



外傷急症外科 Orientation (PGY & Clerk 適用公開版):

病房與日常照護 (Primary Care)

- 照護區域: 一般病房位於 8G/8H, 加護病房為 GSICU 2 (病理大樓二樓)。
- 交班原則: 下班前務必確實完成電腦交班, 轉科或進出 ICU 的病人, 必須以 **ISBAR** 格式進行交接班撰寫。
- 病歷書寫規範:
 - 所有紀錄需符合外科部考核標準, 包含 TPR sheet 的重要標註(如抗生素、輸血日期)。
 - Admission note 須記錄過敏史、職病史, 40歲以上相關疾病需有肛門指診(DRE)紀錄, 並確實標明手術名稱。
 - Progress note 需每日更新(加護病房一天兩次), 包含傷口引流管狀況與 I/O (輸出入量), Assessment 須根據病情每日變化。
 - 開立重要檢查(Stat, CT, MRI) 必須在病歷中說明理由, 並由住院醫師或主治醫師核簽。

值班守則與通報機制

-  鐵則: 只要護理師通知病人有問題, 無論幾點, 都必須親自到床邊 (**Bedside**) 看病人。
- 通報求援機制: 值班時遇到無法處理的問題, 或是評估病人需要進一步積極檢查(如 CT / MRI) 時, 請務必往上通報總醫師 (**CR**) 或主治醫師, 不要自己悶著頭處理。
-  臨床警訊呼叫標準 (立即評估並通報):
 - 呼吸速率: ≤ 8 或 ≥ 29 次/分。
 - 心率: ≤ 45 或 ≥ 120 次/分。
 - 血氧濃度 (SpO₂): $< 90\%$ 。
 - 收縮壓: $< 90\text{mmHg}$ 或 $> 200\text{mmHg}$ 且經治療後無法改善。
 - 神經症狀: 意識不清、癲癇 (Seizures)、不正常的肢體動作。
 - 其他: 胸痛且臉色蒼白盜汗、每班尿量 < 200 c.c.。

外傷外科常見急症與初步處置

遇到以下嚴重併發症, 請在床邊完成初步處置(維持生命徵象、確保呼吸道與輸液管路)後, 立刻通報總醫師與主治醫師:

1. 腹部傷口裂開 (**Wound disruption**): 評估是否有器官外露, 讓病人完全臥床休息、給予氧氣, 並用濕紗布覆蓋外露器官。
2. 術後出血 / 消化道大出血: 建立靜脈管路 (IV access) 開始輸液, 準備備血, 評估是否休克並啟動 ACLS 流程。
3. 吻合處滲漏 (**Anastomosis leakage**): 觀察引流管內容物的改變與引流量, 禁食 (NPO) 並檢查 Vital signs。

4. 呼吸窘迫 / 突發性休克 / 失去意識: 依照 ACLS 流程檢查 ABC, 評估是否需要插管, 安排動脈血氧 (ABG)、心電圖 (EKG) 與胸部X光 (CXR) 檢查。
 5. 急性局部神經學缺損: 完成神經學檢查(含肛門括約肌張力), 評估是否需要照會神經科或安排腦部 CT。
-

核心學習目標與醫療安全

- 外傷嚴重度評估: 了解並學習如何計算 **ISS (Injury Severity Score)**。
- 案例學習: 月底需與主治醫師討論, 提出 Mortality and Morbidity (M&M) 案例並進行分級。
- 手術安全與感染管制:
 - 手術部位標示: 執行侵入性處置前, 必須在處置部位 5 公分內以畫空心圓的方式標示, 並確認病人身分與手術同意書。
 - 無菌與防護原則: 工作前後採消毒性洗手, 進入無菌腔室需確實刷手; 執行有血液噴濺風險之處置需穿戴完整防護(隔離衣、面罩/護目鏡)。
 - 醫材管理: 無菌物品遵守「先效期先出」原則; 大量水液製劑(如 N/S) 開封 24 小時未用完即應丟棄。