

後 SARS 時期發燒病患之篩檢原則

後 SARS 時期發燒病患之篩檢原則

顏慕庸

台北市立仁愛醫院

前 言

自今年三月發現台灣第一例 SARS 病例至今，一場全國抗煞之戰，轉眼已經將近三個月。經由全體醫療體系、醫療工作者第一線浴血作戰之努力，總算疫情趨穩，WHO 宣布除名。SARS 對於醫療體系撞擊、是直接全面且深遠的。由醫者認知、醫學教育至醫療營運，由衛生最高行政至第一線地方衛生局所、由醫學中心、區域、地區至開業醫之影響，無所不在。如果在酣戰稍息之餘能抽空省思，將 SARS 視為天上掉下來的禮物或者照妖鏡，則對侷限於總額給付、囚犯理論、績效點數種種失衡機制干預之下，早已走入死胡同的台灣醫界而言，未嘗不是全面解構重新出發的最佳時機。回顧過去健保時代，台灣醫界所建構而成的龐大難以撼動的績效式醫療體系，其中有著太多的結構性錯誤，導致今日醫療專業江河日下。而今在國人以全新視野整裝待發且面臨後煞時期進行總檢討之際，吾人醫界將來要更積極以良相醫國之心態診治醫界沈疴。但更值得醫界警惕者，乃此波承平之期可能只是暫時的休止符；SARS 並未自地球上絕跡，秋冬之際 SARS 也許仍將再起。在疫苗尚未發展成功，或全體人類族群免疫尚未成熟之前，如果目前無法戰勝克服它，我們仍得嘗試著與其一道過活。

發燒篩檢站

針對 SARS 呼吸道及接觸感染等高度傳染性之特色，吾人運用「動線管制」的觀念，在「分層、分流、分區、分塊」的原則下，設計「污染區、緩衝區、清潔區」之動線，以捕捉圍堵並纖滅病毒於病榻單位。因此進入醫院主戰場前之發燒篩檢就成了動線分流的第一站。吾人在抗煞中期之戰略轉折點，發燒篩檢站的設立事實上發揮了關鍵性的角色，吹起了反攻的第一聲號角。唯其仍有先天之不足：尤其時逢炎夏，著三級防護裝診治病患，畢竟違反生理法則。時至今日疫情已然趨緩，各級醫療單位無不審慎考慮發燒篩檢站之存廢。然而對照陽明醫院或加拿大之經驗，以 SARS 專挑最小的機率進行放大攻勢之特性，只要一日 SARS 病毒一息尚存，便有機會在一「煞」那間再度吞食攫取一家醫院。更何況對岸中國資訊不對等、兩岸民間往來仍然頻繁、WHO 亦認為 SARS 並未自地球上被根除等不利因素。因此對於身處第一線的醫護人員而言，抗煞之戰之絕對尚未劃下句號。

綜觀目前全國醫療院所抗煞警覺漸有鬆懈之勢，在大勢尚未明朗之前，吾人建議在 3 至 6 個月內，實不宜輕言廢棄發燒篩檢站。然而目前可就管理機制儘速進行調整：

上

1.由醫療行政結構面思考：如今疫區除名，社區病毒壓力大幅緩解，則發燒篩檢中心可以暫時結束，其任務則移交給各醫院之發燒篩檢站。

2.針對發燒篩檢站短期內不宜裁撤，各醫療院所須持續投注之人力、物力及心力，並考量往後可能新興之疫病，急診及感染科醫師醫師身為作戰主力部隊並負責後煞時期醫院防務。醫政單位宜調昇該科現有人力及培訓員額，必要時商請其他科系支援共渡國難，以因應發燒篩檢站所衍伸之人力需求。

3.經由緊急醫療體系進行發燒重症病患之分配派遣(dispatch)，如此急診可對持續湧入之發燒急症患者進行必要之流量管制，而感染科則應加強後續住院管道之暢通。否則發燒篩檢站功能將因病患蓄積而無法發揮，並建議順便考慮部份 SARS 專責醫院轉型為發燒醫院之構想。

4.如今 SARS 疫情趨緩，為保護絕大多數之「非煞」病患，建議各醫院附設之發燒篩檢站採分級機制：對於「高危險群」發燒者(不明熱、肺炎、接觸旅遊史、不明病史等)，與「低危險群」發燒者(診斷明確之感冒、泌尿道感染、蜂窩組織炎等)仍宜分區診療。小兒發燒由於其特殊之流行病學實證，於急診室內設置「黃區」看診即可(但應查明父母親之發燒史)。上述不同之分區，均應注意空調通風，隔離措施及感控動線等。不同分級亦可因應不同等級之防護著裝措施。原則上篩檢單位仍然均應配置 N95 口罩，而以目前疫情趨勢，診治「高危險群」發燒者可退除連身之「兔寶寶」裝。至於診治「低危險群」發燒者，則僅著一件外層拋棄式隔離衣即可。看診前後以消毒液洗手仍是最重要之感控措施。

5.發燒診療之空間設計：

(1)候診區及診療區：

應保持開放空間，避免配置於氣密式之負壓房間內。就 SARS 呼吸道飛沫傳播之特性，由於看診時醫病雙方短時間內密切之互動，患者可能有咳嗽、打噴嚏等症狀，此時負壓空調所創造每秒 0.1- 0.3 米左右之流速，事實上有其侷限性及不穩定性，再加上開關門時可能增加接觸感染之機會。如此對於在負壓氣密空間內看診之醫護人員，及下一位進入診間尚未確定診斷之病患，其安全性均不如開放空間下看診。針對夏季悶熱之影響，雖處開放空間，可在看診醫師後上方裝設冷氣如此亦可創造出保護醫師之正壓風向。

(2)觀察隔離區：仍應在適度冷氣空調之原則下採負壓空調，以確保感染控制。但仍應以加強病患之住院及派遣轉診為重點。

(3)近來有將發燒篩檢站拉回急診室內看診之議。但如未配以硬體、動線、空調阻絕之設計，且保持診間開放性之空間，此舉無異於將一顆地雷置於院區內，值得三思。如要施行，往往要打斷急診外牆結構。但對於新建構之急診室則應採上述原則設計，以將發燒篩檢站內含於急診室。

(4)開業醫師診治發燒病患有其先天之限制，但基本原則仍如上述。如疫情確實趨零，可配帶基本之口罩防護及勤加洗手，並儘可能提供患者口罩及洗手之服務。至於目前渾沌未明期，仍建議患者進門前測量體溫，詢問接觸史，在開放冷氣之前提下保持通風之開放空間以維安全。

結 語

「快速機動作戰」可說是此波抗煞之特色。隨著詭譎多變之疫情，吾人無法以過往一成不變之「標準作業流程」來面對此一突變之新興物種。抗煞之戰一路走來有成功，有失敗；有潰守，有挺進；終究我們已贏得第一役。目前正是清理戰場確保戰果的黃金時刻，戰略宜作局部調整，在現有防禦架構下作好迎接二十一世紀新疾病之準備。