

About the Publisher

Universe Scientific Publishing (USP) was established with the aim of providing a publishing platform for all scholars and researchers around the world. With this aim in mind, USP began building up its base of journals in various fields since its establishment. USP adopts the Open Access movement with the belief that knowledge is shared freely without any barriers in order to benefit the scientific community, which we hope will be of benefit to mankind. USP hopes to be indexed by well-known databases in order to expand its reach to the scientific community and eventually grow to be a reputable publisher recognized by scholars and researchers around the world.

Our Values

√ Passion for Excellence our values

We challenge ourselves to excel in all aspects of publishing and most importantly, we enjoy in what we are doing.

√ Open Communication

We believe that the exchange of ideas through open channels of communication is instrumental to our development. We are in continuous consultation with the research and professional communities to influence our direction.

√ Value & Respect

We empower our employees to proactively contribute to the success of the company. We encourage our people to innovate and execute, independently and collaboratively.



扫一扫，了解更多期刊资讯

先进急诊医学

Advanced Emergency Medicine

03

2020年

第2卷(总第9期)



本刊由谷歌学术、中国知网检索，所有录用文章通过国际权威检测查重系统“Crossref”的检测并经过专家审定，期刊在新加坡国家图书馆存档，本刊遵循国际开放获取出版原则，全球公开发行人，欢迎投稿和下载阅读。<http://cn.usp-pl.com/index.php>





先进急诊医学

Advanced Emergency Medicine

主编 Editor-in-Chief:

陶诗雨 新加坡亚太科学研究中心预防医学部主任、副研究员

编委成员 Editors (排名不分先后):

胡柏龙 贵州医科大学附属医院麻醉科
刘磊 哈尔滨医科大学附属第四医院呼吸内科
刘越 哈尔滨医科大学第一附属医院心内科
牛辉 晋中市第一人民医院普外科
闫文明 内蒙古医科大学附属医院放射科
刘鹏 九洲邻家诊所, 儿科医疗官
高不郎 河南省人民医院
蔡军 山东省聊城市中医医院

社内编辑:

屈杉杉 罗燕 杨慧 李鹏程

合作支持单位

Cooperative&Support Organizations

中国智慧工程研究会国际学术交流专业委员会
新加坡万仕出版社
新加坡前沿科学出版社
北京春城教育出版物研究中心
美国恩柏出版社
马来西亚唐博科学研究院
中国《城市建设》杂志社
北京万象兴荣科技文化发展有限公司
澳大利亚百图出版社
新加坡亿科出版社

<http://cn.usp-pl.com/index.php/xjjz>

Address:73 upper Paya Lebar road #07-02B-03
centro bianco Singapore 534818

目录

人工智能医学及其伦理问题	严希 1
刍议急诊专科护士能力的发展	杨芳 4
急性上消化道出血的特征及临床处理分析	刘璐 7
急诊分诊信息管理系统的应用	陈远 9
我国口腔急诊医学发展的现状及思考	谢玲 12
超声内镜在消化系统疾病中的应用	杨敏 15
浅析我国急诊医学发展的问题及思考	李雅 17
浅谈医学现代性危机的根源	刘平 20

人工智能医学及其伦理问题

严希

滨海医疗卫生诊所 山东滨州 256800

【摘要】目前，人工智能算法的智力水平与医生智力水平相当，甚至更高，但其算法也仅限于某一个领域。先进的认知技能可以使人工智能比人类更好地执行任务。人工智能在新领域的应用可以为医疗诊断、疾病筛查及信息化建设带来有效的、更安全甚至是令人惊讶的成就，同时也可以大规模地提高生产力。然而，当人工智能的认知操作在医疗领域里实现时，新的挑战也会随机产生。

【关键词】智能医学；伦理问题；人工智能

尽管智能医学的应用前景广阔，但在操作过程中仍然出现了伦理问题。正如之前描述的那样，伦理规范是一项艰难的工作，大数据分析和人工智能处理的发展使之更加复杂。许多智能算法都是一个“黑匣子”；也就是说，模型受各种参数和海量输入数据驱动，但用户并不清楚如何获得输出。在很多情况下，这并不是因为缺乏专业知识，而是因为医学智能体执行过程很难用人类的语言描述和解释，并且智能分析的输出能够获得意想不到的结论。

1 人工智能的发展对医学伦理的影响

1950年，艾伦·图灵编写并出版了《曼彻斯特电子计算机程序员手册》，为人工智能的出现奠定了基础。

70年的发展，人工智能已经根植于医学领域，给患者、医生与医院都带来了极大的便利。人工智能与医学的结合，极大地提高诊断效率，减少人为失误。然而，人工智能的飞速发展与伦理研究滞后的矛盾，使得人工智能产生很多伦理问题，既影响人工智能的发展，也给人类带来危害。同时，由于人工智能存在于人类社会各个领域，在某些方面它们的智力和解决问题的能力甚至超过了人类，因此，不断增长和进化的人工智能也对人类社会引发了许多伦理争议。本文着重讨论了与人工智能相关的伦理问题，包括现存及潜在的伦理问题。

创新和发展提高了人类认识世界与改造世界能力，并加快了科技的进步。因此，伦理学家有理由对人工智能的未来表示担忧，同时他们也担心任由人工智能技术不加约束地发展可能产生种种灾难性后果。图灵测试给我们提供了一些关键线索，我们可以利用这些关键点为基础对“机器会思考吗”这一概念进行定义。试验发现被测试者可以提问、与测试者交谈、回答测试者问题。

为使计算机通过图灵测试，测试人员只有在不能分辨答案是否是由机器或人类给出时才算机器通过测试，因此，物理特性的缺乏和机器如何模仿人类这些问题就更让人迷惑。图灵测试的结果说明一个复杂的人工智能可能拥有意识。这与我们对人性的定义相矛盾，因为我们只认为人类自己是一种有思想的生物，是遵循着来自于我们的经验和大脑组织的道德准则、价值观和自由意识进行生活的生物。

在人工智能中设计一个特定的行为规范很重要，若某个行为可能伤害到人类，该系统是绝对不允许上线的。人工智能的可预测性特征对达·芬奇手术机器人的使用维护与操作流程很重要，因为智能手术系统设计的理念是通过使用微创的方法，实施复杂的外科手术，其主要目的是提供给医院与患者一个支持性的环境，让患者能够享受平等的治疗与高效率的服务。另一个重要的方面则是人工智能需要建立强大的防御特征以对抗误操作和恶意编程。例如，手术导航系统在自动定位识别病灶过程中，系统执行的每一条指令都必须多方审查，避免模糊逻辑导致误操作。智能体是一种模仿人类操作行为的实体，具有独立自主的行为逻辑。仅仅靠代码审查，只能是代码角度满足编码规范，很难确定代码背后系统的行为模式。现有的智能设备都存在一个中央控制器来感知行为趋势，通过推断行为的未知后果来响应操作流程。这种模式构建的人工智能可应用在诸多需要特定行为的领域，且这些行为所带来的后果均是安全的。也就是说，若特定场景设计的智能体满足行为规范，其自主行为模式趋势可控、准确与有效，该智能体完全可以替换人类从事特定的工作。一旦智能体从事着核心任务，人类智能辅助智能体完成相应辅助工作，最终将演变成智能体与人类的主体争论问题。例如，在医学领域，若智能体

的行为模式满足诊治要求，这就存在智能体与医护的主体争论问题。另一方面，人工智能算法在设计上可能会出现错误，导致基于种族和社会经济阶层方面不公正的结果。因此，可供人类信赖的人工智能系统应该遵循以下准则：透明度（用户可见性操作）；可信度（结果的可接受）；可审核性（效率的易测量）；可靠性（对抗性攻击的稳定性）；可恢复性（系统逆向兼容）。

针对人工智能的所有应用，确保人工智能在规范和伦理下研究的兼容性则非常有必要。来自不同领域的科学家和研究人员，如，生物医学领域、心理学、伦理学、经济学、法律和政策领域人员，均需参与到人工智能的开发中来，确定公平、公正和平等规范的概念，确定人工智能在特定领域使用的可接受性和安全性，从而确保社会对人工智能行为的可预见性与可理解性。

2 智能医学的潜在伦理问题

尽管人工智能医学实践过程中伦理实践需求也在增强，各学术机构也在积极制定伦理准则，到目前为止仍然没有一个广泛共识的伦理实践指导规范。虽然各地政府制定了许多科技伦理风险评估和伦理审查机制，但多数监管流于形式，并没有将抽象的伦理原则和规范体系落实到伦理实践和技术细节中。技术专家在科技实践过程中遇到的伦理问题大都靠自身的伦理底线和价值尺度进行把控，但若不对技术伦理规范进行约束，任其发展，其后果可能摧毁人类的生存与社会秩序。伦理实践是科技实践必须遵循的价值准则。只有让伦理实践具备可操作性，才能引导科学实践活动始终向善。

人工智能伦理实践操作需要全人类各界人士进行充分讨论、凝聚共识。只有将技术实践与伦理实践有效地融合，才能为全人类带来福祉。伦理实践和科技实践并不是零和博弈，也不是某种阻碍关系，而是一种相互制约，彼此影响的关系。伦理实践为科技实践保驾护航，科技实践为伦理实践提供数据支撑。当科技实践展示出造福人类的特点时，伦理实践就会作出让步，调整部分规则，例如仿生手臂、人工义眼；当科技实践涉及到人类根本利益时，伦理则就会有绝不让步的地方，比如说克隆人。众所周知，大数据是人工智能的土壤，而算法是产生人工智能的直接工具。人工智能的发展离不开大数据的驱动。目前，智能医学的算法正在以前所未有的速度收集与健康相关的临床与非临床数据。患者生成的海量临床数据有助于疾病诊断算法模型的训练与学习，医疗设备的广泛使用使得数据获取的门槛大大降低；尤其是5G网络的普及，以可穿戴设备为代表的边缘网络采集了大量的人体非临床数据，进一步促进了医学智能体全面测试与性能提升。大数据和智能信号处理在医学

领域的广泛应用，特别是医学智能体的出现，为实现精准医疗国家战略奠定了基础。尽管智能医学存在着巨大潜力，但通过大数据驱动的智能算法仍然受到若干挑战和阻碍。智能医学除了克服性能、操作上的障碍，还必须形成广泛的伦理共识和监管规范。由于智能医学本质上是跨学科领域，在没有监督的情况下将大数据引入智能医学可能会导致数据主体和患者的伤害和利用。随着技术的进步，医学智能体的性能也将逐渐提升，同时引发伦理风险和社会问题，因此智能医学的道德反思是非常必要的。这也是确保新兴技术在伦理冲突中以有益的人类的方式运行，也是确保新兴技术实现为所有人，特别是穷人带来更好诊治与健康管理办法。

随着越来越详细的多模态数据的不断积累，算法性能也在不断改进。虽然智能化与数字化的疾病诊治加速了精确治疗的落地，其结果也令人兴奋，但医生在医疗互动中所做的远不止简单地应用医疗知识，给患者进行诊治。智能医疗改变了医患关系的伦理价值，将智能算法引入临床诊治意味着临床环境中的中心关系从患者—医生到患者—医学智能体之间转换。因此，诚信、责任、义务的概念变得不确定，这种医患关系转移可能会对医疗服务产生负面影响。

