

第一章

抗疫抒「情」

# 小鵝日記

抗疫篇  
2020.  
漫畫版



減少社交接觸



去人多地方  
戴口罩



公共場所  
接觸後  
雙手  
清潔



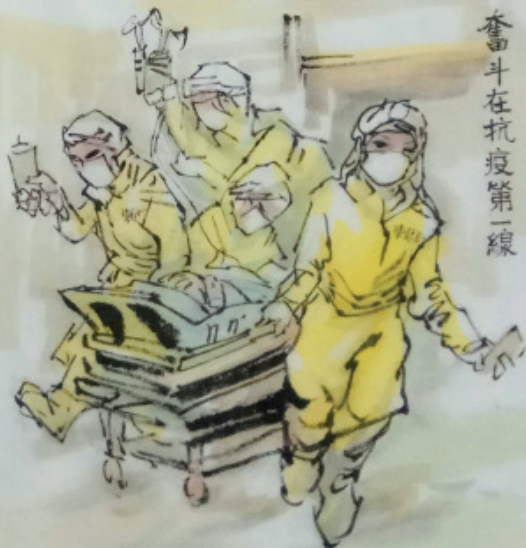
保持距離  
是對我對你  
最大愛護

1.5m



量體溫

中國加油 香港東區醫院加油



奮鬥在抗疫第一線

我看不見你溫柔的面孔，却看得見美麗的眼睛。我看不見你甜美的微笑，却看得見你忙碌的身影



雷



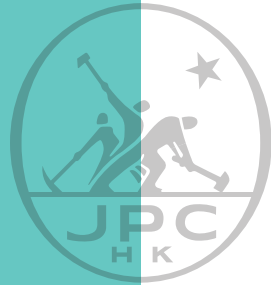
# 01

## 疫症的啟示：反思人性與醫學

作者：東區尤德夫人那打素醫院急症室陳嘉寶醫生

隨著這場疫症有緩和跡象，繃緊的情緒終於得以放鬆。滿足於短暫的勝利是非常危險的，在生活恢復常態的喜悅中，我們必須好好沉澱並整合經驗，因為大家都知道疫症不會就此消失，它必定會在某一天捲土重來。疫症給予我們檢視不足的機會，能夠從中汲取最大的教訓，才不枉逝者的犧牲。2003年嚴重急性呼吸系統綜合症（SARS）的經歷，使港人的抗疫意識和能力都明顯增強，專業醫護與普羅大眾之間的協調配合能力也得以提升；17年後，我們再度經歷一場重大的疫症，可會有新的啟示？

以香港醫療界的專業水平，處理疫症的能力是無庸置疑的，這點正好反映在今次疫症中。專家學者和前線同事在各自的範疇發揮作用，運用豐富的科學、流行病學、病理學和臨床知識，快速地掌握了2019冠狀病毒病（COVID-19）的傳播途徑、病徵和治療方案等，更在疫情未完全受控時，已發表相關的文獻。醫學訓練注重科學，以上所述本來就是我們的專長，然而，我們的訓練是否真的足以面對疫症？當然，我們可以精益求精地做更多科研，不過疫症與一般疾病不同，要是用處理一般疾病的態度去理解疫症，則有點浪費醫者的獨特視野。除了分析數據和制定指引，我們應該在醫療當中擔當一個什麼樣的角色？疫



症之所以讓人震撼，是因為人面對危難時會觸發深刻而獨到的感受，危難把一些現象放大，而這些平時只會輕輕帶過的問題，在危難面前我們再也不能退避而必須直視它。最典型的例子，是戰爭、空難、地震等天災人禍，迫使人放下一貫的營役，去思考生活以至生命本身。依照這個方向，醫者在疫症面前，特別當我們身處在比外行人更優越的觀察點時，理應放下日常的操作，去思考病患的本質以至整個醫療系統本身。這是今次經歷令我感受至深的，迫使我從一個後設的角度去理解疫症，以及從中看到的問題。

