



# 我參加了美國心臟醫學會的 兒童高級救命術指導者課程

兒童醫院 兒童心臟科暨兒童加護病房 主任 張正成  
兒童高級救命術委員會 總幹事

## 前言

美國心臟醫學會 (American Heart Association, AHA) 自從 1970 年開始推展急救課程以來，如今約有 40 年歷史。其中高階的急救如兒童高級救命術 (Pediatric Advanced Life Support, PALS)，大約在 1990 年以後才如火如荼的推展開來。本院的兒童急救加護委員會也從 1999 年起，開始舉辦定期的 PALS 訓練。不但自己編製整本中文教材，而且採用徹底的小組教學及臨床情境考題 (Scenario, Simulation)。十二年來共舉辦了 23 梯次訓練，受訓的學員超過 2,100 名。雖然我們頗自豪自己的 PALS 訓練課程吸引眾多的中區兒科醫護界同仁，只可惜尚無機會參加完整的 AHA 所舉辦的 PALS 課程，以便參考比較。今年初，台灣兒科醫學會的重症次專科通知我這次的 AHA 訓練課程，而且名額有限，本院只分配到一名。我當下立刻答應參加，而且暗下決心，一定要搶佔第一排座位，把握機會，積極發問。

## 急救次序從 A → B → C 變成 C → A → B

美國心臟醫學會 (AHA) 的高級救命術準則約五年作一次修訂。最近 2010 年的修改準則中，最聳人聽聞的就是急救次序從 A → B → C 變成 C → A → B。

A 代表 Airway，打開呼吸道。B 代表 Breathing，執行人工呼吸。C 代表

Circulation, Chest Compression, 就是胸腔按摩，給病人外來的心臟壓迫、血液循環。這些年來有越來越多的研究顯示：持續不斷的胸腔壓迫，以保持足夠的血壓，才是幫助病人的心臟再回復跳動（ROSC：Return of Spontaneous Circulation）的最重要手段。因此，這一版的急救準則就不建議施救者（provider）先給病人人工呼吸後，才展開心臟按摩。而是把胸腔按摩擺在前面，就是先作C，才作A及B。甚至，完全揚棄觀察病人有沒有自主呼吸的看、聽、感覺等動作，只要病人對刺激毫無反應，就立刻展開胸腔按摩（C）。

我們報名AHA的PALS訓練後，兒科醫學會及急診醫學會又來函，要求我們先參加AHA版本的基本救命術（BLS，Basic Life Support）的訓練課程，以取得BLS的證照。我只好犧牲一個週日下午的時間，上台北完成這項課程。不過再一次做實地操作基本救命術並接受考核後，也更深刻體會2005年起所強調的「著重基本救命術的品質」的精髓，就是：用力壓（Push hard）、快快壓（Push fast）、少中斷（Minimize interruption）、全回彈（Allow full chest recoil）、不可過度換氣（Avoid over-ventilation）等五大口訣。

## 電影「急診室的春天」竟成了第一堂課的教材

這次的課程，從美國派來的指導醫師有三位：Vinay, Peter及Monica。前兩位男醫師是美國目前排名第一名的費城兒童醫院的小兒加護病房主任及麻醉科醫師，而Monica這位女醫師則是波士頓兒童醫院的小兒加護病房主任。AHA這套PALS教材非常注重急救團隊的次序、分工與對話。每一個急救團隊一定有一位指揮官（Leader），由隊員輪流擔任。Leader必須執行評估（Assessment）、宣判診斷（Announce）、下達命令（Command）及監督成效（Supervise）等任務。其他的急救隊員不可以搶leader的權責，只能就自己所分派的角色向leader報告，並接受指揮。他們所帶來的影片非常逼真，情節是由一位車禍受傷的青少年被緊急救護系統（EMS）送來急診而開始。急救過程中有呼吸道的建立，心臟的電擊，全套CPR的執行，壓力性氣胸（Tension Pneumothorax）的診斷與處理，以及急救藥物的給予。重點是，整個急救的過程都是由Leader來發號施令而進行，次序井然。而各急救隊員除了執行命令外，也不忘互相溝通，並且會糾正Leader錯誤的醫囑（如：藥物劑量），達到既有從屬關係又有對話溝通的急救團隊的目標。Vinay說：「我們當PALS指導者（Instructor）的職責，就是要幫助這個急救小組既能密切合作又可相互對話（Make them work together and talk to each other）。」我看一看這位高大又充滿熱誠的Vinay醫師，站在那裡容光煥發，是天生的Leader人才，便問他：「急救小組的leader是否一定要高大的人才能擔任？」他楞了一下，沒想到會有

