专家论坛

支气管扩张症大咯血的急诊处置:从风险评估到介入治疗

范莉超[1] 毛贝[2] 徐金富[2]

[1]同济大学附属上海市肺科医院呼吸危重与罕见病科,上海 200433;[2]同济大学附属同济医院呼吸与危重症医学科,上海 200065



专家简介:徐金富,主任医师,教授,博士研究生导师,现任同济大学附属同济医院院长。长期从事呼吸系统疾病诊疗及转化研究,在支气管扩张症及慢性气道疾病领域开展系列工作。牵头建立中国支气管扩张症注册登记研究(BE-China)多中心前瞻性队列平台并开展系列研究,牵头制定多项指南/专家共识。主持 7 项国家自然科学基金重点等课题。以第一或通信作者在 Lancet Respiratory Medicine, Nature Immunology, Science Translational Medicine 等国际期刊发表学术论文百余篇。

摘要 大咯血是支气管扩张症(BE)最危险的急症之一,处置时效性强。本文提出以快速危险评估为前提,以气道保护、呼吸支持与影像定位为核心,以支气管动脉栓塞(BAE)及复发管理为主线,衔接病因导向长期管理,形成 BE 大咯血急诊止血-长期管理的闭环。

关键词 支气管扩张症; 大咯血; 急诊处置; 支气管动脉栓塞; 风险评估

中图分类号 R551 **文献标识码** A DOI 10.11768/nkjwzzzz.202609291236

Emergency management of massive hemoptysis in bronchiectasis: from risk assessment to interventional therapy

FAN Li-chao[1], *MAO Bei*[2], *XU Jin-fu*[2]. [1]*Department of Pulmonary and Critical Care Medicine and Respiratory Rare Diseases, Shanghai Pulmonary Hospital, Shanghai* 200433, *China*; [2]*Department of Respiratory and Critical Care Medicine, Tongji Hospital, Tongji University School of Medicine, Shanghai* 200065, *China*

Corresponding author: *XU Jin-fu*, *E-mail*: *jfxucn@163.com*

Abstract Massive hemoptysis is one of the most dangerous acute emergency in bronchiectasis (BE), requiring time-sensitive management. This article proposes a management framework with rapid risk assessment as the prerequisite, airway protection, respiratory support, and imaging localization at the core of initial management, bronchial artery embolization (BAE) and recurrence management as the mainstay, integrated with etiology-oriented long-term management, thereby creating a closed-loop pathway from emergency hemostasis to long-term care of massive hemoptysis in BE.

Keywords Bronchiectasis; hemoptysis; Emergency management; Bronchial artery embolization; Risk assessment

一、引言

大咯血是支气管扩张症(bronchiectasis,BE)最凶险的急症之一,可在短时间内造成气道阻塞与窒息[1]。咯血在 BE 患者中并不少见,单中心队列中约 16% 的 BE 患者发生大咯血[2];此类患者的预后不容乐观,美国全国住院数据库分析显示,因咯血住院的 BE 患者院内死亡率约为 4.5%[3]。

国内外已有 BE 规范化诊治的共识与指南,但 BE 大咯血的急诊处置仍面临环节分散、衔接不明确的现实问题。风险评估、急诊稳定、介入止血与复发防控四个环节彼此关联,须以统一主线进行整合。基于此,本文整合现有证据,旨在为 BE 大咯血构建

基金项目:四大慢病重大专项(2024ZD0522400)

通信作者:徐金富,E-mail:jfxucn@163.com,上海市普陀区新村路 389 号

规范化诊疗路径。

二、风险评估:咯血严重程度与疾病分层

(一)大咯血的急诊界定与危险分层

大咯血系指 24 h 内咯血量超过 500 mL 或单次咯血量超过 100 mL 的支气管树出血[4]。然而,咯血量在临床上难以准确估计,现代临床指南更倾向于使用“危及生命性咯血”(life-threatening hemoptysis, LTH)这一功能性术语,即咯血导致气道梗阻、窒息、血流动力学不稳定等危及生命的咯血。因此,大咯血的急诊危险分层不应仅依赖出血量,还应综合患者氧合与通气状态、血流动力学及合并症[5]。此外,评估时还应关注凝血功能,危险分层应动态进行,并随病情变化及时调整[5]。

