

邱海波：重症医学是生命的最后防线

Original 杨楠 张明萌 南方人物周刊 1 week ago

“在这样的重大疫情面前，最前端、最重要的其实不是我们医生，而是疾控。如果把第一道防线，比如社区这条线，如果社会的传播能挡住，病人就会变少，重症就会更少”

“经此一疫，我们也应该反思：全国有足够的重症医生、重症护士吗？这是我们的医学教育体制的一个大问题。我们的培训、毕业后教育存在着巨大的缺陷……我们在住院医师培训中没有规培（规范化培训）”

本文首发于南方人物周刊2020年第7期

文 | 本刊记者 杨楠 张明萌

实习记者 刘睿睿

编辑 | 林阅

全文约2654，细读大约需要6分钟



邱海波 图 / 新华视点

在日前的采访中，邱海波问了我一个问题：你有采访过去世患者的家人么？我说有。他问：他们怎么样？我三言两语，简单说了几个。我看到邱海波突然靠着椅背，右手攥了起来，这是人在努

力克制自己情绪时的表现。邱医生是个温和的人，在谈及初来武汉时的经历时，他说，有不少可以值得我们总结的地方。

在一月份的武汉，疫情之初，几乎所有医护人员都有力所不能及的无力感，即使你是中央指导组专家组成员，国家卫健委点名指派武汉医疗救治专家——这是医生能在此次疫情中所能扮演的最重要角色之一。

邱海波是东南大学附属中大医院的副院长，重症医学专家，以下是邱海波的自述：

我1月中旬来武汉，刚来的时候，“新冠”对我来讲是新的疾病，不知道它的特征，需要跟前期当地的医生去聊，病人怎么生病的？需要跟清醒的病人去聊，他有什么不适？对于最重的病人，要看看他现在有哪些器官不好，到底是因为肺，还是别的器官也有问题？当时认为，主要以肺为主，看看该怎么做治疗。那天我是早晨到武汉的，下午就去了金银潭病房。当时的第一感觉是觉得病人病情较重，第二病人很多，第三是大家好像都有点摸不清头脑，到底应该怎么治不太清楚。

刚开始我们遇到很多困难。一个是没有插管的设备，即使有了，插完管以后，病人到ICU又没有床位，要上呼吸机，一开始呼吸机也不够，医疗资源不到位。当医生看到不少同事感染了，心情可想而知。**当时即使有呼吸机，墙上氧气也接不上氧气接口，氧气压力也不够。我们都自己动手搬过钢瓶，我不能让病人憋死了。**早期的时候大家都搬，护士搬不动。有什么脏活累活，我们医生先干。我会跟护士说这个事情怎么样，有多大风险，你需要注意什么。要让护士会觉得背后有一个强大的医生团队在支撑我们。同时我们也尽快把这个问题反映给中央指导组，必须赶紧解决氧气的问题。



邱海波（中）和同事在抗疫一线

早在一月下旬，我们在巡查的时候就发现，病房已经全满了，每天四、五百的门诊量，病人要求住院，但住不进来，没有一张床位是空的。我们不知道有多少危重病人在外面等着住院，不知道这些危重病人在外面是不是就这么走掉了。**卫健委派我们到汉口的医院去看，一家一家查有多少重病。当时我们查到大量的重症病人，院长们都很焦心，说：我的病人进不来，发热门诊的病人都收不进来，特别重的才能收。如果病情不是特别重，收不进来。当时方舱还没有，病人只能回家，这些回家的病人里头有多少重症我们不知道。**

所以当时我们在卫健委的专家会上，研判疫情，提出要赶紧扩床，收病人进来。一定得去扩重症定点医院，就像当年SARS，中日医院、宣武医院征用，全收重症。应该说，这些情况，在很短的时间内都得到了改善，我们在短短的三天里面，几乎每天都增加一千张的重症收治床位，不断收治。包括医院的供氧，也都得到了解决。这样的效率，在很多其他国家恐怕是难以复制的。

现在如果说遗憾，早期病人太多，没有足够的床位，没有设备，没有足够的、经过培训的医务人员，这些都是早期非常大的困扰。现在当你去看全球疫情，你会发现，大家都在面临相似的困境。**当时金银潭的问题，从我们的角度看，是真正重症医学的医生并不多，但这里的病人是全市最重的。而且你没办法再从协和、同济、省人民这些大医院调增援，因为这些医院自己也有医疗**

任务。那怎么办？当时我们想，从国家调吧，从国家专家组调，我们希望能调到的是能够带队做医疗组长，能够沉下来的专家。



武汉同济医院中法新城院区，邱海波（右）和杜斌结束巡视后顾不上吃午饭，抓起两片面包就赶往下一家医院 图 / 重症医生晁亚丽

我们的架构大致是这样的：科主任下面，可能有医疗组长，还有主治大夫，再有住院大夫。医疗组长实际上要能够把这组病人所有的事情都管起来，对病人的一切情况负责。我们在临床上真正最了解病情、最负责任的是医疗组长。我们想当时的想法：能不能调一批稍微年轻一点的专家，能够把他放到这些病房里，直接让他去做医疗组长，来保证最重的病人得到专业救治。面对复杂的疫情，光有智商是不够的，还要有足够的情商和综合的能力。

