

反思

重症医学要发挥救援主导作用

▲ 复旦大学附属中山医院
重症医学科 诸杜明

从2008年汶川地震到2013 H7N9,再到今年的天津爆炸,在这些灾害救治中,重症医学因其涉及知识面广的学科特征,在患者诊疗过程中起主导作用。主要体现在对患者病情的评估、治疗方向的把控,以及创造治疗机会让专科医生发挥其专科救治作用。例如,经判断,患者意识状态不好,有颅内压增高,怀疑颅内出血时,具体手术将交由神经外科医生处理,但患者能否手术、术前准备、术中可能产生什么问题,都需要重症医学医生前期判断和把控。此外,重症医学医生能维护好患者的生命体征,使患者有机会进行专科治疗。

重症医学医生并不等同于创伤救治或灾害医学专家

要成为好的创伤救治或灾害医学专家,必须有相应完善的知识结构,以更好地在灾害救治过程中发挥主导作用。但国内在此方面成熟的重症医学专家还不多,有必要开展系统的创伤救治或灾害医学培训和实战演练。

亟待建立相对固定、成熟的灾害救治团队

救治网络的形成,我国还缺乏一支成熟、相对固定的专科队伍。发生重大灾害事件时,常常是重症医学、骨科、烧伤科、神经外科等各个专业的医生临时聚集在一起组成一个救治团队,极为考验其相互间的对接、配合等能力。

今后如能经过培训,组建相对固定的、成熟的救治团队,由这些团队组成全国的灾害救治网络,当再次发生类似重大灾害事件时,这支团队能更好地优化救治流程。

国外关于灾害救治经验总结和研究值得学习

从既往文献、学术报告的分析可以看出,一些发达国家和地区的灾害救治事后经验总结工作做得非常细致。常常会有救治过程中应急措施、方案的研究报道及争议讨论。如创伤患者就地彻底抢救,还是应先简单处理,待运送医院后再深入处理等。而我国缺乏类似专业、深入的研究。我国幅员辽阔,灾害事件时有发生,缺少对于救治规律的研究不利于创伤救治或灾害医学的发展。

因此,致力于从事救援工作的医疗工作者多学习借鉴国外经验,结合国情开展深入的灾害救治经验总结和研究。



杜斌教授在指挥抢救伤员

周飞虎/供图

科学合理搭建救治体系:

救治技术之外的重要问题

▲ 北京协和医院 杜斌

自从2003年SARS疫情暴发以来,我国突发公共卫生事件的医疗救治日益受到重视。十多年来,在政府、医疗行政主管部门、医院以及相关专科的不断努力下,针对灾难、疫情等突发公共卫生事件医疗救治体系的建设不断完善。

今年8.12天津滨海新区爆炸事故发生后,上述体系在众多伤员的医疗救治过程中再度发挥了重要作用,同时也暴露出部分问题,有待今后的工作中进一步完善。

重视相关模型的建立 及时准确预测医疗资源需求

任何灾难或疫情发生后,当地医疗资源通常难以满足大量伤(病)员的医疗救治需求,因而往往依赖外部支援。时至今日,在各国突发公共卫生事件的早期救治过程中,难题之一即是对医疗资源的需求缺乏具体了解,我国也不例外。此时,“一方有难,八方支援”的做法可能反而事

与愿违,不仅造成医疗资源的浪费,而且还可能延误伤(病)员的救治。

为有效解决这一问题,应当根据历次突发公共卫生事件的流行病学资料建立数学模型,综合考虑灾难(地震、洪水等)和传染病特点,以及当地医疗资源配置等诸多因素,实现对于专科医务人员、

医疗设备及药品的准确预测。例如,本次天津爆炸事件发生后,医院就诊的伤(病)员以轻伤为主,重症伤员比例较低,以颅脑外伤、多发骨折及烧伤最为常见。对于伤情及伤员数量的准确预测,能够为医疗行政主管部门有关医疗人员及各种物资调配的科学决策提供客观依据。

实现早期分诊的科学性

重大突发公共卫生事件对当地医疗机构造成了巨大压力,表现为短时间就诊的伤(病)员数量巨大,凸现当地医疗资源的暂时性缺乏。因此,在多数情况下,将伤(病)员转诊至其他(地区)医院可能是较为合理的选择。

面对人数众多的伤(病)

员,复杂多变的病情,如何在有限的时间内进行合理分诊,不仅对急诊医务人员的业务能力是一个严峻的考验,而且也要求他们对于各家后备医院的救治能力和水平具有充分的了解。

事实上,后期治疗过程中,如果需要转诊的患者数量

越多,越表明早期分诊的盲目性与主观性。

因此,如何结合现有医疗资源及优势学科的分布及救治能力,根据伤(病)员的病情需求进行合理转诊,对于各医院分诊体系、医疗行政主管部门的协调组织能力均提出了更高的要求。

搭建多学科团队(MDT)的合作平台

近年来,以重症医学为平台的危重症患者救治体系在各级医院中逐渐形成。突发公共卫生事件中重症伤(病)员的救治也高度依赖这一体

系的正常运转。

这就要求在这一平台工作的ICU医生以及其他专科医生(骨科医生、烧伤科医生、神经外科医生、普外科医生、

胸外科医生等)分工协作,求同存异,这样才能为病情复杂、需要多个学科提供医疗服务的患者提供最为合理的治疗方案。

救援四大问题 值得深思

▲ 东南大学附属中大医院
重症医学科 邱海波

综合指挥需要加强 预案缺少演练 灾难发生后,如果患者在短时间内被蜂拥送至某个医院,医院接收不了,伤员反应强烈。这类伤员病情不严重,但不能不救治。因此需要对患者进行分流。此外,对社会力量和救护车的组织缺乏综合指挥。虽然已有预案,但缺少平时演练。

医院ICU救治能力不透明 重症患者抢救需要重症医学的主导,但在这方面,各家医院的力量并不相同。香港地区、澳门地区,美国等地对每家医院的救治能力、床位等情况会作出评估统计,但内地尚未能做到如此明了。

医生数量不足 培训需加强 医生日常都处于超负荷工作状态,突发公共卫生事件时,更突显人手不足。这次天津爆炸救援中,泰达医院一名主任医师一周未能回家,不是不想回而是真的走不开。在西方国家,医院要求ICU的床位使用率不能超过70%或75%,ICU一定要有床位和人力资源的储备。此外,针对ICU医护人员,应有一个理论和技能的系统培训。现在中国病理生理学会、中华医学会所做的专科医师培训是对ICU专科医生的技能培训,仍缺乏以重症医学为主导的住院医师规范化培训和考核。

患者是否应该享有救治豁免权 在昆山爆炸抢救中,我们花费巨资救治伤员,但手术后他们的生活质量并不是很好。少数患者甚至处于脑死亡状态,家属不能接受。

“在西方国家,特大面积深度烧伤,会给予常规性治疗。严重烧伤的患者可能要截肢,皮肤难以恢复,生活质量极低,不能重回社会。因此,我们要尊重患者,如果生命真的已经无可挽回,医生要勇敢地告诉家属,不要再做过多的医疗救治。这些救治有时反而是对患者的不尊重。这是整个医疗行业需要面对的伦理问题。”



周飞虎/供图