

《医师报·洪武时间》首场开播 引20万人关注 疫情下更需安全开展支气管镜诊治

▲《医师报》融媒体记者 裘佳



作为介入性肺病学的重要组成部分，经支气管镜介入治疗已成为呼吸系统疾病治疗的重要手段。为推动我国呼吸介入医学的发展，服务更多专家和医疗专业人员，促进优质医疗资源的下沉，惠及更多呼吸科患者，《医师报》联合应急总医院首席专家、呼吸与危重医学科主任、抗击新型冠状病毒肺炎专家组组长王洪武教授推出《医师报·洪武时间》直播频道。这是《医师报》首个以专家名字命名的直播频道。将以王洪武教授为主讲人，开展呼吸介入医学、冷冻治疗、肿瘤微创治疗学术讲座和远程手术指导等工作。

3月24日，《医师报·洪武时间》开播仪式上，《医师报》社常务副社长、执行总编辑张艳萍表示，网络直播是传播更强、影响更广泛的新媒体平台，新冠疫情的发生，更突显了网络直播的价值。《医师报》直播间将依托《医师报》的丰富资源，常态化开展直播活动，更好地服务全国医师。

《医师报·洪武时间》首场直播聚焦“复工后，如何开展支气管镜诊治”，王洪武教授等6位专家展开讨论。今日头条号、腾讯视频、腾讯新闻、腾讯健康同步直播，关注人数近20万人。



扫一扫
回看精彩视频

评估患者新冠感染风险

王洪武教授表示，支气管镜检查是诊治肺部疾病重要的手段，对于提升新冠病毒检出阳性率，吸痰解除气道梗阻，协助建立人工气道，气道内给药都起到了重要作用。但由于支气管镜检查直接接触下呼吸道分泌物，而分泌物中富含病毒，此外吸引时会产生气溶胶，可通过眼结膜感染新冠病毒等，感染风险极高。

因此，疫情过后，行支气管镜检查的患者需要根据其罹患新冠肺炎的风险进行评估，分为高危、中危、低危人群，分层处理。对于有流行病学史、确诊患者的密切接触者等高危人群，需有当地街道或医疗部门出具的已单独隔离1个月以上的证明信，住院前应查胸部HRCT，鼻咽拭子、肛拭子病毒核酸检测以及血清抗体检测。

严格三区管理及医护患防护

“疫情期间尽量避免不必要的气管镜操作。对于必须要进行气管镜操作时，一定要在术前仔细排查患者新冠感染的可能性，其中询问流行病学史很重要。同时术前行胸部

CT，知情同意中加入新冠的知情告知。”浙江大学医学院附属邵逸夫医院呼吸内科主任陈恩国教授表示，中心要严格三区管理（污染区、潜在污染区、清洁区），医生要采取二级防护。在结束疑似确诊病例的支气管镜检查后，医务人员要更换全部防护用品，并进行严格的手卫生，有条件的单位可以使用一次性支气管镜。

广东医科大学附属中山医院呼吸与危重症医学科主任周红梅教授认为，对于呼吸内镜诊疗中心来说，在疫情期间，做好感染防控是极其重要的。医护人员必须经过严格的防护培训。周教授强调，一定要掌握洗手指征，戴手套不能减少手卫生，更不能替代手卫生。患者需进行隔离安置，严格执行标准预防的基础上采取飞沫隔离+接触隔离措施。

此外，应急总医院呼吸内科周云芝教授表示，一定要严格实行手术预约制，手术、防护、消毒用品要准备齐全，做好医护和患者的术中防护，以及术后房间消毒。

做好团队配合

应急总医院麻醉科程庆好博士介绍了复工复

产大环境下，支气管镜手术麻醉保护策略。监测性麻醉需缓慢给药，边给药边评估，延长诱导时间，减少患者呛咳，同时不出现明显的呼吸抑制。硬质气管镜麻醉必须排除新冠肺炎患者，采用限制性策略，允许性高碳酸血症，给予快通道药物，减少去ICU、恢复室。术后需做好手卫生，做好术间隔离，以及环境物品表面的消杀。

