

2017 中国医师协会急诊医师年会在银川举行 急诊人用实践诠释“速度与激情”

▲ 医师报记者 黄晶 见习记者 贾薇薇



张雁灵 会长



于学忠 教授



开幕式现场

学术讲座

连发四部新指南共识 规范诊疗手段

急诊医师分会不仅重视学科建设，在学术发展上同样硕果颇丰。为了规范急诊临床诊疗，分会陆续发布4部共识与指南，温州医学院附属第一医院急诊科卢中秋教授对指南与共识进行了解读。



卢中秋 教授

年轻的急诊学科发展势头强劲

“急诊学科是一个拯救生命的学科，是一个解除伤痛的学科。”8月11日，在银川召开的2017中国医师协会急诊医师年会上，中国医师协会张雁灵会长道出了他所理解的急诊学科的实质与使命。

“急诊学科在我国作为独立的二级学科，只有短短30几年，但其发展势头强劲，学科发展日趋完善。”张雁灵会长将其原因归纳为四点：首先，据粗略估数，国内每年急诊数量高达4~5亿人次，如此大的医疗需求，促进了急诊科的快速发展；其次，急诊学科技术的发展，快速推动了急诊学科的前行；第三，心血管医疗设备的发展，从院前急救设备到生命支持系统的研发，也推动了急诊科的发展；第四，战争在推动急诊科发展上功不可没。世界上第一台急诊机器人，就是美

国为伊拉克战争研发。

张雁灵会长对急诊医师分会所做贡献给予了肯定，他指出，分会大力加强组织建设，从基础做起，建立急诊数据库；分会研究、调查、讨论、制定并出台了急诊规范诊疗的指南与共识，推动了我国急诊规范化与标准化建设；在提升急诊医师临床技能方面，分会采取了很多举措，如召开年会、开展培训、论坛，积极开展规培工作，并制订了专科医师准入制度；分会积极参加社会公益活动。

他强调，分会取得的成绩，得益于急诊医师分会于学忠会长及其他副会长的得力领导，他们身上所具备的凝聚力，聚集了急诊领域的诸多专家，在大家的共同努力下，急诊学科才能真正成为一个拯救生命、解除伤痛的学科，所有的急诊人也一直在践行着这一理念。

创建八年独具特色

李克强总理说过，当国家发生重大灾难时，总是有两群人冲在最前线，一群是白大褂，一群是绿军装。白大褂中，急诊科医生是其主要力量。我国有超过10万名急诊科医生，而这些医生需要一个组织来管理，2008年，急诊医师分会应运而生。

本次年会是急诊医师分会成立以来第8次年会。“8年来，经过急诊人的共同努力，分会发生了翻天覆地的变化。8年前分会建立，急诊医师从此有了自己的家。从那时起，无论是维权、监管，还是自律，我们都有规可循。”中国医师协会急诊医师分会于

学忠会长表示，在张雁灵会长的帮助与指导下，经过全体家庭成员的努力，分会做出了突出成绩，包括出台具有急诊医师特色的急诊医师规培制度，建立规范的规培医师基地，出版第一本急诊百科全书等。

据悉，本次年会的主题是“普及、发展、创新、规范”，年会交流急诊急救新发展、急性中毒、急诊复苏、急诊学科管理、战争创伤、院前急救与灾害救援等相关领域的最新研究。同时，此次年会新增了指南和共识的发布及解读、急诊住培、急诊护理等专场。年会设立了16个分论坛，140余个专题报告。

急诊危重症患者院内转运共识

卢教授表示，基于急诊患者病情、病因诊断困难，病情紧急、变化快，转运过程中风险较大，导致接诊时间紧，无充足时间评估，突发事件的性质和人数不能确定等情况，为了更好的优化资源，制定此共识。

卢教授指出，共识分4部分：
分级转运原则 降阶梯治疗、充分评估、优化分级、选择最佳路径及动态评估。
转运患者根据病情分3级 I级：生命支持条件下，生命体征仍不稳定；

II级：生命支持条件下，生命体征相对稳定；III级：无需生命支持，生命体征尚平稳。

分级转运人员配备标准分3级 I级：人员工作2年以上，规培第3年具有熟练技术；II级：工作2年以上；III级：工作1年

以上，规培第1阶段第1年。

分级转运装备配置标准分3级 I级：配备齐全；II级：配置要求相对较低；III级：一般转运设备。

总的分级转运流程包括评估分级、沟通解释、充分准备、正常转运、应对管理标准化、总结评价等。

中国急性心力衰竭急诊诊治指南

急性心衰（AHF）是常见急症，病情紧急，常危及生命，且预后差。近年来，绝大多数AHF患者首诊于急诊科，为统一规范AHF的诊断及治疗，制定此指南。

卢教授指出，AHF的初始评估与处置，从院前开始就应启动诊断与无创监测策略，以及必要的氧疗甚至呼吸支持，同时应

尽快转送至附近有完备心内科和（或）CCU/ICU的大中型医院，到达急诊科后采取进一步的综合措施，包括紧急评估、循环或呼吸支持，迅速识别出致命性病因的心衰及需要紧急处理的促使心功能恶化的各种可逆性因素，并尽早尽快处理。

