/C x I , fungal culture x I ,sputume culture x III,CXR, <u>stat.</u> at _____			<input type="checkbox"/> If leukocytosis , check CBC/ DC,CRP,B/C x II,U/C x I , fungal culture x I , sputume culture x III, CXR, <u>stat.</u> at _____			
	<input type="checkbox"/> If G.C.S. increase 2 / NIHSS increase 4 or pupil size discrepancy/dilated , request emergency brain C.T. and consult neurosurgical , <u>stat.</u> at _____			<input type="checkbox"/> If G.C.S. increase 2 / NIHSS increase 4 or pupil size discrepancy/dilated , request emergency brain C.T. and consult neurosurgical , <u>stat.</u> at _____			
治 療	<input type="checkbox"/> Bedrest & head up 30° , change position with chest percussion q2h & assisting and directed PROM			<input type="checkbox"/> Bedrest & head up 30° , change position with chest percussion q2h & assisting and directed PROM			
	<input type="checkbox"/> Physical therapy			<input type="checkbox"/> Physical therapy			
	<input type="checkbox"/> N.G tube feeding _____ : _____ Kcal/ _____ ml/day			<input type="checkbox"/> N.G tube feeding _____ : _____ Kcal/ _____ ml/day			
	<input type="checkbox"/> 建立 IV 管路在____手			<input type="checkbox"/> 建立 IV 管路在____手			
	<input type="checkbox"/> If the patient can't control his/her bearing ,banding after family permitted, banding p.r.n and keep observing the edge of banding limbs			<input type="checkbox"/> If the patient can't control his/her bearing ,banding after family permitted, banding p.r.n and keep observing the edge of banding limbs			
	<input type="checkbox"/> If BT > 37.5° C , ice pillow/watery pillow use			<input type="checkbox"/> If BT > 37.5° C , ice pillow/watery pillow use			
	<input type="checkbox"/> Perform N.G. tube care qd			<input type="checkbox"/> Perform N.G. tube care qd			
	<input type="checkbox"/> Perform foley care qd			<input type="checkbox"/> Perform foley care qd & start foley training			
	<input type="checkbox"/> Check one tough sugar q6h,5Am__11Am__5Pm__11Pm__			<input type="checkbox"/> Check one tough sugar q6h,5Am__11Am__5Pm__11Pm__			
	<input type="checkbox"/> IVF : N/S 500c.c. qd at _____			<input type="checkbox"/> IVF : N/S 500c.c. qd at _____			
<input type="checkbox"/> If SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmhg , trandate (20mg/amp) 1/2 amp keep _____ c.c./hr I.V.D with tritration			<input type="checkbox"/> If SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmhg , trandate (20mg/amp) 1/2 amp keep _____ c.c./hr I.V.D with tritration				
<input type="checkbox"/> If still SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmHg,keep Perdipine (10 mg /10c.c /amp) _____ c.c./hr I.V.D with tritration			<input type="checkbox"/> If still SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmHg , keep Perdipine (10 mg /10c.c /amp) _____ c.c./hr I.V.D with tritration				
<input type="checkbox"/> If BT > 37.5° C , paramol 1# q6h p.o. p.r.n., at _____			<input type="checkbox"/> If BT > 37.5° C , paramol 1# q6h p.o. p.r.n., at _____				
<input type="checkbox"/> Tapal (100mg) 1# qd p.o, at 9Am____			<input type="checkbox"/> Tapal (100mg) 1# qd p.o, at 9Am____				
<input type="checkbox"/> Mgo 1# tid p.o.,at 9Am__1Pm__6Pm____			<input type="checkbox"/> Mgo 1# tid p.o.,at 9Am__1Pm__6Pm____				
出 院 規 劃	<input type="checkbox"/> 胸部扣擊(拍痰)法注意事項衛教			<input type="checkbox"/> 腦中風病患居家照護用物準備說明			
	<input type="checkbox"/> 被/主動關節活動運動衛教			<input type="checkbox"/> 預防便秘注意事項衛教			
	<input type="checkbox"/> 預防腦壓升高衛教			<input type="checkbox"/> 預防泌尿道感染注意事項衛教			
簽 章	N	D	E	N	D	E	

※註 1: 中請以"V"表示需執行或已執行 以"X"表示無此需要或未執行 ; _____上:請填入英數或代碼

作業程序書

病人名條黏
貼處

缺血性腦中風臨床路徑

臨床路徑代號：_____ 住院日期：_____年____月____日 預定住院天數 **7天6夜**

		第六天 年 月 日			第七天 年 月 日(出院日)			
班 別		大 夜	白 班	小 夜	大 夜	白 班	小 夜	
監 測/ 評 估	<input type="checkbox"/> TPR,BP, GCS& pupil size q6h <input type="checkbox"/> Check muscle power q12h <input type="checkbox"/> Record I/O q8h <input type="checkbox"/> 評估 IV cath 處周圍皮膚變化: 1.無 2.紅 3.腫 4.熱 5.痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TPR,BP, GCS& pupil size q6h <input type="checkbox"/> Check muscle power q12h <input type="checkbox"/> Record I/O q8h <input type="checkbox"/> 評估 IV cath 處周圍皮膚變化: 1.無 2.紅 3.腫 4.熱 5.痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
檢 查	<input type="checkbox"/> If leukocytosis , check CBC/ DC,CRP,B/C x II,U/C x I , fungal culture x I ,sputume culture x III,CXR, <input type="checkbox"/> .stat., at _____ <input type="checkbox"/> If G.C.S. increase 2 / NIHSS increase 4 or pupil size discrepancy/dilated , request emergency brain C.T. and consult neurosurgical , <input type="checkbox"/> .stat., at _____ <input type="checkbox"/> Check CBC/DC , CRP, BUN , Cre., Na , <input type="checkbox"/> .stat., at _____				<input type="checkbox"/> If leukocytosis , check CBC/ DC,CRP,B/C x II,U/C x I , fungal culture x I , sputume culture x III, CXR, <input type="checkbox"/> .stat., at _____ <input type="checkbox"/> If G.C.S. increase 2 / NIHSS increase 4 or pupil size discrepancy/dilated , request emergency brain C.T. and consult neurosurgical , <input type="checkbox"/> .stat., at _____			
治 療	<input type="checkbox"/> Bedrest & head up 30° , change position with chest percussion q2h & assisting PROM <input type="checkbox"/> Physical therapy <input type="checkbox"/> N.G tube feeding _____ : _____ Kcal/ _____ ml/day <input type="checkbox"/> 建立 IV 管路在____手 <input type="checkbox"/> If the patient can't control his/her bearing ,banding after family permitted, banding p.r.n and keep observing the edge of banding limbs <input type="checkbox"/> If BT > 37.5° C , ice pillow/watery pillow use <input type="checkbox"/> Perform N.G. tube care qd <input type="checkbox"/> Perform foley care qd <input type="checkbox"/> Check one tough sugar q6h,5Am__11Am__5Pm__11Pm____ <input type="checkbox"/> IVF : N/S 500c.c. qd at _____ <input type="checkbox"/> If SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmhg , trandate (20mg/amp) 1/2 amp keep _____ c.c./hr I.V.D with tritration <input type="checkbox"/> If still SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmHg,keep Perdipine (10 mg /10c.c /amp) _____ c.c./hr I.V.D with tritration <input type="checkbox"/> If BT > 37.5° C , paramol 1# q6h p.o. p.r.n., at _____ <input type="checkbox"/> Tapal (100mg) 1# qd p.o, at 9Am_____ <input type="checkbox"/> Mgo 1# tid p.o.,at 9Am____1Pm____6Pm____				<input type="checkbox"/> Bedrest & head up 30° , change position with chest percussion q2h & assisting PROM <input type="checkbox"/> Physical therapy <input type="checkbox"/> N.G tube feeding _____ : _____ Kcal/ _____ ml/day <input type="checkbox"/> 建立 IV 管路在____手 <input type="checkbox"/> If the patient can't control his/her bearing ,banding after family permitted, banding p.r.n and keep observing the edge of banding limbs <input type="checkbox"/> If BT > 37.5° C , ice pillow/watery pillow use <input type="checkbox"/> Perform N.G. tube care qd <input type="checkbox"/> Removed/reon foley on Day7, <input type="checkbox"/> .stat., at _____ <input type="checkbox"/> Check one tough sugar q6h,5Am__11Am__5Pm__11Pm____ <input type="checkbox"/> IVF : N/S 500c.c. qd at _____ <input type="checkbox"/> If SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmhg , trandate (20mg/amp) 1/2 amp keep _____ c.c./hr I.V.D with tritration <input type="checkbox"/> If still SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmHg , keep Perdipine (10 mg /10c.c /amp) _____ c.c./hr I.V.D with tritration <input type="checkbox"/> If BT > 37.5° C , paramol 1# q6h p.o. p.r.n., at _____ <input type="checkbox"/> Tapal (100mg) 1# qd p.o, at 9Am_____ <input type="checkbox"/> Mgo 1# tid p.o.,at 9Am____1Pm____6Pm____			
出 院 規 劃	<input type="checkbox"/> 床上及床旁如廁及盥洗衛教 <input type="checkbox"/> 腦中風病患進食注意事項衛教 <input type="checkbox"/> 腦中風病患下床活動注意事項衛教				<input type="checkbox"/> 正確測量血壓的方法 <input type="checkbox"/> 再次腦中風前兆及處置衛教 <input type="checkbox"/> 出院藥物指導			
簽 章	N	D	E	N	D	E		

