

# 他感染了，可仍在网上给患者看病

原创 中国青年报 冰点周刊



2月1日，西藏自治区第三人民医院医生土旦朗杰观看病人胸片。目前，西藏唯一一例确诊的新型冠状病毒感染的肺炎患者在此住院治疗。觉果/摄 新华社CNML图片

作者 杨海

编辑 从玉华

李亮是武汉某三甲医院的病房主任，从1月初，他就开始接触“疑似病例”。那时他还没有收到太多有关危险的预警，长时间在一位后来被确诊的患者床前职业暴露。

最终，他在1月22日被确诊为新冠肺炎。很快，他的家人也陆续出现发热等症状，后来全部被确认感染。这让一个从医17年，见惯了各种急重症状况的医生感受到了恐惧。

疫情爆发后，他见证了医院发热门诊就医人数成倍增长，而当时制定的收治标准，把大部分患者拦在了病房外。这些在他眼中完全可以被“临床确诊”的疑似病例，只能回到家中，或者去到任何他们想去的地方，成为众多“移动的感染源”。

与他一起感染的还有3名护士，万幸的是，她们都是轻症，在家自我隔离后病情已经好转。一名护士已重返抗疫前线。

现在他在医院的公众号上开通了网上问诊，一天接诊上百个患者。

经过休养后，李亮医生的身体状况已经有了好转。他开通了网上诊疗，在线为发热病人看诊。不到20个小时，就看了200多个病人。

他的肺部CT显示还有些炎症，他说他想尽快回到一线。

以下为李亮的自述：

我们科室病房平常收治的都是复杂一些的急重症病人，什么疾病都有，不只局限于呼吸道。大概去年12月份就开始慢慢地出现（传言），说汉口出现了与华南海鲜市场有关的肺炎病人。但是我们在武昌，相当于在另外一个区域，就没那么在意。

到12月底，我就发现网上传的病例有增加，再加上卫健委给医院发了通知，要求上报不明原因肺炎患者，大家就比以前更注意发热咳嗽的病人了。卫健委也发了一些常规的诊断标准，然后大概从1月初，这些病人明显地就增多了。当时我们已经开始成立发热门诊，有些病人就在那里看，也在急诊看。

当时的诊断标准过于苛刻，很多病人实际上出现了漏诊或者没有被重视。规定患者必须有华南海鲜市场接触史，还必须至少使用抗生素规范治疗3天无明显改善后，以及其他一些条件，才能被筛查有没有感染不明原因肺炎。

我们是1月8号开始正式启动科室病房作为发热隔离病房，等于提供了一个临床疑似病人的隔离区域。

但是我接触的那个病人是在1月5号，也就是我们的隔离病房启用之前，我就已经接触到重症肺炎病人了。他是从地县级市医院那里转来的，因为没有华南市场的接触史，所以他就不符合不明原因肺炎的诊断条件，导致了大家对他传染病的职业暴露。

这个病人当时就是肺炎的症状：发烧、咳嗽。我们CT已经确诊了，临床上高度怀疑是病毒性肺炎，但是按照当时的诊断标准是不够的，又不能把他放走，所以我们就观察了两天。

那时我们的病房还没有被征用，就是一个综合性病房。我们医护人员就是简单防护，普通的外科口罩，常规的呼吸道防护。不过我们把他独立地放到一个区域里面，没有和别人交叉。

我和护理组接触时间比较长。我要有足够的时间来问诊、查体，护理的时间也比较长。一般都是跟传染病人密切接触才会被传染，不会说短时间一下被传染，这种传染机会比较小。

目前来看都是相对长时间暴露才会感染，这就是为什么现在家庭聚集式发病特别厉害，并不是说你坐一下公交车上就能被传染。

后来我被请去金银潭医院会诊，看到一个病人上了ECMO（人工心肺），那时候就意识到这个病很严重了。

1月8日设立隔离病房之后，我们的防护就上来了，医院要求必须二级预防。那时我们的病人也越来越多，我们设置15张床位，准备收治14个病人，但是前面5天每天都是超负荷，不停地运转。

刚开始还能保证发热门诊的收治，发热门诊转来五六个临床上可能要住院的，我们就能收治，但第六天开始就完全不能保障了。

其实那个时候，我们医院开辟了一些新的病区，感染科开辟了新的病区，ICU也腾了17张床。但这种状态也不足以抵挡高发的病人，因为大多数病人基本上都是临床上确诊，只是还没有做核酸检测而已。

当时没有条件做核酸检测，没有人下发试剂盒。另外，因为必须要按照当时的诊断标准，病人要有华南（海鲜市场）接触史，抗生素标准治疗三天无明显改善、常见呼吸道病原检测都是阴性后，才能做筛查。所以以当时的苛刻条件，顶多只能有三分之一的病人才能申请核酸检测。