這種問題。嬌小的 Monica 挺身而出說：「有一次我指揮急救時，我就隨手抓了一把椅子過去，登高發令，毫無障礙！」

## 志工精神與全球組織

這次的研習訓練會一共是四天。第一天是台灣兒科醫學會和亞東醫院合辦的「兒童急救加護新知研討會」。第二、第三天是 PALS 的施救者訓練課程 (Provider Course)，最後一天是指導者課程 (Instructor course)。在第一天的研討會中，Vinay 告訴我們，接受過 PALS 訓練的學員，常常在幾個月之後其急救的能力就逐漸退步。由於他們費城兒童醫院 PICU 的編制很龐大，有 340 位護士，34 位醫師以及 46 位呼吸治療師，要如何確保這麼多醫護人員都維持一定的急救水準呢？他們就設定一個方法，叫做「流動訓練工作車」(Rolling Refreshers)。就是，有一個裝備假人安妮及電擊器的流動車會不斷巡迴 PICU 的各角落，讓事先預約的醫護人員可以練習，並接受急救的要領考核。他們的理念就是“Keep training and On-site training”，直到熟能生巧、心領神會，隨時都可以在第一時間就出手搶救病人。Vinay 還說，他們這幾位來訪 PALS 的指導醫師和我們這些學員一樣，都是兒科加護病房或急診的醫師，他們外出做 PALS 的 Instructor 都是志工性質，不支薪、不拿演講費，他們樂於以志工的情操來推廣救人的訓練活動。我心想，這種「志工精神」才是最高貴無價的！不過，話說回來，美國心臟醫學會 (AHA) 對他們這套 PALS 的訓練教材的專利權及訓練機構 (Training site) 的核准權，又非常嚴格。以這次訓練為例，美國來三位 Instructor，香港來三位，才准許我們有 30 位學員接受訓練，取得證照。而我們學員的報名費加上學會的補助，大概每名需 20,000 元。AHA 在全世界已經設立了三十個訓練中心 (Training center)，如果我們台灣的兒科醫學會 / 急診醫學會也願意申請成為訓練中心的話，我們就可以與世界接軌，我們這些受訓的醫師也可以再進階成為合格的 PALS Instructor，也可以到其他的國家訓練別人。但是，我們台灣以後就得源源不絕地購買新版教材、上繳專利金、證書費等，奉送到 AHA 的美國總署了。

## 情境考題及個案演練的目的是教學，不是考試。

兒童高級救命術 PALS 的訓練，大體上分為技術工作站 (Skill Station) 及情境考題 (Scenario) 兩大部分。技術工作站指的是基本救命術 (BLS)、呼吸道處置、電擊去顫器使用 (defibrillator) 及骨針建立等。情境考題又稱為「核心個案模擬演練」(Core Case Simulation)，分為呼吸窘迫、休克、心律不整等三方面的急症來導入病況的演變與處置。不過，PALS 的訓練工作坊

