

- P.6** 序：視病猶親苦轉喜 梁卓偉教授
P.8 序：在困難中製造曙光 老人科醫生 Dr. S
P.10 序：致所有還在努力的人 陳曉蕾
P.12 自序
P.16 Welcome to Medicine!

Bed #1

甚麼科學

- P.25** 科學的源頭
P.28 可信性階梯
P.31 意見和事實

Bed #2

老人專科

- P.42** 老人問題
P.46 出院手續
P.50 混亂藥箱

Bed #3

惡性循環

- P.59** 愈住愈病
P.63 愈醫愈病
P.66 愈馴愈病

Bed #4

踢人出院

- P.77** 「出到院先講！」
P.82 「送上去先講！」

Bed #5

最後的路

- P.90** 由得我死
P.94 得到好死
P.97 不得好死

Bed #6

怎麼用藥

- P.106** 合作用藥
P.110 多重用藥
P.115 分開醫藥

Bed #7

甚麼專科

- P.126** 過度專科
P.130 家庭專科
P.138 唔洗專科
P.145 社會專科

Bed #8

人有三急

- P.160** 便宜急症
P.166 不再急症

Bed #9

金錢世界

- P.176** 乜都係錢
P.182 有的是錢
P.186 原來無錢
P.192 結語
P.201 COVID 特輯
P.212 附錄

視病猶親苦轉喜

小油詩贈 Dr. Who：

汝曾捱過寒窗夜
篤志醫學慕聖良
公共醫療道百態
視病猶親苦轉喜

醫院每天發生大小事，五味紛陳，百感交集。

人生每個悲喜苦樂片段，都值得筆錄下來，供世人借鑒。多得 Dr. Who 有生花妙筆之才，雖然是醫療傷病事件，卻寫成趣文多篇結集，不但令人會心微笑，還給讀者長知識，而更重要是在趣味中推廣醫學科普，亦有利病人早日脫離病魔困擾，讓大眾獲得裨益，實在是大吉大利之書。

Dr. Who 不愧為香港大學醫學院傑出校友，在醫院工作應付大量病人的沉重使命中，不單沒有被壓倒，還能迎難而上，並且未忘初衷，擁抱人生樂觀態度，時常保持正能量，在工作壓力下，成功發揮幽默感，把工作完成，各方滿意。

捧書細讀，便見社會眾生相，Dr. Who 每天接觸每位病人，有血有肉，而他能以「貼地」文字，輕鬆描畫出醫者生活日常，固然可讓大眾清楚看到醫生也不過是凡人，並理解他們日常工作有不少辛酸，不足為外人道。

難得的是，Dr. Who 把公立醫院裏每天活生生的景象呈現在眼前，讓一般市民亦感受到香港今天醫療人手及資源仍然緊張，而人口老化、獨居長者等長期問題，還未解決。香港亟需要對長期病患者提供照顧與支援，而善終人道服務，在在要政府有關官員、醫學同仁、普羅市民等多方面配合，才可以改變劣勢。

之前 Dr. Who 已經出書，受讀者歡迎，今回再推新作，幽默筆觸更生猛，讀之不禁會心微笑，有時還會笑中帶淚，文章分量實在不輕。

當公立醫院醫生，乃自己選擇，本來便有回饋社會精神。我認同醫生工作，其成就滿足感與意義，會長留在心中，既說不盡，也寫不出來。醫生工作，其實一向喜樂自知，大家心照不宣，多寫反而容易流於煽情，破壞品味。美國文豪馬克吐溫名言：「幽默是上帝賜給人類最大的祝福。」(Humor must be one of the chief attributes of God.) 寫書達到幽默可以紓緩情緒壓力效果，能鼓勵大眾抖擻精神，繼續奮鬥，會屬更高成就，而 Dr. Who 正朝向這個目的。

Dr. Who 的文章深入淺出，普及醫學知識，輕鬆指點大家守護健康，簡單實踐莊嚴使命，肩負重擔，難能可貴。此時此刻，Covid-19 疫情仍未完全遠去，有這樣一本充滿趣味而有營養的書可讀，既減輕我們困擾，也充實我們日常生活，無疑產生紓緩功能。善莫大焉。

