

中华医学会 CSCCM2015 第9次全国重症医学大会

9th Congress of Chinese Society of Critical Care Medicine

中国·上海 Shanghai, China

2015年 5月 23日

主办单位/Organized by:
中华医学会/Chinese Medical Association
中华医学会重症医学分会/Chinese Society of Critical Care Medicine

承办单位/Co-organized by:
上海市医学会/Shanghai Medical Association

传承与发展
Inheritance and Development



每日会讯

栉风沐雨十年追梦 群策群力再现辉煌

——中华医学会第9次全国重症医学大会开幕



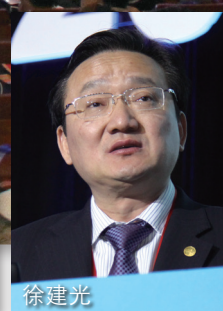
开幕式现场



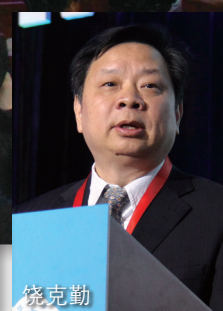
章雄



于凯江



徐建光



饶克勤

主 编: 于凯江
邱海波 刘大为
副 主 编: 管向东 严 静
马晓春 李建国
陈德昌 秦秉玉
执行主编: 刘 玲
李 佳 欧阳彬
编 委: 于凯江 邱海波
刘大为 管向东
严 静 马晓春
李建国 陈德昌
秦秉玉 李 佳
欧阳彬 刘 玲
王洪亮 杨 毅
康 焰 隆 云
许强宏 张丽娜
胡 波 单 怡
刘海涛 王 波
(排名不分先后)
策 划: 米莉莉
责任编辑: 高 玮 边 骥
闵 俊
美术编辑: 萧书彬 李 倩
苗 泽

编辑制作:
 中华医学信息 导报
出 品:
 康迅世纪国际广告(北京)有限公司
Beijing Kangxin Health Information Communication Co., Ltd.

2015年5月22日,伴着雄壮的中华人民共和国国歌,由中华医学会、中华医学会重症医学分会主办,上海市医学会承办的中华医学会第9次全国重症医学大会在上海世博中心隆重开幕。

开幕式由中华医学会重症医学分会副主任委员陈德昌和常务委员兼秘书长康焰共同主持。中华医学会党委书记饶克勤、上海市医学会会长徐建光、上海市卫生和计划生育委员会副主任章雄等领导,中华医学会重症医学分会主任委员于凯江,中华医学会重症医学分会首任主任委员刘大为,中华医学会重症医学分会前任主任委员邱海波,中华医学会重症医学分会候任主任委员管向东,中华医学会重症医学分会副主任委员马晓春、李建国、陈德昌、王春亭等专家学者出席本次开幕式。

会上,章雄首先代表上海市卫生和计划生育委员会向参加本次盛会的海内外专家表示热烈欢迎。他指出,在重症医学分会各位前辈领导的指引下,在全体重症医学同道的努力下,重症医学取得了快速的令人瞩目的发展,受到了党和政府的高度肯定。上海一直重视重症医学发展,这次会议的召开必将大大促进上海重症医学发展。于凯江在欢迎词中表示,值此中华医学会百年华诞和专科分会成立十周年之际,我们以“传承与发展”为大会主题,共同庆祝中华医学会百年昌盛,回顾重症医学分会蓬勃发展的十年。经过十年发展,重症医学已经站到了新的起点,

我们应该着眼于重症医学未来发展蓝图,从重视学科建设、加强质量控制、继续加强国际交流与合作等方面做出努力。徐建光指出,我国重症医学起点晚,但起步高,如今重症医学已经走在医学科学前沿,我国重症医学队伍已成为我国重症伤病患者的重要救治力量。上海重症医学目前在医疗、教育和科研等领域也在不断拓展学科优势,在学科规范化和专业化建设方面不断做出新的努力。最后,饶克勤致辞指出,中华医学会成立至今,一直致力于国内外学术交流,以谋求人民群众福利健康福祉为己任。重症医学分会在各任委员的带领下,传承中华医学会核心理念,一路昂首阔步,至今已硕果累累。我相信在大家共同努力下,我国重症医学事业必将取得更大进步!

