

封面故事

# 搶救生命



# 疫不容辭



# 臺北慈濟醫院 二〇二一年新冠肺炎 COVID-19 抗疫動員實錄



文／曹耘綺  
圖／臺北慈濟醫院提供

二〇二〇年初，臺灣出現首例境外移入，為因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情，臺北慈濟醫院每日召開防疫會議確保防疫作為滴水不漏，守護醫護同仁與民眾的健康。二月二十日至七月三十日，分派二十三位醫護人員赴桃園機場及松山機場支援九十五班次的檢疫工作，為臺灣疫情把關。二月二十七日臺北慈濟醫院收治第一位陽性確診病人，該病人的家屬及照顧者後來也陸續確診，在全臺灣僅有三十二位確診病人的情況下，就收治其中的五位，而至五月十日共收治十七位病人。另外，臺北慈濟醫院也是烏來、竹林及桂山等三家檢疫所的指定後送醫院，

民眾於檢疫所隔離期間，如有發燒、咳嗽、呼吸道疾病等症狀，或其他身體不適時，即後送至臺北慈院就醫治療，於二〇二〇年至二〇二一年五月期間，共轉介十七位民眾就醫。

### 大疫來時 只願眾生得離苦

二〇二一年五月十五日臺灣疫情再次升溫，單日確診病人數從三十四例暴增為一百八十五例，雙北市成了重災區，趙有誠院長秉持「不為自己求安樂，但願眾生得離苦」的精神，帶領全院全力投入防疫的工作，擴增原有的十床專責病床為一百三十八床、專責加護病床三十三床，專責病房共五間。為擴



急診如同醫院的守門員，必須擋下所有可能的威脅。當 TOCC 與臨床症狀均無法確認時，需有足夠的時間與空間，於醫院外篩檢。攝影／楊久騰

增專責加護病床數、加速收治患者的速度，與慈濟志工合作，連日趕工加裝專責加護病床防護門，讓更多重症患者能盡速得到治療。五月十八日，醫院增設第二區戶外篩檢站，協助自費 PCR 採檢、住院病人、手術病人快篩；六月一日，該篩檢站成為新北市社區篩檢站，承擔社區民眾公費快篩任務。此外，臺北慈院也承擔新店加強型集中檢疫所，更派遣醫護人員支援新店、雙和、三重、板橋、蘆洲共五處靜思堂疫苗接種站施打作業。

時至六月十一日，臺北慈濟醫院在職員工疫苗施打率已完成百分之九十九。截至九月九日，共收治確診病人四百五十一人，其中單日在院確診病人數最多達一百六十八人；加上新店加強型集中檢疫所的確診病人數，共照顧九百零三位確診病人。採檢方面，至八月二十日為止進行 PCR 採檢一萬八千九百四十一人，快篩一萬六千一百五十八人。

### 決戰境外，急診如醫院守門員

五月，臺灣本土疫情爆發，前後不到十天，本土每日新增確診數飆破三位數，新冠病毒進入社區，並以殘酷且駭人的速度擴散，確診病例數節節攀升，全臺灣進入三級警戒。在疫情衝擊下，醫院是抗疫第一線，而急診更為其中的最前線，面對來勢洶洶、瞬息萬變的疫情，只能不斷重整步伐，滾動式改變，與時俱進。



新冠肺炎 (COVID-19) 疫情進入社區感染，疑似的、可能的病人如潮水般湧入，病人須經過評估及篩檢，才能進入診間。攝影／楊久滕

中央流行疫情指揮中心隨疫情趨勢更改應變指導原則，醫院及急診隨時調整作業規範，急診的檢傷原則也隨之滾動式調整。

「疾病不外乎兩點，一是診斷，二是治療。」臺北慈濟醫院急診部楊久滕主任表示，TOCC（旅遊史、職業別、接觸史、群聚）是傳染病診斷中不可或缺的步驟，但若 TOCC 有所隱匿或無法確定時，就需靠臨床症狀判斷。無奈的是新冠肺炎病症非常多樣，除咳嗽、發燒、咽喉痛、呼吸急促外，尚可能產生肌肉痠痛、疲勞、噁心、嘔吐、腹瀉、味覺及嗅覺改變或喪失等，且不同病人身上所發生的症狀也各有殊異，甚至未發病、無症狀者都可能具有傳染力。

急診如同醫院守門員，必須擋下所有可能的威脅，保護醫護的同時也避免急診內部及院內群聚感染，確保醫療量能。然而，當 TOCC 與臨床症狀均無法確認的情況下，快速診斷出現困難，故若需排除感染，僅能靠篩檢，在等待採檢結果出爐前，需有足夠的時間與空間，此時最重要的就是「決戰境外」。

