

國立成功大學醫學院

婦產科實習醫學生 (Intern) 教學訓練課程

【目 錄】

簡介(訓練目標內容與考核方式)	2
婦產實習醫學生(intern)多元評估表(範本)	9
4A 病房實習醫學生(Intern)工作職責	10
4A 病房平面圖及消防設備配置表	12
產房實習醫學生(intern)工作常規	13
產房工作人員通則	15
實習醫學生 (Intern) 訓練分組表&學習項目與重點	16
值班表及門診跟診表	21
婦產科門診跟診表與注意事項	24
實習醫學生(Intern)婦產科基本臨床能力評估	25
實習醫學生(Intern)教學門診教學記錄表	26
實習醫學生(Intern)住診教學記錄表	28
實習醫學生(Intern)意見綜合評估表	30
實習醫學生(Intern)意見調查表	31
實習醫學生(Intern)主治醫師滿意程度調查表	32
實習醫學生(Intern)住院醫師滿意程度調查表	33
實習醫學生(Intern)課程滿意度調查	34
{附件} PRIMARY CARE	40
{附件}非開刀住院病患醫囑範例	
{附件}乙種診斷書書寫範例	
{附件}常用 ICD number—產科	
{附件}常用 ICD number—婦科	
{附件}產科紀錄繕寫指南	
{附件}臨床學習教材—縫合與綁線	
{附件}標準病例範本—宋院長版	
{附件}病歷書寫注意事項	

國立成功大學醫學院附設醫院

102 學年度婦產科實習醫學生(Intern)教學訓練計畫書

初版日期：94.8.8 科務會議決議

最後修訂日期：102.10.07 修正經科務會議決議

科目名稱：七年級婦產科實習 必修 選修
教師：吳孟興主任及所有婦產科醫師 總學分數：6 學分
實習醫學生(Intern)教學課程負責人：黃于芳醫師
實習醫學生(Intern)教學課程協同負責人：吳郁芄醫師
助理：吳宛珊小姐
聯絡地點：醫學院 4F 婦產學科辦公室
聯絡分機：5221

婦產部實習教育課程簡介

(壹) 實習教育目標 (objectives)

在接受基本的醫學系四、五、六年級教育課程後，實習教育將著重於臨床實際訓練，以期能與書本上的知識相應證，藉由實習教育，進一步學習臨床婦產科診療技術，觀摩並參與產房生產及手術室、各種婦產科手術基本認識及技巧，同時學習住院病患的診斷處理與照顧，使實習醫學生(intern)能學習如何與醫師、醫護人員及病患間的互動相處並培養成為具責任感的醫師。

(貳) 訓練內容

婦產部設有五科，含一般婦產科、婦女腫瘤科、母體胎兒醫學科、生殖內分泌科及優生保健科，分別如下：

一、一般婦產科及婦女腫瘤科訓練內容

- (一) 使具備一般婦產科之基本概念，了解手術情形並學習接觸病人。
- (二) 早、晚隨住院醫師探視病人，並完成病歷的撰寫，骨盆腔的檢查和各種檢查單的填寫及判讀。
- (三) 參與手術、熟習無菌技術及簡單縫合。
- (四) 開刀前後病人全身狀況及傷口之照顧。
- (五) 參加部主任及各科主任查房，並負責病情報告。

- (六) 熟習疾病內容、病史詢問，手術前後檢查、實驗報告判讀，並於晨會時練習口頭新病例報告。
- (七) 練習抽血、打針、換藥、無菌操作、放鼻胃管、尿管、傷口及引流管之照護。
- (八) 侵襲性的技術由住院醫師執行，或是在主治醫師指導之下執行。
- (九) 熟習婦科癌症篩檢及婦科超音波檢查。
- (十) 學習參與婦癌手術，並在指導下練習陰道鏡、鐳射治療與婦癌化學治療。
- (十一) 實習婦女尿失禁的尿路動力學診斷及治療方法。
- (十二) 參加婦產部各科聯合之討論會及醫學新知研討會。
- (十三) 參加病例討論會，並負責病例之報告。
- (十四) 參加實證醫學(EBM)教學活動。

二、母體胎兒醫學科

- (一) 使具有一般產科之基本概念。
- (二) 跟隨主治醫師及住院醫師，學習照護待產婦。
- (三) 負責懷孕史及產前檢查報告的彙整及病歷撰寫，並於每日晨會做新病例報告。
- (四) 熟習待產過程的監測，並學習高危險妊娠的照顧。
- (五) 參與整個生產過程並學習超音波及胎心圖的判讀，產程圖的繪製以及產後的照顧。
- (六) 參與剖腹生產手術，熟習無菌技術及簡單縫合。
- (七) 開刀前後產婦全身狀況及傷口之照顧，侵犯性的技術由住院醫師執行或在主治醫師指導下執行。
- (八) 參加產科影像教學討論會及醫學新知研討會。
- (九) 認識產後乳房及哺乳的基本照護。
- (十) 參加實證醫學(EBM)教學活動。

三、生殖內分泌科

- (一) 熟習不孕症的診斷及治療方式的選擇及手術操作。
- (二) 跟隨主治醫師，參與病人照顧。
- (三) 參與不孕症之取卵及植入過程，並於實驗室中了解試管嬰兒的操作過程
- (四) 學習停經婦女治療。
- (五) 參與腹腔鏡及子宮鏡手術。
- (六) 參與實驗室教學及醫學新知研討會並報告病例。
- (七) 參加實證醫學(EBM)教學活動。

四、優生保健科

- (一) 熟習常見遺傳性疾病檢查。
- (二) 學習各種產前遺傳診斷方法及施行。(包括羊膜穿刺、絨毛膜取樣、胎兒臍血抽取)
- (三) 學習妊娠早期誤用致畸性藥品之諮詢。
- (四) 參與優生保健醫學新知研討會及教學。
- (五) 了解優生保健實驗室之操作，學習親子血緣鑑定及遺傳疾病之檢查流程。
- (六) 參加實證醫學(EBM)教學活動。

※以教育地點區分：

(一) 病房實習：

1. 實習醫學生(intern) primary care之病人數上限為10人，不得連續值班，且值班後隔日實習13:00前不接新病人，此期間若有新病人入院，請找其它同學代理。
2. 早晚隨主治醫師及住院醫師探視病人，並完成病歷的撰寫，骨盆腔的檢查和各種檢查單的填寫判讀。完成所跟隨之主治醫師的
 - ① Weekly Summary (每個禮拜日及禮科一入院的病人，星期五要寫 weekly summary; 星期二以後住院的病人，當週不寫，但下週要寫 weekly summary)
 - ② 白色病歷紙(二號紙)上紅筆騰繕手術紀錄 (註明病患離開手術室時，是否Stable)
 - ③ 新入院病患之住院病摘(DR—請自己check是否有new patient ,4A—看白板上的刀表及住院單 切記1).要畫家族樹至少三代 2).pap smear 3).Sex exposure 4).GYN Hx)
 - ④ Primary care病患之出院病摘(出入院診斷清楚，不可出現縮寫)。
 Primary care病患之傷口換藥,請各team之intern負責平日換藥(DRG手術病人),請於早上07:00-07:30至病房換藥。
3. 在主治醫師及住院醫師的指導下，全程參與整個生產過程並學習超音波及胎心圖的判讀，產程圖的繪製，以及產後的照顧。
4. 參加部主任和各科主任查房，負責病情報告。負責病房常規事務之完成，如針劑之施打、傷口之換藥及檢查腸蠕動聲音等。
5. 隨時至週產期中心參與抽羊水檢查了解羊水檢驗之過程。
6. 主治醫師查房時間

姓名	查房時間	姓名	查房時間
吳孟興醫師	08:00-08:20	郭保麟醫師	①08:00-09:30 ②17:00-18:00
沈孟儒醫師	①10:00-11:00 ②17:00-18:00	游振祥醫師	①09:00-09:30 ②PRN
周振陽醫師	18:00-19:00	黃于芳醫師	15:00-17:00
康琳醫師	08:00-08:30	鄭雅敏醫師	18:00-19:00
張焜心醫師	①07:50-08:30 ②PRN	蘇美慈醫師	08:30-09:30
許耿福醫師	18:00-19:00	蔡佩穎醫師	08:00-08:30
李逸文醫師	①09:30-10:30 ②15:00-15:30		

(二) 門診實習：(刀本)

- 1.學習一般婦科、產科、內分泌生殖醫學和優生保健科的診斷及治療步驟。並學會簡單的門診治療步驟，包括門診跟診、內診、學習陰道鏡、子宮抹片檢查、切片和避孕器的裝置等並學習門診的問診型態及醫病間的互動情況。
- 2.請隨身攜帶學習護照。
- 3.每次跟診結束後,務必與主治醫師討論並填寫”門診教學記錄表”。
- 4.門診跟診之實習醫學生當天需完成門診診斷書填寫。

(三) 學術討論會：

1. 參加婦產部之晨會，並完成晨會報告病人之基本資料收集及撰寫。
2. 參加每週之教學回診病例討論會，並負責病例之報告及填寫教學記錄表。
3. 每週三參與婦科之醫學新知研討會並參加討論，了解最新研究資訊。
4. 參加婦產部各科聯合之所有討論會和醫學新知研討會。
5. 參加各次專科病例討論會，並負責病例之報告。
6. 會議記錄由實習醫學生(Intern)負責所有教學活動之會議記錄。

(四) 手術訓練：

觀察並協助完成各種手術。

(五) 實證醫學教學：參加實證醫學(EBM)教學活動。

※考核方式：

- (一) 晨會及各討論會（簽到與測驗）未出席者每次扣1分，每人至少需報告一次。
- (二) 每週一上午11:00-12:00需準備教學回診病例討論會。
- (三) 每位住院醫師及主治醫師皆予各實習醫學生(intern)分別評分，佔65%：含個人學識(15%)、臨床技能(35%)及專業態度(15%)(請參考範本P.8)。另護理長及行政CR給予360度評估表。
- (四) 期末報告(婦產科實習心得一份)及考試(筆試)佔15%。
- (五) 其他考核(20%)：行政總醫師、Intern教學負責醫師及部主任。

※預期實習醫學生(intern)婦產部實習結束成效：

了解並熟習下列病患之診斷及照顧原則並習得照護之技能。

- (一) 婦科疾患包括：Uterine myoma、Cervical cancer、Ovarian cancer、Endometrial cancer、Adenomyosis、Endometriosis、PID及Benign ovarian Tumor等。
- (二) 產科疾患包括：Preterm labor、NSD、C/S、PIH/preeclampsia、GDM、Fetal anomaly、premature rupture of membrane等。

- (三) 不孕症及生殖內分泌疾患包括：IUI、IVF、OHSS、PCO、Amenorrhea、Menopause等。
- (四) 優生保健方面包括：Prenatal genetic Screening、Chromosomal abnormalities、Thalassemia、Genetic counseling、Recurrent pregnancy losses等。

※習得技能包括：

(一) 理學檢查的技巧與影像判讀

1. 測量血壓
2. 腹部的檢查
3. 意識狀態的評量
4. 呼吸系統的檢查
5. 心血管系統的檢查
6. 測量肌腱反射強度
7. 測量體溫
8. 傷口的評量
9. 骨盆腔檢查
10. 胸部X-光的解讀
11. 腹部X-光的解讀
12. 骨盆腔電腦斷層的解讀
13. 超音波的解讀（包括腹部及陰道超音波）
14. 輸卵管攝影的解讀

(二) 實驗診斷的技巧與判讀

1. 安全的處理血液檢體
2. 標明檢體
3. 檢體的儲存
4. 皮膚試驗

(三) 程序之上的技巧

1. 基本的急救
2. 無菌衣及手套的穿戴
3. 維護呼吸道暢通的基本處置
4. 靜脈插管
5. 12導程心電圖的操作

6. 靜脈穿刺及血液培養
7. 插鼻胃管
8. 靜脈注射
9. 傷口縫合
10. 女性尿道導管的置入
11. 子宮頸抹片採檢

(四) 治療的技術或開立醫囑

1. 傷口的換藥與包紮
2. 靜脈輸液的建立與照顧
3. 開處方
4. 轉診單及會診單的書寫
5. 出院說明及用藥的書寫

※輔導要點：

如果醫護人員發現實習醫學生(intern)臨床表單及學習適應上有任何困難時，可向實習醫學生(intern)訓練計劃負責人反應，由負責人視情況決定是由科部組成輔導小組，協助學生適應學習上的障礙，該輔導小組可包含科部主任、訓練計畫負責人、該生導師及視情況加入邀請臨床心理師加入。

國立成功大學醫學院附設醫院

婦產實習醫學生(intern)多元評估表

102.10.01 初訂

實習醫師姓名：

評分月份： 年 月

一、病人照護(Patient Care)

評估項目	優	佳	普通	宜加強	未觀察到
1.了解病人需求及臨床照護					
2.適當開立醫囑及衛教病人					
3.理學檢查及手術技巧					
4.主動討論病情及參與照顧(VS)					
5.病歷寫作技巧(VS)					

二、醫學知識(Medical Knowledge)

評估項目	優	佳	普通	宜加強	未觀察到
1.靈活運用基礎醫學及各方面知識					
2.了解疾病變化及臨床技能能力處理					
3.適當使用診斷工具與方法					

三、人際關係及溝通技巧(Interpersonal and Communication Skills)

評估項目	優	佳	普通	宜加強	未觀察到
1.傾聽病人，尊重病人					
2.與同儕及護理人員關係					
3.能注重團隊合作及主動幫助他人					
4.與師長互動關係(VS)					

評估者：

綜合評分：1 2 3 4 5 6 7 8 9，請圈選。

評語：

評估日期：____年____月

說明：宜加強 1-3，普通 4-6，佳 6-7，優 8-9。

4A 婦產科病房實習醫學生(intern)工作職責

一、如何找護理人員	
<ul style="list-style-type: none">■ 若需有人協助您執行治療或處置，請參考護理站的「病人與護理人員分配表」白板上「代責護士」欄位中該床號所註明的護理人員或護生協助您。■ 每位護理人員上班時各有一部工作車，可參考工作車所在位置找人。■ 因護理人員執行沖洗及擦澡時會將病室門上鎖，造成一些隔音效果，以致可能無法立即回應您的呼叫，請循工作車所在位置找人。	
二、協助執行換藥	
<ul style="list-style-type: none">■ 在住院醫師的指導下，確實以<u>無菌技術執行穿戴手套及換藥動作</u>。■ 手術傷口原則上在手術後第二天、出院日的早上換藥。■ 除了手術後第二天「剖腹產傷口」，其餘傷口換藥皆須移除並更換免縫膠布。(出院時換藥，一律更換免縫膠布)■ 以<u>水溶性優碘溶液</u>消毒傷口後，需等待至少 30 秒，待優碘溶液乾燥完成消毒後，才可以使用 0.9% N/S 擦掉優碘，以避免刺激傷口組織延遲癒合及著色。■ 以 1 吋 3M 紙膠布用『Ω』及『井』字型方式固定傷口管路，以避免壓瘡產生。■ 請利用換藥車換藥，請找負責照顧該床之護理人員或護生協助換藥。■ 為減少病室噪音，晚上 10 點以後換藥，請使用治療盤盛裝用物換藥。■ <u>一定穿戴檢診手套及使用 CD 包及換藥車所備之優碘棉球、6 吋換藥棉棒換藥</u>。■ 刀片、縫合針、換藥用塑膠尖鑷子用後置入換藥車『<u>尖銳物收集小垃圾筒</u>』。■ 使用各種器械包盤，一律請找護理人員拿取，<u>使用後歸還</u>，不得丟置病室床邊，因而遺失者須負責賠償。	
三、醫療廢棄物處理	
<ul style="list-style-type: none">■ 使用後之空針勿棄置在床邊，應置於鋼杯、彎盆、治療盤內帶回準備室，未回蓋針頭卡下置入換藥車上『<u>廢棄空針收集盒</u>』，已回套針頭及針筒倒入<u>準備室『空針收集垃圾筒</u>』以便集中處理避免危險。■ 換藥之髒污敷料視同「<u>可燃性感染性廢棄物</u>」，切勿棄置在病室的垃圾筒，應置入換藥車旁垃圾筒之<u>紅色可燃感染性垃圾袋</u>內。■ 移除之各式管路如：N-G tube、CVP tube、Drain tube、Cystostomy tube 等等視同「<u>可燃性感染性廢棄物</u>」，切勿棄置在病室垃圾筒，應將移除之管路<u>反套入手套內</u>置入污物室之「<u>紅色『感染性廢棄物垃圾筒</u>」內。	
四、公物借用	
<ul style="list-style-type: none">■ <u>病患之病歷請勿自行攜出病房(護理站及醫師室)</u>，如因教學或個案討論需要時，請告知護理人員並登記在白板上，請儘快歸還。■ 『<u>不要分開拿取</u>』病歷及舊病歷，以免送刀或送檢查時有所遺漏，或其他工作同仁找不到病歷或舊病歷。■ <u>第一台刀之病歷一定不可攜出病房(護理站及醫師室)</u>，以免延誤送刀時間。■ 病房內之設備，如器械、圖書、文具等均屬公物，請勿移作私用或帶往他處。■ 因教學或個案討論需要影印病歷時，需先告知單位護理長、小組長以便登記及交班，待繳交書面報告時需一併將病歷影本附上交還給行政總醫師銷毀。	

