



養和杏林手記

2019年2月1日

《急症專才通才不鋒芒》



養和醫院急症科專科醫生

| 撰文：游華漢醫生

文章刊於 2019 年 2 月 1 日《信報財經新聞》健康生活版《杏林手記》專欄

現代醫學講求專科之後再分科，對合適的病人來說是非常有好處的。近年急症科專科更發展專科分科（Subspeciality），其中臨床毒理科（Clinical Toxicology）更在香港醫務委員有相關專科醫生名冊。

不過，病人求診時不會被標籤好屬於哪科疾病，甚或是互相重疊。舉一個例子，頭部創傷和頭暈是天生一對雞與蛋問題。既可以是因頭部創傷腦震盪導致頭暈，亦可以因為頭暈跌倒而令頭部創傷，兩者都可以互為因果。而頭暈可以說差不多每一個專科都有多個直接或間接病因去解釋這個症狀。

往病人的地方去

另外，每日見不少發燒病人，雖然上呼吸道感染很普遍，但對於急症科醫生來說，發燒（高熱）不等於傷風感冒，更不一定跟傳染病有關。雖然病人探熱的體溫都較正常高，但原因各有不同。例如夏天做戶外活動，先必判斷是否中暑；曬過太陽臉上有蝶形紅疹會否是系統性紅斑狼瘡發作；亢奮病人是否甲狀腺分泌過多或藥物中毒；抑鬱病人食止痛藥會否藥物相互作用引發血清素症候群；頭痛至迷迷糊糊是否腦出血；脾臟明顯發大是否腫瘤病……這些都是急症科醫生遇上所謂「發燒」病人會考慮的非感染原因。而感染原因就更加受時空影響。每年香港受流感高峰期影響，去年夏天更有白紋伊蚊傳播的登革熱。急症科作為社會和醫療機構其中一個重要橋樑也要緊貼社會脈搏。自從 SARS 後，各醫院感染控制措施亦不斷加強，令到訪醫院病人或家屬更安全更安心。醫院之間亦有運送傳染病患者演習，以確保各機構部門更有信心地安排患者接受最好治療。

有時部分患者未必能充分表達自己感受，例如記性稍遜的長者或者總是點頭的幼童。如果是這種不明確狀況下，若然全體醫生總動員也只怕令病人眼花繚亂。急症專科醫生正是要經常處理這些無明顯分類的病人，並分辨哪些是高危病人需要進一步檢查，哪些可以回家休息。若然病情不穩更會協助患者及家人作出最合適決定，不會拖泥帶水。

由於急症科醫生能夠綜合病情需要，熟悉醫院各科運作協調流程，專科通才都有涉獵，可以提供最必要及有效率的診斷治療方案。這跟過去十多年全球先進國家提倡病人住院期間由醫院醫生

(Hospitalist) 診治不謀而合。

很多專科有一定工作環境，例如外科醫生要有手術室，放射診斷醫生要有 X 光機，而急症科正處於院外院內連接橋樑，處理接收不同病人，安排最妥貼的個人醫療。不過急症科醫生不一定服務醫院，有部分同業醫生「反其道、貼地而行」，走入群眾，病人在那裏便往該處去。

例如現今大型活動如場地運動比賽或戶外長跑活動，除了可能涉及肢體創傷如骨科、外科及腦外科，其他情況如心肌梗塞、心跳停頓、橫紋肌溶解症、中暑等等，急症科醫生正正同時具備多方面專業技巧可以即場醫治。當中包括現場超聲波診斷，使醫生、運動員、教練更容易決定應否繼續作賽。除了陸上運動以外，潛水員遇上減壓病需要高壓氧氣醫治。以往本港醫院未有加壓氧氣艙，要運送嚴重病人到昂船洲消防處潛水基地。現在本港已經有醫院設有高壓氧氣艙提供相關服務。

臨危受命到外地

除了運動醫學外，過往港人在外地遇上大型意外，政府都會派出醫療團隊到外地支援。領隊醫生都是極富經驗的急症科醫生，例如 2004 年港人在台灣九份交通意外，當時資深前輩劉楚釗醫生臨危受命出發到當地。本地如發生嚴重交通意外或其他災害，亦需要急症科醫生現場支援。運送嚴重病患是一項潛在高風險的過程，因為運送途中若然病情出現變化，無論出發或接收醫療機構很難再提供即時硬件支援，運送團隊要事前準備應對可能出現的惡劣情況，亦要有足夠臨床經驗作即場決定。

很多急症科醫生亦在公餘時間擔任飛行醫生幫助偏遠地區病人，飛行醫學訓練跟陸上運送及院前醫學有一定分別；尤其是拯救現場環境和直升機內升降氣壓急速變化對病人的影響。現時飛行服務隊醫生有一半以上來自急症科醫生。這是大家工作以外憑自己專業知識服務社會的義舉。

急症科專科醫生就好比足球隊的中場球員，要懂得閱讀比賽變化，了解各隊友長處而策劃戰略。既要上前助攻，亦要回防，好隊友在好位置自然要交出好球給他們發揮，但危機中有時也要當仁不讓。因為得失球不是個人的功過，而是團隊整體成績。醫療團隊亦是同一道理，大家共同分擔責任互相扶持，才可自強不息，將來一齊分享成果。

| 撰文：游華漢醫生

養和醫院急症科專科醫生