在医学研究方面，大数据驱动的医学智能体能够对疾病的不同方面进行大规模测试与评价。对患者本身来说，他们提供的实时医学数据作为直接激励，能直接促进智能算法的发展。然而，患者自身的数据超出了现有隐私规定的范围，也超出了数据获取的规定范围，这可能会使人们对信息的质量和可用性产生怀疑。

与大数据相关的伦理问题已经被广泛讨论过，但在智能医学方面讨论较少。随着人工智能技术的蓬勃发展，国内外学者对其引发的伦理问题进行了梳理，大致可以分为五个方面：人工智能技术会影响经济发展与社会就业；智能体的主体资格；人工智能对人权和隐私的侵犯及人类能力的侵蚀；人权、道德、责任、环境等伦理问题；人工智能的技术奇点不可控问题。由于目前人工智能应用遇到的伦理问题大都是在实践过程中产生，而不是技术本身具备的伦理问题。其伦理实践过程与非技术领域专家遇到的伦理问题类似，也就是说目前人工智能领域遇到的伦理实践是能够以现有的伦理理论为指导。但目前技术领域没有满足实际应用的伦理实践操作规范，主要归咎于技术专家对伦理、法务、哲学、心理学等领域了解不够，且没有形成统一的框架。只有将技术专家与多学科研究人员一起形成制导性框架，然后以自律的形式实施，才是目前解决人工智能伦理问题的关键。

结束语

随着人工智能系统逐渐应用到医学的各个领域,如何在避免潜在危险的同时最大化为医疗卫生服务是当前医学智能体发展不可避免的关键问题。

【参考文献】

- [1] 周琬琳. 人工智能医学应用的分类与伦理问题反思[J]. 中国医学伦理学, 2020,33(07):826-830.
- [2] 熊娅先, 尚志会, 张国发, 谢小芳, 董利. 人工智能在医疗领域中的应用与挑战[J]. 计算机时代, 2020(07):112-114.
- [3] 张荣, 徐飞. 人工智能医学伦理问题及对策研究[J]. 医学与哲学, 2020,41(13):14-19.
- [4] 周泉, 齐素文, 肖斌, 李乔亮, 孙朝晖, 李林海. 人工智能助力检验医学发展[J]. 南方医科大学学报, 2020,40(02):287-297.
- [5] 徐来, 杜育任, 李伟锋, 房梦雅, 明东, 顾晓松. 智能医学发展战略思考[J]. 交通医学, 2019,33(06):543-544+547.
- [6] 房梦雅, 张愉, 顾晓松, 蒋葵. 智能医学与智慧医疗[J]. 交通医学, 2019,33(06):548-550+554.

刍议急诊专科护士能力的发展

杨芳

康生医药大药房 黑龙江大庆 163515

【摘要】针对我国急诊专科护士选拔标准、培训方式、内容、对象与考核标准进行综述和分析。目的是保证急诊专科护士的专业化,对急诊专科护士进行详细调查后发现发展需求集中在以下几个方面,如对危重症患者的抢救护理、物资管理与设备维护、分诊技术应用、突发事件应对、科研进步以及人才培养等。提出急诊专科护士培训应在优化培训模式、逐步增加学历教育、统一与更新培训教材、建立权威的资格认定机构及标准、建立健全相关的法律法规制度方面进一步规范与完善,以期为我国培养急诊专科护士提供参考,促进我国护理专科护士的发展。

【关键词】急诊护士; 专科护士; 专业化发展

引言

近年来,专科护士核心能力的研究已经引起全球护理领域的广泛关注。美、英等西方国家对专科护士核心能力的研究起步较早而且已趋成熟,我国对专科护士核心能力的研究才刚刚起步。随着社会的进步和经济的发展,各种意外灾害逐渐增多,人们对急救医疗服务的期望和需求也日益迫切,培养一支高素质的急诊专科护理队伍成为当务之急。护士核心能力是从事临床工作必须具备的综合能力,是护士知识、技能和特质的综合反映,是护理教育应着重培养、护理专业人员必须具备的最主要的能力。不同科室护士的核心能力不尽相同,急诊科不但集中了现代化的急救设备,其服务对象多具有病情危、急、重的特点,患者和家属心理也处于较高应激水平,这就要求急诊专科护理人员必须具有较好的专业核心能力。为探索适合我国国情的急诊专科护士核心能力培养方法,以便有效提升我国培养急诊护士的专业服务能力,促进我国急诊护理人才队伍的建设及发展。

一、我国急诊专科护士培训现状

(一) 选拔培训对象的标准较低

针对急诊专科护士的培训仍然没有形成规模化,早在数年前就有研究对我国的专科护士学历进行了规定,如需要有大专以上的学历,需要有3年以上的急诊护理经验或者5年以上的其他专科护理经验。目前基层医院护理人员的学历不够,一般拥有中专或大专学历,拥有专业5年或者3年临床带教经验。因此卫生部为了使更多护士接受培训,以满足各种需求,规定参加培训的对象需要有2年以上临床护理经验。

(二) 培训时间短、方式单一

我国急诊专科护士培训的方式主要以在职教育为主,培训时间一般在6个月以内,以脱产和半脱产的形式实施,没有学历教育。席淑华等对上海市急诊适任护士培训采用脱产与半脱产结合的方式,进行为期2个月的理论与实践相结合的培训,其中80学时的急救理论学习、1周的技能培训以及到上海市13所三级甲等医院的急诊科实训基地培训。安徽省举办的急救专科护士培训班脱产学习时间为6个月,其中2个月的理论课和3.5个月的临床实践,半个月对学员进行学习评估和考核,培训基地为三级医院。2007年卫生部《专科护理领域护士培训大纲》规定:急诊护士培训时间为两个月,可采取全脱产或者半脱产学习方式。其中1个月时间进行理论、业务知识的集中学习,1个月时间在具有示教能力和带教条件的三级医院急诊科或者急救中心进行临床实践技能学习。而美国在2001年2月开始由美国急诊医学院正式招收急诊护理专业学生,对在校学生及其他院校在职人员进行培养。日本则于1981年由日本急救医学会护理分会制定急救护理专家的教育课程和实践技能标准,急救护理专家的教育主要在日本护理协会的研修学校中实施。

(三) 培训内容水平较低

培训的主要内容有专业理论知识与临床实践技能两项。有专家指出培训可以从抢救技术、急诊理论、抢救程序及个人素质这4个方面来进行。毛伟华等归纳出有关8种危重疾病的种类并分模块进行了编写,并通过教程对急救护士进行培训。2008年,江苏省针对急诊急救专科护士的培训课程设置了五大模板。2007年,卫生部的《专科护理领域护士培训大纲》较全面地规范了有关

急诊护士培训的内容。目前我国急诊专科护士培训内容属于专科证书课程,没有学历水平的教育,且专科证书层次的培训还缺乏护理教学和管理方面课程的设置。

(四) 培训内容属于专科证书课程

培训内容主要包括专业理论与临床实践技能。李秀娥等提出从急诊专业理论、抢救技术、抢救程序及职业素质4个方面进行培训。毛伟华等归纳出8种危重疾病的种类进行模块编写,运用教程对急救护士进行培训。2008年江苏省急诊急救专科护士培训课程设置了5个模块。2007年卫生部《专科护理领域护士培训大纲》从1个方面比较全面地规范了急诊护士培训内容。目前我国急诊专科护士培训内容属于专科证书课程,没有学历水平的教育,且专科证书层次的培训还缺乏护理教学、研究和管理方面课程的设置。

(五) 考核标准不统一

我国目前尚无统一的考核标准。有专家针对急诊护士设立了一套考核标准来评价培训体系,即从知识、技能、职业能力和发展创新四个方面来进行考核。另有专家根据个人道德水准、突发事件处理能力、护理文书书写规范程度、科研能力这四个方面进行考核。安徽省实行的则是百分考核,即综合100分与实践100分。综合包括理论知识、技能技巧以及答辩环节,分别是50分,30分和20分。相关条例也指出可以将急诊护理人员的专业素养和理论知识等作为考核要点。由此可见,我国急需一个统一的权威的考核标准^[1]。

二、对我国急诊专科护士能力的展望

(一) 重视核心能力的培养

童宇平等对我国急诊科护士核心能力培养现状的研究显示,我国急诊专科护士的培养现状存在着以下问题:重视临床护理能力的培养,不重视教育、咨询能力的培养,评判性思维、科研能力的培养薄弱,领导能力培养欠缺,法律、伦理实践能力培养单一化,专业发展能力培养系统不完善,人际关系能力的培养不能持续化、具体化。桑宝珍等提出急诊-重症科一体化护理管理模式,经研究证明,该模式有助于提高急诊专科护士核心能力以及缩短专科护士培养年限。加强急诊科护士核心能力培养可提高护士临床护理思维即解决患者问题的思维能力以及主动观察和判断的能力,改变以往机械执行医嘱的角色,营造了终身学习的氛围。护士核心能力培养是一项复杂的系统工程,需要不断学习、研究、总结,使各层次护士核心能力的培养规范在实践中得到进一步的完善和补充。

(二) 急诊专科护士培训模式的探索

我国目前需要大量的急诊专科护士。在这点上可借鉴日本的做法,在培养急诊专科护理人才之初就分为专科护士和临床护理专家两个层次,大力培养急诊专科护士,以应对我国护理专科化发展的要求,并不断增强急诊专科护士的能力和科研意识,积极稳妥地开展临床急诊护理专家的培养。目前我国急诊从业护士学历水平普遍偏低,不同地区、不同等级医院急诊专科护士培训存在差异,应加强二级以下综合性医院急诊护士培养的力及低学历学员的培训。分级别、分层次、分阶段培训是保证培训质量的最好方法。基层医院应着重急诊专科护士(Nurse specialist, Ns)的培训,为临床培养更多的实用型人才。鼓励二级综合性及以下医院在加强自我培训的基础上,选拔具有相当资格和条件的护士外出参加专科护士培训,培养急诊专科护士临床师资队伍。采用脱产培训或在职培训等短期培训方式,脱产培训时间为2个月,在职培训则不受时间限制,分阶段完成学分或学时。三级综合性医院应着重急诊护理专家的培养更多从事急诊教学、科研及临床护理专家(Nurse specialist, Ns)的培训。建立急诊专科护士分阶段、分层次、分级别培训模式,不仅可缓解目前基层医院缺乏急诊专科护士的矛盾,确保临床需求,同时可减轻急诊专科护士培训基地的压力^[2]。

(三) 急诊专科护士培训教材的统一与更新

目前由于我国的急诊专科的教育事业才刚刚发展,因此关于急诊的教材大多不够详细,外观比较简陋,内容比较单一,且没有统一。根据相关的规定中的培训内容,需要进行培训教材的统一制定,并且对于理论知识学习与实践能力学习要统筹安排,并增加急诊知识学习的课程,因此教材内容必须专业先进,而且规范实用,全国应该统一制定标准,使得专业知识可以普及化。急诊医学是一个飞速发展的学科,因此教材只是基础,只有具备良好的创新意识,不断学习,提升自己,才能更好地发展急诊医学。

