

長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院

急性腦中風品質提升暨發展照護計畫

制定部門：嘉義長庚腦中風中心  
原訂日期：中華民國 2021 年 01 月  
修訂日期：中華民國 2021 年 08 月

## 目錄

章 別	頁數
壹、目的.....	1
貳、腦中風醫療照護團隊及團隊任務.....	1
參、治療品質管理與監測.....	2
肆、腦中風品質計畫照護目標執行方式.....	2
伍、品質提升暨發展計畫要點.....	4
陸、高危險群及高風險腦中風病人照護計畫 .....	4
柒、實施與修改.....	6

## 壹、目的

為確保本院急性腦中風病人治療之安全與後續照護品質之提升，達到「全面醫療品質提昇」的目標，依「台灣腦中風治療指引」與「長庚體系腦中風治療流程」，訂定「110 年度嘉義長庚醫院腦中風病人治療指引」，並制定腦中風個案管理品質計畫，以利定期監測、評值照護過程與異常分析，並即時修正照護計畫，以符合照護需求與確保照護品質。

## 貳、腦中風醫療照護團隊及團隊任務

單位	任務
急診醫學部	監控急診啟動急性腦中風流程及緊急醫療能力評定重度及指標
腦血管科組	中風相關業務之推動及溝通協調
出血組	急性腦出血及急性腦中風需進行緊急手術會診及聯繫溝通
放射組	協調急性腦中風及病況危急個案之影像檢查安排及治療
檢驗醫學科	急性腦中風病人之檢驗時效追蹤
復健組	進行中風病人評估、判斷，擬定復健治療計畫及相關業務之推動
護理組	提供專科知識、照護技巧及衛教服務，推動中風病人之醫療照護品質
出院準備組	住院中風病人之出院準備服務銜接與長照資源之轉介
營養治療師	中風病人之營養評估，提供醫護團隊營養建議及計畫
社工師	中風病人之社會家庭需求評估與溝通協調
臨床藥師	中風病人之藥事照顧，主要工作職責是監測、追蹤病患的藥物治療
安寧共照師	以共同照護模式評估末期病人身、心、社會與靈性需求，並給予相關照護服務、護理指導及諮詢轉介
個案管理師	以病人為中心的個案管理(如：團隊溝通、品質監控、訪視及追蹤)

### 參、治療品質管理與監測

- 一、治療品質監督以神經內科主任及各科主任為核心，領導神經內科部全體醫療照護執行團隊包含神經內科全體主治醫師，總醫師，住院醫師，神經內科加護病房及神經內科病房護理師，共同負責病人安全與醫療品質提升。
- 二、依據腦中風中心組織章程，腦中風個管師定期收案管理資料整理分析，並持續進行檢討改善及評值，科部核心醫療照護團隊定期開會，進行醫療品質及病人安全相關業務方針修定及督導，必要時得召開臨時會議凝聚全體團隊共識並適時修訂治療指引。

### 肆、腦中風品質計畫照護目標執行方式

共通性管理指標依照緊急醫療能力分級評定基準設立，專科性管理指標則以腦中風專科屬性的重要照護，以高服務量、高風險、高成本、容易發生問題，與醫院評鑑標準等設立。

#### 一、服務對象

收案條件：急性腦中風，腦梗塞或腦出血，發生後 10 天以內，而須積極治療及觀察之病人，並根據疾病為出血性中風或缺血性中風給予適當醫療照護處置。經臨床及相關影像攝影，例如：頸動脈超音波、電腦斷層攝影或磁振攝影，有症狀性腦血管疾病(例如顱外頸動脈狹窄 60%以上)，而須積極侵入性治療之病人。

排除條件：非急性腦中風病人，另外並配合衛福部中央健保署針對靜脈血栓溶解劑施打和動脈內血栓移除治療，所規定之排除條件(詳見腦中風治療指引)。

中斷即結案條件：病人拒絕治療、病人死亡、電訪失聯。

#### 二、腦中風個案管理品質計畫與緊急醫療能力分級評定基準之監控指標

項次	監控指標
1	急性缺血性中風接受靜脈血栓溶解劑(IV-tPA)治療比率
2	接受靜脈血栓溶解劑治療之急性缺血性腦中風病人佔所有符合溶栓適應症急性缺血性腦中風病人之比例
3	急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解劑治療時間<60分鐘之比例

