

# 頭部外傷後之醫療處置與風險

醫師、病患、家屬三方面需良好溝通 以謀病患最大福祉

## 【101.4.1.新聞資料】

上週媒體報導中部某李姓神經外科醫師經高院二審宣判醫療疏失賠償三千多萬元至今，台灣外科醫學會及台灣神經外科醫學會聯合表示，對於司法單位及醫審會的調查及判決結果表達絕對尊重，但由於憂心社會大眾、媒體及非神經外科專科醫師之醫界同仁，對於頭部外傷後，有關顱內壓上升之處理及顱內壓監測系統(ICP monitor)置放之必要性有所誤解，為醫療知識普及化謹向社會大眾釋疑。

根據中華民國九十六年八月由財團法人國家衛生研究院出版之「嚴重腦外傷臨床診療指引初版」，其中第四章顱內壓監測，說明現行神經外科醫學界對於顱內壓監測之觀念及態度，本學會之建議如下：

下列情況下得使用顱內壓監測器：

1. 嚴重腦外傷(GCS score 3~8 分)電腦斷層檢查異常：如 hematomas, contusions, edema, compressed basal cisterns。
2. 嚴重腦外傷(GCS score 3~8 分)電腦斷層檢查正常，至少有下列二項條件：
  - (1) 40 歲以上
  - (2) 肢體動作出現單側或雙側之去大腦強直或去皮質強直反射。
  - (3) 收縮壓 90mmHg 以下。
3. 輕度腦外傷(GCS score 13~15 分)與中度腦外傷(GCS score 9~12 分)可依病情需要個別考慮使用顱內壓監測。

但請特別注意符合以上(1)(2)(3)項為”得”使用顱內壓監測設備。

台灣神經外科醫學會表示，「嚴重頭部外傷治療指引」係給神經外科專科醫師參考之用；有關「顱內壓監測事項」無 level I 等級之證據，僅有 level II 之證據，依目前醫學研究新知，顯示在嚴重腦外傷之病患，是否使用顱內壓監測設備需視病患當時之病情決定，並沒有非放顱內壓監測設備不可之理由；顱內壓監測之使用僅供臨床神經學之輔助診斷而已，絕非唯一之評量標準，主治醫師應依照臨床經驗及其他檢查資料執行判斷才是最重要的因素。

醫療是高風險之良心救人事業，且顱內壓監測器之置放為侵入性處置，本身也具有相當的風險。置放顱內壓監測器，可能造成感染、出血、堵塞及更進一步傷害腦組織等難以挽回之後果，所以顱內壓監測設備之置放手術必需慎重其事，應由神經外科主治醫師就個案病情之嚴重程度，詳加審視後決定是否使用，不宜以通案一以貫之；並應權衡其利弊，以謀病患之最大福祉。

台灣神經外科醫學會	理事長	林欣榮
	理事	張丞圭
	監事	黃勝堅
	監事	蕭勝煌
	甄審委員	林家瑋
	秘書長	馬辛一

台灣外科醫學會	理事	張丞圭
	監事	黃勝堅

台灣神經創傷醫學會	理事長	蔣永孝
-----------	-----	-----

台灣兒童神經外科醫學會	理事長	雷大雅
-------------	-----	-----

台灣立體定位功能性神經 外科及放射手術學會	理事長	鍾文裕
--------------------------	-----	-----