

特稿 243

解放路医护前线

本报记者 邹佩然



浙大二院解放路院区急诊中心一楼,医护人员正在A区对病人进行急救。

17点30分,距离正式上班还有半个小时,柴晶晶已经抵达了位于杭州市上城区解放路88号的浙江大学医学院附属第二医院解放路院区。

那是临近马年春节的一天,但在柴晶晶工作的急诊医学科,运转节奏从不因周末、节假日发生改变。推床来来去去,人声时起时落,各类仪器发出的规律或不规律的声响更是这个空间里几乎从不停歇的背景音。

“开始交班了。”白班护理组长拿着留抢救病人日报表走到柴晶晶身旁——交代说明。“16床,17点时用了药,目前生命体征平稳;加22床,全身多处外伤,已经做了CT检查,护理记录刚整理好……”

一天24小时,全年365天,浙大二院解放路院区急诊中心大楼的灯都亮着。在那里,根据排班表,医护人员一批接着一批无缝衔接。当天,柴晶晶是急诊中心一楼前夜班的护理组长。从18点到第二天凌晨1点半的7个半小时里,她要和同事一起为随时到来的病人提供急需的诊疗照护服务。

全院都满了

接完班回到护理站,柴晶晶第一件事是打电话。“您好,现在留在急诊抢救室的病人比较多,请总值班老师一起帮忙分流一下。”电话那头传来答复:“马上下来。”

柴晶晶刚拿到的留抢救病人日报表上,密密麻麻地写着患者的姓名和诊断情况,年龄跨度从12岁到91岁。由于白天接收患者多,核定20张的床位早就不够用,8张加床“见缝插针”地利用了每一寸可用的空间,有的摆在走廊边,有的占了过道的一半,有的挤在两张固定病床之间。

在急诊医学科工作了15年,这样的场景,柴晶晶时不时就会见到。

浙大二院解放路院区急诊中心一楼主要由A区急诊复苏室、B区抢救室、C区急诊诊间三部分组成。根据预检分诊情况,症状较轻的患者会被引导至C区就诊;病情危重的患者送至B区对症治疗;有生命危险的患者则直接在A区接受紧急救治。

按照正常流程,A区和B区的病人如果经初步处置病情得到控制后,下一步治疗就该由相对应的专科接手,急诊抢救室则腾出人力物力接诊新的患者。但在现实中,急诊抢救室患者的分流既需要专业知识,又需要沟通艺术。

浙大二院是浙江省最重要的三级甲等综合性医院之一。包括急诊医学科在内,该院大部分科室每天都有大量患者就医。在床位有限的情况下,病人“收不下”是常见的现象。由于急诊医学科多病情复杂或伴有基础性疾病的患者,单一专科往往难以收治,这也加剧了病人在急诊中心滞留的情况。“加床超过10张是常态,有时候光是交班都要花一个多小时。”柴晶晶说。

为了提升床位利用率,浙大二院于2010年开始实行“全院一张床”管理模式。白天由床位协调中心负责统筹各科室床位;下班时间,相关工作便移交至急诊医学科,由专人根据全院病房动态进行调配。当晚,柴晶晶就是那个“专人”。

虽然有权限,但经验老到的柴晶晶很清楚,想要在夜间快速腾出床位,必须借助总值班人员的帮助——他们是非办公时间医院最高行政协调指挥中枢。

“这个病人病情属神经内科,之前情况不稳定,现在希望专科医生重新评估,看能不能收下。”“这个病人要分流的科室满床了,能不能跨科收治到附近楼层的空床位,仍由原科室负责诊疗”……

在柴晶晶与赶来的总值班人员沟通时,白班的责任护士詹芬芳正在护理站里飞快地敲击键盘——下午病人太多,她的护理记录还没整理好。

护理站位于B区中间位置,旁边就是一张张病床,上方有一排窗户,天一黑便蒙上不变的墨色,让人分不清是晚上七八点还是凌晨三四点。大多数情况下,詹芬芳和同事的下班时间也像这样模糊不清,什么时候把上一班工作全收尾了,什么时候才算真正“到点”,尤其是病历,这关系到患者后续治疗,我们得负责”。