关于AHF的诊断，卢教授指出，应仔细询问

AHF相关病史、症状和本次发作的心源性或非心源性触发因素，全面评估充血和（或）低灌注表现；尽快进行利钠肽检查、肌钙蛋白I或T等生物学标记物、心电图、胸部X线检查；尽早（24~48h内）行超声心动图等检查明确AHF诊断，评估病情；血液学实验室检查、血气分析等有助于综合评估病情。

AHF的治疗依据心力衰竭的不同阶段而采取不同策略。每个患者都需要氧疗；低灌注时要用血管活性药；休克时不常规推荐IABP；利尿剂的使用可增加尿量、减轻患者水肿。同时注意低灌注情况，高血压性心衰时要减药；二尖瓣或主动脉瓣狭窄的患者血管扩张剂应慎用。

破伤风急诊预防与诊疗专家共识

我国破伤风的发病率虽不明确，但时有发生，因目前医疗环境等因素，伤后破伤风的预防存在破伤风类毒素、抗毒素使用不当的情况，且存在人破

伤风免疫球蛋白供应量不足等因素，因此破伤风的急诊预防与诊疗需进一步规范。

卢教授指出，破伤风的预防分为主动免疫及被

动免疫。主动免疫主要接种破伤风类毒素疫苗，共3次，每次间隔至少4周，可获得免疫力达5~10年；被动免疫主要应用破伤风免疫球蛋白等。

而处理好伤口，清除毒素来源，进行抗病原体治疗，中和游离毒素，控制和解除痉挛，保持呼吸道通畅等是破伤风治疗原则。

创伤失血性休克急诊专家共识

目前，在世界范围内，创伤仍是致死、致伤的主要原因，同时也是全球45岁以下人群死亡的主要原因。为进一步规范相关治疗手段，制定此指南。

卢教授重点介绍了创伤失血性休克的救治原则：首先解除危及生命的情况，遵循“先抢救生命，后保护功能，先重后轻，先急后缓”的原则。

治疗目标是按照规范、个体化措施改善氧利用障碍及微循环，恢复内环境稳定，加强监测。

救治方法包括气道与呼吸管理、液体复苏、常

规出血控制、手术治疗和介入治疗，血管活性药与正性肌力药的使用、创伤性凝血症的预防与处理、疼痛管理及炎症控制等。

（下转第15版）

(上接第14版)



赵晓东 教授



张新超 教授



李安澜 教授



米玉红 教授

解放军总医院第一附属医院 赵晓东 分级诊疗举措频出 实现均质同步发展

“我们急诊人对自己的事业要执着且坚守。我们热爱这个世界时，才真正活在这个世界上。”赵教授说。

“分级诊疗制度就是按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级，不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗，实现基层首诊和双向转诊，即‘小病在社区、大病在医院、康复回社区’，从家庭医生到社区诊所，再到专科医院，最后到综合医院。”赵教授介绍何为分级诊疗。

基于美国分级诊疗政策的启示，目前我国开展了以下分级诊疗举措。

北京市“医药分开”新政 新政实施后，对3600家参与医改的医疗机构100天监测结果发现，三级及二级医院总门急诊量与去年同期相比分别减少12.7%和4.9%，而一级医院及社区卫生服务机构门急诊量与去年同期相比增加10%。

此举节约资源，可更好服务于危重及疑难杂症患者；同时延长医患沟通时间，改善医疗服务。

调查数据显示，至8月4日，北京市“医药分开”患者满意度为69.8%。

家庭医生签约服务 2016年，我国在200个试点城市开展家庭医生签约服务；2017年，重点人群签约服务覆盖率达60%以上；2020年，计划将签约服务扩大到全人群。

建立“医联体” 医联体即建立跨区域联盟，政府、医院、基层医疗机构、医生与患者共同参与，提升整体满意度，并实现各级医院分工、技术下沉的目标。

医联体就是让三级医院带动二级、一级及社区医院，二级以下医院解决常见疾病，三级医院解决疑难危重患者。

今年4月，中国急诊医学联盟——“提高型”医联体正式成立。联盟横向盘活及整合现有医疗资源、解决专科领域医疗和学科建设问题，秉承“合作、共进、共荣”的理念，旨在搭建急诊医、教、研、管互助发展的平台，计划实现临床、教学、科研多方协作，助推我国急诊事业均质、同步发展。

北京医院 张新超 医者仁心 急诊人时刻准备着

“态度决定方向，基础决定高度，细节决定成败。急诊人要清楚意识到医疗过程与结果的不可重复性，提升自身专业技能，并具备医者仁心的责任感，急患者之所急，想患者之所想，为患者时刻准备着。”张教授开篇指出。

