

急診醫師的緊急

臺南市政府消防局救護分隊見習報告

前言

緊急醫療系統是獨特的專業。病患在送達醫院之前的照護，與病患送達醫院之後的診療－這兩個階段的專業必須緊密接合，病患的預後才能夠有效提升。

救護技術員到醫院實習的機制，是救護技術員訓練的必要科目，成效相當卓越。對急診醫師而言，了解病患在抵達急診之前所進行的醫療處置，也相當重要。在台灣，急診醫師養成過程中，緊急醫療系統研習也是必備的科目。除了課堂內的訓練課程之外，實地到救護分隊見習、參與緊急救護，可以讓急診醫師對於緊急醫療系統有更深刻的了解。在見習過程中，急診醫師也對緊急救護的制度、操作流程提出有趣的觀察和心得。以下是急診住院醫師在救護分隊的見習報告：

南門專責救護隊

今天前往南門專責救護隊，到達時得知今天早上有臺南市政府跟成功大學聯合舉辦的 119 勤務演習跟防震防災演練，於是就前往成大光復校區的雲平大樓觀摩。

下午前往分隊，王俊德大哥先幫忙介紹 ALS 救護車內的配置，包括：血壓計、自動體外電擊器、各式給氧裝置、三合一氧氣組、急救藥物、點滴；外傷處理部分包括頸圈、長背板、抽氣式固定護

木、生產創傷處理包、燒傷處理包。另外，王大哥還自備喉頭鏡及異物夾，以備不時之需。因為俊德跟清帆大哥是從台北市的高級救護隊下來臺南的，聽他講述一些在台北的事情，包括複訓課程、評值測驗…等，其中印象較深的是，高級救護技術員可以為到院前心肺停止患者實施氣管內插管，而且每個月還會要求完成插管的數量，不足需前往醫院在醫師的指導下完成。

跟隊員們請教在執行勤務時較常碰到的問題。他們表示，較困擾的是不需救護車載送的病患，卻要求救護車載送，例如明顯酒醉路倒、小車禍無明顯嚴重外傷…等。面對這些問題，在他們評估傷患之後，若不需到醫學中心診療的傷患，他們會建議到“就近”且“適當”的醫院去做處置。然而，面對許多人



醫療系統見習

作者：林錦鴻¹、鄭景發²、董永窓²、葉又菁²、許怡菁²、邱國禎²、吳青翰²、林志豪¹

單位：1. 國立成功大學附設醫院急診部 2. 臺南市政府消防局緊急救護科

堅持送往醫學中心，在無相關法律規範底下，也只能尊重家屬或傷患的意願，將傷患送往該醫院去。台北市有訂出救護車收費標準；因為不少民衆只要有一點病痛，就打119求救，儼然把救護車當成免費計程車。不須救護系統協助的輕症患者，希望藉由合理收費來減少救護資源浪費。

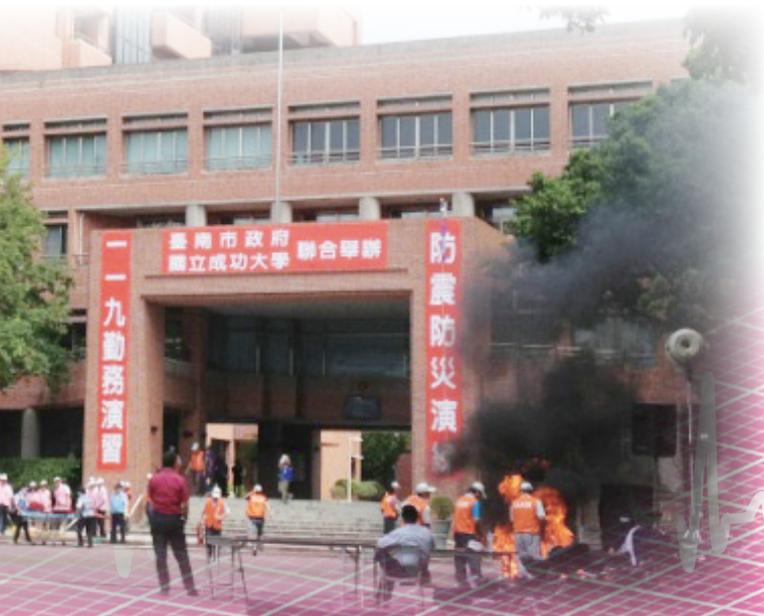
關於一些護具、耗材的補給，其實在各醫院急診部，有設置交換櫃供救護人員使用，可是有些交換櫃的東西會被拿走當成備物囤放，而有些救護隊的物品甚至會短缺。詢問交換櫃是否有列交換表單或人員管理，只有新樓醫院的交換櫃有專人管制鑰匙，其他皆是開放使用的。總覺得還是要有所管理，否則資源共享的美意，只會被自私的人們給破壞。



