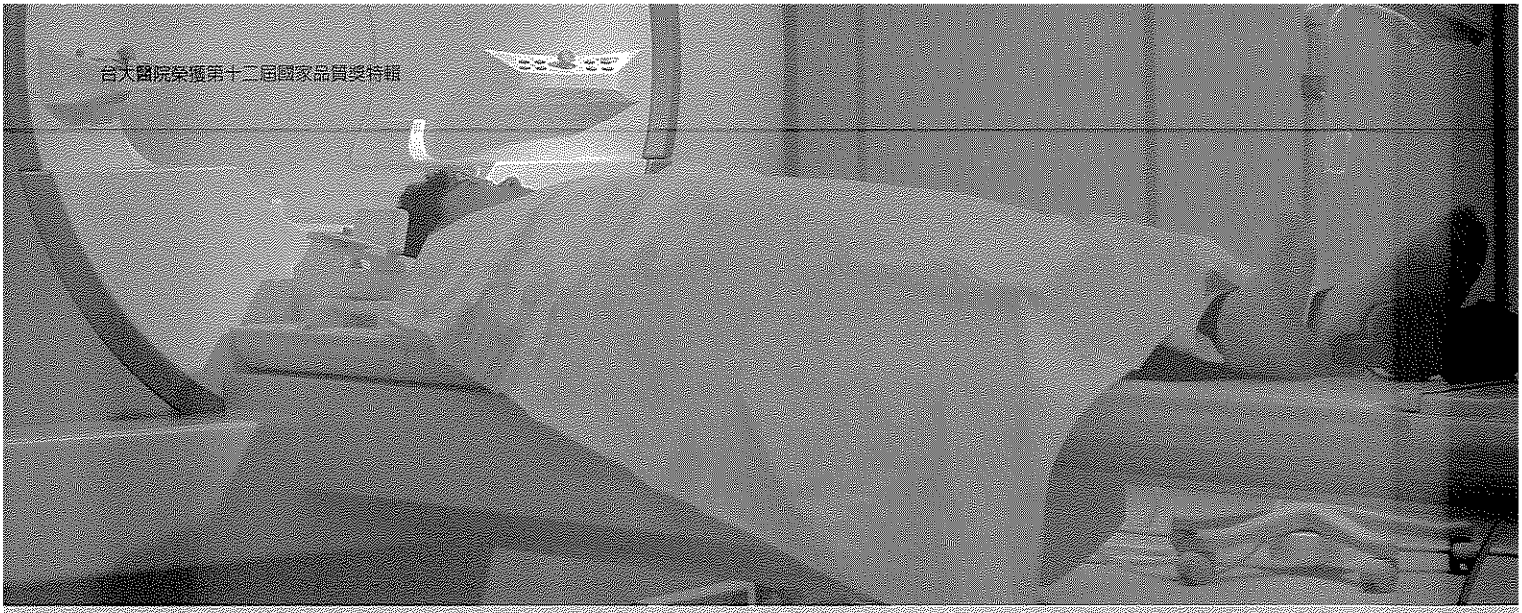


腦中風醫學中心

腦中風醫學中心

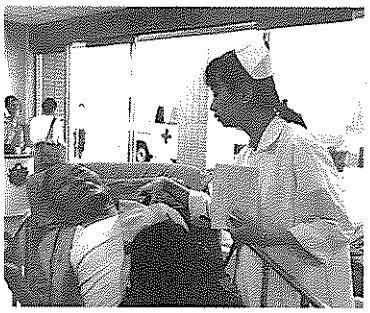
個案主持單位：神經部

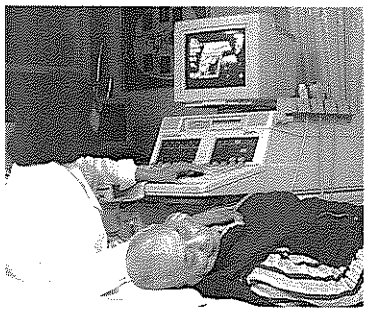
過去三十多年，腦中風一直是台灣地區重要的死亡原因。2000 年台灣地區主要死因統計，當年有 13,332(10.71%) 人死於腦中風，腦中風仍保持死因的第二位，次於癌症。在台灣愈趨高齡化之際，腦中風仍將是國人的重要殺手，預測未來 5-10 年腦中風佔死因的比率將不會有太大的改變，因此需要對於腦中風更多的關注與研究。

