

急诊医学在协和

马 遂

中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院急诊科, 北京 100730

临床医学的早期, 医生们看的绝大多数是急诊。北京协和医院初创时虽也有病房和普通门诊, 但急诊仍是最多最重要的业务。在那个年代, 各科总住院医挑着急诊大梁, 在号称一年只培养一个人的时代, 他们在这里服务, 也在这里实现他们自己称之为“脱胎换骨”的蜕变。那时的分科没现在这么细, 内科就是一个内科, 外科就是一个外科。医师们什么病都得看, 不像今天叫专家 (specialist), 那时候培养的是 physician 或 surgeon。大夫做到大了也有分工和专长, 但总体还是一个科。那时的急诊只是医院里的一个区域, 不成科, 叫急诊室, physician 和 surgeon 们在这里处置和学习急诊。后来不同了, 知识积累了、技术复杂了, 学科分多了, 专业分细了。“分”成了一段时间里医院学科建设的主旋律, 现在的北京协和医院内科分了 10 个专科, 外科有 10 余个专科, 连眼科也有 6~7 个专业。听说北京有家三甲医院, 全院有 60 多个各自独立的专业科室。现在的医院追求“专”, 医生们追求一招鲜、吃遍天, 成为某个专业的专家, specialist 的词说得多了, physician、surgeon 的词用得少了。这给现代医院至少带来两个麻烦, 一是能够融会贯通的大师越来越少了, 二是急诊没人爱看了。急诊疾病涉及的常是多系统问题, 许多急病的起始表现常常不是疾病原发脏器的症状, 疾病表现也极少只局限在某个脏器局部。隔行如隔山, 专家是多了, 但谁来看急诊? 社会的巨大急诊需求谁来满足? 医生的职业追求与社会的医疗需求之间似乎出现了裂痕。张孝骞教授是认识到这个问题的第一人, 他在上个世纪 70 年代后期找到了邵孝鋐大夫。邵大夫是个老大夫, 接受过北京协和医院 physician 的全盘训练, 但因 57 年被错划为右派入不了专业组而长期在急诊工作, 张孝骞主任支持邵大夫专门从事急诊医学。

在张孝骞主任的推动下, 协和急诊医学科于 1983 年成立, 替代了原来的急诊室, 这可能是我国

第一个急诊医学科。邵孝鋐大夫被任命为主任, 他耕耘了中国急诊的第一块田, 后来被人们称为中国急诊第一人。他曾经感慨: 自己是因祸得福。差不多在同时期, 由外科曾宪九、费立民教授为主要推手的加强医疗科 (ICU) 也成立了, 两个“新生儿”于 1984 年共同组成急诊与危重病硕士研究生培养点。从此, 急诊医学似乎可以发展上道了。张孝骞主任和邵老对医学发展趋势和急诊医学应运产生必要性的认识毕竟超越了许多同时代人, 比起张孝骞, 许多人似乎缺少了一种对临床医学传统与发展关系的宏观理解。当时正是文革后, 不少人正向专科迈进, 他们站在本专业的立场上觉得急病慢病, 只要是与我专业有关系的, “都应该是我这个园子里的菜”, 如果有人将疾病急性期特点作为自己的科研和工作对象, “那就是把猪嘴伸进了我的菜园子”。专家们想多做工作的动机不能算错, 但他们站在临床医学的一个局部, 忽略了临床医学的专科化发展已经带来了结构和观念的新变化, 他们仅关注于本专科的完整性而较少顾及社会患者的实际需求。许多老大夫自己有 physician 的基础和能力, 却忽略了后来人的成长经历与自己有什么不同。这种观念上的滞后注定了急诊医学的发展要有一个过程。

作为主要推手的张孝骞主任在急诊医学科成立后不久过世了, 协和急诊步入了一段缓慢发展的时期。急诊地位低, 空间、设备、人员不足, 辛苦而待遇差。在这个困难时期内科周玉淑大夫响应邵老号召来到急诊, 又逐年招收了几批急诊医学研究生和几位住院医师, 虽有不少人员流失, 但大浪淘沙, 留下的是精英, 现在的急诊科主任于学忠教授、王仲教授、朱华栋副教授、徐腾达副教授等都是那时含辛茹苦的储备。