在救護車後座也有放置行車紀錄器。過去曾發生的案件：救護隊員疑似性騷擾年輕女性傷患、載送到具有攻擊行為的傷患。設置車內紀錄器，除了保護病患，也可達到自我保護。

臺南市勤務指揮中心及永華專責救護隊

勤指中心的“董哥”熱心的招呼，並請兩位負責派遣的護理師來幫我介紹相關勤務。因為也不是第一次來，對於作業流程也有些印象，不過看著通報系統、定位用的電子地圖，以及各種通訊設備，仍然令我覺得新鮮。隨著通訊資訊系統的進步，勤務指揮系統全面e化，所有報案電話都有數位錄音，方便重覆聽取及追蹤查詢，其中還有專為聾啞人士設計的簡訊報案系統。



看著他們的作業以及電腦操作，配合著他們說明通報系統的使用方法以及任務的派遣原則：救護隊的可近性（距離案發地點的遠近）及可用性（是否有未出勤務的救護隊可供派遣），是否需要調動其他單位或工具車。

藉機詢問化學災害發生時的應變機制，看到了在中心裡頭有設置臺南各大科學園區的熱鍵，一旦接受到通報，便會藉由這些熱鍵啟動，通報衛生局調度相關人員及工具車前往救援。而大量傷患發生時，除了派遣適量的救護車前往外，也同時聯絡該轄區的各級醫院，了解各醫院即時的收容量，便於分配傷患到適合的醫院接受救治。

後甲專責救護隊

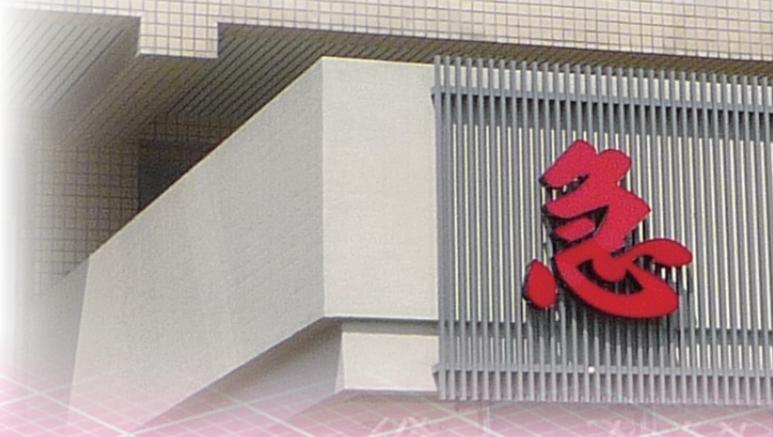
今日接待我的是黃國典大哥。早上利用空檔的時間跟我談論業務相關的事情，並用自己整理出來的投影片，透過責任區域的面積、人口數、救護內容、出勤次數…等，來分析民國 100 年度大臺南地區各大隊、專責救護隊、救護分隊的勤務內容和特性，及各分隊 EMT-2/EMT-P 的數量和相關問題；而新營專責救護隊的成立，也是根據勤務量而設立的。後甲專責救護隊跟原本在舊臺南市區的各專責救護隊比較起來，勤務量算較少的，因此會被派遣中心機動調度到其他轄區支援。另外，該分隊所處的位置，並非在該責任區域幾何中心，所以在出勤時會耗費較多的時間在往返途上。

下午的救護任務，是一位老婦人因為突然的下背痛。到達病患家中，病患兒子見救護隊員就說要送往成大醫院去“看門診”，向家屬說明救護車救護只能送急救

責任醫院的“急診”。之後評估病人狀況，詢問相關病史，釐清疼痛時間約有一個禮拜的時間，無明顯創傷病史、或神經學症狀。跟家屬溝通後，也願意搭乘救護車前往急診做評估處理。然而，家屬向急診檢傷說明是要來看骨科某醫師的門診，推說不知道救護車只載送病患到急診而不能到門診 - 結果家屬就到門診借了一張病床，將病人轉送到門診去了。

