

運用 ISBAR 有效性交班

「學姊，這床病人 #\$\$%^&....#\$\$%^&....」

你在講什麼？怎麼聽不到啥重點？你對你的病人狀況了解嗎？」

你有沒有也有這種尷尬的時刻？才剛當上熱血護理師，滿腔的熱情就被交班徹底打敗。該怪學姊或醫師太機車？還是自己太笨？還是以前學校老師沒教、實習時又太混一直不練習交班？不只新人，我在病房帶實習時，聽著一些學長姊在交班給白班，把交班內容搞得很像說書人講故事一樣，鉅細靡遺地把病人說啥家屬說啥一字不漏地演出來，都快要比聽個 Podcast 還要久了，聽到我在後面快翻白眼，心裡想你快點講重點、快點下班好不好？

好加在你是聰明的，買了這本書準備亡羊補牢一下。有效的交班多重要？有研究指出七成的嚴重醫療異常事件的導因都是來自交班，故衛福部訂定的【109-110 年度醫院醫療品質及病人安全工作目標】促進醫療人員間及醫病間之有效溝通，(1) 落實醫療人員訊息傳遞有效性，(2) 落實病人轉換醫療照護團隊時之轉運、轉診安全作業，(3) 落實檢查、檢驗之危急值通報，且對於重要之警示結果及時通知醫師處理，(4) 加強困難溝通病人之辨識正確性；【107-108 年度醫院醫療品質及病人安全工作目標】(1) 落實醫療人員交接班，(2) 落實轉運病人之風險管理與標準作業程序，(3) 落實放射、檢查、檢驗報告之危急值或病理報告等其他重要結果及時通知與處理。有效的交班（溝通）就列在八大目標之首，過去十年醫策會也努力的在各個醫療機構推行 ISBAR 交班。傳統的交班常常因為不當陳述或表達欠缺邏輯性，導致訊息傳遞不完整或者接受者解讀錯誤，輕則被同事責怪、工作氣氛變差，重則危及病人安全，甚至影響生命。

要達到醫療團隊的有效溝通，ISBAR 就是一個很好用的交班工具，它可以在病人 CPR 時讓你在短短一分鐘內讓來支援的醫護同仁立刻了解你病人的狀況，也可以在短短 3~5 分鐘內把超長住院病人所有內容完整交班完。它是個可以讓你準時下班的工具，也是個讓你職場表現看起來像個專業護理師的好方法。準備好跟“菜鳥新人”說拜拜了嗎？讓我們一起先來了解甚麼是 ISBAR 吧！

一、Introduction（介紹）

I 就是 introduction，介紹自己給對方（對方可能是醫師、專師、社工、營養師、復健師…等等），另外就是介紹病人，講清楚病人的姓名、床號、住院診斷，若是常規交班則要再講清楚病人的性別、年齡和主治醫師，讓雙方對這個病人有一個基本的認識。

二、Situation（情境）

Situation 就是病人的現況或者觀察到的改變。

急救時怎麼交班？病人沒有呼吸心跳，已經啟動 ACLS。讓醫療科知道，你現在不出現不行。病人有緊急狀況時怎麼交班？病人因為甚麼原因住院治療，意識或 vital signs 哪個部分出了問題（要講出之前狀況和現在狀況的差異，讓對方知道這是個大問題），或者提出目前有需要醫療科在半小時內到場處理的情形，不然我們就等著病人下 ICU 或者被家屬告的狀況。三班輪班怎麼交班？就是報告病人的入院經過，目前已經做了哪些檢查和治療，現在還在等哪些檢查和治療，目前住院計畫已經進行到哪個步驟了（急性期？亞急性期？準備出院了？）。

