

優化臺南市緊急救護品質 提升急救成功率

臺南市政府消防局

緊急救護科 吳青翰

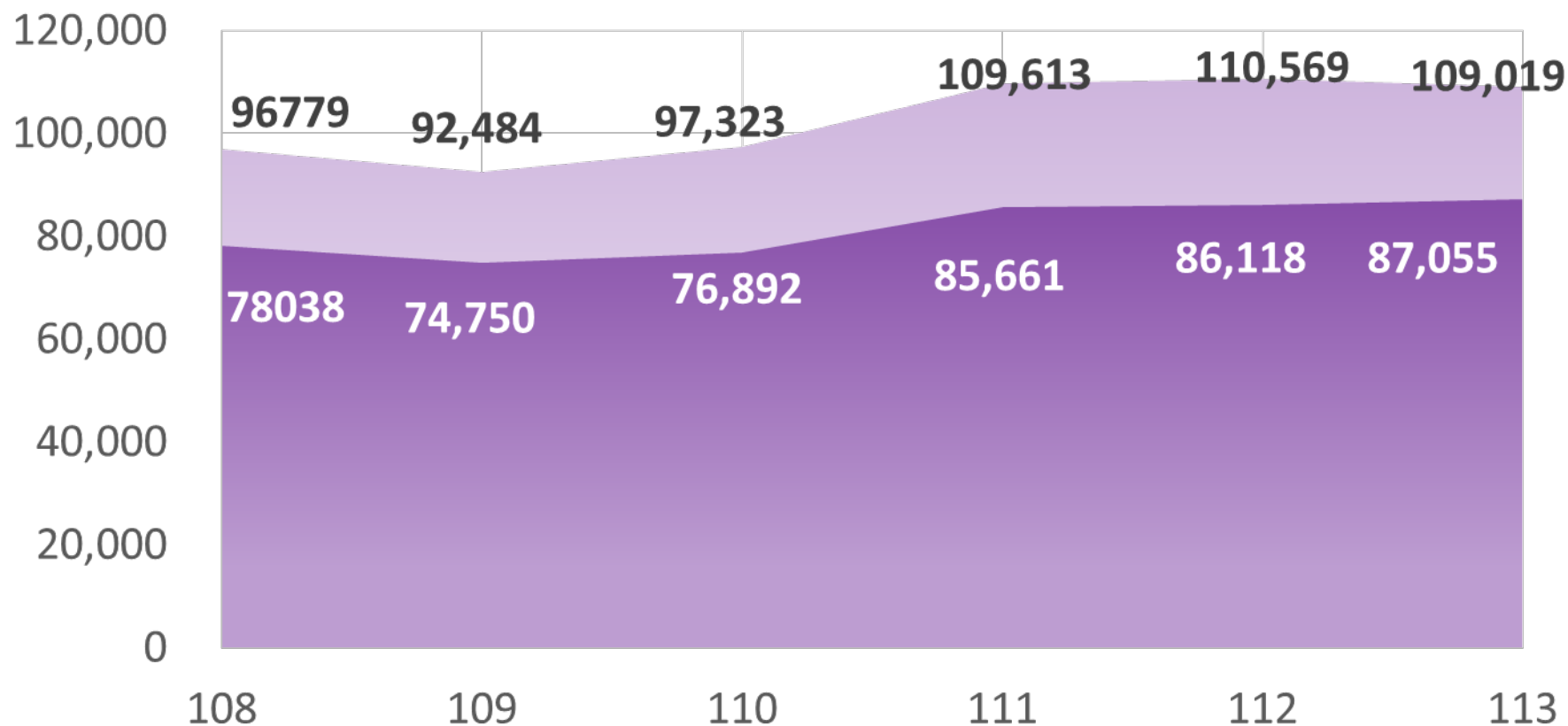
報告日期：114年3月4日

大綱

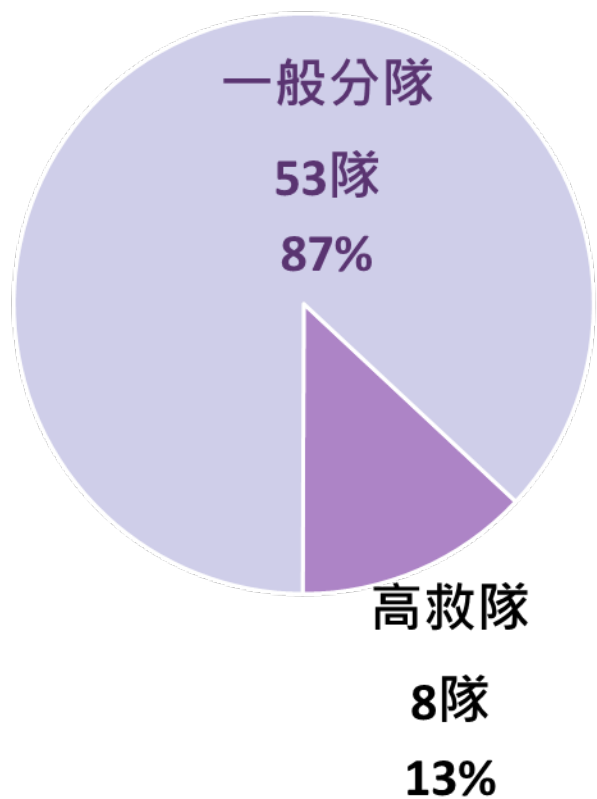
- 臺南市緊急救護案件數
- 消防局救護EMT人力資源配置
- 四大急重症
 - 到院前心臟停止 (OHCA)
 - ST段上升心肌梗塞 (STEMI)
 - 腦血管意外 (CVA)
 - 重大創傷 (Major Trauma)
- 策進作為及展望

