



107年度醫院緊急醫療能力分級評定作業說明會

第二章 急性腦中風照護品質

講師：林瑞泰 教授

服務機關：財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院

日期：107年5月4日

大綱

- 評定基準條文分布
- 病歷清單
- 評定基準
 1. 評分說明
 2. 評量方法
 3. 醫院Q&A

評定基準條文分布表

	重度級	中度級
第一章、急診醫療品質	11	11
第二章、急性腦中風病人照護品質	8	6
第三章、急性冠心症病人照護品質	6	5
第四章、緊急外傷病人照護品質	9	5
第五章、高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)照護品質	9	7
第六章、加護病房照護品質	8	7
總條數	51	41

實地評定所需病歷清單(1/2)

條號	病歷清單
2.1.1	【重度級】 急性腦中風發作至抵達急診時間為2小時內病人(包括出血)病歷清單(以抽查假日及夜間5pm-8am病歷為主)。
2.2	【中度級】 急性腦中風發作至抵達急診時間為2小時內病人(包括出血)病歷清單(以抽查一般上班8am-5pm病歷為主)。
2.2.1	【重度級、中度級】 接受靜脈血栓溶解劑或動脈血栓移除術治療之急性缺血性腦中風病人清單。
2.2.2	【重度級、中度級】 急性缺血性腦中風發作至抵達急診時間為2小時內，符合溶栓適應症之病人清單，並依是否執行溶栓治療分類，未執行治療者應說明未執行之原因。
2.2.3	【重度級】 接受靜脈血栓溶解劑治療之急性缺血性腦中風病人清單。清單中應列出個別病人抵達急診時間，執行血栓溶解時間及整體完成治療時間。

實地評定所需病歷清單(2/2)

檢附病歷清單說明	委員抽查 病歷本數	醫院準備 病歷本數
<p>請檢附「急性腦中風發作至抵達急診時間2小時內之病人(包括出血)」病歷清單，並將清單彙整成一份完整之資料，以利委員參考，清單欄位應包含如下所列：</p> <p>(1)病歷號後5碼。(2)年齡。(3)病人出院主診斷。 (4)急性腦中風發作時間。 (5)抵達急診日期及時間。 (6)NIHSS。 (7)是否施打rt-PA。 (8)未施打rt-PA原因。 (9)如為轉診，請簡述轉出原因。 (10)夜間(5pm-8am)。(11)假日。</p>	5本	5本
<p>註：請於實地查核當天備妥供查核委員實地評定時參考，<u>應儘量採電子檔案方式呈現</u>。</p>		

基準條文說明

□ 基準提及採用「遠距方式」提供照會服務，相關條文如下：

1. 適用對象為「醫療資源不足地區之醫院」
2. 如為「非醫療資源不足地區之醫院」，須經報備衛生福利部核准後實施

基準	條文
2.1.1	應訂有急性腦中風病人處置流程(含住院、手術、轉院標準)
2.1.2	應有神經科專科醫師緊急會診機制
2.1.3	應有神經外科專科醫師緊急會診機制

基準研修重點(1/2)

106年條文		107年條文		研修說明
2.1	<p>完善處置流程 〔註〕急性腦中風個案係指出院主診斷碼為104年ICD-9CM 430~437，排除435.8、435.9、437.7；105年ICD-10-CM I60~I61、I63、I67.89、I67.9診斷碼之個案，並符合急性腦中風重大傷病之病人。</p>	2.1 【修正】	<p>完善處置流程 〔註〕急性腦中風個案係指出院主診斷碼 ICD-10-CM I60~I61、I63、I67.89、I67.9 診斷碼之個案，並符合急性腦中風重大傷病之病人。</p>	刪除診斷碼 ICD-9部分。
2.1.1	<p>應訂有急性腦中風病人處置流程(含住院、手術、轉院標準) 【重度級、中度級】 1. 醫院均需訂有急性腦中風病人處置流程，並有資料可查。 2. <u>應有假日及夜間處置急性腦中風病人轉院作業流程。</u></p>	2.1.1 【新增】	<p>應訂有急性腦中風病人處置流程(含住院、手術、轉院標準) 【中度級】 1. 醫院均需訂有急性腦中風病人處置流程，並有資料可查。 2. 應有假日及夜間處置急性腦中風病人轉院作業流程。</p>	新增中度級評分說明第2點 強調中度級急救責任醫院應有假日或夜間之轉診作業流程。

基準研修重點(2/2)

