



標竿學習學員撰寫成果分享

服務機構：天主教輔仁大學附設醫院

姓名／職稱：邱芳靖／外科專師組長



預立醫療流程 設計發展工作坊

症狀別：瀝青便

Tarry stool

症狀別：瀝青便

Tarry stool

1. 撰寫動機：一般外科專師工作年資15年

2. 瀝青便對於本院之重要性：

不限於哪一科，人人都有可能出現這的問題

3. 撰寫決策之思考及推理過程：

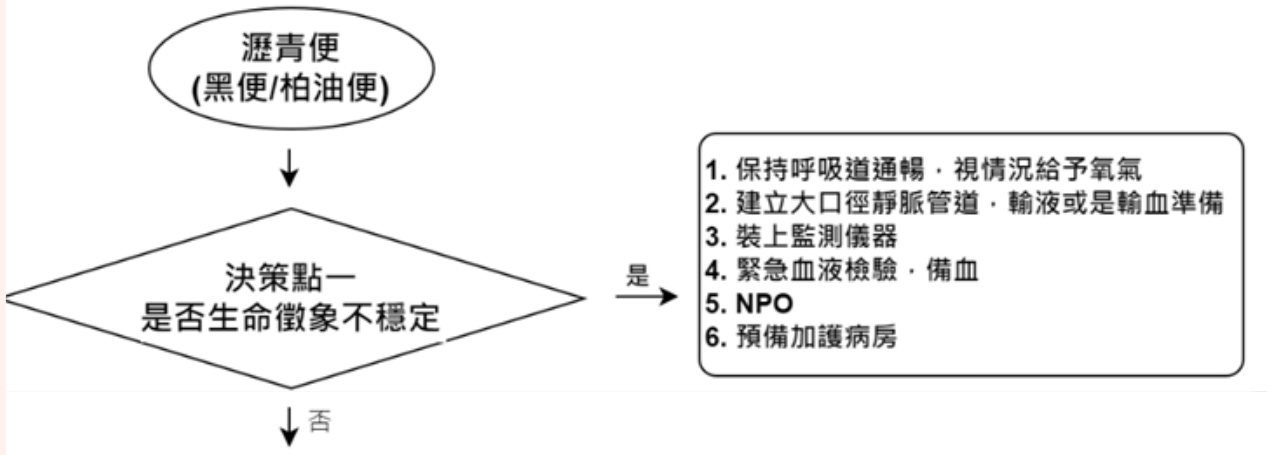
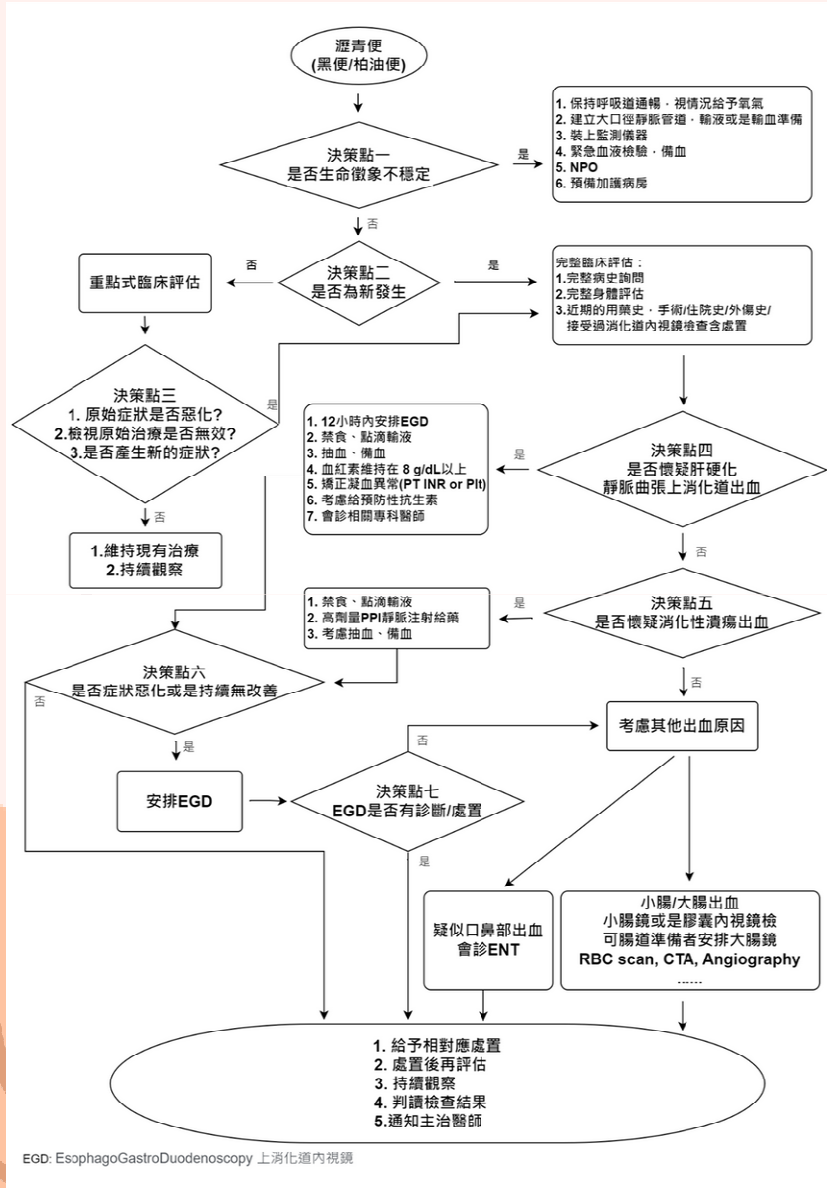
把平時處理病人的過程，轉成文字表達出來