臺南市緊急救護案件數

■ 總出勤救護數
■ 總送醫趟數

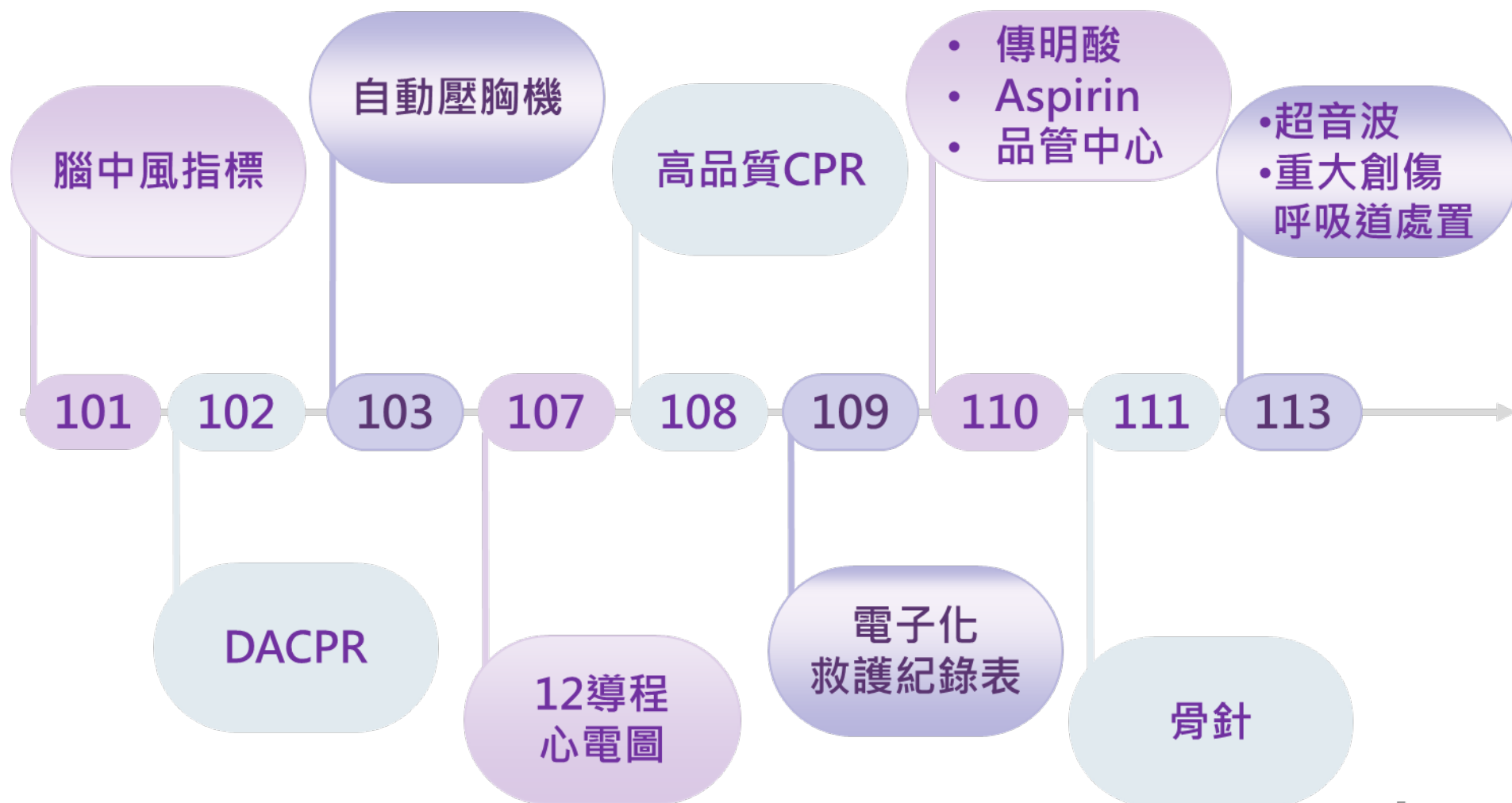


消防局救護EMT人力資源配置



	EMT-1	EMT-2	EMT-P	合計
全局	8 (1%)	721 (78%)	195 (21%)	924
一般分隊	8 (1%)	721 (84%)	130 (15%)	859
高救隊	0	0	65 (100%)	65

