

出國報告（出國類別：進修）

美國休士頓護理實務見習進修報告

服務機關：臺中榮民總醫院護理部

姓名職稱：鄭易姍護理師

派赴國家/地區：美國德州休士頓

出國期間：2025 年 03 月 27 日至 2025 年 04 月 27 日

報告日期：2025 年 05 月 27 日

摘 要

本次赴美見習計畫於 2025 年 3 月 31 日至 4 月 25 日進行，實地參訪 Cizik School of Nursing、Houston Methodist Hospital 與 MD Anderson Cancer Center。見習重點涵蓋緩和照護、譫妄評估、磁性醫院、病房環境及智慧科技應用等面向。見習過程的觀察發現，美國醫療機構非常重視病人參與、整合性團隊照護與智慧科技輔助臨床實務系統，能有效提升病人安全與照護品質。此行不僅拓展國際視野，亦激發對臺灣臨床與教育實務的反思與應用構想，依觀察的化為提升本國護理實務與臨床應用的行動方案，提出：實證發表探討衰弱病人結合緩和照護的成效、新增現行譫妄評估的具體指引、推行病房安靜時刻、製作高齡病人復健獎勵圖卡等建議事項，優化護理流程及病房照護環境。

關鍵字：緩和照護(palliative care)、譫妄評估(Delirium Assessment)、磁吸醫院(Magnet Hospital)

目 次

一、	目的.....	1
二、	過程.....	2
三、	心得.....	22
四、	建議事項.....	24
五、	附錄.....	25

一、 目的

隨著全球高齡化與多元文化社會的趨勢，醫療照護面臨愈趨複雜的挑戰。高齡病人常合併多重疾病，照護上不僅著重疾病積極救治，疾病伴隨而來的症狀亦須有緩和照護、跨團隊合作、文化敏感性與醫病有效溝通，以提升整體醫療品質與病人經驗。本院即將於未來 1 至 2 年內啟用長青醫院，做為邁向國際醫療及未來高齡照護的發展趨勢設施，面對未來照護模式的轉型，我們更需積極引進國際先進經驗。

此次有幸獲選前往美國德州休士頓 UThealth Cizik School of Nursing，參與為期一個月的臨床與學術進修計畫，藉由深入觀摩當地醫療環境與護理實務，期能掌握美國醫療機構在謾妄預防評估、緩和照護、磁性醫院、智慧科技應用及教育訓練等方面的核心優勢，比較臺美醫療的文化差異，借鏡臺灣急性醫療能學習的優點，增加國際視野，進而思考臺灣在急性醫療與長期照護整合上潛在提升空間，並將學習所得應用於本院照護過程，以提升護理品質。

本次赴美參訪，職聚焦於緩和照護、謾妄評估、美國護理/病房環境、人工智慧科技在臨床實務應用、臨床教育訓練及跨專業團隊合作之外，由 UThealth Cizik School of Nursing 的 Professor. Erica Teng Yun Yu 也特地安排見習美國醫療文化特有的病人導航師（Navigation）以及文化敏感性溝通等議題，盼藉由國際醫療機構的實務觀摩，反思並強化本院護理照護品質，塑造磁性職場與臨床教育可行方向。隨著全球高齡化與多元文化社會趨勢，醫療照護面臨日益複雜且多面向的挑戰。高齡病人常伴隨多重慢性病與功能退化，照護模式不再侷限於傳統治療，而需整合緩和醫療、預防謾妄、住院環境優化、智慧科技應用與激勵病人參與的自主意願，提升整體照護品質與就醫經驗。

本次赴美進修主軸聚焦於下列幾大面向：

(一)緩和照護實務

參訪 Methodist 與 MD Anderson 緩和照護團隊，觀察醫護、社工與心理師的跨專業合作，了解醫療照護分工整合，並比較臺美緩和照護政策與臨床實施的異同。

(二)謾妄評估與照護實務

Methodist 重視高齡病人謾妄預防，護理師每日以 4AT 評估，搭配非藥物介入如日夜節律調整、輔具使用與家屬參與，強調謾妄的早期評估、辨識與預防。

(三)智慧科技(Artificial intelligence, AI)於照護實務應用

Methodist 在疫情期間創立了 Virtual ICU，是全美國少數幾個使用遠距操作病房照護實務的團隊，透過遠距監測與虛擬團隊即時支援加護病房及一般病房臨床實務，有效提升病人安全與醫療人員應變能力，展現智慧科技與醫療整合的成熟度。

(四)臨床教育訓練與護理人力培育

於 Cizik 護理學院觀摩模擬訓練與 PBL 課程，體驗美國重視臨床實境與跨專業溝通技巧，希望對本院護理教學設計與思辨能力養成具啟發性。

(五)文化敏感性與病人導航制度

觀摩 Methodist 與 MD Anderson 病人導航與翻譯服務，學習如何融合語言、文化與個人價值，進行差異化照護，提升病人滿意度與就醫體驗。

二、 過程

(一) 進修機構簡介

此次透過美籍台裔的 Professor. Erica Teng-Yuan Yu 協助申請 Cizik School of Nursing at UTHealth Houston（德州大學休士頓健康科學中心護理學院），進行為期一個月的護理訓練計畫，訓練計畫中主要安排 Houston Methodist Hospital 及 MD Anderson Cancer Center 這兩家醫院進行見習參訪。

1.Cizik School of Nursing

隸屬德州大學健康科學中心（UTHealth Houston）體系下，屬於美國南部頂尖的護理學術機構之一，該校致力於推動護理教育、臨床實踐與研究發展，提供從學士、碩士到博士的完整護理教育體系，並設有 DNP（Doctor of Nursing Practice）與 PhD（Doctor of Philosophy）學位課程。Cizik School of Nursing 特別強調以病人為中心的照護理念，並積極發展模擬教育、遠距照護、公共衛生與社區健康等領域，是休士頓地區護理人力與領導人才的重要培育基地。

2.Houston Methodist Hospital（休士頓衛理公會醫院）

Houston Methodist 為美國頂尖教學型醫學中心，隸屬非營利 Houston Methodist 醫療體系，主院位於德州醫學中心，並設有多家分院與專科中心，其在《U.S. News & World Report》全美醫院評比中屢獲佳績，尤以心血管、神經科學、癌症與骨科等領域表現傑出，並獲磁性醫院認證。醫院結合醫療、教育與研究，設有專業護理培訓與新進護理師支持系統，積極發展虛擬加護病房（Virtual ICU）、精準醫療與跨團隊合作，重視倫理、創新與病人安全，致力成為高科技與全人照護的典範。

3.MD Anderson Cancer Center（安德森癌症中心）

MD Anderson Cancer Center 隸屬德州大學體系，是全球最具權威的癌症治療、研究與教育機構之一，2024 年獲磁性醫院認證。自 1941 年創立以來，MD Anderson 始終專注於「Making Cancer History(消滅癌症)」的使命，更重金斥資聘請專人設計醫院專屬商標（圖一），癌症專科治療連續多年名列《U.S. News & World Report》全美第一，結合醫療、科研與教育，設有跨專科腫瘤團隊、病人導航系統、臨床試驗中心與個人化治療計。以高度專業與人性化的護理照護聞名，推動臨床路徑、護理實證、緩和醫療及文化敏感照護，是全球癌症照護與研究的重要標竿。



