

計畫編號：DOH95-DC-1107

行政院衛生署疾病管制局九十五年度科技研究發展計畫

台灣地區醫療院所結核病個案追蹤管理模式研究探討

研究報告

執行機構：中山醫學大學附設醫院

計畫主持人：曹世明

研究人員：索任、施純明、楊文達、沈光漢

執行期間： 95 年 04 月 01 日至 95 年 12 月 31 日

\*本研究報告僅供參考，不代表衛生署疾病管制局意見\*

## 目 錄

摘要 .....	2
第一章 前言 .....	7
第二章 材料與方法 .....	8
第三章 結果 .....	12
第四章 討論與建議	
一、討論 .....	15
二、結論與建議 .....	19
三、重要研究成果及具體建議 .....	22
參考文獻 .....	24
圖表 .....	28
附錄一 焦點訪談-----調查結果	共（15）頁
附錄二中區四家醫院 TB 個案通報與銷案原因分析	共（6）頁
附錄三醫療院所結核病個案管理工作指引—基本照護	共（34）頁
諮詢專家座談會	共（4）頁

## 摘要

### 研究目的：

民國 90 年 11 月健保局實施「結核病醫療給付改善方案試辦計畫」，建立結核病個案管理專員制度，這代表臺灣的結核病防治工作已逐漸轉化為醫院為中心的個案管理模式 (hospital-based models)；本研究的目的希望能瞭解結核病個案管理專員的執行過程面和工作內容及進一步探討與過去以社區為基礎的個案管理模式 (community-based models) 的差異。

### 研究方法：

本研究是以台灣地區醫療機構為範圍，並以實際從事結核病防治「結核病病患照護管理」工作之個案管理人員為研究對象，共抽樣 240 家醫療院所。先後以電話訪問式問卷和焦點訪談，收集該院結核病個案管理作業流程及個案的管理模式。資料彙整後進行資料統計分析，並對本研究之各項成果預估進行檢定；另一方面，取樣台中地區四家醫院 91、92、93、94 年由個管師草創到完成時的完治率進行分析。

### 主要發現：

基本資料顯示衛生所的結核病個案管理工作人員相較於醫療院所，在專任結核病個案管理師和取得疾病管制局核發「結核病個案管理專員」證照方面，衛生所明顯不足(專任方面 3.1% vs 34.6% p 值 0.003、證照方面 71.6% vs 6.3% p 值 0.000)。在治療管理方面，55.8%的受訪機構有成立類似「結核病診治委員會」組織，討論收案病人治療情形，至於未成立類似「結核病診治委員會」組織的醫療院所，卻只有一成定期(每月或每季)參加衛生單位成立之「結核病診療諮詢小組」會議。每年合理個案管理數 45.5%地區

醫院、63.8%區域醫院和 82.4%醫學中心都有信心每年處理≥100 人個案。焦點訪談顯示大家都希望可以簡化文書工作，增加與患者的互動和衛教的時間。台中地區四家醫院過去四年由個管師制度草創到完成時的完治率有明顯改善。

### **結論：**

臺灣的結核病防治工作已經逐漸轉型為以醫院為中心的個案管理，取代過去以衛生所為基礎的社區型的個案管理。醫療院所的結核病個案管理專員接受完整的專業訓練，應該可以扮演醫病關係的橋樑，結合醫療與公衛兩大系統，成為未來台灣防癆工作的尖兵。

### **建議事項：**

- 1.對於專任且取得疾病管制局核發「結核病個案管理專員」證照的醫院和個管師應給予鼓勵。建議以公務預算直接補助醫院「結核病個案管理專員」薪資。
- 2.簡化目前資訊軟體，減少文書作業，個管師就可以增加與患者的互動和衛教的時間。
- 3.落實稽查是否成立或參加「結核病診療諮詢小組」會議。
- 4.加強整合醫院與社區連繫，彈性配置人力。
- 5.加強專業訓練與統一的作業模式。

### **中英文關鍵詞：**

社區為基礎的個案管理模式 (community-based models case management)，醫院為中心的個案管理模式 (hospital-based models case management)，結核病個案管理專員(TB case manager)

## **Abstract**

**Objective:** Since Bureau of National Health Insurance (BNHI) implemented a demonstration program of increasing TB medical reimbursement, also called quality payment program in 2001, the tuberculosis case manager was established in Taiwan hospital and health centers. The purpose of this study was to investigate the characters, work and load of TB managers after its implementation.

**Methods:** The TB case managers in hospitals contracted with BNHI in 2005 participated in this study. The structured questionnaires were used to interview them by telephone or personal. The descriptive statistics were applied to analyze the perceptions and difficulties they faced in the current TB control and prevention program. Static analysis was conducted to analyze the associated factors with their satisfaction and difference among stratified hospitals and health centers.

### **Results:**

The baseline characteristics revealed more full-time and licensed TB case manager worked in hospital such as medical center rather than local clinics and health centers. 55.8% visited hospital set up the committee of tuberculosis consultation, whereas only 10% staff had participated the meeting held by public health office. Almost every visited hospital put perception education into practice including patient and his or her family. For the patient admitted in hospital, the education was carried out by ward staff (55.3%) or case manager (35.1%). However, the case manager in community health center did not bring it

into practice. There were 11.3% case manager made a refer note when patient was discharged. The optimal number of case management might be less than 100 per year. They also wish it spend more time to interact with patient in state of dealing

**Conclusions and suggestions:** Hospital-based models case management of TB has developed in Taiwan during the past several years in state of community-based models case management. Overall speaking, it implicated TB case manager will play the role of communication channel between the aspect of public health and medical specialist. Based on the results of this study, the following suggestions were offered to improve the current program.

1. Encourage the employment of full-time and licensed case manager.
2. In order to enhance the interaction between patients and case manager, the software of registration should be improved.
3. To inspect the content of meeting for tuberculosis committee in hospital and the bureau of public health intensively.
4. Reinforce the cooperation between hospitals and community.
5. Unifying the model of case management and document.

**Keywords:** community-based models case management, hospital-based models case management, tuberculosis case manager

## 第一章 前 言

結核病一直是台灣最嚴重的傳染疾病，其病人數及死亡數遠超過其他任何一種傳染病，根據行政院衛生署疾病管制局 2003 年公佈的資料顯示：我國結核病發生率每十萬人口 80.19，比起美國每十萬人口 6.00 人，瑞典每十萬人口 5.00 人高出許多；國內因傳染病死亡的人數有一半是源自於結核病，其死亡率每十萬人口死亡率 5.8 人，距離世界衛生組織所訂定的控制標準：「結核病死亡率為每十萬人口 2 人以下」尚有一段差距，並且多重抗藥性結核病在 15 年間更增加了 10 倍以上（行政院衛生署疾病管制局，2003）。

以往，結核病防治之個案管理工作是綜合於一般公共衛生機構內，個案的管理制度多由社區公共衛生護理人員進行追蹤管理，每一個案例都有詳細治療紀錄及追蹤作業，醫療作業與公衛管理，各司其職，然而，隨著時代醫療生態的改變，台灣政府開辦全民健保，大型醫院蓬勃發展，我國新發現結核病個案的通報單位絕大部分來自大型醫院，此時醫院介入參與結核病防治工作更相形重要。九十年代政府也大幅度改造結核病防治體系，進行整合，使結核病防治工作清楚劃分醫療與公衛的相互合作模式的起始，此時通報作業修改為疑似結核病即依傳染病法通報，以致個案數急速增加，公共衛生護士及醫療院所醫護人員無法即時適應，為了結合醫療與公衛兩大系統，利用醫院之就醫可近性，扮演醫病關係的橋樑，民國 90 年 11 月健保局實施「結核病醫療給付改善方案試辦計畫」，建立結核病個案管理專員制度，掌握結核病個案治療、服藥及按時回診之監督與提醒，避免傳染源的流動及抗藥性結核病菌的出現，造成病菌在社區傳播，給予個案完整的照護與關懷以提升結核病完治率（疾病管制局，2004）。醫院結核病個

案管理正式實施後，由醫院延伸到社區公共衛生的個案管理的互動模式建立在結核病人的掌握及管理，個案失落率由民國 90 年的 5.16% 降低到民國 93 年的 2.74%，實際上初見臨床醫療與公共衛生合作的成效。

縱觀我國結核病個案管理模式，始於 1950 年公共衛生於社區中以有系統及具策略性的方式，推動以國小學童為卡介苗施打對象的接種的工作，1957 年開辦開放性肺結核病人登記制度，並由各地區的防癆保健員或衛生所等公衛人員親自至個案家中進行訪視及監督服藥，落實台灣地區結核病社區個案管理的實施（王貴鳳，2004）。直到 1983 年衛生署積極推動綜合保健業務的醫療性服務（行政院衛生署，1997），將衛生所劃分地段，由每位公共衛生護士負責地段轄區民眾的整體及綜合性的保健醫療服務，改變了各衛生所中有系統的疾病專責護理，轉變為現階段地段劃分的綜合護理工作模式，不論是「專責護理」或是「綜合護理」的結核病個案管理模式，都仍是以個案中心的管理精神。但於近年來，我國防治政策以醫院為基礎的結核病個案管理工作及照護模式，加強了由原來公共衛生缺乏病患住院過程和醫院治療情形的管理範圍，如此掌握個案更能夠達到個案失落的比例降低並增加服藥信守性，這種以社區為單位的個案管理模式（community-based models）轉化為醫院為單位的個案管理模式（hospital-based models）國外已有成功的先例，臺灣經過這幾年的歷練已初具雛型，本研究的目的針對台灣地區醫院結核病個案管理專員工作現況的瞭解及進一步探討執行過程面的工作內容，整理出醫院結核病個案管理的同異處，建立其合理的工作量及執行項目，使結核病個案的掌握及實務面的管理能更深入，讓公共衛生及醫療緊密合作，並提供將來擬定相關結核病防治政策參考。



## 第二章 材料與方法

本研究是以參與結核病醫療給付之醫院結核病個案管理人員進行雙向訪談，探討醫院結核病病患管理工作之現況及病患管理之模式。

1. 研究對象：本研究是以台灣地區醫療機構為範圍，並以實際從事結核病防治「結核病病患照護管理」工作之個案管理人員為研究對象。

2. 資料收集：

甲、醫院特性：區分醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所(含衛生所)等四個層級機構，徵詢是否願意加入本研究樣本。

乙、收集現行各機構之個案管理作業標準流程及執行狀況、94年通報及收案結核病個案總數、醫院結核病個案管理聯絡人員。

丙、收集慢性病防治局編輯之管理手冊、衛生署編輯之病人安全相關資料、疾病管制局之院內感染防護措施及結核病防治工作手冊內相關章節，作為本研究內基本照護指引之衛教依據。

丁、於結核病「中央傳染病追蹤監視系統」內收集中部地區級以上四家醫院91-94年通報及管理成效之資料。

3. 問卷設計：問卷內容根據研究目的所擬定，以使問卷內容切合時宜。

● 電話訪談內容包含二個主要部份：

第一部份為基本資料：

性別、年齡、教育程度、任職年資、實際從事結核病個案管理工作年資、工作性質、是否取得醫院結核病個案管理專員證照。

第二部份結核病組織管理：

包括結核病診治委員會、管理經驗。

● 焦點訪談問卷設計：

以溝通平台之流暢狀況為主，有醫院內部相關人員互動態度、連繫狀況及處境困難處，醫院外部相關人員互動態度及連繫狀況，網路及書面資料維護，諮詢討論會的實質狀況、疾病管制局的結核病防治各種政策、施予衛教之評估、對於主管機關之建議、提供該單位可公開之個案管理照護相關資料影本。

4. 步驟與方法：

(1).選定電話訪談樣本：

收集台灣地區醫療院所名單共 638 家通訊資料，徵詢是否願意加入本研究樣本，分別以轄區及醫療院所特性電話訪問方式進行 30 份問卷前測，目的在修訂問卷、預估需花費訪談時間及可能遭遇的問題，結果有專任及兼任結核病個案管理專員 240 人願意加入為本研究之樣本並約定時間接受電話訪問，電話訪問委託有結核病相關研究的問卷調查五年經驗的人員執行。

(2).選定焦點訪談樣本：

以疾病管制局結核病通報系統公佈之通報確診且納管百分比，訂出取樣標準以特優(90%以上)、優等(90%-80%)、中等(80%-60%)、劣等(60%以下)後立意取樣，計特優有 6 家、優等有 8 家、中等有 8 家、劣等有 7 家共 29 家同意列入焦點訪談樣本，經安程行程，由有結核病照護輔導資深人員執行到院會談，並提供個案照護相

關資料供本計畫作為合理的質量探討及編輯個案管理模式。

### (3).縱向分析:

取樣台中地區級以上四家醫院，參加「結核病醫療給付改善方案」之醫療院所每年收治結核病總個案分為 [91、92]，[93、94]年二階段，分別代表「改善方案」實施過度期和「醫院到社區模式」完成期，分析二階段完治率指標數據進行統計分析。

## 5. 統計分析

在電話訪談資料的處理方面，於問卷回收後先給予編碼、譯碼，篩檢有效問卷，再輸入電腦建檔。資料彙整後進行資料統計分析，並對本研究之各項成果預估進行檢定。

本研究採用之分析方法說明如下：

### (一). 描述性統計：

針對樣本的特性及每一變項做描述性的統計，包括次數分配、百分比、平均值及標準差之分析，以瞭解整體樣本在各研究變項及構面的分佈情形。

### (二). 推論性統計：

(1). t 檢定：以 t 檢定檢測依變項的平均值是否有顯著性的差異。

(2). 卡方檢定：以檢定名目尺度資料與有序尺度資料。

## 6. 編輯結核病個案管理基本照護指引—醫院版。

60 至 90 年代間結核病防治體系前身「衛生署慢性病防治局」曾編輯標準化結核病照護管理手冊，提供衛生單位基層工作人員依循使用，期間因應結核病防治政策而四次修版，深得工作人員的讚賞；疾

病管制局於 91 年編輯「結核病防治工作手冊」供基層從事結核病防治工作人員使用，93 年開始辦理「醫院結核病個案管理專員訓練」，訓練時數為 10 小時，並經考試合格發証，有效期為 3 年，未能針對醫療院所工作人員編輯詳細的工作手冊，以致引發本研究內納入編輯結核病個案管理基本照護指引—醫院版(草本)，供疾病管制局參閱後修訂使用。

研究期間：(1)依照疾病管制局結核病通報系統之網路操作頁面編輯及提示語；(2)治療及衛教指導部份，收集「衛生署慢性病防治局」編輯標準化結核病照護管理手冊作為編輯基本照護架構，參閱衛生署發行衛行之「醫院執行病人安全工作目標之執行建議」及疾病管制局發表之「院內感染防護措施」，亦邀請多位資深結核病照護人員及協同主持人共同參與指導並討論而定稿，本基本照護指引可供疾病管制局再檢修訂，提供醫院無法自行辦理個案管理人員訓練，而又來不及參加衛生主管機構所辦理的訓練時，可即時當作自學教材，以利照護工作的執行，減少工作人員心中的恐懼。

## 第三章 結果

### (1).選定電話訪談：

調查其間，共訪問了全國 240 家曾經診治結核病的醫療院所，包括 17 家醫學中心、69 家區域醫院、112 家地區醫院和 42 家診所(含 32 家衛生所)，受訪醫療院所屬性、評鑑等級、結核病個案管理的狀況，結核病個案管理工作人員的年齡、最高學歷、醫療公衛總年資和是否取得疾病管制局核發「結核病個案管理專員」證照等基本資料如附表(一)。這些基本資料顯示在專任結核病個案管理師和取得疾病管制局核發「結核病個案管理專員」證照方面，衛生所明顯不足(專任方面 3.1% vs 34.6% p 值 0.003、證照方面 71.6% vs 6.3% p 值 0.000)。

附表(二)則是在治療管理方面，55.8%的受訪機構有成立類似「結核病診治委員會」組織，討論收案病人治療情形，其中近九成(89.6%)定期召開會議，醫院也會要求所有診治醫師均需出席結核病病歷討論會，至於未成立類似「結核病診治委員會」組織的醫療院所主要是少數區域醫院(11.6%)、50%地區醫院和受訪的 32 家衛生所，這些醫療院所卻只有一成定期(每月或每季)參加衛生單位成立之「結核病診療諮詢小組」會議。另一個議題是非專門診治結核病之醫師，在開立結核病處方時是否有所規範，30.3%的醫師可逕行開立處方，69.2%的醫師須經專治結核病之醫師簽審或病歷討論會同意後，始能開立處方，而且與醫院層級並無相關。訪談中得知在結核病個案管理人員，以目前所執行結核病個案管理的工作經驗，認為專任個案管理專員每年合理個案管理數，除了少數以 < 50 人為每年合理個案管理數外，45.5%地區醫院、63.8%區域醫院和 82.4%醫學中心都有信心每年處理 ≥100 人個案。

電訪的最後以開放性的問題陳述目前執行的結核病個案管理工作中，對結核

病病人管理最為有效，或最具意義的工作為何？那些工作項目僅是耗費時間，卻沒有多大意義？那些工作項目應該由公共衛生單位執行比醫院恰當？分別列舉於表(三、四、五)。

## (2).焦點訪談：

以開放性的問題描述溝通平台之流暢狀況，結果整理於下列(詳見附錄一)。

1. 醫院內部相關人員互動態度、連繫狀況方面，個管師與高層長官、診治醫師、檢驗人員和護理人員的互動大致良好，但是其他科會診醫師因為對結核病誤解而溝通比較困難。
2. 醫院外部相關人員互動態度、連繫狀況方面，接近四分之一個管師與疾管局或衛生局沒有互動，關係最密切的是衛生所。
3. 健保局及疾病管制局規範的階段輸入等的執行方面仍有許多細節，尚待改進。
4. 55.6%個管師認為結核病個案諮詢討論會具實質意義。
5. 44.4%個管師認為今年推動的「DOTS 計畫」，在醫院管理個案是有所幫助。
6. 確實實施結核病衛教與對個案初次衛教前及衛教後測量其認知程度分別為 59.3% 和 29.6%。
7. 大約 70%的個管師認為疾病管制局結核病資訊網作業系統對管理工作有幫助而且約有 45%的個管師至少每 3 天上網查詢一次資料。

## (3).縱向分析：

2002 年(民國 91 年)~2005 年(民國 94 年)中區四家醫院 TB 個案通報與銷案原因分析詳見於附錄二。這四家醫院包括一家合併前台中慢防所的區域醫院(以下簡稱 A 醫院)與三家醫學中心(以下簡稱 B、C、D 醫院)，

整體而言，台中地區的完治率自 2002 年以後有逐年改善，檢視個別醫院，除 A 醫院為結核病抗藥病人的後送醫院，其於 C 醫院有顯著的提高完治率，如果以 2002-2003 為個管師的草創期，2004-2005 為成熟期，完治率為 70.3% vs 72.1%。

## 第四章 討論與建議

### 一、討論

研究受訪醫療院所遍及全國各級公私立醫院所與衛生所，醫療院所大多數都已加入結核病醫療給付改善方案，受訪的結核病個案管理師大多具有大專以上學歷(96.7%)，但是從事醫院結核工作之年資平均為 2.7 年，40.4%為 1-3 年、44.2%為少於 1 年，對照醫療院所，衛生所反而擁有資深的個管師(1.66 vs 9.42 年)，然而，衛生所的這些資深個管師只有不及一成取得疾病管制局核發「結核病個案管理專員」證照(6.3%)，調查中顯示只有不及三成(28.3%)醫療院所確實編制專任結核病個案管理師，其中地區醫院和衛生所因為管理人數較少，個管師必須身兼數職，如果以取得疾病管制局核發「結核病個案管理專員」證照和專職與否評估，基層醫療沒有醫學中心的支援實際上難以獨當一面，而現階段大型的醫院挾其豐富的資源和專業，已深受民眾信賴，而擔負大多數的結核病醫療工作。

感謝電腦科技的進步，目前個管師對於能快速取得結核病病人診斷報告之時效深感滿意，無論是簡單的電腦軟體輔助管理病人資料或院方自行開發結核病電腦資訊管理系統，資料的取得與建立都有令人滿意的結果，但是，因此而產生過多的文書工作和公文往返也會減少個管師從事醫療照護的時間。這些資訊透明化與數位化之後，引發結核病個案管理的演變，一個個案由通報、驗痰、確診、處方和最後完治或改診斷都可以攤開在公衛網路上接受監督，另一方面，結核病的多變與複雜性往往會造成各方看法迥然不同，有時是醫師之間，有時衝突來自公衛與醫療之間，類似「結核病診治委員會」的組織於焉誕生，藉助專家的意見達成共識。根據全民健康保險結核病醫療給付改善方案 93 年修訂版，上一年發現結核病新案 50 例（含）以上者建議成立結核病治療管理委員會並定期開會，



