



應用高風險家庭評估模式於糖尿病截肢之個案報告

林亞發¹ 黃如蕙² 柯月桂³

摘要

本篇報告主要應用高風險家庭評估模式於一位糖尿病末期截肢病患之居家照護過程中，來瞭解高風險家庭對病情遭遇的實務問題與解決策略。藉此個案，提供家庭醫學科醫師更完整的評估與服務。先對個案全人評估，瞭解病情；再以一般家庭評估方法來定位個案的家庭發展階段、任務、環境、結構；最後以台灣內政部高風險家庭評估模式來尋求個案所遭遇困境的策略及建議。案女的家庭經濟狀況間接影響了個案後續轉介資源和適當醫療照顧。透過高風險家庭評估，可了解家庭處境對個案病情的影響。高風險家庭個案的處境是現今老人社會所面臨的問題，期待政府有關單位能早日因應。

前言

在長期照護領域的服務過程中，我們總會遭遇到因病患之各種家庭困境；進

而影響其病情進展。本篇報告主要應用高風險家庭評估模式於一位糖尿病末期截肢病患之居家照護過程中，了解高風險家庭對病情的遭遇處境。避免個案因為家庭因素，疏於照護，導致糖尿病末期截肢，威脅病患生命安全。透過此個案報告，期望激發相關醫療團隊服務人員，面對實務問題時，能積極尋求解決策略。瞭解如何經由跨組織的工作團隊之整合，達到有效力的幫助；期待高風險家庭個案可以更加被重視和推展。

個案簡介

一位居住於花蓮市72歲患有糖尿病和器質性精神病的婦女，六年前腦中風後臥床在家，由已婚的女兒獨立撫養。2010年3月10日接受精神科醫師居家訪視時，被發現左腳傷口有嚴重感染徵象；緊急轉至門諾醫院，接受左膝以上截肢手術。術後10日，因家庭經濟因素無法回診傷口拆線；故出院準備中心個案管理師轉介居家照護醫療團隊，安排居家訪視；傷口評估後並拆除縫線。訪視過程中，我們發現個案本身精神激動、無法與人溝通、瘦弱、四肢攣縮、呈現嚴重營養不良

1 財團法人臺灣基督教門諾會醫院家庭醫學科主治醫師

2 財團法人臺灣基督教門諾會醫院家庭醫學科住院醫師

3 財團法人臺灣基督教門諾會醫院居家照護中心個案管理師

關鍵詞：family evaluation, High-risk family, Diabetes, amputation



狀態。長期以來，與90歲罹患失智症的案夫同住。兩人的照顧繫於案女。進一步溝通後續照顧計畫後，我們發現案女的家庭經濟狀況間接影響了個案後續轉介資源和適當醫療照顧。

回顧這位婦女的整個疾病史，我們發現她有30多年吸菸(2包菸/天)、酒精濫用(米酒1-2瓶/天)、嚼檳榔(1-2包/天)的習慣。第一次住院(1999年5月)：因右手小指外傷，傷口無法癒合而住院。第一次診斷出第2型糖尿病，以後並未規則服藥。第二次住院(2004年3月)：因大醉數日後，家人發現意識變化送至醫院，電腦斷層影像顯示右大腦動脈處梗塞、壓迫腦幹造成呼吸衰竭，緊急接受右側顱骨切除術併右側顱葉切除術，另因長期無法拔管而做了氣管切口。出院時，轉介長期照護中心提供居家後續照護與復康巴士接送個案返醫院接受復健治療。第三次住院(2004年5月)：個案出

院1個月內即因案女工作忙碌，疏於照顧；病患自拔鼻胃管多日、造成低血糖送至急診。第四次住院(2004年6月)：個案因自殺傾向、自拔氣切管而被送至急診室。經檢驗出大腸桿菌造成的尿路敗血症再度入院治療。出院時，由精神科醫師定期居家訪視，個案出現睡眠困擾、躁動、情緒不穩、異常的破壞性行為等症狀；經精神科醫師診斷為器質性精神病。爾後家屬因為經濟因素以及溝通協調不佳為由，拒絕後續居家照護服務。第五次住院(2005年11月)：個案出現陰道出血的症狀，抹片檢查結果懷疑重度上皮異常，經住院電燒治療後，病理組織報告為第二級子宮頸原位癌；之後病人未定期追蹤治療。第六次住院(2010年3月)：精神科居家訪視門診中發現左足有潰爛傷口，建議其至整形外科門診，後轉收住院接受左膝蓋以上截肢手術。





