

国内医院急诊科中西医结合诊治现状调查

杨峥¹ 尹广超¹ 李海林¹ 陈明显² 姜爱华¹

浙江省立同德医院¹ 急诊科,² 消化科, 浙江杭州 310012

通信作者: 李海林, Email: newnew0410@qq.com

【摘要】 **目的** 调查我国各类综合医院急诊科中西医结合诊治现状和存在的问题,为中西医结合急救医学的发展提供参考依据。**方法** 2022 年 11 月 18 日至 2023 年 2 月 28 日,以中国中西医结合学会急救医学专业委员会委员为基础网络通过在线问卷调查全国 21 个省/直辖市的 291 家医院,问卷内容包括医院和急诊科基本信息、人员配置、医疗质量管理、设备配置、中医技术技能(包含中药应用和中医非药物治疗)等 5 个方面调查,分“中医和中西医结合医院”“西医医院”两种类型对照研究急诊科中西医结合诊治现状。**结果** 共收集到有效问卷 291 份,涵盖全国 21 个省和直辖市的 291 家医院,其中中医和中西医结合医院 142 家,西医院 149 家。中医和中西医结合医院急诊科医生数量明显少于西医医院[名:11.00(7.00, 18.75)比 20.00(13.00, 31.00), $P<0.01$]。中医和中西医结合医院中医医生数量、中西医结合医生数量、“西学中”医生数量均明显多于西医医院[中医医生数量(名):4.00(2.00, 9.00)比 0.00(0.00, 0.00),中西医结合医生数量(名):1.00(0.00, 4.00)比 0.00(0.00, 0.00),“西学中”医生数量(名):2.00(0.00, 5.00)比 0.00(0.00, 0.00),均 $P<0.01$],西医医生数量明显少于西医医院[名:4.00(1.00, 7.50)比 25.50(16.00, 37.00), $P<0.01$]。中医和中西医结合医院急诊科护士数量明显少于西医医院[名:23.00(16.00, 38.75)比 42.00(30.00, 80.00), $P<0.01$]。中医和中西医结合医院具有中医背景的护士数量、具有“西学中”背景的护士数量均明显多于西医医院[中医护士数量(名):1.50(0.00, 5.75)比 0.00(0.00, 0.00),“西学中”护士数量(名):1.00(0.00, 7.75)比 0.00(0.00, 0.00),均 $P<0.01$],西医护士数量明显少于西医医院[名:15.00(9.00, 25.00)比 42.00(27.00, 79.00), $P<0.01$]。医疗质量管理情况中,西医院急诊诊间、抢救室、留观室设置率接近中医和中西医结合医院,但急诊科病房和急诊重症监护病房(EICU)设置率及床位数明显多于中医和中西医结合医院[急诊科病房设置率:70.47%比 53.52%,EICU 设置率:67.11%比 47.89%,床位数(张)分别为:18.00(0.00, 30.00)比 2.00(0.00, 12.00)和 8.00(0.00, 12.00)比 0.50(0.00, 7.00),均 $P<0.01$]。2022 年就诊量情况,西医院的年急诊总量(万例次):6.60(3.38, 12.00)比 4.00(1.25, 7.00),抢救室就诊例次(万例次):0.40(0.12, 1.00)比 0.17(0.05, 0.50)和 EICU 年度出院量(例次):216.00(0.00, 550.00)比 0.00(0.00, 187.50)均明显高于中医和中西医结合医院(均 $P<0.01$)。此外,中医和中西医结合医院的抢救成功率与西医院相近,抢救室救治中医参与率明显高于西医院($P<0.01$)。设备配置情况中,中医和中西医结合医院设备数量均明显少于西医院(均 $P<0.01$)。中医和中西医结合医院配备中医非药物治疗设备比例明显高于西医医院(均 $P<0.01$)。中医技术技能应用情况,中医和中西医结合医院使用中成药、协定方、辨证论治方应用率均高于西医医院(中成药应用率:81.69%比 61.74%,协定方应用率:61.97%比 16.78%,辨证论治方应用率:61.27%比 19.46%,均 $P<0.01$)。中医和中西医结合医院在饮片煎煮、免煎煮协定方、注射剂、院内制剂等剂型方面的应用率均明显高于西医院(饮片煎煮应用率:29.58%比 4.70%,免煎煮协定方应用率:40.85%比 7.38%,注射剂应用率:80.28%比 53.02%,院内制剂应用率:33.80%比 12.75%,均 $P<0.01$)。中医和中西医结合医院经口服、鼻饲、灌肠、洗胃、外用、静脉等途径的应用率均高于西医院(口服应用率:71.13%比 42.28%,鼻饲应用率:47.18%比 26.17%,灌肠应用率:48.59%比 19.46%,洗胃应用率:21.13%比 6.04%,外用应用率 53.52%比 16.78%,静脉应用率:71.83%比 54.36%,均 $P<0.01$)。部分中成药如参麦/生脉注射液、天麻注射液中医和中西医结合医院应用率高于西医医院(参麦/生脉注射液应用率:59.15%比 35.57%,天麻注射液应用率:40.85%比 10.07%,丹参红花注射液应用率:30.99%比 14.77%,安宫牛黄丸应用率:26.76%比 12.08%,均 $P<0.01$)。中医和中西医结合医院开展针刺、穴位贴敷、拔罐、刮痧、正骨、艾灸、揶针、刺络法等中医非药物治疗操作的比例高于西医医院(针刺应用率:65.49%比 11.41%,穴位贴敷应用率:60.56%比 10.07%,拔罐应用率:32.39%比 4.70%,刮痧应用率:28.17%比 2.01%,正骨应用率:26.76%比 10.74%,艾灸应用率:24.65%比 5.37%,揶针应用率:17.61%比 1.34%,刺络法应用率:16.90%比 0.67%,均 $P<0.01$)。**结论** 我国医院急诊科中西医结合人员比例较低,中医非药物治疗及中医急救药物使用率和配备率不高,未来需加强急诊科医生中西医结合技能培养和中医非药物治疗及中医急救药物应用,提升中西医结合急救能力。

