

新冠肺炎合并 ARDS 患者机械通气的争议

▲首都医科大学附属北京朝阳医院 童朝晖

急性呼吸窘迫综合征(ARDS)患者在接受有创机械通气时往往伴随有紧张、焦虑、疼痛、缺氧等带来的不适,出现人机抵抗,吸气努力过大等现象,可能造成肺损伤,因而ICU医生常常给予患者镇静镇痛和肌松药物。我们在本次对重症患者的救治过程中发现,ARDS患者机械通气普遍镇静较深,很多患者在深度镇静镇痛药物下完全丧失了自主呼吸且对于刺激也无/仅有很弱的咳嗽反射,这对于患者的气道管理,后期的拔管和肺康复都是不利的。



童朝晖 教授

该不该保留机械通气患者自主呼吸?

镇静过深意味着患者很可能完全丧失自主呼吸,而学界对于是否应该对机械通气患者保留一定的自主呼吸争论不休。目前国际上比较受大家认同的看法是:对于轻到中度的ARDS,机械通气期间保留患者自主呼吸可能有益;而对于重度ARDS患者,更多的证据证明保留自主呼吸对于患者有害。有研究表明完全控制通气可致

重依赖区通气不良、膈肌萎缩,自主呼吸可以改善通气血流比、降低肺应变,但过强的自主吸气努力也会带来一系列问题,包括人机不协调、增加跨肺压等。

最近一项通过比较氧合指数匹配的有自主吸气努力和无自主吸气努力的患者的病死率、住ICU时间和住院时间长短的研究发现,虽然病死率无显著差异,但

有自主吸气努力与更短的住ICU时间和住院时间有关。

在中重度患者中进行的BiPAP-APRV模式研究表明:在BiPAP-APRV模式下辅以自主吸气努力与控制通气在全因住院病死率方面没有差异。一个减少重症患者吸气努力伤害的方法可能是在疾病早期使用神经肌肉阻滞剂,但关于神经肌肉阻滞剂对于ARDS患者预后的影响也无统一结论。

肌松药物使用尚无定论

2010年发表在NEJM的ACURASYS研究结果表明,对于重症ARDS患者,早期使用肌松药物可以改善90d病死率,并增加脱离呼吸机时间并不减弱肌肉力量,而2019年同样发表在NEJM的ROSE研究却得出了相反的结论:在接受高PEEP治疗的中重度ARDS患者中,使用肌松药物并不

显著改善90d病死率。尽管两个著名的研究得出了相反的结果,但我们仍要注意他们在实验设计上的差别可能会影响对结果的解释。

本次WHO对新冠肺炎患者使用神经肌肉阻滞剂的推荐还是非常谨慎:对于中重度ARDS患者氧合指数(P/F < 150),不推荐常规持续输注神经肌肉阻滞剂,除非

存在下述特殊情况:镇静状态下的人机不同步或难以纠正的低氧或高碳酸血症。

很多新冠肺炎患者病程较长,缺氧时间长,免疫系统失衡等因素共同作用下,肺损伤严重,治疗上氧合指数往往拖到很低水平才进行气管插管,这样的患者气管插管时的镇静镇痛策略和肌松药物的使用值得深思。

危重症患者谵妄要早干预

▲首都医科大学附属北京朝阳医院 童朝晖

ICU重症患者常常由于昼夜节律颠倒、紧张焦虑的情绪、潜在的精神疾病和由病毒性肺炎缺氧所致的脑病等因素导致谵妄状态,这在危重症新冠肺炎患者中并不少见。谵妄又称为急性脑综合征,是由多种原因导致的临床综合征,主要表现为注意力无法集中和认知功能障碍,通常起病急,病情波动明显。

谵妄在ICU患者中常见,发病率约30%~50%,接受机械通气的患者该比例可高达50%~75%。高龄、痴呆、昏迷史、入ICU前手术或创伤史、疾病的严重程度等均作为谵妄发生的危险因素。与无谵妄患者相比,谵妄患者机械通气及住院时间更长、病死率更高、长期认知损害风险更高。因此,谵妄的管理极为重要,除了治疗原发疾病,合理的非药物和药物干预也很关键。