(四) 提高急诊护士学历

我国急诊专科护士培养尚处于起步阶段,虽然高等护理教育已初具规模,但由于学位教育起步较晚,临床具备高学历的护理人员较少,这使急诊专科护士专业能力的持续提升和加速急救护理学科建设受到不同程度的限制。随着我国高等教育和继续教育的日益完善,国内护理本科和护理硕士人员逐年增多,已为培养我国高水平的急诊专科护士奠定了良好的基础。但目前我国护理高等教育还是通科护士的培养,没有专科护理的区分,因此,可以借鉴国外专科护士学历教育模式,通过毕业后教育培养我国高学历的专科护士。

(五) 注重建立权威的资格认证机构及标准

为了保证后期的质量, 建立全国性的权威急诊专科护士资格认证机构, 实施资格认证权利, 实行 2 ~ 5 年注册制度是刻不容缓的。虽然我国的高等护理教育初步具有一定规模, 但由于相关的学位教育起步较晚, 具备临床高学历的护理人员较少, 所以我国的急诊专科护士培养尚处于起步阶段。因此, 急诊专科护士的认证标准应该以具备大专学历的护士为主, 使得有大量的人才可供选拔, 同时这样的认证标准也更适合我国目前的护理现状。专科人员的起点和发挥的作用是否较低, 在发展中还有待探讨。随着我国高等教育和继续教育的逐步完善, 国内有关护理本科和护理硕士的人员日益增多, 为我国高水平急诊专科护士的培养奠定了良好的基础, 所以应更加注重认证标准的更新。

(六) 建立健全相关法律法规制度

我国没有代表急诊专业标准的统一认定机构, 没有制度规定急诊在岗护理人员必须持有急诊培训合格证书, 我国急诊从业护士素质参差不齐, 为确保急诊医疗质量, 提高急诊护士素质, 有必要制定急诊护士准入制度, 促进急诊护理职业规范。急救专科护士经过系统的学习, 在业务知识和技能方面有了很大提高, 急诊病人大多病情急、发展快, 护士是第一接诊者, 能在第一时间给予恰当处理, 往往能提高抢救成功率, 建议在专业界定上给予明确的规定, 授予急救专科护士一定的权利,

例如: 急救药的使用、气管插管术、除颤等抢救技能。当然, 专科护士的权利应该有一定的权限, 在一定的范围内行使, 这点应给予明确的规定, 并以法律形式给予保障^[3]。

结论

总之, 我国的急诊专科护理仍旧处于发展阶段, 还有很大的改善的空间, 仍需不断改进与完善。对于急诊专科护士的培训工作认识在实际工作中在不断更新、发展和完善, 希望各位医护人员一道进步, 在实际工作中摸索行之有效的急诊专科护士培训制度, 设立选拔标准, 将急诊专科护士的培训方式、培训内容、考核标准等进行统一, 最重要的是规范化系统化培训体系, 使得急诊专科护士培训工作的水平更上一层楼, 培养出让患者满意放心的高水平急诊专科护士, 实现人性化服务。

【参考文献】

- [1] 梁城英, 陈晓燕, 张漫漫. 急诊专科护士专业化发展需求分析 [J]. 中医药管理杂志, 2015, 23(21): 97-98.
- [2] 任宏飞, 李继平. 急诊专科护士核心能力研究现状 [J]. 中国护理管理, 2012, 12(04): 86-88.
- [3] 王青丽, 向克兰, 夏秋江, 杜宗琪, 刘玉珍, 彭翠香, 吕小玲, 田玮. 我国急诊专科护士培训现状与展望 [J]. 护理管理杂志, 2009, 9(12): 36-37+45.

急性上消化道出血的特征及临床处理分析

刘璐

德阳市第二人民医院 四川德阳 618000

【摘要】目的：针对患有急性上消化道出血症状的患者所呈现的临床特征以及处理对策予以系统分析。方法：随机从2019年2月到2020年2月期间我院消化科接诊患者中择取80名急性上消化道病例，依照年龄差异分成老年组和中青年组（n=40），观察并总结两组患者基础合并症、消化系统临床症状、出血情况等，并做以讨论。结果：经过整合数据和全面分析，中青年组存在基础合并症概率、病程并发症概率均明显低于老年组，有 $P < 0.05$ ；另外，在出血情况上，出血原因大多是消化性溃疡、癌症、胃黏膜病变等，中青年组的发生概率低于老年组，有 $P < 0.05$ ；出血量以及止血时间上，中青年组均低于老年组，有 $P < 0.05$ 。结论：在临床当中有较多诱因会导致人体急性上消化道出血，老年患者一般消化道症状较不典型，且经常有较大合并症风险，出血程度以及止血需要时间均要劣于中青年群体，因此在日后医学干预中，需要尽量强化老年群体的关注以及重点干预，结合患者实际情况进行针对性治疗，提升治疗实效。

【关键词】临床特征；老年患者；急性上消化道出血

就临床医学干预的经验来看，上消化道出血是非常常见的一种病症，其并不具备感染性，但是隶属危重症，加上老年群体生理机能较弱，经常会大大影响患者的生活质量，严重的甚至有危及生命危险的风险^[1]。一般来说，诊治需要尽快采取应急处理措施，了解其临床特征，能够较好地提升诊断精准度以及治愈概率^[2]。在本文当中，将结合老年群体和中青年群体在急性上消化道出血上的临床特征差异进行研究，并探讨其处理策略，旨在为临床消化科工作提供一定的理论参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

结合我院的实际情况，择取2019年2月起始、2020年2月截止期间消化科室接受的因急性上消化道出血入院的患者共80名，并依照年龄上的差别将其分成老年组以及中青年组，每组包含40名患者，老年组中包括男性23名以及女性17名，年龄均在65岁到87岁之间，平均数是69.82岁；中青年组中包括男性22名以及女性18名，年龄均在20岁到60岁之间，平均数是48.23岁。两组患者除了年龄之外其他一般资料都没有显著差异，且临床症状均为黑便、呕血等，经过内镜检查确诊，已经排除由于用药或其他客观原因导致的黑便，可进行研究。

1.2 方法

整合两组患者临床就诊资料，针对80名患者的病

例展开分析，对照两组患者病因、基本临床特征、并发症概率以及出血情况等，对原因予以有效总结和整合，并予以适当的处理方案。

1.3 统计学方法

就本次研究的数据来看，使用SPSS2.0对数据予以有效处理，针对涉及概率的计数资料使用（例数/％）的方式进行表现，并使用 χ^2 予以检验；针对涉及到变量的计量资料使用（ $\bar{x} \pm s$ ）的方式进行表现，并使用t予以检验。本文中，出现 $P < 0.05$ 的检测结果显示为存在统计学上的差异。

2 结果

2.1 基础合并症概率、病程并发症概率

中青年组均明显低于老年组，有 $P < 0.05$ ，具体参照下表（表1）：

表1 两组患者的合并症概率以及病程期间并发症概率对照(例数/％)

组名	合并症概率	病程期间并发症概率
中青年组	11 (27.50%)	4 (10.00%)
老年组	27 (67.50%)	15 (37.50%)
卡方值	23.129	8.352
P值	0.000	0.004

2.2 出血情况

出血原因大多是消化性溃疡、癌症、胃黏膜病变等（有并发情况），中青年组的发生概率低于老年组，有 $P < 0.05$ ；出血量以及止血时间上，中青年组均低于老

年组, 有 $P < 0.05$ 。具体参照下表(表2、表3):

表2 两组患者出血原因对照(例数/%)

组名	胃溃疡	十二指肠溃疡	胃癌病例	急性胃黏膜病变
中青年组	17(42.50%)	3(7.50%)	9(22.50%)	10(25.00%)
老年组	5(12.50%)	22(55.00%)	1(2.50%)	2(5.00%)
卡方值	9.028	21.004	7.314	6.275
P值	0.003	0.000	0.007	0.012

表3 两组患者出血情况对照($\bar{x} \pm s$)

组名	出血量(单位: ml)	止血时间(单位: d)
中青年组	736.21 ± 221.03	9.28 ± 3.08
老年组	986.34 ± 321.17	13.24 ± 4.34
t值	4.058	4.706
P值	0.000	0.000

2.3 临床特征

具体参照下表(表4):

表4 临床特征

特征	中青年组	老年组	卡方值	P值
腹部疼痛	3(7.50%)	24(60.00%)	24.654	0.000
呕血症状	5(12.50%)	5(12.50%)	0.000	1.000
黑便症状	6(15.00%)	6(15.00%)	0.000	1.000
失血性贫血	4(10.00%)	25(62.50%)	23.854	0.000
其他症状	2(5.00%)	2(5.00%)	0.000	1.000

3 讨论

就本次研究的结果来看, 患有上消化道出血症状的患者无论年龄, 均与消化道溃疡以及胃部病变有一定关联, 其中老年患者无论是合并症以及并发症等都要明显高于中青年患者。临床当中有较多诱因会导致人体急性上消化道出血, 老年患者一般消化道症状较不典型, 且经常有较大合并症风险, 出血程度以及止血需要时间均要劣于中青年群体。该成果也在张阳等人^[3]的著作中得以证实, 说明较为可靠。

在临床医学中, 急性上消化道出血并非罕见症状, 大多情况下患者主要的症状包括黑便或者是呕血症状等, 根据相关研究报告证明, 在不同的年龄阶层上, 患者病因、临床特征以及病后危害性均会有一定差异存在, 显然, 这令临床诊断以及急诊干预都要面临一定的挑战^[4]。发病之后, 大量出血极易造成失血性休克症状, 并导致腹膜炎, 很多患者在经过大量出血之后24小时以内即可现低热, 且持续数日, 诱发提问调节中枢功能失衡, 一旦处理不当, 极易导致患者死亡。另外, 老年患者因为生理功能衰弱, 应对疾病的能力更加衰弱, 出血量以及止血时间均更加严重, 死亡风险以及恶化风险显然高于中青年群体。所以, 针对该病进行临床特征分析, 将会对急诊干预以及预后处理均起到较为显著的影响。

基于上述分析, 临床可以采取下述措施予以应对: 患者发病之后, 如果确认是大量出血症状, 要尽快保持平卧状态, 并适当抬高其下肢, 稍稍令头部偏向一侧,

避免呕吐诱发窒息, 随后尽快构建静脉通路, 并给予氧气吸入以及心电图监测, 结合实际情况可以配合内镜或者三腔气囊等予以辅助止血; 如果确认是少量出血症状, 予以常规干预, 日常流食进食, 注重休息^[5]。另外, 在患者入院之后, 尽快予以制酸、补液等治疗干预, 如果血红蛋白在70g/L以下, 需要尽快予以输血^[6]。对于老年患者, 在药物干预上, 因消化道溃疡出血的患者, 结合实际情况予以适量奥美拉唑肠溶片; 在辅助性干预上, 要及时予以安抚和心理干预, 老年患者大多因疾病带来的痛苦而感到惊慌和恐惧, 要向其详细描述该病的临床治疗意义, 鼓励患者配合医护干预, 有家属陪伴的老年患者, 要叮嘱其家属多多陪伴老人, 为老人提供关怀; 在饮食上, 叮嘱患者尽量食用一些易消化且维生素含量较高的食物以及蔬菜水果等, 有条件的情况下可以摄入一些木耳、红枣等能够起到补血作用的食物, 但是需要保证合理的摄入量, 不但能够较好地辅助消化道出血症状尽快好转, 而且还能够有效强化患者的免疫能力, 令其能够尽快恢复健康^[7]。

结语

综上所述, 临床当中有较多诱因会导致人体急性上消化道出血, 老年患者一般消化道症状较不典型, 且经常有较大合并症风险, 出血程度以及止血需要时间均要劣于中青年群体, 因此在日后医学干预中, 需要尽量强化老年群体的关注以及重点干预, 结合患者实际情况进行针对性治疗, 在提升治疗实效的基础之上, 令患者尽快恢复健康, 同时也有助于医院建立良好的形象。

【参考文献】

- [1] 刘佛球, 梁杏花, 冯正平. 300例急性上消化道出血患者临床特征及其预后影响因素[J]. 血栓与止血学, 2019, 025(002): 190-193.
- [2] 沈健美. 老年急性上消化道出血患者特点及临床处理分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 227(14): 63-64.
- [3] 张阳, 吕宜光, 郭启阳. 急性上消化道出血再出血的危险因素及临床特征分析[J]. 中国医药指南, 2019, 017(017): 59-60.
- [4] 王一兵. 老年急性上消化道出血的临床特征及诊治分析[J]. 基层医学论坛, 2018, 022(005): 593-595.
- [5] 王贵龙. 老年急性上消化道出血65例临床特点观察[J]. 基层医学论坛, 2018, 022(002): 278-279.
- [6] 胡越, 郑松柏. 老年人上消化道出血的临床特点[J]. 中华消化杂志, 2018, 038(006): 426-429.
- [7] 崔肆茂. 不同年龄上消化道出血患者的病因及临床特征分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(40): 73-74.

