

# OSCE

國軍左營總醫院  
黃彥綾  
專科護理師  
教育部部定講師



# 課程大綱

- **OSCE簡介與規劃原則**
- **考站設計與評核原則**
- **腹部系統OSCE技能訓練**
- **鑑別診斷與邏輯推理演練**
- **課後測驗與回饋**



# 什麼是 OSCE ？

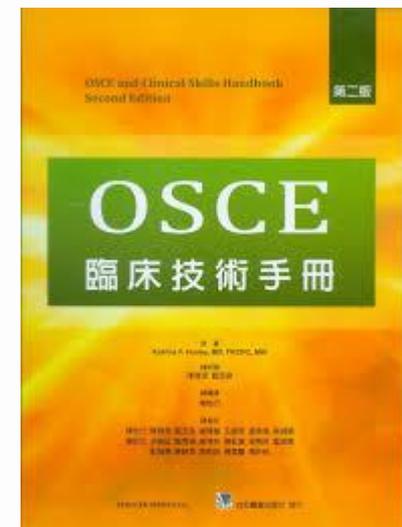
- **醫學標準化的有效評量工具1975**
  - ✓ OSCE (客觀結構式臨床測驗) 為實境型的臨床測驗方式
  - ✓ 評估考生在知識、態度、技能上的表現
  - ✓ 重視經由標準化病人與模擬情境來做程式化的測試
  - ✓ 結合 Miller (1990) 的三層評量模型 (知道、會做、有效做)

# Miller Pyramid 四層結構：

層級	名稱	意義	評量方法範例
1 最下層	Knows	知識：知道相關理論與概念	筆試、選擇題、簡答題
2 第二層	Knows How	知道如何應用知識	病例分析題、口試
3 第三層	Shows How	展示如何做（實作能力）	OSCE、模擬演練
4 最上層	Does	實際臨床表現	實地臨床觀察、360度評量

# OSCE重點學習目標

- 辨讀考生是否有**認知** + **情意** + **技能**三面向整合能力
- 實境預備臨床能力之最重要的方法



# OSCE & NP

- OSCE 用於第二階段考試（有別於第一階段筆試）
- 檢測預備當專科護理師者是否有「實際觀察、臨床判斷、邏輯解說」之能力
- 臨床中手技、學理與實務經驗緊密結合



# NP能力要求

- 身體評估、異常發現
- 臨床判斷與專業邏輯
- 特殊檢查與報告撰寫



- OSCE(客觀結構化臨床考試)搭配標準化病人或稱假病人 (Standardized patient) ，形成更理想的訓練模式，台灣醫學生於2013年開始被納入
- OSCE是最能克服教學問題和評估學習狀況方法

# 臨床能力展現的四種模式 Lenburg & Mitchell (1991)

真實 × 類比 × 模擬 × 書面評核  
適用於護理教育與臨床評量策略



# ① 真實臨床情境模式

## Real Clinical Situation Model

- 在實際臨床現場觀察學員行為與照護表現
- 最具真實性與臨床連結性
- 需顧及病人安全與倫理議題
- 難以控制情境與病況變因



## 2 類臨床情境模式

### Quasi-Clinical Model

- 以模擬方式重建臨床場域（如OSCE）
- 情境可設計與控制
- 評分標準化，可評估溝通與技巧整合
- 適合教學與評量的過渡橋接模式



### ③ 臨床實驗室模擬模式

## Clinical Laboratory Simulation Model

- 在實驗室使用模擬人或模型進行訓練
- 強調技術操作、可反覆練習
- 低風險、適合基本技能訓練
- 欠缺與真實病人互動情境



## ④ 資料審查模式

### Profile Model

- 透過護理紀錄、照護計畫、病例摘要或反思報告進行評核
- 能檢視學員邏輯、分析與書寫能力
- 無法直接觀察實際臨床技巧
- 常作為輔助性或補充性評量工具



# OSCE 計畫與執行

- 選定有臨床與教學經驗者策劃
- 設計多站式模擬測驗 (6~12站)
- 結合標準化病人與 Checklist 評核



# 考站設計與評核原則

- 考站設計原則：空間、人員、標準化病人
- 評分表撰寫與關鍵行為
- 考官與考生動線設計與時程安排



# 測驗—致性與優勢

- 同場同情境維持公平
- 納入多科整合能力考驗
- 檢核問題診斷、溝通技巧等多元能力



# 設計與報名流程

- 每站 15 分鐘，轉場 5 分鐘
- 線上報名系統管理
- 考場規格與標準化病人配置



# 測驗規格與評核

- 考場應配備完整設備
- 評分表使用 **checklist**
- 未完成關鍵行為即為不合格



# 考前準備

- 熟悉流程與考題樣式
- 熟悉報名系統與文件準備



# OSCE 核心目標

- OSCE 為面對面經驗考核
- 評估知識、技能與態度三者整合



# OSCE考試的五大共同特色

- 介紹及確認病人身份
- 同理及尊重病人的意願和感受
- 非專業術語的使用
- 洗手時機確實
- 開放的聆聽病人想問/想談的事並回應



專科護理師甄審口試流  
程及評分方式公告



由頭到脚的  
評估



由內到外的  
相關診

疾病引導  
評估

# 疾病引導模式之評估

- 個案基本資料(Data base)
- 主訴(Chief complain)
- 目前病史(Present Illness)
- 過去病史(Pass History)
- 家族史(Family History)

# Basic history-taking skill

- 跟病人有個好的接觸開始(發展親密關係)  
會因著你的語言跟非語言關係影響病人
- 開放式的詢問病史



病人：這會痛耶？我怎麼了？

醫師：為了確定你的問題，我將

1. 針對你的症狀詢問組織性的病史
2. 了解這些症狀如何影響你的生活
3. 建立鑑別診斷
4. 決定檢查項目及治療
5. 和你作有效率的溝通

**具組織性的病史 (Structured history)**

現在病史  
藥物 / 食物過敏史  
菸草 / 酒精 / 非法藥物使用史  
功能性詢問 / 清單  
過去病史  
家庭 / 社會 / 生活型態病史  
旅行史

# 接觸病人

- 洗手(圍床廉)
- 問候& 確認病人：

先生（大部份是先生），你好，請問你叫什麼名字，今年幾歲？（確認手圈）我可以怎麼稱呼您？

林先生？林小姐？

# 自我介紹

✓ 說國語可以嗎？

✓ 您好，我是資深(進階)護理師黃  
丫綾您這次住院將由我及您的主  
治醫師和整個醫療團隊共同照護  
您，為了確認您這次來醫院的問  
題，我將。。。。。。

A hand holding a pair of glasses, positioned on the left side of the slide.

以上，沒做  
扣分？



# 基本資料Data base

- 姓名、性別(不清楚?)、年齡
- 宗教信仰
- 婚姻、主要照顧者(家族樹)
- 職業、教育程度

# 主訴 Chief complain

求助理由、目的

- P (Provocative/Palliative)：激發或減弱因子
- Q (quality)：性質
- R (radiation)：範圍
- S (severity)：嚴重程度
- T (timing)：時間因素

注意聽重點 (Key wards)

# 目前病史 Present Illness

- 將造成個案求醫事件的確實情況、因果關係、來龍去脈詢問清楚
- 症狀發生時間
- 發生時的方式：漸進的或是突發的
- 發生時的情況(可能誘因)：如正在做何活動？姿勢？心境？壓力？

# 目前病史 Present Illness~II

- 使症狀加重或減輕的因素
- 症狀的嚴重程度、進行情形及範圍
- 時間因素：多久一次？曾經有過？每次持續多久？在白天晚上或在清晨？飯前飯後？

(以病患口語來描述，避免用醫學名詞)

# 過去病史及社會史

## ➤ 過去病史PMH(Past medical history)

疾病、藥物、手術史、過敏史

## ➤ 現在健康狀態(Current health)

菸、酒、檳榔、工作壓力、飲食習慣、旅遊、接觸史

## ➤ 家族史(Family history)

相關或遺傳性疾病史

## ➤ 精神社會史

近期情緒變化、家中發生重大事件、支持系統(結婚否)

PS: 此區塊有問有分數

# 病史詢問

- 兒科：出生狀況、疫苗注射、生長曲線、家庭支持
- 青少年：同儕壓力、課業壓力
- 婦產科（女性）：初經時間、最後一次月經、月經週期、妊娠史、性行為、經前症候群、遺傳性疾病
- 精神科：近期情緒變化、有病史有無規則服藥

