

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院 麻醉科系

適用對象(麻醉技術師、員)

〈手術麻醉後病人之運送〉

標準操作規範

編號：AUNQ01-202-A35

1999年07月01日 制訂公佈

2022年08月30日 第16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(17-1)
貳、操作標準	-----	5(17-2)
參、異常狀況及處理對策	-----	20(17-17)

壹、工作職責

總頁數：17

頁數：17-1

一、工作目的

確保手術病人於麻醉結束後，轉送過程安全無虞。

二、工作項目

- (一)病人從開刀房轉送至恢復室。
- (二)病人從開刀房轉送至加護病房。
- (三)病人從開刀房轉送至急診。

貳、操作標準

總頁數：17

頁數：17-2

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，並確定病人生命徵象穩定，和外科醫師啟動 sign out 後，才可將病人轉送恢復室。</p> <p>(四)病人在推床上時，應保持護欄拉上的位置。</p> <p>(五)確保各種輸液管之暢通無虞。</p> <p>(六)轉送過程中，推床上之病人腳朝前方，麻醉護理師處於病人頭位護送，並隨時注意病人之意識，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人氧氣後，接上各種生理監視器，測量病人生命徵象。</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，由麻醉醫生評估運送風險，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備檢視單上。</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，待病人送出恢復室後，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：1999 年 7 月	修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂	

貳、操作標準（續）

總頁數：17

頁數：17-3

項次	細目	管制基準	操作說明	注意事項	異常處理
	開刀房至恢復的轉送		<p>(八)恢復室護理師測量病人之生命徵象包括：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>(九)病人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)病人必須繼續給予氧氣，並視情況調整氧氣流量。</p> <p>(四)當病人需使用特殊儀器，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>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由麻醉醫師決定使用何種方式，維持病人足夠換氣量。 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。 3. 視狀況可給予適當約束。 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備檢單上。 	
			公佈日期：1999 年 7 月	修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂	

貳、操作標準(續)

總頁數：17

頁數：17-4

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>(六)病人在推床上時，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人頭位護送，並隨時注意病人之意識變化、呼吸型態及皮膚顏色與唇色。</p> <p>(九)到達恢復室時，恢復室護理師先給病人氧氣 T-piece 或呼吸器後，接上各種生理監視器，測量病人生命徵象，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)恢復室人員測量病人之生命徵象包括：意識、血壓、心跳、呼吸、血氧飽和、體溫、牙齒狀況。</p> <p>(十一)病人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>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，須使用脈衝式血氧飽和濃度監測器，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> <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，麻醉技術人員應另與呼吸治療技術人員交班：(1)未拔管原因。(2)氣管內管尺寸與固定深度。(3)呼吸器使用模式、術中使用的氧氣濃度及 ETO₂ 數值。(4)若有執行 ABG 分析，數值是否有異常與處理。然後雙確認核簽。</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，待病人送出恢復室後，將記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：1999 年 7 月	修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂	

貳、操作標準（續）

總頁數：17

頁數：17-5

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>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，並確定病人生命徵象穩定，和外科醫師啟動 sign out 後，才可將病患轉送加護病房。</p> <p>(四) 病人在推床上時，應保持護欄拉上的位置。</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，推床上之病人腳朝前方，麻醉護理師處於病人頭位護送，並隨時注意病人之意識變化、呼吸型態及皮膚顏色與唇色。</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備檢視單上。</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>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。</p> <p>8. 轉送途中隨時，注意病人的變化。</p>	
			公佈日期：1999 年 7 月	修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂	

貳、操作標準（續）

總頁數：17

頁數：17-6

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>(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，測量病人生命徵象。</p> <p>(八)加護病房護理師測量病人之生命徵象包括：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)病人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)病人必須繼續給予氧氣。</p>	<p>1. 由麻醉醫師決定使用何種方式，維持病人之足夠換氣量</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>	
			公佈日期：1999 年 7 月	修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂	

貳、操作標準（續）

總頁數：17

頁數：17-7

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>(四) 當人患需使用特殊儀器，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，應保持護欄上拉的位置。</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，推床上之病人腳朝前方，麻醉護理師應處於病人頭位護送，並隨時注意病人之意識變化、呼吸型態及皮膚顏色與唇色。必要時應以 Ambu bagging 輔助病人呼吸；無自發性呼吸時，應以 Ambu bagging 維持病人呼吸。</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備檢視單上。</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> <p>8. 轉送途中，隨時注意病人的變化。</p>	
			公佈日期：1999 年 7 月	修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂	

貳、操作標準（續）

總頁數：17

頁數：17-8

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，持續給病人氧氣或接上呼吸器後，接上各種生理監視器，測量病人生命徵象，並告知加護病房護理師未拔管原因，及氣管內管尺寸與固定深度，並雙確認核簽</p> <p>(十一)加護病房護理師測量病人之生命徵象包括：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)病人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>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. 麻醉技術人員應另與呼吸治療技術人員交班：(1)未拔管原因。(2)氣管內管尺寸與固定深度。(3)呼吸器使用模式、術中使用的氧氣濃度及 ETO₂ 數值。(4)若有執行 ABG 分析，數值是否有異常與處理。然後雙確認核簽。</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：1999 年 7 月	修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 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。

