

目錄

自序

第一章 救護這專業

- P.10 救護行業的蛻變
- P.13 不一樣的澳洲
非緊急救護
- P.21 為患者犧牲才是仁心？
簡介 DR. ABC
- P.27 院前救護危機處處

第二章 小小救護傍身術

- P.34 「任何人」——大眾對
CPR 和 AED 的誤解
- P.42 運用消毒藥水洗
傷口的迷思
- P.48 也是護士——
略談驗血及突發性暈眩
- P.52 燒傷怎麼辦？
- P.56 略談高血壓
- P.59 預設醫療指示不等於放
棄治療

第三章 緊急救護—— 分秒必爭的判斷 與院前治理

【創傷意外】

- P.67 不常見的創傷——跳橋
- P.74 繁忙時間的交通意外
- P.80 創傷的致命三角

【心臟科急症】

- P.86 受詛咒的電水煲
- P.92 撒馬利亞善人
(Good Samaritan)
- P.97 令我失措的
心肌梗塞患者
- P.104 救護車上的柯南・道爾——
急性肺水腫
- P.108 錯誤的分流——
室上心搏過速

【呼吸科急症】

- P.115 嚴重哮喘
- P.120 災難——雷暴雨哮喘
- P.127 一粒痔瘡，救了
一條生命——哽塞

【產科和兒科急症】

- P.132 醫療事故？——早產
- P.135 又一個誇大病情？——
產後大出血
- P.140 願每位孩子也能長大
成人——Todd's paresis

【酒、藥和精神問題】

- P.145 酒醉——初步病人評估
- P.149 在旅遊點的迷之患者——
濫藥？
- P.155 和醫生「合作」——
海洛英過量
- P.159 赤裸的秘密——
思覺失調

【免疫系統相關急症】

- P.164 踏出指引以外——
拖延性過敏
- P.169 日日運動身體好——
過敏
- P.174 義務急救員——
低嗜中性球發燒
- P.178 感染的風險——敗血

【其他急症】

- P.184 院前醫療的複雜挑戰——
低血糖
- P.189 判症錯誤？——
腹腔大動脈血管瘤
- P.193 無能為力——腦出血
- P.196 印度語的迷思——中風
- P.200 遺願——末期癌病
- P.207 附錄：
常見的救護工具

救護員沒有義務搬抬病人

「那請你站起來，然後跟我走到救護車。我無法把你抬到救護車，也不會抬任何人。」我發出清晰的指令。雖然我曾想過給她注射鎮靜藥物使她放鬆，但這同時會令她昏昏欲睡，未能自行從二樓走樓梯到街上。再者，距離現場數百米的醫院能給予更合適的口服鎮靜藥物。既然如此，我何必要多此一舉？

在場的少女友人對我拒絕以輪椅把患者抬落樓梯的決定略顯不滿，並投訴為何要患者步行。我只平靜回應：「搬抬從來也是高風險行為。除了我可能會失手令她跌倒，我的腰背也可能受傷。如果你覺得有需要，你可以扶持或抱她到我們泊於街上的救護車。」

救護員並非為了受傷才上班，明明眼前患者行動自如，為甚麼大眾仍然期望救護員要搬抬患者？我們每天上班是為了運用醫療知識和技術去治理傷病者，不是「一命換一命」，無端地因傷病者受傷，怎樣也不值得。要知道每位救護員也有自己的家庭責任，要求工作不受傷和安全回家只是一個簡單而且合理的期望！

最後，患者依隨指示，在我們的引領下走向救護車，鄰居們起哄並責備警察為何要帶走患者。我沒有參與討論，只是拿著裝備默默的跟隨患者身後。在數分鐘後，我們一行人順利到達急症室。我邊填寫患者治療紀錄，邊疑惑著：「如果當時只有我們被派往處理此個案，沒有深切治療救護員的提醒，只怕我們會直接前往現場。未知危險的我們會因而『因工受傷』嗎？」

