

急诊人才培养的困境与突围 如何锻造新时代的“医学特种兵”

与死神赛跑：构建中毒抢救“高速路网”



陈运超教授

“中毒救治是与时间赛跑，每延迟1小时，死亡率可能攀升10%。”陈运超教授团队创建的“区域中毒救治联动机制”，正是破解基层救治能力参差难题的核心。依托广州市中毒救治中心及广州市医学会中毒救治学分会、广东省医学会急诊医学分会中毒学组平台，团队搭建起覆盖全省的远程会诊网络。《医师报》记者采访了广州市中毒救治中心主任陈运超教授。

托广州市中毒救治中心及广州市医学会中毒救治学分会、广东省医学会急诊医学分会中毒学组平台，团队搭建起覆盖全省的远程会诊网络。《医师报》记者采访了广州市中毒救治中心主任陈运超教授。

黄金一小时：打造无缝衔接的救治链条

基层医院一旦接诊中毒患者，可通过5G远程会诊、视频连线等方式，实时传输患者中毒表现及检验、影像等数据，中毒中心专家远程指导肠吸附、导泻、利尿等对症处理；对肝功能衰竭等危重病例，则启动快速转诊“绿色通道”——中毒救治中心提前准备血液净化设备、特效解毒剂等，患者到达中毒救治中心时绕过急诊科，直达ICU立即开始解毒治疗，确保救治过程无缝衔接。

通过5G远程医疗系统，基层医院可将患者症状、毒物样本等信息实时传输至中心。“这是致命的肝损害型毒蘑菇，立即指导进行血浆置换！”随着指令下达，一场跨越空间的生死营救即刻展开。

“怀疑蘑菇中毒的患者，基层医生上传蘑菇照片、临床症状以及生化指标后，我们能在30min内

完成毒种鉴别并制定解毒方案。”陈教授介绍，对于稳定型患者，团队远程指导肠吸附、导泻、利尿等对症处理；对肝功能衰竭等危重病例，则启动快速转诊“绿色通道”——中毒救治中心提前准备血液净化设备、特效解毒剂等，患者到达中毒救治中心时绕过急诊科，直达ICU立即开始解毒治疗，确保救治过程无缝衔接。

“通过基层预处理与转运预案优化，我们成功将转诊患者的平均救治时间缩短40%，挽救了许多可能错失黄金窗口的生命。”

如今，这一模式已辐射广东及周边省份，甚至吸引福建、江西等地患者跨省转诊。

多学科交响曲：奏响生命最强音

面对重症联吡啶类除草剂中毒90%的死亡率，该中心交出了60%抢救成功率的答卷。奇迹的背后，是一支由12个专科组成的“解毒天团”。团队形成了极具特色的“中毒MDT”模式，整合急诊、ICU、中毒科、血液内科、肾内科、消化内科、神经内科、外科等12个学科，形成覆盖全器官保护的协作体系。”陈教授强调。

毒理实验室是这支团队的核心“智库”。作为华南唯一实现381种毒物7×24h检测的机构，这里每年要处理超过2000例疑难样本。陈教授告诉记者：“就像刑事侦破，我们必须快速锁定‘元凶’。”血液净化中心则扮

演着“清道夫”角色。不同于常规治疗，这里采用“毒物特性匹配”策略。

“例如肝损害型毒蘑菇中毒，我们根据毒素蛋白结合率、器官功能监测数据，选择新型人工肝治疗，使重症患者存活率从不足10%提升至60%。”陈教授团队近期救治的半斤毒蘑菇中毒患者，正是通过早期毒物检测与多学科精准干预，创造了生命奇迹。

展望未来，陈运超描绘了“智慧解毒”的蓝图：正在建设的中毒大数据平台将整合全省28家医院的救治数据，人工智能辅助诊断系统预计明年投入试用。“我们要让每一次救治都成为标准化模板，让更多患者受益。”

打造急诊人才培养的双轨路径

“急诊医生必须是特种兵，需要全科知识掌握得比较好，但人的精力有限，必须有所为有所不为。”广东省中医院二沙岛分院急诊科主任李芳教授的这番话道出了急诊人才培养的核心矛盾。急诊医学的独特之处在于，它要求医生在最短时间内对从头到脚、从内到外的各类急症做出准确判断。这种“全科性”决定了急诊医生不能像专科医生那样深耕某一领域，而必须建立广博的知识体系。