梁卓偉教授

香港大學李嘉誠醫學院院長

2022年2月

在困難中製造曙光

今時今日，願意畢業後投身公營機構工作，還要選擇接受艱苦的內科培訓，更要在各種局限中仍能保持一份初心服務病人的醫生，實在是非常難得。

Dr. Who 是一個有愛心的醫生，讀他的文章，能感受到他對工作的熱誠。眾所周知，香港高度依賴公營醫療服務，加上人口老化嚴重，在這個如 Dr. Who 所說「醫院垃圾崗」的地方工作並不容易，除了繁重的工作量外，亦要因應制度上的不完善而隨機應變，去處理種種可能只會在香港出現的問題。就如 Dr. Who 所說，為甚麼還要自尋短見選擇內科呢？

我想內科仍然有如魔法般的吸引力，內科醫生要兼顧的很多，要像偵探般從不同線索中找出問題的箇中原因；而病人會因為你的努力而得到正面的改變，當中帶來的滿足感的確是很大的。

作為老人科醫生，對 Dr. Who 在病房中的觀察實在是感同身受！繁複的長期病患，多如繁星的定服藥物，不甚長者友善的醫院

設施、制度和出院手續，稀少的社區資源，都令長者在香港生活得不容易。Dr. Who 提到的 deconditioning、「踢人出院」、「送上去先講」等都是非常現實、每天在發生的事；「乜都係錢」簡直是道出了我們公立醫院醫生的心聲。

在種種困難和限制中，我們還是需要盡力。如 Dr. Who 所說，我們「是因為一絲曙光留在這裏，甚至是希望要製造曙光」。縱然艱難，仍要堅持。

細讀 Dr. Who 娓娓道來種種實況，除了大嘆無奈，當然也要寄望有更多年青醫生會選擇在內科受訓，以愛心肩負這個使命，為我們的市民提供優質的醫療服務。

Dr. S

老人科醫生

2022年3月

Facebook 專頁：走在醫院前線。醫生有班老友記。生老情書

致所有還在努力的人

反覆讀了書稿數次，頗受感動。

這本書並不是 Dr. Who 平時在面書文章的結集，他是非常用心地想把在公立醫生崗位上遇到的「大石頭」，逐一仔細地講解描述。

第一章是格局極大的「甚麼科學」，一開始就希望這不止是個人意見，而是認真思考，有根有據經得起驗證。然後每一個章節，深入淺出講述香港公立醫院的關鍵問題：為甚麼病人在醫院愈待愈差？生病沒法根治，出院無處可去，進進出出彷彿沒完沒了的惡性循環！

有些問題，Dr. Who 能夠提出建議，例如用藥應該醫藥分家；但更多問題，像錢從何來？是關乎整個醫療以至社會及政治制度，難免氣憤又洩氣。

為甚麼還要寫出來？

這幾年，大家漸漸無言，被動地，主動地。公立醫院「十個水煲，八個蓋」的情況早已成為常態，這麼累，為甚麼還要擠出時間來書寫？寫出來，有用嗎？Dr. Who 亦坦言有前輩叮嚀「小心一點」。

但他還是堅持寫出來，月復月，年復年——當「大石頭」不是個人或者個別專業的力量可以搬走，惟有更仔細地解釋分析，期望更多有心人明白。

在適當的時間，也許，一點一滴終於會積累成改變的力量。

陳曉蕾
2022年2月

實習完畢，入了內科。

考畢業試的時候，和一位同學談天，他面上儲起了幾天因為溫書而忘記剃掉的鬚根，左手用古人手執卷軸的姿態拿著平板電腦，頭微微上仰看著蒼白的燈管，用一副看透世事的口吻說：「溫 OG、ortho、paedi，最後咪又係 medicine。」小島學堂的畢業試分為兒科、婦產科、骨科、內科、外科、家庭醫學、精神科七大專科，考生要在大概一個月的考試中施展渾身解數去說服考官自己的知識足以正式成為醫生。老中青的醫生大概都同意，那一個月大概是各醫生博學的頂峰，因為自此以後便進入不同專科，邊精研自己的專科、邊忘記其他專科的內容。

