

春城無處不飛花

文 / 田榕榕 花蓮慈濟醫學中心急診護理師

對在急診工作的我來說，這一天不過又是一個擔任急診留觀室大夜班的夜晚，而病患熙熙攘攘，和平常的情況並無差異。

在急診室幫忙的志工師兄推了一位病患進來，照例，我為病患排好了床位，請師兄將病患推到預定的位置，我則起身到病患床邊，替病患量血壓、體溫及脈搏，以便做護理紀錄。

急性冠狀動脈症候群 不能掉以輕心

病患是位上了年紀的老阿嬤！床邊坐著一位老阿公，想必是阿嬤的先生吧？！我看了過去的病歷，原來阿嬤心臟不好，醫師下的診斷是「急性冠狀動脈症候群」，之前看診時，診間的護士已替她預約了加護病房(ICU)的床位，因為病房區滿床，沒有空床位，才將阿嬤送到急診留觀室來待床。

依我的經驗，照顧這類病人絕不能掉以輕心，我將所有的監視系統接到阿嬤身上，開始詢問病史。「阿嬤，妳的胸口會不會感到悶悶的啊？」「心臟會不會痛啊？」「會不會喘啊？」我用破破的台語問阿嬤。「不會啦！」阿嬤用虛弱的聲音回應我。

盡本分 意外得到讚美

量完脈搏後把阿嬤瘦弱的手放回棉被裡，「阿嬤，好好休息喔！若有不舒服的話趕緊叫我。」我依舊以那破破的台語應答。正當準備離去之時，「小姐，

稍等一下啦！」一旁的阿公叫住了我，「小姐！妳人這麼好心，又長的那麼漂亮，一定是菩薩轉世。」阿公操著標準台語口音對我說，「呵呵，不是啦，阿公，這是我應該做的啦。」我向這對老夫妻點點頭後，微笑轉身離去，回到留觀護理站繼續工作。

熱情家屬突然問姻緣 頓時自疲累中驚醒

接下來的夜晚，不斷有病患進入留觀室，我只能把握那一點點的時間空檔，趕緊將病歷紀錄完成，雖然在急診這樣子的忙碌生活，早已司空見慣，但隨著夜越深，體力還是有點吃不消就是了。

時間一分一秒過去，轉眼間，已經兩個小時過去，該到了為我的病患量血壓及抄寫其它紀錄的時候，我走到阿嬤的身旁，推著血壓計的車輪聲音吵醒了阿公及阿嬤，「阿嬤，我替妳量血壓唷。」「阿公，我替阿嬤量血壓唷」，阿公在滿是皺紋的臉上掛上笑意來回應我，「小姐，妳結婚了嗎？」，從天而降的無預警問題驅走了我的疲倦，我笑著回答：「還沒啦，阿公。」「啊！甘有查埔(男)朋友？」，阿公問得我滿臉尷尬，但還是得硬著頭皮誠實地回答他，「沒有啦！」

這時，阿公忽然笑了：「這樣唷，啊！我介紹我兒子給妳認識好了，你們兩個可以做一個朋友。」，「免啦！」我以靦腆的笑容來回應阿公：「好啦！」

阿嬤現在的血壓還不錯，要多休息喔。」

完成該做的紀錄後，轉身準備前往下一床，阿公卻把我叫住：「等一等啦，我現在在打電話給我兒子，叫他過來。」哇！阿公是認真的，真讓我大驚失色：「阿公，免啦。」趕緊逃離現場。

原來是用「心」看出的美

不一會兒，當我在為隔壁床病患量血壓的同時，依稀聽到阿公的講話聲，似乎真的撥電話給他兒子，並且要他馬上趕到醫院來，阿公對著我說：「護士小姐，我兒子現在要從玉里趕過來了啦。」，我滿是尷尬的臉，真不知道該如何回應阿公的好意啊！

過了一會兒，接到ICU通知，已經有阿嬤的病床了，「阿嬤，現在要送妳到加護病房去照顧唷。」我依舊以那改變不了的破台語，與阿姨一同推著病床準備送阿嬤到ICU。這時阿公起身，準備與我們一同到ICU去，可是我發現阿公起身後，似乎摸不著方向，走著、走著不斷撞到

身為急診醫護人員，平日一定要精通ACS「急性冠狀動脈症候群」的處理流程，才能守護此類心血管疾病患者的生命安全。而一般護理同仁也須熟悉急救方法，才能夠處理病患的突發狀況。

