

新冠病毒的复杂程度远高于SARS病毒

Original 中国青年报 冰点周刊 Today



4月14日，武汉同济医院中法新城院区，本院医生为北京协和医院支援湖北医疗队举办欢送仪式，医疗队将在4月15日返回北京。武汉新冠肺炎疫情期间，总计有4.2万名医护人员援鄂，这是最后一支离开的支援湖北医疗队。李太生（前排左一男性）还将继续留守武汉，负责新冠肺炎患者救治和相关研究。中青报·中青网记者王嘉兴/摄

本文约4471字

预计阅读时12分钟

作者 | 中青报·中青网记者 王嘉兴

编辑 | 从玉华

57岁的李太生是北京协和医院感染内科主任。2003年，他是抗击“非典”的重要专家，时隔17年，他再一次与新冠病毒交手。

李太生从疫情早期就一直关注进展。1月25日，他主笔的《北京协和医院关于“新型冠状病毒感染的肺炎”诊疗建议方案》发布。2月7日，他作为北京协和医院第二批支援湖北国家医疗队队长驰援武汉，接管了武汉同济医院中法新城院区ICU病区。两个多月时间里，他们收治了109名极危重症患者。

在武汉，李太生每天上午都到医院查房，分析病人的各项指标和临床情况。查完房，李太生总要对本子发呆一段时间，“这是一个全新的疾病，我们必须用上全部的知识，反复琢磨对策，并根据每天的情况进行调整。”

“新冠病毒的复杂程度远高于SARS病毒。”李太生说。结合临床诊断和30多年的感染疾病的救治经验，李太生提出了一系列原创策略及措施，在新冠肺炎急危重症患者的救治中起到了重要作用。他也及时将这些方案分享给国内、国际同行，给出自己的建议。

4月9日，他在同济医院中法新城院区接受了中青报·中青网记者的专访。



欢送仪式前，李太生（右一）与同事交流抗击新冠肺炎疫情的经验。中青报·中青网记者王嘉兴/摄

记者：您对新冠病毒有怎样的认识？

李太生：对医生来说，新冠肺炎是一个新的疾病。我们大多遇到过这样令人沮丧的情形：很多病人早上看起来好好的，病情也在好转，结果下午或者第二天突然就去世了。要降低死亡率，几个问题至关重要，我们怎么判断患者有转为重症和危重症的风险？哪些临床指标可以帮助我们预判？有没有办法能够提前干预？患者病情加重的机理是什么？

遗憾的是，目前为止，我们对它的发病机制并不清楚。我们不清楚，这些症状到底是病毒直接攻击引起的，还是病毒诱发体内产生过强的免疫应答引起的，或者别的原因。

很多人提到炎症风暴以及它引发的急性呼吸窘迫综合征，这有一定道理，但与我在临床的观察不完全相同。炎症风暴也可能由后续细菌感染导致，而非新冠病毒。此外，如果用对付炎症风暴的方法对部分患者进行治疗，给大量激素抑制免疫系统，反而可能帮了病毒。这是一个科学问题，需要更多证据，可能我们都是错的。

我也一直呼吁，这个病不只是肺炎。很多患者没有肺炎的症状，病毒也不光引起肺部炎症。我们对重症和危重症病人做研究，包括死亡后的尸检显示，病人出问题的不只是肺，血液系统、免疫系统、心脏、肾脏、甚至中枢神经系统都有问题，所以称之为疾病更为准确。

记者：您接触的大多是危重症患者，您有哪些救治经验？

李太生：我把病程大致分为三个阶段。第一个阶段是病毒血症期，通俗地说就是病毒繁殖期，一般7-10天。第二个阶段是肺炎期，历时7-14天，第三个阶段是康复或重症期。

对免疫力正常的人来说，很可能没有症状，或者即使在肺炎期出现了典型症状，也是很轻微的。遗憾的是，相当一部分人原来免疫功能就有问题，比如说有高血压、糖尿病，他们刚开始发烧一两天就好了，但其实没有控制住病毒，到了第二阶段病情突然明显地加重。

