

感染防控：运筹帷幄决胜千里

国内的疫情防控态势正不断积极向好发展，这离不开医院管理者、医护人员在医院防控布局 and 患者救治方面的不懈努力。本期《医师报》疫情防控专栏，邀请四川省新型冠状病毒感染的肺炎重症病例医疗救治专家组组长、四川大学华西医院李为民院长，以及新冠肺炎国家医疗救治组成员、首都医科大学附属北京朝阳医院副院长童朝晖教授分享防控和诊疗经验。



“逆行战疫”院长论谈

李为民：养兵千日用兵一时！

▲《医师报》融媒体记者 裘佳



零医护感染，高治愈率，创新病毒检测……在这场抗击新冠肺炎的战役中，四川大学华西医院将“家国情怀，平民情感，休休有容，革故鼎新”的华西文化展现得淋漓尽致。

如何做到快速防疫部署？如何做好院内感染防控？如何提高新冠病毒感染的早期诊断率以及重症患者的救治好转率？李为民院长带来了“华西经验”。

迅速启动防控机制 医护零感染

“SARS、甲型H1N1流感、禽流感……历次突发的呼吸道传染病防控经验告诉我们，做好院内感染和医护感染防控至关重要。”李院长表示，在疫情初始，华西医院就紧急启动了一系列防控举措，归纳为“三个分开”“三级预检”“三个规范”，并取得了非常好的效果，华西医院无一例医护人员被感染。

华西医院在治疗新冠肺炎患者策略上有其特色，

在降低重症率，提高重症患者救治率方面取得了很好的成绩。李院长介绍，四川共收治了529例新冠肺炎患者，重症/危重症者53例，绝大多数病情稳定。华西医院援武汉医疗队同样成绩斐然，截至2月24日累计收治了137例新冠肺炎重症患者，有69人转进方舱医院等轻症患者的救治区域，好转率超过50%。

谈及救治经验，李院长表示，早期诊断以及早期

对患者病情变化的评判，是治疗成功以及预防普通新冠肺炎转变成重型肺炎、重型肺炎转变成危重症肺炎的关键。其次是多学科协作，在救治中，除了有呼吸、感染、重症的专家，还会根据患者实际需要，纳入心脏、肾脏、内分泌、影像等方面专家进行会诊。第三是精准施策。每一位重症或危重症患者都有其特殊性，根据患者病情、合并症的情况，精准施策，一人一案至关重要。

全球首支国际应急医疗队再显神威

华西医院能在突发公共卫生事件时作出快速反应有赖于日常对于应急医疗的重视。“2018年5月，由华西医院牵头筹建的全球第一支最高级别的非军方国际应急医疗队通过WHO专家认证。这支应急医疗队在本次疫情防控中，特别是患者的救治、感染者的隔离等方面发挥了重要

的作用。”

李院长介绍，这支应急医疗队共有166名队员，包含了临床、检验、后勤、信息等方面，这些队员都经过了防护训练和规范化的培训，在初期防护物资和设备相对短缺的情况下，医疗队按照WHO EMT的启动标准，能在第一时间将应急医疗储备的监护仪、呼吸机

等设备直接投入病房使用，参与到救治工作中。

自大年初一起，华西医院先后派出了5支精锐的医疗团队，共175人支援湖北的疫情防控。同时派出69名医疗技术骨干接管成都市传染病医院，对成都市所有重症患者进行集中收治。并派出6人支援四川省外其他地区的防控工作。

开发武器：1.5小时同时测6种病毒



扫一扫
关联阅读全文

2月22日，由四川大学华西医院联合清华大学等共同设计开发的包括新冠肺炎病毒在内的6种呼吸道病毒核酸检测试剂盒获国家药监局第2批新型冠状病毒应急医疗器械审批批准，为众多患者及一线医务人员提

供快速、精准、有效的诊断。

李院长表示，此次审批通过的试剂盒采用恒温扩增芯片法，只需采集患者的鼻、咽拭子等分泌物样本，在1.5小时内便可一次性检测包括新冠肺炎病毒在内的6种呼吸道常见病毒。

童朝晖：关口前移是治疗关键！

▲《医师报》融媒体记者 黄玲玲 裘佳 荆冰



自1月18日来到武汉这座城，童朝晖教授便一直处于紧张忙碌的状态。参加临床一线重症患者的救治，制定一系列新冠肺炎诊疗规范流程，为有关部门提出相应防控措施，开展科研攻关，培训援鄂医疗队等，他的行程已然到了“见缝插针”的程度。

重症患者无创通气2h无效者应立即机械通气

1988年毕业于武汉大学医疗系的童朝晖教授对江城的情感尤为深厚。自强、弘毅、求是、拓新是武汉大学的校训，亦是他不断前行时的精神指引。此次回到武汉抗疫一线，他责任重、时间紧，不仅因为童教授是一位“SARS老兵”，临战经验丰富，还因为导致此次疫情的新冠病毒太过狡猾，轻症患者多，重症患者病情又特别危重。为拯救患者生命、抵抗病毒侵袭，已有不少医护人员在不眠不休地努力，童教

授更是分秒必争。

日前，据中国——世卫组织新冠肺炎联合考察组发布的一组数据显示，新冠肺炎轻症、重症和危重症患者的比例分别为80%、13%和6%左右，还有一些无症状感染者。此前，专家组针对此次疫情中患者“轻的多，重的重”的特点，提出了“救治关口前移”。

对于重症患者的治疗关口前移，专家组建议在纯氧条件下，规范合理的无创通气2h，氧合指数仍<150mmHg，就要

考虑插管；插管以后，在高PEEP、规范俯卧位通气24h，氧合指数仍<100mmHg，就要考虑使用体外膜肺氧合（ECMO）。

童教授介绍，前期发现，很多患者用无创通气、高流量吸氧时间太久，患者的氧饱和度一直在80%-90%以下，甚至更低，这样拖至一周甚至10d后，患者氧合指数早就<50mmHg了。提出2h、24h这些时间节点，可以方面临床操作，加强对重症患者的积极救治，关口前移。

轻症转重症，3类人群要重点关注

对于轻症患者，同样要关口前移。“有些轻症和普通型患者进展为重症的时间很快，甚至有的半天时间就能进展为重症。这类病情进展快的患者，缺氧严重，所以我们就提出要密切关注轻症患者病情变化。”

医护人员要重点关注3类人群：第一类是年龄在60岁以上，存在高血压、糖尿病、心脏病等基础疾病的患者；第二类为接受过肿瘤放化疗、免疫抑制治疗、器官移植后、血液净化

等的患者；第三类为孕妇患者。

此外，还应关注预警指标：（1）轻型、普通型患者突然出现胸闷、憋气，呼吸困难及体温升高等变化，特别是给予合理氧疗后氧饱和度仍低于95%；（2）外周血淋巴细胞计数进行性明显降低；（3）外周血肌钙蛋白明显升高；（4）胸部影像学改变在24-48小时突然有进展。如果出现这些情况之一，便有向重症发展的危险。

针对具有以上条件

的病人，要让他们卧床休息，加强支持治疗；选择适当的抗病毒药物治疗；也建议中西医结合的治疗干预。所以临床医生一是要观察病人症状，二是要监测一些实验室、影像学指标。



扫一扫
关联阅读全文