106年條文		107年條文		研修說明
2.2	<p>處置品質</p> <p>【重點】</p> <p>1. 中、重度級均需符合<u>處置品質</u>。</p> <p>【評量方法】</p> <p>4. 急性腦中風個案係指出院主診斷碼為ICD-9CM430~437，排除435.8、435.9、437.7；ICD-10-CM I60~I61、I63、I67.89、I67.9診斷碼之個案，並符合急性腦中風重大傷病之病人。</p> <p>5. 急性缺血性腦中風住院病人係依據全民健康保險重大傷病範圍之定義，即急性發作後一個月內由醫師逕行認定屬於急性腦中風(ICD-9-CM：433~437，排除435.8、435.9、437.7；ICD-10-CM I63、I67.89、I67.9)免申請證明(衛生福利部101年10月30日衛署健保字第1012660255號令訂定修正)。</p>	2.2 【修正】	<p>處置品質</p> <p>【重點】</p> <p>1. 中、重度級均需符合處置品質。</p> <p>【評量方法】</p> <p>4. 急性腦中風個案係指出院主診斷碼為ICD-10-CM I60~I61、I63、I67.89、I67.9診斷碼之個案，並符合急性腦中風重大傷病之病人。</p> <p>5. 急性缺血性腦中風住院病人係依據全民健康保險重大傷病範圍之定義，即急性發作後一個月內由醫師逕行認定屬於急性腦中風(ICD-10-CM I63、I67.89、I67.9)免申請證明(衛生福利部101年10月30日衛署健保字第1012660255號令訂定修正)。</p>	文字酌修； 刪除診斷碼 ICD-9部分。
2.3.1	可於假日及夜間處置急性腦中風病人	2.3.1	可於假日及夜間處置急性腦中風病人	文字酌修。
2.3.2	<p>可於大夜班進行急性腦中風病人之手術</p> <p>【重度級】僅重度級需符合。</p>	2.3.2 【修正】	<p>可於大夜班進行急性腦中風病人之手術</p> <p>【重度級】重度級需符合。</p>	



2.1 完善處置流程

【評量方法】

急性腦中風病人照護應以團隊運作方式進行，主要以流程面查核為主。醫院應制定清楚可行之急診急性腦中風病人診療療程，依團隊成員之專業能力與人力，由急診醫師與被照會之神經科、神經外科、放射科專科醫師，加上其他醫事人員共同組成急性腦中風團隊，以團隊合作方式執行急性腦中風治療，使病人能獲得立即、有效、及最小合併症的治療。為了在最佳治療時效內安全治療病人，醫院應有啟動急性腦中風團隊成員的標準作業程序，並應鼓勵急性腦中風團隊成員主動互相支援。

〔註〕

急性腦中風個案係指出院主診斷碼為ICD-10-CM I60~I61、I63、I67.89、I67.9診斷碼之個案，並符合急性腦中風重大傷病之病人。

2.1.1應訂有急性腦中風病人處置流程(含住院、手術、轉院標準)(1/3)

<p>評分說明</p>	<p>【重度級】 醫院均需訂有急性腦中風病人處置流程，並有資料可查。</p> <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院均需訂有急性腦中風病人處置流程，並有資料可查。 2.應有假日及夜間處置急性腦中風病人轉院作業流程。
<p>註</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.視醫院實際作業情況，若急性腦中風病人處置流程中轉院標準與急診轉院機制流程相同，亦可。 2.急診室醫師針對急性腦中風病人施打rt-PA需進行神內/外醫師會診及治療之團隊合作照護，得以經報備衛生福利部核准實施「遠距/視訊照會」的機制進行，包含遠距醫療影像查閱、檢驗檢查查閱、會診紀錄及透過視訊設備進行病人評估病情與治療解釋等流程。

2.1.1應訂有急性腦中風病人處置流程(含住院、手術、轉院標準)(2/3)

評量方法

1. 請醫院提供急診之急性腦中風病人病歷清單及委員所勾選之病歷以供查核。
2. 實地查核內容及對象：
 - (1)病人抵急診方式(EMS或非EMS轉送情況)。
 - (2)檢傷分類作業(檢傷人員)。
 - (3)急診初步處置(急診醫師)。
 - (4)電腦斷層檢查(放射線技術師)。
 - (5)抽血傳送及資料獲得(臨床病理檢驗師)。
 - (6)神經科、神經外科醫師會診。
 - (7) rt-PA藥物處方及取藥(急診藥師)。
 - (8)藥物注射後續觀察。
 - (9)住院後之處置或轉院之標準。
 - (10)轉院標準作業內容應符合該院急重症處置能力相關規定。
3. 查證急性腦中風病人抵急診後之評估及治療處置流程，第一次10本病歷無明顯錯誤之比例大於60%即算通過。若未達到60%時，得由委員加抽10本，以全數20本平均計算作為該項達成率評分依據。
4. 如醫院提供之病歷低於10本，以全數病歷做為評分依據。如實地訪查委員對醫院提供之個案病歷數有疑義，以中央健康保險署提供之個案數(誤差範圍為1成)為主進行病歷抽查。
5. 實地演練急診透過「遠距/視訊照會機制」會診神內/外達到rt-PA治療之合作模式，包含報備衛生福利部核准實施的遠距醫療影像查閱、檢驗檢查查閱、會診紀錄及透過視訊設備進行病人評估病情與治療解釋等流程。