絕不是一般的在職教育課程，沒有大堂課的教學課程。基本的急症醫學知識在學員教材手冊裡都有，上課前必須自己先讀完，並且通過光碟片的測驗問卷，才准受訓。在核心個案模擬演練 (Core Case Simulation) 的演練與教學中，強調的是病情病因的評估，急救團隊的合作，以及隊員之間的對話與討論。指導員的教學目標，是幫助急救的過程合理與正確，並不只是做知識的教導。因此，指導員教學技能的提升與對學習小組動力的掌握，就遠比知識的傳授重要的多了！這一點正是筆者體會最深刻的地方。

### 我花了十小時以上研讀小組教學技能系列 DVD 影片

「如果你上課到一半突然電腦當機，你怎麼辦？」

「如果同學對你的教學感到索然無味，你要如何改進？」

「如果你的小組教學成員中，總是有一個人搶著發言，你怎麼處理？」

「如果你的學生當中有人非常內向，羞於發言、不敢表達意見，你應當如何幫他？」

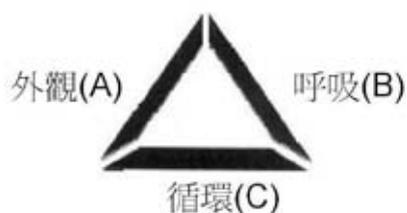
「如果在重要的急救課程中，有人始終學不會、過不了關，你要不要把他當掉？」

在參加 PALS-Instructor 的訓練中，我們還有另一項家庭作業要做，就是閱讀「小組教學技能系列 DVD 影片」(Core Instructor Course)，並且在電腦上完成每一段影片後的問題。按說，美式的教育從小就是注重互動式的教學，鼓勵個人的意見發表，也強調教師的課前準備與教學技巧；沒想到，這一套「小組教學技能系列 DVD」還做的這麼詳細，把很多小組教學會遇到的問題，都「說」出來，也「演」出來，生動逼真，發人深省。我竟然花了超過十小時的時間，才把這套 DVD 看完。不禁佩服 AHA 對教學效果的堅持：一、有教無類。既然是小組成員，不論其資質魯鈍或語言文化的差異，都要努力的把每一個人教會教懂，成為堪用的小組成員，小組的團隊戰力也就因而提升了。二、凡事都當研究，教學技能也不例外。AHA 的標語就是“Learn and Live”「不斷學習，生活有力」，當一名教學者，一方面得了解學生的個別差異與小組成員間的互動，一方面也得督促自己做更充分的教學準備，並改善自己的教學方法。

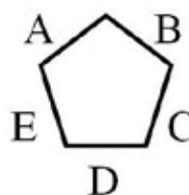
### 急症個案的診治需要先做這麼多層次的評估嗎？

美國心臟醫學會的 PALS 對於急症個案的處置流程，是採用 Assess (評估) → Categorize (診斷分類) → Decide (決定) → Action (行動) 等四大步驟來進行。當然，這四大步驟都得由急救小組的 leader 來宣告 (Announce) 與下令 (Command)。但是，一開始的「評估」又非常講究，總共分為四階

段的評估：General Assessment（一般評估） Primary Assessment（初級評估） Secondary Assessment（次級評估） Tertiary Assessment（三級評估）。其中，一般評估採用的是我們慣用的「小兒三角評估」「Pediatric Assessment Triangle, PAT」，就是外觀（Appearance），呼吸（Breathing），循環（Circulation）等三邊【圖一】。但是他們又規定只能大略觀察就做出評估，不能用手碰病人。



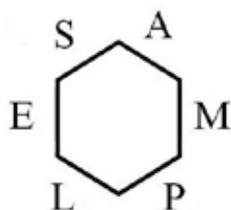
圖一．小兒三角評估



圖二．初級評估（美國心臟醫學會）

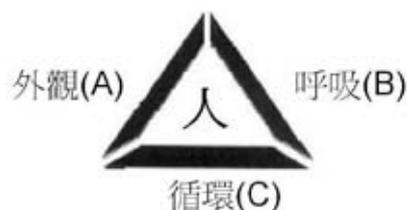
A : Airway, B : Breathing, C : Circulation  
D : Disability, E : Exposure