院前救護危機處處

院前救護及院內工作我都曾經工作過，從非緊急救護轉到護理工作，再由護理行業轉戰緊急救護行業，當中最難適應的並非臨床上的各種挑戰，而是治理傷病者的同時要保持對周遭的狀況認知（situational awareness）。院前環境千變萬化，救護員經常要面對未知的危險。除了不穩定的事故現場，患者或其家屬等也有可能威脅我們的安全。例如某一天我把酒醉的患者帶上救護車廂，他竟忽然從口袋中拔出長刀指向我。我當刻雖然立刻按下隨身通訊器的求助掣，可警察仍是需要數分鐘後才能趕到到場。在警察到達前，最有效的自保方法是向後逃跑。上述的經歷，相信醫院裡工作的醫生護士是想像不到的。

狀況認知不是甚麼進階技術，只是對空間、環境、時間和事件整體的知覺與理解。例如處理交通意外傷者時不應只留意傷勢，而忽略了公路上仍有高速行駛的車輛，造成被撞風險。換言之，救護員每次到達不同的事故現場時都應對其空間、環境、時間和事件整體有一定的基礎認知，留意潛在風險，保持警惕，免生意外。

於錯誤中學習是人類的天性，因為只有犯錯時才會令事情難忘，教訓會更深刻。

臨時徙置區的危機

某天傍晚時分，當時身為救護學徒的我跟導師被派往治理一個報稱吃牛扒時割傷自己的女士。

當時心想，應該又是一個典型的濫用個案吧！晚餐鋸牛扒只會用普通餐刀，它能引起的傷口不可能太大。但由於傷病者報稱自己嚴重出血，個案被判定為緊急級別。個案現場是臨時徙置區，就是那種令人渾身不對勁的罪案溫床之處。我把救護車停泊在傷病者的住宅門前，那麼假如遇上危險我們也能快速跑回救護車逃命。

救護車是我們的「安全屋」，它有齊全的裝備、熟悉的工作環境，是個完全屬於我們的地方。正因如此，救護員一般有把傷病者帶上救護車後才開始治療的習慣。面對當時現場散發著的不安全氣氛，我跟同伴於離開救護車廂前已制定好「速戰速決」的計劃：如傷者穩定，我們先把她帶上救護車後才處理傷口。倘若傷勢嚴重，我會先進行基本包紮後，便盡快帶她到救護車繼續處理。我刻意只帶基本的檢查裝備和包紮用品進場，迫使我於現場無法做太多的治理程序而長時間逗留。

踏出救護車，我看到一個表現緊張的中年男子站在大門前。看真一點，發現的他表現完全是濫藥後的興奮狀態才對。原來他是傷者的男朋友，「家暴」一詞忽然於我腦海浮現。

說好了的牛扒呢？

踏進屋內，我刻意沒把大門關上。約二百平方呎的細小房子內滿布雜物，空氣中充滿煙草和大麻的氣味。我以緩慢的步伐，一步一驚心地沿著走廊前進。忽然發現傷者男友一直走在我們背後，阻擋著我們逃走的退路。我只好硬著頭皮和導師繼續走進凌亂的大廳，小心翼翼地避免踏到地上鋒利的物件。我借意指示傷病男友把後院大門打開以保持空氣流通，同時控制環境。當他走到後院門前，我們回去救護車的通道再次暢通無阻。我們繼續走前，終於走到坐於飯檯前的傷者旁。清醒的她已用厚厚的棉紗和手巾包裹住手掌位置，但鮮血仍不斷從敷料邊滲出。

我先自我介紹，然後輕輕拿掉包裹著傷口的毛巾和棉紗。滲滿鮮血的棉紗格外沉重，我一不留神便失手令它掉到於地上，同時我意外地發現椅子旁的地上有把軍刀，是附有小燈泡的戰術軍刀。我用腳輕輕地把刀踢到遠遠的牆角，確保不在傷者和其男友能觸及的位置。傷者對我說那是她剛才切牛扒所用的刀，但說好了的牛扒呢？