先說病患的問題。有說醫學是最人性化的一門科學，從人性的角度看，疫症下大家忍受隔離之苦，生活頓時失去重心，孤獨感油然而生。隔離（isolation）除了指物理上，還包括經驗上的孤立。我們看到確診患者或受醫學監察的人被隔離，不少同事主動地自我隔離以減低傳染家人的風險，一般市民的生活也大受限制，各種活動被迫取消，親友相聚的機會減少了，這是物理上的孤立。患病者的經驗是另一種隔離，即使有人關心陪伴，病人自身的痛苦始終是需要獨自承受的，這無疑讓人感到孤獨。我看過一位中年女病人，因疫情關係被困外地多月，回港後即使感到渾身不適卻不敢到醫院求診，直至出現明顯的抑鬱症狀和輕生念頭，在家人的勸喻下，才在疫情稍為緩和後來到急症室。雖然最終證實她不是 COVID-19 確診者，卻令我留下深刻的印象，從她那控制不住的激動情緒，我看到孤獨、無助和恐懼。作為照顧她的醫生也有隔離感，會為渴望理解卻不能真正理解病人的痛苦而難受，相信她的家人亦有同感。一場疫症讓我看清楚醫學的



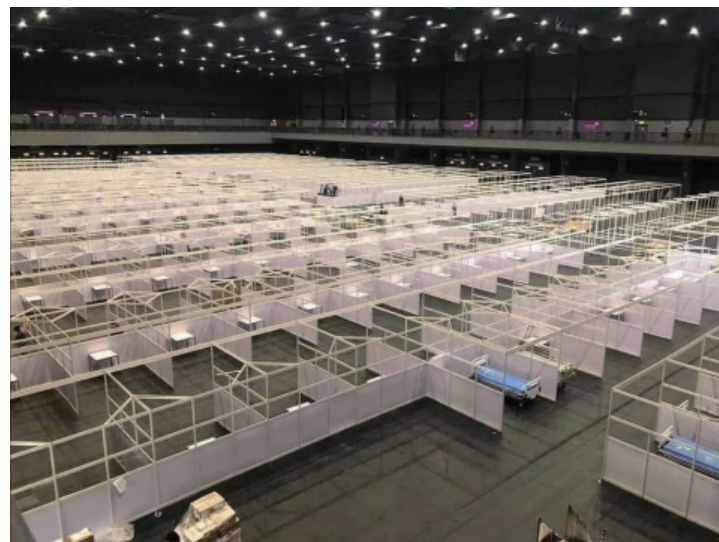
角色不只圍繞一個病字，更不限於科學，而是有更多人性層面的東西。

醫學院的教授說過，醫學有科學和藝術的面向（medicine is a science and an art）。如果醫學的最終目的是為了使人更健康，從而改善生活質素，那麼，科學觸及的只可能是一小部分，我們還需要更多層面的補足，才能全面地理解並準確地處理病人甚至醫療系統的問題。話雖如此，現實中兩者卻明顯地不對等，而且很多人誤把醫學的藝術性簡化成病人心理和社會需要的考慮，而事實上，像隔離和孤獨感這些狀態，都遠超此範圍。這裏便帶到病患（illness）和疾病（disease）的區分：疾病是絕對客觀的醫學名詞，它除去了病患中的經驗部分。偏重科學（儘管是心理學）的缺點就是把目標由病患轉移到疾病，病人的經驗被技術遮蔽，病患還原到物理層面，導致醫學的非人性化。雖然全人醫療（holistic medicine）是個很好的方向，但麻木怠倦乃人之常情，如何實踐而不流於形式，才是癥結所在。這令我想起「關懷倫理學」，法國的醫院有哲學教授帶領醫護人員討論如何關懷病人。原來我們很容易不自覺地取代他人做判斷，而關懷倫理學的其中一個重點，是提醒我們把這個位置歸還他人，這是尊重，也是一種關懷。套用在工作上，就是說我們要避免把自己的主觀感覺投射到病人身上，例如我們有時會懷疑病人誇大了痛楚的程度，或把病徵輕率地歸咎於情緒病。上文提及的那位病人，最初大家都認為她是受疫情困擾導致情緒病，所以出現渾身不適的表徵和輕生念頭。幸好我把她送到內科而不是精神科，最後診斷出心臟和腎臟病變，源頭治理好，「情緒病」也就不藥而癒。假如以主觀