東西，還差點撞到牆，「阿公啊！你有要緊沒有？」，「沒關係啦，他青暈(眼盲)啦。」阿嬤拖著虛弱的身體使勁說出。

啊？阿公是個瞎子，那他之前還誇讚我很漂亮，想想，真不知道該笑還是該傷心，但至少證明了，我們不僅僅給予病患專業的醫療服務，而且還溫暖了病患及家屬的「心」。



急診部胡勝川主任愛的叮嚀

好一個溫馨的故事呀！在隨時上緊發條的急診室裡，居然有這樣的護病對話，確實不容易。其實在一般的病房區，常常聽說病人或家屬要幫醫護同仁牽紅線，介紹男、女朋友，這樣的事情並不稀奇；但是發生在急診室就很少見。因為急診室是一個很忙碌的單位，碰到的大多是病況不穩、甚或有生命危險的病人，故而每一個人都是戰戰兢兢的在處理事情，搶救生命的時間又是這麼的緊迫，故而大多數急診醫護同仁都是「惜語如金」，不忍浪費一分一秒在無關急救病人的語句上，病人或家屬也多半因為心情緊繃，無法說出一些較為輕鬆開懷的用語。

田容榕護士碰到的這位阿公可真是幽默風趣，眼睛都看不到了，還誇獎別人長得漂亮。事實上，阿公並沒有亂講，他是用心在感覺事情，在觀察這位護理人員，當他聽到護士小姐用甜美的聲音關懷著老伴的病情時，自然想像出一幅美好動人的畫面，誇獎小姐長得漂亮也就不足為奇了。

此時，上人的教誨：「口說好話」，又再度浮上心頭，這真是一句放諸四海皆準的名言，身為弟子的我們更應該身體力行，時時「口說好話」，不但提昇我們個人的修持，對做人處事方面，也會有事半功倍而無往不利的效果。

而談到疾病診斷方面，這位阿嬤所罹

患的是「急性冠狀動脈症候群」，簡稱「ACS」。急性冠狀動脈症候群的診斷主要依靠過去的病史紀錄，只要有一些主觀成份的症狀符合「心因性胸痛」的特徵，就可診斷為「ACS」。

典型的心因性胸痛的特徵是：左前胸區有壓迫的感覺，壓迫感也會傳導到其它地方，產生呼吸困難的感覺。一般說來，服用NTG「硝化甘油片」有療效；而勞累時，症狀會加劇，休息可以減緩症狀。

不典型的心因性胸痛特徵是：胃痛、背痛、勞累性呼吸困難等。

心肌梗塞、心絞痛 要積極治療

「急性冠狀動脈症候群」有三種，第一類是「急性心肌梗塞」，心電圖顯示ST節(指心電圖上的一個點)上升，治療以打通血管為主。打通的方法有二種，一種是用藥物將堵塞的血栓溶化掉；另一種是用機械的方法，把堵塞的冠狀動脈血管撐開，然後放上支架以防止再度阻塞，這就是俗稱的「PCI」，也就是大家熟知的「心導管介入性治療」。

第二類是NSTEMI，也就是「ST段沒有上升的心肌梗塞」或「不穩定心絞痛」，NSTEMI意指心肌內層有梗塞，但心臟細胞尚未整層壞死。認定的方法是有ACS「急性冠狀動脈症候群」的症狀，且心電圖有變化，但不是ST節上升的變化。不穩定心絞痛的認定則靠病史，例如：新發生的心絞痛、對NTG



急診同仁親切的態度與服務，印證了「口說好話」是千年不變的金科玉律，也是一項高尚的藝術修為，更是慈濟醫療人文的具體展現。

察期間經常抽血驗心肌酶及做心電圖，視其變化再做適當的處理，如觀察八至十二小時仍無任何變化，則可讓病人返家，並請

「硝化甘油片」無效的心絞痛、痛的特性與以前不一樣的心絞痛、休息狀態下的心絞痛等。第二類病人的共同特徵是冠狀動脈血管岌岌可危，再不治療很快就會完全阻塞，故第二類病人的治療精神是打斷疾病的進行式。於高危險群的病人最好在二十四至三十六小時之內做PCI「心導管介入性治療」，再加上內科藥物治療，則病人的預後會比較好。對於非高危險群的病人，只要用藥物積極治療即可，藥物包括抗血小板凝聚和抗血栓形成的藥物。

心電圖正常 觀察十二小時

第三類病人的定義是有ACS「急性冠狀動脈症候群」的症狀，但心電圖沒有變化，治療的主要方式是觀察，並於觀

他至心臟內科門診做後續追蹤治療。

老阿嬤是屬於第三類的ACS「急性冠狀動脈症候群」之病人，雖然沒有症狀，也需要住進加護病房，在等床的期間要不斷的監視心律及血壓，並注射血管擴張劑。在急診的抽血報告證實阿嬤是心肌梗塞，我們再次聯絡加護病房，終於等到空床位，讓阿嬤順利的住進加護病房。

阿嬤的病程進展提醒了急診醫護同仁，平日一定要精通ACS「急性冠狀動脈症候群」的處理流程，才能守護此類心血管疾病患者的生命安全。而急診同仁親切的態度與服務，印證了「口說好話」是千年不變的金科玉律，也是一項高尚的藝術修為，更是慈濟醫療人文的具體展現。