急诊医学的发展需要机遇。德高望重的张孝骞主任的支持和邵孝鋐大夫的应命担纲是协和急诊的第一次机遇, 后来又有多次机会。20 世纪 80 年代中

期卫生部发文指示医院要成立急诊科，后来搞等级医院评审，将有无独立建制的急诊医学科作为三级医院的必要标准，并对急诊科的能力和结构作了具体规定。此带有强制性医院建设的法规文件发布后，不但促进了急诊医学在全国的发展，也帮助急诊科在协和医院站住了脚。20世纪90年代，卫生部在部属单位组织以硬件促软件的急诊装备投资项目，并指定协和急诊为骨干样板之一，这又一次极大地推动了协和急诊的发展。差不多在同时期，协和医院新业务楼投入使用，在医院领导的正确领导下，急诊科从局促的老楼地窖子搬到了明亮的独立单元，空间、各种专用医疗、检验和医学影像设备再次得到了极大的充实。协和急诊一向以疑难危重症多著称，现在患者数量也成倍增长。国家经济发展极大地提高了人民的生活水平，也极大地提高了社会对急诊的需求，这为协和急诊医学的快速发展创造了条件。20世纪90年代末，医院根据客观需求调整了急诊科医护人员工资待遇，加强了对急诊科的政策倾斜，调动了急诊工作人员的积极性，也提高了急诊医学在医院的地位，协和急诊进入了快速发展的阶段。2003年发生的SARS事件适时地给了协和急诊一个证明自己的机会，也给了其他传统专科认识急诊医学的特点和重要性的机会。SARS事件不仅对协和急诊重要，而且对全国的急诊医学都极其重要。国家、社会、医院的领导们均从SARS事件中认识到了急诊医学在医院整体服务质量体系中的重要性和对服务社会、应对突发公共卫生事件中不可或缺的社会作用。此后，国家和各地医院积极运作，全国的急诊事业，包括院前急救系统和院内急诊科室普遍得到快速发展，协和急诊更是迎来了黄金时期。

有了机遇，黄金时期的把控关键要靠自己的内涵建设，勾画急诊的发展蓝图需要先回答急诊是什么。只是一个应付需求的分诊岗位呢？还是一个担负全院医疗质量链中至关重要第一环的质量参与者？如果关乎医院质量，它在临床医学体系中的定位是什么，它的专业特点是什么？对这些问题做出回答是急诊医学发展和内涵建设的核心，将决定急诊医学的医疗形式、医疗质量、教学方式、科研方向，也将影响医院的质量和结构。为了自己、为了医院、也为了对全国急诊医学发展做出贡献，协和急诊义不容辞地需要呈上自己的答案。

一个医学专业要能够跻身于专业学科之林需要有其区别于其他专业的特点，要有自己独特的理论、

临床思维、服务人群、技术手段、管理方式和实践内容。

急诊医学的专业特点是什么？在近30年的急诊实践中，协和急诊经过几代人的共同学习和实践，描述了他们所认识的急诊医学的专业特点。

首先，急诊医学突出地强调功能。传统分科通常以解剖学脏器为专业基础，侧重病理解剖，常以能够辨认的解剖异常作为对疾病的诊断，如肿瘤、炎症、溃疡、狭窄、栓塞等，治疗方法也相应的是切除、移植、引流、抑酸、抗菌、祛痰、解痉、融栓等。这些无疑是正确的，但却是不够的。单纯的解剖异常并不直接致命，功能衰竭才会死人。解剖异常通常伴随并通过功能异常表现出症状，或者没有解剖异常但有功能改变而表现出症状。功能改变可能严重到衰竭，也可能只是功能储备的下降，临床上不仅要对病理解剖异常做出描述和纠正，也要对患者的各种功能状况（病理生理状态）进行辨认和治疗。传统专科侧重描述和治疗解剖异常，而急诊医学则侧重对功能异常的检出和支持，急诊与传统专科之间互相补充，相辅相成。急诊医学将人的整体活力分解为若干个功能组成部分，这些功能部分可能与解剖学脏器相连，也可能超越解剖学范畴。如循环系统被进一步分解为血容量、心脏的搏血和舒张能力、小动脉张力状态、微循环中毛细血管开放程度和通透性、组织灌注和对氧-代谢底物的运用状态、小动静脉之间短路开放程度、大静脉张力、系统通畅性、心电生理等的九个功能部分；呼吸系统可以区分为气体交换、排痰能力、呼吸肌力、气道通畅性等功能部分；消化系统被分解为屏障、消化、吸收、运动、张力等部分；内环境没有解剖系统的基础，但功能仍很重要，也由多个功能单元组成，等等。急诊医学将各种功能、尤其是与生命攸关的最重要功能按其生理储备的多少进行严重度区分，这成为急危重症临床许多评分系统的基础，例如APACH评分系统。在对功能研究的基础上，急诊医学发展了一系列新理论，如大血管内循环的血流动力学理论、大血管内循环与微循环关联的理论、基于半数细胞死亡时间的时间窗理论、氧输送与组织氧消耗理论、介质病理论、治疗中的均衡理论等。临床实践中，急诊医生首先看的是：患者的什么功能最差，差到什么程度，需要医生立即做些什么。