直覺判斷，便會耽誤病情或安排不必要的治療。疫症下各種情感混雜在一起，往往會把問題複雜化，擾亂我們的思路；另一方面，它放大了一些慣性的錯誤連繫，使得我們反思。在處理病人，以至因恐懼前來「求診」的大眾、同事的顧慮時，需要避免主觀，放下「一向都是這樣做」的信念，發揮醫學的藝術性，即使未必能解決問題，至少可避免把事情變得更壞。畢竟，人性的復甦比心肺復甦和制度的復甦重要。

再說醫療系統的問題。專家們肩負著研發 COVID-19 藥物和疫苗的使命，對此我非常尊敬，卻不敢過度樂觀。醫療發展是對人類的重大貢獻，直接來說是減輕了疾病帶來的痛苦，間接來說則是使得壽命延長。不過，人透過科學改變世界的同時，也改變了自己，例如發展所造成的生態危機已開始對人的生命構成威脅，當醫療發展也到達臨界點時，將對人的精神世界構成威脅。觀察日常工作，會發現同樣的吊詭現象：我們比以前更有能力控制身體（至少控制部分），卻同時淪為被科學操控的對象，這似乎意味著我們需要承受一些更深層更難處理的痛苦，而且這樣的矛盾會一直循環下去，因為每當有新的痛苦出現時，我們又再追求新的應付方法，結果陷入無止境的追逐中。今次疫症顯示了問題的迫切性，中大醫學院的調查顯示，超過九成受訪者的焦慮情緒高達臨界點，這不只涉及心理健康問題，還透露了人對醫療的態度和期望有所改變，並且對生活質素造成了負面的影響。在醫療發達的地方，治療文化使人對醫學過分依賴，以致一些自然現象被醫療化（medicalized）。撇開治療所附帶的痛苦是否值得的問題，當更多疾病能被治療時，將製造更多醫學難題，例如因壽



命延長，會有更多人患上癌症，還有退化引起的痛楚和廣泛的生活質素問題，而一般的回應是：可以發明其他方法去處理。這樣回應有兩個問題，一是這正跌入無窮的追逐中，希望減少痛苦的慾望使人被科學牽著走，人性的存有成疑。二則引申到另一層次的叩問：就算我們得到一定質素的健康，我們可能失去什麼其他價值？面對一場新的疫症，大部分人都感到焦慮和恐懼，或許是害怕痛苦和死亡，但更深層的成因，在於期望與現實的落差。相比醫療落後的時代，渴望掌握世界、征服疾病的野心使現代人較難接受老、病、死，不再體認死亡與痛苦成為多數人的常態，一旦出現像 COVID-19 般稍為陌生的威脅，便惶恐不安。從這方面看，醫療發展似乎奪去了人的安寧，如馬丁路德金所言：「科學力量已超越了我們的精神力量……到處都是迷失了的人。」

有人說學術上的過度專門化（over-specialization）讓人憂慮，因為我們只能對一個越來越微細的領域知道得更多。一場疫症所揭示的深層問題，正好是重新擴闊思考的契機，可惜礙於篇幅，未能詳述。除了治病，在醫學中思考生命，也是醫者的使命。展望將來，我們很可能要面對更多疫症，目前單向的醫療發展是否真的可以讓人走向幸福，還是仍有可待商榷之處？我們該怎樣駕馭科學才能避免被科學反噬？這是對人的智慧的考驗。我不認為人不要醫病，但人的幸福應該是一種內在的平衡狀態，如果我們只管專注地向前衝，很可能會走進一個殘局。正如在運動場賽跑，偶爾也要低頭看看有否偏離賽道，免得離終點越來越遠。



## 02

### 抗「逆」回憶

作者：東區尤德夫人那打素醫院深切治療部部門主管沈海平顧問醫生

2020年1月份，知道中國內地爆發 COVID-19 時，SARS 時期的記憶在我心中一幕幕地重現，心裏有一點點的擔憂。那時正值家母病重，部門內部又有重大事件，內外因素夾擊下，我的心情格外沉重。

