

主委访谈

田兆兴：急诊救治是一场限时“接力赛”

● 本报见习记者 陈祎琪

“咱们先垫付，病人情况很危急，必须立即进行CT血管造影(CTA)检查，并实施抢救。”北京积水潭医院急诊科主任田兆兴对着电话另一头的急诊一线值班医生说。

此时已接近晚上9点，夜幕降临给了人们休憩的理由，但田兆兴却比白天更忙了。不过，他似乎早已习惯了这种连轴转的状态，没有一丝倦容。说起对电话里这位急诊患者的处理情况，田兆兴解释道：“患者是在京务工的农民，很可能是主动脉夹层，这种命悬一线的情况，我们不能因为他当下没钱就放弃抢救他，生命比钱重要。”

在田兆兴的心里，人们生病受伤已然不幸，如果到医院还得不到及时救治更是不幸中的不幸，“我们决不允许患者遭受两次不幸”。

急诊科医生是承前启后的一环

据世界卫生组织统计，全球约10%的死亡患者和16%的致残患者因创伤所致。我国创伤致死率比西方发达国家高1倍，作为社会劳动力主体的45岁以下死亡者中，有2/3由创伤导致。

“以积水潭医院新街口院区为例，每天急诊量四五百人，高峰期可达六七百人，这其中70%都与创伤相关。而多发伤由于伤及全身多个部位，给救治增加了更大的难度。”田兆兴表示，急诊救治是一场需多学科多人员通力合作的限时“接力赛”。

首先，分诊台护士需在有限的时间内，根据患者的病情严重程度进行快速分级。3级和4级患者程度较轻，一般在诊室按序就诊；2级危重患者和1级濒危患者程度较重，会被直接送往抢救室。

然后，急诊科医生会通过听诊器、超声、胸片、CT等专业体格检查和客观评价手段，确定患者的具体情况，从而进行二次分诊。比如，将诊断为脊柱损伤的患者转至脊柱外科，骨盆骨折的患者转至创伤骨科，肝脾破裂的患者转至普外科等。田兆兴说，“更专业的事情要交给临床专科，业内常说‘门诊看病，急诊救命’，我们的职责就是统筹全局，稳定患

者生命体征，并明确诊断。”

令田兆兴印象深刻的是一位产后28天的女患者，转诊至积水潭医院时表现出明显的急性下壁心肌梗死症状，但田兆兴与该院心内科团队会诊后，并未立即按此诊断给予救治。“我们考虑到患者没有冠心病的高危因素，又是育龄期，有激素保护，患心肌梗死的概率其实很低，加上有一点背痛，综合评估后，我们为她安排了主动脉的CTA检查，结果显示主动脉夹层。”

临床上，急性心肌梗死需行抗凝治疗，而主动脉夹层需在出血的局部快速止血，防止进一步撕裂。两者治疗原则截然相反，一旦误诊后果不堪设想。幸亏患者得到了明确诊断并及时手术，最终才得以获救。

田兆兴感慨，在急诊救治这场限时“接力赛”中，无论哪个环节出现问题，都有可能贻误患者的黄金抢救时机，从而让一条鲜活的生命陨落。“急诊科大夫作为承前启后的一环，只有通过细致的观察和客观的检查作出明确诊断，才能在千钧一发之际把患者从生死线上拉回来。”

创建多发伤MDT救治模式

田兆兴曾赴美国西雅图的华盛顿大学医学中心、港景医疗中心公派留学一年。在那里，他看到了中国创伤救治模式与西方的差距。

在西雅图，医院在接到多发伤患者的急诊电话后，所有相关科室，包括超声科、放射科等辅助检查科室的医生都齐聚在急诊科，做好所有诊疗准备。只要患者入院，就立即实施抢救。

“他们是多个大夫等一个患者，大家集思广益，综合评估、综合治疗，患者最大化获益。而我们的患者来到医院后需要先分诊，经过急诊护士、急诊医生、科室医生等一系列流程，救治时间就有点滞后了。而且美国的急诊不分内外妇儿，这让急诊医生的知识储备和技能更加综合，对于抢救非常有利。”田兆兴说。

