學會消息公佈

一、 學會正與各非醫師之相關團體聯盟，並歡迎該團體成員以團體會員名義加入本學會，只需繳交團體會費一筆, 而其會員的權利義務與其他會員相同，可派代表列席理監事會議，但選舉時投票權只有一票。若以個人名義加入會員者，則由理事會負責審查該員資格。

二、 2013 APSC 邀請台灣的病友團體至香港參加，會中將報告中風病人防治衛教方面的現況。今年 9 月學會年會將舉辦北、中、南病友座談會。因學會主力籌備 2014 APSC，今年世界中風日將由病友協會主辦。

三、 7 月 20 日將在雙和醫院舉辦神經超音波繼續教育課程，歡迎大家參加，相關訊息刊登在學會網站。

四、 英文版的學會網站目前規劃中。會訊稿源有時不足，歡迎技術員投稿。

五、 WSO 邀請本學會的會員加入個人會員，提供個人會費優惠給團體會員組織，相關訊息請詳附檔，會員可以自由選擇加入與否。同意參加者繳交 US$40。會後秘書處再討論。

腦中風病患的下泌尿道症狀

吳俊賢（阮綜合醫院泌尿科主治醫師）

腦中風病患發生的下泌尿道症狀（lower urinary tract symptoms）中，最為人熟知的是尿失禁，因急性腦中風而住院的病患，有 40~60%會產生尿失禁。但尿失禁的症狀會慢慢改善，大約 25%病患於出院時仍有尿失禁，而腦中風發生一年後 15%病患仍持續尿失禁(1)。產生尿失禁最常見的原因是膀胱逼尿肌過度反射 （detrusor overactivity ），其他原因如行動受到侷限、認知功能障礙、失語症、及視覺受損等也會造成尿失禁(2)。腦中風之後產生尿失禁的病患已被證實有較低的兩年存活率、較差的自我照護能力、及較高的機率住在安養機構(2)。目前尿失禁的藥物治療最常使用的是抗乙醯膽鹼（anticholinergics）口服藥物，在使用這類藥物前最好先使用超音波測量病患解尿後的餘尿量，若餘尿超過 250~300 ml，則避免使用這類藥物，以免產生急性尿液滯留的併發症(3)。若口服藥物效果不佳，可考慮使用內視鏡將肉毒桿菌注射在膀胱肌肉層，以抑制膀胱逼尿肌過度反射(4)。然而，使用肉毒桿菌注射治療可能會抑制膀胱正常收縮而產生餘尿量過多，若發生這種併發症需間歇性導尿 (clean intermittent catheterization) 來幫助膀胱排空。不過肉毒桿菌藥效約持續 6~9 個月，因此並非一勞永逸的治療。

相較於尿失禁，腦中風病患其餘的下泌尿道功能障礙較不被重視，尤其是病患排尿期產生的問題(2)。在腦中風急性期，病患可能產生逼尿肌無反射（detrusor areflexia），這種現象稱為大腦休克（cerebral shock）。Burney 於 1996 年針對腦中風發生三日內的病患做尿路動力學檢查，發現有 85%出血性腦中風以及 10%缺血性腦中風病患會產生逼尿肌無反射(5)。近年來的研究多半集中於轉入復健病房的亞急性期（subacute stage）病患。大致說來，逼尿肌功能會慢慢恢復。由於目前缺乏疾病自然史的大型研究，吾人對有多少比例病患會恢復、何時能恢復仍不得而知，一般認為恢復期是數週至數個月。

當膀胱逼尿肌過度反射發生時，病患可能會自主性收縮尿道外括約肌以避免尿失禁的產生，因此病患在排尿期可能會保有此習慣性動作，產生類似逼尿肌及尿道外括約肌共濟失調（pseudo detrusor external sphincter dyssynergia, Pseudo-DESD）情形。中國醫藥大學的研究團隊曾針對復健病房住院的腦中風病患進行觀察，臨床上發現餘尿量過多的病患中，有 50%的病患在尿路動力學檢查時發現有 DESD 的情形(6)。因 DESD 而導致餘尿量過多的病患，除了容易引起泌尿道感染及膀胱結石，長期亦可能引發腎功能受損。

這些出現排尿期問題的病患，通常是因為產生急性尿滯留而被置放留滯型導尿管。然而，腦中風病患被放置導尿管不全然是因為急性尿滯留。根據奇美醫學中心的資料統計(7)，因急性腦中風而住院的病患有四分之一會被置放導尿管，而出血性腦中風病患被置放比例遠高於缺血性腦中風病患。病患被置放留滯型導尿管的原因，除了急性尿滯留，還包括病危患者需精確記錄排尿量、病患接受手術、嚴重尿失禁、便於會陰部皮膚

