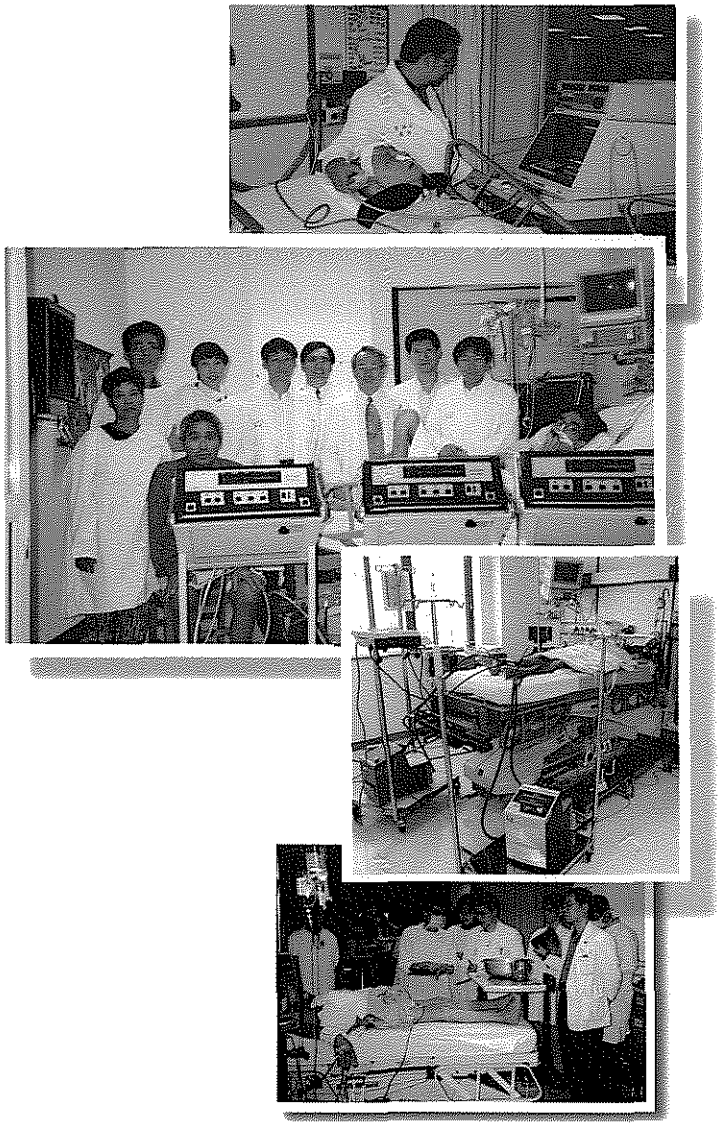
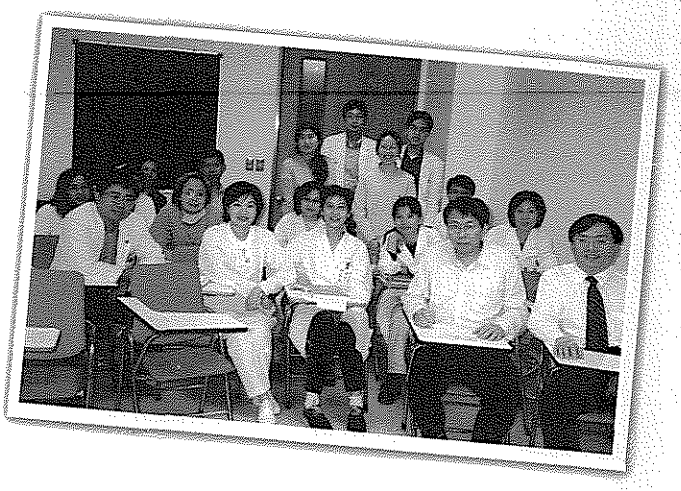
台大外科的堅強後衛
—— 外科加護病房團隊

