學會消息公佈

一、 今年年會日期擬定於 10 月 29、30 日在彰濱秀傳醫院國際會議廳舉辦。年會節目主題以 AF 為主，請李宗海、陳昌明理事設計節目，外賓之邀請亦可朝這個方向邀請。其他節目主題並請理監事提供寶貴意見。

二、 2011 年神經學學會暨神經醫學聯合學術研討會於 100 年 4 月 30 日 、5 月 1 日在台北醫學大學醫學綜合大樓舉行。本學會於 5 月 1 日(星期日)上午將安排一場專題研討會「The great debates in the management of cerebrovascular diseases」，歡迎大家踴躍的參與。

三、 有關頸動脈超音波檢查項目申報給付一案，經本會專家討論後，原則上建議會員依中央健康保險局申報支付標準及視病人狀況採用頸部動脈杜卜勒超音波檢查(20013B)、眼動脈流速測定 (20021B)及頸動脈聲圖檢查 (18010B)等三項作合理之申報。目前以 20013B+18010B 申報比較沒爭議，若有特殊案例申報三項亦可，請各家醫院斟酌申報。將來若再有不合理核刪之情事隨時可向學會反應，我們再向健保局溝通。

四、 腦血管超音波訓練課程規劃，預計時程 1.100 年 2 月召集人募集共同執筆者。2. 100 年 4 月完成建議標準草稿。3. 100 年 8 月召開專家會議修正定稿。4. 100 年 11 月舉行教育訓練課程。

五、 本學會會址已遷移至新光醫院，電話為(02)2838-6724，傳真為(02)2838-6734，e-mail 仍為：stroke1@mail.hato.com.tw，會址為：台北市士林區文昌路 95 號新光醫院副院長室。

「急性缺血性腦中風的醫療品質改善活動」過程與初步成效

鄭建興（台大醫院腦中風中心主任）

台灣中風登錄（Taiwan Stroke Registry, TSR）的初步成果終於在 2010 年 10 月發表於 Circulation，這是值得大家高興的。但文章發表後也顯示台灣多數醫院對於急性中風治療與照護尚有很大進步的空間，雖然我們都了解此文的一些數據可能有低估中風治療的成效，指標統計並未將不符合的個案排除，如急性腦梗塞中風病患 2 小時內到院施打 IV-tPA 應先排除不符合 IV-tPA 適應症的個案。然而不可否認的是急性中風治療的品質指標與美國中風/心臟學會的 Get With The Guideline-Stroke（GWTG-S）仍有相當大的差距，特別是醫院間的差異性甚大，有些醫院已表現很好，但有些醫院還停留在過去的消極心態而未與時俱進，因此如何全面推廣與提升中風照護品質有其迫切性，特別是在現今正進行的急救責任醫院評鑑與未來即將進行的腦中風中心認證。

2010 年 5 月某日接到醫策會的來電，說明有意於 2010 年舉行腦中風品質改善活動，剛接到此訊息尚不明就理，其後與醫策會廖熏香組長與林佩儒當面討論，了解此為醫策會自 3 年前開始推動的品質突破系列（Breakthrough Series，簡稱 BTS），BTS 為美國 Institute for Healthcare Improvement (IHI)於 1994 年為突破傳統個別改善的成效而發展出機構間共同合作的改善模式，經由改變措施的測試找出提升品質方法，是一跨團隊、跨組織，針對共同主題，調整現有的知識與經驗，透過分享與學習突破現況以落實品質提升（BTS is an improvement method that relies on spread and adaptation of existing knowledge to multiple settings to accomplish a common aim.），整個運作模式如圖一所示。過去三年醫策會推動進行了「預防性抗生素使用」、「住院病患的跌倒預防」、「降低加護病房中心導管之血流感染率（BSI）」、「降低急性心肌梗塞病人再灌著時間（D2B）」等主題，後兩者為 2009 年活動，而 2010 年的主題定為「降低存留導尿管相關的尿路感染」與「提升腦中風病人照護品質」，在 2010 年 5 月於馬偕醫院舉行 BSI 與 D2B 的成果發表，我也特地去觀摩他們如何進行此活動與改善成效，深感效果不錯，因此同意接下此任務。