照護等需求，甚至有些病患被置放導尿管之理由並未記載於病歷。由於留滯型導尿管容易造成泌尿道感染（catheter-associated urinary tract infection）(8)，因此置放時間應該儘可能縮短。至於這些被置放導尿管的病患何時能成功脫離導尿管，目前仍無相關預測因子的研究。看起來腦中風病患的導尿管使用議題還有很大的研究空間。

腦中風病患的下泌尿道問題介於三不管地帶，神經科、復健科、及泌尿科均會接觸到病患的相關問題，但每一科的醫師最重視的議題又不盡相同。以我身為泌尿科醫師的觀點，急性腦中風病患若發生尿滯留，要在急性期做尿路動力學檢查探討其病因確實很困難，做檢查時病患可能發生神經學症狀的惡化，搬動病患亦有風險。倘若病患使用抗血栓藥物，置放檢查導管時還可能引起血尿。因此，比較務實的做法還是先置放留滯型導尿管，但導管到期須更換新管時，可考慮做尿流速加餘尿量檢查，確定病患是否已恢復下泌尿道功能。若病患需長期臥床，則可以在病患解尿後用超音波測餘尿量，如果發現餘尿過多再更換新導管，以避免病患已恢復排尿功能但被誤放導管的機會。目前已有多種簡易膀胱餘尿測量的超音波（bladder scanner），護理人員也能輕易操作，不失為篩檢腦中風病患是否有排尿障礙的利器。

參考文獻:

1. Thomas LH, Cross S, Barrett J, et al. Treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008:CD004462.
2. Linsenmeyer TA. Post-CVA voiding dysfunctions: Clinical insights and literature review. *NeuroRehabilitation*. 2012;30:1-7.
3. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline 2012 [online]. Available at: https://www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Overactive-Bladder.pdf.
4. Pannek J, Blok B, Castro-Diaz D, et al. Guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction 2011 [online]. Available at: http://www.uroweb.org/gls/pdf/17_Neurogenic%20LUTS.pdf.
5. Burney TL, Senapati M, Desai S, et al. Acute cerebrovascular accident and lower urinary tract dysfunction: a prospective correlation of the site of brain injury with urodynamic findings. *J Urol*. 1996;156:1748-50.
6. Meng NH, Lo SF, Chou LW, et al. Incomplete bladder emptying in patients with stroke: is detrusor external sphincter dyssynergia a potential cause? *Arch Phys Med Rehabil.* 2010;91:1105-9.
7. Wu CH, Tseng MC, Chen YW, et al. Indwelling urinary catheterization after acute stroke. *Neurourol Urodyn*. Epub 2012 Oct 15.
8. Poisson SN, Johnston SC, Josephson SA. Urinary tract infections complicating stroke: mechanisms, consequences, and possible solutions. *Stroke*. 2010;41:e180-4.

天氣與中風

方楨文（臺大醫院雲林分院神經科主治醫師）

古有明訓「天有不測風雲，人有旦夕禍福」，這代表一種天人相應的觀念。人間的種種行為可能反應出各種天象；而相對應的，天空的各種現象也可以被解釋成上蒼對於人間事務的各種意見。所以遇到日蝕月蝕，天子要齋戒沐浴，反躬自省，而每當有貴人出生的時候，多半會來一段「天現異象」來顯示其不凡之處。

天人相應的概念在古代曾令人深信不移，推而廣之，不管是農夫耕種、祭祀典禮、飲食活動，都要搭配適當的氣候和時令來進行，才會相得益彰。隨著科技的進步，我們逐漸了解到各種天象的改變都有背後的原理存在，另一方面也部分的打破了天時的限制，所以溫室照光可以讓花朵在我們想要的時間開，年糕、粽子、螃蟹也不是只有特定的時間才能吃。然而，在從古到今的醫學裡，卻都承認各種疾病的發生時間，的確和四季的交替、氣候的變換有關。感染症是最普遍的例子，越到冬季，肺炎、流行性感冒越見肆虐，一到了夏天，就換成登革熱和腸病毒登場。雨天濕度高，退化性關節炎加倍痠痛，而旱季沒有好好補充水分，痛風就容易找上門來。