# 症狀特性的取得

你習慣的就好



**CC & PI**

**CHLORIDE FPP**

**OLDCARTS**

**LQQ OPERA**



# CHLORIDE FPP

Character 特性

Location 位置

Onset 開始

Radiation 轉移

Intensity 強度

Duration 持續

Events association 相關症

Frequency 頻率

Palliative factor 改善因子

Provocative factor 惡化因子



# OLDCARTS

O(Onset) 開始

L(Location) 位置

D(Duration) 持續

C(Character) 特性

A(Aggravating factors / associated symptoms):  
加重或緩解因子

R(Relieving factors): 減輕或緩和症狀之因素

T(Timporal factors): 時間因素

S(Severity): 嚴重程度

# LQQ OPERA

L(Location) 位置

Q(Quality): 性質

Q(Quantity): 程度

O(Onset & Duration) 開始、持續

P(Precipitating factors): 誘發因子

E(Exaggerating factors): 惡化因子

R(Relieving factors): 減輕或緩和症狀之因素

A (associated symptoms): 伴隨症狀

# 系統回顧 (Review of system: ROS)

- ✓ 也就是把各大系統問題快速問過一遍
  - ✓ 一來是補足自己可能遺漏掉的問題
  - ✓ 二來是若想不到什麼能問的，至少還能亂槍打鳥給自己一些機會與靈感刺激
  - ✓ 三來則是在詢問時可以說：「剛剛針對你的問題和個人狀況我大概有個了解了，現在請讓我為你做個整體性評估」
- 在專業素養或考官的印象分數相信也會有所幫助

# 系統回顧 (Review of system: ROS)

➤ 除了現在問題，你還有沒有什麼不舒服呢？

➤ 每個部分問1-2症狀（由頭到腳）

一般性：肢體無力疲倦體重減輕（增加）

頭：頭暈、頭痛

胸部：咳嗽、呼吸喘、咳血

心臟：胸悶、心悸

腹部：腹痛、拉肚子、便秘、黑便、血便

泌尿：解尿疼痛、尿少、血尿

血循：腳水腫、跛行、四肢冰冷



# 腹部系統:大小便重要

- 膽道完全阻塞，會導致Clay color stool
- 膽紅素經由尿液排除的量增加，會造成茶色尿(tea color urine)
- 溶血導致血紅素尿





# 以上 病史詢問

30分



# 身體評估



胸闷 →  
呼吸困难



我觉得自己  
快要窒息了



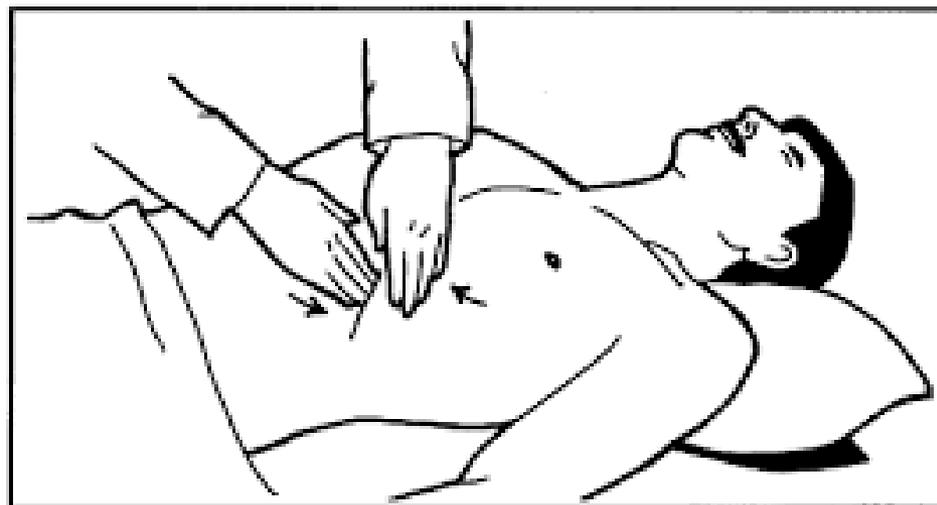


Figure 1.—The spleen is palpated bimanually with the patient in a supine position and the examiner at the patient's right side. The examiner's left hand is placed on the lower left rib cage, and the right hand explores for the spleen.

圖：yo, 子

# 進入身體評估前準備

- 自己的準備~想好“**焦點**”
- 病患的擺位姿勢
- 環境準備~看好有哪些是你會用的東西及注意隱私

# 執行檢查注意事項

- 進行中隨時告訴病患你在做什麼
- 檢查之完整性視情況而定
- 檢查之**順序**，以盡量減少病患變換姿勢設計：

一般而言：由頭到腳

**焦點式**

避免由腳向頭臉方向

由病人右側開始、視需要改變位置

- 依視觸叩聽順序；腹部例外（視聽叩觸）

# 執行檢查注意事項

- 過程中若有異常，主考官或病患會舉牌
- 檢驗值或X-ray異常，主考官或病患會舉牌
- 病患若拒絕某項檢查，請勿強行
- 勿與病患起爭執
- 你沒問的，病患絕對不回答

注意隱私安全及意願



# 理學檢查(PE)的重點

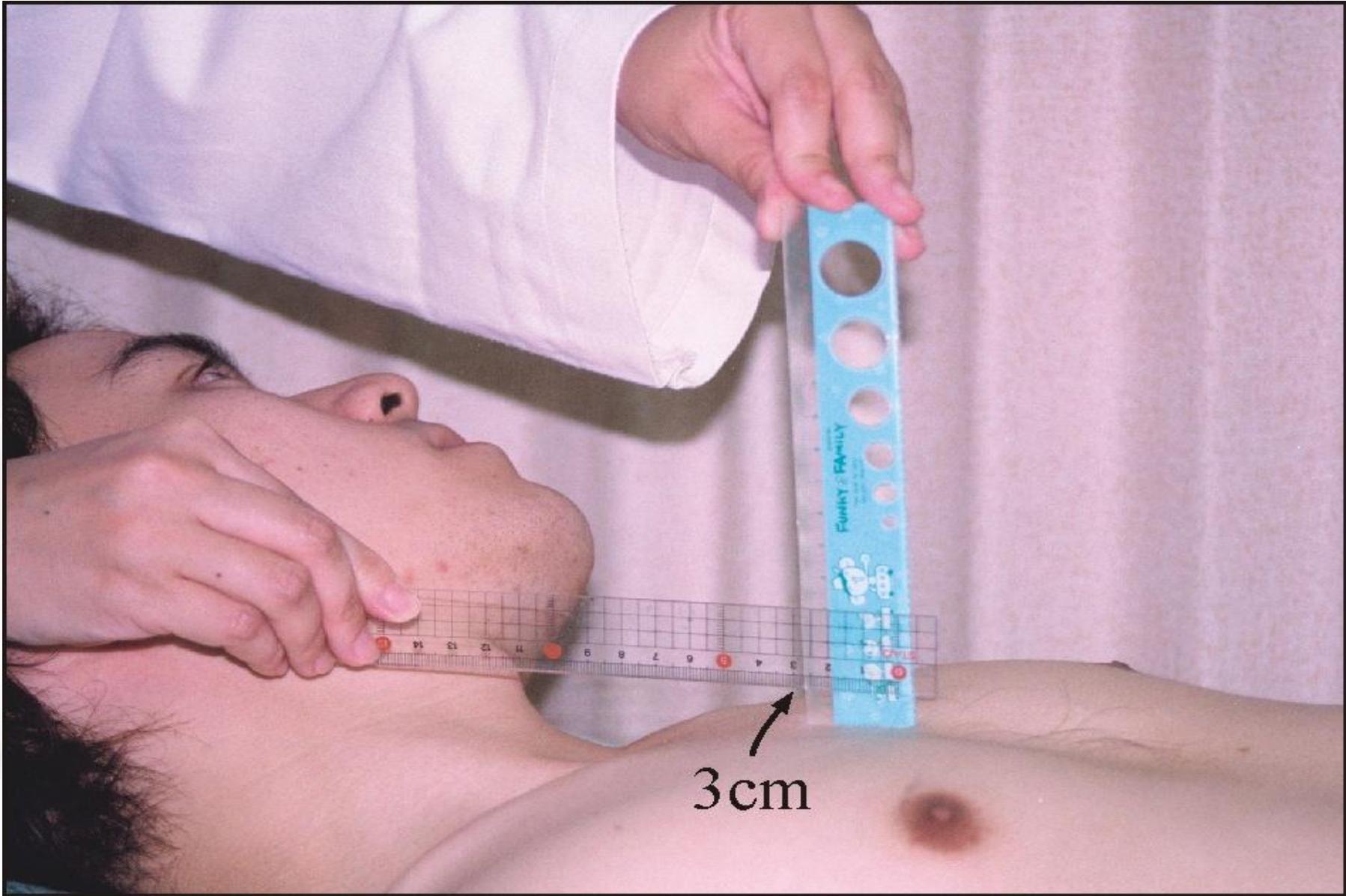
- 流暢且具順序性的PE
- 妥善的遮蔽與保護
- 熟練的使用檢查器材(手套、聽診器、壓舌板、hammer、……)
- 全身性檢查(合乎邏輯的順序)

# 頭頸部重點

- 考題在此：PE至少花4-5分鐘
- 考題不在此：只要花約1分鐘快速評估

重點：

1. 坐姿
2. 看頸靜脈病患躺約30度
3. Palpate thyroid lobes (站於病患後側，要求病人吞口水)
4. Inspect :Conjunctiva , eyelids, sclera
5. 口述快速帶過



F.S.