經過抽籤，一部分的深切治療部（ICU）醫生以及護士組成了專門照顧確診 COVID-19 病人的小組（dirty team），準備抗擊第一波疫情。ICU A11U 隔離病房也於 2 月 3 日正式投入運作，接收疑似及確診 COVID-19 個案。初期運作上遇到很多問題，幸得當時身為部門主管的殷榮華醫生率領一眾 ICU 醫生及護士悉心處理，令困境逐一解決，運作漸上軌道，讓第二波疫情在處理上更加得心應手。

我於 3 月初開始在隔離病房工作，正好遇上第二波疫情。隔離病房的保護衣物一直供應充足，當然同事們也用得很小心，避免浪費珍貴的資源。穿上整套保護衣物進入隔離病房時，總是會擔心自己穿得不妥當，從而增加交叉感染的風險。為了避免增加同事們的感染風險，進入隔離病房的同事要盡量減少，在相對少的人手之下，處理病患的時間也因此而增多，很多簡單的程序因為護面罩透光度不足而變得很複雜及費時。但醫生及護士們

都努力堅持著，將每一個程序做到最好，讓病人有最大的復康機會。

當中有兩位病人讓我有深刻的記憶。有一家四口因為 COVID-19 而第一次入住東區尤德夫人那打素醫院（以下簡稱：東區醫院），當中 40 多歲的一家之主頗為富有，從沒有接受公營醫療的經驗，因為私家醫院拒絕接收 COVID-19 個案而轉到公營醫院，對公營醫療頗有微言的他因為病情惡化而進入了我們的 ICU A11U 隔離病房，他在病情頗為嚴重時他仍然十分記掛著工作，用兩部手提電話及一部平板電腦不斷處理公務。但他的病情每況愈下，最終需要插喉，使用呼吸機輔助呼吸。當跟他說明要插喉時，他心情十分沉重，那時他才理解到工作並不是人生的全部。幸運的是他最終慢慢戰勝了 COVID-19，而且康復速度也非常理想，最終能出院與家人重聚。我相信這一經驗必能讓他理解到人生之中哪些是最為重要的。

另一位病人是一名 70 多歲的老太太，也是因為 COVID-19 進入 ICU，因呼吸衰竭而要使用呼吸機輔助呼吸，但情況沒有得到改善更持續惡化下去，最終要使用人工肺（ECMO）來維持生命。由於病人的病情持續反覆，我每天都要致電她的姐姐報告病情，而她的姐姐也會將我的訊息傳送給海外的家屬。家屬心情縱然忐忑不安，但我的電話給他們帶來了莫大的安慰，讓他們更好地預見病情的走勢。家屬也越洋錄製了很多祝福問候訊息，經手機通訊軟件傳送，播放給病人聽。最終家屬也達成願望，到 ICU 隔離病房隔著玻璃探望老太太。此事令我了解到隔離病房雖然分隔了家屬及病患者，但卻從沒有分隔他們的愛。多加利用

