

急诊科建设的“中国梦”

▲ 浙江大学医学院附属第二医院急诊医学科 张茂



张茂 教授

在我国，急诊医学作为独立的临床二级学科已超过30年，其在社会发展和临床学科的重要性不言而喻。但当前中国的医疗行业处于各种社会矛盾的聚集点，急诊医学学科的发展更是面临巨大的挑战。如何认识学科和困难，采取正确的态度和措施，是急诊医学从业人员迫切需要思考的重要话题。

急诊医学的学科价值

急诊医疗服务体系包括从发病现场、院前转运、院内急诊到急诊手术、收住ICU病房或专科病房的整个过程。理想的急诊医疗服务体系是让急诊患者尽快接受最合适的治疗，即该地区所应达到的医疗服务水平。适合国家地区的实际条件、满足社会的实际需求、提供相应水平的专业急诊医疗服务才是硬道理。

急诊患者可按以下对应类别进行划分：普通急诊和危重急诊，单一专科急诊和涉及多个专科急诊，明确专科急诊和专科归属不明急诊，明确专科急诊和无专科服务急诊。急诊医学针对危重急诊患者提供生命支持，在时效性和整体性上发挥优势；针对涉及多个专科患者发挥整体性优势（如多发伤患者的处理）；针对专科

归属不明患者，提供应急服务（如急性中毒的救治）；针对无专科服务患者，提供基本或更高水平的急诊服务。急诊医学学科通过与相关专科的紧密合作，为患者救治提供一个高效的多学科合作平台，也实现自身学科的可持续发展。“中国梦”一定是“世界梦”，急诊发展的梦不能离开社会、相关专科发展的需要。

急诊医学具有鲜明的学科特色，在临床学科中具有不可替代的位置。发展是急诊学科永恒的主题，规范是学科发展的基石，创新则是学科持续发展的动力，不断充实学科内涵，为社会提供更优质的急诊医疗服务。

急诊学科发展：规范是基石 创新是动力

现代医学是循证医学的时代，要求我们的医疗行为必须遵循权威指南、专家共识。以创伤急救为例，研究表明，遵循指南能够改善严重创伤的救治效果，创伤救治规范的依从性提高10%，住院病死率则下降14%。中国医师协会急诊医师分会已经组织发布了多个指南和专家共识，包括急性上消化道出血急诊诊治流程专家共识、急性百草枯中毒诊治专家共识、中国急诊高血压诊治专家共识等等，为提供规范的急诊医疗服务奠定了很好的基础。但各

指南的落实情况并不理想，为保证指南的落实，一定要将指南和规范转化为医院具体的救治流程和临床路径，确保落实。

温家宝总理曾说过：用创新赢得尊严。急诊学科发展中应如何创新呢？首先，要立足于实践，根据各单位的具体问题和需求进行。其次，进行广泛的国内外学术交流，积极参与国内外学术会议，不断吸取新理念。第三，不断积累信息，寻找创新突破口。第四，积极思考，开展科学研究，包括临床研究和基础研究。

发展是急诊医学科永恒的主题

发展急诊医疗服务体系应包括服务数量的增长以及服务质量质的提高。中华医学会急诊医学分会主任委员于学忠教授指出，急诊医学的发展成熟，体现在专业体系、专业学术和患者处理体系三方面的发展。2000年全国53家三甲医院急诊科的调查表明，医院年急诊量约6.4

万，只有77%的急诊科为独立科室；而2008年江苏18家医院急诊科的调查显示，年急诊量约达9.9万，100%的急诊科为独立科室，83%有EICU。10年间，我国急诊医学学科在硬件条件上已取得很大的发展。与此同时，在科研方面也取得很大进步。《中华急诊医学杂志》

近10年发表的论文论文数及获得基金资助项目比例不断增加，我国急诊医学已取得很大的发展。然而，我国急诊医学整体水平仍偏低，不同地区发展极其不平衡，从业人员素质有待提高，队伍稳定性差，临床规范性、质量需要提高，缺乏高质量科研项目

老年肺部感染合并肺结核的急诊策略

▲ 西安交通大学第一附属医院急诊科 高路



高路 教授

发热待查的患者，应积极采取血培养加药敏试验，培养结果出现

前可进行内毒素和真菌检查，如半乳糖、降钙素原、真菌葡聚糖实验等。同时，常规胸部X线检查也是必不可少的检查手段。在我国肺结核仍是导致发热的最常见疾病，尤其是老年、消瘦以及有基础疾病者（如长期低蛋白血症或存在代谢综合征者）。急性粟粒性肺结核在起病早期，由于病灶较小，胸部透视不易发现，需拍摄胸部X线，一般在

起病后2~3周，X线上出现明显可见的病灶，因此对发热待查，胸部X线正常的患者应注意动态观察胸部X线改变。对于发热患者病原学检查要积极，防止抗生素的盲目滥用。

一般认为结核病的病理基础是细胞免疫，即迟发型（IV）变态反应。结核病可表现为某些自身免疫性疾病，如血小板减少性紫癜、风湿热、红斑狼疮、皮炎炎等。

红斑性皮损是常见表现，导致诊断困难。此类患者结核菌素试验强阳性有助于诊断。

要高度重视激素应用，老年患者更应慎重，用药过程需密切关注。同时要明确激素可能引起的各种并发症，防止如血压升高、血糖升高、免疫力低下而造成的感染扩散、股骨头坏死等。使用激素针对性要强，剂量要适度，并避免长期使用。

急危重症诊治思维模式：整体观和平衡观

▲ 山东省中医院急诊科 孔立



孔立 教授

整体观指人作为整体，具有统一性和完整性，整体功能障碍，局部器官、系统都难以避免，形成全身性病症。症状由单纯变复杂，由单专科病变演变成多专科病变。因此，需从整体上对疾病进行诊疗。

急危重症治疗上的核心问题是快速诊断、干预，挽救生命，整体观要求围绕保命救人去处理复杂问题，整体不稳定（即生命体征不稳定），就会危及生命，因此急危重症的诊治原则是“先救命后诊断，降阶梯诊断，降阶梯治疗（即先处理危及生命的指标）”，即中医倡导的“急则

治其标，缓则治其本”，如患者患有多系统疾病、症状治疗相互矛盾时，更应该从整体观出发，制定诊疗方案，局部必须服从整体。

平衡观是在整体观原则下，治疗多系统疾患，多器官功能障碍综合症等急危重症的原则，挽救急危重症患者的生命在于“平衡”。根据患者具体情况合理选择强制性、自觉性平衡。由于危急重症变化迅速，应及时调整方案，及时纠正失衡，同时注意不造成新失衡。

整体观与平衡观是急危重症诊治过程中的重要原则。在诊断中从整体观出发，全面考查、正确判断，在治疗上以整体观分析病情，对于整体问题应“保整体，救生命”，尽可能避免整体损伤。同时，建立在整体观和平衡观基础上动态观察，及时修正诊治方法，祛除疾病使患者回到急危重症前状态，或从整体性疾病回到局部、专科的状态，是急危重症医学的目的。

图片新闻

图为郭树彬教授介绍中国医师协会急诊医师分会发起的“睿意急诊医学研究基金”情况。目前，该基金以50万种子基金帮助中国青年急诊医师开展急诊相关临床研究，旨在提高急诊医师的科研水平，推动中国急诊医学的发展。