內科是全港最大的專科之一，內容博大精深，精深得我每一次跟朋友說起自己工作的時候，依然要再解釋一次究竟甚麼是內科。

內科 (internal medicine) 和外科 (surgery) 為兩大醫科門派。一個病人站在你眼前，他的每一個器官系統都有他專屬的內、外專科。腦部，內科由腦神經科 (neurology) 負責，外科有腦神經外科 (neurosurgery)；胸腔內部，內科有呼吸科 (respirology) 和心臟科 (cardiology)，外科則由心胸肺外科 (cardiothoracic surgery) 包攬……所以兩大門派下仍然有數十個小部門負責專屬的器官。可以動手術、可以切除的問題是外科的問題；切不了的都是內科問題。在兩大門派之外，還有其他不同門派管轄一些專門的範圍：兒科看的是十八歲以前、先天缺陷之類的問題，但如果小孩

子骨折，那便是骨科中專門研究小孩子骨科問題的醫生負責了；婦產科則看女性性器官可以發生的所有正常與不正常問題，但如果是乳房的病痛，卻又成了乳腺外科的問題了^①(註)。

當年進入醫學院，拿了自己的白袍，在自己的聽筒上刻了字，心中有一股飄飄然，不是覺得自己高人一等，是因為我幻想自己會成為電視上把聽筒掛在頸上、走路會起風的型男。讀了六年後，走路沒有起風，也發現擁有聽筒不等於懂用聽筒，更沒有變成型男。塞了滿腦袋資訊，以為自己終於開始步入醫門，直至畢業後開始工作，卻發現自己依然對醫科一竅不通，各部門的老闆、高級醫生依然可以在彈指之間將你毀滅，在他們眼中，你只不過是一個剛剛學懂英文字母的幼稚園學生。至今步入醫科差不多十年光陰，每一天依然是要回山區岩洞中面壁思過，愈讀愈覺得自己能力不濟。

從進入專科訓練到升職為專科醫生，大概需要十四年光陰，計上醫學院的六年便足足二十年。成了專科醫生，才是研究、發展所長、獨當一面的起頭。記得當年參加某英國醫學院的入學面試，考官問「Are you ready for a lifelong career?」，當時爽快地答「Yes!」，現在回望，卻發現這個「Yes」背後真正的重量。

大學時，一時屁股癢便開設了個人專頁，亂寫一通。雖然沒有一舉成名，也沒成為 KOL，卻慢慢累積了一小群讀者，在愈來愈荒

註：凡見到一個小小的數字，可以翻到書末附錄看一下詳細解釋。

謬的網上世界，嘗試加添一點科學，也加添一點（我自認為的）正確信息。寫著寫著，竟然有出版社找我出書，身邊的人統統都說：「嘩！作家呀！」但我到現在依舊不敢以作家自居。在香港讀了十多年書，要是連文筆通順地交代幾百字也辦不到，簡直是愧對以前的中文科老師。心目中的文學家，有點李白和辛棄疾，加點李後主，還有些魯迅，我只不過是輕鬆地寫一本夾雜著錯別字和廢話的書，希望大家看過後會笑、久不久會深思而已，「作者」之名真的不敢高攀。

寫了好幾年，有些前輩甚至父母都會叮囑要我小心一點、要我想多一點。讀者多了，寫的字好像也比一個路人輕微有多一點分量。能力愈大，責任愈大。幸好我只有一點蚊型的能力，但也要肩負那蚊型的責任。其實，有時我看著自己的舊文也會不禁失笑，心想「呢位年青人做咩咁衝動」，就好似七老八十時回望自己的舊相簿，嘲笑自己當年的愚蠢。

我依然繼續寫著，因為我相信，會失笑，是證明我比以前長大了一點。

這一本書不是甚麼科普教科書，更不是甚麼文學作品，只是我因著做醫生的頭幾年間所見所想而寫下的一堆廢話，而又竟然有出版社願意為世界留下我這堆廢話的紀錄。希望在幾年後再回首，這本書會再次令我尷尬，那我便又再有一點進步了。

最後多謝正在讀著的你，因為你竟然看完了在一大堆廢話前面的一小堆廢話。

係時候，開工！

Dr. Who
2022年3月



Welcome to Medicine!