生活水平提高，加之就医观念改变以及医保政策的引导，导致近些年急诊需求增加，张教授提出疑问：急诊人，我们准备好了吗？

急诊人身上的责任重

大，要满足社会的需求，民众的期盼，同时要保障医院发展，社会和谐安宁。而急诊人的基本素养，张教授概括为：三基与三严。

三基即基本理论、基本知识、基本技能，这是医学理论与技术的基本要求；三严即严格要求、严谨态度、严密方法，这是人文素养的基本要求。同时，急诊人应具备驾驭复杂情况的能力。思想和路线的正确与否决定一切。

张教授强调，急诊工作应遵循以下5个原则：

救命—治病 解决主要问题，然后通过判断与评价找到重点，解决问题的主要方面；

简单与有效 大道至简，诊断与治疗措施要最快捷、最有效、最简便。在临床医学所学、所掌握的方法手段中选择，做到“会啥用啥，有啥用啥”；

从重症到轻症—降阶梯 首先把致命问题放在首位，而不按概率排序，同时重拳出击、攻防兼备；

疑病从重 不轻易放走患者，应严密观察，动

态评估；

“特殊人群”假定高危 本着实事求是的态度对老人、婴幼儿、孕产妇等特殊人群假定高危。

张教授指出，急诊人应具备三个意识。法律意识：应当依法从医，敬畏制度，遵从规则；创新意识：医学科学发展与医学方式转变的必要因素；服务意识：医学的本质是治病救人，医生仅靠技术还不够，应赋予温度、富有情感，把技术提升为艺术。

德国 Stetternich 家庭医生中心 李安澜 四成法国医生在私人诊所工作

李博士指出，德国的医生密度为每千居民配4.61位医生，这样高密度的医务人员使得德国的医疗系统可为居民提供周到、全面的服务。

然而，与国内不同，德国在职医生中有40%在私人诊所工作，其余51%的医生在医院工作，并且在德国多数医院没有门诊部，医生大部分都在住院

部，而剩余医生在机关或从事其他工作。

李博士表示，在所有的医生当中只有4%是主任医师，在私人诊所不参与职称评选，教授、副教授的评选也只有在有教学的医院和科研所才评选职称。

德国约有20%的医生为家庭医生，这样庞大的队伍保障了基层的诊治。

医院提供整个医疗系统的30%的服务，私人诊所提供整个医疗系统的70%的服务，其功能相当于国内的医院门诊部。

值得强调的是，德国全民参加基本急救课，在紧急情况下，普通居民也能参与急救，判断急救情况。且法律规定，急救专业人员要在12~15 min内到达现场，到达现场后，

要将患者的生命体征处理平稳后方可送往医院，并规定在大型事故中，第1个到达现场的医生要进行现场指挥工作。

同时，德国的空中救护站遍布各地，共有70多个，从直升飞机停机场有绿色通道直接转入急诊部，每个救助站的任务范围达50~70 km，以保证更好地完成急救任务。

颁奖典礼

为了表彰在急诊领域做出卓越贡献的专家，大会设置了急诊事业引领者特殊贡献奖、急诊中坚优秀奖、急诊未来杰出青年奖。同时颁发的还有睿E基金—2017年度优秀科研项目及急诊医师摄影大赛全国十佳。

急诊事业引领者特殊贡献奖



田英平、梁显泉、王仲、何庆、张文武、杨立山、徐峰、李莉、黄亮、郭建勤

急诊中坚优秀奖



方邦江、司君利、曹钰、马骏麒、阮海林、陈大庆、孟新科、高雯、李燕、李培武

急诊未来杰出青年奖



高艳霞、黄文冠、李楠、宋振举、赵宏宇、洪广亮、杨秀林、向强、姚冬奇、杨志洲

睿E基金—2017年度优秀科研项目



冯靖、李晨、郭凯、黄国庆、王蕾、李从圣

急诊医师摄影大赛全国十佳

雷云凤、梁颖、苏路路、徐军、杨康、杨建萍、张晖、张磊、张莉莉、张新超

首都医科大学附属北京安贞医院 米玉红 急诊医师更应回归基本功

米教授指出，诊疗的多方面均可体现基本功，包括病史、查体、检验检查指标解读及治疗等，并通过病例分析，强调基本功的重要性。

米教授介绍了肺栓塞易被误诊为冠心病的多种原因：具有类似的基础疾病：老年人、高血压、高血脂、肥胖、吸烟等；具有类似的临床症状：心慌、气短、胸闷、呼吸困难等；具有类似的体征：呼吸频率增快、心率加快、血压下降等；具有类似的检验结果：心肌酶增加、心衰指标、D-Dimer增高等；误诊为ACS时抗凝治疗有效会增加误诊；具有类似的心电

图表现是直接误导的重要原因，可谓是一把双刃剑。

同时，米教授重点强调了肺栓塞心电图表现的特点：最经典的是S₁Q_{II}T_M征；并不多见，容易漏诊；最常见的是窦性心动过速；最容易误导医生的是II、III及V₁₋₄T波改变及ST段异常；最容易忽视的是完全或不完全性右束支传导阻滞；还包括肺型P波或者房颤。

最后米教授强调，千里长堤溃于蚁穴，忽视了对基本检查、检验结果的正确解读及对信息的整合、辅助治疗手段对机体的病生理影响，是导致输在起跑线上或治疗失败的原因。