# 測量頸靜脈壓之操作



# 淋巴結之評估

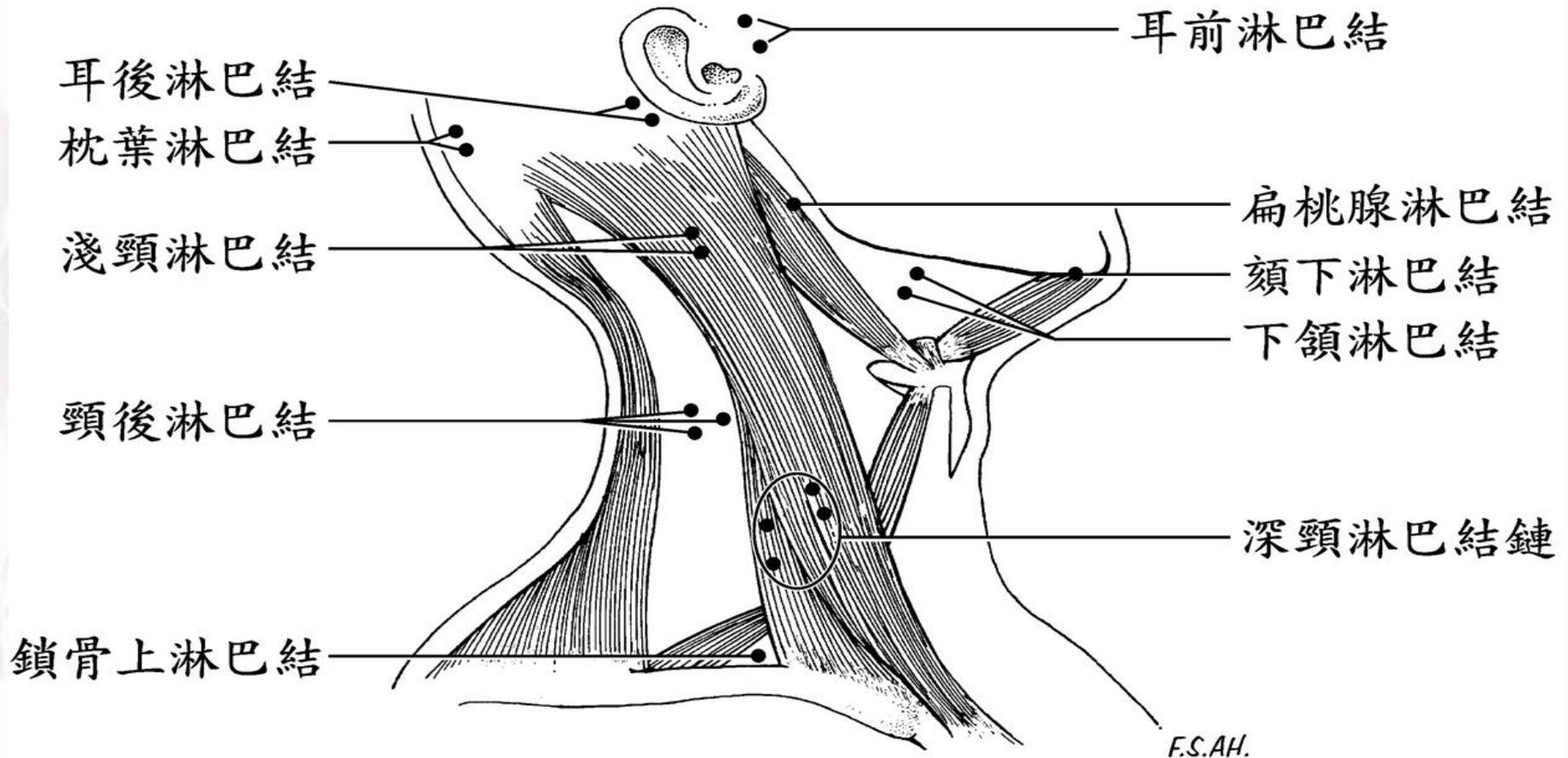
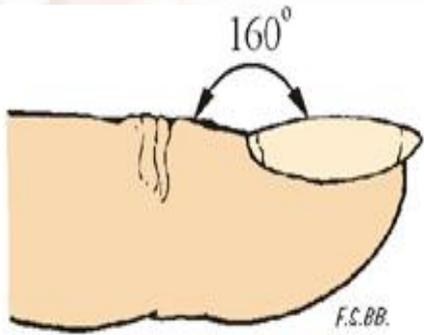


圖 2-6 頭頸部淋巴結

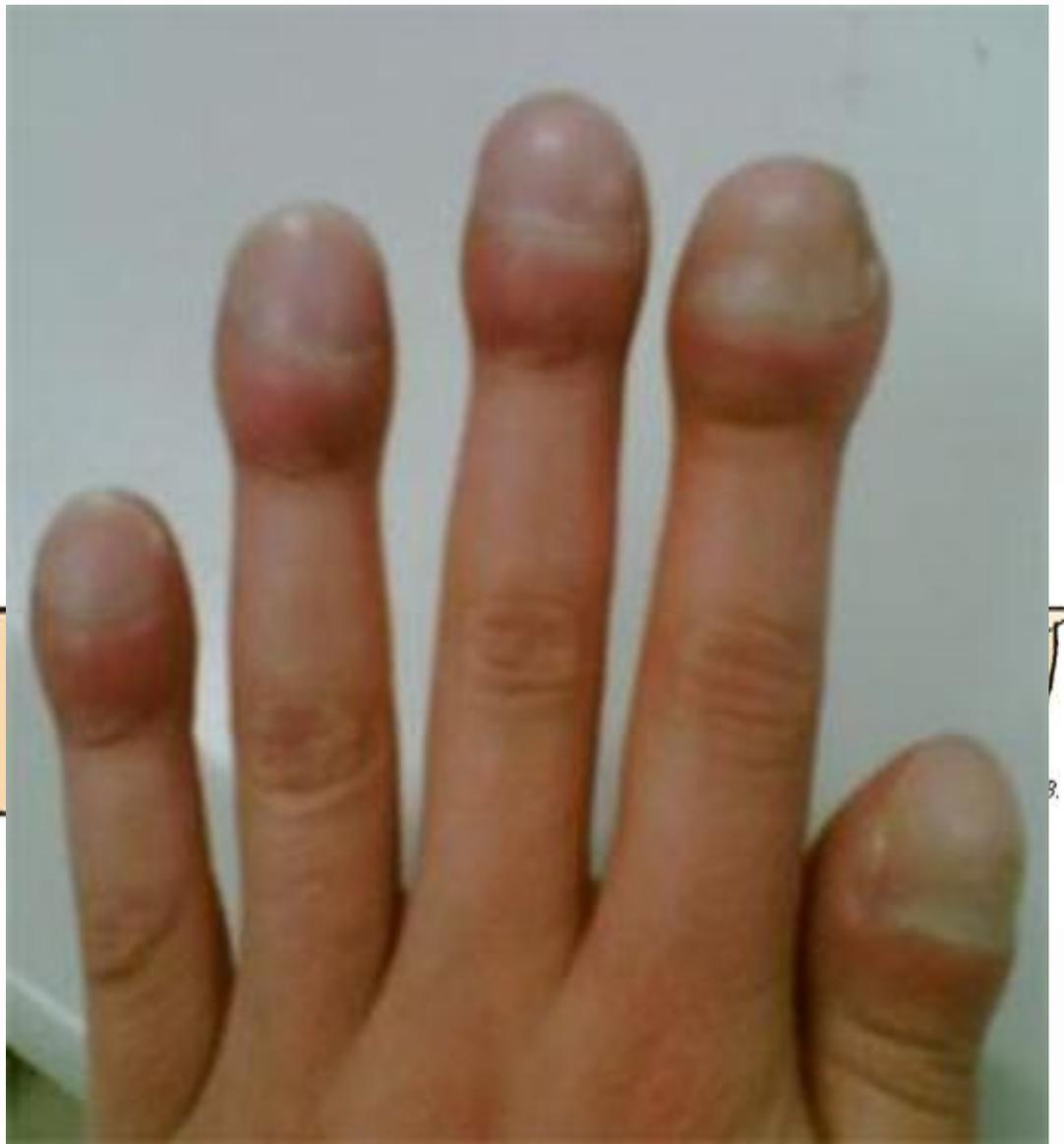
# 四肢（腹股溝）

- 上肢：視診及觸診雙手及上臂有無畸形、lesion、杵狀指、皮膚的顏色、指甲床、溫度、肌肉張力、關節有無痛點，撓、肱動脈
- 下肢：外觀對稱、有無水腫，皮膚溫度膚色潰瘍，靜脈曲張，股、膝膕、足背動脈
- 活動力