接下來，是初級評估，包括ABCDE的五項：A（Airway），B（Breathing），C（Circulation），D（Disability 意識異常），E（Exposure，把衣服脫光光好觀察）【圖二】。所以，這一層級的評估可以動手碰病人。再來是更複雜的次級評估，包括SAMPLE六個項目【圖三】：S（Signs and symptoms，症狀），A（Allergy，過敏史），M（Medication，服用藥物），P（Past History，過去病史），L（Last meal，最後一次進食時間），E（Events，與這次急症有關的事件）。此外，還得包括做從頭到腳的身體檢查（Head-to-toe Examination）。我仔細想一想，其實這個次級評估就是病史詢問與理學檢查的總和，也就是要更深入了解這個發生急症的「病人」。在急重症處置的狀態中，應該是朝向與病人目前急症最有相關的線索（包括病史與身體檢查）去蒐集資料，才是最有幫助、最能快速了解這個「病人」的做法。因此，我決定在本院的PALS教材中，把一個「人」字放進三角評估的圖案裡，以代表我們是以病人為中心的評估，在初步的三角評估以後，別忘記要用病史詢問及理學檢查來進一步了解這個「人」【圖四】。



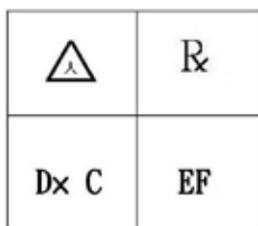
圖三．次級評估（美國心臟醫學會）

S : Signs and symptoms, A : Allergy,  
M : Medication, P : Past History,  
L : Last meal, E : Events

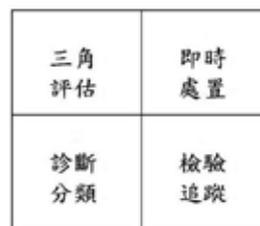


圖四．本院PALS在初步小兒三角評估後，進一步以病史及身體檢查來了解「病人」

最後一步驟叫做“Tertiary Assessment”（三級評估），就是得動用檢驗數值、影像學檢查，甚至專科醫師會診等。因為，如果我們只做初步的急救，不做潛伏病因的探討，可能病人只過了第一關，隨後病況還是會惡化，以致急救失效、回天乏術。譬如說，在 CPR 當中病人出現好幾次的 pulseless VT/VF（無脈搏心跳過快或心室顫動），如果急救小組只知道做心臟電擊、心臟按摩、腎上腺素注射等動作，卻不知道去探討其潛伏的異常（6H5T：6H－Hypoxia，Hypovolemia，Hypothermia，Hydrogen ion，Hyper or Hypokalemia，Hypoglycemia；5T：Toxins，Tamponade on heart，Tension pneumothorax，Thrombosis of coronary or pulmonary arteries，Trauma），並且立刻矯正之，那麼這個急重症個案的處理大概就註定失敗了！我又自問，其實這個 Tertiary Assessment 就是告訴這個急救小組的 leader，必須頭腦冷靜，問自己為什麼這個病人一直救不起來？有什麼潛伏的異常是沒有被發覺的？所以說，在急救進行的過程中，作 leader 的人仍須探索病因，安排檢驗檢查（Examination，E），並且追蹤該檢驗的結果（Follow-up，F）【圖五】。所以我用 EF 來代表這個後續的檢查手段【圖六】。



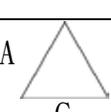
圖五．本院 PALS 處置流程的四大步驟  
 (△：三角評估，以人為中心，R：即時處置，  
 Dx C：診斷分類 Diagnosis & Categorization，  
 EF：檢驗追蹤 Examination & Follow-up)



