

鄭依婷¹、朱韋蓁²、李漢忠³、林金蘭¹、徐錦池⁴
長安醫院 護理部¹/門診技管²/神經外科³/院長室⁴

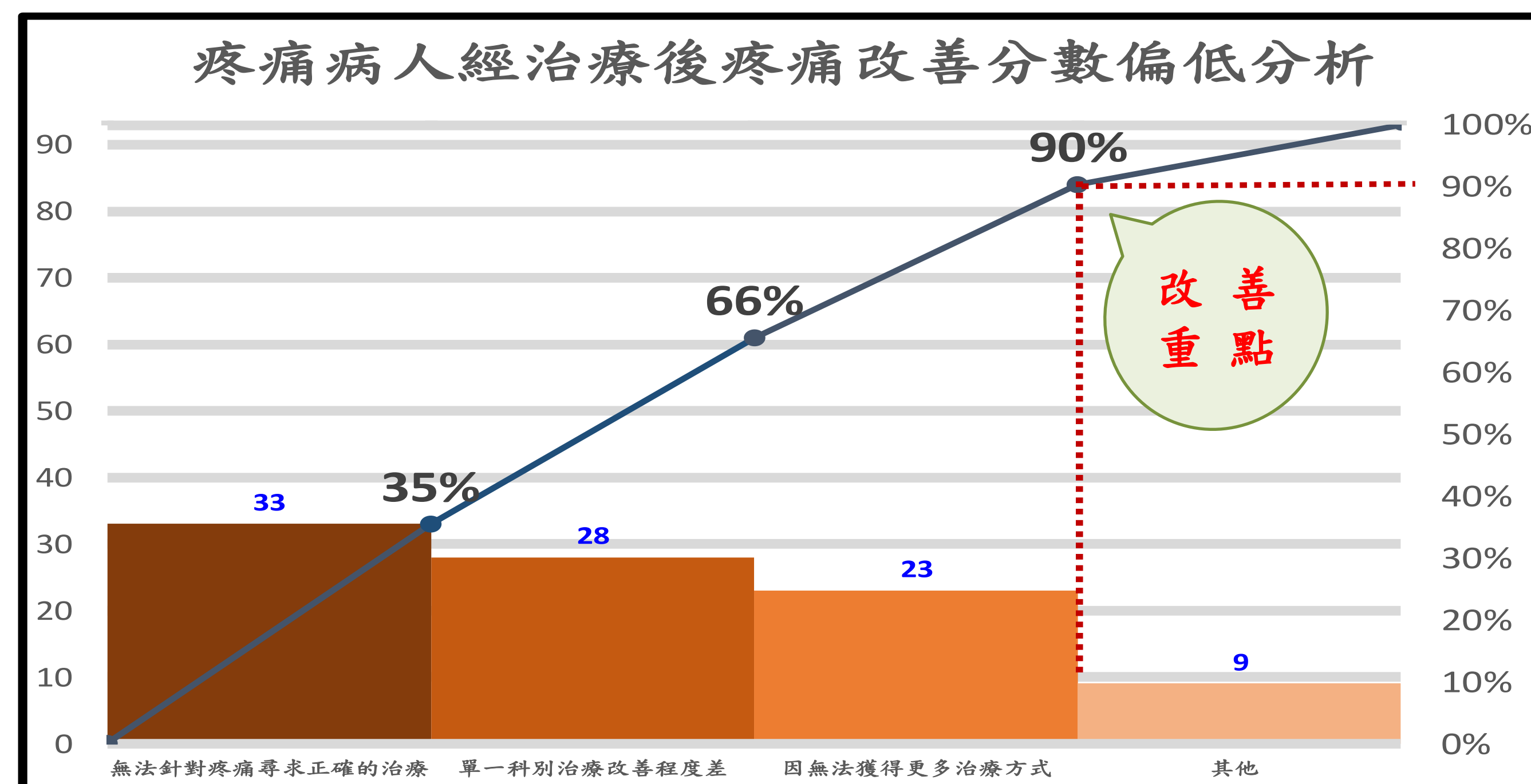


疼痛為病人主要就醫的常見症狀之一，是一種生理上與心理上不愉快的感受，可能與現存性或潛在性組織受損有關。其常見治療方式為保守治療、介入性疼痛治療及手術治療等，但因疼痛治療所涉及的機轉通常相當複雜，故當民眾有疼痛問題時，普遍會先至一般門診就醫接受藥物及症狀控制；然而倘若是較複雜性的疼痛，藥物通常只能短暫緩解，無法真正解決疼痛問題，導致病人因疼痛治療效果不佳，或醫師建議手術治療時，病人無法接受手術治療，另也可能因為不清楚是否有其他治