# 杵

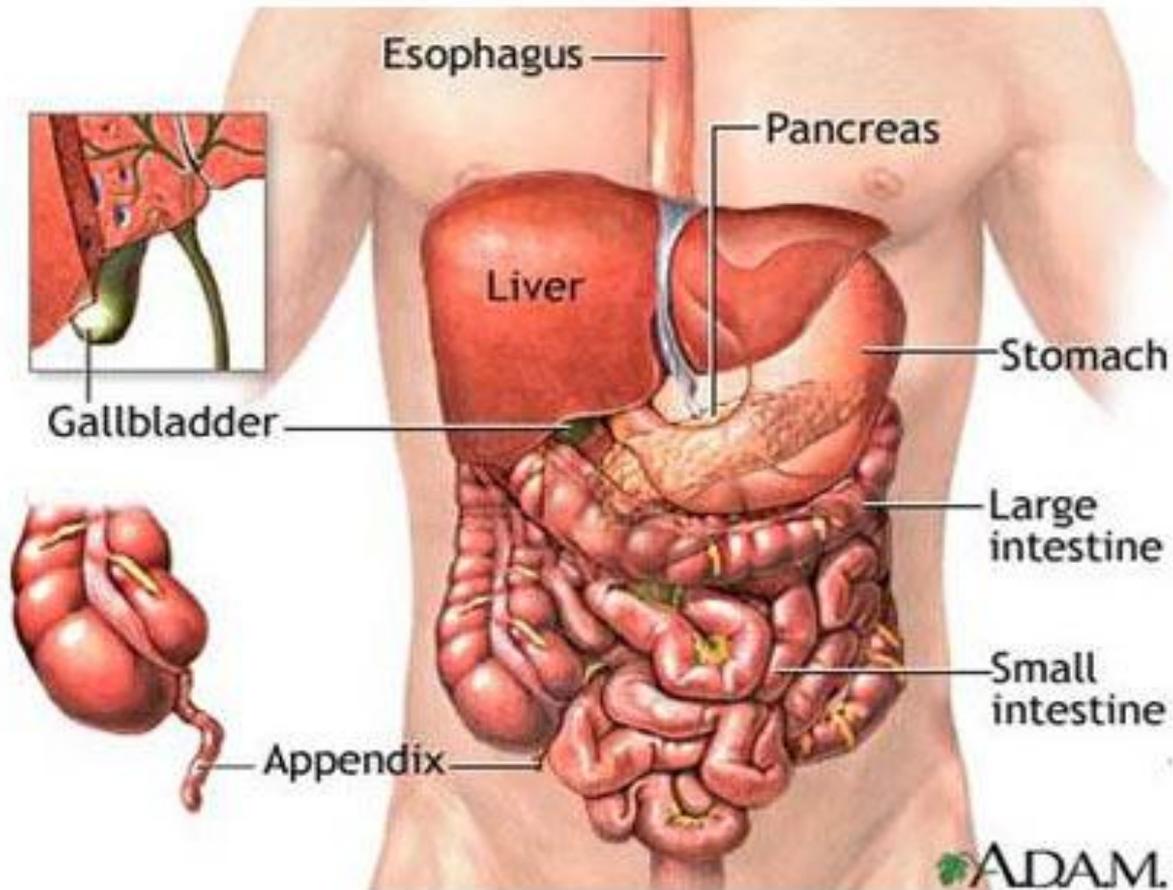


(A)正常





# 腹部系統



# 腹部系統OSCE技能訓練

- 病史詢問技巧：OLD CARTS、LQQOPERA
- 理學檢查流程：視聽叩觸
- 腹部徵象：Murphy、McBurney、Rovsing、Psoas等



# 鑑別診斷與邏輯推理演練

Bleeding

Ischemia

Obstruction

Perforation

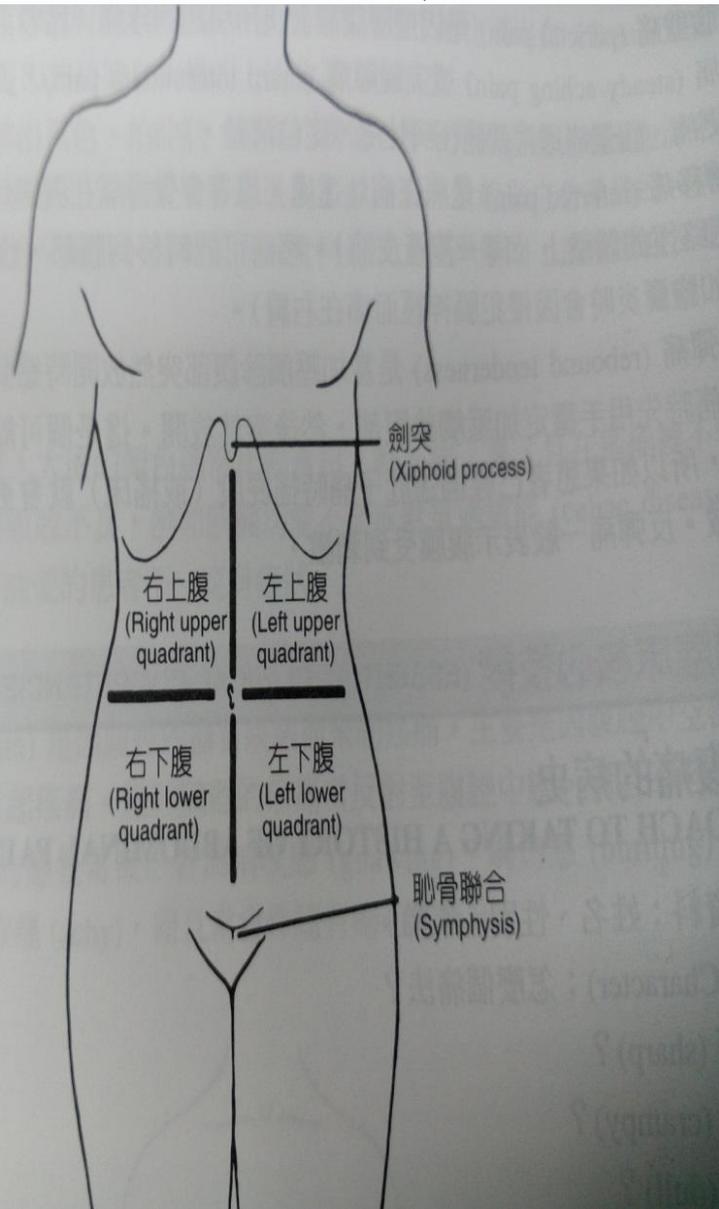
Infection



# 腹部評估順序

- Inspection (視診)
- Auscultation (聽診)
- Percussion (扣診)
- Palpation (觸診): 輕、深觸

# 腹部區塊



右		左
膽結石	胃潰瘍	膽絞痛
胃潰瘍	胃食道逆流	胰腺炎
胰腺炎	上腹痛	十二指腸潰瘍
腎結石	急性闌尾炎	腎結石
尿道感染	胃酸	大腸憩室症
便秘	腸道炎	腸道炎
闌尾炎	尿道炎	大腸憩室症
盆腔疼痛	盆腔疼痛	腹股溝疼痛

# 腹部系統(平躺)

- 拉開衣服
- 腳彎曲
- **最痛最後作**，請病患放鬆



# 腹部系統(平躺)

**視診**：形狀，靜脈情形，對稱性，色素

沉著，皮膚完整性，黃疸，有無腸胃道

蠕動波或腹主動脈搏動

請患者咳嗽看有無hernia

# 聽診：（溫暖聽診器）

- 1) 腸音一個區域聽5分鐘，正常5-34次/分
- 2) 腹主(鐘面) - 劍突下、腎-左右肋骨下  
緣連線中點左右側1-2公分、髂骨動脈  
嘈音 - 臍部與腹股溝連線中點