歡迎各位來到我們醫院內科部門上班！

很多人問我，醫院醫生的一天是怎樣的？

以內科為例，我們大都以三個月為一輪。每一位醫生在每一輪都會獲編排到一個病房工作，而這位醫生就會成為這病房內若干位病人的主診醫生。這些病人從入院到出院，吃甚麼餐單、抽甚麼血、照甚麼掃描、用甚麼藥、何時出院、去哪兒覆診都由主診醫生決定。每一天巡房就是到病房內監察房內病人的最新情況，從而作出相應決定。寫下了醫囑，負責護士便會跟進並執行你寫下的一字一句。有些時候醫生寫下了卻又忘記了，護士們除了會提點醫生有甚麼事情未做，也會查問有突發情況該怎麼處理。

每星期要看的門診數量會因著醫院的規模、人手而有所不同。醫生們巡房後，會自動出現在自己的門診診症室看症。剩下的時間中何時吃飯、何時寫文件便全由自己決定。

怎麼好像很空閒似的？因為在內科，每位醫生旗下平均每兩、三小時便會多收一位病人，而本身的病人也可以隨時出現突發情況。這些事情基本上已經能夠塞滿你在門診和巡房之間的所謂「空餘時間」。

今天第一天上班，要求不多，現在開始來感受內科病房的節奏吧！

巡房！

Bed #1

甚麼科學

*Opinions are like arseholes, in that everybody has one.
Make sure yours is constantly and thoroughly examined.*

Progress	Management
M76	
PMHx [Ⓞ] = Past Medical History (病史)	
PMHx: 1) HT / HL HT = Hypertension (高血壓) / HL = Hyperlipidaemia (高血脂)	
? [Ⓞ] = 懷疑	
2) Hx of ? CA Lung, defaulted FU since 2019 CA Lung [Ⓞ] = Lung Cancer (肺癌) FU = Follow Up (覆診)	
=====	
Admitted x generalised body pain? Metastatic CA Lung - Defaulted FU x lung shadow? CA Lung since 2019 - Did not seek any medical attention - Progressive bone pain / SOB over past months - Attended AED today for intolerance of symptoms AED = Accident & Emergency Department (急症室)	x = For (為了)
Physical Examinations: - BP 103/80 P 68 T 36.8 SpO2 99% on RA - Cachexic / clubbing / pallor +ve - Left chest dull	BP = Blood Pressure (血壓) P = Pulse (脈搏) T = Temperature (體溫) SpO2 = Oxygen Saturation (血氧含量)

Progress	Management
Investigations: CXR = Chest X-ray (肺部 X 光片)	
- CXR: left lung field white out? bilateral effusion	
- ECG: sinus tachycardia, no S1Q3T3 ECG = Electrocardiogram (心電圖)	
Plan of Management:	
- Obs Q4h Obs Q4h [Ⓞ] = 每四小時量一次維生指數	
- DAT	
- Bloods	
- No usual medications	
- To discuss oncological management plan	
DAT = Diet As Tolerated [Ⓞ] (病人飲食沒有限制)	