急诊医学的第二个特点是它的整体性。现代医学的分科倾向于越来越细，这是知识的积累，也是

人民的需要,许多患者能从专科治疗中获益。但人毕竟是一个整体,临床医学综合性的规律并不会因科技的发展和知识的积累而有改变。分科细有优点,但也同时增多了医学内部的界面,有可能使某些患者而因此受害。传统分科就像树木的研究者中以某树种为研究对象,倾向于用认识论的还原论去认识世界。而人体像是多种树木组成森林的一种综合生态。众多树种和树木聚集在一起会发生超越单棵树木自身规律的新规律和新特点。与传统专科相比,急诊医学研究的是森林和整体,更多需要用认识论的整体论去观察世界。急诊患者发病急而加重迅速,病情表现严重而复杂,这都要求急诊医学从业者有广阔的视野和博大的基础知识,才能从纷乱表象中找出需要即刻治疗的要点和确定继续寻找病因的方向。

急诊医学的第三个重要特点是它的临床思维有别于传统。传统学科遇到患者通常首先想,这人有病吗?可能的疾病部位在哪里?什么性质的病?严重吗?危及生命吗?遵循的是先诊断后治疗的程序逻辑,这被比喻为先瞄准后开枪。这样的思维正确但有时不够。对于急诊疾病,尤其是急性危重症常没有足够的时间先确定病因,而不得不先采取措施使急症稳定后再争取机会搞清原因,急诊医生在工作中更多地采用“先开枪后瞄准”的反向思维。

急诊医学的第四个特点是与其他医学专业的相互依赖性。急诊医学是个新生的跨学科的临床专业,急性疾病毕竟会大量涉及其他专科问题,急诊不能包打天下。从急诊医学发生发展的历史看,在临床医学发展的早期并不需要它,现在的小型医疗机构也不需要,只是到了专家多而大师少的时候,即在今天的大医院才需要。大医院需要有人侧重从解剖学角度看待和治疗疾病,也需要有人从人体功能的角度看待和治疗疾病,既需要“先瞄准后开枪”,也需要“先开枪后瞄准”,越是分科细的医院越需要急

诊医学的存在和强大。这决定了急诊医学和大医院的其他专科既要互相独立又要互相依赖,谁也离不开谁,谁也不能取代谁。

协和急诊已近“而立”之年,学习和实践使我们认识到:急诊医学是当代临床医学中的一个新的专业,它随着分科日细而益显重要,它已有了区别于其他专业的理论、思维和实践,已成为大医院医疗质量链中至关重要的一个环节,而且常是决定后续治疗成败的决定性环节。急诊科需要有一批专业骨干,他们要有广博的知识、快捷的反应和有力的手段,以疾病的急性发生和急性加重期的规律为自己的研究和对象,并要为其他专科的年轻医师提供培训和教学,帮助他们具备作为医师必须的基本急诊能力。基于急诊医学与其他专业的相互依赖性,协和急诊依然应该走院内急诊医学科的道路,不搞院中院。

当前,协和急诊已今非昔比,但与院内其他科室横向比较,毕竟年轻,还有许多差距,主要表现在基础医疗质量,如病历书写、三级查房制度的落实、临床功能实验室和科研能力尚较薄弱,科研方向还不够明晰等。但急诊科在医院的定位已经解决,学科方向已经明确,专业梯队已经建立,骨干队伍已经形成,内部管理制度已经顺畅,学术气氛活跃,全科上下齐心,家和事兴。连续4年的北京协和急诊医学国际高峰论坛吸引了全国众多急诊专业同仁参加,每年参会人员逾千人。随着含急诊楼在内的北京协和医院新业务楼即将投入使用,协和急诊又将面临新一轮的扩充与发展。届时,协和急诊的业务结构将进一步完善和合理,医疗、教学、科研业务活动将进入更高层次,一个跻身于强科之列的协和急诊医学科将更加成熟和进步。

(收稿日期:2010-03-10)