

# 与时间赛跑的急诊室故事： 多学科协作创造生命奇迹



王军教授

“我们就像在和时间的赛跑。”王军描述当时的场景，液体复苏、血管活性药物、抗感染治疗……每一步都关乎生死。经过两个小时的奋战，患者的



关注医师报急诊频道  
查看更多资讯

那是一个风雨交加的夜晚，南京鼓楼医院急诊科接诊了一位特殊的患者。65岁的张先生因剧烈腹痛被送来医院，血压已降至80/50 mmHg，皮肤湿冷，神志模糊。南京鼓楼医院急诊科王军教授回忆道：“当时情况非常危急，患者胆总管结石梗阻引发了急性胰腺炎，已经出现感染性休克。”

生命体征终于趋于稳定。但王军知道，真正的挑战才刚刚开始。

急诊科首先要做的就是稳住生命体征，就像为危楼加固支柱。但要彻底解决问题，需要拆除“病灶”这颗定时炸弹。王军立即启动了多学科会诊机制。消化内科、肝胆外科、影像科专家迅速集结，在急诊抢救室旁的小会议室里展开激烈讨论。

“患者的特殊情况在于，如果生命体征平稳，消化科可以通过经内镜逆行胰胆管造影（ERCP）

取石；但若病情恶化，就需要外科手术干预。经过全面评估，专家团队制定了分阶段治疗方案：先由急诊科继续稳定病情，待条件允许立即行ERCP治疗。”王军介绍，第二天清晨，在超声引导下，消化科团队成功为患者实施了ERCP取石术。

“这就是多学科协作的魅力。”王军感慨道，急诊科、消化科、超声科各司其职又密切配合，就像一支训练有素的特种部队。

在人口老龄化加剧的当下，急诊医学面临着前

所未有的挑战。急诊患者往往病情复杂，特别是老年患者常合并多种基础疾病。王军指出，急诊科的首要任务是稳定生命体征，而根本问题的解决则需要消化科、肝胆外科、超声科等专科的协同配合。

南京鼓楼医院创新性地建立了“MDT+”模式，通过医务处协调，组织相关专科进行病例讨论，制定最优治疗方案。王军强调，我们正在建立标准化流程，明确各科室职责，确保救治过程无缝衔接。这种模式未来必将向基层延伸。

## 急诊医学专栏编委会

- 名誉主编：于学忠 陈玉国  
吕传柱 赵晓东  
张国强
- 专栏主编：朱华栋
- 执行主编：（按姓氏拼音排序）  
蔡文伟 曹春水 曹钰  
柴艳芬 陈兵 陈锋  
陈晓辉 陈旭峰 陈旭岩  
崇巍 党星波 邓颖  
郭伟 韩小彤 蒋龙元  
金红旭 李立宏 李培武  
李树生 李湘民 李小刚  
李小民 李欣 李燕  
刘明华 刘笑然 卢中秋  
马青变 马渝 马岳峰  
毛恩强 梅雪  
穆叶赛 尼加提 聂时南  
欧阳艳红 潘曙明 裴红红  
彭鹏 秦历杰 宋振举  
田英平 童朝阳 王振杰  
吴利东 谢苗荣 邢吉红  
徐峰 许硕贵 燕亮亮  
尹文 张斌 张剑锋  
张茂 张玮 张新超  
赵敏 赵则 曾俊  
周人杰 朱海燕 朱继红  
朱长萃



扫一扫查看  
编委会完整名单

希为纳® 注射用西维来司他钠  
Sivestat Sodium for Injection

HUILUN 汇伦医药  
HUILUN PHARMACEUTICAL

## 创新急诊“河南模式” 构建“黄金一小时”生命圈



兰超教授

河南作为户籍人口超1亿的医疗需求大省，年急诊量达千万人次级。郑州大学第一附属医院急诊医学部兰超教授坦言：“急诊科是医院急危重症救治能力的‘晴雨表’，但过去各地区发展不均衡，急救水平参差不齐。”为此，他以“数据驱动、信息化赋能”为核心，推动多院区急诊的同质化管理。

“我们像打造精密仪器一样重构流程——从院前急救的‘一键启动’到抢救室的标准化操作，从质控指标的实时监测到多学科协作的无缝衔接，每一步都力求精准。”作为河南省医学会灾难医学分会主任委员、河南省医师协会急诊分会候任会长，兰超心系全省急诊事业的发展，对学科发展作出了明确规划。

### 践行“医生等患者”

在河南，每年因交通事故、高处坠落导致的严重创伤患者数以万计，而传统“分科救治”模式常延误黄金救援期。兰超以“实体化创伤中心”破局：“我们必须打破科室壁垒，让急诊科成为覆盖院前、院内到重症的一体化平台。”