五、執行治療或檢查

- 移除動脈注射管路 (A-line) 之後，務必使用 2x2 紗布用力直接加壓在針眼處至少 5~10 分鐘以上，以避免血液大量滲漏致皮下淤青。
- Complete EKG 是以熱感應方式列印報告，執行 Complete EKG 後請輕巧的自虛線處撕開報告紙，不可用力的拉斷報告紙，以免造成接觸不良致無法感應。
- 婦產科皆為女性病患，執行 Complete EKG、乳房檢查、會陰部檢查時，一定請護理人員協同在旁，以便協助及避嫌。
- 婦產科內診檢查原則上由住院醫師執行或在其指導下執行，「不可單獨執行」。
- 勿在病人或家屬面前討論病情，或發表對診治上的質疑，以避免醫療糾紛。
- 手術病患在麻醉科醫師執行麻醉後，負責給予醫囑上的靜脈注射抗生素。施打前必須告知麻醉科。

六、值班日調班請假

- 有事請假不在職，請在護理站之白板上註明及交待職務代理人，並通知病房護理人員，以便順利推展醫療業務。
- 值班日調班及請假須事先通知行政總醫師或負責醫師並獲同意。
- 經 102.05.06 科務會議決議：懷孕中的女醫師及實習醫學生 22:00~06:00 時間不排值班。
- 盡量避免 QOD 值班。

七、病歷記載

- 住院病人入出院病歷記載及臨床記錄。

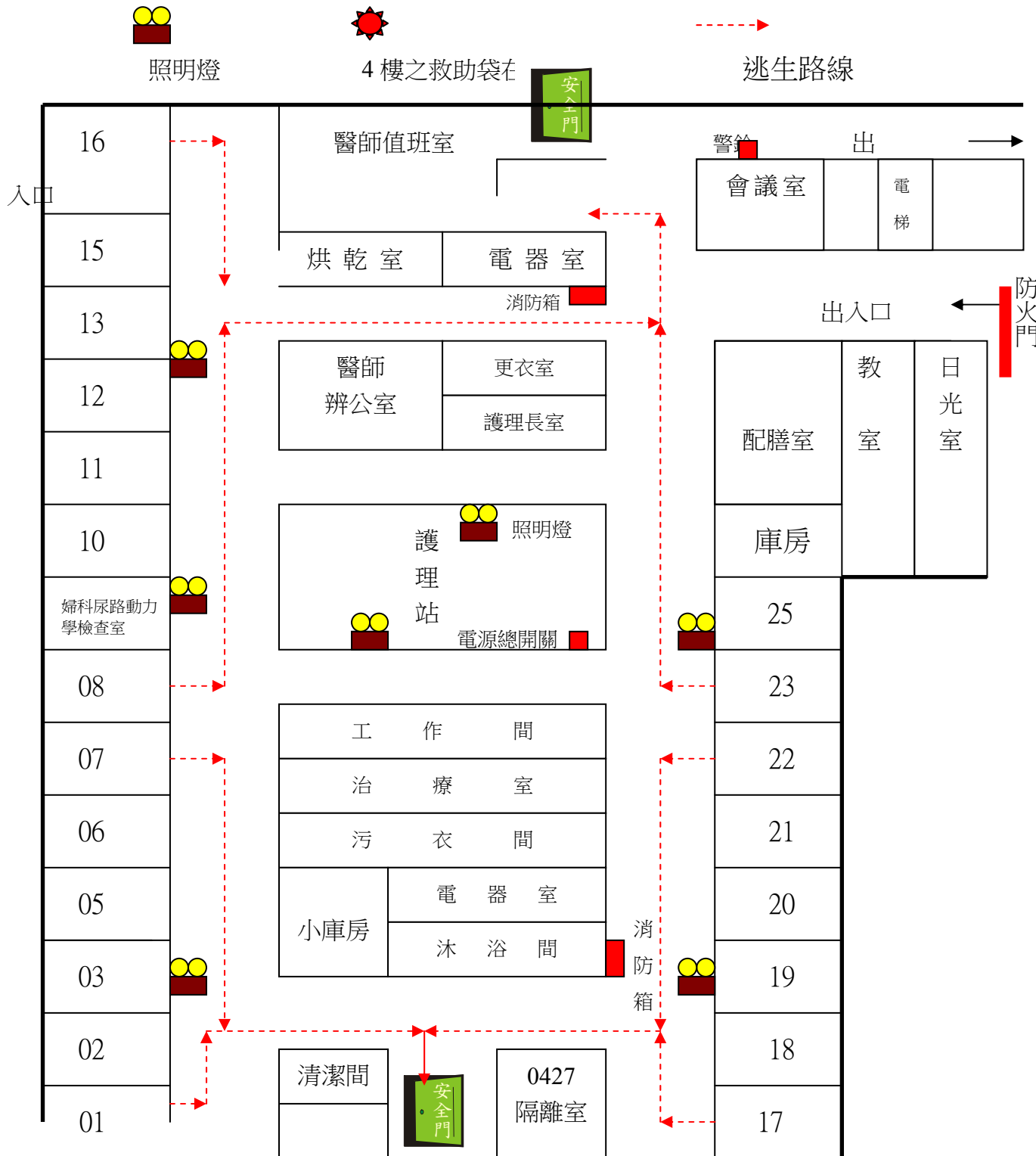
八、團隊合作協調

- 呼叫用手機若有收訊不良或電力不足，請儘快更換電池或修復。
- 值班者請確認呼叫用手機已開機，以維持呼叫功能。
- 有實習上問題或不瞭解，請向總醫師或單位護理長、小組長反應，尋求協助，以便適當解決問題。
- 醫療工作為團隊工作，請儘量與其他工作人員配合，維持和諧關係。

九、其他

- 協助開立診斷書時(若有疑問,不知如何書寫或不確定,請教行政 CR)，若病理報告尚未出來，請勿寫診斷，僅寫醫師囑言，待病理報告出來（書記會轉交）再填入診斷名稱，並複寫於二號紙，經由指導的住院醫師看過後，再請書記歸入病歷。
- Total primary care: simple surgery, pelvic inflammation disease, ovarian hyper stimulation syndrome...etc.

4A 病房平面圖及消防設備配置表與疏散方向



產房實習醫學生(intern)工作常規

內 容 說 明
<h2>一、環境介紹</h2>
<ol style="list-style-type: none">1. 在您到單位實習前，請務必參予單位環境介紹，以助您工作的熟悉與順遂。2. 護理站白板上的資料，可大略讓您了解目前產房孕產婦情形及負責照顧的護理人員。若需要更詳細的資料，可向產房駐守的住院醫師及護理人員詢問。3. 孕產婦病歷分黃本及藍本，黃本以醫囑、手術記錄、檢驗報告、舊病歷等為主，藍本以護理記錄、產程進展、胎心音記錄為主，請多加利用，可協助您了解孕產婦情形及完成病歷。4. 您會常用到的物品：皮尺(測量孕婦的 FSD,AC)、紙尺、磅秤(檢查胎盤與秤重)、小塑膠袋及病患貼紙(裝胎盤用)等等。5. 您會使用到的報告本：護理報告本(晨會填報孕產婦出住院、生產及完成值班日誌)、生產大本(填寫抄自嬰兒室的嬰兒頭圍、胸圍及胎盤重量等資料)、瑪丹娜病歷範本(完成病歷資料的書寫參考)。
<h2>二、病歷記載</h2>
*住院病人入出院病歷記載及臨床記錄。
<h2>三、例行工作</h2>
<h3>*協助分娩</h3> <ol style="list-style-type: none">1. 為了讓您在協助生產及剖腹產過程，確保無菌、無污染，請您事前先複習穿戴無菌手術衣，無菌手套的技術，以減少產婦術後發生感染的機會。2. 當產婦送入生產室或剖腹產室分娩時，希望您早已在產房待命，一起準備產婦的推送、擺位及無菌鋪單及生產器械的準備等。3. 因孕婦生產時間難以正確掌握，且緊急狀況極多，所以若您因有要事須暫離產房，務必於白板上留下可連絡上的電話，並向您的住院醫師報備，當需要您趕赴現場協助分娩，您能立即回到單位，並快速做好無菌措施，協助分娩。4. 分娩過程，請您協助維持新生兒的呼吸道通暢，故請先熟悉吸球的使用法。(先壓扁球體，吸新生兒羊水分泌物時，再慢慢放鬆球體)。5. 分娩的過程及剖腹產術的步驟，請先複習以促進團隊合作過程的愉快與順利。
<h3>*胎盤處理</h3> <ol style="list-style-type: none">1. 請將已完成檢查及秤重過的胎盤放入小塑膠袋內，貼妥病人資料，置放於生產室走道的大冰箱冷藏區。2. 若胎盤臍帶檢查發現有缺損、異常情形，請立即告知住院醫師，以避免產後併發症的發生。
<h3>*死胎處理</h3> <ol style="list-style-type: none">1. 若接生的是一死畸胎，請配合住院醫師做一整體性的檢查後，再磅其體重、量身長、頭胸圍，待一切檢查完成，將死胎放入小塑膠袋內，貼妥病人資料，再放入大冰箱上的紙箱裡，紙箱外貼妥病人名條資料，最後置放於生產室走道的大冰箱冷藏區。

四、產科檢查處置注意事項

1. 為維護孕產婦的隱私與避免不必要的誤解，在您為病人做檢查(如身體評估、EKG、PV..時)，請護理人員於旁協助。
2. 當您需要為孕產婦做身體評估及問診時，為避免孕產婦的抱怨與拒絕，請勿於產婦子宮收縮，疼痛不適時實行。
3. 一般而言，孕產婦的陰道內診由熟悉孕產婦情況及內診技術的產房護理人員或醫師執行，若您有學習上的需要，請向住院醫師虛心求教，經其同意並在旁引導下方可執行。
4. 孕產婦若向您提出任何醫療處置的疑問，請向產房住院醫師反應，勿私下解釋病情，導致非必要的誤解與糾紛。

五、其它遵守事宜

1. 婦產部實習醫學生(intern)工作守則。
2. 產房工作人員通則(見附件)
3. 請協助拿婦科及產科手術登記本到門診及收回。

產房工作人員通則

1. 產房是一隔離單位，請配帶識別證進出以有效控管進出人員，維護待產婦隱私與安全及隔離室的感控作業。
2. 進入生產室及剖腹產室工作者，請穿著綠色刷手衣褲(裙)，隔離室專用的手術用鞋、帽及口罩（待產室工作者除外），不得穿著一般服飾進出隔離室，以免違反隔離室感染控制原則。
3. 若有事外出單位，需換下刷手衣褲(裙)或套上外出用白袍、換外出鞋及脫下帽子口罩。
4. 若因緊急事件，需進入產房隔離室工作者，可外加內室隔離衣，再戴上鞋套、口罩及帽子，以維護隔離室感染控制原則。
5. 上班時間不得任意離開工作崗位，有事離開工作單位，需與相關人員留言交班清楚，使得離開。
6. 單位內的財產、儀器及資料(如護理報告、出生大本、書籍)皆屬公物，應小心使用，善加維護，外借時須告知當班管理者，並留下借條依期歸還。
7. 單位環境的整潔，請共同維護，勿堆放私人用物，以免整理中被丟棄處理。
8. 病人資料與病歷，不可私下攜出或影印與抄錄，違者後果自行負責。
9. 工作人員不可接受病患家屬饋贈紅包禮品，以端正社風。
10. 不得私下取用病患藥物或開病患處方領用私用藥品，違者並經查獲者，依院規處置。
11. 不得於隔離室內用餐或放置食物於內，以防隔離室滋生蟑螂、螞蟻、老鼠、蚊蠅等。
12. 上班時間不得於護理站、待產室及生產室等工作場所，不得高聲談笑、喧嘩、閱讀報章雜誌，以維護專業形象。
13. 請節約用水用電，避免不必要的浪費。
14. 垃圾廢棄物，請遵行廢棄物管理條例處理。
15. 工作人員請遵守上述通則，未盡事宜，得隨時修正。

實習醫學生 (Intern) 訓練分組表

組別：第 A1 組

實習期間：103 年 03 月 01 日至 103 年 04 月 15 日

導師：黃于芳醫師，負責該學員：教導、監督、協助完成婦產科學習護照項目。

學員婦產科實習：每梯次六周，本梯次 9 人

學員分配：依本部主治醫師次專科分類

婦科(包含留守化療)+不孕症：4 週；產科+門診：2 週

成大實習醫學生(intern)：陳泓毓(組長)2347、裘亮德、陳志銜、施柏丞、

廖偉翔、蕭暄蓉、張嘉凌、周延、施彤霖

代號-姓名-呼叫器(815-25 系統)

1	(Name)	(手機)	2	(Name)	(手機)	3	(Name)	(手機)
A	廖偉翔	2363	D	張嘉凌	2336	G	施柏丞	2324
B	周延	2313	E	蕭暄蓉	2374	H	施彤霖	2322
C	陳志銜	2346	F	陳泓毓	2347	I	裘亮德	2361
		第一週	第二週	第三週	第四週	第五週	第六週	第七週
主治醫師								
周振陽		A	B	H	E	F	I	G
鄭雅敏		BC	DE	FG	HI	AB	CD	EF
黃于芳								
許耿福		D	C	B	G	I	H	A
沈孟儒								
吳郁芄								
張炯心 蔡佩穎		G	F	D	A	H	B	C
蘇美慈								
游振祥		H	I	E	F	C	A	D
許沛揚								
郭保麟								
吳孟興		I	A	C	D	G	E	B
康琳								
病房留守 /OPD		EF	GH	IA	BC	DE	FG	HI

【學習項目】

(1) 共通：正常月經機轉、青春期發育、懷孕過程與生產、臨床解剖學、乳房檢查、骨盆腔檢查、初級婦產科超音波結果判讀、陰道分泌物抹片判讀。

(2) 分科：

產科：懷孕過程及生產、異常懷孕及生產陣痛分期與評估、產程測量及紀錄、孕婦腹部產檢、胎兒監視系統、密切注意孕婦陣痛與分娩、新生兒接生、產前檢查及產程照護。

婦科：下腹部疼痛、經痛、陰道分泌物的異常、不正常的出血、生殖器良性及惡性腫瘤、骨盆腔功能失調、性病與生殖道感染、女性導尿管導入、婦產科傷口照護、婦產科手術前後照顧、

生殖內分泌科：月經異常、停經症候群、不孕症、子宮輸卵管攝影、基礎體溫表判讀。

優生保健科：優生保健與遺傳諮詢、家庭計劃。

【各分科學習重點】

一、婦科

■ 下腹疼痛：

1. 疼痛的特徵（急性或慢性？持續性或間隔性？是否與月經相關？）
2. 是否懷孕？
3. 內診時是否有子宮與卵巢壓痛？

■ 經痛：

1. 原發性經痛或續發性經痛？
2. 診斷方法（需倚賴疾病史與內診、超音波或腹腔鏡診斷）
3. 治療方法（藥物或手術）

■ 陰道分泌物異常：

1. 正常陰道內生理環境
2. 分泌物特徵？（顏色？帶有鮮血？質地？臭味？會陰搔癢？）
3. 治療方法（細菌，黴菌，陰道滴蟲等為主）

■ 不正常出血：

1. 異常出血的特徵（間隔異常，經期異常，出血量異常，性行為後出血等）
2. 可能的原因（女性生殖道疾病，系統性疾病，藥物影響，子宮失功能性出血等）
3. 治療方法

■ 良性及惡性腫瘤

生殖器良性腫瘤：包括子宮內膜異位瘤，畸胎瘤，子宮肌瘤，子宮腺瘤

1. 正常子宮及子宮附屬器解剖位置

2. 腫瘤的臨床症狀診斷方法

3. 腫瘤的治療方式

生殖器惡性腫瘤：包括子宮頸癌，卵巢癌，子宮內膜癌

1. 各癌症的分期方法

2. 各癌症的臨床症狀及診斷方法

3. 各癌症的治療方法

■ 骨盆腔功能失調

1. 正常骨盆腔支持系統及解剖位置

2. 子宮脫垂、膀胱脫垂、直腸脫垂的分級方法

3. 治療方法

■ 性病及生殖道感染

1. 學習正常生殖道解剖及生理狀況

2. 性病（尖頭濕疣、疱疹、淋病等為主）的臨床表現與診斷方法

3. 生殖道感染（細菌、黴菌、陰道滴蟲）的臨床表現與診斷方法

4. 治療方法

■ 女性導尿管導入

1. 女性尿道口的辨別

2. 無菌消毒技術

3. 辨別是否正確置入

■ 婦產科傷口照護

1. 術前傷口無菌技術

2. 術後傷口感染及出血的辨別

3. 出院後傷口的自我照顧

■ 婦產科手術前後照顧

1. 手術前的診斷及準備

2. 手術前的身體及心理評估

3. 手術後生命徵兆觀測及恢復期的照顧

二、 生殖內分泌科

■ 月經異常

1. 了解正常月經機轉

2. 異常的可能原因

3. 治療方式

■ 停經症候群

1. 更年期的症狀

2. 診斷依據

3. 治療方式

■ 不孕症

1. 不孕的定義
2. 夫妻雙方應做的檢查
3. 治療方式（人工生殖協助技術的認識）
 - 子宮輸卵管攝影
 1. 正常輸卵管影像的認識
 2. 異常輸卵管影像的判讀
 3. 後續的治療方式
 - 基礎體溫表判讀
 1. 正常基礎體溫如何測量、記錄
 2. 正常基礎體溫表的判讀
 3. 異常基礎體溫表的判讀

三、優生保健科

- 優生保健與遺傳諮詢
 1. 常見遺傳病的認識
 2. 優生保健法律的認識
 3. 產前遺傳疾病的診斷方法
- 家庭計劃
 1. 正常男女生理
 2. 認識避孕藥的用法
 3. 避孕方式