※註 1: 中請以"V"表示需執行或已執行 以"×"表示無此需要或未執行 ; _____上:請填入英數或代碼

作業程序書

Clinical pathway of cerebral infarction < Admission Order----Day 1 >

1. Inclusion criteria : Acute cerebral infarction
2. Exclusion criteria : 1) G.C.S. < 10 or NIHSS > 15
 - 2) Ventilator use
 - 3) Severe infection
 - 4) Associated with other major diseases
3. Diagnosis : 1) Acute cerebral infarct
 - 2)
4. Under service of V.S. _____
5. Allergy history : _____
6. Record vital sign, G.C.S. & pupil size q3h and record muscle power q6h
7. Activity : bedrest , assisting and directed ROM/PROM
8. Diet : on N.G. tube stat., with tube feeding _____ : _____ Kcal/
ml/day
9. On foley catheter stat.
10. Record I/O q8h
11. If the patient can not control his/her bearing , banding after family permitted,
banding p.r.n and keep observing the edge of banding limbs
12. Laboratory examination : check CBC/DC , CRP, electrolytes, BUN, Cre, UA. GOT,
GPT, CHO, TG, HDL, LDL, PT/PTT , AC sugar, HbA1C, U/A , SOB on Day1 stat.
13. Arrange CXR , EKG stat.
14. Arrange brain MRI / MRA stat.
15. Arrange carotid duplex stat.
16. Arrange TCD stat.
17. Arrange cardiac echo stat.
18. Consult rehabilitation physicians stat.
19. If BT > 37.5 ° C , ice pillow/watery pillow use
20. Change position with chest percussion q2h
21. Perform N.G. tube care and foley care qd
22. Check one tough sugar q6h
23. Medications :
 - 1) IVF : N/S 1000c.c. qd
 - 2) If SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmHg , trandate (20mg/amp) 1/2 amp keep
c.c./hr I.V.D with tritration
 - 3) If still SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmHg , keep Perdipine (10 mg
/10c.c./ amp) _____ c.c./hr I.V.D with tritration
 - 4) If BT > 37.5 ° C , paramol 1# q6h p.o. p.r.n.
 - 5) Tapal (100mg) 1# qd p.o
 - 6) Mgo 1# tid p.o.

作業程序書

Clinical pathway of cerebral infarction <Order renew---- from Day 2 to Day4>

1. Inclusion criteria : Acute infarction
2. Exclusion criteria : 1) G.C.S. < 10 or NIHSS > 15
 - 2) Ventilator use
 - 3) Severe infection
 - 4) Associated with other major diseases
3. Diagnosis : 1) Cerebral infarct
 - 2)
 - 3)
4. Under service of V.S. _____
5. Allergy history : _____
6. Record vital sign, G.C.S. & pupil size q3h and record muscle power q6h
7. Activity : bedrest , head up 30 ° , assisting and directed ROM/PROM
8. Diet : on N.G. tube feeding _____ : _____ Kcal/ _____ ml/day
9. Record I/O q8h
10. If the patient can not control his/her bearing , banding after family permitted, banding p.r.n and keep observing the edge of banding limbs
11. If leukocytosis , check CBC/DC , CRP , blood culture x II , fungal culture x I , urine culture x I , sputume culture x III , CXR
12. Laboratory examination : check CBC/DC , CRP , BUN , Cre. , Na , K on Day3
13. If BT > 37.5 ° C , ice pillow/watery pillow use
14. Change position with chest percussion q2h
15. Perform N.G. tube care and foley catheter care qd
16. If G.C.S. increase 2 / NIHSS increase 4 or pupil size discrepancy/dilated , request emergency brain C.T. and consult neurosurgical
17. Physical therapy
18. Check one touch sugar q6h
19. Medications :
 - 1) IVF : N/S 500c.c. qd
 - 2) If SBP > 220mmHg or MBP > DBP > 120 mmHg , trandate (20mg/amp) 1/2 amp keep) _____ c.c./hr I.V.D with titration
 - 3) If still SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmHg , keep Perdipine (10 mg /10c.c./ amp) _____ c.c./hr I.V.D with titration
 - 4) If BT > 37.5 ° C , paramol 1# q6h p.o. p.r.n.
 - 5) Tapal (100mg) 1# qd p.o
 - 6) Mgo 1# tid p.o
 - 7) Antibiotics :
 - 8)
- 20.

作業程序書

Clinical pathway of cerebral infarction <Order renew ---- from Day 5 to Day7>

1. Inclusion criteria : Acute infarction
2. Exclusion criteria : 1) G.C.S. < 10 or NIHSS > 15
 - 2) Ventilator use
 - 3) Severe infection
 - 4) Associated with other major diseases
 - 5)
3. Diagnosis : 1) Cerebral infarct
 - 2)
4. Under service of V.S. _____
5. Allergy history : _____
6. Record vital sign, G.C.S. & pupil size q6h and record muscle power q12h
7. Activity : bedrest , head up 30 ° , assisting and directed ROM/PROM
8. Diet : on N.G. tube feeding _____ : _____ Kcal/ _____ ml/day
9. Record I/O q8h
10. Laboratory examination : check CBC/DC , CRP, BUN , Cre., Na , K on Day6
11. If the patient can not control his/her bearing , banding after family permitted, banding p.r.n and keep observing the edge of banding limbs
12. If leukocytosis , check CBC/DC , CRP , blood culture x II , fungal culture x I , urine culture x I , sputume culture x III, CXR
13. If BT > 37.5 ° C , ice pillow/watery pillow use
14. Change position with chest percussion q2h
15. Perform N.G. tube care and foley catheter care qd , start foley training
16. Removed/reon foley on Day7 stat.
17. If G.C.S. increase 2 / NIHSS increase 4 pupil size discrepancy/dilated , request emergency brain C.T. and consult neurosurgical
18. Check one tough sugar q6h
19. Physical therapy
20. Medications :
 - 1) IVF : N/S 500c.c. qd
 - 2) If SBP > 220mmHg or MBP > 135 mmHg , keep Perdipine (10 mg /10c.c./ amp) _____ c.c./hr I.V.D. with tritration
 - 3) If still SBP > 220mmHg or DBP > 120 mmHg , keep Perdipine (10 mg /10c.c./ amp) _____ c.c./hr I.V.D with tritration
 - 4) If BT > 37.5 ° C , paramol 1# q6h p.o. p.r.n.
 - 5) Mgo 1# tid p.o
 - 6) Tapal (100mg) 1# qd p.o
 - 7) Antibiotics : (If no more leukocytosis , fever and CXR & U/A was normal → D.C. antibiotics)

作業程序書

Clinical pathway of cerebral infarction

< Discharge order >

1. Diagnosis : 1) Cerebral infarct

2)

3)

2.MBD with medications as following :

1) Antiplatelet:

Tapal 100mg qd p.o

Plavix 5mg qd p.o

Others: _____

2) Anticoagulation

Coumadin (2.5mg) _____ tabe. h.s. p.o.

Others: _____

3) Antihypertensive

4) Lipid lowering drugs

5) Anti-diabetic agents

Insulin: _____

O.H.A: _____

6)

7)

3.Outpatient clinic follow-up : _____月_____日_____午第_____診

_____月_____日_____午第_____診

作業程序書

Cerebral infarction 臨床路徑變異記錄單

臨床路徑代碼：_____ 出院日期：____年____月____日

跳出路徑：無 有 日期：____年____月____日 原因 _____

變異原因代碼表

- A 病人因素**
1. 緊急手術/生產
 2. 術前合併症 (comorbidity) (_____)
 3. 感染
 4. 引流量或分泌物異常
 5. 生命徵象不穩定
 6. 手術部位疼痛
 7. 過敏反應
 8. 特殊不適主訴 (_____)
 9. 其它術後併發症 (complication) (_____)
 10. 不配合
 11. 其他:ex 睡覺_____
- B 醫師因素**
1. 更改醫囑
 2. 未開醫囑
 3. 未註明開藥原因
 4. 未執行醫療處置
 5. 未記錄空白處
 6. 未記錄變異原因
 7. 電腦鍵入與醫囑不符
 8. 延遲手術/檢查
 9. 其他_____
- C 護士因素**
1. 未告知醫師病情
 2. 未執行醫療處置
 3. 未記錄空白處處
 4. 未記錄變異原因
 5. 其他_____
- D.系統因素**
1. 檢體受理時間受限
 2. 儀器/電腦故障
 3. 藥物未送達
 4. 其他_____
- E.其他因素**
1. 行政人員未執行
 2. 工友未執行
 3. 其它人員未執行 (_____)
 4. 家屬不配合
 5. 其他_____

查 核 項 目	一. 監測/評估變異:	
	1. 住院天數 (天)	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 (____天) 原因:
	2. Vital signs ,GCS&pupil size 測量間距	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	3. 肌力測量間距	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	4. 其他:_____	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	二. 檢查變異:	
	1. 實驗室檢查 -----項目	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	-----時間(日期)	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	2. 核磁共振檢查	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	3. 胸部 X 光檢查	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	4. 頸部超音波及顱內超音波	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	5. 心臟超音波檢查	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	6. 他科照會	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	7. one touch 血糖測量	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	8. 其他:_____	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	三. 護理指導變異:	
	1. 護理指導項目	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	2. 護理指導執行日期	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	3. 其他:_____	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	四. 藥物變異:	
	1. 大量點滴 ----種類	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	-----劑量	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	-----天數	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	2. 降血壓藥物 ----種類	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	-----劑量	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	3. 降腦壓藥物 ----種類	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	-----劑量	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
	4. 降體溫藥物 ----種類	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:
-----劑量	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:	
5. 軟便藥物 ----種類	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:	
-----劑量	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:	
6. 抗血小板藥物使用	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:	
7. 其他:_____	<input type="checkbox"/> 無變異 <input type="checkbox"/> 有變異 原因:	
簽章:		