对这些人来说，肺炎期的诊疗是相当关键的。处置得当，发展到重症期的概率会降低，预后情况也更好。如果都等着插管、上ECMO，代价就太大了。

记者：您在临床中发现了哪些关键性指标？

李太生：有一些基础的，比如CT病变情况，患者年龄，高血压、糖尿病等基础病。也有一些关键的生物指标，比如炎症指标（C反应蛋白、白介素-6等），淋巴细胞持续偏低，白细胞升高，血小板下降，以及血液出现高凝状态。一旦出现这些状况，要赶紧干预。

虽然现在诊疗指南写了抗病毒治疗，有一些药对一些患者有用，但没有任何一个抗病毒药物是特效的。既然拿病毒没办法，也不了解发病机制，只能从实症出发，尽早干预患者的非正常状态。

记者：具体有什么干预措施，效果如何？

李太生：我主要提出了两项干预措施，第一是尽早给患者静脉注射免疫球蛋白。一方面提高人体免疫力，但更重要的是打断他的炎症进程。如果错过了这个阶段，可能后期就要给大剂量激素，可能造成患者免疫系统功能下降与后遗症。

想到这一点是基于多年来对感染疾病的认识，包括SARS、MERS、手足口病等。17年前，我参与抗击“非典”疫情，当时就发现SARS影响机体免疫功能。新冠病毒同样是冠状病毒，我在北京查阅了有关诊疗记录，把这个观点写入了1月25日发布的《北京协和医院关于“新型冠状病毒感染的肺炎”诊疗建议方案》，这个方案也被写入了国家卫健委2月14日发布的《新型冠状病毒肺炎重型、危重型病例诊疗方案（试行第二版）》。

其实当时我在北京收治的病人都还没有出现明显的炎症风暴的症状，我出于经验作出的判断，想给大家提个醒。等2月7日我来到武汉，这里患者炎症指标的严重程度超过想象。

从临床治疗的成果上看，如果在病人发病7天左右、指标刚开始变差时给予免疫球蛋白，往往能阻止病人病情恶化。

第二个干预措施就是抗凝血治疗。这是我到武汉才发现的，我在查房时，发现很多病情还不严重、没有上有创呼吸机的人，发生脚部发紫、发黑的症状。一般来说，这只发生在休克或濒死的患者身上，以前SARS患者身上也很少出现这个问题。于是我赶紧和血液科的专家联系，检查各项凝血指标。

我们分析，这是新冠病毒攻击血管内皮细胞导致的。它使血液处于高凝状态，高凝会促进炎症，炎症又会促进高凝，最后形成微血栓。当你看到脚黑时，患者的肺部、各内脏也已经满是微血栓，导致多脏器损伤，凝血因子消耗后产生全身性出血倾向，致死率极高。后来的尸检结果也证实了这个判断。

通过这两个手段，我们能尽量避免重症患者发展成危重症。但这两个干预手段一定要早用，如果等到炎症风暴出现，或者脚已经“黑了”，就晚了。我们给抗凝血治疗后，有的病人脚上的黑色褪了，但还是没救回来，因为内脏已经全部是各种微血栓了。

我记得很清楚，分析出凝血问题是2月17日，之后治疗的成果明显要好一些，整个团队也更有信心了。我把研究成果和同行交流，国际上基本也都很认可。

此外，作为感染科医生，你还要提前预判病人插管后可能出现的细菌感染，根据经验、各类检测，有针对地进行抗生素抗感染治疗。



4月9日，李太生准备进入污染区查看病人。他与同事成建制接管了武汉同济医院中法新城院C栋9层病区，负责极危重病病人的救治工作。4月12日下午，该病区清空。运行69天时间里，他们收治109名危重患者。中青报·中青网记者王嘉兴/摄

记者：现在大家对无症状感染者、复阳患者比较担忧，您怎么看这个问题？

李太生：出现无症状感染者，其实是一个意料之中的事情，从疫情早期，无症状感染者就应该是防控的一个重点。但我们无需害怕，提高警惕即可，因为无症状感染者不会是凭空出现的，如果一个区域一段时间内没有出现新病人，那这个区域就不会出现无症状感染者。

针对无症状感染者，我们进行医学隔离观察，等病人痊愈就好了，这个人就不具传染性了。身边出现了无症状感染者，也不必惊慌。病毒是通过一定途径传播的，只要你戴口罩，保护口鼻，同时注意手的卫生，勤洗手，不要到处乱摸，就不会被传染。