急诊危险分层应同时考虑出血特征与疾病背景。研究显示,糖尿病、两肺叶受累与三肺叶受累均为 BE 大咯血的独立危险因素[2]。持续大量咯血、呼吸循环不稳定与影像病变广泛者应判定为高危,优先安排介入干预[4]。

(二)BE 疾病严重度多维评估工具在咯血风险分层中的应用价值

BE 疾病严重度多维评估工具(BSI、FACED 与 E-FACED 评分)为咯血风险分层提供了疾病背景依据[6]。支气管扩张严重程度指数(bronchiectasis severity index,BSI)与 FACED 评分中所含第 1 秒用力呼气容积(FEV_1)占预计值百分比与影像受累叶数,分别反映肺功能储备与病变范围;肺功能储备较差、病变较广者在同等出血量下,更易发生氧合下降与循环失代偿[7~8]。此类患者应上调风险分层等级,更早评估介入止血时机[2,7~8]。BSI 与 FACED 评分提示铜绿假单胞菌定植、E-FACED 提示前一年反复加重患者,均存在持续的感染与气道炎症驱动,且多重耐药铜绿假单胞菌定植与栓塞后咯血复发风险升高相关[9];对此类患者应在出血控制后强化针对性抗感染治疗、逐步恢复气道廓清并坚持规律随访,以降低咯血复发风险[9~10],见表 1。

三、急诊稳定与初始处置

(一)气道保护与呼吸支持

气道保护是大咯血处置的第一要务。患者宜取患侧卧位,借助重力减少血液流向健侧气道,保持气道通畅并及时清除气道内血液[4];吸引应轻柔,避免反复刺激加重出血。对出血量大、窒息风险高或氧合下降者,应尽早气管插管以隔离健侧肺通气[11]。对咯血来源不明或出血部位未定者,可行急诊支气管镜检查,可判断出血部位、清除气道内积血、气道内应用止血药物等,必要时置入气囊导管压迫止血或行气道内封堵,以隔离出血源[12]。

呼吸支持应与气道保护同步进行。低氧血症者先行氧疗,并根据病情选择无创或有创机械通气;出血量大或氧合持续下降者,应及时建立人工气道并机械通气[11]。机械通气期间需防止血凝块阻塞气道;对常规通气仍难维持氧合或需安全转运者,可考虑体外膜氧合(extracorporeal membrane oxygenation, ECMO)支持。

(二)药物止血与循环支持

药物止血的目的是减少出血量、为进一步定位与介入处理争取时间,而不是替代对出血责任血管的处理[5,13]。氨甲环酸用于咯血治疗的总体证据相对较多,现有系统评价提示抗纤溶药物可能缩短出血时间、减少咯血量,但其在 LTH 中的作用尚未明确[14~15];雾化给药可减少非大咯血患者的咯血量并缩短住院时间[16],在 LTH 中可作为介入治疗前的桥接措施[17~18]。垂体后叶素及其类似物特利加压

表 1 BE 疾病严重度多维评估工具在咯血风险分层中的价值

工具	构成维度	在咯血风险分层中的价值
BSI 评分[7]	年龄、BMI、FEV_1 占预计值%、既往住院、急性加重次数、呼吸困难、铜绿假单胞菌定植、影像受累叶数	判断咯血耐受性,多叶受累者建议提前介入治疗;铜绿假单胞菌定植提示持续感染驱动,建议止血后强化抗感染
FACED 评分[8]	FEV_1 占预计值%、年龄、铜绿假单胞菌慢性定植、影像受累叶数、呼吸困难	识别肺功能储备不足者,建议上调分层等级;铜绿假单胞菌定植者建议加强感染控制与随访
E-FACED 评分[10]	FACED 维度 + 前一年急性加重≥2 次	提示疾病活动性,建议止血后抗感染、气道廓清与规律随访