经过总值班人员协调,5名患者顺利分流,但这一“成果”没能维持多长时间,随着新的患者不断到来,更多加床序号开始出现在病人信息之中。

几个小时后,一位医生匆匆走到护理站,“住院部还有床位吗?”柴晶晶摇摇头,目光扫过已把B区塞得满满当当的33张病床,“全院都满了,再等等吧”。

确定的不确定性

22点,一位误吞鱼刺的79岁女性患者被推入B区。初步检查显示,鱼刺卡在病人食管下段,紧挨着一条主动脉。“用内镜操作时,一旦伤及主动脉就可能引起大出血,这个病例得叫‘二唤’。”消化内科值班医生看过报告后表示。

浙大二院急诊医学科是国内最早提出“二线急诊”的科室。在那里,“一唤”是主治医师,12小时一班,守着诊室的第一道防线;“二唤”为副主任及以上级别医师,24小时一班,作为后盾为急诊棘手的问题兜底。

31岁的陶佳伟是当晚急诊医学科的“一唤”之一。“这类特殊的食管穿孔,需要外科和消化内科进行会诊。如果消化内科医生通过内镜取鱼刺的过程中主动脉出血,外科医生就要进行紧急开胸手术。”向老人家属说明了病情和治疗方案后,陶佳伟又询问并记录了老人的既往病史,为后续可能采取的救治手段做好准备。

很幸运,前来会诊的消化内科“二唤”靠经验和技巧,在未碰及主动脉的情况下,用内镜取出鱼刺,避免了一场临时的大手术。

在急诊医学科,最大的确定因素或许就是不确定性。“我们不知道下一个进来的病人是什么情况,也无法提前设定所有的治疗方案。”浙大二院急诊医学科主持工作的徐善祥主任医师表

示。随机应变,是急诊医生必备的一项技能。

2025年的一个晚上,年轻的外卖骑手李亮(化名)被送入浙大二院解放路院区急诊中心。那天早些时候,李亮在骑行电动车时与一辆机动车相撞。由于李亮伤势严重,最初接诊的医院没有治疗条件,于是联系浙大二院将他转送了过来。

根据事先收到的李亮的初步检查情况,当晚急诊值班医生江利冰快速打了一连串电话,通知胸外科、心脏大血管外科、麻醉科等科室的医生前来会诊。很快,一个由急诊医学科主导、多学科参与的严重创伤救治团队就到位了。

近年来,浙大二院急诊医学科在全国专科排名中一直位居前列。这一方面是因为科室医护团队本身具备高水准,另一方面,其他科室与急诊医学科的密切联动也显著提升了医院的急诊能力。在解放路院区,急诊医学科除设置常见的急诊内科、急诊外科之外,还有神经内科、心血管内科、脑外科、骨科等专科医生“常驻”。“急诊病人中有相当一部分病因与这些学科相关,常态化设置专门的值班医生,可以及时开展多学科联动和协同,更好地救治危重症患者。”徐善祥说。

李亮的详细检查结果出来了:创伤性主动脉夹层。这是一种死亡率极高的病情。回忆起当时的情况,江利冰说:“介入手术本是最好的选择,但患者血管太细难以实施。他本身有创伤,开胸手术又可能导致更高的死亡风险,也不是可行方案。”

经过快速讨论,治疗团队决定先打开李亮的腹腔和后腹膜,找到腹主动脉,再通过它进行介入手术。那时候,这样的治疗方案鲜有先例,能否成功是一个未知数。为了挽救李亮年轻的生命,医生们决定放手一搏。

从制定方案到李亮被推进手术室,中间只间隔了30多分钟的时间。“手术很顺利。”江利冰说,第二天早上,李亮脱离了气管插管,当天下午,因为情况稳定,他就从重症监护室转到了普通病房。

抢时间与守时间

“神内科,来了个脑梗病人。”23点48分,两名急救员推着一台担架车冲进了急诊大厅,顺着地面上绿色通道指引直接到了A区。担架上的患者闭着眼,右脚搭在左脚上,身体一阵阵抽搐。

神经内科值班医生蔡倩茹快步走到病床前,从口袋里摸出一支小电筒,掀开患者的眼皮照了照。“双眼向右凝视。”她说。

与此同时,护士王琪茹先是给患者戴上约束手套以防他无意识扯掉身上的管线,接着她推来心电图机,快速地把电极夹和电极片安放到位。



徐善祥和患者家属沟通。



夜色中的浙大二院解放路院区急诊中心。



柴晶晶在A区给病人输液。

等待心电图结果的间隙,王琪茹又按照蔡倩茹的医嘱备好了用于病人缓解癫痫症状的5毫升丙戊酸钠,并在检查结束后进行了注射。另一边,根据蔡倩茹开出的处方,相关急用药品已顺着传药通道从药房到了A区。