【关键词】 急诊科; 中西医结合; 应用; 现状调查

基金项目: 国家中医药管理局全国中医临床优秀人才研修项目(2022-1);浙江省 551 卫生人才培养工程 2021 年度卫生创新人才培养项目(2021-40);浙江省中医药科技计划项目(2022ZB061)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2024.05.015

Survey on the current status of integrated traditional Chinese and western medicine in emergency departments of hospitals in China

Yang Zheng¹, Yin Guangchao¹, Li Hailin¹, Chen Mingxian², Jiang Aihua¹

¹Department of Emergency, ²Department of Gastroenterology, Tongde Hospital of Zhejiang Province, Hangzhou 310012 Zhejiang, China

Corresponding author: Li Hailin, Email: newnew0410@qq.com

【Abstract】 Objective To investigate the current situation and existing problems regarding the diagnosis and treatment integrating traditional Chinese and western medicine in the emergency departments of various general hospitals in China to provide a reference for the development of integrated traditional Chinese and western medicine emergency medicine. **Methods** From November 18, 2022 to February 28, 2023, an online questionnaire survey was conducted among 291 hospitals in 21 provinces/municipalities directly under the Central Government across the country, which was based on the members of the Emergency Medicine Professional Committee of the Chinese Association of the Integration of Traditional Chinese and Western Medicine. The questionnaire covered 5 aspects: basic information of hospitals and emergency departments, personnel allocation, medical quality management, equipment allocation, and traditional Chinese medicine techniques and skills (including the application of traditional Chinese medicine and non-drug treatment of traditional Chinese medicine). A comparative study was carried out between the "hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine" and "western medicine hospitals" on the current situation of integrated traditional Chinese and western medicine diagnosis and treatment in the emergency department. **Results** A total of 291 valid questionnaires were collected, covering 291 hospitals in 21 provinces and municipalities directly under the Central Government across the country. Among them, 142 were hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine, and 149 were western medicine hospitals. The number of doctors in the emergency departments of hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine were significantly less than that of western medicine hospitals [individuals: 11.00 (7.00, 18.75) vs. 20.00 (13.00, 31.00), $P < 0.01$]. Specifically, the numbers of traditional Chinese medicine doctors, integrated traditional Chinese and western medicine doctors, and "western medicine doctors learning traditional Chinese medicine" in these hospitals were significantly higher than those in western medicine hospitals [individuals: 4.00 (2.00, 9.00) vs. 0.00 (0.00, 0.00), 1.00 (0.00, 4.00) vs. 0.00 (0.00, 0.00), 2.00 (0.00, 5.00) vs. 0.00 (0.00, 0.00), all $P < 0.01$], while the number of western medicine doctors was significantly less than that in western medicine hospitals [individuals: 4.00 (1.00, 7.50) vs. 25.50 (16.00, 37.00), $P < 0.01$]. The number of nurses in the emergency departments of hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese was significantly less than that of western medicine hospitals [individuals: 23.00 (16.00, 38.75) vs. 42.00 (30.00, 80.00), $P < 0.01$]. The numbers of traditional Chinese medicine nurses, "western medicine nurses learning traditional Chinese medicine" in these hospitals were also significantly higher than those in western medicine hospitals [individuals: 1.50 (0.00, 5.75) vs. 0.00 (0.00, 0.00), 1.00 (0.00, 7.75) vs. 0.00 (0.00, 0.00), all $P < 0.01$], while the number of western medicine nurses was significantly less than that in western medicine hospitals [individuals: 15.00 (9.00, 25.00) vs. 42.00 (27.00, 79.00), $P < 0.01$]. In the situation of medical quality management, the setting rates of emergency clinics, resuscitation rooms and observation rooms in western medicine hospitals were close to those in hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine, but the setting rates of emergency department wards and emergency intensive care units (EICU) and the number of beds were significantly higher than those in hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine [setting rate of emergency department wards: 70.47% vs. 53.52%, setting rate of EICU: 67.11% vs. 47.89%, number of beds (individuals): 18.00 (0.00, 30.00) vs. 2.00 (0.00, 12.00) and 8.00 (0.00, 12.00) vs. 0.50 (0.00, 7.00), all $P < 0.01$]. In terms of the number of visits in 2022, the annual total number of emergency visits (10 000 person-times) in western medicine hospitals: 6.60 (3.38, 12.00) vs. 4.00 (1.25, 7.00), the number of visits to the resuscitation room (10 000 person-times): 0.40 (0.12, 1.00) vs. 0.17 (0.05, 0.50) and the annual discharge volume of EICU (number of case): 216.00 (0.00, 550.00) vs. 0.00 (0.00, 187.50) were all higher than those in hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine (all $P < 0.01$). In addition, the success rate of rescue in hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine was similar to that in western medicine hospitals, and the participation rate of traditional Chinese medicine in the treatment of the resuscitation room was significantly higher than that in western medicine hospitals ($P < 0.01$). In the situation of equipment allocation, hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine had fewer numbers of equipment than western medicine hospitals (all $P < 0.01$). The proportion of hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine equipped with non-drug treatment equipment of traditional Chinese medicine was significantly higher than that of western medicine hospitals (all $P < 0.01$). In the application of traditional Chinese medicine techniques and skills, the proportions of hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine in using Chinese patent medicines, agreed prescriptions, syndrome differentiation and treatment prescriptions, etc. were all higher than those of western medicine hospitals (application rate of Chinese patent medicines: 81.69% vs. 61.74%, application rate of agreed prescriptions: 61.97% vs. 16.78%, application rate of syndrome differentiation and treatment prescriptions: 61.27% vs. 19.46%, all $P < 0.01$). The application rates of decoction pieces, non-decoction agreed with prescriptions, injections, hospital preparations and other dosage forms in hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional

Chinese and western medicine were all significantly higher than those in western medicine hospitals (application rate of decoction pieces: 29.58% vs. 4.70%, the application rate of non-decoction agreed prescriptions: 40.85% vs. 7.38%, application rate of injections: 80.28% vs. 53.02%, application rate of hospital preparations: 33.80% vs. 12.75%, all $P < 0.01$). The application proportions of oral administration, nasal feeding, enema, gastric lavage, external use, intravenous injection, etc. in hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine were all higher than those in western medicine hospitals (oral application rate: 71.13% vs. 42.28%, nasal feeding application rate: 47.18% vs. 26.17%, enema application rate: 48.59% vs. 19.46%, gastric lavage application rate: 21.13% vs. 6.04%, external use application rate: 53.52% vs. 16.78%, intravenous injection application rate: 71.83% vs. 54.36%, all $P < 0.01$). The application proportions of some drugs such as Shenmai/Shengmai injection, Tianma injection in hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine were higher than those in western medicine hospitals (application rate of Shenmai/Shengmai injection: 59.15% vs. 35.57%, application rate of Tianma injection: 40.85% vs. 10.07%, application rate of Danshen Honghua injection: 30.99% vs. 14.77%, application rate of Angong Niu Huang pill: 26.76% vs. 12.08%, $P < 0.01$). The proportions of hospitals of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine in carrying out traditional Chinese medicine non-drug treatment operations such as acupuncture, acupoint application, cupping, scraping, bone-setting, moxibustion, press needles, collateral pricking method, etc. were higher than those in western medicine hospitals (application rate of acupuncture: 65.49% vs. 11.41%, application rate of acupoint application: 60.56% vs. 10.07%, application rate of cupping: 32.39% vs. 4.70%, application rate of scraping: 28.17% vs. 2.01%, application rate of bone-setting: 26.76% vs. 10.74%, application rate of moxibustion: 24.65% vs. 5.37%, application rate of press needles: 17.61% vs. 1.34%, application rate of collateral pricking method: 16.90% vs. 0.67%, all $P < 0.01$). **Conclusion** The proportion of integrated traditional Chinese and western medicine personnel in the emergency departments of hospitals in China is relatively low, and the utilization rate and equipment rate of non-drug treatment of traditional Chinese medicine and traditional Chinese medicine emergency drugs are not high. It is necessary to strengthen the cultivation of integrated traditional Chinese and western medicine skills of emergency department doctors and the application of non-drug treatment of traditional Chinese medicine and traditional Chinese medicine emergency drugs to improve the ability of integrated traditional Chinese and western medicine emergency treatment.

【Key words】 Emergency department; Integration of traditional Chinese and western medicine; Application; Status survey

Fund program: National Administration of Traditional Chinese Medicine National Training Program for Outstanding Clinical Talents in Traditional Chinese Medicine (2022-1); Zhejiang Province 551 Health Talent Training Program 2021 Health Innovation Talents (2021-40); Science and Technology Planning Project of Medicine Administration of Traditional Chinese Medicine of Zhejiang Province of China (2022ZB061)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2024.05.015

中医药在危重症急救方面有着悠久的历史,但未形成系统性急救相关学科,现代西方医学进入我国后形成了中西医并重状态^[1]。新中国成立后党和政府制订了中西医并重、中西医结合基本卫生工作方针^[2]。2023 年国家发展改革委办公厅、国家卫生健康委办公厅、国家中医药管理局综合司联合印发《中西医协同“旗舰”医院建设试点项目管理办法》^[3],明确要求做到中西医结合工作“有机制、有团队、有措施、有成效”。2024 年国家卫生健康委办公厅、国家中医药局综合司、中央军委后勤保障部卫生局发布《综合医院中医药工作指南(2024 版)》^[4],旨在全方位提升中医药服务的质量与效能,推动综合医院中医药工作在组织管理、内涵深化、学科发展等各个维度持续优化提升。我国各级各类医院急诊科是重大疑难危重疾病诊治的最前沿,急诊科中西医结合(协同)诊治现状究竟如何,目前并未搜索到相关研究报告,为此本研究设计了中国医院急诊科中西医结合诊疗现状调查表,向全国各级各类医院进行在线调查,了解当前我国医院急诊科中西医

结合诊治现状和存在的问题,以期为我国医院中西医结合(协同)急救医学发展提供参考和依据。

1 资料与方法

1.1 调查对象:全国 21 个省/直辖市的 291 家医院。

1.1.1 纳入标准:① 符合国家卫生健康委公布的三级、二级医院名单;② 成立急诊科。

1.1.2 排除标准:① 处于筹备阶段的急诊科;② 正式投入运行 < 1 年的急诊科;③ 非正常接诊量的数据(如新型冠状病毒感染期间);④ 数据缺失等。

1.2 调查方法:参考 2009 年原卫生部印发的《急诊科建设与管理指南(试行)》^[5]和急诊科发展趋势制作调查问卷,调查信息包括医院和急诊科基本信息、人员配置、医疗质量管理、设备配置、中医技术应用(包含了中药应用和中医非药物治疗等)5 个方面内容,共设置 33 个问题,直接或间接反映我国急诊科中西医结合诊治现状。2022 年 11 月 18 日至 2023 年 2 月 28 日,采用“腾讯问卷”系统设计了中国医院急诊科中西结合诊治现状问卷调查表,以中国中西医结合学会急救医学专业委员会委员为网络

向全国各级各类医院进行在线问卷调查,问卷填写均由各医院相关学科带头人或科主任完成,调查所收集到的数据由笔者进行核实和电话回访。

1.3 数据分析:使用“问卷星”软件建立数据库,并分为中医和中西医结合医院、西医医院进行对照。数据分析应用 Jamovi (Version 2.3) 软件分析,非正态分布的计量数据以中位数(四分位数)[$M(Q_L, Q_U)$]表示,采用 Mann-Whitney U 检验;计数资料以频数、构成比表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 国内医院急诊科中西医结合诊治现状参与调查医院的一般情况(表 1):在本次调查中,共收集到 297 份问卷,经过筛选后,确认了 291 份有效问卷,地域分布涵盖全国 21 个省/直辖市的 291 家医院。在这些医院中,中医和中西医结合医院共有 142 家,