四、產科

- 懷孕過程及生產
 1. 瞭解懷孕正常生理變化
 2. 瞭解各階段孕婦必須多久做一次產檢，每次產檢固定基本的問診項目及檢查
 3. 知道孕婦何時需到醫院待產
- 異常懷孕及生產陣痛分期與評估
 1. 瞭解 preterm labor、preeclampsia、GDM、fetal anomaly、PPROM、APH 等常見產科併發症及其治療或處理方式
 2. 正確畫出 Friedman curve，及瞭解各產程分期
 3. 瞭解 prolonged labor 的評估
- 產程測量及紀錄
 1. 務必將吾科實習醫學生(intern)專用產科住院病歷正確詳實填寫
- 孕婦腹部產檢
 1. 能正確做出 Leopold maneuver
 2. 孕婦 AC、FSD 的測量

3. Doppler 胎心音聽診
 - 胎兒監視系統
 1. 瞭解何謂正常的 NST
 2. 瞭解異常 NST 的判讀及處理方式
 3. 瞭解 BPP 如何評估及不同週數異常 BPP 的處理
 - 密切注意孕婦陣痛與分娩
 1. 親自參與孕婦整個待產過程
 2. 瞭解 C/S 的 indication
 3. 瞭解產中併發症，如 placenta abruption, fetal distress 等如何評估
 - 新生兒接生
 1. 親自參與觀摩整個 NSD、C/S 的過程
 2. 瞭解 Apgar score 的評估及基本新生兒護理
 3. 胎盤的檢查、評估
 - 產前檢查及產程照護
 1. 瞭解產前檢查的基本項目（例如：41、45、Down screen、50g oral glucose test 等）及其意義
 2. 瞭解各項檢查異常時的處置方式
 3. 瞭解產前超音波檢查的內容及目的

婦產部實習醫學生(intern)值班表

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
						03/01	03/02
4A 病房						G	H
4D 產房						B	A
	03/03	03/04	03/05	03/06	03/07	03/08	03/09
4A 病房	D	C	B	E	A	C	I
4D 產房	E	F	I	D	H	G	B
	03/10	03/11	03/12	03/13	03/14	03/15	03/16
4A 病房	H	D	A	B	D	C	F
4D 產房	C	E	F	H	I	E	G
	03/17	03/18	03/19	03/20	03/21	03/22	03/23
4A 病房	H	I	E	G	F	A	B
4D 產房	A	B	D	H	I	D	E
	03/24	03/25	03/26	03/27	03/28	03/29	03/30
4A 病房	H	I	D	E	F	I	C
4D 產房	F	C	G	A	B	H	D
	03/31	04/01	04/02	04/03	04/04	04/05	04/06
4A 病房	G	F	B	A	I	D	E
4D 產房	A	E	C	G	F	C	A
	04/07	04/08	04/09	04/10	04/11	04/12	04/13
4A 病房	H	C	G	A	E	G	F
4D 產房	B	F	I	D	C	H	I
	04/14	04/15					
4A 病房	B	H					
4D 產房	A	G					

代號-姓名-呼叫器(815-25 系統)

1	(Name)	(手機)	2	(Name)	(手機)	3	(Name)	(手機)
A	廖偉翔	2363	D	張嘉凌	2336	G	施柏丞	2324
B	周延	2313	E	蕭暄蓉	2374	H	施彤霖	2322
C	陳志銜	2346	F	陳泓毓	2347	I	裘亮德	2361

註 1：每日門診結束，門診小姐會傳呼當日值病房 intern 將婦科及產科排刀本(含治療單與住院許可證)拿回 4A 護理站(請放在 2895 文件盒內)

註 2：實習醫學生(intern)若有調班事宜，請事先通知科部助理，以利工讀金的發放(工讀金發放時間每月 5 號前會送出至教學中心)，以免造成誤會。

科部助理 宛珊 分機 5221。

實習醫學生(Intern)婦產科門診跟診表 1030227 更新

	一	03/03	二	03/04	三	03/05	四	03/06	五	03/07
	蔡佩穎		康琳	E	鄭雅敏		郭保麟	f	黃于芳	f
	沈孟儒(5)	E	吳孟興		沈孟儒		張焜心		周振陽	F
	吳郁芃	f	蘇美慈		游振祥		蔡佩穎	F	鄭雅敏(5)	
			黃于芳(5)		梁玉玲		許耿福		蘇美慈	
			張焜心	f	周振陽(5)	E			許耿福	
					教學診	f				
	周產期中心	e	周產期中心	e	周產期中心	e	周產期中心	e	周產期中心	e
	許耿福	e	郭保麟		吳郁芃	e	康琳	e	醫師	
	許沛揚	E	游振祥		許沛揚				吳孟興	e
	張焜心		黃于芳(5)		吳孟興		游振祥	F		
			教學診 蔡佩穎	e.E						
	周產期中心	f	周產期中心	f	周產期中心	f	周產期中心	f	周產期中心	f
	一	03/10	二	03/11	三	03/12	四	03/13	五	03/14
	蔡佩穎		康琳	G	鄭雅敏		郭保麟	H	黃于芳	h
	沈孟儒(5)	G	吳孟興		沈孟儒		張焜心		周振陽	H
	吳郁芃	h	蘇美慈		游振祥		蔡佩穎		鄭雅敏(5)	
			黃于芳(5)		梁玉玲		許耿福	h	蘇美慈	G
			張焜心	h	周振陽(5)	G			許耿福	
					教學診	h				
	周產期中心	g	周產期中心	g	周產期中心	g	周產期中心	g	周產期中心	g
	許耿福	G	郭保麟		吳郁芃		康琳	g	醫師	
	許沛揚	g	游振祥		許沛揚	g			吳孟興	g
	張焜心		黃于芳(5)		吳孟興		游振祥	H		
			教學診 蔡佩穎	g.G						
	周產期中心	h	周產期中心	h	周產期中心	h	周產期中心	h	周產期中心	h
	一	3/17	二	3/18	三	3/19	四	3/20	五	3/21
	蔡佩穎		康琳	l	鄭雅敏		郭保麟	j	黃于芳	
	沈孟儒(5)	l	吳孟興		沈孟儒		張焜心		周振陽	J
	吳郁芃	j	蘇美慈		游振祥		蔡佩穎		鄭雅敏(5)	
			黃于芳(5)		梁玉玲		許耿福	J	蘇美慈	
			張焜心	j	周振陽(5)	l			許耿福	j
					教學診	j				
	周產期中心	i	周產期中心	i	周產期中心	i	周產期中心	i	周產期中心	i
	許耿福	i	郭保麟		吳郁芃	i	康琳	J	醫師	
	許沛揚	l	游振祥		許沛揚				吳孟興	i
	張焜心		黃于芳(5)		吳孟興		游振祥	i		
			教學診 蔡佩穎	i.l						
	周產期中心	j	周產期中心	j	周產期中心	j	周產期中心	j	周產期中心	j

	一	3/24	二	3/25	三	3/26	四	3/27	五	3/28
	蔡佩穎		康琳	C	鄭雅敏		郭保麟	B	黃于芳	
	沈孟儒(5)	C	吳孟興		沈孟儒		張焯心		周振陽	B
	吳郁芃	I	蘇美慈		游振祥		蔡佩穎		鄭雅敏(5)	
			黃于芳(5)		梁玉玲		許耿福	I	蘇美慈	I
			張焯心	I	周振陽(5)	C			許耿福	
					教學診	I				
	周產期中心	k	周產期中心	k	周產期中心	k	周產期中心	k	周產期中心	k
	許耿福	k	郭保麟	C	吳郁芃		康琳	k	醫師	
	許沛揚	C	游振祥		許沛揚	k			吳孟興	k
	張焯心		黃于芳(5)		吳孟興		游振祥	B		
			教學診 蔡佩穎	k						
	周產期中心	I	周產期中心	I	周產期中心	I	周產期中心	I	周產期中心	I
	一	3/31	二	4/01	三	4/02	四	4/03	五	4/04
	蔡佩穎		康琳	D	鄭雅敏		郭保麟	E	黃于芳	
	沈孟儒(5)	D	吳孟興		沈孟儒		張焯心		周振陽	
	吳郁芃		蘇美慈		游振祥		蔡佩穎		鄭雅敏(5)	
			黃于芳(5)		梁玉玲		許耿福		蘇美慈	
			張焯心		周振陽(5)	E			許耿福	
					教學診					
	周產期中心		周產期中心		周產期中心		周產期中心		周產期中心	
	許耿福		郭保麟		吳郁芃		康琳	E	醫師	
	許沛揚	D	游振祥		許沛揚				吳孟興	
	張焯心		黃于芳(5)		吳孟興		游振祥			
			教學診 蔡佩穎	D						
	周產期中心		周產期中心		周產期中心		周產期中心		周產期中心	
	一	4/07	二	4/08	三	4/09	四	4/10	五	4/11
	蔡佩穎		康琳		鄭雅敏		郭保麟	G	黃于芳	
	沈孟儒(5)	F	吳孟興		沈孟儒		張焯心		周振陽	G
	吳郁芃		蘇美慈		游振祥		蔡佩穎		鄭雅敏(5)	
			黃于芳(5)		梁玉玲		許耿福		蘇美慈	
			張焯心	F	周振陽(5)	F			許耿福	
					教學診					
	周產期中心		周產期中心		周產期中心		周產期中心		周產期中心	
	許耿福		郭保麟		吳郁芃		康琳	G	醫師	
	許沛揚	F	游振祥		許沛揚				吳孟興	
	張焯心		黃于芳(5)		吳孟興		游振祥			
			教學診 蔡佩穎	F						
	周產期中心		周產期中心		周產期中心		周產期中心		周產期中心	

兒童節

	一	4/04	二	4/15					
	蔡佩穎		康琳						
	沈孟儒(5)	H	吳孟興						
	吳郁芃		蘇美慈						
			黃于芳(5)						
			張焜心	I					
	周產期中心		周產期中心						
	許耿福		郭保麟						
	許沛揚	H	游振祥						
	張焜心		黃于芳(5)						
			教學診 蔡佩穎	I					
	周產期中心		周產期中心						

跟診 intern(*)請將婦科及產科本拿至門診代號-姓名-呼叫器(815-25 系統)

代號-姓名-呼叫器(815-25 系統)

1	(Name)	(手機)	2	(Name)	(手機)	3	(Name)	(手機)
A	廖偉翔	2363	D	張嘉凌	2336	G	施柏丞	2324
B	周延	2313	E	蕭暄蓉	2374	H	施彤霖	2322
C	陳志銜	2346	F	陳泓毓	2347	I	裘亮德	2361

請跟 VS 周的 intern* 負責接當日的門診 new patient

【婦產科跟診注意事項】

- △ 請於門診開始前到達診間(上午九時，下午一時三十分)，主動找 VS 報到
- △ 每週三以及週五請實習醫學生(intern)跟周振陽醫師(負責接初診及查 data)
- △ 經 VS 同意可以接初診
- △ 跟診時請注意病患隱私，並佩戴外科口罩
- △ 若需提前離開參加會議與討論會，請於時間將到時告知該診主治醫師；教學診以跟診為第一優先。
- △ 請著裝整齊清潔(勿穿手術房綠衣服)，並佩戴識別證
- △ 實習醫學生(intern)請隨身攜帶學習護照
- △ 門診跟診之實習醫學生當天需完成門診診斷書填寫
- △ 當月跟診人數較多時，請彈性調配，無診可跟時，可到下列地點看檢查操作:
 - ▲ 婦產科超音波室:(請注意病患隱私)
 - ▽ LEVEL II: 每次一人，每週一~五上下午幾乎都有，請至住院大樓 4F 超音波室櫃檯詢問有無 case
 - ▽ Breast sonar: 每次一人，每週二下午、週五上午，請至住院大樓 4F 超音波室櫃檯詢問並請先向主治醫師報備並觀看同步電視即可
 - ▲ 尿路動力學(請注意病患隱私):每週五下午在 4A10, 每次一人(最多 3 個 case,14:00, 15:00, 16:00)，請每週四先詢問當週有無 case，並提早報到 (婦科專師)
 - ▲ 周產期中心(請注意病患隱私)(分機 4740): 每週一~五上午，請先詢問有無 CASE 作羊膜穿刺或 fetal therapy
- △ 主動學習，在跟診前請先唸書，若有問題請在跟診完後再發問(勿直接在病患面前詢問)。
- △ 教學門診請主動接初診病人 1~2 位，若為複診病人請實習醫學生(intern)預先看完病人病歷資料。

實習醫學生(intern)婦產科基本臨床能力評估

年級：七

姓名：

1030301-1030415

項 目	
骨盆檢查	<input type="checkbox"/> 已具基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 不完全具備基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 未具備基本臨床能力
女性導尿管置入	<input type="checkbox"/> 已具基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 不完全具備基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 未具備基本臨床能力
子宮頸抹片及拭樣	<input type="checkbox"/> 已具基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 不完全具備基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 未具備基本臨床能力
子宮頸尿道及陰道拭樣	<input type="checkbox"/> 已具基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 不完全具備基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 未具備基本臨床能力
陣痛分期及評估	<input type="checkbox"/> 已具基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 不完全具備基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 未具備基本臨床能力
新生兒接生	<input type="checkbox"/> 已具基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 不完全具備基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 未具備基本臨床能力
孕婦腹部檢查	<input type="checkbox"/> 已具基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 不完全具備基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 未具備基本臨床能力
密切注意孕婦陣痛與分娩	<input type="checkbox"/> 已具基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 不完全具備基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 未具備基本臨床能力
乳房檢查	<input type="checkbox"/> 已具備基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 不完全具備基本臨床能力 <input type="checkbox"/> 未具備基本臨床能力

【此表請於見實習結束時，勾選後交回。

國立成功大學醫學院附設醫院 婦產 部

實習醫學生(Intern)教學門診教學記錄表 1030301-1030415

教學時間	年 月 日(星期) ; <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	教學地點	
實習醫學生 (Intern)		主治醫師	
<p>病人病情概述</p> <p>填寫內容包括 1.病患基本資料、2.簡要病史、3.主要診斷、4.重要處置、5.其他發現</p>		<p>教學內容重點</p> <p>指導內容包括 1.病史詢問、2.理學、神經學、精神、營養狀態檢查、3.生物、心理、社會及功能狀態評估、4.鑑別診斷、5 實驗室及影像檢查、6.治療及衛教、7.溝通技巧及醫病關係之建立、8.醫學倫理與法律、9.實証醫學及醫療品質、10.其他</p>	
年齡: 性別:			
年齡: 性別:			

(填寫完後請擲回科辦公室)

病人病情概述		教學內容
年齡: 性別:		
年齡: 性別:		
年齡: 性別:		

國立成功大學醫學院附設醫院 婦產 部

教學住診記錄表

1030301-1030415

基本資料：(年齡、性別)	教學時間： 教學地點：	
指導教師：	被指導學生：	
討論內容(被指導者填寫)		指導者修正意見
病情概述：		
<p>教學主題：(請圈選此次迴診所強調的教學主題，可複選，並摘要記錄教學內容於下表)</p> <p>1.病史、2.理學及神經學檢查紀錄、3.精神狀態檢查、4.實驗室檢驗及影像檢查 5.心理、社會、職能評鑑、6.診斷分析、7.鑑別診斷診斷分析、8.藥物治療、9.其他治療及預防計劃、10.醫病關係之建立、11.會談、溝通技巧</p>		
教 學 內 容 精 華 摘 要	討論內容(被指導者填寫)	指導者修正意見
		指導醫師簽名：

(填寫完請連同病歷影印擲回科辦公室)

婦產科實習醫學生(intern)意見綜合評估表

評分說明 1: 沒有、很不清楚、很不公平或最不好; 2: 不清楚、不公平或不好;
3: 有、尚可、普通; 4: 有、清楚、公平、佳;
5: 有、很清楚、很公平或最好

1030301-1030415

項次	評估項目	評 分					備註
		1	2	3	4	5	
1	Orientation時候有主治醫師說明學生至該科實習的目標						
2	Orientation時候有說明該科對學生評估的標準						
3	對學生評估的標準與實習的目標一致						
4	Internship內容的安排						
5	直接接觸病人數量(住院)						
6	直接接觸病人數量(門診)						
7	直接接觸病人數量(急診)						
8	直接照顧病人程度						
9	接觸病人種類(住院)						
10	接觸病人種類(門診)						
11	接觸病人種類(急診)						
12	以學生教學為重點的討論會						
13	查病房時學習效果						
14	主治醫師對學生的教學						
15	住院醫師對學生的教學						
16	主治醫師對學生的表現能給與及時指正(feedback)						
17	住院醫師對學生的表現能給與及時指正(feedback)						
18	學生與病人接觸時主治醫師現場指導程度						
19	學生與病人接觸時住院醫師現場指導程度						
20	主治醫師對學生表現有公平的評估						
21	住院醫師對學生表現有公平的評估						
22	整體而言對學生的評估的公平性						
23	整體而言對學生的教學						
24	整體而言對Clerkship的滿意度						
25	是否有參加病房醫療小組(Team)?						
26	參加病房醫療小組的滿意度						

【此表請於實習結束時，勾選後交回。】

成大婦產部教學意見調查表

請以無記名方式寫下對婦產科教學的建議。

【102學年下學期實習醫學生(intern)第A1組 103/03/01 ~ 103/04/15】

吳孟興主任 拜啟

您的建議：

您覺得婦產科應該保留課程項目或其它：

醫學系婦產科實習醫學生(intern)對主治醫師 教學滿意程度調查表

【102 學年下學期實習醫學生(intern)第 A1 組 103/03/01 ~ 103/04/15】

1. 請以無記名方式對以下各主治醫師的教學給予適當的鼓勵與反映，請於格內打「✓」。
2. 請勾選教學優良主治醫師前三名。

主治醫師	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意	最佳 VS 請依序 選出前三名
吳孟興						
吳郁芄						
沈孟儒						
周振陽						
許耿福						
許沛揚						
康 琳						
張焜心						
郭保麟						
游振祥						
黃于芳						
蔡佩穎						
鄭雅敏						
蘇美慈						

(按筆劃順序排列)

**醫學系婦產科實習醫學生(intern)對住院醫師
教學滿意程度調查表**

【102 學年下學期實習醫學生(intern)第 A1 組 103/03/01 ~ 103/04/15】

1. 請以無記名方式對以下各住院醫師的教學給予適當的鼓勵與反映，請於格內「✓」。
2. 請勾選教學優良住院醫師前三名。

住院醫師	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意	最佳 R 請依序 選出前三名
廖倖玲						
白岳儒						
陳達生						
黃筱秦						
林立展						

婦產部教學訓練課程滿意度評量表

10210 更新

姓名：實習醫學生(Intern)

填表日期： 年 月 日

說明：

1030301-1030415

評估目的：實習醫學生(Intern)對婦產部本身的核心課程訓練滿意度，以作為以後改善教學訓練之參考。

1. 評分方式：採五分法『非常滿意、滿意、尚可、不滿意、非常不滿意』。
2. 建議事項：評分為尚可(含)以下之項目，請填寫學習意見於建議欄內，並請各負責導師進一步瞭解。

4. 評估時間：每組評估一次。

教學負責人核章：

	非常滿意	滿意	尚可	不滿意	非常不滿意	不適用
ward						
DR						
OR						
OPD						
Sonar						
Morning meeting						
Case/ MME						
醫學新知研討會						
Image teaching						
Combined teaching						
Chart round						
Urodynamic						
Genetic seminar						
Infertility Lab meeting						
基本臨床能力						
EBM						
國考複習						
整體訓練計劃滿意度						
建議欄： 評分為尚可(含)以下之項目，請填寫學習意見於建議欄內。						
請填入同組最主動提供幫助或互相支援的同學3位 (必填)	1.	2.		3.		