手術麻醉後病人之運送標準作業規範(一)

總頁數：17

頁數：17-9

作業目的	適用範圍	使用器材、工具
壹、為確保手術病患於運送過程中之安全。	S53-001~S53-928 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。	(一) 氧氣桶-----1 桶 (二) 氧氣雙頭接管-----1 條 (三) 氧氣供給方式： 1. Ambu Bag -----1PC 2. Simple Mask-----1PC 3. T-piece-----1PC 4. Tracheal-Mask-----1PC (四) 可攜帶式監測器包括： 1. 脈衝式血氧飽和濃度監測器-----1Set 2. 移動式多功能生理監視器-----1Set (五) 藥物： 1. Ephedrine-----1PC 2. Atropine-----1PC (六) 空針-----2PC (七) 消毒棉枝-----1Set (八) 插管用具及材料-----1 組
公佈日期：1999 年 7 月		修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂

手術麻醉後病人之運送標準作業規範(二)

總頁數：17

頁數：17-10

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"> 1. 確定口鼻分泌物已抽吸乾淨，及足夠之自行呼吸。 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。 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。 4. 病人在推床上時，應保持護欄拉上的位置。 5. 確保各種輸液管之暢通無虞。 6. 轉送過程中，推床上之病人腳朝前方，麻醉護理師應處於病人頭位護送，並隨時注意病人之意識變化、呼吸型態及皮膚顏色與唇色。 7. 到達恢復室時，恢復室護理師先給病人氧氣後，接上各種生理監視器，測量病患生命徵象。 8. 恢復室護理師測量病人之生命徵象包括：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。 9. 病人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。 	<ol style="list-style-type: none"> (1) 生命徵象是否穩定，呼吸是否平穩順暢。 (2) 有無上呼吸道阻塞。 (3) 鼓勵做深呼吸動作。 (4) 預防嘔吐造成吸入性肺炎。 (5) 運送病人前，由麻醉醫生評估運送風險，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備檢視單上。 <ol style="list-style-type: none"> 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。 B. 風險等級 B：密切注意病人呼吸型態與整體狀況。 (6) 轉送途中，隨時注意病患的變化。 (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，待病人送出恢復室後，將記錄表置於術後訪視櫃內歸檔。 (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備檢視單上。

公佈日期：1999 年 7 月 修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂

手術麻醉後病人之運送標準作業規範(二) (續)

總頁數：17

頁數：17-11

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"> 1. 確保氣管內管及口鼻之分泌物，已抽吸乾淨。 2. 確定氣管內管已固定妥當，及正確深度，並保持清潔。 3. 病人必須繼續給予氧氣，並視情況調整氧氣流量。 4. 當病人需使用特殊儀器，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。 5. 轉送過程中，如病患可呼吸，應準備 T-piece、氧氣桶及及移動式小型血氧飽和濃度監測器(小黑)。 如病患無法自行呼吸則應準備氧氣桶、Ambu Bag 及多功能生理監視器。 6. 病人在推床上時，應保持護欄上拉位置。 7. 確保各種輸液管之暢通無虞。 8. 轉送過程中，推床上之病人腳朝前方，麻醉護理師應處於病人頭位護送，並隨時注意病人之意識變化、呼吸型態及皮膚顏色與唇色。 	<p>注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 由麻醉醫師決定使用何種方式，維持病人之足夠換氣量。 (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。 (3) 視狀況可給予適當約束。 (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備檢視單上。 <ul style="list-style-type: none"> A. 風險等級 A：須依醫囑備妥生理監視器，方可進行運送。 B. 風險等級 B：密切注意病人呼吸型態與整體狀況。 (5) 氧氣筒壓力必須達 1500 bar，不能低於 800 bar。 (6) 運送過程中，須使用脈衝式血氧飽和濃度監測器，持續監測病人血氧濃度。 (7) 轉送途中，隨時注意病患的變化。 (8) 推床之速度不得太快。 (9) 麻醉技術人員應另與呼吸治療技術人員交班：A. 未拔管原因。B. 氣管內管尺寸與固定深度。C. 呼吸器使用模式、術中使用的氧氣濃度及 ET02 數值。D. 若有執行 ABG 分析，數值是否有異常與處理。然後雙確認核簽。 (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。 (11) 交接班時，依 TRM 之 ISBAR list 行交接班作業遵循
公佈日期：1999 年 7 月		修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂

手術麻醉後病人之運送標準作業規範(二) (續)

總頁數：17

頁數：17-12

項次	操作說明或作業流程	注意事項
壹	<p>9. 到達恢復室時，恢復室護理師先給病人氧氣 T-piece 或呼吸器後，接上各種生理監視器，測量病人生命徵象，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>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</p> <p>11. 病人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>	
		公佈日期：1999 年 7 月 修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂

手術麻醉後病人之運送標準作業規範(二) (續)