西医院有 149 家。具体到不同级别医院,中医和中西医结合医院中二级和三级医院分别为 36 家(25.35%)和 106 家(74.65%),而西医院中二级和三级医院分别为 21 家(14.09%)和 128 家(85.91%)。在地域分布上,参与调查的浙江省的中医和中西医结合医院数量最多,达到 41 家,而湖南省的西医院数量最多,为 45 家。参与调查医院部分地域在不同类型医院间差异有统计学意义,如浙江省、湖北省、湖南省、广东省、福建省、上海市(均 $P < 0.05$)。

2.2 国内医院急诊科中西医结合诊治现状参与调查医院人员配置(表 2):急诊科的人员配置方面,中医和中西医结合医院与西医院之间差异有统计学意义($P < 0.05$)。进一步分析医生的性别分布,中医和中西医结合医院与西医院在男性及女性医生数量方面比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.01$)。在医生执业类型方面,中医和中西医结合医院中医、

表 1 国内医院急诊科中西医结合诊治现状参与调查医院及地域分布

项目	中医和中西医结合医院(家)	西医院(家)	χ^2 值	P 值	项目	中医和中西医结合医院(家)	西医院(家)	χ^2 值	P 值
医院等级(家)	142	149	21.17	<0.01	贵州省	3	9	3.00	0.08
二级	36	21	1.83	0.18	海南省	2	2	0.00	1.00
三级	106	128	1.66	0.20	云南省	2	2	0.00	1.00
医院地域分布					吉林省	2	2	0.00	1.00
浙江省	41	11	24.27	<0.01	河北省	1	0	0.50	0.48
湖北省	20	0	20.00	<0.01	河南省	1	6	3.80	0.05
湖南省	18	45	15.20	<0.01	山东省	1	2	0.33	0.57
广东省	15	1	12.80	<0.01	天津市	0	3	2.10	0.15
福建省	13	32	11.20	<0.01	江苏省	0	3	2.10	0.15
上海市	7	17	4.67	0.03	甘肃省	0	1	0.50	0.48
内蒙古自治区	6	1	3.86	0.05	辽宁省	0	6	3.60	0.06
北京市	5	1	3.20	0.07	青海省	0	1	0.50	0.48
黑龙江省	5	4	0.11	0.74					

表 2 国内医院急诊科中西医结合诊治现状参与调查急诊科医生和护士配置

项目	中医和中西医结合医院(142家)	西医院(149家)	U 值	P 值	项目	中医和中西医结合医院(142家)	西医院(149家)	U 值	P 值
医生数量[名, $M(Q_L, Q_U)$]	11.00(7.00, 18.75)	20.00(13.00, 31.00)	6 092.50	<0.01	中医住院医师	1.00(0.00, 3.00)	0.00(0.00, 0.00)	3 823.00	<0.01
医生性别[名, $M(Q_L, Q_U)$]					中医主治医师	2.00(0.00, 4.00)	0.00(0.00, 0.00)	3 646.00	<0.01
男性	8.00(5.00, 14.00)	14.00(8.00, 21.00)	6 922.50	<0.01	中医副主任医师	1.00(0.00, 2.00)	0.00(0.00, 0.00)	5 589.50	<0.01
女性	3.00(1.00, 6.00)	5.00(2.00, 10.00)	7 880.00	<0.01	中医主任医师	0.00(0.00, 1.00)	0.00(0.00, 0.00)	7 294.50	<0.01
医生执业类型[名, $M(Q_L, Q_U)$]					医学学历[名, $M(Q_L, Q_U)$]				
中医	4.00(2.00, 9.00)	0.00(0.00, 0.00)	426.50	<0.01	大专及以下	0.00(0.00, 0.00)	0.00(0.00, 0.00)	9 551.00	0.03
中西医结合	1.00(0.00, 4.00)	0.00(0.00, 0.00)	1 395.00	<0.01	本科	6.00(3.00, 9.00)	8.00(3.00, 15.00)	8 015.50	<0.01
西学中	2.00(0.00, 5.00)	0.00(0.00, 0.00)	1 128.50	<0.01	硕士	3.00(0.00, 11.00)	6.00(1.00, 15.00)	8 586.00	0.01
西医	4.00(1.00, 7.50)	25.50(16.00, 37.00)	402.50	<0.01	博士	0.00(0.00, 0.00)	0.00(0.00, 1.00)	8 848.00	<0.01
医生职称[名, $M(Q_L, Q_U)$]					护士数量[名, $M(Q_L, Q_U)$]	23.00(16.00, 38.75)	42.00(30.00, 80.00)	5 629.50	<0.01
住院医师	2.00(1.00, 3.00)	5.00(3.00, 9.00)	5 163.50	<0.01	护士执业背景[名, $M(Q_L, Q_U)$]				
主治医师	3.00(1.00, 5.00)	7.00(4.00, 13.00)	4 614.00	<0.01	中医	1.50(0.00, 5.75)	0.00(0.00, 0.00)	5 135.50	<0.01
副主任医师	1.00(1.00, 3.00)	4.00(2.00, 7.00)	5 192.00	<0.01	西学中	1.00(0.00, 7.75)	0.00(0.00, 0.00)	5 712.50	<0.01
主任医师	1.00(0.00, 1.00)	1.00(1.00, 3.00)	6 853.50	<0.01	西医	15.00(9.00, 25.00)	42.00(27.00, 79.00)	4 169.50	<0.01

中西医结合、西学中的医生数量均明显高于西医院 (均 $P < 0.01$)。西医院西医背景的医生数量明显高于中医和中西医结合医院,差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。在医生职称方面,中医和中西医结合医院中住院医师、主治医师、副主任医师和主任医师的医生数量较西医院相应职称的医生数量明显减少,两种类型医院在各职称医生数量方面比较差异均有统计学意义 (均 $P < 0.01$)。中医和中西医结合医院中医住院医师、中医主治医师、中医副主任医师、中医主任医师数量均较西医院明显增多 (均 $P < 0.01$)。在医生学历方面,中医和中西医结合医院中本科及以上学历的医生数量多于大专及以下学历的医生,而西医院中本科及以上学历的医生数量更为突出。两种类型医院医师在本科、硕士、博士学历医生数量上差异均有统计学意义 (均 $P < 0.01$)。在护士数量方面,中医和中西医结合医院的平均护士数量较西医院明显减少 ($P < 0.01$)。中医和中西医结合医院中具有中医和西学中背景的护士数量均较西医院明显增多 (均 $P < 0.01$)。两种类型医院有中医、西学中、西医背景的护士数量比较差异均有统计学意义 (均 $P < 0.01$)。