由於鮮血仍然繼續從傷口湧出，我立刻把手中的毛巾壓回傷口上，並把受傷的掌心舉高於心臟位置以協助止血。雖然我使用的毛巾並沒有消毒過，但當前替這傷者止血最為重要。

「啪！！！」大門被風吹得應聲關上了。我出於本能把一隻手移到腰帶，但不是要拿出配槍（我也沒有這個裝備）。我只想確認隨身的通訊器仍在腰間，但不幸地，我只摸到一條腰帶。

「前往醫院吧！」同伴暗示盡快離場。

我原本打算快速地紮個手掛¹，上救護車後才替傷者檢查維生指數。只是我的手套已盡是鮮血，傷者的出血量遠比預期的多。她的傷口從掌心穿過手背，縱使包紮了掌心的傷，手背的血仍不斷地流。以她當時的狀態，我不認為她能夠站起和走十數米的距離。我跟同伴說：「請把輪椅拿進來，如有必要，也拿黑色的袋子吧。」其實我們沒有黑色的裝備袋，「拿黑色袋子」是緊急撤退的暗語。

面對明顯不是意外造成的傷口、奇怪的現場氣氛、懷疑受藥物影響的男伴、不合理的受傷過程、我和同伴也沒有帶備求救用的通訊器……一子錯滿盤皆落索，就是甚麼也不利於我們的感覺。在還未出現真正危險時派其中一人回救護車拿取通訊設備是當時保障我們安全最正確的決定，臨床治療永遠不及我們個人的安全重要。我留下進一步處理傷口，同伴則負責走回救護車拿取輪椅和「裝備」。患者男友跟隨其後並不斷發問：「她怎麼了？你們對她做了甚麼？會帶她到哪裡？接下來又會怎樣？」面對一個又一個的問題，經驗十足的同伴逐一回答。最後，他沒驚險的拿來輪椅和通訊器，我的心也終於安定下來。

救護工作跟醫院內的工作不同，我們需要的不只是救護學位課程所教授的醫療知識，還有進階的待人處事和事故處理的能力。危機意識不足的情況偶有發生，但不是每次也有幸運的結局。一個微小的錯誤，已可能令救護員得到永久傷患。說得沉重了，但這便是

1. 即是運用三角巾製作懸帶，以抬高和承托傷患位置。

救護職業的現實。接下來也沒甚麼特別，我們只是把傷者送到附近急症室進行進一步的治理。

雖然事後我沒有向醫院了解這個案後來如何，但卻上了寶貴一課。自此之後，當時仍是畢業學徒（graduate paramedic）的我，養成了於工作時隨時隨身攜帶著通訊器材的習慣。人類果然需要於錯誤中學習，犯錯才會使我們印象更深刻。

受詛咒的電水煲

週末晚上的綿綿細雨為墨爾本帶來一點寧靜，在市中心夜間值勤的我竟然能夠於午夜前完成用膳。同伴躺在沙發上閉目休養，我則走到廚房弄個咖啡提神。

澳洲的救護站有一個關於電熱水煲的傳說：它是受詛咒的不祥禁物，繁忙的救護員不應該有空閒時間去煲水弄熱飲。因此，每當電熱水煲被啟動，站內的救護員便會在水滾前收到召喚而出動。果然，同樣的詛咒這晚又再發生。控制中心簡單地告訴我們召喚的資訊：「緊急個案，四十五歲男性，在墨爾本市中心人事不醒。」

救護站距離現場不足兩公里，我們不消數分鐘便到達國際知名的五星級酒店現場。我跟同事帶備所有裝備進內，跟隨職員的引領到達患者身處樓層。在等候升降機期間，控制中心通知我們患者懷疑心臟停頓，已調派深切治療救護車和消防先遣急救人員作支援。職員一邊急步引領，一邊喘氣地報告：「病人剛才在淋浴，跟他同房的客人因為聽到嘔吐聲音所以敲門檢查，卻一直得不到任何回應，於是立刻通知職員前往，職員開門後驚見病人昏迷地上，於是立刻召喚救護車。」

