

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院

麻醉科系

適用對象(麻醉科系護理師)

# 〈手術麻醉後病患之運送〉

## 標準操作規範

編號：AUNQ01-202-A35

中華民國 88 年 07 月 01 日

制訂公佈

中華民國 107 年 08 月 30 日

第 12 次修訂

## 使用規定

- 一、擔任本職務執行作業者，應詳讀本手冊，並嚴格遵照執行。
- 二、倘若對所訂內容有疑問，應即向直屬主管請教，務必求得徹底瞭解為止。
- 三、對所訂內容如有改善意見時，應反應直屬主管並作充分溝通，俾使內容更為完整。

## 目 錄

壹、工作職責	4(15-1)
貳、操作標準	5(15-2)
參、異常狀況及處理對策	18(15-15)

## 壹、工作職責

總頁數：15

頁數：15-1

一、工作目的	確保手術病患於麻醉結束後，轉送過程安全無虞。
二、工作項目	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 病患從開刀房轉送至恢復室。</li><li>2. 病患從開刀房轉送至加護病房。</li><li>3. 病患從開刀房轉送至急診。</li></ol>

## 貳、操作標準

總頁數：15

頁數：15-2

項次	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
壹	開刀房至恢復室的轉送		<p>一、在開刀房拔除氣管內管後。</p> <p>(一)確定口鼻分泌物已抽吸乾淨，及足夠之自行呼吸。</p> <p>(二)送出開刀房前，持續以氧氣面罩給予氧氣，並確保足夠血氧飽和濃度。</p> <p>(三)巡迴護理師告知手術結束時間後，並確定病患生命徵象穩定，和外科醫師啟動 sign out 後，才可將病患轉送恢復室。</p> <p>(四)病患在推床上時，應保持護欄拉上位置。</p> <p>(五)確保各種輸液管之暢通無虞。</p> <p>(六)轉送過程中，推床上之病患腳朝前方，麻醉護理師處於病患頭位護送，並隨時注意病患之意識，呼吸型態及皮膚顏色。</p> <p>(七)到達恢復室時，恢復室護理師先給病患氧氣後，接上各種生理監視器，測量病患生命徵象。</p> <p>(八)恢復室護理師測量病患之生命徵象包括：意識、血壓、心跳、呼吸、血氧飽和、體溫、牙齒狀況等，分別記錄於「麻醉照護交班記錄表」上，由恢復室護理師及麻醉護理師共同簽認</p>	<p>1. 生命徵象是否穩定，呼吸次數及深度，是否平穩順暢。</p> <p>2. 有無上呼吸道阻塞。</p> <p>3. 鼓勵做深呼吸動作。</p> <p>4. 預防嘔吐造成吸入性肺炎。</p> <p>5. 運送病人前，應先行評估運送風險，然後依運送風險等級，準備運送所需裝備，並將以上登錄於麻醉照護交班記錄表之高風險運送配件檢單上。</p> <p>(1)風險等級 A: 須依醫囑備妥移動式多功能生理監視器，方可進行運送。</p> <p>(2)風險等級 B: 密切注意病人呼吸型態與整體狀況。</p> <p>6. 轉送途中，隨時注意病患的變化。</p> <p>7. 依麻醉照護交班記錄表與恢復室護理師交班，並填上生命徵象且交付，待病患送出恢復室後，將紀錄表置於術後訪視櫃內歸檔。</p> <p>8. 交接班時，依 TRM 之 ISBAR list，行交接班作業遵循。</p>	
			公佈日期：88 年 7 月	修訂日期：107 年 08 月 第 12 次修訂	