“急诊医生需注意，不

能完全照搬专科医生的理念和方法，而忽视急危重症患者的整体状况。”上海交通大学附属瑞金医院急诊科毛恩强教授强调，一位多发伤患者同时存在颅脑损伤、血气胸和骨盆骨折，就需要神经外科、胸外科和骨科联合会诊。但急诊医生的角色不仅是召集会诊，更要在各专科意见出现矛盾时做出综合判断，比如当补液量出现分歧时，我们要根据患者整体情况来平衡，避免出现“专科治病”而忽略“整体救人”的情况。

培养急诊技术精兵与沟通能手

大学附属第二医院护理部甘秀妮教授强调，与专科医生不同，急诊医师常需在条件有限的情况下独立完成关键操作，技术能力是急诊人才的立身之本。

沟通能力则是急诊人才的“隐形翅膀”。急诊科医生要与各专科建立良好关系要具备很好的沟通能力。毛教授认为，沟通能力对急诊科医生至关重要，涵盖医医沟通、医护沟通、医家沟通和医患沟通四个方面。毛恩强教授表示，在抢救患者时，与专科医生的有效沟通能提升协作效率，与护士的默契配合是抢救成功的关键，与

家属的沟通则涉及救治方案、法律授权等问题，稍有不慎可能引发纠纷，而与患者的良好沟通也有助于治疗的顺利进行。

尤为关键的是急诊医师的决策能力。当各专科意见相左时，急诊医生必须从患者整体出发做出决断。“补液量到底听神经外科的还是骨科的？这需要我们对患者全身状况有精准把握。”甘秀妮教授道出了急诊医学的精髓——在信息不完备的情况下，做出最有利于患者的决策，这种能力的培养需要大量临床实践与反思。

制度破冰与文化重塑：急诊人才生态的系统工程

“急诊人才的培养受限于政策不足，在晋升和专科选择上存在困惑。”李芳教授指出的问题直击急诊人才流失的痛点。传统职称评审体系往往看重专科科研成果，而急诊医师的临床急救贡献难以量化评价。甘秀妮

教授倡导的“复苏中心”模式，为急诊人才发展提供了制度创新样本。这种由多学科固定人员组成的高水平救治团队，不仅提高了抢救效率，更让急诊医师在协作中找到职业价值。

文化重塑同样至关重

要。急诊医学的“急文化”与专科的“精文化”需要找到平衡点。更远的文化建设在于价值认同——毛恩强教授所言“用专业和担当守护生命防线”的职业精神，需要通过导师制、案例分享等方式代代相传。

构建急诊人才成长的新生态

急诊人才培养是一项系统工程，需要教育模式的创新、能力体系的重构、制度环境的优化三者协同发力。当我们称赞急诊医师是“医学特种兵”时，更应思考如何为他们提供特种兵般的训练和支持。

未来急诊人才的发展，

或许正如李芳教授所展望的：“急危重症已作为独立专科受到重视，急诊医生将有更广阔的发展前景。”随着急诊医学学科地位的提升、多学科协作机制的完善，以及社会对急症救治价值的认可，急诊人才必将迎来更富吸引力的职业发展生态。

医师报讯（融媒体记者黄晶）在医疗体系的金字塔中，急诊科犹如一座永不熄灭的灯塔，24小时守护着生命的最后防线。然而，与这份神圣使命形成鲜明对比的，是急诊科普遍面临的人才短缺困境。据统计，我国急诊医师缺口高达30%，三级医院急诊科医师平均工作年限不足5年，人才流失率是其他专科的2~3倍。

这种“人才荒”背后，折射出急诊医学特殊的培养难题——如何在有限时间内锻造出既具备全科思维又拥有专科深度的“医学特种兵”？



毛恩强教授

李芳教授

甘秀妮教授



扫一扫
关联阅读全文

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(山) 许硕贵 燕亮亮
- 尹文 张斌 张剑锋
- 张茂 张玮 张新超
- 赵敏 赵刻 曾俊
- 周人杰 朱海燕 朱继红
- 朱长举



扫一扫
编委会完整名单