腦中風
急性後期照護模式(PAC)
復健另類選擇

文 / 羅玉玲
國泰綜合醫院社區護理組腦中風個管師

根據衛生福利部近10年來統計資料顯示，腦血管疾病一直是國人10大死因第2到第4順位(107年仍居第4位)。在面對腦中風疾病，可透過危險因子的預防並做好慢性病管理、正確辨別急性腦中風症狀，及早送醫給予適當治療，才能大大降低腦中風的死亡與失能程度。

然而腦中風造成失能的後遺症，卻又是我國成人殘障的主因之一。經過急性期醫療處置後，患者生命徵象及神經症狀穩定，則進入急性後期，醫療團隊會評估復健的介入時機和適合的復健計畫，以復健為目標的醫療照護，目標是誘發神經功能恢復、重健患者的步態行走和運動能力、訓練日常生活自理，加強獨立性，並配合使用輔具彌補身體喪失的功能。

何謂腦中風-急性後期之醫療整合照護模式(Post-acute Care，簡稱PAC)

自民國103年開始，健保署與承接此計畫各大醫院一起推動腦中風-急性後期照護模式計畫。為落實醫療分級，患者需由醫學中心或區域醫院作初次評估，若合適，再協助轉介出至有參與此計畫的區域或地區醫院進行復健訓練。

符合收案條件：

符合健保保險公告重大傷病之急性腦血管疾病病人
（限急性發作後1個月內）

- ◆醫療狀況穩定：
  1.神經學狀況：72小時以上神經學狀況未惡化。
  2.生命徵象：血壓、心跳、體溫72小時以上穩定或可控制。
  3.併發症：感染，血液異常，胃腸道出血等，治療後穩定或可控制。
- ◆功能狀況具有中度至中重度功能障礙 (MRS 3-4)。
- ◆經醫療團隊判斷具積極復健潛能者：
  1.具基本認知、學習能力與意願。
  2.具足夠體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
  3.能主動參與復健治療計畫。

另若因其他因素：如感染、調整抗凝劑藥物、發生重大併發症及住加護病房超過2周者，經主治醫師評估，可延長評估天數至40天。

目的：

依病人失能程度，在復健黃金期3個月內提供積極性之復健治療與整合照護，使其恢復功能，可減少後續再住院醫療費用及家庭、社會照顧之負擔。

照護內容：

由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當之急性後期整合照護模式，包含住院模式、日間照護模式、居家模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂天數上限。照護期間經急性後期照護團隊醫院與健保署申請評估再延長天數是否通過為原則。

一、急性後期整合照護「住院」模式：

以住院方式提供急性後期整合照護，包括跨專業團隊整合照護(醫療、護理、物理治療、職能治療、語言/吞嚥治療、心理治療、社工、營養、醫療諮詢及衛教)。

二、急性後期整合照護「日間照護」模式：

以「日間照護」門診全天方式提供上午及下午復健治療課程，時間以9點至17點為原則，提供個案的急性後期醫療照護。

三、急性後期整合照護「居家」模式：

經專業評估無法接受住院、日間照護模式的患者，但仍有積極復健潛能，提供有期限之居家復健治療。治療頻率由專業評定每週安排1-6次不等，時間30-50分鐘，運用簡易器材、就地取材、並透過家屬衛教方式，增進個案日常活動功能，及促進社區參與能力。

原則上，復健強度又分為：高強度復健係指每日需治療3-5次，30~60分鐘/次；一般強度復健係指每日需治療1-3次，30~60分鐘/次。

PAC計畫如同復健衝刺班，需考量個案本身體力是否可承受大量密集的復健運動，所以失能程度太輕或太嚴重都不適合加入PAC計畫。

申請流程需由醫師進行條件篩選、評估具有復健潛能的個案，再提供家屬資訊做最合適的選擇。

PAC計畫與舊制復健「住院模式」比較

	PAC計畫	舊制復健模式
優點	高強度、高頻率 復健次數(4-6次/日)	可配合病人狀況調整復健計畫及住院時間
	住院3週為評估原則，最多可延至12週	28天(4週)後自行轉院復健(健保無限制)
	減少健保舊制28天限制，不需奔波期滿後，門診追蹤	可轉院繼續住院復健
	住院負擔比照慢性病房(5%→10%)	住院負擔5%
缺點	須更換醫院醫師復健	復健頻率(不一定)
	2次經評估無進步或退步，即出院	期滿家屬自行安排復健醫院，需奔波期滿後，掛他院復健
		轉院銜接過程不穩定(空窗期)

註:Modified Rankin Scale (MRS)為分級標準：

-無明顯功能障礙 (MRS 0-1)
無症狀-有症狀，無功能障礙，可完成日常生活及工作。

-輕度功能障礙 (MRS 2)
影響工作能力，但日常生活可自理。

-中度~中重度功能障礙 (MRS 3-4)
日常生活需依賴，但可自行行走或依賴他人。

-重度功能障礙或意識不清 (MRS 5)
臥床，大小便失禁，完全依賴。

-死亡 (MRS 6)