急诊分诊信息管理系统的應用

陈远

定理医疗器材有限公司 甘肃定西 744300

【摘要】对集急诊分诊、挂号、实时分诊质量监控三位一体的急诊分诊管理软件在急诊分诊中的应用效果的探讨。通过分诊标准体系与信息技术相结合的软件设计，并在软件中融入实时监控患者的理念，开发了一套适合我国国情的智能化急诊分诊标准信息系統（简称分诊信息系統）。基于该标准的分诊信息系統使用至2013年底，共处理患者信息15余万条；使用前，分诊准确率明显提高（ $P < 0.001$ ）、评估分诊所需时间明显缩短（ $P < 0.001$ ）；分诊信息报表及图形规范美观且便于查询。分诊信息系統的设计与应用，实现了急诊分诊信息化和智能化，提高了急诊分诊工作的质量，保证了急诊患者的生命安全。

【关键词】急诊处理；护理标准；信息系統

引言

急诊分诊（triage）是根据疾病的严重程度、治疗的优先原则，合理地利用急诊资源对患者进行快速分类，以确定治疗或进一步处理的优先次序过程，其内容包括病情分诊和学科分诊。急诊分诊是急救医疗服务体系中的首要环节，是急诊护理工作中一项重要的专业技术，是抢救危急患者的关键，分诊质量直接关系到患者救治效果和对医院的满意度。目前，国内分诊多停留在医生和护士的主观判断上，即使有些医疗机构存在急诊分诊标准，但实际操作性不强，也没有成熟的计算机应用程序来辅助急诊分诊过程。因此，我院急诊科根据国家卫生部《急诊病人病情分级指导原则》，以中国台湾急诊检伤与急迫度分级量表（Taiwan Triage And Acuity Scale, TTAS）为基础，研究制订了四级急诊分诊标准，为了提高可操作性，辅以信息化技术，研发了以该标准为核心的急诊分诊信息系統，临床应用效果较好。

一、资料与方法

（一）制订急诊分诊标准体系

2012年我院急诊科成功申报了南京市卫生局课题一项，确立了四级急诊分诊标准：

1. 根据国家卫生部《急诊病人病情分级指导原则》将急诊患者病情分为四级的要求，以TTAS五级分诊标准中的原始量表为基础，结合我院院情制订四级急诊分诊标准的初稿。研究团队用初稿在本院急诊科试行分诊3个月，根据实际操作中遇到的问题结合工作经验对初稿进行修改，形成急诊分诊标准第2稿。

2. 运用专家咨询法

邀请省、市急诊医学及护理专家进行审核并提出修改意见，最后定稿为符合我国国情及我院院情的四级急诊分诊标准，再次试行后证实该量表具有可信度和有效度。

3. 对所有分诊护士进行培训

进行急诊分诊标准的培训、模拟演练与考核，确保评估分诊的准确性和及时性。结合临床实践并结合实际工作的特点，进行修订及持续改进。

（二）系统设计

为了便于操作，我院急诊科以急诊分诊标准为核心内容，研发了急诊分诊信息系統，实现分诊标准与信息化技术相结合，提高分诊时效性。本系統所依托的计算机信息化技术特点是采用方正公司的3层物理结构模型，具备强大的二次开发功能，可根据临床需要添加模块，如已添加的格拉斯哥昏迷评分、疼痛评分、创伤评分等。为防意外，采用数据容灾系統，有系統备份、年度备份、月备份、日备份和即时备份，以确保数据库的安全。

（三）系統功能

该软件共包括3个模块：

1. 急诊分诊模块

标准化、智能化分诊急诊分诊信息系統以分诊标准为基础，将该标准中每一个子量表融入信息系統，系統界面上的每一条主诉及主诉判定依据均对应急诊分诊标准中的病情级别，分诊信息系統根据分诊护士选取的主诉及主诉判定依据，自动完成就诊患者的病情分级。

2. 挂号模块

通过刷取市民卡，系統自动录入并保存患者就诊编

号、登记日期、就诊时间、登记人工号以及患者的个人信息。此外,系统自动将所有急诊患者的资料根据时间顺序汇总成表并统一保存于南京市卫生局建立的数据库,为全市人民提供实用共享的医疗卫生信息服务。

3. 急诊分诊质量实时监控模块

(1) 模块自动搜索、辨识、分类汇总退号、1h内挂号超过2次、急腹症三个条目的源数据;

(2) 护士长或质控护士按时间查询源数据,进行分诊准确性追溯性筛查;

(3) 登录电子病历,将护士的分诊诊断与医生诊断进行比对、判断;

(4) 将数据导引至 Excel 表,计算分诊准确率并开展分析、讨论以及改进。

二、管理系统使用效果

应用急诊分诊管理软件前,急诊分诊流程分诊护士依据患者主诉或家属代主诉并结合简要的病史和体格检查判定就诊科室和诊治区域,对于危重急诊患者直接护送至复苏室或抢救室实行“先抢救,后挂号、收费”的原则;对于一般急诊患者书写纸质挂号单→患者或家属持挂号单到收费处缴费挂号→护士指引至诊间就诊。我们分别在2013年10—12月和2014年1—3月,调查了急诊分诊管理软件使用前后接诊的急诊患者各200例,比较软件使用前后患者分诊与挂号时间、分诊准确率及患者与家属满意度,见表1、2。应用急诊分诊管理软件,提高了工作效率和分诊准确率,使患者得到了及时有效的救治,保障了患者的安全,提高了患者与家属的满意度。

三、讨论

(一) 规范分诊流程,统一分诊标准,提高护士工作效率

目前,我国大多数医院实行“无限制急诊”,造成病人候诊时间延长。有研究显示,真正的急诊患者仅占20%~30%。临床常用的分诊方式为首诊医师及护士根据患者的主诉临床症状及体征,结合临床工作经验对患者给予分诊。在这个过程中护士容易受专业水平、临床经验、评估工具掌握程度等因素的影响。我院的分诊信息系统以国际MTS为基础,结合文献检索组织资深专家研究、探讨,具有客观、量化、综合的一套分诊评价体系。分诊信息系统根据护士输入的相关数据综合判断,快速分类,摒弃了传统分诊的主观性和盲目性。避免护士分诊的不同性或由经验分诊导致的差异,帮助护士筛选20%~30%的急诊患者并给予措施,达到合理分配医疗资源及医疗空间的目的。

(二) 急诊分诊信息系统有利于加强急诊护理管理,保证急诊护理安全

在急诊科拥挤现象日渐加剧的情况下,该系统发挥了及时的动态信息反馈和强大的数据统计分析功能,为管理层进行科学决策提供了有效依据。如据2013年就诊人数数据分析显示:1月、8月、12月为就诊高峰月份,每日16:00~22:00为就诊高峰时段,便于指导临床,在相应月份及时段,合理安排人力物力资源;如据2013年疾病病种数据分析显示:全年排名前10位的依次为:脑出血、消化道出血、胸痛待查、胸闷待查、蛛网膜下腔出血、心梗、主动脉夹层、昏迷待查、肺部感染、意识改变待查,每月排名前3位依次为:脑出血、消化道出血、胸痛待查,便于护理管理者根据疾病谱,做好专科护理培训,保证患者安全。此外,在2013年我院人感染H7N9禽流感救治工作中通过分诊信息系统提供了更高层次的数据分析功能,为H7N9救治工作中的决策和科研提供支持和依据。

急诊分诊可以判断哪些患者需要立即被救治,以保证患者安全;同时,分诊时还要防止分检不足或过度分检,以避免急诊资源的浪费。随着急诊分诊信息系统的应用、急诊分诊标准的建立及急诊分诊流程的完善,有利于分诊护士提供高效专业的分诊工作,在合理分流急诊患者、降低患者候诊期间的安全隐患、提高急诊科医疗护理质量等方面均起到重要作用,有效保证了急诊患者安全。

(三) 急诊分诊管理软件有待改进之处

快而准的急诊分诊是救治患者成功的关键的第一步,管理者对分诊过程质量的监控是分诊准确性的根本保障。我科设计并应用急诊分诊管理软件,构建了从急诊分诊的规范化、量化的评估和挂号一体化的落实以及实时质量监控等功能,形成了标准化的急诊分诊体系,有利于科学合理地分配医疗资源和医疗空间,为管理层科学决策和科学研究提供了有效数据。

(四) 动态监控杜绝漏诊,有效交流确保患者安全

现代分诊强调再次评估的概念,即初次分诊完成后,在一定时间内或患者出现症状改变后要重新对其进行评估、分类。一览表中,序号黄色提醒护士分诊,杜绝漏诊。序号红色中带闹铃提醒护士再次评估、分类。一览表以不同颜色的序号帮助护士在预检台监控患者就诊全过程,有效识别诊间“潜在危重”患者,降低诊间纠纷和不良事件的发生。护士可以随时修改、补录评估单项目,操作流程方便有效。对再次就诊者,可查看既往分诊记录,辅助评估。医生在诊间可查看评估单内容,接班护士根据分诊信息系统提供的信息,可为患者提供同质化、持续的优质护理。

结论

随着医院信息化时代的来临,急诊科也逐步普及电子信息系统,但是目前国内急诊分诊仍以手工记录为主,影响急诊的质量和效率。我科急诊分诊信息系统的设计和运用,实现了急诊分诊的信息化和智能化,提高了急诊分诊工作的质量,保证了急诊患者的生命安全。本急诊分诊管理软件在提升工作效率、患者满意度、分诊准确率方面达到了比较理想的效果,但是由于急诊分诊管理软件界面与医生的诊疗界面信息共享还不全面,医生诊断未能自动共享到分诊界面,分诊护士不能及时、直观获知自己的分诊结果,另外本软件信息输入为文本格式,在进行数据汇总时还需导入 Excel 表进行趋势图分

析,有待于进一步的完善与改进。

【参考文献】

[1] 陆丽芬,潘向滢,柏云娟,赵雪红.智能化急诊分诊标准信息系统的设计和应用[J].中华护理杂志,2015,50(11):1335-1338.