注:BMI:体重指数;FEV_1:第 1 秒用力呼气容积;BSI:支气管扩张严重程度指数;FACED:FEV_1(第 1 秒用力呼气容积)、Age(年龄)、Chronic colonization(慢性定植)、Extension(受累叶数)、Dyspnea(呼吸困难)首字母缩写;E-FACED:扩展 FACED 评分。

素虽为我国常用一线血管收缩剂[12~13],但相关证据多来自小样本研究,尚缺乏高质量随机对照试验证实其可改善死亡率[19],且用药期间需监测血压并警惕低钠血症[20]。酚妥拉明、酚磺乙胺等辅助药物证据更为有限,多用于轻度或非 LTH 的经验性治疗[12~13]。对于内镜下明确出血部位的局部止血,可选用冰盐水 + 肾上腺素局部灌注止血[21]。

发生 LTH 时应立即停用抗凝及抗血小板药物,并按药物类型逆转:华法林用维生素 K 联合凝血酶原复合物,达比加群用依达赛珠单抗,Xa 因子抑制剂用 Andexanet alfa 或凝血酶原复合物,肝素用鱼精蛋白[22~23]。凝血功能纠正应依据实验室结果,血小板减少或功能障碍者可输注血小板[24]或使用去氨加压素[25],纤维蛋白原缺乏者补充冷沉淀或纤维蛋白原浓缩物[26];但逆转治疗不应延误介入治疗止血[15]。高血栓风险患者应在出血控制后尽早重启抗栓治疗[27~28]。

对伴有循环障碍的 BE 大咯血患者,循环支持重在维持有效血容量与组织灌注。尽快建立静脉通道,失血性休克者立即液体复苏;血红蛋白明显降低或凝血异常者,输注相应血液制品。需注意,大咯血的主要致死机制是窒息而非失血[1],故循环支持应与气道保护、出血源控制同步推进。

(三)影像学定位:胸部 CT 血管造影

影像定位应在稳定生命体征后尽快完成。CT 血管造影(CT angiography,CTA)被推荐为大咯血的首选影像检查[4]。CTA 可同时提供肺实质病变与血管解剖信息,有助于判断出血来源与责任血管[4]。含肺动脉期的 CTA 可在单次采集中全面评估支气管动脉、非支气管体循环动脉与肺动脉来源,并为栓塞提供解剖信息[29],为数字减影血管造影(digital subtraction angiography,DSA)条件的选择及栓塞材料的选择提供一定的参考。CT 肺动脉造影(CT pulmonary angiography,CTPA)是肺动脉聚焦的检查方案,主要用于肺动脉来源出血或疑诊合并急性肺栓塞者。CTPA 不能替代 CTA 对支气管动脉系统的评估[29]。目前多推荐“肺动脉 + 体动脉”双期扫描,影像定位完成后,应立即评估介入止血的可行性与时机。

四、介入治疗:支气管动脉栓塞的一线地位、疗效与复发管理

(一)支气管动脉栓塞的适应证与时机

支气管动脉栓塞(bronchial artery embolization,BAE)是 BE 大咯血的一线介入止血手段[30~31]。对持续大量咯血或保守治疗无效者,应在条件允许时尽早启动 BAE[30~31]。

(二)技术要点与疗效

BAE 通过栓塞支气管动脉及非支气管体循环动脉实现止血。术前 CTA 可系统评估支气管动脉、异位支气管动脉及非支气管体循环动脉(nonbronchial systemic artery,NBSA)的来源与分布,为术中造影提供路线图[29]。术中应在支气管动脉造影基础上系统排查 NBSA,并逐一栓塞全部责任血管。常用栓塞材料以聚乙烯醇颗粒、微球等永久性颗粒为主,明胶海绵可用于部分情形,粒径选择需结合出血特点与血管直径个体化把握[32]。