人的腦袋沒有任何氧氣儲備，心臟停頓後便會即時引起腦部

缺氧。腦細胞缺氧大約三分鐘便會開始死亡，而腦細胞沒有再生能力，因而形成永久損害。研究顯示，心臟每停頓一分鐘，患者的生存機會便減少約 7-10%。我心裡盤算，病人從倒地到召喚救護車至少約五分鐘時間，加上我們前往現場需時，他心臟停頓很可能已超過十分鐘。如果推斷屬實，搶救很可能只是徒然。我邊想邊走，終於走到患者所在房間門前。當時有十多名華人在房外聚集，我和同伴走進房間內的浴室。

「我們要毛巾，很多的毛巾，立刻給我們拿大量毛巾來！」我跟職員說。

雖然花灑的來水已經被關掉，但患者所在的位置仍是濕透。赤裸的病人被困於狹窄的花灑企缸內，企缸的門因設計而無法向外打開，患者的身軀正正阻礙著門的開關，我們無法把患者拖出來進行搶救。女同伴透過狹隘的門隙側身進入企缸位置，但狹窄空間和濕滑地面令她難以站穩。我把浴室內所有的毛巾傳給她並叮囑她要小心。

一會兒後，同伴尚算把病人的胸口抹乾，但企缸內仍滿是積水。雖然她想為身處自己兩腿之間的患者進行心外壓，但現實卻沒可能。我把去顫器的電擊片傳給她，示意她為患者貼上。

我從心電圖屏幕看到偶爾的心臟電流活動，這正是心臟瀕死的心律型態。酒店職員於此時回到現場，並帶來大量毛巾。我把毛巾傳給同伴，讓她鋪到企缸地上以減低濕滑程度，然後站著彎腰為病人開始進行心外壓，希望給患者一個生存機會。

門外的我除了叮囑同伴要小心外，便做不了甚麼。說實在的，以站立姿勢為躺於地上的患者進行心外壓的效用極低，而且重複彎腰的姿勢十分容易引起施救者椎間盤問題。能救活這患者的機會很渺茫，我不禁懷疑同伴是否值得為患者冒這個能引起永久傷患的風險。

幸運地，消防員在數分鐘內到場。檢示過現場環境，他們認為拆掉企缸門太複雜。同伴從門隙走出企缸外，讓一名身形較細小的消防員內進。消防員直接把患者抬起，並以人力把他抬舉到房間的大廳讓我們搶救。我即時走到房間大廳指示職員協助把大床推開，以確保有足夠的搶救空間。看過手錶，原來到場至今還未夠五分鐘。

消防員把病人抬到房間中央後，同伴立即開始為病人進行「插喉」。同時，她也指示消防員開始為病人施心外壓，我則同步為病人進行「種豆」以作藥物注射之用。進階的深切治療救護員此時到場，並接手處理患者。我們繼續從旁協助，先後給予多次俗稱「強心針」的腎上腺素（adrenaline）注射。然而心電圖屏幕仍只顯示出心外壓引起的起伏，病人的心臟已沒有任何電流活動。

人手於增援到場後變得充足，我們也終於能夠向門外的患者友人們詢問病歷資訊。因為我略懂國語，因此被派到門外問症。原來他們一行人來自台灣，當晚是該旅行團的最後一夜。患者的家人仍在台灣，患者是跟公司同事來。他們稱患者沒有任何長期疾病，但當天早上卻非常平靜，大概是早上已開始感到不適吧。