個案評估

(一)身體檢查與日常功能評估

個案身高160公分，體重28公斤。生命徵象穩定，血壓110/86 mmHg，脈搏90/分，體溫36℃。外觀為慢性病容，意識迷糊，無法表達言語，GCS：E3VtM4。眼結膜蒼白，對光反射正常，瞳孔等徑。因意識不清、營養不良，而置入鼻胃管。曾因腦梗塞併呼吸衰竭、慢性支氣管炎，而裝置氣切管。胸部兩側粗糙聲。心臟正常規律無雜音。腹部之肝脾無腫大，腸音減弱。因長期臥床於尾椎處有一褥瘡傷口：2級、3公分x 3公分。因解尿失控，而置入尿管。四肢攣縮僵持，肌肉萎縮。左上膝截肢，傷口已癒。神經檢查中下肢呈現肌腱反射減弱、感覺與運動皆無反應。日常功能評估方面，巴式量表呈現零分：完全依賴型，科氏量表4級：無自我照顧能力，且整日限制在床上。

(二)心理狀況

個案於互動中呈現眼神渙散、情緒失常。有時不安、舉止躁動，且無意識的拉扯身旁物品。對身旁的人回應呈現無法合作的態度，且喪失與他人溝通之能力。與家屬談及個案之情感互動，照顧者表示個案已記不得家庭成員的名字與面孔。精神科醫師診斷出器質性精神病和失智症。

(三)實驗室血液生化數據(2010/3)

WBC	12.98 xTHSD/ul	BUN	23mg/dL
RBC	3.85 xMILL/ul	Creatinine	0.78 mg/dL
Hb	8.3 g/dl	Estimated Ccr	76.946 ml/min
Hct	25.5 %	Na/K	132.7/4.1 meq/L
MCV	66.2 fl	Glucose spot	167 mg/dL
Plt	433 xTHSD/ul	AST(GOT)	23 U/L
N/L/M/E/B	71.6/ 19.0/8.5/0.7/0.2	Bilirubin total	0.50mg/dl
Wound culture: Proteus mirabilis and Staphylococcus aureus			

(四)現有問題目錄

1. 第2型糖尿病合併左膝以上截肢手術
2. 右大腦動脈處梗塞合併左半身癱瘓和氣管造口術
3. 器質性精神病和失智症
4. 尾椎處褥瘡
5. 便秘
6. 營養不良
7. 小紅血球性貧血

(五)目前用藥和問題解決情形

1. 糖尿病：Metformin 500mg/tab 1 tab bid po
2. 腦梗塞：Aspirin(Bokey) 100mg/tab 1 tab qd po
3. 器質性精神病：Seroquel 100mg/tab 1# hs & 0.5 tab qd hs po
4. 褥瘡：Augmentin 1g/tab 1 tab bid x VII & CD bid
5. 便秘：Sennosides 12.5mg/tab 2 tab hs po
6. 營養不良：會診營養師
7. 貧血：進一步追蹤分析



家庭評估

(一)家庭發展階段和任務

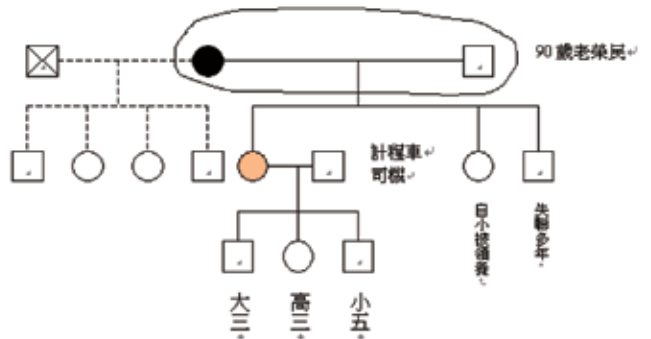
個案中風、案夫失智、案子失聯、案女待業已另有家室。經濟上只靠先生的退休金過活。目前生活照顧者主要為案女決定；案女對本身疾病採消極態度。由此可見，個案為老年期家庭階段，對於退休和疾病無能為力。

(二)環境評估

個案家住在偏僻的巷子內，沒有左鄰右舍。房間有如暫時遮風避雨處，個案和先生各自住在約2坪狹小的房間內；外面為一環境髒亂露天涼亭。案夫為一退伍軍人，阿兵哥不時送餐救濟。



(三)家庭結構



個案有兩次婚姻關係，現在和案夫住在一起。育有二女一男，小女自小被領養，沒有聯絡。案子失聯、案女待業為主要照顧者，女婿開計程車維生，育有二男一女；大兒子上大學，小女唸高三，經濟負擔沉重。三代未同居一處。個案終日臥床，為褥瘡高危險群，使用捐贈的病床(床邊有圍欄)；因無法口語表達，居家照顧部分主要案女負責。案女須同時照顧失智的父親，表示負擔沉重。

