

中臺科技大學 護理學院 護理系

OSCE 模式教學教案—間歇導尿

課程名稱：基本護理學

修課年級：護理系 二年級

課程單元：間歇導尿

單元目標：

1. 能注意個案感受
2. 能正確評估個案並發現問題
3. 能以無菌技術執行導尿技術
4. 能正確記錄護理過程

OSCE 案例：(護理技術名稱) Intermittent catheterization 間歇導尿

考生閱讀：

病人基本資料：王林包弟女士 85 歲，診斷： Parkinsonism, Depression, Depression，教育程度高中，語言：臺語，婚姻：喪偶，住在護理之家 4 年多，體重 77kg，身高 160cm，意識清醒可自行緩慢進食、但常無食慾、不喜歡喝水，身上無管路，2-3 天解 1 次大便，平日包尿片使用，上週曾因尿量少做導尿導出膿尿，BUN 18mg/dl ， Cr. 0.8mg/dl，因此，每班記錄 I/O。

狀況：2010 11/5 8:00~15:00 intake: 780ml(含早中餐等) output: 0 ml

考生任務：

1. 關懷個案
2. 執行相關身體評估

3. 執行適當的導尿技術
4. 書寫護理記錄

考試時間：30 分鐘

TNAC 核心能力（可複選）

☒ 一般臨床護理技能	☐ 溝通與合作之能力
☒ 基礎生物醫學科學之知識	☒ 批判性思考能力
☒ 關懷	☐ 克盡職責
☐ 生命倫理素養	☐ 終身學習的本領

評量表（請用 checklist 方式呈現，係向內容須與適用範圍能力及關鍵行為相呼應；可自己決定計分標準）

0 表示：都沒做

1 表示：有做

2 表示：有做且完

單元 目標	評分標準說明	得分			備 註
第一部分：正確評估個案問題（臨床決策）					
1-1	以開放式詢問個案姓名，核對手圈或床頭卡	2	1	0	
1-2	關懷問候個案，並且禮貌性自我介紹	2	1	0	
1-3	再評估與確認 I/O data	2	1	0	
1-4	視診：恥骨聯合上方有無突起	2		0	
1-5	觸診：觸診膀胱是否有疼痛？詢問有無尿意感	2	1	0	
1-6	扣診：扣診漲滿膀胱會有濁音	2		0	
1-7	測量生命徵象（TPR, BP）	2	1	0	
1-8	身評時注意個案隱私與感受	2	1	0	

1-9	評估環境（如照明程度、隱私性、氣溫）	2	1	0	
1-10	連繫醫師，確認及處理醫囑打半勾	2	1	0	
第二部分：正確操作導尿技術（一般臨床護理技能）					
2-1	用臺語向個案解釋導尿目的	2	1	0	
2-2	整理儀容，工作前洗手	2	1	0	
2-3	準備用物（a.拋棄式導尿包 1 組 b.NS.c.優碘.d.無菌手套 e.彎盆 f.手電筒(視情況)g.無菌導尿管 h.泡鏟罐及鏟子 i 水溶性潤滑劑）	2	1	0	
2-4	將用物攜至個案床旁，再度確認個案	2	1	0	
2-5	注意個案隱私（圍屏風關窗戶、調整衣物）	2	1	0	
2-6	將被蓋反摺至下腹部		1	0	
2-7	助個案採屈膝仰臥式，協助脫除褲子		1	0	
2-8	將導尿盤置於個案雙腿間，並以無菌技術打開導尿包	2	1	0	
2-9	將彎盆、試管(視需要)置於床尾，調整適當光線		1	0	
2-10	分別倒適量優碘及 NS 於治療碗內	2	1	0	
2-11	將導尿管置入導尿盤	2		0	
2-12	戴無菌手套	2		0	
2-13	鋪無菌洞巾	2		0	
2-14	將 K.Y.Jelly 擠於小杯內之紗布上		1	0	
2-15	潤滑導尿管頭端約 2 吋 (5cm)	2		0	
2-16	以左手拇指及食指分開小陰唇直至尿液導出(中途鬆開視同污染)	2		0	
2-17	右手持優碘及 NS 棉枝進行消毒：先消毒兩邊小陰唇遠側近側，再消毒中間尿道口，由上往下，不可來回插拭	2		0	
2-18	分散個案注意力，同時將導尿管插入尿道約 2 吋	2	1	0	
2-19	注意尿液性狀、量、個案反應(口述一次導尿量勿超過 500cc)	2	1	0	
2-20	視需要若醫囑要留取中段小便標本，則留小便於另一乾燥治療碗內或直接留取在標本容器(口述)。		1	0	
2-21	輕輕抽出導尿管、取下洞巾	2	1	0	
2-22	將尿液倒入馬桶		1	0	