BAE 对 BE 咯血的近期临床成功率高,多在 93%~97%[33~34],且优于保守治疗[33]。远期随访中,BAE 后 1 年无咯血率约为 67.5%~85.9%[32,35],5 年无咯血率约为 49.4%~57.6%[35~36]。在 BE 频繁咯血患者中,BAE 组 3 年无咯血生存率为 66.2%,显著高于保守治疗组的 2.5%[33]。

(三)并发症与复发管理

BAE 术后监护需关注再出血征象与栓塞相关并发症,胸痛、发热等轻微反应常见,多在短期内缓解。脊髓动脉误栓所致脊髓缺血(梗死)是 BAE 最严重的并发症之一,虽属罕见[30],但可致短暂性或永久性下肢轻瘫或截瘫,日本全国住院数据库中发生率约 0.19%[37]。术前应充分造影各责任血管,对于可能发出脊髓动脉的体动脉栓塞,如肋间后动脉等,采用同轴导管技术行超选择性栓塞,可避开脊髓动脉。BAE 后咯血复发仍占一定的比例[9,34,38],囊状支气管扩张[39]、体肺分流[38]、非首次咯血[34]和多重耐药铜绿假单胞菌定植[9]是复发的独立危险因素。结核后 BE 患者中,BAE 后毁损肺的校正风险比为 3.2[40]。

对复发咯血者,应结合出血量、复发间隔与患者意愿综合评估再介入或手术方案[4]。对 BAE 失败、介入不可及且持续出血者,急诊外科手术可作为补救措施;对病变局限且反复复发者,外科切除亦为可选方案,但相关证据有限,需个体化决策。BE 大咯血急诊处置的整体流程,见图 1。

五、临床挑战与未来展望

BE 大咯血病情凶险,需呼吸与危重症医学科、急诊科、介入科与胸外科多学科协作,但临床实践仍面临多重挑战:大咯血的界定与量化标准尚不统一,单纯依据咯血量判断病情易低估窒息与循环衰竭风险[4,12];部分患者责任血管隐匿或为肺动脉来源,出