圖六．本院 PALS 處置流程  
四大步驟

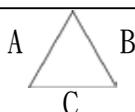
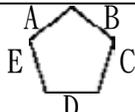
## 本院的 PALS 個案演練是 Tracing（循線索追蹤），不是 Screening（地毯式診察）

所以說，本院的 PALS 個案演練（Scenario）比 AHA 的簡單。由於 AHA 的評估（Assessment）共有四個階段，每一階段評估後又得做 Categorize（診斷分類），Decide（決定）及 Action（行動）等動作，所以，原則上每一個 Scenario 的個案演練做到完成，總共有 16 個方塊的動作要完成【圖七】。其中又以次級評估（Secondary Assessment）最繁瑣，病史詢問須完成 SAMPLE 六個邊，再加上從頭到腳的理學檢查，這是一種地毯式的診察（Screening），希望不漏掉任何一個細節。而本院的 PALS 個案演練流程，就只是一個三角評估加上四方塊的四大步驟而已【圖七】。我們的做法是，當一位急症病人推到施救者面前正要做小兒三角評估時，我們就可以同時摸病人，並把他遮蓋的衣

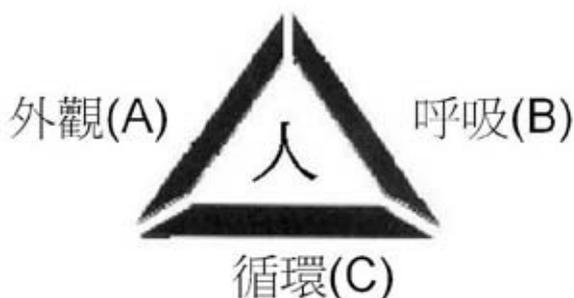
服打開，觀察其皮膚異常。所以我們一開始的三角評估就已經把AHA的一般評估(ABC)及初級評估(ABCDE)都包含在裡面了。隨後的次級評估(SAMPLE + Head-to-toe)及三級評估，我們只是把一個「人」字放入「」裡面，以提醒急救小組要以「病人」為中心，不要忘了要進一步追蹤這個「人」為什麼會落入這種急症的原因，按著線索，深入了解。這個「深入」的過程其實就是「病史詢問」與「理學檢查」。譬如說，一位冰冷的小嬰孩，急救員當然得問他今天拉肚子有幾次，最後一次吃奶是什麼時候(病史詢問)?也必須立刻捏一下手指頭看回血時間(refilling time)是幾秒(理學檢查)，以確定這小嬰兒是否已經進入休克狀態，以及休克的原因是否是脫水性休克。另一位意識不清、四肢無力的小孩送到急診，我們當然得檢查兩邊瞳孔的反射，看有沒有腦部的局部病灶(理學檢查)，並且問一下有沒有外傷、發燒或誤食藥物(病史詢問)。所以本院PALS個案演練的精神是Tracing(循線索追蹤)，不是做地毯式診察的Screening。

圖七：本院 PALS 流程與 AHA 流程圖示的比較

(一) 美國心臟醫學會的 PALS 流程

	Assess →	Categorize →	Decide →	Action
一般評估 				
初級評估 				
次級評估 S E L A M + Head-to-toe Examination P				
三級評估：Laboratory Image				