2.3 医疗质量管理: 在医疗质量管理方面,本次调查涵盖了急诊科的部门设置、床位配备以及 2022 年的就诊量情况,以评估中医和中西医结合医院与西医院之间的差异。

2.3.1 急诊科部门设置及床位数 (表 3): 急诊科的部门设置在两种类型医院中都相对完善。中医和中西医结合医院急诊诊间、抢救室的设置率均接近

100%,而留观室、急诊科病房和急诊重症监护病房 (emergency intensive care unit, EICU) 的设置率则低于西医院。两种类型医院急诊科病房和 EICU 的设置率比较差异均有统计学意义 (均 $P < 0.01$)。在床位数方面,中医和中西医结合医院抢救室、留观室、急诊科病房和 EICU 的床位数均明显少于西医院 (均 $P < 0.01$)。

2.3.2 急诊科 2022 年就诊量情况 (表 4): 西医院 2022 年急诊总量、抢救室就诊例次和 EICU 年度出院量均明显高于中医和中西医结合医院 (均 $P < 0.01$)。此外,中医和中西医结合医院的抢救室抢救成功率与西医院相近,救治中医参与率明显高于西医院 ($P < 0.01$)。在危重症患者比例方面,中医和中西医结合医院与西医院比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。中医和中西医结合医院 EICU 中救治中医参与率与西医院比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.4 设备配置 (表 5): 中医和中西医结合医院在心电监护仪、静脉输液泵、呼吸机等关键医疗设备的数量上明显少于西医院,两种类型医院比较差异有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。在其他设备如除颤仪、床旁心电图机、体温治疗仪、数字减影血管造影 (digital subtraction angiography, DSA) 机和洗胃机方面,两种类型医院的配备情况相似,差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$)。然而,对于心肺复苏仪、血气分析仪、床旁超声仪等设备,西医院的配备数量多于中医和中西医结合医院,且差异有统计学意义 (均 $P < 0.01$)。

中医和中西医结合医院在中医非药物治疗设

表 3 国内医院急诊科中西医结合诊治现状参与调查急诊科所属部门设置及床位配备情况

分类	数量 (家)	急诊科部门设置 [间 (%)]					急诊科所属部门床位数 [张, $M(Q_L, Q_U)$]			
		急诊诊间	抢救室	留观室	急诊科病房	EICU	抢救室	留观室	急诊科病房	EICU
中医和中西医结合医院	142	142 (100.00)	141 (99.30)	132 (92.96)	76 (53.52)	68 (47.89)	4.00 (2.00, 8.75)	6.50 (4.00, 12.00)	2.00 (0.00, 12.00)	0.50 (0.00, 7.00)
西医院	149	147 (98.66)	148 (99.33)	141 (94.63)	105 (70.47)	100 (67.11)	8.00 (5.00, 13.00)	11.00 (6.00, 20.00)	18.00 (0.00, 30.00)	8.00 (0.00, 12.00)
χ^2 / U 值		1.92	0.00	0.35	8.88	11.01	6 681.50	7 368.00	7 238.50	7 311.00
P 值		0.17	0.97	0.55	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

表 4 国内医院急诊科中西医结合诊治现状参与调查急诊科 2022 年就诊量情况 [$M(Q_L, Q_U)$]

分类	数量 (家)	年急诊总量 (万例次)	抢救室			EICU		
			就诊例次 (万例次)	危重症患者比例 (%)	抢救成功率 (%)	救治中医参与率 (%)	年度出院量 (例次)	救治中医参与率 (%)
中医和中西医结合医院	142	4.00 (1.25, 7.00)	0.17 (0.05, 0.50)	25.00 (8.00, 60.00)	92.74 (80.00, 96.09)	20.00 (5.00, 53.00)	0.00 (0.00, 187.50)	0.58 (0.00, 87.70)
西医院	149	6.60 (3.38, 12.00)	0.40 (0.12, 1.00)	20.00 (8.52, 50.00)	95.00 (80.00, 98.00)	1.00 (0.00, 10.00)	216.00 (0.00, 550.00)	5.00 (0.00, 25.00)
U 值		7 226.50	7 694.00	7 634.50	7 000.50	3 379.00	6 802.50	6 132.00
P 值		<0.01	<0.01	0.68	0.09	<0.01	<0.01	0.15

备配备方面表现更佳,如毫针、拔罐/真空罐、三棱针、电针、揸针/皮内针和煎药机/壶等的配备率在中医和中西医结合医院中明显高于西医院(均 $P < 0.01$),这可能反映了中医和中西医结合医院在促进中医药服务方面的特色和优势。

2.5 中医技术技能:本次调查结果揭示了中医和中西医结合医院与西医院在中医技术技能应用方面的差异,这些技能在急诊科的诊治中占有重要地位。

2.5.1 中药应用情况(表 6):在急诊科的中西医结合实践中,中药的应用是衡量医院提供中医药服务能力的重要指标。在中药处方模式方面,中医和中西医结合医院使用中成药的比例明显高于西医院($P < 0.01$),说明中医和中西医结合医院在中成药使用上更为频繁。协定方和辨证论治方的使用在中医和中西医结合医院中也更为普遍,相比之下,西医院的使用比例显著降低(均 $P < 0.01$)。

在中药剂型的应用上,中医和中西医结合医院在多种剂型上的应用率均明显高于西医院,如饮片煎煮、免煎煮协定方、注射剂、院内制剂、中成药的应用率均明显高于西医院(均 $P < 0.01$)。中药应用途径/方式方面,中医和中西医结合医院通过口服、鼻饲、灌肠、洗胃、外用和静脉等途径使用中药的比例均明显高于西医院(均 $P < 0.01$)。