### 壓力不只來自病毒 還有病人及家屬的不諒解

疑似的、可能的病人如潮水般湧入，病人須經過評估及篩檢，才能進到診間，因此急診外的戶外篩檢站，雖隔著安全距離，依舊人滿為患。

穿上層層防護裝備，急診醫護在暑氣蒸騰的五月與病毒打起近身戰。「防護衣密不透氣，約半個小時就汗流浹背，同仁們都差點中暑、脫水……上班上到快虛脫昏倒，怎麼照顧病人？」急診醫護團隊調整人力應變，每兩到三小時輪替一次，輪流進入室內補充水分；同仁們苦中作樂打趣道，每次都抱著「來去三溫暖」的心態上陣。

### 危險邊緣搶救生命

救護車魚貫而至，急診確診病人暴增，因醫院專責病房滿床而必須在急診待床，雖專責病房連日加開，增加的床數仍趕不上連日攀升的病例數，尤其是專責加護病房床位更是珍稀；不少病人尚未等到床位就在急診緊急插管。

穿著全套防護裝備下，為確診病人



急診的檢傷原則隨著疫情進行滾動式調整，急診醫護除了須隨時應變，有時還須面對家屬的質疑及不諒解。攝影／楊久勝

插管實屬一大挑戰，且具有相當高的風險，由於插管過程會產生氣溶膠傳播，病人口鼻分泌物多少會有飛濺，加上是在口內放管，若產生嘔吐反射，更會大幅增加提升參與急救的醫護人員之染疫風險，而護目鏡起霧、手套內部因汗水

浸濕等，也再再提高執行急救困難。疫情之下，生死交關是急診的日常，急診醫護一次次在危險邊緣從死神手中搶人。

### 擠壓其他疾病的醫療量能

在人力不足、時間空間有限、設備床位數不敷使用下，所有的決定都攸關生命，如何將有效的資源做分配成為關鍵。當全臺醫療院所都集中全力照護新冠肺炎，尚有許多非因感染到急診的病人；為保院內為乾淨綠區，無論任何疾病皆須確認、排除 COVID-19，才能接續治療，無法第一時間提供會診、侵入性檢查，更使得確定醫療延遲，尤其是中風、心肌梗塞、重大外傷這種急症的病人，第一時間的緊急醫療照護可能因此受到影響。隨著專責病房、專責加護病房接連成立，在 COVID-19 疑似及確診病人的照護能力增加的同時，卻也擠壓不是疑似、確診病人照護的量能：心肌梗塞的病人做完心導管手術，加護病房滿床下又送回急診，在這段期間已不足為奇。

讓楊久勝印象最深刻的是一名食道癌病人，經放射治療下病情控制穩定，因胸悶不適來到急診，經抽血檢查、X光、心電圖均無異常便移到留觀室觀察，本打算隔日上午讓其返家；結果清晨六點，病人無預警吐血，約兩、三公升的鮮血從病人口中大量湧出……他立刻將病人推入急救室為其作最緊急的大量輸血，並請護理師通知家屬；在



生死交關是急診的日常，住院醫師平時就須進行教育訓練以因應突發狀況。也由急診醫護示範標準採檢流程，讓各專科醫師練習以支援採檢，因應大幅提升的採檢需求。

半個多小時的急救後，病人終於恢復循環及生命徵象。「其實當時只是暫時穩住生命徵象，還需做胃鏡檢查找到出血點進行止血；可就在等待加護病房時，病人血壓再次下降，與此同時家屬趕到醫院，因不捨病人長期受癌病折磨，簽下放棄急救治療……」楊久滕感慨道。

### 大破中大立 考驗來時迎戰便是

如何帶領團隊同心抗疫，楊久滕表示，訂出一個好的 SOP（標準作業流程）及做好溝通橋梁的角色非常重要。不論與團隊內部、後線醫師、院部或是其他團隊都要有良好的溝通，大家身處高壓環境，難免會有抱怨，但是不管這

個聲音來自哪裡、出自誰、位階高低，都需要重視。「任何人都值得被正面正向的處理及對待。好好面對、好好處理，才有辦法再一起前進；不只醫師、護理師、藥師、社工師、行政團隊……大家都要彼此體諒相互幫忙，行醫的初衷就是搶救生命，能幫的盡量幫。」面對疫情，單槍匹馬絕對是行不通的，各司其職盡其所能，加上團隊間的合和互協，才能發揮最大的力量。

而急診的職責及使命就是在第一時間衝鋒陷陣，織起防護網過濾及抵擋可能的威脅，保護全院醫護的安全，不是完全沒有會擔心或害怕，但是當考驗來臨時，迎戰便是！



急診的職責及使命就是在第一時間織起防護網過濾及抵擋可能的威脅，保護全院醫護的安全，右為急診部楊久滕主任。