[2] 陈秋菊,方方,黄萍,陈雁.急诊分诊信息系统的设计及应用[J].中华护理杂志,2015,50(08):963-966.

[3] 张小红,程宝珍,林文凤,孙立琴,圣文娟,宋瑰琦.急诊分诊管理软件的设计及应用效果[J].中华护理杂志,2015,50(03):328-331.

我国口腔急诊医学发展的现状及思考

谢玲

白城中医诊所 河北保定 074004

【摘要】口腔急诊医学在我国尚未成为独立的二级学科，其定义、涵盖的病种、学科定位等目前都无统一界定。本文从分析我国口腔急诊现状入手，以符合我国医疗卫生体制为前提，尝试对“口腔急诊”学科内涵进行定义，并提出了我国口腔急诊医学发展的方向和具体措施。口腔急诊科是一个综合性诊疗科室，急诊科医生应具备和掌握一般急诊医学以及口腔综合临床知识和技能，能够运用急诊医学和口腔临床各学科知识处理和治理急性口腔疾病。因此，口腔急诊医学教育对丰富口腔医学内涵具有重要意义，希望相关的学习制度、专科医师培养制度、风险分摊制度等的建立会促进口腔急诊医学在我国的发展。

【关键词】口腔急诊医学；现状；思考

引言

近年来，多家口腔专科医院陆续建立了口腔急诊科，急诊科的医务人员的来源也由原来的全院轮班制度逐步转变和形成了从事口腔急诊专业的专职医疗队伍，这也就提高了口腔急诊医疗工作的医疗质量以及口腔专科医院对危急疾病的救治能力。但是随着医疗人员专业化的提高，原有人员的知识结构体系就会与急诊工作出现偏差。同时，由于口腔急诊专业现在仍属于边缘学科，知识面与其他口腔专业有较大的差别，而专科医院的体制也限制了对危急患者的诊疗。口腔急诊医学教育的当务之急是培养一批对口腔急诊疾病具有诊治能力，对全身急性疾病的发作具有判断能力，对生命体征具有观察能力，还具有对病人的抢救能力的专业型人才。为了给患者提供及时便捷的口腔医疗服务和适应医院临床业务的发展，我国各口腔医院急诊科应运而生。口腔急诊科是一个综合性诊疗科室，急诊科医生应具备和掌握一般急诊医学以及口腔综合临床知识和技能，能够运用急诊医学和口腔临床各学科知识处理和治理急性口腔疾病。因此，构建口腔急诊医学教育体系十分必要。

一、口腔急诊与口腔急诊医学的概念

（一）口腔急诊

口腔急诊是指发生在口腔诊疗过程中的各种急重症。但是，目前关于口腔急诊所涵盖的疾病范围在我国尚无统一界定。欧美发达国家由于在医疗体制设置上与我们存在一定差异，而未设置专门的口腔急诊科，这使得疾病涵盖范围上没有可以参考的国际标准。因此，我们综合国内各口腔专科医院急诊科的疾病收治范围，拟

将其所涵盖病种分为口腔急症和口腔伴发急症两大类。

（二）口腔急诊医学的概念

口腔急诊医学的概念是基于口腔急诊提出的，目前关于口腔急诊医学的概念，国内尚未达成统一共识。比较公认的概念是：口腔急诊医学是口腔医学与急诊医学相结合的产物，是多学科相互交叉形成的一门综合性学科，是口腔医学的重要分支，除了包含各类口腔疾病的急性发作，还包含与口腔医学专业密切相关的急诊医学的基础理论知识和临床实践技能。口腔急诊医学在我国尚未形成独立、正式的学科，其定义也待修正和完善。

二、国内外口腔急诊医学的现状对比

（一）国外口腔急诊医学现状

口腔急诊医学在国外发展较早，已形成了较为完整的学科体系。然而，由于国家医疗建制及国情的不同，其学科内涵与我国存在较大差异。在我国，口腔急诊所涵盖的医疗内容是基于口腔急诊科这一具体科室设置的，也就是说，口腔急诊涉及的病种主要囊括于口腔急诊科的业务范围内。而在国外，“口腔急症”是由大临床的急诊科收治的，而发生在口腔医院的急诊即为“牙科突发急症”，也就是我们所指的口腔伴发急症。国外的“牙科突发急症”研究经历了数十年的发展，已经形成了完整的学科体系，并出版了多部学科专著。“牙科突发急症”之所以被重视，主要是因为罹患疾病往往发病急、病情重，严重威胁患者生命安全。针对上述疾病特点，国外制定了一套较为完整的评估体系对患者进行评估，最大程度预防该类疾病的出现。

1. 在治疗开始之前准确判断患者的潜在风险；

2. 进行身体评估,明确患者的生理和心理状况,对患者的危险因素进行分类,适时修改治疗计划,考虑到焦虑可导致某些全身系统性疾病发作,还要提前判断患者承受口腔治疗压力的能力;

3. 确定医疗风险,有的放矢进行相关治疗。

(二) 我国口腔急诊医学现状

我国的口腔急诊医学的发展与发达国家相比还有一定的差距,主要体现在以下几方面。

1. 对口腔急诊医学缺乏深入研究、明确认识口腔急诊医学是一门综合性学科,由于其涵盖的疾病种类与口腔医学的许多分支学科存在一定的交叉,一直以来被认为没有开设的必要,其定义、范畴、病种等至今尚未明确,发展非常缓慢。从根本上来讲,这也是由我国医疗卫生体制和科室建制决定的。

2. 口腔急诊专业科室较少

目前,全国大部分医院尚未设立独立的口腔急诊科,口腔急诊业务由牙体牙髓病科、口腔颌面外科、口腔黏膜科等专科承担。而已经成立了口腔急诊科的专科医院,也因顾及口腔急诊医疗工作的风险性及对未来发展的不可预见性,多采用各科室轮值方式。然而,口腔急诊的患者数量在逐年增加,上海交通大学医学院附属第九人民医院的年急诊人数更是超过10万人,专科门诊及轮值形式均无法满足患者的医疗需求。

3. 口腔急诊医生水平整体不高

在国内,除了颌面外科医生外,口腔临床医生几乎不具备任何急救能力。口腔医生在处理口腔专科急症方面大都得心应手,一旦遇到并发和继发全身性急重症时,往往不知所措,甚至延误了急救的最佳时机。这种状况在我国口腔医学领域,包括大专院校都普遍存在,严重影响了口腔医生队伍的整体形象。急诊医生医疗水平的不足还体现在院校专科医院和诊所执业医师水平的不平衡上。

4. 口腔急诊医学教育滞后

口腔医生急救技能欠缺的本质是口腔急诊医学教育的欠缺。在我国,至今尚未设立口腔急诊医学系,开设了本科生的口腔急诊医学课程的院校也是屈指可数。口腔急诊医学的相关内容作为口腔疾病的急性期或急性发作分散在其他学科中进行讲授,不但篇幅有限,而且导致学科内容不集中、不系统,学员无法形成完整的知识体系,以致于在遇到伴有全身系统性疾病的急诊患者时不能系统地分析问题,束手无措。口腔急诊医学课程的匮乏,很大程度上又归结于教材的缺乏,口腔急诊医学的内容分散在其他学科教材中,可用来作为教材的书籍少之又少。为了弥补国内口腔急诊教育的不足,近年来,第四军医大学、首都医科大学、中国医科大学等院校多

次举办继续教育学习班,但受制于学科本身的发展水平,继教班依然存在着水平不高、针对性不强、标准不统一等问题。加之国家对口腔急诊医生执业水平仍缺乏高标准的要求,因此,我国急诊诊疗的规范化程度依旧处于较低水平。

另外,我国的口腔急诊人才缺乏专业的学术组织依托、国际学术影响力不高等诸多因素影响。

三、口腔急诊医学医学的研究和发展

口腔急诊医学的诞生和发展有待于口腔医学同仁的认识、努力和支持。在未来的几年里渴望口腔急诊医学的兴起,口腔界的各级领导可以考虑为口腔急诊医学的研究和发展提供如下环境和条件。

(一) 以口腔急诊临床工作为重,提高口腔急诊医生的业务水准

口腔急诊涉及学科多、内容冗杂、相关知识的使用频率低,因此,必须频繁学习和巩固,才能胜任急诊的日常医疗工作。建议医院组织和安排具有多学科理论知识、多学科临床技能的口腔医学高层次人才从事口腔急诊,并定期组织理论知识学习、急救实战演练及考核,使急诊医生的业务水平在理论学习和临床技能实践的不断循环中得到提升。同时,鼓励临床医生多参加相关的继续教育学习班,学习和掌握更多的急诊知识和技能。

(二) 口腔急诊医学专栏的开设

国内有多家口腔医学杂志,有条件和有稿源的杂志可以考虑开设口腔急诊医学专栏。为口腔急诊医学的普及、交流和提高提供场所。为口腔急诊医学的理论的形成、发展和完善提供园地。

(三) 口腔急诊医学教育应加强人文教育

近年来,有关医患关系的负面信息接踵而至。不可否认的是,其中一些医疗事故的发生同医学教育的欠缺密不可分,因此越来越多的教育家提出应加强人文科学教育的力度。而对于口腔急诊科而言,日常诊疗工作的最大特点是;患者病情急、抢救时间急、患者与家属的情绪也容易急躁。这就要求医疗人员除应有精湛的医术外,还应有丰富的人文素养来应对这些紧急的情况。因此突出人文教育在急诊医学教学中的地位,对培养学习兴趣,避免医疗纠纷有重要的意义。加强人文教育主要体现在理论教学中,通过急诊专业中的先进人物与事迹,介绍他们的敬业精神,他们的爱心、同情心,他们的诙谐幽默与处理问题的能力,潜移默化地进行道德意识和良好心理素质的教育;实践教学,除专业技能技巧的操作,还注重各种人文能力的培养。通过互做模拟病人,增强沟通能力。

(四) 加强口腔急诊医学科研水平

一方面,要积极创办口腔急诊医学专刊或专栏,为口腔急诊医学的普及、交流和提高提供平台,也为口腔急诊医学理论形成、发展和完善提供园地。另一方面,要积极开展相关科研课题,尤其是开展突出口腔领域危、急、重的疾病特点的研究,提高口腔医务人员对此类疾病的应急处理能力。同时,还要举办专业的学术交流,鼓励医护人员参加国内外学习班,以提高科研水平。

(五) 口腔急诊医学研究

口腔急诊医学中的各种疾病涉及到许多临床学科、口腔各临床学科和基础学科,应积极开展以突出口腔领域的危急重疾病特点的临床和其基础方面的研究,提高口腔医务人员对危急重疾病的应急处理能力。因此,要鼓励和支持从事口腔急诊的医务人员开设口腔急诊方面的临床和基础的科研课题。

结论

综上所述,我国口腔医学教育体系中,由于急诊医学教学内容较少,造成临床工作中口腔医生处理急危重症病人的能力相对欠缺,这对口腔医学事业的健康发展及口腔医生队伍整体形象的树立均带来不利影响,因此口腔急诊医学教育对丰富口腔医学内涵具有重要意义。

虽然口腔急诊医学是一门新兴学科,但却是现代口

腔医学不可缺少的一部分。同传统专业相比,其分工不同、与各专业间可互相补充和衔接,虽各有侧重但不能互相替代。经过多年的发展,口腔急诊医学已初步显现了自己独特临床专业特点,但其仍然处于成长过程中的婴儿阶段,要使其发展壮大,必须给以爱护和扶持。这就要求我们的政府,我们所在的医院,充分认识口腔急诊医学在临床医学中的位置,从政策上给予支持,制定相关的学习制度、专科医师培养制度、风险分摊制度等,促进口腔急诊医学在我国的发展。

参考文献:

- [1] 陈永进,赵寅华.我国口腔急诊医学现状与发展[J].中国实用口腔科杂志,2016,9(07):385-389.
- [2] 张莉,于玮炜,马宁.口腔急诊医学教育的思考[C].中华口腔医学会口腔医学教育专业委员会、中国高等教育学会医学教育专业委员会口腔医学研究会、中华医学会医学教育专业委员会口腔医学教育学组.第九次全国口腔医学教育学术研讨会论文集.中华口腔医学会口腔医学教育专业委员会、中国高等教育学会医学教育专业委员会口腔医学研究会、中华医学会医学教育专业委员会口腔医学教育学组:中华口腔医学会,2013:461-462.
- [3] 鲁大鹏.构建口腔急诊医学教育体系的思考和建议[J].北京口腔医学,2012,20(01):54-55.