神經科的疾病中，腦中風是醫師最常見到的疾病。或許在訓練和執業生涯中，大家都能夠隱約感受到每年氣溫一旦下降，緊接而來的就是中風的「盛況」。或者冬天夜裡，從溫暖的被窩中被叫起，頂著寒風奔向急診室的次數似乎比夏天要多。但是腦中風是否真的在冬天特別多？或只是因為痛苦的印象特別容易留在腦海？這種情況是舉世皆然嗎？台灣位處亞熱帶，那熱帶、溫帶甚至寒帶國家的情況又是如何？

回顧過去的文獻，腦中風和氣候的關係早在1976年就被探討過(1)，但是在這個北美的研究中，氣溫低和心血管疾病的高死亡率相關，但腦中風的死亡率卻沒有同樣的關聯性。接著，陸陸續續有各地的文獻發表，然而，似乎隨著研究地點的氣候不同，所產生的結果也不一致。極端的寒帶地區研究(2)，如西伯利亞，十年間的平均氣溫僅有攝氏2.2度，當地腦中風的危險性在低溫的時候（≦攝氏2.0度），會提高到1.32倍。但是相反的，在熱帶的國家如土耳其(3)，夏天反而是腦中風的好發季節。鄰近的日本(4)報告過在春暖花開的時節，才是容易腦中風的時刻，相較於發生率最低的夏季，腦中風和腦出血的發生率分別為1.21和1.47倍。

曾有文獻指出(5)，各地不同的氣候型態，可能和腦中風的發生有關係，德國學者Wladimir Köppen曾依照氣候型態、降雨量和氣溫，將全球的陸地進行氣候畫分。依照各地的研究，若位處在熱帶（tropical）或乾燥（dry）型態的地區，中風的好發季節偏向於春夏季節；反之，若在溫帶（Temperate）、雪區（Snow）與極地（Polar）氣候的地區，腦中風就多半在秋冬季節出現。

既然各地的氣候不一，那麼是否有台灣本土的相關研究呢？於1995年，便有一篇文獻探討宜蘭地區腦中風與天氣的關係(6)，作者統計一整年的腦中風發生頻率並和

當天的氣溫做比較，相較於暖和的天氣，冷天氣（日均溫<攝氏17.3度）和中等天氣（日均溫攝氏17.3~27.3度）的腦出血機率分別為18.5和5.1倍。但是梗塞性腦中風的頻率則沒有明顯的差別。筆者使用台南地區的腦出血患者資料，也可以看出在冬季的發生人數，要比其他季節要高(7)。似乎在台灣，還是冬天或低溫的時候，容易發生中風的情形。

氣溫為什麼可以影響腦中風的發生，其間的機制還沒有定論。最常被提到，也是最直接的想法，就是極端的氣候會導致身體的交感神經系統啟動，間接使血壓上升，而不管是出血性或是梗塞性的腦中風，血壓升高都是重要的影響因子。另外也有說法認為氣溫會導致血液中黏稠度的增加以及血小板功能改變，間接造成梗塞性或出血性腦中風的發生。

在各項天氣數值中，氣溫是最被認為和腦中風有關的因子。然而，也有一些研究探討其他的相關因素，例如氣壓(8)、假日與否(9)、風向、颱風(10)、日照時間長短(11)等都有探討。高雄地區的空氣汙染指標(12)也有報告指出，在氣溫較高的時候（日均溫≧攝氏20度）和腦中風的發生率相關，而在氣溫較低的時候僅有一氧化碳濃度和腦中風的發生率相關。然而，這些研究多半沒有大規模的後續研究佐證，目前尚難有定論。

綜觀文獻，大多數的研究都遭遇相似的問題。第一，氣候的觀察資訊來源多半來自各地的氣象站，和患者的來源地區並不完全相符。第二，觀測的氣溫並不一定能夠代表患者發生腦中風時，身體所暴露的外界溫度。寒冷的時候，患者可能在室內、有暖氣、或穿著厚重大衣。炎熱的時候，患者也可能吃冰消暑或吹著冷氣。第三，腦中風的發生時間有一部分難以回憶或無法得知，和住院或進入急診的時間並不一定相符。這些因素可能也是許多研究結果不一的原因之一。

總結來說，腦中風的發生率和氣溫的高低變化有相關性，然而各地的天氣型態導致腦中風容易在不同的季節出現。台灣地區的研究多指向秋冬季節，腦出血的比例攀升，但梗塞型腦中風的情況則較不明朗。若是如此，近來的地球暖化，或許有助於腦中風機率的下降也未可知。

參考文獻

1. Rogot E, Padgett SJ. Associations of coronary and stroke mortality with temperature and snowfall in selected areas of the United States, 1962-1966. *Am J Epidemiol*. 1976 Jun;103(6):565-75.
2. Feigin VL, Nikitin YP, Bots ML, et al. A population-based study of the associations of stroke occurrence with weather parameters in Siberia, Russia (1982-92). *Eur J Neurol*. 2000 Mar;7(2):171-8.