圖 1 斥資台幣百萬元設計的 MD Anderson 院徽，含意：「消滅癌症」

臺中榮總、Houston Methodist Hospital 及 MD Anderson Cancer Center 三家機構的主要資料及指標比較如下表一：

表一、臺中榮總與此次參訪兩家機構的主要指標比較：

項目	台中榮民總醫院	Houston Methodist Hospital	MD Anderson Cancer Center
院徽			
所在城市	臺灣臺中市	美國德州休士頓	美國德州休士頓
醫院性質	公營醫學中心	非營利教學醫學中心	癌症專科醫院
醫療特色	高齡整合照護、全人醫療、教學研究	心血管、神經科、虛擬 ICU、跨團隊合作	癌症診斷與治療、臨床試驗、緩和照護
醫院願景	全人智慧・醫療典範	領先醫療 (Leading Medicine)	終結癌症 (Making Cancer History®)
醫院核心價值	Compassion 愛心 Quality 品質 Innovation 創新 Accountability 當責	I CARE I=Integrity 誠信 C=Compassion 同理 A=Accountability 當責 R=Respect 尊重 E=Excellence 卓越	Caring 關懷 Integrity 誠信 Discovery 探索 Safety 安全
全院床位數	1,640 床	1,020 床	777 床
急性加護病床數	139 床	138 床	60 床
每月平均住院人數	約 5,716 人	約 3,698 人 (年 44,371 人次)	約 15,583 人 (年 187,000 人次)
每月手術人次	約 3,949 件	約 4,583 件 (年 55,000 件)	約 1,833 件 (年 22,000 件)
每月急診人次	約 4,689 人次	約 4,578 人次 (年 54,936 人次)	無急診服務
員工總數	約 4,553 人	約 9,010 人	約 26,272 人

(二) 出、返國歷程與住宿地點

此次與張心恬腫瘤個管師同行，一同搭乘國內長榮航空 BR52 班機於 3/26 21:20 起程(圖 2)，班機直飛休士頓喬治布希機場，飛行時間約 13 小時 40 分；回程則於美國當地時間 4/27 01:00 搭乘國內長榮航空 BR51 班機，於 06:30 抵達臺灣桃園國際機場，飛行時間約 16 小時 30 分。經由 Professor. Erica Teng-Yuan Yu 協助提供資料及學校提供住宿，我們選定 Hyatt House Houston Medical Center 做為進修時住宿地點，兩室、共用廚房與客廳(圖 3)，且公共區域設有洗衣機及烘衣機、附早餐，設備完善。



圖 2 與張心恬個管師於桃園機場大廳出發前合影紀念

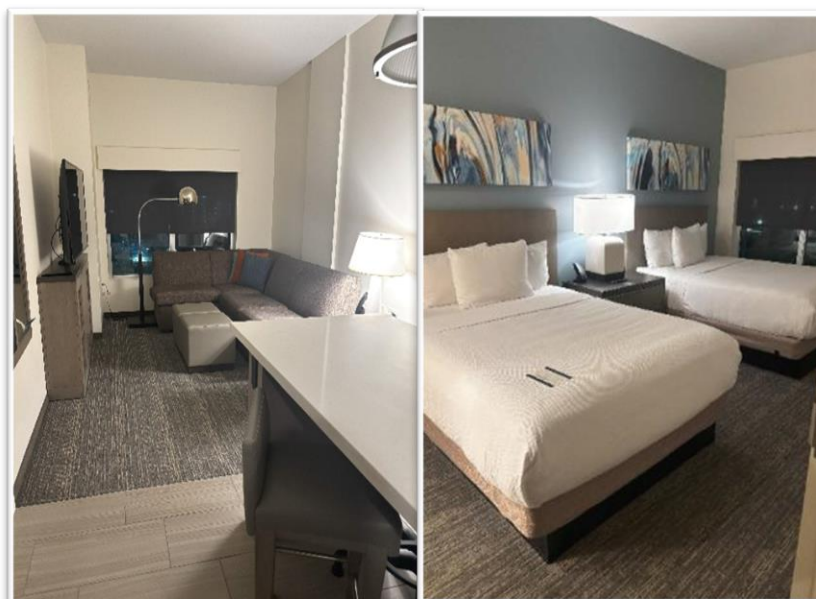


圖 3 住宿環境-Hyatt House Houston Medical Center

(三) 進修及見習內容

第一週（2025/03/28-2025/04/06）學校課程暖身：由 UThealth Cizik School of Nursing 的 Prof. Erica Teng-Yuan Yu 安排學校課程、參與美國護理學會舉辦的緩和照護研討會、參訪 Methodist 旗下澄清湖醫院(Clear Lake Hospital)所屬的緩和護理團隊(Palliative Nursing Team)，4/5~6 參加基因預防研究研討會。

在 4/5 Erica 教授告知我們學校的電子報(Cizik Nursing News, Vol. 5, Issue 14, April 4, 2025)刊登我們的合照(圖 4)，介紹我們是從台灣來參加護理訓練計畫(Nursing Training Program)的臺中榮總護理師，感受到學校對我們真摯且親切的歡迎！



圖 4 Cizik School of Nursing 學校電子報內容

3/28 當天到學校報到並領取參訪識別證，Prof. Erica 帶領我們先參觀 Cizik School of Nursing 學校環境後(圖 5~10)，下午參加 Case in HIV for Interprofessional Students(以下簡稱 CHIPS)「個案情境演練討論會(視訊)」及社區護理 LGBTQ 課程：

CHIPS 的線上愛滋討論課(圖 11)，是精神科護理學的每周固定課程，採用 PBL「問題導向學習」(Problem-based learning)，以臨床情境的真實問題，鼓勵學生透過小組討論，並自主學習解決問題，達到學習目標。這次參與的課程情境主題是探討「護理人員如何協助一位不遵從服藥的愛滋精神科病人，配合規則服用精神科用藥」，主講者有醫師助理(Physician Assistant、Nurse Practitioner)，課堂中學生都會分小組討論，每個小組內要有兩個成員自願出來飾演愛滋病人跟精神科護理師，整個過程規範要有一個開放式問題，配合 2 個封閉式回答，一方飾演病人的角色，闡述無法遵從服藥的心理狀態及行為表現，另一方飾演護理師(Registered Nurse)角色，透過了解病人無法遵從服用精神科藥物的主因，提出能夠改善病人服藥遵從性的措施及建議；討論中的病人就表達出因為他忙著工作忘記吃藥，而且服用愛滋病的藥物後也很多副作用，加上服用精神科的藥物讓他更不舒服，所以也漸漸下意識地排斥服藥；而護理師先衛教服藥的重要性，分析沒有規律服藥的後果，然後跟個案討論作息時間，幫忙規劃可將服藥時間安排到睡前，並且設鬧鐘提醒自己服藥。