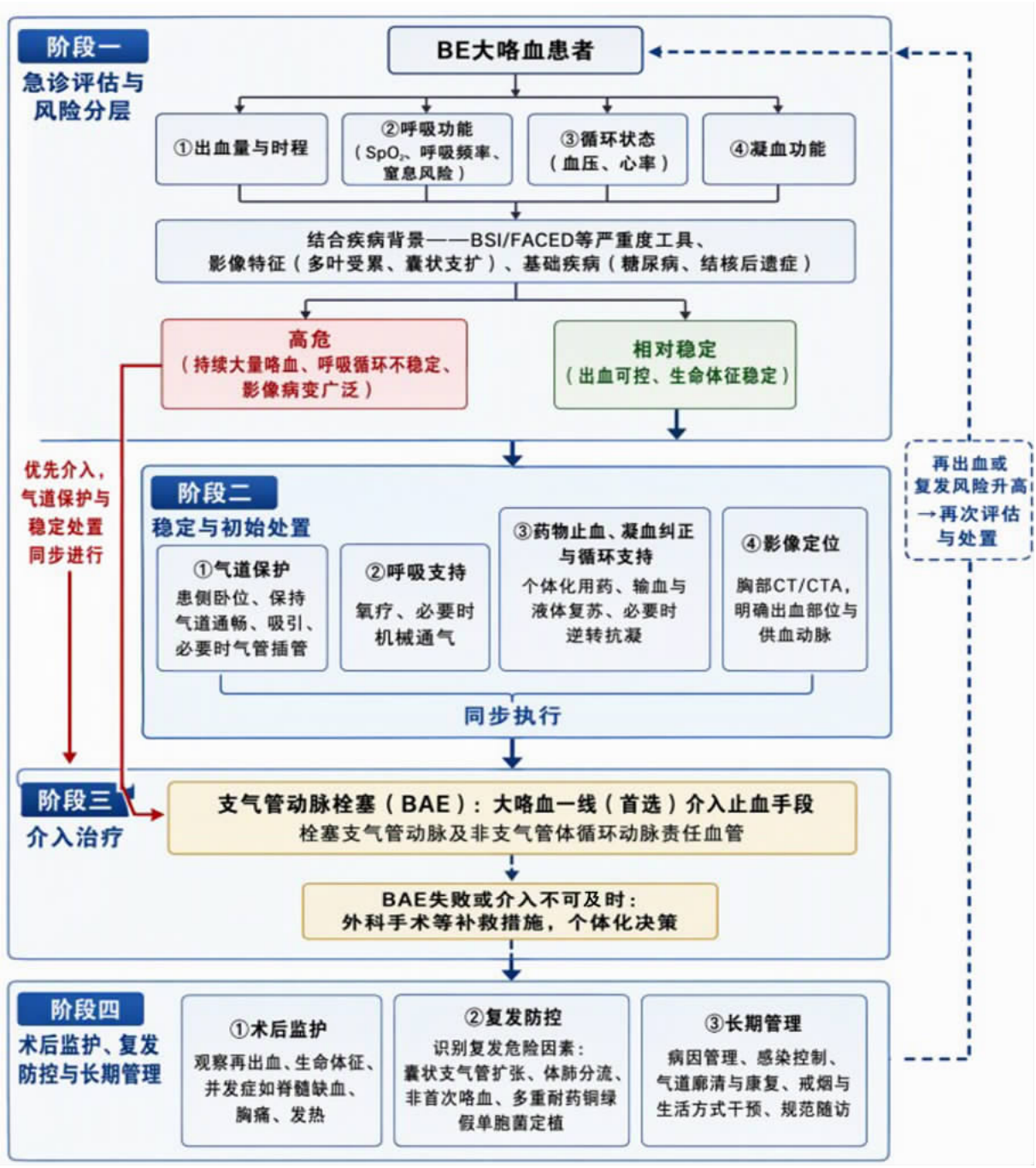


图 1　BE 大咯血急诊处置流程图

血来源的快速定位亦有难度[29]。BAE 虽为一线介入手段，近期临床成功率高达 93% ~97%[33~34]，但中长期无咯血率随随访时间延长而下降，栓塞后咯血复发仍是突出难题[9,35~36,38]。

展望未来，基于人工智能（artificial intelligence，AI）与机器学习的咯血风险预测模型正处于开发与验证阶段，有望实现 BE 患者大咯血及栓塞后复发风险的个体化、动态评估[41~42]。AI 已应用于 BE 领域研究[43]，其辅助影像判读有望通过快速识别出血来源与责任血管缩短咯血处置决策时间。介入技术亦在持续革新，术中锥形束 CT 可提高责任血管识别精度，超选择性肺动脉栓塞为难治性大咯血提供新的治疗手段，栓塞材料与操作流程不断优化[44~45]。

六、结语

BE 大咯血的急诊处置可概括为一体化路径，即以风险分层为前提、以早期介入为核心、以复发防控为闭环。复发防控应延伸至急诊之外，病因导向的

长期管理是 BE 大咯血规范诊治的重要方向[46]。当前实践仍面临诸多挑战，通过优化风险评估工具、完善介入技术、加强高质量研究并深化病因管理，有望进一步改善 BE 大咯血患者的预后。

参考文献

1 Atchinson PRA, Hatton CJ, Roginski MA, et al. The emergency department evaluation and management of massive hemoptysis[J]. Am J Emerg Med, 2021, 50: 148-155.

2 Luo L, Luo J, Jiang Y. A retrospective analysis of risk factors for massive hemoptysis in patients with bronchiectasis[J]. BMC Pulm Med, 2022, 22(1): 214.