此外,开幕式还对为中国重症医学开拓发展做出重要贡献的专家学者予以表彰,终身成就奖由汤耀卿教授获得,林洪远、秦英智、王育珊获得杰出贡献奖,况铤、景炳文、王爱琴等8人获得杰出开拓奖,栾正刚、李旭、刘玲等10人获得青年研究奖。

在振奋人心的开幕式之余,此次盛会还吸引近百家知名医疗企业参展,并在现场举行了精彩纷呈的企业开展启动仪式,力求在会议间歇为各位参会代表呈现不同领域最新医疗产品信息,让观展人员在第一时间掌握最前沿的行业动态。



导报微信扫一扫 掌上内容更精彩!

中华医学会重症医学分会第四届委员会委员



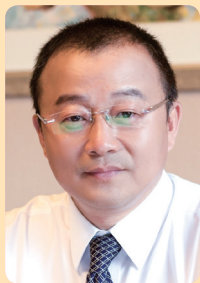
首届、第二届主任委员
常务委员 刘大为
北京协和医院



前任主任委员 邱海波
东南大学附属中大医院



现任主任委员 于凯江
哈尔滨医科大学附属第三医院



候任主任委员 管向东
中山大学附属第一医院



副主任委员 李建国
武汉大学中南医院



副主任委员 马晓春
中国医科大学附属第一医院



副主任委员 王春亭
山东省立医院



副主任委员 陈德昌
第二军医大学第二附属医院上海长征医院



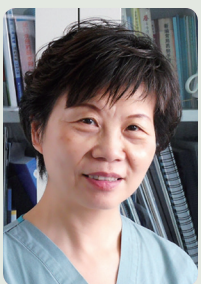
常务委员 秘书长 康焰
四川大学华西医院



常务委员 安友仲
北京大学人民医院



常务委员 席修明
首都医科大学附属复兴医院



常务委员 许媛
首都医科大学附属北京同仁医院



常务委员 宋青
中国人民解放军总医院



常务委员 徐磊
天津市第三中心医院



常务委员 胡振杰
河北医科大学第四医院



常务委员 李维勤
南京军区南京总医院



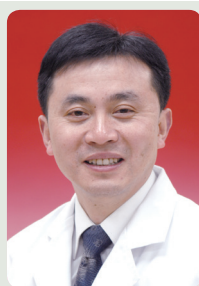
常务委员 严静
浙江医院



常务委员 艾宇航
中南大学湘雅医院



常务委员 黎毅敏
广州医科大学附属第一医院



常务委员 周发春
重庆医科大学附属第一医院



常务委员 钱传云
昆明医科大学第一附属医院



常务委员 曹相原
宁夏医科大学总医院

委员名单（排名不分先后）

姓名	单位
曹 权	南京医科大学第一附属医院
曹同瓦	复旦大学附属华山医院
陈尔真	上海交通大学附属瑞金医院
董晨明	兰州大学第二附属医院
杜 斌	北京协和医院
方 强	浙江大学医学院附属第一医院
皋 源	上海交通大学医学院附属仁济医院
何先弟	蚌埠医学院第一附属医院
何振扬	海南省人民医院
黄青青	昆明医科大学附属二院
解 建	山东省千佛山医院

姓名	单位
林建东	福建医科大学附属第一医院
刘 虹	山西医科大学第一医院
刘忠民	吉林大学白求恩第一医院
马朋林	中国人民解放军第309医院
欧阳彬	中山大学附属第一医院
钱克俭	南昌大学第一附属医院
秦秉玉	河南省人民医院
曲 彦	青岛市市立医院
孙仁华	浙江省人民医院浙江省立医院
孙荣青	郑州大学第一附属医院
覃铁和	广东省人民医院

姓名	单位
汤展宏	广西医科大学第一附属医院
万献尧	大连医科大学附属第一医院
王 雪	西安交通大学医学院第一附属医院
王迪芬	贵阳医学院
王勇强	天津市第一中心医院
吴大玮	山东大学齐鲁医院
熊建琼	第三军医大学第一附属医院
许 航	石河子大学医学院第一附属医院
薛 松	西藏自治区人民医院
杨 毅	东南大学附属中大医院
杨正平	青海省人民医院