療方式可選擇，而忍痛害怕不再就醫而或自行轉科、轉院，導致增加就醫上的不便甚至使症狀加速惡化，故提升民眾疼痛治療的就醫便利性，並協助獲得多元性的疼痛治療就醫模式是有其必要性。

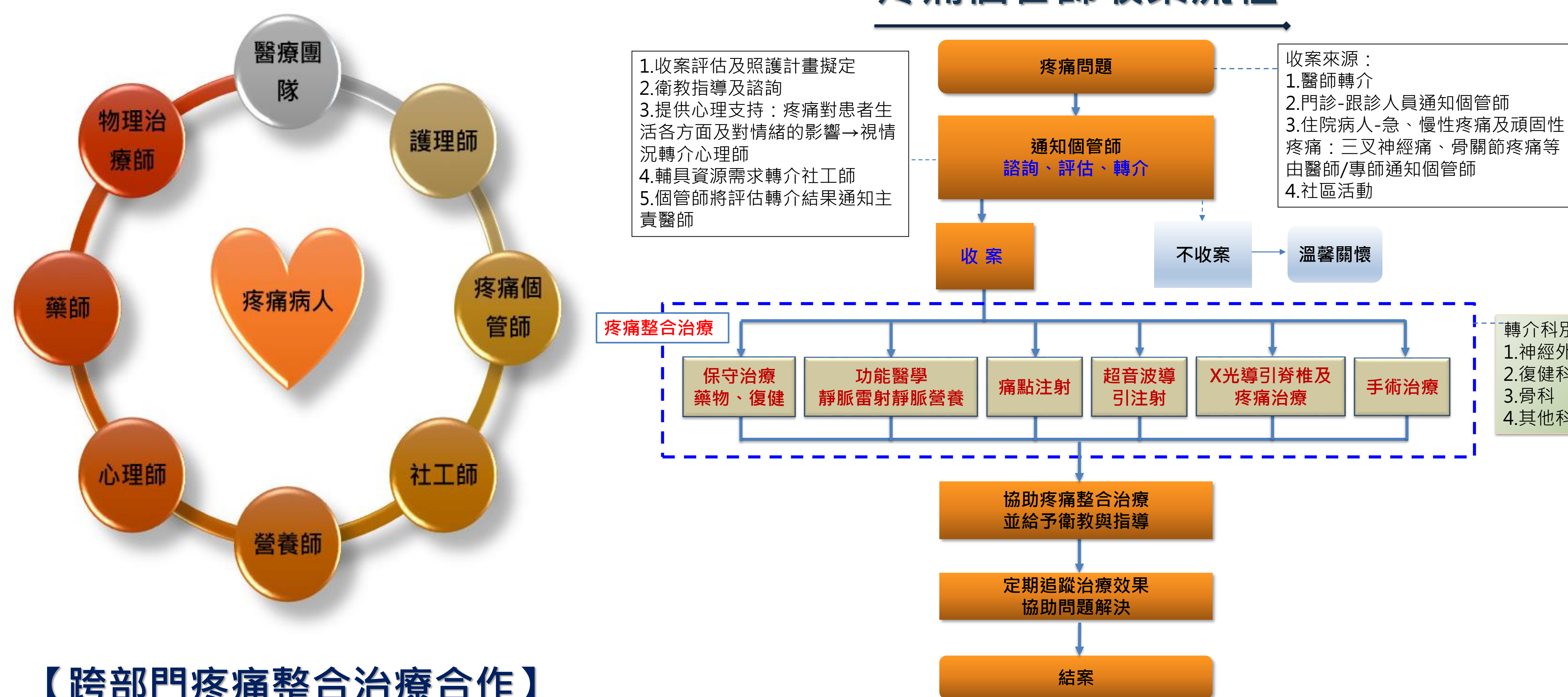
經統計本院過去疼痛病人經治療後疼痛改善降至3分（含）以下者僅約**20%**，常見原因為（1）無法針對疼痛問題尋求正確的治療、（2）慢性或複雜性疼痛單一科別治療改善程度差、（3）因無法獲得更多治療方式，導致自行中斷治療、轉科或轉院治療。有鑒於此，本院為提供「社區民眾最快、最好、最適切的醫療服務」的目標，組成品管圈進行問題分析及改善，藉以提升疼痛病人疼痛治療品質。