再说，就算在我们这抗生素治疗三天无效以后，可以核酸检测了，又涉及到一些检测方法偏移的问题，有假阴性。

直到1月16日国家卫健委制定新型肺炎诊疗方案，把一些标准修改，比如不再要求病人有华南市场接触史，而是武汉旅游史等等，之前当地的诊疗标准才废止，这时疑似病例就开始多了起来。

后来病人越来越多，医生护士感染的机会越来越多，因为各个科室都可能有病人，不一定只是发热的科室。他们有可能去呼吸内科，有可能去外科做手术，有肾内科做透析的。

你会发现那段时间医生护士特别容易中标。因为没有保护，只有隔离病房这种明知道要收治这些病人的科室，才会加强防护。ICU、我们科室，中标的医生护士慢慢就会少很多了。

社会上最开始知道有这些事情的，都是我们医院内部，我们也可以做一些核酸检测，虽然只限于感染的医生，相当于以科研的方式在做，筛查中标的同事。所以，我们医院算是防护做得比较早的。

我是医院几个固定的发热会诊专家，我们有三个人。我看到的是，发热门诊从开设时的一天200多人，到300多人，到400多人，就这样逐渐增加。

我们的发热门诊从开设那一天就是24小时一直运转的，很多患者要从白天等到半夜才能看上。但是问题解决不了，有很多病人没法住院，没法进行核酸检测，只能回家。

发热门诊基本上都是从各个科室抽调的专家、医生。医生本身工作量就很大，每个医生在两个地方来回跑，又有那么多输液的，远远超出了平常的接诊量，又不能到点了就关门，不能关。病人也是很多很多的。

只要有疑似的病人，我们三个会诊的专家必须都签字后才能往下一个流程走，比如收治到急诊病房，或者留观等。这是硬性规定，三个专家分别来自医院的感染科、呼吸科和急诊科。

在我被感染前，我一天至少去发热门诊三四十趟，一次会诊大概2~3个病人。实际上我们去会诊的病人基本上就可以临床确诊了。我感觉感染这个肺炎的患者，能占发热门诊病人的一多半。但我们只能收治那么几个，所以当时病人的压力和情绪都很大。

病人跟我没什么冲突，但是跟坐诊的医生冲突就不少。但是没办法，我看到了也没办法，因为床位就是这么多，收满了，治疗的周期也长，都是十几二十天的，周转很慢。

我当时就判断这个病传染力会很强，会人传人，但没有人去确定这个事情。你不确定人传人，大家的流动性就很大，社会一片祥和。然后大家正常准备过年，就都闷在锅里。当时的诊断标准严苛，所以很多临床就已经确诊的病人没法收治。

那段时间外面比较平静，但是我们医院这边已经要炸开锅了。疑似病人越来越多，都是成倍增长。而且我们收治的病人都是家族性的，肯定是有人传人的。我们第一天就有这种情况，有时候我们15张床收治了4个家庭的。

后来我们医院就按照最强的传染性做的准备，当时就是按照“非典”那时的防护标准。

我把这种危险告诉病人，但是没用，我甚至告诉我的家人都没用，没人信，大家都不信“邪”，没办法。直到自己或者家人被感染后，媒体开始集中报道后，大家才开始害怕。

这个病很独特的，它的CT影像和临床表现都很独特，我之前从来没见过这些特征。本来病毒性肺炎的病人就很少，我以前接收过腺病毒或者禽流感的，但那些病人的病情进展和他们不一样。

你如果作为一个常规的医生，通过两三天的看诊，你就基本上知道它是一个独特的病，不需要通过核酸检测判断，根本不需要。

我是在17号开始发烧，三十七八度吧，当时没有别的症状。我做了几次肺部CT都是正常的，就考虑可能是上呼吸道感染。因为医院很重视我的病情，我们当时有咽喉部的新型冠状病毒咽拭子检测，一查是阳性，就确诊了。

确诊后就被隔离了。后来又出现了咳嗽的症状，再后来复查的时候肺部也出现问题了。我确诊前后脚，跟我一起搭班的3个护士也感染了，最早的一个在13号就确诊了。

因为回家前在医院已经隔离几天了，查了CT又没问题，我17号就回家休息了。

头天晚上回家，第二天中午就开始畏寒，我就回单位了。就在家待了半天，家人全部感染上了，开始咳嗽、发烧，我的爱人，两个孩子，还有一位老人，都感染了。好在家人症状都比较轻，在家里我和身体稍微好一点的老人照顾其他人，相当于病人照顾病人。

家人都感染后，我对这个病毒有了亲身的体会，全新的认识，真的感受到了恐惧。

但我还是想尽快回到一线，因为“那里什么都缺”。

注：为保护受访者隐私，李亮为化名。

本文由中国青年报独立出品，首发在中国青年报客户端及头条号，加入树木计划。



觉得好看请点这里 