臨床決策與 推理過程

決策過程

決策點一

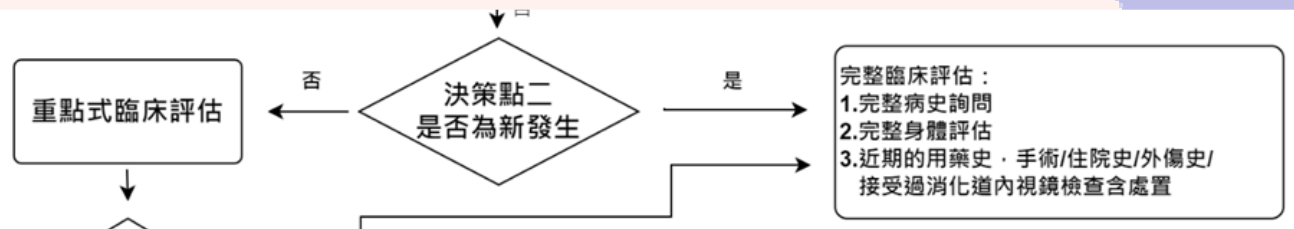
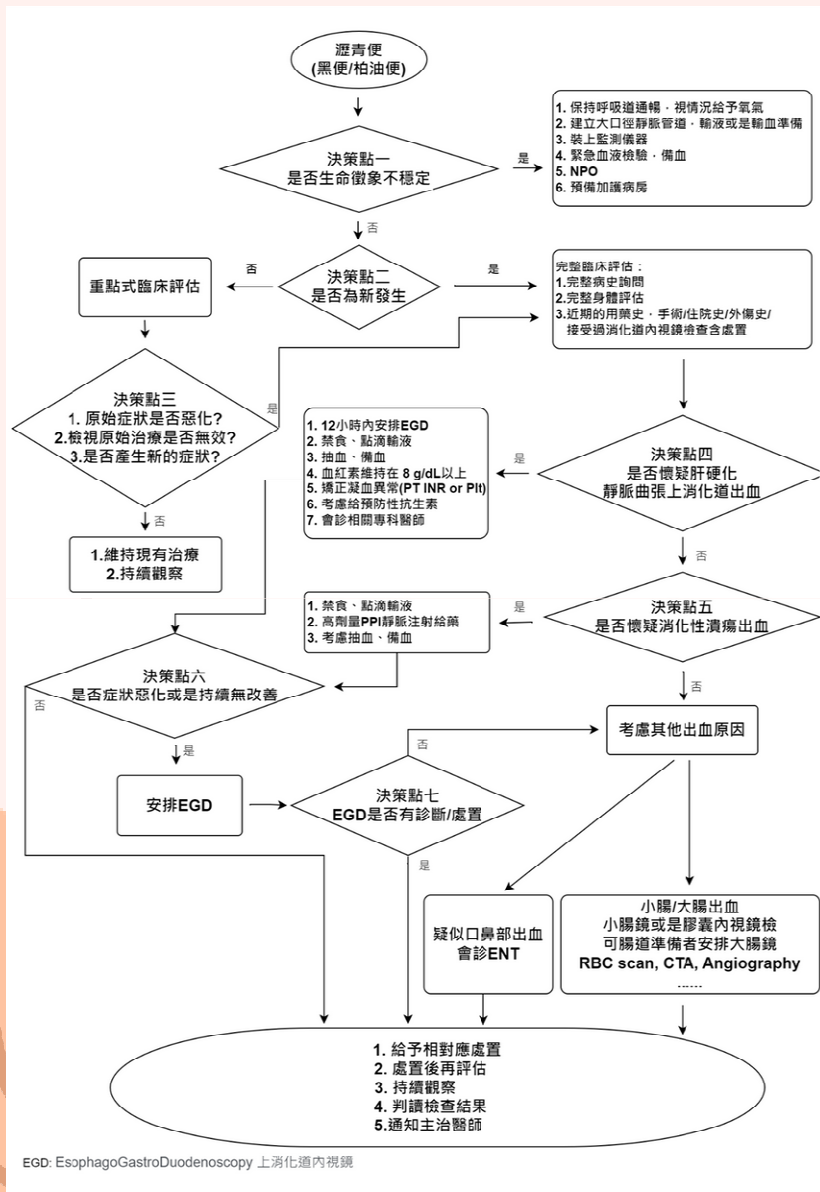


