RESPIROLOGY
呼吸专栏
中华医学会呼吸病学分会 CTS Chinese Thoracic Society
CACP The Chinese Association of Chest Physicians 中国医师协会呼吸医师分会
本栏目荣获 政府新闻出版奖 报纸精品栏目
责任编辑：黄玲玲
美编：蔡云龙
电话：010-58302828-6858
E-mail：ysbhuanglingling@163.com
医师报
2024 年 7 月 11 日

提升呼吸危重症救治水平 锻造核心本领

医师报讯（融媒体记者 **黄玲玲**）一个科室的立科之本是什么？专业知识和医疗技能一定排在第一位。呼吸与危重症医学科的立足之本与其着力发展的危重症救治能力息息相关。呼吸领域多位专家都曾强调，要加强呼吸重症监护室建设，提升危重症救治水平。为何如此强调危重症？未来还有哪些短板需要补齐？对此，**解放军总医院呼吸与危重症医学部主任解立新教授、四川大学华西医院呼吸与危重症医学科主任梁宗安教授、中南大学湘雅二医院呼吸与危重症医学科罗红教授**有着充分的思考。

在北京朝阳医院 MICU，医生们争分夺秒救治患者

不会治危重症 不是合格的呼吸医生

解立新教授指出，2019 年底以来的新冠疫情救治充分展示了呼吸与危重症医学科同仁在呼吸危重症患者救治中的能力和重要地位。2023 年初，奥密克戎疫情还没有结束的时候，在王辰院士的号召下，PCCM 行业将 2023 年定位为 PCCM 之危重症（CC）年，进一步强调内科危重症在 PCCM 学科中的重要地位。

梁宗安教授认为，呼吸衰竭是呼吸与危重症医学科常见的危重症疾病之一。“一个呼吸专业的医生，如果不懂 ICU，就失去了治疗呼吸衰竭的重要手段。”呼吸与危重症医学科一定要加强呼吸 ICU 建设。ICU 本就是为了抢救呼吸衰竭患者而设立的、单独的加强治疗病房或者说重症治疗病房。

罗红教授对两位专家的观点表示赞同，她同样指出，不会规范救治呼吸衰竭的医生不是合格的呼吸专业医生。ICU 是呼吸衰竭救治之所，无 ICU，就无处以现代医学技术规范、高水平地救治重症呼吸衰竭。因此，呼吸学科建制中必须包括 ICU，一般为内科 ICU（MICU）或至少呼吸 ICU（RICU）。新冠疫情暴发后，危重症救治能力短板被暴露，警示呼吸界同道，我国危重症照护能力尚显著不足，坚定地实施呼吸病学与危重症医学的捆绑式（交融式）发展模式已成为现代呼吸病学发展的必然趋势和基本方略。

MICU 是呼吸专业医生未来主阵地之一

“首先我们要清楚欧美国家 PCCM 专业背景的继续教育体系是 CC 的主流，从事呼吸与危重症专业的医生掌握 CC 是职责所在，PCCM 专业背景的医生在处理呼吸危重症患者的时候能够很好地对症同时对因，这是我们的优势。”解立新强调，另外，我们还要清楚国际上未来医疗发展的趋势是对人的整体进行医疗照护，而不是针对一个疾病，即针对患者所患的不同系统疾病进行整体化医疗照护，对于患者照护不再是从疾病出发的对症的聚焦式管理，而是从患者整体出发全方位的医疗照护。因此专科病房的隔阂逐渐消融，住院患者具体由 Hospitalist（医院医生）结合患者情况负责实施。呼吸专科普通病房未来可能会消失，合并入内科病房，PCCM 科医生未来的主要阵地之一就是 MICU。

经过 PCCM 专科多年建设，拥有归属于 PCCM 专科的 MICU/RICU 已成为基本要求，PCCM 专培、专修、单修等推广也培养了一大批掌握 CC 技能的 PCCM 专科医生，但同时存在良莠不齐、甚至部分医院未设置独立 RICU/MICU 等现象，这要求我们既要看到成绩、也要针对具体问题去解决问题。

成绩固然可喜 问题仍需逐个攻破

梁宗安教授同样指出，近年来，通过王辰院士的不断呼吁及各位专家的努力，推进了呼吸与危重症医学捆绑式发展工作，通过 PCCM 规范化建设、呼吸危重症能力提升项目等工作，我国呼吸与危重症医学科的发展取得了一定的成果。但仍有很多问题不能忽略。