3 Lim RK, Tremblay A, Lu S, et al. Evaluating hemoptysis hospitalizations among patients with bronchiectasis in the United States: a population-based cohort study[J]. BMC Pulm Med, 2021, 21(1): 392.

4 Pirotte M, Pirotte A, Koyfman A, et al. High risk and low incidence diseases: massive hemoptysis[J]. Am J Emerg Med, 2024, 85: 179-185.

5 Charya AV, Holden VK, Pickering EM. Management of life-threatening hemoptysis in the ICU[J]. J Thorac Dis, 2021, 13(8): 5139-5158.

6 He M, Zhu M, Wang C, et al. Prognostic performance of the FACED score and bronchiectasis severity index in bronchiectasis: a systematic review and meta-analysis[J]. Biosci Rep, 2020, 40(10): BSR20194514.

7 Chalmers JD, Goeminne P, Aliberti S, et al. The bronchiectasis severity index: an international derivation and validation study[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2014, 189(5): 576-585.

8 Martinez-Garcia MA, de Gracia J, Vendrell Relat M, et al. Multidimensional approach to non-cystic fibrosis bronchiectasis: the FACED score[J]. Eur Respir J, 2014, 43(5): 1357-1367.

9 Sun J, Tong X, Wang D, et al. Multi-drug resistant Pseudomonas aeruginosa isolation is an independent risk factor for recurrent hemoptysis after bronchial artery embolization in patients with idiopathic bronchiectasis: a retrospective cohort study[J]. Respir Res, 2024, 25(1): 385.

10 Martinez-Garcia MA, Athanazio RA, Girón R, et al. Predicting high risk of exacerbations in bronchiectasis: the E-FACED score[J]. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2017, 12: 275-284.

11 Aramaki H, Kakutani T, Noma S, et al. Clinical features of patients with hemoptysis requiring invasive mechanical ventilation[J]. Respir Investig, 2026, 64(3): 101407.

12 Jin F, Li Q, Bai C, et al. Chinese expert recommendation for diagnosis and treatment of massive hemoptysis[J]. Respiration, 2020, 99(1): 83-92.

13 中华医学会呼吸病学分会，中华医学会结核病学分会，中国医师协会呼吸医师分会，等. 咯血中心规范化建设中国专家建议[J]. 中华结核和呼吸杂志，2026，49(9)：984-991.

14 Prutsky G, Domecq JP, Salazar CA, et al. Antifibrinolytic therapy to reduce haemoptysis from any cause[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2016, 11: CD008711.

15 Davidson K, Shojaee S. Managing massive hemoptysis[J]. Chest, 2020, 157(1): 77-88.

16 Wand O, Guber E, Guber A, et al. Inhaled tranexamic acid for hemoptysis treatment: a randomized controlled trial[J]. Chest, 2018, 154(6): 1379-1384.

17 Agrawal A, Dhibar DP, Prakash A, et al. Efficacy and safety of tranexamic acid nebulization to control bleeding of hemoptysis: the TXA-NEB randomized controlled clinical trial[J]. Indian J Pharmacol, 2025, 57(6): 392-400.

18 Lee HN, Park HS, Hyun D, et al. Combined therapy with bronchial artery embolization and tranexamic acid for hemoptysis[J]. Acta Radiol, 2021, 62(5): 610-618.

19 Ioannou GN, Doust J, Rockey DC. Systematic review: terlipressin in acute oesophageal variceal haemorrhage[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2003, 17(1): 53-64.

20 Solà E, Lens S, Guevara M, et al. Hyponatremia in patients treated with terlipressin for severe gastrointestinal bleeding due to portal hypertension[J]. Hepatology, 2010, 52(5): 1783-1790.