上一年結核病新案發現未達 50 例者建議加入衛生署疾病管制局各分局或縣市衛生局成立之「結核病診療諮詢小組」病歷討論會至少每三個月一次。然而，本研究中只有 55.8%的受訪機構有成立類似「結核病診治委員會」組織，討論收案病人治療情形，至於未成立類似「結核病診治委員會」組織的醫療院所主要是少數區域醫院(11.6%)、50%地區醫院和受訪的 32 家衛生所，這些醫療院所卻只有一成定期(每月或每季)參加衛生單位成立之「結核病診療諮詢小組」會議。很顯然的，雖然健保加重給付方案已有明文規定，但並未落實，雖然焦點訪談有超過半數的受訪者給予肯定，事實上，類似「結核病診治委員會」的管理平台目前在基層醫療仍只是初具雛型，尚未能蔚為風氣，順利推動。至於非專門診治結核病之醫師，在開立結核病處方時是否有所規範，更是見仁見智，各層級醫療院所無一致作法，這種利用電腦程式限制醫師處方的行為，雖然，已經侵犯了醫師的處方權力，但是，不可諱言，這也防範許多錯誤的處方，避免製造多重抗藥性菌種的產生。

關於結核病個案管理有關衛教指導工作方面，衛生所與醫療院所有許多顯著的差別，衛生所的主要執行結核病衛教指導者為跟診護理人員而不是結核病個案管理人員，雖然她們沒有固定的衛教場所，但是，卻被規定對於回診的結核病人每次回診，在就診前均必須執行衛教指導，相對的，醫療院所只依醫囑再執行回診的結核病人之衛教指導，而且都在專用衛教室由核病個案管理人員執行。正如前面所述，衛生所結核病個案管理人員既非專任也大都缺乏疾病管制局核發「結核病個案管理專員」證照，她們只作資料管理並不接觸病人，而由跟診護理人員執行有關衛教指導工作，個案管理人員是否進行品質管制，不得而知，成效令人擔心。至於衛教內容，問卷中並未涉獵，建議可以設定統一的格式，按步就班施予衛教必定能事半功倍(參照附錄三)。

社區的疫情調查和偏遠地區的結核病防治是醫院個管師鞭長莫及的地方(余明治 1997)，製作病例摘要或「結核病個案出院計畫諮詢評估表」以通知個案居住轄區之衛生所護士是社區與醫院緊密連系最重要的管道，本研究中，只有少數醫院確實作到，以病例摘要或結核病個案出院計畫諮詢評估表或兩者均有的方式連絡，連絡管道不能暢通是否因為個管師工作太過忙碌？然而，除了少數以外，個管師都表示每年合理的個案管理數 $\geq 100$ 人，隨著醫院的層級越高，有信心每年處理 $\geq 100$ 人個案管師比例越高，因此，我們推估，只要醫院的軟硬體設計良好，目前，衛生主管單位規劃的每 100 人配置一個案管師的政策(張雪芳 2003)應該是恰當的，雖然如此，在專家會談時，許多個管師表示今年中以來，推陳出新的政策，如 DOTS 和痰陽強制住院等，增加許多文書工作，明年尚有二線藥管制政策出爐，忙碌程度恐怕有增無減，如果每 70-80 人配置一個案管師，應該最可以契合現狀，至於社區與醫院的連繫，應該統一規定為強制執行，並且訂定制式「結核病個案出院計畫諮詢評估表」以供使用，表格可以放置於疾病管制局之結核病網路中，醫院個管師與社區公衛護士可以借由這資訊平台溝通而達到相互交班的功能。

今年衛生署疾病管制局大力推動的「DOTS 計劃」，是否對個管師在醫院個案管理有幫忙？約有 44.4%的受訪者持肯定的答案，25.9%則覺得沒有幫助，如果詳細檢視內容會發現區域醫院和地區醫院比醫學中心對這項政策更表示歡迎。許多個管師在焦點會談和專家會談時都表示「DOTS 計劃」的關懷員對某些個案的掌握更為貼近，只是增加許多文書工作，「DOTS 計劃」的關懷員似乎成為醫院個管師進一步介入社區的另一個媒介。

台灣結核病防治政策隨著時代的變遷，醫療生態的改變，過去以防癆局或慢防所為主體，衛生所為基礎的社區型管理，在衛生行政組織大幅改造下，逐漸

轉為大型醫療院所為主的醫療型態，根據蔡文正與江振源等人的研究，健保局的政策確實為現今結核病醫療行為最重要的影響因素之一。因此，中央健康保險局於民國 90 年 11 月起推動「醫療給付改善方案試辦計畫」，針對結核病等五大慢性疾病，以「疾病管理」的精神將醫療保險給付與醫療品質結合，強調個案管理，輔導醫院設立結核病個管師，試圖重建以醫院為中心的個案管理模式，實施至今已將屆五年，本文探討結核病個管師工作內容與醫院管理模式的結論，與健保局委託蔡文正教授和李婉萍等研究的論述大致吻合(蔡文正 2002)(李婉萍 2005)，惟本研究以醫院與許多胸腔科專家建議，以公務預算直接補助醫院「結核病個案管理專員」薪資，藉以輔導醫院逐步建立「個案管理」制度，肩負公共衛生的責任。此外，本計劃描述中區四家醫院的管理績效與個案管理專員聘任關係，試圖以實際數據說明，然而，畢竟時間太短，干擾變數太多，雖然有正面的趨勢，但是，仍須要更長期的觀察與更進一步的研究以釐清因果關係，相較於最近馬偕醫院林醫師(Lin RL 2006)發表於台灣醫誌的「醫院結核病個案管理預後成效」一文，本研究強調長期改變趨勢與醫院個案管理制度非一蹴可及，必須逐步改良使制度更加完備，本研究尚待收集 2002 年以前資料藉以比較個案管理師尚未成立的完治率，或 2006 年 DOTS 開辦後完治率，屆時應當可以完整的評估台灣結核病個案管理的變遷與成效。

基本上，個管師是醫院與社區的橋樑，也是醫師和公衛護士或衛生主管單位之間的溝通管道，無論政策的配合或資料的收集都比過去兼職的公衛護士或院內感染小姐更為可靠，相信假以時日，施以更完整的專業訓練，進一步整合各層級工作，必定可以成為未來台灣防癆工作的尖兵。

## 二、結論與建議

臺灣的結核病工作已經逐漸轉型為以醫院為中心的個案管理，醫療院所挾其完整的資源與民眾的信賴，取代過去以衛生所為基礎的社區型的個案管理。過去兩年多以來，結核病個案管理師在衛生主管單位和健保局的合作策劃下，已經擔下重任，本研究對全國結核病個案管理師進行全面檢視，問卷的內容包括人員的素質、醫院的組織結構、工作內容和對外連繫互動的情形；並且以開放性的問題作焦點訪談，記錄個案管理師對自己工作的現況和困難、與長官或同儕的關係，以下是本研究的結論：

1. 全國專任結核病個案管理師只有 28.3%，基層醫療大都是兼任工作。
2. 全國約 62.9%結核病個案管理師取得疾病管制局核發「結核病個案管理專員」證照，但基層醫療與衛生所明顯偏低。
3. 55.8%的受訪機構有成立類似「結核病診治委員會」組織，討論收案病人治療情形，未成立類似「結核病診治委員會」組織的醫療院所主要是少數區域醫院(11.6%)、地區醫院(50%)和受訪的 32 家衛生所，這些醫療院所卻只有一成定期(每月或每季)參加衛生單位成立之「結核病診療諮詢小組」會議。
4. 衛生所的主要執行結核病衛教指導者為跟診護理人員而不是結核病個案管理人員。
5. 少數醫院確實作到，以病例摘要或結核病個案出院計畫諮詢評估表或兩者均有的方式連絡基層醫療或地段公衛護士。
6. 衛生主管單位規劃的每年 100 個案配置一個案管師的政策應該是合理的工作量。

7. 44.4%的受訪者對「DOTS 計劃」持肯定的答案，區域醫院和地區醫院比醫學中心對這項政策更表示歡迎。
8. 業務量過多時，完整輸入資料和文書工作影響與患者的互動與衛教的時間。
9. 加強專業訓練與統一的作業模式可以使得業務推展更加順暢。
10. 目前個管師在醫院內部與同事互動大致良好，對外互動則以衛生所最為密切。
11. 疾管局結核病資訊網作業系統對個管師的工作很有幫助，個管師上網頻率很高。
12. 取樣台中四家醫院，成立個管專員以來，完治率逐年提昇，已初具成效。

針對以上結論，我們作成以下幾點建議，提供將來擬定相關結核病防治政策參考：

1. 衛生主管單位應加強實地訪查，對於專任且取得疾病管制局核發「結核病個案管理專員」證照的醫院和個管師應給予鼓勵，可行的方法包括在醫院稽查時加分或以公務預算直接補助醫院「結核病個案管理專員」薪資。
2. 目前疾病管制局結核病管理資訊軟體雖然仍有缺點，但是個管師對於取得結核病病人診斷報告之時效很滿意，如果能更進一步簡化，減少文書作業，個管師就可以增加與患者的互動和衛教的時間。
3. 成立類似(院際輪辦)「結核病診治委員會」組織是整合醫院、醫師和公衛之間的衝突的平台，既然健保加強給付方案已有明文規定，應

該給予落實稽查，是否定期舉辦，或每月或每季參加衛生單位成立之「結核病診療諮詢小組」會議。

4. 目前每年 100 個案配置一個案管師的人力，在大型醫院也許是合理的工作量，但是基層醫療不敷成本，如果將來真的”十年減半”之後，兼任人力也是無可厚非，有些醫院套用結核病醫院為中心的個案管理模式於愛滋病，個管師兼職愛滋病個案管理，也許這是彈性解決醫院重複編制各種慢性病個案管理人力問題的方法之一。
5. 制定格式化結核病個案出院計畫諮詢評估表於網站，以作為醫院個案管理師與社區公衛之間的電子溝通平臺，加強兩者相互合作。
6. 有鑒於加強專業訓練與統一的作業模式可以使得業務推展更加順暢，我們編輯「醫療院所結核病個案管理工作指引」手冊一書，可提供新進個管師基本照護參考之用如附錄(三)。

### 三、計畫重要研究成果及具體建議

本研究探討不同特性的醫院在當今政策與健保環境下的結核病個案管理模式，研究顯示：

1. 全國專任結核病個案管理師只有 28.3%，基層醫療的個案管理師大都是兼任工作，雖然調查期間已有 62.9%結核病個案管理師取得疾病管制局核發「結核病個案管理專員」證照，但是大多集中於醫學中心，基層醫療與衛生所明顯不足。
2. 雖然健保加強給付方案已有明文規定，每年收案超過 50 例的醫院必須成立類似「結核病診治委員會」組織討論收案病人治療情形，否則定期(每月或每季)參加衛生單位成立之「結核病診療諮詢小組」會議，但是本研究結果並不如預期。
3. 醫學中心和區域醫院等大型醫院的結核病個案管理人員已經擔負八成以上的結核病個案管理工作，雖然他們對病人與實驗室資料取得時效很滿意，但是對於繁重的文書工作都渴望簡化，如果推出新政策例如 DOTS 和強制住院等，應再增加人手幫忙。

如果醫院的個案管理和社區公共衛生管理模式可以互相配套合作，緊密結合，台灣的結核病防治工作因此可謂成功的進入另一個里程碑。我們作成以下幾點建議，提供將來擬定相關結核病防治政策參考：

#### (一)、人力配置與素質方面：

1. 衛生主管單位應加強實地訪查，對於專任且取得疾病管制局核發「結核病個案管理專員」證照的醫院和個管師應給予加分鼓勵，建議以

公務預算直接補助醫院「結核病個案管理專員」薪資。

2. 每年 100 個個案配置一個案管師的人力，在大型醫院也許是合理的工作量，但是基層醫療卻不敷成本，適當的彈性配置人力，或以兼任院內感染或愛滋病工作或許可行。

(二)、工作內容方面：

1. 簡化減少文書作業，增加個管師與患者的互動和衛教的時間，所有衛教內容建議統一標準化。
2. 建立電子資訊平臺提供醫院與社區公衛之間溝通管道。
3. 鑒於加強專業訓練與統一的作業模式可以使得業務推展更加順暢，我們編輯「醫療院所結核病個案管理工作指引」手冊一書，可提供新近個管師基本照護參考之用如附錄(三)。

(三)、醫療工作方面：

1. 落實稽查是否定期舉辦類似「結核病診治委員會」，討論收案病人治療情形。
2. 加強舉辦個管師和 DOTS 關懷員的專業訓練與研討會，定期進階。
3. 長期追蹤醫院結核病完治率與失落率，考核個管師績效。



## 參考文獻

### 一、英文部分

1. World Health Organization, <http://www.who.int/en>.
2. Global Tuberculosis control-Sruveillance, planning, Fiancing.WHO report 2003. <http://www.who.int/gtb/publications/globrep/intex.html>.
3. Berroa, J. ( 1998 ) Case management: A nursing point of view.
4. International Journal of Tubercle Lung Disease, 2 ( 9 ) , 53-56.
5. Boad JS, Torres MA. Social support services for tuberculosis clients. Felton National Tuberculosis Center 1999.
6. Chaulk CP, Moore-Rice K, Rizzo R, Chaisson RE. (1995). Eleven years ofcommunity-based directly observed therapy for tuberculosis. Journal of the American Medical Association 1995, 274 ( 12 ) , 945-951.
7. Cohen, E. L., & Cesta, T. G. ( 2001 ) .Nursing Case Management ( 3rd. ) . St Louis : Mosby.
8. Challis, D., Chessum, R., Chesterman, j., Luckett, R.,& Traske, K. ( 1990 ) Case management in social and health care : The Gateshead community care scheme. Unpublished master dissertation, University of Kent, Canterbury.
9. Carr, D. D.( 2000 ) . Case management for the subacte patient in a skilled nursing facility. Nursing Case Management, 5 ( 2 ) , 83-92.
10. Dorsinville, M.S. (1998). Case Management of tuberculosis programmes. Bulletin of the International Union Against Tuberculosis & Lung Disease. 66(4) , 195-200

11. Pedro GS, Katherine F, Jaime P, Edith A, Elisabetta R, Gilbert R et al. (2002). Feasibility and cost-effectiveness of standardised second-line drug treatment for chronic tuberculosis patients: a national cohort study in Peru. 359, 1980-1989.
12. Scott, J., & Boyd, M. (2001). Outcomes of community-based nurse case management programs. In E. L. Cohen, & T. G. Cesta. (Eds.) . *Nursing Case Management (3rd.)* (pp.127-137) St. Louis : Mosby.
13. Trella, R. S. (1993), `A Multidisciplinary Approach to Case Management of Frail,
14. Chiang CY, Enarson DA, Yang SL, Suo J, Lin TP.(2002) , The impact of national health insurance on the notification of tuberculosis in Taiwan. *Int J Tuberc Lung Dis.*Nov;6(11) 974-9.
15. Lin RL, Lin FJ, Wu CL, Peng MJ, Chen PJ, Kuo HT.(2006) , Effect of a hospital-based case management approach on treatment outcome of patients with tuberculosis. *J Formos Med Assoc.* Aug;105(8):636-44.

## 二、中文部分

1. 王貴鳳 衛生所辦理結核病業務模式之檢討－以個案管理為例。行政院衛生署疾病管制局主辦。91全國防疫會議報告資料。2002;台南。
2. 行政院衛生署 台灣地區公共衛生發展史(四)。1997 台北。
3. 行政院衛生署疾病管制局網站結核病流行病學專區。摘自 <http://www.cdc.gov.tw>。2005.
4. 中央健保局全民健康保險結核病醫療給付改善方案試辦計畫(93年修正版) 網址：<http://www.nhicb.gov.tw> 2004.

5. 余明治、索任、林淑瑛、吳英和、李俊年、林道平：復興鄉結核病的治療胸腔醫學 1997;12 (1) : 10-6。
6. 杜素貞 個案管理之效益評估—以全膝關節置換術為例。臺北醫學大學護理學研究所碩士論文。2003.
7. 盧美秀、林秋芬、魏玲玲 (1997) 。個案管理與臨床路徑。護理雜誌，44 (5) ，23-33。
8. 盧美秀、林秋芬、魏玲玲 (1997) 。個案管理與臨床路徑。護理雜誌，44 (5) ，23-33。
9. 謝家如。結核病與個案管理模式。護理雜誌2003;50(2):77-80。
10. 索任：台灣防癆工作回顧。感染控制雜誌 2003；13 (3) : 173-9。
11. 楊文達：台灣中區影響結核病個案復發治療之相關因子探討。行政院衛生署疾病管制局九十年度委託研究計畫 2002。
12. 蔡文正、龔佩珍、江自得：全民健康保險肺結核病患醫療改善方案試辦計畫之評估。中央健保局年度委託計畫 2002
13. 張雪芬：論質計酬試辦計畫成效初探—以肺結核疾病為例。中國醫務管理研究所碩士論文 2003
14. 張鴻仁：2000 年我國結核病死亡率能否減半？我國結核病防治問題與策略。胸腔醫學 1997；12：1-3
15. 蔡文正：結核病患失落之因素分析研究。行政院衛生署疾病管制局九十二年度科技研究發展計畫 2003。
16. 謝家如：結核病與個案管理模式。護理雜誌 2003; 50:77-80

17. 李碗萍：醫院結核病個案管理模式之探討。台北醫學大學醫務管理學系碩士論文 2005。

表一、醫療院所與衛生所受訪者之基本資料及比較

結核病個案管理工作人員 基本資料	總計 (n=240)	醫療院所 (n=208)	衛生所 (n=32)	p 值
<b>1. 年齡</b>				
(1). ≤25歲	9 (3.8%)	9 (4.3%)	0 (0.0%)	
(2). 26-30歲	65 (27.1%)	63 (30.3%)	2 (6.3%)	
(3). 31-35歲	68 (28.3%)	63 (30.3%)	5 (15.6%)	
(4). 36-40歲	45 (18.8%)	36 (17.3%)	9 (28.1%)	
(5). 41-45歲	34 (14.2%)	25 (12.0%)	9 (28.1%)	
(6). 46-50歲	12 (5.0%)	8 (3.8%)	4 (12.5%)	
(7). >50歲	7 (2.9%)	4 (1.9%)	3 (9.4%)	
M±SD (min-max)	35.28±6.99 (22-55)	40.91±6.62 (28-54)	34.42±6.65 (22-55)	0.000***
<b>2. 最高學歷</b>				
(1). 高中/職畢	8 (3.3%)	8 (3.8%)	0 (0.0%)	0.068
(2). 大專畢	130 (54.2%)	106 (51.0%)	24 (75.0%)	
(3). 大學畢	97 (40.4%)	89 (42.8%)	8 (25.0%)	
(4). 研究所畢	5 (2.1%)	5 (2.4%)	0 (0.0%)	
<b>3. 實際從事醫院結核病個案照護管理工作之年資</b>				
(1). ≤1年	106 (44.2%)	104 (50.0%)	2 (6.3%)	
(2). 1-3年	97 (40.4%)	91 (43.8%)	6 (18.8%)	
(3). 3-5年	8 (3.3%)	6 (2.9%)	2 (6.3%)	
(4). 5-10年	19 (7.9%)	6 (2.9%)	13 (40.6%)	
(5). 10-20年	9 (3.8%)	1 (0.5%)	8 (25.0%)	
(6). >20年	1 (0.4%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	
M±SD (min-max)	2.70±3.74 (0-23)	1.66±1.50 (0-11)	9.42±6.24 (0.58-23)	0.000***
<b>4. 取得疾病管制局核發「結核病個案管理專員」證照</b>				
(1). 否	89 (37.1%)	59 (28.4%)	30 (93.8%)	0.000***
(2). 是	151 (62.9%)	149 (71.6%)	2 (6.3%)	
<b>5. 目前擔任結核病個案管理之工作性質</b>				
(1). 專任	73 (30.4%)	72 (34.6%)	1 (3.1%)	0.003**
(2). 兼任	164 (68.3%)	133 (63.9%)	31 (96.9%)	
(3). 其他	3 (1.3%)	3 (1.5%)	0 (0.0%)	
<b>6. 所屬單位評鑑等級</b>				
(1). 地區醫院	112 (46.6%)	110 (52.9%)		
(2). 區域醫院	69 (28.8%)	69 (33.2%)		
(3). 醫學中心	17 (7.1%)	17 (8.2%)		
(4). 診所	42 (17.5%)	10 (4.8%)	32 (100%)	

