

# 我已经把一半病人送出重症病区

原创 中国青年报 冰点周刊



2月17日，湖北省孝感市孝南区妇幼保健院，医护人员在进行体温测量。中青报·中青网见习记者 鲁冲/摄

本文约3780字

预计阅读时间10分钟

**口述：四川大学华西医院重症医学科主任 康 焰**

**整理：中青报·中青网记者 王嘉兴 王鑫昕**

康焰是四川大学华西医院重症医学科主任，也是华西医院第三批支援湖北医疗队队长。2月7日抵达武汉后，这支130人的队伍接手了湖北省人民医院东院的两个重症病区。

10天来，他们累计收治了128名新冠肺炎重症患者，其中有61人已经转至方舱医院及社区定点医院等轻症患者收治点，2名患者死亡。与武汉市近5%的新冠肺炎患者死亡率相比，取得这样的治疗成果实属不易。康焰仍感到遗憾，2例死亡都出现在早期医院氧气供给不足的时候。

以下是他的口述：

红黄绿病人

我们接手的时候，两个病区80张床位，已经有77个病人在那里了。东院这边考虑得很周到，每个病区给我们留下了1名骨干大夫和1名主任护士长来帮忙协调。

湖北省人民医院东院本来是一家综合性医院，现在完全收治新冠肺炎重症患者，很多流程需要理顺。我们进驻后的第一件事就是对病人做评估和筛查，找出真正有死亡风险的病人。

我们把病区细分为绿区、黄区和红区。绿区收治症状相对较轻的病人，做一般的治疗就行了。黄区收治新冠肺炎症状不严重，但合并有基础病如糖尿病、冠心病、高血压的患者，新冠肺炎常诱发和加重这些合并疾病。红区则收治器官功能紊乱严重，需要器官功能支持，如高流量吸氧、上呼吸机的患者。

粗略统计，红、黄、绿区的患者各占约10%、15%、75%。

3个区的医疗和护理的强度和方案都是完全不一样的。例如，集中力量到红区的病人，给他们最精准的诊疗。把红区的死亡率降下来，整个病人群的死亡率就下来了。对绿区，几名护理人员就能照顾到所有患者的需求了。

国家的诊疗方案提到，对重症病人要集中成建制管理，1名患者配置0.8名医生、3名护士。但我们80张床总共只有130人，只有三分之一的力量，我们就需要作顶层设计，进行分级管理，也能充分利用人力。

第一周我们的主要工作就是根据现实情况拟订规程。其实要磨合的地方很多，比如每天怎么查房、怎么交接班。在华西医院，我们有非常成体系的“三级查房”制度，平均1个病人要查近1个小时。但现在是“战时”，医护人员少，而且要尽量减少待在病房里的时间，降低感染新冠肺炎的风险。于是我们把体系化的查房放在病区外，明确每次进病区要做的事情，在保证查房质量的同时减少在病房内的暴露时间。

此外，每天下午4点30分，华西医院三个批次的援鄂医生以及华西医院本部的专家都要远程进行多学科疑难病例讨论。武汉有新冠肺炎患者，四川也有，两地的救治工作能实现有机的协调。

我们努力的目标是，对湖北病人的干预和治疗能达到华西医院日常工作的水准。不能因为这是一个紧急的事情，就降低标准，病人也许就因为一个细节的疏漏而出问题。

目前看来，我们的工作开展很顺畅。截至2月17日，我们收治的128名患者中，已经有61人转为轻症离开医院，重症转轻症率已接近50%。一般来说，转出医院意味着脱离了死亡的风险。

10天里，有2名患者死亡，他们的年龄都接近80岁。他们死亡时，医院的氧气供给还跟不上，只能给他们吸氧，无法通高流量氧气或上无创呼吸机。

对我们挑战最大的还是红区的患者。现在红区有4名患者，我对其中3名患者的治疗比较有信心，有一名情况不稳定，波动很大。

我还想纠正公众的一个认识，ECMO（人工膜肺）并不是一定能救命的手段，迫不得已才会使用它。费用是一方面，ECMO还会给患者带来很多并发症，如栓塞、感染、出凝血障碍等。

事实上，据我了解，武汉使用ECMO的患者的死亡率相当高，活下来的寥寥无几。它是一个系统工程，需要各方的支持。在不适合的时候上ECMO，对病人病情的恢复作用不大，对医疗资源也是巨大的消耗。

### **需要的氧气量，多了10倍都不止**

我们这支队伍的组成是99名护士，30名医生，1名医学工程师。带医学工程师来，就是因为前期支援队反映，各医院供氧大都存在问题。

正常情况，整个ICU只有20张床位，患者吸氧量一般是每分钟2-5升，还不是所有患者都需要。新冠肺炎是呼吸衰竭病，重症患者大多需要吸氧，很多需要的还是高流量氧气，每分钟60升，需求多了10倍都不止。

医院一开始用氧气罐顶着，但这很不安全，氧气压力大，氧气罐运输不便，还涉及消毒问题。制氧机也没法使用，不仅流量不够，还有体积过大、用电负荷过高、噪音大等问题。

最后，我们的医学工程师改造了供氧系统，增加供氧设备、改装供氧管道。到2月15日晚上，基本解决了病区的供氧问题。这也提醒我们，在医院建设阶段要考虑特殊情况下的医用气体负荷，预留管线。