近年重大措施



四大急重症



OHCA

到院前心臟停止



CVA

腦血管意外



STEMI

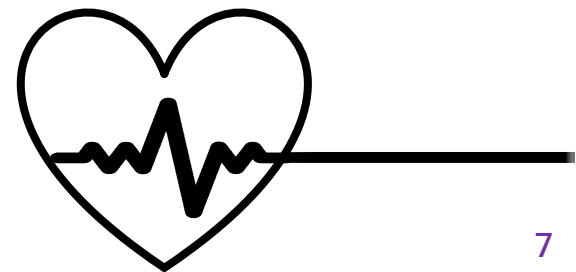
ST段上升心肌梗塞



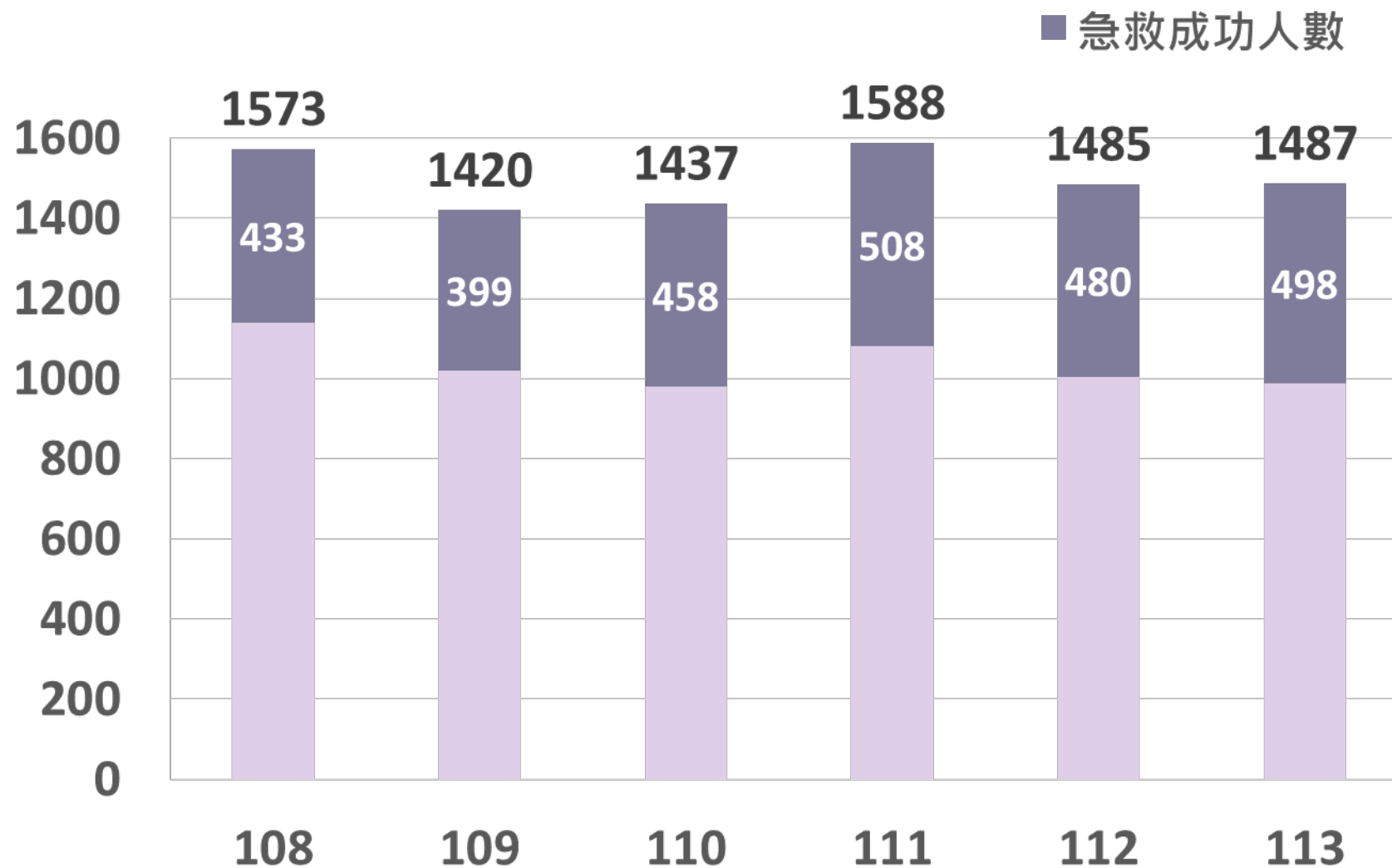
Major Trauma

重大創傷

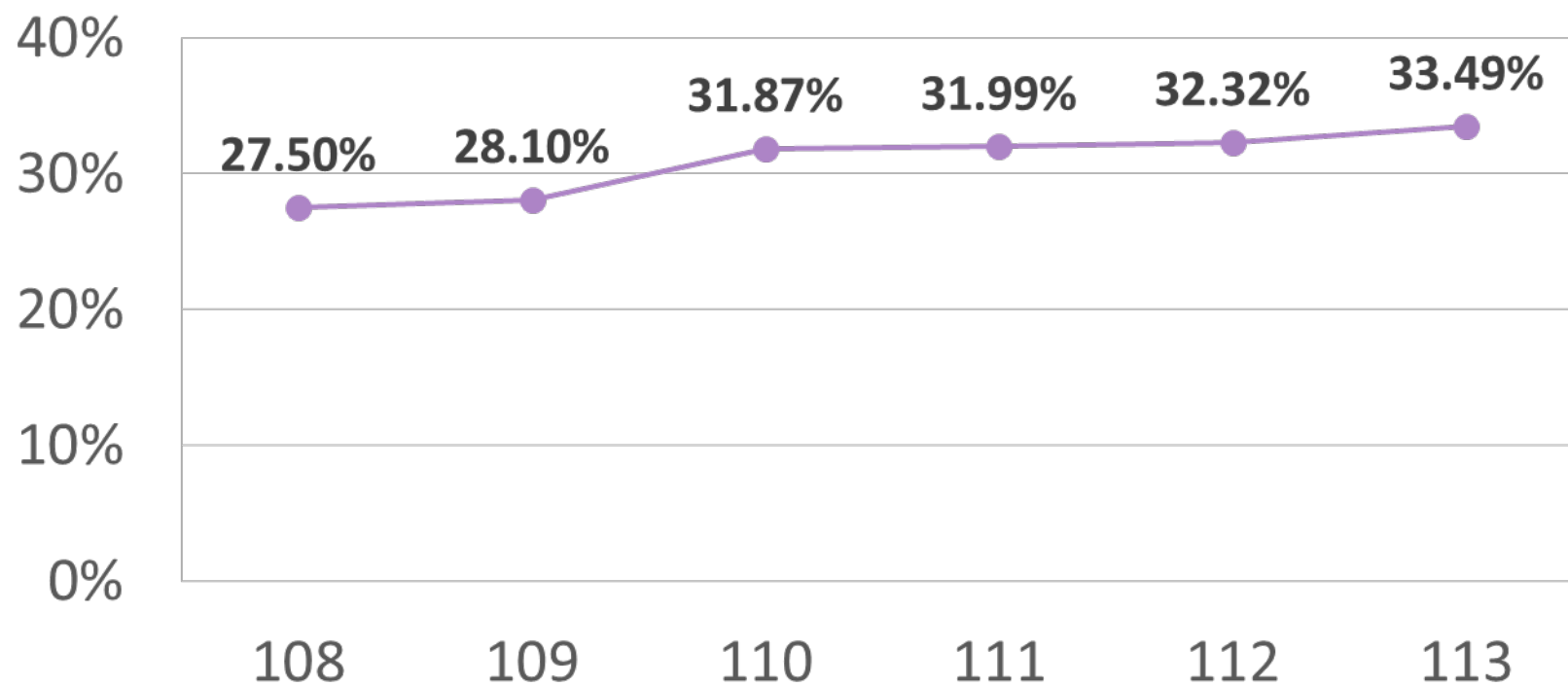
到院前心臟停止 (OHCA)



