

交班是個好東西 - 由主動脈剝離救護案件淺談EMT到院後交班-即刻救援

Handing Over Is a Good Thing
Discussing the Handover of a Patient With Aortic Dissection From
EMT to Hospital – Prompt Rescue

圖・文：新竹縣政府消防局 李晉緯

一、前言

藝人小鬼（黃鴻升）於 2020 年 9 月 16 日因「主動脈剝離」猝逝，享年 36 歲。主動脈剝離就如同一個不定時炸彈，一旦發生主動脈剝離，有高達 5 成的患者發作當下便身亡。

若緊急救護技術員（EMT）能在到院前藉由現病史詢問及輔助檢查臆斷出患者有主動脈剝離之可能，並且將其送至適當之急救責任醫院救治，便能大幅降低患者死亡的機率；本文將會透過主動脈剝離救護案例來探討 EMT 到院後的交班過程與其中遇到的問題。

二、派遣狀況

派遣日期及時間：2022 年 10 月 XX 日上午
06：30

案件類別：緊急救護 - 急病

派遣分隊：芎林分隊

出勤人員：翁嘉隆（EMT-2）、李晉緯（EMT-P）

現場狀況：報案人表示老先生氣喘發作，無
TOCC

患者所在位置：新竹縣芎林鄉某集合住宅 3 樓

三、現場評估處置及個案背景

EMT 到場後，發現患者為一名 75 歲男性，呈現三腳架姿勢端坐在客廳沙發扶手上，自述覺得呼吸喘、胸口悶痛、有冒冷汗情形並且看起來十分焦躁不安；個案過去病史有氣喘及心律不整，表示自己長久以來只看中醫從未看過西醫，因此家中未備有定量噴霧劑（MDI）與硝化甘油舌下含片（NTG）。

