

带你走进神秘的ICU

▲ 广西桂林银海医院 莫殿全

很多人对于ICU的了解，可能来源于这一术语在电视和电影中反复出现，也可能源于在医院就诊时无意发现的一个十分神秘的科室。这个科室的大门往往紧紧关闭着，科室中“全副武装”的医生忙碌且井然有序地工作着，患者家属在门外焦急等候，一扇冰冷的大门仿佛隔绝了生与死的界限。我们难免会产生疑问，这究竟是一个怎样的科室，科室中的医生又如何争分夺秒与死神争抢患者的生命？

什么是ICU？

ICU是英文Intensive Care Unit的简称，中文释义为重症监护病房，指在医院中设立的专门对危重症患者进行治疗和后续监护的科室。这一名词最早出现于1958年，美国的一家医院设立专门对重病患者进行监护的医疗单位，并且命名为ICU。我国最早的ICU科室建立于1984年，由陈德昌教授在北京协和医院组建。时至今日，重症监护学已经作为临床医学独立的分支学科发展了近40年，并且在现代医学中占据着越来越重要的地位。

ICU中配备了床边监护仪、多功能呼吸器、心电图仪、输液泵等众多医疗设备，并且ICU配备的医护人员数量也远高于普通病房的平均水平，因此在ICU患者能够获得医疗方面人力物力上最大的保障。ICU的救治能力是医院医疗水平的集中展现，也是对患者生命健康进行保障的最后



一条防线，在我国现代临床医学中地位愈发重要。

ICU收治什么样的患者？

ICU收治的患者主要包括通过短时间治疗就能康复，或者通过ICU治疗能够降低死亡率的患者。一般来说，有着慢性消耗性疾病或者不可逆疾病的患者，都不在ICU收治的考量范围内。

进了ICU是不是一定能治好？

由于ICU自带的神秘属性，因此部分患者和家属可能会对ICU产生盲目信任，认为ICU总是能力挽狂澜。实际上，进入ICU后，一部分患者的情况能够好转，但仍有很大一部分患者病情会恶化乃至死亡。ICU业内有一项重要的指标评价就是病死率，这一指标是在一定时期内入住ICU的患者死

亡或者由于病情恶化出院的比率，一般ICU病房的病死率常年保持在30%~40%左右。

总的来说疾病是否能被治愈，很大程度上取决于疾病本身的症状。现代医疗技术有其局限性，并不是能解决一切疾病。大量的治疗和昂贵的ICU费用也许只能推迟患者死亡的时间，或许在ICU中存在某些奇迹，但是残忍的现实告诉我们，阴阳两隔是大部分不可逆转病症的最终结局。

进了ICU就是九死一生吗？

这也是很多普通人对ICU产生的另外一种极端认识，认为医生建议患者转入ICU的决议是死亡的前奏曲。ICU收治的是那些存在高危风险，或者急性且可逆转的内脏功能不全的患者。这些患者的疾病对其生命健康有着潜在的威胁，但通过ICU救治可以大幅度降低死亡概率，为后续患者病情的治疗和恢复奠定基础。

ICU虽然收治的都是急重症患者，但是很多人在经过精细治疗和全面监护后，病情都能够得到改善乃至康复。比如慢性支气管炎患者急性发作时，会出现严重的呼吸

困难乃至呼吸衰竭，通过ICU的医疗设备以及药物支持，能够避免病情进一步发展，尽可能恢复到发病前的慢性状况。ICU被命名为生命的最后一道防线，这一科室的医疗人员面临着巨大的工作压力，每天都面临着与死神赛跑，因此ICU治疗的开展需要患者和家属的高度配合，需要他们给予主治医生更多的支持和信赖。

ICU治疗是不是很昂贵？

ICU在老百姓的眼里还有一种含义，那就是——贵。ICU病房有高端的医疗设备和更专业的医护人员配备，ICU的运转需要消耗大量的金钱和人力，因此治疗和护理费用都远高于普通病房。

ICU的费用与患者本身的病症以及提供的诊治和护理有关，国内大部分ICU每天的费用能达到数千乃至上万元，虽然价格十分惊人，但是大部分都在医疗保险覆盖范围内，因此及时为自己和家属缴纳医疗保险，是面临突如其来意外时的重要保障。但是ICU中也涉及一些自费项目，由于每个患者的病情不同，因此自费金额很难预估。普通家庭患者进入ICU治疗最大的压力，就来源于难以估计的住院时间，每天成千上万的治疗费用对一般家庭确实是很大的压力。当然ICU的医疗费用都能在缴费账单上得以展现，像出现于2005年哈尔滨的500多万ICU天价住院费仍然是极个别的情况。

