

中国医师协会呼吸医师分会 2021 年会暨第二届中国呼吸医师论坛报道②

质控是呼吸学科发展的关键

大会报告

“平疫结合型”呼吸病房解决三大难题

▲浙江大学医学院附属邵逸夫医院 应可净



应可净 教授

回望 2020 年, 全球经历了由新冠病毒引起的动荡, 人类再次感受到急性呼吸道传染病的巨大伤害。疫情成为“世界百年未有之大变局”中的巨大扰动因素, 成为“最接近中华民族伟大复兴”时期的关键影响因素。抗疫期间, 王辰院士提出的方舱创举成为中国成

功应对疫情的关键举措。在方舱医院解决了重大的抗疫难题后, 新问题随之而来。这就是呼吸人必须思考面对的另外一个严峻问题——武汉集合了全国的力量才坚持下来, 如果多个重要城市同时暴发疫情呢?

2020 年 4 月, 当中国疫情取得缓解, 全球范围内却相继出现大规模疫情暴发之际, 中国的抗疫之路会再次反复吗?

事实证明, 疫情的反复和暴发随时可能发生, 呼吸人应该思考的下一个重要问题是什么?

浙江大学医学院附属邵逸夫医院蔡秀军院长提

出了“平疫结合病房”——后疫情时代的“方舱”医院。这一创新举措解决了三大难题:

第一, 减轻了国家、地方政府, 以及医疗机构为储备应急医疗资源产生的维护费用难题。

第二, 提前科学布局, 实现功能转化, 提高医疗资源利用率, 提升医院整体的抗疫能力, 解决综合型医院临时改建, 符合“三区两通道”要求的隔离病区难题。

第三, 非公共卫生事件时, 医院各司其职, 发生公共卫生事件时, 解决了医院可迅速转化为收治医院的资源利用难题。

分级优先组合病原检测助力感染精准诊疗

▲中国医学科学院病原生物学研究所 任丽丽



任丽丽 教授

呼吸系统感染性疾病是人类最主要的死因之一, 导致感染的病原主要是呼吸道病毒, 由于其变异频繁, 新病毒或变异株不断出现, 常易引起传染病暴发流行, 严重威胁公众健康、社会稳定和经济发展, 是全球传染病防控和研究的重点。

随着检测技术的进步, 病原学诊断也不断得到发展, 但即便使用灵敏的分子检测方法, 仍有 40% 以上的呼吸道感染无法获得明确的病原学诊断结果, 而不断出现的新发罕见病原, 未知动物源病毒的潜在威胁等, 导致呼吸系统感染病的病原病因学诊断仍面临挑战。

受限于研究队列和方法学, 因循证依据不足, 现有肺炎相关诊断指南在

检测流感病毒以外呼吸道病毒的临床有效收益方面尚有很多问题亟待回答。进一步阐明呼吸道感染的病原谱特征(包括种类、比例、时间、人群、地域分布特征等), 可为推进病原病因学诊断提供关键的基础数据。

笔者从明确急性呼吸道感染病例的病原谱组成特征方面, 提出基于年龄、门诊和住院呼吸道感染的分级优先组合病原检测策略。笔者团队基于较大规模人群的病原学分析, 发现我国成人社区获得性肺炎病原谱与欧美国家存在较大差异, 这为优化我国本土肺炎相关诊疗指南提供更多的数据支撑。而对住院病例连续样本的检测分析, 提示重症肺炎病例

病原学诊断采取规律频次检测, 不能忽视住院期间呼吸道感染病毒继发感染对疾病转归的影响。

人体病原微生物的发现颠覆了对感染病原的认识。与普通社区获得性肺炎以及健康人群相比, 笔者团队发现新冠肺炎患者肺部微生物组有显著差异, 新冠肺炎患者口咽微生物组与患者预后存在显著关联, 副溶血链球菌在死亡患者中丰度显著降低。

采用的宏基因组学等技术的发展已开始改变感染病原诊断实践, 但其应用需要明确适宜场景。随着多组学研究结果的不断转化应用, 以及人工智能技术的发展, 将会为病原学精准诊断提供更多的思路 and 视角。