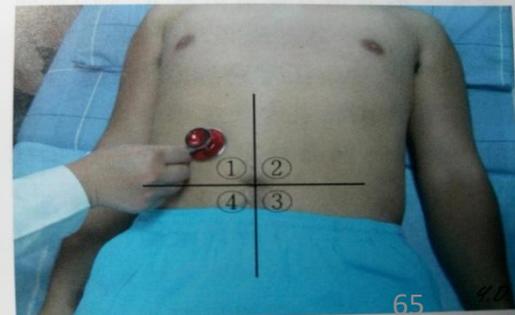


圖11-12 腸音聽診順序

# 叩診

- ✓ 測量腹肌緊張度(四個象限)
- ✓ 肝右葉正常6-12公分，肝左正常4-8公分，脾正常<7公分(約9-11rib處)
- ✓ 脾臟濁音(在左中腋線)
- ✓ 正常腹部扣診呈現鼓音

# 觸診：（溫暖雙手）

- ✓ 淺觸&深觸：反彈痛，肝、脾、腎深觸（正常摸不到脾臟下緣，肝臟下緣堅實有彈性邊緣整齊）
  - ✓ 主動脈，股及腹股溝淋巴結
  - ✓ 觸診肝臟及脾臟時，都是要先把手放在RUQ或LUQ，再請病人吸氣，在他吸氣的同時用手向上推，去感受是否能觸摸到肝臟及脾臟的下緣。
- 正常情況下，這些步驟是不會引起疼痛的



圖11-22 腹部輕觸診法

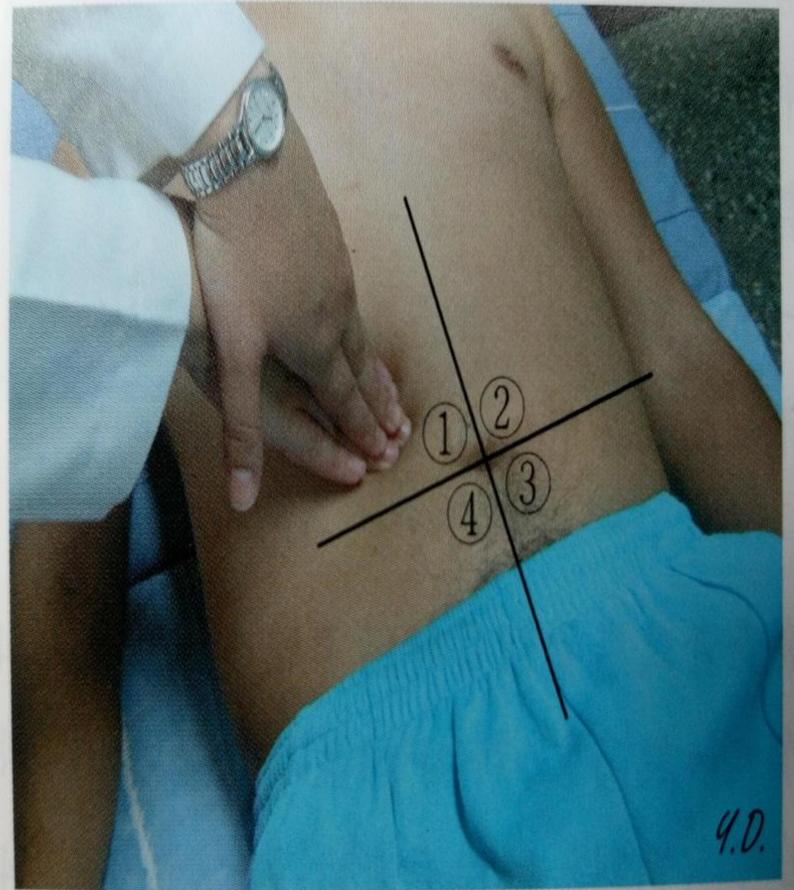


圖11-23 腹部深觸診法



圖11-25 肝臟觸診法



圖11-26 肝臟鈎抓法

# 腎臟觸診



# 脾臟觸診



# 腹部重要的Sign

- Shifting dullness
- Murphy sign: 檢測膽囊炎
- Psoas sign(腰大肌徵象)：右大腿抬高壓膝
- Obturator sign(閉孔肌徵象)：髖部內、外旋
- Mcburney's sign(麥氏徵象)：肚臍與右側髌骨前上棘連線外1/3處
- Rovsing's sign(羅氏徵象)：按左下痛右下

Ps: 腹痛 不要忘記肛診 上腹痛要PE chest，下腹痛要問肛診，胸痛要PE腹部

# 腹部重要的Sign

Grey-turnner sign(腰部淤血)~後腹腔出血

Cullen's sign(臍部淤血) )~腹膜腔內出血

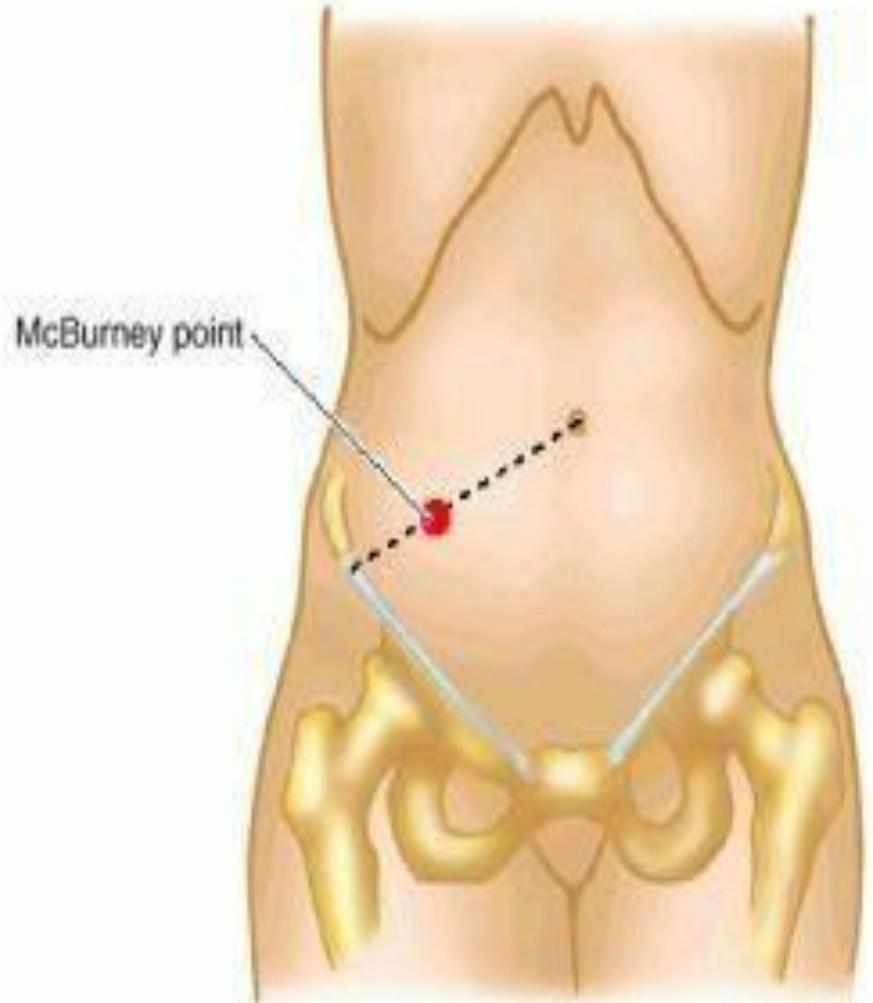
Ps:腹痛不要忘記肛診 上腹痛要PE chest，下腹痛要問肛診，胸痛要PE腹部

# Shifting dullness



# 麥氏徵象 (McBurney's point sign)

麥氏點位於肚臍與右下腹髂前上棘連線之下1/3處，慢速深壓此處，快速放鬆但手未離開腹部，此部位會有反彈痛，表示陽性(壓右痛右)



# McBurney's sign



②觸診麥氏點

# Rovsing's sign



圖11-30 羅氏徵象測試

# 羅氏徵象 (Rovsing's sign)

壓左下象限，會造成對側疼痛，手指離開腹部時，再次引起右下腹的牽涉性反彈痛(Referred Rebound Tenderness)(壓左痛右)