(二) 本院兒童高級救命術的流程



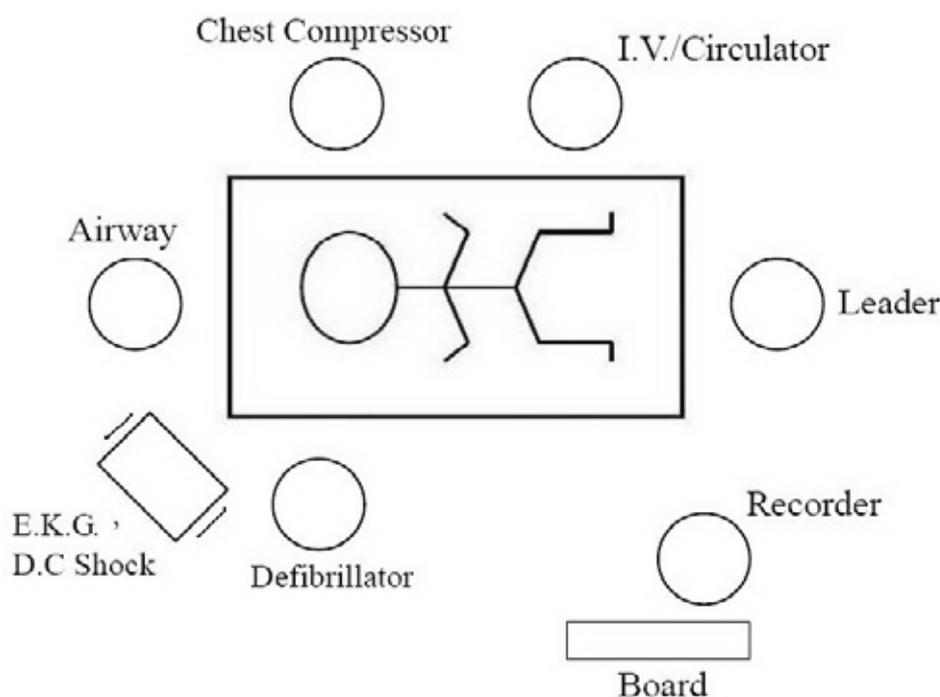
 三角 評估	Rx 即時 處置
Dx C 診斷 分類	EF 檢驗 追蹤

至於 AHA 在每一階段評估後所要求的 Assess → Categorize → Decide → Action 等四個行動流程，我們則用三角評估、即時處置、診斷分類、檢驗追蹤等四方格的四大步驟來取代之。譬如說，一位全身癱軟且呼吸異常的青少年，其 EKG monitor 出現寬波型心跳過快，每分鐘 140 下，身為 Leader 的你立刻指揮隊員評估脈搏，果然毫無脈搏，這時，你立刻高喊 (Announce)：『外觀、呼吸、循環三邊都衰竭 **三角評估**，而且是無脈搏的心跳過快 (pulseless VT) **診斷分類**，隊員甲你立刻開始心臟按摩，隊員乙立刻操作袋瓣膜人工呼吸，隊員丙準備電擊去顫術，每公斤 2 焦耳，無需同步，立刻電擊 **即時處置**。』如果你們又做電擊去顫術，又做 CPR，又注射腎上腺素，病人的 pulseless VT 依舊存在，這時 Leader 就得思考，有什麼可矯正的因素沒有處理呢？立刻抽個血，分析其酸鹼度、血氧、電解質…等。十分鐘後，報告回來 PH 值 6.8，血鉀 7.8，都須矯正 **檢驗追蹤**。

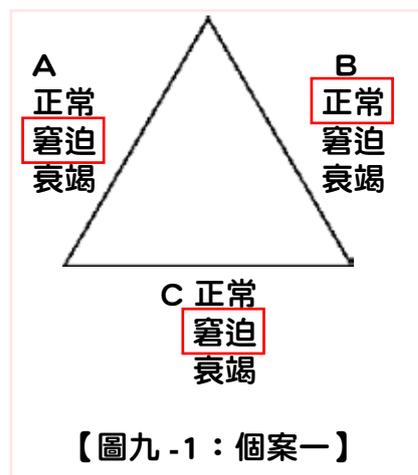
所以說，本院的 PALS 流程就是「小兒三角評估」及「四大處置步驟」。其個案推演的精神是 Tracing (循線索追蹤)，不是 Screening (地毯式診察)。但是，在急救小組的分工上，我們也向 AHA 學習，希望急救團隊的運作是既有從屬次序也有對話分工。這個分工就是—『指揮官 (Leader) 和他的急救小組 (Team members)』。