圖 5 校園留影



圖 6 與 Prof. Erica(中)合照



圖 7 捐獻學校資金的 Cizik 家族照片

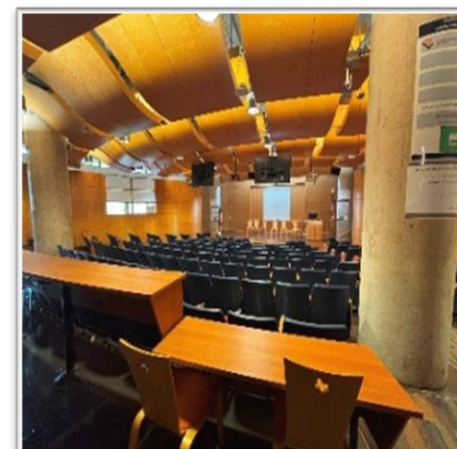


圖 8 學校講堂之一

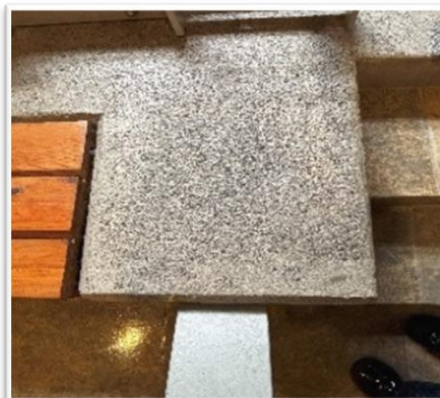


圖 9 使用回收再生材質的地板

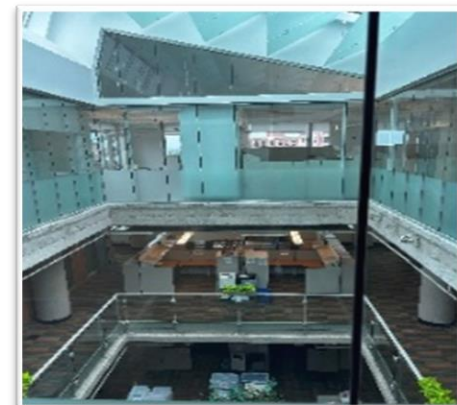


圖 10 天井自然採光的環保設計



圖 11 CHIPS 線上 PBL 課程

社區護理的 LGBTQ 及醫學倫理課程，講師 Dr. Sheryl.L.Malone Thomas (Doctor of Nurse Practitioner, DNP)邀請我向各位同學介紹自己的背景(圖 12、13)，提到自己在臺中榮總有 16 年護理工作年資時，全場同學們不禁驚呼「Awesome!」且拍手讚賞，突然覺得自己在護理領域的默默耕耘彷彿吸收了很多美好的能量、成長茁壯，後來跟 Prof. Erica 討論了這一有趣的現象，畢竟在臺中榮總，許多長官護理經驗及年資精彩豐厚的程度令我望塵莫及，敝人我只能是個「小咖」呀! Prof. Erica 向我們解說在美國因為各醫院特色、品牌價值不同，而且個人意識強烈，很容易因為醫院提倡的品牌價值、個人喜好或工作取向不同跳槽到別的醫院，往往同一家醫院的工作年資都很短、常常數月或少於 1 年就會換醫院工作，因此在同一家醫院工作年資超過 10 年以上都會讓他們覺得很佩服。所以美國各家醫院為了留住護理人力，除了優渥的薪資之外，會打造醫院品牌的核心價值，比如 Methodist 為「I CARE=Integrity、Compassion、Accountability、Respect、Excellent(正直、同理、負責、尊重、卓越)」，MD Anderson 則為「Making Cancer History(消滅癌症)」，兩家都申請磁性醫院評鑑病獲得認證，以吸引醫護人才求職並留任。

這堂課講解了從二戰開始違反倫理相關實驗案例，還有美國境內曾經具有爭議的研究倫理議題，然後討論到近年在校園內因性別取向、性別認同問題被霸凌的案例，雖然以前大學時有選習過類似的通識課程，但用英文聽課的過程，彷彿又經歷了一次關於醫學倫理歷史及 LGBTQ 的知識饗宴。



圖 12 與 Dr. Sheryl.L.Malone Thomas 合影



圖 13 社區護理上課實況

4/1 到 UHealth 觀摩在牙醫學院-Cooley Center 舉辦的大量傷患演練的情境模擬測驗(圖 14)，主要是要觀察醫師、護理師、牙醫師及藥師等不同職類的學生於災難現場對傷患應變的團隊合作、臨場反應及專業判斷。此次大量傷患的情境是一位疑似有精神疾患且情緒失控的槍手，開槍攻擊周圍民眾，在可合法擁有槍枝的德州，是有可能出現的情境之一。情境背景分為戶外災難現場(圖 15)及病人轉送入醫院急診室後續治療(圖 17)，當中有一項隱藏的重要關鍵題，關乎救災現場的環境安全：團隊應該要有人先試著發現槍手並安撫槍手情緒，使槍手放棄手中槍械，以維護現場人員安全。每個情境應變約 30 分鐘，然後會進入教室，開始進行前面情境整段過程的自我評量(圖 16、18)，自我評量是用一句話或一個字形容自己的表現，也要評量整個團隊表現，自我評量中帳號都是匿名制，但整個過程是靈活互動的，如果有自願當場表達自己想法的人也可以直接具名敘述，舉例來說：考官看到”Excellent”、”Professional”等形容的評語，會詢問是誰評量的，並反問自評者能否

列舉優良及專業的「具體事實」，學生都很習慣這類評量模式，被反向問到的都會大方出來闡述團隊表現出優良或專業的具體事項。情境模擬應變的過程是隨時變通且流動變化的，沒有完全的對與錯，只要有運用到自我專業的部分，考官會默默聆聽，不會過多批判，通常都是在正確的地方給予正向肯定，這點跟在臺灣的授課過程差異甚大，臺灣多數學生仍是習慣被餵養知識的授課模式，而非當下反芻且思考知識後提問，值得我們學習。



圖 14 與情境模擬考官合影



圖 15 戶外大量傷患情境模擬演練實況

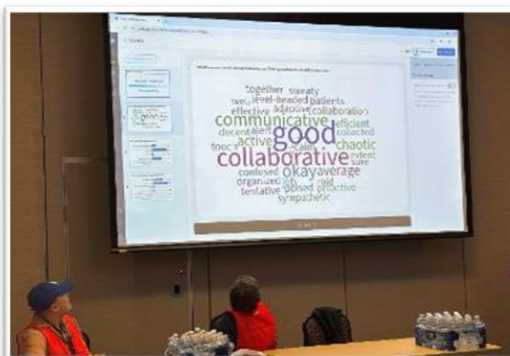


圖 16 戶外情境模擬後的評量回饋



圖 17 大量傷患轉入急診後的情境模擬演練



圖 18 急診大量傷患情境模擬後的評量回饋

4/2 參訪 Methodist 旗下 Clear Lake Hospital 的緩和護理團隊(Clear Lake Hospital Palliative Nursing Team)，主持緩和護理團隊的主任是 Rebel Heasley、擁有護理博士學位(Doctor of Nurse Practitioner)，自 2016 年起開始擔任 Houston Methodist Clear Lake Hospital 的緩和護理與透析服務主任，負責建立由護理師、社工、心理師、還有宗教師(Chaplin)組成的緩和照護團隊，並推動以護理主導的緩和照護模式(見圖 19)，強調跨專業團隊合作與病人為中心的照護理念。此緩和護理團隊會與 Methodist 本院合作篩選願意接受緩和照護轉介的病患，過程強調即使在積極治療的狀態下、還沒有接受安寧的意願、沒有簽署不施行心肺復甦術的情形下，仍可選擇緩和照護。其團隊簡報介紹重要內容如下：

1. Methodist-Clear Lake Hospital 緩和照護收案條件：呼吸器留置 ≥ 5 天、升壓劑使用 ≥ 3 天、住院天數 ≥ 30 天、六個月內反覆住院 3 次以上、診斷有癌症、嚴重 COPD、嚴重肝臟疾病、嚴重心衰竭、腎病末期合併血液透析、失智症、嚴重神經系統疾病、敗血症、心臟驟停後(圖 20)。
2. 目前由團隊自己累積的統計顯示，開始實施緩和醫療轉介後，Methodist 急診病人早期死亡(年齡小於 75 歲即死亡)的比例從 0.78%下降至 0.44%(圖 21)，是緩和護理團隊介入後最主要且最具特色的成效。
3. 參訪過程，訪問成立團隊最困難的地方：與醫師聯繫溝通，說服醫師可積極轉介符合條件的病人，還有招聘社工投入緩和照護團隊，是成立團隊過程最困難的地方，最後我與心恬在醫院外與 Erica 教授合影(圖 22)。



圖 19 與 Clear Lake Hospital 的 Palliative Nursing Team 合照
(左圖左二為 Rebel Heasley、左圖右二為 Chaplin-Tracy Lee)

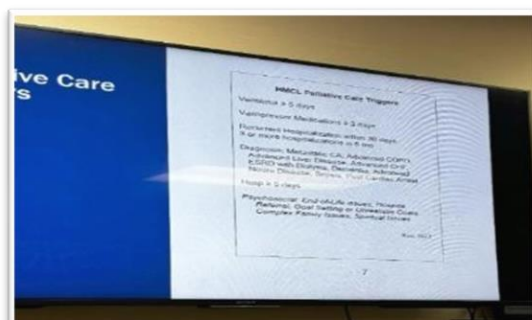


圖 20 Palliative Nursing Team 收案條件



圖 21 團隊工作成效



圖 22 與心恬、Erica 教授在 Methodist-Clear Lake Hospital 外合影

4/3 在美國護理學會舉辦的緩和照護研討會(圖 23)，我與講師分享自己照顧失智外婆、經歷高齡緩和照護的經驗與交流，講師對於我分享的內容表達高度認同及讚賞，且給了我一個很大的擁抱，這是在善於傾聽、關懷與包容的美國社會文化下最美好的體驗之一。4/4-5 參與癌症基因研討會。