3. Anlar O, Tombul T, Unal O, et al. Seasonal and environmental temperature variation in the occurrence of ischemic strokes and intracerebral hemorrhages in a Turkish adult population. *Int J Neurosci*. 2002 Aug;112(8):959-63.
4. Turin TC, Kita Y, Rumana N, et al. Stroke case fatality shows seasonal variation regardless of risk factor status in a Japanese population: 15-year results from the Takashima Stroke Registry. *Neuroepidemiology*. 2009;32(1):53-60.
5. Giua A, Abbas MA, Murgia N, et al. Climate and stroke: a controversial association. *Int J Biometeorol*. 2009 Aug 26.
6. Chen ZY, Chang SF, Su CL. Weather and stroke in a subtropical area: Ilan, Taiwan. *Stroke*. 1995 Apr;26(4):569-72.
7. Fang CW, Ma MC, Lin HJ, et al. Ambient temperature and spontaneous intracerebral haemorrhage: a crosssectional analysis in Tainan, Taiwan. BMJ Open 2012;2:e000842
8. Dawson J, Weir C, Wright F, et al. Associations between meteorological variables and acute stroke hospital admissions in the west of Scotland. *Acta Neurol Scand*. 2008 Feb;117(2):85-9.
9. Nakaguchi H, Teraoka A. Relationship between the occurrence of spontaneous intracerebral hemorrhage and holidays and traditionally unlucky days in Fukuyama City, Hiroshima Prefecture, Japan. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2007 Sep-Oct;16(5):194-8.
10. Nakaguchi H, Matsuno A, Teraoka A. Prediction of the incidence of spontaneous intracerebral hemorrhage from meteorological data. *Int J Biometeorol*. 2008 Mar;52(4):323-9
11. Ohwaki K, Yano E, Murakami H, et al. Meteorological factors and the onset of hypertensive intracerebral hemorrhage. *Int J Biometeorol*. 2004 Nov;49(2):86-90.
12. Tsai SS, Goggins WB, Chiu HF, et al. Evidence for an association between air pollution and daily stroke admissions in Kaohsiung, Taiwan. *Stroke*. 2003 Nov;34(11):2612-6.

中風個案管理師工作感想

沈玉文（壢新醫院中風醫療中心科長）
黃子庭（壢新醫院中風醫療中心個案管理師）

「個案管理師」，這是個不陌生的職稱，在之前八年的外科護理人員生涯中，雖然沒有接觸過，但也總知道醫院裡有這麼一群人。因緣際會下在一年半前，我幸運的轉職成功，成為「中風個案管理師」，進入了個案管理師的「幼幼班」；對於我而言，這是個完全陌生的領域，換句話說，我必須從頭開始學習個案管理。

曾看過一篇文章，內容是說個案管理師歸屬在不同醫院或不同部門之下，所賦予的責任亦會有所不同。在以往參加過的培訓課程或者與他院中風個案管理師交流過程中，我發現個案管理師可分為二類：一種是單純地作個案登錄與資料收集，收案數較多；另一種是工作內容涵蓋層面較廣（住院期間的住院病患管理），收案數可能較少。我屬於後者，從事的並不是較單純的"個案登錄"工作。在個案的住院期間及出院後，我們扮演著"醫療管家"的角色。我們會監測中風病患在急診的候床時間，在住院中和主治醫師及醫護團隊一同查房，掌握個案醫療進度，進行疾病相關衛教及說明，並在合適的時機介入出院準備服務。而在出院準備服務的過程中，提供個案及家屬相關的社會福利資源，協助溝通出院安置上的聯繫及協調；當遇到出院安置困難的個案時，除了轉介出院準備個案管理師及社工師介入協助外，另外協同主治醫師、家屬及各相關醫療團隊召開資訊整合家庭會議。利用家庭會議的方式，確認家屬的醫療期望及照護困難，共同解決出院醫療及安置問題。當個案有復健治療需求時，會評估個案的狀況，協助轉介至復健機構、安排復康巴士，或本院中風醫療中心中風個案專屬之復健醫療專車，提供持續不間斷的復健治療。綜合以上服務外，另需確保個案住院期間的各項流程順暢，直至出院，在出院後亦提供電話關懷及二十四小時服務專線諮詢，保持和家屬雙向的溝通，讓家屬於出院後，仍享有不間斷的服務，降低出院照顧者的不安及焦慮。