姓名	单位
于荣国	福建省立医院
于湘友	新疆医科大学第一附属医院
臧 彬	中国医科大学附属盛京医院
张民伟	厦门大学附属第一医院
张西京	第四军医大学西京医院
赵鹤龄	河北省人民医院
赵鸣雁	哈尔滨医科大学附属第一医院
周建新	首都医科大学附属北京天坛医院
周立新	佛山市第一人民医院
周丽华	内蒙古医科大学附属医院
诸杜明	复旦大学附属中山医院

中华医学会重症医学分会第四届委员会青年委员会



副主任委员 隆云
中国医学科学院
北京协和医院



副主任委员 王洪亮
哈尔滨医科大学附属
第二医院



主任委员 于凯江
哈尔滨医科大学附属
第二医院



副主任委员 刘玲
东南大学附属中大
医院



副主任委员 许强宏
浙江医院

委员名单（排名不分先后）

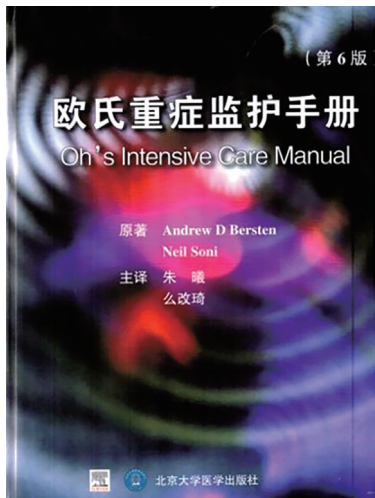
姓名	单位
曾振国	南昌大学第一附属医院
陈健	新疆维吾尔自治区中医医院
陈敏英	中山大学附属第一医院
丁欢	宁夏医科大学总医院
高岩	哈尔滨医科大学附属第四医院
高心晶	天津市第三中心医院
郭焱	山西医科大学第一医院
胡波	武汉大学中南医院
胡军涛	广西医科大学第一附属医院
黄伟	大连医科大学附属第一医院
黄晓波	四川省人民医院
江来	上海交通大学医学院附属新华医院
金晓东	四川大学华西医院
李娜	海南省人民医院
孟玫	山东省立医院
潘爱军	安徽省立医院

姓名	单位
尚游	华中科技大学同济医学院附属协和医院
邵焕璋	河南省人民医院
申丽旻	河北省人民医院
石青军	青海省人民医院
唐建军	中南大学湘雅二医院
王胜	上海市第十人民医院
王东浩	天津医科大学肿瘤医院
翁利	中国医学科学院北京协和医院
吴秋英	新疆生产建设兵团总医院
肖雄箭	福建医科大学附属第一医院
徐远达	广州医科大学附属第一医院
杨缙	重庆市第三人民医院
杨向红	浙江省人民医院
尹海燕	广州市红十字会医院
虞文魁	南京军区南京总医院

姓名	单位
袁媛	甘肃省人民医院
翟茜	山东大学齐鲁医院
詹庆元	中日友好医院
张丹	重庆医科大学附属第一医院
张东	吉林大学白求恩第一医院
张玮	昆明医科大学第一附属医院
张丽娜	中南大学湘雅医院
张利鹏	内蒙古医科大学附属医院
章志丹	中国医科大学附属第一医院
赵慧颖	北京大学人民医院
郑瑞强	江苏省苏北人民医院
周华	首都医科大学附属北京同仁医院
周飞虎	中国人民解放军总医院
朱桂军	河北医科大学第四医院
宗媛	陕西省人民医院

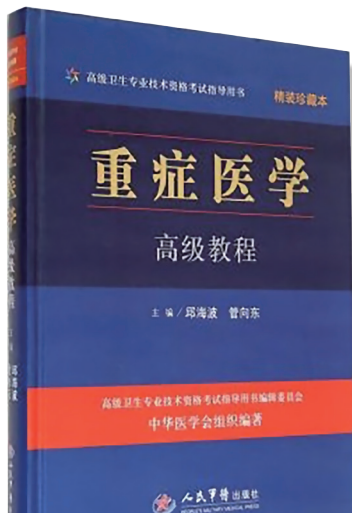


新书推荐



《欧氏重症监护手册 Oh's Intensive Care Manual》

近些年来，重症医学科（ICU）和危重症患者的救治在急诊医疗部门中的地位更趋重要；与此同时，有关危重症患者的临床研究和诊疗规程等有了很大进展。为此，伯思坦、索尼著的《欧氏重症监护手册（第6版）》对许多章节进行了重要更新，目的是为重症医学专业学生和从事急诊工作的医护人员以及范围广泛的相关临床医师和医疗专业人员提供最新的、简明的实用工具书。