生命徵象部分：患者意識清楚、呼吸：20 次 / 分、血壓：129/78mmHg（左手）、脈搏：81 次 / 分、血氧：98%、體溫：35.8℃。

現病史：

O（Onset 發作情形）：早上起床起身時，突然胸口一陣疼痛

P（Provoke 緩解或加劇因子）：持續悶痛無法緩解，躺下會加劇

Q（Quality 胸痛性質）：悶痛

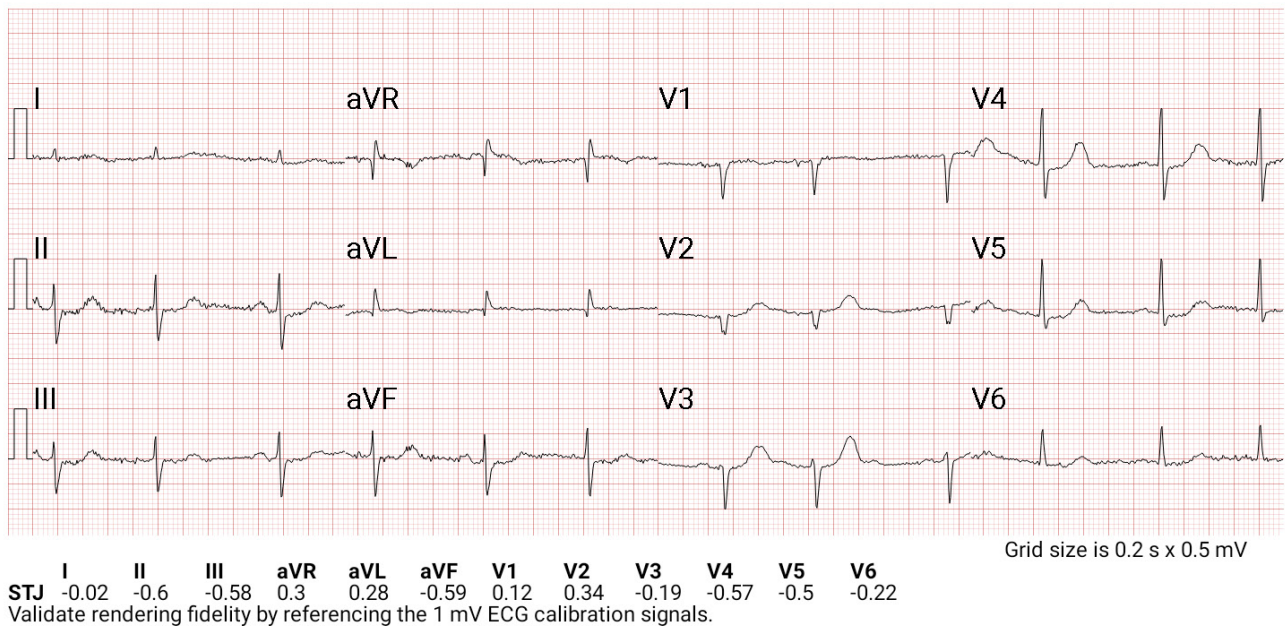
R（Region/Radiation 胸痛部位）：疼痛延伸到背部

S（Severity 疼痛程度）：疼痛程度 8 分痛

T（Time 時間）：報案前約 30 分鐘開始

其他症狀：持續盜汗、手麻

PATIENT NAME: 病患 0136 HR: 68 40+歲男性異常發現
 PATIENT ID: 病患 0136 PR Interval: NA 心房纖維顫動
 PATIENT AGE: 75 QRS Duration: 87 ms ST 段中度下降 [0.05+ mV ST 段下降], 疑似毛地黃反應
 PATIENT SEX: Male QT/QTc: 434/464 QT 間距偏長
 DEVICE ID: QIONG LIN P-R-T Axis: NA -20 74
 RECORDED: 10/26/22 07:02:26



Prepared by ZOLL XSeries at 10/26/2022 07:03:38

圖 1、患者現場 12 導程心電圖

針對病患的主訴狀況與相關病史，初步列出 3 個可能的病症：氣喘、急性冠心症、主動脈剝離，並依序對個別病症做鑑別檢查；詳細評估後之結果：呼吸音清晰乾淨、心音模糊、12 導程心電圖正常（Normal Sinus Rhythm）（如圖 1）、加測右手血壓：110/63mmHg、兩手桡動脈不對稱，高度臆測病患為主動脈剝離，遂立即於本縣心電圖 LINE 群組通知急救責任醫院準備收治（如圖 2）。

四、到院後評估與治療歷程

到院後患者生命徵象：意識清楚（GCS：滿分）、呼吸 18 次 / 分、血壓：105/64mmHg（右手）、脈搏：73 次 / 分、血氧：97%、體溫：35.6℃，12 導程心電圖正常（Normal Sinus Rhythm）排除心肌梗塞，檢傷 2 級。此時急救室內剛好有一位車禍腦出血的傷患正需要插管急救，因此醫院端暫先讓本案患者於留觀室中休息觀察，隨後於 10：40 安排施做電腦斷層掃描，影像判讀結果確認為 Type A 型主動脈剝離（如圖 3），最終在 11：21 安排轉院至新竹臺大醫院進行手術，前後歷時 3.5 小時診斷出主動脈剝離。