腦中風中心外 復健標準作業流程

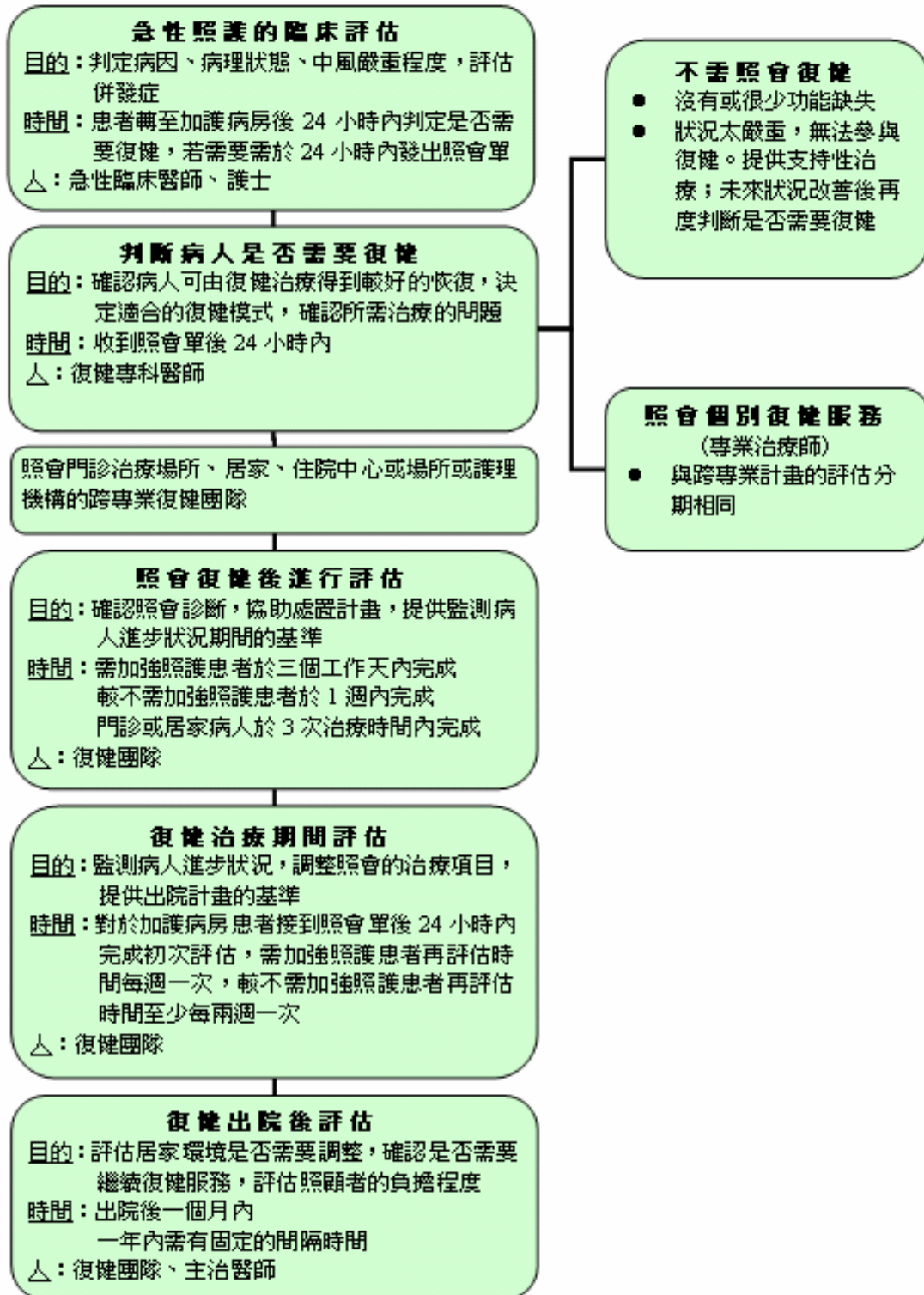
名稱	總頁數
----	-----

作業程序書

腦中風轉介物理治療作業程序	1
<ol style="list-style-type: none">1. 定義：腦中風病人接受物理治療介入2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者3. 作業內容：<ol style="list-style-type: none">3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須接受物理治療，並發出物理治療轉介單。3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成病人初次評估。內容包括：<ol style="list-style-type: none">3.2.1 充分了解病人病歷及過去病史，包括基本資料、發病情況、目前醫療處置、併發症及是否有無物理治療禁忌症。3.2.2 理學檢查：包括意識狀態、語言及認知能力、關節角度是否受限、肌肉力量及張力、布朗斯壯分級、感覺及協調等。3.2.3 功能活動評估：包括轉位、坐姿及站姿平衡、功能行走及移位能力等。3.2.4 將以上評估內容紀錄於「復健部物理治療報告單(中樞神經系統損傷評估)」中，並列出病人目前主要問題，兩星期預定達到之短程目標、療程結束時之長程目標。3.2.5 決定療程內容。3.2.6 與病人預約下次之治療時間。4. 應行注意事項<ol style="list-style-type: none">4.1 每星期需重新評估並紀錄 progress note，作為更改治療項目及治療目標之依據。4.2 若在同一療程內更換治療師，需完成一份 summary note 交給接替之治療師，以幫助下一位治療師能很快掌握病人之狀況及曾接受的治療。4.3 若為接續上一位治療師之療程，在拿到 summary note 後仍須重新進行評估，完成一份 acceptance note 以決定病人接下來之治療內容。4.4 所有病歷書寫須在三天內完成並備份歸檔。4.5 物理治療報告單內容如附件。	

腦中風復健流程臨床指引(中心外復健照會版)

作業程序書



作業程序書

名稱	總頁數
Bed mobility 床上活動	2
<p>1. 定義：急性期維持功能性活動及良好擺位並預防褥瘡等併發症，減少照顧者之負擔，增加軀幹肌肉控制能力，作為之後坐起、站立等之準備。</p> <p>2. 範圍：無法下床活動之腦中風患者</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須床上活動訓練，並發出床上活動訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成床上活動評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之床上活動能力；包括：布朗斯壯分級、感覺功能、四肢粗大動作的協調、上下左右移動、翻身能力、抬臀能力。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在床上活動的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的床上活動訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定床上活動訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之床上活動訓練目標、策略及方案執行病患之床上活動訓練，採用適合之理論，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導家屬正確的床上活動訓練方式，使病人回病房時能和家屬自行練習，需確認家屬是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持床上活動訓練短程目標及擬定床上活動訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之床上活動訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與床上活動訓練時，終止床上活動訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始床上活動狀況及結案時病患之床上活動狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
Bed mobility 床上活動	2
<p>4.1 翻身時要注意患側手的位置，翻向患側要避免患側手及肩胛壓於身下造成疼痛，翻向健側要注意患側手不可掉落於身後以免造成拉傷。</p> <p>4.2 無論是翻身或是移位過程中，都不可以病人患側上臂為施力點，因為容易造成拉傷，盡量能夠從肩胛骨或整個肩關節施力。</p> <p>4.3 治療結束後要教導照護者執行方法及施行時機作為平常之練習，並可配合換尿布、清潔、穿衣等活動請患者共同配合。</p> <p>4.4 抬臀運動時提醒患者不要憋氣以免造成血壓升高或心臟過大的負荷。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
ROM exercise 關節運動	2

1. 定義：關節各方向活動範圍的運動。

2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。

3. 作業內容：

3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須關節訓練，並發出關節運動訓練轉介單。

3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成關節運動評估。內容包括：

3.2.1 評估病患目前之關節運動能力；包括：布朗斯壯分級、各關節關節活動度、肌肉張力、活動過程是否疼痛、感覺能力、肌力。

3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在關節運動的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的關節運動訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。

3.2.3 擬定關節運動訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。

3.2.4 依照擬定之關節運動訓練目標、策略及方案執行病患之關節運動訓練，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。

3.2.5 教導照顧者如何協助病人執行關節運動訓練，並確認是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。

3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持關節運動訓練短程目標及擬定關節運動訓練策略與方案。

3.2.7 當病患達成既定之關節運動訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與關節運動訓練時，終止關節運動訓練。

3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始關節運動狀況及結案時病患之關節運動狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。