{附件}

實習醫學生(intern)婦產科 primary care

part 1 : 產科

NSD

1. 每日檢查: fundal height, lochia 量, 宮縮強度, 有無發燒傷口疼痛及是否能下床解尿及解便, breast feeding & engorgement, 出院當日隨主治醫師或住院醫師內診檢查

2. 醫囑:

產後醫囑範例

<POST PARTUM ORDER> (臨床路徑)

= Vital sign: as ward routine (bid)

= on regular diet

= MgO 1# po qid x 3 days(張焜心醫師接生之產婦請改成 2# po qid)

= Ergonovine 1# tid x 3 days:(產婦有高血壓或宮縮痛厲害請 DC ergonovine 或酌量調整成 bid)

3. 出院時間: 依健保規定為生產日加三日: EXAMPLE: 2003-09-30 生產無併發症於 2003-10-03 早上需出院,欲延長住院可自費

所有醫囑請經住院醫師 COUNTERSIGN 後方可執行

若有任何用藥與授乳相關問題請確實與住院醫師討論後再答覆病患詢問

4. 特殊處理

(1) 會陰傷口:(請翻閱記錄)

- hemorrhoid pain : Proctosedyl ointment 1 tube (可加 Sitz Bath)
- 會陰傷口疼痛 : Sitz bath with Aq-B.I 15 cc bid + prn
- 4th degree laceration :
 - add cleocin 1# po qid and
 - PP day & day1 : DC Mg O and add Imodium 1# bid x 2days
 - PP day 2 or 3 Dulcolax 2# po stat and MgO 2# po qid

(2) 產後出血 : inform 產房 resident

(3) 退奶: 自費購藥(白色住院處方籤) Parlodel 1# po bid x 7days

5. 衛教:

- 鼓勵產後按摩宮底,
- 產後六小時內有無下床小解,是否有傷口痛解不出小便須單導,
- 如廁後需以溫水沖洗會陰
- 欲授乳者可熱敷按摩乳房,教導 breast care

6. 出院醫囑範例

(1). MBD ORDER (臨床路徑)

= MgO 1# po qid x 3 days

= OPD F/U 預掛 92-12-24 Dr. OOO 門診

= PV stat

= MBD

(若住院期間有另加其他口服藥，如鐵劑、軟便劑、止咳藥、降血壓藥.....等，請記得在出院時要加開給病人帶回三~五天，加寫在出院醫囑單及藥單上)

(2) 需填寫

- 出院許可證 (一式二聯)
- 預約回診 (產後五~六週後接生醫師門診) 做 Pap smear
 - 若有 4th degree laceration 或做 transabdominal ligation surgery 請約一周左右回診
- 產婦註記:

(3) 產婦註記範例 (在 MBD order 那一頁)

以有 preterm labor 經安胎於 37 週滿週數放棄安胎經陰道分娩後產道裂傷合併產後大出血為例

產婦專用

懷孕週數 37

生產方式: N (N/C/P/V)

生產日期 92 年 10 月 01 日

生產時間: 10 : 01

是否安胎或產前合併症: Y (Y/N)

結束日期: 92 年 9 月 30 日

是否催生: N (Y/N)

嬰兒活/死產數: 1 / 0

是否 C/S 適應症: N (Y/N)

適應症診斷碼: 0

是否分娩合併症: Y (Y/N)

合併症診斷碼: 666, 664

生產方式: **N-NSD C-CS P-安胎未產 V-VBAC**

出院許可證寫出院病摘者欄位請填寫接生住院醫師(可直接寫醫師代碼四碼)

C/S 產後照顧

1. Daily check fundal height, lochia 量, 宮縮強度, 是否排氣, 有無發燒, 傷口疼痛及是否能下床, 出院當日隨住院醫師檢查傷口並 wound CD

OP day 1 :check I/O ,wound CD(除非傷口滲溼勿撕美容膠), 追術後 HB/HCT data

Order: as example :

2. 出院時間: 依健保規定為生產日加五日:

EX.: 2003-09-30 剖腹生產無併發症於 2003-10-05 早上需出院, 欲延長住院可自費 (但須先告知主治醫師)

3. 注意事項

(1)Anemia:術後輸血請依據手術過程,病人症狀及抽血報告與住院醫師討論,可補鐵劑

(2)spinal anesthesia 後需平躺 8hr 以預防 spinal headache

(3)PCA (Epidural catheter) 於排氣後可自由活動,傷口疼痛較好後可拔除

● 術後醫囑範例

POST C/S ORDER (臨床路徑)

1. Check TPR, BP, urine output q2hx2,q4hx2, If urine output < 30ml/hr, BT > 38.5 C, PR > 120bpm, RR > 30/min, BP drop > 30/20 mmHg from reference level--> INFORM duty R; If stable, as ward routine
2. NPO till flatus passage
3. On Foley till flatus
4. Check I/O q8h till flatus passage
5. Set IV with (L/R500mlx1 + D2.5S 500mlx3 + N/S 500ml x 1) qd x 2 days
6. Cefazolin(1gm) 1 vial IV drip st & q8h x 1 day
8. Demerol 50 mg IV drip q4h prn or on PCA
9. Oxytocin (10 IU) 1amp IVD q8h x 2 days
10. Check CBC/DC cm. If Hb < 10g/dl or Hct < 30%,Inform R
11. C.D. on postop.2nd day and postop.5th day
12. On abdominal bandage
13. Dulcolax 2 # supp. on post-OP D2, if still no flatus passage

▲排氣後試喝水,若無礙可 *ORDER RENEW*

RENEW ORDER (臨床路徑)

1. Vital signs: as ward routine
2. On regular diet
4. MgO 1# po qid x 4 days
5. Panadol 1# qid x 4 days
6. Ergonovine 1# tid x 4 days

● 出院注意事項

傷口換藥若傷口有紅腫熱痛欲和不良請即通知產房醫師

預約回診時間(約一周左右),囑回診主治醫師看過傷口方可淋浴

● 出院醫囑範例

MBD ORDER (臨床路徑).

2.MgO 1# po qid x 3 days

3.Panadol 1# qid x 3 days

5.OPD F/U 預掛 92-12-24 Dr. OOO 門診 (約一週後回診)

6.wound CD st.

7.MBD

(若住院期間有另加其他口服藥，如鐵劑、軟便劑、止咳藥、降血壓藥.....等，請記得在出院時要加開給病人帶回三~五天，加寫在出院醫囑單及藥單上)

● 以懷孕三十八週前胎剖腹產為例

產婦專用

懷孕週數 38

生產方式: C (N/C/P)

生產日期 92年10月01日

生產時間: 10:01

是否安胎或產前合併症: N (Y/N)

結束日期: 年 月 日

是否催生: N (Y/N)

嬰兒活/死產數: 1 / 0

是否 C/S 適應症: Y (Y/N)

適應症診斷碼: 654.2

是否分娩合併症: N (Y/N)

合併症診斷碼: 0

藥單可於臨床路徑藥單上添加刪改但須核醫師章

part 2 : 婦科

1. 包括一般婦科入院開刀或術後入院開刀的病患
2. 目前婦產科大多為論病例計酬的術式(除癌症外)，新系統電腦內已有設定好的醫囑(包括術前、術後、出院)，但仍應病患臨床實際情況修改或增添醫囑
3. 已有臨床路徑的術式有(新系統已有設定好的醫囑): myomectomy, hysterectomy, oophorectomy, ectopic operation, laparoscopic surgery...etc.

part 3 : 婦癌

1. 本院為醫學中心，故本科癌症病患較其他醫院多，婦癌的病患也多在本科治療，尤其是化學治療。
2. 本科化療病患多採預約制，已有專科護理師負責病患的聯絡，每次住院的治療都要再次評估病患的情況，以掌握病患治療的反應。
3. 化學治療醫囑有設好的格式，惟需每次入院時需醫病患當時的體重與整體評估來調整劑量。

part 4 : 其他非開刀住院病患

婦產科除了產科及開刀的病患之外，尚有其他不需開刀但仍需入院治療的病患，以下為本科常見非開刀住院病患的醫囑範例，臨床上可參考此範例，但仍需醫病患實際的情況做調整，請多與住院醫師和主治醫師討論。

疾病名稱: Mastitis

- = On the service of VS / Intern
- = Vital sign as ward routine
- = Diet as tolerance
- = Check CBC/DC, CRP, st + QOD
- = GOT/GPT, BUN/Cr, U/A st + QW
- = Fever routine
 - BT > 38C, Ice pillow prn
 - BT > 38.5C, Panadol 1# po st
 - BT > 39 C, B/C x II then Aspergic 1 vial st ivd
- = Breast care (冷敷)
- = IVF with N/S keep line
- = penicillin sensitivity test stat
- = Augmentin 1.2gm IVD q8h (if penicillin sensitivity test negative)
- = oral antibiotics Augmentin (1gm) 1# po QD x 5 days

疾病名稱: hyperemesis gravidum

- = On the service of VS / Intern
- = Vital sign as ward routine
- = Diet as tolerance
- = Check CBC/DC, CRP stat (若 ER 已 check, 可不用再抽)
- = check serum GOT, GPT, Albumin, BUN/Cr, Na, K, Ca stat (若 ER 已 check, 可不用再抽)
- = check U/A stat (若 ER 已 check, 可不用再抽)
- = IVF with ① (Taita No.5 400ml + KCl 10mEq) x 2 bottle
② (D2.5S 500ml + D50W 2amp + Multivita 5ml) x 1 bottle / QD
- = primperan 10mg IVD stat & q8h

疾病名稱: OHSS

- = On the service of VS / Intern
- = Vital sign as ward routine
- = Diet as tolerance
- = Bed rest
- = Record I/O Q4h

- = Daily physical examination, weight, abdominal girth measurement
- = Check CBC/DC, Na/K/Cl, st + QD
- = GOT/GPT, BUN/Cr, PT, APTT st
- = Chest x-ray (if pulmonary symptoms are evident)
- = Pulse oximetry (if pulmonary symptoms are evident)
- = Abdominal sonar
- = IVF with N/S 1000cc QD
- = Albumin 1 bottle IVD stat & bid x _____ days (自費, 共___ bottle)
- = Lasix (20mg) 1amp IVD after albumin 1 hour later
- = O2 3L/min by nasal cannula
- = Dopamin 2 amp in N/S 250 cc keep 2-3ug/kg/min (if needed)

疾病名稱: PID

- = On the service of VS _____ / Intern
- = Vital sign as ward routine
- = Diet as tolerance/ on soft diet
- = bed rest
- = Check CBC/DC, CRP, st + QOD
- = GOT/GPT, BUN/Cr, U/A st + QW
- = Cervical culture stat
- = Fever routine
 - BT > 38C, Ice pillow prn
 - BT > 38.5C, Panadol 1# po stat
 - BT > 39 C, B/C x II then Aspergic 1 vial stat IVD
- = Pelvic sonar
- = PV
- = IVF with D2.5S keep line
- = Cleocin 900mg ivd st + q8h X 3 days (if stable then shift to oral antibiotics)
- = Gentamycin 80mg ivd st + q8h x 3 days (if stable then shift to oral antibiotics)
- = Cleocin 1# po qid x 7 days (oral antibiotics)
- = Cravit 500 mg 1# qid x 7 days (oral antibiotics)

疾病名稱: TOA

- = On the service of VS _____ / Intern
- = Vital sign as ward routine
- = Diet as tolerance/ on soft diet

- = Bed rest
- = Check CBC/DC, CRP, stat + QOD
- = GOT/GPT, BUN/Cr, U/A stat + QW
- = Cervical culture stat
- = Fever routine
 - BT > 38C, Ice pillow prn
 - BT > 38.5C, Panadol 1# po st
 - BT > 39 C, B/C x II then Aspergic 1 vial st ivd
- = Pelvic sonar
- = PV
- = IVF with D2.5S keep line
- = Cleocin 900mg ivd st + q8h X 3 days (if stable then shift to oral antibiotics)
- = Gentamycin 80mg ivd st + q8h x 3 days (if stable then shift to oral antibiotics)
- = Cleocin 1# po qid x 7 days (oral antibiotics)
- = Cravit 500 mg 1# qid x 7 days (oral antibiotics)

疾病名稱: **Wound dehiscence**

- = On the service of VS / Intern
- = Vital sign as ward routine
- = Diet as tolerance
- = bed rest
- = Check CBC/DC, CRP, stat + QOD
- = GOT/GPT, BUN/Cr, U/A stat + QW
- = wound culture stat
- = wound wet dressing q8h
- = Fever routine
 - BT > 38C, Ice pillow prn
 - BT > 38.5C, Panadol 1# po stat
 - BT > 39 C, B/C x II then Aspergic 1 vial stat IVD
- = IVF with D2.5S keep line
- = Cefazolin 1 gm ivd st + q8h X 3 days
- = Gentamycin 80mg ivd st + q8h x 3 days

疾病名稱: **ileus**

- = On the service of VS / R (or Intern)
- = Vital sign: as ward routine
- = NPO with NG tube decompression
- = activity: as tolerance

- = record I/O q8h, body weight QOD
- = Check CBC/DC stat & qW1, 4 (or qW2, 5) (若 ER 已 check, 可不用再抽, routine 抽血請另外開單)
- = check serum GOT, GPT, Albumin, BUN/Cr, Na, K, Ca, CRP stat & qW1, 4 (or qW2, 5) (若 ER 已 check, 可不用再抽, routine 抽血請另外開單)
- = check U/A stat (if positive finding over U/A, please check U/C, 另外手開單)
- = IVF with
 - ① Amino Acid Solution (10%, 200ml) x 1 bottle
 - ② Intrafat (10%, 200ml) or Intralipos (10%, 250ml) x 1 bottle
 - ③ (D5W 500ml + KCl 10mEq) x 1 bottle
 - ④ (Taita No.5 400ml + KCl 10mEq) x 2 bottle
 - ⑤ (D2.5S 500ml + D50W 2amp + KCl 15 mEq) x 1 bottle
- = (N/S 500ml + KCl 10mEq) 補每日 NG tube loss 半量, if NG tube loss > 500ml/day
- = Primperan (Metoclopramide) 10mg IVD stat & q8h (if ECCr <40 → 請查藥典調整劑量)
- = Gaster (Famotidine) 20mg IVD stat & q12h x 3 days (自費, 共 6 amp, 另開住院自費處方簽) (if ECCr <50 → 請查藥典調整劑量)
- = Tramadol 100mg IVD q6h pre if severe abdominal pain (另開管制藥品處方簽)
- = Fever routine
 - BT > 37.5 °C, Ice pillow used
 - BT > 38 °C, Panadol 1# po stat
 - BT > 38.5 °C, B/C x II then Aspergic 1gm IVD stat & inform duty R or intern (若 ER 已做 B/C, 可不用再抽)
- = Cefazolin 1 gm IVD stat & q8h (另開抗生素處方簽, if ECCr <30 → 請查藥典調整劑量)
- = Gentamycin 240mg IVD st + QD (另開抗生素處方簽, if ECCr <60 → 請查藥典調整劑量)

疾病名稱: neutropenic fever

- = On the service of VS / R (or Intern)
- = Vital sign: Q8H
- = on 消毒餐
- = activity: protective isolation (if thrombocytopenia: bed rest)
- = Check CBC/DC, CRP stat & QOD (若 ER 已 check, 可不用再抽, routine 抽血請另外開單)
- = check serum GOT, GPT, Albumin, BUN/Cr, Na, K, Ca stat (若 ER 已 check, 可不用再抽)
- = check U/A stat (if positive finding over U/A, please check U/C, 另外手開單)
- = check CxR stat, KUB stat ((若 ER 已 check, 可不用再抽))

- = check sputum routine (if positive finding, please check sputum culture, 另外手開單)
- = IVF with N/S 500ml x 3 bottle /day
- = Fever routine
 - BT > 37.5 °C, Ice pillow used
 - BT > 38 °C, Panadol 1# po stat
 - BT > 38.5 °C, B/C x II then Aspergic 1gm IVD stat & inform duty R or intern (若 ER 已做 B/C, 可不用再做)
- = Piperacillin sodium 3 gm IVD stat & q6h (另開抗生素處方簽, if ECCr <40 → 請查藥典調整劑量)
- = Gentamycin 240mg IVD st + QD (另開抗生素處方簽, if ECCr <60 → 請查藥典調整劑量)