他推动全省180家创伤中心建设，要求急诊外科主导多学科协作，并设定三个“生死时速”指标：半小时内输血、半小时内完成CT检查、一小时内送入手术室。为保障执行，他们创新性地建立了“创伤二线主导制”，由急诊科专家统筹多学科协作，践行“医生等患者”的救治理念。

### 打破急诊医学数据壁垒

“急诊医学的突破需要打破三重壁垒：学科壁垒、数据壁垒和认知壁垒。”兰超认为，未来急诊科应兼具“救急”与“防急”双重职能，通过科技创新、流程优化和国际合作，构建覆盖全生命周期的急危重症防控体系。

“我国急救数据库建设滞后，不同厂商系统互不兼容，院前院内数据链断裂。”兰超举例说，心肺复苏成功率国际差距的背后，是国外完善的数据库支持科研优化。为此，兰超主导制定了河南省院前、院内急救同质化考核，并计划举办全国性竞赛推广这一模式。

“数据是急诊的‘命门’。”对于全国性数据库缺失的痛点，兰超呼吁打破信息孤岛：“院前急救、院内抢救、康复随访的数据必须打通，就像高铁轨道的无缝连接，才能让科研真正服务于临床。”

“我们不仅要跑得快，更要跑得准——让每一个急症患者都能在黄金时间内获得最恰当的治疗。”兰超畅想建成一个更智慧的急诊生态：数据库支撑科研反哺临床，可穿戴设备实现疾病预警，中西医结合提升救治效能。

## 构建社会急救共同体 守护生命链



丁邦晗教授

2019年，在广东省两会的“政协委员通道”上，广东省政协委员、广东省中医院急诊科丁邦晗教授手持一台自动体外除颤器（AED），向公众疾呼在人流密集场所配置这一“救命神器”的场景，成为中国社会院外急救意识觉醒的重要时刻。

在急诊急救领域深耕多年的丁邦晗教授，既是临床一线的“生命守护者”，也是社会急救体系建设的积极推动者。面对我国急救成功率仍待提升的现状，他以医生的专业视角与社会担当，呼吁构建“社会急救共同体”，让科学与人文共同托举起生命的希望。

### 急诊急救：从医院到社会的觉醒之路

中国每年发生心脏骤停的病例高达103万例，但院前急救成功率仅为1.2%左右，这一冰冷数字背后是无数本可避免的生命悲剧。丁邦晗将中国急诊医学发展分为两个阶段：早期医护人员专注于院内急诊专科建设；后来随着120急救系统的建立，急诊医生们逐渐意识到社会急救的短板——太多患者在“黄金4分钟”内因缺乏第一目击者的及时施救而失去生命。

“急救培训的难点在于打破‘不会救’与‘不敢救’的双重困境。”丁邦晗指出，公众缺乏技能是表象，制度保障与文化支持才是深层症结。2019年，深圳率先在全市范围铺设AED设备，随后广州等多地修改地方法规，要求在公共场所配置AED。从机场、高铁站到公园、公交车，这些红色小盒子开始点缀城市空间，成为现代城市文明的新象征。

### 黄金4分钟：让“救命神器”与“人人会救”并行

然而，硬件设施的改善只是解决了问题的一半。丁邦晗指出，提高心脏骤停救治成功率需要两个核心条件：第一目击者会急救和AED能够随时找到。目前我国公众急救培训仍面临体系化不足的困境。尽管多地红十字会、医院急诊科积极开展培训，但缺乏国家层面的制度设计。

“急救教育应纳入国民教育体系，一次30-40分钟的培训就足以让人掌握救命技能，让每个孩子成年前接受系统培训。”丁邦晗呼吁教育部门修订课纲，

将急救课程与体育、劳动教育并列，培养“人人敢救、人人会救”的社会共识。

这一呼吁背后是残酷的时间竞赛。心脏骤停后，每分钟生存率下降7%-10%，4分钟内开始有效心肺复苏配合AED使用，患者存活率可达50%以上，而到10分钟后希望已十分渺茫。建立“4分钟社会急救圈”不仅是医学命题，更是社会治理考题。丁邦晗估算，只有当约1/3人口接受过培训，第一目击者施救率才可能达到50%以上，这需要“比长征还长”的坚持。

从急诊室到城市街头，从医护人员到普通市民，一场关乎百万生命的社会急救革命正在悄然展开。这条路上，既有AED设备闪烁的希望之光，也有公众意识觉醒的漫漫黑夜。正如丁邦晗所强调的：每一个心跳骤停的患者，都在与时间赛跑；而一个文明社会的温度，往往体现在那关键的4分钟里。