脑梗发病后3~4.5小时内为黄金抢救期,谁也不敢多耽误一秒钟。

“患者有脑梗病史,今天是第一次出现抽搐症状。”一位护士一边走进A区,一边说着病人家属提供的信息。

蔡倩茹点点头,抓起旁边的急救箱,准备陪同患者去做CT检查。就在这时,又一名护士推门探头说:“下一个病人两分钟后到,初步判断是脑干出血,要准备插管。”王琪茹应了一声,顺手拿出呼吸机放在旁边的一张病床上做好准备。

“上次脑梗是左脑还是右脑,当时症状如何,

治疗了多长时间?”去CT室的路上,蔡倩茹一边走一边与家属沟通,“脑灌注阅片后,根据梗死情况,我们再定下一步治疗方案”。

在急诊医学科,许多生命是靠和时间赛跑抢回来的,用徐善祥的话来说:“A区永远要为还未抵达的危重病人留一张床。”不过,也有一部分生命,是靠家属和医护人员一起用很长时间守回来的。

去年,江利冰接诊了一位70多岁的患者。老人不慎跌入污水池,吸入的污物导致其肺部感染,这种真菌感染病情发展快、治疗难度大、死亡率较高。”江利冰解释说。

老人进入EICU(急诊重症监护病房)后,感染一度难以控制,呼吸衰竭的症状持续加重。为了治疗,江利冰提出使用一种对真菌菌效果更明显但费用较高的抗真菌药物。在与老人儿女沟通时,江利冰刚说完情况,对方就抢过了话头,“只要能救命,钱的问题我们来解决”。

即便如此,由于老人身体状况不佳,此后十多天时间里,他的情况一直没有明显改善。看着检查结果上反反复复的数值,江利冰心中偶尔也会觉得动摇:老人能撑下去吗?

“那时候,老人家属的态度给了医疗团队很大的信心。”江利冰说,每次见到他,老人的儿女总会表示“一定要拼到最后”,“急诊医生本就常常是为一线希望努力,家属都这么坚定,我们更不能放弃”。

所有人的坚持最终等来了“奇迹”。入院一个月后,老人的病情明显好转,脱离了生命危险。

从医学院毕业后进入急诊医学科,江利冰已经干了11年,神经也紧绷了11年。第一次见到他,大概率会被他一头灰白的头发吸引注意力——这显然与他38岁的年龄不相符。江利冰自己倒想得开,“这样看上去更专业”。

干急诊强度高、压力大,江利冰再清楚不过,但每当和同事连轴转把一个病人从鬼门关拉回来,他总能一次次体验到自己坚持这项工作的意义,“看着患者醒过来,我甚至能激动得全身起鸡皮疙瘩”。

“我骂你了吗?”

0点30分,柴晶晶正在整理留抢救病人信息,突然听到外面传来激烈的叫喊声,她赶紧起身跑了出去。

C区的大厅里,一个脸涨得通红的中年男人正对着收费处大声嚷嚷:“什么破医院,我老婆难成这样了,建个档还要那么长时间。”在他周围的人纷纷侧目,挨得近的大多下意识往边上挪了挪。

柴晶晶迎上前去,“大伯,你先别急,冷静一下,我来帮你处理。”“我急吗?毛病不在你身上你是不知道吗?”男人嗓门没降反升,“你们效率也太低了,耽误了病情谁负责?”

柴晶晶没跟他争辩,而是扶着男人身旁的女人找了个位置坐下来,这才转头对男人轻声说:“大伯,我知道你老婆不舒服心疼。我帮你协调一下,很快就能看上医生。”

她一边说,一边走到窗口跟工作人员交代了两句,随后便把挂号条递到了男人手里。男人瞥了她一眼,又说:“我只是声音大了点,我骂你了吗?”

这样的事,柴晶晶早不是第一次遇到。“要不是生病,谁愿意大晚上的来医院?”她说,医护人员都知道,这么闹的人,多数是因为着急担心而控制不住情绪,也有少部分是想着无理取闹来快点办事。

在急诊工作,得有颗扛事的心脏。话虽如此,回到护理站坐下后,柴晶晶还是觉得胸口有点闷。那些带着火气砸过来的话,怎么都需要消化消化。

但工作不会因为谁的情绪而暂停。0点40分,四五个人携着浓烈的酒气闯入急诊大厅,其中一个穿黑色羽绒服的男人直接冲到预检分诊台前,指着一位看起来已不省人事、要靠人搀扶才站得住的同伴喊道:“他情况很不好,快救人!”