統計方法：t-test， $\chi^2$  test

\*: p<0.05    \*\*: p<0.01    \*\*\*: p<0.001

表二、醫療院所與衛生所的結核病組織管理之比較

結核病衛教管理	總計 (n=240)	醫療院所 (n=208)	衛生所 (n=32)	p 值
1. 醫院成立「結核病診治委員會」類似組織				0.000***
(1).否	106 (44.2%)	74 (35.6%)	32 (100.0%)	
(2).是	<b>134 (55.8%)</b>	<b>134 (64.4%)</b>	<b>0 (0.0%)</b>	
◆召開結核病病歷討論會之期程				
(1).不定期召開		14 (10.4%)		
(2).定期召開		120 (89.6%)		
◆平均多久召開一次結核病病歷討論會				
(1).一週內數次		1 (0.7%)		
(2).每週		8 (6.0%)		
(3).每2週		6 (4.5%)		
(4).每月		20 (14.9%)		
(5).每兩月		8 (6.0%)		
(6).每季		81 (60.4%)		
(7).不定時		10 (7.5%)		
2. 醫院未成立「結核病診治委員會」的類似組織，診治醫師 間隔多久參加衛生單位成立之「結核病診療諮詢小組」				0.002**
	(n=106)	(n=74)	(n=32)	
(1).每月	5 (4.7%)	5 (6.8%)	0 (0.0%)	
(2).每季	5 (4.7%)	5 (6.8%)	0 (0.0%)	
(3).不定時	48 (45.3%)	39 (52.7%)	9 (28.1%)	
(4).不曾參加	48 (45.3%)	25 (33.8%)	23 (71.9%)	
3. 醫院對於非專門診治結核病之醫師，在開立結核病處方時之規定				0.002**
(1).該醫師可逕行開立處方		63 (30.4%)		
(2).須經專治結核病之醫師 簽審或病歷討論會同意 後，始能開立處方		144 (69.6%)		
4. 依目前所執行結核病個案管理的工作經驗，認為專任個案管理專員每年合 理個案管理數				
(1).≤50人		16 (7.7%)		
(2).51-70人		54 (26.0%)		
(3).71-99人		25 (12.0%)		
(4).≥100人		113 (54.3%)		

表三、目前執行的結核病個案管理工作中，那些工作項目沒有多大意義

開放性問題 歸納填寫內容（複選）	總計 (n=240)	醫療院所 (n=208)	衛生所 (n=32)
(0).無	61 (29.3%)	4 (12.5%)	65 (27.1%)
(1).聯繫業務太多	2 (1.0%)	2 (6.3%)	4 (1.7%)
(2).對無病識感或不合作的病人不斷的衛教或電話追蹤回診	50 (24.0%)	10 (31.3%)	60 (25.0%)
(3).調閱病審資料	9 (4.3%)	0 (0.0%)	9 (3.8%)
(4).由醫院執行DOTS相關計畫，文書工作太多，減少個管師時間與對病人的衛教	19 (9.1%)	0 (0.0%)	19 (7.9%)
(5).回覆衛生所就醫回覆單及檢驗報告結果	34 (16.3%)	1 (3.1%)	35 (14.6%)
(6).資料建檔 / 上網輸入檢驗報告	17 (8.2%)	0 (0.0%)	17 (7.1%)
(7).遊民（個案出院後，就失落無法追蹤）	2 (1.0%)	0 (0.0%)	2 (0.8%)
(8).地段與醫療醫師建立病人間之橋樑，常會未回診公衛護士不斷催促病人回診就醫情形	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)
(9).與公衛護士重複的衛教	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)
(10).調閱確診個案之死亡病歷、胸部X光片進行病歷審查	2 (1.0%)	0 (0.0%)	2 (0.8%)
(11).催促驗三套痰較困難，患者配合度差（因常常取不到痰）	5 (2.4%)	16 (50.0%)	21 (8.8%)
(12).就醫日誌（就診手冊）建檔，住院病人就診資料上網登錄	6 (2.9%)	1 (3.1%)	7 (2.9%)
(13).家訪	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)
(14).失落 或 監病人都訪不到（無法追蹤）.	0 (0.0%)	2 (6.3%)	2 (0.8%)

附錄一：

焦點訪談---調查結果

溝通平台之流暢狀況（開放性問卷題項）

表一(1)、醫院內部相關人員互動態度、連繫狀況及處境困難處

	醫院層級				合計
	(1).地區醫院	(2).區域醫院	(3).醫學中心	(4).診所	
<b>高層長官</b>					
(1).有困難	1	1	0	0	2 (7.4%)
(2).無困難	3	3	1	0	7 (25.9%)
(3).尚可	1	1	1	0	3 (11.1%)
(4).良好	1	6	2	2	11 (40.7%)
(5).其他	0	2	2	0	4 (14.8%)
<b>會診醫師</b>					
(2).無	4	4	1	0	9 (33.3%)
(3).尚可	0	0	2	0	2 (7.4%)
(4).良好	1	5	1	2	9 (33.3%)
(5).其他	1	4	2	0	7 (25.9%)
<b>診治醫師</b>					
(1).有困難	0	1	1	0	2 (7.4%)
(2).無	4	3	0	0	7 (25.9%)
(3).尚可	1	1	1	0	3 (11.1%)
(4).良好	0	4	1	2	7 (25.9%)
(5).其他	1	4	3	0	8 (29.6%)
<b>檢驗人員</b>					
(1).有困難	1	0	1	0	2 (7.4%)
(2).無	3	5	1	0	9 (33.3%)
(3).尚可	1	3	1	0	5 (18.5%)
(4).良好	1	4	2	2	9 (33.3%)
(5).其他	0	1	1	0	2 (7.4%)
<b>護理人員</b>					
(1).有困難	1	0	0	0	1 (3.7%)
(2).無	3	5	1	0	9 (33.3%)
(3).尚可	1	2	1	0	4 (14.8%)
(4).良好	1	5	2	2	10 (37.0%)
(5).其他說明	0	1	2	0	3 (11.1%)
<b>其他人員</b>					
(2).無	3	5	1	0	9 (33.3%)
(3).尚可	1	2	1	0	4 (14.8%)
(4).良好	1	4	2	2	9 (33.3%)
(5).其他	1	1	2	0	4 (14.8%)
空白未作答	0	1	0	0	1 (3.7%)



表一(2)、醫院內部相關人員互動態度、連繫狀況及處境困難處

(表一：其他說明)

醫院內部	填寫內容
高層長官	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 對政策不明瞭不認為有存在的必要，無利可圖做越多越賠錢。</li> <li>2. 本院於 93 年起成立 TB 小組，在發生 TB 重大事件或困難時皆會舉辦會議，並邀請以上人員與會，將各單位發現的問題統整討論，隨時提出改善方案，所以互動情形不錯，就算遇到困難也可獲得盡快解決。</li> <li>3. 離我們基層太遠，對我們的工作不甚了解也沒有時間了解。雖不會大力支持但也不會阻力。</li> <li>4. 在高層長官部份覺得不受重視，管理所需之設備提供不足，像是獨立衛教空間、傳真機、聯絡電話、足夠的管理人員等資源設施；單位主管無足夠權利或權限要求相關單位配合各項規範或規定</li> </ol>
會診醫師	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 會診醫師對結核病會診多感到不安</li> <li>2. 本院不會特別排斥 TB 病人</li> <li>3. 遵照會診流程</li> <li>4. 本院於 93 年起成立 TB 小組，在發生 TB 重大事件或困難時皆會舉辦會議，並邀請以上人員與會，將各單位發現的問題統整討論，隨時提出改善方案，所以互動情形不錯，就算遇到困難也可獲得盡快解決。</li> <li>5. 他科醫師不了解 TB 防治現況，自成一格。</li> <li>6. 他科醫師聽到 TB 都會害怕，像是緊急開刀，會做防護，術後只有感控去 FU</li> <li>7. 都是醫護人員，本院會診醫師都願意會診，花東病患很多有不良就醫觀念。</li> </ol>
診治醫師	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有時不喜歡我們提醒驗痰或抽血，因他們有一套診治方法，所以我們也隨性不強制要驗痰或第二階段的抽血。</li> <li>2. 對於複檢上有時較無法配合執行之，有再加強宣導</li> <li>3. 一些主治醫師並不會主動翻閱個案資料，要求個案師提供資料，例如開始用藥治療日期、最近檢查檢驗結果</li> <li>4. 所有醫師都可開 TB 藥，若無經驗會尋求協助；若是處方錯誤會先討論並請更改處方</li> <li>5. 在門診的診治醫師都很好；其他科別要去詢問時間，大部份會配合，也有醫師不了解，會將病人趕出門診，個管師會找高層幫助。</li> <li>6. 比較困難的處境是：各個診治醫師對 TB 的治療總有一套自己的方法，當發生對隔離意見不一時，容易產生衝突。</li> </ol>

醫院內部	填寫內容
檢驗人員	對檢驗環境不放心
護理人員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 看人，不一定。</li> <li>2. 門診資深護理人員因個人因素或其他原因不配合，要求個管師負擔所有結核病相關事項。</li> </ol>
其他人員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 社工會幫忙</li> <li>2. 申報人員</li> <li>3. 在管理作所需之資訊系統建立進度緩慢，相關費用申報設計系統權限不足，受到業務室健保費用申請人員限制，工作效率受到影響</li> </ol>

表二(1)、醫院外部相關人員互動態度及連繫狀況

	醫院層級				合計
	(1).地區醫院	(2).區域醫院	(3).醫學中心	(4).診所	
<b>疾病管制局</b>					
(1).不熟悉	0	0	1	0	1 (3.7%)
(2).無	2	2	2	0	6 (22.2%)
(3).尚可	0	1	1	1	3 (11.1%)
(4).良好	3	6	0	1	10 (37.0%)
(5).其他說明	1	3	1	0	5 (18.5%)
空白未作答	0	1	1	0	2 (7.4%)
<b>疾病管制局之分局</b>					
(1).不熟悉	0	0	1	0	1 (3.7%)
(2).無	2	3	2	0	7 (25.9%)
(3).尚可	0	1	1	1	3 (11.1%)
(4).良好	3	6	0	1	10 (37.0%)
(5).其他說明	1	2	2	0	5 (18.5%)
空白未作答	0	1	0	0	1 (3.7%)
<b>衛生局</b>					
(2).無	2	2	2	0	6 (22.2%)
(3).尚可	0	1	2	1	4 (14.8%)
(4).良好	3	6	1	1	11 (40.7%)
(5).其他說明	1	3	1	0	5 (18.5%)
空白未作答	0	1	0	0	1 (3.7%)
<b>衛生所</b>					
(1).不熟悉	0	0	1	0	1 (3.7%)
(2).無	2	2	0	0	4 (14.8%)
(3).尚可	0	0	1	1	2 (7.4%)
(4).良好	3	8	1	1	13 (48.1%)
(5).其他說明	1	3	3	0	7 (25.9%)
<b>其他醫療院人員</b>					
(1).不熟悉	0	1	0	0	1 (3.7%)
(2).無	1	2	2	0	5 (18.5%)
(3).尚可	0	1	1	1	3 (11.1%)
(4).良好	4	8	0	1	13 (48.1%)
(5).其他說明	1	0	3	0	4 (14.8%)
空白未作答	0	1	0	0	1 (3.7%)

表二(2)、醫院外部相關人員互動態度及連繫狀況

(表二：其他說明)

醫院外部	填寫內容
疾病管制局	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 與醫院外部相關人員皆以電腦登錄網站為主，傳真、電話聯繫為輔</li> <li>2. 政策不明多變，推展的政策可能數月或半年就不見了，...官僚</li> <li>3. 感覺衛生所會打電話查詢個案狀況，且跟醫院搶 KEY IN 完治</li> <li>4. 申請二線藥流程資訊不知如何取得</li> <li>5. 如果是 CDC 或衛生局態度還好，只是態度上有明顯上對下感覺，都只交待事情，感覺無奈。</li> </ol>
疾病管制分局	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 與醫院外部相關人員皆以電腦登錄網站為主，傳真、電話聯繫為輔</li> <li>2. 有困難會問鄰近的個管師</li> <li>3. O 區疾管局 TB 業務換人後互動不佳就少為連絡了</li> <li>4. 有困難時會跟 CDC 反應</li> </ol>
衛生局	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 與醫院外部相關人員皆以電腦登錄網站為主，傳真、電話聯繫為輔</li> <li>2. 常常換人對政策展不能連貫</li> <li>3. 衛生局只是交代事情較多</li> <li>4. 常打電話來問病人情形，資料都已 key 入</li> </ol>
衛生所	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 與醫院外部相關人員皆以電腦登錄網站為主，傳真、電話聯繫為輔</li> <li>2. 人員採工作輪替制對結核病防治不很了解，或未能及時發現問題</li> <li>3. 衛生所只是交待事情</li> <li>4. 衛教技巧不好，未訪視病人</li> <li>5. 衛生所因對口太多，感覺上有部分人員可能較少接觸 TB 業務，很難溝通且態度不佳。</li> <li>6. 有些衛生所人員要求醫療單位在通報個案之前要確認個案通訊資料，若通報的通訊資料不正確(個案已經遷出)反而要求醫療單位必須做更改的動作，而非先收案再轉出給正確的管理單位；個案無痰可收集，一直要求醫療單位務必讓個案收取痰液送檢；個案因有個管師管理，就未家訪追蹤，當個案未回診請地段追蹤，卻無法提供個案資料</li> </ol>
其他醫療院人員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 與醫院外部相關人員皆以電腦登錄網站為主，傳真、電話聯繫為輔</li> <li>2. 與其他醫院聯繫時，如對方也是 TB 個管師能較了解情況就很容易溝通，如無個管師常會碰壁</li> <li>3. 連繫問題的方法</li> <li>4. 公事公辦</li> </ol>

表三、健保局及疾病管制局規範的階段輸入等的執行困難性

(包括網路維護、書面資料每月一次個案管理記錄及個案出院準備計畫諮詢評估表等)

	醫院層級				合計
	(1).地區醫院	(2).區域醫院	(3).醫學中心	(4).診所	
(1).有困難	0	2	0	0	2 (7.4%)
(2).無	3	4	1	1	9 (33.3%)
(3).其他	3	7	5	1	16 (59.3%)

**其他建議說明：**

- [1]. 1.肺外結核之檢驗項目仍無法輸入  
2.沒有體重及用藥顆數，每次公衛都要打電話來問
- [2]. 1.個案階段別是否可自行更新，也好提醒個管師按時鍵入健保代碼  
2.網路無法看到個案藥敏及抗藥報告  
3.一年內重開的個案無法在網路上建檔管理，但通常他們是最需要被管理的一群
- [3]. 本院收案很少，且本身為新上任的個管師，故用紙本紀錄較多，且不會用 CDC 健保專案
- [4]. 有太多的資料要輸入，分別由三位人員兼任，建議 CDC 建置批資上傳相關資料
- [5]. 因個案較多，個管師必須每日上網維護資料，有時較忙 2-3 天無法上網就會被衛生局所追資料；如果疾管局能接受將個案資料以電子檔方式上傳，必能省下個管師許多 key 資料的時間(覺得自己好像是工讀生)，以及衛生局所追資料的時間，多花些時間在病患衛教上，才能與患者良好的互動、獲得患者信賴。
- [6]. 照護日誌可從最近的排序到最久的，初次培養結果陽性應再增加是 TB OR NTM
- [7]. 業務量過多時，無法完整輸入資料
- [8]. 因未接受個案管理的專業訓練，單單只接受之前的管理師的教授及自我摸索，如遇上問題時再電話詢問處理；請辦理相關的教育訓練，以利工作推展。
- [9]. 個案回診用藥或檢驗結果本院已資訊化隔日將紀錄上傳；是否針對醫院可以有個案卡片列印的功能
- [10]. 希望 CDC 能再辦一場有關階段輸入的課程及個案出院準備計畫諮詢評估課程。
- [11]. 若是病人住院的話，執行上尚無太大困難
- [12]. 關於肺外結核的檢體(尿液、膿瘍等)應於通報及健保專案畫面增加欄位，以利公衛護士及個管師輸入資料及查詢

續下頁

---

**其他建議說明：**

- [13]. 健保局與疾管局二者所要求的並不一致，不知道到底要以哪一個單位的要求為主，沒有真正的課程教育如何正確輸入網站資料，各家醫療院所輸入的資料與管理皆不同，某家醫院對於個案轉出的輸入是在管理狀態輸入照護中、結束治療日期、結束治療醫師而非中斷；或個案並未在本家醫院治療仍然狀態在照護中等等；預警查詢在某些時候明明前一日並未出現未用藥天數提醒，隔天卻已經出現未用藥超過 14 天以上，對於繁忙時候提醒資料輸入及個案追蹤就會延遲；個案管需提供書面資料，無法直將有既定格式之畫面將管理資料上傳，量多時費很多時間在書面資料的建檔抄寫
  - [14]. 有時段性，負擔不大，一天大概花費半小時-1 小時，會做住院評估表，出院不會傳真，若特殊個案會打電話，專案會自己收案，追蹤地方在中斷後應有一個備註；就醫日誌中應有之前的記錄
  - [15]. 沒有出院評估表；在網路部份，在申報前一星期做，人力不足，93 年開始加入試辦計畫，那時個案少，現在通報 200 人，本院只收痰陽性。建議：是否通報後直接跳到收案畫面，不要再跑至健保專案內。
-

表四(1)、健保局及疾病管制局規範的結核病個案諮詢討論會

	醫院層級				合計
	(1).地區醫院	(2).區域醫院	(3).醫學中心	(4).診所	
有否具實質意義					
(1).有意義	6	5	3	1	15 (55.6%)
(2).無意義	0	2	0	0	2 (7.4%)
(3).不一定	0	1	0	0	1 (3.7%)
(4).其他敘述	0	5	3	1	9 (33.3%)
治療醫師和各科的互動					
(1).尚可	1	2	1	0	4 (14.8%)
(2).可	1	0	0	0	1 (3.7%)
(3).良好	0	3	1	1	5 (18.5%)
(4).其他敘述	4	6	2	0	12 (44.4%)
空白未作答	0	2	2	1	5 (18.5%)

表四(2)、健保局及疾病管制局規範的結核病個案諮詢討論會

(表四：其他敘述)

醫院外部	填寫內容
實質意義	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有時治療醫師認為還是要繼續吃藥，可是病審結果是可以結束用藥，雖然表單上勾同意，治療上還是繼續給藥</li> <li>2. 本院設有結核病治療管理小組，且治療醫師和各科互動良好，因此少將個案提至結核病個案諮詢討論會。</li> <li>3. 需提供討論的個案，均在晨會討論，不再提送諮詢委員會，晨會對個案之診治因有多位醫師之意見有助益</li> <li>4. 結核病個案諮詢討論會有實質上的意義及需要</li> <li>5. 併入感控會議討論，三個月一次</li> <li>6. 有時討論會所上特殊的個案，有時 CDC 的立場會與醫師的立場看法不同，必竟真正接觸病人的是醫師，所以會選擇合適病人的治療方式</li> <li>7. 醫療院所的規模影響各個醫療人員的互動，要兼顧病患照護、教學、研究，對醫師而言是非常大的負擔，過多的會議對於醫師而言並不是每位醫師都可以參加的，對於討論會議結果所提出的建議，醫師有意見認為質疑其專業，實際效果仍有待評估，且討論出來的意見，高層人員未必採納</li> </ol>

醫院外部	填寫內容
	<p>8. 針對結核病個案諮詢討論會實質上意義有限，只針對常參與的醫師群~卻疏忽了其他科之醫療人員之學習。</p> <p>9. 本院有結核病諮詢小組且每週有固定時間討論結核病個案。</p>
<p>治療醫師和各科的互動</p>	<p>1. 但執行上仍有困難，醫師太忙碌無法參加或來文時效問題等，其他科醫師參加意願不高</p> <p>2. 醫師是他院派來，較無時間教學</p> <p>3. 但對於治療期應 6 個月、9 個月或 1 年以上，許多醫師有著不同的意見，常常委員認為已可完治的個案，診治醫師會認為自己較了解患者狀況，傾向於延長治療期間較為保險。</p> <p>4. 有治療上問題時，治療醫師會和其他科主動連繫</p> <p>5. 各院之作業流程及不同狀況之個案的處理方式可借諮詢討論會上得到明確處置。</p> <p>6. 診治醫師決定收治病人</p> <p>7. 本院治療醫師不見得是胸腔科或感染科醫師，至於醫師的互動我不清楚。</p> <p>8. 目前院內結核病患都是由院長照護，如其他科醫師對病患照護上有問題會直接轉給院，或與院長做討論後再做治療；醫師診斷後經衛教，病患的接受程度不等，病患常會再尋求其他醫院醫師的診斷，有時輕易就改診斷，或以抹片及培養皆為陰性而改診斷。</p> <p>9. 臨床醫師及諮詢委員彼此能教學相長，但礙於相關主治醫師因門診時間或是開刀偶有無法配合的情形。</p> <p>10. 配合度高的醫生，互動不錯</p> <p>11. 因為本院結核病通報與治療醫師約 9 成以上都是胸腔內科及感染科的醫師，他們都有專業能力診斷與治療此類個案；若遇較棘手的個案，他們也會詢問其他醫師的意見。況且院內的會議已經開不了，還要額外安排至少一個月兩次的結核病個案諮詢討論會，既無意義也無時間。</p> <p>12. 試問：為何不將個案諮詢討論會能與『胸腔科學會舉辦之病例討論會各區之月會(2 次/月)』；納入互動性討論。或討論場地可選擇醫療院所舉行，如此可提昇臨床醫師之醫療品質及判讀；且參與的人員就可涵蓋至各科了。</p>



