

ICU 患者：要活下去，还要活得好

丁思月

科技和医学的发展,使重症监护病房(ICU)住院患者的死亡率显著下降,同时越来越多的医务工作者也意识到 ICU 幸存者的致残率居高不下。超过 70%的 ICU 幸存者存在以认知功能、躯体功能和精神功能障碍为主要表现的 ICU 经历综合征(PICS),严重影响患者及其照护者的生活质量。近日,《中华医学杂志》刊载中国工程院院士王辰为通讯作者的综述文章《应重视 ICU 经历综合征》,详解 PICS。

PICS 带来严重负担

据悉,随着 ICU 死亡率的显著下降,医学界逐渐意识到仅将住 ICU 或住院的死亡率作为结局指标远远不能反映 ICU 幸存者的远期功能结局,2012 年美国重症监护医学学会(SCCM)提出以 PICS 来描述那些危重病后及入住 ICU 后持续存在的、新发或原有症状恶化的身体功能、认知功能和精神状况。该术语可用于描述 ICU 幸存者或家庭成员(PICS-F)焦虑、抑郁和创伤后应激综合征(PTSD)等心理障碍,中文将其称为 ICU 经历综合征。

文中指出,PICS 的危险因素包括机械通气、脓毒症、入住 ICU 超过 1 周以及在住院前存在肺部疾病或肌肉疾病等健康问题,严重感染、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、制动、谵妄、糖皮质激素的使用、低氧血症和/或疾病期间的低血压、老年、女性等也是发生 PICS 的危险因素。

早在 1976 年,Cullen 等就观察到出院后 1 个月内 54%的 ICU 幸存者死亡,1 年死亡率高达 73%,1 年后仅有 42%的人恢复到了住院前的状态,仍有 18%无法出院。“这是首次对 ICU 幸存者出院后状态的研究,标志着人们从关注生存向关注结局转变,但是这个研究结果并未引起同行们的重视。”王辰说道。

美国每年有 500 万人入住 ICU,50%~70%的人会发生 PICS,44%~62%的 ICU 幸存者在出院 1 年后仍无法回到工作岗位,25%的患者在日常活动中需要他人帮助,1/3 的患者陷入经济困

境,包括收入减少以及难以支付医药费的问题,而全世界每年有超过 1400 万例患者因感染中毒症住进 ICU,这些人中大多数患有 PICS。“PICS 带来的沉重的疾病负担和社会负担不容忽视。”王辰强调。

严重影响生活质量

王辰指出,PICS 只是一个概括性的术语,而不是一种实际的综合征,患者的临床表现、持续时间、严重程度都存在很大的异质性。

据介绍,PICS 的临床表现主要分为三类,躯体功能障碍、认知和精神功能障碍以及其他临床表现。

躯体功能障碍以 ICU 获得性无力(ICU-AW)为主要表现,其特点是全身性、对称性,累及肢体(近端多于远端)和呼吸肌,而面肌和眼肌不受累,肌肉张力下降,深部腱反射减弱或正常。王辰团队猜测其可能源于神经源性障碍“危重症多发性神经病”、肌源性障碍“危重症肌病”或两者共同存在的“危重症神经肌病”。数据显示,ICU-AW 与患者日常生活活动能力(ADL)密切相关,仅 6.2%的患有急性呼吸窘迫综合征的 ICU 幸存者在出院 3 个月后 ADL 能够恢复到住院前水平,老年、慢性疾病负担重、机械通气时间长是 ADL 弱化的危险因素,出院 10 年后仍有 28%的人报告存在肌肉无力,50%的人报告生活质量下降。

认知功能障碍包括长期记忆、注意力、语言、决策和执行功能受损。精神障碍包括情绪障碍、广泛性焦虑障碍和 PTSD,也可以表现为不典型的心理障碍,如谵妄、失眠、记忆受损、幻觉、反复的噩梦和内疚感等,更严重者则被诊断为痴呆。数据显示,超过 75%的 ICU 幸存者存在认知功能障碍,约 1/3 的 ICU 幸存者出院 1 年后出现精神障碍,其中 28%的人抑郁、17%的人焦虑、6%的人出现 PTSD。