疾病名稱: Deep venous thrombosis

- = On the service of VS / R (or Intern)
- = Vital sign: Q8H
- = on regular diet
- = activity: bed rest
- = check bilateral 大腿圍&小腿圍 qd
- = Check CBC/DC, PT(INR), aPTT stat & QW1,4 or QW2,5 (若 ER 已 check, 可不用再抽, routine 抽血請另外開單)
- = check serum GOT, GPT, Albumin, BUN/Cr, Na, K, Ca, CRP stat (若 ER 已 check, 可不用再抽)
- = check PT(INR) & aPTT q3d
- = check U/A stat (if positive finding over U/A, please check U/C, 另外手開單)
- = check CxR stat (若 ER 已 check, 可不用再做)
- = check oximeter stat (under room air & on O2) & prn if patient felt dyspnea or chest discomfort & inform duty R
- = check EKG stat
- = arrange cardiac echo
- = arrange duplex over bilateral extremities
- = consult CV man (另開電腦照會單)
- = Clexane _____(1mg/kg) s.c. stat & q12h x 7 days
- = Coumadin 1# p.o. stat & qd x 3 days then 0.5# p.o. qd
- = IVF with N/S 500ml x 3 bottle /day
- = Fever routine
 - BT > 37.5 °C, Ice pillow used
 - BT > 38 °C, Panadol 1# po stat
 - BT > 38.5 °C, B/C x II then Aspergic 1gm IVD stat & inform duty R or intern (若 ER

已做 B/C, 可不用再做)

= Cefazolin 1 gm IVD stat & q8h (另開抗生素處方簽, if ECCr <30 → 請查藥典調整劑量)

疾病名稱: UTI/APN

= On the service of VS / R (or Intern)

= Vital sign: Q8H

= on regular diet

= activity: as tolerance

= On Foley (if patient had poor micturation by herself)

= Check CBC/DC, CRP stat & QW1,4 or W 2,5 (若 ER 已 check, 可不用再抽, routine 抽血請另外開單)

= check serum GOT, GPT, Albumin, BUN/Cr, Na, K, Ca stat (若 ER 已 check, 可不用再抽)

= check U/A stat (if positive finding over U/A, please check U/C, 另外手開單) & q3d

= check KUB stat (若 ER 已 check, 可不用再做)

= IVF with N/S 500ml x 3 bottle /day

= Fever routine

BT > 37.5 °C, Ice pillow used

BT > 38 °C, Panadol 1# po stat

BT > 38.5 °C, B/C x II then Aspergic 1gm IVD stat & inform duty R or intern (若 ER 已做 B/C, 可不用再做)

= Cefazolin 1 gm IVD stat & q8h (另開抗生素處方簽, if ECCr <30 → 請查藥典調整劑量)

= Gentamycin 240mg IVD st + QD (另開抗生素處方簽, if ECCr <60 → 請查藥典調整劑量)

乙種診斷書開立寫法 (請複寫於二號病歷紙上)

例一: CIS of cervix s/p conization with margin involvement s/p LAVH, 94-5-1 入院, 94-5-2 OP, 94-5-4 出院

應診日期	自 94 年 5 月 1 日至 94 年 5 月 4 日 共四日
診 斷	見註一
醫 囑	該病患因上述原因，於民國 94 年 5 月 1 日入院，於同年同月 2 日接受腹腔鏡輔助經陰道子宮全切除手術，於同年同月 4 日出院，共住院四日，宜門診追蹤(空白)

請在診治醫師欄右上角蓋章，並書寫實際填寫日期

例二: uterine mass r/o myoma with menorrhagia s/p myomectomy, 94-5-1 入院, 94-5-2 OP, 94-5-6 出院

應診日期	自 94 年 5 月 1 日至 94 年 5 月 6 日 共六日
診 斷	見註一
醫 囑	該病患因上述原因，於民國 94 年 5 月 1 日入院，於同年同月 2 日接受子宮腫瘤切除手術，於同年同月 6 日出院，共住院六日，宜門診追蹤(空白)

例三: ovarian cancer stage IIIc s/p debulking surgery, 94-5-1 入院接受 chemotherapy, 隔日出院

應診日期	自 94 年 5 月 1 日至 94 年 5 月 2 日 共二日
診 斷	卵巢癌(空白)
醫 囑	該病患因上述原因，於民國 94 年 5 月 1 日入院接受化學治療，於同年同月 2 日出院，共住院二日，宜門診追蹤(空白)

例四: right mastitis with fever, 94-5-1 入院, 給予 IV form antibiotics, 94-5-6 出院

應診日期	自 94 年 5 月 1 日至 94 年 5 月 6 日 共六日
診 斷	乳腺炎(空白)
醫 囑	該病患因上述原因，於民國 94 年 5 月 1 日入院接受治療，於同年同月 6 日出院，共住院六日，宜門診追蹤(空白)

註一: 最後的病理報告尚未發出前(約術後一週發報告)，診斷欄位請先空下，待最後報告發出後依實際病理診斷填寫

註二: 當最後的病理診斷尚未出爐前，但病人已出院，病歷需先歸還病歷室時，請先複寫在一張新的二號病歷紙上 (記得病歷紙上要有病人的姓名與病歷號)

註三: 若病患有要求加寫宜休養時間時，請先向住院醫師或主治醫師詢問可以填寫的時間長短，有的會要求過長的修養時間(如超過一個月)並不合適

註四: 若中英翻譯不懂之處可以隨時請教住院醫師或主治醫師

◎產科乙種診斷書書寫範例◎ (請複寫於空白二號病歷紙上)

例一: GA 38 weeks with in labor s/p NSD, 92-10-1 入院並於 92-10-2 生產,92-10-5 出院

應診日期	自 92 年 10 月 1 日至 92 年 10 月 5 日 共五日
診 斷	妊娠 38 週，自然產後(空白)
醫 囑	該產婦因上述原因，於民國 92 年 10 月 1 日入院，於同年同月 2 日自然生產，於同年同月 5 日出院，共住院五日，宜門診追蹤(空白)

請在診治醫師欄右上角蓋章，並書寫實際填寫日期

例二: GA 39+3 weeks with prolonged labor s/p C/S, 92-10-1 入院並於 92-10-2 C/S, 92-10-7 出院

應診日期	自 92 年 10 月 1 日至 92 年 10 月 7 日 共七日
診 斷	妊娠 39 週併產程延長(空白)
醫 囑	該產婦因上述原因，於民國 92 年 10 月 1 日入院，於同年同月 2 日接受剖腹產手術，於同年同月 7 日出院，共住院七日，宜門診追蹤(空白)

請在診治醫師欄右上角蓋章，並書寫實際填寫日期

例三: GA 20 weeks with IUFD s/p termination, 92-10-1 入院並於 92-10-2 生產,92-10-3 出院

應診日期	自 92 年 10 月 1 日至 92 年 10 月 3 日 共三日
診 斷	妊娠 20 週併胎死腹中(空白)
醫 囑	該產婦因上述原因，於民國 92 年 10 月 1 日入院，於同年同月 2 日經陰道引產，於同年同月 3 日出院，共住院三日，宜門診追蹤(空白)

請在診治醫師欄右上角蓋章，並書寫實際填寫日期

填寫入院及出院日期或門診就診日期

國民身份證統一編號
軍人補給證號碼

國立成功大學醫學院附設醫院
診 斷 證 明 書

字第 _____ 號

姓 名	性 別	職 業
年 齡	前 年 月 日 生	省 縣 市 市
住 址	應 診 自 年 月 日 共 日	科 別 及 科
病 名	日 期 至 年 月 日	病 歷 號 碼 No.
醫 師 囑 言		

以上病人經本院(所)醫師診斷屬實特予證明

院長: _____ 診 治 醫 師: _____

醫師證書字號: _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

M0-01 21×27cm 93.02.100本 胡品

注意: (一)本證明書須加蓋本院鈐記，被診人填寫身分證字號，否則無效。
(二)應診日期係指該病名診斷之下最後一次應診之日。

請在此蓋您的職章

請填書寫日期

OBS		OB riskfactor		C/S indication	
282.4	thalassemia	654.2	1. Pre-C/S	656.8	1. Fetal distress
622.5	Cx incompetence	652	2. Malpresentaton	661.1	2. Failure to progress in active labor
637.9	incomplete abortion	659.7	3. abnormal FHB	641	3. APH
643	hyperemesis	661.2	4. dysfunctional labor	652	4. malpresentation
644.1	false labor	651	5. multiple pregnancy	663	5. Cord prolapse
645	prolonged pregnancy	641	6. APH	659.1	6. Induction failure
646.3	habitual abortion	653.5	7. Macrosomnia	054.10	7. Active genital herpus
647	syphilis/gonorrhoea/TB	642	8. PIH / preeclampsia	654.2	8. Previous C/S
648	GDM	648	9. GDM	654.9	9. Previous uterine surgery
648	maternal disease	641. 0	10. Placenta previa	0 78.11	10.vulvar / vaginal condyloma acuminata diffuse
650	NSD	641.2	11. Placenta abruptio	655.9	11. Treatable fetal anomalies
655	fetal anomaly	659.5	12. Elder parity		12. Preeclampsia
656.4	IUFD	644.2	13. Preterm labor	642.5	(1) uncorrectable severe preeclampsia
657	polyhydramnios	658.4	14. Chorioamnionitis	642.5	(2) HEELP syndrome with failed induction (6hrs)
658.1	PPROM	655	15. Fetal anomaly	642.6	(3) eclampsia with proo induction progress (6hrs)
659.8	young maternal age	657	16. IUGR	765. 0	13. Extremely premature fetus <1500gm
664	laceration	658.1	17. PROM / PPRM	738.6	14. Pelvicdeformity
664	trauma to perineum & vulvar during delivery	V23.4	18. Poor pre-OB Hx	653.5	15. fetal macrosomia(>4000gm)
665	inversion of uterus/cervical or high vaginal laceration	V22.1	19. No prenatal care	653.4	16. CPD
665.1	uterine rupture	771.8	20. Congenital infection	660	17. Obstructive labor
666	PPH			648	18. Major medical complications
667	retained placenta or membrane			662	prolonged labor (first stage)
670	major puerperal infection			668	complication of anesthesia durign delivery
671	venous complication in pregnancy			669.7	elective C/S
673	obstetrical pulmonary embolism				
674	disruption of C/S wound/EP wound	764	SGA		

674.3 C/S wound infection 675 mastitis		654. 0 double uterus 658. 0 oligohydramnios		產科常用 ICD NO.	
GYN		benign tumor		others	
253.1	hyperprolactinemia	218	uterine leiomyoma	0 42	HIV
256.1	OHSS	218. 0	submucous	0 70.3 0	hepatitis B
256.4	PCOS	218.1	intramural	0 70.51	hepatitis C
614	TOA	218.2	subserous	245	thyroiditis
614.1	hydrosalpinx	219	other uterine tumor	250	DM
614.2	pelvic adhesion	220	ovarian tumor	254.8	hyperthyroidism
614.9	PID	221	others (polyp, teratoma , tube, vagina, vulva)	273.8	hypoalbuminemia
615	pyometra			276.6	watery intoxication
616	vaginitis	233. 0	CIS of breast	276.9	electrolyte imbalance
616.1	Fournier's gangrene	233.1	CIS of cervix	280	IDA
616.2	Bartholin's cyst	233.2	CIS of uterus	287.5	thrombocytopenia
617.1	endometriosis	622.1	CIN 1~2	288	neutropenia
617.9	endometrioma	662.7	u't polyp	345	epilepsy
618	urogenital prolapse	621	E'm hyperplasia	358 .0	M.G.
619.1	digestive-genital tract fistula	236.1	GTD	362.1	hypertensive retinopathy
619.2	genital track-skin fistula			401	H/T
620.1	corpus luteum rupture			460	URI
620.9	ovarian cyst torsion			486	pneumonia
621.5	intrauterine synachiae			511.9	pleural effusion
622.4	cervical stenosis			514	chronic pulmonary edema
623.8	vaginal bleeding		malignant tumor	518.4	acute pulmonary edema
624.5	vulva hematoma (delivery)	180	cervix	541	appendicitis
625.5	pelvic congestion syndrome	181	placenta	558.9	IBS
625.6	stress urinary incontinence	182	uterine body	560	ileus
626	DUB	183	ovary (adnexa)	567.2	peritonitis due to abscess
627	menopause syndrome	184	others (vagina/vulua)	567.9	peritonitis
628	female infertility			568.8	hemoperitoneum
630	mole pregnancy			575	cystitis
633	ectopic pregnancy			599	UTI

婦
科
常
用
ICD
No.

665.7	vaginal hematoma (delivery)
675	galactocele/abscess
752.1	para-ovarian cyst
752.5	labia fusion vaginal/vulva hematoma (trauma)
922.4	(trauma)
617.0	adenomyosis
619.0	urinary-genital tract fistula
621.0	endometrial polyp

682.2	abdominal cellulitis
710	SLE abdominal wound complication
879.3	

成大醫院產科紀錄繕寫指南

Aug. 10th, 2005 實習醫學生(intern) 陳柏森 紀錄
產科主任 張焜心 校訂

一、住院病歷

1. 最重要，每個字都不可以縮寫，特別是出入院診斷。

2. 入院診斷：(1) 「懷孕」→ pregnancy at 週數 weeks
或寫 intrauterine pregnancy (IUP),
Gestational Age (GA) at 週數 weeks

(2) Rupture of membrane (3) Breech (4) Previous section (due to _____)

出院診斷：(1) Natural spontaneous delivery or (2) Ditto and Sectioned → 要寫清楚

C/S 的 indication 否則健保整筆核刪，目前健保給付的 C/S indication 有以下十八種：

A. fetal distress

B. failure to progress in active labor (也就是難產，種類請參考生產過程第一頁 "dysfunctional labor")

C. APH (placenta previa, abruptio placenta)

D. Malpresentation (including twin with Malpresentation)

E. Cord prolapse

F. Induction failure

G. Active genital herpes

H. previous C/S (請寫清楚前次 C/S indication)

I. previous uterine surgery

J. Vulvar and/or baginal condyloma acuminata diffuse

K. Treatable fetal anomalies (e.g. gastroschisis, omphalocele, hydrocephaly)

L. Preeclampsia with (1) uncorrectable severe preeclampsia

(2) HELLP syndrome with failed induction (6 hrs)

(3) eclampsia with poor induction progress (6 hrs)

M. Extremely premature fetus < 1,500 gm

N. Pelvic deformity (sequela of poliomyelitis or traffic accident etc.)

O. Fetal macrosomia (EBW > 4,000 gm)

P. Cephalopelvic disproportion (CPD)

Q. obstructive labor (myoma, ovarian tumor)

R. major medical complications

S. Others

※ previous C/S: 有傷疤的子宮是分娩的禁忌，要擔心子宮破裂。Previous C/S 者施行 Low segmental transverse 已證明為相對安全。雖然 VBAC (Vaginal Birth after Caesarean

section)成功率達 80 %，但仍有 4 %會 rupture，因此在國內幾乎都做 C/S，手術方法容後述。

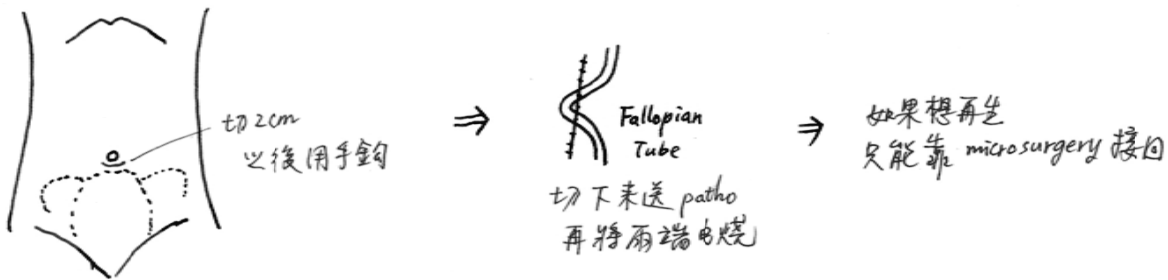
※臀產式(breech): vaginal delivery 中臀先露者比頭先露者 head 卡住 cord 的機會高四倍，會造成 CP 或死胎，所以寧可不要承擔此風險。

Breech 有四種：frank/complete/footling/knee

※胎兒窘迫：定義不明確，參考 VS 的判斷來寫。

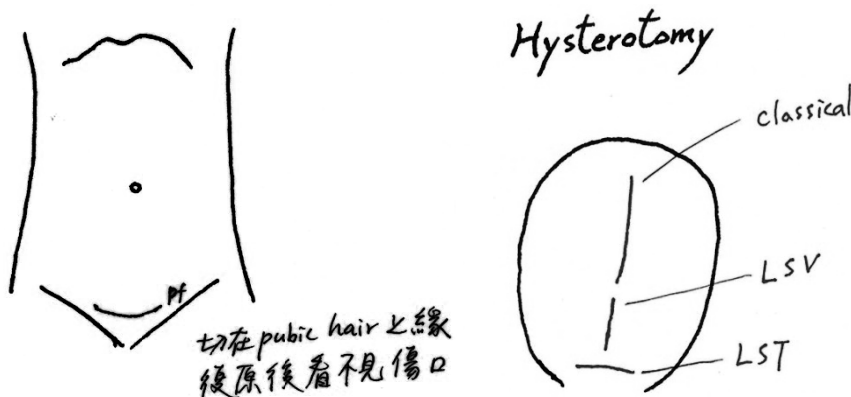
3. 次要診斷：如果此次生產有 PROM, PPROM, PPH 等 complication，需填入此處。

4. 手術術式：先寫日期, C/S + ATS (abdominal tubal sterilization) / VTS (vaginal tubal sterilization, 已經很少做), 詳情請見下圖。



5. NSD note: 要填的項目~ 出生時間, ♀/♂, LOA position, BW, BL, Apgar Score
EBL ~ Estimated Blood Loss PLW ~ Placenta Weight

C/S note: 要填的項目~ 麻醉方式(除非 emergent C/S, 否則都用 spinal or epidural), 通常是做 Pfannenstiel skin incision, low segment transverse C/S



※肚子切橫的，子宮還是可能切直的，所以請明察再記錄。

※LST 是目前最常用的切法，它有幾個好處，包括(1)出血少，(2)不易切到 placenta，(3)此處收縮力差，不會影響產後子宮收縮、往後生產或經期止血的能力。

※目前已經很少人切 classical，除非：(1) placenta previa 不可切 LST，免得一刀下去中胎盤會血流不止，(2)子宮之前曾經 OP 過，(3)有 tumor 要一起拿，(4)可能要切除子宮，如 placenta previa or increta 等。

※會做 LSV (low segment vertical)經常是因為 fetus 位置太高，而在 LST 之後再多切一刀去拿，LST + LSV 又稱 inverse T incision.

