

ICU 的日常

Daily Routine in ICU



陳逸婷

花蓮慈濟醫院
內科加護病房主任

「我不要、不要……」病人表情有點慌張。因為喉嚨裡插著管無法言語，當我問他是不是可以移除呼吸器自己呼吸時，他不知為什麼一直搖頭。要判斷呼吸衰竭的病人，是否已進步到可以脫離呼吸器了，除了一些生理參數的測量，「直接詢問病人的感受」也是一個重要的指標。我這個假日值班，雖然他不是我主治的患者，但根據前幾日的病情改善狀況，還有看著他在模擬沒有機器支持的模式下也可以平順的呼吸著，實在想不通他為什麼要拒絕我，不願意趕快「重獲自由」。「是不是現在會覺得吸不到氣，會喘？」他繼續皺眉、搖頭，看起來有點驚恐……。真是傷腦筋。這時候主護忙完另一床，探頭來查看，幫忙告訴病人他肺炎進步了，可以自己呼吸，把管子拔掉好不好？這時他竟然立刻開心的點頭同意了！原來這位病人是很謹慎的人，因為不認識我而拒絕配合；而過去這兩三天來在加護病房，把全身交付給護理師照顧，已經和主護建立了深厚的信任感。



需要護理師的敏銳雷達

重症病人常常身上有很多管路，連著很多機器，躺在床上動彈不得，因為使用呼吸器而口不能言。舉凡餓了、口渴、翻身、大小便、疼痛、焦慮、痰卡在氣管，甚至是想抓癢，都需要護理師的敏銳雷達，接收解讀病人肢體語言傳遞出的訊號，才能立即為病人找出身體或心理不安的來源，給予適當的護理、心理支持，以及傳達給醫療團隊和家人。

有些細節，還好有護理師幫忙發現、把關：

「阿嬤的抗生素給到一半，胸口有一小片紅疹，而且好像有愈來愈大片耶。」……還好在第一時間就發現藥物過敏，趕緊換藥，避免了更嚴重的藥物副作用。

「他股溝有一個焦痂，會不會是恙蟲病？」……平常看診做理學檢查，真的很容易漏掉這個部位。

「左手臂今天怎麼腫腫的？」……原來是之前植入人工血管的部位，形成靜脈血栓，還好有及時發現，趕快處理，不然血栓脫落變成肺動脈栓塞就不妙了。

「雖然大便是深咖啡色，不是 tarry（黑便），但是我覺得有血的味道」……伸手一翻阿公的眼瞼，結膜真的變得比昨天蒼白。

「這個病人血鈉比較高，妳給藥都用 normal saline 泡，這樣一天會進去很多的鈉耶。」……乖乖算一算，一天用到三包，就 13.5 克的鹽了！

「家屬來探病，阿公都不理人，本來以為他是意識不清，其實是在生悶氣。因為他都交代好了不要插管，想要在家裡平靜等佛祖接去天上，沒想到人醒來竟是在加護病房，喉嚨還插著呼吸器。」……原來護理師察覺病人的情緒，在會客時間後，耐心陪著，讓插著管不能講話的阿公用小白板慢慢寫，把心事講出來。

改善「病好了，人沒好」的現象

生重病的人，可能因為疾病本身，或治療所需的藥物影響，容易發生「譫妄」：有時可以清醒地配合治療，可能下一刻又神志不清、講話沒有條理，甚至會自己扯掉維生設備。有時器官衰竭改善了，可以離開加護病房，但腦子還很混亂，讓照顧的人相當頭疼，患者本人也當然沒有生活品質可言。我們單位的護理長和護理師們，主動組成一個小組，著手改善這種「病好了，人沒好」的現象。

要減少譫妄的發生，沒有特效藥，只有從病人的角度，把進了加護病房後的各種需求都考慮到；在接受各種辛苦治療的同時，身心的舒適性也能被盡量照顧到，不要被疼痛、睡眠不足等問題折磨，也要保持對自己疾病狀態、治療方向、每日作息的認知。護理團隊站在病人的立場，發現夜間病人入睡後，常被白鐵垃圾筒的蓋子「鏘」一聲閤上的聲音，和腳踢式水龍頭「啪」一聲踩開的聲音給驚醒。