視像通訊能讓家屬和病患者有更多見面的機會，或許也能讓病患者加快痊癒。

縱使疫情帶來了對未知的恐懼以及失去生命的痛苦，但它也喚醒了我們潛藏在內心的無私大愛與堅毅不屈的專業精神。只要共同努力，必能渡過難關。





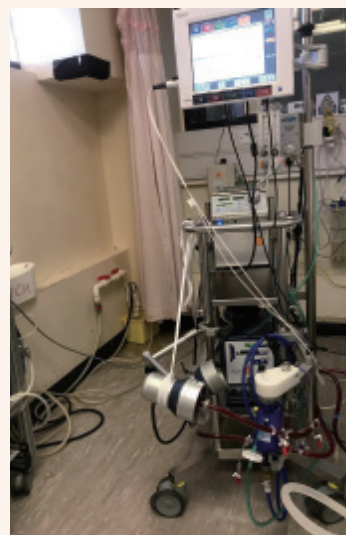
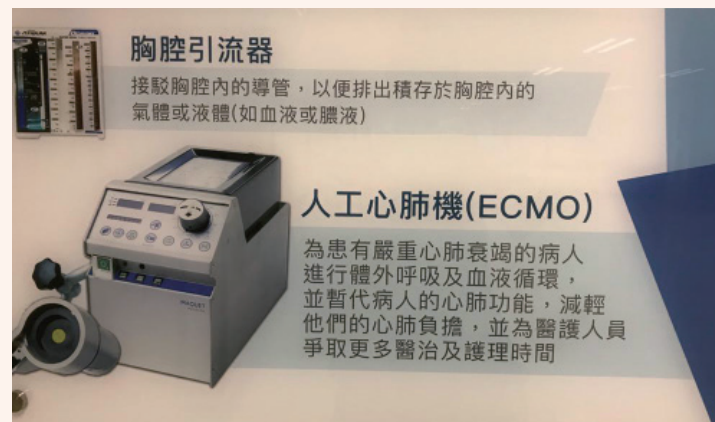
## 人工心肺

作者：東區尤德夫人那打素醫院深切治療部部門主管沈海平顧問醫生

體外膜氧合（extracorporeal membrane oxygenation, ECMO），又稱「人工心肺或葉克膜」，是將體內靜脈血引出體外，流經特殊材質的氧合器，依靠擴散作用進行氣體交換，從而提高血液中的氧氣濃度，同時移除血液中的二氧化碳，再將血液注入病人的動脈或靜脈系統，替代部分心肺功能，以維持人體組織氧合血的供應。

ECMO 是由專為開心手術所建立的體外循環系統（Cardiopulmonary bypass, CPB）改進而來。1953 年，Dr. John Gibbon 發明了 CPB 的雛形並成功使用於進行心臟手術的病人，及後 Dr. Kirklin 進一步改良機器的設計。但早期的 CPB 因結構笨重又極為複雜，消毒非常困難，同時也導致大量的血液流失，這些併發症令早期的康復病例少之又少。

直至 1960 年，Dr. DeWitt 發明了氣泡氧合器，大大改善了使用 CPB 的成本效益。1970 年，ECMO 開始出現蓬勃成長。1980 年，微孔膜肺的發明大大改善氣體交換速度及減少血小板消耗，令 ECMO 技術進入一個新時代。現代 ECMO 操作上更為簡便快速，裝置時多數無需進行開胸手術，無需使用大量的抗凝血藥物，減少引致出血及血栓等併發症，讓 ECMO 可應用於臨床急救及延長生命支援，讓受損器官得到較充裕的恢復時間及治療空間，提高治癒率。



人工心肺機

根據血流管路放置的位置，ECMO 可分為靜脈至動脈（venous-arterial, VA）ECMO 或靜脈至靜脈（venous-venous, VV）ECMO。VA-ECMO 一般使用於嚴重心臟衰竭或心臟停頓患者，作為心肺支援。VV-ECMO 一般使用於嚴重呼吸衰竭患者，作為單純的肺支援。

書中提及的 COVID-19 患者，由於肺泡組織及肺微血管受病毒破壞，令肺部失去了正常的氧合功能，導致呼吸衰竭。中度嚴重個案可以用呼吸機作出呼吸支援。但對於極度嚴重患者，呼吸機支援程度往往已經摸頂，ECMO 可能成為當時唯一的支援方案。

雖然現代 ECMO 的設計及安全水平相對過往已經得到很大的改善，但是抗凝藥物引起的內外出血、管路放置引起的血管創傷，以及長時間運作時所帶來的血栓、肢體缺血、導管感染等一系列併發症，時有發生，致使 ECMO 於病患選擇與臨床應用上要格外小心謹慎。

ECMO 是一道帶領病人由不穩定走向穩定的彩虹，時而出現，時而消失，雖然為臨床醫護爭取到更多的時間進行病情控制，但變幻莫測的併發症也令病情走向增添很多變數。由於使用 ECMO 的風險還是頗高，在判定恰當應用時機以及適應症方面，還需要有更多相關研究，以作出合理的評估。