高風險家庭評估指標

依據台灣內政部93年頒定『高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫』，原本是針對受虐兒童及少年家庭處遇服務方案，現在從計畫中之『高風險家庭評估表』來評估個案家庭。高風險家庭係指該家庭因為主要照顧者遭逢變故或家庭功能不全而有可能會導致家庭內之個案未獲適當照顧者，有以下評估指標：



一、家庭成員關係紊亂或家庭衝突：

個案有兩次婚姻關係，原丈夫往生後和其子女並無往來。個案現在和案夫住在一起。育有二女一男，小女自小被領養，沒有聯絡；案子失聯多年。

策略及建議：強化家庭角色功能，提升個案家庭成員的責任。個案有二次婚姻關係，可和原丈夫子女往來親情聯絡。案子失聯多年，可透過警察或相關機構告知並負起家庭成員應有的責任。

二、家中成員或主要照顧者從事特種行業或罹患精神疾病、酒癮藥癮並未就醫或未持續就醫：

個案年輕時是一位酒癮者，並有糖尿病控制不良記錄，以致中風和左膝上截肢。案夫原為家庭主要照顧者，現已90高齡並因失智症，自顧不暇。

策略及建議：(1)考量經濟因素以及中低收入戶資格，可建議入住榮民養護所。(2)建議家屬請村里幹事/鄉鎮公所人員重審或申請低收入戶資格，可公費安置內政部老人之家。(3)轉介長期照護資源轉介中心，可申請居服員、喘息、交通接送服務、以及機構安置。

三、家中成員曾有自殺傾向或自殺紀錄者：

個案中風後，曾因自殺傾向、自拔氣切管而被送至急診室。後因情緒不穩、異常的破壞性行為等症狀，經精神科醫師診斷為腦傷性精神病。

策略及建議：個案接受精神科藥物 Sulpiride 50mg 1# HS+ BID, Mesyrel 50mg 2# HS Lorazepam 0.5mg 1# HS 治療後，個案情緒較為穩定，並由精神科醫師定期居家訪視。

四、因貧困、單親、隔代教養或，父母未婚或未成年生子等其他不利因素，使個案未獲適當照顧：

個案家庭為中低收入戶，現有案子失聯、案女待業；只靠案夫每月退休金勉強維生。

策略及建議：(1)個案為中低收入戶，月領4,000元殘障津貼；案夫失智、月領4,000元殘障津貼；退休金每月13,550元。(2)社工人員將運用社福基金（全聯社）協助支付住院醫療費用。(3)轉介長期照護資源轉介中心重新申請居服員、喘息、交通接送就醫服務(4)申請榮民輔導委員會之壽豐分院身障(失智)機構安置。(5)社會福利資源運用：1.捐贈輔具：手搖床、抽痰器、尿布、濕巾等。2.榮輔會生活物資尿布、管灌奶粉(6個月)。3.慈濟志工：定期環境大掃除。

五、非自願性失業或重複失業者：

案女因為需要照顧雙親，辭去居服員職位，目前打臨工賺取生活費，反而擔心個案住院醫療費用。

策略及建議：可透過工作介紹所和善心人士介紹臨時工賺取生活費用，兼顧兩方家庭。



六、負擔家計者死亡、出走、重病、入獄服刑等，使個案未獲適當照顧。

個案家庭本為低收入戶，因案子失聯多年，居無定所；後因代替他人報稅人頭戶，造成個案家庭低收入戶資格被取消。

策略及建議：可透過警察或相關機構，告知其父母最近狀況，並負起家庭成員的責任，避免造成家庭更大負擔。

結果

一、家庭評估結果：

個案臥病在床，案夫失智，二人居住在偏僻處。案子失聯，音訊全無；因代替他人報稅人頭戶，造成個案家庭低收入戶資格被取消。家中處置主要由案女所決定。案女為了照顧個案和本身家庭，失業在家。所以個案處在弱勢、老年期家庭，無法面對疾病和貧困生活的雙重打擊。期望社會福利資源的協助。

二、高風險家庭評估結果：

- (1) 平常居家訪視時，案女身體常因生病無法工作，偶爾女婿會開計程車至個案家接待。
- (2) 案夫為失智症無法成為主要照顧者。
- (3) 個案患有糖尿病併左膝上截肢和腦傷性精神病；傷口癒合後，情緒較為穩定，經由各居家照護團隊合作定期家庭訪視。
- (4) 個案為中低收入戶，月領4,000元殘障津貼；案夫失智、月領4,000元智