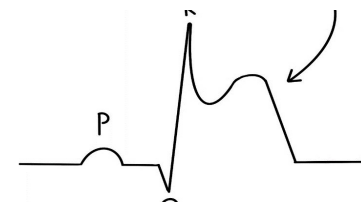
OHCA 急救成功人數



OHCA 急救成功率



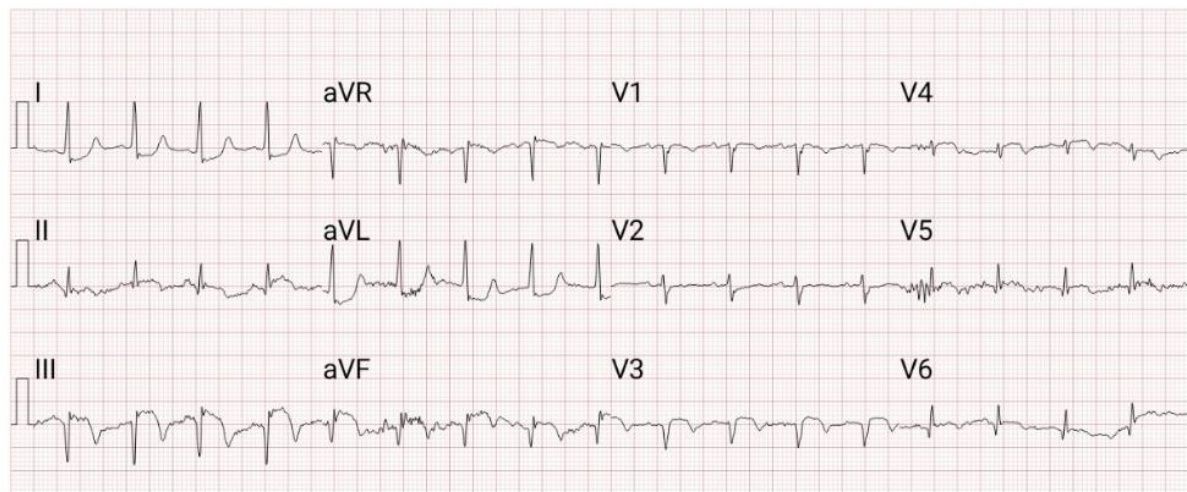
ST段上升心肌梗塞 (STEMI)



PATIENT NAME: 病患 2253
 PATIENT ID: 病患 2253
 PATIENT AGE: 45
 PATIENT SEX: Male
 DEVICE ID: TNCFD10
 RECORDED: 02/09/25 22:50:01

HR: 104
 PR Interval: 147 ms
 QRS Duration: 89 ms
 QT/QTc: 340/448
 P-R-T Axis: 58 -4 -23

***** STEMI *****
 40+歲男性異常發現
 下壁壁梗塞 [II/aVF/III 中 STE, aVL 中 ST 段壓低], 疑似急性
 心尖 心尖梗塞 [異常 V6 R/Q 波 和 V3/V4 小 R 波 合併 心尖 缺血 T
 波], 年齡不確定
 竇性心跳過速
 胸部導線 QRS 波電壓偏低 [胸部導線 QRS 偏轉 < 1.0 mV]



	I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
STJ	-1.82	1.06	2.87	0.37	-2.35	1.96	-0.04	-0.54	1.03	0.37	0.28	0.56

Validate rendering fidelity by referencing the 1 mV ECG calibration signals.

Prepared by ZOLL XSeries at 02/09/2025 22:51:11

關廟91(平板)

下午 10:17

儲存 | 另存新檔 | 分享 | 傳送至Keep筆記












關廟91(平板)