非药物干预

2018年美国ICU成人疼痛、躁动/镇静、谵妄、制动及睡眠中断管理指南(PADIS)推荐使用多元非药物干预措施,包括:认知刺

激,使用闹钟调整生物节律,尽量减少光和噪音而改善睡眠等,该干预主要关注(但不限于)降低成人危重症患者谵妄可变的危险因素,改善

认知,优化睡眠、活动、听觉及视觉。多项研究评估了这些措施,提示可改善患者预后。因此,对危重症患者谵妄状态进行早期干预是可行的。

药物预防及治疗

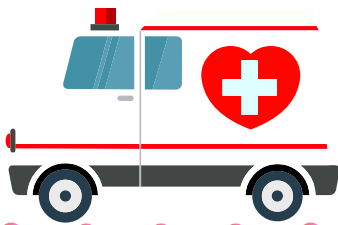
2018年PADIS指南指出不推荐常规使用氟哌啶醇(一种非典型的抗精神病药)或HMG-CoA还原酶抑制剂(例如他汀)治疗谵妄,推荐使用右美托咪定治疗成人机械通气患者的谵妄,例如:因为躁动妨碍了脱机/患者自行拔管等情况。

2018年AJRCCM

发表的研究结果表明,夜间给予小剂量镇静药物右美托咪定可以预防ICU患者的谵妄。而MIND-USA研究提示,与安慰剂相比,氟哌啶醇及齐拉西酮均不能为ICU谵妄患者提供明显获益。2018年JAMA发表的一项研究同样认为氟哌啶醇不能降低危重症患

发生谵妄的风险,且没有提高患者28d的存活率。

因此,目前尚无令人信服的数据支持使用抗精神病药预防或治疗谵妄。针对当前危重症新型冠状病毒肺炎患者,谵妄的管理也是我们不能忽视的重要的治疗内容之一。



ICU

新冠肺炎一旦发展为危重型 病死率达50%

重症医学质量控制是重症新冠肺炎救治的着力点

▲东南大学附属中大医院重症医学科 黄英姿 谢剑锋 邱海波 杨毅

我国临床研究显示重型及危重型占有新冠肺炎的16%~19%,一旦发展为危重型,病死率高达50%。重症新冠肺炎患者的救治对重症医学是一个巨大挑战。如何提高、保证重症患者的治疗质量,是在新冠抗疫过程中需要亟需思考、面对和解决的重要问题。

加强重症专业人才培养是重症患者救治质量保障的根本 近年来ICU发展迅速,但重症专业人才相对不足。以前重症医学是唯一没有纳入住院医师规范化培训体系的二级学科,使得重症医学缺乏一个战略性的学科队伍。

新冠肺炎疫情期间,在国务院领导和国家卫健委的支持下,重症医学迅速建立了住院医师规范化培训体系,这为提高重症

新冠肺炎患者的救治水平奠定了基础。最近有调查发现,经过重症医学规范化培训(5C)的医生的比例与新冠肺炎患者的救治成功率可能有关。因此,推进重症医学的专业培训,建立重症医学科专业队伍非常重要。

统一诊疗规范、落实医疗核心制度是医疗质量的保证 重症患者的救治专业性极强,提高新冠重型、危重型的同质化管理

是降低病死率的关键。疫情初期,专家们迅速制定《新型冠状病毒肺炎诊疗方案》和《新型冠状病毒肺炎重型、危重型病例诊疗方案》。诊疗方案的及时推出和更新,对于疫情控制和患者救治发挥了重要作用。

十八项核心制度在新冠肺炎的救治中依然要落实。主要包括:三级查房制度、交接班制度、危急值报告制度、疑难病例讨

论等核心制度。统一规范、落实核心制度等是重症患者救治的重要保证。

发挥多学科联合诊治优势,专家巡诊、医疗救治小组提升医疗质量 在学习和落实《新型冠状病毒肺炎诊疗方案》同时,对于重症患者,及时的组织重症、呼吸、感染等专业专家为主的专家团队进行巡诊,解读关键性的治疗措施、督促诊疗措施落实落细、甚至亲临一线指

导具体抢救,对于提高重症新冠肺炎患者救治质量、降低病死率起到了关键性作用。成立重症医学亚专业小组,合理的利用有限的人力资源,进一步提升了重症新冠患者的医疗质量。

此外,保障人力资源充足是保证新冠肺炎救治医疗质量的基本前提。出台针对性的质控指标,提升新冠肺炎救治医疗质量。



邱海波 教授

新冠肺炎波及面广、威胁性强,重症医学在重症新冠肺炎患者的救治彰显强大力量,但专业人才不足、亟需加强继续教育培训是目前必须要高度重视的问题。对重症医学科来说,尽可能保障人力、落实核心制度、保证多学科联合联动,并根据疾病特点针对性的提出质控指标来反映病情严重程度和救治水平是十分必要的。