此外,ICU 幸存者同时还存在严重且持久的疲劳、脆性骨折风险增加、吞咽功能障碍、内分泌与代谢障碍(包括新发糖尿病和暂时性皮质醇与垂体前叶激素的变化)、睡眠障碍等。中日



友好医院呼吸与危重症医学科主任医师赵红梅表示,拔管后吞咽障碍(PED)是被严重忽视的问题,超过 40%的 ICU 患者在拔除气管插管后因吞咽障碍导致吸入性肺炎,PED 与患者住院时间延长、医疗费用增加密切相关,同时也是患者 28 天和 90 天病死率的预测因素,一项回顾性观察性队列研究中,ICU 患者吞咽障碍的患病率高达 84%。

“PICS 已经成为一个影响社会经济、危害人民生命健康的重要公共卫生问题,应该引起高度重视。”赵红梅说。

“促防诊控治康”施行全程照护

王辰说,“现在照护健康的手段有六大类,分别是‘促防诊控治康’。促是健康促进;防是疾病预防;诊是对健康和疾病状态的评估和判定;控是防止小病变大病,一个人的病传多个人;治是纠正病理和病理生理状态;康是急性病在时间上快一点,而慢性病能在它长期存在的情况下,动员机体的代偿能力使人的身心和社会适应能力都得到提升。我们称为健康照护的六字箴言。”

基于此,王辰表示,改善 ICU 幸存者的结局也应践行“促防诊控治康”,以呼吸康复促进 PICS 患者的全方位健康照护。对危重症患者从入住 ICU 到康复进行全程管理,通过对患者进行躯体功能、心理、行为、共病、个人喜好、对照护的需求、家庭和社会支持等多维度、个体化的评估,制定综合呼吸康复方案,实现对患者的全程管理。

第一,施行人性化 ICU 建设。在卫生保健领域,人性化意味着将人置于促进和保护健康、治疗疾病等每个环节的中心;改变现有 ICU 建筑格局,ICU 的设计应遵循“以人为本”的理念,将高度专业化的 ICU 转变为宽敞、符合人体工程学的 ICU,配备医疗走廊和探视走廊;改善 ICU 的声音、灯光、房间

布置,可以产生促进环境愈合、最大限度地减少压力源的效果。

第二,优化 ICU 管理路径。采用 ABCDEF 集束化管理,包括以下 6 个方面:A. 评估、预防和管理疼痛(Assess, Prevent, and Manage Pain);B. 唤醒和呼吸试验(Both SATs and SBTs),包括自主觉醒试验(SATs)和自主呼吸试验(SBTs);C. 选择理想镇静镇痛药物(Choice of Analgesia and Sedation);D. 谵妄评估和治疗(Delirium: Assessment, Prevention, and Management);E. 早期活动(Early Mobility and Exercise);F. 家庭参与与配合(Family Engagement and Empowerment)。“ABCDEF 集束化管理策略侧重于症状缓解和功能改善,而不是疾病过程,旨在提高 ICU 幸存者的健康状况,进一步改善患者的长期生存率、降低 ICU 再入住率,从而减少 PICS 和 PICS-F 给个人和社会带来的负担,而这些改善又可以进一步减缓 PICS 发生和发展,降低 ICU 致残率。”赵红梅说。

另外,还要基于多学科团队的合作,包括医生、护士、物理治疗师、临床药师、心理学家、言语治疗师、营养师、职业治疗专家、精神或宗教支持专家和社会工作者等,如此方可适应每个 PICS 患者及其家庭的具体需求;多学科、多维度的诊断和治疗方法同时保证了治疗 and 随访的全面评估和综合康复计划的执行。

王辰建议,医务人员要从“以患者为中心”向“以人为本”转变,关注患者、家属和医疗团队成员的需求;从关注“诊疗”向关注“促防诊控治康”转变,打破医疗团队在急诊-ICU-病房-社区-居家的物理屏障,以呼吸康复促进全方位健康照护;从“以治病为中心”向“以健康为中心”转变,行政部门、行业、医疗团队、社区等协同联动,探寻有效方案,提升 PICS 患者及其家庭的生活质量。