(一)、 不穩定病人的辨識：

一般出血量約750~1500ml時，生命徵象會開始出現變化。當病患突然排出大量瀝青便時，可能會因為脫水或是正在出血狀態下造成**低血溶性休克**，這時病患會出現**意識改變、周邊脈搏減弱、四肢冰冷、冒冷汗、寡尿**等臨床表徵，此時應視為不穩定病人，立即進行復甦。

決策過程

決策點二

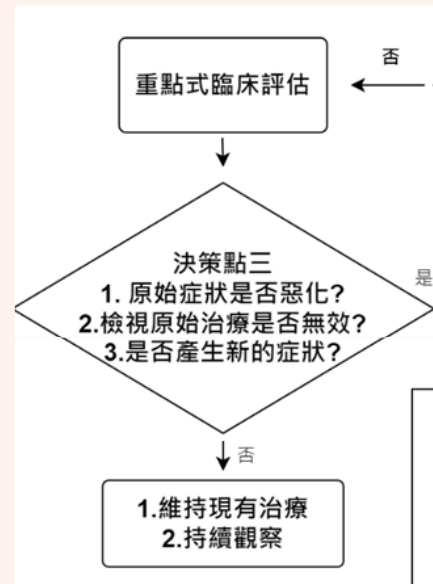
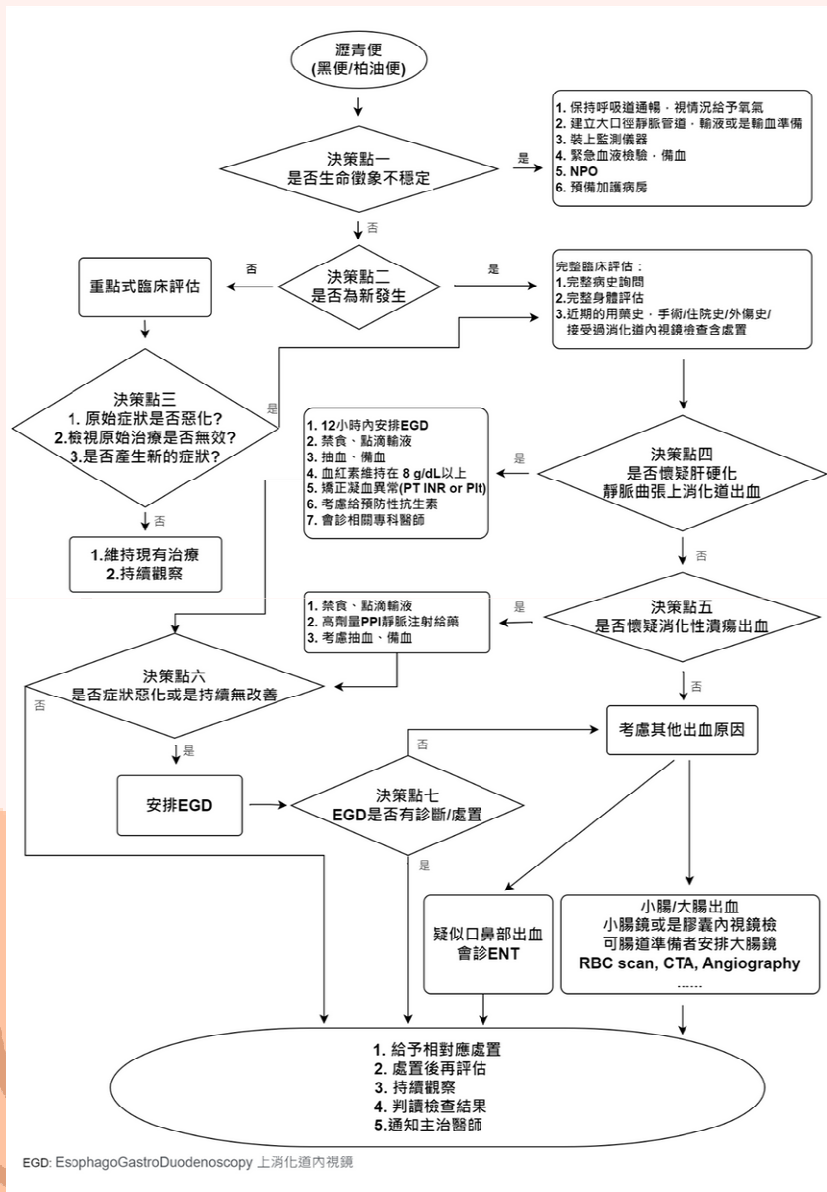