「這位病人在2019年的時候懷疑有肺癌卻沒有覆診。今次因為氣喘進院。」

「嗯。」

「他的氣喘可以是甚麼原因？」

「肺部問題的話可以是哮喘、感染，病人長期吸煙也有慢阻性肺病的可能性。心臟衰竭、貧血之類的病也可以使人……」

「我是在問這個病人。」

「肺片上見到整個左肺一片雪白，最有可疑的是癌症。可以是癌症本身，也可以是癌症所衍生的肺積水導致……」

「還有呢？」

「嗯……」

「有癌症的病人忽然氣喘，你首先要排除甚麼？」

「肺動脈栓塞！這病人的心電圖見到心跳很快……」

「那便很有可疑了。你會怎樣檢查？」

「先抽血。要看全血去排除貧血、驗腎功能……」

「為甚麼要驗腎功能？」

「病人有可能需要做電腦掃描。掃描用的顯影劑有機會影響腎功能，所以要先驗一個基準，以策安全。」

「好了。那你會如何醫治這位病人？」

「轉介腫瘤科？」

「轉介就可以了嗎？」

「……」

「你有沒有問他為甚麼患病兩年卻沒有醫治？」

「噢！」

「正常人不會兩年不理會自己患上癌症這件事，他可能是不願醫治，也可能在『另覓神醫』，必定要搞清楚這兩年發生甚麼事才可以作出相應處理。」

癌症「貴為」香港每年的頭號殺手，也被稱為現代都市病。在人均壽命只有五十歲的地方和年代，癌症相對較為罕見，因為病人未有時間生出癌症來，便會因感染、心臟病之類而死。在發達地方，癌症藥物愈來愈多，從以前的「死刑判決」到現在「與癌共存」，不少人已經將癌症當成糖尿、膽固醇一樣的長期病症，只要長期控制得來就好了。

問題是，這些醫學發展很新，甚至不少人根本不知道其存在。於是，有病人一聽到自己患癌，便覺得「無得醫」、「死路一條」、「唔醫好過」，也有一部分人會出去另覓高明。很多人覺得西醫治

癌只懂用化療、電療來「毒」死癌細胞，於是轉而去找中醫、氣功、順勢療法之類的方法。無論是選哪一條路，我們久不久就會見到有不同的癌症病人忽然消失不見，十之八九都會在幾年之後再出現，卻已經病入膏肓、藥石無靈。有些人更會拿著這些「實例」來證明「都話西醫唔識醫癌症㗎啦」！

早期的癌症，本來一刀便可以根治，卻非要等到癌症走遍全身才肯接受治療，這時適用的療法已經少了許多。和病人一起看電腦掃描報告，見到全身也是發著光的腫瘤，除了悲哀，只有無奈。

科學的源頭

科學不是真理，是一個系統、一種思維模式。

要知道，世界曾經是沒有科學的。

在幾千年前，希臘有一班哲學家開始嘗試用一些理論去解釋自然現象。有人相信水是最基本的元素，也有人相信是火、水、土、風。有人嘗試解釋光，說是人的眼裏有一團火，打開眼時，來自火的光射在物件上，再反射到我們的眼睛裏。他們會提出一堆構想，再提出一堆論證去支持自己的理論，例如說水的形態如何成為我們的日常事物，又或是所有自然現象如何用四種古典元素去解釋。

時間拉後至公元前四百多年，有一個出名「包拗頸」的人出現在希臘。他沒有自己的理論、沒有自己的構想，反而四處質疑別人的信仰。他喜愛和一些名哲學家辯論他們最拿手的題目、宗教，以不同的例子、思想實驗推翻一開始的立論。他自己唯一的執著，就是堅持自己甚麼也不懂。就是因為不懂，才要問，才要質疑。如此「討人喜歡」的性格令他很快便被人告上衙門，告他洗年輕人的腦、告他有辱神明。就在被判刑前，他獲得向人申訴的機會，他也把握機會再去質疑一眾審判他的人，最後贏得毒藥乙份，死刑是也。

這個不知悔改的人叫蘇格拉底 (Socrates)，而他那種透過立論、反覆設問、回答、歸納從而使人發現謬誤的方法，就是叫蘇格拉底法 (Socratic method)。就因為他這種辯證方法，他被公認為古典哲學之父。正如耶穌的出生重要得要將年份分為公元前後，哲學歷史也將蘇格拉底定為分水嶺。

哲學家 (philosopher) 的原意為「喜愛智慧的人」，而科學正正是幾千年來各種尋求智慧的方法的結晶，所謂的「科學方法」 (scientific method) 更是其中最重要的一環。