表五、對於疾病管制局的各種政策之了解

例如今年推動的「DOTS 計畫」，在醫院管理個案是否有幫助

	醫院層級				合計
	(1).地區醫院	(2).區域醫院	(3).醫學中心	(4).診所	
(1).沒有幫助	1	4	2	0	7 (25.9%)
(2).有幫助	4	6	1	1	12 (44.4%)
(3).其他	1	3	3	1	8 (29.6%)

表達內容：

- |      |   |
|------|---|
| 沒有幫助 | <ol style="list-style-type: none"> <li>對於不配合的個案有幫助，但對於配合的個案，醫師認為不必要，有時要考慮病人的心情</li> <li>政策多變公文內容無法傳達原意，許多政策只是不斷增加個管師的文書作業，瓜分了管理病人的時間，DOTS 條件外的個案有些可能可需要關心</li> <li>因此計畫才剛執行，作業流程未建立完善、人員對計畫還不熟悉、收案條件又常常改變，對個案管理尚未察覺到有幫助；但是為了配合計畫執行業務量增加而人力還是跟以前一樣，有許多平常性的業務是放在一邊不管了。另，建議疾管局能多對民眾宣傳此計畫，讓一般民眾能了解政府有此計畫在執行。</li> <li>只增加工作上的負荷</li> <li>有醫師反應：有些病人本來就很合作，「都治」對這種病人沒有意義。應針對比較不合作的病人來「都治」，但是不合作的病人往往是拒絕參與「都治」的對象</li> <li>「DOTS 計畫」在醫院管理個案並沒有得到幫助，加重 TB 個管師的 loading 起碼目前我的認知如此。</li> <li>本院乃是協助疾病管制局在推展上配合之角度；因畢竟任何一項政策之推出都是增加人力與工作量的！目前讓醫院單位教為困惑的是：推動的「DOTS 計畫」要醫院單位配合之程度；各地區之衛生所似乎均有著不同程度需求。是否可將其流程採一致性，如此才不會讓醫院單位必須配合不同地區之執行方法~</li> </ol> |
| 有幫助  | <ol style="list-style-type: none"> <li>本院結核病個案病識感高，服從管理，且個案服藥遵從度高，DOTS 計劃應該用於服藥遵從度不佳地區或病患。</li> <li>因病人回診率高，順從性高。</li> <li>醫院與衛生單做配合，有關懷員實際觀察個案可提高病患的服藥率、完治率。但不能以金錢為誘因而來推行這樣的計畫。</li> <li>有些病人是年老、獨居或知識教育水平較低的，對於有人願意幫忙，其實可以增加他們遵從服藥的意願</li> <li>該計畫有觀察員督促個案服用藥物，並注意服藥情形，可提升個案完治率</li> </ol>  |

- 
6. 因病人回診率高，也比較放心，強制隔離只是針對經濟困難或無健保個案辦理，無全面對痰抹陽病人，通常是個管師去解釋，出院時也要自動協尋。**建議**：DOTS 是關懷員送藥，是否可以做行程表，可讓醫師知道 X 光及檢痰時間，好方便醫師開立即醫囑。

其他敘述

1. 對少數未按規服藥者有所助益，對大部份已能按規服藥的者無特殊幫助
  2. 比較針對無健保對象，沒有全面施行
  3. 政策不明，NTM 個案太多，PCR 若能給付，比較省事，衛生單位不要只請個案住院應陪同來院，MDR 個案建議集中管理
  4. 原則上院方表示仍期望地段護士多加強訪查與執行 DOTS，因要病患每日往醫院跑是不可能的，且沒有足夠的經費再聘請人員到病患家中做 DOTS，此為本院之限制
  5. 因本院有縣市衛生局派駐關懷員至本院，能更與公衛緊密連繫了解個案目前就診服藥的狀況，並適時予以轉介服務
  6. 若是針對大環境來說，的確有很大的幫助，但是對於將關懷員放在醫院，我覺得幫助不大。
  7. 各個縣市所執行的規定不同，醫療院所要應付各縣市在執行上的規定是很大的負擔，多數的醫師對於「DOTS 計畫」是什麼根本搞不清楚，每填寫確診評估單都要解釋一次，完成填寫後還要傳真或郵寄回覆，月初還要製表申請費用，都是很大的負擔，請統一基本格式要求、費用申請格式、回覆方式等
  8. 大概了解，衛生所會轉介個案來院，本院的個案視情況做
-

表六、實施結核病衛教與對個案初次衛教前測量其認知程度

	醫院層級				合計
	(1).地區醫院	(2).區域醫院	(3).醫學中心	(4).診所	
初次衛教前測量個案的認知程度					
(1).沒有測量	1	6	0	0	7 (25.9%)
(2).有測量	4	6	5	1	16 (59.3%)
(3).照規範教導灌輸	1	0	0	0	1 (3.7%)
(4).其他敘述	0	1	1	1	3 (11.1%)

表達內容：

沒有測量	<ol style="list-style-type: none"> <li>沒有做初次衛教前測量個案的認知程度，及衛教後的學後測量，因為不知道要做這些，也不知道如何做，但是每一位個案都有經過衛教。</li> <li>本院無此測量表格。若 CDC 能發展出衛教評量表格，對於 TB 個案工作不啻為一裨益。</li> </ol>
有測量	<ol style="list-style-type: none"> <li>並不會針對個案衛教前做特別的認知評估，但是會針對當日個案狀況提供個案可以理解的衛教，若當次無法完整性衛教，也會提供個案的電話，讓個案需要詢問時可以提供諮詢</li> <li>因案教育程度及家庭背景各有不同，因此會針對個案理解程度及家屬間互動情形來規畫衛教內容</li> <li>直接至病房詢問，以衛教表勾選做基本了解，再開始衛教，在原住民方面，會請家屬或原住民護士協助翻譯</li> </ol>
其他敘述	<ol style="list-style-type: none"> <li>有人常常關心，叮嚀服藥，漸進式的讓病人從不合作到漸近信任，互動中衛教，效果亦好</li> <li>針對衛教部份是目前本院初步要執行的工作要點之一。</li> <li>住院病患以護理人員執行，門診由診間護士，若病人太多時會發放衛教單張及專用貼紙；原住民個案以家屬為主，住院病患每週依規範執行並給衛教手冊，若未了解會再重點加強</li> </ol>

表七、實施結核病衛教，於衛教後做學後測量了解個案理解程度

	醫院層級				合計
	(1).地區醫院	(2).區域醫院	(3).醫學中心	(4).診所	
衛教後學後測量，了解個案理解的程度，重新規劃該衛教計畫。					
(1).沒有測量	3	4	2	1	10 (37.0%)
(2).有測量	1	5	2	0	8 (29.6%)
(4).其他敘述	1	4	2	1	8 (29.6%)
空白未作答	1	0	0	0	1 (3.7%)

表達內容：

沒有測量	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 沒有做學後測驗，完治後會做告知定期追蹤 X 光檢查，傳染途徑、症狀等</li> <li>2. 未依規執行，衛教後給單張，以後不定期回覆示教</li> </ol>
有測量	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本院有做學後衛教，依 cdc 專案”結核病個案管理評估表”做一二三四階段評估，評估後並針對不了解之處再加強衛教</li> <li>2. 會有學後評估，講完後會問問題，讓病人回覆示教，連絡電話寫在衛教本。</li> </ol>
其他敘述	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 不會依照規範，但會將用藥上會出現的問題及個人衛生問題先告知，之後再陸續於回診拿藥時衛教或電話衛教，目前無做書面上的衛教學後測量，但口頭上詢問病人了解的程度</li> <li>2. 住院期間個案給與衛教時會依照年齡、學歷，在衛教同時了解個案對疾病的認知情形給予適當衛教，並在個案回答時了解個案理解的程度，再進一步釐清個案對疾病錯誤認知上的指導，且能主動給予個案可諮詢的電話</li> <li>3. 衛教計畫是 case by case，會依據病人的差異性作個別性的衛教，所選擇的教材也會不同，例如不識字的就利用圖片，知識水平較高的甚至可提供 VCD</li> <li>4. 但仍會依照個案的認知程度，將衛教內容作一些調整。</li> <li>5. 目前正在擬辦中</li> </ol>

表八、輸入個案中斷、複查、停藥及完治等資料，  
衛生單位隔多久的時間會來連繫銷案

	醫院層級				合計
	(1).地區醫院	(2).區域醫院	(3).醫學中心	(4).診所	
(1).3天內	1	1	0	1	3 (11.1%)
(2).1週內	1	1	1	0	3 (11.1%)
(3).1-2週	1	1	0	0	2 (7.4%)
(4).不一定	0	3	0	0	3 (11.1%)
(5).其他敘述	2	4	5	1	12 (44.4%)
空白未作答	1	3	0	0	4 (14.8%)

表達內容：

不一定 1. 每個單位不一定，有一週內，亦有一個多月的，各區之衛生單位在效率上是有所不同的；有效率很好的『隔 1-2 天就會來電聯繫』、亦有效率不佳的『到個案都快完治才來電查詢之』。

其他敘述 1. 有些衛生單位不太會來查詢。  
 2. 每星期衛生單位都會電話連繫或自到院了解個案情形，針對中斷個案經醫院連繫後仍未回診者，醫院會主動與衛生單位聯繫，請協助追蹤個案  
 3. 目前銷案動作為衛生所管理，本院未有銷案之動作。銷案前複查檢驗或其他資料未完全，衛生單因手冊收回時做連繫，時間約 1 星期  
 4. 目前並未有主動聯繫的情形，多數是管理個案未回診請地段協助時才發現個案已經轉出或死亡的情形  
 5. 就診手冊會主動填寫，相關資料會主動電話或傳真；衛生所找不到人會打電話詢問，衛生所對找不到病患的遷移事件，沒人接管，爲了績效而爭論太久...  
 6. 主動連繫比較多，若未填黃本，會傳真調查表請醫師填寫；衛生所會打電話一直詢問，CDC 網站上已輸入資料；有照護會後更而直接追蹤個案，因本身不是護理人員，除 TB 以外的疾病無法幫助，有點失落。

表九、疾病管制局結核病資訊網作業系統  
對管理工作的幫助性及上網查詢頻次

	醫院層級				合計
	(1).地區醫院	(2).區域醫院	(3).醫學中心	(4).診所	
<b>工作幫助</b>					
(1).沒有幫助	1	0	1	0	2 (7.4%)
(2).稍有幫助	0	1	1	0	2 (7.4%)
(3).有幫助	5	9	3	0	17 (63.0%)
(4).幫助很大	0	1	1	0	2 (7.4%)
(5).其他敘述	0	2	0	1	3 (11.1%)
空白未作答	0	0	0	1	1 (3.7%)
<b>上網查詢頻次</b>					
(1).每天	2	4	2	0	8 (29.6%)
(2).2-3天	1	2	1	0	4 (14.8%)
(3).3-7天	0	1	0	0	1 (3.7%)
(4).1-2週	2	0	0	0	2 (7.4%)
(5).不定時	1	2	0	1	4 (14.8%)
(6).無	0	1	0	0	1 (3.7%)
(7).其他說明	0	3	1	0	4 (14.8%)
空白未作答	0	0	2	1	3 (11.1%)

表十、對疾病管制局結核病資訊網作業系統之建議

**建議內容**

1. 希望 CDC 能多設計一些課程給東區的個管師上課，個管師不懂健保改善專案
2. 培養項目請增加 ST、NTM OR TB
3. 資訊網內的資料對個案管理有很大的幫助，尤其是在追蹤患者的「連續管理預警清冊查詢」、全面品質管制，建議「階段別照護清冊」剔除已銷案或中斷之個案能更符合使用。另，因本院個案較多個管師已天天上網維護資料，還是無法滿足衛生單位的需求，天天來電詢問患者有無回診、驗痰、照 X 光，實在不勝其擾。
4. 設置疑問解答區
5. 希望此作業系統操說明，CDC 能夠提供相關課程或是電腦視訊畫面教導如何操作及其他功能說明，增加收尋之便利性
6. 將實際執行管理的人員資料建檔，提供的疾病資訊、政府規定與政策、課程訊息，對管理工作也有幫助；補助醫療院所在管理工作上的設備或要求醫療院所必須配合的設備，管理項目，減少管理師必須做額外的業務。
7. CDC 照護率計算太籠統，即使中斷也有追蹤，本院分院多，無法全部加入專案，但仍會管理，此時無法輸入資料，原住民個案多，經濟問題是會造成服藥順從性低的要因。

附錄 二：

2002 年~2005 年台中地區四家醫院 TB 個案通報與銷案原因分析

2002 年~2005 年台中地區四家醫院 TB 個案通報人數(%)

個案管理醫院	通報建檔年份				合計
	2002	2003	2004	2005	
A 醫院	234(16.2%)	208(16.6%)	255(18.8%)	218(18.6%)	915(17.5%)
B 醫院	493(34.1%)	387(30.9%)	424(31.2%)	308(26.2%)	1612(30.8%)
C 醫院	265(18.4%)	267(21.3%)	240(17.7%)	207(17.6%)	979(18.7%)
D 醫院	452(31.3%)	390(31.2%)	438(32.3%)	441(37.6%)	1721(32.9%)
合計	1444	1252	1357	1174	5227

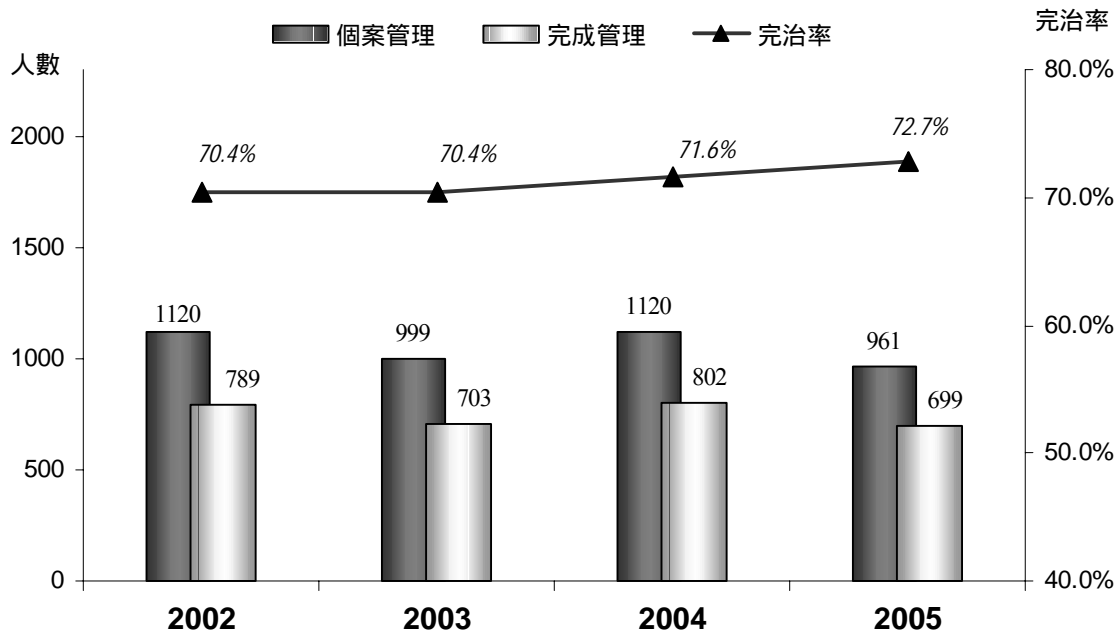
2002 年~2005 年台中地區四家醫院通報 TB 個案銷案原因之人數(%)

銷案原因	通報建檔年份				合計
	2002	2003	2004	2005	
(1).完成管理	787 (70.3%)	703 (70.4%)	802 (71.6%)	699 (72.7%)	2991 (71.2%)
(2).死亡	293 (26.2%)	256 (25.6%)	271 (24.2%)	190 (19.8%)	1010 (24.0%)
(3).轉出	30 (2.7%)	30 (3.0%)	34 (3.0%)	31 (3.2%)	125 (3.0%)
(4).不合作	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	1 (0.0%)
(5).未銷案	5 (0.4%)	4 (0.4%)	10 (0.9%)	40 (4.2%)	59 (1.4%)
(6).其他	5 (0.4%)	6 (0.6%)	2 (0.2%)	1 (0.1%)	14 (0.3%)
合計	1120	999	1120	961	4200

註：上表未含外籍人士，並未包含重開的個案。 表中 (%)為 col%。



2002 年~2005 年台中地區四家醫院通報 TB 個案銷案原因之趨勢圖



2002 年~2005 年台中地區四家醫院通報 TB 個案之銷案原因

個案管理醫院 銷案原因	通報建檔年份				合計
	2002	2003	2004	2005	
<b>A 醫院</b>					
(1).完成管理	146(74.9%)	126(76.4%)	142(65.4%)	112(64.4%)	526(70.0%)
(2).死亡	24(12.3%)	15(9.1%)	38(17.5%)	23(13.2%)	100(13.3%)
(3).轉出	22(11.3%)	23(13.9%)	32(14.7%)	28(16.1%)	105(14.0%)
(4).不合作	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
(5).未銷案	1(0.5%)	0(0.0%)	3(1.4%)	11(6.3%)	15(2.0%)
(6).其他	2(1.0%)	1(0.6%)	2(0.9%)	0(0.0%)	5(0.7%)
<b>B 醫院</b>					
(1).完成管理	258(69.0%)	223(67.2%)	259(71.7%)	195(72.5%)	935(70.0%)
(2).死亡	111(29.7%)	104(31.3%)	100(27.7%)	62(23.0%)	377(28.2%)
(3).轉出	5(1.3%)	4(1.2%)	1(0.3%)	1(0.4%)	11(0.8%)
(4).不合作	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
(5).未銷案	0(0.0%)	0(0.0%)	1(0.3%)	11(4.1%)	12(0.9%)
(6).其他	0(0.0%)	1(0.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(0.1%)

個案管理醫院 銷案原因	通報建檔年份				合計
	2002	2003	2004	2005	
<b>C 醫院</b>					
(1).完成管理	130(68.8%)	129(69.7%)	134(77.0%)	140(81.4%)	533(74.0%)
(2).死亡	57(30.2%)	53(28.6%)	37(21.3%)	25(14.5%)	172(23.9%)
(3).轉出	1(0.5%)	1(0.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	2(0.3%)
(4).不合作	0(0.0%)	0(0.0%)	1(0.6%)	0(0.0%)	1(0.1%)
(5).未銷案	0(0.0%)	1(0.5%)	2(1.1%)	6(3.5%)	9(1.3%)
(6).其他	1(0.5%)	1(0.5%)	0(0.0%)	1(0.6%)	3(0.4%)
<b>D 醫院</b>					
(1).完成管理	253(69.9%)	225(71.0%)	267(72.6%)	252(72.8%)	997(71.6%)
(2).死亡	101(27.9%)	84(26.5%)	96(26.1%)	80(23.1%)	361(25.9%)
(3).轉出	2(0.6%)	2(0.6%)	1(0.3%)	2(0.6%)	7(0.5%)
(4).不合作	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
(5).未銷案	4(1.1%)	3(0.9%)	4(1.1%)	12(3.5%)	23(1.7%)
(6).其他	2(0.6%)	3(0.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	5(0.4%)

### 2002 年~2005 年台中地區四家醫院完成管理結核病個案及完治率

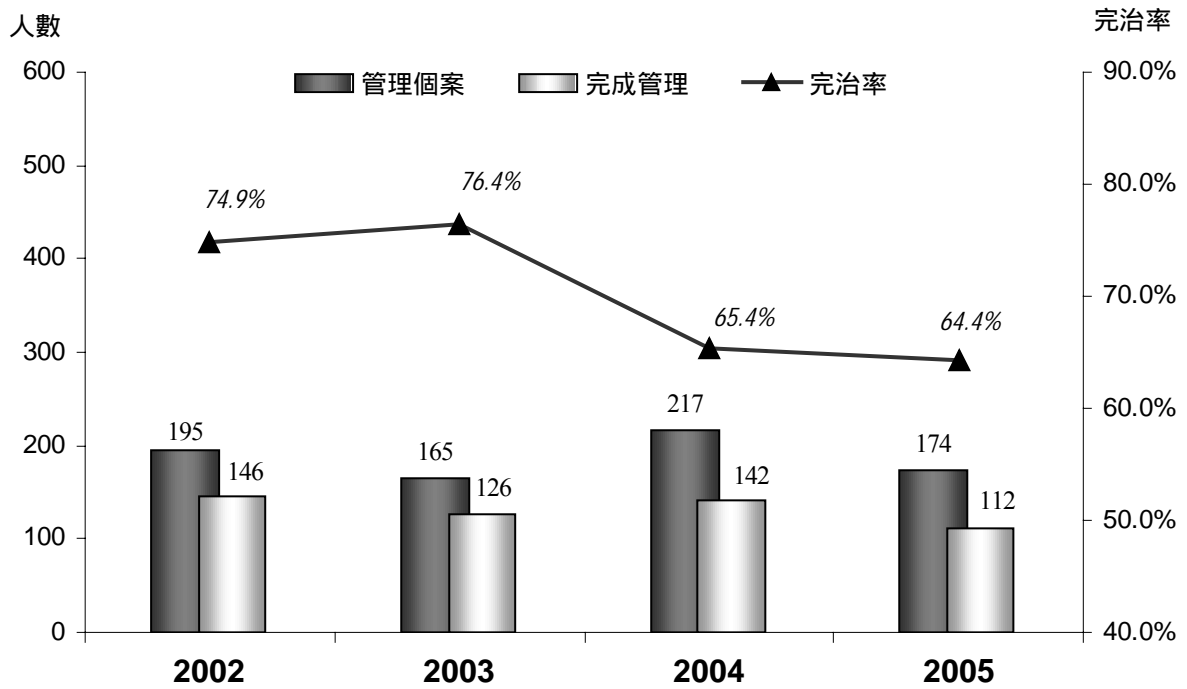
個案管理醫院	通報建檔年份				<sup>2</sup> test p 值
	2002 n (%)	2003 n (%)	2004 n (%)	2005 n (%)	
A 醫院	146 (74.9%)	126 (76.4%)	142 (65.4%)	112 (64.4%)	0.017*
B 醫院	258 (69.0%)	223 (67.2%)	259 (71.7%)	195 (72.5%)	0.429
C 醫院	130 (68.8%)	129 (69.7%)	134 (77.0%)	140 (81.4%)	0.017*
D 醫院	253 (69.9%)	225 (71.0%)	267 (72.6%)	252 (72.8%)	0.800
總 計	787 (70.3%)	703 (70.4%)	802 (71.6%)	699 (72.7%)	0.571