在我的經驗裡，中風個案管理師最困難的工作不是收案，而是收案後一連串接踵而來的問題，因為我們的角色介於醫療及護理中間的模糊地帶，有時更需要跨足到出院準備及社工，例如：出院準備安置、家屬意見整合、輔具準備、社會福利聯絡等等，這些都需要相關團隊的配合及協助，才能順利完成，但有時很難拿捏該項工作和相關團隊的分工界線在哪裡，這也是我最常遇到的困難。尤其本院的中風醫療中心是個剛成立不久的單位，遇到需要跨部門的流程整合時，在協調溝通的過程裡，很常需要從無到有建立一套新的流程，更是一大挑戰。但透過這不斷的協調過程，讓中風個案得到了更有品質的服務，當個案得到及時且完整的醫療照護，且做好出院準備順利出院時，我亦從中得到了工作的成就感。

目前中風個案管理師在不同的醫院，或因隸屬的單位不同，扮演著不同的角色，並沒有像糖尿病或腫瘤個案管理師般定位的如此清楚，期許在未來在學會及相關單位的努力

下，可以有更完整的課程及認證管道，讓我們的專業更加強及角色定位更清楚，可以得到更多專業及病患的肯定。

選擇性血清素再吸收抑制劑與三環抗鬱劑對中風的影響 -2013 年國際中風會議報告

林昭維（臺大醫院雲林分院心臟內科主治醫師）

2013 年的國際中風會議（International Stroke Conference）於 2 月 6 日至 8 日在夏威夷會展中心舉行。歐胡島風光明媚，Waikiki Beach 景緻宜人。（圖 1）

此次會議來自台灣發表的摘要中，有一篇名為“Effects of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors versus Tricyclic Antidepressants on Cerebrovascular Events”的海報，是由筆者與國泰醫院家醫科李彥潔醫師、台大醫院神經部林靜嫻醫師、以及台大醫院內科張家勳醫師所共同發表的論文。（圖 2）

此研究的目的，在比較憂鬱 （depression） 或焦慮 （anxiety） 的病患，使用血清素再吸收抑制劑（selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI）與三環抗鬱劑（tricyclic antidepressants, TCA），造成（缺血性及出血性）中風的風險。研究者使用健保資料庫百萬抽樣歸人檔，選取 2001 至 2009 年間診斷為憂鬱（depression）或焦慮（anxiety）、並且使用 SSRI 或 TCA 的病患，進行回溯性的世代分析（retrospective cohort study）。在這段時間內，一共有 24,662 位病患開始使用 SSRI，14,736 開始使用 TCA。其間各有 89 位及 77 位被觀察到中風現象；中風的粗發生率（crude incidence rate）分別是 0.1003/人年及 0.1377/人年。使用 SSRI 發生中風的相對風險是使用 TCA 的三分之二（hazard ratio: 0.69, 95% confidence interval: 0.47-0.96），達到統計上的顯著意義。因此，此研究的結論是：與 TCA 相比，使用 SSRI 與腦血管事件的下降有顯著的相關性存在。研究者也呼籲對於 SSRI 在腦血管事件高風險的病患，需要進行進一步的研究。

這篇海報，由台大醫院神經部醫師攜往夏威夷張貼及說明，與會者反應熱烈。需要說明的是，研究者將論文全文投稿，特別標示摘要已於國際中風會議中發表，很快就被知名期刊 Journal of Clinical Psychopharmacology 接受，預期將在 2013 下半年或 2014 上年半發表。由此可見夏威夷及國際中風年會之魅力無窮。（圖 3）

本研究的結論，正符合國際中風會議年會主席 Steve Greenberg 致辭時所說明的：「會議將關注基礎、臨床和轉化科學，它們已經逐步形成了對中風病理生理學一個更加完整的理解，以及推動了制定更加有效的預防和治療方法。中風系統的醫護照顧（care）、品質（quality）和結果（outcomes）也是會議的重要議題。」…「臨床類別的會議討論診斷（diagnosis），急性非血管內治療（acute nonendovascular treatment），住院治療，復健，兒童中風，預防，社區/風險因素，護理，急救醫學，結果實驗機制和模型，血管生物學，腦內出血，血管認知修復。外科手術和介入性治療類別的會議將討論動脈瘤、急性神經影像學、腦血管靜脈阻塞疾病、急性非血管內治療、蜘蛛網膜下出血和其它神經重症護理，以及血管畸形。」



