



“**医师报讯** (融媒体记者 刘则伯 陈惠) 在美国每年约有500万患者进入ICU, 50%~70%的患者会发生ICU经历综合征, ICU幸存者出院后一月死亡率54%, 一年死亡率更是高达73%。尽管如此, ICU经历综合征却尚未引起临床医生的重视。

7月11日, 中国医学科学院北京协和医学院院长王辰院士、中日友好医院赵红梅教授团队在《中华医学杂志》发布题为《应重视ICU经历后综合征》的文章, 文章指出, 随着近20年来科技的进步和技术的优化, 更多患者得以“活着”离开重症监护室, 但这些幸存者通常会出现多器官受损等ICU经历综合征, 出现如生活不能自理、吞咽困难、死亡率升高等问题, ICU经历综合征已成为影响社会经济、危害人民生命健康的重要公共问题, 应践行“促防诊控治康”, 以呼吸康复促进ICU经历综合征患者全方位、个性化照护。

7月21日, 在2023年中国康复医学会呼吸康复专业委员会第七届学术年会召开前夕, 《医师报》记者就“呼吸康复贯穿危重症患者救治全过程”的话题对赵红梅进行了专访。

## 关注看不见的致残

“美国早已把ICU经历综合征当成一种严重的社会公共问题, 但在中国关注度还远远不够。”赵红梅介绍, ICU经历综合征并不是一种疾病, 而是患者离开ICU后的一种状态, 危重症患者疾病稳定后离开ICU, 但部分患者会发生代谢紊乱、骨质疏松、牙齿脱落、吞咽困难、睡眠障碍、容貌改变等问题。并且, 数据显示, ICU幸存者一年内的失业率可达42%~62%。

此外, 来自《新英格兰医学杂志》的综述还提到, ICU幸存者还存在

着普遍的心理问题, 包括PTSD、抑郁症状和焦虑症状、自杀倾向和物质滥用。综述指出, 心理障碍可能与危重症期间边缘系统受损相关。心理障碍的危险因素包括精神疾病史、机械通气时间长、住ICU时间长、低血糖发作及长期使用镇静剂和麻醉药。

在赵红梅看来, ICU经历综合征对ICU幸存者的影响要远远高于原有疾病, 患者不仅要面对ICU所带来的并发症, 还要应对医源性并发症尤其是多重耐药以及医疗碎片化等问题, 以及社会心理问题。



赵红梅团队为ICU患者进行早期呼吸康复

# 赵红梅

## 呼吸康复让重症患者回归有质量的生活

本期嘉宾: 中国康复医学会呼吸康复专委会主任委员 赵红梅  
《医师报》融媒体记者 刘则伯 陈惠



扫一扫  
关联阅读全文

## 改变观念 降低ICU经历综合征发生率

“早期插管、充分镇静”这是部分呼吸与危重症医学科医生的固有观念, 赵红梅对此并不认同, 她指出, 相关研究显示, 患者在气管插管后的8小时就会发生膈肌萎缩等问题, 膈肌是最主要的呼吸肌, 萎缩后会导致咳嗽咳痰无力、拔管困难等问题。此外, 国际各大指南一直在倡导优化镇静剂的使用, 镇静程度以不躁动、无明显人机抵抗为宜。

赵红梅介绍, 国外在20余年前发起了“解放ICU运动”, 基于循证医学证据开展ABCDEF集束化管理, 力求优化疼痛管理、避免深度镇静、减少谵妄、缩短机械通气时间、减少ICU-AW以及促进ICU家属参与照护。相关数据显示, 开展集束化管理后, ICU患者束缚率降低了60%, 谵妄率降低了40%,

进一步提高了ICU幸存者回归社会的概率, 7天死亡率也有所下降, 并且还可以缩短ICU患者2天的住院时间。

尽管早期康复有诸多优势, 也有95%的医务工作者听说过早期康复, 但仅有不足半数的人对早期康复的细节有所了解, 在《2016年中国肺康复网调查结果分析》显示, 三级和二级医院呼吸康复开展良好的比例分别为13.78%和2.0%, “近年早期呼吸康复比例有所上升, 但对其重视程度还远远不够, 期待国内ICU医生尽早转变观念, 以降低ICU经历综合征的发生率。”