二、產科出院病歷摘要

由實習醫學生(Intern)填寫。

三、產科住院紀錄(第一頁)

1. C.C:

一般來說有四種：(1) Labor + ROM for ____ (最正常)

(2) Bloody show (血液混有黏液，同破水) / hemorrhage (鮮血，量多)

(3) PROM or PPRM or preterm labor for tocolysis (安胎)

(4) 胎動下降：一般而言，經產婦 GA 18 wks 時可感受到胎動，初產婦沒經驗所以比較晚，大約 20 wks, 到 GA 34 wks 時胎動最高，36 wks 時胎頭往下胎動自然減少，目前胎動下降的標準訂 1 小時 < 3 次，通常 9PM ~ 1AM 時胎動最多，可以請孕婦每天此時自行計算。

☆注意已經 ROM 的孕婦不鼓勵下床或劇烈活動，以免 cord prolapse

2. LMP: last menstrual period, 前次正常月經第一天的日期

EDC: Expected Date of Confinement: 預產期， $+9, +7,$ or $-3, +7,$ 若是 MC 平時就規則 35 天一次，要減 7 天，以此類推。

3. OBS Hx:

gravida ~ 確定懷孕次數，有懷孕就算。

para ~ GA 超過 20 wks 以上有生出來，不論死胎活胎都算。如果生 twin, 算 P1.

SA ~ 自發性流產, AA ~ 人工性流產，以藥物或手術造成的流產。

※ G >> P 的注意事項, e.g. G7P0AA6: AA6 的女性須知她有 endometrium 受損，此時要懷孕已經很不容易。如果仍然懷孕，產前/中/後都有危險情況：

產前 ~ 最怕 cervical incompetence, 因為她的 cervix 可能已經被 dilated 6 次，很容易 incompetence, 此時需施行 McDonald's suture, 另一個可能遇到的問題是 placenta accreta / increta, 也容易發生 placenta previa.

產中 ~ 急產(<3 hrs of labor)最常見，急產容易 vaginal/uterine laceration, 因此容易 PPH

產後 ~ 前述所言的 accreta, laceration 等，容易導致 PPH

四、產科住院紀錄(第二頁)

1. morning sickness: 所謂的害喜

2. Quickening at ____ month: nulliparas 通常感受到胎動時間較晚，因為沒經驗

Multiparas 經常在 16 ~ 18 wks 左右就感受到胎動

3. symptoms: twitch ~ 抽筋，原因有三：(1) 懷孕易低血鈣 (2) 體溫低(懷孕前期常見)

(3) 肌肉疲累 → 小腿肚最容易 twitch

convulsion ~ 抽搐，有 eclampsia 的可能

knocking pain ~ 要考慮 APN, 孕婦易發生

frequency of urine ~ 胎頭壓迫下，容易頻尿，但若合併有 dysuria 等要考慮

UTI

leukorrhea ~ 懷孕期間 vaginal pH 往上升(pH = 6, 平時 4~5), 容易得到

candidal vaginitis

Vulvar itching ~ 也要考慮 infection, esp. candida

※中間空好幾行的專欄，要把 positive symptom 的項目、嚴重度、onset 時間、用藥種類頻次詳細寫出。

※ bloody show, membrane, labor pain 那一小區不必寫。

4. PE 方面：

BP ~ 重要，要想到 PIH, pre-eclampsia, or even PPH.

Deep Tendon Reflex: 有給 MgSO₄ 者要特別注意，必須 tid 敲 DTR (7AM, 2PM, 8PM), 如果敲出 hyper 表示劑量不足，敲出 hypo 表示藥物過量，另外兩方法評估 ~ respiration 及 urine output

※ MgSO₄: 用在兩時刻~ preterm labor 安胎用/ pre-eclampsia 產前 24 小時給到產後 48 小時預防 convulsion.

五、產科住院紀錄(第三頁)

1. Breast: 通常交由 nurse 去評估

(1) Nipples: 擠壓會造成 stimulation, 如果子宮收縮增加，不要再做

(2) Colostrums: 像養樂多

(3) Striae: 妊娠紋

(4) Montgomery gland: areola 上白點，為汗腺出口

(5) Accessory mamma: 如果有副乳，產後要冰敷不然乳汁都不出來會漲痛。有無副乳可問月經期間腋下會不會漲痛做初步判斷。

2. Abdominal:

(1) abdominal circumference (AC): 腹圍，通常一量要量三段，AC, FSD, FH

(2) F.S.D. (fundal symphysis distance): 由子宮底量到 symphysis, 幾 cm

就是幾週，20 ~ 36 wks 間非常準，36 wks 之後胎頭漸下降，為生產準備，FSD 會變小，而自己也會感覺腹部變輕，此現象稱為 lightening.

(3) middle line: linea nigra 是腹中線出現黑黑一條，跟孕婦說會自己好

(4) venous ectasia: 腹部表面靜脈曲張

(5) rebound pain: abruptio placenta or ectopic pregnancy 會如此，如果是 placenta previa 是不會痛的，可據此鑑別。

(6) diastasis recti: 腹直肌中裂

3. Uterus

(1) fundal height (FH): 量 xiphoid process 與 fundus 距離

(2) engagement: 要配合產程，並觸診胎頭部位看會不會動。

(3) uterine soufflé: 子宮血流聲音，與媽媽 HR 同

(4) funic soufflé: 臍帶血流聲音，HR = 120 ~ 160, 表示胎兒心跳正常

Fetal parts: Leopold maneuver, 觸診 fundal / 肚子左右兩側 / pubic symphysis

絕大多數可以這樣判斷：fundal & symphysis ~ 硬的是頭，軟的是臀

左右兩側 ~ 硬的是背，軟的會動的部位是手腳

☆ 搞清楚後請畫在病歷上，並據此決定 NST 的 probe 放置的位置。

4. Vulvar area: 有靜脈曲張者，跟孕婦說會自己好。有 dependent part hyperpigmentation 者，產後也會自己好。

5. PV

(1) Os dilation: close ~ 10 cm (full)

(2) presenting part: 通常是顱頂/腳/臀/ cord / placenta (不應該摸到 placenta, 因為 previa 是 PV contraindication)

6. Other positive findings:

用以下 5 項參數可以記 Bishop score:

(1) Os dilation

(2) Effacement: 薄化程度通常與 consistency 相符

(3) Consistency: 子宮頸硬度，平時的 cervix 是 firm, 相當於 effacement 0%, 鼻翼的硬度為 medium, 20%, 唇的硬度是 soft, 60%耳垂的硬度相當於 soft, 80%.

(4) Position: 子宮頸位置，以 PV 檢查 cervix 位在偏前中後。

(5) Station: biparietal diameter 與 ischial spine 的距離，-3 之上是 floating

共有 5 項總分 13 分，以評估 cervix ripening 程度，詳情請看 at a glance Ch. 57

7. Clinical diagnosis: 有 pre C/S, PPROM or MSAF 等要寫出(破水作 Nitrazine test)

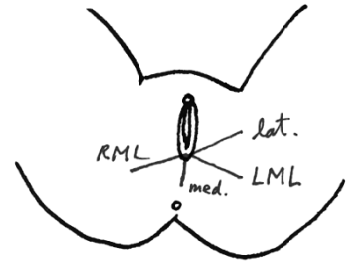
8. Management: tocolytics / antibiotics / NSD / CS 都要寫出

六、產程紀錄(產中一)

1. 必須參閱護理紀錄填之。
2. 有 NSD (nulliparas), C/S, dysfunctional labor 各一份範例，可參閱。
3. 以入院時間定為零點。
4. labor 要 10 min 內至少 3 次，每次持續 60 秒並在 NST 上形成一座小山的才算是。
5. Meconium stain: 如果是 acute, 像綠豆湯的顏色；如果是 chronic, 是淡黃色。

七、生產過程紀錄(產後一)

1. 與產程紀錄對照，算出每個 stage 所花時間。
2. Episiotomy: 通常是剪 median, 除非要預防會陰四度裂傷，才會剪 RML, LML, or lateral. 剪下的長度大概估一下，如果往會陰方向裂，算是 deep, 如果往陰道方向裂，算是 extensive
3. Laceration: episiotomy 不是 laceration



perineum ~ 一度 ~ 裂到 vaginal mucosa, 二度 ~ 裂到 subQ of vagina,

三度 ~ 裂到 external anal sphincter, 四度 ~ 裂到 rectal mucosa
cervix ~ 產後要 PV 檢查，若裂在 3 點 9 點方位，要 suture, 因為有血管
怕大出血，如果裂在 6 點 12 點位置，自行痊癒即可。

Vagina ~

Repair ~ Polysorb 2-0/3-0, continuous suture (此線會自己吸收，所以不必拆線)

Oxytocin ~ “oxytocin 1 amp, iv, drip” 要寫清楚 ~ 預防 PPH 用

4. dysfunctional labor: 若是第一胎 C/S, 第二胎 try VBAC, 那還是算 nulliparas 產程。

八、分娩紀錄摘要(產後二)

1. 器械與藥物：用什麼寫什麼。
2. postpartum 那一區：交給負責 PP 的人來填寫。

九、胎盤、臍帶、羊膜與新生兒出生紀錄(產後三)

1. placenta ~ mechanism of delivery:

Shultze ~ 若是胎盤生出時先看到 shiny 的 fetal surface, 再看到大包血流出，稱之。

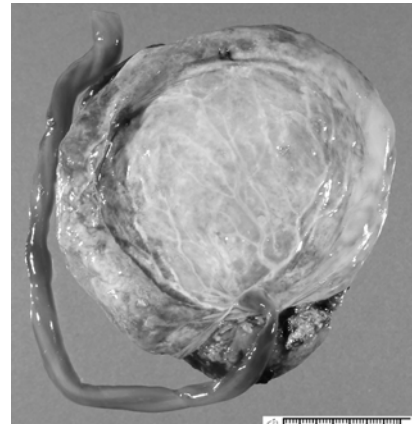
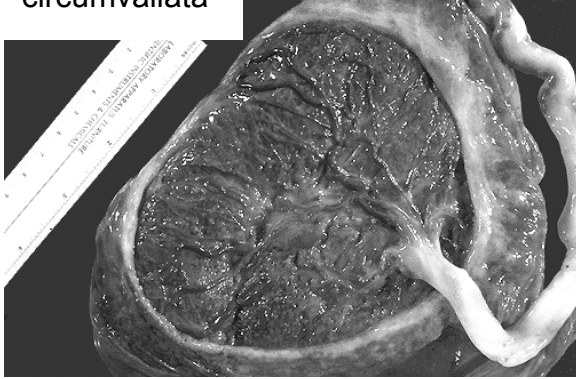
Duncan ~ 若是先看到一攤血一直流，再看到 dirty 的 maternal surface 生出，稱之。

Crede's method ~ 若是只用手拉胎盤，會 inversion, 所以要一邊輕拉，一邊用手頂 pubic symphysis, 這樣才能把 fundus 推回去。Form: 通常是 ovoid, or discoid.

Abnormal shape: membranacea ~ 膜狀胎盤，因為 decidua 沒有退化，產生的大片薄膜樣的胎盤。circumvallata ~ 簡單說就是胎盤掉下來後，從 fetal surface 還可以看到外面

圍一圈灰白色不均質的 chorion, 這是因為胎盤分解 decidua 的能力弱, 使得胎盤組織無法往下生長, 只好往周圍生長, 將 decidua 頂到 chorion 之上, 並造成 amniotic membrane 皺褶的結果。

circumvallata



Maternal surface ~

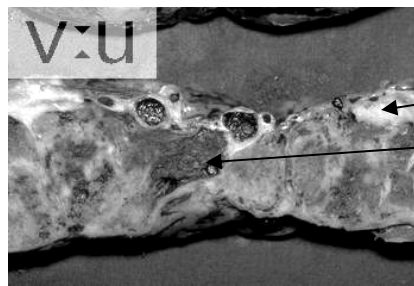
Color: 通常是 dark-red

cotyledon 應該要 intact, 不然有殘留在子宮裡面, 會使 bleeding 增加。

Calcification: 摸起來 stony-hard, GA 33 wks 以上就可能出現, 懷孕越久出現越多, 表示胎盤退化, 通常超音波底下就看得很準。

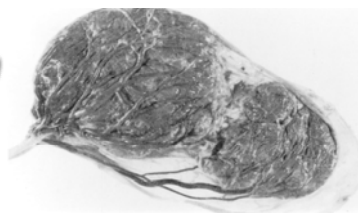
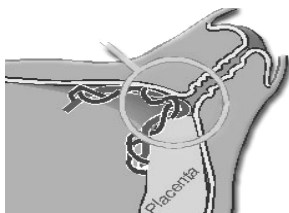
Retroplacental clot: abruptio placenta 出血, 放久就形成血塊, 胎盤生出後可檢查出。

Fibrinoid: infarction 久就形成 fibrinoid, 肉眼下看起來黃白, 手可摸出結節。



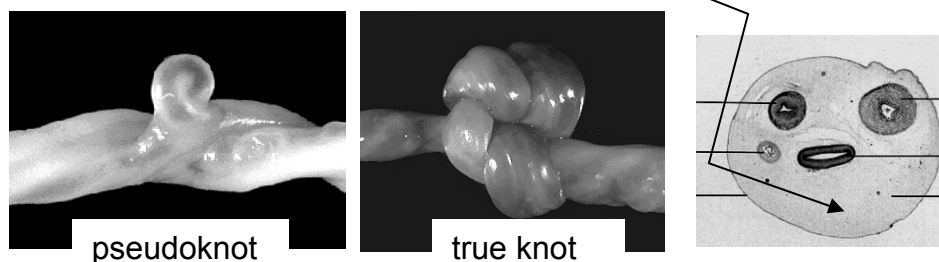
fibrinoid 偏黃白色
infarction 偏暗紅色

Vasa previa: 胎盤血管要接入臍帶前, 有一段由像 membrane 的組織包著, 如果那一段恰好跨在 internal os 上, 就像 placenta previa 有產前出血的可能, 但是這種情況下流的血不是媽媽的血是胎盤的血, 因此大約只要 100 cc, 胎兒就要 shock 了, 一但發生胎兒死亡率超過 75%, 不過很少見, 張醫師說她多年只見過一次。



Cord: 拿紙尺量長度, 平均大約 50 cm, 太長的人較容易 cord prolapse

Insertion: 通常是 eccentric, knot (-), 所謂的 pseudoknot 是 a, v 相絆造成臍帶上一沱突起, Wharton's jelly 是臍帶內、血管外的膠狀物質, 富含幹細胞。



Loops: 有 1/3 ~ 1/4 的胎兒會 cord around neck (CAN), number 通常是 0 ~ 1, loose, CAN 並不一定有臨床意義。

Membranes: 通常 localization of tear 是 eccentric, size 是 fetal-head size

Meconium stain: 前面講過了。

Amniotic fluid: 通常是 clear / rice water, amount 從 AFI 來看, 足月時 normal 5 ~ 24 cm.