百分比事後多重比較結果：

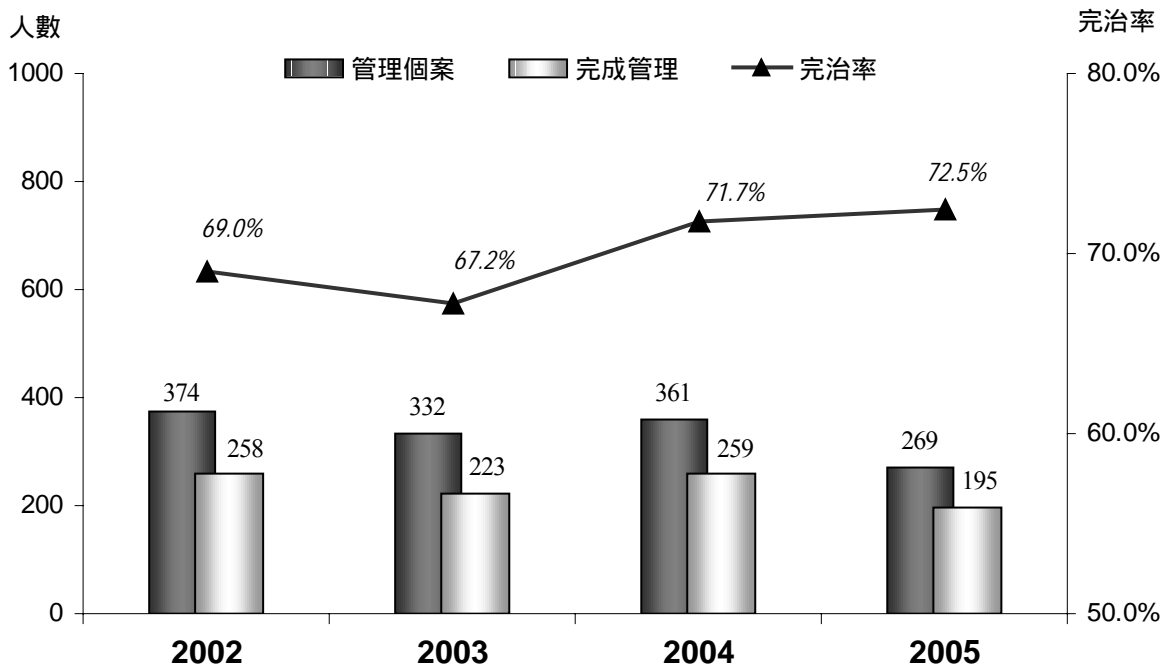
A 醫院完治率：2004, 2005 年顯著低於 2002 及 2003 年 (P<0.05)

C 醫院完治率：2002, 2003 年顯著低於 2005 年 (P<0.05)

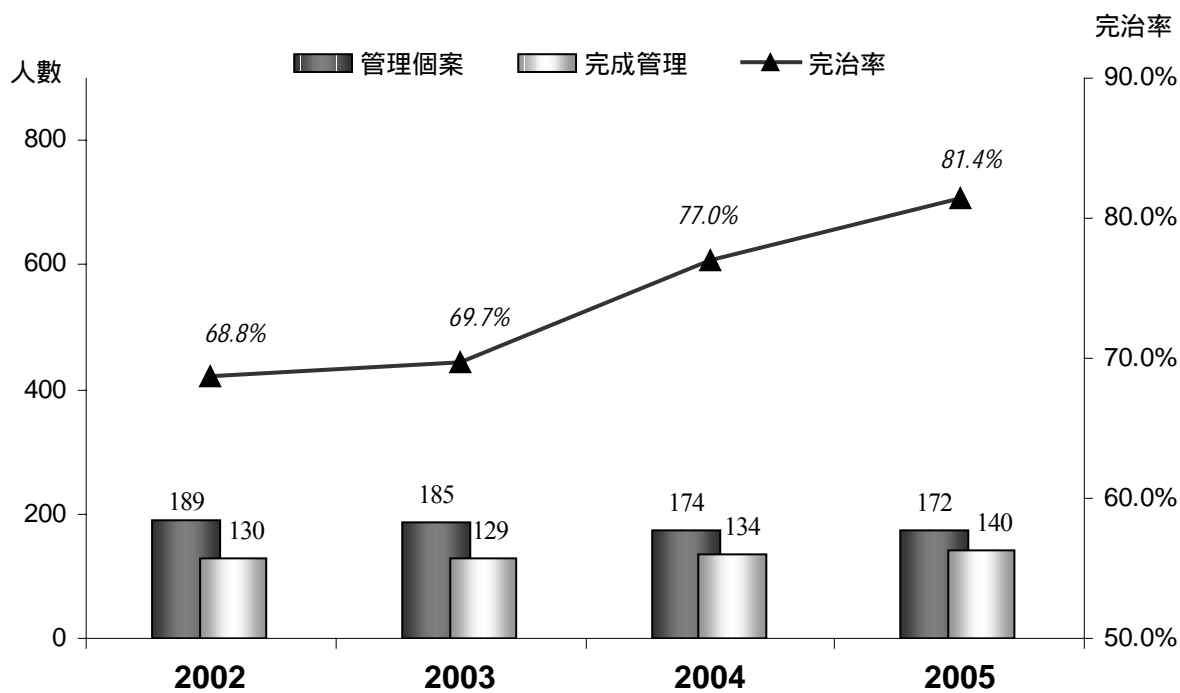
2002 年~2005 年 A 醫院結核病個案通報數及完治率



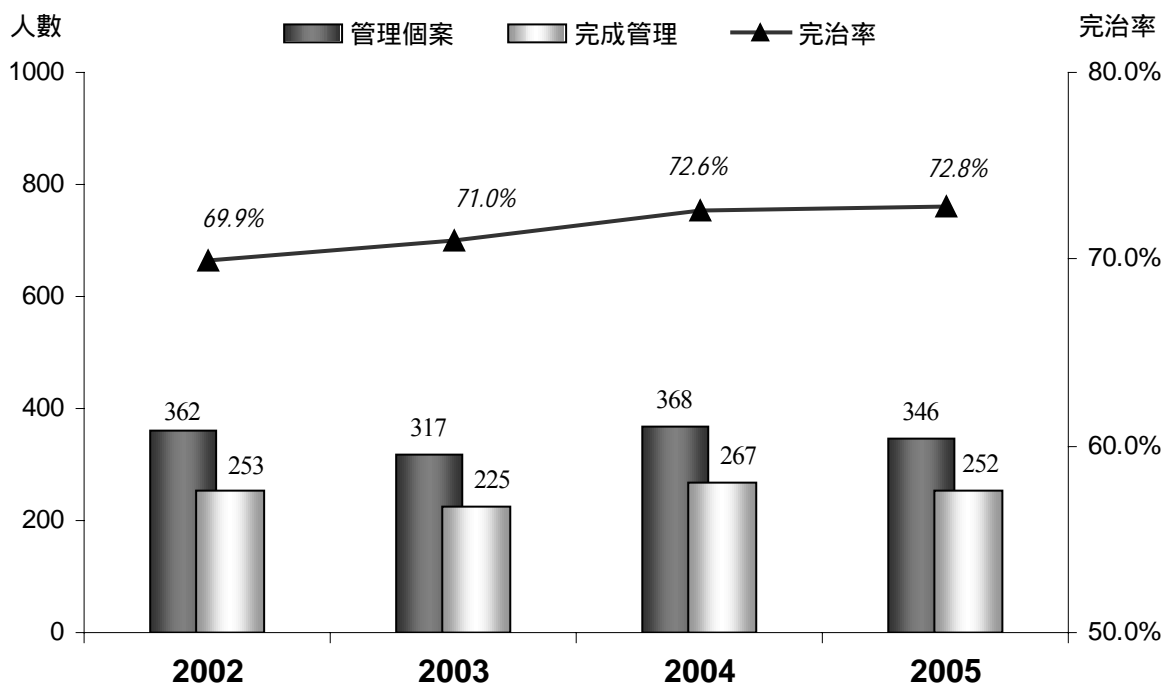
2002 年~2005 年 B 醫院結核病個案通報數及完治率



2002 年~2005 年 C 醫院結核病個案通報數及完治率



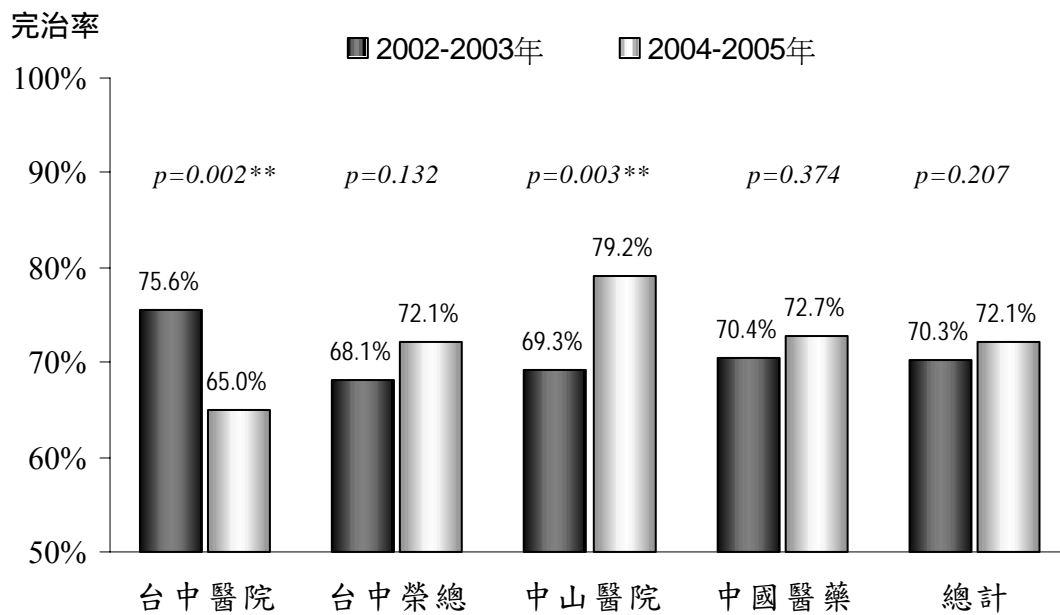
2002 年~2005 年 D 醫院結核病個案通報數及完治率



2002-3 年 vs 2004-5 年台中四家醫院完成管理結核病個案及完治率

個案管理醫院	通報建檔年份		<sup>2</sup> test p 值
	2002-2003 n (%)	2004-2005 n (%)	
A 醫院	272 (75.6%)	254 (65.0%)	0.002*
B 醫院	481 (68.1%)	454 (72.1%)	0.132
C 醫院	259 (69.3%)	274 (79.2%)	0.003**
D 醫院	478 (70.4%)	519 (72.7%)	0.374
總 計	1490 (70.3%)	1501 (72.1%)	0.207

2002-3 年 vs 2004-5 年台中四家醫院總計完成管理結核病個案及完治率



## 『台灣地區醫療院所結核病個案追蹤管理模式研究探討』問卷調查

編號：\_\_\_\_\_ 醫院名稱：\_\_\_\_\_ 評鑑等級：\_\_\_\_\_

受訪者姓名：\_\_\_\_\_

### 壹、基本資料

1. 您的年齡是\_\_\_\_\_歲。
2. 您的最高學歷是：  
 (1) 高中/職畢業  (2) 大專畢業  (3) 大學畢業  (4) 研究所畢業。
3. 您的實際從事醫院結核病個案照護管理工作之年資：\_\_\_\_\_年。
4. 您是否已取得疾病管制局核發之「結核病個案管理專員」證照：  
 (1) 否  (2) 是
5. 您目前擔任結核病個案管理之工作性質為：  
 (1) 專任  (2) 兼任  (3) 助理  (4) 其他(請說明：\_\_\_\_\_ )。

### 貳、結核病組織管理

1. 貴院是否有成立「結核病診治委員會」的類似組織，以討論收案病人之治療情形？  
 (1) 否 【回答此項者請跳至第2題。】  
 (2) 是 【請續答下面的題目。】
  - 1-1. 貴院召開結核病病歷討論會之期程？  
 (1) 不定期召開  (2) 定期召開。
  - 1-2. 貴院平均多久召開一次結核病病歷討論會？  
 (1) 一週內數次  (2) 每週  (3) 每2週  (4) 每月  (5) 每季  (6) 不定時。
  - 1-3. 貴院是否會要求所有診治醫師均需出席結核病病歷討論會？  
 (1) 否  (2) 是

1-4. 貴院非專門診治結核病之醫師出席結核病病歷討論會的情形如何？

(1) 未曾出席     (2) 偶而會出席     (3) 幾乎都會出席

2. 貴院未成立「結核病診治委員會」的類似組織，診治醫師間隔多久參加衛生單位成立之「結核病診療諮詢小組」？

(1) 每月     (2) 每季     (3) 不定時     (4) 不曾參加。

3. 貴院對於非專門診治結核病之醫師，在開立結核病處方時有何規定？

(1) 該醫師可逕行開立處方。

(2) 須經專門診治結核病之醫師簽審或病歷討論會同意後，該醫師始能開立處方。

4. 依目前您所執行結核病個案管理的工作經驗，您認為專任個案管理專員每年合理之個案管理數應為多少？ \_\_\_\_\_ 人。

(註：目前健保方案，建議醫院在通報結核病病人數每達 100 人時，建議設置個案管理專員一人。)

### 參、開放性問卷

1. 您目前所執行的結核病個案管理工作中，您認為有那些工作項目僅是耗費時間，卻沒有多大意義？

---

**最後代表本計畫主持人致謝，感謝您配合本次的電話問卷！**

附錄三、

# 醫療院所結核病個案管理工作指引 —基本照護



## 目錄

第一章 管理目標 .....	57
第二章 結核病通報系統 .....	58
第三章 治療經過 .....	62
第四章 檢查經過 .....	64
第五章 住院、急診、門診衛教指導 .....	66
附表一 結核病病患管理期間照護評估記錄表 .....	76
附表二 醫院結核病管理照護記錄單 .....	78
附表三 醫院結核病病患追蹤轉介單 .....	80
附表四 結核病病患醫療照護轉介單 .....	81
附表五 結核病防治照護工作自我評量 .....	83

# 認識結核病的傳染機制

## ——知己知彼 保護自己

### 第一章、管理目標

#### (一)增進病人及主要照顧者對結核病的認識

- 1.瞭解結核病的病因與傳染途徑，避免傳染他人或受感染。
- 2.瞭解結核病的早期症狀，及早就醫。
- 3.瞭解遵從醫囑服藥及定期接受檢查的重要性。
- 4.瞭解防疫機關結核病防治相關作業規範。

#### (二)提供病患住院、門診治療護理服務

- 1.以病患為中心提供整體性、持續性、協調性的醫療照護，建構標準化的應用資源，持續不斷追蹤達成事先預定的結果目標：
  - (1).協助病患病情控制穩定，查痰陽性病患儘速陰轉。
  - (2).指導病患及家屬呼吸道衛生與咳嗽禮節、痰的處理方式，減少傳染他人的機會。
  - (3).疑似結核病個案確診的追蹤及處理。
  - (4).勸導確診病患的接觸者了解疾病的傳染途徑，儘速接受檢查，若發現有病即刻接受治療。
  - (5).指導結核病病患治療相關措施。
  - (6).無健保經濟困難或其他因素協助提供免費藥申請。
- 2.住院期間實施都治計畫(DOT，Directly Observed Treatment)。

#### (三)提供在院治療病患各項資料維護

- 1.院內各項治療及照護記錄等資料記錄並效果分析。
- 2.設立諮詢窗口，解決有關結核病之疑義。
- 3.維護疾病管制局-結核病網站。
- 4.常規執行結核病防治措施，預防院內群聚事件發生。
- 5.群聚事件發生時，應加強控制疫情並提供緊急疫情調查資料。

## 第二章、結核病通報系統

病管制局為加強結核病通報工作，強化結核病人因症就診、被動發現機制，已改善通報流程，提供更多更好的通報方式（除網路通報外，電腦自動通報、實驗室通報），便利醫師通報；同時也將注意通報品質，針對醫院通報的時效、主管機關收案列管時效提出改進方案，讓好不容易找到的結核病患都能以最高的效率納入照護管理機制。

項目	收集資料 (詢問、觀察、檢查及記錄)	確定問題及指導
收集彙整通報病例	1.準備管理照護人員基本資料申請網路通報及管理的帳號 2.收尋範圍：急診、各科門診及病房、體檢中心、實驗室、病理室等單位 3.進入 <a href="http://www.cdc.gov.tw">http://www.cdc.gov.tw</a> 疫情訊息/監測通報/通報入口/ 傳染病個案通報系統-醫師診所版/ <u>結核病傳染病通報</u> 疫情訊息/監測通報/通報入口/ <u>中央傳染病追蹤管理系統</u>	結核病分類於第三類傳染病；依傳染病防治法三十七條，第三類傳染病應於一週內完成報告。 依院內軟體條件規畫通報作業流程來收集病例，凡來院病人診治之主診斷碼為結核病(010-018)或實驗室及病理室檢查結果為結核桿菌者，於一週內登錄疾病管制局網站之「傳染病通報管理系統」通報完成，以免遺漏受罰。
病例網路通報登錄  ※為必填欄位 一般基本資料 ※1.院所代碼	1.進入中央傳染病追蹤監視系統/疫情通報/衛生機關結核病疫情網路通報系統 2.輸入個案身分證號並點選確定，進入「醫療院所結核網路通作業」  雖為必填欄位，已設定自動帶入	本國籍依身份證十位數，非本國國民時依護照或居留證號碼 身份証號如有異常，會有警示對話方塊，請複檢無誤可按「正確」強行進入。  以登錄者的院所代碼，系統自動帶入，務必再核對之

項目	收集資料 (詢問、觀察、檢查及記錄)	確定問題及指導
※2.院所電話 ※3.診斷醫師 4.院所傳真電話 ※5.病患姓名 ※6.性別 ※7.身分證號  ※8.出生日期  9.電話一/二  10.職業  11.身分別  12.婚姻狀況  ※13.通訊地址  14.戶籍地址	填入上可方便聯絡的號碼 填入該病患的診治醫師 填入上可方便傳送資料的號碼 依證件上資料輸入 下拉式點選：男、女 雖為必填欄位，已設定自動帶入  下拉式點選：年、月、日  電話一填入可連絡病患的電話 電話二填入緊急連絡的備用電話  下拉式點選： 教師：含校園工作者；在學學生； 醫護：含醫院工作者；役男：體 檢發；現役軍人；監獄居留所； 職業駕駛；其他  下拉式點選： 一般國民、外勞、外籍人士、外籍  配偶：含大陸配偶、大陸人士、 遊民、證號不詳  下拉式點選：未婚、有偶、離婚、 喪偶  下拉式點選：縣市、鄉鎮區別、 詳細地址 填入病患身分證的住址	進入本通報作業時所填之 身分證號系統自動帶入， 務必再核對之  民國前之病患請點選民國 1年  電話一/二應維持可隨時找 到病患的電話，以利不時 之需。  以職業類別區分管理追蹤 的模式，雖不是必填欄 位，仍建議點選，以利公 共衛生或醫院管理者設計 該病患管理照護計畫。  身份証號如有異常，按正 確強行進入者，應點選”證 號不詳”  有偶含無婚姻關係者  ◎ 詳細地址是開放式的，請 填入完整的路(街)、巷弄 及號碼，以利公共衛生管 理者前往訪視。 病患如有輪流居住的情形， 請輸入主要照顧者的 住址。