## 貳、操作標準（續）

總頁數：15

頁數：15-3

項次	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
壹	開刀房至恢復室的轉送		<p>(九)病患於手術過程中發生之異常狀況，如失血量、輸血量、心跳、血壓不穩定及處理情形，應詳細交班。</p> <p>二、未能在開刀房拔除氣管內管。</p> <p>(一)確保氣管內管及口鼻之分泌物，已抽吸乾淨。</p> <p>(二)確定氣管內管已固定妥當，及正確深度，並保持清潔。</p> <p>(三)病患必須繼續給予氧氣，並視情況調整氧氣流量。</p> <p>(四)當病患需使用特殊儀器，如呼吸器、同步動脈壓力…等，應事先通知恢復室準備，確定備妥後方可送出。</p> <p>(五)轉送過程中，應準備氧氣桶、Ambu Bag 及移動式多功能生理監視器。</p> <p>(六)病患在推床上時，應保持護欄上拉位置。</p> <p>(七)確保各種輸液管之暢通無虞。</p> <p>(八)轉送過程中，推床上之病患腳朝前方，麻醉護理師應處於病患頭位護送，並隨時注意病患之意識變化、呼吸型態及皮膚顏色與唇色。</p>	<p>1. 由麻醉醫師決定使用何種方式，維持病患之足夠換氣量。</p> <p>2. 注意氣切管路，因牽扯導致滑脫，有足夠自發性呼吸者，應以 Tracheal-mask 或 T-piece 方式給予氧氣。</p> <p>3. 視狀況可給予適當約束。</p> <p>4. 運送病人前，應先行評估運送風險，然後依運送風險等級，準備運送所需裝備，並將以上登錄於麻醉照護交班記錄表之高風險運送配件檢單上。</p> <p>(1)風險等級 A: 須依醫囑備妥生理監視器，方可進行運送。</p> <p>(2)風險等級 B: 密切注意病人呼吸型態與整體狀況。</p> <p>5. 氧氣筒壓力必須達1500 bar，不能低於800 bar。</p> <p>6. 運送過程中，須使用攜帶式血氧飽和濃度監測儀，持續監測病人血氧濃度。</p> <p>7. 轉送途中，隨時注意病患變化</p>	
			公佈日期：88年7月	修訂日期：107年08月 第12次修訂	

## 貳、操作標準（續）

總頁數：15

頁數：15-4

項次	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
壹	開刀房至恢復室的轉送		<p>(九)到達恢復室時，恢復室護理師先給病患氧氣 T-piece 或呼吸器後，接上各種生理監視器，測量病患生命徵象，並告知恢復室護理師，未拔管之原因及氣管內管尺寸與固定深度，並雙確認核簽。</p> <p>(十)恢復室人員測量病患之生命徵象包括：意識、血壓、心跳、呼吸、血氧飽和、體溫、牙齒狀況。</p> <p>(十一)病患於手術過程中發生之異常狀況，如失血量、輸血量、心跳、血壓不穩定及處理情形，應詳細交班。</p>	<p>8. 推床之速度不得太快。</p> <p>9. 若病人氣管內管未移除時，麻醉護理師應另與呼吸治療技術員交班，未拔管原因及氣管內管尺寸與固定深度，並雙確認核簽。</p> <p>10. 依麻醉照護交班記錄表與恢復室護理師交班，並填上生命徵象且交付，待病患送出恢復室後，將紀錄表置於術後訪視櫃內歸檔。</p> <p>11. 交接班時，依 TRM 之 ISBAR list 行交接班作業遵循。</p>	
貳	開刀房至加護病房的轉送		<p>一、已拔除氣管內管，麻醉結束後病人。</p> <p>(一)確定口鼻分泌物已抽吸乾淨，及足夠之自行呼吸。</p> <p>(二)送出開刀房前，持續以氧氣面罩給予氧氣，並確保足夠血氧飽和濃度。</p> <p>(三)巡迴護理師告知手術結束時間後，並確定病患生命徵象穩定，和外科醫師啟動 sign out 後，才可將病患轉送加護病房。</p>	<p>1. 生命徵象是否穩定，呼吸是否平穩順暢。</p> <p>2. 有無上呼吸道阻塞。</p> <p>3. 鼓勵做深呼吸動作。</p> <p>4. 預防嘔吐，造成吸入性肺炎。</p> <p>5. 運送病人前，應先行評估運送風險，然後依運送風險等級，準備運送所需裝備，並將以上登錄於麻醉照護交班記錄表之高風險運送配件檢單上。</p>	
			公佈日期：88 年 7 月	修訂日期：107 年 08 月 第 12 次修訂	