我回房間協助搶救前，特意指示旅行團的領隊替我立刻致電患

者家人，說要跟患者家人說幾句。回到房內，得知在場的所有救援人員也認為病人返魂乏術，但仍決定完成半小時的進階搶救。這除了是給予患者最後一個渺茫的機會，也有部分是為了讓消防的先遣急救人員能有更多的實戰經驗。這是個無奈的現實，急症醫療總是要在實戰中學習。

我在這半小時內不斷進出房間，透過領隊作翻譯去跟患者妻子解說狀況。自知沒能力改變患者的生死，但卻有機會使他的家人少一點遺憾。我設法讓這妻子感到我們盡了所有的能力，給予了患者最大的生存機會。無奈只是事情發展得太快，我們仍是無能為力。病人離世的過程很平靜，他亦因為昏迷而沒有受到任何的苦痛，猶如入睡了一般的安詳。我希望她感受到，雖然當時她無法身處患者身旁，但仍可以透過電話筒跟患者走完生命的最後一步。

三十分鐘的搶救很快便過去，我又回到門外以我僅有的國語跟病人妻子溝通：「他離開了，好像睡著了一樣。聽覺是最後消失的感觀，我現在會把電話放在他的耳邊，跟他說所有你想說的話和道別吧。」

「聽覺是最後消失的感觀」，我曾於專欄寫過，某個救護電視劇也引用過這句話作感人對白。雖然有說這是腦電波研究得出的結論，但卻沒有人能夠找到這個研究的實質資訊。我說這句話，是某次我安慰死者家屬時創作的善意謊言。死者已矣，但存活的卻經常後悔情深說話無法再去細訴。給予家人一個機會去訴說心底話，可以避免一個追悔莫及的遺憾。眼前患者和家人天各一方，這是當刻我唯一想到能把他們拉近的方法。在消防員和其他救護員在執拾時，我如承諾般把電話放於患者耳邊。

走回房間門外，在場的團友們早就聽到我跟患者妻子的對話而知道當時情況。他們給了我一些現金，要我放到病人手中。這大概是「往生錢」吧？曾聽說過很多次，但我現實中卻沒有見過。始終這是最後能給死者的尊重，我跟在場的其他救護人員解釋後便按指示把錢放於死者手中。我嘆了一口氣，心想怎麼他不能撐多一天，回到家人身邊後才回歸天家？

本篇參考資料：

Larsen, M. P., Eisenberg, M. S., Cummins, R. O., & Hallstrom, A. P. (1993). Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. *Annals of Emergency Medicine*, 22 (11), 1652–1658. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(05\)81302-2](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(05)81302-2)

救護小百科

澳洲救護工作較輕鬆？

很多在香港從事救護工作的同業認為「外國月亮特別圓」，澳洲救護的工作量、個案類別、市民素質等肯定也遠比香港好。其實這是一個大誤解！首先，澳洲的濫用情況沒有比香港少，也同樣有資源不足和高工作量的問題。人口老化是全球已發展地區的共同問題，院前醫療的需求有增無減。在資源有限的現實世界，各地政府也只能給予救護部門有限的資源和撥款去處理問題。

不過，澳洲救護服務也有其優勝之處。澳洲的救護服務使用院前分流系統（pre-hospital triage system）多年，在接收求助時會依據電話獲取的資訊去評定個案的緊急級別。控制中心會先派救護車前往較緊急的個案，次緊急或非緊急的則可能被轉介或需要等候較長時間，大大減輕了救護系統的負荷。可惜難免有人會為了盡快得到救護服務而誇大病情，濫用和虛報在澳洲並不罕見。

此外，澳洲醫療服務的收費方式也使救護工作量增加。當地公民使用急症室服務的費用全由社會醫保（medicare）支付，誘使一些非緊急的病人不當地前往急症求診。雖然澳洲部分地區的救護服務需要收費，但獲取各種社會補貼或援助的低收入市民則費用全免。最後，一些低收入人士會透過虛報病情來利用救護車作免費交通工具前往急症室享受「全面的免費醫療」。