經現況分析及團隊成員腦力激盪後繪製成特性要因圖，依80 / 20法則確認疼痛病人經治療後疼痛改善分數偏低的主要因為（1）病人因素：對疼痛治療方法認知不足、（2）政策因素：未規範疼痛個案收案流程、（3）設備因素：各科疼痛治療資源分散，綜合這三個因素佔整體不完整81%以上，因此列為本活動主要改善重點，依圈能力我們將目標值設定為**76%**（計算公式：目標值 = 疼痛病人經治療後疼痛改善降至3分(含)以下比率 + 疼痛病人經治療後疼痛改善未降至3分(含)以下比率 × 圈能力 = 20% + 80% × 70% = 76%）

- 對策一：跨部門疼痛整合治療合作。
- 對策二：建置疼痛個案收案流程。
- 對策三：疼痛治療導入醫病共享決策。
- 對策四：每2個月召開疼痛多專科個案討論會。

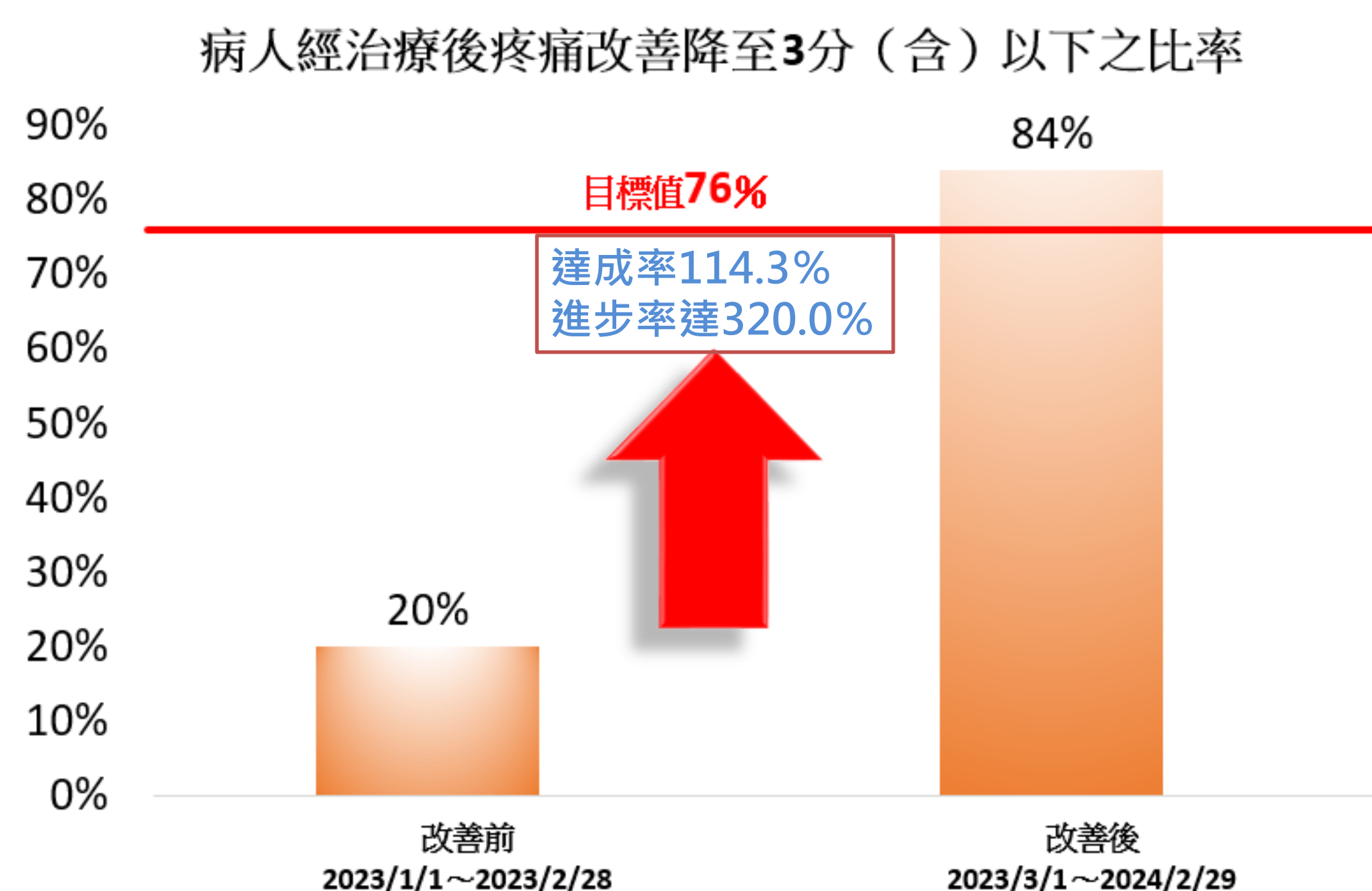


疼痛個管師收案流程



【跨部門疼痛整合治療合作】

【疼痛個案收案流程圖】



1. 2023 / 03 / 01 ~ 2024 / 02 / 29經上述策略實施後，「疼痛治療中心」收案病人數共382人，接受保守治療共382人（佔100%），手術治療共218人（佔57.1%）、增生療法共30人（佔7.9%）、硬膜外注射共23人（佔6%）、高頻熱凝共9人（佔2.4%）、神經阻斷共3人（佔0.8%）、靜脈營養共3人（佔0.8%）。