《重症医学高级教程—精装珍藏本》

本书按照国家对高级卫生专业技术资格人员的专业素质要求，集中、准确的介绍了涵盖重症医学科的设置与管理，重症医学的理论与监测治疗技术，常见重症的管理和各学科重症治疗和学科发展的重症医学新理论，新技术。全书共分3篇，重点阐述全身炎症反应综合征、脓毒症、多脏器功能不全综合征、严重多发性创伤等治疗方法，并在每个章节后面附有单选题、多选题、共用题干题和完整资料的案例分析题。本书配有多媒体光盘，包含1000道试题，2套综合性模拟试题。本书具有权威性、实用性和先进性，是高年资医师必备案头书。

血流动力学治疗：从评估到治疗

北京协和医院 刘大为

临床血流动力学发展之初仅涉及血液在循环系统内部的运动，目前已发展至研究血液及其组分在机体内的运动特点及规律性，揭示从血液运动到细胞代谢，乃至器官功能完整过程的科学。今天的血流动力学治疗与最初的治疗最大不同是由反映病情的指标直接调控、定量的、个体化治疗。治疗行为的这种变迁，从量变到质变，均来自于对临床血流动力学认识的进步。

更深层次的血流动力学评估

血流动力学指标为临床观察提供了更深层面的信息，即在新的深度层面分析机体变化的可能性。血流动力学指标，只要测量正确，均是临床表现的组成部分，是机体的客观存在。

更深层次的评估不仅表现在每项血流动力学指标自身的直接意义，也表现在对不同指标的理解和指标之间的相互帮衬。例如中心静脉压作为代表右心室前负荷的压力指标争议不断，其主要原因是压力代替了容积。当心室舒张末容积可用于临床评估后，从容积的

角度理解中心静脉压时心室顺应性等指标就会浮现在床旁。这不仅解释了压力本不应承受的非议，且使中心静脉压以本来面目在临床拥有更广阔的空间：作为体循环血流末端的压力，中心静脉压越低，静脉回流阻力就越小，回流量就越多，增加心输出量才有更多的潜力。压力指标的这种特性被充分用于临床血流动力学评估后，中心静脉压对治疗有了更为强大的可调控性。继而，胸腔内压加入评估后，压力与容积的不匹配有了更进一步的含义。

更接近机体实际需求血流动力学治疗策略

通过临床血流动力学评估，机体改变的状态被定量分析，每项血流动力学指标反映了相应位点上的机体变化的方向与程度。如果这个位点的变化需要被干预，则出现了治疗。这个指标即成为此项治疗措施的目标，但此时并不意味着治疗就要开始，因为还必须有治疗目的。临床血流动力学为治疗目的也提供了定量指标，如休克时反映组织

代谢状态的乳酸；呼吸衰竭时的动脉血气等。治疗目的的确立，才为已经或尚未发生改变的机体状态的特定位点赋予了治疗的意义。作为目标，这些位点指标才开始对治疗措施进行调控。根据血流动力学理论将这些治疗目标排列起来，每一个目标控制一项治疗措施，以目的为导向，逐步完成，则出现了整个治疗过程或治疗策略。

从理论到实践基础上形成共识用以指导患者个体化治疗

所谓个体化治疗，应该是由机体变化导向的个体化，而不是根据实施者好恶的个体化治疗。这就是为什么说：“下一步治疗如何，问问患者”。若要问的清楚，即应具备听懂患者表述的能力。这种能力决定了治疗与病情间的距离，决定了治疗水平的高低。这种能力首先基于理论与实践基础上的共识。临床血流