超声内镜在消化系统疾病中的应用

杨敏

德阳市第二人民医院 四川德阳 618000

【摘要】目的：探讨分析超声内镜在消化系统疾病中的应用。方法：从某医院近两年内收治的消化系统疾病患者中随机抽取 110 例患者，分为超声内镜和胃镜两种检查方式，展开回顾性分析，分析判断超声内镜临床应用价值，并针对最新的超声内镜技术的临床应用效果进行调查。结果：超声内镜在消化系统疾病诊断中检测准确率更高，而且随着技术水平不断提高，出现了很多全新的超声内镜技术，诊疗水平大幅度提高。结论：将超声内镜应用在消化系统疾病的诊断中，可以更好地帮助医生确定病情，提高诊断准确率，随着技术水平的提高，可诊断的病情范围也逐渐扩大，值得推广。

【关键词】超声内镜；消化系统疾病；临床诊疗；诊治手段

引言

近几年来，消化系统疾病不断增加，发病率也逐渐提高，加强消化系统疾病的诊断准确率是消化内科的重点工作。这一疾病的类型较为特殊，分为肿瘤性和非肿瘤性，会对患者产生不同程度的影响。内镜技术水平的不断提高，打造出集合超声和内镜于一体的超声内镜，已经成为消化系统疾病中重要的诊疗手段。

1 资料及方法

1.1 一般资料

从某医院近两年内收治的消化系统疾病患者中随机抽取 110 例患者，按照超声内镜和胃镜两种检查方式进行分类，在此基础上，采用回归性病例分析和实际调查分析两种方式，收集相应的数据指标，保证数据信息准确性，确保分析结果的可参考价值。其中女性 45 例，男性 65 例，年龄 25-65 岁。

1.2 具体方法

110 名患者均先通过普通电子胃镜检查，初步确定消化系统疾病的具体部位、大小，然后采用超声胃镜检查，分别通过 7.5MHz 和 12MHz 两个超声频率，确定具体的病灶情况。在检查前 15min 分别肌肉注射 10g 的地西洋和山莨菪碱，根据检查位置的不同，采用的方法也存在一定的差别，以确保能够展现出最佳的超声图像，常见的方法为：胃内注水法、水囊法、直接接触法。

2 结果分析

110 名患者中仅有 2 名患者因食管狭窄无法入镜失

败，检查成功的 108 名患者中，发现了 105 例病变，诊断准确率 97.2%，普通胃镜检查中发现病变 77 例，诊断准确率 71.2%。从表 1 中的数据来看，超声内镜诊断准确率明显高于普通胃镜检查。

表 1 两种方法的检查结果比较

诊断结果	确诊数	诊断准确率	
		超声内镜	胃镜
食管病变	27	24 (88.9%)	20 (74.1%)
食管平滑肌痛	15	13 (86.6%)	11 (73.3%)
食管息肉	11	9 (81.8%)	7 (63.6%)
椎骨压迹	4	3 (75%)	2 (50%)
胃部病变	52	50 (96.1%)	44 (84.6%)
胃溃疡	8	8 (100.0%)	6 (75.0%)
胃息肉	18	18 (100.0%)	16 (88.8%)
胃底静脉曲张	14	14 (100.0%)	12 (85.7%)
胃外脏器压迹	3	3 (100.0%)	2 (66.6%)
胃间质瘤	9	9 (100.0%)	7 (77.7%)
胰腺病变	17	15 (88.2%)	7 (41.1%)
胰腺囊肿	7	6 (85.7%)	3 (42.8%)
慢性炎症	10	9 (90.0%)	4 (40.0%)
十二指肠病变	10	9 (90.0%)	4 (40.0%)
十二指肠球部息肉	3	3 (100.0%)	2 (66.6%)
十二指肠降段息肉	7	7 (100.0%)	4 (57.1%)
合计	110	105 (97.2%)	77 (71.2%)

3 讨论分析

从表 1 中的数据中可以看出，超声内镜在多项检测中，准确率可以达到 100%，诊断准确率极高，表明其在消化系统疾病诊断服务中具有极高的应用价值。目前，较为常见的为超声内镜对比增强技术 (CE-EUS)、超声内镜弹性成像技术，二者都是在超声内镜技术上研发而来的。超声内镜对比增强技术 (CE-EUS) 是借助微

泡态造影剂进行分析,借助微泡态的背向散射信号进行检查,确认发病位置以及周围情况,继而有针对性地实施治疗。超声内镜对比增强技术还可以进一步划分为超声内镜彩色及能量多普勒对比增强技术(CD-EUS)和超声内镜谐波对比增强技术(CH-EUS),这两种检查方式都在一定程度上弥补了CE-EUS中存在的问题。超声内镜对消化道疾病诊治中应用较为广泛,一些新型技术诊断准确度也进一步提高,不仅满足了消化道疾病进一步治疗的需求,同时也为患者降低了治疗压力。比如,彩色多普勒超声内镜、三维超声内镜、超声内镜声像图组织定征以及超声引导定位,不仅可以对消化道疾病进行诊断,还可以展开一定的介入性治疗。以超声内镜在消化系统肿瘤中的应用为例,消化道黏膜恶性肿瘤、消化道黏膜下肿瘤、胰腺癌、胆囊疾病等诊断上都有着良好的效果。

第一,消化道黏膜恶性肿瘤的诊断。超声内镜是检查消化道恶性肿瘤的最优选择,也是判断肿瘤局部分期最有效的方式。根据肿瘤浸润深度进行分期, T_1 时肿瘤主要出现在超声回声的第123层,分别对应黏膜层、黏膜肌层和黏膜下层,一般不会超过第三层。进入 T_2 时肿瘤主要也是在前三个超声回声层,同时会涉及第4层的一部分,但不会超过第4层。 T_3 时,恶性肿瘤细胞完全侵入到第4层,逐渐进入到第5层, T_4 时,恶性肿瘤会完全侵占腔壁,甚至会威胁到附近的器官和组织。

第二,消化道黏膜下肿瘤的诊断。在普通胃镜下,消化道黏膜下肿瘤仅表现为局部隆起,粘膜结构也是正常显示的,很难获得准确的病理活检结果。但是超声内镜不仅可以清晰地展现出消化道壁的结构层次,还可以显示出消化道壁内病变以及壁外病变的情况,包括病变的起始位置、病变范围以及浸润深度。消化道黏膜下病变所涉及的肿瘤和非肿瘤性病变,不同肿瘤在超声影像下表现出来的效果不用,如果是恶性肿瘤那么病灶较大,而且呈现出分叶状,表面伴有溃疡、不光滑。病灶内部会出现不均匀的回声,或者有液化的状态。

第三,胰腺癌的诊断。近几年来,胰腺癌的发病率明显提高,作为消化系统疾病中恶性程度较高的类型之一,诊断和治疗都较为困难,也是最早引入超声内镜技术之一。胰腺癌诊断主要是利用超声声像图变化及EUS引导下的肿瘤穿刺病理活检。具体表现为肿瘤部位胰腺肿大,病变部位呈结节状、团块状,边缘不规则,边界较清楚,多为低回声实质肿块,部分为混合回声或高回声。此外,如果出现了胆道扩张、主胰管扩张或浸润性闭塞、胰腺周围血管、淋巴及组织浸润等情况也可能是胰腺癌的表象。研究表明,超声内镜在胰腺癌诊断上特异性较强,尤其是部分半径超过0.5cm的胰腺癌患者。

第四,胆囊疾病的诊断。除了上述三个方面的诊断之外,在胆囊类疾病上也有着良好的应用。具体表现为隆起型、团块状或者不规则形回声区。浸润型胆囊壁厚不均匀,而且壁内层次清晰度较差。混合型胆囊回声不均匀,底部胆囊壁有浸润性异常,实质肿块影。虽然E-EUS在胆囊腺瘤检测方面能力较弱,但在胆固醇息肉的检测上效果加强,灵敏度与特异性分别为85%和75.6%,因此也将其用于胆囊腺瘤与胆固醇息肉的首选诊断方式。

除了上述几个方面之外,超声内镜在消化系统其他类疾病中也有广泛性的应用,包括判断消化性溃疡的深度及愈合程度、慢性胰腺炎诊断、炎性肠病等,可以配合术后复查工作开展,查看术后治疗情况。总的来说,超声内镜技术依然在不断创新的过程中,在治疗消化系统疾病患者过程中具有着无法替代的作用,尤其是在新的超声内镜技术出现后,诊疗手段会进一步得到提高。比如,超声内镜引导的共聚焦激光显微镜检查技术可以对不同部位的种类展开更加详细的分析,为后续的诊断提供支持性证据,尤其是一些良性病变的证明上发挥着极大的作用。超声内镜引导的共聚焦激光显微镜检查技术,简称CLE技术,可以穿透黏膜表面下的100mm组织,放大1000倍的细胞和亚细胞结构,进而对消化道内组织实现光学模拟病理组织活检。在尤其是n-CLE技术在浆液性囊腺瘤诊断的准确性为87%,为治疗方案的确定提供参考,甚至可以说直接决定了方案的具体细节。但是,超声内镜引导的共聚焦激光显微镜检查技术的灵敏性较低,还需要得到进一步完善。未来,超声内镜技术会和消化道系统疾病形成更加深层次的合作,切实提高消化道疾病的治疗效果和治理质量。

总结

综上所述,近几年来,消化系统疾病的发病率居高不下,严重威胁到了患者的日常生活和身体健康,超声内镜作为临床诊疗上常见的技术手段。其具备双重功能,利用内镜和超声探头在观察病变的同时,对胃腔和周围脏器进行全面扫描,得到完整的超声图像,为后续的诊断和治疗方案确定提供了更加准确的信息。

【参考文献】

- [1] 孙悦,秘建威,赵东强.超声内镜技术在消化系统疾病诊断中的应用[J].中华超声影像学杂志,2018,027(004):364-368.
- [2] 刘爱斯.超声内镜在胃肠道疾病中的应用[J].人人健康,2018(24).
- [3] 杨文字,梁坚.超声内镜技术在消化道疾病诊疗中的应用进展[J].海南医学,2018,029(021):3096-3099.