確認瀉青便是否為新發生

決策過程

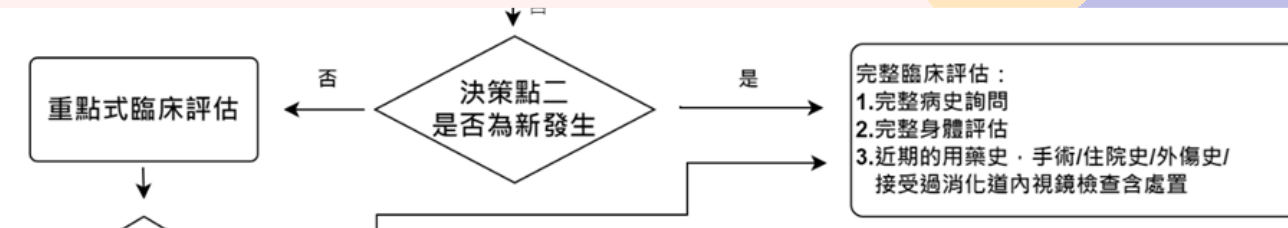
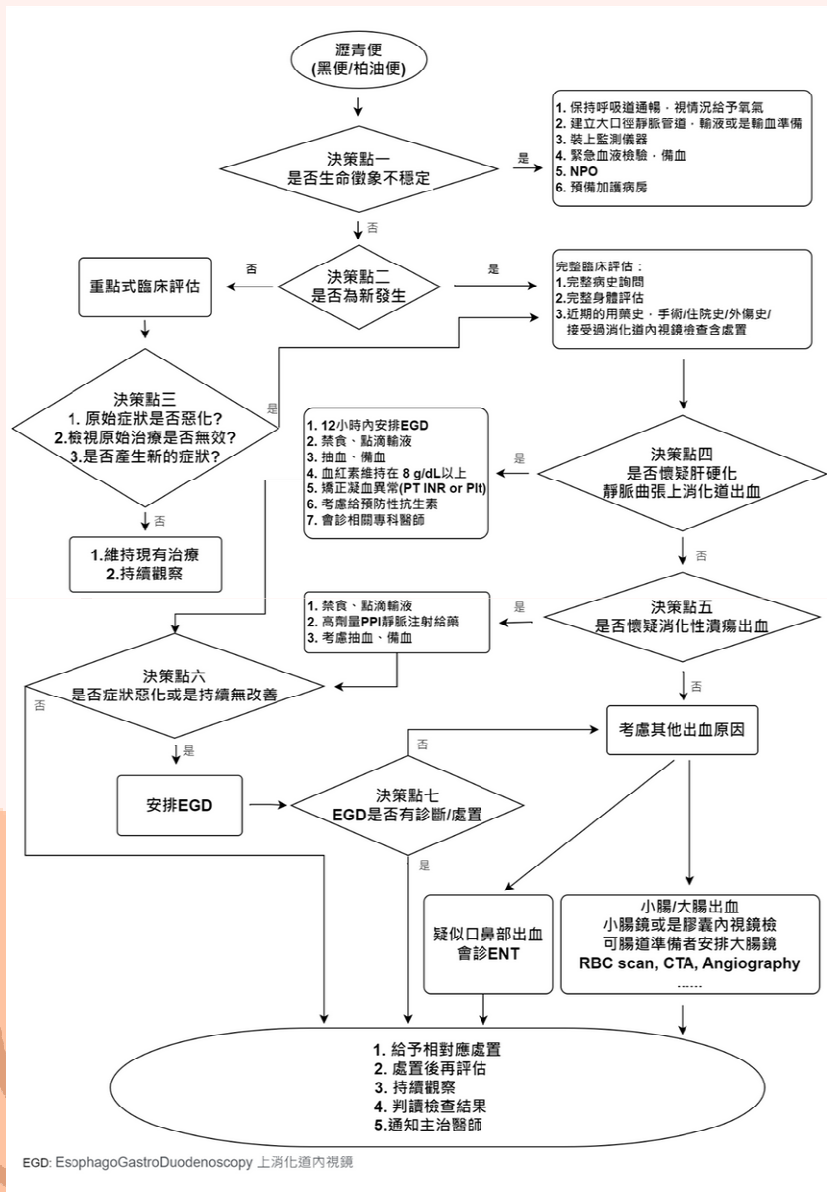
決策點三

原本就有瀝青便症狀的病人且已經接受治療，則進行重點式臨床評估，確認原始症狀是否惡化、治療是否有效以及是否產生新症狀等，若無則保持現有治療及觀察即可。



決策過程

決策點二



確認瀝青便為新發生可應用 LQQOPERA或是OLDCART進行詳細完整的臨床評估，藉由病史收集及身體檢查找出可能出血的位置、原因。

完整的臨床評估

以OLDCART為例

ONSET：解瀝青便何時開始，間歇性/持續性/逐漸性？

TREATMENT：之前有無治療過，目前如何治療？

SEVERITY：可使用GLASGOW-BLATCHFORD SCORE (GBS) 量表對急性上消化道出血患者進行內視鏡檢查前風險分類

RELIEVING FACTORS/RADIATION：確認是否相關止血藥物治療中，飲食狀況是否開始禁食讓腸道休息？

LOCATION：是否肛門排出？到廁所大便發現、換尿布沾在尿布上，會陰部有無其他傷口，若為女生可確認月經週期及過往有無陰道分泌，分泌物顏色、性質、量、味道

DURATION：瀝青便一直排出還是間歇排出？是否感覺越來越嚴重？

CHARACTER：糞便顏色、性質、量、味道？

OLDCART

ASSOCIATED：相關症狀：以前有沒有同樣的症狀，容易疲倦，大便有血，腹脹、腹痛、食慾下降。加重因素：藉由用藥史、本次入院的壓力指數、抽菸喝酒、也需檢視是否持續服用會活血的保健食品或是含鐵的產品