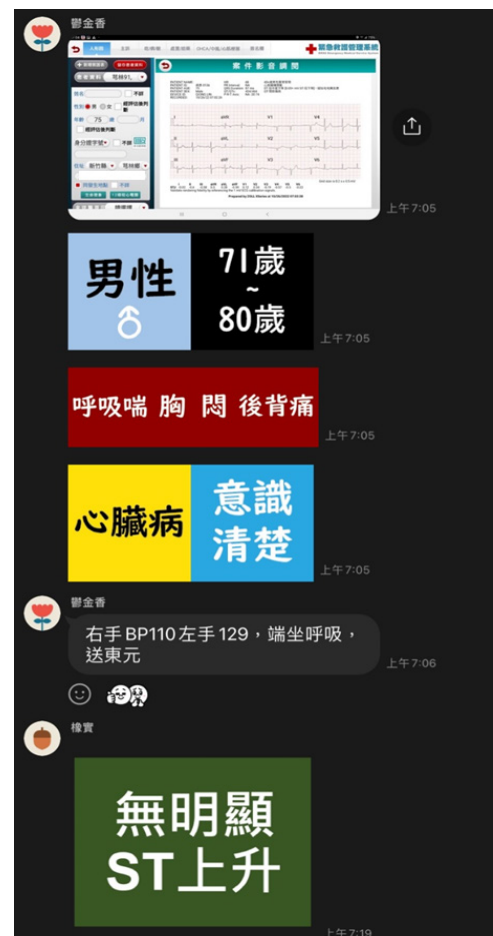


圖 2、出勤人員於新竹縣 12 導程心電圖 LINE 群組中通知後送醫院

五、主動脈剝離

（一）成因：

主動脈剝離（Aortic Dissection）是死亡率極高的心血管急症，約有 90% 的患者會以「突發性撕裂般的疼痛」為主要症狀，其形成原因是主動脈血管壁的中層因各式各樣的原因（如

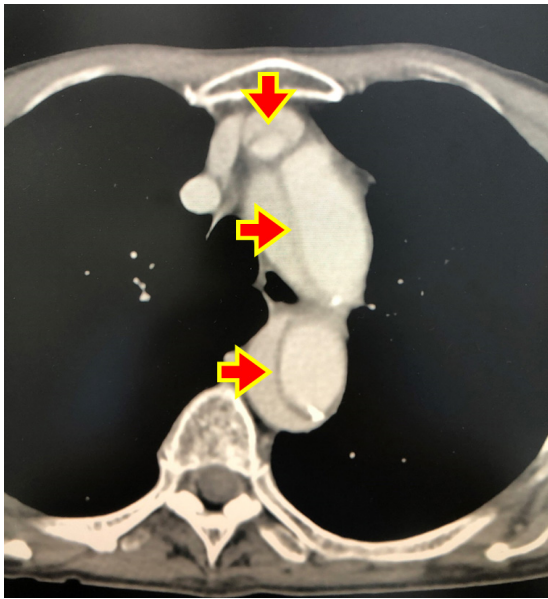


圖 3、病患到院後電腦斷層

高血壓或結締組織缺陷）受損後，加上血管壁內膜的破裂，導致血流經由內膜的裂孔讓一條血管管路被撐開成 2 條不一樣的路線，若正常的血流路線（真腔）被異常的血流路線（假腔）壓迫時，就會造成血液灌流不足，導致器官出現缺血、缺氧的情形，而依照主動脈剝離的位置，亦可能影響到不同的器官，像是出現腎臟缺血、腸缺血、類中風等症狀，若是大腦或心臟缺血壞死，患者可能就會當場昏迷或死亡。

（二）種類：

主動脈剝離依其受損的位置不同，臨床上可分為 A 型與 B 型（如圖 4），其中又以剝離位置在上升主動脈及主動脈弓處的 A 型主動脈剝離最為嚴重，若是及時不處理，約有 5 成的患者會在發生後 48 小時內會死亡，而每經過 1 小時死亡率就會增加 1%，必須立即進行緊急手術治療。