三、Background（背景）

這不是指病人的後台有多大（當然啦，有些醫院有 VIP 制度，可能後臺有多硬也大概要了解一下），而是指病人的重要病史、用藥史、目前用藥和治療情形。

急救的時候，可能會這樣交班：他有糖尿病和心臟病，這次住院也是為了控制高血糖和心肌梗塞問題。或者病人長期洗腎，這次因為高血鉀和肺水腫住院。你這樣講，急救團隊大概就可以猜到病人心跳停止 5H5T 的原因。

病人有緊急狀況時怎麼交班？譬如呼吸喘的問題，你至少要跟醫師報告住院診斷、他有用那些藥物治療呼吸喘、目前 vital signs 和 SpO₂ 多少？呼吸音聽起來如何？現在有沒有用甚麼氧氣治療？（其他的緊急狀況，歡迎你把我們這本書翻完）。

常規的交接班，有哪些已知的過去病史、開刀史、用藥史、過敏史、TOCC，住院時做的 EKG 或 CXR 是甚麼？還有做了哪些特殊醫療檢查（CT、MRI、PET、PCI、超音波…）、以及他的報告是甚麼？目前確認的病人照護問題和醫學診斷有幾個？針對這幾個有開哪些藥物？或者針對這些診斷做了哪些醫療治療、護理措施、復健計畫等等。講到這裡，其實聽的人已經對這個病人的狀況熟悉六成了。

四、Assessment（評估）

評估是指最近一次的 vitals signs/SpO₂/GCS 數據，或者檢驗報告、特殊管路及裝置、傷口照護、照會哪些專家（其他科的醫師、社工、復健師、傷口造口師照會等）各層面的評估。

急救的時候，GCS 和心跳呼吸是唯一，你報告沒心跳、沒呼吸、給予疼痛刺激沒反應，醫師還不快衝過來就是傻 B。

緊急狀況下，基本評估除了 GCS 和 vital signs 之外，建議針對可能問題再進行相關身體評估（這個步驟就很考驗個人的基本知識和身評技能了、可能無法一步到位），及目前用藥或相關管路評估。另外一個很重要就是旁邊照護者（看護或家屬）的反應是平淡還是激動，這也可以讓準備接手的下家有個心理準備。

輪班的交班，在這邊就要花比較多時間報告。第一個是抽血或其他檢體報告，讓接班的人知道他做過哪些檢驗、異常報告有哪些、重要生物指標變化狀況（譬如感染的問題就要報告 WBC、CRP 和培養，心肌梗塞要報告 Troponin I、氣喘或 COPD 就是要報告 ABG）；第二個就是病人有照會過哪些醫療團隊專家，照會的原因 / 他們評估後給的回覆和建議 / 目前主治醫師做法等等；第三個就是護理診斷（care plan）或焦點問題（notes），包括管路護理（身上有哪些管路 / 尺寸 / 固定深度 / 外觀 / 引流液的量性質顏色等）、傷口護理、急性或慢性疼痛、潛在危險性跌倒、營養及吞嚥評估、活動功能評估、心理層面或自殺意念評估、出院準備服務（家庭 / 社會層面）評估、術前 / 術後護理等。

五、Recommendation（建議）

針對後續處理措施或方向，及可能發生危急狀況提出適當的建議。最後這一點很重要，卻也是常常被忽略。醫療團隊每個人專業能力不同，同樣是護理師也都有各自的優缺點，要提供良好的醫療照護品質，針對照護計畫提出建議是很棒的做法。另外偷偷告訴你，別小看自己，以為只有你菜，醫師裡面也有菜鳥，就算是資深醫師，碰到各次專科問題時，也可能是菜鳥一隻。

急救的時候，若 EKG 心律呈現 VF 或 VT，除了電擊、壓胸及 epinephrine IV 外，你可能也可以建議醫師來個 amiodarone（別懷疑，我看過總住院醫師在急救時慌到忘記它了）。