項目	收集資料 (詢問、觀察、檢查及記錄)	確定問題及指導
※15.病歷號 ※16.診斷日期 ※17.報告日期 18.死亡日期 19.衛生局收到日 20.肋膜積水 21.肺外依據 22.X光診斷日 23.X光診斷結果 24.X光診斷單位 25.痰塗片日	依院內病歷上記載的號碼輸入 下拉式點選，依據病歷記載日期 下拉式點選 下拉式點選，依病歷內醫師記錄死亡之日期 衛生局審核通報資料之日期 下拉式點選：是、否 下拉式點選： 結核性腦膜炎(013) 淋巴結核(017) 骨及關節結核(015) 泌尿及生殖系結核(016) 皮膚及眼結核(017) 消化道結核(014) 其他器官結核(017) 粟粒狀結核(018) 填入胸部X光檢查日期，亦可點選「同診斷日」 下拉式點選： 正常 異常，但無空洞 異常，且有空洞 不同院所時請填入X光診斷單位，相同單位時可點選「同通報院所代碼」 填入痰液塗片檢查日期，亦可點選「同診斷日」	病患失落屢找不到，可以戶籍地址的戶長請求協尋。 備用於查詢或申請資料 檢視病歷內最近就醫，主診斷碼010-018之診斷日期。 當日進入系統操作之日期。 上網通報時病患已死亡，請填入日期，提供公共衛生管理者，採適當的方式家訪。 診斷胸腔積水之病患是否送胸水檢驗 依據病理檢驗結果之診斷碼 肺外結核病患亦需照胸部X光片，必需提醒診治醫師開處方。 ◎ 痰液檢體採集後應儘速送檢驗，送驗三套痰是為不同

項目	收集資料 (詢問、觀察、檢查及記錄)	確定問題及指導
26.痰塗片結果  27.痰塗片單位  28.痰培養日  29.痰培養結果  30.痰培養單位	點選「陽性、陰性、已驗未出」三種選項。  檢查單位同通報單位可點選「同通報院所代碼」；如不同時請輸入查單位。  填入痰液培養檢查日期，亦可點選「同診斷日」  點選「陽性、陰性、已驗未出」三種選項。  檢查單位同通報單位可點選「同通報院所代碼」；如不同時請輸入查單位。	之三天採集。  ◎ 每套痰液送驗應同時做塗片及培養檢查，培養結果為陽性時再做菌種鑑別診斷，如屬結核桿菌續做藥物敏感試驗，有藥物敏感試驗之結果應送診治醫師再審慎判斷治療處方是否合宜。  捲軸往上，再次檢查所填各欄資料無誤時，點選「送出」，即是完成通報作業。為確定是否完成通報，可以身分證號查詢檢視之。

### 第三章：治療過程

項目	收集資料 (詢問、觀察、檢查及記錄)	確定問題及指導
<p>1. 治療史： 無____ 有____</p> <p>藥名：</p> <p>時間：____年____月至 ____年____月</p> <p>過去就醫地點： 醫院名稱及病歷號碼</p> <p>2. 慢性病史： 糖尿病____ HIV____ 其他____</p> <p>3. 體重：____公斤</p> <p>4. 視力：日期____ 左____右____</p>	<p>問法： 「您以前有沒有得過結核病？」 例：無 ； 有</p> <p>問法： 「您曾服用過什麼藥？什麼時候用的？」 例：INH+EMB+RMP 93年5月至93年11月</p> <p>採暗示問法收集資料並記錄之，病歷號無法回答的可以身分證號查詢。 例：○○醫院(診所) 地點：台北市</p> <p>採暗示問法收集資料並記錄之。</p> <p>宜採實際測量方式取得。</p> <p>視力檢查方式： 評估個案之裸視視力，使用史氏視力表(Senllen eye chart)讓病患距離圖表6公尺處，分別測兩眼視力(技術如眼科檢查)；視力表上之光度，應要有500光度才符合標準。</p> <p>視力記錄方式： 病患能分辨出一半以上最小圖</p>	<p>過去治療情形，可作為目前給藥之參考</p> <p>問及過去經歷，病患多數會以回憶式的描述，不要急著結束問題，必需給其較多時間述說。</p> <p>可提供抗結核藥物樣本，增加記憶來定。</p> <p>收集此資料目的：</p> <p>(1) 結核病治療期間，複查結果之判定須和過去的X光片做比較，應將有關之醫療院所資料記錄，便於連繫。</p> <p>(2) 瞭解過去治療方式是否不當，可作為判斷治療與指導依據。</p> <p>合併慢性病治療時，病患服用多種藥物將會影響順從性。</p> <p>◎ 提供診治醫師開立RMP計算用。</p> <p>視力檢查</p> <p>1. 作為判斷病患是否繼續服用孟表多(EMB)之參考</p> <p>2. 凡有服用孟表多(EMB)之病患應作此項檢查。</p> <p>3. 檢查時間與問題處理： 初次指導時要做視力及色彩辨識檢查。 複診時，每次就診前應注意病患是否有視力</p>

項目	收集資料 (詢問、觀察、檢查及記錄)	確定問題及指導
<p>5. 本次開始治療(含重開治療):</p> <p>日期: ____年____月____日</p> <p>治療方式:</p> <p>結核病處方:</p> <p>6. 領藥記錄</p> <p>日期</p> <p>藥物種類與劑量及天數</p>	<p>形之該行，即為其視力並記錄之。</p> <p>例：93.05.01 (左0.8右0.7)</p> <p>收集個案開始接受治療之日期、治療方式。</p> <p>例：初次治療、肺外治療、補充治療、多重抗藥治療</p> <p>依病患領藥日期及領藥資料如下：</p> <p>起 93 05/01-05/14 (14天)</p> <p>INH 100mg 90#</p> <p>EMB 400 mg 60#</p> <p>RMP 300 mg 60#</p> <p>PZA 1500 mg 90#</p>	<p>模糊之主訴。若有不適，應立刻複查視力及色彩辨識，並記錄結果。</p> <p>有問題者，應告知診治醫師參酌；嚴重者應立刻轉至眼科處理。</p> <p>◎ 重開治療：病患曾經完成治療之後再復發，經審查小組鑑定後，需重新開案治療與管理。</p> <p>◎ 記錄領藥資料，作為治療參考及管理連繫之用</p>



## 第四章、檢查過程

項目	收集資料 (詢問、觀察、檢查及記錄)	確定問題及指導
<p>1. 痰液檢查 (日期及結果)</p> <p>2. 其他檢體檢查 (日期及結果)</p>	<p>填檢查之日期及檢查之結果</p> <p>類別： 塗片檢查、檢體培養、菌種鑑定、抗藥性試驗、血液生化檢查</p> <p>驗痰記錄法分為： 例：M+(Mycoscopy 塗片陽性)、 C+(Cultreurel 培養陽性)、 NTM、MOTT</p>	<p>◎ 記錄「初次」檢查之日期與檢查結果，作為治療後，病情改變狀況之比較。</p> <p>◎ 驗痰次數及間隔是依據疾病管制局或全民健康保險局之規定送驗，或地方衛生主管機關(衛生局)特殊加強計畫送驗。</p> <p>◎ 驗痰之目的： 了解治療後病患痰中的細菌是否由陽性轉為陰性。醫師將依結果判斷病情之預後，並決定是否完成治療。</p> <p>◎ 痰檢體之收集方法： 以清晨起床尚未喝水及刷牙，先用冷開水漱口後咳的第一口痰較為理想。</p> <p>◎ 收集痰檢體及檢驗原則： 治療期間依醫囑送痰液檢查，痰塗片及痰培養均應同時送檢。 痰塗片：治療前未作痰塗片者，應補送痰塗片檢查。 痰培養：檢體需送至設備完善之醫療機構檢查，一般需經6-8週的培養才知道結果。</p>
<p>3. X光檢查 (日期及結果)</p>	<p>記錄 X 光檢查日期、結果及檢查單位</p> <p>例：930701 進步</p>	<p>依胸部 X 光檢查結果，判定病情是進步、惡化或無變化。</p> <p>◎ 治療期間複查之目的： ※ 服藥滿兩個月複查之結果為鑑定治療方式之正確性；鑑定結果為進步、無變</p>

項目	收集資料 (詢問、觀察、檢查及記錄)	確定問題及指導
<p>4. 銷案： 日期 原因</p>	<p>需符合條件才能銷案</p>	<p>化則按醫囑繼續服藥，或有相關檢驗結果佐證改診斷。</p> <p>※服藥期滿複查之結果為判定各種治療方式能否停藥、延長治療、或改變治療方式。</p> <p>※結核病就診手冊需詳領藥及複查記錄。</p> <p>註：</p> <p>1. 治癒：初次檢查痰陽性病患，按規定期間服藥期滿胸部 X 光穩定、經醫師判定可停藥、及查痰陰性者。</p> <p>2. 完成治療(服藥期滿):按規定期間服藥期滿胸部 X 光穩定、經醫師判定可停藥、但未查痰者。</p> <p>3. 銷案後痰培養結果為陽性者需送審重開案治療。</p> <p>※ 完成管理：依各種治療方式服滿藥物，經複查後醫師判定為治癒及完成治療(服藥期滿)者。</p> <p>※ TB 死亡：結核病死亡者</p> <p>※ 非 TB 死亡：其他原因死亡者。</p> <p>※ 改診斷：經醫師改診斷為非 TB 者。</p> <p>※ 失落：中斷治療兩個月的病患。</p>

## 第五章、住院、急診、門診衛教指導

一、收案：減少健康照護相關的感染風險；所有通報的病患皆應列入管理並妥善照護。

收集資料 (詢問、觀察、檢查及記錄)	確定問題及指導
<p>對象：疾病診斷碼為010-018者 時間：完成疾病管制局網站之結核病傳染病通報系統後列入。</p>	<p>依傳染病防治法三十七條，第三類傳染病應於一週內完成報告；疾病診斷碼為010-018者均屬通報病例，因為疾病診斷碼無疑似及確診之區分，故臨床醫師無法區分確診和疑似病例；疑似病例需要有一段時間來追蹤病患的症狀及檢查，檢查資料經醫師審慎判斷才決定是否需要開始漫長的治療，以致初次衛教時第一時間要先詳閱病歷內記載病患之診斷。</p>
<p>分類： 1. 病患之檢驗結果為陽性經確認為結核病患者並開始治療。 2. 疑似病患，各項檢查結果已驗未出，臨床診斷無異常需再進一步追蹤確認，暫不用藥者。 3. 疑似病患，各項檢查結果已驗未出，但臨床診斷有異常病灶需暫先用藥治療觀察其病程變化者。</p>	<p>對於通報病患是否用藥治療之衛教內容大不相同；未能向病患解說清楚，易造成醫病之間緊張關係，且易使病患急於確診而四處求醫，造成管理上困擾而失落。</p>

二、衛教指導重點內容：

收集資料 (詢問、觀察、檢查及記錄)	確定問題及指導
<p>一、指導對象及方式 1. 對象：病患本人及主要照顧者或共同生活者。 2. 方式：門診、急診、住院或電話</p>	<p>1. 因為結核病患者約有一半是老年人，老年人的反應及記憶是無法立即了解結核病的相關認知。 2. 建議先評估病患的日常生活行為是獨立自主、需部份協助或完全需要照顧，以便規劃指導對象，對往後治療期間才能有良好的互動，促使</p>

<p style="text-align: center;">收 集 資 料 (詢問、觀察、檢查及記錄)</p>	<p style="text-align: center;">確 定 問 題 及 指 導</p>
	<p>病患早日康復。</p> <p>3.視病患及主要照顧者之接受程度，決定內容深淺。以因材施教之原則，評量病患之認知及行為，綜合個案的問題，作適當的指導處理。</p>
<p>個別衛教或團體衛教方式</p>	<p>病患來源有急診室、門診、住院等，都是採個別衛教的方式執行，因病患的差異性太大，若先團體衛教再針對個別性的補強會耗費太多的時間且成效不張。故個別衛教適用於住院病患、急診病患及門診病患初次或加強重點衛教。</p>
<p>個別衛教的方式</p>	<p>1.面對面雙向溝通，以口述解說並持衛教資料指導。</p> <p>2.評估病患能接受電腦教學者，可採用光碟播放教學及學後測試，似便了解結核病認知的程度，規劃衛教的重點。</p>
<p>團體衛教</p>	<p>適用於門診病患候診時辦理及病房內病患、陪病或探病訪客參加，屬於宣導方式。</p>
<p>指導時應注意事項：</p>	<p>1.指導者本身即為接觸者，為避免被感染，技巧上應意。採背風面或斜對面的位置。</p> <p>2.面談態度有禮言辭懇切，採關心及協助病患的態度，隨時注意病患的之反應，並依當時情況決定指導之對象為病患或家屬(如果本次家屬不是主要照顧者，於衛教後應約定何時衛教)。</p>
<p>指導原則：</p>	<p>1.病患認知之核對：應注意</p> <p>(1) 每次均應核對認知及行為，在核對時，祖注意其接受程度。</p> <p>(2) 病患已全知或均已做者，可不再核對其認知。若行為上仍未做者，宜再繼續核對認知及行為。</p> <p>(3) 完成治療停藥後，應對病患所有認知及行為，重新評估，以評價管理成果。</p>

<p style="text-align: center;">收 集 資 料 (詢問、觀察、檢查及記錄)</p>	<p style="text-align: center;">確 定 問 題 及 指 導</p>
	<p>2.指導內容包括主訴，疾病認知，服藥，複查及接觸者檢查，應視病患及主要照顧者之接受程度，來決定指導內容之深淺。</p> <p>3.應綜合不同項目之相關資料，處理病患之問題。 例：診斷是痰陽病人，應綜合下列資料</p> <p>(1) 痰塗片及培養檢查結果。</p> <p>(2) 是否有咳嗽、咳痰之主訴</p> <p>(3) 目前病患痰之處理情形。</p>
<p>◎ 適當指導之間隔及次數，能適時發現並處理病患的問題，以免病患產生拒絕指導的行為。</p>	
<p><b>二、結核病相關認知評估</b></p> <p>指導問法：</p> <p>1.主訴症狀</p> <p>(1)初次會談採暗示問法：</p> <p>「您最近有沒有覺得那裡不舒服：譬如：咳嗽，有痰嗎？(一天有多少痰？是什麼顏色的？)覺得疲倦？胸部痛嗎？」「其他呢？」(若病患表示痰中有血色時，則直接記錄咯血再收集其量和顏色)。</p> <p>(2)回診時，宜追蹤上次不適之主訴改善程度。再以暗示問法收集其他未提到之主訴。</p> <p>(3)肺外結核之病患，應注意患部症狀之追蹤。</p> <p>(4)若無症狀亦應記錄。</p>	<p>包括症狀認知、醫療過程、日常生活注意事項及接觸者檢查。</p> <p>1.收集主訴資料之目的：</p> <p>(1) 對病患之病況表示關心，建立良好之人際關係。</p> <p>(2) 針對症狀之程度來指導。</p> <p>(3) 疑有合併症(糖尿病、高燒、自發性氣胸、氣喘、咯血等)時，提供診治醫師處理。</p> <p>2.肺結核之症狀：</p> <p>(1) 初期大多無症狀。</p> <p>(2) 漸發生症狀：如咳嗽、咯痰、體重減輕、疲倦、食慾不振、午後發燒及偶有血痰(多為血絲)等症狀。</p> <p>(3) 技巧上，宜將主訴、檢查項目、就醫等情況收集齊全，一併處理之。</p>
<p>2.對疾病認知</p> <p>「請問您，結核病是如何傳染？如果沒有治療，會產生什麼後果？」</p>	<p>◎ 根據國內外的研究得知，民眾對結核病的看法，仍欠缺正確的認識；會談時，給予適當的指導，可增進其行為動機。</p>

<p style="text-align: center;">收 集 資 料 (詢問、觀察、檢查及記錄)</p>	<p style="text-align: center;">確 定 問 題 及 指 導</p>
<p>「結核病要如何治療？」 「結核病要治療多久？什麼時候應複查？要複查那些項目？」</p>	
<p>2-1 如何傳染 「知」的標準： (1)能說出肺結核的主要傳染途徑是經由打噴嚏、咳嗽所傳染的即為知。 (2)若有不知時，應在問題總結時給予指導並記錄</p>	<p>1.直接的接觸傳染 (1)痰陽病患咳嗽或打噴嚏時的飛沫傳染最常見。 (2)與病患的口鼻分泌物接觸。 2.間接的空氣傳染 空氣不流通的房間，若有漂浮於空氣中的痰液飛沫、殘核或是附有結核菌的塵埃。</p>
<p>2-2 未治療的後果 「知」的標準： (1)能說出右列項目之一，即為知。 (2)若有不知時，應在問題總結時給予指導並記錄。</p>	<p>未治療的後果： 1.病情惡化，或產生抗藥性。 2.傳播至身體其他器官。 3.傳染其周圍親友。</p>
<p>2-3 如何治療 (1)能說出右列項目，即為知。 (2)若有不知時，應在問題總結時給予指導並記錄。</p>	<p>能說出依照醫師處方並按規服藥即為知。</p>
<p>2-4 治療期間 「知」的標準： (1)能說出正確的服藥期間，對於記性較差的病患，如在指導者說出期間後，能表示知，亦算知。 (2)若有不知時，應在問題總結時給予指導並記錄。</p>	<p>各種治療方式，所需的時間，參考如下： (1)初次短程治療方式：6個月 (2)補充治療方式(二線藥治療)：1年 (3)肺外結核治療方式：6個月 (4)慢性開放性病人治療方式：服藥至痰陰轉為止。</p>

<p style="text-align: center;">收 集 資 料 (詢問、觀察、檢查及記錄)</p>	<p style="text-align: center;">確 定 問 題 及 指 導</p>
<p>2-5 複查時間</p> <p>「知」的標準：</p> <p>(1)能說出最近一次應作複查的時間，即算知。</p> <p>(2)核對時間：於複查前一次就診時核對之。</p> <p>(3)若有不知時，應在問題總結時給予指導並記錄。</p>	<p>複查項目：</p> <p>胸部 X 光檢查、痰塗片及痰培養。</p> <p>複查的時間：</p> <p>依醫囑決定，或參考疾病管制之規定辦法。</p>
<p>◎ 依據上列對疾病認知，收集病患了解之情形並記錄，回診會談時，則依照上次之認知有問題處理之追蹤。</p>	
<p>3.治療過程</p>	<p>常見的抗結核藥物資料詳見疾病管制局「結核病防治工作手冊」第玖章之八至十一。</p>
<p>3-1 要按照醫師指示吃藥，珍惜自己的健康</p> <p>(1)回診時病患如能將帶攜回，可實際核對病患領藥日期及剩餘數量，以瞭解是否按時按量服藥。</p> <p>(2)未按時或未按量，應查明原因。</p> <p>(3)有反應者應記錄副作用之種類：胃不適、皮膚過敏、視力減退、關節痛、肝功能異、其他等等。</p> <p>(4)若有不按規或副作用時應在問題總結時給予指導並請診治醫師處理。</p>	<p>1.核對的目的：</p> <p>病患能按時按量服藥，可減低治療失敗的機會，而增進痊癒。</p> <p>2.常見治療失敗的原因：</p> <p>(1)不當的藥物治療方式。</p> <p>(2)不規則服藥。</p> <p>(3)藥物之副作用，未得到適當的處理。</p> <p>3.常見使用不當方法之原因：</p> <p>(1)因藥物產生副作用，未得到適當之處理。</p> <p>(2)對治療信心不足，擬採用兩種以上方法增進治療效果。</p> <p>(3)受他人影響，採用偏方草藥。</p>
<p>◎確保病人持續性照護之用藥正確性及完整性：</p> <p>(1)發展照護流程以便掌握病患就醫時所接受的檢查及藥物治療之完整記錄，並使該記錄能與病歷一併保存。</p> <p>(2)病人安全正確用藥策略應含鼓勵病人及其家屬主動參與照護病人。</p>	