### 三、腦中風專科重要照護指標

以台灣臨床成效指標 (TCPI) 執行手冊-急性中風 (Stroke) 照護指標為基準

群組 一：評估診斷	STK-15	腦內出血(ICH)中風病人在接受手術前或未接受手術病人到院 6 小時內有接受 ICH Score 嚴重度評估記錄
	STK-16	蜘蛛膜下腔出血(SAH)中風病人在接受手術前或未接受手術病人到院 6 小時內有接受 WFNS Grading Scale 或 Hunt and Hess Scale 嚴重度評估記錄
群組 二：治療處置	STK-02	急性缺血性中風發作 2 小時(含)內抵達急診，且在發作 3 小時(含) 內接受靜脈血栓溶解劑(IV-tPA)治療
	STK-17	急性缺血性中風發作 3.5 小時(含)內抵達急診，且在發作 4.5 小時 (含)內接受靜脈血栓溶解劑(IV-tPA)治療
	STK-03	急性缺血性中風接受靜脈血栓溶解劑(IV-tPA)治療
	STK-04	急性缺血性中風抵達急診 60 分鐘(含)內接受靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA)治療
	STK-05	急性缺血性中風接受靜脈血栓溶解劑(IV-tPA)治療 36 小時內 (含)，發生症狀性顱內出血比例
	STK-18	急性缺血性中風接受動脈血栓移除治療(endovascular thrombectomy)
	STK-19	急性缺血性中風病人到院接受動脈血栓移除治療 (endovascular thrombectomy)重建腦血流時間中位數
	STK-20	急性缺血性中風接受動脈血栓移除治療(endovascular thrombectomy)36 小時內(含)發生症狀性顱內出血比例
	STK-21	急性缺血性中風/暫時性腦缺血(TIA)病人到院 24 小時(含)內接受 抗血栓藥物治療
	STK-22	蜘蛛膜下腔出血(SAH)中風病人到院 24 小時內(含)接受 nimodipine 治療
群組 三：照護復健	STK-08	急性缺血性中風/暫時性腦缺血(TIA)併心房顫動病人接受抗凝血 藥物治療
	STK-09	急性缺血性中風/暫時性腦缺血(TIA)病人出院給予降血脂藥物
群組 四：預後	STK-10	急性中風病人到院後第一次由口進食前接受吞嚥困難篩檢
	STK-11	急性中風病人接受復健評估或治療
	STK-23	急性中風且有吸菸病人住院期間接受戒菸衛教執行率
	STK-24	急性缺血性中風病人接受靜脈血栓溶解劑(IV-tPA)或動脈血栓移 除治療(endovascular thrombectomy)出院 mRS 分數小於等於 2 的比率

STK-13	急性中風病人住院死亡率(含病危自動出院)
STK-25	急性缺血性中風病人住院死亡率(含病危自動出院)
STK-26	腦內出血(ICH)中風病人住院死亡率(含病危自動出院)
STK-27	蜘蛛膜下腔出血(SAH)中風病人住院死亡率(含病危自動出院)

## 伍、品質提升暨發展計畫要點

以「品質指標持續監測分析及改善」、「病人安全」、「持續提升醫護照護人員間的有效溝通」、「提升照護安全及預防相關傷害」、「醫品病安教育訓練」等面向進行推動。

- (一) 品質指標持續監測分析及改善計畫：品質指標定期監測管理，未達閾值指標由權責單位進行改善檢討，於單位醫品病安檢討會議進行討論，必要時並於科部會議進行審議
- (二) 本年度靜脈血栓溶血劑治療與動脈內血栓移除治療的病人安全計畫：
  1. 「急性腦中風即時資訊通報系統」
  2. 「TCPI指標系統性監測」
- (三) 全面品質提昇競賽活動及相關督考、認證：為求建立可以永續追求卓越並結合腦血管病照護品質和醫院管理的團隊架構，參加 110 年度「醫策會腦中風照護品質認證」。
- (四) 醫品病安教育訓練：為達到疾病照護品質認證的基準要求，110 年度預定提升神經內科主治醫師通過 ACLS或ANLS 認證及神經內科加護病房護理師通過 ACLS，且神經科醫師皆須有NIHSS 認證，其他團隊成員須有NIHSS訓練證明達80%。