緊急狀況下，除了建議醫師或專師趕快過來處理病人時，也可以先跟醫師討論，是否請他先開一些口頭醫囑給你處理？譬如：病人呼吸喘且 SpO₂ 掉到 85%，我先給他戴 NRM 好嗎？病人現在抱怨胸痛背痛，可能是 AMI，我們先做一張心电图好嗎？病人這幾天一直都有燒到 39 度狀況、WBC 和 lactate 數值又高，有沒有考慮要往敗血症方面做檢查和治療？所謂的“批判性思考”，是需要有深厚的知識基礎和經驗累積，才能有正確觀念並提出有建

設性的建議。但無論如何，多問一句：有沒有什麼是我現在可以先做先處理的？準沒錯。

輪班的交班，主要就是針對護理診斷和焦點問題給予建議。譬如病人有 IAD（失禁性皮膚炎），可以建議下一班每兩小時就要檢查一下病人有沒有大小便、需不需要換尿布；譬如鼻胃管灌食的問題，家屬管灌技巧還不熟悉，就要提醒下一班再教一次；身體活動功能障礙，若是病人雙腳肌力兩分，就要提醒下一班幫忙病人做 PROM、確實兩小時翻身擺位一次。確實地提供建議，可以讓我們的照護有高品質、連續性和個別性，你在病人家屬和醫護團隊中的護理專業形象也會默默地升高再升高。

看到這邊，你累了嗎？還是覺得灰暗的護理生涯又燃起無限希望呢？期待我們的這本書能成為你左手的盾牌、ISBAR 成為你右手的利劍，讓你在這個護理沙場上百戰百勝！

總不上課嗎

手冊使用方式

醫院病人百百款，有些外科病人有著內科疾病，另有內科病人外帶外科的傷，為讓護理新人有著內外兼顧的照護能力，本書利用 ISBAR 快速建構護理交班邏輯，並針對臨床內、外科病人常見照護問題，分為：(一) 疾病症狀護理、(二) 外科手術護理、(三) 檢查與治療、(四) 急重症護理及(五) 長照等五大重點，採用真實臨床情境案例方式，讓讀者能立即掌握病人照護問題，並提供合宜的專業護理與技術。依序說明手冊閱讀與使用順序：

一、每一章節開頭使用 ISBAR 方式呈現真實臨床病人情境。

Introduction

姓名：游 OO、性別：男、年齡：62 歲

入院診斷：

(1) Esophageal cancer, squamous cell carcinoma, cT3N0M0, stage II.

Situation

- 個案下午一點由門診家屬陪同自行步入病房，108 年確診食道癌後常規於門診追蹤，於兩個月前 CCRT 已完治，經主治醫師評估預入院進行手術。
- 入院生命徵象：T：36.5°C，P：69 次/分，R：16 次/分，BP：116/76 mmHg。
- 入院血液檢查：WBC：4.25 × 10³/uL，無急性發炎之情形。
- 術前檢查：ECG：Normal sinus rhythm；CXR：No active lung lesion。
- 於入院第二天行 Feeding jejunostomy 手術，術中出血量 10 ml。
- 術後返病室觀察。

Background

- 過去病史：Esophageal cancer on 108/04，於門診規則追蹤。
- 手術病史：Light buccal tumor wide excision with right radical neck on 106/08。

Assessment

- 於病房生命徵象：T：36.2 °C，P：91 次 / 分，R：14 次 / 分，BP：136/90 mmHg。
- 術後血液檢查：WBC：9.25 × 10³/uL，Hb：11.9 g/dL，Hct：35.5%，PLT：147 × 10³/uL，Bun/Cr.：8/0.8 mg/dL，ALT (GPT) /AST (GOT)：24/21 U/L。
- 術後管路留置：鼻胃管：16 Fr. fix 55 cm 無引流物。