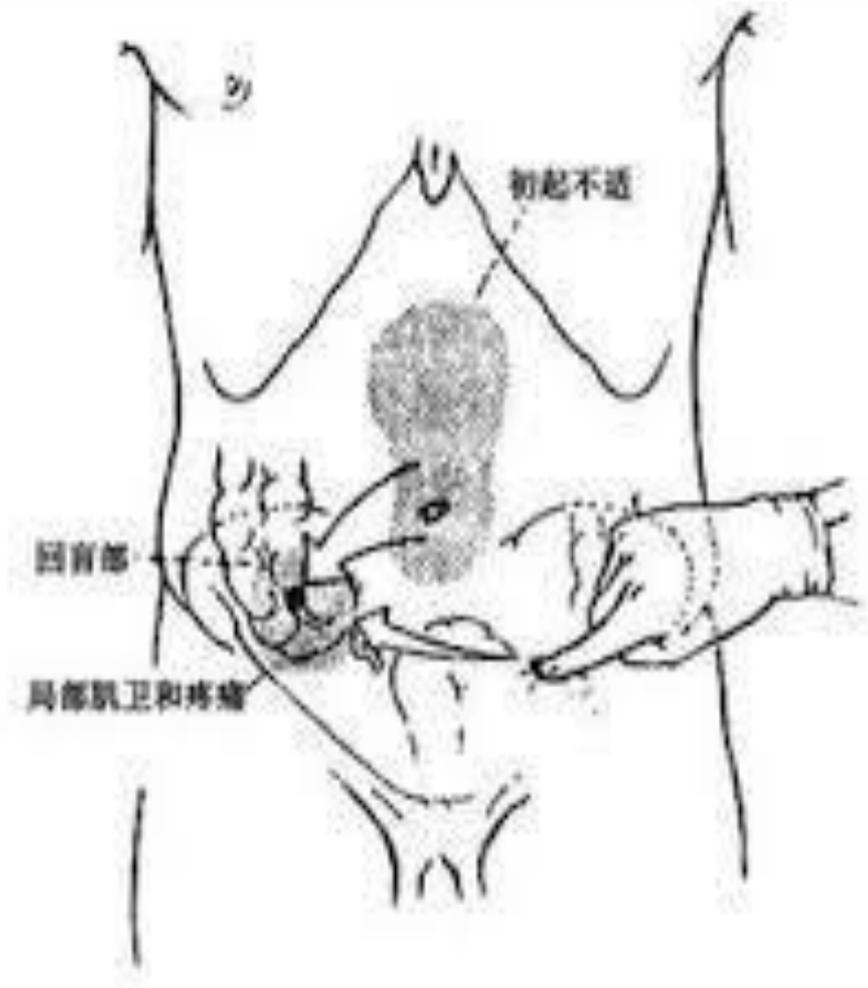


图6 Rovsing 征



# Psoas sign(腰大肌徵象)

# Obturator sign

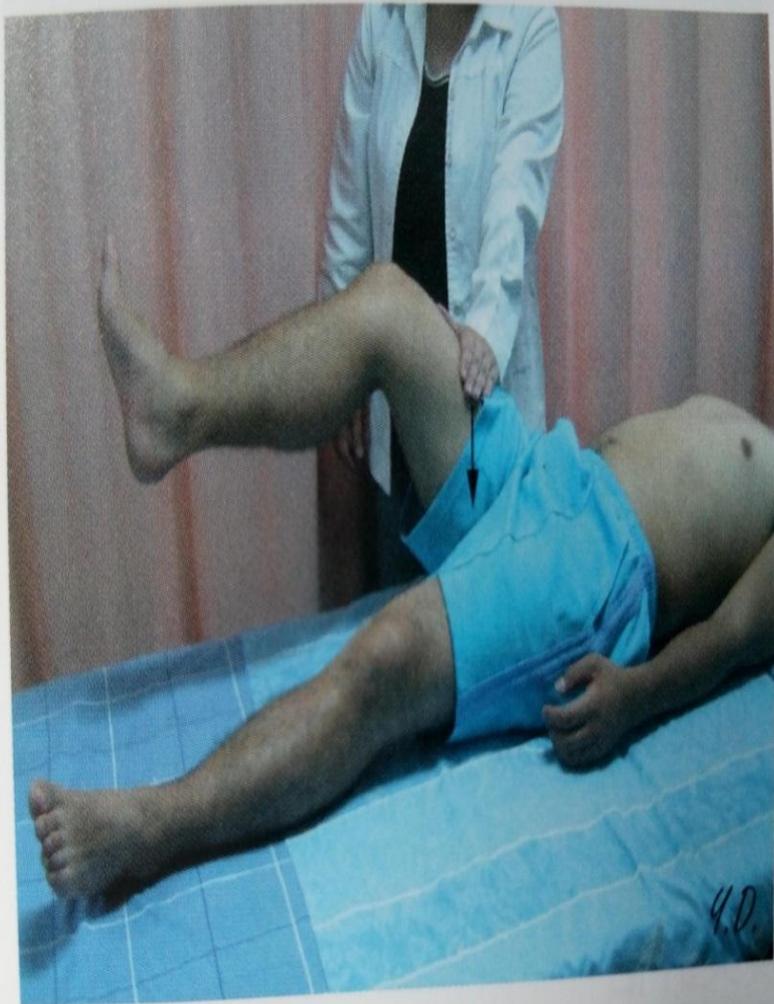


圖11-31 腰大肌徵象測試

36 身體檢查與評估

步 驟 說 明



① 髖關節內旋



② 髖關節外旋

圖11-32 閉孔肌徵象測試

膽囊炎評估

墨菲氏徵象 (Murphy's Sign) :