中成药品种的应用方面,中医和中西医结合医院醒脑静注射液、参麦/生脉注射液、参附注射液、血必净注射液、银杏叶注射液、天麻注射液、丹参红花注射液和安宫牛黄丸等品种的使用率均明显高于西医院(均 $P < 0.01$)。

2.5.2 中医非药物治疗技术的应用(表 7):中医和中西医结合医院在急诊科中应用中医非药物治疗技术有独特优势,这些技术的应用不仅体现了中医药的传统特色,而且为急诊科患者提供了多样化的治

表 5 国内医院急诊科中西医结合诊治现状参与调查急诊科医疗设备配备情况

项目	中医和中西医结合医院(142家)	西医院(149家)	U 值	P 值	项目	中医和中西医结合医院(142家)	西医院(149家)	U/ χ^2 值	P 值
常规医疗设备[台, $M(Q_L, Q_U)$]					DSA 机	0.00(0.00, 0.00)	0.00(0.00, 1.00)	6 500.00	0.16
心电监护仪	9.00(4.00, 13.00)	12.00(7.00, 22.00)	7 401.00	<0.01	血液净化机	0.00(0.00, 1.00)	1.00(0.00, 2.00)	5 633.00	<0.01
静脉输液泵	6.00(3.00, 15.00)	12.00(5.00, 25.00)	7 015.00	<0.01	ECMO 机	0.00(0.00, 0.00)	0.00(0.00, 1.00)	5 581.50	<0.01
呼吸机	3.00(2.00, 6.00)	5.00(3.00, 8.25)	7 930.00	<0.01	其他	0.00(0.00, 0.00)	0.00(0.00, 0.00)	10 551.00	0.92
除颤仪	2.00(1.00, 3.00)	2.00(1.00, 3.00)	9 724.00	0.40	中医非药物治疗设备配备[家(%)]				
床旁心电图机	2.00(1.00, 2.00)	2.00(1.25, 3.00)	8 931.00	0.07	毫针	95(66.90)	10(6.71)	114.21	<0.01
洗胃机	1.00(1.00, 2.00)	2.00(1.00, 2.00)	9 257.00	0.13	拔罐/真空罐	94(66.20)	11(7.38)	109.05	<0.01
心肺复苏仪	1.00(1.00, 2.00)	2.00(1.00, 2.00)	7 624.50	<0.01	三棱针	63(44.37)	7(4.70)	62.63	<0.01
血气分析仪	1.00(0.00, 1.00)	1.00(1.00, 1.00)	7 382.50	<0.01	电针	52(36.62)	16(10.74)	27.20	<0.01
床旁超声仪	1.00(0.00, 1.00)	1.00(0.25, 1.00)	7 272.50	<0.01	揸针/皮内针	51(35.92)	10(6.71)	37.43	<0.01
体温治疗仪	1.00(0.00, 1.00)	1.00(0.00, 2.00)	7 110.50	0.06	煎药机/壶	38(26.76)	5(3.36)	31.63	<0.01

注:ECMO 为体外膜肺氧合

表 6 国内医院急诊科中西医结合诊治现状参与调查急诊科中药和中成药的应用情况

项目	中医和中西医结合医院(142家)	西医院(149家)	χ^2 值	P 值	项目	中医和中西医结合医院(142家)	西医院(149家)	χ^2 值	P 值
中药处方模式[家(%)]					灌肠	69(48.59)	29(19.46)	27.62	<0.01
中成药	116(81.69)	92(61.74)	14.19	<0.01	洗胃	30(21.13)	9(6.04)	14.26	<0.01
协定方	88(61.97)	25(16.78)	62.52	<0.01	外用	76(53.52)	25(16.78)	43.31	<0.01
辨证论治方	87(61.27)	29(19.46)	53.01	<0.01	静脉	102(71.83)	81(54.36)	9.51	<0.01
其他	2(1.41)	6(4.03)	1.86	0.17	无	10(7.04)	43(28.86)	23.23	<0.01
无	12(8.45)	42(28.19)	18.74	<0.01	中成药品种[家(%)]				
中药剂型[家(%)]					醒脑静注射液	89(62.68)	76(51.01)	4.03	0.05
饮片煎煮	42(29.58)	7(4.70)	32.14	<0.01	参麦/生脉注射液	84(59.15)	53(35.57)	16.23	<0.01
免煎煮协定方	58(40.85)	11(7.38)	45.01	<0.01	参附注射液	65(45.77)	49(32.89)	5.07	0.02
注射剂	114(80.28)	79(53.02)	24.19	<0.01	血必净注射液	58(40.85)	52(34.90)	1.09	0.30
院内制剂	48(33.80)	19(12.75)	18.18	<0.01	银杏叶注射液	58(40.85)	43(28.86)	4.61	0.03
中成药	99(69.72)	70(46.98)	15.44	<0.01	天麻注射液	58(40.85)	15(10.07)	36.65	<0.01
无	11(7.75)	42(28.19)	20.40	<0.01	丹参红花注射液	44(30.99)	22(14.77)	10.91	<0.01
中药应用途径/方式[家(%)]					安宫牛黄丸	38(26.76)	18(12.08)	10.08	<0.01
口服	101(71.13)	63(42.28)	24.40	<0.01	其他	5(3.52)	8(5.37)	0.58	0.45
鼻饲	67(47.18)	39(26.17)	13.86	<0.01	无	9(6.34)	8(29.53)	26.25	<0.01

