

# 疾風勁草見真章

陳真光 呼吸系統科專科醫生

( 本文 2020 年 10 月 23 日載於《信報財經新聞》A23 )

今年中秋剛過，就迎來了颱風「浪卡」，8 號熱帶氣旋警告訊號高懸 14 小時，這是 60 年來距離香港最遠的「8 號波」，也許因為遠距離吹襲，並無釀成嚴重傷亡事故；相比之下，2018 年 9 月超強颱風「山竹」在全港多區造成空前的破壞，超過 450 名市民於風暴期間受傷，須往公立醫院求診。

眾所周知，本地公營醫療服務由醫院管理局提供，1990 年該局成立之初，面貌一新，朝氣蓬勃。1995 至 2003 年期間，筆者在香港大學教學醫院（瑪麗醫院）的成人深切治療部（ICU）出任顧問醫生一職，受到醫管局勇於改革、與時並進的作風感召，全面投入提升醫治危疾者的各個環節，包括培訓成人 ICU 內的年輕醫生，以及理順醫院中有危疾患者的各類病房與成人 ICU 的協調。

培訓年輕醫生是個大課題，當年為了風險管理，做了果斷的決定，不讓剛畢業的實習醫生到 ICU 受訓，因為他們的臨床經驗有限，難以勝任爭分奪秒的治療要求。

能進入成人 ICU 工作的年輕醫生，大多是來自內科、外科和麻醉科的實習醫生，在 ICU 受訓只屬本科訓練中的一環，為期 3 個月，隨即返回本科崗位。面對命懸一線的病人，這些年輕受訓醫生往往戰戰兢兢，沉着應戰。

## 少林寺式根基

當年成人 ICU 資源有限，團隊中並沒有副顧問醫生職級，部門醫生工作架構只分兩層，由一名 ICU 顧問醫生直接帶領一組年輕醫生。他們在 ICU 受訓 3 個月，每 3 天便須當值一晚，照顧 ICU 病人。筆者帶領他們，每晚或隔晚也須在家當值，通過電話或回到醫院親自督導。回想年輕醫護人員在受訓期內不辭勞苦，仍能保持熱誠和衝勁，可謂十分難得！

為了讓每一組新來的年輕醫生從速進入狀態，安然面對艱巨的挑戰，筆者特別籌辦速成班，親自編成一冊 ICU 工作指南，並為初來一個月的受訓醫生安排每周三節的小組補習班，由各專科專家講解危疾所致的功能失調和衰竭，同時灌輸基本臨床治療技巧（例如插喉）。筆者再三鼓勵學員，須把成人 ICU 當作「醫學少林寺」，用心學，不怕苦，好好把握受訓 3 個月的寶貴時光。

除了傳授基本功之外，筆者尤其着重學員從互動交流中學習，最佳機會莫過於每天早上親自帶領學員巡房，就各病人的病情傳授相關理論和知識。這種形式的巡房，傳統上稱為「主診醫生巡房」（attending round），有別於「工作巡房」（work round）；工作巡房通常在主診醫生巡房之前，由實習醫生先仔細審視病人所有臨床資料，思考鑑別診斷和醫治方向，稍後進行主診醫生巡房時，就全盤病歷和臨床觀察加以報告，由主診醫生作出分析以及學術性闡述，啟發學員解難思維之餘，亦增進他們對病理的認識。

另一方面，治療疾病總離不開環境因素。水上活動一向是港人的主要消閒活動之一，甚至颱風浪卡吹襲期間，仍有市民毋懼 8 號風球威脅而下水暢泳，成人 ICU 處理不少遇溺相關的危疾個案，筆者也視之為極具臨床教學價值的危疾。為什麼？因為這種急病可大可小，嚴重創傷的病者由於呼吸系統吸入大量水份而導致全身缺氧，可以一下子心臟停頓。

即使心臟捱得過去，腦部也可能因嚴重缺氧而難望復元。若心臟和腦部幸免受損，創傷往往集中在呼吸系統，主診醫生巡房時可根據遇溺者的病情層層遞進，尋根究柢下去，有助激發年輕醫生的好奇心，同時深化他們的思考。

## 慎思明辨是王道

基於病源加以邏輯推理的思考方法，其實是在醫學院學習的傳統模式；回想自己當年在芝加哥大學 4 年的習醫歲月中，第二年還沒踏入病房，就先用上大半年時間，修讀臨床病理生理科（Clinical-pathophysiology，簡稱 CPP），將臨床的資料融會到病理和生理中，根據生理學的科學基礎，利用顯微鏡分析疾病的起源和演變，從多角度探究疾病的來龍去脈，藉此對症下藥。

就拿遇溺這種急病作為一種典型的 CPP 示例，在沒有嚴重缺氧的情況下，病人痊癒的機會通常是樂觀的。

在照顧方面，醫者的首要考慮是傷者所吸入的水是淡水抑或海水，兩者所引致的吸入性肺炎截然不同。淡水由於一般比較潔淨，其中所含細菌毒性較輕，服用常用的抗生素如 Augmentin，就能有效控制病情。海水一般較淡水骯髒，從中吸入的細菌包括大腸桿菌、弧菌和氣單胞菌等，則 Augmentin 並非應對的最佳選擇。

