

6 月 15~18 日, 中国医师协会 2023 年呼吸医师年会 (CACP2023) 在大连举行。本次会议的主题是“建设现代内科危重症医学体系, 夯实呼吸学科发展基石”, 在主论坛报告环节, 四川大学华西医院李为民教授、内蒙古自治区人民医院孙德俊教授、上海市东方医院李强教授分别从重症肺癌、危重症患者早期康复、重症监护室内的呼吸介入等角度对大会主题进行阐释。



扫一扫  
查看微信专题页



扫一扫  
查看网站专题页

## 呼吸专栏编委会

名誉主编: 钟南山 王辰  
指导专家(按姓氏拼音排序):  
白春学 陈良安 陈荣昌  
代华平 康健 李为民  
林江涛 刘春涛 瞿介明  
沈华浩 孙永昌 徐永健  
周新

主 编: 曹彬 应颂敏  
执行主编(按姓氏拼音排序):  
邓朝胜 郭强 侯刚  
宋元林 孙加源 熊维宁  
徐金富 张静(上海)

编委(按姓氏拼音排序):  
班承钧 保鹏涛 常春  
陈成 陈湘琦 陈燕  
陈颖 陈愉 代冰  
董航明 杜丽娟 范晔  
冯靖 高丽 高凌云  
关伟杰 韩丙超 何勇  
何志义 贺航咏 蒋汉梁  
揭志军 李春笋 李丹  
李锋 李力 李琪  
李伟 李园园 李云霞  
梁硕 梁志欣 刘波  
刘丹 刘崇 刘宏博  
刘敬禹 刘琳 刘伟  
陆海雯 罗建江 罗壮  
马德东 马礼兵 纳建荣  
潘殿柱 施熠炜 石林  
史菲 苏欣 孙健  
唐昊 田欣元 王东昌  
王峰 王虹 王华启  
王一民 文文 夏旻  
肖奎 谢佳星 谢敏  
邢西迁 徐燕 徐瑜  
徐月清 杨会珍 杨姣  
杨士芳 姚欣 于洪志  
喻杰 张固琴 张惠兰  
张静(天津) 张一  
赵俊 赵帅 周国武  
周华 周敏 周庆涛

## 重症肺癌不是终末期

▲ 四川大学华西医院 李为民



李为民教授

重症肺癌是指体力活动状态 (PS) 评分为 2~4 分之间的肺癌患者, 其状态可能是暂时的、阶段性的。通过综合性的治疗手段可以改善 PS 评分, 为患者带来生存获益。“重症肺癌”不等于“终末期肺癌”, 具有抢救价值, 更有治疗必要性, 在临床实践中应早期识别、精准评估。

导致重症肺癌的常见因素包括各种共病、肿瘤并发症和治疗相关的不良反应。对其精准评估包括对

呼吸共病 (慢性阻塞性肺疾病、肺纤维化、肺栓塞)、全身共病 (糖尿病、冠心病、心衰、肾衰)、并发症 (感染、治疗后肺炎) 及肿瘤本身 (大气管阻塞、心包积液、胸腔积液) 的识别。重症肺癌的治疗主要包括共病防控和控瘤治疗。

共病防控应根据不同可逆病因采取不同治疗措施, 例如血管介入、支气管动脉栓塞治疗气道狭窄及咯血, 合并肺栓塞患者需要及时给予抗凝治疗, 合并恶性胸腔积液患者应联合胸腔内局部治疗, 合并重症肺炎和呼吸衰竭患者要接受呼吸支持和抗感染治疗, 药物相关性间质性肺疾病、放射性肺炎、免疫检

查点抑制剂相关性肺炎及心肌炎患者需接受激素治疗。

此外, 在控制并发病的同时也应积极治疗肿瘤本身。重症肺癌控瘤治疗手段包括调整剂量和方案的全身化疗、靶向治疗、局部放射治疗等, 合理化、个体化的综合治疗均可使重症肺癌患者获益。

在重症肺癌患者的治疗全病程管理中, 还应充分发挥多学科协作的优势。

因此, 对于重症肺癌患者, 需强调“癌肺同治”, 及时处理肺癌的各种共病和并发症, 改善患者的 PS 评分, 为接受各种抗肿瘤治疗创造条件, 从而改善患者生活质量, 延长总生存。

## 危重症患者早期康复是 PCCM 医生的使命

▲ 内蒙古自治区人民医院 孙德俊



孙德俊教授

患者在重症监护室 (ICU) 期间卧床和制动会导致严重的身体机能失调和呼吸、心血管、肌肉骨骼、神经、肾和内分泌系统功能障碍。随着 ICU 死亡率的显著下降, 仅仅将住 ICU 或住院的死亡率作为结局指标已经远远不能反映 ICU 幸存者的远期功能结局。