完整的臨床評估

病史收集**必要性**項目：

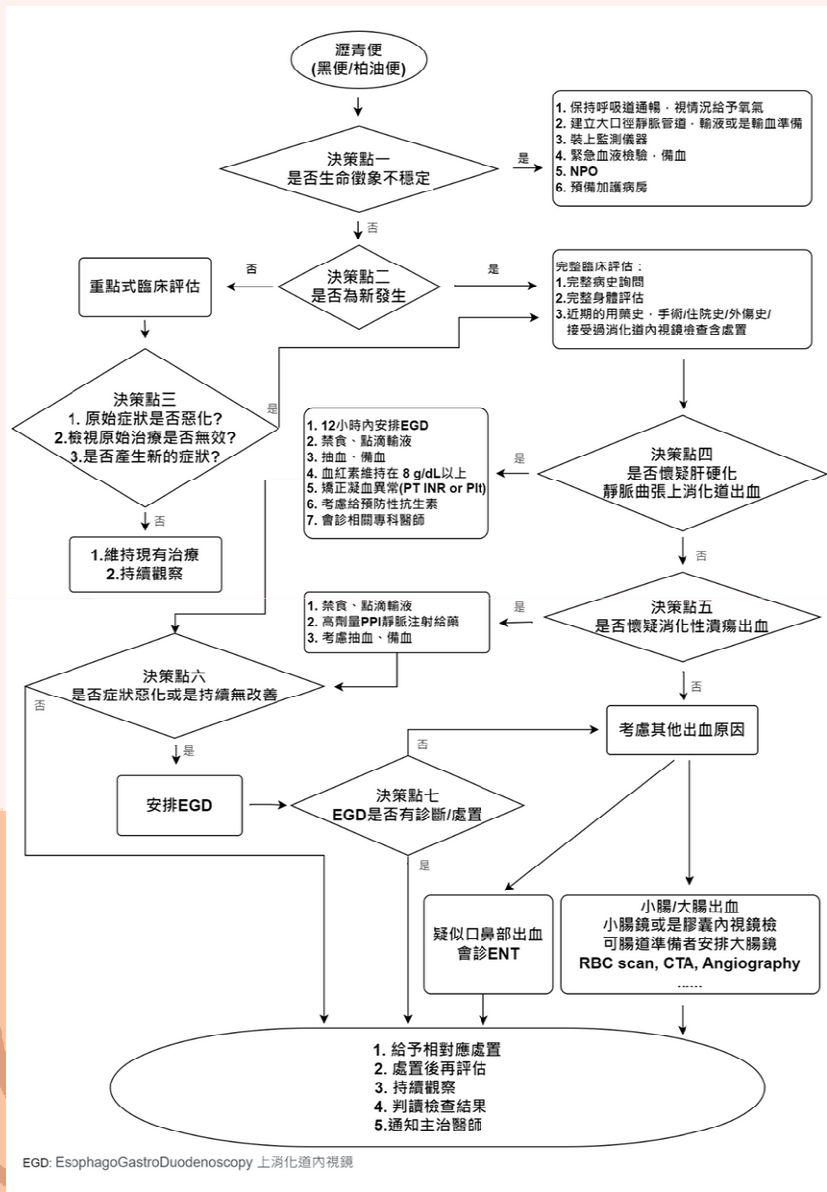
過去病史：胃潰瘍或是十二指腸潰瘍?曾被診斷幽門螺旋桿菌感染?是否曾有食道靜脈曲張病史?過去有的慢性疾病(三高、心血管病史)?是否為腎功能不全透析治療中?是否有慢性肝炎?是否抽菸、飲酒(酗酒)?吞嚥困難?體重減輕?排便習慣改變?是否接受手術或是消化道內視鏡檢查處置?

檢視現有用藥：是否服用抗凝血劑、Aspirin、NSAID、類固醇...等藥物?是否服用鐵劑?

身體檢查：檢視面部外觀以及眼瞼下是否蒼白，有無黃疸，頸靜脈是否塌陷，皮膚外觀、溫度，腹部是否因腹水而鼓脹，是否有腹膜炎之壓痛、反彈痛...等。

決策過程

決策點四



1. 12小時內安排EGD
2. 禁食、點滴輸液
3. 抽血、備血
4. 血紅素維持在 8 g/dL以上
5. 矯正凝血異常(PT INR or Plt)
6. 考慮給預防性抗生素
7. 會診相關專科醫師