表 7 国内医院急诊科中西医结合诊治现状参与调查急诊科中医非药物治疗技术的应用

分类	数量 (家)	中医非药物治疗操作[家(%)]								
		针刺治疗(中风、 头痛、高热、 急性胃肠炎)	穴位贴敷 (咳嗽、哮喘、 胃痛)	拔罐(感冒、 颈肩腿痛、 消化不良)	刮痧(外感 风热、中暑、 肌肉酸痛)	正骨(骨折、 脱位、急性 扭挫伤)	艾灸(腹痛、 腹泻、肌肉 酸痛)	揸针(失眠、 焦虑)	刺络法(高热、 中暑、急性 扭挫伤)	无/未开展
中医和中西医结合医院	142	93(65.49)	86(60.56)	46(32.39)	40(28.17)	38(26.76)	35(24.65)	25(17.61)	24(16.90)	20(14.08)
西医院	149	17(11.41)	15(10.07)	7(4.70)	3(2.01)	16(10.74)	8(5.37)	2(1.34)	1(0.67)	109(73.15)
χ^2 值		90.45	81.81	37.44	39.50	12.35	21.50	22.85	24.39	102.80
P 值		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

疗方案。在中医非药物治疗操作方面,中医和中西医结合医院的实施比例明显高于西医院。具体来说,针刺治疗、穴位贴敷、拔罐、刮痧、正骨、艾灸、揸针和刺络法等其他非药物治疗技术在中医和中西医结合医院的应用比例明显高于西医院($P < 0.01$)。

中医和中西医结合医院中开展刺络法的比例明显高于西医院($P < 0.01$),这一明显差异进一步证实了中医技术在急诊科治疗中的重要价值。此外,未开展或未使用中医非药物治疗的西医院比例高达 73.15%,与中医和中西医结合医院的 14.08% 形成鲜明对比($P < 0.01$)。

3 讨论

急诊医学科作为急危重症诊疗的第一线,在医院体系中扮演着至关重要的角色,它是医院中最前沿、最重要的医疗部门之一,负责紧急情况下患者的救治和初步诊断。中西医结合治疗取长补短,已成为危重病急救的更好选择^[6]。中西医结合、中西医协同是我国卫生工作的一项基本方针,实践与研究证实,中西医结合在一些重大危重疾病的诊治上较单一西医或中医更有优势^[6-7],国家相关部门出台了一系列政策及措施,倡导和鼓励各级各类医院实行中西医结合诊疗^[1-2]。本次调查显示,中西医结合急救在我国各类医院均有一定的应用,但实际应用比例仍较低,特别是西医医院。

3.1 医护人员:《急诊科建设与管理指南(试行)》^[5]第十四条至第十六条强调,急诊科应当根据每日就诊患者次数、病种和急诊科医疗及教学功能等配备医护人员。在我国中西医结合领域高级、复合型人才相对匮乏^[8-9],调查显示,西医院有固定编制的医生及护理人员总人数较多,中医院较少,西医院与中医院及中西医结合医院差异有统计学意义;中医院急诊医学科有固定编制医师执业范围构成(人数)以中医师及中西医结合医师较多,基本达到相关等级医院评审要求^[10]。在危重症患者的救治过程中,中西医结合的医生和护士可以汇集各自的专业知

识,制定更全面和个性化的治疗方案,这种合作模式有助于提高患者的治疗效果,中西医结合人才培养是中西医协同“旗舰”医院建设的重点^[11]。

3.2 场所设置与现代医疗设备配置:从本次调查数据中可以看出,中医院和中西医结合医院在急诊科病房的数量上明显少于西医院,这反映了不同类型医院在急诊患者接收和管理方面的差异,可能会对不同类型医院的急诊治疗能力产生影响;同样,中医院和中西医结合医院的 EICU 配置数量明显少于西医院,这可能会影响中医院和中西医结合医院的危重症急救能力;中医和中西医结合医院在急诊科总床位数量配置上也明显少于西医院,这可能导致急诊救治能力不足、延误救治;在现代医疗设备方面,中医院和中西医结合医院与西医院除颤仪、床旁心电图机、洗胃机、体温治疗仪和 DSA 机的配置比较差异均无统计学意义;但心电监护仪、静脉输液泵、呼吸机、心肺复苏仪、血气分析仪、床旁超声仪、血液净化机和体外膜肺氧合(extracorporeal membrane oxygenation, ECMO)机的数量配置方面中医院和中西医结合医院明显少于西医院,这可能会影响医院在相关方面诊治能力。中医院和中西医结合医院中医非药物治疗设备配置数量方面明显高于西医院,中医传统治疗方法在这类医院的急诊科中应用广泛。需要注意的是,尽管中医院和中西医结合医院在这方面的使用率较高,但总体普及性仍相对较低。

3.3 中医非药物治疗:中医非药物治疗作为传统中医的重要组成部分,在临床实践中一直以来有“简、便、廉、验”的特点,可提供一种相对经济高效的治疗选择广泛应用于临床,这些方法不仅可迅速减轻急性疼痛,还可帮助控制炎症、促进血液循环、提高舒适度,适用于疼痛疾病、肌肉骨骼损伤等情况^[12-14]。而本次调查显示,中医非药物治疗如针刺、拔罐、刮痧、揸针等在急诊科的开展数量中医院和中西医结合医院较西医院明显增多。中医院和中西

医结合医院在中医非药物治疗的应用上均有较高的比例,这可能反映了中医和中西医结合医院更注重传统中医疗法的继承和发展,也可能受到患者需求的影响;正骨疗法在中医院急诊应用方面也表现出一定优势。正骨疗法是一种中医非药物治疗方法,主要应用于骨伤、关节疾病等症状的治疗^[15-16]。中医院和中西医结合医院在这方面的表现可能反映了他们对于骨伤和关节疾病的专业性和经验,因此在急诊情况下更擅长应用这种治疗方法。本次调查数据显示,中医非药物治疗在急诊医学中应用的潜在价值,在面对急诊情况时不仅仅依赖于西医药治疗,还可以选择中医非药物治疗方法,提高临床救治水平。虽然中医非药物治疗在中医院和中西医结合医院中应用较多,但仍需提高其在整个急诊医学领域的推广和普及。