總頁數：17

頁數：17-13

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"> 1. 確定口鼻分泌物已抽吸乾淨，及足夠之自行呼吸。 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。 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，才可將病人轉送恢復室。 4. 病人在推床上時，應保持護欄拉上位置。 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。 6. 轉送過程中，推床上之病人腳朝前方，麻醉護理師處於病人頭位護送，並隨時注意病人之意識變化、呼吸型態及皮膚顏色與唇色。 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，持續給病人氧氣，再接上各種生理監視器，測量病患生命徵象。 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。 9. 病人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>注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 生命徵象是否穩定，呼吸是否平穩順暢。 (2) 有無上呼吸道阻塞。 (3) 鼓勵做深呼吸動作。 (4) 預防嘔吐，造成吸入性肺炎。 (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備檢視單上。 <ol style="list-style-type: none"> A. 風險等級 A：須依醫囑備妥生理監視器，方可進行運送 B. 風險等級 B：密切注意病人呼吸型態與整體狀況。 (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。 (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。 (9) 轉送過程，必須有外科醫師陪同。 (10) 使用多功能移動式生理監測器，持續監測生命徵象變化。 (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。 (12) 交接班時，依 TRM 之 ISBAR list 行交接班作業遵循。 (13) 專送病人前，麻醉醫生將病人術中狀況輸入電腦，並與加護單位醫生交班。
公佈日期：1999 年 7 月		修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂

手術麻醉後病人之運送標準作業規範(二) (續)

總頁數：17

頁數：17-14

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"> 1. 確保氣管內管及口鼻之分泌物已抽吸乾淨。 2. 確定氣管內管已固定妥當及正確深度，並保持清潔。 3. 病人必須繼續給予氧氣。 4. 當病人需使用特殊儀器，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。 5. 轉送過程中，應準備氧氣桶、Ambu Bag 及生理監視器。 6. 病人在推床上時，應保持護欄上拉的位置 7. 確保各種輸液管之暢通無虞。 8. 若病情需要，依醫囑準備急救藥如 Atropine、Ephedrine 等。 9. 轉送過程中，推床上之病人腳朝前方，麻醉護理師應處於病人頭位護送，並隨時注意病人之意識，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。 	<ol style="list-style-type: none"> (1) 由麻醉醫師決定使用何種方式，維持病人之足夠換氣量。 (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。 (3) 視狀況可給予適當約束。 (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備檢視單上。 <ol style="list-style-type: none"> A. 風險等級 A：須依醫囑備妥生理監視器，方可進行運送。 B. 風險等級 B：密切注意病人呼吸型態與整體狀況。 (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。 (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。 (7) 轉送過程，必須有外科醫師陪同。 (8) 轉送途中，隨時注意病患的變化。 (9) 轉送過程，必須有外科醫師陪同。 (10) 氧氣筒壓力必須達 1500 bar，不能低於 800 bar。 (11) 推床之速度不得太快。 (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。 (13) 麻醉技術人員應另與呼吸治療技術人員交班：A. 未拔管原因。B. 氣管內管尺寸與固定深度。C. 呼吸器使用模式、術中使用的氧氣濃度及 ETO₂ 數值。D. 若有執行 ABG 分析，數值是否有異常與處理。然後雙確認核簽。 (14) 交接班時，依 TRM 之 ISBAR list 行交接班作業遵循。
公佈日期：1999 年 7 月		修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂

手術麻醉後病人之運送標準作業規範(二) (續)

總頁數：17

頁數：17-15

項次	操作說明或作業流程	注意事項
	<p>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，持續給病人氧氣或接上呼吸器，後接上各種生理監視器，測量病人生命徵象，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>11. 加護病房護理師測量病人之生命徵象包括：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>12. 病人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>	
公佈日期：1999 年 7 月		修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂

手術麻醉後病人之運送標準作業規範(三)

總頁數：17

頁數：17-16

壹、參考資料

- 一、長庚醫院（2002）麻醉技術人員工作規範。

公佈日期：1999 年 7 月 | 修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂

參、異常狀況及處理對策

總頁數：17

頁數：17-17

異常狀況	發生原因	處理對策
壹、嘔吐。	一、病人術前禁食時間不足 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。	(一)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。 (二)運送途中，將病人頭部轉側一邊，以布單清除口內之嘔吐物。 (三)顏面、口鼻手術，所流入胃部之血水，應盡量抽吸乾淨。 (四)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。
貳、呼吸道阻塞。	一、病人未完全清醒。 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	(一)維持呼吸道的通暢，將口鼻分泌物抽吸乾淨。 (二)將病人下頷古骨往上提，或將肩膀墊高，或是放置 Nasal airway。 (三)確認取出口鼻腔內棉球紗布。 (四)如病人呼吸不平穩順暢，必須延後拔除氣管內管。 (五)拔管前，要再次與外科醫生共同確認，口中紗布是否取出。
三、氣管內管滑出。	(一)氣管內管沒固定好。 (二)病人躁動不安，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. 告知醫師事先依醫囑給於止痛劑或鎮定劑及事先約束病患。 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。 5. 如滑脫應先給予氧氣面罩維持血氧濃度並緊急通知醫師處理是否需重新插管。
公佈日期：1999 年 7 月		修訂日期：2022 年 08 月 30 日 第 16 次修訂