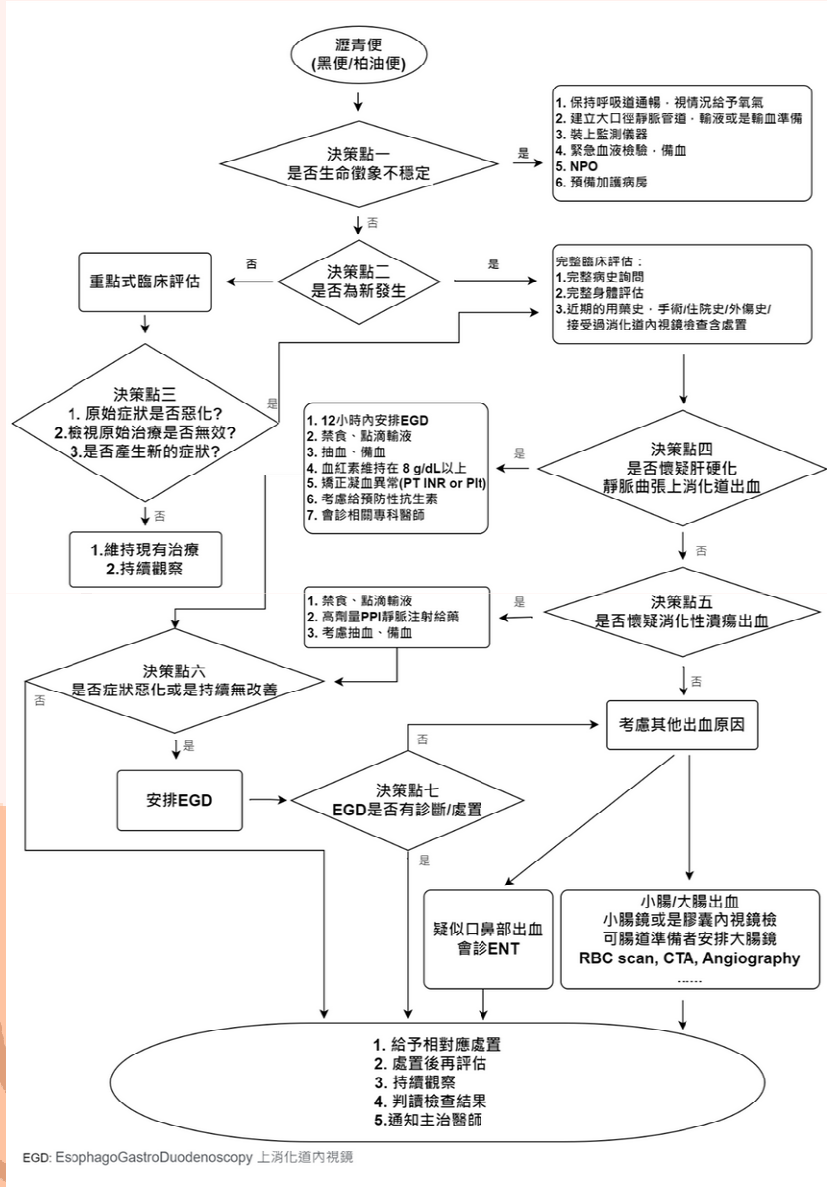
如果病人高度懷疑可能為
肝硬化靜脈曲張出血(決策點四)
需在**12小時內**要完成上消化道內視鏡檢查