男68歲胸悶送市醫 下午 10:18

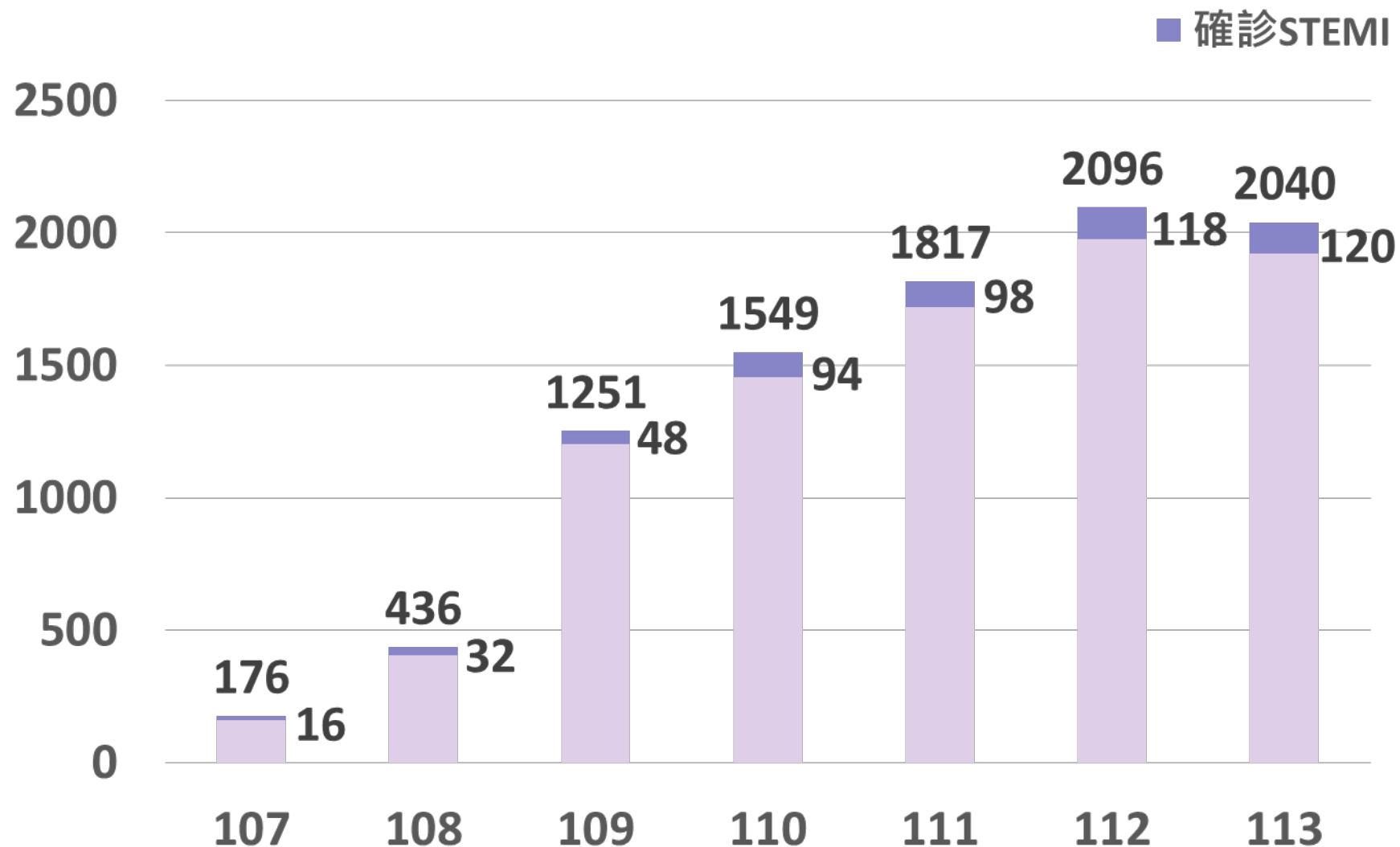
永康奇美急診

下午 10:18

臺南市急救責任醫院量能彙整表 (統計)

醫院	STEMI 心導管室 處理時段	CVA (tpa) 處理時段	CVA (EVT) 處理時段	重大外傷 處理時段
[Blurred]				
[Blurred]				
[Blurred]				無心臟外科

STEMI 施作及確診統計



腦血管意外 (CVA)