4. 應行注意事項

4.1 牽拉的原則均為每次維持 30 秒。

4.2 關節運動的過程中若病人感到疼痛，必須在病人可以忍受的範圍內活動。

作業程序書

名稱	總頁數
ROM exercise 關節運動	2
<p>4.3 若病患之生命徵象不穩定，應以控制生命徵象為第一要務。</p> <p>4.4 易產生關節攣縮與疼痛的部位，如頸部關節、軀幹關節、手部關節、肩關節、肘關節、髖關節、踝關節，若病人肌肉無力，仍須協助病人做被動關節運動。</p> <p>4.5 對於有半邊偏盲或半邊忽略的病人，需注意其頸部是否有關節活動度受限。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
擺位原則	1
<p>1. 定義：急性期維持需良好擺位以預防褥瘡等併發症，減少照顧者之負擔與後續的感染問題。</p> <p>2. 範圍：無法下床活動之腦中風患者</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須擺位訓練，並發出物理治療訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成擺位評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前擺位能力；包括：意識狀態、感覺能力、翻身能力、肌力。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在擺位的主要問題。</p> <p>3.2.3 擬定擺位訓練策略及方案。</p> <p>3.2.4 依照擬定之擺位訓練目標、策略及方案教導病患家屬之擺位訓練，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 確認家屬是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持擺位訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患照顧者能獨立完成擺位時，終止擺位訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始擺位狀況及結案時病患之擺位狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 擺位時須注意不要壓到身體骨頭凸隆處。</p> <p>4.2 每兩小時需替病人翻身。</p> <p>4.3 注意床欄使用，避免病人突然從床上翻滾下床。</p> <p>4.4 注意病人身上管路，擺位時避免壓到管路。</p> <p>4.5 若病人有壓瘡或感染，需立即告知護理人員盡快處理。</p> <p>4.6 若病患之生命徵象不穩定，應以控制生命徵象為第一要務。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
轉位技巧	2
<p>1. 定義：從床上到站起、由一處轉換至另一處所需的轉換姿勢的技巧訓練。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須轉位技巧訓練，並發出物理治療訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成轉位技巧評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之轉位能力；包括：布朗斯壯分級、各關節關節活動度、肌肉張力、感覺能力、肌力。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在轉位技巧的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的轉位技巧訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定轉位技巧訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之轉位技巧訓練目標、策略及方案執行病患之轉位技巧訓練，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導照顧者如何協助病人執行轉位技巧訓練，並確認是否能正確執行，並於下次治療時再度確認照顧者與病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持轉位技巧訓練短程目標及擬定轉位技巧訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之轉位技巧訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與轉位技巧訓練時，終止轉位技巧訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始轉位技巧狀況及結案時病患之轉位技巧狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 照顧者為病人的轉位動作需流暢才能讓其在病房自行協助病人轉位並教導轉位</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
轉位技巧	2
<p>者身體力學以避免受傷。</p> <p>4.2 對於感覺缺失的病人，轉位的過程中需注意病人患側肢體是否碰撞到物體。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
坐姿平衡訓練	2
<p>1. 定義：訓練病人獨立維持坐時的能力，包含靜態與動態平衡。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須坐姿平衡訓練，並發出坐姿平衡訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成坐姿平衡評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之坐姿平衡能力；包括：布朗斯壯分級、獨立靜態坐姿平衡維持時間、動態坐姿平衡範圍、需多少協助以維持坐姿平衡。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在坐姿平衡的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的坐姿平衡訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定坐姿平衡訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之坐姿平衡訓練目標、策略及方案執行病患之坐姿平衡訓練，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導照顧者如何協助病人執行坐姿平衡訓練，並確認是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持坐姿平衡訓練短程目標及擬定坐姿平衡訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之坐姿平衡訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與坐姿平衡訓練時，終止坐姿平衡訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始坐姿平衡狀況及結案時病患之坐姿平衡狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 對於有半邊偏盲或半邊忽略的病人，需注意病人是否只注意單方向，於訓練時</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
坐姿平衡訓練	2
<p>可吸引病人往偏盲或忽略側注意。</p> <p>4.2 訓練時病人需雙腳著地，若床太高，需給予小凳子或其他替代物。</p> <p>4.3 隨時注意病人安全，若病人無法維持平衡，注意身邊是否有危險物品，不要讓病人倒下。</p> <p>4.4 對於有推者症候群（Pusher syndrome）的病人，治療師需在其好側訓練。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
站姿平衡訓練	2
<p>1. 定義：訓練病人獨立維持站時的能力，包含靜態與動態平衡。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須站姿平衡訓練，並發出站姿平衡訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成站姿平衡評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之站姿平衡能力；包括：布朗斯壯分級、獨立靜態站姿平衡維持時間、動態站姿平衡範圍、需多少協助以維持站姿平衡。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在站姿平衡的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的站姿平衡訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定站姿平衡訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之站姿平衡訓練目標、策略及方案執行病患之站姿平衡訓練，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導照顧者如何協助病人執行站姿平衡訓練，並確認是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持站姿平衡訓練短程目標及擬定站姿平衡訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之站姿平衡訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與站姿平衡訓練時，終止站姿平衡訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始站姿平衡狀況及結案時病患之站姿平衡狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 對於有半邊偏盲或半邊忽略的病人，需注意病人是否只注意單方向，於訓練時可吸引病人往偏盲或忽略側注意。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
站姿平衡訓練	2
<p>4.2 訓練時剛開始可在有扶手的位置訓練，以建立病人安全感。</p> <p>4.3 隨時注意病人安全，若病人無法維持平衡，注意身邊是否有危險物品，不要讓病人倒下。</p> <p>4.4 對於有推者症候群（Pusher syndrome）的病人，治療師需在其好側訓練。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
行走訓練	2
<ol style="list-style-type: none">1. 定義：病人行走的能力，包含需使用輔具與需旁人協助的程度。2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。3. 作業內容：<ol style="list-style-type: none">3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須行走訓練，並發出行走運動訓練轉介單。3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成行走運動評估。內容包括：<ol style="list-style-type: none">3.2.1 評估病患目前之行走能力；包括：布朗斯壯分級、是否能獨立行走、所需輔具、是否旁人協助、行走速度、步頻、耐力、異常步態現象。3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在行走的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的行走運動訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。3.2.3 擬定行走訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。3.2.4 依照擬定之行走訓練目標、策略及方案執行病患之行走訓練，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。3.2.5 教導照顧者如何協助病人執行行走訓練，並確認是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持行走訓練短程目標及擬定行走運動訓練策略與方案。3.2.7 當病患達成既定之行走訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與行走訓練時，終止行走訓練。3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始行走狀況及結案時病患之行走狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。3.3 應行注意事項<ol style="list-style-type: none">4.1 對於有感覺異常、半邊偏盲或半邊忽略的病人，需注意病人患側的安全，避免其患側撞擊物體。4.2 病人在協助下能安全行走後才能讓病人回去後與家屬自行練習。	