2.1.1應訂有急性腦中風病人處置流程(含住院、手術、轉院標準)(3/3)

問答

Q1：請問利用手機或通訊軟體聯絡或是利用手機看CT或EKG是否算是遠距/視訊照會機制？

A1：有關遠距/視訊照會機制進行方式之認定，須經報備衛生福利部核准後實施。

Q2：請問「遠距/視訊照會機制」是否列為分級評定加分或不符合之項目？

A2：有關「遠距/視訊照會機制」之採用與否，並非分級評定加分或不符合之依據。另，有關基準提及採用「遠距方式」提供照會服務，其適用對象為醫療資源不足地區之醫院，如為非醫療資源不足地區之醫院，須經報備衛生福利部核准後實施。

2.1.2 應有神經科專科醫師緊急會診機制

評分說明	<p>【重度級】 醫院應能提供全年(含假日)、24小時(含夜間)之緊急會診。</p> <p>【中度級】 醫院應能提供一般上班時間上午8時至下午5時之緊急會診。</p>
評量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院應具體呈現神經科專科醫師緊急會診之作業方式，包含如何通知會診醫師之流程、病歷內應有進行緊急會診之醫囑、會診評估內容及會診後建議處置方式等。 2. 醫院應以團隊方式進行治療，本項查核重點為呈現院內有神經科緊急照會機制，並有紀錄，並將由查證病歷得知。 3. 醫療資源不足地區之醫院得以遠距方式為之。

2.1.3 應有神經外科專科醫師緊急會診機制

評分說明	<p>【重度級】 醫院應能提供全年(含假日)、24小時(含夜間)之緊急會診。</p> <p>【中度級】 醫院應能提供一般上班時間上午8時至下午5時之緊急會診。</p>
評量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院應具體呈現神經外科專科醫師緊急會診之作業方式，包含如何通知會診醫師之流程、病歷內應有進行緊急會診之醫囑、會診評估內容及會診後建議處置方式等。 2. 醫院應以團隊方式進行治療，本項查核重點為呈現院內有神經外科緊急照會機制，並有紀錄，並將由查證病歷得知。 3. 醫療資源不足地區之醫院得以遠距方式提供會診服務。
問答	<p>Q：請問中度級醫院因醫師資源不足，是否可提供一班上班時間之神經外科醫師照會班表即可？</p> <p>A：依據【中度級】評分說明，醫院須提供一般上班時間上午8時至下午5時之神經外科專科醫師緊急會診相關資料即可。</p>



2.2 處置品質

【重點】

1. 中、重度級均需符合處置品質。
2. 統計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急性缺血性腦中風病人之比例，及其佔所有符合溶栓適應症急性缺血性腦中風病人之比例、急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解劑治療時間，及其發生症狀性腦出血之比例。

【評量方法】

1. 重度級以抽查假日及夜間下午5時至次日上午8時病歷為主，中度級以抽查一般上班時間上午8時至下午5時病歷為主。
2. 抽查評定前1年度至評定日，**發作至到達急診時間為2小時內之病歷**10份(由醫院自行準備5份、委員抽查5份)，作為評估依據。
3. 本節查核發作至到達急診時間為2小時內所有發作之病人(包括出血)。
4. 急性腦中風個案係指出院主診斷碼為ICD-10-CM I60~I61、I63、I67.89、I67.9診斷碼之個案，並符合急性腦中風重大傷病之病人。
5. 急性缺血性腦中風住院病人係依據全民健康保險重大傷病範圍之定義，即急性發作後一個月內由醫師逕行認定屬於急性腦中風(ICD-10-CM I63、I67.89、I67.9)免申請證明(衛生福利部101年10月30日衛署健保字第1012660255號令訂定修正)。
6. 注射血栓溶解劑之病人數及比例，由醫院自行提供呈現，委員得參考中央健康保險署提供之資料為對照。
7. 醫院需提供評定基準2.2.1、2.2.2、2.2.3之病歷清單。

2.2.1 接受靜脈血栓溶解劑或動脈血栓移除術治療之急性缺血性腦中風病人佔所有急性缺血性腦中風病人之比例

評分說明	<p>【重度級、中度級】</p> <p>醫院應符合每年平均每100名獲得腦中風重大傷病認定之急性腦中風病人，至少有1位以上接受rt-PA或動脈血栓移除術治療之常態比例。</p>
評量方法	<p>醫院於準備之資料期間若無接受靜脈血栓溶解劑治療之急性缺血性腦中風病人個案，得往前追溯至前次評定效期或4年內有接受rt-PA治療之個案為止，且列表舉證該期間至該院全部病人皆不符合施打條件，或拒絕接受治療，並據以評定基準2.2.1~2.2.3。</p>