2010 年 7 月 5 日於醫策會（新北市板橋區）討論如何進行腦中風品質改善提升活動，參與討論的成員包括醫策會廖熏香組長、新光連立明主任、北榮鄧木火主任、台北慈濟林信光主任、成大陳志弘醫師、奇美林宏榮主任及本人等。會中大家的共識是以 GWTG-Stroke 為主要參考，再加入幾項指標，包括接受 IV-tPA 治療的 Door to Needle Time < 60 分鐘、IA 血栓溶解治療、30 日的死亡率等（表一）。由於時程緊迫，品質指標定案後，隨即將此活動訊息與內容公告，很高興這次活動有 36 家醫院報名參加，這是 2006 年 BTS 舉行以來參與醫院數目最多的一次，包括 11 家醫學中心（北榮、台大、奇美、中山醫大、林口長庚、高醫、馬偕、新光、亞東、國泰、萬芳）與 25 家區域醫院（為恭、恩主公、柳營奇美、敏盛、台北慈濟、大林慈濟、振興、嘉義長庚、基隆長庚、阮綜合、台北中興、光田、義大、壢新、屏基、嘉基、台南新樓、羅東聖母、聖馬爾定、高雄小港、天成、童綜合、雙和、彰基雲林分院、署立桃園），因為參與醫院眾多，醫院分享必須分三組進行。

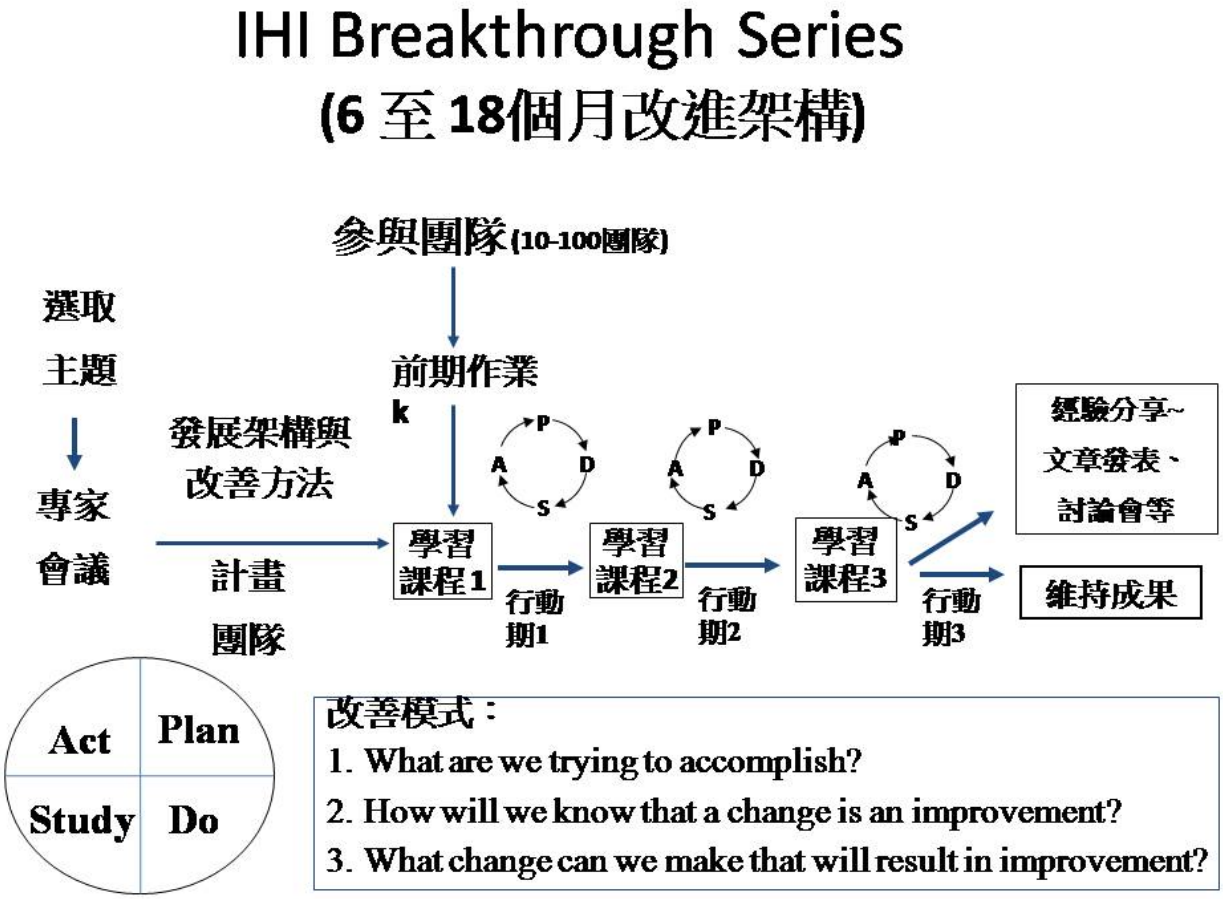
2010 年 8 月 5 日於臺灣大學公共衛生學院 101 講堂舉行第一次的提升急性缺血性中風照護品質 BTS 活動，第二次的 BTS 活動因颱風延至 2010 年 11 月 20 日舉行，第三次的 BTS 活動於 2011 年 1 月 8 日舉行。活動的目標是希望參與團隊能了解急性缺血性中風照護品質的重要性、指標的內容與如何量測、各自在院內如何進行團隊協調共同改善流程等；因此活動安排如何學習突破、專業分享、技巧增進及團隊分享等。整個活動近半年的時間確實看到許多醫院團隊很努力的提升中風照護指標，由各醫院自發性的提供 8 至 11 月的中風照護指標匯總看來有明顯的全面指標進步，與 2006 至 2008 年台灣中風登錄資料比較更可顯示急性缺血性中風治療與照護品質的提升，中風發作 3 小時內抵達急診且在 25 分鐘內接受 CT 檢查提升至 80%，中風發作 2 小時內到院符合 IV-tPA 之適應症且施打 IV-tPA 的比率提高到 50%（TSR 僅 8.8%），急性缺血性中風病人接受 IV-tPA 提升至 3.2%（TSR 僅 1.5%），接受 IV-tPA 治療的 Door to needle time < 60 分鐘之比例提升至 60%，心房顫動病人使用抗凝血藥物提升至 56%（TSR 為 28%），LDL>100mg/dl 出院時使用降血脂藥物提升至 60%（TSR 為 39%）。而以個別月份來看，這些指標也逐月提升，顯示同儕醫院間的激勵、分享、競爭，可以顯著促進醫療品質的提高。