### 指揮官如何策動、督促並完成急救？

如此看來，急救小組當中的指揮官 (Leader) 是一個很重要的角色。在我們 PALS 的訓練中，每一個學員都得輪流擔任指揮官的角色，登上指揮台，綜覽全局，指揮若定。指揮官有哪些職責呢？



- 一、Assign (分派角色)：一旦指揮官發現一位需要被急救的病人時，他立刻號召急救小組進來，並且分派每位組員的急救角色。他自己則站到觀察最有利的位罝，開始策動急救。
- 二、Assess (評估病情)：當然是指「三角評估」(PAT)以及進一步的「以病人為中心」的評估。三角評估的「外觀」、「呼吸」、「循環」都得依據對病人的觀察(Inspection)與觸摸(Palpation)就做出判斷。每一邊都得判斷出是屬於「正常」、「窘迫」或「衰竭」等其中的適當等級。譬如說：九歲的男孩，可以清楚說出自己的病情，只是講話較慢而虛弱，你判定外觀是「窘迫」。他的呼吸較深但是平順無異者，你判定是「正常」。負責血管路徑的隊員告訴你，他的手很冷，手腕的脈搏約每分鐘120下，回血時間是三秒(Refill time)，你判定其循環也是「窘迫」(圖九，個案一)。這時候，指揮官就要把他的Assess(評估)，大聲唸出來(Announce)。



- 三、Announce (大聲宣布)。記得，我們是在做急救，不是做學術討論，而你是負責成敗的指揮官，你所有判定的「三角評估」，「四大處置步驟」，以及「診斷分類」等，你都得大聲說出來(Announce)！譬如個案一，你宣布『病人的外觀窘迫，呼吸正常，循環窘迫』，然後你下令：『隊員甲，你給他O<sub>2</sub> mask 每分鐘10 Liter；隊員乙，你貼上EKG lead，告訴我心跳次數及波形；隊員丁，你打上I.V. line，先給他fluid challenge，生理食鹽水每公斤20 c.c.』這些下令(Order)，就是執行「即時處置」，都必須「大聲說出來」！
- 四、Ask data (詢問相關的資訊及數據)。如個案一，你想進一步了解「病史」，你問指導員(Instructor)：『這個男孩這幾天有什麼異樣？』答：『媽媽說，他還是每天去上學，常常喝很多水，又吃很多水果，我以為是天氣太熱他活動又太多……』。你也可要求隊員乙：『你現在量一下血壓，是多少？』這時Instructor就提供data，血壓是88/56 mmHg。這時候你就進一步宣布：『他是低血壓性休克(Hypotensive Shock)，隊員丙，你聽一下他的心音及呼吸音，還有，頸部的靜脈是否鼓起來(Jugular Vein engorgement)？』隊員丙作聽診及觀察的動作時(理學檢查)，Instructor就提供data：『心音快速無雜音，呼吸音正常清晰，頸靜脈看不出來。』你再下令：『隊員丁，你立刻作指尖的detrostix。』

Instructor 就給你 data : dexrtostix 480mg/dl (檢驗追蹤)。然後你就正式宣佈：『這個 Case 是 DKA (糖尿病酮酸血症) 合併 Hypovolemic Shock (脫水性休克)，其嚴重度已達到 Hypotensive Shock (低血壓性休克)。』—這就是 Ask 病史，Ask 理學檢查，Ask 檢驗之後，作出完整的「診斷與分類」(Diagnosis and Categorization) 的宣布 (圖九-2)。

窘迫  正常 窘迫 ↓ 衰竭	R O2 mask EKG . BP I. V. N/S 20c. c. /kg
Dx C 低血壓休克 脫水性休克 糖尿病酮酸血症	EF dextrostix ↓ 480 mg/dl

