

危重症医学部入驻赣州五院 北京的“绿色通道”



扫一扫
收看直播回放



扫一扫
关联阅读原文



扫一扫
关联阅读原文

为终末期肺病画上“终止符”

“肺移植是呼吸学科不可或缺的要害。”解放军总医院呼吸与危重症医学部保鹏涛教授看来，肺移植是呼吸与危重症学科兜底的治疗手段，大部分终末期肺病都可通过肺移植治疗。

肺移植术的开展，需要多学科配合，是院长工程。在解放军总医院呼吸与危重症医学部，内科团队严把肺移植的受体关，外科为患者实施手术后患者转入重症病房，在重症病房内进行初步的治疗帮助患者

度过危险期，患者的随访管理工作则继续交由内科进行，在多学科协作下，肺移植成功率远高国内平均水平。

肺移植受体的选择时手术成功的关键，在肺移植受体选择方面，应严格把握适应证，综合考虑患者的经济条件和病情状况，为患者选择最佳的移植时间，如患者合并严重的心、肝、肺等脏器功能不全，则不能为患者进行单纯的肺移植手术，但可以选择多器官联合移植。

呼吸治疗是呼吸与危重症的重要组成部分

解放军总医院呼吸与危重症医学部胡兴硕医师介绍，呼吸治疗作为危重症医学规范发展的重要组成部分，已贯穿式地融入到危重疾病的救治中。

2013 年中国人民解放军总医院成立全军首支呼吸治疗团队，依托解立新主任打造的“大胸科”平台，建立了完整的层级制工作制度，开展了小组划分式分工合作的工作体系。在近十年的磨练和成长中，开展了多项新技术、新业务，拓宽了危重患者的救治思路。

解放军呼吸与危重症医学部团队目前共有 17 名呼吸治疗师，全面掌握所有的呼吸支持技术，并且有自己的专业特长和发展方向。参与医疗交班、查房，24 h 不间断的服务于临床一线，动态监测危重患者病情变化，给予个体化的呼吸治疗建议，指导并积极参与重症患者早期康复，使得危重症患者救治成功率上升 72%。

2022 年底，在解立新主任的领导下，中国人民解放军

总医院率先建立健全了全军首支呼吸治疗会诊制度，成为首个拥有呼吸治疗会诊团队的医院，并架起了普通病房和危重患者救治之间的桥梁。切实解决了目前困扰医务工作者大多数的技术难题，明显提高了危重病患者的综合救治能力。

呼吸治疗专业涉及面广、技术性强，要求医务人员具备精湛的专业技术、高度的专注力和强烈的责任感，是最能体现“细节决定成败”的一项临床诊疗专业。

目前形势下每年全国呼吸治疗本科以上的毕业生非常稀缺，如何培养优秀的呼吸治疗师、如何建立规范化的呼吸治疗管理体系？胡教授介绍，解放军总医院实施招聘与内部培养相结合的模式，从内部人员中选拔优秀且有意向的人员进行“老带新”“一对一”“轮转制”的培训教学，通过理论、实操、实战考核之后才能成为一名合格的呼吸治疗师，融入到临床工作。



张艳萍 执行社长
执行总编辑



磨国鑫 教授



保鹏涛 教授



王韧韧 教授



胡兴硕 医师

解放军总医院呼吸与危重症医学部整合了内外胸科的资源，这在国内医院的呼吸与危重症医学科中是独一无二的。解放军总医院呼吸与危重症医学部主任谢立新教授表示，融合形成“大胸科”既是军改的要求，也顺应了学科发展的潮流。“大胸科”更利于从“整体”出发为患者提供健康照护，呼吸治疗师依托“大胸科”体系，拓宽了危重症患者治疗的思路。

授人以鱼，不如授人以渔，在刚刚结束的第十八届 301 呼吸疾病高峰论坛（赣州论坛）上，解立新教授团队，为赣州市第五人民医院带来介入呼吸病学、ECMO、M-ROSE、肺移植等先进技术，这些技术堪称呼吸与危重症医学塔尖上的明珠，为赣州市第五人民医院埋下了腾飞的火种。