浅析我国急诊医学发展的问题及思考

李雅

常超医疗技术有限公司 山西太原 030001

【摘要】自1979年起,急诊医学正式成为医学专业领域的第23个专科。1983年,我国第一个急诊科在北京协和医院成立。目前我国急诊医学目前还处在发展阶段。急诊医学服务体系(EMSS)涵盖了院前急救、灾害医学、院内急诊及加强治疗等领域。急诊医学在发展中体现出与其他二级学科不同的时间重要性、特殊的临床决策思路、与突发公共卫生事件的密切关系等特点。回顾我国急诊医学发展历程,找出了我国综合性医院急诊科的现状和所存在的问题,分析了我国急诊医学发展落后的原因,提出了促进我国急诊医学发展的一些新思路。

【关键词】急诊医学; 专业特点; 发展

引言

急诊医学是20世纪70年代以后逐渐形成的新的临床医学专业,是医学领域中一门新兴的跨专业的边缘学科,也是一门多学科的专业。急诊医学的形成和发展是社会经济发展的需要和临床医学发展的必然结果。世界上多数国家认可急诊医学是一门独立的临床医学二级学科。急诊医学主要是研究外伤和突发医学问题的发生发展规律,研究的对象即为发生外伤和突发医学问题的患者;研究的主要内容:患者的转运、分诊、初始评估、稳定、诊断、治疗和预防决策,以及急诊医学教学和管理等方面;研究的领域包括:院前(现场急救)、医院急诊科(急诊患者的处置)、危重病监护室(危重症患者的复苏、初始评估和稳定)、灾害医学应急预案、中毒救治和预防等。由上可知,急诊医学是一门非常有特色的医学专业学科,急诊医学的水平在一定程度上综合反映了一所医院甚至一个国家临床医学的总体水平。本章的主要内容是探讨我国急诊医学的专业特点,认识自身的不足和优势,更有利于今后的长久进步。

一、急诊医学的发展史

急诊医学发展历史相对比较短。在急诊医学成为一门独立学科之前,临床各学科均有各自的急诊专业组,进行本专科患者的急救处理。但随着医学科学的进步和全球城市化的快速发展(对急诊医学的需求迅猛增加),发现上述模式已经不能适应人们日益增加的健康保健的需求,因此在政府的支持下,急诊医学服务体系(EMSS)和急救网络日趋完善,院内急诊科作为急诊医疗的主体也在政府和医院的支持下发展壮大,形成有自身特色的理论、教学和管理体系以及独特的运行模式,在这样的

背景下急诊医学作为一门独立的二级临床学科诞生了。急诊医学的产生和发展是医学科学进步和社会需要两个重要因素促成的。急诊医学作为一门独立学科尽管存在时间并不很长,但急诊作为一种医疗现象却是和临床医学与生共存的。

不过追溯中国急诊医学发展的历史,可谓源远流长。中医经典《内经》早已准确详细地描述了现代常见急症,如“心绞痛,晕厥,猝死”的临床表现,分别称之为“卒心痛,暴厥,卒死”;隋代巢元方的传世巨著《诸病源候论》则对多种急症有详尽叙述,对其胸痹之描述囊括了现代急性冠脉综合征的各种临床表现;我国在魏晋时代就已经用针刺人中穴位的方法对昏迷患者进行急救,在外伤的手术处理中,东汉时期(公元200年)就已经用“麻沸散”进行麻醉,所以,中国从古代即有十分发达的急症治疗学,从骨折固定到“麻沸散”应用,用针刺治疗昏迷、昏厥,至今仍在发挥积极的作用,这是我国医学先辈对人类的贡献。

二、我国综合性医院急诊科的现状和急诊医学发展存在的问题

我国急诊医学的发展是不平衡的,有些医院急诊科发展得很好,但大多数医院急诊科还是存在着一系列突出矛盾和问题。总的来说,急诊事业的发展与经济社会发展和人民的需求相比还存在很大差距,急诊医疗服务体系(EMSS)不完善,严重影响了应对突发公共卫生事件的能力。

(一) 急诊救治水平较低,急救功能不到位

大多数医院急诊科存在着一系列突出矛盾和问题,最直接、最集中的表现就是急诊救治水平较低、急救功

能不到位,其最终结果都将是贻误抢救时机而不利于伤病员。急诊医师的专业特点表现在“急症”和“抢救”两个方面,然而由于大多数医院急诊科没有急诊ICU,没有设立急诊手术室,没有设立急诊病房,其现状只能是停留在目前只能诊,不能治的状态,仅仅承担分诊收容的任务。在应对急危重症的抢救,在应对突发公共卫生事件时,急诊医师不可能有较高的救治水平和临床能力,难以履行急诊科的职责和发挥急诊科应有的功能。

(二) 生命的急救具有很强的时间性

急救时,医护人员应迅速敏捷,判断准确,救治及时,有条不紊。由于急诊患者发病时间不固定,且医务人员与病人接触时间短暂,因此要求医护人员迅速作出初步诊断并实行有效急救措施,充分体现“时间就是生命”确实相当不易。

(三) 急诊科缺乏急诊专业固定人员

急诊医学是一门年轻的学科,专业固定医师为数不多,基本上是从内、外等科室靠行政命令或“拉郎配”调到急诊科担任专业固定医师的,未接受过急救专科训练。大部分医院急诊科医师采取各专科科室抽人轮转的方法来急诊科工作,由于变动较快,人员不固定,因此不能有效管理,使科内无法实施业务学习、教学、科研和人才培养等一整套计划,更不用说提高救治水平,有效应对突发公共卫生事件了,最终将阻碍急诊医学的发展。因此,急诊医学专业医师的缺乏仍是一个突出的问题。

(四) 患者过于复杂

急救医学的对象是人,鉴于患者的健康基础不同,年龄悬殊大,病史叙述不详以及疾病种类复杂,且病情发展不同;而医务人员专业知识、工作经验和技术水平又参差不齐,必然增加了急救医疗工作的复杂性。

(五) 培养我国急诊医学专科医师任务的艰巨性

我国的急诊医学理论体系尚未成形,但在临床实践过程中,国际上急诊医学的理论体系已日趋完善,研究范畴也渐明确;同时也不乏权威性的急诊医学教材,我国培养急诊医学专科医师的困难在于:如何培养我国急诊医学专科医师?这是一个系统工程,需要各种配套制度(包括人事制度、住院医师规范化培养制度、福利制度、考核制度、准入制度等等),合格的急诊住院医师培训基地,需要完备可行的教学计划(如核心课程是什么?),而我国目前还没有正规开展急诊医学专科医师培养计划。

(六) 医院条件有所不同

由于各类各级医院的性质和任务不同,医疗设备、技术力量、人员素质、管理水平和抢救条件都有所不同,

故救治水平高低质量优劣是受诸多条件影响的。虽然经济的发展和人民群众对急诊医疗服务的要求越来越高,但急诊医学的发展速度却落后于社会 and 经济发展,突出表现在急救场地狭窄,条件简陋,合格的专业人员奇缺。

三、急诊医学的未来发展探讨

21世纪的急诊科已不再是过去的“分诊科”和“中转站”了,它应该是以急危重症抢救为主的自成体系的独立学科。急诊医务人员是危急重症,疑难杂症的第一线服务者,他们要掌握基本抢救措施和领先应用最新的抢救技术,这就要培养出一大批合格的且志愿献身于急诊事业的专业化队伍。

(一) 必须具备很强的团队精神

从事急诊医学工作,每天都要跟很多部门打交道,如内科、外科、妇儿科、感染科、放射科、检验科、医政部门、公安部门等;要处理好各种复杂人际关系,如医患关系、医护关系、医生与医生间关系、与上级领导、其他科室同事关系等。如果没有很强的团队合作精神,很难展开急救工作;如果没有处理好各种关系,整天处在紧张状态,别的同事也不与其合作,工作的效率可想而知。临床工作中难免会磕磕碰碰,遇到不顺心的事,这时急诊医生可采用深呼吸等自我调节措施,及时调整心态,切记不要把情绪带到临床工作中去。急诊医生应该具备良好的团队精神,这是急诊医生必须具备的三大技能之一(另两个为临床技能和沟通交流的技能),也是考核急诊专科医生临床工作能力的主要指标。

(二) 定期进行培训

急诊医师应有计划地举行短期培训或定期到相关科室轮转(既可提高专科水平,又可解决地市级某些急诊科暂不能完成的晋升必须的抢救病历问题),开展多种形式的继续教育,加强学术交流和讨论,使急诊医师的知识不断更新,从而进一步提高急诊医务人员专业化、知识化程度,提高工作效率和急诊医疗质量。同时,急诊科不能只停留在实施心肺复苏等一般性抢救措施水平上。应承担并完成休克、出血、各种急危重症的救治以及多个脏器功能衰竭的早期诊断和救治,要能熟练掌握深静脉穿刺、气管切开、气管插管、血液灌流,甚至临时心脏起搏、脑血肿穿刺减压等治疗技术;只有这样,才能在病情危重复杂的患者面前游刃有余地加以抢救治疗。

(三) 加快发展我国急诊医学高等教育

加快发展我国急诊医学高等教育,培养大批合格、高素质的急诊医学专门人才,必将促进我国急诊医学的可持续发展。我国在经济全球化进程中,不仅在经济诸

领域中与国际接轨,急诊医学高等教育也应与国际接轨。急诊医学高等教育应当与社会经济的发展相适应。“学科是基础,人才是关键”,人才是急诊医学发展的关键。全国大多数医学高等院校本科教育应开设急诊医学课程,要把急诊医学作为医学生的必修课程列入教学计划,医学院校在其附属医院急诊科的基础上,积极组建急诊医学教研室,精心制订教学大纲,统编高等医学院校《急诊医学》本科教材。扩大大学本科急诊医学专业教育,是发展我国急诊医学的重要基础工程。有条件的高等医学院校应建立急诊医疗系来正规地进行系统教学。继续办好急诊医学专业硕士生点,并应有率先在我国建立急诊医学专业博士研究生点的高等医学院校。

(四)政策支持,待遇留人,切实稳定壮大急诊医学队伍

急诊医学的发展进步,归根到底依赖于一支高素质的急诊医学队伍。如何发展壮大急诊医学队伍?“学科是基础,人才是关键”,而人才培养是一个系统工程,它不仅包括专业上的培训,社会舆论上的关怀理解,医疗行政管理部门对急诊医学的重视和关心,更需要从政策上给予支持。中华医学会急诊分会原主任委员樊寻梅在2000年就公开呼吁:

1. 给予急诊科医务人员与其劳动付出所相应的经济报酬;
2. 在职称晋升方面应有相应的考评专家系统或晋升规定,不能由其他专业代办;

3. 成立法律救助中心以保护急诊医务工作者人身安全,或卫生行政部门适当立法以保护急诊医学工作人员的正当权益;

4. 规范急诊科医务人员建制(如编制,设备配置,工作范畴和任务,使急诊科成为一个独立的自主科室)。

结论

虽然急诊医学是一门新兴学科,但却是一门临床医学的主要学科,它与传统专业的关系是分工不同、各专业是互相补充和衔接,各有侧重,但不能互相替代,虽然经过二十年的发展,急诊医学已初步显现了自己独特临床专业特点,但它仍然处于成长过程中的婴儿阶段,要使其发展壮大,必须给以爱护、扶持。这就要求我们的政府,我们所在的医院,充分认识急诊医学在临床医学中的位置,从政策上给予支持,制定相关的准入制度、专科医师培养制度、福利待遇制度、风险分摊制度等,促进急诊医学在我国的发展。

【参考文献】

- [1] 于学忠. 急诊医学的发展与发展中的急诊医学[J]. 实用医院临床杂志,2012,9(01): 1-5.
- [2] 崔华中,邓利芝,陈丽卿,康黎军,韩溟,徐小莉. 对我国急诊医学发展的思考与探讨[J]. 中国医院管理,2004(12):39-41.
- [3] 程立顺. 急诊医学的历史现状与未来发展[J]. 安徽医学,2003(02):62-65.