动力学治疗充分地运用了指标对机体状态的表述，并将这种表述与治疗融合在一起。从某种角度讲，临床治疗过程实际上是一个“翻译”过程。从指标翻译出机体状态，再从机体状态翻译出治疗方法；从目的指标翻译出治疗方向，从目标指标翻译出治疗强度。重要的是，机体变化是个体化，而翻译不能是个体化。今天



的临床血流动力学已经为翻译提供了一个系统的、规范化的理论与操作平台。

我们在寻找与判断重症患者血流动力学变化的过程中不由得发现，已切入了机体变化的更深层面，出现了新的治疗目标，发现了新的治疗方法。这个过程就是对临床血流动力学治疗最好的诠释，也是其魅力所在。

如何能抓住创伤救治“黄金1小时”

武汉大学中南医院 李建国



创伤是全球范围内死亡的领先原因，超过50%的创伤死亡发生于伤后12 h内，出血性休克占创伤死亡30%~40%，可能预防的死亡原因：耗竭性出血。除气道控制和呼吸相关问题外，出血和出血性休克的处理至关重要。

美英军方医生率先提出战地医院的每例伤者资料集中到国内评价分析传统复苏技术、

组织实验、提出新策略、反馈到前线医院、逐渐形成损伤控制性复苏概念（DCR）。DCR效果明显，战伤死亡大复苏有所减少。

Kashuk等率先描述创伤的致死三角，即酸中毒、低体温、凝血病，在严重创伤/大出血者死亡和并发症发生中扮重要作用。

凝血病：在伊拉克的美军某战斗支持医院收治的战伤出血者，入住时即有凝血病者有38%，观察显示，平民创伤者1/4抵达急诊室时即有凝血病，是凝血病者病死率的4倍。创伤凝血病以凝血因子严重缺乏、止血功能严重损害为主，不是DIC，无弥漫性血管内凝血激活。目前认为是多因素相互作用的结果，如低灌注、酸中毒、凝血因子消耗、纤维蛋白溶解亢进。

损伤控制性复苏策略是三位一体的整合，多学科协作。容许性低血压、止血性复苏、损伤控制性手术。

容许性低血压可保持低的血压水平，既维持终末器官灌注，又避免出血加重导致血容量枯竭，恢复正常循环，避免低灌注导致氧输送中断，进而细胞缺血发生MODS，乃至MOFS。一战和二战中观察到活动性出血，若积极晶体液复苏增加血容量而升高血压，可导致凝血块脱落移动。证据显示，出血未控制前积极输液有害。低血压复苏用于创伤人群是安全的，可显著减少血液制品输注和总体静脉输血量。维持最低目标MAP 50 mmHg而非65 mmHg，显著降低术后死亡和凝血病风险。初步结果提供令人信服的证据，支持在创伤患者继续研究和采用低血压性

复苏。容许性低血压被英美军方普遍接受，新近一些平民临床实践指南建议，也主张谨慎静脉输液。

止血性复苏的要点是快速恢复正常凝血功能，尽量减少晶体液输注。大量晶体液输注的弊端表现在损伤控制性复苏期间晶体液和胶体液影响的初始评估。止血性复苏应优先补凝血因子，以解冻的新鲜冰冻血浆（FFP）为主要复苏液。意义不仅仅在于纠正低血容量性休克，还增加24 h内FFP输注比例与存活独立相关。补凝血因子的方法还包括补充血小板、纤维蛋白原制剂、热的新鲜全血、重组人活化VII因子等。

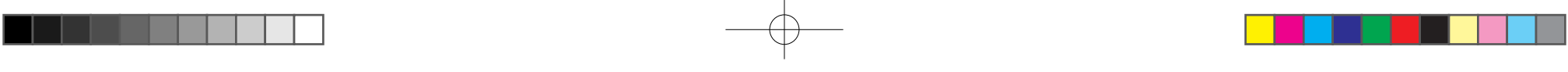
另外创伤合并严重出血或有严重出血风险者早期使用氨甲环酸可降低出血所致的死亡风险，且不增加血管栓塞事件的发生率，可推荐用于严重创