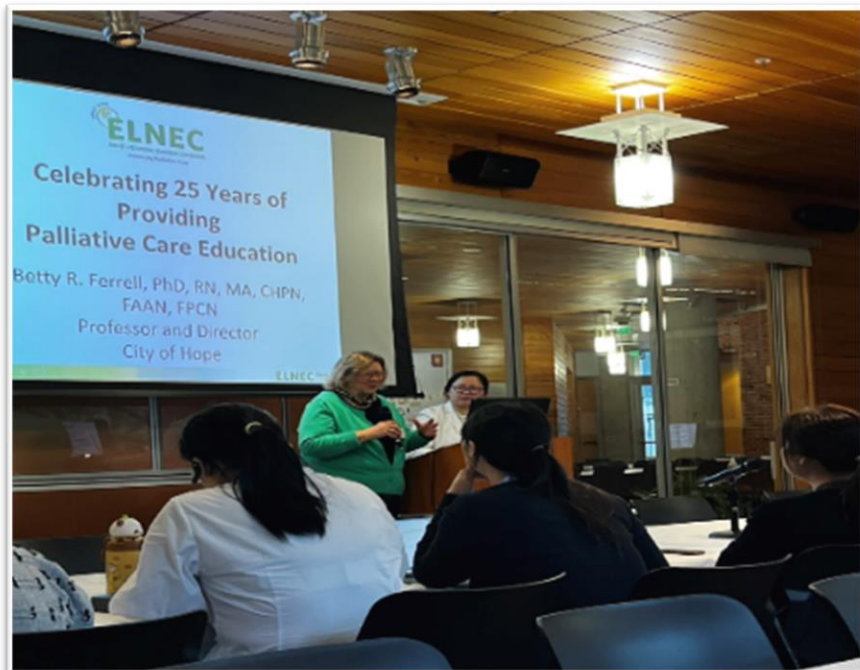


圖 23 緩和照護研討會上課實況

(四) 第二週(4/7~4/11)開始見習 Houston Methodist Hospital 的腫瘤科病房，觀察其照護人力及病房工作流程；拜訪 Houston Methodist 的護理講師-Holly Shui，其負責 Houston Methodist 的學術與護理研究、教育與實務，專長領域是譫妄評估及照護。也進入 Virtual ICU 觀摩，見習如何運用遠距監測技術進行實務上的臨床照護。

1. 臨床職類

經了解病房內職位有護理長(Manager)、進階護理師 (Advanced Nurse Practitioner)、註冊護士(Registered Nurse ,RN)、有執照的執業護士 (Licensed Practical Nurse ,LPN)、護佐(Patient Care Assistant, PCA)，分配不同功能。

表二 美國護理臨床職責功能分類

進階護理師	Advanced Nurse Practitioner (ANP)	具高度專業能力，能進行診斷、處方與病人管理。
註冊護理師	Registered Nurse (RN)	等同臺灣有執照的臨床護理師，是主要照護提供者，執行臨床照護、可放置基礎管路（如鼻胃管、尿管）、用藥、衛教與病情評估。
執業護士	Licensed Practical Nurse (LPN)	執行基本照護工作，在 RN 指導下協助照護病人。
護佐	Patient Care Assistant (PCA)	協助病人日常生活照護，如翻身、洗澡與測量生命徵象等。

表三 醫院基本資料比較

總床數	1,640 床	1,020 床（主院）	760 床
員工總數	5,081 人（本院）	9,010 人（主院區）	約 22,000 人
護理人力	2,487 人	約 3,000 名 RN	約 5,000 名 RN
護理人力特色	佔全院員工約 49%。護理組織架構完整，設有護理部主任、副主任、督導長、護理長、副護理長等職位，重視教學與專業發展。	包含護理人員。護理部門設有 Chief Nursing Executive（CNE）、Nurse Manager、Assistant Nurse Manager 等職位，強調跨部門協作與病人安全。	佔全院員工近 20%。護理人員 87% 擁有學士以上學位，64% 具專科認證。

表四 護理組織編制比較

職稱 / 單位	臺中榮總（中榮）	Houston Methodist Hospital	MD Anderson Cancer Center
護理人員總數	約 2,487 人	約 3,000 名員工	超過 5,000 名 RN
護理副院長 / 護理部級長官	設有護理部主任、副主任及督導，統籌護理政策與管理	Chief Nursing Executive (CNE)，負責全院護理策略與品質	Chief Nursing Officer (CNO)，領導全院護理實務與發展
護理長 (Manager)	各單位配置護理長，負責病房管理與人力調度	負責病房或單位的日常運作與人力管理	負責病房或特殊單位的運作與人力管理
副護理長 (Assistant Nurse Manager)	常見於加護病房、專責單位，支援護理長工作	協助護理經理管理病房運作	支援護理經理，協調臨床照護
護理師 (Registered nurse)	為主要護理人力，負責臨床照護與病人安全。	為主要護理人力，涵蓋各專科與部門	超過 5,000 名 RN，其中 87% 擁有學士以上學位，64% 具專科認證
個案協調員 (Case coordinator)	設有出院準備護理師，協助病人順利出院與後續照護	Care Coordinator，協助病人出院計畫與資源連結	Nurse Navigator，專責病人照護流程與資源整合
傷造口治療師 (WOCN)	有 WOCN 專業團隊及傷造口門診，提供傷口與造口照護	設有 WOCN 專業團隊，提供專業照護	WOC Nurses，為癌症患者提供專業傷口與造口管理
教學護理師	各單位設有教學護理師，負責新人訓練與教育	Clinical Nurse Educator，推動教育與專業發展	Nursing Professional Development Practitioner，負責護理人員職涯發展與教育

2. 12 班制工作流程及人力現況

- (1) 在腫瘤科病房體驗 12 小時班制工作流程，中間只要覺得疲倦想休息，可以跟當班搭配的同事或執業護士 (Licensed Practical Nurse, LPN)、護佐 (Patient Care Assistant, PCA) 說一下，隨時可以喝水或喝咖啡，也可以離開病房休息。
- (2) 12 小時班制其實相當疲累，雖然照顧人力比 1:3-4，但部分護理人員表示曾經人力吃緊時也可能會 1:5-6，但這樣的照顧人力比對美國臨床護理師來說已經是上限，超過這樣的人力比，基於醫療安全考量，護理師通常會拒絕接受這樣的人力安排。
- (3) 重視每班評估：交班前查詢病人檢驗數據，0700~0730 交接班後一定巡視病人並檢查病人皮膚、管路，回到護理站會立刻輸入評估後的資料，不需寫護理紀錄，但最基本的評估表單包含生命徵象、呼吸音、意識、壓力性

損傷、譫妄評估、活動度等等至少有 6-8 項以上的評估項目表需要完成。每 2 小時一定會進入病室巡視並查看病人需求，其他則視當日醫囑及治療需要而不定時執行，晚上 1900 交班，但夜班人員大約 1830 就會抵達開始自己檢視病人資料，然後準備交班。