第一，对于呼吸病学与危重症医学捆绑式发展的意识还有待加强。呼吸与危重症医学覆盖了很多领域，包括呼吸病学（慢性气道疾病、肺炎、肺癌等）、危重症医学，当强弱程度的工作同样摆在眼前时，一些呼吸专科医师对做好危重症事业的意愿还不够强烈，这种意识还需进一步强化。

第二，从医政管理，甚至医院内部绩效考核上，对于呼吸与危重症医学的发展都有一些不顺畅之处。这些困难需要进一步去克服。

第三，在学科分类与人才培养上，我国与国际上大多数国家相比存在差异。比如在欧美等国家，无论是哪个专科的 ICU 医生，都被称为危重症医学专科医生。但在我国，重症医学科却是与内科外科平齐的一个专业。如果一个医学生毕业后连轻症的患者都没有接触过，就去治疗重症，他的医疗思维很可能会受到不利的影响。

现代医学发展到今天，其实是有科学的学科分类体系，有国际惯例可循的。不纠正错误的学科分类，会严重阻碍我国医学的发展。梁宗安强调，在学科分类或毕业后教育上，应按照呼吸与危重症医学科本身的需求去改进或提升，包括既要提高呼吸病学本身疾病相关的医疗照护能力，还要提升危重症医学医疗照护能力，这样才能进一步促进学科的发展。

加强 PCCM 科建设中的“短板”建设

在罗红看来：“目前，大部分医院已将呼吸科更名为呼吸与危重症医学科。但我国危重症医学发展现状与发达国家仍在 ICU 床位数 / 万人等方面存在一定差距，设置呼吸 ICU 各级医院呼吸学科及其亚专科的比例极不均衡。”在 PCCM 规建工作中，“危重症（CC）”相关的建设内容占比仍偏低，部分规建单位的危重症照护条件与能力成为 PCCM 科建设中的“短板”。

要想解决这个问题，她认为可从三个方面着手：

加强科室核心领导层对 PCCM 体系建设的理念 凡事预则立，不预则废，科室核心领导层与时俱进、从内心深处认同 PCCM 的发展理念和目标，才会站在更高更远的维度上想事情、看问题、立方案，通过国家制度层面、医院战略层面去争取 CC 人才培养所需要的软硬件设施。

形成学习 CC 的良性循环 从事 CC 的医师在临床医疗工作中需要花大量的时间，可能很难兼顾科研；同时，PCCM 各级医生都应该学习和掌握 CC 的专业知识和技能。PCCM 科室可以实行轮转制度，让所有的 PCCM 专科医师轮转 ICU（RICU 或者 MICU）学习和实践 CC，形成良好的学习 CC 的氛围，以提高临床危重症的救治能力，同时也能让 PCCM 专科医师抽出一部分时间从事临床科研，让 PCCM 临床与科研可持续发展。

动态制定 PCCM 人才培养计划 国家呼吸医疗中心和呼吸医联体领头单位在 PCCM 人才培养方面进行引领，以形成纵向（上级医院－下级医院）和横向（同级医院或者同一医院不同科室）人才流动。PCCM 专科医生需要掌握的内容很多，不同层级、不同平台的医院可以制定不同的 PCCM 人才培养计划：理想的情况是一步到位完成 3 年的 PCCM 专培以培养 PCCM 的种子选手，不能一步到位的可以选择单修（3~6 个月）某一项目，如 ECMO、呼吸治疗、呼吸康复等补齐科室短板；或者专修（1 年）系统学习 PM 或者 CC，作为 PCCM 专培的重要补充方式。

以上三者互补以建立 PCCM 人才梯队，而以哪一方式为主，则需要结合国家政策、各自单位的条件综合考虑动态调整。

“2024 年初的中国呼吸学科发展大会上，在王辰院士、瞿介明教授的要求下，我们已开始对 PCCM 专培基地医院的 CC 实际情况进行现场调研，希望通过大家的努力共同推动 PCCM 之 CC 的健康发展。”解立新教授坚定地表示。

扫一扫
关联阅读全文

扫一扫
关注呼吸频道

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
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 岽 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 田欣伦 王东昌
王 峰 王 虹 王华启
王一民 文 文 夏 旸
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