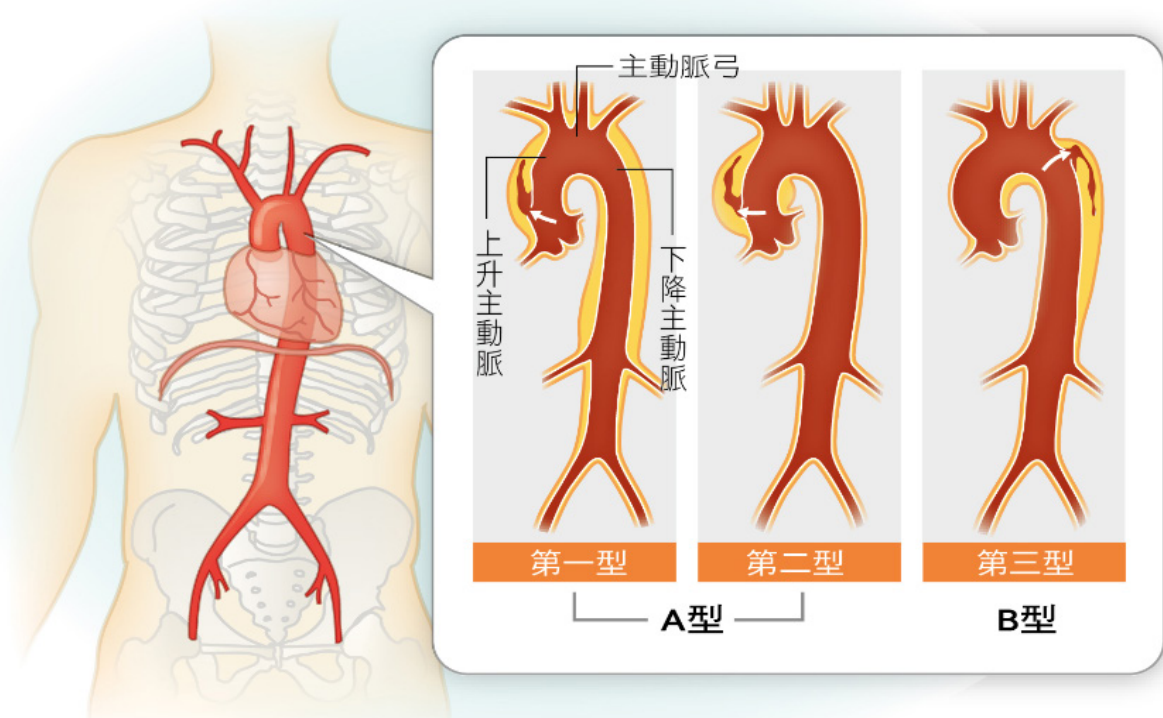


圖 4、史丹福（Stanford）主動脈剝離的分類

六、到院後交班模式

在醫療單位常採用「ISBAR」交班模組（Introduction- 自我介紹，Situation- 患者情況，Background- 患者的過去病史、用藥史，Assessment- 評估患者後的發現及臆斷等，Recommendation- 後續處置的建議方案），讓來支援急救的人員或即將接手後續照護的護理人員能在第一時間快速了解患者的狀況；而在分析 EMT 的出勤模式與到院後交接的現況後，專家建議 EMT 的到院後交班模式可改為「ISAR」交班模組（Introduction/Invitation/ Initiation- 自我介紹，Situationc- 患者主訴、重要既往史，Assessment- 主要發現、初步臆斷，Re-evaluation- 已對患者做的重要急救處置、處置後再評估結果），讓急診檢傷人員能夠快速了解要準備接收的患者狀況。

七、結論

本案患者不論是送醫途中無線電、LINE 群組及急診檢傷交接時，均有提到患者主要

的症狀與初步臆斷，但是卻花了將近 4 小時才診斷出主動脈剝離。

交班不是單向的溝通，而是要雙方都確實接收到正確資訊；當時恰逢急診早晚班換班時段又剛好遇到急救室內有其他急重症患者須急救，或許就在這一環一環的疏漏中，讓交班內容沒有繼續延續下去。

交班沒做確實，一旦出問題將可能導致各種嚴重的後果（如診斷錯誤、延誤治療、延長住院、醫療資源浪費、病患客訴、醫療糾紛等等），ISAR 交班模組具有系統性、結構性，能夠清楚、快速、有條理的傳達患者資訊，不管是救護人員對急診檢傷人員抑或是醫院內部的醫護人員交接班都能夠使用。

「交班」是個好東西，希望大家不要只是把它當裝飾品！請務必確實地告知急診檢傷人員患者所有狀況，以利醫院進行後續處置。

參考文獻

1. 楊文碩、謝金明（2021-04-27）。淺談團隊資源管理。內政部消防署消防月刊 109 年 12 月號。
2. 張雅雯（2016-10-15）。血管壁裂、血液竄流…主動脈剝離的致命危機。財團法人全民健康基金會第 38 期。
3. 衛生福利部、台灣急診醫學會。高級救護技術員教科書（第二版），頁 655-672。臺北市：衛生福利部。
4. 衛生福利部台灣病人安全資訊網，病安推廣 / 團隊資源管理。檢自 <https://www.patientsafety.mohw.gov.tw/xcdocb?xsmsid=0M097405157997984413>（FEB.26,2023）