## 貳、操作標準（續）

總頁數：15

頁數：15-5

項次	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
貳	開刀房至加護病房的轉送		<p>(四)病患在推床上時，應保持護欄拉上位置。</p> <p>(五)確保各種輸液管之暢通無虞，若病情需要，依醫囑準備急救藥，如Atropine、Ephedrine…等</p> <p>(六)轉送過程中，推床上之病患腳朝前方，麻醉護理師處於病患頭位護送，並隨時注意病患之意識變化、呼吸型態及皮膚顏色與唇色。</p> <p>(七)到加護病房時，加護病房護理師先將氧氣雙頭接管，由氧氣桶換接至中央氧氣流量表，持續給病患氧氣，再接上各種生理監視器，測量病患生命徵象。</p> <p>(八)加護病房護理師測量病患之生命徵象包括：意識、血壓、心跳、呼吸、血氧飽和、體溫、牙齒狀況等，分別記錄於「麻醉照護交班記錄表」上，由加護病房護理師及麻醉護理師共同簽認。</p> <p>(九)病患於手術過程中發生之異常狀況，如失血量、輸血量、心跳、血壓不穩定及處理情形，應詳細交班。</p>	<p>(1)風險等級A:須依醫囑備妥生理監視器，方可進行運送。</p> <p>(2)風險等級B:密切注意病人呼吸型態與整體狀況。</p> <p>6.若為高危病人時，應有麻醉醫師先行執行麻醉運送風險評估後，決定風險型，並開立口頭醫囑運送所需裝備。</p> <p>7.氧氣筒壓力必須達1500 bar，不能低於800 bar。8.轉送途中隨時，注意病患的變化。</p> <p>9.轉送過程，必須有外科醫師陪同。</p> <p>10.使用多功能移動式生理監測器，持續監測生命徵象變化。</p> <p>11.依麻醉照護交班記錄表與加護病房護理師交班，並填上生命徵象，與加護病房護理師雙核簽後，帶回並置於術後訪視櫃內歸檔。</p> <p>12.交接班時，依 TRM 之 ISBAR list 行交接班作業遵循。</p>	
			公佈日期：88年7月	修訂日期：107年08月 第12次修訂	

## 貳、操作標準（續）

總頁數：15

頁數：15-6

項次	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
貳	開刀房至加護病房的轉送		<p>二、未能在開刀房拔除氣管內管。</p> <p>(一)確保氣管內管及口鼻之分泌物已抽吸乾淨。</p> <p>(二)確定氣管內管已固定妥當，及正確深度，並保持清潔。</p> <p>(三)病患必須繼續給予氧氣。</p> <p>(四)當病患需使用特殊儀器，如呼吸器、同步動脈壓力…等，應事先通知加護病房準備，確定備妥後方可送出。</p> <p>(五)轉送過程中，應準備氧氣桶、Ambu Bag 及生理監視器。</p> <p>(六)病患在推床上時，應保持護欄上拉位置。</p> <p>(七)確保各種輸液管之暢通無虞。</p> <p>(八)若病情需要，依醫囑準備急救藥如 Atropine、Ephedrine 等。</p> <p>(九)轉送過程中，推床上之病患腳朝前方，麻醉護理師應處於病患頭位護送，並隨時注意病患之意識變化、呼吸型態及皮膚顏色與唇色。必要時應以 Ambu bagging 輔助病患呼吸；無自發性呼吸時，應以 Ambu bagging 維持病患呼吸。</p>	<p>1. 由麻醉醫師決定使用何種方式，維持病患之足夠換氣量。</p> <p>2. 注意氣切管路，因牽扯導致滑脫。有足夠自發性呼吸者，應以 Tracheal-mask 或 T-piece 方式給予氧氣。</p> <p>3. 視狀況可給予適當約束。</p> <p>4. 運送病人前，應先行評估運送風險，然後依運送風險等級，準備運送所需裝備，並將以上登錄於麻醉照護交班記錄表之高風險運送配件檢單上。</p> <p>(1)風險等級 A: 須依醫囑備妥生理監視器，方可進行運送。</p> <p>(2)風險等級 B: 密切注意病人呼吸型態與整體狀況。</p> <p>5. 若為高危病人時，應有麻醉醫師先行執行麻醉運送風險評估後，決定風險型，並開立口頭醫囑運送所需裝備。</p> <p>6. 運送過程中，須使用多功能移動式生理監測器，持續監測病人血氧濃度。</p> <p>7. 轉送過程，必須有外科醫師陪同。</p>	
			公佈日期：88 年 7 月	修訂日期：107 年 08 月 第 12 次修訂	