我參與了整個活動的進行，深感有心於提升中風治療的醫護團隊很多，這應該是腦中風死亡率在台灣能逐年下降的最大動力。希望未來不只是看到中風死亡率的降低，更能降低中風的致殘率與提高中風後生活品質。整個活動就是希望能全面的促進台灣各醫院對提升中風治療品質的關心與確切執行，活動初步的成果使我對很多醫院更有信心，期盼這只是開始，品質的提升是沒有限度的，讓我們共同持續努力。

表一、醫療品質改善突破系列－提升急性缺血性腦中風照護量測指標

1. 中風發作 3 小時內抵達急診，且在 25 分鐘內接受 CT 檢查
2. 中風發作 2 小時內到院，符合 IV-tPA 之適應症，且施打 IV-tPA
3. 所有急性缺血性中風病人接受 IV-tPA 治療
4. 接受 IV-tPA 治療，抵達急診 1 小時內接受 IV-tPA 治療
5. IV-tPA 治療後之症狀性腦出血
6. 所有急性缺血性中風接受 IA 血栓溶解劑治療
7. 到院 48 小時內使用抗血栓藥物
8. 到院後第一次由口進食前進行吞嚥困難篩檢
9. 心房顫動病人使用抗凝血藥物
10. LDL>100mg/dl，出院時使用降血脂藥物
11. 出院時使用抗血栓藥物
12. 接受復建評估或治療
13. 中風病人或照護者接受衛教(含危險因子、中風症狀、戒菸、緊急求援及藥物)
14. 急性缺血性中風病人的 30 日死亡率

圖一：品質突破系列之運作模式



提升 IV-tPA 治療品質、加速 Door-to-needle time 之策略

陳志弘 （成功大學附設醫院神經部）

前言：文章部分內容取自於 2010 年 8 月 5 日由醫策會舉辦的”提升急性缺血性腦中風照護品質”會議演講，因主編邀稿，提供給未能到場之人員作參考。

根據美國醫療機構評鑑聯合會（JCAHO）的中風中心評鑑標準，有關 IV-tPA 治療品質的指標是梗塞型中風病患發生兩小時內送到急診並於三小時內接受 tPA 治療之比例。此一指標的用意明確，可看出醫院對整體中風病患施予 tPA 的積極程度，但並未完全反映出治療的速度，此一指標也被列在 Get With The Guidelines-Stroke（GWTG-Stroke）的指標之一。根據美國 2003-2009 年 GWTG-Stroke 的統計資料，在所有指標中這項指標的達成比例最低，平均只有 56%，在 2009 年是所有 8 個指標中唯一沒有達到 80%的項目（註 1）。