## 03

### COVID-19 內科抗疫醫生團隊

作者：東區尤德夫人那打素醫院胸肺科蘇潔瑩顧問醫生  
東區尤德夫人那打素醫院傳染病學科龍國璋顧問醫生  
東區尤德夫人那打素醫院胸肺科繆佩玲副顧問醫生  
東區尤德夫人那打素醫院胸肺科羅爾達副顧問醫生  
東區尤德夫人那打素醫院胸肺科唐振威副顧問醫生  
東區尤德夫人那打素醫院傳染病學科黃倩瑜副顧問醫生  
東區尤德夫人那打素醫院胸肺科邱珮馨副顧問醫生  
東區尤德夫人那打素醫院胸肺科鄭熹信專科醫生  
東區尤德夫人那打素醫院胸肺科王天明醫生  
東區尤德夫人那打素醫院胸肺科林荃萍醫生  
東區尤德夫人那打素醫院傳染病學科周似珊醫生  
東區尤德夫人那打素醫院傳染病學科陳駿逸醫生

我們是在 11 樓傳染病房抗疫的內科抗疫團隊，團隊的內科醫生來自呼吸科及傳染病科。我們是一隊無分彼此，齊上齊落的團隊。當中有曾經歷過 SARS，經驗豐富的呼吸科蘇潔瑩顧問醫生，也有很多不同年資的同事。

這次疫情的衝擊力及影響力跟 SARS 不遑多讓，壓迫感只是比 SARS 少一點點而已，但我們對今次疫症的資訊及知識掌握得比較好，設施也更完備，加上那配合得天衣無縫的團隊，令我們在抗疫時更加得心應手；我們知道在背後有很多同事支持我們，包括行政部、病理化驗部、急症室、護理部、感染控制組及庶務部等等。





就我們團隊而言，我們最注重的是溝通。透過電話平台，我們時刻保持連繫，工作期間又會互相提點，就像身體各個器官互相配合及協調一樣。縱是如何忙碌，蘇醫生仍會不辭勞苦地去關心同事的感受及需要，為的是保護我們身體和心靈的健康；蘇醫生亦會主持不同的例會，分享及交流心得，讓抗疫的經驗心得和精神得以承傳。

抗疫工作的最大感受是「忙」，尤其是在疫情初期，因為大部分的感染群組都是在我們聯網範圍內，我們真是忙得很，當中龍醫生為了節省時間更乾脆每天睡在辦公室。回家晚飯的短短兩小時，成了他每天的心靈慰藉。雖然大家都很疲倦，但卻絕不影響我們的工作及士氣，反而越忙越起勁。到監察病房啟用後，我們面對疫情已有數星期，經驗豐富了，在顧問醫生的領導下，整



個治療流程便順暢起來了。

大家一直都沒有恐懼或害怕的感覺，唯一有的只是擔心。我們擔心同事們的安全及他們的感受，也擔心病人的情況及進展；偶爾也會因為憂慮以至茶飯不思，又會發惡夢。面對家人也會有一些心理包袱，回家吃飯時，孩子們如常的迎面撲來；拖著疲累的身軀，真的很想跟他們深深的擁抱，細說對他們的牽掛，無奈我們只能輕輕地推卻他們的熱情。對個人保護裝備供應的緊張，我們都明白，反而從來沒因此而感到徬徨和憂心。

在忙碌的工作中也有值得回味的點滴。記得有位婆婆，手機沒電了，卻沒有充電器，她感到很沮喪又很憂慮，她說好像與世隔絕了，孤立無援。我們特別為她安排了一個充電器，當她再次與家人透過電話聯絡後，就「藥」到病除了。有一次，有位女病人因為他的丈夫要被分流往不同醫院治療而傷心落淚，那份難捨難離的心情亦觸動了我們，我們十分明白那份既近且遠的感覺，於是為她送上時刻的安慰與鼓勵作為「心靈雞湯」。抗疫期間最深刻的是我們團隊精神的發揮，不單是我們內科團隊，也包括和我們一起共同進退的全醫院的同事。我們深信只要一起謹守崗位，定能戰勝疫情。