## 貳、操作標準（續）

總頁數：15

頁數：15-7

項次	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
貳	開刀房至加護病房的轉送		<p>(十)到達加護病房時，加護病房護理師將氣雙頭接管，由氧氣桶換接至中央氧氣流量表，持續給病患氧氣或接上呼吸器後，接上各種生理監視器，測量病患生命徵象，並告知加護病房護理師未拔管之原因，及氣管內管尺寸與固定深度，並雙確認核簽。</p> <p>(十一)加護病房護理師測量病患之生命徵象包括：意識、血壓、心跳、呼吸、血氧飽和、體溫、牙齒狀況等，分別記錄於「麻醉照護交班記錄表」上，由加護病房護理師及麻醉護理師共同簽認。</p> <p>(十二)病患於手術過程中發生之異常狀況，如失血量、輸血量、心跳、血壓不穩定及處理情形，應詳細交班。</p>	<p>8. 轉送途中，隨時注意病患的變化。</p> <p>9. 轉送過程，必須有外科醫師陪同。</p> <p>10. 氧氣筒壓力必須達1500 bar，不能低於800 bar。</p> <p>11. 推床之速度不得太快。</p> <p>12. 依麻醉照護交班記錄表與加護病房護理師交班，並填上生命徵象，與加護病房護理師雙核簽後，帶回並置於術後訪視櫃內歸檔。</p> <p>13. 麻醉護理師須另與呼吸治療技術員交班，未拔管原因及氣管內管尺寸與固定深度，並雙確認核簽。</p> <p>14. 交接班時，依 TRM 之 ISBAR list 行交接班作業遵循。</p>	
公佈日期：88 年 7 月				修訂日期：107 年 08 月 第 12 次修訂	

標準作業規範：依作業程序逐項敘述各細目作業之操作目的、作業適用範圍、使用器材(工具)、操作說明(或管制基準)、注意事項及異常處理對策。

- (a) 操作目的：敘述標準操作流程執行之基本精神。
- (b) 作業適用範圍：敘述作業所能涵蓋應用之業務範圍。
- (c) 使用器材：敘述作業執行時會應用之器材或工具。
- (d) 操作說明或作業流程：敘述操作或作業的標準程序、方法或設備操作、運轉、檢查的標準程序。
- (e) 注意事項：敘述各作業細目需注意之操作程序、方法及異常防範方法、作業安全、品質管制及設備預防保養等應注意事項。

手術麻醉後病患之運送標準作業規範(一)

總頁數：15

頁數：15-8

作業目的	適用範圍	使用器材、工具
為確保手術病患於運送過程中之安全。	S53-001~S53-720 一、從開刀房運送病患至恢復室之過程。 二、從開刀房運送病患至各加護病房之過程。	1. 氧氣桶-----1 桶 2. 氧氣雙頭接管-----1 條 3. 氧氣供給方式： (1) Ambu Bag -----1PC (2) Simple Mask-----1PC (3) T-piece-----1PC (4) Tracheal-Mask-----1PC 4. 可攜帶式監測器包括： (1) 攜帶式血氧飽和濃度監測儀-----1Set (2) 移動式多功能生理監視器-----1Set 5. 藥物： (1) Ephedrine-----1PC (2) Atropine-----1PC 6. 空針-----2PC 7. 消毒棉枝-----1Set 8. 插管用具及材料-----1 組
		公佈日期：88 年 7 月      修訂日期：107 年 08 月 第 12 次修訂