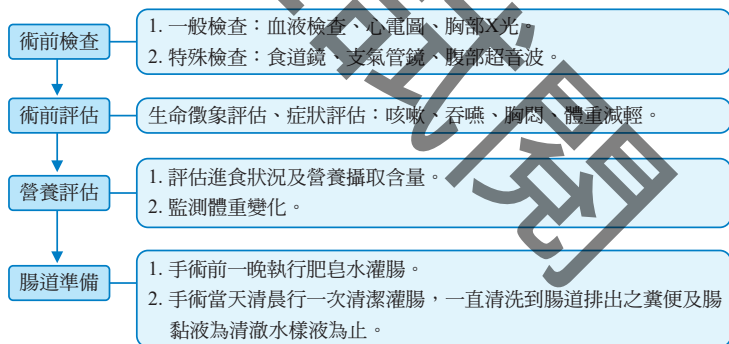
Recommendation

- 密集監測引流量、顏色及性質並確認各管路固定位置。
- 維持疼痛分數小於兩分，必要時依醫囑給予止痛劑。

二、依臨床病人診斷、疾病發展及醫護處置，予學理整合分析說明，可以在此處找到相關臨床學理與醫護處置概念。

三、外科手術護理 / 檢查與治療之章節，分別加入術前準備 / 檢查前準備。

(一) 術前準備



四、針對外科術後 / 檢查後護理措施，特別設計照護口訣，並依據病人不同屬性給予個別性照護。

(一) 加護病房護理 口訣：AD-NOW

A — **Airway**

D — **Drainage**

N — **Nutrition**

O — **Opioid**

W — **Wound**

(二) 一般病房護理 口訣：AD-NW-PM

A — **Airway**

D — **Drainage**

N — **Nutrition**

W — **Wound**

P — **Pain**

M — **Mental**

五、於各章節未提供出院衛教，於臨床可立即快速使用予病人或家屬護理衛教指導。

看到這裡，想必對本書風格與使用方式已經了解不少了，就讓我們一起在臨床為病人守護生命、照護健康吧！！

總不上課嗎

頭暈 (Dizziness)

Introduction

姓名：黃○ 性別：女性 年齡：25 歲

職業：飯店公關

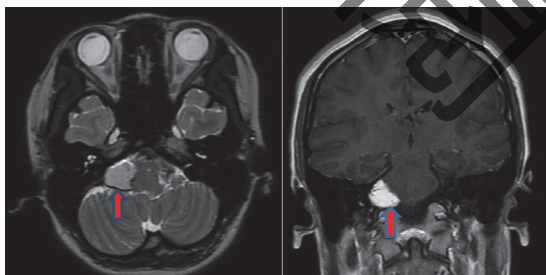
主述：頭暈、右側耳鳴伴隨經常跌倒加劇，醫師說右腦腫瘤再次長大，需開刀治療。

入院診斷：Recurrent right CP (cerebello-pontine) angle tumor post Gamma knife radiosurgery (GKRS)

註：伽瑪刀放射手術 (gamma knife radiosurgery, GKRS)

Situation

- 案母陪同，自行步入病室，自主活動，不需輔助。
- 住院計畫目的：手術移除腦腫瘤。
- E4M6V5, pupil size 3.0 + OU., BT: 36.4°C, PR: 68 次/分, RR: 14 次/分, BP: 110/76 mmHg.
- 右耳外觀正常，無紅腫觸痛，無滲液。
- 臉部五官兩邊對稱，無異常感覺，無吞嚥困難。
- 術前血液：Hb: 12.9 g/dL, WBC: 4.76×10^3 /uL, platelet: 294.0×10^3 /uL, PT: 9.6 sec, aPTT: 28.8 sec, INR: 0.90, 無異常。
- 術前生化：BUN: 11 mg/dL, Cr: 0.5 mg/dL, eGFR: 163.98 ml/min, ALT: 13 U/L, AST: 17 U/L, Na: 140 mEq/L, K: 3.7 mEq/L, sugar: 110mg/dL, 無異常。
- 心電圖、胸部 X-ray, 無異常。
- Brain MRI with/without contrast: There is a well-defined fatty contain mass lesion about 20 x 23 x 18 mm in size at the right cerebello-pontine angle without apparent adjacent dural thickening or extension into internal auditory canal. Hypovascular appearance is found on perfusion study.