圖 1： 夏威夷會展中心，來源 http://isc2013.hawaiiconvention.com/?lang=zh-hant



圖 2：Abstract WP 169, International Stroke Conference 2013



圖 3：夏威夷 Waikiki Beach 一角

讀林瑞泰醫師文章後感

林高章 （奇美醫學中心神經科主治醫師）

瑞泰兄真是性情中人，對於人文的關懷，不愧是神經學界翹楚！尤其以少年 Pi 的奇幻漂流，及 Les Miserables（悲慘世界）兩部影片來做醫療之比喻，妙語不失風趣，詼諧又帶嚴肅。少年 Pi 是李安得到 2013 年奧斯卡最佳導演獎，悲慘世界是根據法國大文學家雨果的作品改編，是“文筆比刀劍更有力”的佐證（A pen is more powerful than a sword)。雖然林醫師謙稱為個人的異想世界、亂發囈語，然而其文采風發，思想細膩，憂國憂民的特質彰顯無疑，名符其實的醫療人文學家。

本人曾於 2005 年台灣醫界《醫師不能再默默承受》及自由時報《醫德淪喪？醫師難以承受之重》，及 2008 年《醫療，不願面對的真相》多次為文投稿，奈何人微言輕，狗吠火車，除了抒發個人情緒外，對於許多不合理、不合常規、不合傳承的體制多所批評卻頗感無力。政府總以病患之名行改革之實，卻無全套配合制度，邊做邊修，造成今日「以福利之名行醫療保險之實」。無可諱言，健保改善了就醫的方便，減輕了弱勢的負擔，卻倍數的增加了醫療糾紛，成就了五大皆空的事實，而且只在短短不到 15 年的時間！政府自我感覺良好，常以各國紛至沓來參訪為傲，卻不告知國人他們無法引以為用。東湊西補的制度如同核四（衛生署），不切實際、柏拉圖似的醫療期盼（民眾），補償制度的尚未完備（衛生署），醫師付出的七折八扣（健保局)，評鑑制度的給付掛鉤（醫策會），緊急能力的強制分級（醫策會），醫院人力的運用不足（醫院），行政業務的多於看診（醫院），病情解釋的多如牛毛（醫師），臨床、學術、研究的工作壓力（醫師）…等等因素，不論近因遠因，逐漸讓醫師不再熱誠、專心、關懷的投入，改採保守治療取而代之，忽略了醫療不確定性的本質、人體本身的變因，以及醫療原本的極限。遇有醫療訴訟、重大事件，不是檢討醫師錯誤，就是認為醫師沒有倫理，醫德不足等，卻從不承認制度瑕疵，不考慮醫療合理！（例如醫師每診看 5、60 人，病患如告醫師看診時間不足造成診斷不明確或治療無效而求償，醫師可能敗訴）。舉最近一例，一位 70 多歲女病患因突發性中風緊急送醫，一切近乎完美的符合 r-TPA 注射條件(NIHSS=12 分），告知說明簽名同意且住進 ICU 開始治療。不可預期及不可逆的 ICH 發生了，家屬的後悔逐漸轉成否認、自責、憤怒、甚至可能提告。家屬質疑：

1. 醫師於如此短時間就要家屬決定同意與否，他們又無專業知識？
2. r-tPA 既然可能有併發症，為何醫師不能和更多醫師討論(包含原門診醫師)？
3. 如何知道病患體質是否可以承受、或會不會出血？

醫師依據準則、趨勢照本宣科的說明，不注射不符常規（一但病患未來需要長期照護，可能又是一個不幸或醫糾的開端），如需注射又必須家屬承擔如此高風險的出血（如本個案）。僅僅不到 20 分鐘必須家屬決定注射與否，瞬間大出血後必須面對天人永隔、失去親人的自責，難怪家屬不捨、懊悔、憤怒、質疑，雖不樂見，卻也不無道理！而對於不眠不休，整晚認真處置的醫師，付出的代價，卻也相當慘痛及無奈。

醫療人球仍會存在，以我們不太注意的方式，例如轉科、轉診、防衛給藥、樣樣簽名、不敢據實以告…等。政府制定政策邊做邊修，錯了修正不需負責；醫師照護病患依據準則，錯了輕者罰扣，重者罰錢挨告；兩相比較，為官自然優於醫師。瑞泰兄所言之醫師過勞、受到壓榨、自我陶醉等，都不是大家所樂見，然而力量分散之諫言有限，對於政策制定者也不會產生太大的影響。除非有人發難，身先士卒，為醫療抱負而犧牲小我，如同多數革命家！瑞泰醫師的登高一呼，或許可以牽動中風學界精英群起聲援，讓政策制定者不可忽視。畢竟台灣目前的醫界官員，多數仍具醫療背景。