复阳的情况在很多国家都有出现，除开出院时检测假阴性的，我们可能只是从复阳者体内发现了病毒片段，不代表一定有传染性。事实上，目前我们也没有发现复阳者传染其他人的情况。

记者：新冠肺炎肆虐全球，为什么它会这么严重？回头看，有什么办法能避免这样的情况出现？

李太生：客观上讲，除了已经控制住的天花、麻疹等病毒，呼吸道病毒是对人类威胁最大的，它不像艾滋、乙肝等病毒那样严格通过消化道或者血液、性传播，呼吸道传染病传播起来特别快。此前，我们经历过SARS，它是突然消失的；流感我们每年都会遇到，但它的致死率低。

得当的防控措施是最大限度地保护未被波及的民众，同时要能及时、合理的救治，降低死亡率。健康者的卫生宣教，疑似、轻症者的监测处理，是公共卫生突发事件中最重要的任务，甚至决定整个事件的最终结局。

我认为，传染病的控制，一定需要政府强有力的组织。

记者：应对公共卫生突发事件，您有什么具体的建议？

李太生：首先是加强临床一线医疗队伍的建设，尤其是感染病学科建设的投入。要加强人员培训、给予政策倾斜、改善基础设施，把感染科床位数和人员配置列入医院考核指标中。国家层面上，应给予综合医院中的感染病学科政策倾斜，拨付专用资金用于学科人员培训和基础设施建设，要求综合医院中应有感染科相对独立的病区、根据城市人口设置相应的床位数。

在医院层面，综合医院要在保证完成基本医疗任务外，建立以感染病学科为主导、多个学科参与的公共卫生突发事件应对医护团队，具备相应的场地、物资储备，建立健全和疾控部门、专科医院互动流程。我们还要继续保证专科传染病医院的建设，重在保证必要时的隔离救治场所和相应医护团队的建设，减轻非传染病的救治压力，或可与其他专科医院合并管理节约资源。

此外，我们还要加大预警部门的人员和硬件建设，建立和持续优化各应对部门间的沟通流程并定期演练，建立顶层设计及应对团队（包括流行病学家、以感染科为主的专业医护团队、以流调为职责的疾控团队、以群防群控为职责的社区防控组团队）。一旦遇到病人，常规的检查都查不出来，应该立刻反应过来，这是不是一个新的病，要赶紧让更高级的部门来检测。

现在的疾控部门是一个医疗系统外的机构，未来它应该跟医院在一起，跟感染科医生在一起。疾控不能只是在自己的办公楼里，也不能只是统计数字、报上去。这些建议，我们已经写信给有关部门反映过了。

记者：感染科是怎样的存在？

李太生：以本次新冠疫情为例。2019年12月初，华中科技大学同济医学院附属协和医院和同济医院的感染科医生，凭着职业警惕性，察觉到与华南海鲜市场相关的呼吸道感染病例存在明显的聚集性，同时医院的发热门诊就诊病例数量显著增多。经过与有关部门的多次沟通，确定了这次的“新冠病毒肺炎”事件，启动了包括国家疾控中心和国内多个专家团队协助开展的多方位疫情控制工作。在后来的医疗救治工作中，感染科医护人员承担了大量的日常医疗工作。感染科医护人员是离患者最近的人，可以精准把握疾病特点，随时调整诊疗方案，协调参与救治的不同专科人员。

感染科在应对这次新冠肺炎事件中的作用，是应对国内历次公共卫生突发事件的缩影。

感染科其实是一个非常古老的学科。在北京协和医院1921年刚成立的时候，感染科是最主要的学科，当时中国的传染病问题很严重。但随着新中国成立，传染病就越来越少了，只剩下肝炎等疾病。2003年“非典”的时候，我们一度受到重视，但后来慢慢又放松了。

在各个医院，感染科一般是待遇最低、相对最苦的，没有人愿意去。但它又非常重要，任何一个医院，包括县级医院，都要有政策倾斜、资金投入、人才储备，不然遇到突发情况了，想找人也找不到。

这种培养建设，我称之为平战结合，作为感染科的医生，你要具备专业知识，包括微生物检测、流行病学知识，临床更不用说了。医院其他部门科室，也应该具备基本的传染病知识。

中国青年报·中国青年网出品

微信编辑 | 陈轶男



觉得好看请点这里