话刚说完,被指的人突然身体一弓,“哇”的一声吐在地上。呕吐物溅在左右扶他的人的裤子上。那两人也喝了酒,相互间不知说了几句什么,突然你一下我一下地动起手来。刚刚平静下来的大厅,又炸开了。

柴晶晶再次跑了出来。她先招呼一名男护士将呕吐的患者扶进C区治疗,然后和赶来的保安一起将扭打的两人分开,接着又联系保洁人员及时清理地面。

“节假日前后,因喝酒就医的情况总会出现。”等柴晶晶处理好所有状况,已是半小时之后,“有人打架进了派出所,来医院验伤,结果等报告的时候又打起来了,我们还得再报一次警”。急诊室里发生的事,很多时候不只与诊断、治疗相关。

柴晶晶回到B区时,实习护士陈彦蕾正在劝一位病人换病号服。老人脾气很犟,“你们凭什么脱我衣服?”

陈彦蕾一边拉上床位周围的帘子一边解释:“大爷,不是您想的那样,待会儿您要手术,换上病号服方便医生操作。”

老人还是抓着自己的衣服不肯撒手。“这身衣服很干净,还消毒过,可以避免交叉感染。”经过陈彦蕾半哄半劝,老人虽然脸上还有些不情愿,但终于不再抗拒她的动作。

那是陈彦蕾在急诊的最后一次轮班。短短一个月实习期,她就见了不少急的、慌的、哭笑不得的场景。这个年轻的姑娘很喜欢笑,好像一笑,那些难搞的事情就都过去了。

新的床位

凌晨1点,急诊大厅暂时安静了下来。候诊区的椅子上坐着几位病人家属,愁容和倦意同时写在脸上。有人身旁放着行李,显然是从外地赶来的,有人双手夹在膝盖间,背微微驮着,眼神放空,仿佛在跟漫长的等待较劲。

一门之隔的B区里,忙碌还在继续。“大伯,麻烦帮个忙。”

护士话音刚落,63岁的护工时现林就起身走了过去,熟练地和护士一起给病人翻身、更换尿垫。

A区和B区实行封闭管理,给病人喂饭、喂水、擦身、翻身等很多琐碎的事情,都要靠护士来完成。时现林在B区干了3年了,在他看来,这里的人来去“太快了”。有人被送进来时还能说几句话,几个小时后就没呼吸;有人病情紧急,但经过及时治疗,当天便出了院;更多的人则只在B区稍作停留就转去了其他科室。

不过,并非所有离开的患者都与急诊医学科再无关联。严重创伤综合门诊和心脏骤停综合门诊是浙大二院急诊医学科的特色优势。现在,江利冰每周一天出门门诊,既要给此前在其他医院治疗的患者提供医疗方案建议、转诊对接服务,也要为本科室患者进行复诊。那位感染毛霉菌的老人出院后,他的女儿还定期带着检查报告来找江利冰,“听说老人恢复得不错,已经基本能自主活动了”。

后夜班的护理组长提前到岗了,柴晶晶拿着更新后的留抢救病人报表开始与她交接。“8床,胸闷、肺部感染、胸腔积液。”9床,手术后伤口感染,手术不是在本院做的,“现在意识模糊,还有甲型H1N1流行性感冒。”“加10床,呕血。已经做过CT,现在等消化科、口腔科和心内科会诊。”……

一如既往,交班不代表下班。一直到凌晨2点30分,前夜班还有好几个护士没走。有人在核对护理资料,有人在整理护理用品采购单据,还有人忙了好几个小时就想先歇口气。“这种时候最幸福了,大家凑在一起,有事还能互相搭把手。”一个护士说,“分明是痛并快乐着。”旁边马上有人笑着接话。

凌晨3点,蔡倩茹主管的脑梗病人情况趋于稳定,从A区转到了B区。蔡倩茹跟下去,“双手举起来试试,双腿可以抬起来吗?”病人一一做出了回应。“抢救及时,溶栓效果挺好,今晚先在这里,我们随时观察情况。”蔡倩茹说。

3点18分,柴晶晶走出了急诊中心。夜里的风带着寒意吹在脸上,让她清醒了不少。她知道,再过几个小时,全院正常上班,有的病人会出院,有的病人会分流,急诊的床位就会短暂地空出一些,为新患者的到来做好准备。

(本版照片均由受访者供图)



更多精彩内容
请扫二维码