危重症是呼吸学科建设重点

“中国人民解放军总医院在军改的推动下，成立呼吸与危重症医学部，包括了六个医学中心的呼吸与危重症医学科。”解放军总医院呼吸与危重症医学部解立新教授介绍，呼吸与危重症医学部具有强大的临床、科研、教学、保健等实力，并初步形成集胸内、ICU、胸外科和血管介入一体化的大胸科格局，为胸部疾病的诊治和创新提供了坚实的支撑。学部在临床、科研等方面均取得优异成绩，并且大力推进信息化建设，在工信部 5G 支持下，搭建 5G 学部基地、各派驻中心及二中心呼吸科全方位医、教、研、保健军事卫勤一体化网络平台，逐步实现实时、无障碍、全维度虚拟现实之间无缝切换，联勤保障能力更上一层楼。

“未来的发展趋势是给患者进行整体化医疗照护，以单一疾病进行医疗照护将成为历史。”解教授认为，以器官系统进行整合甚至多器官系统进行整合将成为未来的发展方向。在呼吸学科中，呼吸与危重症医学尤为重要，建立和实施规范的呼吸疾病“促防诊治康”体系，建立呼吸学科医师规范化培训制度，推进、落实 PCCM 规范化建设，推动呼吸学科与结核病防治的历史性回归，并且要携手基层医生推进呼吸系统疾病的防治。



擅用重症治疗的两大利器

“M-ROSE 和 ECMO 是重症患者救治的两把利器。”解放军总医院呼吸与危重症医学部磨国鑫教授解释，M-ROSE 作为快速床旁诊断技术，可以帮助医生判断所取的标本是否为合格的下呼吸道标本，初步锁定致病原和患者免疫状态下对的感染认定，此外，M-ROSE 技术还可提供部分微生物病原的形态学依据，以及提供细胞分类与计数及其比例等精确的细胞学背景。M-ROSE 对于真菌（尤其是处于菌丝时相的真菌）的确认相对容易，而且具有极高的灵敏度与特异性。这些容易确认的真菌包括隐球菌、芽生菌、组织胞浆菌、青霉菌和耶氏肺孢子菌。结合几种

M-ROSE 方法，尤其是结合免疫荧光染色法以后，对于结核也有很高的检出率。

如果说 M-ROSE 是医生的“好帮手”，那么 ECMO 就是重症医学王冠上的明珠，ECMO 概念脱胎于体外循环的理念，于 1965 年被首次提出，在新冠疫情期间，ECMO 的使用率成井喷式爆发，解放军总医院 ECMO V-V 模式救治成功率为 60%，已经达到世界先进水平。

磨教授强调，ECMO 技术的核心是氧供支持，并不能治疗原发疾病，医生在给患者行 ECMO 治疗时应积极治疗原发病，在使用 ECMO 进行生命支持时也要为患者挑选合适的方式。

介入治疗还慢阻肺患者“畅快呼吸”

支气管镜起源于消化道内镜的改良，1897 年，德国骨科医生使用食管镜在气道内取出骨性异物，1965 年完成了首例硬镜肺活检术，据调查显示，我国 600 张床位以上的综合医院全部开展了纤支镜检查，此后，介入肺脏病学飞速发展并逐渐走向成熟。

解放军总医院呼吸与危重症医学部王韧韧教授介绍，介入肺脏病学始终专注于常见的气道疾病和胸膜疾病的诊断、治疗，无论是处理恶性气道病变还是良性的复杂气道病变，软质和硬质气管镜都可以实时记录下操作的过程。

“在 GLOD2023 指南中，活瓣肺减容术获得 A 级推荐，弹簧圈减容、热蒸汽肺减容获得 B 级推荐，液氮冷冻喷洒、支气管流变成型术、靶向肺去神经消融术目前正在临床研究中。”王教授指出，这些技术中既有如肺减容术可以减轻慢性阻塞性肺疾病（COPD）患者呼吸困难症状的，也有如靶向肺去神经消融术一般，改善 COPD 患者急性加重期临床表现的，正是介入技术的应用，一定程度上满足了重症 COPD 患者的临床需求，他们提供了更多可供选择的治疗方案，还重症 COPD 患者畅快呼吸。