

# 河南省急诊医学学科的发展研究

□秦历杰 李纳纳

急诊医学学科的发展是反映一个国家、地区和医疗机构医学科学水平的重要标志。经过40余年的发展,国内的急诊医学体系已趋于完善,人才队伍初具规模。随着社会的发展,急诊服务逐步向危重症患者倾斜,而危重症患者诊疗水平直接体现了整个急诊医学学科的综合救治能力。

近年来,河南省急诊医学学科的发展主要体现在心肺复苏技术、心脑血管急症的救治、急性中毒的处理、EICU(急诊重症监护室)建设等几个方面。

## 心肺复苏技术

尽管关于常规心肺复苏(CPR)的指南不断更新,但是CCPR的成功率仍不理想,院外心脏骤停(OHCA)患者的生存率仅为2%~11%,院内心脏骤停(IHCA)患者的平均生存率仅为23.7%。导致患者死亡的主要原因是难以恢复自主循环和多脏器功能衰竭。神经功能受损是影响患者预后的关键因素。CCPR时间越长,患者的神经功能损伤越严重。因此,需要在CCPR的基础上有

所突破,全面开展院前院内ECPR(体外心肺复苏),以提高患者的生存率。

河南省以省急救中心为依托,成立省急救中心(体外膜肺氧合)救治中心,大力发展地市级医院的急诊科,在CCPR的基础上开展ECPR。

1.指导建立地市级ECPR中心

制订ECPR的入组标准、操作流程、质量控制标准与考核办法,并确定相关的技术攻

关键点,为提高ECPR的质量打下基础。

2.以缩短有效救治时间为关键,触类旁通,全面推广

要缩短有效救治时间,需从以下几个不同的时间抓起:从心脏骤停开始的时间到常规CCPR的时间,从CCPR开始到ECPR启动的时间,从ECPR启动到实现充足流量灌注,恢复有效自主循环的时间,从自主循环恢复到启动心脏骤停后综合征(PCAS)治疗的时

间,从启动心脏骤停后综合征治疗到实施脑保护措施(如亚低温)的时间。同时,积极开展ECPR相关科技攻关项目,改进流程,进而提高ECPR工作效率,并在全省推广。

3.以技术过硬的团队为依托,开展急救培训,加强多学科协作

普及心肺复苏等急救知识培训,提高第一目击者心肺复苏成功率。

以河南省急救ECMO救

治中心为核心,加强与基层医院的紧密协作,帮助有意向的医院建立团队,全面开展救治。

以多学科协作为抓手,开展心血管内科、心脏大血管外科、神经内科、导管室及康复科多学科协作。

4.加强督导

河南省急救ECMO救治中心组建督导组,对各地市医院开展的院前、院内ECPR进行督导和质量控制,促进技术持续提高。

## 心脑血管急症的救治

近年来,按照相关部署,河南省卫生健康委大力推进胸痛中心、卒中中心、创伤中心“三大中心”建设,通过建立以急救为核心的新型医疗体系,以急救中心为龙头,以基层医疗机构为依托,以信息化

手段为支撑,提高基层医疗机构的急诊救治能力和效率,实现从院前急救到院内多学科联合诊疗流程的畅通运行,进而提高救治成功率,降低致死致残率,造福群众。

2021年,河南省在胸痛中

心建设数量、质量控制、救治单元覆盖、心脏健康关爱计划实施及卒中中心建设等方面,均居全国首位。

截至2022年2月,河南省建成三级医院胸痛中心128所、卒中中心108所。在三级

医院胸痛中心接受急诊PCI(经冠状动脉介入)治疗的患者,在8小时内甚至在24小时内,经过详细评估,可以进行经皮颅内动脉取栓术,从而大大降低了死亡率和致残率。

治疗的中位时间不高于30分钟。对于部分超过时间窗的患者,在8小时内甚至在24小时内,经过详细评估,可以进行经皮颅内动脉取栓术,从而大大降低了死亡率和致残率。

## 急性中毒的处理

现在,人们接触有毒物质和有机化学品的机会不断增加。急性中毒,主要分为食物中毒、农药中毒、酒精中毒、动物咬伤中毒等,成为危害公众身体健康和生命安全的重要医学及社会问题,也成为临床常见的急危重症之一。对于急性中毒患者要做到“四早”,即早发现、早评估、早诊断、早干预。在急性中毒的处理方