- On the second day of admission, operation with stereotactic navigator craniotomy removes brain tumor.
- Post-operation transfer to NICU. Return to the ward after overnight observation.

Background

- Appendicitis s/p appendectomy, 8 years ago.
- Right CP angle neoplasm (3cm) post-Gamma knife radiosurgery, 2 years ago, reduced about 2cm after 2 years follow up.
- 小學五年級因頻繁頭暈，醫院診察出右腦有小腫瘤，規則追蹤觀察。
- 國中三年級因持續暈眩、耳鳴，開始出現頭痛，brain MRI 腫瘤直徑 3 公分大小。擔心手術風險，選擇追蹤觀察。
- 2 年前，接受立體定位加馬刀放射手術治療，並規則追蹤腫瘤狀況。
- 一個月前，頭痛加劇伴隨嘔吐，走路時步態不穩甚至莫名跌倒，瘀青及傷口多處，醫師建議腫瘤移除手術治療。



Assessment

- 返室後生命徵象：E3M6V5，pupil size：3.0+ OU，BT：37°C，PR：86 次/分，RR：18 次/分，BP：102/76 mmHg
- 精神倦怠，說話時右側嘴角歪斜、沒有流口水，右側眼皮中度下垂、但能完全閉眼、無眼白外露。
- 右側手術傷口紗布覆蓋，外觀無滲血液、周邊無腫脹熱壓痛。
- 個案抱怨右側臉麻刺感，右側耳鳴且聽覺變更小聲，暈眩。
- 呼吸順暢、無須氧氣；吞嚥功能正常、無嗆咳。
- 床上四肢活動無障礙、無麻木或無力。
- 大、小便無障礙。



Recommendation

- 觀察並記錄腫瘤移除手術後，顱內神經可能受影響的範圍與嚴重程度。
- 及早安排復健、中醫整合性治療，協助恢復神經功能。
- 手術傷口換藥，保持傷口紗布外觀白淨、無浸潤。
- 遵醫囑抗生素、類固醇、止痛與症狀緩解之藥物治療。
- 觀察並評估藥物作用效果、副作用發生與否。
- 鼓勵下床活動，觀察暈眩影響走路活動狀況。

一、疾病介紹

(一) 前言

病人頭暈進展與發作時的特性，能協助我們抓住重點式的身體評估，了解身體受到的影響及損傷狀態。神經系統疾病中，會出現頭暈症狀可能原因：小腦：中風（梗塞性、出血性）、腫瘤、膿瘍。眼：複視、單側眼皮下垂、雙側眼球沒有在同一水平線上。耳：內耳耳石脫位不平衡、腫瘤壓迫。其他造成頭暈可能因素是高血壓、貧血、缺氧、腦部腫瘤放射治療後等等。

(二) 評估方式

小腦中風發生當下的頭暈，多是立即性的突然站不穩，之後為持續性的頭暈就更無法起身下床，病人意識狀態會是清醒但虛弱，四肢活動度也會是表現正常；腦內膿瘍為感染，追溯可能問題來源非常重要，在病史詢問上更要追根究底。飲食習慣（生食或野味）、生活習慣與環境、最近疾病就醫史（鼻竇炎或牙周病），旅遊史，職業、過去疾病與過敏史、最近有無外力創傷事件，都應該詳細詢問與計錄。

1. 重點式身體評估：

- (1) 意識狀態：清醒、警覺、嗜睡、混亂、昏迷。
- (2) GCS, pupil size, light reflex.
- (3) Vital signs (T, P, R, BP)
- (4) Four limbs muscle power and 深層肌腱反射 (Deep tendon reflex, DTR)
- (5) 簡易 12 對顱神經評估