## 手術麻醉後病患之運送標準作業規範(二)

總頁數：15

頁數：15-9

項次	操作說明或作業流程	注意事項
壹	<p>一、開刀房至恢復室的轉送</p> <p>(一)在開刀房拔除氣管內管後。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 確定口鼻分泌物已抽吸乾淨，及足夠之自行呼吸。</li> <li>2. 送出開刀房前，持續以氧氣面罩給予氧氣，並確保足夠血氧飽和濃度。</li> <li>3. 巡迴護理師告知手術結束時間後，並確定病患生命徵象穩定，和外科醫師啟動 sign out 後，才可將病患轉送恢復室。</li> <li>4. 病患在推床上時，應保持護欄拉上位置。</li> <li>5. 確保各種輸液管之暢通無虞。</li> <li>6. 轉送過程中，推床上之病患腳朝前方，麻醉護理師應處於病患頭位護送，並隨時注意病患之意識變化、呼吸型態及皮膚顏色與唇色。</li> <li>7. 到達恢復室時，恢復室護理師先給病患氧氣後，接上各種生理監視器，測量病患生命徵象。</li> <li>8. 恢復室護理師測量病患之生命徵象包括：意識、血壓、心跳、呼吸、血氧飽和、體溫、牙齒狀況等，分別記錄於「麻醉照護交班記錄表」上，由恢復室護理師及麻醉護理師共同簽認。</li> <li>9. 病患於手術過程中發生之異常狀況，如失血量、輸血量、心跳、血壓不穩定及處理情形，應詳細交班。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1)生命徵象是否穩定，呼吸是否平穩順暢。</li> <li>(2)有無上呼吸道阻塞。</li> <li>(3)鼓勵做深呼吸動作。</li> <li>(4)預防嘔吐造成吸入性肺炎。</li> <li>(5)運送病人前，應先行評估運送風險，然後依運送風險等級，準備運送所需裝備，並將以上登錄於麻醉照護交班記錄表之高風險運送配件檢單上。 <ol style="list-style-type: none"> <li>A. 風險等級 A：須依醫囑備妥移動式多功能生理監視器，方可進行運送。</li> <li>B. 風險等級 B：密切注意病人呼吸型態與整體狀況。</li> </ol> </li> <li>(6)轉送途中，隨時注意病患的變化。</li> <li>(7)依麻醉照護交班記錄表與恢復室護理師交班，並填上生命徵象且交付，待病患送出恢復室後，將紀錄表置於術後訪視櫃內歸檔。</li> <li>(8)交接班時，依 TRM 之 ISBAR list，行交接班作業遵循。所需裝備，並將以上登錄於麻醉照護交班記錄表之高風險運送配件檢單上。</li> </ol>
公佈日期：88 年 7 月		修訂日期：107 年 08 月 第 12 次修訂