面,方法较多,如使用特异性解毒剂、拮抗剂,采取血液净化疗法、高压氧疗法等。这些是救治急性中毒危重患者必不可少的手段。

随着科技的进步,在急性中毒的处理方面,医生会充分使用生化检查、毒物检测、CT(计算机断层成像)检查、B超检查、MRI(磁共振成像)检查等手段。现在,在毒

物检测中,液相色谱-质谱联用技术得到了广泛应用。这种技术集合了液相色谱高效的分离能力和质谱高选择性、高灵敏度的检测优势,能高效检测血液、尿液、体液等不同样本中的多种毒物,可以让医生尽快明确毒物的种类。

随着河南省急诊医学学科的发展,在急性中毒处理方

面所用的技术越来越先进,使用活性炭、肠道净化、体外血液净化治疗及体外循环支持在区域性核心医疗机构已成为常态化治疗手段。

未来,建设急性中毒信息管理平台,将实现对急诊科急性中毒事件的信息化管理,为急诊医生规范诊断和治疗流程提供参考。信息管理平台将把急性中毒事件的诊断和

处理过程与信息化技术紧密结合,实现急性中毒流行病学的数据信息化管理。信息管理平台会逐步收集急性中毒事件有价值的信息,为建立急性中毒事件的时空模型提供可能。这将为“互联网+”急性中毒事件的大数据平台的建立奠定基础,也将促进急性中毒事件大数据的应用和发展。

## EICU建设

EICU是抢救急危重症患者的重要场所,能够有效提高急救能力和水平。

为进一步提高省内的急诊急救能力,2014年,当时的河南省卫生厅(现为河南省卫生健康委)下发《河南省二级以上综合医院急诊重症监护室(EICU)规范化建设考核评价细则(试行)》的通知,并

明确规定,河南省二级以上综合医院须完成EICU的建设,凡建设不达标者不得承担院前急救站任务,不得申请医院等级评审。近年来,在大力推进胸痛中心、卒中中心、创伤中心“三大中心”建设的过程中,也强调EICU的建设。

河南省不断加强二级以

上综合医院EICU建设督导检查及考核,并将考核评价结果全省通报,对成绩优秀的医院进行全省表彰,授予“全省EICU规范化建设示范单位”,对不合格的医院进行全省通报,限期整改,下发整改通知书,督导整改落实。目前,河南省在EICU建设方面位列全国第一。

河南医学学科发展

HENAN YIXUEXUEKE FAZHAN

# 抽丝剥茧 终于找到这个疑难病例的病因

□蒋振华

这是一位老年男性患者,主要表现为黄疸。这位患者曾到当地医院就诊。当地医院医生排查了免疫、感染、胆管、酒精、药物等常见诱发因素,没有发现阳性结果,遂对患者进行保肝、降酶等规范治疗,但效果不佳。经人介绍,患者来到河南省人民医院住院治疗。

我和同事刚见到患者时,他蜷缩在床上,精神很不好。这表明疾病已造成消耗,让他变得虚弱。最让我们印象深刻的是他的“大肝”——肿大的肝脏超过了剑突下8厘米。

患者的检查结果出来后,我们发现很有特点:他的肝功能检查结果符合胆汁淤积性黄疸表现,同时白蛋白22克/升、球蛋白20克/升、单克隆IgM(免疫球蛋白M)升高,但是与PBC(原发性胆汁性胆管炎)相关的抗体呈阴性,同时尿蛋白1+。

肝大的常见病因包括淤血性(如心力衰竭)、浸润性(如淀粉样变性)、免疫性(如自身免疫性肝炎)、酒精性

肝病及代谢性疾病(如脂肪肝)。结合这位患者的整体情况,其实最需要排查的是浸润性肝大。浸润性肝大的病因主要包括血液系统恶性肿瘤(如白血病、淋巴瘤)、胞内菌感染(如结核分枝杆菌感染),以及其他少见病因(如淀粉样变性、结节病)。但是,由于在整个病程中这位患者没有出现常见的胞内菌感染症状,因此我们把重点放在了排查血液系统恶性肿瘤上。

其实,在血液系统恶性肿瘤累及肝脏的病例中,肝损伤的典型病理特征主要表现为胆汁淤积。单克隆IgM明显升高也是一个重要线索。目前未发现这位患者存在自身免疫性疾病的证据,但单克隆IgM升高需高度警惕华氏巨球蛋白血症(淋巴瘤细胞淋巴瘤),要优先排查。而尿蛋白1+可能是浆细胞病累及泌尿系统的表现。

此时,我们有了大致判断,但为了进一步确认,又特意回去看了一下这位患者的舌头,不算小,遂多了一份把握。现在,所有线索都指向了血液系统恶性肿瘤。我们对这位患者进行血清电泳等检验,揪出了“元凶”。在血液科医生的帮助下,将这位患者转到血液科接受专业诊疗。

(作者供职于河南省人民医院)

