

2019年3月23日,第五届呼吸危重症论坛在重庆召开,呼吸危重症领域的各位专家围绕着呼吸危重症领域的研究进展做了精彩的学术报告,亦引发了热烈的讨论,为业界提供了一场优质的学术盛宴。

王辰: 专业范围太窄 医生独木难支

▲《医师报》融媒体记者 陈惠 黄玲玲 摄影/张宝库



王辰院士

3月23日,在中华医学会呼吸病学会第五届全国呼吸危重症论坛上,中国医学科学院北京协和医学院院长、国家呼吸临床研究中心主任王辰院士作了题为《专科医师不可进一步将临床限于“亚专科”》的报告。王辰院士指出,当前最令人担心的是,PCCM专科医师只专注于ICU,只关注呼吸衰竭,不关注其他,这将是

从一个偏差到另一个偏差,从一个误区到另一个误区。



关联
阅读
全文
扫一扫

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 沈浩浩 刘春涛
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):

陈亚红 邓朝胜 郭强
孙加源 王玮 熊维宁
徐金富 张 垠

本期轮值主编: 解立新 詹庆元

编委(按姓氏拼音排序):

班承钧 包海荣 保鹏涛
曹孟淑 常 春 陈勃江
陈 成 陈 娟 陈丽萍
陈天君 陈湘碧 陈晓阳
陈 燕 陈 颖 陈 愉
代 冰 董航明 杜丽娟
范晓云 范 晔 冯 靖
冯俊涛 高 丽 高凌云
高亚东 郭 强 韩丙超
何 勇 何志义 贺航咏
侯 刚 黄克武 揭志军
李春笋 李 丹 李 锋
李园园 李云霞 梁 硕
梁志欣 刘 波 刘宏博
刘 晶 刘庆华 刘 伟
刘 毅 卢献灵 马德东
孟爱宏 孟 莹 牟向东
潘殿柱 庞 敏 彭春红
石 林 苏 欣 孙文学
唐 昊 田欣伦 王 凯
王一民 吴海洪 吴司南
夏 旻 谢佳星 谢 敏
邢西迁 徐 瑜 杨会珍
杨 姣 杨士芳 姚 欣
叶小群 翟振国 张晓菊
詹庆元 周国武 周 华
周 敏 周庆涛 周 琼
周玉民 张 静

从希波克拉底时代开始,治病不分专科的状态持续了几百年上千年的时间。近代,医学进入新时期,从最开始生物医学模式转变为生物-心理-社会医学模式,经过100余年的时间进入了基于科学证据和科学基础的医学科学阶段。

医生的执业范围也随之变化,从希波克拉底时代不分专科,到出现了内科、外科的划分,知识和技能得到了拓展,如今,我们的专科是呼吸与危重症医学专科(PCCM)。

内外妇儿是专业,PCCM是专科。医学界的社会分工就是为了让医生群体能把患者照顾好,让每个人都得其所、发挥其作用。PCCM专科医师执业范围就集中在呼吸与内科危重症上,执业范围太广则无暇顾及,太窄则独木难支。

你可以选择成为专业医生,也可以成为专科医生,但是不能把执业范围限定得过窄,例如哮喘医生不看肺部感染,不看间质肺病,不看胸膜病等。

专科医生不可偏废

专科医生可以有特长,但不可以偏废,即只会做“所长”,而把专科其他领域的知识和技术废弃,如此会丧失鉴别诊断能力,与临床实践要求完全不符,与社会和医学界赋予医生的职责也不相符。

PCCM专科医师不可以仅做“呼吸”或仅做“危重症”,否则呼吸与危重症融合之妙尽失,这将酝酿专科分裂。PCCM专科医师必须轮转普通病房与ICU,必须参加全科大查房,必须出席呼吸门诊。这也是作为内科医生的职业生涯的规划。

你现在ICU里生龙活虎,熬到凌晨2点下班,但是过了60岁,还能干得动吗?按照现在的长寿年龄划分,内科医生的

职业生涯怎么也应是80岁。满头白发的内科医生一定是最受尊重的。

PCCM专科医师不能只专注于ICU

人这一辈子是需要设计的,PCCM已经提供了一种精妙的设计,即将呼吸与危重症结合起来。从年轻医师开始,充分融合才能得其所,临床上才能既对其“症”又对其“因”,制定出合理的治疗方案。如若一定要分裂,则是“至蠢之事”。