应急总医院肿瘤内科孔令煜护士长介绍支气管镜术前、术后护理的注意事项。对于支气管镜术后并发症的护理，根据患者病情尽量集中治疗，应用留置针时，根据穿刺点情况适当延长使用时间，避免静脉炎。应用一次性鼻导管进行氧气吸入，做好皮肤评估，预防压疮。必要时在鼻导管外戴一层口罩。应用一次性血氧指夹及血压袖带，监测患者生命体征和血氧饱和度。必要时应用无创呼吸机辅助呼吸，做好相应护理及并发症的处理。

直播中，抗疫勇士：山西长治人民医院呼吸内科李晋教授、郑州市中心医院呼吸内科主任张华教授、深圳龙华区人民医院呼吸内科主任沈永乐教授现场连线，分享抗疫经验。



新冠危重症患者七点治疗经验

▲海军军医大学第二附属医院呼吸与危重症医学科 唐昊

自1月24日随海军医疗队到武汉，笔者支援了当时疫情较严重的武汉市汉口医院，一周后转战火神山医院重症医学一科至今，一直致力于新冠危重症患者的救治工作。对于危重症患者的救治，笔者有自己的经验和体会。



曹彬教授的研究显示，新冠肺炎预后不良的三大临床特征是高龄、SOFA评分高以及D-二聚体水平升高，有助于识别哪些患者易发展为危重症患者。而在死亡风险的预测因子方面，个人认为肌钙蛋白的升高以及血小板的显著下降往往提示患者的死亡风险高。仍需大样本的回顾性研究证实。

患者在经鼻高流量吸氧时，常因烦躁导致耗氧量增加。用小剂量右美托咪定维持轻度镇静状态，有利于降低机体的氧耗，改善氧合。

气管插管后的气道管理、插管后的镇静药物使用、液体管理以及血液动力学的监测等都会影响到救治的效果。因此笔者并不主张太过积极的将气管插管时机前移，不主张单纯的根据氧合指数 $<150\text{ mmHg}$ 作为气管插管的指征。笔者遇到不少高流量鼻导管氧疗的患者，尽管氧合指数 $<150\text{ mmHg}$ ，甚至低至 100 mmHg 以下，只要能维持平静状态下 SpO_2 在95%以上，即使不用插管患者也能挺过来，但是一旦插管，预后的变数就比较大了。因此笔者主张仍根据常规判定标准，该插管时要毫不犹豫，尤其是最高给氧条件下都无法满足 SpO_2 在90%以上，患者有持续呼吸窘迫状态，呼吸频率持续高于30次/min，则应果断行气管插管。

有条件的情况下行支气管镜辅助下经鼻气管插管。可降低患者插管过程中出现严重低氧的风险，患者耐受性较好，尽早将患者维持在轻度镇静状态，利于早期脱机拔管。

由于插管早期患者存在明显的人机对抗，对于维持有效氧合不利，常常需要满意的镇静镇痛，甚至需要肌松处理，但患者情况稳定后应尽早减少镇静药物，尽可能维持患者轻至中度镇静，即可唤醒的状态，这样有利于早期脱机拔管。镇静药物的过量使用常带来血液动力学的不稳定，从而影响重要脏器的灌注，使预后不良的风险增加。因此，选择患者更能耐受的经鼻插管方式能减少镇静药物的使用，有利于血流动力学的稳定。

危重症患者常常会并发休克，但临床上更多碰到的是使用镇静药物以后血压下降明显，于是又用上血管活性药物。因此，通过有效地血液动力学监测，鉴别是否存在容量不足导致的血压下降，尽量减少血管活性药物的使用，在危重症患者的救治过程中也非常重要。

出现氧合条件明显好转，胸部X线有吸收改善的时候，就要考虑尽早拔管，即使是做好再插管的准备也不能因为犹豫而贻误战机。