新生兒出生紀錄:

Macerated: 泡太久皮膚軟掉了, 通常見於 hydrops fetalis, overterm, or IUFD 的小孩

Management: 常用 bulb syringe, 一隻手伸進嘴巴固定, 另一手進嘴巴吸之後吸鼻孔。

十、新生兒與產褥時期(產後四)

Lochia (惡露): 惡露簡單地說就是子宮內膜, 不過懷孕中高量的 progesterone 會使內膜發生 decidual change, 因此改稱蛻膜。蛻膜通常會在產後第一天開始脫落, 伴隨著一些血液隨子宮收縮一起排出, 持續約三四天都是暗紅色稱為「紅惡露」, 之後的三四天惡露漸漸變白也變少, 看起來像粉紅色, 稱為漿膜惡露(lochia serosa), 等到產後十天左右, 惡露幾乎轉成黃白色稱為白惡露(lochia alba). Lochia 的量有 much, moderate, scanty 三種等級。

Uterus: 子宮在產後第一天可降至臍平位置(此時可做結紮手術 ATS), 之後漸次下降, 約一個月左右完全摸不到, 六週左右就降到拳頭大小, 也就是本來的大小。進行 C/S 的產婦通常會給 oxytocin (Piton-S)三天幫助子宮收縮, 之後換成 Ergonovine (Methergin), 若是自然產, 只給 Methergin. 可是 Methergin 有個缺點: 會讓 BP 上昇, BP 上昇會使出血增加, 因此若 BP 超過 135/85 (大約), 建議用一天就 DC 掉。若是未用 Methergin 就 BP 上昇, 病患懷孕期間又沒有 HTN, 那可能是痛的關係, 建議她按 PCA 沒有關係, 因為排氣的問題比較好解決。

Bowel movement: 分成兩部分, 排氣與排便。NSD 的產婦不必禁食也不用聽 bowel sound, 她們產前會灌腸, 因此產後大約兩天左右才會解便, 一定要解完才能回家。如果沒有解便, 在產後第三天給予 MgO 兩顆(注意: 張焜心醫師的病患從產後第一天就 routine 用

兩顆)，再不行就用灌腸的，不然第四天不能回家，很麻煩。

C/S 的病患必須 NPO，產後第一及第二天必須詢問排氣，若沒有排氣則在產後 48 小時給予 Dulcolax 兩顆塞肛門，排氣後要聽 bowel sound，正常即可飲水，之後可進食，通常一到兩天就會自解大便。如果要避免排氣過慢，可鼓勵在不痛的原則下下床走動及減少 PCA 的使用，雖然這種建議似乎違背 PCA 的使用原則。

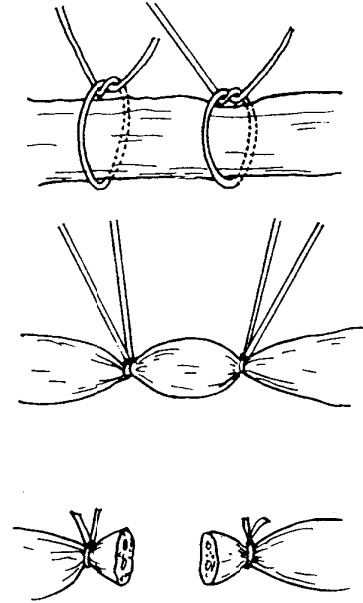
Voiding: NSD 後六小時必須解小便，以防 urinary system trauma or compression 的可能，如果未解或解太少，必須單導以確定是否為 trauma 造成的 paralytic type neurogenic bladder，並且可以保護膀胱不被漲壞。C/S 的病人會 on Foley，只需檢視尿量即可，排氣後，Foley 就可以拔掉。

Stitch: C/S 者第三天會換藥，此時換藥的醫師雖不撕去美容膠但應稍微檢視傷口(張炯心醫師的 C/S 病患第三天換藥需撕去美容膠)，等到出院當天會換藥並換去美容膠，美容膠可以撐一個禮拜，因此 C/S 者通常約一週回診實再換一次美容膠，且在回診檢查傷口，若沒問題即可淋浴。可淋浴之前必須用擦澡的。

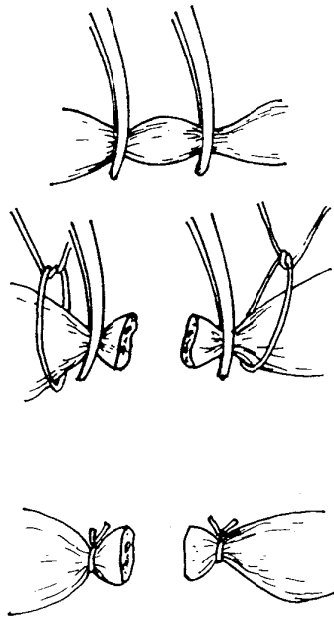
12 基本篇

(4)組織切斷法：

組織的切斷方法有兩種。先將要切斷的部位前後結紮之後，於其中間切斷的是一種（圖21）。另一種是先夾鉗前後兩處後切斷其中間。然後



第 21 圖 組織切斷法之一，先結紮後切斷



第 22 圖 組織切斷法之二，先夾鉗切斷後結紮

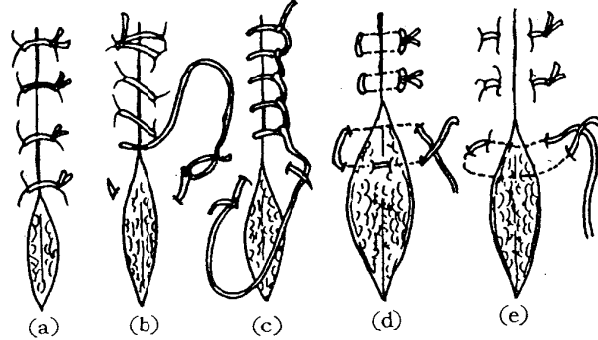
再加以結紮（圖22）。

上述兩種方法各有優劣，後者似較迅速而較正確，筆者也慣用之。骨盆漏斗韌帶（Infundibulopelvic Ligament），圓韌帶（Round Ligament），卵巢固有韌帶（Ovarian ligament）或基韌帶（Cardinal Ligament）等的切斷，通常都是沿用此種切斷方法。

(5)縫合法：

縫合的方法有下列幾種（圖23.）：

(a)斷續縫合（Interrupted Suture）：縫了一針就紮了一線，最普遍被使用的方法。注意每一結節的距離要保持相等，皮膚、肌膜（Fascia），粘膜的縫合最適合此法（圖23.—a）。



第 23 圖 各種縫合法，(a)斷續縫合，(b)連續縫合，(c)連鎖縫合，(d)褥布縫合之1，(e)褥布縫合之2

(b)連續縫合（Continuous Suture）：此方法的重大優點是迅速。但若有一處鬆弛便會影響全部，所以只能應用於不必講求太堅牢的部位；譬如腹膜最為適宜。留下的線的長度相當長，使用線的材料要妥適選擇。採用吸收性的羊腸線（Cat Gut）或Dexon之類為宜（圖23.- b）。

(c)連鎖縫合（Locking Suture）：能彌補連續縫合不堅牢的缺點，且止血效果好。陰道斷端或卵巢楔狀切除後的縫合時使用此法較為妥當（圖23.— c）。

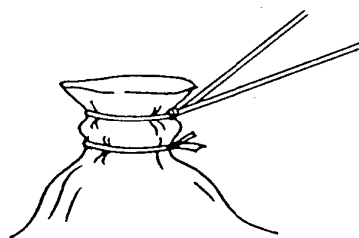
(d)褥布縫合（Mattress Suture）：有二種。一種是露出的部份縫線與創成垂直（圖23.- e），另一種是成平行（圖23.- d）此法，創緣的接着最好，可防創口哆開，會陰部皮膚最適合，也

。因為縫合線已纏絆着止血鉗，鬆開不易，必須在結紮線的第一結紮推緊同時，略予鬆開，抽出同時第一結紮立即紮緊。兩個動作必須有良好默契配合得很順當。

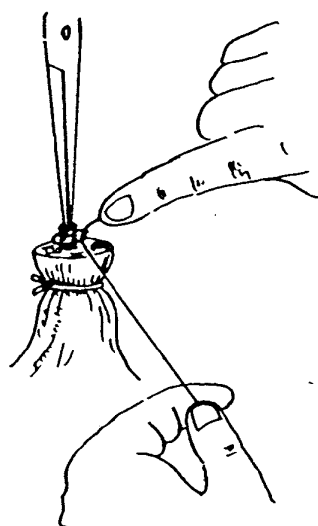
(f) 雙重結紮（重覆結紮 Double tie, Repeated tie）：不管已做了任何種的結紮，為防止結紮的脫落或鬆弛，而再結紮一次之意。通常是單純周圍結紮，但結紮部位的選擇以在先結紮部位的略微末端較宜（圖32）。

著者於子宮動脈及卵巢動脈的切斷處，必施雙重結紮，不論當時病人的狀態如何緊急也不例外！！

(g) 游離結紮（Isolate tie）：一旦已施結紮的斷端裡，找出動脈或動靜脈一起另外夾起來



第 32 圖 雙重（重覆）結紮



第 33 圖 游離結紮

施結紮一次，當然是以徹底的止血為其目的（圖33）。子宮傍組織切斷後其斷端已含有子宮動脈。斷端已紮妥之後再使用細小止血鉗（我們推荐所謂「尖鉗」PP 43）單獨夾起動脈加予結紮，骨盆漏斗韌帶已施雙重結紮之後，有時也加上游離結紮一次以防萬一。

游離結紮如需在深部操作時，所謂「釣魚線」很好用，關於釣魚線請看第17頁（圖42，43）。

(7) 運針法：

縫合所需的條件有四：

(a) 兩創面的長度深度都要左右對稱。

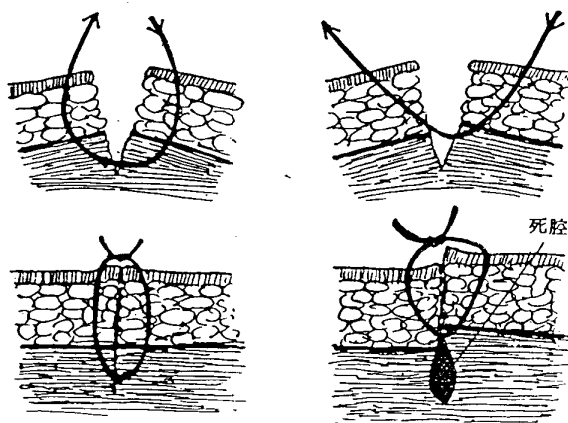
(b) 不留死腔（Dead space）。

(c) 只要以創面密着為目的，所以縫合不必過分緊縛，但也不能鬆弛，要剛好纔算恰當。

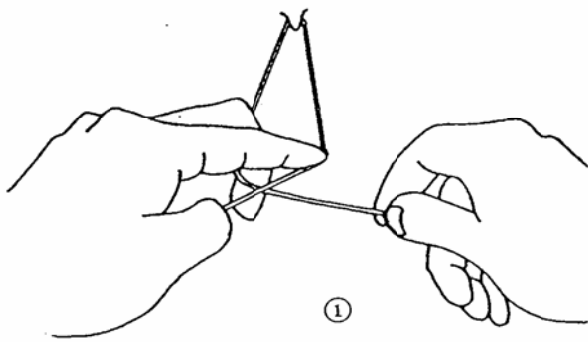
(d) 不要留癢痕。為此縫合必須正確，各層組織都讓其對稱密着。如圖34。—左即正確，圖34。—右則不良。

因此運針法的正確與否，和以後的經過有着密切的關連。陰道式手術要在狹小的區域內作業，運針法更須準確才不使手術紊亂。如果運法不對，便會增加多餘的損傷，無謂的出血也隨之出現，使整個手術陷入無條理的不利狀態。

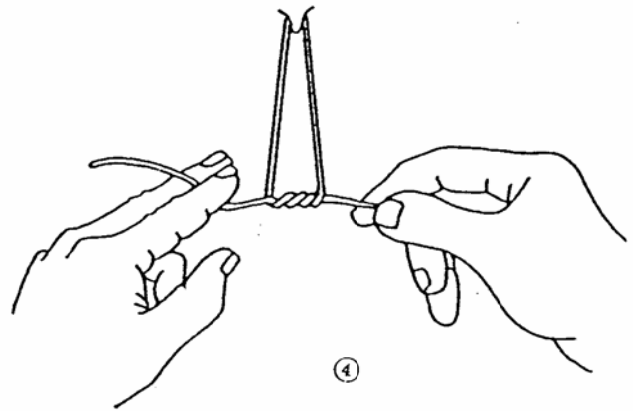
持針器的種類，長短有很多種。我們已慣用 Hegar 氏持針器。長短都要準備。如不能齊全



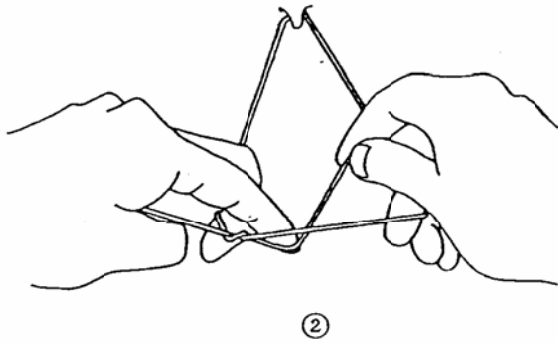
第 34 圖 左為正確運針各層都正確的併合 右即因運針不正確各層不正確的併合留在死腔



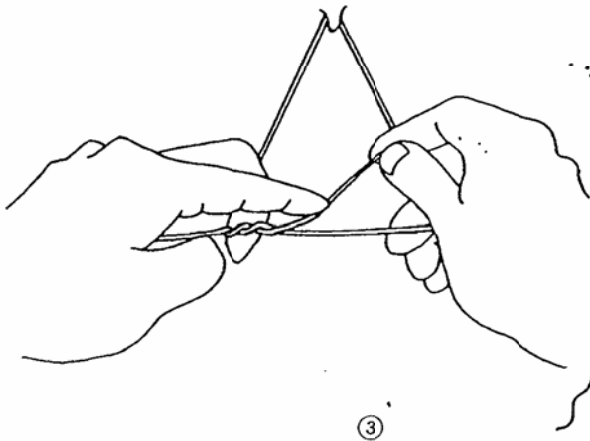
①左線在下，右線在上交叉



④⑤左右拉開並緊紮



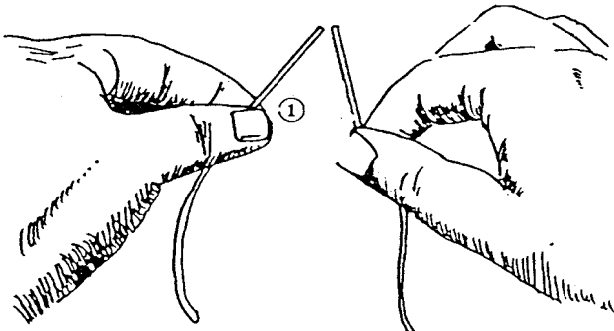
②③左右的拇指，無名指，小指和右手的拇指，食指固定左右線，以左手食指推左線端繞右線兩次



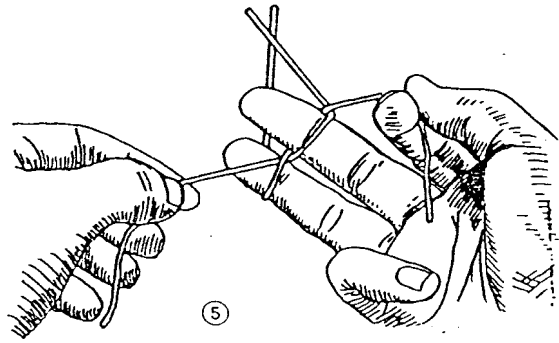
⑥加上第二結紮完成整個外科結紮



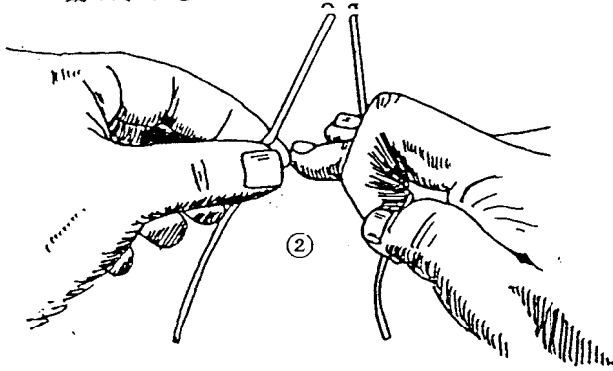
第 53 圖 正統的外科結紮



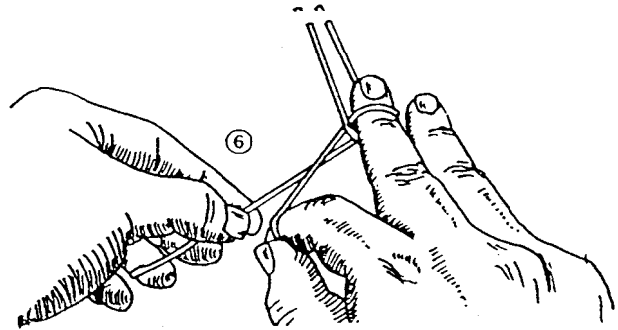
陰道式手術因手術區域狹窄常常只能動單手來作結紮，①~⑥是第一結紮，僅動右手，⑨~⑩是第二結紮只動左手



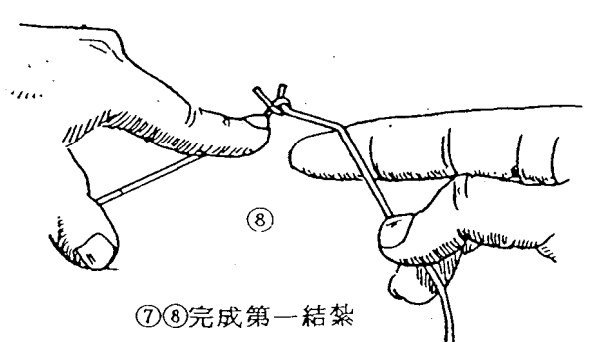
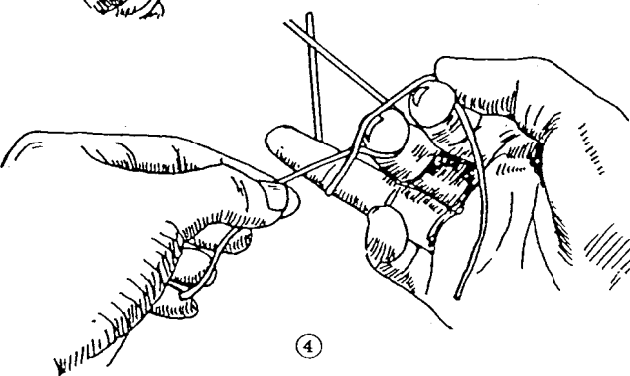
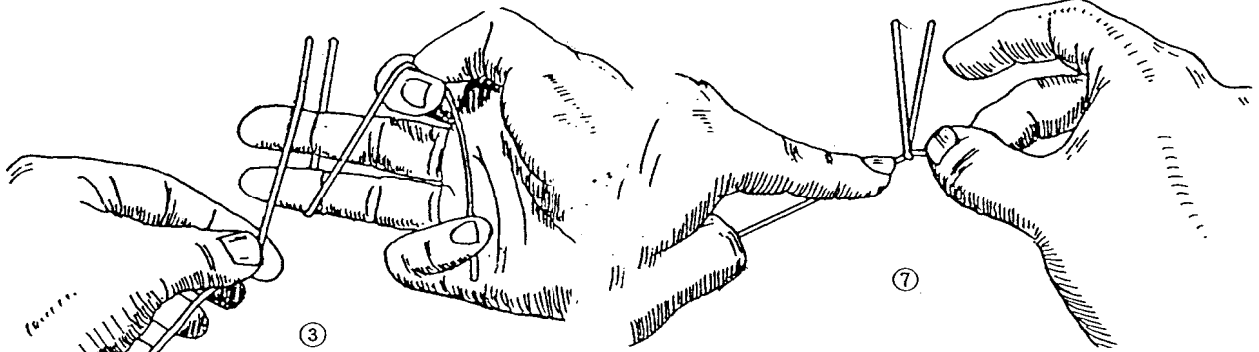
③④⑤以右手無名指固定縫線，中指靈活的鉤上線並打一個繞