伤出血的早期治疗。

低体温的预防和纠正首先要注重预防，可以采取升高室温、移除与患者接触的湿冷衣被，立即用加热毛毯覆盖，气管插管者，应吸入气体的加热加湿，输注液体应加温。

代谢性酸中毒的防治是预防和治疗休克、恢复组织灌注是关键。纠正代谢性酸中毒的药物有碳酸氢钠，显示可逆转酸中毒诱导性凝血功能改变。

损伤控制性手术基本依据是严重创伤者无足够存活生理储备，不能承受复杂和长时间确定性或重建性手术。手术目的是出血的控制：临时性钳夹、填塞、分流或结扎；对空腔脏器或关闭或切除而不进行吻合；开腹手术毕临时性关腹，用体表负压敷料覆盖可节约时间，尽可能减轻腹腔内高压风险，方便观察腹腔引流。



精彩连连看

22日主会场精彩回顾

欧洲重症医学学会主席Daniel De Backer在主会场进行了题为“休克历史的教训和未来的发展：有望突破的热点”的精彩报告。De Backer教授指出虽然脓毒症的发病率增加，但其病死率持

续下降，这与SSC指南的推广及脓毒症的规范化治疗密不可分。在目前脓毒症缺乏特异性治疗的情况下，提高指南的依从性仍是降低脓毒症病死率的有效措施。目前以SIRS为基础的脓毒症诊断

体系不能很好地识别脓毒症的患者，欧洲及美国重症医学学会联合成立工作小组，对脓毒症进行重新定义，期待在不久的将来公之于众。

(供稿 刘玲)

美国重症医学学会现任主席Craig coopersmith教授做了关于重症医学未来前景的精彩报告。未来1-5年，重症医学有一些新理念将会得到广泛推广，比如1，彻底落实拯救脓毒症指南，依从性越高死亡率越低。2，早期活动，即使仍然无法脱机。3，远程医疗，可以

部分解决重症医师的短缺。4，培养更多的执业护士和医生助理参与临床工作，弥补人力不足。5，新的脓毒症定义即将发布。6，临床试验设计将更有弹性。未来5-15年，重症医学将有一些可能的进展，如个体化精确治疗，免疫治疗，保持肠道菌群多样性降低毒

力，和根据严重程度分层治疗。未来15-30年，重症医学可能会实现重建器官功能，即刻评估免疫功能和诊断微生物，甚至在器官功能出现衰竭之前进行诊治。重症医学前途无量，未来靠我们大家共同努力去实现。

(供稿 王郝)

23日分会场精彩期待

欧洲重症医学SHOW（第二、三、十一分会场）

23日会场的另一焦点就是欧洲重症医学在多个会场进行的精彩展示。在第二分会场，CSCCM-ESCMID联合论坛聚集中欧多位重症医学和感染学领域的重量级专家，围绕抗菌药物治疗和ICU感控两个中心环节展开九个专题，内容涉及流行病学、治疗策略甚至政府

干预等各方面；在第三分会场，中欧联合论坛（CSCCM-ESICM）会延续去年在休克板块的经典合作，来自意大利的Massimo Antonelli教授会针对大家所关心的SSC血流动力学目标的修改进行阐述，而来自比利时的老朋友Daniel De Backer教授则会就缩血管药物应用带来与

众不同的见解；在第十一分会场，享誉盛名的ESPEN LLL Courses将来到年会，就ICU营养支持的途径、方法和监测现场授课，最后还会进行考试和颁发课程结业证书。严谨、持重的欧洲重症医学将会在中国重症医学年会上别样精彩绽放，让我们共同期待。

《2014中国脓毒症指南》解读（第一分会场）

脓毒症是ICU永恒的话题，而当前中国脓毒症的焦点毫无疑问是《2014中国脓毒症指南》的制定与颁布。在23日第一分会场，浙江医院严静、蔡国龙教授，武汉大学中南医院李建国教授和上海长征医院陈德昌教授等四位指南编写专家，会从

指南制定背景、与SSC2012的异同、指南存在的共识与争议、如何提高指南依从性几方面为大家进行解读。相信更贴近于中国实际国情的脓毒症指南，在几位教授的精彩剖析下，一定会成为全国重症医学同道对抗脓毒症的良兵利器。