此外，淡水能經肺部進入血液循環系統，將血液內的鹽份稀釋並引起血溶。海水因鹽份甚高，則會將血液循環系統中的水份引流到肺部，導致肺水腫。不論是感染或肺水腫，後遺症都可能在患者吸入海水一兩天後才發病。

醫者除了評估治療外，還須立刻處方強力抗生素，並在病發 24 到 48 小時內細心觀察肺部的變化，留意病者是否發燒、痰是否變黃或帶血、

呼吸是否暢順、肺片有否變化或變白；務須注意的是，徵狀在最初的 X 光肺片可能並不明顯易見。

## **勇警死裏逃生**

不少人對遇溺掉以輕心，以為淹在水裏不夠一分鐘，有什麼大不了？隨時閉氣潛水一分鐘也沒問題！要知道，意外突然出現，就不是那麼一回事了，即使熟習水性也可能險象環生。

去年聖誕前約一星期，一艘水警快艇在晚上執勤期間，發現懷疑非法捕魚船，隨即追截，至赤洲以西水域時與該漁船意外相撞，3 名水警墮海受傷。

雖然水警全都穿了救生衣，甲水警和乙水警的遭遇較丙水警凶險得多，因為兩人在翻艇之際，一同被困在已經沉沒的船艙中，全身淹沒，更因救生衣浮力過大，而無法下潛到較深位置，以擺脫壓在他們頭頂的船艙；幾經掙扎，終能浮到海面。但與死亡搏鬥的這一分鐘，二人呼吸道和肺部都已吸入含有氣油的海水，甲水警更因被船艙撞到頭部，在淹沒過程中產生昏厥之感，幸而畢竟訓練有素臨危不亂，方能逃出鬼門關。

## **適切治療見微知著**

水警在漆黑海上與死神擦身而過，回到陸上的情況又如何？

當晚送抵醫院急症室時，3 人都有低溫症跡象，醫生表示並無大礙，只需在觀察病房接受觀察。凌晨 3 時許，急症室單單提供止痛藥，就讓他們回家。從送進急症室到出院，總共才 6 個小時，除了甲水警因頭部撞傷而接受腦部掃描和肺部照 X 光之外，院方並無就出院後的安排，給予 3 名傷者任何指示或跟進。

出院當天，甲水警開始感到氣促、咳嗽，黃痰帶有血絲。咳血絲不容忽視，輕者氣管炎，重者肺炎或因鹽水導致肺泡積水，要是 X 光肺片沒有異樣，則應利用電腦掃描進一步確定。他又回到公立醫院急症室，X 光肺片看來正常，但他卻需要輸入兩度氧氣，以維持血氧飽和度至 97%。觀察數小時後，停用氧氣，病人再度出院。

事發後第三日，甲水警向私家醫生求診，檢查只發現血氧略低，X 光肺片未見任何黑影。醫生處方 7 天較強力抗生素。兩星期後，黃痰和血痰都清了，但咳嗽、氣促無好轉，於是病人接受電腦掃描，發現兩邊肺底部都呈現纖維化，表示傷者或因肺部曾吸入混合氣油的海水而罹患吸入性肺炎，因此引致較長遠的肺底結疤，幸好損害輕度，並無大礙。後來醫生用了幫助氣管的吸藥，病人的情況有好轉。

人生當然不可能重頭再來，但當晚在急症室的正確處理方法，無疑是讓傷者留院兩三天。即使 X 光肺片沒有呈現什麼病徵，但既然知道發生意外的來龍去脈，理應在病人開始有呼吸系統不適時進行電腦掃描，細看肺部吸入污水的情況有多壞。強力抗生素也應第一時間注射，務求掌握黃金 12 小時，把肺部所受傷害減至最低。這是救治上策，也省得甲水警其後奔波 3 次求醫。

乙水警在出院後第二天也開始病發，出現咳嗽、氣促、右腔痛楚、身體發熱等症狀，躺臥時口腔和鼻腔感到鹽水的味道。

他的 X 光肺片亦無異樣，但血氧飽和度略低，經私家醫生診斷為肺炎，立刻入院，連續兩天注射強力抗生素；出院後繼續一星期療程的抗生素，最終完全康復。

## **病理人情一應俱全**

依筆者看，兩名水警在公立醫院接受的治療未免有欠妥善，對遇溺個案的急症處理亦有不足之處，以致治療過程幾經轉折。筆者從醫學院

任教經驗中，深諳不進則退之道，寄望公共醫療服務水平能夠不斷提升，醫護人員的專業知識和治病技巧日益增強，在救死扶傷的緊急關頭，不受醫療以外的因素（例如對性別、種族或政治理念的偏見）影響，以免診斷偏差或照顧不周。

作為杏林中人，我們不但理應克盡己職，更須謹記應為病人「多行一里」（walk the extra mile）。即場診斷時，亦須勇於作出前瞻性的盤算，從速訂定適切的治療方案，透過檢驗和用藥雙管齊下，盡力為病人謀福祉。

前線醫生不妨以本文病人的遭遇為鑑，時刻自省：是否時刻銘記希波克拉底宣言和病人約章？是否時刻牢記每種疾病的 CPP，從而發揚人溺己溺的仁愛精神？再者，身為公營醫療體系中資歷較深的成員，縱使醫務繁忙，亦莫忘對受訓前線醫護人員諄諄善誘，時加教導。筆者深信，醫護界攜手協力，定能培育出新一代的杏林精英！