於是，單位換了塑膠垃圾筒，生理監視器的警報音量也進行盤點規畫，還有夜間時段部分熄燈，噪音分貝的隨時偵測目視化回饋等，做了各種細心的調整，就是希望在有限的硬體資源下，可以讓重症患者夜裡好好休息，恢復元氣來修復身體。我若夜裡起來處理病人狀況，有時會心裡嘀咕自己睡眠不足好痛苦，哪裡還會注意到垃圾筒蓋子呢？幸好有小組裡體貼患者的夜班護理師。

陳逸婷醫師帶領內科加護病房團隊進行專案討論。





家屬共同照護機制

有時候新進的病人一覺醒來，可能覺得自己躺在異次元空間，身上插著機器，手腳被約束，喉嚨發不出聲音，身邊圍繞著藍藍和黃黃的外星人（工作服和隔離衣的顏色）。這時候病人可能會很驚恐，開始掙扎，我們一邊調整止痛和鎮靜藥物劑量，也會一邊慢慢解說，設法讓他了解，這裡是加護病房，為什麼會在這裡，身上有哪些管路，照顧他的人是誰，現在的時間，和之後的治療計畫。但畢竟對病人來說，一開始，我們都是藍藍黃黃的外星人啊。我們單位護理師很了解這一點，所以也規畫了家屬共同照護機制。

加護病房通常都有會客限制，家人每天只有短短的時間可以訪視。如果讓家人長時間留在病人旁邊，因為有各種高科技設備、儀器警報，還有各種緊湊的治療程序和患者反應，陪病家人通常會很容易緊張，會問一堆問題，甚至提出許多意見，讓護理師沒辦法專心執行治療。但是當病人出現人、時、地認知混亂，或因不安而希望家人在旁陪伴時，我們同仁也不怕麻煩，會主動找來家人，指導他遵守加護病房的陪病規則，引導家屬一起安撫病人。患者看到熟悉的臉孔，聽到熟悉的聲音，講著他家裡熟悉的事物，往往就會漸漸冷靜下來，進入狀況。然而護理師除了要照顧病人，這時候還連家屬也要照顧呢。

經過兩年各層面的努力，每天三班都評估每位病人有沒有發生譫妄，結果發生率真的下降了！譫妄發生率是重症人性化照護的全面性指標之一。這幾年，看到大家對重症病人心智狀態的尊重和體貼，以及背後付出的同理和耐心，真有說不出的敬佩。

像是異次元空間的加護病房，感謝護理師前輩

不要說是病人了，對醫學生和年輕住院醫師來說，加護病房也像是異次元空間。所有這些生理測量的原理及判讀、五花八門的儀器、各種特殊的治療方式，連病床都機關重重。

回想起我剛入門時，曾經每星期泡在加護病房七、八十個小時，才覺得好像勉強能掌握病人的狀況。成千上百的參數中，哪些是最重要的？儀器警報響了要怎麼反應？動脈導管血壓有測量誤差要怎麼處理？剛開始靠著 ICU 護理師前輩們指導，才漸漸跟上這個單位的超快節奏。

十多年過去，現在更講究團隊合作，在 ICU 導入了許多醫護組合式照護 (bundle care) 和團隊資源管理，醫生不是看病和開藥就好，更需要知道怎麼和不同職類的同事一起完成任務，共同成長。

護理專業在團隊合作的能力上，有優良的體質，而傳統醫學教育的養成過程，在這方面還是比較欠缺的。所以我們幫所有的內科住院醫師，安排了兩日重症護理師體驗課程，在他們第一次輪訓到 ICU 時，有兩天不用看病寫病歷，而是跟著資深護理師學長姊，體驗學習交班、給藥、翻身、換尿布、抽痰、測血糖、尿量、抽血、on cath、換藥、各種管路照護、設置動靜脈導管及壓力測量、儀器障礙排除等技能。每位住院醫師完成兩天訓練後，都寫了很令人感動的心得報告，也更了解工作上怎麼和護理合作，彼此都可以提升效率，例如血糖很穩定就不用驗得這麼頻繁、不要用拉肚子般滴滴答答的模式來開醫囑和抽血單，有比較特別的指示時，要讓護理師知道緣由等等。現在一些當年的住院醫師已經是主治醫師了，仍然和單位的護理師們合作愉快。

重症科醫師都知道，重症病人要好起來，一半是看疾病嚴重度和醫師的診療，另一半主要靠的就是細緻又溫暖的護理專業。醫生們不一定知道的是，這分專業現在已經不止直接用在病人照護上，也用在單位整體的流程設計和品質提升，更用在推動團隊合作及成長上。想到每天是和這樣一群專業的天使們共事，我就覺得很幸福。☺