至於目前大家聞之色變的 Door to needle time （DNT）< 60 分鐘最早是在美國馬里蘭州由 NINDS 舉辦的會議所提出（註 2），至於為何是 60 分鐘，而不是 90 分鐘，原文並未細述，但有提到應該有 80%的 tPA 治療達到此標準。而在 60 分鐘內施打，會不會比在 90 分鐘治療的預後來的好，其實當時也沒有實證醫學的資料支持，只是想當然爾，越快越好，想必是大老級人物心中的理想。

話說正題，自從美國在保險增加了 tPA 治療的給付之後，除了整體中風病患施予 tPA 的比例增加外，治療的速度也有所進展，最近的報告更顯示了病患在 60 分鐘內施打 tPA 比起超過 60 分鐘才接受治療，有更佳的預後（死亡率及症狀性的腦出血都較低、註 3）。如此一來，加速 DNT 有了實證醫學的加持，如何達到此一標準將成為全民運動，大家可得加把勁。

這次醫策會舉辦的活動，有不少醫院借此機會，動員相關的人員，改善了整體急性中風處置流程，提高了 tPA 治療比例，達到不錯的成績，就此議題在此提供國外的報告（註 4）及成大的一些經驗供會員參考。

1. 組成中風團隊，定期討論，其中團隊負責人及中風個管師扮演重要的角色。
2. 制定急性中風處置流程、包括限時要完成的項目
3. 中風群體呼叫 (stroke code)，一經啟動所有人員可同時到位。
4. 制定標準作業流程，如啟動群體的標準
5. 舉辦醫護人員再教育活動，特別是啟動群體呼叫的人員（通常是急診檢傷）
6. 提供護理指導：護理人員須熟知 tPA 的泡法及施打之細節
7. 制訂相關表單：如 tPA 劑量-體重對照表，神經科照會單，ICU tPA 醫囑等
8. 討論施打 tPA 個案，找出為何未達標準的原因並提出改善方案
9. 定期舉辦急性中風個案討論會，該打而未打的原因
10. 簡化流程及檢查：如急診不一定要作胸部 X 光，如果病患先前未使用抗凝血藥物，在 PT 結果出來之前就可以施打。
11. 多獎勵團隊人員，少懲罰：胡蘿蔔比棍子好用

經過上述的措施，成大 DNT 的中位數已經從 2006 年的 93 分鐘縮短到接近 60 分鐘。這次醫策會的活動極具有意義，除喚起各醫院對中風的重視，增加人力及物力資援之外，重點是能夠在短短幾個月就大幅提升中風病患的照護品質，特別是 tPA 的治療比例及加速 DNT，甚至有些醫院 DTN < 60 分鐘的比例達到了 7 成以上，希望醫策會及參與的醫院能持續監測這些數值，期待這些好的成果能夠繼續進步。

在將來的中風治療若沒有達到 DNT < 60 分鐘的標準，是否會有一些影響?如 DNT 是否應列入評鑑的項目；在台灣不合理的健保給付下，DTN < 60 分鐘的合理比例應該是多少（美國的報告是 26.6%）？如果超過時間才給 tPA，而病患出現腦出血的責任等問題，這些都是我們會員及學會應該要考慮的。建議學會應爭取合理的給付，既然急性中風是重大疾病，且 tPA 治療可改善預後，健保應該要有具體的鼓勵，如 tPA 治療可獨立於總額之外，或是考慮 pay for performance，能夠在 60 分鐘內治療之給付可以加成，超過 90 分鐘減少給付等方案。此外早已過時的 tPA 收案標準應該要爭取修改，因為目前在臨床使用上排除了許多病患。許多醫院忙了一整年也只有個位數的 tPA 案例，值得大家思考是否每家醫院都需要提供 tPA 的服務？或許區域內的醫院整合模式，由其中幾家專責醫院去做就好。最後我要呼籲提升病患的照護品質的同時，也要兼顧醫護人員的福利及生活品質，惟有如此，照護品質的提升才能持久。

註1： Fonarow GC, et al. Age-Related Differences in Characteristics, Performance Measures, Treatment Trends, and Outcomes in Patients With Ischemic Stroke. *Circulation*. 2010;121:879-891.

