

神經外科 Orientation (公開適用版):

日常工作與晨會

- **Orientation 與晨會**: Orientation 原則上在每月的1日與16日舉辦。晨會包含週五的精神科病房 tumor meeting, 以及週二、週四的全科 meeting。
 - **病歷書寫規範**:
 - 入院必須完成 Admission Note, 且需包含基礎神經學檢查(如昏迷指數 GCS、瞳孔大小、肌肉力量與深層肌腱反射等), 請盡量套用科內範本。
 - 開刀病人一律要有 Pre OP、OP 和 Post OP note。
 - 每日必須撰寫 Progress Note, 住院超過一星期需記載 Weekly summary。
 - 若遇轉出入加護病房, 需有 Transfer Note 和 Acceptance note; 晚上值班若遇重大事件請務必寫 Duty Note 以保護自己。
-

術前準備 (Pre-OP Survey) 與醫囑常規

- **術前基本常規**: 需簽署手術與麻醉同意書、午夜後禁食(高血壓藥物與抗癲癇藥物除外)、確認手術方式與部位、開立靜脈輸液, 並安排胸部X光及抽血(40歲以上需加做心電圖)。若安排導航系統使用的 MRI (MRI for navigation), 需備註「細切<1mm不打角度」。
 - **備血與帶藥原則**(各主治醫師可能有特殊習慣, 請務必先與總醫師或學長姐確認):
 - 脊椎手術: 需帶預防性抗生素與類固醇入刀房。較大的脊椎手術(如 Laminectomy) 需依規定備血, 而部分微創或內視鏡手術則不需備血。若患者未停用抗凝血劑(如 Aspirin、Plavix), 接病人時須立即告知總醫師。
 - 腦部手術: 需備血, 並常規帶抗生素、類固醇、降腦壓藥物 (Mannitol) 與抗癲癇藥物入刀房。
 - 特殊手術: 深層腦部刺激術 (DBS) 需從手術當天凌晨即停用抗癲癇藥物; 清醒開顱手術 (Awake surgery) 需加帶局部麻醉劑與止痛貼片。
 - 剃頭規範: 是否需要剃頭依不同手術(如 CP angle tumor、立體定位手術等)與主治醫師習慣而有不同, 若無法確認請務必向總醫師詢問。
 - **手術安全與標記**:
 - 執行手術前需正確標示部位, 上半身分左右者標於大拇指背側, 下半身分左右者標於大腳趾背側; 脊椎手術則依頸椎前開或後開等術式標示於頸部或背部。
 - 手術準備過程中若發現任何問題, 必須暫停並立即向上級醫師報告。
-

值班守則與神外急症處理

- **值班通報原則**:
 - 遇到緊急狀況, 請住院醫師或 PGY 務必親自到床邊評估病人, 若不懂或無法處理, 請親自聯絡上線醫師或總醫師 (CR)。
 - 對於加護病房的特殊化學治療藥物(如 Temodal), 請勿自行開立或展延, 需交由專責住院醫師處理。
- **常見急症與初步處置**:

- 意識改變 / 肌肉力量下降: 需鑑別是內科代謝問題還是外科術後出血、梗塞; 若評估需做腦部電腦斷層 (Brain CT), 請先告知值班 CR。
 - 癲癇 (**Seizure**): 記錄發作型態與時間、注意呼吸型態與生命徵象。若需給予 Ativan 應注意劑量, 持續發作時應通報總醫師。
 - 腦壓升高 (**IICP**) 表徵: 出現頑固性高血壓、心跳過慢、不規則呼吸時需警覺。勿使用 B-blocker 降血壓, 特定病患 (如 EDH 或動脈瘤破裂者) 勿用 Mannitol。
 - 引流管 (**EVD**) 異常: 確認管路種類與意識狀態, 嚴禁在未經總醫師或主治醫師評估前, 自行使用 **Urokinase** 或進行管路沖洗 (**irrigation**)。
 - 用藥注意: 腦部損傷病患請勿使用特定止痛藥 (Morphine 及 Ultracet) 或任意給予安眠藥。若遇發燒需從引流管抽取腦脊髓液 (CSF), 務必先告知總醫師。
-

核心學習目標與教學資源

- 學習目標: 鼓勵各級醫師在主治醫師開刀日時, 盡量入刀房觀摩學習, 並預習當天手術的適應症、禁忌症與併發症。核心技能包含: 頭部外傷處置、意識障礙評估、腦血管疾病, 以及腦部與脊椎影像判讀。
- 照護床數限制: 請隨時注意各職級的臨床照護床數上限, 避免超收。若負責病患達上限, 請與專科護理師 (NP) 協調。
- 推薦資源: 強烈建議透過院內電子資源系統, 搜尋「**MedOne Neurosurgery**」, 裡面有相當豐富且完整的神經外科教學資料與影片供查閱學習。