【圖九-2：個案一】

- 五、Action Ordering (下達行動的命令)。指揮官 (Leader) 當然就是要下達命令，督促行動。只是，平日的醫務團隊都是由醫師來下達命令 (Order)，由護理師來執行 Order。但是，在我們 PALS 的訓練中，護理師可以擔任 Leader 的角色嗎？這種角色改變的訓練，對急救小組的訓練有沒有好處？其實，我們就是用這個問題來詰問費城兒童醫院的 Vinay 醫師。他說，以他們多年的 PALS 訓練的經驗而言，護士反而很喜歡擔任 Leader 的角色，藉機作病情的整體評估，說出他的診斷分類，以及頒佈他的治療方針。在臨床實務上，其實有很多經驗豐富的護理師，對於病因的判斷相當準確，這時候，資深的急症醫師反而會勸告資淺的醫師，要多聽資深護士的建言。其實，沒有一個人的判斷永遠都是對的，當 Leader 的人也要有雅量接受隊員的指正。
- 六、Allow questioning (允許質疑)。當隊員發現 leader 下的判斷與處置有錯誤時，隊員可以就自己所分派的急救角色的範圍，向 Leader 提出質疑，並說明自己的理由，請 Leader 重新評估，再做出新的 Order。譬如說個案一，如 leader 判斷是代償性休克，處理動作不夠積極時，擔任 I. V. line 的隊員丁就可以直接建言：『這個病人是低血壓休克，必需快速給予 IV fluid challenge !』如果在 CPR 當中，指揮官下令給予腎上腺素靜脈注射每公斤 0.1 mg 時，你可以告訴他，現在新的 Guideline 認為高劑量腎上腺素有害無益，應該只給每公斤 0.01 mg 的注射。
- 七、Assure effectiveness (確認 CPR 的品質)。不要忘了 CPR 的執行品質最重要：「用力壓、快快壓、少中斷、全回彈、不可過度換氣」。所以，指揮官必須居高臨下，縱覽全局，監督各急救隊員都各司其職，正確又有效。

如：Chest Compressor 累了，壓胸速度變慢了，就立刻下令與他人對調角色 即時處置。如：病人的 VT/VF 電擊了好幾次還是無法校正回來，就要追問剛才送的動脈血檢體的 data 回來了沒？我們急救中可校正的因素 6H5T，是否都已核對也校正了？ 檢驗追蹤

八、Activate Discussion（促使團隊討論）。在急救小組的分工中，我們還有一個角色沒有提到，就是記錄急救操作過程的 Recorder。這位記錄者，在急救過程中只作紀錄（如圖九-1，九-2），不發言。直到急救告一段落時，指揮官才請紀錄者就剛才急救小組所作的評估、診斷與處置等，作報告與分析。究竟旁觀者清，記錄者較能提出急救過程中的缺失。然後，指揮官就要請大家一起檢討剛才急救過程的優劣點，進行團隊內的檢討會“close-loop discussion”。

### 指導者（Instructor）的職責是什麼？

指導者的責任就是幫助這個急救團隊的指揮官與隊員，進行一場次序分明、團隊合作又相互對話的「核心個案模擬演練」（Core Case Simulation）。記得，這種模擬演練的本質是教學性的，不是考試性的，指導者給的評語與指導都應該是正面的、鼓勵的，避免做出負面的批評。簡而言之，就是「Make them work together and talk to each other」。

### 醫療團隊的典範：信心、決心與同心

聖經馬可福音記載，有一次耶穌在房子裡講道，房子裡擠滿了人，連房子外也都是人。這時候，有四個人抬著一位癱瘓的朋友來找耶穌醫治，但是人太多進不去。他們四個人毫不氣餒竟然爬到屋頂上，拆了部分的屋頂，把他們癱瘓的朋友連人帶床單，從空中垂下來，一直垂到耶穌的面前，得著醫治。我想這個故事告訴我們什麼是救援團隊的最高品質：「信心堅強，救人到底；思考靈活，遇難求變；團隊合作，默契絕佳；訓練專業，能力均衡。」