註2： Marler JR, Winters Jones P, Emr M. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke: Proceedings of National Symposium on Rapid Identification and Treatment of Acute Stroke. Bethesda, MD: National Institute of Neurological Disorders and Stroke; 1997. 原文 **Door to drug (needle) time**: If indicated, the patient should be receiving thrombolysis within 60 minutes of arrival. A threshold of 80% is indicated for this parameter.

註3： Fonarow GC, et al. Timeliness of Tissue-Type Plasminogen Activator Therapy in Acute Ischemic Stroke: Patient Characteristics, Hospital Factors, and Outcomes Associated With Door-to-Needle Times Within 60 Minutes. *Circulation*. 2011;123:750-758.

註4： Muir KW and Baird T. Set up and run a thrombolysis service for acute stroke. *Pract Neurol* 2010; 10: 145-151.

與緊急救護體系結合提升急性缺血性中風治療品質

彭家勛（三軍總醫院神經部主任 前臺灣腦中風學會秘書長）

近年來國內的急性缺血性中風治療，在臺灣腦中風學會幾位前輩的領導下，有顯著地長足進步。先是有胡漢華教授帶領全國腦中風專家所完成的臺灣腦中風防治指引 2008，奠下國內中風治療的依循準則。許重義教授所領導的臺灣腦中風登錄工作團隊，於 2010 年 Circulation 期刊上，發表了首篇有關臺灣最新的腦中風現況，並與美國之資料對照分析，發現國內急性缺血性中風患者，症狀發作 2 小時內接受經靜脈注射 recombinant tissue-type plasminogen activator（rt-PA）血栓溶解劑治療的比例為 8.84%，仍低於美國平均之比例（30.75%），有症狀性之出血率則略高（8.21% vs 5.95%）。

從 1995 年美國國家神經及中風疾病研究院（NINDS）發表的臨床試驗，發現在急性缺血性中風發病 3 小時內使用靜脈內注射 rt-PA 可增加中風康復的機會或降低殘障等級以來，綜觀使用靜脈內注射 rt-PA 之相關研究，約略可得到以下的結論：1）治療急性缺血性中風有黃金時間之限制，2）愈早注射效果愈佳，且併發出血的機會似乎也較低。

因此，如何在病患發生急性缺血性中風症狀後，爭取黃金時間儘早使用靜脈內注射 rt-PA 之治療，一直是神經科醫師努力的方向。2004 年高雄長庚張谷洲醫師在 Stroke 期刊發表的中風病人到院前分析，發現中風病人發病後到決定就醫時間約 90 分鐘，發病後到醫院急診室就醫的時間約 335 分鐘，使用緊急救護體系至醫院急診室就醫的比例為 22%。所以在國內要提升急性缺血性中風患者，發病後能在黃金時間內使用靜脈內注射 rt-PA 的比例，顯然首先要提升此類病患對中風症狀的警覺性和縮短就醫時間。

三軍總醫院腦中風中心於 2009 年底，由腦中風中心之急診室小組和神經內科小組與內湖區消防中隊的緊急救護體系結合成立快敏圈，發展到院前及到院後急性缺血性腦中風溶栓照護的整合，以「快速識別腦中風的症狀」和「適當優先派遣」兩項策略並結合急診部醫療工作人員的提早介入，有效銜接急性中風到院前救護及到院後急診緊急醫療處置的完整臨床路徑，以提昇急診急性缺血性腦中風病人接受血栓溶解治療之醫療品質為目標。實施期間，有效地提升本院三小時內到院之缺血性腦中風患者使用靜脈內注射 rt-PA 的比例至 30.4%，佔所有缺血性中風者的 7.9%。此結果顯示若醫療院所之急診室若能與緊急救護體系結合，將有助於提升國內目前急性缺血性中風之治療品質。因此當國內欲提升急性缺血性中風之治療品質時，醫療院所與緊急救護體系結合之模式，或許是可以考量採取的策略之一。

急性腦中風吞嚥困難篩檢

黃光雨護理師 (臺大醫院腦中風中心護理師)