要改變現有制度談何容易？部分修正或者是可行之道。緊急醫療能力分級、特殊照護中心認證及腦中風中心評鑑，立意良好卻實行困難，為何？ 醫療評鑑和實支給付脫鉤，可能嗎？ 各國到台取經卻沒一個國家施行，為何？ 政府沾沾自喜健保高滿意度，果真？(全民免稅加油免錢，100%贊同，可行？)。政府掌握評鑑、財務生殺大權，醫界似乎只能逆來順受。除非大家不願忍受，否則現有政策還是會繼續下去，或許以不同形式的 3、4 代健保，或者引進大陸醫師，或者提高誘因給付…等。然而如果不從根本思考，仍是拼湊修正，錯哪改哪，或許不久，報章雜誌的一則消息: xxx 告誡自己頑皮的兒女:「再不乖就送你去當醫師…」，那醫界就真的玩完了！

瑞泰兄論點精闢，觀念卓越，我難忘其項背，也無法評論。只是抒發個人情感，鬆懈緊繃的情緒壓力。畢竟中風學界人才濟濟，只要拋開成見、好好討論，提出對策、取得默契，說服衛生署、健保局、醫策會等單位，或許有逆轉勝的一天。至少大家都是為謀病人福利而努力。而政策制定者，必需謙虛的瞭解執行者的困難，適度修正可行性，而非強加以重症分級、給付誘因、評鑑任務的需求，讓醫療提供者「賠了病人又折兵」，得不償失。對於醫療之完美要求，如同中風病患對 r-TPA 的過度期待，有時可能無法保障健康，反而更是加速惡化的元兇。政府要有制度及全盤規劃，不可無限制滿足病患的要求，而醫師也不要為了避免糾紛，開了許多無謂的檢查，如此將讓面臨倒閉危機的財務雪上加霜。「他山之石，可以攻錯」，台灣快速的醫療改革成效，會否造成嚴重醫療斷層、財務危機後遺症尚不得而知，然而歐美百年醫療大國之至今仍存，應仍有其可取之處。政府應放下身段，不以高滿意度假象為傲，謙虛面對批評改正，才有可長可久之醫療延續。是以如何在民眾健康、醫療政策、健保財務達到三贏或平衡，考驗著各方專家的智慧。

林瑞泰醫師文章刊登於本會會訊第 20 卷第一期：
http://www.stroke.org.tw/newpaper/2013Mar/paper_2.asp

排擠掉的豈只是…

曾美君（壢新醫院院長室特聘研究員）

四月十三日在台北舉辦的神經醫學聯合國際學術研討會上，筆者聆聽台灣腦中風學會以「tPA 施打配套措施及評鑑爭議」為主題的討論後，對與會專家的許多看法感到困惑，對部份可以理解的意見也有不一樣的想法。茲借學會會訊一隅「自問自答」，參與討論。

首先是關於 tPA 施打在照護上可能排擠了對非 tPA 適用病患，以及非中風的神經科病患的照護。許多醫師基於關心病患而提出這項關切的用意是值得肯定的。然而，我們每人每天都只有 24 小時，處理事情自然要考量輕重緩急。試問當醫師在門診或查房的時候，如果附近剛好有人需要 CPR，醫師是否會（或是應該）放下正在照護的病人，先對這位病患進行「既緊急又重要的」急救？如果讀者的答案是肯定的，那麼上述吾人關心的這個排擠現象在 tPA 施打上的差別在哪？

值得一提的是，國內外若干醫療團隊透過流程改進與相關資源整合，有效地提升執行 tPA 治療的效率(1,2)。這方面的努力與成效，不僅可作為借鏡，對吾人也很有啓發性。尤其醫療打的是團體戰，需要優秀的醫療團隊相挺。

我贊成 tPA 施打應該要有相對合理的給付，特別是沒有住院醫師協助的非醫學中心醫院(3)。不過，我的理由與很多人提到的理由（如，其它科醫師的某個處置有健保給付而要求比照）不一樣，我認為“有意義的”的診斷與治療，因為動用了醫療資源（如，醫師的時間），自然應該要有健保給付。然而，光舉雙手雙腳贊成健保給付不太有用，健保的大餅就這麼大，補足 8000 點的給付對健保的預算衝擊可能是讓主管機關不敢冒然同意的關鍵。也就是說提高 tPA 施打的相關給付，勢必排擠健保資源的其它用途。

