

從急性心肌梗塞的治療談起

陳志鴻 理事長

近年來關於急性心肌梗塞的治療是心臟血管疾病領域的重要突破，不僅在藥物治療上有了多元發展，在黃金時間內緊急施作冠狀動脈攝影並進行介入治療，對於突然罹患重病的病人更帶來革命性的契機。遙想七十年代對急性心肌梗塞的治療主要是讓病人在CCU臥床休息同時監測生命指標並治療心肌梗塞的合併症，到了八十年代靜脈注射 rt-PA 成了積極治療的方法，心臟醫師明白早日打通阻塞的冠狀動脈才是拯救心肌免於壞死的王道。

但是隨著 PTCA 的發展，開始有人大膽嘗試在急性心肌梗塞發作時立即進入導管室以介入治療打通血管，於是心臟科醫師不但打通了病人的血管，也打開了急性心肌梗塞救命的希望之窗。同時間，冠狀動脈支架的進步，dual antiplatelet therapy，statin 和 RAS blokade 的有效性又持續被證實，使得全世界針對急性心肌梗塞的治療方法不斷地在改善。台灣的心臟科醫師當然也不例外，依據江福田前理事長任內所進行的台灣 ACS Registry 的資料顯示在台灣急性心肌梗塞的病人約八成左右接受了 primary PCI 的治療，這數據比加拿大更先進，尤有甚者，政府當局更要求全國各地的重症責任醫院對於接受 primary PCI

的病人必須要有七成以上是在到院 90 分鐘內打通血管，這就是為什麼許多責任醫院的院方會定期評估 door to balloon time (D2B) 的道理。

這些進步都是為了病人，也就是實踐了「以病人為中心」的理念；而台灣的心臟科醫師也很爭氣，有一半的病人其 (D2B) 是小於 60 分鐘，這項成果是心臟科醫師和團隊成員所完成的，24 小時全年無休的輪值待命，夜深人靜的導管室，一群人不顧一切地搶時間治療病人，因為他們深知「time is muscle」。如果不是基於專業上的使命感，那他們是所為何來？比起其他先進國家，台灣社會對這一類急重症醫療的專業人員不要說物質上的回報是不符比例原則的偏低，心理層面的尊重也嚴重的不足。

台灣社會對「專業」不夠尊重，對「免費取得知識」也認為理所當然，長期累積下來，醫療的邏輯分析和決策是「無價」的，也就是不必付太多費用的。醫師診察費，執行緊急導管術的費用，心外手術費等一直和台灣心臟科醫師的拚勁和風險承擔不成比例。當社會人士在媒體上批評「血汗醫院」，批評「惡醫獸醫」時，怎不反思孰令致之？

長庚醫院是第一個實施「physician's fee」

理事長的話

制度的醫療體系，也因此改變了台灣醫界的生態和文化，現在全國各公私立醫院都實施著不同版本的 physician's fee。我們心臟科醫師憑著專業素養給病人最正確的診療，由於 medical service 而取得 physician's fee，這是光明正大的 "fee for service"；只是目前健保給付 physician's fee 是和我們所提供的 service 不成比例，也因此導致少數醫師是提供 "service" for "fee"，這就不是我們所樂見的。古今中外的社會不會是完美的，醫療結果不會是絕對成功的，醫療制度也永遠有改進的空間，

但是在「以病人為中心」的核心理念下，醫師的尊嚴是不容一再被腐蝕。希望社會各界有識之士在談到「健保奇蹟」，提到「健保高滿意度」等令國際友人佩服的事蹟時，也能夠想起在夜深人靜時的導管室內，有一組人為了一位心臟病人搶時間打通血管，醫師流汗，病人流血（puncture site）；在那個場景，procedure fee 不是醫師的考量，可是整個社會也不應該就當作那是理所當然的一件慈善活動。