②右手的 中指和無名指是作業中心

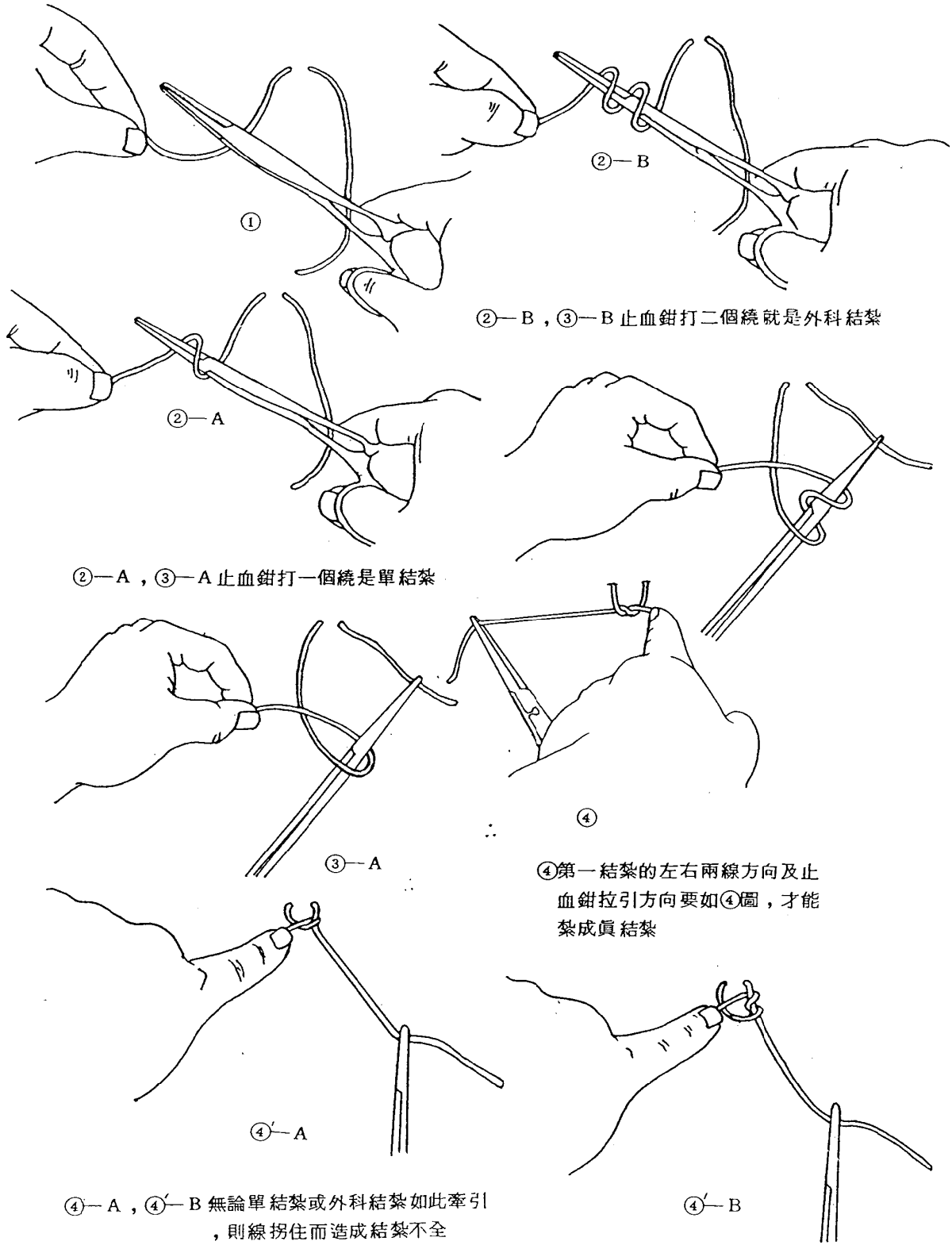


⑥右手中指撥出右線，此段如再重覆一次則成為外科結紮



⑦⑧完成第一結紮

一手固定只動另一手結紮法



第 59 圖 利用止血鉗結紮法之一

Chief Complaint

Progressive difficulty in breathing for 2 days prior to admission (PTA).

Present Illness

This 42-year old man has been known to have uncontrolled hypertension due to medical noncompliance for the past 4 years. Reportedly he had been asymptomatic (functional class I) until 2 days PTA when he developed difficulty in breathing while lying in bed which could be relieved by sitting up (orthopnea). He also noted accompanying symptoms of chest tightness and intermittent palpitations but had no chest pain, fever, chilliness or diaphoresis. Because these symptoms of orthopnea, chest tightness and palpitations progressively worsened, he was seen at our ER on July 11 during which he was found to be in respiratory distress (RR 22/min) with blood pressure of 158/102 mmHg and atrial fibrillation (AF) with a ventricular rate of approximately 140 beats/minute. Physical findings revealed bilateral crackles, a Gr 2/6 systolic murmur of mitral regurgitation and an intermittent S₃ gallop. The chest X ray confirmed the diagnosis of mild congestive heart failure (CHF). Prior to transfer to the ward, he was given O₂ by nasal cannula, furosemide 20 mg i.v. for diuresis and digitalization with an initial dose of digoxin 0.25 mg i.v.

Past Medical History

1. Hypertension probably essential in etiology, poorly treated for 4 years.
2. Hyperlipidemia told some years ago, but had never been treated.
3. Hyperuricemia, taking a medication PRN for gouty attacks for several years.
4. No known diabetes or prior myocardial infarction.
5. No prior surgery.
6. No known allergy.
7. Current medications included.....

(If present, should list generic name with dosage and frequency).

Social / Personal History

A construction worker who doesn't smoke and drinks only socially.

Family History

Father 73, mother 71, both have a "heart condition" associated with hypertension. Father had a stroke 2 years ago. Two younger brothers and one young sister are living and well.

Review of the Systems

General easy fatigability ⊕
Cardiovascular -- chest pain ⊖
Respiratory -- SOB ⊕
Gastrointestinal -- abdominal pain ⊖
Genito-urinary -- dysuria ⊖
Skeletomuscular --
Neurological --

Physical Examination

Mental Status: orientation × 3

Vital Signs: BP 160/100 mmHg PR 110/min irregular RR 26/min

HEENT pupils: equal, reactive to light
 sclera: not icteric
 conjunctiva: normal, not anemic
 throat: not injected

Neck JVP ≤ 5 cm H₂O
hepatojugur reflex (-)
carotid pulses: irregular with variable intensity consistent with AF.

Chest normal counter
bilateral crackles at lower 1/3 lung fields.
diaphragmatic excursion: normal

Cardiac PMI 1 cm at 5th i.c.s. left to LMCL
RV lift (-) LV lift (+)
Gr II/VI systolic murmur at the apex
AF with an intermittent S₃ best heard at the left lateral decubitus

Abdomen soft & nontender
bowel sounds normally active
no hepatomegaly
no splenomegaly

Estimities varicose venis evident (bilateral)
leg edema (1+) (bilateral)

Neurology grossly intact

ECG

AF with VR of 150/min

LVH

Chest

Mild cardiomegely with mild pulmonary congestion but no pleural effusion

Diagnostic Laboratory Tests

CBC Normal

LFT Normal

BUN/Cr 22/1.8

lytes 140 K 3.9 Cl/OS

CK

CKMB

Troponin I 0.13 ng/ml

UA

TFT

Echo LA & LV enlargement with increase in wall thickness

Clinical Impression

1. Congestive heart failure
2. Cardiomyopathy most probably due to uncontrolled essential hypertension
3. Atrial fibrillation with rapid ventricular rate (RVR)
4. R/O atherosclerotic heart disease
5. Renal insufficiency, mild, etiology to be determined.

Discussion

For practical purposes, CHF should first be managed. Judging from the patient's clinical (i.e. mild CHF) condition of the patient, measurement of an atrial blood gas is not indicated. These include bed rest, O₂ cannula, diuresis with furosemide 20-40 mg i.v. and control of RVR of AF with digitalization (0.25 mg iv Q 4-6 h up to 1.0-1.5 mg in 24 hours followed by 0.25 mg p.o. daily if renal function is normal). To acutely treat AF, calcium channel blockers such as verapamil and diltiazem are less desirable because of negative inotropic effects, and for the same reason, other antiarrhythmic drugs such as propafenone and procainamide are also less desirable. On the other hand, intravenous amiodarone (150 mg in 30 min × 2) followed by 1 mg/min drip may be given to slow

the ventricular rate and/or to convert AF to sinus rhythm. Electrical cardioversion should be contemplated whenever circulatory collapse such as chest pain and/or severe hypotension occurs. As to the hypertension of 160/100 mmHg, oral nifedipine (adalat) 10 mg may be administered. Nifedipine, a.k.a. a kind of calcium channel blocker is devoid of negative inotropic effects at the therapeutic dosage.

Diagnostic workup can be proceeded while treating CHF. Cardiac enzymes (e.g., CPK-M β & Troponin I) are ordered to rule out myocardial infarction. Even if cardiac enzymes are negative, cardiac catheterization with coronary angiography is indicated to rule out the possible presence of atherosclerotic coronary artery disease in view of his age and his symptom of chest tightness suggesting myocardial ischemia as a triggering factor of CHF on top of the likely presence of hypertensive cardiomyopathy. Subsequently, the echocardiographic findings of an increase in the wall thickness of the left ventricle are compatible with the diagnosis of hypertensive cardiomyopathy rather than dilated cardiomyopathy which usually occurs post myocarditis or manifests as a familial/hereditary disease. It can not be overemphasized that, in either situation, long term control of hypertension remains essential. The antihypertensive regimen should include an ACE inhibitors or angiotension II AT₁ receptor-blocker, and/or a beta-blocker, all of which have been shown to be effective in also reversing the remodeling process of the ventricular myocardium. An aldosterone antagonist should also be considered as it is also effective in suppressing the ventricular remodeling process. Needless to say, serum potassium and renal function should be carefully monitored.

Although we may attribute the symptom of “intermittent palptation” to AF. More importantly, we have to realize that onset of AF with RVR can also serve as a triggering factor of CHF, albeit, conversely AF can be a product of CHF. In either case, the control of ventricular rate is vital to the hemodynamic stabilization of CHF. Because of CHF associated with left ventricular dysfunction (low ejection fraction), digitalis is the drug of choice for the purpose of lowering the ventricular rate. Once hemodynamics is

stabilized, we need to think about long term management of AF if it becomes chronic. In this regard, two therapeutic strategies should be considered: (1) ventricular rate control along with anticoagulation and (2) cardioversion with maintenance of sinus rhythm. In the former, digitalis therapy is continued along with addition of coumadin monitored with monthly prothrombin time (PT) keeping INR \approx 2. For the latter, an antiarrhythmic drug is given before or immediately after electrical cardioversion. Anticoagulation is generally required for 3-4 weeks before and another 3-4 weeks after electrical cardioversion. Transesophageal echocardiography (TEE) can be used to facilitate the process of electrical cardioversion if it shows no thrombus present in the left atrium (especially the left atrial appendage). For long term maintenance of sinus rhythm, it appears that oral amiodarone is more effective than other antiarrhythmic drugs, and besides, it generally does not possess significant negative inotropic effect. However, long term amiodarone therapy is bound to develop adverse side effects such as thyroid dysfunction, pulmonary fibrosis, liver dysfunction, atax, etc. It is hoped that this relatively young patient would require only short term (6 months—1 year) amiodarone therapy as AF may resolve after regression of the remodeling process of the atrial myocardium.

病歷書寫注意事項

20120730 鄭雅敏

- 一、病歷首頁應有藥物過敏史的記載。
- 二、醫囑：時間、藥名（學名及商品名）、劑量（如 mg；避免用 tab、cap、vial）、用法記載應明確（給藥途徑、頻率、滴注藥物需註明注射時間長短）。
- 三、TPR sheet：身高、體重、寫上重要之檢查，實驗室數據，抗生素之使用紀錄。

四、Admission note:

Identification information:

姓名、年齡、性別、職業，由何處（OPD 或急診）住院、病歷號、病床號、住院日期。

Chief complaint:

用病人的話來描述，不是用生澀的醫學名詞。

以一句話描述病人最主要的「問題」最好。該句話涵蓋病痛的性質和病痛的時間，其他的問題都放在「現病史」再詳細描述。

Present illness: 簡述病患求診經過，不宜太簡略，至少應大於 9 行。

Past history:

慢性病史（糖尿病、高血壓等）。菸、酒、檳榔史。

過敏史（食物、藥物）。過去開刀史。輸血史。旅遊史。

職業欄及病史提供者欄記得填寫。

家族樹(family tree): 要包括三代，且同居者要圈起來。

Review of psychosocial state: 要記得填寫。

Physical examination:

與這一次住院的疾病或病痛有關的，整理到「現病史」，其他的就寫在理學檢查。有 positive finding 不可只寫(+)，一定要簡單描述內容。重要之 Physical examination 宜繪圖表示，尤其是外科系。

Review of systems 主旨在彌補醫師問診技巧不足、病人的教育水準參差不齊、或是病人記憶有失，所造成「現病史」的缺失，給大家有機會做一個重新的評估。有 positive finding 不可只寫(+)，一定要簡單描述內容。Negative findings 要紀錄。

Assessment and plan:

Problems list(問題列表): 整理病人這次住院的各個問題，要包括病人在身、心、社會層面的問題。Problem list 單張書寫隨病情有適當修改，onset date 為症狀發生之日期，非為住院日期。

以 SOAP 的方式，去評估每一個問題。如

Problem 1 : ---

Assessment:

performance、nutritional status、pulmonary function test、clinicalstage

Problem list

五、Progress note (病程紀錄)

1. 每日皆有寫 progress note，主治醫師每日對實習醫學生或住院醫師製作之病歷應予核簽，且給予指正或評論。左上角寫上年、月、日、時、分。(ICU 早晚都要寫) 右上角寫上目前為術後第幾天。
2. 病歷如有修改，應在旁簽名及記上日期

3. 使用 POMR 格式書寫病歷，入院紀錄有有適宜之住院診療計畫，對每一 problem 都有 assessment and plan，即有合理之臨床思路，鑑別診斷及診療計畫。
4. CT、MRI 等特殊檢查；貴重藥品「第三線以上（含）抗生素、Albumin 等」請在病歷上註明 indication 或細菌培養和藥物敏感度報告。影像學報告要繪圖或從 PACS 檔擷取後加以說明。
5. 改變抗生素使用要有說明，患者之抗生素使用是否有大致依據 guideline 進行。
6. 病歷上是否有些有倫理議題，EBM，或醫品病安之討論。
7. progress note 要紀錄清楚，每一 problem 之 assessment 能了解患者病情診治之進展情形，plan 亦合理。不可都是 copy and paste (每天內容都一樣為重大缺失)。
8. Progress note 紀錄病人在身、心、社會層面的問題。
9. 與家屬會談並說明病情之記錄請用中文記載，並有說明醫師及見證護士簽名。
10. 主治醫師、住院醫師、實習醫學生(intern)在病歷上一定要逐級用紅筆修改並以筆複簽，不可以只有蓋章。

修改範例：(主治醫師)

I saw and evaluated the patient. I agree with resident's notes and findings and plan of care.

I saw and evaluated the patient. I agree with the findings and the plan of care as documented in the resident's note.

I was physically present during entire endoscopic procedures.

修改範例：(住院醫師)

Patient seen with VS Lai, ---

六、 Weekly summary (週摘要)

住院超過一個星期的病人，應於每星期五（一）書寫 weeklysummary。

格式：Brief history; Current problems and plans; Current medications; Special notes.

七、 Acceptance note

從院內其他單位轉來之病人需記錄 acceptance note.

格式：Brief history; Current problems and plans; Current medications; Special notes

八、 On/off-service note：隔月交班要寫 on/off-service note。格式同八。

九、 Transfer note：同一科部：普通病房互轉或普通病房與 ICU 互轉。格式同八。

手術紀錄：根據住院醫師的手術記錄單（藍單）以紅筆謄寫在二號病歷紙上。

十一、 出院病歷摘要之診斷不可簡寫，course and treatment 要重點精簡書寫。

十二、 覆核及簽名

1. 醫囑需經由有執照之住院醫師或主治醫師確認過。

2. 手術、麻醉同意書有負責醫師簽名(非 Intern)，手術及麻醉同意書有患者親自簽名，非都是家屬代簽