会议现场

呼吸重症监护室建设添新使命
将诊疗经验形成标准化流程

詹庆元 教授

医师报讯(融媒体记者 凤凤)中日友好医院詹庆元教授分享了从新冠疫情看呼吸重症监护室/内科重症监护室(RICU/MICU)的观点和经验。呼吸科重症监护室(ICU)的建设几乎已成为老生常谈的话题, 但在新冠疫情后再看, 又产生了特殊的背景和意义。

詹教授表示, 新冠疫情充分暴露出 PCCM 之 ICU 建设的严重不足。抗疫期间, 不可否认的是呼吸科做出了有目共睹的贡献。但客观看, 在遇到危重症病例时, 能主导抢救的医生、医疗单位仍然偏少。

实际上, 无论行业还是主管部门都非常重视 ICU 建设。2018 年 12 月 3 日, 《呼吸学科医疗服务能力指南(2018 年版)》正式发布, 指南规定三级医院可独立设置 RICU, 二级医院可设置 ICU 或 RICU。詹教授表示, 这意味着从行政管理的角度, 已经创造了政策优势。

在 ICU 建设的落实方面, 詹教授介绍, 无论是“三区两线”的应急要求、必备的负压房间, 还是独立房间等, 都是 ICU 设计时必须要考虑的问题。

此外, 在出现新发呼吸道烈性传染病时, 通信的通畅和远程医疗是非常重要的, 而传统 ICU 的设计在这两方面恰恰有所欠缺, 还有科研管理对 ICU 也提出了

很高的要求。这些都是 ICU 设计时需要给予足够重视的。

ICU 科的技术体系, 主要分为监测技术和支持技术两大系统。其中, 临床上对呼吸监测和循环监测已经非常熟练。需要强调的是, 被称为 ICU 医生“第三只眼”的超声诊断技术在临床发挥了重要作用。詹教授表示, 在穿着隔离衣、戴着护目镜等情况下, 进行有创操作的难度非常大。这时, 超声诊断可以发挥极大的作用, 不仅可以用于休克、心跳骤停等病因判断, 血管插管位置判断, 容量状态和容量反应性判断等, 还可用于监测胃潴留、留置空肠管等。

鉴于 ICU 医生面临的病例往往非常复杂, 詹教授提出, ICU 诊疗一定要标准化, 不可各行其是。譬如, 疫情期间紧急发布的《严重急性呼吸道感染常规呼吸支持治疗的临床指征与院感防控》和《成人重症新型冠状病毒肺炎患者气道管理推荐意见(试行)》能帮助切实解决临床问题的, 因此受到广泛欢迎。而疫情之后, 如何将这些经验形成标准化的流程, 是值得考虑的新问题。

此外, 詹教授还强调了人才培养对 ICU 建设的重要性。他表示, RICU 和 MICU 是专培学习的重点科室。ICU 专培学员的培养关键是放手——给予学员独立处理问题的机会, 也必须给予“独立犯错”的机会。其中, ICU 查房是最重要的教学形式。采用以患者为中心, 学员为主导的查房形式, 让学员们从“沉默的观察者”被引导为“主动的思考者”。

(下转 A5 版)

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 瞿介明 沈华浩

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):

邓朝胜 郭强 宋元林

孙加源 熊维宁 徐金富

侯刚 张静(上海)

本期轮值主编: 代华平

编委(按姓氏拼音排序):

班承钧 保鹏涛 常春

陈成 陈湘琦 陈燕

陈颖 陈愉 代冰

董航明 杜丽娟 范晔

冯靖 高丽 高凌云

关伟杰 韩丙超 何勇

何志义 贺航咏 蒋汉梁

揭志军 李春笋 李丹

李锋 李力 李琪

李伟 李园园 李云霞

梁硕 梁志欣 刘波

刘丹 刘崇 刘宏博

刘敬禹 刘琳 刘伟

陆海雯 罗建江 罗壮

马德东 马礼兵 纳建荣

潘殿柱 施熠炜 石林

史菲 苏欣 孙健

唐昊 田欣伦 王东昌

王峰 王虹 王华启

王一民 文文 夏旻

肖奎 谢佳星 谢敏

邢西迁 徐燕 徐瑜

徐月清 杨会珍 杨姣

杨士芳 姚欣 于洪志

喻杰 张固琴 张惠兰

张静(天津) 张一

赵俊 赵帅 周国武

周华 周敏 周庆涛