障津貼；加上案夫退休金每月13,550元，總共每月21,550元。已接受申請榮民輔導委員會之壽豐分院身障(失智)機構安置，後因被案女拒絕。案女總是藉由各種原因如：不願意出奶粉、尿布錢等；無法讓個案入住安養機構。

- (5) 案女身體常因生病，無法接受工作介紹所和善心人士介紹臨時工賺取生活費用。
- (6) 案子因居無定所，聯絡不上；無法告知因他代替他人報稅人頭戶，造成個案家庭低收入戶資格被取消。

整體而言：我們發現案女的家庭經濟狀況，間接的影響了個案後續轉介資源和適當醫療照顧。

討論

一、個案糖尿病控制不良，導致糖尿病左膝上截肢的結果：

個案自1999年診斷出糖尿病、2004年遭致梗塞型腦中風、至2010年糖尿病足左膝蓋上截肢，共約經歷了11年。主因不規則服藥控制和生活習慣不良，如喝酒等。糖尿病足是糖尿病患者常見的併發症，也是導致下肢截肢手術的最主要原因，除了造成病患身體缺損，功能喪失及心理精神方面的障礙外，也導致龐大的醫療費用支出與社會成本。

糖尿病足部潰瘍年發生率1-4%，而發生在合併有糖尿病患者盛行率5-10%



，約有50%的糖尿病患者經歷非外傷性下肢截肢，而這些病人在截肢後5年內有高達39-80%的死亡率。糖尿病的周邊神經病變和罹病時間長短有密切的關係，罹病時間愈久或病人的年齡愈大，得病機會愈高。研究顯示血糖控制較差的病患，容易發生神經病變。而根據糖尿病控制併發症試驗(DCCT)的研究結果顯示，積極控制血糖可以降低60%的神經病變，所以積極控制血糖是預防與治療的重要策略。

截肢是指以手術切除損傷或疾病造成無法修復的肢體，因其已嚴重到威脅生命，為了挽救生命而必須施行的一種侵入性醫療行為。大多數的糖尿病足合併症是皮膚潰瘍導致截肢，早期的發現和適當治療，85%以上是可預防的。導致增加截肢的危險因素有周邊神經病變合併保護性感覺喪失，足部壓力增加，足部骨頭構造畸形，周邊動脈阻塞性疾病和曾經有足部潰瘍或截肢的病史。

如何將糖尿病控制不良，導致糖尿病足截肢的概念推廣至高風險家庭的居家照護上，是醫療團隊專業人員的一大挑戰。若能減少糖尿病足的發生，不但能維持患者及其家人的生活品質，也可控制醫療費用的大量支出。

二、案女的家庭經濟狀況對個案後續轉介資源和適當醫療照顧的影響：

個案家中處置主要由案女所決定；案女工作原本亦是一位居家照護員，為了照顧個案和本身家庭，只能靠臨時工補貼

家用。案女之先生開計程車維生，育有二男一女；大兒子上大學，小女就讀高三，準備上大學，所以經濟負擔沉重。個案的申請榮民輔導委員會之壽豐分院身障(失智)機構已接受安置，後因案女總是藉由各種原因，無法讓個案入住安養機構。令人懷疑案女是否是因為讓個案入住安養機構後，案女就無法拿到個案的生活津貼，而藉口故意不讓個案入住。

高風險家庭面對突發性的壓力事件、案女家庭生存條件改變，致使家庭無法以過去一般的運作方式因應困難而陷入危機；因家庭長期匱乏、失能而威脅個案的生命。在協助高風險家庭的過程中，許多醫療團隊也受困於高風險家庭盤根複雜的問題中，陷入結案不掉，又解決不了的兩難處境，因而期盼能有以下好的處遇策略和建議來參考：(1)以二個家庭合而為一個整體來考量：案女和「個案」其實是指二個家庭合而為一來考量。家庭中的所有關係都無法獨立存在，因為，每一種關係都與其他關係有所關聯。高風險家庭的問題往往多元而複雜，因此進行問題診斷時，不應只注重案女某一行為來討論，而是應把案女放在家庭氛圍及其週遭的脈絡內來討論。(2)高風險家庭的策略目標：協助高風險家庭功能得以有效發揮，乃是家庭處遇的策略目標，Janzen 與 Harris(1997)則是將處遇的策略目標細分為：1.改變家庭成員的感覺和行為；2.增強家庭的結構，強化保護功能；3.維護家人清晰的關係；4.幫助家庭成員表達的意