作業程序書

名稱	總頁數
行走訓練	2
<p>4.3 病人練習行走時，一定要有治療師或家屬在旁陪伴，即使能力再好的病人，也要預防跌倒。</p> <p>4.4 病人剛開始可以獨立行走時，治療師需拉其腰帶(安全帶)多餘的段落，以防止病人突然跌倒。</p> <p>4.5 應先訓練病人跨步的能力。</p> <p>4.6 注意病人的腳板是否會內翻(有 lateralization 現象)，防止病人扭傷。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
肩膀疼痛與脫位處理原則	2
<p>1. 定義：因肩胛和上臂肌肉無力或張力異常，造成肩膀疼痛與脫位時所需的處理程序。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須肩膀疼痛與脫位處理，並發出物理治療轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成肩關節評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之肩關節狀態；包括：布朗斯壯分級、關節活動度、活動時是否疼痛、感覺能力、肌肉張力、肌力。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在肩關節的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的肩膀疼痛與脫位處理短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定肩膀疼痛與脫位處理策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之肩膀疼痛與脫位處理目標、策略及方案執行病患之肩膀疼痛與脫位處理，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導照顧者如何協助病人執行肩膀疼痛與脫位處理，並確認是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持肩膀疼痛與脫位處理短程目標及擬定肩膀疼痛與脫位處理策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之肩膀疼痛與脫位處理長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與肩膀疼痛與脫位處理時，終止肩膀疼痛與脫位處理。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始站姿平衡狀況及結案時病患之站姿平衡狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
肩膀疼痛與脫位處理原則	2
<p>4.1 病人於翻身轉位時，不可壓到患側肩膀。</p> <p>4.2 於病人活動時，不可拉扯其肩部與手臂。</p> <p>4.3 若病人有肩膀疼痛與脫位時，避免讓病人手臂懸空，需給予支持物。</p> <p>4.4 即使病人肩關節活動時疼痛，仍須給予關節活動訓練，在病人可忍受範圍內進行。</p> <p>4.5 注意病人患側手是否腫脹，若需要需給予治療。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
上肢肌力訓練	2
<p>1. 定義：訓練病人上肢各肌肉群的力量。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須上肢肌力訓練，並發出肌力訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成肌力評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之肌力能力；包括上肢各肌肉群。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在上肢肌力的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的上肢肌力訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定上肢肌力訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之上肢肌力訓練目標、策略及方案執行病患之上肢肌力訓練，採用適合之理論，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導家屬正確的上肢肌力訓練方式，使病人回病房時能和家屬自行練習，需確認家屬是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持上肢肌力訓練短程目標及擬定上肢肌力訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之上肢肌力訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與上肢肌力訓練時，終止訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始上肢肌力狀況及結案時病患之肌力狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 訓練時須避免病人過於勞累。</p> <p>4.2 可教導家屬以病房現有之物品協助訓練肌力。</p> <p>4.3 訓練時提醒患者不要憋氣以免造成血壓升高或心臟過大的負荷。</p> <p>4.4 訓練時病人盡量避免以協同動作形式（synergy pattern）練習。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
上肢肌力訓練	2
<p>4.5 對於向地吸引力方向(下)的動作，避免動作過快，以免受傷。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
下肢肌力訓練	2
<p>1. 定義：訓練病人下肢各肌肉群的力量。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須下肢肌力訓練，並發出肌力訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成肌力評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之肌力能力；包括下肢各肌肉群。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在下肢肌力的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的下肢肌力訓練短程目標及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定下肢肌力訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之下肢肌力訓練目標、策略及方案執行病患之下肢肌力訓練，採用適合之理論，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導家屬正確的下肢肌力訓練方式，使病人回病房時能和家屬自行練習，需確認家屬是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持下肢肌力訓練短程目標及擬定下肢肌力訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之下肢肌力訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與下肢肌力訓練時，終止訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始下肢肌力狀況及結案時病患之肌力狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 訓練時須避免病人過於勞累。</p> <p>4.2 可教導家屬以病房現有之物品協助訓練肌力，需注意病人的安全。</p> <p>4.3 訓練時提醒患者不要憋氣以免造成血壓升高或心臟過大的負荷。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
下肢肌力訓練	2
<p>4.4 訓練時病人盡量避免以協同動作形式 (synergy pattern) 練習。</p> <p>4.5 對於向地吸引力方向(下)的動作，避免動作過快，以免受傷。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
功能性電刺激作業原則	1
<p>1. 定義：因病人患側肢體無力或癱瘓，需給予功能性電刺激，預防肌肉萎縮，刺激動作產生。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須功能性電刺激訓練，並發出功能性電刺激訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成功能性電刺激評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之功能性電刺激能力；包括：布朗斯壯分級、肌力、感覺能力、肌肉張力、關節活動度。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患需功能性電刺激的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的功能性電刺激訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定功能性電刺激訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之功能性電刺激訓練目標、策略及方案執行病患之功能性電刺激訓練，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持功能性電刺激訓練短程目標及擬定訓練策略與方案。</p> <p>3.2.6 當病患達成既定之功能性電刺激訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與功能性電刺激訓練時，終止功能性電刺激訓練。</p> <p>3.2.7 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始功能性電刺激狀況及結案時病患之功能性電刺激狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 對於有感覺異常的病人，需評估其是否適合做功能性電刺激。</p> <p>4.2 病人於電刺激同時，需配合主動動作。</p> <p>4.3 電刺激強度需在病人可忍受範圍內。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
吞嚥訓練	2
<p>1. 定義：腦中風病人的吞嚥功能常受影響，造成其無法正常由口進食，易噎到。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須吞嚥訓練，並發出物理治療訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成吞嚥評估及治療活動的起始。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之吞嚥能力；包括：病人意識狀態、認知能力、鼻胃管、氣切、頭部及軀幹控制能力、咳嗽反射、吞嚥反射、口腔敏感度。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「物理治療報告單 (中樞神經系統損傷評估)」中，列出病患在吞嚥的主要問題。</p> <p>3.2.3 擬定吞嚥訓練策略及方案。</p> <p>3.2.4 依照擬定之吞嚥訓練目標、策略及方案教導病患家屬之吞嚥訓練，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 確認家屬是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持吞嚥訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患照顧者能獨立完成吞嚥時，終止吞嚥訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始吞嚥狀況及結案時病患之吞嚥狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 若患者有氣切，做吞嚥訓練時，要吞下時應同時蓋住氣切口，吞完再放開。</p> <p>4.2 吞嚥訓練時最好拿掉鼻胃管。</p> <p>4.3 吞嚥訓練時，所用的食物最好用類似嬰兒食物性質 (半液體)的東西開始。</p> <p>4.4 要注意病人的耐力，每天多訓練幾次，一次不要太久，每次訓練中要給病人適當</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
吞嚥訓練	2
<p>休息。</p> <p>4.5 所有用來訓練病人的刺激都不可太久，否則會降低病人對刺激的反應。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
物理治療療程結束作業原則	1
<p>1. 定義：腦中風物理治療療程結束</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風住院患者，經過一定時間後的物理治療介入後停止治療</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 經過一段時間治療後，治療師評估病人已達到此次療程之目標或病人出院</p> <p>3.2 若為尚在住院病人，治療師可口頭告知病人治療目標已達到並終止治療，若為病人出院則直接停止治療。並於治療終止後三天內完成病人出院評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 病人基本資料、發病情況、住院過程所受其他醫療、目前生命徵象及目前醫療處置、是否有併發症。</p> <p>3.2.2 理學檢查：同初次評估，包括意識狀態、語言及認知能力、關節角度是否受限、肌肉力量及張力、布朗斯壯分級、感覺及協調等。</p> <p>3.2.3 功能活動評估：包括轉位、坐姿及站姿平衡、功能行走及移位能力等。</p> <p>3.2.4 目前所給予之物理治療項目，出院或停止治療之後續衛教及居家運動。</p> <p>3.2.5 將以上評估內容紀錄於「復健部物理治療報告單(中樞神經系統損傷評估)」中，與初次評估之結果比較，並列出病人目前主要問題，之前之短程及長程治療目標是否達到，以及停止治療之原因。</p> <p>3.3 將病歷紀錄與治療卡一同影印存檔並歸入總病歷中。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 所有病歷書寫須在三天內完成並備份歸檔。</p> <p>4.2 出院評估內需載明病人初次評估之狀況以比較治療後之進步成果。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
副木製作	1
<p>1. 定義：腦中風病人接受職能治療介入</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須製作副木，並發出副木製作轉介單。</p> <p>3.2 職能治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成副木製作。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患所需要的副木型式。</p> <p>3.2.2 打開熱水器，將水燒熱。將副木材料準備好。</p> <p>3.2.3 按照病患所需副木型式將副木的展開圖畫在副木材料上。</p> <p>3.2.4 將副木材料放到熱水中燙軟。</p> <p>3.2.5 用剪刀將所畫的區域小心地剪下來。</p> <p>3.2.6 將副木材料成型。修邊、修整。裝上魔術帶。</p> <p>3.2.7 完成，教導穿戴及維護副木的知識，並撰寫報告。</p> <p>3.2.8 追蹤病患副木試戴後情況，了解是否有不舒適及疼痛的地方。</p> <p>3.2.9 如有問題，進行修改。</p> <p>3.2.10 將評估、製作副木成果、教導及維護副木成果記錄於「副木製作記錄」。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
日常功能活動訓練	1
<p>1. 定義：腦中風病人接受職能治療介入</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須日常功能活動訓練，並發出日常功能活動訓練轉介單。</p> <p>3.2 職能治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成日常功能評估及治療活動的起始。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之日常功能、病前日常功能、及未來期待之日常功能，項目包括：進食，穿脫衣物，盥洗，上廁所，轉位與移位，床上移動，室內移動，室外移動，語言及溝通，住家環境評估，社區移動，休閒娛樂能力，家務處理能力，工作能力等。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部職能治療報告單（腦傷病患評估）」中，列出病患在日常功能的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的日常功能活動訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定日常功能活動訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之日常功能活動訓練目標、策略及方案執行病患之日常功能活動訓練，採用復健理論、職能治療臨床理論及其他適合理論，經由日常活動前基本能力訓練、日常活動訓練、模擬訓練、輔助科技等適當治療媒介，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 定期再評估，將成果記錄於「職能治療進步報告」中，視病患進步狀況，擬定、修定或維持日常功能活動訓練短程目標及擬定日常功能活動訓練策略與方案。</p> <p>3.2.6 當病患達成既定之日常功能活動訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與日常功能活動訓練時，終止日常功能活動訓練。</p> <p>3.2.7 將療程結果記錄於「職能治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始日常功能狀況及結案時病患之日常功能狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者、須注意事項及應該從事的活動、及其他重要事件。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
手部功能訓練	1
<p>1. 定義：腦中風病人接受職能治療介入</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經復健科醫師評估決定須手部功能訓練，並發出手部功能訓練轉介單。</p> <p>3.2 職能治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成手部功能評估及治療活動的起始。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之手部功能；包括：布朗斯壯分級、感覺功能、上肢粗大動作的協調、手部靈巧度、雙手協調、日常活動中之手部之操作與執行能力。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部職能治療報告單 (腦傷病患評估)」中，列出病患在手部功能的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的手部功能訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定手部功能訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之手部功能訓練目標、策略及方案執行病患之手部功能訓練，採用神經發展理論、生物力學理論、復健理論及其他適合之理論，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 定期再評估，將成果記錄於「職能治療進步報告」中，視病患進步狀況，擬定、修定或維持手部功能訓練短程目標及擬定手部功能訓練策略與方案。</p> <p>3.2.6 當病患達成既定之手部功能訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與手部功能訓練時，終止手部功能訓練。</p> <p>3.2.7 將療程結果記錄於「職能治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始手部功能狀況及結案時病患之手部功能狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
教導擺位原則及關節活動訓練	1
<p>1. 定義：腦中風病人接受職能治療介入</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房中風病患，經復健科醫師評估決定須教導擺位原則及關節活動訓練，並發出教導擺位原則及關節活動訓練轉介單。</p> <p>3.2 職能治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成病患身體關節活動度評估及治療活動的起始。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患之身體關節活動情況，項目包括：測量身體關節之角度及肌肉之張力，檢查關節有無變形、腫大、傷痕及檢查關節之顏色、溫度是否合宜等。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部職能治療報告單（腦傷病患評估）」中，列出病患在關節活動上的主要問題，以及不同姿勢與執行不同活動時的姿勢問題，訂定兩個禮拜內所能達成的關節活動訓練及教導擺位原則的短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定教導擺位原則及關節活動訓練之策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之教導擺位原則及關節活動訓練的目標、策略及方案教導病患及其照顧者擺位原則以及執行病患關節活動之訓練（視病患之狀況執行被動或主動關節活動訓練）。</p> <p>3.2.5 定期再評估，將成果記錄於「職能治療進步報告」中，視病患進步狀況，擬定、修定或維持教導擺位原則及關節活動訓練短程目標及擬定教導擺位原則及關節活動訓練策略與方案。</p> <p>3.2.6 當病患達成既定之手部功能訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與教導擺位原則及關節活動訓練時，終止此方面的訓練。</p> <p>3.2.7 將療程結果記錄於「職能治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始姿勢問題及關節活動限制、結案時病患之姿勢改善狀況及執行活動成果、結案時病患之關節活動改善狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
定位感訓練	1
<ol style="list-style-type: none">1. 定義：腦中風病人接受職能治療介入2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者3. 作業內容：<ol style="list-style-type: none">3.1 在加護病房中風病患，經復健科醫師評估決定須定位感訓練，並發出定位感訓練轉介單。3.2 職能治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成定位感評估及治療活動的起始。 內容包括：<ol style="list-style-type: none">3.2.1 評估病患之認知功能、清醒程度等。3.2.2 依上述評估結果，記錄於「復健部職能治療報告單 (腦傷病患評估)」中，列出病患在定位感及認知功能上的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的定位感訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。3.2.3 擬定定位感訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。3.2.4 依照擬定之定位感訓練目標、策略及方案執行病患之定位感訓練，採用認知行為理論、感覺動作理論、職能治療臨床理論及其他適合理論，經由環境改造、感覺動作訓練、感覺刺激等適當治療媒介，以達成增進病患對於週遭環境的知曉及反應、降低病患混亂的現象等之既定目標。3.2.5 定期再評估，將成果記錄於「職能治療進步報告」中，視病患進步狀況，擬定、修定或維持定位感訓練短程目標及擬定定位感訓練策略與方案。3.2.6 當病患達成既定之定位感訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與定位感訓練時，終止定位感訓練活動。3.2.7 將療程結果記錄於「職能治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始認知及精神狀況、結案時病患之認知及精神狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。	