浅谈医学现代性危机的根源

刘平

和谐医疗有限公司 贵州六盘水 553537

【摘要】现代医学形成了医学的商业化，变成了对医药的拜物教；医学技术现代化，形成了医生对医学技术的依赖症；医学技术标准化，医患都迷恋检查数据标准；而病人对医疗技术化的崇拜，导致了过度的医疗；造成头痛医头脚痛医脚，出现毒副作用、误诊等现象；最终形成了把人当作物来看待，缺乏人文关怀，从而导致医患矛盾突出，医患关系异常紧张，造成医学现代性危机的根源：一是医学经济化的危机；二是医学伦理上的危机；三是医学思维方式的危机。

【关键词】医学；医学现代性危机；根源

现代医学巨大进步所派生的关于医疗、卫生、健康的社会心理期许越来越高，医学的生活化，卫生、健康概念的扩大化，使得医疗、卫生、健康的标杆越抬越高，几乎接近于人类幸福的境地，使得现代医学（医生）越来越身心疲惫，不堪重负。

1 现代医学的本质

现代医学的本质已经远离了医疗的初衷，忘了根本，不再是“以人为本”的救死扶伤实现人道主义的医学初心；而成了追逐利益，依赖技术主义，毫无温度的治疗。

医学的商业化，形成了“医疗的拜物教”。马克思在《资本论》中就批判在资本主义发展的过程中，人们不断地创造物质财富，丰富了人们的日常生活，但人们又跪倒在造物脚下，从而走向了“商品拜物教”“货币拜物教”。在医学领域里，我们把它叫做“医疗拜物教”。医生完全相信药物、完全相信医疗器械，实际上，现代的医生不使用这些机器还真看不病了；病人完全相信现代的药物和医疗器械，小小的感冒就使用抗生素，认为现代药物可以药到病除，医疗器械可以窥见人体的一切疾病、可以查出所有引起疾病的罪魁祸首。

医学技术现代化，形成医学设备依赖症。本来通过望闻问切就能解决的问题，医生却要让人做CT、磁共振才行。“医学技术主义的兴起，使客观、冷峻的医学替代了充满人文温情的医学，生命整体被肢解为脏器、组织、分泌物、数据、标本和基因，它们占据了医学的每一个细胞；医生过度依赖高科技检验，热衷各种新技术新技巧的掌握，漠视医疗科技衍生出来的伦理问题。”仪器的检查是一时的，比如癌细胞等，而人体是一个动态系统，是时刻变化的，人体的免疫细胞也会杀死癌细胞，仪器是查不出来的。

医学技术标准化，迷恋检查数据标准。被炒作的癌细胞标准、糖尿病指标标准、血脂标准、骨质疏松症标准、乳腺癌标准等等，都是出于药商集团利益制定出来的。用德国尤格·布莱克在《无效医疗》对骨质疏松症的标准的制定来说明这个问题。文中讲：骨质的老化过程要到怎样程度才算病态呢？法国的罗乐基金会、美国的史密斯克林公司和瑞士的山度士制药公司认为：骨质密度落在标准以下20号~35号，或是标准偏差值低于2.5者。由于这项决议，在70~79岁的妇女中就有31%属于骨质疏松，80岁以上者则有36%。就连骨质密度的稍微偏差也被盖上某种印记：在标准以下的1~2.5标准偏差值被称为“骨质减少”，即“骨质萎缩的早期症候”。

病人对医疗技术化的崇拜，导致的过度医疗。好像使用高技术医疗设备就是身份的象征一样。正如，鲍德里亚在分析消费社会的医生和病人的关系时，医生被病人当成了行使忏悔仪式的巫师或教士。人们的生活越富有，越看重自己的身体，身体成为了要救赎的物品，身体没了，这一切荣华富贵不都化为乌有了吗？因而对财富地位的崇拜转化为对健康的崇拜，而这种崇拜仪式的完成就是在医生的诊所进行的。“借助身体表现的中介，就像借助名望的财富一样，变成了对地位的功用性苛求。由此，它进入了竞争性逻辑，并且表现为对医疗、外科、药剂服务的无限要求与身体（部分的）物品的自恋式投入相联系的强制性要求，与个性化及社会流动进程相联系的地位要求—这种要求，无论如何，是现代主义人权的外延、是自由权及财产权的补充，与‘健康权’只剩下一种遥远的关系。如今，与其说健康是与活下去息息相关的生命命令，不如说它是与地位息息相关的社会命令。”

头痛医头脚痛医脚，存在误诊现象。心坏换心或用心脏搭桥技术来恢复血液供应。肝坏换肝，切肝的时候，

碰到了胆,结果病人因胆破裂而死亡。剖腹产,把胎儿的身体划破了;把手术刀、纱布等遗忘在患者体内,造成二次手术的情况时有发生。有一患者,才18岁,感到膝盖酸,去医院检查,查出尿酸高,但只是膝盖痛,没有痛风的症状,医生让服用了别嘌醇片,开始出现腹泻、恶心、呕吐等症状;服用一段时间后,结果出现肝细胞坏死、精子减少及神经损害症状,尤其是对肾脏的损伤,最后得了肾病和肝病。

缺乏人文关怀,把人当做物来看待。为了赚钱,还进行“心理伤害”,比如,患者得了腰椎间盘突出症,医生会说,快动手术吧,不然的话,要不了多久下半身就要瘫痪的。病人都崇拜医生,就听医生的,动手术的效果实际上也不是很明显。医学人文精神的丧失使医学技术主义大行其道。医生不再把患者当成活生生的可以对话交流的人,而是把患者当做像工厂里工人操作的机器一样来对待。

2 医学现代性危机的根源

医学的现代性危机是随着资本主义社会发展而形成的,追逐高额利润和剩余价值,把医院作为牟利的手段。医学现代性危机的根源主要体现在以下三大方面:

医疗经济化的危机。高昂的医疗费用,越来越多的先进医疗仪器的使用,过度的药物治疗,变成了经济上负担不起的现代医学。随着医学技术的飞跃发展,看病不再是望闻问切,而是通过各种检查和检测的仪器和机器,过多的仪器检查,过度的药物治疗等,使医疗经济化。“拜金主义”“金钱万能”的社会思潮渗入医疗领域,使医务工作者私欲膨胀,整个利益集团都想从中牟利。甚至有些人,以此作为发财的机会,从莆田系从事民营医疗行业就可以看出端倪。魏则西事件,充分说明了医疗事业如果只顾经济利益,就会对人民生命造成危害。

医学伦理上的危机。现代医学违背医学伦理中病人利益第一、尊重病人、公正三原则。一是整个医疗过程缺乏人文关怀。在现代医院里,患者就像工厂流水线上的零件,医生就像操作工,不得不很快地完成任务。整个医疗过程,患者接触的都是各种检验单、化验单和冷冰冰的仪器和机器。二是医患失去互信。医生为了医院和自身的利益,做各种各样的检查。把检查作为以后医患冲突的证据,同时这些检查又能为医院创收。甚至有时还把没病说成有病,把不重的病说成是严重的病。三是医学本质和目的的异化。忘了医学的初心、以人为本、呵护患者,救治、护理、帮助、关怀照顾才是医学的核心和根本。有些医院不再做行善的事业了,而是把追求医院的收入和效益放在第一位。

医学思维方式的危机。现代医学是机械论的生命观,

把人体的各个系统和器官孤立地看待,消解了各系统和器官相互之间的联系,不懂得“肝胆相照”,所以,“头痛医头脚痛医脚”;他们忽视了人体的自组织能力和整体的免疫能力,很多病人是被现代医学“合法杀死”的。西医以笛卡尔哲学为基础,靠机械论思维,认为“人体是机器,疾病是机器失灵,医生的任务是修理失灵的机器”,其研究问题偏重于结构还原、解剖分析和实验比较。他们一般是把事物分解成若干个部分,抽象出最简单的因素,然后再以部分的性质去说明整体的复杂事物。19世纪初,细胞学说被提出,到19世纪中叶,德国病理学家菲尔肖倡导细胞病理学,将疾病研究深入到细胞层次。在这一医学思想指引下,西方医学研究,重视微观实验数据,并将人体细化到细胞分子和基因层面。

西方医学在诊治中的思维方式是分析性思维。人体疾病的发生部位,通过各种现代仪器对身体相应部位进行检查和体液化验来做出判断,作为诊断结果和治疗依据。在临床治疗中也直接消除眼见的和实在的人体确定部位病变为目标,并采用有严格标准的药物进行化学治疗,或同时给予物理方法治疗,以排除这个部位器官的故障。因此,西药以生化、生理和病理的准确实验数据为依据,由单一或有限的几种人造化合物组成,药物的有效成分一清二楚,药量准确无误。

结束语

总之,现代医学的所有检查和治疗方法都是西方自然科学分析法的哲学思维方式,认为天下万物都是可以无限分割的。因为绝大多数检查所得的数据,绝大多数治疗的目标,都是结果而不是原因。现代医学认为,切除病灶,疾病就能根除了。所以,癌患者一听到得了癌症,就急于做手术。实际上,患癌的原因没有因手术的切除而消失,反而损耗了身体的自组织能力。现代医学把病毒往死里打,用化疗药物、激光来杀病毒,结果是癌病毒没打着,病人却被打死了。

【参考文献】

- [1] 李先进. 医学现代性危机的根源及对策研究[J]. 锦州医科大学学报(社会科学版),2019,17(06):8-11.
- [2] 杜治政. 用新的科学理念审视医学困境[N]. 健康报,2016-07-15(005).
- [3] 邵芳强, 杨阳. 重构“身体”: 问诊医学现代性危机[J]. 医学与哲学(A),2016,37(05):21-23.
- [4] 王一方. 现代性反思与好医学的建构[J]. 医学与哲学(A),2013,34(01):4-5.
- [5] 王华生. 中医学的张力及其限制[J]. 医学与哲学(人文社会医学版),2009,30(02):75-77.