觀察後要作出假設，基於假設去預測發展，再以實驗去證實自己的預測。「咦？中啞！」但會不會只是碰巧？再試、再中、再試、再中……中了二百次後，我們可以接受自己的假設了吧？這個假設，卻又是不是事實的全部呢？

古人想研究光，他們先觀察光的反射、折射等特質，並假設光其實是一粒粒彈珠的模樣。他們基於「光是粒子」的假定，寫下一堆算式去推算光怎樣來、怎樣走，發覺預測非常準確。誰知道，在17世紀時，一班物理學家在利用光做實驗時，發現光有著一些粒子不應該有的特性，反而更似電波、水波一類的波，認為應該推翻原本的理論，為光「正名」。

故事未完。

物理學家就著光究竟是「波」還是「粒」的問題爭論到20世紀，最後量子力學為答案一錘定音，光原來是「波」也是「粒」，打和！故事之後會否有新發展？Who knows！

在做每個時期的科學家都定必覺得自己的推論最完美，也是當時最準確的答案。直到有新資訊、新證據出現，他們便又要再次提出假設、預測、實驗，再找出一個可以解釋新證據的新答案。有個讀哲學的同學曾經跟我說，科學其實也是一種信仰。誰說世界萬物一定要有規律？誰說實驗一百萬次後，第一百萬零一次的規則一定沒有改變？

這就是科學。

它嘗試用一個客觀的方法，用數字去解釋一切，也相信概率，相信重複五百萬次都得到相同結果的話，再重複二千萬次也是會有一樣的答案。西方醫學從科學衍生，用的邏輯也是同理。甚麼病應該用甚麼藥？甲藥和乙藥的功效又有甚麼分別？在某病的某狀態下，手術、用藥，或完全不處理的話，又分別會導致甚麼？現在常提的「實證醫學」 (evidence-based practice) 就是希望以研究為基礎去解答這一堆臨床上的問題。

可信性階梯

幾年前，有人問我某大保健品牌究竟是否可信，那天我又剛好屁股癢，竟然花了整個晚上尋找相關資料。品牌經常說自己有醫學實證，找來營養學家、化學家、醫生之類辦過不少講座。翻查紀錄，大部分講座其實都只不過在解釋一些簡單醫學、營養學的理論，說一下升糖指數 (glycaemic index)、腸道菌群 (gut flora)，並沒有直指與該品牌之間的關係。在講座後，他們便會開始大力推銷自己的產品，卻從來沒有說明講座和產品的關係。

再上其網站，發現這個品牌不斷提到自己的產品經「研究證實」，卻翻來找去也看不到是甚麼研究。經過十萬條連結之後，終於找到了幾篇論文。打開被標籤「最熱門」的一份，是研究蛋白粉對減低體重的效果。他們找來兩班人，一班每天吃指定餐單和指定分量的蛋白粉，另一班則是吃指定餐單和多一倍的蛋白粉。一年下來，兩組人都減了磅、減了腰圍，但分別不大；脂肪重量則是吃較多蛋白粉的一組跌得比較多。

問題來了，這些數字其實可以證實甚麼呢？

吃餐單，不吃蛋白粉，會瘦嗎？

吃餐單，吃其他蛋白粉，會瘦嗎？

不吃餐單，吃蛋白粉，會瘦嗎？

研究只能證實在吃著指定餐單的人，吃多一點蛋白粉能夠減多一點脂重，僅此而已，其餘重要的問題一概沒有回答。這個品牌還喜歡叫購買了產品的人一起做運動，以「增強效力」。如果我叫你一年內跟足營養師餐單、每天做運動，有人會瘦不下來嗎？

在資料搜集期間，論文找不了幾篇，關於該品牌的負面新聞卻是一籬籬。

坊間就是有一堆品牌，打著科學旗號，說自己的產品怎樣有效、怎樣有實驗證明，再找來專家拍個廣告，禮成。老實說一句，品牌旗下的專家賣花讚花香，可信嗎？那些講座說的都是一般科學知識，不代表品牌產品有效；在升糖指數講座之後賣的保健品也不一定有效控糖。