吞嚥障礙是腦中風常見的合併症，研究發現約 23%~50%的急性腦中風患者會合併吞嚥困難症狀。吞嚥困難會增加吸入性肺炎、肺部感染及營養失調的機會，進而延長住院天數，增加中風的死亡率。近年來的文獻研究顯示「標準化吞嚥困難篩檢流程」（Formal Dysphagia Screening Protocol, FDSP）可以減少中風後肺炎的發生率，而急性中風患者是否能在初次由口進食前完成吞嚥困難篩檢也是目前美國醫療機構評鑑聯合會（JCAHO）一級腦中風中心的評鑑指標之一，顯見建立一套完整的吞嚥困難評估標準對於提升腦中風照護品質之重要性。

有鑒於國內在腦中風照護上對於吞嚥困難篩檢少有重視，並缺乏完整的流程及處置標準，台大腦中風中心於 2006~07 年推動由神經部、復健部、感染科及護理部跨科部合作的「急性腦中風吞嚥困難治療計劃」，目的為早期篩檢急性腦中風患者所發生之吞嚥困難症狀，建立吞嚥篩檢評估工具與轉介流程。並經由多變項分析本計劃執行前後各五個月中風病患資料，發現較高的 NIHSS 分數、較大的年紀是與中風後併發肺炎相關，而吞嚥篩檢確認可減少肺炎的發生率(OR: 0.42; 95% CI: 0.18-1; P=0.05)，證實吞嚥篩檢在臨床照護的重要性及效益。

台大醫院腦中風中心所設計的吞嚥篩檢工具：「三階段吞嚥功能篩檢表」及「吞嚥困難評估與治療流程」，其來源是以原本復健科使用的 3 oz water swallow screen 為藍本，並對照國內外各醫院如 UCLA、John Hopkins 所使用的吞嚥困難篩檢表格，經與復健部吞嚥困難治療專科醫師諮商，以由臨床護理人員執行為出發點，依臨床使用之便利性及完整性而建置。評估內容以臨床患者意識狀態、肺部狀態、濕囉音、嗆咳等臨床表徵做為判定吞嚥困難之依據，依階段及步驟進行評估。三階段依序為整體狀況評估、小量水（3ml）吞嚥測試、以及多量水（50-100ml）吞嚥測試，目的在評估病患吞嚥功能，以及由口進食的安全性。除注重吞嚥篩檢結果，在執行過程中亦強調測試的安全性，加強姿勢擺位和口腔清潔等步驟的重要性，最後在流程中加入復健照會流程，以完成完整的吞嚥困難評估及協助擬定後續的治療方針。

理想的吞嚥困難診斷程序應包含臨床篩檢、內視鏡吞嚥評估、螢光透視吞嚥錄影檢查方能診斷確定，臨床吞嚥評估目前在敏感度及特異性上仍無法取代螢光透視吞嚥錄影檢查於診斷及治療上的重要性，但吞嚥錄影檢查及內視鏡的過程對於中風急性期病患有某些不便及危險性之顧慮；而國內各醫院因語言治療師人員稀少，難以做到國外能 24 小時內完成語言復健照會的評估模式，因此容易為臨床醫護人員使用，簡易且迅速的吞嚥篩檢，是腦中風急性期最方便有效的評估工具。但當病患進入慢性期時，還是建議應將此部分的評估及治療方針交給團隊中的專業人員處理，而非僅由神經科醫師或護理人員負擔起診斷及治療吞嚥困難症狀的工作，因為吞嚥困難在不同的中風階段有不同的處理重點與復健目標，適時的轉介照會及專業分工也是照護過程中重要的一環。

台大醫院的吞嚥篩檢計劃此次在醫策會品質突破系列獲得眾多參與團隊的回響，有不少

團隊將初步重點目標放在提升吞嚥篩檢完成率，而開始在病房推動相關流程及訓練。此項指標若依 JCAHO 一級腦中風中心之標準，其統計是以第一次由口進食前完成吞嚥篩檢，而要真正做到，其實吞嚥篩檢應由急診開始推動，但以國內醫院急診的忙碌程度，要如何在急診推動，推動之後是否能確實有效的執行而不流於文書記錄，都是一大挑戰；但目前的 ACLS 中，都有提及吞嚥篩檢在中風照護的角色，可見吞嚥篩檢的重要性不容輕忽，而接下來重要的課題，將是如何在急診的環境中，讓急性中風病患能在進食前完成安全有效的吞嚥篩檢。