台大醫院外科部主任 張金堅



一個足球隊要贏球，除了要有攻勢凌厲的前鋒，穩健控球的中鋒，以求得分。更要有堅強的後衛，讓對手無機可乘，尤其是守門員，更要攔下任何可能決定勝敗的一球。同樣的，外科的發展，除了在開刀技術不斷的創新外，也要有人繼續術後的照顧，尤其是一些意外的併發症，處理不好便前功盡棄。從前外科常有「手術成功，但是病人往生」的遺憾發生。十餘年前，當台大外科開始嘗試各種先進的技術，例如心臟、肝臟移植，複雜的開心手術時，更深刻感受到外科加護病房已成了台大外科進一步發展的瓶頸。朱樹勳教授擔任外科主任時，認爲要解決該瓶頸問題，一定要專人專職才能徹底解決問題，因此指定柯文哲醫師全力投入「外科重症醫學」之領域，在其努力下，外科加護病房果然大有進步，手術後的併發症及死亡率，特別是心臟外科方面，明顯的減少，也能進一步支援外科往後更複雜的開刀技術發展。我接任外科主任後，對外科加護病房也給予充分的支持，希望藉由外科重症醫學的進步，可進一步支持整個外科的向上提升，確保在台灣醫界的領先地位。事實上，台大外科加護病房在最近幾年的發展，已不限於消極

臺灣大學醫學院 台大外科 期刊資料庫



的照顧重大手術後的病人，反而比較像外科部的後勤總部，可支援外科部各分科尖端技術的發展。例如ECMO之發展，原本只是用於開心手術後急性心衰竭的病人，但在其技術成熟後，進而用於肺臟移植中，取代傳統的體外循環，並使肺臟移植手術變得較容易，移植術後的照顧也較容易，這是本院肺臟移植在國內能領先的原因之一。另外，ECMO對無心跳器官捐贈者的暫時維持，增加了可移植器官的數目，並避免缺氧時間過久的器官傷害，而改善了肝、腎等器官移植成績。目前本院器官移植數目占台灣1/3以上，這皆是原因之一。同樣的，原本只是移植術後的照顧，後來更積極的參與受贈者術前評估準備及術後的長期追蹤，並建立本院器官捐贈中心，統籌處理移植前所有相關事宜，包括器官勸捐、捐贈者之維持、聯絡腦死判定醫師、檢察官，捐贈者各項檢查安排、手術房調度、開刀時間安排等，等於把開刀手術以外的問題全部集中處理，使得整個器官移植作業程序組織化、制度化，不像其他醫院，因爲各種開刀以外問題的干擾，器官移植一直進行不順利。神經外科黃勝堅醫師，近幾年來，也在神經外科重症醫學開創了新局面，從頭部外傷病人的重症照護開始，進而建立一整套神經外科重症病人的監測系統及照顧流程，顚覆了本土神經外科加護病房許多的舊觀念，因爲成績良好，是其他醫院急於學習的目標。

外科部加護病房一直秉持專人專職的理想，除了專職的主治醫師，還有專職的技術員。從今年起，更有專職的CNS（Clinical Nursing Specialist），因爲外科重症醫學發展甚快，輪班的住院醫師剛來時皆手忙腳亂，不知所措，等到稍微進入狀況，又要調走，換另一批新的住院醫師。如此週而復始，造成加護病房照顧品質下降，住院醫師也頗多抱怨。爲解決這問題，專門的技術員和專科護理師可維持較穩定的照顧品質，也減少住院醫師過重的負擔。經過這些改革後，住院醫師的抱怨也減少了，以後視成果如何，將考慮推展到其他普通病房。

最近個人主張「教學」應爲台大外科第一要務。外科加護病房也首先響應，與急救加護醫學會合辦了多場教學活動，每場參加人數爆滿，從外院參加的人數及渴望求知的精神，也使我確信大學教學醫院對台灣社會的責任就是「教學」。因此也考慮在新年度，能將這些教學活動推展到中南部，因爲外科重症醫學是外面醫院較欠缺的，所以預定由他們打頭陣。

過去數年，外科加護病房已能有效支持各分科的發展，展望未來，在擬定各分科的長期發展計劃後，視計劃的發展方向，再給予外科加護病房必要的人力物力，期望這堅強的後衛，可確保我台大外科戰無不克，攻無不勝。