3. 病房環境設備

病室區域：皆採單獨病室且配有沙發、浴室，家屬跟病人都有舒適且隱密的環境可以休息。獨立病室的另一個好處是連玻璃留言板都是專屬的，家屬或護理人員可以依病人需求性，在上面留言提醒不要打擾病患休息(圖 24)，保持集中式護理。在我見習期間，幾乎沒有聽到病室的紅燈鈴響起，最繁忙的 08:00~12:00 時刻，也只有各職類來回穿梭探視病人並討論病人的適度音量，且病房設置安靜時刻為 13:00~14:00，這個時段，部分區域熄燈，維持午休時段的環境安靜程度，令人感到安心舒適、減少緊張不安的感受。令我想起工作時病房內音量總是此起彼落，躁音較多，心情也比較容易煩躁不安，希望借鏡此措施作為建議，施行於病房內，改善病房環境噪音，並觀察改善後護理人員滿意度。



圖 24 某床病室玻璃窗外留言告知晚上集中式護理、不要打擾病人休息

(1) 護理工作區域：

Hoston Methodist 每位護理師身上會配戴一台可辨識語音的對講機，功能是可以語音命令找院內分機、撥打電話直接與對方通話等等，非常便利。護理站內單獨一間有門禁的取藥室，並設有 ADC 藥車設備，可使用指紋或密碼開啟取藥，取藥前要先確認藥物數量，取藥後再確認一次藥物數量，為了避免給錯藥物，通常他們都是給一個病人藥物後再回護理站拿下一床的藥物。病房走廊牆上設置針筒收集盒但會上鎖(圖 25)，避免非醫療人員誤取；除了標示清楚整齊擺放的衛材設備(圖 26、27)，工作車上的衛材也擺放的非常俐落整潔(圖 29、30)；還有檢驗檢體的真空傳送站：將收集後的檢體刷條碼確認後，放入真空傳送筒即可傳送到檢驗室(圖 28)。

此外，不時也可以看到醫院內照護小巧思：依照紅綠燈的顏色，將跌倒危險群以紅、黃、綠色分別標示為高、中、低度跌倒風險，紅色=跌倒高度風險、黃色=跌倒中度風險、綠色=跌倒輕度風險(圖 31)，同時搭配評估日常行動能力的提醒護貝掛牌(圖 32)：綠色-單人=獨立協助、黃色-用助行器旁人攙扶=需要 1 位協助、橘色-兩人攙扶=需要 2 人協助、螢光粉紅色-病床=臥床病人。牆上也有宣導預防跌倒的海報(圖 33)；期間觀察到有放置鼻胃管的病人都是使用特殊材質的鼻胃管貼固定架(圖 34)，預防鼻胃管裝置壓力性損傷發生；還有一些便利的特殊衛材：含有 Chlorhexidine 的點

滴蓋及靜脈針蓋(圖 35)、方便打化藥時藥物分流的 Y-site(圖 36)、單次拋棄式暗色避光輸液套(圖 37)、施打化藥療程天數的提醒排(圖 38)、能顯示心律的電子聽診器(圖 39)；核對化藥流程則與本院完全相同，雙人核對且複核簽署電子章(圖 40)。門診化藥治療也是單人一間(圖)，隱私度高且空間寬敞舒適(圖 41)，見習期間我也與帶領我的護理師們留影紀念(圖 42)。針對住院病人預防衰弱、提升活動度的部分，會採用獎勵圖卡(圖 59)，給予下床活動的長者具備實質正向感的獎勵。此做法值得參考，且具體可行，建議在病房內可製作復健獎勵圖卡，激勵病人下床復健活動。

4. 美國病人特性

這次參訪發現到一件與東方就醫民眾不同的有趣現象：美國住院病人在身體不舒服或口腔、咽喉不適的狀況下，通常是會飲用大量冰水來緩解不舒服，與亞洲人生病要喝溫熱水的習慣大相逕庭。另一個現象是：美國住院病人自主獨立性高、執行衛教能力強、普遍配合度高，且相對注重隱私，通常非急迫性的需求，會等到護理師、執業護士或護佐進入病室時一併提出需求處理。



圖 25 上鎖的針筒收集盒



圖 26 衛材整齊收納



圖 27 病室抽屜常用衛材



圖 28 方便快速的檢體傳送筒



圖 29 工作車擺放拿取便利

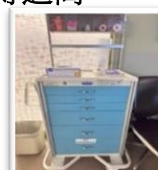


圖 30 乾淨整潔的工作車



圖 31 跌倒高風險群以紅綠燈顏色區分、辨識度高



圖 32 評估日常行動能力的提醒掛牌



圖 33 預防跌倒的衛教海報



圖 34 可讓鼻胃管懸空的鼻胃管貼固定架



圖 35 含 Chlorhexidine 的點滴蓋及靜脈針蓋



圖 36 化療專用 Y-site 管路



圖 37 輸液避光套



圖 38 病室內放置提醒第幾日化療療程



圖 39 能顯示心律的電子聽診器



圖 40 雙人核對化藥流程(跟台灣相同)



圖 41 獨立乾淨的門診化藥室，每位病人一間



圖 42 跟見習期間帶領我的 RN 們合影

(五) 與負責 Houston Methodist 的學術與護理研究、教育與實務護理講師-Holly Shui 會面 (圖 43)。Holly Shui 的專長領域是譫妄評估及照護，向他請益關於譫妄預防執行實務及困境討論，Holly 說明 Houston Methodist 是採用 4AT 評估時機及方式(附錄五)，且每天後台監測護理人員有無完成線上評估表，如果缺漏評估則會發出信件通知應執行譫妄評估。本院現行的 CAM 評估也是針對高齡病人進行每日評估，其中注意力項目是「觀察病人反應」，邏輯是問「鳥在水裡游嗎?、石頭會浮起嗎?」相比之下，4AT 評估「注意力項目」值得應用於臨床，4AT 中「注意力項目」測試方式是「請病人從 20 數到 1」，簡單易懂且能夠立即察覺病人的注意力是否渙散；此評估方式具體可行，建議可用在優化本院 CAM 評估流程及內容。



圖 43 與 Holly Shui(右二)合影

(六) Houston Methodist 設有中央遠距監控的虛擬加護病房 (Virtual ICU) (圖 44)，由具備豐富經驗的醫師助理(AP)、護理師(RN)或專科護理師(RN)組成團隊，透過即時視訊與數據系統監控加護病房病人、部分一般病房病人的生命徵象與整體病況。這些專業人員並不取代現場醫療團隊，而是提供 24 小時的遠端臨床支援，給予臨床一線人員提供照護提醒及建議，以強化決策品質與即時反應，參觀如何運用遠距監測進行臨床照護。以下為參訪過程所收集的相關資料：

1.Virtual ICU 建置背景與發展：建置時間起於 2020 年，為因應疫情及重症照護需求迅速發展，目的為了要提升病人照護品質、降低醫療人員暴露風險、實現遠距即時監控與協作，資訊系統支援是由 IT 團隊與外包廠商進駐，負責設備建置與即時維護。建制的構想是先設立遠距監控系統應該納入監測的病人類型，包括：

(1)ICU & IMU 病人 (Intermediate Care Unit，介於一般病房與加護病房之間)：使用 BIPAP (雙相氣道正壓呼吸器)、HFNC (高流量鼻導管)，如 Airvo 系統、有血氧下降、生命徵象變化風險者、處於不穩定狀態但尚未進入加護病房的病人亦納入監控，後期還加入有放置小腿血流監測系統的下肢靜脈血栓病人 (因有血栓風險)

(2)Virtual ICU 系統組成分為三大架構運作：

Physical Layer (硬體設施)：是 Virtual ICU 的起始設置跟主要軸心，每個病室內配備雙向視訊設備 (高解析鏡頭 + 對講機)，疫情期間病床旁設有虛擬按鈕 (Virtual Alert Button)，可立即呼叫虛擬團隊詢問事情(參訪時表示這項功能暫時多在夜間使用)，

Scenario Layer (監控臨床情境)：由 Tele-Sitter 透過即時資料監測 (血壓、SpO₂、HR 等) 與預測分析，主動預警病況惡化；設有 group chat 功能，方便不同職類即時交流討論病人狀況