如何以創新的方法執行知情同意（Informed Consent）

楊浚銘 （奇美醫院神經內科主治醫師）

醫師有說明的義務，病人有知的權利，不管是醫師法、醫療法，還是中華民國醫師公會訂的醫師倫理規範都一再的告訴我們這是醫師應該做的，也是知情同意（Informed Consent）的核心價值。

但是，我們是不是該多思考一下，冷冰冰的制式書面同意書之外，有沒有更人性化、更具同理心的方式，能讓醫病的距離再近一點、再溫暖一點。以血栓溶解劑治療缺血性腦中風為例，病患及家屬收到的醫療資訊遠不及醫師的專業知識，但是卻要在短時間內做出決定，有時候實在很為難。不明白的民眾面對同意書，講難聽一點，簡直就像要簽生死狀，一翻兩瞪眼；而另一方面，同意書則似乎被醫師視為免於醫療糾紛的護身符之一。

臨床作業上常會遇到幾個問題。第一，醫師時間不夠，家屬時間其實也是有限，當我們跟家屬說明及早治療的優點，可是家屬有問題的時候，醫師往往無暇多作說明，家屬只能一讀再讀那白紙黑字的內容，懵懂之間做出決定。第二，醫師不同，說明的方式、技巧也不同，家屬眾多，輪番上陣提問的情形屢見不鮮，醫師不僅沒時間，也疲於重複解釋，在臨床負擔增加之下，醫療品質下降是可以預見的。第三，照顧者有時候是不識字的配偶甚至是語言不通的外籍看護，可想而知醫師的無力感必定油然而生。第四，家族主要決策者未能及時到院，陪伴的照顧者不敢代為簽署。第五，醫病之間的知識隔閡（knowledge gap）也是需要克服的議題，從字面來解釋「知情同意」，病家要完全知情，然後才能判斷並同意相關治療，可是無法在短時間內補上的知識隔閡硬生生打了「知情同意」一巴掌。以上種種的原因都是醫病之間取得共識的障礙。

奇美醫院在取得同意書方面，做了幾點改變，利用科技來分擔醫病雙方的壓力，並藉以輔助臨床作業。我們製作了「急性中風靜脈注射血栓溶解劑治療」的動畫影片，希望藉由三分多鐘的影音說明，簡明扼要的說明治療的優缺點，並同時提供國台語兩種版本，一來可以讓不識字的家屬盡可能了解，二來也盡量的縮短知識隔閡。此外由於影音可以重複播放，不僅可以維持相同的說明品質，也大大降低臨床醫師反覆解釋的負擔。由於網路是無遠弗屆，全年無休，所以我們把此動畫影片以及書面同意書和網路連結，在外地甚至國外的家屬都能零時差立即獲得說明。另外，在關鍵家屬未能同時到院的情況之下，我們利用院內外多方通話的系統，可以同時透過電話和多位家屬溝通，也可以利用電話錄音的方式，在家屬同意且有其他在場醫護人員見證之下取得家屬的同意，然後馬上進行治療。另外當然也可以利用傳真的方式來取得家屬的同意。

醫病關係從以前的權威父權，變成現在的以病人為中心，我們由衷的希望，以病人為中心不要淪為口號，如果多一點同理心，站在病家的角度多想一下，再發揮一點巧思，其實會發現我們可以做的更多更好，因為做超過病人所期待的，就是最好的服務。

註：奇美醫院「急性中風靜脈注射血栓溶解劑治療」的動畫網頁

http://www.chimei.org.tw/main/right/right01/cmh_department/59090/04-5-2-2.htm

不速之客的管窺之見

曾美君（國立中山大學企管系教授）

編輯大人邀稿時提醒我這一期會訊主題是「醫療品質改善突破系列特刊」，希望我分享參加研討會感想。我出席這個系列活動純屬偶然，既沒有全程參與（學習課程一缺席），外行看熱鬧心態居多。姑且恭敬不如從命，聊聊個人觀感交換心得。

參與這項活動的起因是聽聞嘉義基督教醫院 rt-PA 治療的品質改善得到肯定，將由宋昇峰醫師代表醫療團隊在研討會中報告。我因為在去年腦中風學會年會上剛認識宋醫師，好奇想去瞭解一下這位醫師以及這家醫院。何況做腦中風研究的人，聽聞到有關 rt-PA 治療的訊息，都有一份莫名其妙的興奮與期待。由於是不請自來，第一次出席時我去報到處主動告知是宋醫師邀請我來的（事前徵詢過宋醫師），第二次就乾脆中途混入旁聽囉。