2-23	助個案穿褲子並整理病人單位		1	0	
2-24	測量生命徵象 (PR, BP)	2	1	0	
2-25	依垃圾處理細則處理用物	2	1	0	
2-26	工作後洗手		1	0	
2-27	醫囑完成全勾 寫護理紀錄：時間.量.質.色.個案反應	2	1	0	

適用範圍能力：

能力一：批判性思考能力（臨床決策能力）

1. 要能針對服務對象的情境並依據學理及醫院的流程選擇適當的護理措施。例如執行泌尿系統身體評估，確立個案問題。

能力二：一般臨床護理技能（間歇導尿技術）

1. 執行導尿技術有無菌觀念：（1）工作前洗手，（2）用物準備，注意消毒日期，（3）操作導尿管至個案全程無污染（包括戴無菌手套、消毒棉球準備、會陰部消毒、導尿管潤滑、插入過程手部位置）
2. 正確執行導尿技術：（1）使用水溶性潤滑劑潤滑導尿管，（2）導尿管插入尿道部位正確，（3）導尿管插入尿道深度正確，（4）注意尿量限制

能力三：關懷（注意個案感受）

關鍵行為：

- 1.能適當評估個案問題：

1-1 輸出入量再評估，確認排出量是否為 0 以及飲用量是否太少

1-2 與漲尿相關之泌尿系統評估，包括詢問個案尿液感及做視觸扣診評估；測量生命徵象

2.操作過程採無菌技術，操作導尿管至個案全程無污染（包括戴無菌手套、消毒棉球及導尿管等材料置無菌區、會陰部消毒）

3. 導尿器官部位正確

4. 注意個案感受

5. 正確書寫護理記錄

關鍵行為說明：

1.能適當評估個案問題

1-1 輸出入量評估：每公斤每小時應有尿量 1 cc，至少每小時應有 20 cc以上的尿量，正常人約 2~3 小時解尿一次，輸出入量評估應包含飲食、飲水、點滴、尿量、糞便等等。

1-2 身體評估：詢問案主有無尿意感或誘發尿意，視診恥骨聯合上方有無突起，若有則可能有漲尿，觸診膀胱是否有漲痛感，扣診漲滿膀胱會有濁音。此外，測量生命徵象，評估是否有感染跡象如發燒或血壓異常，可能因漲痛或誘發血壓高（有高血壓病史）。

不通過：未能正確評估輸出量，或未執行視觸扣診膀胱則不通過

2.操作過程採無菌技術，操作導尿管至個案全程無污染

2-1 戴無菌手套：採無菌原則戴手套過程不染污

①將內包裝紙小心的攤開，不可接觸到手套。

②先取出左手之手套後，小心的戴上（僅能碰觸手套反折處手套內部）。

③取出右手之手套小心的戴上（僅能碰觸手套反折處手套外部）。

④雙手都戴上無菌手套之後小心調整好，未操作前盡量將雙手維持在胸前位置，且僅能碰觸無菌之器材。

⑤無菌手套之穿戴原則是手能接觸手套內側

2-2 個案大腿內側無菌區之用物準備採無菌原則：例如消毒棉球或棉棒置 CD 碗、導尿管放置無污染、和水溶性潤滑劑放置及潤滑無染污

2-3 消毒會陰部採無菌技術，注意固定之手部是否染污，消毒順序為外側內側中間，優碘消毒完之後為生理食鹽水（若只消毒大陰唇表示染污）

不通過：若染污後未在時間內做置換，或污染不自覺仍然持續執行，導致污染物侵入尿道及膀胱即不通過。

3 正確插入尿道（未插到陰道），以及深度正確（女性約 5cm），若插到陰道表示染污，宜重新準備一條導尿管

不通過：若插錯部位不自覺、或插到陰道未在時間內更新導尿管、或插入深度不正確即不通過。

4.注意個案感受

4-1 試著使用臺語和個案解釋，在個案點頭或表達同意之後才離開

4-2 暴露身體時能注意隱私及環境氣溫（如拉圍簾及關冷氣等）

4-3 潤滑導尿管，注意其量（不會太少）並且插入速度不會太快或太深，同時有轉移案主注意力，以減少不適感受

4-4 在尿量流出同時觀察案主表情或詢問案主感受，並注意單次尿量

不能超過 500ml。

不通過：注意個案感受四點中出現 3 點（含）以上即不通過。

5.正確書寫護理記錄：記錄日期、時間、量、質、色、個案反應、生命徵象、技術操作者。

不通過：未確實**正確**記錄護理過程與結果(即記錄內容與實際有誤差)即不通過。