我们这支队伍中，数量最多的是重症医学科的医护人员，有40名护士和6名医生。据我所知，这次支援湖北的医护人员中，约有10%是重症医学科的，中华医学会重症医学分会有4000多名会员来了湖北。在四川，县一级的医院都动员起来支援湖北。

我们科室接到消息要来武汉支援、重点收治重症病人的时候，医院就从其他科室抽调人员到ICU学习。理论和临床实践操作刚培训完，我们就接到支援湖北的指派。后期的实践证明，要不是培训及时，我们自己医院的ICU都快因为人力问题而无法运转了，经过培训后被派到湖北支援的医生也展现出了较好的重症救治能力。

考虑到重症患者多是老年人，我们团队还有来自老年医学科、肾内科、心内科的医生。新型冠状病毒攻击患者的心脏、肝、肾等器官时，我们希望通过多学科团队的合作，找到更好的应对方法。

我们的团队里还有3名心理卫生中心、具备心理咨询师证的护士，对医护人员和患者开展心理咨询和干预。

我们收治的病人中有一名73岁、有抑郁倾向的老人，因生病感到羞愧，觉得自己感染了家人，还觉得自己有时小便失禁，给护士添麻烦。也有患者被我们抢救回来，但因为新冠肺炎和并发症很难受，求我们让他“去殡仪馆”。还有绿区的病人，3个人一间病房，个别病人嫌同病房的人闹腾，要求转病房……各种情况都可能碰到。通过我们心理咨询护士的疏导，大都得到了很好的改善。

为了防止医护人员被感染，我们组织队员提前做培训，对入住的酒店进行了分区，甚至详细到回到酒店从哪个门进，进来之前要做什么，穿什么衣服，上什么电梯，还让每个医护人员在房间划出清洁区和潜在污染区。我们明确规定不允许大家串门，盒饭都是领到自己房间吃。

庆幸的是，华西医院有很多应对自然灾害和大型事故的经验和教训，已经形成了体系化的流程和应急预案，所以面对紧急情况也有条不紊。

### 总死亡率并不高

武汉患者早期死亡率较高应该有多种因素。目前，总死亡率并不比“非典”、禽流感更高。

客观来说，武汉的医疗水平是不低的。出现这样的情况，是因为突然出现了这么多病人，医疗资源跟不上，病人没有得到较为规范的治疗。湖北省外，人力物力都能跟上，死亡率就相对较低。我相信，在湖北、在武汉，一旦全国各地的医疗救援力量到位，病人都得到规范的治疗后，死亡率一定会下去的。

降低死亡率无非两个阶段，第一是减少危重病人的数量，避免患者由轻转重；第二是降低重症患者的死亡率，尽可能由重转轻。我们医疗队的定位是收治重症病人，所以我们的工作主要是后一个，前一个的工作应该在医院之外。

我认为，对病人的评估要更提前一点，不要等发展到重症再分“红区”“绿区”。病人处于轻症的时候，就要筛查出那些可能发展为重症的，提前干预。这势必导致重症医生的介入要提前。现在武汉市新冠肺炎患者的死亡率在逐步下降，还是很给人信心的。

面对重大公共事件时，我明显感受到医患关系的缓和，患者家属对我们的信任度很高。

这次在武汉，一个老婆婆得接受锁骨下静脉穿刺插管术。平时，我们得和家属反复解释情况，请家属签知情同意书，但这次只能远程视频，我们给出医疗决策，家属都说“好”“谢谢大夫”，反而是老婆婆开玩笑说：“你个不孝女，医生说什么你都说好，不怕我死在这儿吗？”

我还记得2008年汶川地震的时候，很多年轻人要接受截肢手术。为了让他们更容易配义肢，我们都是尽量多留一寸，可一旦判断失误，就可能要截第二次、第三次。那时，家属都很理解。但要放在平常，很多医生就会稳妥起见，一次到位，不愿意冒险。医患之间不信任，受害的一定是患者。

我本来应该是作为第二批支援队援助湖北的，当时行李托运了，登机牌都办好了，上级部门打来电话，说我另有安排，暂缓支援，机场工作人员又费了很大力气才把我的行李挑出来。

当时我很失落，觉得出征仪式办了，同事朋友关心我的电话也打了，那几天都不好意思出门。一周后，我接到通知，要作为第三批支援队的队长。我知道自己一定会来，所以都没拆之前打包好的行李。

我想起“非典”的时候，我和同是医生的夫人没有商量，就在各自的科室报名上一线，也没想才几岁的孩子谁来照顾。谈不上抛头颅洒热血，救死扶伤就是我们这个职业该做的事情。出了疫情，就该我们上。

今天朋友告诉我，成都和北京的街头已经开始堵车了。这是好消息，说明人们的生活在逐步恢复正常，大家不那么恐惧新型冠状病毒了。但做好防护，是我们一定要反复给大家强调的。

很多人问我疫情结束后最想干什么。我这个年龄了，还真没想做什么。但此刻，我最大的愿望，就是疫情尽快结束，大家的工作生活恢复正常，这支队伍130人来，最后130人都能平安地回去。

**中国青年报·中青在线出品**

**微信编辑 | 陈轶男**



觉得好看请点这里