回想起來，宋醫師的演講讓我有點「忿忿不平」。台大建築與城鄉研究所畢恆達老師的一篇短文中提過（2009/12/15 聯合報），「這年頭演講如果沒有使用 PowerPoint，就既沒有 power 也沒有 point。可是如果做的太花俏，卻沒有紮實的內容，那又會變成徒有 power 而沒有 point。」在我看來，宋醫師演講的簡報檔案，不僅有 power 與 point，還搭配讓聽眾笑出眼淚的口頭報告，怎麼看都是不折不扣的 PPT（power + point + tears）。不過，他的檔案卻不是用 Microsoft Office PowerPoint 製作。果真是後生可畏，自嘆弗如！

還有，原來宋醫師是「冷面笑匠」一族。當天因為亞運跆拳道選手楊淑君事件上了頭條新聞，宋醫師在演講中信手捻來許多令人會心一笑（不好意思喔，我是捧腹大笑）的註解，適度抒解眾人的反韓情緒。譬如，提到韓國某研究時，因為亮麗的數據似乎超乎一般理解，宋醫師不苟言笑地宣稱「這個看起來有作弊的嫌疑」。換到另一個令人激賞的研究，他則說「這個我們只好吞下去」。毫無疑問，當天所有演講中，宋醫師這一場次最精彩，絕對沒有冷場！後來我特別私下請教他簡報檔案的技巧，原來宋醫師用的是「蘋果」（Apple 軟體）。我們一般都是「橘子作品」，自然略輸一籌。

團隊簡報（各家醫院上台報告 5～8 分鐘）的活動讓我大吃一驚，也大開眼界。每家醫院代表分別上台介紹自己選定的品質目標與努力成效（這是「目標管理」的作法），彷彿是一場「服裝秀」。在短短的時間裡，用心的聽眾可以約略嗅出不同醫院的文化，主其事者的領導風格，以及人氣指數。由於許多醫院 rt-PA 的病例如同「罕見疾病」，主持人林口長庚醫院李宗海醫師十分感觸地說：「大家可能要多下鄉宣導」。我覺得簡報活動不僅提供醫療團隊互相觀摩學習的機會，似乎也順勢營造出良性競爭的氛圍，與會者難免會想「人家的醫院行，我們家行不行呢？」

可惜因為場地與時間限制，同時間三場活動進行，無法一窺全貌。我好奇分成三組是隨機還是特別考量。心想也許將來類似活動可以考慮依醫院類別分組，譬如說醫學中心一組，區域或地區醫院另外一組，不然「羽量級」與「重量級」醫院穿插出場固然新鮮有趣，但也許在借鏡上相對比較無法著力。另一項個人因素是，地理常識不及格的我，很期盼看到以地緣關係來分組，譬如「高醫、阮綜合、高雄榮總、高雄長庚」為一小組，「林口長庚、壢新

醫院、敏盛醫院」另一組。如此一來，敦親睦鄰之餘，也許可搭建起非正式的網絡關係，相互支援與學習。

綜合來講，身為旁觀者，對醫策會主辦的這項系列活動我有一點「怪怪的感覺」。我建議日後衛生署、健保局、國民健康局等相關單位宜指派代表出席類似活動，瞭解各醫院努力的情況與面對的困難，大家同心戮力提升腦中風照護品質。何況「長官」到場瞭解情況，對第一線辛苦的醫療人員是很好的激勵（很高興活動結束前的綜合討論時，有位聽眾發言意見與我的看法不謀而合）。

其次，我覺得腦中風學會沒有積極介入這項活動實在可惜。學會固然有許多理事熱心協助規劃活動或主持討論，但似乎都是以個人工作單位的名義出席活動。我以為學會除了可以行文醫院，並發送電子郵件鼓勵會員參與活動外，如能積極配合醫策會活動，順勢策略聯盟，不僅得以協助各醫院提升國內急性缺血性中風照護品質，讓醫策會對我們學會的角色與功能刮目相看，也是間接提供會員實質的服務。就這點來看，這次會訊特刊作法值得肯定，畢竟聊勝於無。

無論是腦中風照護還是腦中風研究，都還有好長的路要走。期待與大家一起昂首邁步向前走！