救護車車牌號碼: BHV-7535

行駛里程數: 94324 Km 訖: 94333 Km

救護紀錄表

編號: 20250204061404003001

TMSCS 編號: 2025020410100508140401

派遣資料			
日期	2025-02-04 06:14	出動單位	和緯分隊
出動時間	06:14	到達現場時間	06:20
離現場時間	06:56	送達醫院時間	07:03
離醫院時間	08:13	受案單位	<input checked="" type="checkbox"/> 救災救護指揮中
發生地點	台南市北區臨安路二段143巷80弄27號		
協同處理單位			
送往醫院	永康奇美	<input checked="" type="checkbox"/> 就近適當	<input type="checkbox"/> 指揮中心
傷病患或家屬要求	未送醫原因		
未接觸	<input type="checkbox"/> 未發現	<input type="checkbox"/> 誤	<input type="checkbox"/>
未送醫	<input type="checkbox"/> 拒送	<input type="checkbox"/> 警察	<input type="checkbox"/>
未送醫	<input type="checkbox"/> 未送醫	<input type="checkbox"/> 火警	<input type="checkbox"/>
未送醫	<input type="checkbox"/> 未送醫	<input type="checkbox"/> 火警	<input type="checkbox"/>
未送醫	<input type="checkbox"/> 未送醫	<input type="checkbox"/> 火警	<input type="checkbox"/>
傷病患資料			
傷病患姓名		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
傷病患財物明細	<input checked="" type="checkbox"/> 未經手 <input type="checkbox"/> 有		
無法簽名原因	<input type="checkbox"/> 拒簽 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/>		
手染髒汙、血漬	<input type="checkbox"/> 手染髒汙、血漬		
傷病患住址			
現場狀況(此欄可複選)			
<input checked="" type="checkbox"/> 非創傷	<input type="checkbox"/> 創傷		
<input checked="" type="checkbox"/> 非創傷OHCA	<input type="checkbox"/> 創傷OHCA		
<input checked="" type="checkbox"/> 急病	<input type="checkbox"/> 一般外傷		
徵狀:	<input type="checkbox"/> 摔跌傷		
<input type="checkbox"/> 呼吸喘/急促	<input type="checkbox"/> 墜落傷		
<input type="checkbox"/> 呼吸道問題(異物哽塞)	<input type="checkbox"/> 穿刺傷		
<input type="checkbox"/> 昏迷(意識不清)	<input type="checkbox"/> 燒燙傷		
<input type="checkbox"/> 胸痛/悶	<input type="checkbox"/> 電擊傷		
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 生物咬傷		
<input type="checkbox"/> 頭痛/頭暈/昏倒/昏厥	<input type="checkbox"/> 上吊		
<input type="checkbox"/> 發燒	<input type="checkbox"/> 溺水		
<input type="checkbox"/> 噁心/嘔吐/腹瀉	<input type="checkbox"/> 其他:		
<input type="checkbox"/> 肢體無力	<input type="checkbox"/> 其他:		
主訴: <input checked="" type="checkbox"/> 家屬或友人代訴			
1、感覺那裡不舒服?	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病		
昏迷叫不醒	<input checked="" type="checkbox"/> 高血壓		
2、感覺怎麼的不舒服?	<input type="checkbox"/> 癌症:		
昏迷叫不醒	<input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺炎		
3、大約不舒服有多久了?	<input type="checkbox"/> 氣喘		
不清楚	<input type="checkbox"/> 中風		
傷病患主訴	<input type="checkbox"/> 肝臟疾病		
4、還有其他地方不舒服嗎?	<input type="checkbox"/> 腎臟疾病(<input type="checkbox"/> 左 / <input type="checkbox"/> 右洗腎)		
OHCA			
5、評估頸椎是否損傷?(創傷患者)			
<input checked="" type="checkbox"/> 無			
藥物過敏	<input type="checkbox"/> 不清楚		
<input type="checkbox"/> 食物	<input type="checkbox"/> 花生過敏		
<input type="checkbox"/> 抗生素過敏	<input type="checkbox"/> 奶製品過敏		
<input type="checkbox"/> 磺胺類過敏	<input type="checkbox"/> 海鮮過敏		
<input type="checkbox"/> 其他藥物	<input type="checkbox"/> 其他		
<input type="checkbox"/> 其他			
心肺功能停止登錄			
<input checked="" type="checkbox"/> 派遣時即通知	<input type="checkbox"/> OHCA事故地點型態		
目擊者: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 住宅		
旁觀者CPR: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 工廠/工作地點		
使用PAD: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 運動中心		
到院前ROSC:	<input type="checkbox"/> 公共建築		
<input type="checkbox"/> 有 時間:	<input type="checkbox"/> 教育/學校		
<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 診所/護理之家		
	<input type="checkbox"/> 其他		
	<input type="checkbox"/> 不清楚		
疑似心肌梗塞登錄			
<input checked="" type="checkbox"/> 2小時內有病徵或胸悶			
或下列情形之任2項:			
<input type="checkbox"/> 喘			
<input type="checkbox"/> 冒冷汗			
<input type="checkbox"/> 噁心(或嘔吐)			
<input type="checkbox"/> 有心臟病史			
符合疑似腦中風指標			
是否異常: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
續評辛辛那提中風指標			
<input type="checkbox"/> 面部不對稱	<input type="checkbox"/> 語言不清		
<input type="checkbox"/> 新的肢體無力(有此項者續填)			
發現時間	最後一次正常時間		
<input type="checkbox"/> 疑3小時內發生			
<input type="checkbox"/> 發生於3-6小時, LAMS中風評估分數 _____ 分			
<input type="checkbox"/> 症狀發生超過6小時			

符合疑似腦中風指標

是否異常: 是 否

續評辛辛那提中風指標

面部不對稱 語言不清 新的肢體無力(有此項者續填)

血糖值介於60-400mg/dl (二項皆勾選者續填)

本次無癲癇發作

發現時間 _____ 最後一次正常時間 _____


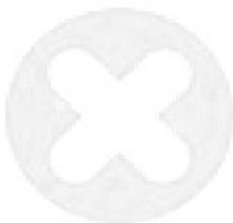













疑3小時內發生

發生於3-6小時, LAMS中風評估分數 _____ 分

症狀發生超過6小時

06:57	<input type="checkbox"/> 清	0分/分	0分/分	頸動脈-無	E	1	V	E	M	1	OHCA	OHCA
送醫途中	<input checked="" type="checkbox"/> 否											
07:04	<input type="checkbox"/> 清	0分/分	0分/分	頸動脈-無	E	1	V	E	M	1	OHCA	OHCA
到院後	<input checked="" type="checkbox"/> 否											
救護人員簽名		醫療人員簽名		拒絕送醫簽名		送醫患者/家屬/關係人簽名						
到院前檢傷分級:	<input checked="" type="checkbox"/> 急個案 <input type="checkbox"/> 非急個案	檢傷分級:	第1級	<input type="checkbox"/> 拒醫聲明:本人聲明:救護人員已解釋病情與送醫之需要, <input type="checkbox"/> 指定送往就近適當之急救責任醫院或醫療機構以外之醫療機構, <input type="checkbox"/> 拒絕任何救護人員送醫		依本市消防救護車收費辦法開立收費告知單: <input type="checkbox"/> 指定送往就近適當之急救責任醫院或醫療機構以外之醫療機構, <input type="checkbox"/> 患者送達急救責任醫院後, 遲至門診就診, <input type="checkbox"/> 患者經救護人員評估為非緊急狀況並經急診檢傷分級為第四級或第五級。						
一、 林延廷 EMT		病歷號:	79	<input type="checkbox"/> 拒簽 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 意識不清		<input type="checkbox"/> 拒簽 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 意識不清 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 手染髒汙、血漬						
二、 謝明 EMT		時間:	07:04	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 手染髒汙、血漬		謝明 聯絡電話: 0985506309妻子						
三、		聯絡電話:										
四、												