## 手術麻醉後病患之運送標準作業規範(二)

總頁數：15

頁數：15-10

項次	操作說明或作業流程	注意事項
壹	<p>(二)未能在開刀房拔除氣管內管：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 確保氣管內管及口鼻之分泌物，已抽吸乾淨。</li> <li>2. 確定氣管內管已固定妥當，及正確深度，並保持清潔。</li> <li>3. 病患必須繼續給予氧氣，並視情況調整氧氣流量。</li> <li>4. 當病患需使用特殊儀器，如呼吸器、同步動脈壓力…等，應事先通知加護病房準備，確定備妥後方可送出。</li> <li>5. 轉送過程中，應準備氧氣桶、Ambu Bag 及多功能生理監視器。</li> <li>6. 病患在推床上時，應保持護欄上拉位置。</li> <li>7. 確保各種輸液管之暢通無虞。</li> <li>8. 轉送過程中，推床上之病患腳朝前方，麻醉護理師應處於病患頭位護送，並隨時注意病患之意識變化、呼吸型態及皮膚顏色與唇色。</li> <li>9. 到達恢復室時，恢復室護理師先給病患氧氣 T-piece 或呼吸器後，接上各種生理監視器，測量病患生命徵象，並告知恢復室護理師，未拔管之原因及氣管內管尺寸與固定深度，並雙確認核簽。</li> <li>10. 恢復室護理師測量病患之生命徵象包括：意識、血壓、心跳、呼吸、血氧飽和、體溫、牙齒狀況等，分別記錄於「麻醉照護交班記錄表」上，由恢復室護理師及麻醉護理師共同簽認。</li> <li>11. 病患於手術過程中發生之異常狀況，如失血量、輸血量、心跳、血壓不穩定及處理情形，應詳細交班。</li> </ol>	<p>(1)由麻醉醫師決定使用何種方式，維持病患之足夠換氣量。</p> <p>(2)注意氣切管路，因牽扯導致滑脫，有足夠自發性呼吸者，應以 Tracheal-mask 或 T-piece 方式給予氧氣。</p> <p>(3)視狀況可給予適當約束。</p> <p>(4)運送病人前，應先行評估運送風險，然後依運送風險等級，準備運送所需裝備，並將以上登錄於麻醉照護交班記錄表之高風險運送配件檢單上。</p> <p>A. 風險等級 A：須依醫囑備妥生理監視器，方可進行運送。</p> <p>B. 風險等級 B：密切注意病人呼吸型態與整體狀況。</p> <p>(5)氧氣筒壓力必須達 1500 bar，不能低於 800 bar。</p> <p>(6)運送過程中，須使用攜帶式血氧飽和濃度監測儀，持續監測病人血氧濃度。</p> <p>(7)轉送途中，隨時注意病患的變化。</p> <p>(8)推床之速度不得太快。</p> <p>(9)若病人氣管內管未移除時，麻醉護理師應另與呼吸治療技術員交班，未拔管原因及氣管內管尺寸與固定深度，並雙確認核簽。</p> <p>(10)依麻醉照護交班記錄表與恢復室護理師交班，並填上生命徵象且交付，待病患送出恢復室後，將紀錄表置於術後訪視櫃內歸檔。</p> <p>(11)交接班時，依 TRM 之 ISBAR list 行交接班作業遵循。</p>
公佈日期：88 年 7 月		修訂日期：107 年 08 月 第 12 次修訂