<p style="text-align: center;">收 集 資 料 (詢問、觀察、檢查及記錄)</p>	<p style="text-align: center;">確 定 問 題 及 指 導</p>
	<p>(3)指導病人用藥總檢查：過期藥、忘記吃的剩藥、偏方藥應扔棄，以免影響治療期間用藥的正確。</p> <p>(4)教導病人學會用藥的記錄-長期服用藥名及過敏的藥名，必要時協助病人，讓病人知道用藥有記錄，健康靠得住。</p> <p>(5)可利用多元化的工具及方法(如教育訓練、一對一衛教、座談會、研討會、病友聚餐)，讓病人及家屬更加瞭解按時用藥的重要性及能持續自我監控用藥情形。</p>
<p>3-2 遵照醫囑按時複查：</p> <p>依照治療方式及開始治療日期，以健保改善方案於每一階段至少需作的檢查：</p> <p>(1)一次胸部X光檢查結果；肺外結核者（肋膜積水除外）第二階段後免胸部X光檢查結果。</p> <p>(2)一次驗痰結果(痰培養陽性者需含藥物敏感試驗結果)；肺外結核者（肋膜積水除外）第二階段後免驗痰檢查結果。</p> <p>(3)一次生化檢查結果。</p> <p>(4)肺外結核者第一階段有病理檢查或結核菌培養結果。</p> <p>若有不按規時應在問題總結時給予指導並處理。</p>	<p>結核病人服藥治療過程中，定期痰及 X 光複查，對評定治療效果非常重要，應定期通知需複查之病患，請來院複查。</p> <p>常見未檢原因：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.已無咳痰，無法留痰液送檢；例如指導增強腹壓再用力深咳，試著咳出痰液。</li> <li>2.認為照射 X 光會對身體不好；應解釋適當的 X 光幅射量對人體的影響。</li> </ol> <p>◎生化檢查是為評估肝臟、腎臟…之功能是否失調，以免副作用產生，造成病患中斷治療。</p>
<p>◎ 依據相關文獻得知，結核病治癒的主要關鍵在於全程按規服藥，而環境、飲食、活動等因素是次要的。</p>	
<p>3-3 評估接觸者的範圍並列出應檢者</p> <p>(1)指導時應宣導接觸者感染之後可能的病情變化，接觸者要如何檢查及其重要性，以免病患抗拒。病患之職業屬特殊族群者，依照疾病管制局之規範辦理。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.住院確診為結核病之病患，應建立完整的院內接觸者的追蹤資料記錄造冊管理，相關欄位：接觸者姓名、身分證號、出生日期、關係、相關檢查日期及結果等</li> <li>2.常見未檢原因： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)不知接觸者檢查的意義、檢查的黃金時間。</li> <li>(2)上班或工作，沒時間去檢查。</li> <li>(3)目前無症狀，不需要檢查。</li> </ol> </li> </ol>



<p style="text-align: center;">收 集 資 料 (詢問、觀察、檢查及記錄)</p>	<p style="text-align: center;">確 定 問 題 及 指 導</p>
<p>(2)一般病患應指導共同居住的親人或室友，及近半年內常密切接觸的人員。</p> <p>檢查時間：</p> <p>a.特殊族群者依專案列管時間追蹤檢查。</p> <p>b.一般病患之接觸者，1個月內及12個月。</p>	
<p>4. 日常生活指導</p> <p>4-1 痰的處理方式：</p> <p>(1)吐在衛生紙裡丟進抽水馬桶沖掉。</p> <p>(2)吐在裝有消毒水之容器內，浸泡後不可倒入排水溝；例以5%的Lysol或500ppm漂白水浸泡30分鐘。</p>	<p>◎ 痰的液有很大的保護作用，所以痰裡的結核菌不容易被殺死，應注意痰的處理，以切斷傳染途徑。</p> <p>◎ 化糞池不利結核菌生存的原因 a.密閉缺氧，不利生存。b.池內排泄物經由腐敗、發酵，將細菌殺死。</p> <p>追蹤連續 3 次有處理且方法正確即不必要再評估。</p> <p>對於沒有咳嗽的病患亦應指導之。以防有咳痰時能正確處理。</p>
<p>4-2 藥品存放及使用說明：</p>	<p>藥品請存放陰涼處，請依醫師的指示用藥。切勿過量或不足。請放置於兒童不易取得之處。</p> <p>飯前：飯前半小時至一小時服用。</p> <p>飯後：飯後半小時至一小時服用。</p> <p>空腹：飯前一小時至飯後二小時服用。</p>
<p>4-3 居住環境</p> <p>(1)空氣不流通的室內，易有病菌漂浮於空氣中的痰液飛沫殘核。</p> <p>(2)居家環境保持通風乾燥，能杜絕結核菌的生存。</p>	<p>目的：避免直接或間接的飛沫傳染。</p> <p>結核菌對陽光特別敏感(主要是紫外光線有殺死結核菌之作用)</p>

<p style="text-align: center;">收 集 資 料 (詢問、觀察、檢查及記錄)</p>	<p style="text-align: center;">確 定 問 題 及 指 導</p>
<p>4-4 指導病患注意咳嗽禮節則是有呼吸道症狀者之基本禮節。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.是當打噴嚏或咳嗽時，使用手帕或面紙掩蓋口鼻，若有痰液或鼻涕，應使用紙巾包好後，棄於馬桶內；處理鼻涕或飛沫後，需以肥皂清洗雙手。</li> <li>2.如果可以忍受，咳嗽時應戴口罩。</li> <li>3.手部接觸到呼吸道分泌物之後要執行洗手(使用酒精性乾洗手劑或肥皂及清水洗手)。</li> <li>4.儘可能與別人距離保持 1 公尺(3 英尺)以上。</li> </ol>
<p>5.針對主訴及症狀、服藥、檢查之項目，常見的問題及原因如下：</p> <p>5-1 病患均按時就醫複查及服藥，但檢查結果惡化，或個案感覺病況未改善，常見的原因有：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a.病況本身較嚴重，或合併其他疾病如糖尿病、塵肺症等。</li> <li>b.細菌已產生抗藥性，或治療方式不當。</li> </ol> <p>5-2 未就醫或不適時才就醫：a.病患對治療無耐心，無信心，放棄治療。b.對疾病缺乏正確下確的認識。c.服藥後，產生的副作用未能得到適當的處理。d.認為症狀消失即為痊癒，不需繼續治療。e.經濟有困難，家人不支持或病患行動不便等。</p> <p>5-3 四處尋醫，使用偏方，其常見的原因是：a.不知適當的醫療資源。b.希望獲得更多的醫師認定，才更有信心。c.受友的影響。d.對目前的治療有懷疑。</p>	<p>指導原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)應注意與主要照者同時說明，取得共識。</li> <li>(2)提供實際而具體之建議及協助。</li> <li>(3)鼓勵病人及其家屬與照護人員溝通他們所關心結核病防治議題。</li> <li>(4)如有病患均按時就醫、複查、服藥，但結果惡化，可和其診治醫師討論病情或送疾病管制局之結核病諮詢委員討論，尋求治療方針。</li> <li>(5)抗結核藥物，多在肝臟代謝，故同樣在肝臟代謝之藥物宜避免服用。</li> <li>(6)育齡婦女，應指導適當方式避孕，若意外懷孕，應依醫囑服用抗結核藥物，或提討論後再決定治療方式。</li> <li>(7)不合作及行蹤不明之病患，填寫轉介單，請求當地衛生所人員協助處理。(如附表三)</li> </ol>
<p>◎指導總結追蹤：(如附表一、二)</p>	

<p style="text-align: center;">收 集 資 料 (詢問、觀察、檢查及記錄)</p>	<p style="text-align: center;">確 定 問 題 及 指 導</p>
	<p>綜合病患之一般性資料、檢查結果及主訴、疾病認知、服藥、複查、接觸者檢查、痰液處理情形、咳嗽禮節等，給予適當之指導。第二次以上之指導需追蹤上次指導的情形，並觀察其指導後之反應，並記錄之。</p> <p>◎ 簡速評估衛教結果並適時改善使病人能深印腦海。</p> <p>◎ 定期評估每個病患產生停藥的風險，並對具有風險的病患進行警示策略。</p> <p>◎ 建議衛教指導時間不宜太久，需評估病患吸收量，每次以 15-20 分鐘較為妥當，離院後最好再做電話追蹤，並與衛生所管理者做連結，雙管齊下較有效果。</p>
	<p>◎ 銀髮族是非醫師處方藥使用量高的族群，有的老人每天使用一種或一種以上的非醫師處方藥，最常被使用的是鎮痛劑、維他命、營養劑...。因為服用的藥物種類繁多，老年病人可能偏離醫師的指示或誤會醫師的指示或自動自發的按自己的意思服藥。獨居的老人、大於八十歲老人記憶力差腦筋不清楚的老人是最容易服錯藥的族群。</p>
	<p>◎ 醫療機構應推行病人安全相關策略：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 衛教前先確認病患及陪伴者之身份辨識；介紹結核照護團隊的成員(含醫療公衛)，提供個管師姓名及電話以利醫療諮詢解答。</li> <li>2. 無論是給藥、抽血、相關臨床檢查及治療於執行時，請說明清楚，讓病患及家屬瞭解。</li> <li>3. 在執行衛教之後做最後的確認，並做成適當的書面資料及存檔。這些確認的程序需透過主動的溝通技巧達成。</li> <li>4. 建立各項檢查之異常檢驗值即時通報與處理，當出現各種陽性結果報告時，應在規定的時間內通知主要負責照護的人員，若在時間內無法與主要負責照護的人員聯繫上，應有將此訊息提供給其代理人處理的機制。</li> <li>5. 病房照護應建立並執行標準化之“交班溝通”事項，且交班時應要有提問與回應問題的機制。</li> <li>6. 候診區之建置： <ol style="list-style-type: none"> <li>6-1 應提供衛生紙，當咳嗽或者打噴嚏時可包裹呼吸道的分泌物。提供容器以丟棄使用過的衛生紙(儘可能使用免觸碰式容器)。</li> <li>6-2 將嚴重咳嗽病患於候診區時應與他人保持 1 公尺以上距離，如果可能的話，應待在單獨的候診區。</li> <li>6-3 候診區應提供酒精性乾洗手劑，並鼓勵病患若接觸呼吸道分泌物後需洗手。</li> <li>6-4 避免或減少與病患共用物品如筆，寫字夾板及電話。</li> <li>6-5 每天及看到髒污時需清潔及消毒診間環境。</li> <li>6-6 確保每個病患就診後所使用的醫療設備有適當的清洗及消毒。</li> <li>6-7 如果可能的話，要求回診病患戴上口罩。</li> </ol> </li> </ol>

<p style="text-align: center;">收 集 資 料 (詢問、觀察、檢查及記錄)</p>	<p style="text-align: center;">確 定 問 題 及 指 導</p>
<p>6-8 當近距離照護病患時，健康照護工作人員應依照標準使用適當之個人防護裝備。</p> <p>7.利用警示系統建立追蹤機制並依自己院內的條件執行，減少逾時回診病人，是提高病人就醫的順從率。</p> <p>8.醫院內設有咳嗽監測機制，以利肺結核病例之早期診斷，避免造成院內感染，應對咳嗽超過五天病人進行評估及列管。</p> <p>9.痰檢結果為陽性病患應安置於負壓房間，或在可關門之單獨房間。除了進出外需隨時保持關門狀態，直到病患出院返家。</p> <p>10.當病人轉單位或轉院時，完整的藥物治療明細應能正確的被傳遞至下一個照護者手中，以進行進一步相關醫療服務。(如附表四)</p> <p>11.落實辦理院內結核病防治教育訓練及學後自我評量。(如附表五)</p> <p>12.落實結核病院內感染控制最佳策略為落實醫療照護相關工作人員正確洗手及個人防護，鼓勵各單位主動通報同仁診斷結核病事件的機制，並針對該事件進行原因分析並採取防疫措施，阻斷傳染源避免造成院內感染群聚事件。</p> <p>13.醫療院所加入健保改善方案條件及規定：(1)院所：健保特約院所，通過 CDC 認證。(2)醫師：具胸腔、感染、結核任一專科，或曾接受主管機關結核病學訓練者。(3)新案達 100 人以上，設置管理專員 1 人，並依比率酌增；100 人以下者得兼任。(4)新案 50 例以上者，成立治療管理委員會；未達 50 例者，加入「結核病診療諮詢小組」病歷討論，至少每三個月一次。</p>	

附表一、

結核病病患管理期間照護評估記錄表

新案 重開

病患姓名：

身分證號碼：

評估日期：

方式：住院門診電訪

對象：病患主要照顧

照護評估內容	評值
<b>一、結核病個案居家照護動態資料收集：</b>	
1.病患發病時有那些症狀?(可複選) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，什麼症狀(可複選)： <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 盜汗 <input type="checkbox"/> 咯血 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 喘 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 疲倦(常覺得很累) <input type="checkbox"/> 體重減輕 <input type="checkbox"/> 其他 ▲時間： <input type="checkbox"/> 未達三週 <input type="checkbox"/> 三週以上 <input type="checkbox"/> 三個月 <input type="checkbox"/> 半年以上	
2.此次發病前就醫場所： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 請註明：_____	
3.病患教育程度： <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小、中學 <input type="checkbox"/> 高中、 <input type="checkbox"/> 大專以上	
4.病患個案職業類別： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 職稱：	
5.同住親友： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 接觸者： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他共_____人	
6.住屋狀況： <input type="checkbox"/> 流動輪住 <input type="checkbox"/> 固定居所 <input type="checkbox"/> 居無定所(遊民...) <input type="checkbox"/> 長期照護機構	
7.活動範圍： <input type="checkbox"/> 活動中心 <input type="checkbox"/> 行動不便 <input type="checkbox"/> 居家(上班)以外，不常外出 <input type="checkbox"/> 密閉空間：KTV、網咖、補習班... <input type="checkbox"/> 上班以外，不常外出	
8.經濟狀況： <input type="checkbox"/> 小康 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 需要支助	
9.願意在本院固定治療： <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不表態 <input type="checkbox"/> 不願意	
10.病患就醫之能力： <input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 需他人協助 <input type="checkbox"/> 自行前往	
11.病患該主治醫師是否已給結核病藥物： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 原因： <input type="checkbox"/> 等查痰結果 <input type="checkbox"/> 等複查結果	
12.病患是否有可能按時回診拿藥： <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 偶爾忘記 <input type="checkbox"/> 能夠	
13.有沒有人能監督個案之用藥狀況： <input type="checkbox"/> 沒有人 <input type="checkbox"/> DOTS 觀察員 <input type="checkbox"/> 尚未用結核病藥物	
14.是否每日按照醫師指示服藥： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，是什麼狀況？ <input type="checkbox"/> 偶而忘記服藥 <input type="checkbox"/> 完全沒有服藥 <input type="checkbox"/> 服藥有不適情形	
15.病患目前是否有不適症狀？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，那些症狀?(可複選) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咯痰 <input type="checkbox"/> 咯血 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 喘 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他	
16.服用抗結核病藥物之副作用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(可複選) <input type="checkbox"/> 皮膚癢或過敏 <input type="checkbox"/> 胃不舒服 <input type="checkbox"/> 肝功能異常 <input type="checkbox"/> 疲倦(常覺得很累) <input type="checkbox"/> 食慾不好 <input type="checkbox"/> 視力減退 <input type="checkbox"/> 關節痛(尿酸高) <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 其他	
17.回診時核對藥物量： <input type="checkbox"/> 按量 <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 過少 <input type="checkbox"/> 未用結核病藥物	
18.回診時核對是否需要複查： <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> X光複查 <input type="checkbox"/> 驗痰(注意：陽性個案有兩次陰性結果?) <input type="checkbox"/> 生化檢查	

19.病患是否有做好個人防護措施： <input type="checkbox"/> 痰處理 <input type="checkbox"/> 口罩 <input type="checkbox"/> 咳嗽禮儀 <input type="checkbox"/> 空氣流通	
20.病患接受衛教態度： <input type="checkbox"/> 和善 <input type="checkbox"/> 冷漠 <input type="checkbox"/> 拒絕	
21.結核病病患收集基本資料之完整性(Web 版)： <input type="checkbox"/> 收案管理作業 <input type="checkbox"/> DOTS 專案管理 <input type="checkbox"/> 接觸者檢查登錄作業#職業屬醫護人員啟動專案疫調處理	
二、病患之結核病史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 藥名及時間：	
三、病患之結核病接觸史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 關係：	
四、病患是否同時患有其他疾病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 尿酸過高 <input type="checkbox"/> 其他	
五、結核病認知收集	
1.病患是否知道自己已得到結核病： <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道	
2.病患知道肺結核病是怎麼得來的？ <input type="checkbox"/> 經由飛沫傳染的 <input type="checkbox"/> 不知道	
3.病患知道肺結核病應該治療多久？ <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 6個月 <input type="checkbox"/> 一年	
4.病患是否知道結核病人應該每日按時按量服藥、按時回診就醫、定期檢查(痰、X光)？ <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道	
5.確診病患是否知道結核病人的家人、親戚、朋友需要接受胸部X光檢查？ <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕	
6.病患是否知道結核病人日常生活中應該注意那些事項？(可複選) <input type="checkbox"/> 咳嗽 掩口鼻,不隨地吐痰 <input type="checkbox"/> 禁煙酒 <input type="checkbox"/> 飲食均衡 <input type="checkbox"/> 作息正常 <input type="checkbox"/> 個人防護措施	
六、病患是否已確診： <input type="checkbox"/> 確診 <input type="checkbox"/> 未確診	
七、確診後病患之接觸者檢查管理：	
1、確診後病患之接觸者檢查管理： <input type="checkbox"/> 全部完成 <input type="checkbox"/> 尚未完成	
2.共同居住家人、親友： <input type="checkbox"/> 應檢人員已輸入資料	
4.特定身份病患同宿接觸者檢查作業： <input type="checkbox"/> 已完成 <input type="checkbox"/> 處理中	

### 醫院結核病管理照護記錄單

個管編號：  
加入專案日期：

姓名：                      身分證號：                      病歷號碼：                      電話：                      居住地址：  
 開始服藥日：                      診斷：(無、有空洞)(肺外：\_\_\_\_\_ ) 結核病                      初次查痰日期及結果(或肺外病理報告)：  
 糖尿病： 無、有                      治療醫師：                      通報傳染病時是否已確診：是 否，確診日期：                      地段姓名：                      其他：

管理階段	就醫日期	就診方式	藥物種類及劑量	領藥日數	痰抹片與培養	X光複查	生化檢查	下次回診時間	管理階段	就醫日期	就診方式	藥物種類及劑量	領藥日數	痰抹片與培養	X光複查	生化檢查	下次回診時間

姓名：

病歷號碼

結核病管理照護記錄單 (續)

日常生活注意事項		衛教日期										副作用及處理方式			
		知		不知		知		不知		知				不知	
		知	不知	知	不知	知	不知	知	不知	知	不知				
病因及傳染途徑	1.傳染途徑：飛沫傳染。												日期： 症狀： 處理：		
	2.服藥方法及劑量（見藥袋）；治療需_____個月。														
	3.不接受治療會傳染給他人。														
	4.不接受治療疾病會越來越嚴重。														
服藥須知	5.不按規服藥易產生抗藥性。												視力檢查 日期： 檢查報告：		
	6.無其他藥可替代。														
	7.告知藥物可能引起之副作用及注意事項。														
痰的處理	8.抽水馬桶沖掉，禁用衛生紙包住丟一般垃圾桶。												日期： 檢查報告：		
	9.教導留痰方式及送痰至檢驗室檢查。														
接觸者	10.建議 12 歲以上照胸部 X 光。												日期： 檢查報告：		
	11.建議 12 歲以下做 PPD test。														
居家環境（生活起居）	12.保持空氣流通。												電訪紀錄		
	13.不熬夜、不喝酒、不抽煙														
	14. 均衡營養。														
	15.適當運動。														
補充事項	16.給予衛教手冊。												階段鑑評日期		
	17.告知會有衛生所人員居家訪視。														
	18.告訴醫院諮詢電話。														
	19.就診時攜帶「結核病就診手冊」。														
	20.結束治療_____個月後，需持續定期追蹤。														
	21.其他														
衛教對象													完治		
個管師簽章													中斷及原因		



附表三、

醫院結核病病患追蹤轉介單

轉介日期： 年 月 日  
病患姓名： 性別： 出生年月： 年 月 日  
身份證字號：  
病歷號： 個案電話或手機：  
病患居住地址： 縣市 鄉鎮 村里

路(街) 巷 弄 樓 號之

轉介訪視事由	<input type="radio"/> 中斷服藥 ( 月 日始中斷)，本院電話追蹤仍未來就醫。		
	<input type="radio"/> 服藥副作用 (藥物名稱： )		
	<input type="radio"/> 需繼續加強衛生教育 ( <input type="checkbox"/> 接觸者檢查、 <input type="checkbox"/> 痰處理、 <input type="checkbox"/> 複查 <input type="checkbox"/> 其他：		
	<input type="radio"/> 其他：		
主治醫師：	個案管理專員：	連絡電話：	傳真電話：
回覆訪視結果			
訪視者簽名：	訪視者電話：	回覆日期： 年 月 日	

## 附表四、 結核病病患醫療照護轉介單

### 一、 基本資料

姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 男女 出生日期：\_\_年\_\_月\_\_日

住址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

住院日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 出院日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