~~及早識別~~

EGD: 上消化道內視鏡檢查

決策過程

決策點五

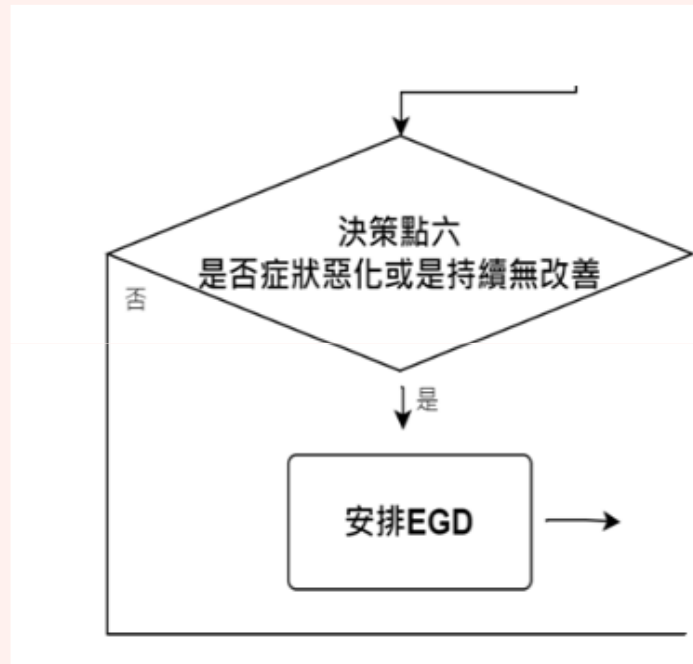
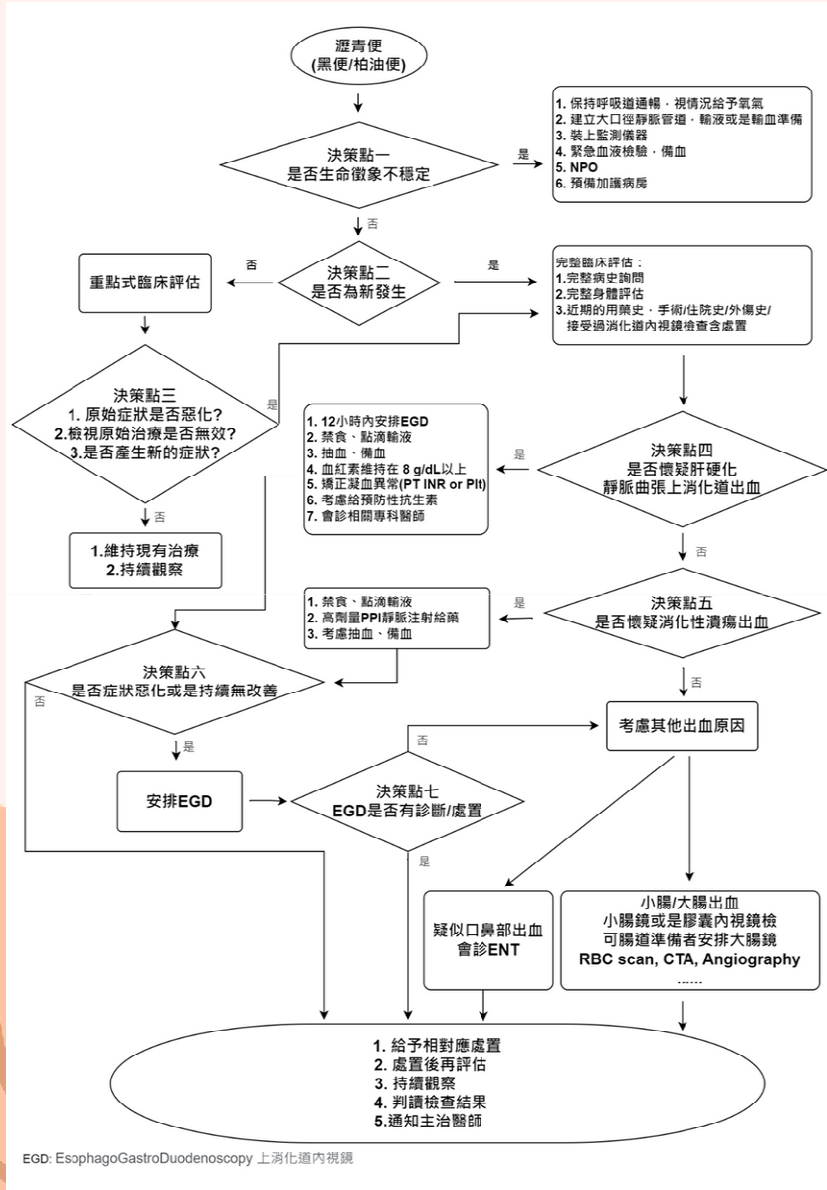


• 瀝青便90%以上出血部位會發生在上消化道 (Treitz韌帶以上)，出血量約50~60ml，即能使糞便變黑。

• 上消化道出血的起因以消化性潰瘍最多。壓力性潰瘍所致的腸胃道出血，在臨床上也屬常見。移除風險因子並適度給予藥物治療，大多數壓力性潰瘍不會導致臨床上嚴重的出血。

決策過程

決策點六



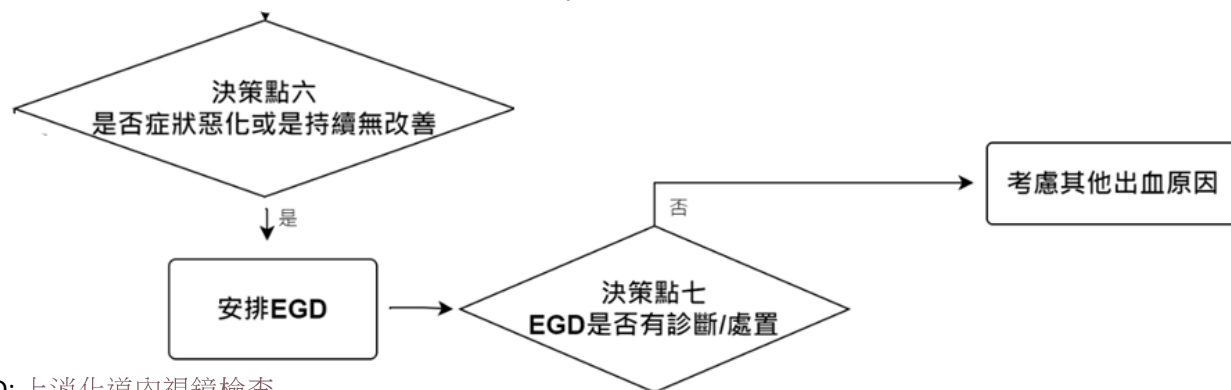
EGD: 上消化道內視鏡檢查

決策點四

決策點五

處置後再評估

決策點七



檢視檢查結果並給予相對應的處置以及治療
(決策點七)