## 手術麻醉後病患之運送標準作業規範(二)

總頁數：15

頁數：15-11

項次	操作說明或作業流程	注意事項
壹	<p>二、開刀房至加護病房的轉送：</p> <p>(一)已拔除氣管內管，麻醉結束後病人：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 確定口鼻分泌物已抽吸乾淨，及足夠之自行呼吸。</li> <li>2. 送出開刀房前，持續以氧氣面罩給予氧氣，並確保足夠血氧飽和濃度。</li> <li>3. 巡迴護理師告知手術結束時間後，並確定病患生命徵象穩定，和手術醫師啟動 sign out 後，才可將病患轉送恢復室。</li> <li>4. 病患在推床上時，應保持護欄拉上位置。</li> <li>5. 確保各種輸液管之暢通無虞，若病情需要，依醫囑準備急救藥，如 Atropine、Ephedrine...等。</li> <li>6. 轉送過程中，推床上之病患腳朝前方，麻醉護理師處於病患頭位護送，並隨時注意病患之意識變化、呼吸型態及皮膚顏色與唇色。</li> <li>7. 到達加護病房時，加護病房護理師先將氧氣雙頭接管，由氧氣桶換接至中央氧氣流量表，持續給病患氧氣，再接上各種生理監視器，測量病患生命徵象。</li> <li>8. 加護病房護理師測量病患之生命徵象包括：意識、血壓、心跳、呼吸、血氧飽和、體溫、牙齒狀況等分別記錄於「麻醉照護交班記錄表」上，由加護病房護理師及麻醉護理師共同簽認。</li> <li>9. 病患於手術過程中發生之異常狀況，如失血量、輸血量、心跳、血壓不穩定及處理情形，應詳細交班。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 生命徵象是否穩定，呼吸是否平穩順暢。</li> <li>(2) 有無上呼吸道阻塞。</li> <li>(3) 鼓勵做深呼吸動作。</li> <li>(4) 預防嘔吐，造成吸入性肺炎。</li> <li>(5) 運送病人前，應先行評估運送風險，然後依運送風險等級，準備運送所需裝備，並將以上登錄於麻醉照護交班記錄表之高風險運送配件檢單上。 <ol style="list-style-type: none"> <li>A. 風險等級 A：須依醫囑備妥生理監視器，方可進行運送。</li> <li>B. 風險等級 B：密切注意病人呼吸型態與整體狀況。</li> </ol> </li> <li>(6) 若為高危病人時，應有麻醉醫師先行執行麻醉運送風險評估後，決定風險型，並開立口頭醫囑運送所需裝備。</li> <li>(7) 氧氣筒壓力必須達 1500 bar，不能低於 800 bar。</li> <li>(8) 轉送途中隨時，注意病患的變化。</li> <li>(9) 轉送過程，必須有外科醫師陪同。</li> <li>(10) 使用多功能移動式生理監測器，持續監測生命徵象變化。</li> <li>(11) 依麻醉照護交班記錄表與加護病房護理師交班，並填上生命徵象，與加護病房護理師雙核簽後，帶回並置於術後訪視櫃內歸檔。</li> <li>(12) 交接班時，依 TRM 之 ISBAR list 行交接班作業遵循。</li> </ol>
公佈日期：88 年 7 月		修訂日期：107 年 08 月 第 12 次修訂

## 手術麻醉後病患之運送標準作業規範(二)

總頁數：15

頁數：15-12

項次	操作說明或作業流程	注意事項
壹	<p>(二)未能在開刀房拔除氣管內管</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 確保氣管內管及口鼻之分泌物已抽吸乾淨。</li> <li>2. 確定氣管內管已固定妥當及正確深度，並保持清潔。</li> <li>3. 病患必須繼續給予氧氣。</li> <li>4. 當病患需使用特殊儀器，如呼吸器，同步動脈壓力等，應事先通知加護病房準備，確定備妥後方可送出。</li> <li>5. 轉送過程中，應準備氧氣桶、Ambu Bag 及生理監視器。</li> <li>6. 病患在推床上時，應保持護欄上拉位置。</li> <li>7. 確保各種輸液管之暢通無虞。</li> <li>8. 若病情需要，依醫囑準備急救藥如 Atropine、Ephedrine 等。</li> <li>9. 轉送過程中，推床上之病患腳朝前方，麻醉護理師應處於病患頭位護送，並隨時注意病患之意識，呼吸及皮膚顏色，必要時應以 Ambu bagging 輔助病患呼吸；無自發性呼吸時，應以 Ambu bagging 維持病患呼吸。</li> <li>10. 到達加護病房時，加護病房護理師將氣雙頭接管，由氧氣桶換接至中央氧氣流量表，持續給病患氧氣或接上呼吸器，後接上各種生理監視器，測量病患生命徵象，並告知加護病房護理師未拔管之原因，及氣管內管尺寸與固定深度，並雙確認核簽。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 由麻醉醫師決定使用何種方式，維持病患之足夠換氣量。</li> <li>(2) 注意氣切管路，因牽扯導致滑脫。有足夠自發性呼吸者，應以 Tracheal-mask 或 T-piece 方式給予氧氣。</li> <li>(3) 視狀況可給予適當約束。</li> <li>(4) 運送病人前，應先行評估運送風險，然後依運送風險等級，準備運送所需裝備，並將以上登錄於麻醉照護交班記錄表之高風險運送配件檢單上。 <ol style="list-style-type: none"> <li>A. 風險等級 A：須依醫囑備妥生理監視器，方可進行運送。</li> <li>B. 風險等級 B：密切注意病人呼吸型態與整體狀況。</li> </ol> </li> <li>(5) 若為高危病人時，應有麻醉醫師先行執行麻醉運送風險評估後，決定風險型，並開立口頭醫囑運送所需裝備。</li> <li>(6) 運送過程中，須使用多功能移動式生理監測器，持續監測病人血氧濃度。</li> <li>(7) 轉送過程，必須有外科醫師陪同。</li> <li>(8) 轉送途中，隨時注意病患的變化。</li> <li>(9) 轉送過程，必須有外科醫師陪同。</li> <li>(10) 氧氣筒壓力必須達 1500 bar，不能低於 800 bar。</li> <li>(11) 推床之速度不得太快。</li> <li>(12) 依麻醉照護交班記錄表與加護病房護理師交班，並填上生命徵象，與加護病房護理師雙核簽後，帶回並置於術後訪視櫃內歸檔。</li> <li>(13) 麻醉護理師須另與呼吸治療技術員交班，未拔管原因及氣管內管尺寸與固定深度，並雙確認核簽。</li> <li>(14) 交接班時，依 TRM 之 ISBAR list 行交接班作業遵循。</li> </ol>