## 相关链接

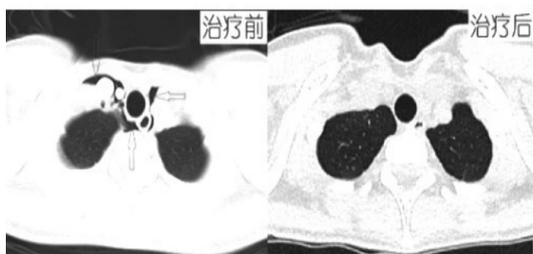
血液系统恶性肿瘤累及肝脏的表现:

- 胆汁淤积性肝损伤  
肝功能异常以胆汁淤积性黄疸为主要表现,伴碱性磷酸酶、 $\gamma$ -谷氨酰转氨酶显著升高,直接胆红素占比增高。  
肝大明显(剑突下>8厘米),可能伴随皮肤黄染、瘙痒及大便颜色变浅等。
- 免疫指标异常  
单克隆IgM升高是华氏巨球蛋白血症(淋巴瘤细胞淋巴瘤)的特征性标志,需优先排查。  
自身免疫性肝病相关抗体(如PBC抗体)通常呈阴性。
- 全身性表现  
消耗性症状(乏力、食欲缺乏、低白蛋白血症)、肝脾肿大(脾脏受累常见于淋巴瘤门静脉播散)。部分病例合并尿蛋白阳性。

## 临床笔记

# 对一例纵隔气肿的诊断和治疗

□穆倩倩 文/图



治疗前和治疗后的影像学检查图

**病例**  
前不久,小明(化名)正在书房里读书,突然感觉胸口火辣辣地痛。当时,通过镜子,他看到自己的脖子肿得像气球,吓坏了,遂赶紧来到河南省胸科医院胸外科一病区就诊。

病区医生曲戈接诊了小明。曲戈按压小明的锁骨上方,能听见“捻发音”(类似捏雪球声)。“这是典型的皮下气肿。”曲戈对小明说,“需要马上做胸部CT(计算机断层成像)平扫,重点看纵隔区。”

河南省胸科医院胸外科一

小明没有外伤史,没有哮喘,近期也没有剧烈咳嗽,但胸部CT平扫显示他的纵隔区充满了扭曲的空气裂隙。曲戈判断这是特发性纵隔气肿。简单地说,就是不明原因的纵隔积气。

明确诊断后,曲戈给予小明吸氧、镇痛及抗感染等治疗。很快,小明的症状得到了控制。复查结果显示气肿区域只剩下几缕蛛丝般的残影。小明顺利出院。

**病因**  
为什么会发生纵隔气肿?

纵隔气肿的发生主要是因为气体异常进入纵隔腔,其机制涉及解剖结构破坏或压力失衡。当某些因素(如屏气、剧烈运动)导致肺泡内压力骤增时,肺泡可能会发生破裂,溢出的空气会沿着支气管和肺血管周围的结缔组织鞘(支气管血管鞘)进入纵隔,或者通过筋膜间

隙爬上颈部,形成皮下气肿(颈部摸起来像塑料包装膜)。特发性纵隔气肿患者往往没有明显的诱因,可能与肺泡结构先天薄弱或微小破裂未被察觉有关。

**典型症状**  
纵隔气肿具有以下典型症状:

- 胸痛:突发剧烈胸骨后疼痛(像被烙铁灼烧一样)。
- 皮下气肿:颈部肿胀,触之有“捻发音”。
- Hamman征(纵隔摩擦音):是纵隔气肿的特征性听诊体征。
- 呼吸困难:纵隔气肿压迫气管时会出现这种症状。

**诊断**  
1.CT扫描:这是纵隔气肿诊断的“金标准”,可以清晰地显示纵隔内蛛网状的游离气

体。

2.X线检查:可能会发现纵隔旁透亮带或颈部皮下气肿。

3.鉴别诊断:需排除气胸、心包炎、食管破裂等急症。

**治疗**  
大多数特发性纵隔气肿会自行吸收。

在临床上,对于纵隔气肿,一般会采取以下治疗措施:

- 1.吸氧治疗:高浓度氧气可加速氮气排出(利用气体交换原理)。
- 2.卧床休息:避免做Valsalva动作(如屏气、用力排便等)。
- 3.止痛管理:使用非甾体抗炎药缓解胸痛。
- 4.有创干预(严重时):在超声引导下穿刺抽气或者颈部皮下切开排气引流。

(作者供职于河南省胸科医院)

## 征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

**稿件要求:**言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习。文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话:16799911313

投稿邮箱:337852179@qq.com

邮编:450046

地址:郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室