其實，類似的案件屢見不鮮。依據緊急醫療救護法第 3 條：本法所稱緊急醫療救護，包括下列事項：

- 一、緊急傷病或大量傷病患之現場緊急救護及醫療處理。
- 二、送醫途中之緊急救護。
- 三、重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診。
- 四、醫療機構之緊急醫療。若依條文，該病患不符合救護車載送的資格，但在台灣，基層的救護隊員沒有權力拒絕載送非緊急傷病患，而且為了避免投訴，儘管知道對於醫療資源是一種浪費，也一律載送。就這個案件來說，派遣中心可以多詢問一下病患狀況及家屬就醫需求，即可達到衛教以及避免救護車使用上的浪費。



緊急醫療救護法第 29 條：救護人員應依救災救護指揮中心指示前往現場急救，並將緊急傷病患送達就近適當醫療機構。條文當中“就近適當”是挺耐人尋味的。若是車禍小擦傷，病患要求到附近小診所換藥，是否可行？這是有矛盾之處，因為在緊急醫療救護法第 3 條即明確寫出緊急醫療救護的事項，若是小擦傷，就根本就不適用緊急救護；在面對許多社會的壓力下，救護員仍須載送“非緊急傷病患”到“就近”“適當”的醫院。

如何減少緊急救護系統的濫用，我認為收費是個合理的解決方法。根據緊急醫療救護法第 20 條：救護車執行勤務，應依據所在地直轄市、縣（市）衛生主管機關訂定之收費標準收費。但目前仍未實行相關收費標準，以致於有些人將救護車當成免費計程車來使用，造成醫療資源上的浪費。

和緯專責救護隊

今天去到和緯救護隊時，陳冠傑大哥，就告知我說今天有許多在該分隊實習的 EMTP 們。看著他們用功地在自己的課桌椅上念著厚厚的 EMTP 教科書以及 2011 年編制的急救小手冊，彼此之間互相討論，

還會將念書念到不懂的問題拿來跟我討論，而我也有機會學習著如何將自己的知識傳達給他人，有個良好的互動。

今天有個精神病患的案件，個案為中年男性精神病患者，今早在永康奇美醫院急診就診，後來自行逃離醫院，現被轄區員警發現，請求協助送醫。我們到場之後，評估患者跟家屬間似乎有意見上的衝突，但患者意識清楚，雖然偶有與事實不合的言論。患者自述沒有精神病，身體沒有甚麼病痛，但是不想回醫院去，因為會有許多的聲音，醫院的人、醫學院的學生對他說教或是要對他做身體檢查。初步評估，當時患者沒有自傷或傷人之虞，告知轄區員警是否要以警車護送回醫院，或是由現場家屬陪同回家。而員警只說，因為家屬報案要將患者帶回醫院，所以交由救護隊負責，若拒絕載送的話有甚麼問題由救護隊負責。後來因為患者沒有耐心，已經起身離開，並將左臂上的 IV lock 給拔除，後來連同員警，將患者壓制並約束在長背板上載回醫院。後續到醫院後，急診的醫師也說到，患者早上在診療區都還算配合，沒有脫軌之行為，現在逃離醫院後也意識清醒，沒有自傷或傷人之虞，似乎也沒有強制就醫的必要。

救護隊評估為無自傷或傷人之虞，而員警卻以家屬報案為由將病患交由救護車載送，而員警沒有隨車陪同協助戒護；另外，若真符合強制就醫或有疑義之時，也應通知衛生所派人前往共同評估才對。跟著救護隊第一線出勤，也慢慢發現多許多未建立明確制度的灰色地帶，也影響到基層救護的任務執行。



新營專責救護隊

因應臺南市新營區救護量的增加以及提昇臺南市緊急救護服務品質，臺南市政府消防局於2012年1月成立了臺南市第七支專責救護隊－新營專責救護隊。

大約11點左右，在出動的過程中，詢問了一些當地的狀況，該區主要還是以老年人疾病救護居多，其他創傷性的病人（車禍為主）則沒有特別年齡層區分；此外，送醫主要是到柳營奇美醫院，若是現場評估為小問題，則可能就近送往署立新營醫院。後來有出了一個比較遠的勤務，車程大約10幾分鐘，送至柳營奇美醫院時距報案時間已經約過了20分鐘。當時在想，在新營區中，除了老年人占多數外，轄區範圍大，居住沒有像市區那麼集中，而且勤務量多，是否有其他消防分隊可以分流？