了解急诊分级制度 做聪明的就医者

▲ 广西柳州市人民医院 林宇捷 覃霞

急诊科在整个医院中属于较为重要的医疗部门，关系到整个医院的工作效率及医疗服务质量。急诊最大的特点为急、忙、杂、乱，送往急诊的患者往往为急危重症，病情变化发展十分迅速，若未处理妥当，极有可能引发不良事件，从而造成严重的医患纠纷。因此，作为急诊科护士，应该熟练掌握工作流程及内容，面对紧急情况不慌不忙，这样才能更好地保障患者的生命安全。

为什么要实行急诊分级

关于实施急诊分级的原因，首都医科大学附属北京佑安医院急诊科主任医师李俊红

曾经做过全面的解释。

李俊红表示，当代社会经济不断发展，医疗服务水平不断提高，人们的观念发生改变，对于自身身体健康的要求有所提升，因此医疗服务的质量必须紧跟人们的期望。此外，全世界范围内老龄化问题越来越严重，医院每日急诊人数比例正不断攀升，延长了诊断和就诊时间，一方面不利于疾病的救治，耽误就诊；另一方面降低了人们的医疗体验，不利于整个医院工作效率的提高以及患者对于医疗服务工作满意度的提升。尤其值得注意的是，降低了一些病情真正紧急的患者的就诊效率。

举例来讲，脑卒中、心梗患者若能够得到及时有效的治疗，那么死亡率将有一定程度的下降，有利于保障患者生命安全，这便是急诊的意义所在，因此，有必要在急诊工作中进行分级管理，最大限度发挥急诊的作用，合理利用急诊资源，使民众获得更为优质的医疗服务体验，进而推动整个医院的工作效率，提升患者满意度。为此，急诊分级诊疗制度出台了。

急诊的“三区四级”诊疗模式

急诊三区四级的分法：

1级、2级即为红区。1级属于濒危患者，已经危及到生命安全，必须在第一时间得到有效抢救，例如休克、心跳呼吸暂停、脑梗、心梗患者等；此类患者若未及时救治则极有

可能引发死亡。2级为急危重症患者，针对这一类型的患者，抢救前需要进行身体评估。危重患者若未能及时救治，极有可能引发器官衰竭，造成预后不良，严重影响生命安全，例如脑卒中的患者，该类患者往往呼吸困难，失血量大，需要在十分钟内得到抢救。

3级属于黄区，一般为急症患者，需要在短时间内得到救治。急症患者有潜在的生命威胁，是否能够得到及时的救治关系到日后预后效果是否良好。

4级为绿区，一般为非急症患者，例如擦伤、裂伤患者等，该类患者一般在4个小时以内可以接受救治，情况较前几级来说并不是十分危急。如果不能接受紧急治疗，医务工作人员应给予患者充分的心理疏导，引导其说出内心真实想法，安抚其情绪，缓解恐惧、焦虑等不良情绪。

作为患者需要做什么？

挂号前到预检台进行预检分诊 为了使急危重症的患者得到快速治疗，护理人员会对每一位到进入急诊室的患者测量各项生命体征，展开一系列身体状况及危险因素的评估，分级后在窗口挂号，急诊医生依照分级来安排患者按顺序就诊。实行急诊分诊制度时，很有可能遇到排队期间来了病情更加危急的患者，需要立即就诊，那么此时您的就诊时间必然会有所延长。由此一来，病情不属于十分危急的情况，可以考虑前往门诊

看病。

急诊候诊过程中感觉不适要及时提出 急诊的分级分诊一般针对您刚来急诊时对于病情的评估，然而急危重症患者的病情发展十分迅速，变化相当快。若您在等候的过程中察觉到身体存在不舒服，应立即告知身边的医务工作者，以便对病情再次做好相关评估，再次进行分诊，防止耽误病情，延误治疗。

急诊患者病情十分危重且发展迅速，若未得到及时治疗则造成不可逆转且无法弥补的局面，急诊事务繁忙杂乱，医生和护理人员必须在短时间内作出准确无误的判断，并及时给予相应的抢救措施，否则会耽误患者病情，错过治疗最佳时期，延误治疗。近年来，全世界范围内，急诊每日收治的重症患者占比显著增加，病死率正不断攀升。急诊科作为医院中患者数量最多且集中、抢救任务艰巨的科室，制定合理的护理流程是其诊治危重患者的基础。故有必要做好急诊分区分区的护理工作，确保后续治疗和护理顺利展开，为患者提供一定的健康保障。