見，改善家人間的關係；5.讓外在資源促進家庭成員與外界社會的聯結。由以上高風險家庭的處遇策略目標來看，唯有藉外在資源和人力來改變案女對個案的態度；增強個案的保護功能。(3)高風險家庭的處遇順序的選擇：家庭是一個系統，系統有牽一髮動全身的特性。建議高風險家庭處遇順序的選擇：1.維護個案的生存與安全乃是第一要務；2.促進家庭與社會網絡的連結，減少家庭處境的惡化，降低家庭對社會福利的依賴；3.強化家庭角色功能，提升個別成員的自尊與責任感。由以上高風險家庭處遇順序的選擇，唯有讓個案入住安養機構，維護個案人權的考量為第一要務。

三、高風險家庭評估內容的適用性：

在家庭生活週期發展而言，老年期家庭是個人生命的最後週期；定義在退休至死亡。面臨的重要事項問題有以下四點：(1)經濟能力(退休金)是否足夠。(2)各種老人疾病的發生和承受。(3)對家庭生活照顧者的依賴。(4)面對死亡的到來。綜合以上重要四項問題，尤其『對家庭生活照顧者的依賴』最為重要。因為老年人併有疾病或殘廢時，對家庭生活照顧者的依賴性，就更加提高。如臥病在床需要家庭生活照顧者扶持、退休金需要他人代領等。此時老年人如嬰孩般的需要照顧，所以家庭是否陷入高風險危機當中，常是家庭成員沒有辦法解決老年人的問題，無法負

起照顧者的責任；甚至因為個人家庭因素，無法照顧自己而放棄對老年人的照顧。

依據台灣內政部頒定『高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫』中之『高風險家庭評估表』，雖其原本是針對受虐兒童及少年家庭處遇服務方案，而從老年期家庭生活週期來探討其原因卻是相同，唯有內容上有所差別。針對老年期失能個案的需要，在『高風險家庭』之評估指標，有以下的建議：

(一)家庭功能失調因素

- (1)因貧困、單親無家庭成員照顧者。
- (2)家中成員曾有自殺傾向或自殺紀錄者。
- (3)家庭成員關係異常衝突。

(二)照顧者因素

- (1)負擔家計者死亡、出走、重病、入獄服刑等。
- (2)照顧者從事特種行業或罹患精神疾病、酒癮藥癮。
- (3)照顧者非自願性失業或重複失業者。
- (4)照顧者個人家庭因素，無法照顧自己而放棄對老年人的照顧。

(三)失能老年人因素

- (1)因重病曾有自殺傾向或自殺紀錄者。
- (2)獨居或被家人遺棄等。

由以上三個方向來考慮老年期失能個案，在『高風險家庭』評估指標內容的適用性，期望符合現今老人社會的需求。



結論

應用高風險家庭評估模式於一位糖尿病末期截肢病患之居家照護過程中，體認全人、全家之照護經驗，未來可應用在社區居家照護上，提供家庭醫學科醫師更完整的評估與服務。高風險家庭個案的處境是現今老人社會所面臨的問題，期待政府部門有關單位能早日因應。

參考資料

1. 內政部兒童局全球資訊網：篩選高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫。附表一：高風險家庭評估表。http://www.cbi.gov.tw/CBI_2/internet/main/index.aspx.
2. Moulik P K, Mtonga R, Gill GV: Amputation and mortality in new-onset diabetic foot ulcers stratified by etiology. *Diabetes care*. 2003; 26:491-4.
3. Jiang YD, Chuang LM, Wu HP, Tai TY, Lin BJ: Role of an outpatient clinic for screening of chronic diabetic complications - A model for diabetes managed care. *J Formosan Med Assoc* 1998; 97: 521-7.
4. Chuang LM, Tsai ST, Huang BY, Tai TY: The current state of diabetes management in Taiwan. *Diabetes Res Clin Pract* 2001; 54(suppl 1): S55-65.
5. Mitchell P, Smith W, Wanh JJ, Attebo K: Prevalence of diabetic retinopathy in an older community. *The Blue Mountains Eye Study. Ophthalmology* 1998; 105: 406-II.
6. American Diabetes Association: Preventive foot care in diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 63-4.
7. Janzen C, Harris O: *Family Treatment in Social Work Practice*. 3rd ed. Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, inc 1997; 64-82.
8. 李孟智：家庭醫學與家庭醫藥管理。台北：品佛企業管理顧問公司出版，1996：39-44。
9. 張憶純、古允文：家庭壓力、家庭資源與家庭危機形成之研究－以台灣省立台中育幼院院童家庭為例。社會政策與社會工作學刊，1999；3：99。