臺南市急救責任醫院量能彙整表 (統計)

醫院	STEMI 心導管室 處理時段	CVA (tpa) 處理時段	CVA (EVT) 處理時段	重大外傷 處理時段
				
				
				

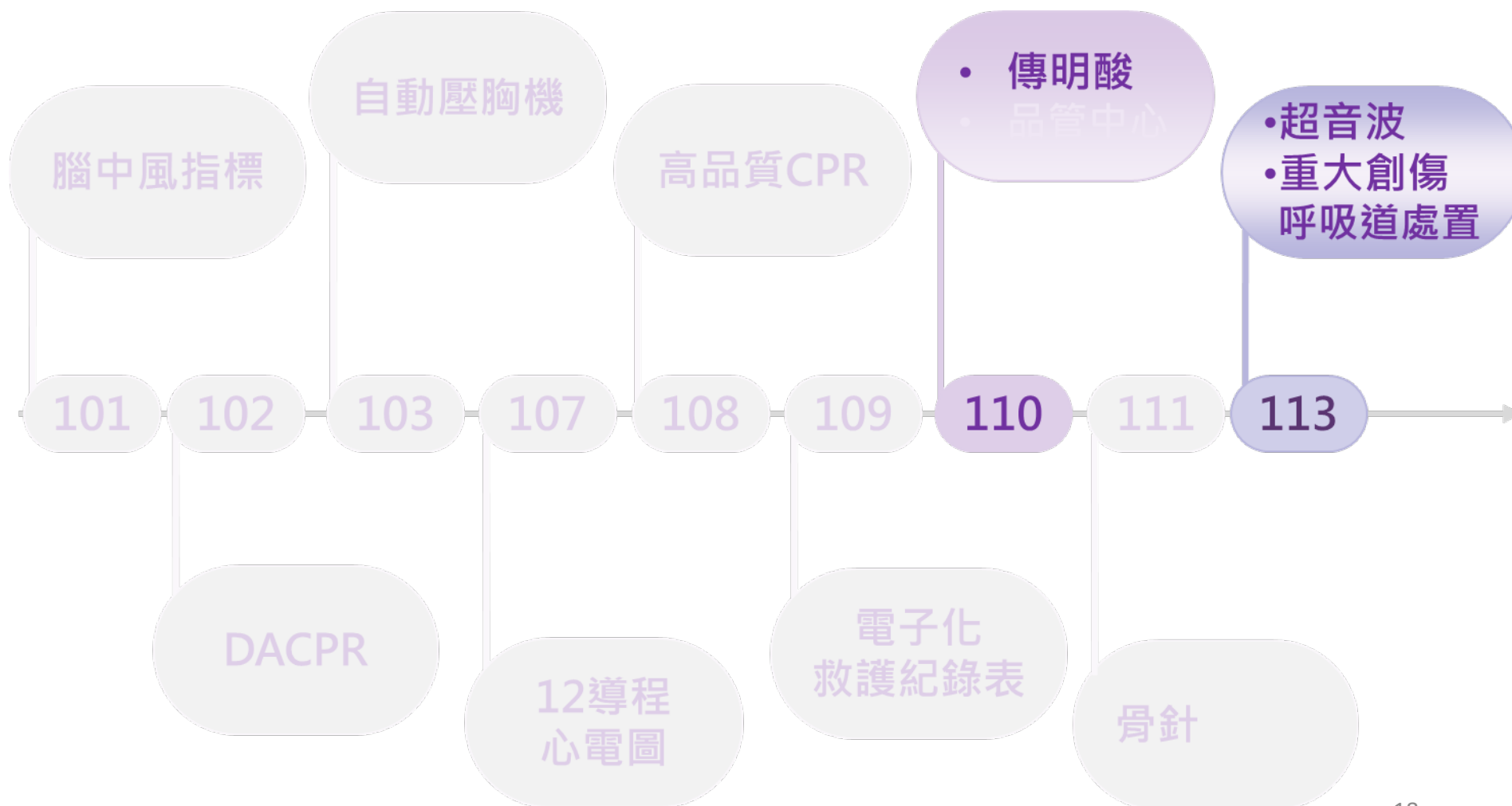
重大創傷

(Major Trauma)



重大創傷

以前到院前能做的不多



策進作為及展望

- 重大創傷
 - 超音波：潛在性內出血
 - 呼吸道處置：避免組織缺氧
 - 全面訓練戰術緊急傷患救護 (TECC)
- 提高危急個案的EMT-P觸及率
 - 雙軌派遣
 - 115年：自訓30名 EMT-P
- 自動給氧機 + EndTidal CO₂