21 Shahul S A, Chauhan NK, Dutt N, et al. Bronchoscopic electrocautery versus adrenaline and cold saline instillation for prophylactic haemostasis prior to biopsy of endobronchial lesions (BEVACS): a randomized controlled trial[J]. J Bronchology Interv Pulmonol, 2024, 31(2): 199-204.

22 Bekka E, Liakoni E. Anticoagulation reversal (vitamin K, prothrombin complex concentrates, idarucizumab, andexanet-α, protamine)[J]. Br J Clin Pharmacol, 2025, 91(3): 604-614.

23 Tomaselli GF, Mahaffey KW, Cuker A, et al. 2020 ACC expert consensus decision pathway on management of bleeding in patients on oral anticoagulants[J]. J Am Coll Cardiol, 2020, 76(5): 594-622.

24 Metcalf RA, Nahirniak S, Guyatt G, et al. Platelet transfusion: 2025 AABB and ICTMG international clinical practice guidelines[J]. JAMA, 2025, 334(7): 606-617.

25 Desborough MJ, Oakland KA, Landoni G, et al. Desmopressin for treatment of platelet dysfunction and reversal of antiplatelet agents: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. J Thromb Haemost, 2017, 15(2): 263-272.

26 Hess AS, White SK, Crowe EP, et al. The clinical use of cryoprecipitate and fibrinogen concentrate: a scoping review[J]. Transfusion, 2026, 66(7): 1424-1437.

27 Proietti M, Romiti GF, Romanazzi I, et al. Restarting oral anticoagulant therapy after major bleeding in atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis[J]. Int J Cardiol, 2018, 261: 84-91.

28 Al-Hussainy N, Kragholm K, Lundbye-Christensen S, et al. Timing of anticoagulation restart after serious bleeding in atrial fibrillation[J]. Heart, 2026, 112(5): 253-260.

29 Marquis KM, Raptis CA, Rajput MZ, et al. CT for evaluation of hemoptysis[J]. Radiographics, 2021, 41(3): 742-761.

30 Fan S, Cheng X, Wang X, et al. Bronchial artery embolization versus conservative treatment for hemoptysis: a systematic review and meta-analysis[J]. BMC Pulm Med, 2024, 24(1): 428.

31 王国安，吴宏成，吴仕波，等. 支气管动脉栓塞介入治疗支气管扩张大咯血 205 例疗效分析[J]. 中国呼吸与危重监护杂志，2013，12(1)：85-88.

32 Xu HD, Yang L, Hu SB. Embosphere microspheres size for bronchial artery embolization in patients with hemoptysis caused by bronchiectasis: a retrospective comparative analysis of 500-750 versus 700-900 μm microspheres[J]. BMC Pulm Med, 2024, 24(1): 203.

33 Lu GD, Yan HT, Zhang JX, et al. Bronchial artery embolization for the management of frequent hemoptysis caused by bronchiectasis[J]. BMC Pulm Med, 2022, 22(1): 394.

34 邓涛,郭晓华,胡晓钢,等.特发性支气管扩张伴咯血患者的介入治疗疗效及复发危险因素分析[J].浙江医学,2024,46(8):851-855.

35 Wang LL, Lu HW, Li LL, et al. Pseudomonas aeruginosa isolation is an important predictor for recurrent hemoptysis after bronchial artery embolization in patients with idiopathic bronchiectasis: a multicenter cohort study[J]. Respir Res, 2023, 24(1): 84.

36 Yan HT, Lu GD, Zhang JX, et al. Comparison of bronchial artery embolisation versus conservative treatment for bronchiectasis-related nonmassive haemoptysis: a single-centre retrospective study[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2023, 46(3): 369-376.

37 Ishikawa H, Ohbe H, Omachi N, et al. Spinal cord infarction after bronchial artery embolization for hemoptysis: a nationwide observational study in Japan[J]. Radiology, 2021, 298(3): 673-679.

38 Hu B, Zhang C, Chai M, et al. The hemodynamic and clinical characteristics of recurrent hemoptysis in bronchiectasis patients after vascular intervention procedures[J]. J Thorac Dis, 2026, 18(4): 282.