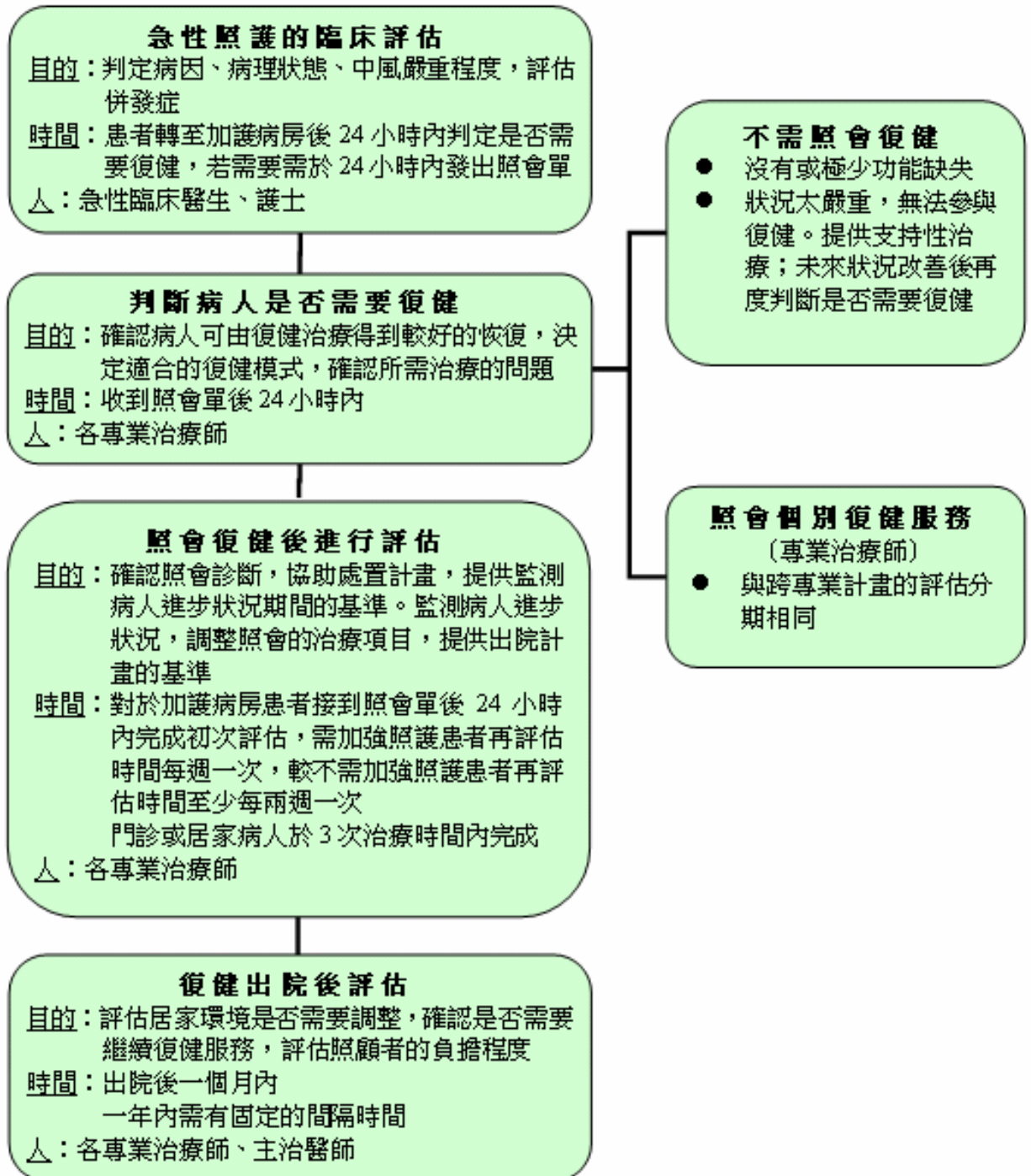
腦中風中心 復健標準作業流程

作業程序書

名稱	總頁數
腦中風轉介物理治療作業程序	1
<p>1. 定義：腦中風病人接受物理治療介入</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須接受物理治療，並發出物理治療轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成病人初次評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 充分了解病人病歷及過去病史，包括基本資料、發病情況、目前醫療處置、併發症及是否有無物理治療禁忌症。</p> <p>3.2.2 理學檢查：包括意識狀態、語言及認知能力、關節角度是否受限、肌肉力量及張力、布朗斯壯分級、感覺及協調等。</p> <p>3.2.3 功能活動評估：包括轉位、坐姿及站姿平衡、功能行走及移位能力等。</p> <p>3.2.4 將以上評估內容紀錄於「物理治療報告單(中樞神經系統損傷評估)」中，並列出病人目前主要問題，兩星期預定達到之短程目標、療程結束時之長程目標。</p> <p>3.2.5 決定療程內容。</p> <p>3.2.6 與病人預約下次之治療時間。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 每星期需重新評估並紀錄 progress note，作為更改治療項目及治療目標之依據。</p> <p>4.2 若在同一療程內更換治療師，需完成一份 summary note 交給接替之治療師，以幫助下一位治療師能很快掌握病人之狀況及曾接受的治療。</p> <p>4.3 若為接續上一位治療師之療程，在拿到 summary note 後仍須重新進行評估，完成一份 acceptance note 以決定病人接下來之治療內容。</p> <p>4.4 所有病歷書寫須在三天內完成並備份歸檔。</p> <p>4.5 物理治療報告單內容如附件。</p>	

作業程序書

腦中風復健流程臨床指引(中心團隊版)



作業程序書

名稱	總頁數
Bed mobility 床上活動	2
<p>1. 定義：急性期維持功能性活動及良好擺位並預防褥瘡等併發症，減少照顧者之負擔，增加軀幹肌肉控制能力，作為之後坐起、站立等之準備。</p> <p>2. 範圍：無法下床活動之腦中風患者</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須床上活動訓練，並發出床上活動訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成床上活動評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之床上活動能力；包括：布朗斯壯分級、感覺功能、四肢粗大動作的協調、上下左右移動、翻身能力、抬臀能力。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「物理治療報告單 (中樞神經系統損傷評估)」中，列出病患在床上活動的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的床上活動訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定床上活動訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之床上活動訓練目標、策略及方案執行病患之床上活動訓練，採用適合之理論，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導家屬正確的床上活動訓練方式，使病人回病房時能和家屬自行練習，需確認家屬是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持床上活動訓練短程目標及擬定床上活動訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之床上活動訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與床上活動訓練時，終止床上活動訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始床上活動狀況及結案時病患之床上活動狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 翻身時要注意患側手的位置，翻向患側要避免患側手及肩胛壓於身下造成疼痛，</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
Bed mobility 床上活動	2

翻向健側要注意患側手不可掉落於身後以免造成拉傷。

- 4.2 無論是翻身或是移位過程中，都不可以病人患側上臂為施力點，因為容易造成拉傷，盡量能夠從肩胛骨或整個肩關節施力。
- 4.3 治療結束後要教導照護者執行方法及施行時機作為平常之練習，並可配合換尿布、清潔、穿衣等活動請患者共同配合。
- 4.4 抬臀運動時提醒患者不要憋氣以免造成血壓升高或心臟過大的負荷。

作業程序書

名稱	總頁數
ROM exercise 關節運動	2

1. 定義：關節各方向活動範圍的運動。

2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。

3. 作業內容：

3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須關節訓練，並發出關節運動訓練轉介單。

3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成關節運動評估。內容包括：

3.2.1 評估病患目前之關節運動能力；包括：布朗斯壯分級、各關節關節活動度、肌肉張力、活動過程是否疼痛、感覺能力、肌力。

3.2.2 依上述評估結果，記錄於「物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在關節運動的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的關節運動訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。

3.2.3 擬定關節運動訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。

3.2.4 依照擬定之關節運動訓練目標、策略及方案執行病患之關節運動訓練，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。

3.2.5 教導照顧者如何協助病人執行關節運動訓練，並確認是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。

3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持關節運動訓練短程目標及擬定關節運動訓練策略與方案。

3.2.7 當病患達成既定之關節運動訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與關節運動訓練時，終止關節運動訓練。

3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始關節運動狀況及結案時病患之關節運動狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。

4. 應行注意事項

4.1 牽拉的原則均為每次維持 30 秒。

4.2 關節運動的過程中若病人感到疼痛，必須在病人可以忍受的範圍內活動。

作業程序書

名稱	總頁數
ROM exercise 關節運動	2
<p>4.3 若病患之生命徵象不穩定，應以控制生命徵象為第一要務。</p> <p>4.4 易產生關節攣縮與疼痛的部位，如頸部關節、軀幹關節、手部關節、肩關節、肘關節、髖關節、踝關節，若病人肌肉無力，仍須協助病人做被動關節運動。</p> <p>4.5 對於有半邊偏盲或半邊忽略的病人，需注意其頸部是否有關節活動度受限。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
擺位原則	1

1. 定義：急性期維持需良好擺位以預防褥瘡等併發症，減少照顧者之負擔與後續的感染問題。

2. 範圍：無法下床活動之腦中風患者

3. 作業內容：

3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生醫師評估決定須擺位訓練，並發出物理治療訓練轉介單。

3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成擺位評估。內容包括：

3.2.1 評估病患目前之擺位能力；包括：意識狀態、感覺能力、翻身能力、肌力。

3.2.2 依上述評估結果，記錄於「物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在擺位的主要問題。

3.2.3 擬定擺位訓練策略及方案。

3.2.4 依照擬定之擺位訓練目標、策略及方案教導病患家屬之擺位訓練，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。

3.2.5 確認家屬是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。

3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持擺位訓練策略與方案。

3.2.7 當病患照顧者能獨立完成擺位時，終止擺位訓練。

3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始擺位狀況及結案時病患之擺位狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。