未来不排除进一步的细分,随着人类知识不断的爆炸,技能的不断拓展,未来将形成新的专科范围。当前最令人担心的是,PCCM专科医师只专注于ICU,只关注呼吸衰竭,不关注其他,这将是从一个偏差到另一个偏差,从一个误区到另一个误区。

总之,既要有专长又不能偏废,PCCM专科医师的临床工作和执业范围,是该专科的所有内容,而研究则可以精于某方面或某个领域。

“你可以选择成为专业医生,也可以成为专科医生,但是不能把执业范围限定得过窄,例如哮喘医生不看肺部感染,不看胸膜病,不看肺栓塞等。”

重症病毒性肺炎诊治与呼吸支持策略



陈荣昌教授

广州医科大学附属第一医院陈荣昌教授指出,重症肺炎进展非常快,X线胸片显示为多叶病变或48h内病灶进展超过50%;呼吸困难,呼吸频率超过24次/min,并

存在严重低氧血症,出现休克等表现,与重症SARS和重症H7N9诊断标准一样。因此,从临床特征不足以诊断重症病毒性肺炎,需要病原学诊断。

当前社区获得性肺炎病原学研究几乎不检测病毒,缺乏系统研究数据。事实上,目前已经有一些病毒检测方法可以用于临床,包括早期PCR、胶体金等。

总体而言,对于呼吸道病毒检测,PCR是标准的诊断方法;咽拭子阳性

率低于下呼吸道标本(禽流感病毒下呼吸道病毒载量要高于上呼吸道),恢复期通过抗体进一步论证诊断;目前病毒分离的阳性率低,应注意其他呼吸道病毒的可能性。

对于不同病毒所致的肺炎,病原学检查是重要的诊断与鉴别方法。

呼吸道病毒(流感、腺病毒等)本身有一点传染性,其他传染性病毒性肺炎病原体主要有SARS、H5N1、H1N1等新发现的禽流感病毒等等。

五大基本治疗原则

陈荣昌教授强调,重症病毒性肺炎综合救治的总体原则包括:及时发现和明确诊断(流行病学资料、临床警惕性和检测方法);病原学治疗;支持对症治疗;建立重症预警体系;重症患者的生命支持与防治并发症。

治疗的一般性原则:尽早使用抗病毒治疗;

尽量在发病48h内使用抗病毒治疗,但对于需要使用抗病毒药物的病例,发病超过48h亦可使用。

常规的对症处理、危重症监测和水电解质平衡;常规血液生化;常规X线片,有条件的可行胸部CT检查。

继发感染的监控与预

防:气道血水样分泌物提示起到黏膜屏障损伤,极易继发感染;动态综合评估肺部炎症和感染;认真细致的病原学检测。

重症患者的治疗手段包括药物治疗、呼吸支持治疗、循环功能支持、器官功能保护、继发感染的防治以及其他治疗方法和中医中药治疗等。

常用救治方法:抗菌药物、呼吸支持

关于救治方法,陈荣昌教授指出,对于重症病毒性肺炎患者,应基于既往病史、基础疾病、发病后的治疗情况等推测发生感染的部位和可能的致病微生物,若存在继发感染的高危因素或有继发细菌感染证据,需应用抗菌药物治疗。

此外,应根据患者的器官功能情况选择抗生素,

不主张随意“大包围”式使用抗生素。

就糖皮质激素的应用而言,不推荐对重症病毒性肺炎患者常规使用激素,不提倡激素冲击疗法;对于经积极液体复苏和使用血管活性药物后,休克仍难以纠正,或患者原有需要使用激素的基础疾病,或肺部

存在较多渗出,进展快的患者,可以考虑应用激素。用药期间需注意胃黏膜保护和预防其他相关并发症发生。

常用的呼吸支持方法包括:常规氧疗;鼻导管高流量氧疗;无创正压通气;有创机械通气;体外膜肺氧合(ECMO)。

(下转第17版)