視情況會診其他專科，如耳鼻喉科排除口鼻咽部出血或是會診腸胃內科並安排其他檢查找尋其他消化道出血的證據。

瀝青便相關檢驗或檢查項目之安排

1. 檢驗檢查

CBC/DC、凝血功能、電解質(Na、K)、腎功能(BUN、Cr.)、肝功能(GOT、GPT、T-bilirubine)、嚴重腹水加驗白蛋白(Albumin)。糞便採檢(stool OB)

2. 內視鏡檢

上消化道內視鏡

小腸鏡或膠囊內視鏡、大腸鏡

3. 影像學檢查

電腦斷層血管攝影術(CTA)

腸胃道出血掃描(RBC scan)

血管攝影Angiography

處置措施

on monitor

監測生命徵象

Blood transfusion

輸血原則，當血流動力學不穩定時Hb <10 g/dL，
胃腸道出血但血流動力學穩定時Hb <7 g/dL，
在大多數情況下，適當的閾值是Hb 7~8 g/dL

Re-bleeding monitor

Glasgow-Blatchford Score (GBS)對急性上消化道出血患者可預測再出血及30天死亡率

o2 saturation

維持 SpO₂ > 94%

NPO

禁食直到症狀釐清或是改善

I/O balance

維持足夠的輸液量以及攝入排出平衡

Stool OB (+)

給予預防性PPI藥物

瀉青便之處置措施

Drugs...

檢視用藥，例如NSAID、Aspirin、抗凝血劑、抗血小板...等

瀝青便之處置後再評估

1. 專科護理師於初步評估後，在需要後續治療安排或是檢驗檢查時，得聯繫醫師，並且需要持續密切觀察病人生命徵象，留意是否**持續出血**或是**處置後再出血**，當病情變化時，需要重新再次評估。
2. 檢驗檢查結果先行判讀，且需回報給醫師病人狀況及處置後結果

撰寫過程中遇到之困境與解決方式

起手式?

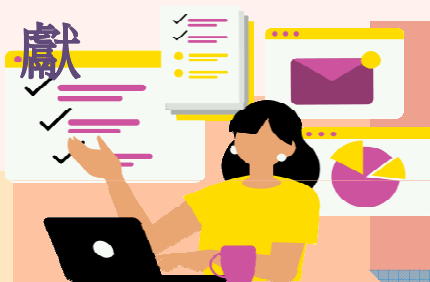
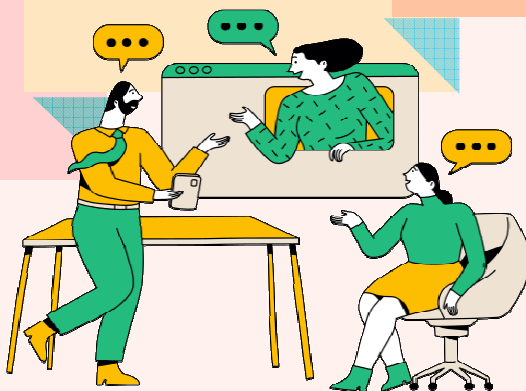
找專家

查文獻

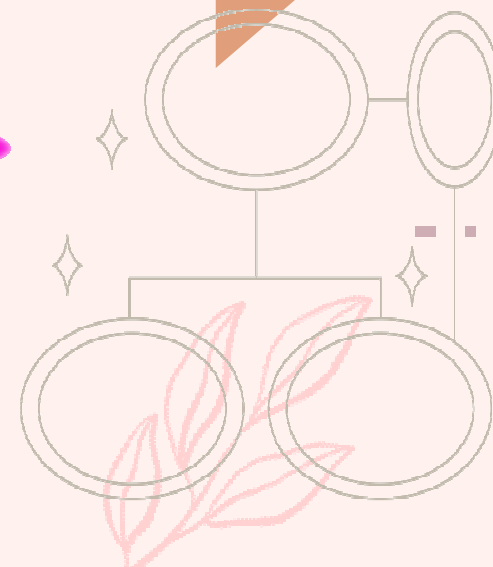
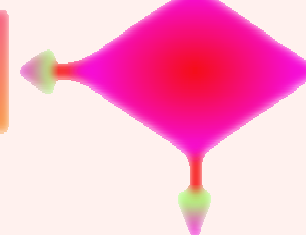
決策
樹架
構確
定

完成

GOAL



定



參加預立醫療流程設計發展工作坊心得分享

- 這次的「預立醫療流程」課程讓我獲益良多。課程透過與OSCE相似的案例分析、推理過程和決策樹的實際操作，以及小組討論和報告等方式，讓我對預立醫療流程的構思及組成有了一定程度的認識。
- 不過，課堂上有老師隨時在旁接受諮詢，能即時引導並解惑，但課後回家完成作業確實是一項挑戰。慶幸的是，我最終完成了。

未來規劃

- 鼓勵專師積極參與學會所辦之課程
- 增加預立醫療流程的種子老師
- 固定舉辦預立醫療流程的教育訓練，並設定為必修課程
- 資訊化在規劃中，待開發
- 參訪已將預立醫療流程資訊化的醫院



Thank you for listening.