“ICU经历综合征涉及多部门、多学科、多行业, 是需要大家共同关注的一组临床症候群。”赵红梅指出, ICU经历综合征的管理是身体功能、认知、

心理、营养等多方面的综合干预, 而不仅仅考虑身体功能。在整个ICU经历综合征的管理过程中, 应以呼吸与危重症医学科医师为核心, 成立多学科诊疗团队, 组织多学科讨论, 根据患者情况, 为患者定制个性化的呼吸康复方案。

赵红梅特别强调, 呼吸康复治疗一定要引入药师的参与, 优化患者的用药方案, 尽可能减少患者所使用的药物。她期待, 未来可以将治病为中心的模式改为以健康为中心的模式(图1), 基于多学科团队的合作, 评估ICU经历综合征患者及家庭的需求, 多学科、多维度的诊断和评估, 为患者制定综合康复计划。“呼吸康复与临床治疗是ICU患者诊疗的左右手, 应该将呼吸康复贯穿危重症患者管理的全过程。”

### 现行的模式——以治病为中心, 碎片化



### 创新的模式——以健康为中心, 促防诊控治康, 呼吸康复贯穿全程

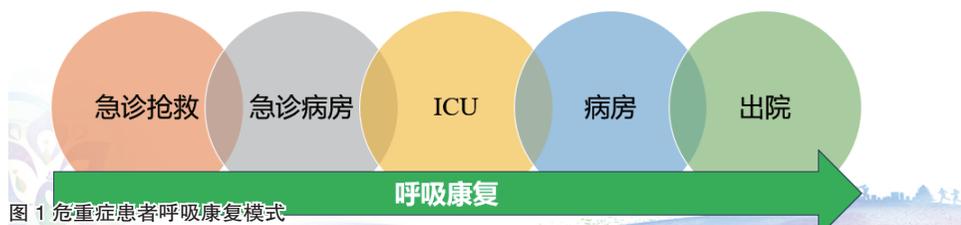


图1 危重症患者呼吸康复模式

## 呼吸康复让患者重获新生

“呼吸康复是慢病管理的核心, 是对慢病患者的综合照护。”赵红梅介绍, 呼吸康复在对患者进行详细评估后, 给出个性化的综合干预措施, 这些措施包括但不限于教育、运动、行为改变等, 最终目的是改善患者身心状态, 并且长期维持。

“从身体到心理、从疾病治疗到社会关系都包括在呼吸康复的管辖范围内。”赵红梅介绍, 以慢性阻塞性肺疾病患者为例, 临床医生要针对患者是否有呼吸困难、咳嗽咳痰状态、急性发作情况、焦虑抑郁、共病、吸入剂使用等方面进行评估, 评估过后, 针对患者最为核心的、最需要解决的2~3个问题开具相应的处方, 实行对症治疗, 治疗好转后再进行下一轮的评估。

“运动训练是呼吸康复训练的基石, 是呼吸康

复的重要组成部分, 尤其是下肢运动训练, 对患者的肺功能、运动功能、生存质量等起到至关重要的效果。”赵红梅表示, 对于呼吸慢病患者而言, 运动训练可显著提高患者的生活质量。

赵红梅告诉《医师报》记者, 有一位呼吸慢病患者, 几年间反复入院, 医生多次给家属下了“最后通牒”, 直言家属要做好最坏的准备, 机缘巧合之下, 收入了中日友好医院的北区呼吸科。“患者病情稍稳定后, 我们先是让他躺在床上活动, 做呼吸训练, 刚开始患者还很吃力, 但是慢慢地他可以下床坐在沙发上, 这让他对自己的康复有了信心。坚持下来后, 他可以自己上卫生间了, 不用每天在床上大小便。”

有一天, 患者找到赵红梅并告诉她, 当自己终于可以独立上卫生间后,

突然觉得自己又赢得了做人的尊严。“这件事对我的触动特别大, 我们认为我们只是在为患者做一项常规治疗, 但这些治疗不仅从身体上, 还从精神上给予患者极大的帮助。这更说明了呼吸康复的重要作用。”早期呼吸康复活动对危重症患者而言至关重要, 赵红梅在《应重视ICU经历后综合征》一文中指出, 患者在ICU内积极活动和运动能改善离开ICU时的身体功能, 减少出院时的活动限制, 并降低ICU幸存者6个月的死亡率。武汉黑熊医生易凡在经历了插管、镇静、ECMO等一系列生命支持手段后重返工作岗位。“易凡医生重返工作岗位可能是幸运, 但也与临床治疗得当和早期呼吸康复的介入有密不可分的关系。”

她希望, 在呼吸康复治疗下, 更多患者能够重回有质量的生活。