两岸三地论坛（第十一分会场）

虽然历届年会都有香港和台湾重症医学专家的精彩演讲，但两岸三地齐聚一堂共同展示中国重症医学的实力尚属首次。首先于凯江教授和来自台湾的Yuan Ding教授、来自香港的Jicxiang Liang教授会分别带来三地重症医

学取得的成果和未来发展趋势，随后精彩的内容将围绕重症医学管理与质控、脓毒症治疗与监测、CRRT药物剂量调整和重症超声指导脱机展开。让我们取长补短，携手共进，共创中国重症医学的辉煌。

青年版块（第十分会场）

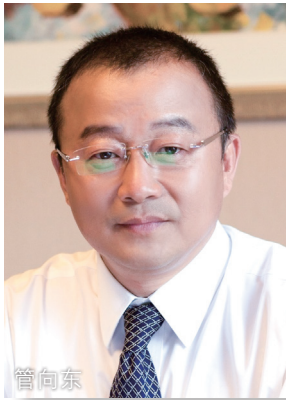
青年版块历来都是观点碰撞，火花四射之处，今年也不例外。在住院医生ABC环节，既有从临床实践中提炼出的规范流程的介绍，也有更贴近于临床实际的对易忽略细节的把控；而在重症在县（挑战教授）环节，四位基层医院医生会带来在临床工作中遇到的疑难病例，随后针对每

个病例中的某个治疗方法，会有两位年轻专家带来截然不同的观点进行阐述，最后由知名教授进行查房点评。究竟病例的诊断与治疗是否合理，究竟哪位青年专家的观点更为准确，相信您心中也有一杆秤，也期待您来青年版块“挑战教授”。

(供稿 胡波)

免疫治疗：脓毒症的希望

中山大学附属第一医院 吴健锋 管向东



脓毒症，是全球第十大致死因素，也是ICU重症病人的主要致死因素之一。亟需开发出能更好降低重症脓症患者死亡率的策略。

首先，应当对一些关键的病理生理学机制的疑议进行澄清，以改变脓毒症症状和患者治疗模式。脓毒症长久以来被认为炎症占据主导地位，事实上，脓毒症的发生与免疫状态关系密切。近来，越来越多的研究发现脓毒症发生不久后即

产生免疫抑制。其次，传统上，大多数关于脓毒症的失败治疗都关注于促炎阶段，并没有特别突出处理脓毒症诱导的免疫抑制。基础与临床研究表明，增强免疫细胞功能的免疫调节剂或新的治疗方法具有潜在的前景。要使此观念具有临床意义，就必须：在大样本脓毒症人群中进行确认；按照标准化方法进行诊断和量化；不仅要在循环免疫细胞中观察到，也要在衰竭的器官中观察到；在给予基于临床并改善结局的治疗后，要具有可重复性，至少是部分结果可以重复。除了对临床结局已证实的益处之外，几乎所有这些标准，都应该已经在临床条件下进行了验证。

早在10年前，国内的许多学者，在脓毒症的免疫调理方面做了大量杰出的工作，探讨胸腺肽α1在脓毒症患者中的应用也已持续了多年，多项研究发现：与对照组相比，胸腺肽α1可以显著降低病死率达13%以上。考虑到这

些研究样本量小或合并使用了多于一种药物进行干预治疗，我们于2008年5月12日至2010年12月22日开展了一项多中心随机对照研究探讨胸腺肽α1治疗脓毒症的有效性和安全性。研究纳入了总共361名患者，Tα1组和对照组在28天内的全因死亡率分别是26.0%和35.0%，具有显著性差异；与对照组相比，Tα1组患者死亡的相对风险为0.7；Tα1组的mHLA-DR获得比对照组更好的改善。结果提示，Tα1与传统药物联合应用可能有效地改善重症脓毒症人群的临床结局。此项随机对照试验是首批使用免疫刺激类药物降低28天死亡率的试验之一，随着科学家和临床医生不断深入研究脓毒症的免疫机制，进而更深刻的理解脓毒症怎样调节宿主免疫反应，新的免疫调节方法和药物也在实验和临床中不断涌现，脓毒症的免疫治疗也必然拥有更广阔的前景。