Admission Setup (入院設定與團隊角色)：由 Tele-RN 病人入院時可設定進入虛擬監控系統，出院時也可透過系統進行衛教及協助辦理出院流程。

(3)日間與夜間運作流程

1. 白班 (Day Shift)

團隊配置：約 3 名工作人員、包含 2 名 vRN、1 名 vRT，每人監控 8~10 名以上病人；運作方式：ED (急診) 會有 NP 駐點，與虛擬團隊同步評估介入，使用 group chat 評估各床位病人狀況，快速找出需優先處理個案，使用 Sticky Notes 標示急需虛擬監控介入的急診個案

2. 夜班 (Night Shift)：維持穩定、主動偵測與早期預警，減少夜間急性變化

- 團隊配置：3 名 vRN、1 名 vRT，每人 8 位病人

護理師與病人的需求：在護理師需求上，提供適時支援與判斷 (如提醒管路滑脫風險、靜脈幫浦警示器響、監視器生理數據異常)，減輕夜班人力負擔，臨時夜間辦理出院或緊急狀況能立即呼叫 vICU 團隊協助；在病人需求方面，提供持續且不打擾的監測、保持溝通與安心感 (視訊通話)、避免因人力不足導致延誤處理。



圖 44 Virtual ICU 工作現場

(七) 第三~四週(4/14~4/25)在 MD Anderson Cancer Center 見習，安排主要負責加護單位的護理部副主任 Associate Director-Danielle Adams 帶領我們觀摩加護單位(圖 45)，跟隨緩和照護個案師見習緩和照護的一日流程(圖 46)，也安排由泌尿科專科醫師助理 Associate Physician-Sterling Brandon 帶領我們了解 MD Anderson 病人導航師 (Navigator)的工作內容；4/25 見習傷口造口師工作流程。

1. 環境設備：

多數設備與前面 Methodist 醫院內雷同，比較特別的是因為 MD Anderson 是在去年開始也有申請磁吸醫院(Magnet Hospital)的評鑑通過，除了牆上海報都隨處展現單位及該院吸引人才的優點，包括：推動人員進修、考取相關證照等等，其中最特別的是護理師休息室，休息室內掛著風景圖，設立有沙發躺椅、按摩椅、芳香噴霧器跟腳底按摩機、提供病房護理人員一個放鬆的舒適空間(圖 47)，還有勵志小標語(圖 48)。



圖 45 Associate Director-Danielle Adams 帶領我們觀摩加護單位



圖 46 緩和照護個管師帶領見習



圖 47 為病房護理人員設置的 Relief Space



圖 48 很喜歡這句勵志小標語--護理是一份「心」的工作

2. 加護單位特殊設備：

加護單位內有壓力性損傷偵測儀，可以協助判定該部位皮膚是否因為受損造成壓力性損傷(圖 49、50)，Daniel 也向我們介紹新進的預防壓力性損傷的交替流動式電動沙床墊，並請我們上去體驗交替流動式電動沙床墊，躺上去完全沒有壓力，非常舒服。也展示了最近為救護人員在火災逃生時方便移動臥床病人而新購入的簡易拖拉救難袋(圖 51、52)。



圖 49 壓力性損傷監測儀

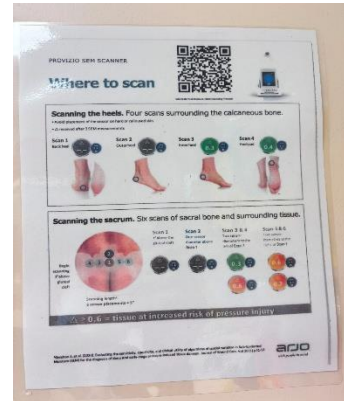


圖 50 壓力性損傷監測儀使用說明



圖 51、52 火災避難時臥床病人使用的簡易拖拉救難袋(SLED2GO)

3. 虛擬護理師(Virtual-RN)見習

MD Anderson 的虛擬護理師於 2023 年 4 月開始實施，主要協助臨床護理師辦理病人出入院流程，並給予出院前衛教。一開始先在急診引入虛擬護理師協助病人入院評估，透過遠端方式，協助病人了解住院過程，並支援現場護理人員的工作。VRN 角色與功能為：病人導覽與教育-協助病人理解住院流程、治療計畫及出院準備；支援現場護理人員-分擔行政與教育性任務，讓現場護士能更專注於直接照護；提升照護效率與品質-透過遠端操作，促進病人安全與照護流程的標準化。

4. 臨床教育與新進人員訓練 (Clinical Education & Residency Program)

MD Anderson 護理教育中心設有完善之新進護理師實習制度 (Residency Program)，為期一年，依循成人學習原則，透過模擬教學、指導教師制度

(Preceptor)、每月成長回饋會議，強化臨床決策與專業成長。新進人員課程不局限於傳統簡報授課，也設計遊戲測試大家遵從制度及團隊合作精神(圖 53)；每位新進人員定期接受壓力管理與溝通訓練，協助其順利銜接職場與減緩離職率。此外，針對國際護理師設有語言支持與文化適應課程，展現高度包容與文化敏感性，值得未來台灣推動國際招募或跨文化團隊參考。



圖 53 新進人員訓練中運用遊戲考驗大家團隊合作的專業精神

5. 緩和照護護理師 (Palliative Care Nurse)

MD Anderson 癌症緩和照護並非只針對安寧病人，只要病人有需求，即使是在積極治療的狀態下，依舊可以會診緩和照護，提供專業措施，處理病人個別性的生心理問題，如疼痛、噁心或嘔吐、焦慮、憂鬱等，以全人照護為核心，強調病人生理、心理、社會與靈性需求的整合性回應。團隊由醫師、護理師、社工師、心理師、音樂治療師與靈性關懷師組成，每週召開跨專業會議共同評估並擬定照護計畫，這邊的緩和照護特別重視早期介入，不限於接受安寧後或臨終階段，亦應用於癌症治療過程中，以提升生活品質與決策參與。臨床溝通技巧訓練亦為重點，透過每日團隊溝通，提升護理人員與家屬討論病情、轉介安寧、預立醫療指示等之能力，值得我國相關課程借鏡。

6. 跨專業團隊合作與病人導航 (Interdisciplinary Teamwork & Patient Navigation)

經由 Sterling, Brandon 帶領下(圖 54)，我們參與 MD Anderson 專責導航師 (Navigator) 的年度研討會(圖 55)，導航師與我們醫院內的癌症個管師功能雷同，主要是應用在癌症病人上，協助新確診病人從檢查、診斷、治療到後續追蹤間之轉銜銜接。導航師多具有護理或社工背景，扮演病人與醫療團隊間橋樑，尤其對高齡病人或英語能力不佳者，能大幅減少資訊落差與就醫挫折。此制度不僅提升醫療效率，更反映醫療人性化核心價值。未來本院亦可考慮於癌症中心或門診試行病人導航機制。在此次見習中，病人導航制度 (Patient Navigation) 是重要的一環。MD Anderson Cancer Center 的病人導航制度由訓練有素的「病人導航員 (Patient Navigator)」執行，這些專業人員在病人確診之初即介入，協助病人理解診療流程、安排門診與檢查、連結社會資源，並協助減輕語言障礙與情緒壓力。導航員大多具備醫療背景與雙語能力，可根據病人的語言與文化特性進行個別化協助，協助病人更順利地完成整個癌症治療歷程。



圖 54 與 AP-Sterling, Brandon、Erica 教授在 MD Anderson 院區內合影



圖 55 參與泌尿科 Navigator 研討會

見習期間發現，病人導航制度與醫療翻譯的服務緊密配合。在 MD Anderson 及 Houston Methodist Hospital，皆有配置專職的醫療翻譯員（Medical Interpreter），提供英語與西班牙語、越語、普通話、粵語等多語言即時協助，避免因語言理解不足而影響病人醫療決策或造成誤解。此外，團隊亦強調照護中的「文化敏感性（Cultural Sensitivity）」，例如在討論臨終照護時，會依據不同族裔文化背景調整溝通策略，並尊重病人家庭的信仰與儀式需求。這些經驗反映出：醫療照護中「以病人為中心」的核心價值，不僅止於臨床處置，更涵蓋資訊傳遞的清晰、語言與文化的理解與尊重，以及整體醫療旅程的心理與社會支持。這些做法有助於提升病人的治療依從性、滿意度與整體照護品質。