3.4 中药应用:有研究显示,中医药参与救治对于某些危重疾病可降低病死率^[17]。有充分循证依据的抢救用中药有血必净注射液和参附注射液等。研究表明,血必净注射液在心血管疾病、脓毒症、休克等多种疾病的治疗中可以改善心肌供血,减轻症状^[18-19];参附注射液在心脑血管疾病的治疗中显示出有更好的疗效^[20]。在本次调查中仅 40.85% 的中医院和中西医结合医院、34.90% 的西医院备有血必净注射液;45.77% 的中医院和中西医结合医院、32.89% 的西医院备有参附注射液,这使相当数量的综合医院在中西医结合救治中形成无药可用状态。本次调查的通信作者曾遇在某地区会诊中,需要使用参附注射液和血必净注射液来抢救心搏骤停后综合征患者,但当地的所有医院无法提供这些药物。这凸显了在一些综合医院中,即使有中西医结合治疗需求,但由于药物缺乏而无法提供中西医结合抢救治疗。因此希望政策制定者和医院管理者采取措施确保医院配备足够的关键抢救中成药。

正如《综合医院中医药工作指南(2024 版)》^[4]所强调的,为了提升中西医结合急救能力,医院必须加强组织管理、人员培训、设备配置和文化建设等方面的工作。本研究的结果与指南中提出的精神相一致,进一步证实了在急诊科中加强中西医结合的重要性与紧迫性。

3.5 本次调查的局限与不足:本次调查结果揭示了我国医院急诊科中西医结合诊治的现状,提供了有益的信息,但仍存在一些不足和局限性。首先,该研究采用了问卷调查的方式,这可能存在了一定的受

访者和数据的选择性偏倚,使结果不一定能全面代表所有医院急诊科的真实情况;其次,本研究主要关注医院急诊科中西医结合诊治的现状,对于患者疗效、患者满意度等关键性指标的调查有所欠缺,需要在后续研究中更全面地考虑。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 陈士奎. 中西医结合更加光耀夺目于世界的这 10 年 [J]. 中华危重病急救医学, 2022, 34 (8): 785-788. DOI: 10.3760/cma.j.cn.121430-20220820-00764.
- [2] 李剑. “团结中西医”方针的演变和确立 [J]. 中华史学杂志, 2014, 44 (6): 341-347.
- [3] 国家中医药局综合司, 国家发展改革委办公厅, 国家卫生健康委办公厅. 《中西医协同“旗舰”医院建设试点项目管理办法》[EB/OL]. (2023-12-21) [2023-05-24]. <http://www.natcm.gov.cn/zxyjhyssmzyys/zhengcewenjian/2023-06-20/31002.html>.
- [4] 国家卫生健康委办公厅, 国家中医药局综合司, 中央军委后勤保障部卫生局. 关于印发综合医院中医药工作指南(2024 版)的通知 [EB/OL]. (2020-09-02) [2024-09-04]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202409/content_6975521.htm.
- [5] 卫生部. 卫生部关于印发《急诊科建设与管理指南(试行)》的通知 [EB/OL]. (2009-06-10) [2023-12-10]. <http://www.nhc.gov.cn/bgt/s9509/200906/1239a65af0d04b64af703e9704cf856e.shtml>.
- [6] 中华危重病急救医学杂志编辑委员会. “中国特色危重病医学”的形成与发展 [J]. 中华危重病急救医学, 2019, 31 (9): 1051-1060. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2019.09.001.
- [7] 方邦江, 彭伟. 中西医结合治疗危重症创伤的策略 [J/CD]. 中华卫生应急电子杂志, 2021, 7 (4): 231-233. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-9133.2021.04.008.
- [8] 郭海峰, 黄宏. “十四五”中医药发展规划背景下的中医人才培养 [J]. 中医药管理杂志, 2022, 30 (22): 43-45.
- [9] 龙江红, 张国民, 刘向华. 高级中医人才培养的思考 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21 (7): 15-17. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2779.2023.07.006.
- [10] 叶焯, 梁国荣, 温丹婷, 等. 复苏后综合征的中西医研究现状 [J]. 中华中医药杂志, 2015, 30 (9): 3227-3230.
- [11] 玖九. 中西医结合人才培养成为中西医协同“旗舰”医院建设重点 [J]. 中国卫生人才, 2023 (8): 5. DOI: 10.3969/j.issn.1008-7370.2023.08.003.
- [12] 卓士雄, 孙振全. 正时中医与推拿治疗膝骨关节炎疗效评价 [J/CD]. 中华关节外科杂志(电子版), 2019, 13 (4): 509-513. DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-134X.2019.04.021
- [13] Kelly RB, Willis J. Acupuncture for pain [J]. Am Fam Physician, 2019, 100 (2): 89-96.
- [14] Wen JY, Chen X, Yang Y, et al. Acupuncture medical therapy and its underlying mechanisms: a systematic review [J]. Am J Chin Med. 2021, 49 (1): 1-23. DOI: 10.1142/S0192415X21500014.
- [15] 曾伟清, 陈锋, 魏华, 等. 当代中医正骨十二家简介 [J]. 西部中医药, 2012, 25 (2): 52-55. DOI: 10.3969/j.issn.1004-6852.2012.02.021.
- [16] 赵明宇, 鲍铁周, 赵启, 等. 基于平乐正骨“筋滞骨错”理论推拿治疗膝骨性关节炎疗效评价 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32 (3): 1372-1374.
- [17] 袁思成, 黄肖玲, 华胜毅, 等. 重症社区获得性肺炎耐药菌分布、死亡因素与中药干预治疗的回顾性分析 [J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42 (3): 305-310. DOI: 10.7661/j.cjim.20211126.226.
- [18] 王印华, 王宝华, 庞楠, 等. 血必净注射液对脓毒症患者的免疫调理作用 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2021, 28 (2): 132-135. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2021.02.002.
- [19] Liu SQ, Yao C, Xie JF, et al. Effect of an herbal-based injection on 28-day mortality in patients with sepsis: the EXIT-SEP randomized clinical trial [J]. JAMA Intern Med, 2023, 183 (7): 647-655. DOI: 10.1001/jamainternmed.2023.0780.
- [20] 张硕, 霍霖宇, 司小北, 等. 参附注射液改善心肺复苏后病人生存率的 Meta 分析 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19 (6): 881-888. DOI: 10.12102/j.issn.1672-1349.2021.06.001.

(收稿日期: 2023-12-21)

(责任编辑: 邸美仙)