這些問題都關乎研究的可信性。

研究可以有不同的設計、可以有不同的命題、可以有不同的計算，即使是最高規格的研究也難免有漏洞。就算給你寫出一篇無懈可擊的論文，但其實推廣的是自己老闆出的藥，你又覺得可信性如何？因此，我們永遠要記得研究和錢一樣，「研究不是萬能，沒研究卻是萬萬不能」。不同種類的研究帶著不同的限制，可信性

Progress	Management
<p>NKDA NKDA = No Known Drug Allergy (無已知藥物敏感)</p> <p>Single, lives alone</p>	
<p>PMHx: GOPD = General Out-patient Clinic (普通科門診)</p> <p>1) HT / HL, FU GOPD</p>	
<p>2) DM w/ DMN & DMR, FU DM Clinic</p> <p>DM = Diabetes Mellitus (糖尿病) / DMN (糖尿腎) / DMR (糖尿眼)</p>	
<p>3) AF on Warfarin AF = Atrial Fibrillation (心律不正)</p> <p>Warfarin = 華法林, 薄血丸的一種</p>	
<p>4) Hx of NSTEMI (2020)</p> <p>NSTEMI = 心臟病的一種</p>	
<p>5) LBP</p> <p>LBP = Low Back Pain (腰背痛)</p> <p>=====</p>	
<p>Admitted x Unwitnessed Fall, 1st episode of LOC</p> <p>- Claimed LOC at home today, assoc. w/ dizziness</p> <p>- Woke up ~ 5 mins later</p> <p>- No pre-/post-dromal symptoms</p>	

Progress	Management
<p>Physical Examinations:</p> <p>- BP 102/64 P 80 T 36.0 SpO2 98% on RA</p> <p>- GCS 15 GCS = Glasgow Coma Scale (格拉斯哥昏迷指數)</p> <p>- No visible wound</p>	
<p>Investigations:</p> <p>- ECG: sinus rhythm, 80 bpm</p> <p>ECG = Electrocardiogram (心電圖)</p>	
<p>Plan of Management:</p> <p>- Obs Q4h, Erect / Supine BP x 2 sets</p> <p>- H'stix TDS + nocte</p> <p>- Bloods</p> <p>- Resume usual medications</p> <p>H'stix = 驗血糖, 俗稱「篤手指」</p>	

「這個病人是因為甚麼事情入院？」

「在家暈倒，進院檢查。」

「為甚麼要標明『無人目擊』(unwitnessed)呢？」

「昏迷的人不會知道當時情況，有目擊者述說症狀會有助斷症。」

「嗯。那麼這個病人昏迷了，你會擔心甚麼方面？」

「昏迷的成因有……」

「我是在說這個病人。」

「……」

「你再看一下他的病歷。」

「他的糖尿病控制得不太好，可能會是血糖低。心律不正心跳太慢也可以使人暈倒。」

「還有呢？」

「他在服用薄血丸華法林^①，又做過『通波仔』，可能還在吃抗血小板藥。如果因各種原因凝血指數太高，他有可能會腦出血；又或者跌倒時撞到頭部便有可能腦出血，所以這些藥物可以是他昏倒的原因，也可以令他跌倒後的併發症機率增加。」

「嗯，還有呢？」

「還有……」

「你看一看他的藥單。」

「……」

「他吃著好幾種血壓藥，因為背痛的問題也在服用一些強力止痛藥。血壓藥令他血壓太浮動時，可能有頭暈的情況，一些強力止痛藥都有令人昏睡的副作用，所以這張長長的藥單對一個獨居長者來說並不理想。」

