

中西醫並重之六：流感的「危」、「中醫院+」的「機」

流感迫爆公立醫院，縱觀各方的意見，總結是應急分流不力，預防欠佳，人手不足，病床不夠，主要有三個重災區：急症室、內科及兒科。當各領導深入策劃如何「追落後」時，請考慮我們眼前的答案。

流感防治

筆者曾在《信報》的兩篇文章《中醫藥可治療流感：知難而上》（2017年7月29日）和《中西醫防治流感的策略》（2017年8月19日）中討論循證醫學中醫治療流感的有效性，醫管局、衛生署也有防治的指引。「如果這種中醫預防和早期治療能夠進行推廣，在流感高峰前提供公營或資助的中醫門診服務，輕度流感受控制，那麼要用急症室或入院的人數將會減少，對醫管局的人手及設施也能舒緩。再者，因藥物價錢較低，而復原的時間較短，總體經濟效益也較佳」。

「地區康健中心」今年應在葵青區建立，若我們以此為基地，以中醫「治未病」方法幫助區內老人及長期病患者，調理身體，以此為試點，研究中醫藥對個人、群體及病程的影響。

前期分流

十八區中醫教研中心已運作多年，有足夠的「大內科」能力，防治「溫病」。筆者在醫管局管理時，曾在流感高峰期試行將伊利沙伯醫院急症室的病人分流至佛教醫院中醫中心進行治療，病人只需打電話進行預約，便不需漫長的等候時間，同時也減輕急症室的壓力。此方法隨時可以在公立醫院施行，但必須事前預約有心的中醫師在流感期可加班或邀請私家中醫投入工作，而最重要是要加開夜診、週末及假期診症，以應對急症室的高峰期。每年冬季流感，在聖誕、新年、春節假期病人必定增加，若要作足夠的準備，必須數月前預約診所團隊及多加薪金以補償大節日不休息/不出遊的犧牲。

急症分流

既然流感重災區的第一關是急症室，因此新建的中醫院應設有急症室，當然配套的儀器、手術室、ICU等和專科西醫是必需的。因為患流感的病人可能有嚴重的併發症及心、肺、腦血管疾病等，需西醫的治療*。一方面可方便市民24小時就診及減低同區急症室的壓力，另一方面，在這研究型醫院可確保一期臨床研究的參與者有即時急救的設備。

醫管局一些高端造影檢查也要介紹到私家醫院以解決極長的輪候時間。若中醫院配備完善的檢測儀器及人手，這些服務不但可減輕此排期的壓力，又可支援

急症病人，再者，臨床二、三期研究的病人亦可在醫院內完成這些測試。

後期分流

醫管局病床不足，但在未來 5 年，並沒有新醫院落成。所以政府可以利用新建的中醫院，規劃 1000 張床位，除自用 400 張外，另 600 張床位可供其他醫院作分流用。再者，公務員現在可使用中醫服務，但西醫病床奇缺，所以這些床位也可作中西結合用途。在重大疾病負擔，中醫有優勢的病種，如中風、痛症、癌症等，病人可轉介到中醫院，解決部分床位緊張問題。當流感爆發前，這些病人應及早分流，空出可接收急症的病床。

預設應變方案

在 90 年代，筆者為瑪麗醫院行政總監時，於流感高峰前便計劃減少非急症手術，以騰出外科、骨科和婦科病床及手術室人手，分配給「重災區」，合力達到「零加床」的目標。

在 2003 年 SARS 大爆發時，筆者在醫管局統籌全港病人的拾級轉移，以配合發病的地區與有空的病床。疫情過後，我們亦編寫了詳細的流感應變步驟，每級工作的細節、人手、儀器的召集及模擬演練的時間表。現在應否推出適時應變方案呢？

人手與經費

對於人手問題，筆者在前兩篇文章《「教」：大學 SCM 合作升格》（2019 年 1 月 5 日）和《從瑪麗醫院「教授樓」到中醫藥專科學院》（2019 年 1 月 26 日）中，詳述了對優質中醫人才的培養，同時建議在中醫院設立護士學校、藥師學校和治療師學校，培訓中西兼備的醫療人員，補充香港總醫護人員的短缺。

當然這醫院建設成本與運作經費應該是政府額外撥款，而設置的水平應跟教學醫院看齊。

*參考：《三方中醫教研中心 長遠發展(上)》（鍾志豪博士），《信報》2019 年 1 月 18 日。

黃譚智媛
香港大學醫學院榮譽教授