## 陸、高危險群及高風險腦中風病人照護計畫

腦中風疾病為高死亡率、高致殘率以及高復發率的疾病。而中風預後的好壞，決定於能否即時正確診斷與處置，近年來的急性處置標準化流程建立，大幅度改善中風病人的預後。因此腦中風風險分析時需考量腦血管疾病治療不易且風險極高，常導致殘廢、死亡，消耗龐大醫療費用，且如何於重大災難如火災、地震等突發事件發生時，仍能持續不間斷提供醫療照護及服務，並對於危機事件突發之應變處理與迅速復原，能建立完善的風險與危機管理制度，加以進行有效的管理，以減少損害。管理者須規劃完整的急性腦中風風險管理機制，預防不必要的危害發生，故腦中風中心對於腦中風之風險管理分析及計畫為：

### 一、 本院之風險管理計畫：

- (一) 本院訂定「風險管理作業辦法」對突發之不正常現象或問題，其可能危及病人生命、安全，包括作業安全之風險事件管理均適用。

- (二) 為使各部門之災害事故(含職業災害、意外事故、天然災害等)「處理、通報及調查作業」有所遵循，本院訂定「災害事故處理作業準則」，各部門發生【職業災害】、【意外事故】、【天然災害】等災害事故時，其事故通報、處理、調查、報告等作業，均適用本作業準則。
- (三) 風險管理架構：環境設施、病人安全及員工安全，依據下列管理架構執行風險降低及防範作業。(參閱：災害事故處理作業準則)
- 二、 腦中風病人風險管理之分級及專科特性說明：本院醫師應依每位病人病情狀況及嚴重程度不同進行評估與分級，以做為後續交接班作業與轉送人員安排及設備準備之依據。疾病嚴重程度不同進行評估與分級，以做為後續交接作業與轉送人員安排及設備準備之依據。疾病嚴重度區分為 A、B、C、D 級：(分級詳政令規章-病人交接與轉送作業要點之附件一，如圖一及圖三~四)，另依各專科之特性訂立須交班之住院病人類別執行。(分級詳政令規章-病人交接與轉送作業要點之附件二)
- 三、 對於輕微中風和暫時性腦缺血的這群患者，有三個月內再度中風的高復發風險。因此，在急診會診神經內科醫師會評估 NIHSS 或 ABCD2 score 量表，藉此評估復發風險。若屬高復發風險，則會依據台灣腦中風 2020 年治療指引與患者和家屬評估討論是否使用雙重抗血小板藥物治療。
- 四、 若是急診醫師臨床上評估患者疑似為大血管缺血性腦中風，在 2021 年本院的建議流程中，建議急診醫師若可以使用 NIHSS 評估則使用 NIHSS 評估是否  $NIHSS > 8$ ，或是改使用 G-FAST 來快速評估是否為大血管阻塞之中風。此類患者為緊急高致死率、高致殘率之患者，建議緊急施作 CTA/MRA 來確立診斷，並快速進行下一步治療，以爭取治療的黃金時間，改善預後，並訂定「急性缺血性腦中風靜脈血栓溶解劑施打暨動脈內血栓移除治療指引」。
- 五、 針對大範圍腦中風二十四小時內完成核磁共振影像評估是否需要早期去骨瓣手術減壓。
- 六、 針對腦中風病人住院的疾病、生活功能、跌倒安全、至出院安排皆有訂定符合醫學常規的國際通用方法評估和預防 / 減少傷害，例如包括意識評估、神經學評估、NIHSS 評估、MRS 評估、跌倒高危險篩檢、吞嚥評估、巴氏量表、出院準備高危險篩檢等工具。
- 七、 依據緊急應變演練結果或已發生之危險事件應變結果，能進行檢討與原因分析，並適時修正風險管理計畫：
- (一) 依本院「風險管理作業辦法」，每年至少一次實施教育訓練或演練，發生事件後會立即通報、分析原因、檢討、修正流程，以減少風險發生。
- (二) 以腦中風病房為例，每年依規定施行「消防防護計畫」，針對「緊急疏散醫療處置作業」演練，依區域特性及疾病嚴重度，腦中風病房多

為肢體活動障礙病人，輕者他人攙扶下緩步行走，重者癱瘓臥床完全依賴他人搬運，於避難疏散時依疾病嚴重度善用工具，以協助病人於避難引導員引導下水平疏散至防火區；設置緊急應變處置流程圖，按消防防護計畫執行實際演練消防器具操作，並針對可能發生情況進行演練及檢討，依分析原因適時修正計畫。

(三) 每三個月的腦中風中心會議會檢討雙重抗血小板符合條件之使用率以及 EVT 的病例回顧，來進行檢討與原因分析

## 柒、實施與修改

本計畫呈科部主任核定後實施，修改時亦同。