在“西雅图救治模式”的启发下，田兆兴提出创建多发伤MDT救治模式。

一方面，加强科室之间的交流沟通，打破过去“不相往来”的困局，杜绝科室互相推诿导致延误患者抢救的情况出现。另一方面，推动急诊科医生向全科医生成长，提升其急救技能。

“创伤科看局部，急诊科看全部。患者是否存在骨盆内骨折、气胸、膀胱破裂、肠道破裂等症状，这都需要我们做判断。很多重症患者死于气道问题，现在急诊科大夫参与多发伤抢救后，一旦需要插管，我们立即就能操作，这弥补了创伤科大夫的短板。”田兆兴说。

目前，全国多发伤救治都处于起步阶段，田兆兴带领团队也正在探索。作为中国人体健康科技促进会创伤急救专业委员会主任委员，他组织专委会开展了多发伤救治培训，以推动各地医院的救治水平均衡发展。未来，田兆兴还希望能以医联体的形式和基层医院有更密切的沟通与合作。

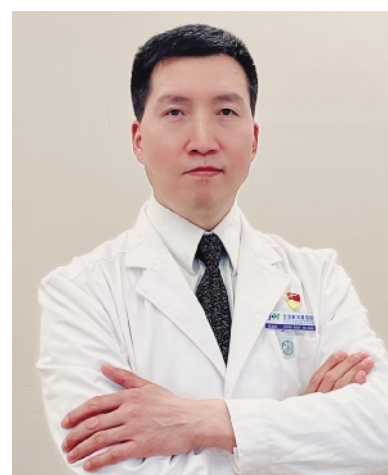
“一花独放不是春，我们有责任为全国创伤急救水平的提升做点实实在在的事情，期待早日看到‘百花齐放春满园’的迷人景色。”田兆兴说。

热爱可抵岁月漫长

田兆兴是有急诊情怀的。从一开始进入医学院校，急诊科医生就是他的首选，而非命运的“调剂”。他的伯父曾是一名赤脚医生，跟随伯父问诊的童年经历让他看到了老百姓看病的不容易，从医的种子自此在他心中生根发芽。“人身上哪儿都可能生病，想切实为病人解决问题，知识面越综合越好。”在这种考量下，田兆兴以第一名的专业成绩毅然报考了急诊医学研究生。

急诊累、风险高，这些田兆兴早就有心理准备。真正体验以后，他还是认为“没有超出我的心理准备”“没觉得不能承受”。从华中科技大学同济医学院附属同济医院到北京大学第三医院，再到北京积水潭医院，他一直坚定且乐此不疲地做一名急诊科大夫。

如今的他尽管已走上管理岗位，担任急诊科主任，仍然整日奔波于积水潭医院的三个院区。就算没有排班，熬大夜对他来说也是家常便饭。



名医简介

田兆兴：北京积水潭医院急诊科主任，医学博士，主任医师，教授。任中国人体健康科技促进会创伤急救专委会主任委员、中国医药教育协会胸痛专委会副主任委员、中华医学会急诊医学分会临床技术培训学组委员、中法急救与灾难医学合作中心专家组成员等，任《中国临床药理学杂志》编委和《CMJ》、《Plos One》、《BMJ Open》、《临床急诊杂志》等学术期刊审稿人。

在新街口院区，他曾连续住了一个星期，保证急诊工作有序开展；龙泽院区开业初期正值寒冬，科室设置不全、团队尚未磨合，他就忍着寒冷，在暖气不足的办公室里住了十天十夜，被同事调侃“天天入‘冻’房”。

“身在管理岗，不是为了享乐，而要以身作则，给科室里的同事树立一个榜样。”田兆兴表示，自他任职主任后，科室查房由每月一次改为每周一次，所有医生都要针对经典案例发表观点，针对重点病人讨论治疗方案。“老百姓是因为信任你才来这儿看病，我们要对得起这份信任。”

对于科室里的医生护士，他不吝表扬，也直言不讳地批评。“涉及共性问题，我一般会公开批评，不是为了让人难堪，而是希望大家吸取教训，共同成长。”田兆兴说，医生要干好这一行，首先要有医术，这是从医之基；其次要有仁心，这是从医之本；最后要有沟通的艺术，这是从医之魂。

初到积水潭时，田兆兴的头发还是满头乌黑，如今青丝变白发，但他的初心不曾褪色。不论旁人看来这条路如何艰辛、如何荆棘，他总是淡然一句“一路走来我都觉得挺好的”。对他而言，热爱可抵岁月漫长，专注可抵艰难险阻。