# Murphy sign: 檢測膽囊炎

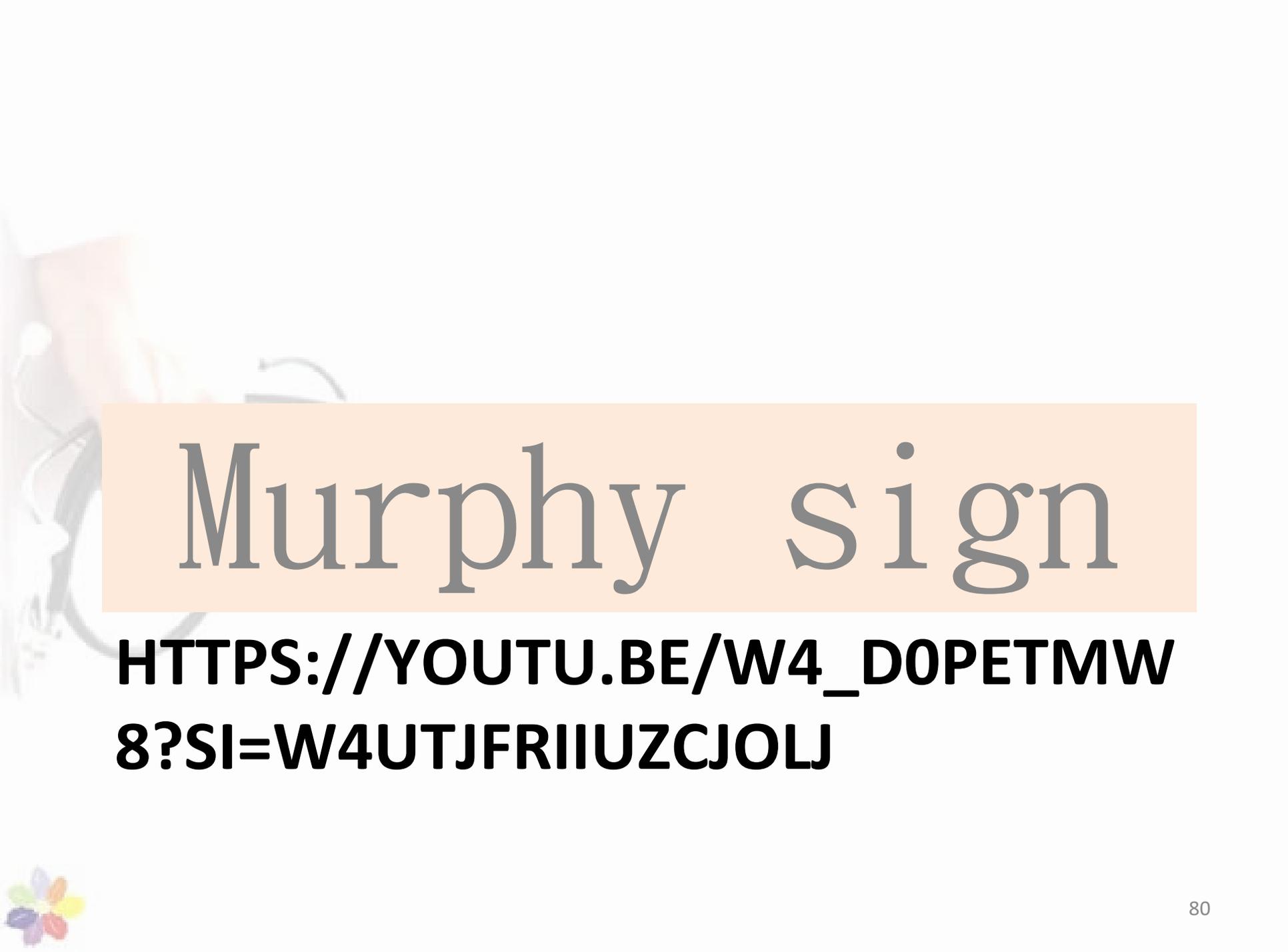


(a) 手指平伸



(b) 拇指觸診

觸診膽囊



Murphy sign

**[HTTPS://YOUTU.BE/W4\\_D0PETMW  
8?SI=W4UTJFRIIUZCJOLJ](https://youtu.be/w4_d0petmw8?si=w4utjfriiuzcjolj)**





# 詢問可否做肛門指診(DRE)

腹痛PE此項佔重點分



以上，焦點式PE

40分



# 腹部理學檢查：重要考點

- 順序：腳要彎曲，然後**視聽觸扣**
- 視診：腹部脹大、疹子、刀疤、傷口、表面靜脈？Hernia, Cullen sign, Turner sign→出血性胰臟
- 聽診：bowel sound的狀況，是否有bruits
- 扣診：肚子敲起來是Tympanic？Dullness？  
懷疑有腹水，可以考慮敲有沒有shifting dullness  
如果有時間，liver span和Spleen span也可以敲敲看
- 觸診：『不痛的區塊先壓』、反彈痛也要測

# 腹痛成因百百種

- 重點是要排除『會死人的』腹部急症
- 首先要穩定患者的vital signs，評估是否有peritoneal signs出現(包括反彈痛、腹部board like rigidity等)
- 如果是女性的話，還要考慮到『婦科疾病』的可能性，看題目去問

# 腹部急症→BIOPI

- **B**leeding: 腹主動脈、腫瘤、脾臟破裂，導致大出血  
消化道潰瘍出血、子宮外孕
- **I**schemia: 腸子缺血性壞死
- **O**bstruction: 腸阻塞、尿路結石、膽道結石
- **P**erforation 腸子破掉
- **I**nfection/ **i**nflammation  
胰臟炎、膽囊炎、膽道炎、盲腸炎、憩室炎等

※上腹痛小心myocardial infarction的可能性

※嚴重腹痛者，可以給予一些止痛藥→並不會增加做出錯誤決策的機率

# 腹痛的原因

- 消化系統
- 泌尿系統
- 婦產科
- 腹壁
- 牽涉性痛
- 新陳代謝
- 血管
- 免疫

# 腹痛的原因~消化系統

腸道：

- 發炎：腸胃炎、胃炎、憩室炎、**闌尾炎**
- 阻塞：疝氣、腸套疊、腸扭轉、術後粘黏、嚴重便秘
- 血管：出血、栓子
- 消化性潰瘍、食物過敏、大腸急躁症
- 腺體：**肝膽胰**

# 肝膽胰

膽：

- 1.發炎：膽囊炎、膽管炎
- 2.阻塞：結石、腫瘤

肝：肝炎、肝膿瘍

胰：胰臟炎、胰臟癌



依照不同區塊來做鑑別診斷



# 右上腹痛

- 肝膽的問題為主，疼痛可能轉移到背部和上腹
- 肝臟疼痛主要來自表面fascia的刺激拉扯
- 大部分的疼痛主要還是來自膽道
  - 膽道：膽囊炎、膽管炎(右上腹痛、發燒、toxic sign)、Biliary colic(悶痛、噁心嘔吐、持續約30 min)
  - 肝臟：肝炎、肝周圍炎、肝膿瘍等

# 上腹痛

- 心肌梗塞：可能會轉移到下巴、手臂等處  
**！小心！**
- 胰臟炎：突發性劇痛、彎成蝦米狀比較舒服、痛到背後
- 潰瘍、GERD、胃炎、功能性消化不良
- Gastroparesis：腹脹、噁心嘔吐、易飽易脹

# 左上腹痛

- 脾臟的問題為主  
脾臟腫大、脾臟破裂、脾臟infarct、脾臟abscess等



# 下腹痛

- 闌尾炎：肚臍痛→右下腹痛；噁心嘔吐
- 憩室炎：左下腹痛比較多、持續較久
- 泌尿道結石：絞痛、可能合併flank pain、血尿；依照結石的位置，疼痛可轉移到陰囊/陰唇
- 腎盂腎炎：泌尿道症狀、發燒、flank pain等
- 急性尿液滯留：膀胱很脹、尿不出來
- 感染性大腸炎：合併腹痛、發燒、黏液便/血便
- 婦科原因→經痛、子宮外孕、子宮內膜異位、PID等

# 整個腹部痛

## 腸阻塞：

腹脹、噁心嘔吐、沒有排便等

千萬不要忘記了Incarcerated hernia的可能性

## 腸胃道穿孔：

破掉瞬間劇痛，然後轉成鈍痛、慢慢進展

若有做procedure，或是潰瘍→要小心



# 整個腹部痛

✓ 缺血性腸炎：

急性且嚴重的腹痛、不成比例的疼痛

有心律不整、血管炎、shock等病史要小心

✓ 炎症大腸疾病IBD：合併慢性血便、腹瀉

急性腸胃炎：噁心嘔吐、腹瀉、腹痛

✓ 腹膜炎：發燒、腹痛→→肝硬化；腹膜透析要小心

✓ 各種癌症→可能造成阻塞、腸扭轉、穿孔等問題

# 整個腹部痛

Ketoacidosis

**DKA**經常以腹痛為表現

小孩子、體重減輕、喘、血糖高要小心

其他：腸躁症、便秘等

※皮膚記得要看，不要忘記**herpes zoster**哪裡都可能出現

A hand holding a pair of glasses, positioned on the left side of the slide. The hand is holding the temples of the glasses, and the lenses are visible. The background is a light, neutral color.

# 加強記憶



# 與膽結石相關臨床表現

## (1) 無症狀的膽結石

- 大部分有膽結石的患者是沒有症狀的
- 通常是在體檢中，意外被發現的

## (2) Biliary Colic

- 機轉

膽囊因為神經或賀爾蒙刺激而收縮→導致石頭或膽砂堵住開口→膽囊壓力升高→產生疼痛→膽囊放鬆後逐漸緩解

- (右)上腹的悶痛，會輻射到背部(尤其是右肩胛)  
雖然名稱有『Colic絞痛』，但患者通常是持續性疼痛
- 患者可能合併冒冷汗、噁心、嘔吐，但通常不會發燒
- 有些人在餐後疼痛(尤其是油膩的飲食)、夜間疼痛
- 疼痛通常持續至少30分鐘，一小時內達到高峰，並在六小時內緩解
- Lab抽起來通常都正常

### (3) 急性膽囊炎 **Acute cholecystitis**

- 是最常見的併發症
- 患者出現右上腹痛、發燒、白血球升高
- **Murphy signs (+)**



## (4) Choledocholithiasis

- 定義為膽結石掉到總膽管中，患者可能會合併有膽管炎
- 急性膽管炎的表現為發燒、腹痛、黃疸  
(**Charcot triad**)

## (5) 結石導致的胰臟炎

- 結石往下堵住胰管或是ampulla，導致胰臟發炎

## (6) Mirizzi syndrome

- 罕見的併發症，結石堵住了cystic duct，壓迫了總膽管或肝管(hepatic duct)，造成膽道阻塞、黃疸的表現
- **Reference:** Zakko FS (2018). Overview of gallstone disease in adults. Retrieved 2018 Aug 15th from [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

# 與消化性潰瘍的鑑別診斷

## (1) Bleeding peptic ulcer (潰瘍出血)

- 潰瘍的症狀：上腹痛
- 疼痛的時間：潰瘍的位置
  - DU 十二指腸潰瘍：吃飽後2-5小時出現
  - GU 胃潰瘍：進食後疼痛、打嗝、易飽、噁心等
- 誘發因子：H. pylori、NSAID、Steroid、壓力

## (2) Gastritis 胃炎

- 服用 NSAID、Aspirin、壓力大、喝酒有關

(3) Esophageal varices 食道靜脈曲張:肝門靜脈高壓(肝硬化、喝酒)造成食道和胃部靜脈曲張(是鮮血、而且來得又快又急，非常危險)

(4) Gastric cancer 胃癌:要詢問體重有無減輕、**家族有無關病史**

(5) 藥物:

- 抗凝血、抗血小板藥物千萬不要忘記，當會影響到凝血功能時，就有可能造成各種出血

(6) 血管疾病:特別是腹部動脈瘤，有可能會跟上消化道之間形成瘻管(fistula)