现在还有几百个危重病人,意味着我们还有一段时间紧锣密鼓的工作。有人说觉得我们可以撤了，我们撤不了。我觉得重症病人尤其危重型的病人没有转危为安，没有结局之前，我们都必须坚守在这里。

进入3月份，疫情得到明显控制，ICU开始有空床了，甚至有些医院的ICU都关了，有些医院也不再收治重症病人。病人少了，重症病人也少了，危重病人少了，这就说明我们前面的防护墙起作

用了。重症病人比例并不高，但是因为基数太大，重症病人绝对数量是高的。而这么大的绝对数量，就造成了医疗能力的不足，医疗资源不够，而且医疗力量很难整合。

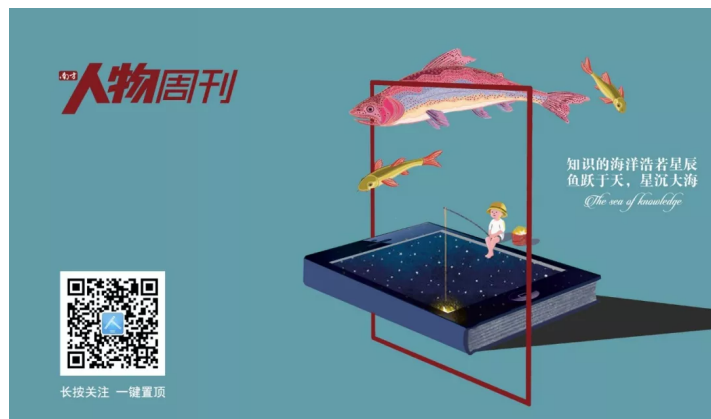
我一直觉得，在这样的重大疫情面前，最前端、最重要的其实不是我们医生，而是疾控。如果把第一道防线，比如社区这条线，如果社会的传播能挡住，病人就会变少，重症就会更少。

现在疫情已经受到有效的控制，社会比较关心的是复阳问题。其实复阳并不是说没治愈，我们从病理里可以看到，肺里面的细支气管堵住了，肺泡塌掉了，现在已经康复了，够出院标准，可以出院了，也有抗体了。但是在病人的恢复期，支气管又慢慢通了，通了之后里头的病毒就又能排出来，检测就还会再次显示阳性，但我们现在还没有观察到复阳的病人有传染性。

经此一疫，我们也应该反思：**全国有足够的重症医生、重症护士吗？**这是我们的医学教育体制的一个大问题。我们的培训、毕业后教育存在着巨大的缺陷。我们的重症医学是二级学科，很多欧洲国家、新加坡、澳洲都是这样做的。但是我们跟新加坡、澳洲有一个非常大的区别，我们在住院医师培训中没有规培（规范化培训）的。我们是唯一在二级学科里没有住院医师规培的国家，这意味着我们的住院医师都没有经过重症医学的规范化的培训。

现在年轻的ICU医生、住院医师的规培，都是由其他学科承担的，未必有牢靠的重症医学基础。**我们就靠现在重症医学金字塔塔尖上的这一小批重症医学医生，一旦发生重大公共卫生事件的时候，是承担不了的。**但如果我们有了住院医师的规培，即使这些医师在规培之后，可能分化去呼吸科、心脏科、肾科……但是他具备了应对重症的基础，遇到大灾大难的时候，这些人征召过来，就像预备役部队一样，马上就可以应对紧急情况。我们当然不希望再来一次这样的疫情，但没人能打包票，是吧？

重症医生的作用在哪？当我们有这么多重症病人的时候，我们是不是有能力来面对它？我们一直说，重症医学是生命最后的防线，而重症导致的死亡病例，恰恰是社会最关注的，跟老百姓关系最大的，所以这条防线非常重要。



中国人物类媒体的领导者
提供有格调、有智力的人物读本
记录我们的命运 • 为历史留存一份底稿

往期精选

- 终极一战：与死神抢人
- 寻子十五年 “梅姨”拐卖案中的父亲申军良
- 疫情时期百步亭：突然进入始料未及的生活
- 温州 一座重疫之城的自救与挑战
- “重组”金银潭：疫情暴风眼的秘密

N



南方人物周刊第624期

终极一役

重症救治到了最后关头

订
阅

长按二维码识别关注

关注@南方人物周刊微博

官网订阅 | www.nfpeople.com

点击左下方“阅读原文”下载官方APP



点击“阅读原文”即可订阅和购买最新杂志

Read more