39 Duan Y, Sui W, Cai Z, et al. Bronchiectasis morphology and hemoptysis recurrence after bronchial artery embolization: a cohort study using inverse probability of treatment weighting[J]. Front Med (Lausanne), 2025, 12: 1645331.

40 Wang LL, Lu HW, Li LL, et al. Destroyed lung contributes to the recurrence of hemoptysis after bronchial artery embolization in patients with post-tuberculosis bronchiectasis[J]. J Infect Public Health, 2024, 17(7): 102446.

41 Zhang G, Chen Y, Zhai M, et al. Development and validation of a nomogram for predicting hemoptysis risk in patients with bronchiectasis: a study based on random forest algorithm[J]. Medicine (Baltimore), 2026, 105(31): e50019.

42 Xu S, Guan LJ, Shi BQ, et al. Recurrent hemoptysis after bronchial artery embolization: prediction using a nomogram and artificial neural network model[J]. AJR Am J Roentgenol, 2020, 215(6): 1490-1498.

43 Narayana JK, Koo Wei Ling Y, Mac Aogáin M, et al. Characterising research trends in bronchiectasis through AI-powered analytics[J]. Eur Respir J, 2025, 66(6): 2500894.

44 Shin BK, Kim KY, Han YM, et al. Improving culprit artery identification with intraprocedural cone-beam CT aortography and its clinical impact in bronchial artery embolization[J]. Eur Radiol, 2025, 35(5): 2508-2518.

45 Naranje P, Chikkathimmegowda H, Kazimi J, et al. Superselective pulmonary artery embolization for refractory massive hemoptysis post-bronchial artery embolization: a bail-out measure[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2026, 49(7): 1278-1284.

46 中国支气管扩张症临床诊治与研究联盟,中华医学会呼吸病学分会.成人支气管扩张症病因学诊断专家共识[J].中华结核和呼吸杂志,2024,47(10):921-932.

(2026-09-28 收稿)

欢迎订阅 2027 年《内科急危重症杂志》

《内科急危重症杂志》于 1995 年由国家科委批准,中华人民共和国教育部主管,华中科技大学同济医学院主办,同济医院承办。1997 年被清华全文期刊数据库收录,2001 年被中国科技信息研究所万方数据库收录,2002 年被列入国家科技部中国科技论文统计源期刊和中国科技核心期刊。历年公布的被引用总次数呈逐年上升势态,表明本刊在学术交流中的重要作用。

《内科急危重症杂志》是我国第一个以内科各专科及神经内科、传染科、皮肤科、ICU 等临床急危重症为主要内容的杂志。以广大临床医师及医学院校师生和有关科研人员为主要读者对象。其宗旨和任务是刊载大内科范围急危重症医学领域的临床诊治经验总结,以及紧密结合临床的基础研究,国内外重症监护(ICU)新进展等。设有:专家论坛、临床研究、基础研究、诊疗经验、临床病例讨论、个案等栏目。特色是每期邀请国内著名专家就某一专题谈国内外最新诊断治疗指南与临床治疗经验。本刊编辑部从 2014 年 6 月起,开始使用新的投稿采编系统平台。作者、读者可通过网站首页进行投稿和稿件审理状态查询。

《内科急危重症杂志》为双月刊,大 16 开,104 页。国际刊号:ISSN1007-1042,国内统一刊号:CN42-1394/R。每册 20 元,全年 6 期 120 元,热忱欢迎广大医务工作者订阅和积极投稿。

订阅方式:全国各地邮局,邮发代号 38-223。漏订可直接与编辑部联系。

编辑部地址:武汉市解放大道 1095 号同济医院《内科急危重症杂志》编辑部

邮政编码:430030 **电话**:027-69378378

E-mail:nkjwzzzz@163.com **网址**:https://nkjwzzzz.tjh.com.cn