4. 應行注意事項

4.1 擺位時須注意不要壓到身體骨頭凸隆處。

4.2 每兩小時需替病人翻身。

4.3 注意床欄使用，避免病人突然從床上翻滾下床。

4.4 注意病人身上管路，擺位時避免壓到管路。

4.5 若病人有壓瘡或感染，需立即告知護理人員盡快處理。

4.6 若病患之生命徵象不穩定，應以控制生命徵象為第一要務。

作業程序書

名稱	總頁數
轉位技巧	2
<p>1. 定義：從床上到站起、由一處轉換至另一處所需的轉換姿勢的技巧訓練。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須轉位技巧訓練，並發出物理治療訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成轉位技巧評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之轉位能力；包括：布朗斯壯分級、各關節關節活動度、肌肉張力、感覺能力、肌力。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「物理治療報告單 (中樞神經系統損傷評估)」中，列出病患在轉位技巧的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的轉位技巧訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定轉位技巧訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之轉位技巧訓練目標、策略及方案執行病患之轉位技巧訓練，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導照顧者如何協助病人執行轉位技巧訓練，並確認是否能正確執行，並於下次治療時再度確認照顧者與病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持轉位技巧訓練短程目標及擬定轉位技巧訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之轉位技巧訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與轉位技巧訓練時，終止轉位技巧訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始轉位技巧狀況及結案時病患之轉位技巧狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 照顧者為病人的轉位動作需流暢才能讓其在病房自行協助病人轉位並教導轉位</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
轉位技巧	2
<p>者身體力學以避免受傷。</p> <p>4.2 對於感覺缺失的病人，轉位的過程中需注意病人患側肢體是否碰撞到物體。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
坐姿平衡訓練	2
<p>1. 定義：訓練病人獨立維持坐時的能力，包含靜態與動態平衡。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須坐姿平衡訓練，並發出坐姿平衡訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成坐姿平衡評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之坐姿平衡能力；包括：布朗斯壯分級、獨立靜態坐姿平衡維持時間、動態坐姿平衡範圍、需多少協助以維持坐姿平衡。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在坐姿平衡的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的坐姿平衡訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定坐姿平衡訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之坐姿平衡訓練目標、策略及方案執行病患之坐姿平衡訓練，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導照顧者如何協助病人執行坐姿平衡訓練，並確認是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持坐姿平衡訓練短程目標及擬定坐姿平衡訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之坐姿平衡訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與坐姿平衡訓練時，終止坐姿平衡訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始坐姿平衡狀況及結案時病患之坐姿平衡狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 對於有半邊偏盲或半邊忽略的病人，需注意病人是否只注意單方向，於訓練時可吸引病人往偏盲或忽略側注意。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
坐姿平衡訓練	2
<p>4.2 訓練時病人需雙腳著地，若床太高，需給予小凳子或其他替代物。</p> <p>4.3 隨時注意病人安全，若病人無法維持平衡，注意身邊是否有危險物品，不要讓病人倒下。</p> <p>4.4 對於有推者症候群（Pusher syndrome）的病人，治療師需在其好側訓練。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
站姿平衡訓練	2
<p>1. 定義：訓練病人獨立維持站時的能力，包含靜態與動態平衡。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須站姿平衡訓練，並發出站姿平衡訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成站姿平衡評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之站姿平衡能力；包括：布朗斯壯分級、獨立靜態站姿平衡維持時間、動態站姿平衡範圍、需多少協助以維持站姿平衡。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在站姿平衡的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的站姿平衡訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定站姿平衡訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之站姿平衡訓練目標、策略及方案執行病患之站姿平衡訓練，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導照顧者如何協助病人執行站姿平衡訓練，並確認是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持站姿平衡訓練短程目標及擬定站姿平衡訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之站姿平衡訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與站姿平衡訓練時，終止站姿平衡訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始站姿平衡狀況及結案時病患之站姿平衡狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 對於有半邊偏盲或半邊忽略的病人，需注意病人是否只注意單方向，於訓練時可吸引病人往偏盲或忽略側注意。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
站姿平衡訓練	2
<p>4.2 訓練時剛開始可在有扶手的位置訓練，以建立病人安全感。</p> <p>4.3 隨時注意病人安全，若病人無法維持平衡，注意身邊是否有危險物品，不要讓病人倒下。</p> <p>4.4 對於有推者症候群（Pusher syndrome）的病人，治療師需在其好側訓練。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
行走訓練	2
<p>1. 定義：病人行走的能力，包含需使用輔具與需旁人協助的程度。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須行走訓練，並發出行走運動訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成行走運動評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之行走能力；包括：布朗斯壯分級、是否能獨立行走、所需輔具、是否旁人協助、行走速度、步頻、耐力、異常步態現象。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在行走的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的行走運動訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定行走訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之行走訓練目標、策略及方案執行病患之行走訓練，經由活動或復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導照顧者如何協助病人執行行走訓練，並確認是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持行走訓練短程目標及擬定行走運動訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之行走訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與行走訓練時，終止行走訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始行走狀況及結案時病患之行走狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 對於有感覺異常、半邊偏盲或半邊忽略的病人，需注意病人患側的安全，避免其患側撞擊物體。</p> <p>4.2 病人在協助下能安全行走後才能讓病人回去後與家屬自行練習。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
行走訓練	2
<p>4.3 病人練習行走時，一定要有治療師或家屬在旁陪伴，即使能力再好的病人，也要預防跌倒。</p> <p>4.4 病人剛開始可以獨立行走時，治療師需拉其腰帶(安全帶)多餘的段落，以防止病人突然跌倒。</p> <p>4.5 應先訓練病人跨步的能力。</p> <p>4.6 注意病人的腳板是否會內翻(有 lateralization 現象)，防止病人扭傷。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
肩膀疼痛與脫位處理原則	2
<p>1. 定義：因肩胛和上臂肌肉無力或張力異常，造成肩膀疼痛與脫位時所需的處理程序。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須肩膀疼痛與脫位處理，並發出物理治療轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成肩關節評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之肩關節狀態；包括：布朗斯壯分級、關節活動度、活動時是否疼痛、感覺能力、肌肉張力、肌力。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在肩關節的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的肩膀疼痛與脫位處理短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定肩膀疼痛與脫位處理策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之肩膀疼痛與脫位處理目標、策略及方案執行病患之肩膀疼痛與脫位處理，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導照顧者如何協助病人執行肩膀疼痛與脫位處理，並確認是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持肩膀疼痛與脫位處理短程目標及擬定肩膀疼痛與脫位處理策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之肩膀疼痛與脫位處理長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與肩膀疼痛與脫位處理時，終止肩膀疼痛與脫位處理。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始站姿平衡狀況及結案時病患之站姿平衡狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
肩膀疼痛與脫位處理原則	2