2.2.2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

評分說明	<p>【重度級、中度級】</p> <p>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達50%(含)以上，且醫院能列表舉證病人未施打原因符合治療規範，或病人拒絕接受治療。</p>
評量方法	<ol style="list-style-type: none">1. 符合溶栓適應症急性缺血性腦中風病人，係指中風發作2小時內之病人(醫院應對符合適應症但未執行溶栓治療之病人列表並說明原因)。2. 有關溶栓適應症之條件應依據衛生福利部食品藥物管理署rt-PA仿單之規範，不符合仿單規範之病例，於統計時應予排除。
問答	<p>Q：因衛生福利部食品藥物管理署公告之仿單內容，高齡並非排除之條件之一仿單內容提及rt-PA不適用於超過80歲之老人的急性中風，請問於統計符合溶栓適應症急性缺血性腦中風病人時是否要排除？</p> <p>A：依據衛生福利部食品藥物管理署105年2月3日公告含recombinant human tissue-type plasminogen activator(rt-PA)成分藥品中文仿單修訂相關事宜依據藥事法第48條及第75條，其公告事項第一條第二項「警語與注意事項欄位加刊「rt-PA使用於急性缺血性中風的病人，其改善預後的效果可能會隨著病人年齡、中風的嚴重性以及入院時血糖濃度增加而降低，可能會導致嚴重殘疾、死亡或顱內出血增加，因此rt-PA不建議使用於超過80歲之老人的急性缺血中風」，因此超過80歲老人屬不符合仿單規範之病例，於統計時應於分子、分母均排除。</p>

2.2.3 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

<p>評分說明</p>	<p>【重度級、中度級】 於60分鐘內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接受靜脈血栓溶解劑治療之急性缺血性腦中風病人比例達30%(含)以上。</p>
<p>註</p>	<p>治療時間係指病人抵達急診之時間與護理紀錄開始施打靜脈血栓溶解劑時間之差。</p>
<p>評量方法</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 實地訪查時，請醫院提供急診急性缺血性中風病人中接受靜脈血栓溶解劑(rt-PA)治療時間小於60分鐘之病人人次及比例。 2. 因病人治療之安全考量，需特殊處置(如血壓太高之急性缺血性腦中風病人需先控制血壓達安全範圍，再進行rt-PA者)可不列入計算。 3. 計算60分鐘內接受靜脈血栓溶解劑治療之急性缺血性腦中風病人，排除院內中風之病人。
<p>問答</p>	<p>Q：若個案於急診內發生腦中風，請問如何計算接受靜脈血栓溶解劑治療的時間？是否應排除？ A：於急診內發生腦中風之個案無須排除，其接受靜脈血栓溶解劑的時間計算方式為「在急診發作至護理紀錄開始施打靜脈血栓溶解劑之時間差」。</p>



2.3即時處置能力

【重點】

醫院需具備即時(於假日及夜間)處置病人之能力。

【評量方法】

夜間係指下午5時至次日上午8時。

2.3.1可於假日及夜間處置急性腦中風病人

評分說明	<p>【重度級】 重度級需符合。</p>
註	<p>處置係指靜脈血栓溶解劑治療。</p>
評量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 於實地訪查時，請醫院提供神經內科醫師24小時值班表、會診及轉診紀錄及急性缺血性腦中風發作2小時內抵達醫院之病人之NIHSS評分表，以供佐證。 2. 若住院病人於假日及夜間有急性腦中風發作病人亦可於實地評定時呈現醫院之處理能力，供委員作為評量參考。 3. 醫院在假日及夜間會診後，應有進一步處置執行能力。

2.3.2可於大夜班進行急性腦中風病人之手術

<p>評分說明</p>	<p>【重度級】 重度級需符合。</p>
<p>評量方法</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院應呈現符合以下手術適應症病人之處置資料(處置時間未設定於發作3小時)： <ol style="list-style-type: none"> (1)急性出血性腦中風造成腫塊效應或功能性損傷，需緊急清除血塊。 (2)急性中風造成急性水腦，需緊急腦脊髓液引流者。 (3)急性缺血性中風造成大片腦梗塞，需緊急做顱骨切除減壓手術者。 (4)注射rt-PA藥發生症狀性腦出血需緊急開刀移除血腫者。 2. 於實地訪查時，請醫院提供神經外科醫師於大夜班進行手術之病人名單，若無，亦應提供24小時值班表備查。

感謝聆聽 敬請指教

說明會提問將納入本年度委員共識，
再放置本會網站供各界下載。