病人經3個月疼痛整合治療後疼痛指數平均下降1-2分共33人（佔8.6%）、下降3-5分共270人（佔70.7%）、下降6-8分共72人（佔18.8%）、下降9-10分共1人（佔0.3%）、因轉院治療無法追蹤共6人（佔1.6%），病人疼痛指數平均由7.08分下降至2.74分，病人經治療後疼痛指數降至3分(含)以下共321人（佔84%），病人經治療後疼痛改善降至3分（含）以下比率由20%提升至84%，目標達成率114.3%，進步率達320.0%。

2. 「疼痛治療中心」收案病人共382人，原經醫師診視建議需手術治療病人共110人，經3個月保守治療或介入性疼痛治療追蹤後，無接受手術治療病人共76人（佔69.1%），其疼痛指數由6.53分下降至2.81分；於1個月內接受手術治療病人共34人（佔30.9%），經3個月治療追蹤後疼痛指數由7.50分下降至3.15分。經6個月治療追蹤後疼痛指數由7.50分下降至2.66分。

疼痛的治療是一個複雜且需要全面性照護的過程，但因受限於各科疼痛治療資源分散及民眾對疼痛治療方法認知不足等，故改善前因民眾無法獲得更多治療方式，其改善效果不佳，導致自行中斷治療或轉院。本院透過跨團隊合作成立「疼痛治療中心」，提供病人疼痛整合治療，也導入醫病共享決策，讓病人參與醫療決策過程，加上疼痛個管師持續追蹤關懷、專業衛教及協助提供轉介相關醫療資源等。對病人不僅改善疼痛程度，增加就醫滿意度、醫病之間的信任度及持續就醫的意願及便利性；然醫護團隊透過跨團隊合作無形中亦凝聚向心力，共同致力於提升疼痛照護品質，達到雙贏的效果。

地區醫院雖擁有可近性、快速便利的就診優勢，但因地區醫院醫療資源量能相對有限，故透過院內跨團隊合作和醫療資源整合，能夠最大化的資源利用，不僅提升醫療服務品質和效率，也能加強精準醫療的時效性，減少病人在不同科別之間重複檢查，降低醫療成本，亦可改善社區民眾就醫友善化，其具有重要的策略價值。