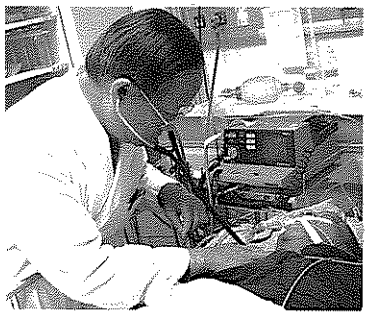
爾近，腦中風的診斷與治療有了很大的突破，特別是急性腦中風的處理由於診斷與治療的進步，使得急性腦中風的死亡率與併發症已大幅下降，甚至可改善腦中風的功能障礙及預防腦中風的再發生。因此，對於急性腦中風有些觀念必須建立及推廣：(1) 應迅速將急性腦中風病患運送至具備腦中風診斷與治療的醫院；(2) 能正確而快速的診斷腦中風類型、位置及可能致病機轉；(3) 急性期可提供理想的腦部生理環境；(4) 早期的腦功能維持及治療介入；(5) 避免早期的合併症及腦中風再發；(6) 早期的身體機能及日常生活活動之復健醫療。

對於腦中風的診斷、治療及照護上，值得注意的是近年來以下幾項的進展：(1) 腦血管疾病新診斷利器的應用：神經血管超音波及磁振照影檢查的發展，能快速、安全、精準的診斷頸部及腦部動脈狹窄的情形，提供腦血管疾病進一步治療及預防的臨床決策參考；(2) 腦中風新治療方式：包括靜脈與動脈的血栓溶解治療、大範圍腦中風導致高顱內壓的治療方式 (如顱內血流及顱內壓的監測，藉由腦室引流、顱骨暫時移除法、過度換氣呼吸法、低溫療法等降低顱內壓)；(3) 頸動脈硬化狹窄的新治療模式：包括頸動脈內膜切除術、頸動脈血管成型術與支架置放等方式；(4) 腦中風治療團隊的觀

臺灣大學學術期刊資料庫









念：腦中風的處理非單一醫師的責任，一個良好的治療必須包括許多不同專業領域的醫療人員共同努力(包括神經內科、腦血管專科、神經外科、神經放射線科、急診科、心臟內科、復健科、胸腔科等醫師與護理人員、復健治療師、呼吸治療師、社工師、營養師)，依據本身的專業知識技能提供病患完全的照顧，不同科別的醫療專業人員彼此合作協調，進一步建立腦中風治療團隊，使病患由入院(急診)後即能有一套順暢的流程以利快速檢查及治療，則急性腦中風的治療就趨於完備；(5)**建立腦中風個案管理模式**：由個案管理員做跨科部之整合、協調及溝通，以達到提高品質、降低成本及有效施行的目標；(6)**腦中風臨床路徑的建立**：完整確實的臨床路徑有助於急性腦中風病患送達醫院急診處之後，得到快速有效的診斷與治療與醫療品質的維護；(7)**腦中風治療加護中心的建立**：急性腦中風約 1/3 的病患為中、重度患者，需要加護中心的觀察與治療，接受血栓溶解治療、顱內血流及顱內壓的監測與頸動脈支架放置等的患者也需在加護中心的觀察。

基於成立腦中風中心對於服務病患、教導學生、進一步整合基礎與臨床的腦血管疾病研究非常有需要，院方乃積極推動腦中風中心的成立。 90 年 9 月於院長室會議討論決議本院設置規劃腦中風中心，在全院的醫務行政會議報告設置規劃腦中風中心的計畫，並召開腦中風中心設置規劃的第一次會議； 10 月份由工務室提供本院東址的 4D 平面圖將劃分部分區域為腦中風中心病房，中心病房的儀器及周邊設備採購部份先由 90 年度的結餘款採購，將聯絡腦中風相關各科部指派人員參與之後的協調與決策； 11 月份本院預算委員會議報告腦中風中心的儀器設備採購預算，採購預算將由本院 90 年度與 91 年度的統籌款支出，考量病房空間與其他醫學中心現況，腦中風中心將規劃為 12 床甲級加護病床； 12 月份腦中風中心將規畫確定後請工務室發包施工，預定半年完成整建工程，月中將由葉炳強醫師領隊實際考察美國三大腦中風中心的實際運作情形(由本校校友許重義教授特別規劃安排)；91 年 3 月份起腦中風中心相關醫護人員的訓練及相關科部推廣與取得共識。

腦中風中心希望能在 91 年下半年成立，確實提供腦中風病患更優質的照顧與腦血管疾病深入、整合性的研究，期待台大醫院的腦中風中心不只是台灣的標竿，也能與歐美頂尖的腦中風中心並駕齊驅。

臺灣大學學術期刊資料庫