今天跟在休息室K書準備筆試的EMTP實習生聊天，了解不同地區的狀況，及他們成為正式EMTP的受訓過程外，也分享了一些學習上的經驗。

永康專責救護隊

一早接到院內醫師的電話，說這個月芬蘭來的交換學生Tuomas前一天去了永康救護隊後，對救護車救護感到很有興趣，說他今天也想再去，託我帶他一起再去體驗救護車出動的生活。

聽他說前一天滿忙的，跑了八趟救護任務，不料今天只跟到一趟空包彈。該通報為家屬報案，病患為精神分裂症的中年男性，今天出現暴力傾向，所以請求戒護



送醫治療。在車上心想先前看過臺南市政府衛生局訂定的精神病患（疑似病患）緊急護送就醫流程標準作業程序書，今天剛好有機會看到三線（警、消、衛）的機關同時出現，並看看衛生所的公衛護士是怎麼評估的。到場後，家屬表示病患騎機車外出了，派出所員警了解狀況後，告知家人待病患返家後，再打電話報案，看看是否需要強制送醫，類似這樣的出勤即是救護隊員口中所謂的“空跑”。類似空跑的情況不在少數，雖然說救護是職責所在，對於有攻擊性的精神病患者來說，也是為了保護病患和周遭人們的安全，但是頻繁的空跑卻令人感到無奈。

公園消防分隊

今天是第一次到消防分隊來跟救護的任務。一到達後，發現大部分的人都到永華救護指揮中心那裡去受訓，我到的當時，全局裡只有“兩”位消防隊員在輪值服務台的位置。

據說，該分隊的救護量是各消防分隊當中較大的一個分隊，有時候忙起來連跑18個勤務，當然，非專責救護隊的消防分隊勤務除了救火、救護，其中還有一項“為民服務”，不外乎救貓救狗、補蜂抓蛇…等，在沒有專救隊的消防局，忙的時候大家可是沒有時間休息的。

今天遇到一個車禍救護，勤務位置為東豐路勝利路口附近，接受指派後立即出動，出動沒多久，從無線電中聽到和緯 91 剛離開成大醫院，路上發現該車禍事件，立即協助處理，也因此就返隊了。在月初跟救護隊的時候，曾經詢問過救護大哥們關於出動或返隊途中目睹新案件的發生他們會怎麼做？原則都是以該接獲的任務為優先，除非出動的任務比較輕微，而目擊的案件是重大的（會告知派遣中心協助處理），否則仍會去完成原定勤務；此外，若是車上已載有傷重病患，也沒辦法停下來幫忙；若是完成勤務，已在返隊途中，他們會視案件情況及派遣中心指示，機動性幫忙。今天就讓我遇到了這類似的情況，還滿難得的。由於沒有太多出動的時間，所以就看看 BLS 救護車內的裝備，大體上是差不多的，但是只有專責救護隊有開放藥物給予。

中正消防分隊

今天是這個月 EMS course 當中最後一次跟救護隊了，不知道以後會不會有這樣的機會。

一進到古蹟級的建築物，心中想的不是對老舊建築的嫌棄，而是充滿了對建築的好奇心。今天跟到的救護機會不多，一次空跑（中年男性自述被女友從機車後座上甩落，被鄰近住戶報案，後來病患拒絕送醫）；一次兩機車對撞，兩女性受不同程度的擦挫傷及頭部外傷，送往郭綜合醫院；一次為汽車駕駛被另一汽車從後追撞，自述背部酸麻疼痛，送往新樓醫院。除了第二件兩機車對撞，有病患明顯外傷，需救

護車載送外，第三件似乎也沒有需要緊急救護的必要，病患自述撞擊力道大，引起背部肌肉骨骼不適，但現場車體無凹陷變形，病患也有繫安全帶，無明顯外傷或其他神經學症狀，要求救護車協助送醫。其實緊急醫療救護法對於急重症也沒有明確定義，而許多救護同仁在第一線，為了民衆方便以及減少後續被投書寫報告的麻煩，往往連輕症病患也都會一起載送，久而久之就寵壞了台灣人民的就醫習慣。

結語

近年來，人口逐年增加，伴隨著高齡化，人民對緊急救護的需求也隨之增加，緊急救護系統是民衆遭遇緊急傷病的第一道防線，在緊急傷病的現場、送醫途中以及到達醫院急診間，提供快速適切的治療以減少病患二次傷害及增加救活率。在急診醫師的訓練過程中，能夠透過到各救護隊見習，了解第一現場遇到的困難以及治療上的限制，可以藉由一些機制提出相對應的改善方案，讓病患在到院前救護與到院後急診治療上的連結更為完善。