老人問題

內科病人的平均年齡高企，不少醫院的內科部門全名都叫「內科及老人科」。全港醫生數量穩步上升，但只有一半留在醫管局或衛生署服務，醫管局卻提供全港約九成的住院服務。當全港人口老化，入院的病人便愈來愈多屬於內科範疇，但醫院卻沒有跟隨增長而擴建，病床也沒有跟隨比例而增加。找來醫管局 2020 至 2021 年度的住院病人住院人次數字，56% 為六十五歲以上的病人，30% 為八十歲以上的病人。看著這樣的數字，病房能不爆炸嗎？

當六十歲的病人已屬年輕力壯，平常工作要解決的問題便大都是老人問題。

老友記行動不便，但醫院作為「厭惡性設施」卻偏偏都在較為遙遠的位置。以「小島學堂」教學醫院為例，坐港鐵後還要轉小巴、巴士才可以抵達，乘巴士的還要過天橋上山。舒適豪華一點的可以坐的士，但那條單線車路總是交通擠塞。要知道不少老人家都是獨個兒去覆診，就算攜同老伴，跌倒的風險只會乘二。因為這個問題，非緊急救護車運送服務（non-emergency ambulance transfer service，簡稱 NEATS，俗稱「need 屎」）便因應需求而誕生，負責接載行動不便的病人轉院、出院、覆診、掃描。這樣好的服務，自然供不應求。早上醫生簽字可出院的病人，下午也未能安

排到救護車；因為不夠車導致覆不了診、照不了掃描……這類事情每天都會發生。有時候看門診的時候，病人的牌板會夾著一份救護車的座位表，代表我們定的覆診期一定要有車接送才可以，但當有事發生想提早覆診的話，大家都只可以呆坐著束手無策。

行動尚算可以的老人家，情況也不一定見得好。

近來醫管局推行電子化，覆診期、抽血、藥單都可以在手機上看得一清二楚，但對大部分老人家來說，一張張的抽血紙藥紙覆診紙依然非常重要，我的外祖父母就經常將這些紙張夾在牆上的「福」字月曆上。除了容易遺失，紙本的資訊其實都非常混亂。抽血紙的文本為了「百搭」而出現很多「甚麼或甚麼或甚麼」一類的字句，於是就成了一張有四、五條邏輯題的試卷。

除了最常見的抽血紙藥紙覆診紙，我們還有不同腸鏡胃鏡掃描一類的預約紙、留痰留屎留尿的化驗紙、見社工治療師營養師的轉介紙，上面都有不同程序需要的準備功夫，要禁食、戒口、服瀉藥、服類固醇、要落樓再上樓轉三個彎去找某某部門，不要說是病人，連我看到都頭痛。試過在門診向一位老伯解釋甚麼叫留中段小便，大概解釋了五分鐘。

在醫管局，轉介依然要用轉介信，要印出來，叫病人走到某醫院某門診去交信再排期。如果不同部門間需要交流，例如要做手術、轉藥、徵求意見、要求快期覆診，我們又要寫信，叫病人充當信鴿拿到各部門去。新冠疫情初爆發時，有一位臨終病人的家人從國外趕回來，要求我們寫信讓家人向衛生署申請縮短他的隔離期以便探病。

「醫生，可不可以電郵給我？醫院好遠，我沒有時間過來拿信呀。」

「我很想幫你，但醫管局還是用傳真機的……」

「……」

「但衛生署和我們一樣落後，他們也是用傳真機的，我們幫你送過去吧。」

那一刻，家人也只可以苦笑。

數不清的大小紙條，上面的資訊又多又複雜，就算年輕人也大概會愈看愈混亂。試幻想一下，你要將以上那些冗長的資料清楚地向一位撞聾兼且腦退化的婆婆解釋，而你看門診每一個病人只有大概五分鐘的時間，你就會明白為甚麼每一次醫生都好像在「趕頭趕命」。

除了複雜，認字也是一大問題。

香港其實還有一小撮的老一輩是不懂讀、不懂寫，他們拿著一大堆寫滿指示的文件，其實和廢紙沒有分別。有些富裕一點的會有工人姐姐陪同，但姐姐們只懂說不懂讀，問題依然存在。我們的日常工作經常要病人簽同意書，遇上這些情況還可以打手指模，但其他複雜的手續便真的束手無策。