例如：詢問嗅覺減弱或異常、注意眼球是否置中水平及左右上下移動狀態、五官表情是否對稱、以彈手指方式測試左右耳聽力是否不同、以筆燈照射雙側耳孔及鼻孔與口腔觀察有否黏膜腫脹或傷口、吞口水及說話回答簡單問題。

(6) 步態測試：正常走路、單腳站立。

檢查、檢驗單：

一般生化：電解質、血糖、肝腎功能（肝腎異常與治療處置上監測相關）。

CBC/DC：了解是否有潛藏或現存性的感染、貧血，或是血小板凝血功能異常，關係到手術風險性的增高與否。

心電圖（ECG）、CxR：與手術麻醉的風險評估相關，評量基本的心肺功能狀態。

Brain CT：可以看到腦內是否有出血、積水、水腫或是顱骨骨折狀態。

Brain MRI：觀察腦內組織結構是否有壞死或萎縮、腦內腫瘤或膿瘍等異常狀況。

(7) 治療與手術：

Stereotactic navigator with craniotomy removal tumor（立體定位導航貼片合併顱骨切開移除腫瘤手術）

(8) 照護注意事項：

綜合上述的基礎評估與資料整理，從頭到腳歸納病人需要協助的問題，後續在醫療過程照護評估上，就更能協助病人規劃適當的自我復健計畫。

此案例腫瘤位置已侵犯到內耳道，目前雖有立體定位導航及術中神經監測技術協助，盡可能地避免傷害到顱神經，但術後評估仍發現病人的面神經與聽神經仍有部分麻痺情形。而追蹤腫瘤切除的病理報告為 Lipoma（脂肪瘤），是較為不常見於 CP（cerebellopontine）angle 的良性腫瘤，也可以回推到入院時為何沒有確切腫瘤診斷名稱及伽瑪刀放射手術（gamma knife radiosurgery, GKRS）未達預估療效的可能原因。

二、術後護理措施

(一) 加護病房護理口訣：AD-NOW

Airway

1. 注意麻醉後意識恢復及四肢活動狀態。
2. 評估呼吸道腫脹及清醒後脫離呼吸器的條件。

Drainage

1. 確認手術後傷口引流管的置放位置、功能、壓力設定，依醫囑指示。
2. JP ball（頭皮下），全壓 / 半壓 / 一指幅。
3. EVD（腦室內），mmH₂O / cmH₂O。
4. 紀錄引流液之顏色、內容物與引流量。
5. 確認外引流管皆有適當固定。

Nutrition

1. 評估吞嚥功能、噎咳及口水堆積情形。
2. 飲食時採高座位姿，飲食完30分鐘後再恢復休息躺臥姿勢。
3. 觀察並維持口腔與鼻腔清潔。
4. 評估腹脹、排便情形，維持腹部柔軟，避免腹壓影響。

Opioid

1. 觀察可能引起疼痛不適的生命徵象變化（血壓升高、心跳變快、呼吸淺快），固定姿勢不動等可能牽動傷口引起的疼痛。
2. 調整舒適姿勢與室溫、溫涼飲食、冰敷。
3. 依醫囑給予止痛藥物並評估其療效與不適反應。

Wound

1. 頭部傷口以酒精性優碘消毒直徑五公分範圍。
2. 觀察並記錄縫線間的傷口密合度、滲液、腫脹、循環顏色。

(二) 一般病房護理口訣：AD-NW-PM

Airway

1. 評估胸廓起伏深度、咳嗽、清除痰液功能。
2. 維持清澈呼吸音及末梢指氧合飽和度監測。
3. 鼓勵並協助早期離床的活動，如：床上坐高、足夠的翻身、背不靠床的床邊坐起。

Drainage

1. 確認頭皮外傷口引流管的種類與位置。
2. 紀錄引流液之顏色、內容物與引流量。
3. 確認外引流管皆有適當固定評估可及早移除引流管訊息（已留存天數、引流量）。
4. 追蹤病理切片報告結果。