(7) Mallory-Weiss tear:常發生在劇烈嘔吐後，食道胃部交界遭到撕裂造成

- 和食道靜脈曲張相同，常常是吐出鮮血
- 有酗酒、反覆嘔吐，或是為了減重而反覆催吐



# 腹痛的原因~泌尿系統

1. 發炎：腎盂腎炎、膀胱炎
2. 阻塞：結石、腫瘤

也是外科常考主訴



# 腹痛的原因~婦產科

1. 發炎：骨盆腔發炎
2. 機械性：卵巢扭轉
3. 內分泌：月經
4. 腫瘤：子宮內膜異位、子宮肌瘤、卵巢囊腫、卵巢癌
5. 懷孕：子宮外孕破裂、先兆性流產

# 腹痛的原因~腹壁

- 腹壁肌肉拉傷
- 肌肉感染
- 神經性疼痛：

Herpes zoster最常見

痛的主訴後的視診很重要

# 腹痛的原因~牽涉性痛

- 來自胸壁：肺栓塞、肺炎、缺血性心臟病、心包炎
- 來自脊椎：神經根炎(radiculitis)
- 來自生殖器：睪丸扭轉

# 腹痛的原因

## 血管

◆主動脈剝離

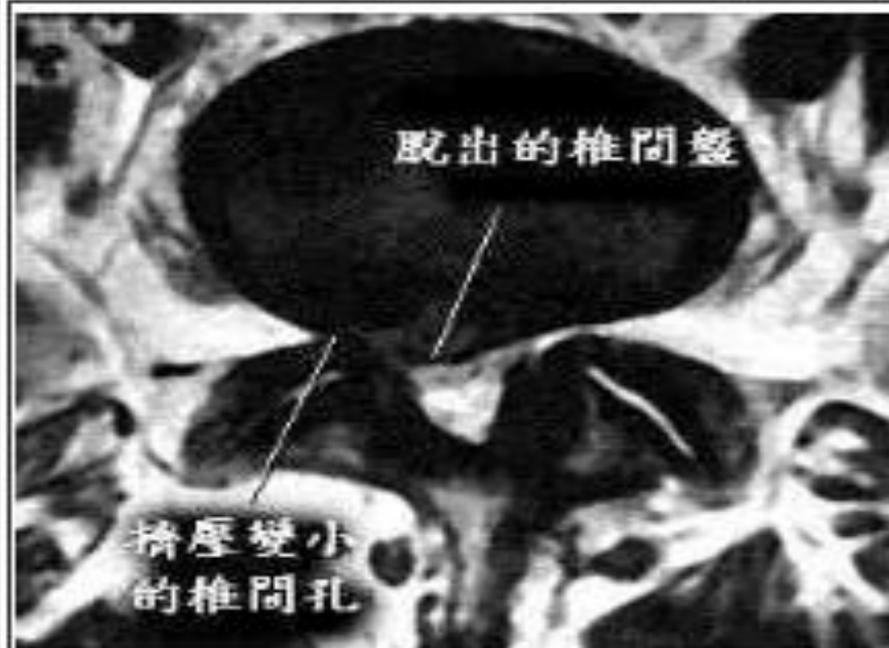
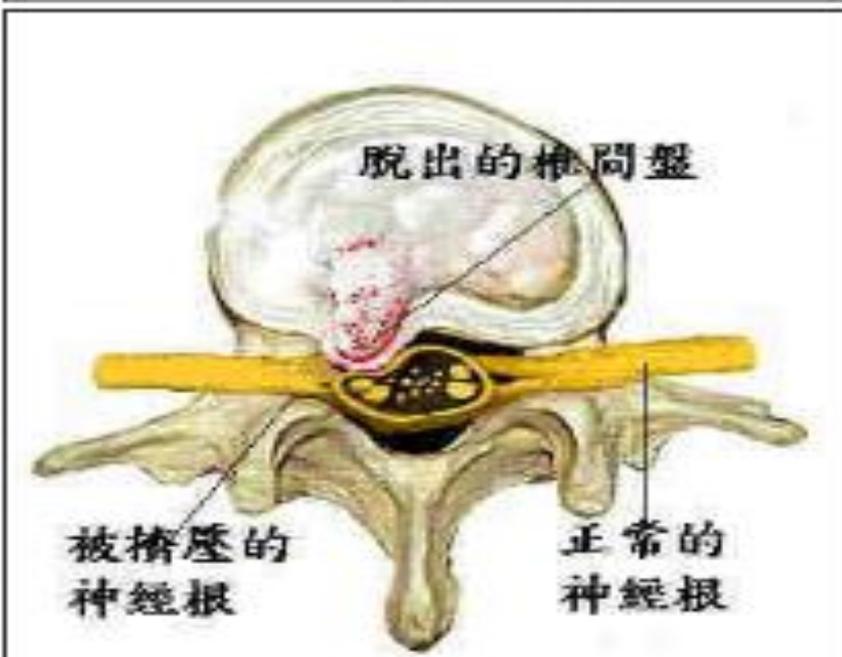
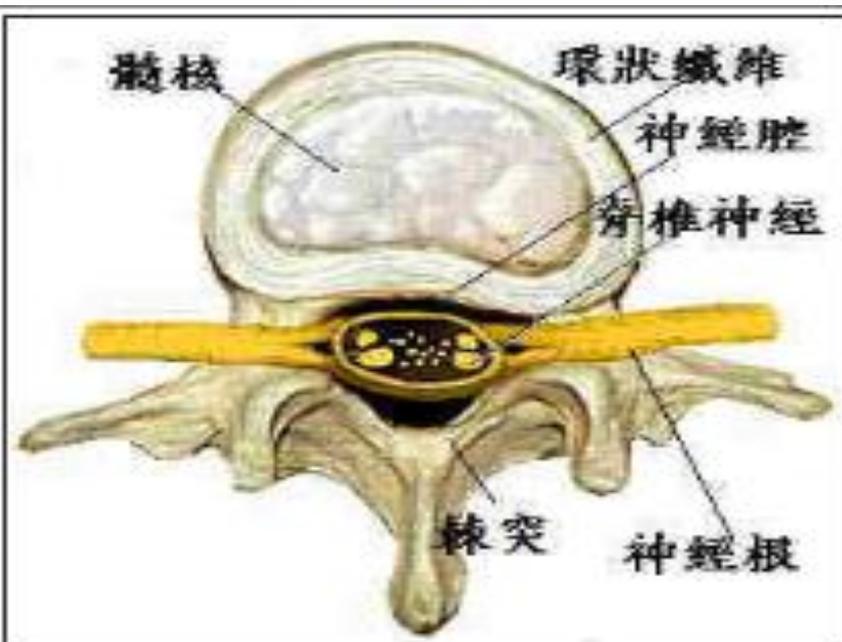
◆腹主動脈瘤

免疫：血管炎

# 背痛的原因

- 骨骼肌：肌肉拉傷、肌肉筋攣
- 脊椎關節：
  - 脊椎椎間盤突出HIVD
  - 退化性關節病、發炎性疾病
  - 腰椎狹窄
  - 外傷、骨折
  - 癌症
- 神經根性疼痛:Sciatica





# 鑑別診斷**30分**

主診斷+治療計畫+ 護理衛教: **15分**

次診斷+治療計畫+ 護理衛教: **10分**

三診斷+治療計畫+ 護理衛教: **5分**



# 鑑別診斷

- 請先依主訴及病史詢問說出可能的三個鑑別診斷
- 說明你會下此鑑別診斷原因
- 說明你下一步計畫
- 給予衛教

# 腹痛常見考題鑑別診斷後的處置

- 穩定Vital signs是第一步
- 基本的抽血、CXR、心電圖、KUB  
必要時安排進一步的影像學檢查：超音波、CT(顯影劑)等
- 依照臨床表現，判斷是哪一個疾病，並安排後續的治療

# 膽囊炎：

- ✓ 通常抗生素、NPO就可控制；急性期過數周後才來開刀
- ✓ 如果急性期難控制，才考慮去做PTGBD、或是去緊急開刀(做PTGBD
- ✓ 要小心transient bacteremia，可能瞬間shock！)???

# 盲腸炎：

給抗生素，並安排緊急開刀；剛破掉也可以考慮去開刀

但破比較久的患者，則會建議保守治療，穩定後才去開刀



# 胰臟炎：

- 補充輸液、懷疑感染給antibiotics、NPO、supportive care為主
- 後續可以安排ERCP評估是否有石頭卡住  
Ranson criteria該抽得要抽  
(入院：WBC/sugar/LDH/AST；48小時後：  
HCT、BUN、Ca、PO2、Base excess、Fluid sequestration)
- 穿孔、缺血性腸炎、incarcerated hernia→術前準備，開急刀！

# 結語

- 邏輯思維做出正確診斷
- 臨床診斷是基本功夫



SUCCESS