7. 觀摩傷口造口護理師的壓力性損傷護理，跟團隊合影留念(圖 57)

- (1) 傷口造口每日到病房實際訪查有壓力性損傷的病人並拍照(圖 56)，每個病人至少每周訪查一次。
- (2) 病房護理師針對有發生院內壓力性損傷的須每日拍照記錄變化。



圖 56 傷口造口護理師工作實況



圖 57 與傷口造口護理團隊合影

(八) 醫療口譯與文化敏感性 (Medical Interpretation & Cultural Competency)

美國法規明定，非英語母語病人有權獲得合格醫療口譯服務，MD Anderson 設有即時遠距翻譯（包括華語、越語、西語等），並教育所有員工不得使用病人親友進行非專業翻譯。除語言協助外，更強調文化敏感性訓練，包含宗教信仰、家庭決策習慣、疾病觀點等，以避免醫病關係誤解。臺灣面對外籍照顧者與新住民病患快速增加，建立制度性口譯服務與文化敏感性訓練已勢在必行。文化敏感與語言支持：建構友善與多元包容的照護環境。在美國多元族群社會中，醫療機構對「文化敏感性」與「語言平權」的實踐已內化為制度性流程。相較於台灣目前以原住民或新住民為主要少數族群的情況，未來隨著國際移工、長期居留人口與醫療觀光的增加，類似的溝通與文化挑戰亦將日益增多，可考慮建置基礎的語言支持機制：可考慮設立醫療口譯志工制度、導入即時翻譯科技輔具，並提供醫護人員基本語言與文化教育訓練。此外強化文化敏感照護訓練：在新進人員或持續教育課程中，納入文化差異理解、宗教信仰考量與溝通技巧模擬情境。也可參考病人導航制度設計跨部門協作流程：由社工、個案師、志工服務等角色組成前端協助團隊，於病人就醫初期介入，協助行政流程、病人衛教與家庭溝通，落實「無縫接軌」的醫療體驗。

三、心得

我永遠記得大學第一堂基本護理學課程，教授引用南丁格爾的名言勉勵新生：「護理是一門科學，也是一門照護的藝術。」對我而言，護理更是一門以科學實踐生命藝術的哲學。

當我抵達德州休士頓的 Texas Medical Center，望著僅在美劇中見過的龐大醫院群林立眼前，內心的震撼難以言喻。隨著思緒沉澱，我也意識到：德州有 37 個台灣大，美國醫療倚賴聯邦制度、保險市場與私人捐助，規模自然遠超台灣，再加上地理、人口與社會文化差異，形塑出與台灣醫療截然不同的樣貌。參訪 Houston Methodist 的虛擬加護病房（Virtual ICU）後，我深刻體會到遠距監控在加護醫療中的重要性。透過中央平台

整合資深 RN、NP、AP 等專業人力，不僅提升病人安全與照護品質，也強化了跨科合作與資源整合。未來若能依本院實況導入並優化類似系統，將有助提升急重症病房的運作效率與照護品質，推動醫療創新與照護模式的轉型。

休士頓醫療城完善的交通設施也令人印象深刻。各醫院間由空橋連接，無論天氣如何皆能安心往返。空橋內明確區分步行道與接駁車道，我也嘗試搭乘高爾夫球接駁車(圖 58)，雖然大多時候秉持著亞洲人美德習慣步行，欣賞窗外藍天、陽光與綠意。偶遇傾盆大雨時，能安然走在空橋內，更讓人感受到這項便利設施所帶來的幸福感。



圖 58 空橋中的高爾夫球接駁車

進入醫院見習後，最令我驚豔的是環境整潔，尤其是廁所的清潔與無異味，對在台灣常因氣味不適的我而言，格外感動。在病房觀察期間，醫護人員進出病房前落實手部清潔，無死角的感染控制展示注重預防感染的細緻醫療品質。而人力比、薪資與資源的相對充裕，正是許多台灣醫護人員所羨慕的條件。當地護理師得知我們的人力比時感到不可思議，不過其中一位護理師的鼓勵卻深深觸動我：「你們羨慕我們的環境，對吧!？但我們有些人卻像被寵壞的小孩(Spoiled Child)，沒做好本分、卻想要更多福利。」

我此次進修也希望深入了解美國對衰弱長者的照護。但與亞洲文化不同，美國高齡者多重視自立生活，自我照護意願強，加上醫療資源取得門檻較高，衰弱介入多在社區與長照機構實施。然而，健康老化與樂活老化的觀念已在民間蓬勃發展。此次參與緩和照護團隊的流程觀察，激發我思考將緩和照護與高齡衰弱整合的可能性，尤其是將「衰弱末期」納入非癌緩和照護條件，讓病人在接受治療同時，也能同步獲得緩和支持。因此返國後，我計畫先從實證文獻著手，探索可行模式，逐步推行於臨床實務中。

整體而言，這次赴美進修讓我深刻體會到截然不同的醫療文化與護理模式。美國醫療之所以能成為亞洲醫護人才嚮往的工作地點，不僅來自政府與社會的資源挹注，更展現出對專業尊重與制度設計的成熟。即便我過去在大學也曾短期赴海外見習，但此次深度參訪仍讓我重新思考自身職涯發展的可能性。或許，有天我也能在這樣的環境中一展所長。透過實地觀察與學習，我更加明白美國護理文化所強調的專業分工、病人自主與科技整合對臨床的重要性。此次進修不僅拓展了我的國際視野，更讓我深切體認到自身在臨床、研究與教育上的未來定位。回國後，我將以更宏觀的視角思考制度創新與臨床實踐的結合，從實證出發，扎根臺灣，持續前行。

四、 建議事項

(一) 完成一篇緩和照護與衰弱相關的實證讀書報告(p.23):

預計參加 2025 年臺灣護理學會的實證競賽、投稿海報發表，為推動高齡病房衰弱病人的緩和照護流程邁出第一步。

進度：目前搜尋文獻中，已開始擬稿撰寫。

(二) 修訂「護理部-標準組作業常規-3047 高齡病人譫妄之評估與照護管理程序書」：

參考 4AT 在評估譫妄的具體內容 (p.14)，優化現行 CAM 評估內容的具體指引，使臨床護理人員更容易執行及判斷。

進度：預計修訂標準文件，優化譫妄評估操作內容。

(三) 推行病房安靜時刻：

預計 6 月份製作宣導海報並推廣本病房安靜時刻(p.15)，期間分貝數值控制<50 以下，部分區域調暗燈光，靠近護理站病房區，定點時間關閉房門，讓病房家屬與護理人員在中午能夠有一段靜心時刻。

進度：目前擬定單位 13:00-14:00 可做為安靜時刻。

(四) 製作高齡病人復健獎勵圖卡：

參考美國病房單位在配合下床活動復健的病人門上貼有 M & M 小夥伴的獎勵小卡 (p.16)，激勵住院高齡病人更有動力配合復健。

進度：目前使用 AI 軟體-Canva 製作圖片中，7 月由 35 病房開始試用執行。



圖 59 見習病房單位給病人的復健獎勵圖卡

五、 附錄

1.Hollu Shui 提供的預防譫妄資料

4AT 簡易評估內容說明（快速判斷是否有譫妄）

1.意識狀態

觀察病人現在是不是清醒的

病人很清楚、反應正常，得 0 分。

病人有點昏昏沉沉，但叫他還會醒來，也得 0 分。

病人很昏沉、或太激動難以評估，就得 4 分。

2.問四個簡單問題

你叫什麼名字？你哪一年出生？現在大約幾點？你現在在哪裡？

全部答對是 0 分；錯 1 或 2 題是 1 分；錯 3 或 4 題是 2 分。

3.注意力測試

請病人聽護理師唸字母，聽到「A」要拍手，或請病人從 20 數到 1

如果他可以做到，得 0 分；

如果做起來有困難或明顯錯誤，得 1 分。

4.是否突然變化或忽好忽壞

看看病人最近 24 小時內是否突然變得混亂，或狀況起伏不定。

如果沒有=0 分

如果有=4 分

☒ 總結怎麼看分數

0 分：沒有譫妄或嚴重認知問題

1~3 分：可能有一點認知問題，要多觀察

4 分以上：很可能是譫妄，要請醫師評估、儘早處理

此工具評估快、容易上手，適合高齡住院病人，協助早期發現譫妄、提升照護品質。

DEFEAT DELIRIUM

THE 4M'S TO THE RESCUE

BE A SUPER HERO FOR YOUR PATIENTS
AND USE THE 4M'S TO FIGHT DELIRIUM!