4.1 病人於翻身轉位時，不可壓到患側肩膀。

4.2 於病人活動時，不可拉扯其肩部與手臂。

4.3 若病人有肩膀疼痛與脫位時，避免讓病人手臂懸空，需給予支持物。

4.4 即使病人肩關節活動時疼痛，仍須給予關節活動訓練，在病人可忍受範圍內進行。

4.5 注意病人患側手是否腫脹，若需要需給予治療。

作業程序書

名稱	總頁數
上肢肌力訓練	2
<p>1. 定義：訓練病人上肢各肌肉群的力量。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須上肢肌力訓練，並發出肌力訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成肌力評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之肌力能力；包括上肢各肌肉群。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在上肢肌力的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的上肢肌力訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定上肢肌力訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之上肢肌力訓練目標、策略及方案執行病患之上肢肌力訓練，採用適合之理論，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導家屬正確的上肢肌力訓練方式，使病人回病房時能和家屬自行練習，需確認家屬是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持上肢肌力訓練短程目標及擬定上肢肌力訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之上肢肌力訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與上肢肌力訓練時，終止訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始上肢肌力狀況及結案時病患之肌力狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 訓練時須避免病人過於勞累。</p> <p>4.2 可教導家屬以病房現有之物品協助訓練肌力。</p> <p>4.3 訓練時提醒患者不要憋氣以免造成血壓升高或心臟過大的負荷。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
上肢肌力訓練	2
<p>4.4 訓練時病人盡量避免以協同動作形式 (synergy pattern) 練習。</p> <p>4.5 對於向地吸引力方向(下)的動作，避免動作過快，以免受傷。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
下肢肌力訓練	2
<p>1. 定義：訓練病人下肢各肌肉群的力量。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須下肢肌力訓練，並發出肌力訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成肌力評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之肌力能力；包括下肢各肌肉群。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「物理治療報告單（中樞神經系統損傷評估）」中，列出病患在下肢肌力的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的下肢肌力訓練短程目標及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定下肢肌力訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之下肢肌力訓練目標、策略及方案執行病患之下肢肌力訓練，採用適合之理論，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 教導家屬正確的下肢肌力訓練方式，使病人回病房時能和家屬自行練習，需確認家屬是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持下肢肌力訓練短程目標及擬定下肢肌力訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患達成既定之下肢肌力訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與下肢肌力訓練時，終止訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始下肢肌力狀況及結案時病患之肌力狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 訓練時須避免病人過於勞累。</p> <p>4.2 可教導家屬以病房現有之物品協助訓練肌力，需注意病人的安全。</p> <p>4.3 訓練時提醒患者不要憋氣以免造成血壓升高或心臟過大的負荷。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
下肢肌力訓練	2
<p>4.4 訓練時病人盡量避免以協同動作形式 (synergy pattern) 練習。</p> <p>4.5 對於向地吸引力方向(下)的動作，避免動作過快，以免受傷。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
功能性電刺激作業原則	1
<p>1. 定義：因病人患側肢體無力或癱瘓，需給予功能性電刺激，預防肌肉萎縮，刺激動作產生。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須功能性電刺激訓練，並發出功能性電刺激訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成功能性電刺激評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之功能性電刺激能力；包括：布朗斯壯分級、肌力、感覺能力、肌肉張力、關節活動度。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「物理治療報告單 (中樞神經系統損傷評估)」中，列出病患需功能性電刺激的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的功能性電刺激訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定功能性電刺激訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之功能性電刺激訓練目標、策略及方案執行病患之功能性電刺激訓練，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持功能性電刺激訓練短程目標及擬定訓練策略與方案。</p> <p>3.2.6 當病患達成既定之功能性電刺激訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與功能性電刺激訓練時，終止功能性電刺激訓練。</p> <p>3.2.7 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始功能性電刺激狀況及結案時病患之功能性電刺激狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 對於有感覺異常的病人，需評估其是否適合做功能性電刺激。</p> <p>4.2 病人於電刺激同時，需配合主動動作。</p> <p>4.3 電刺激強度需在病人可忍受範圍內。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
吞嚥訓練	2
<p>1. 定義：腦中風病人的吞嚥功能常受影響，造成其無法正常由口進食，易噎到。</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者。</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須吞嚥訓練，並發出物理治療訓練轉介單。</p> <p>3.2 物理治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成吞嚥評估及治療活動的起始。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之吞嚥能力；包括：病人意識狀態、認知能力、鼻胃管、氣切、頭部及軀幹控制能力、咳嗽反射、吞嚥反射、口腔敏感度。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「物理治療報告單 (中樞神經系統損傷評估)」中，列出病患在吞嚥的主要問題。</p> <p>3.2.3 擬定吞嚥訓練策略及方案。</p> <p>3.2.4 依照擬定之吞嚥訓練目標、策略及方案教導病患家屬之吞嚥訓練，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 確認家屬是否能正確執行，並於下次治療時再度確認病人做的是否正確。</p> <p>3.2.6 定期再評估，將成果記錄於「物理治療進步報告」中，視病患進步狀況，修定或維持吞嚥訓練策略與方案。</p> <p>3.2.7 當病患照顧者能獨立完成吞嚥時，終止吞嚥訓練。</p> <p>3.2.8 將療程結果記錄於「物理治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始吞嚥狀況及結案時病患之吞嚥狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 若患者有氣切，做吞嚥訓練時，要吞下時應同時蓋住氣切口，吞完再放開。</p> <p>4.2 吞嚥訓練時最好拿掉鼻胃管。</p> <p>4.3 吞嚥訓練時，所用的食物最好用類似嬰兒食物性質 (半液體)的東西開始。</p> <p>4.4 要注意病人的耐力，每天多訓練幾次，一次不要太久，每次訓練中要給病人適當</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
吞嚥訓練	2
<p>休息。</p> <p>4.5 所有用來訓練病人的刺激都不可太久，否則會降低病人對刺激的反應。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
物理治療療程結束作業原則	1
<p>1. 定義：腦中風物理治療療程結束</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風住院患者，經過一定時間後的物理治療介入後停止治療</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 經過一段時間治療後，治療師評估病人已達到此次療程之目標或病人出院</p> <p>3.2 若為尚在住院病人，治療師可口頭告知病人治療目標已達到並終止治療，若為病人出院則直接停止治療。並於治療終止後三天內完成病人出院評估。內容包括：</p> <p>3.2.1 病人基本資料、發病情況、住院過程所受其他醫療、目前生命徵象及目前醫療處置、是否有併發症。</p> <p>3.2.2 理學檢查：同初次評估，包括意識狀態、語言及認知能力、關節角度是否受限、肌肉力量及張力、布朗斯壯分級、感覺及協調等。</p> <p>3.2.3 功能活動評估：包括轉位、坐姿及站姿平衡、功能行走及移位能力等。</p> <p>3.2.4 目前所給予之物理治療項目，出院或停止治療之後續衛教及居家運動。</p> <p>3.2.5 將以上評估內容紀錄於「物理治療報告單(中樞神經系統損傷評估)」中，與初次評估之結果比較，並列出病人目前主要問題，之前之短程及長程治療目標是否達到，以及停止治療之原因。</p> <p>3.3 將病歷紀錄與治療卡一同影印存檔並歸入總病歷中。</p> <p>4. 應行注意事項</p> <p>4.1 所有病歷書寫須在三天內完成並備份歸檔。</p> <p>4.5 出院評估內需載明病人初次評估之狀況以比較治療後之進步成果。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
副木製作	1
<p>1. 定義：腦中風病人接受職能治療介入</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須製作副木，並發出副木製作轉介單。</p> <p>3.2 職能治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成副木製作。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患所需要的副木型式。</p> <p>3.2.2 打開熱水器，將水燒熱。將副木材料準備好。</p> <p>3.2.3 按照病患所需副木型式將副木的展開圖畫在副木材料上。</p> <p>3.2.4 將副木材料放到熱水中燙軟。</p> <p>3.2.5 用剪刀將所畫的區域小心地剪下來。</p> <p>3.2.6 將副木材料成型。修邊、修整。裝上魔術帶。</p> <p>3.2.7 完成，教導穿戴及維護副木的知識，並撰寫報告。</p> <p>3.2.8 追蹤病患副木試戴後情況，了解是否有不舒適及疼痛的地方。</p> <p>3.2.9 如有問題，進行修改。</p> <p>3.2.10 將評估、製作副木成果、教導及維護副木成果記錄於「副木製作記錄」。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
日常功能活動訓練	1
<p>1. 定義：腦中風病人接受職能治療介入</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須日常功能活動訓練，並發出日常功能活動訓練轉介單。</p> <p>3.2 職能治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成日常功能評估及治療活動的起始。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之日常功能、病前日常功能、及未來期待之日常功能，項目包括：進食，穿脫衣物，盥洗，上廁所，轉位與移位，床上移動，室內移動，室外移動，語言及溝通，住家環境評估，社區移動，休閒娛樂能力，家務處理能力，工作能力等。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「職能治療報告單(腦傷病患評估)」中，列出病患在日常功能的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的日常功能活動訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定日常功能活動訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之日常功能活動訓練目標、策略及方案執行病患之日常功能活動訓練，採用復健理論、職能治療臨床理論及其他適合理論，經由日常活動前基本能力訓練、日常活動訓練、模擬訓練、輔助科技等適當治療媒介，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 定期再評估，將成果記錄於「職能治療進步報告」中，視病患進步狀況，擬定、修定或維持日常功能活動訓練短程目標及擬定日常活動訓練策略。</p> <p>3.2.6 當病患達成既定之日常功能活動訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與日常功能活動訓練時，終止日常功能活動訓練。</p> <p>3.2.7 將療程結果記錄於「職能治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始日常功能狀況及結案時病患之日常功能狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者、注意事項、應該從事的活動、及其他重要事件。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
手部功能訓練	1
<p>1. 定義：腦中風病人接受職能治療介入</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房、一般病房或復健科病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須手部功能訓練，並發出手部功能訓練轉介單。</p> <p>3.2 職能治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成手部功能評估及治療活動的起始。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患目前之手部功能；包括：布朗斯壯分級、感覺功能、上肢粗大動作的協調、手部靈巧度、雙手協調、日常活動中之手部之操作與執行能力。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「職能治療報告單（腦傷病患評估）」中，列出病患在手部功能的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的手部功能訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定手部功能訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之手部功能訓練目標、策略及方案執行病患之手部功能訓練，採用神經發展理論、生物力學理論、復健理論及其他適合之理論，經由活動或/及復健科技的使用，以達成既定目標。</p> <p>3.2.5 定期再評估，將成果記錄於「職能治療進步報告」中，視病患進步狀況，擬定、修定或維持手部功能訓練短程目標及擬定手部功能訓練策略與方案。</p> <p>3.2.6 當病患達成既定之手部功能訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與手部功能訓練時，終止手部功能訓練。</p> <p>3.2.7 將療程結果記錄於「職能治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始手部功能狀況及結案時病患之手部功能狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
教導擺位原則及關節活動訓練	1
<p>1. 定義：腦中風病人接受職能治療介入</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須教導擺位原則及關節活動訓練，並發出教導擺位原則及關節活動訓練轉介單。</p> <p>3.2 職能治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成病患身體關節活動度評估及治療活動的起始。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患之身體關節活動情況，項目包括：測量身體關節之角度及肌肉之張力，檢查關節有無變形、腫大、傷痕及檢查關節之顏色、溫度是否合宜等。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「職能治療報告單 (腦傷病患評估)」中，列出病患在關節活動上的主要問題，以及不同姿勢與執行不同活動時的姿勢問題，訂定兩個禮拜內所能達成的關節活動訓練及教導擺位原則的短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定教導擺位原則及關節活動訓練之策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之教導擺位原則及關節活動訓練的目標、策略及方案教導病患及其照顧者擺位原則以及執行病患關節活動之訓練 (視病患之狀況執行被動或主動關節活動訓練)。</p> <p>3.2.5 定期再評估，將成果記錄於「職能治療進步報告」中，視病患進步狀況，擬定、修定或維持教導擺位原則及關節活動訓練短程目標及擬定教導擺位原則及關節活動訓練策略與方案。</p> <p>3.2.6 當病患達成既定之手部功能訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與教導擺位原則及關節活動訓練時，終止此方面的訓練。</p> <p>3.2.7 將療程結果記錄於「職能治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始姿勢問題及關節活動限制、結案時病患之姿勢改善狀況及執行活動成果、結案時病患之關節活動改善狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p>	

作業程序書

名稱	總頁數
定位感訓練	1
<p>1. 定義：腦中風病人接受職能治療介入</p> <p>2. 範圍：被診斷為出血性或缺血性之腦中風患者</p> <p>3. 作業內容：</p> <p>3.1 在加護病房中風病患，經急性臨床醫生評估決定須定位感訓練，並發出定位感訓練轉介單。</p> <p>3.2 職能治療師接到轉介單後，應於 24 小時內完成定位感評估及治療活動的起始。內容包括：</p> <p>3.2.1 評估病患之認知功能、清醒程度等。</p> <p>3.2.2 依上述評估結果，記錄於「職能治療報告單（腦傷病患評估）」中，列出病患在定位感及認知功能上的主要問題，訂定兩個禮拜內所能達成的定位感訓練短程目標，及療程結束後所能達成的長程目標。</p> <p>3.2.3 擬定定位感訓練策略及方案、訓練時程、訓練頻率。</p> <p>3.2.4 依照擬定之定位感訓練目標、策略及方案執行病患之定位感訓練，採用認知行為理論、感覺動作理論、職能治療臨床理論及其他適合理論，經由環境改造、感覺動作訓練、感覺刺激等適當治療媒介，以達成增進病患對於週遭環境的知曉及反應、降低病患混亂的現象等之既定目標。</p> <p>3.2.5 定期再評估，將成果記錄於「職能治療進步報告」中，視病患進步狀況，擬定、修定或維持定位感訓練短程目標及擬定定位感訓練策略與方案。</p> <p>3.2.6 當病患達成既定之定位感訓練長程目標、或病患因其他原因無法繼續參與定位感訓練時，終止定位感訓練活動。</p> <p>3.2.7 將療程結果記錄於「職能治療結案報告」中，報告中須詳細記錄病患初始認知及精神狀況、結案時病患之認知及精神狀況、病患在療程期間所接受的訓練活動、日後照顧者及病患須注意的事項及應該從事的活動、以及其他重要事件。</p>	