婚姻：已婚 未婚 其他\_\_\_\_\_ 職業：\_\_\_\_\_（類別、職位）

### 二、 病患照護異常摘要

#### 1.服藥狀況

#### 2.疾病現況（含合併症）

#### 3.其他

### 三、 結核病認知評估

#### 1.請問您肺結核會有什麼症狀？

①沒有症狀

②有，什麼症狀？（可複選）①咳嗽 ②咳痰 ③盜汗

④咯血 ⑤胸痛 ⑥喘 ⑦發燒（午後潮熱） ⑧疲倦 ⑨體重減輕

⑩其他

#### 2.您認為肺結核應該治療多久？

①不知道 ②二個月 ③六個月 ④一年 ⑤不會好

#### 3.您是否知道結核病人應該按時服藥？①知道 ②不知道

4. 您否知道結核病人的家人、親戚、朋友需要接受胸部 X 光檢查？

①知道  ②不知道

5. 請問您肺結核病是怎麼得來的？

①遺傳  ②飛沫（空氣）傳染  ③曾經受過傷  ④飲食

⑤不知道  ⑥其他

6. 請問您結核病人日常生活中應該注意那些事項？（可複選）

①掩口鼻咳嗽，不隨地吐痰  ②禁烟酒  ③飲食均衡

④作息正常（不熬夜）  ⑤室內空氣流通  ⑥不需特別注意

⑦其他

7. 請您如何預防結核病復發嗎？（可複選）

①不知道  ②定期 X 光檢查  ③日常生活規律

④飲食均衡  ⑤咳嗽治療三週未癒時，應作胸部 X 光檢查

⑥按照治療療程服藥  ⑦其他

#### 四、社經評估

1. 同住親友： ①獨居  ②父母  ③配偶  ④子女  ⑤輪流住  ⑥其他

2. 經濟狀況（可複選）： ①無慮  ②無健保  ③需社會支援  ④可申請政府社會補助

3. 住屋狀況 ①集合住宅（有電梯）  ②集合住宅（無電梯）  ③透天房屋

4. 就醫之交通方便性： ①公車  ②計程車  ③自用車

5. 個案教育程度： ①不識字  ②小、國中  ③高中以上

6. 個案獨立就醫能力： ①臥床  ②需他人協助  ③自行前往

7. 有沒有人能協助提醒個案之用藥狀況：

①沒有人  ②家屬\_\_\_\_\_  ③志工\_\_\_\_\_

備註：

主護護士：

日期：

個案管理師：

日期：

附表五、 結核病防治照護工作自我評量

1. 醫院管理結核病個案的宗旨以下何者為非？
  - (1) 促進個案服藥完治
  - (2) 維護醫院內部工作同仁及其他住院病患健康安全避免被結核病傳染
  - (3) 維護結核病個案居住社區健康安全避免結核病傳染
  - (4) 分擔公共衛生護士的工作職責
2. 醫院結核病個案管理辦理收案的日期？
  - (1) 就醫日期 (2) 通報日期 (3) 疑似診斷日期 (4) 確定診斷日期
3. 醫院結核病個案管理收案的條件以下何者為非？(1)門診肺外結核病個案(2)住院結核病人(3)痰抹片陰性的結核病個案(4)預防性投藥的病人
4. 醫院管理結核病個案指導的對象？
  - (1) 個案本人 (2) 主要照顧者 (3) 共同生活者 (4) 以上皆是
5. 衛教接觸者檢查應注意事項以下何者為非？
  - (1) 如咳嗽3週以上必需前往醫院進行胸部X光及驗痰檢查 (2) 出生未滿3個月內嬰兒直接接種BCG (3) 出生滿3個月至12歲進行結核菌素試驗 (4) 12歲以上進行胸部X光檢查
6. 協助門診結核病個案持續按規治療的方法？
  - (1) 新個案給予診後衛教(2)未回診個案電話跟催(3)個案結核病治療疑慮的處理(4)以上皆是
7. 結核病個案門診跟催連續追蹤幾次仍未回診時，可以轉介公衛管理人員協助追蹤？
  - (1) 三次 (2) 四次 (3) 五次 (4) 六次
8. 管理中發現個案拒絕服藥個案的處理？
  - (1) 立即通知醫師改開二線藥物 (2) 告知個案未按時藥會強制住院
  - (3) 瞭解個案拒服藥的原因 (4) 以上皆是
9. 住院中的結核病個案主護護士給藥時除了三讀五對外，還需要注意？
  - (1) 觀察個案前一餐的藥是否還未服用 (2) 叮囑個案服藥後多喝水
  - (3) 觀察個案服藥後的尿液顏色 (4) 看著個案服藥入口
10. 對於電話訪問無法解決的事件，可以處理的方法？
  - (1) 轉介給公衛單位協助處理 (2) 家訪個案 (3) 幫個案約診，門診處理 (4) 以上皆是
11. 與衛生單位窗口密切連繫，以下何者不是主要的用意？
  - (1) 不合作個案轉介公衛單位協助追蹤 (2) 特殊個案送「結核病診療諮詢小組」審核或協助 (3) 瞭解個案治療的資料 (4) 個案住院時死亡主動告知

12. 指導結核病個案日常生活注意事項應包含以下何那一些內容？a. 公筷母匙 b. 食具消毒方法 c. 痰的處理 d. 衣被曝曬時間 e. 維持室內空氣流通 f. 避免到密閉公共場所 g. 戴口罩
- (1) abcdefg (2) abcde (3) bcef (4) cefg
13. 王晴是一位門診初期治療、痰抹片陽性的結核病個案，治療第二個月未按預約門診時間回診，最適當的處理方法是？
- (1) 轉介給公衛單位協助處理 (2) 電話訪視告訴他，不按時回診治療會傳染給家人  
(3) 電話訪視，幫他預約最近門診時間 (4) 電話訪視，聽他說不回診的原因，再處理。
14. 王晴經過您的處理，按著預約的時間回門診複診，但是在治療第四個月回診時，您評估發現他有皮膚癢現象，立即適當的處理措施？a 轉介給公衛單位協助處理；b 指導他多喝水幫助代謝；c 提供他止癢藥膏；d 請他暫停藥物並告訴醫師；e 於病歷記錄並提醒醫師；f 查閱他 GOT、GPT 檢查報告
- (1) a,b,c,d (2) b,c,d,e (3) b,e,d,f (4) a,b,c,d,e。
15. 張士，六十歲老年先生抽菸、咳嗽、有痰，於 93 年 3 月 15 日由太太陪同到甲醫院門診，經檢查胸部 X 光有輕微發現疑似肺結核，處方抗結核治療給藥十四天，預約 3 月 29 日回診，3 月 16 日痰抹片檢查報告陽性，3 月 18 日甲醫院依傳染病防治法完成通報並登記為管理個案。但，張先生於 93 年 3 月 22 日到乙醫院就診，乙醫院經胸部 X 光檢查，同樣疑似肺結核病人。請問您是乙醫院結核病個案管理人員，最有效益的處理措施？
- (1) 立即進入疾病管制局結核病資訊系統登記您是這個個案的醫院管理人員  
(2) 提供門診衛教  
(3) 提供門診衛教並收案追蹤列管  
(4) 轉介公衛單位
16. 個案同上題情況。但，您是甲醫院的結核病個案管理人員，在張士因本病第一次就診時，最有效益的處理措施？
- (1) 給張士及張太太初次結核病衛教及衛教手冊 (2) 衛教張士及張太太結核病檢查方式報告時間 (3) 衛教張士及張太太不按時服抗結核藥物的後果 (4) 衛教張士及張太太日常生活注意事項
17. 個案同上題情況，您是甲醫院的結核病個案管理人員，經過您的努力，張士帶著二大包甲、乙醫院處方給的抗結核藥物回到甲醫院繼續治療結核病，表示他服藥後全身疲倦、視力模糊。最適當的處理措施？(1) 幫他測視力，並提醒診治醫師(2) 向疾管局申請二線藥(3) 指導他 EMB 不要吃，其他的藥照吃(4) 指導他注意行動安全。
18. 個案同上題情況，您是甲醫院的結核病個案管理人員，當您發現 3 月 29 日張士應回診而未回診時，您電話跟催張士，發現張士於 3 月 22 日到乙醫院就診，而且預約 4 月 5 日要再到乙醫院複診，最有效益的處理措施？

- (1)至疾病管制局結核病資訊系統辦理結案  
 (2)主動告知張士甲醫院醫師技術最佳並協助再予預約門診時間  
 (3)主動告知在甲醫院的驗痰報告並協助再予預約門診時間  
 (4)轉介公衛單位個案未能接受確診事實，請公衛單位協助追蹤回診
- 19、有關結核菌的描述下列何者為是？  
 (1)結核菌是一種抗酸菌 (2)結核菌是一種革蘭氏陰性桿菌 (3)結核菌是一種革蘭氏陽性球菌 (4)結核菌是一種革蘭氏陰性球菌
- 20、在適合的環境下，結核菌大約多少時間分裂一次？  
 (1)二十秒鐘 (2)二十分鐘 (3)二十小時 (4)二十天
- 21、要確定是否感染肺結核，一般需接受哪些檢查？  
 (1)胸部X光和驗痰檢查。 (2)血清學檢查。 (3)心電圖檢查。 (4)腦波。
- 22、肺結核是怎麼感染的？  
 (1)吃飯 (2)經由呼吸、飛沫傳染 (3)手牽手 (4)性交
- 23、下列哪一種結核病人的傳染性最強？  
 (1)驗痰培養陽性的肺結核病人。 (2)驗痰塗片陽性的肺結核病人。 (3)骨結核病人。 (4)驗痰培養陰性的肺結核病人。
- 24、一般肺結核治療完成需要多少時間？  
 (1)不規則服藥六個月。 (2)規則服藥三個月。 (3)規則服藥十八個月。 (4)規則服藥六個月。
- 25、下列哪一種疫苗用來預防結核病？  
 (1)沙賓口服疫苗 (2)牛痘 (3)結核菌素 (4)卡介苗
- 26、有關結核病的治療，下列何者為是？  
 (1)確定有效的藥物，使用一種就可以了 (2)痰塗片陽性的病人應等痰陰轉後，才可正常工作、上學。 (3)治療到症狀消失，就可以停藥了 (4)結核病人如未經治療，5年後仍有20%的病患仍在持續散播細菌
- 27、第一線結核藥物最常見的副作用有哪些？  
 (1)肝炎 (2)皮膚過敏 (3)血中尿酸濃度上昇 (4)以上皆是
- 28、有關結核病的診斷，下列何者何非？  
 (A) 疑似肺結核個案，經有效藥物治療2個月後，胸部X光持續惡化，代表不是結核  
 (B) PCR既靈敏、又快速，可常規應用於驗痰，提昇診斷率  
 (C) 安排痰塗片抗酸菌染色檢查時，應同時要求進行痰結核菌培養  
 (D) 除非臨床判斷可能發生抗藥性，培養陽性菌株不必常規安排藥物感受性試驗  
 (E) 痰塗片檢體經過濃縮等前處理，可提昇檢出率。  
 (1)ACD (2)ABD (3)BCD (4)ADE (5)BDE
- 29、在有藥物感受性試驗的支持下，下列何者是安全的結核藥物處方？  
 (A) 2個月HERZ+4個月HER；(B) 6個月HER；(C) 9個月HR；(D) 9個月

ERZ；(E) 9 個月 HER。

(1)AD (2)BC (3)AC (4)AE (5)BE

30、有關結核病的治療，下列何者為非？

(A)至少必須併用兩種以上有效的殺菌性結核藥物；(B)處方如未含 RMP 及 PZA，療程必須至少 18 個月以上；(C)必須治療到胸部 X 光空洞關閉，才可停藥；(D)必須嚴密監控病患服藥的規則性；(E)胸部 X 光既靈敏、又方便，不必驗痰追蹤治療成果。

(1)CD (2)AC (3)AE (4)CE (5)BE

31、有關結核病的副作用，下列何者為非？

(A)治療前即為慢性肝炎病患，或治療中發生肝炎就絕對不能用結核藥物；(B)必須常規加維生素 B6；(C)如 AST/ALT 上昇超過 3 至 5 倍，應逐一停止可能導致的藥物，以便找出元兇；(D)發生皮膚過敏時，試藥須從低劑量開始；(E)Quinolone 類應避免使用於小孩，以免影響軟骨發育。

(1)ABCD (2)ABCE (3)BCDE (4)ACDE (5)ABCDE

32、臺灣地區目前結核病防治所遇到的問題為何？

(1)山地鄉的死亡率及發生率均較高 (2)結核病院內感染 (3)抗藥性個案增多 (4)估法定傳染病發生率第一位 (5)以上皆是

33、結核病的特性下列何者為非？

(1)痰抹片檢查不易與非典型分枝桿菌區分，易造成誤診  
(2)易產生抗藥性  
(3)治療時間只需六個月以下  
(4)胸部 X 光專業判讀不易，易造成誤診

34、含結核菌之微粒(直徑小於 5 $\mu$ m)藉咳嗽、打噴嚏或講話在空氣中漂浮可達一公尺以外。

(1)是 (2)否

35、結核病醫院感染管制策略中，以個人呼吸道防護為控制結核病傳播最優先和最重要的一個環節。

(1)是 (2)否

36、結核病的診斷工具中，以痰抹片抗酸菌染色檢查與病人的傳染性相關性最高。

(1)是 (2)否

37、對於醫療院所內的所有人員，均建議使用 N95 口罩，來防範發生結核菌感染。

(1)是 (2)否

38、對於 M.abscessus 的描述下列何者為對？

(1)屬於結核菌群 M.tuberculosis complex 的一種  
(2)呼吸照護病房常見的慢速生長非結核分枝桿菌 (NTM)  
(3)呼吸照護病房常見的快速生長非結核分枝桿菌 (NTM)  
(4)不是 NTM 的一種

- 39、對於非結核分枝桿菌 NTM 的診斷下列何者為對？
- (1)與結核分枝桿菌 (TB) 的檢驗方法不一樣
  - (2) 抗酸性抹片及培養都可能是陽性
  - (3)AFB 及 TB culture 一定是陰性
  - (4)檢驗出 NTM 就代表是院內聚集感染
- 40、下列何者為錯？
- (1)檢體收集及檢驗進行時的污染會導致痰抗酸性培養陽性
  - (2)非結核分枝桿菌 NTM 會導致痰抗酸性培養陽性
  - (3)痰抗酸性培養陽性一定是結核病
  - (4)污染的水源會導致痰抗酸性培養陽性
- 41、針對當前分子生物學檢查 (PCR) 的描述下列何者為對？
- (1)分子生物學檢查 PCR 主要用途為院內聚集感染時，快速檢驗、解除疫情
  - (2)結核病的例行檢驗不須擔心實驗室污染。
  - (3)診斷結核病已有一致的標準。
  - (4)是結核菌代檢合約實驗室的例行檢驗
- 42、依據最新公告，醫療院所若開立死亡診斷書上甲乙丙或其他死因為結核病，至遲應在多久時間內傳真資料至縣市衛生局？
- (1)24 小時 (2)7 天 (3)14 天 (4)1 個月
- 43、為避免現行結核病重開標準過於寬鬆，本局將針對多久時間內的重開個案加強病歷抽審？
- (1)1 個月 (2)3 個月 (3)6 個月 (4)9 個月 (5)12 個月
- 44、住院中的結核病個案主護護士給藥時除了三讀五對外，還需要注意？
- (1)觀察個案前一餐的藥是否還未服用 (2)叮寧個案服藥後多喝水
  - (3)觀察個案服藥後的尿液顏色 (4)看著個案服藥入口
- 45、對於電話訪問無法解決的事件，可以處理的方法？
- (1)轉介給公衛單位協助處理 (2)家訪個案 (3)幫個案約診，門診處理 (4)以上皆是
- 46、肺結核主要以哪幾種型態存在於人體內，下列何者為非？
- (1) 存在於氧氣充足之空洞病灶 (Cavity), 含菌量約  $10^4$  -- $10^5$
  - (2) 存在於氧氣較少之封閉性乾酪病灶(Caseous necrosis)含菌量約  $10^4$  - $10^5$
  - (3) 存在於氧氣不足之巨噬細胞，含菌量約  $10^4$  -- $10^5$
  - (4) 結核菌必須在宿主體內巨噬細胞中生長，並在相對不活化的情況下，維持存活，並保有再活化的能力
- 47、請問照顧及接觸結核病病患，可能感染結核病的比率為：
- (1) 3% (2) 10% (3) 30% (4) 50%
- 48、感染結核病之後產生結核病徵的比率為：



(1) 3% (2) 10% (3) 30% (4) 50% (D) 50%

49、這些結核病徵大部分會在幾年內產生?

(1) 半年 (2) 1年 (3) 2年 (4) 10年

50、關於結核病的防治原則，下列何者為非?

(1) 早期發現，早期治療

(2) 皮膚結核菌素試驗，不建議常規使用

(3) 卡介苗效果不佳，疤痕又難看，建議停止使用

(4) 加強高危險群胸部 x 光檢查及加強驗痰，與醫師的診斷力，三網的建立:醫療網，檢驗網，及公衛網

答案：

1. (4) 2. (2) 3. (4) 4. (4) 5. (1) 6. (4) 7. (1) 8. (3) 9. (4) 10. (4)  
11. (3) 12. (4) 13. (4) 14. (3) 15. (2) 16. (1) 17. (1) 18. (3) 19. (1) 20. (3)  
21. (1) 22. (2) 23. (2) 24. (4) 25. (4) 26. (2) 27. (4) 28. (2) 29. (4) 30. (5)  
31. (1) 32. (5) 33. (3) 34. (2) 35. (1) 36. (1) 37. (2) 38. (1) 39. (2) 40. (3)  
41. (1) 42. (2) 43. (5) 44. (4) 45. (4) 46. (3) 47. (3) 48. (2) 49. (3) 50. (3)

#### 附錄四：

台灣地區醫療院所結核病個案追蹤管理模式研究探討—會議記錄

日期：95年12月16日

地點：本院行政大樓11F會議室

計畫主持人：曹世明主任

會議參與人員：邱惠慈課長、邱美燕、楊文達主任、吳子卿主任、李原地

醫師、李蘭珠護理師、余嘉惠護理長、黃尹鈴個管師、陳苑淑

個管師、李孟珊個管師、黃鏡儒個管師、吳松樺個管師。

紀錄者：黃鏡儒

座談會主旨：

本次座談會主要目的是請專家針對本研究初步結果提出建議。

座談會內容：如下

一、對本研究初步研究結果：

1. 若一年未通報達50例以上的醫院，建請參加衛生局病歷審查會議。
2. 建議辦理TB個管師教育訓練時，課程設計應加強基本照護能力課程。
3. 建議新接辦TB個管師可至有經驗的醫院做職前訓練，增進照護品質減少困境。
4. CDC鼓勵結核病防治在地化，建議醫學中心有辦理相關課程時，可發

公文衛生局轉知轄區內醫院醫師，鼓勵各院醫師踴躍參加相互交流提高醫療品質。

5. 無 TB 個管師醫院，可舉辦核心衛教；固定三個月舉辦核心課程，可提高水準。
6. 建議要將兼任個管師比例調低，成立專任 TB 個管師。
7. 建議整合個管師資源，例如 TB 個管師、氣喘衛教師、HIV 個管師、糖尿病衛教師，如果 HIV 也使用 TB 個管師這套模式，較利管理及追蹤。

## 二、針對結核病醫療部分建議：

1. 病審會不應該被當成行政銷案的手段，要尊重診治醫師；病審會醫師的角色是在於建議治療措施的適當性；需尊重醫療部份，衛生局不應以病審會醫師之建議，另請非診治醫師將個案銷案。
2. 個管師是擔任醫療及公衛之間溝通的橋樑，但請衛生單位勿強迫完治。
3. 若衛生局需辦理病審會，可請 TB 個管師或主治醫師主動提出，不必累積定額病例才召開病審會，亦可整合轄區內數家醫院輪值召開病審會，較有即時性，並建議主管單位給予參加醫師出席證明書，以備證明用。。

## 三、結核病通報\管理人數建議：經驗分享

1. 中國醫藥大學附設醫院個管師二位，通報 400-500 位，管理 250 位，建議將 DOTS 及強制痰陽就醫工作量去除，較符合工作量。
2. 台中署立醫院一年管理 250 人，一位正職，一位兼任管理。
3. 台中榮總通報數多，但 TB 個管師人員一直流動，是為院內問題。
4. 中山醫學大學附設醫院一年通報 200 多例，二人管理。
5. 結論建議以管理數約 70 比 1 較為適當，因為文書工作量繁多，對病人照護時間相對減少，建請疾管局的管理系統再增加資料溝通平台，以利病患的資料陳現。

#### 四、對結核病衛教問題：

1. 衛教指導的硬體空間很重要，醫院應設置獨立且有防護措施衛教室。
2. 衛教一次時間不要太久，需評估病人吸收量，每次以 15-20 分鐘，離院後最好再做電話追蹤，並與衛生所管理者做連結，雙管齊下較有效果。

#### 五、對 DOTS 專案的建議：

1. 預計病患出院前，居住地衛生所管理者可以到醫院與個管師交班。
2. 關懷員人格特質很重要應加強課程訓練。
3. 關懷員可即時發現病患的副作用且可與個管師討論後彙整給主治醫師做參考儘速處理，以免病患喪失信心而中斷治療。

## 六、對結核病資訊網頁建議：

1. 是否可增設資訊平台，讓個管師查詢病患在他院醫院的治療及處置，以供診治醫師延續或調整處方。
2. 是否可增設資訊平台，讓個管師將出院病患轉介單附掛於資訊平台，以利公衛可即時了解病患的情況，可減少電話諮詢時間。
3. 是否可增設藥物敏感試驗結果欄位，可即時知道病患抗藥性情形，以利調整照護規劃。