MENTATION

- Screen for delirium each shift using the 4AT or CAM-ICU
- Lights on and/or windows open during the day
- Engage with music, activities
- Reduce lights and noise before sleeping
- Bundle care to avoid awakenings
- Sleep kits, white noise or relaxing music with Amazon Echo



MEDICATIONS

- Call provider if you note sleepiness or confusion after medications
- Caution with most sleep aids
- Avoid diuretics and laxatives at night
- Consider pharmacy consult if polypharmacy or confusion



MOBILITY

- Assist patients out of bed to chair or walking
- Confused patients need **high-risk falls** interventions
- Encourage exercises in bed or chair while awake
- Offer assistance to bathroom with hourly rounding when awake



MATTERS MOST

- Ask **what is most important** for your patient each shift
- Hourly rounding – ensure the four Ps addressed
- Assist with family or caregiver communication
- If hard of hearing, obtain hearing amplifier to use during stay



SBAR FOR POSITIVE 4AT SCREEN

For the first positive 4AT delirium screen, the nurse is asked to call the primary provider. A new positive screen for delirium may be a sign of serious illness.

Key Points

- Before calling, do a primary, focused assessment
- Check glucose, vital signs, oxygen saturation and signs of stroke
- Remember to assess for urinary retention and pain as sources of agitation
- Involve and educate the family to help with supporting the patient as soon as possible
- Does patient have active orders for high-risk medications?
 - If high risk or new medications, discuss with provider and involve pharmacist
 - Examples: diphenhydramine, muscle relaxants, benzodiazepines or opioids
- If emergent situation — call a rapid response team or CERT team first

SITUATION

- Patient name/room number with new confusion/change in mental status
- Behavior change, when it started, characteristics — too sleepy, confused, agitated, etc.

BACKGROUND

- Patient reason for admit, medical history or any knowledge of baseline mental status

ASSESSMENT

- Vital signs, respiratory status, glucose and key features of exam

RECOMMENDATION

- Any laboratory studies? Urine sample? Consultations?
- There is a **Delirium in Elderly Initial Management Order Set** that is helpful in Epic. It includes suggestions for the workup, as well as doses of pain medications, or suggestions for agitation

Pain Medication Suggestions

Mild pain — Acetaminophen

Moderate pain — low-dose Tramadol or hydrocodone/acetaminophen

Severe pain/NPO — Morphine IV low-dose

Agitation Medication Suggestions

Haldol low-dose PO/IM is typical starting point for acute agitation

Quetiapine low-dose PO. Caution in patients with long QTc

Note: Patients may not be able to express their pain clearly when confused. Give empiric treatment for pain first, as appropriate.

Help patients to communicate by providing hearing amplifiers. These are available via nursing or volunteers.

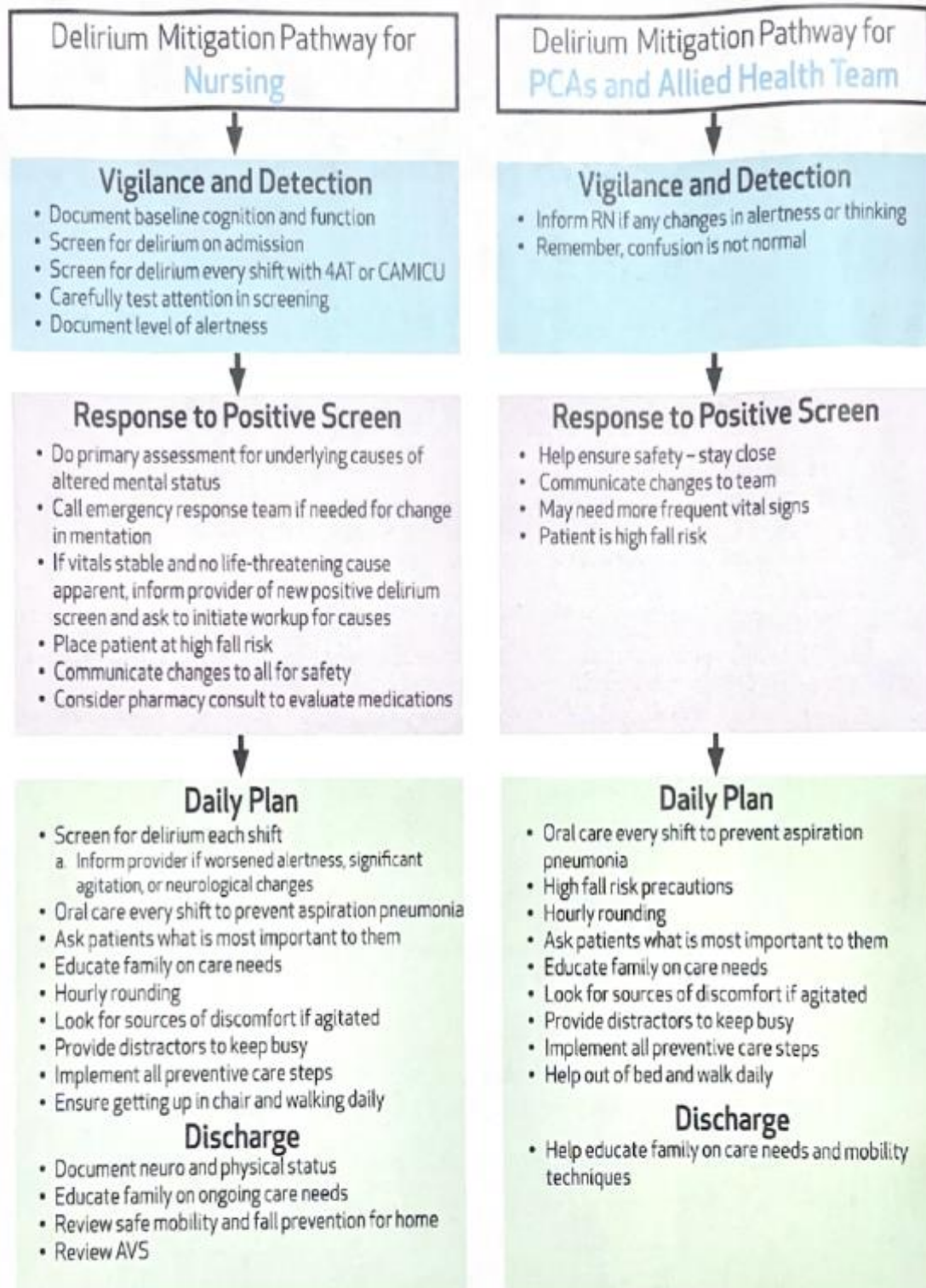
HOUSTON
Methodist
LEADING MEDICINE

08/2016



Delirium Mitigation Pathway

Application of the 4Ms: Nursing, PCAs and Allied Health Team



2.其他見習期間的足跡