我個人揣測，長期來看施打 tPA 是可以幫健保省錢（較正式的說法是，tPA 施打符合成本效益）。然而，有多少國人願意接受短期的痛來換取長期的好呢？用一個簡單的比喻：家裡都快沒錢吃飯了，你還要求爸媽增加你的零用金，讓你繳費學才藝？！我曾在會訊上簡單提過醫療資源的有效分配問題（第 16 卷第 1 期，《今天不談腦中風醫療費用？》），近日重新捧讀，仍然認同昔日的想法。簡單講，如果醫界不能幫忙解決健保財務這個迫切的問題，我們只好繼續爭取給付並認真祈禱心想事成。

附帶一提，有關醫療資源排擠這點感觸讓我想起 2010 年 *Stroke* 期刊上，國外前輩先進的耳提面命(4)，茲直接摘錄如後提供大家參考：“Advances can be made not only by doing, but ceasing to do. Significant savings in time, money, and effort could result from discontinuing practices driven by unsubstantiated opinion, unproven approaches, and financial gain.”也許吾人在思考 tPA 施打的相關排擠問題時，不妨一併檢討各種醫療資源的使用是否合宜。

至於評鑑爭議，我的困惑是評鑑辦法如果不合理，修改辦法不就可以圓滿解決問題？根據「101 年度醫院緊急醫療能力分級評定基準及評分說明」，目前大家關注的問題是其中的若干試評條文。也許是個人想法太天真，我以為既然該辦法明白揭示這些條文為 101 年度試評條文，主事者不就是想看看試評的情況再議。因此，醫院或醫師就條文相關問題熱情表達意見，絕對是值得肯定的公民參與。然而，如果吾人無法具體提出建設性的參考意見，恐怕無助於解決問題。換個角度思考，未來的不確定性正是轉變的契機，焦慮不一定能成事。

我們都知道，評鑑的目的如果是作為著眼於現況的檢討與改進，立意良好，也是吾人不斷成長的動力之一。但是各種評鑑常被罵得一無是處，有如過街老鼠人人喊打。我覺得部份原因是評鑑委員與受評者的心態問題。醫院評鑑委員通常是醫界大老或意見領袖，對政策走向有重大關鍵影響力。這些醫界資深同儕如能用心聆聽，把握機會承先啟後並協助解決問題（如，瞭解醫院執行這些條文所遭遇的困境），才是不負國人所託。另一方面，受評的醫院與醫師們宜以正面的心來看待評鑑相關問題（把衛生署或醫策會當敵人於事無補），不要只想著評鑑過關，而是經由評鑑返璞歸真，再遇（行醫的）初衷！

其次，我認為腦中風學會責無旁貸需協助落實評鑑制度上的彈性問題。學會的角色可以是整合眾人的意見（宜採淺顯易懂、更細緻完整的意見蒐集方式），正式行文相關單位表達意見，並且向同儕以及評鑑機構說清楚“學會的共識”是如何形成的，講明白修訂條文的內涵與意義。如果學會提供的只是會議平臺讓大家抒發己見交換意見，那麼臉書或網路論壇已經夠用了，毋需大費周章。不久前聽說神經學會與腦中風學會的兩位理事長，帶領任務小組前往衛生署溝通過。我不清楚溝通的細節與結果，但與讀者一樣關心後續發展。

忘了曾在何處看到黃達夫院長慨歎，“在國內環境下成長的人，常常只想到【因應】問題，而不是去想【如何解決】問題。” 與讀者共勉，我們一起努力面對艱巨的挑戰。

參考文獻：

1. Ford AL, Williams JA, Spencer M, et al. Reducing door-to-needle times using Toyota's lean manufacturing principles and value stream analysis. *Stroke*. 2012;43:3395-8.
2. Sung SF, Huang YC, Ong CT, et al. A parallel thrombolysis protocol with nurse practitioners as coordinators minimized door-to-needle time for acute ischemic stroke. *Stroke Res Treat*. 2011;2011:198518.
3. Sung SF, Tseng MC. Code stroke: a mismatch between number of activation and number of thrombolysis, *J Formos Med Assoc*. 2013, in press.
4. Hachinski V, Donnan GA, Gorelick PB, et al. Stroke: working toward a prioritized world agenda. *Stroke*. 2010;41:1084-99.