公佈日期：88 年 7 月

修訂日期：107 年 08 月 第 12 次修訂

手術麻醉後病患之運送標準作業規範(二)

總頁數：15

頁數：15-13

項次	操作說明或作業流程	注意事項
壹	11. 加護病房護理師測量病患之生命徵象包括：意識、血壓、心跳、呼吸、血氧飽和、體溫、牙齒狀況等分別記錄於「麻醉照護交班記錄表」上，由加護病房護理師及麻醉護理師共同簽認。 12. 病患於手術過程中發生之異常狀況，如失血量、輸血量、心跳、血壓不穩定及處理情形，應詳細交班。	
公佈日期：88 年 7 月		修訂日期：107 年 08 月 第 12 次修訂

手術麻醉後病患之運送標準作業規範(三)

總頁數：15

頁數：15-14

參考資料

長庚醫院（2002）麻醉技術人員工作規範。

公佈日期：88年7月

修訂日期：107年08月 第12次修訂

## 參、異常狀況及處理對策

總頁數：15

頁數：15-15

異常狀況	發生原因	處理對策
一、嘔吐。	(一)病患術前禁食時間不足。 (二)麻醉藥物引發的嘔吐。 (三)顏面、口鼻之手術中，吞入太多的血水。 (四)局部阻斷麻醉引起低血壓造成嘔吐。	1. 禁食時間不足 8 小時者，依醫囑置入口胃管，盡量將胃內殘留食物抽出。 2. 運送途中，將病患頭部轉側一邊，以布單清除口內之嘔吐物。 3. 顏面、口鼻手術，所流入胃部之血水，應盡量抽吸乾淨。 4. 低血壓引起的嘔吐，應依醫囑給予藥物治療後，至血壓穩定後，方可送出手術室。
二、呼吸道阻塞。	(一)病患未完全清醒。 (二)沒有維持良好的呼吸道通暢。 (三)血塊、嘔吐物的堵塞。 (四)手術中存留的棉球紗布所造成。 (五)顏面、口鼻手術，造成腫脹，導致呼吸不順暢。	1. 維持呼吸道的通暢，將口鼻分泌物抽吸乾淨。 2. 將病患下頷古骨往上提，或將肩膀墊高，或是放置 Nasal air way。 3. 確認取出口鼻腔內棉球紗布。 4. 如病患呼吸不平穩順暢，必須延後拔除氣管內管。
三、氣管內管滑出。	(一)氣管內管沒固定好。 (二)病患躁動不安，未約束好，致使病患自行拔管。 (三)氣管內管放入位置太淺。	1. 運送前，檢查氣管內管是否固定好。 2. 躁動的病患，必須約束好。 3. 氣管內管固定深淺，必須確認。 4. 運送途中，應將手扶持在氣管內管上。
		公佈日期：88 年 7 月      修訂日期：107 年 08 月 第 12 次修訂