2012 年美国重症监护医学学会提出了以 ICU 经历综合征 (PICS) 来描述那些危重症后及入住 ICU 后持续存在的、新发或原有症状恶化的身体功能、认知功能和精神状况, 该术语也可用于幸存者的家庭成员 (PICS—Family, PICS—F), 家庭成员表现为焦虑、抑郁和创伤后应激综合征 (PTSD) 等心理障碍。

PICS 带来的沉重疾病负担和社会负担不容忽视, 已经成为一个影响社会经

济, 危害人民生命健康的重要公共卫生问题, 应该引起高度重视。

预防 PICS 应从进入 ICU 时开始, 最大限度减少医源性损害、预防和管理谵妄、早期活动、让家属参与, 这个集束化治疗方案被称为“ABCDEF 集束化方案”, 已被证明可减少 PICS, 代表了过去 20 年危重症早期康复的最重要进展。

危重症早期康复不单纯是运动/活动, 而是对患者的综合照护, 需要呼吸与危重医学科/重症医学科的 (PCCM/CCM) 医生、护士、治疗师 (物理、作业、言语、心理)、临床药师、营养师等组成多学科团队的共同参与。PCCM/CCM 医生作为团队的核心, 首先要具有扎实的 ICU 相关的专业知识、专业技能和临床技能, 掌握康复的基本理论、技

能和运动生理学相关知识; 同时, 要负责组织多学科团队讨论, 明确诊断, 评估、制定“促防诊疗康复”一体化的综合照护方案和进一步照护计划, 监督团队执行, 协调团队成员的沟通合作, 对方案进行质量控制等。改善 ICU 幸存者的结局应该作为公共卫生的优先事项, 未来的目标应该是消除 PICS, 要从预防危重症、提供高质量的“ABCDEF 集束化方案”、优化急性期后的综合照护三个方面着手, 践行“促防诊疗康复”, 以呼吸康复促进 PICS 患者的全方位健康照护。

## 呼吸介入是 ICU 医生必备技能

▲ 上海市东方医院 (同济大学附属东方医院) 李强



李强教授

近年来, 呼吸介入技术的快速发展及其在 ICU 中的广泛应用, 极大地提升了呼吸危重症患者的救治水平, 对整个呼吸学科发展起了重要的支撑作用。PCCM 专科医师应了解在 ICU 中较常用的呼吸介入技术的应用指征及其临床价值。

### 人工气道的建立与管理

**床旁支气管镜引导气管插管术** 其价值在于迅速建立人工气道后进行有创机械通气。该技术简便、准确。

**经皮扩张气管造口术** 传统气管切开造口术目前有逐渐被经皮扩张气管造口术 (PDT) 取代的趋势; 相较于气管切开造口术创伤更小、且操作由 ICU 医生即可完成。

**气道分泌物及异物廓清术** ICU 患者常因各种原因致气道异物误吸, 此时, 应迅速在床旁实施支气管镜检查, 及时清理异物确保气道畅通。

### 重症下呼吸道感染病原学诊断

重症下呼吸道感染病原学诊断有时直接决定着患者的转归和救治成功与否。

**支气管肺泡灌洗术** 近年来, 伴随着新的测序技术快速发展和普及, 能否准确地取到来自感染部位的体液或分泌物标本就成了病原快速诊断关键。因此, 支气管肺泡灌洗术也就成为了重症下呼吸道感染患者病原快速诊断的关键技术。

**经支气管肺活检术** 具体包括两种, 经支气管病变部位肺组织钳夹活检术 (TBLB) 和经支气管病变部位肺组织冷冻活检术 (TBCB),

后者优点是获得标本量大, 目前已基本取代了开胸肺活检术。两种活检方法选用原则: 如考虑为感染或肿瘤性病变, TBLB 大多可以满足对病因的诊断; 而对于一些弥漫性肺间质病变, 则 TBCB 更好。

### 中心气道阻塞快速解除

如果是气道内异物所致, 一般采用治疗型支气管镜予以快速解除; 而对良、恶性病变所致者, 支气管镜直视下的金属支架置入术是最简单有效的方法。

难治性气胸及气管、支气管腔内封堵 ICU 患者如果合并有难治性气胸或气管、支气管瘘时, 支气管腔内的介入治疗则成为了唯一可供选择的方法。

**难治性气胸腔内封堵术** 通常所采用的方法与步骤包括瘘口所在部位的探测、引流支气管封堵、封堵效果评价。

**气管、支气管腔内封堵术** 合并有气管、支气管瘘的患者, 食管、胃或是胸腔内容物会不断地返流入肺, 造成难以控制的肺部感染, 此时需要采取气管、支气管腔内封堵技术。

总之, 在呼吸危重症监护病房内, 如果能够正确地掌握好各种呼吸介入操作的指征, 并准确地将其应用于不同患者的临床诊治过程中, 将会极大地提升重症患者的救治成功率, 造福广大患者。