AGI与肠道微生物

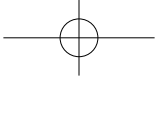
第二军医大学附属长征医院 陈德昌

肠道内原籍菌有许多重要的生理功能，首先，肠道内微生物对外源性条件致病菌有强大的定植抗力，组成肠道微生物屏障，对外源性条件致病菌进行去定植；肠道内细菌能分解人体消化酶所不能消化的多糖纤维，提供人体每天30%的热卡；第三，肠道内细菌能合成人体代谢所必需的营养要素，如维生素和短链脂肪酸等；第四，肠道内细菌对肠道免疫系统的分化、成熟有重要作用，而肠道免疫系统能对肠道内原籍菌产生免疫耐受，肠道微生物生态发挥重要生理功能。

病理情况下，肠道微生态环境失衡，引起原发病病理生理过程的进一步恶化。感染等病理情况下广谱抗生素的应用，大量杀灭肠道原籍菌，肠道微生物屏障破坏，外源性条件致病菌在肠道内大量定植，形成菌群交替。在抗生素压力下，肠道内条件致病菌其耐药性和致病力出现重大改



变，肠道成为院内感染发生、发展的重要平台。有60%以上重症患者伴有不同程度肠功能障碍，而肠功能障碍促进肠道菌群紊乱、微生态环境失衡。研究显示与肠功能正常患者比较，肠功能障碍患者粪便内专性厌氧菌如拟杆菌科和乳酸杆菌科细菌减少，葡萄球菌增多，乙酸和丙酸减少，琥珀酸和乳酸减少。另外，与肠功能正常患者比较，肠功能障碍患者菌血症和病死率明显增高。



急性呼吸窘迫综合征机械通气： 多小潮气量才能避免呼吸机相关性肺损伤

江苏省苏北人民医院 郑瑞强

以小潮气量通气为主要特征的保护性通气策略是急性呼吸窘迫综合征（ARDS）患者机械通气的重要原则，2004瑞典学者指出，ARDS患者机械通气潮气量从15 ml/kg减少至6 ml/kg，病死率可随之由64%下降至30%。然而不同原因导致的ARDS严重程度不一，同一ARDS患者肺部病变也存在明显不均一性，多少潮气量才能避免呼吸机相关性肺损伤（VILI）已成为近年来重症医学研究的热点问题。

2000年《新英格兰医学杂志》发表的一项研究比较了传

统12 ml/kg潮气量、平台压低于50 cmH₂O和潮气量6 ml/kg、平台压低于30 cmH₂O保护性通气策略，结果表明小潮气量组患者28 d内无需机械通气的天数明显增加，提出如果平台压超过30 cmH₂O，则应减低潮气量直至平台压低于30 cmH₂O。2005年美国学者对发表的5篇临床研究进行分析表明，无论平台压高低，小潮气量均可降低ARDS患者病死率。2013年《Intensive Care Med》发表的一项超小潮气量通气研究中给予ARDS患者3 ml/kg潮气量，与6 ml/kg比较，研究组通过体外膜肺排出二氧化碳，

结果表明对于P/F小于150 mmHg的重度ARDS患者，血浆IL-6水平明显降低，吸气驱动压明显降低，28 d和60 d内无需机械通气天数明显增加，病死率下降。

那么，潮气量多小才不会导致VILI？实际上，ARDS机械通气只有从肺组织引力和应变角度出发设置潮气量才能从根本上避免VILI。2008年《美国呼吸与危重症医学杂志》发表的一项研究指出，在相同平台压时不同ARDS患者的肺组织应力（跨肺压）明显不同，在相同潮气量和呼气末正压通气（PEEP）条件下，不同ARDS患

者肺组织应变也明显不同，潮气量和平台压不能反映肺组织的应力和应变，潮气量应该根据肺组织的应力和应变个体化设置。2012年《Intensive Care Med》发表的一项研究结果提示，潮气量设置不应使应变大于0.27。2015年《新英格兰医学杂志》发表的一项针对既往9篇临床研究的分析表明，潮气量设置不应根据标准体重而应根据肺顺应性设置，使吸气驱动压低于16 cmH₂O，以减少VILI、降低ARDS患者病死率。

综上，目前的研究认为，潮气量的设置应该根据ARDS患者肺



顺应性而不是标准体重个体化设置，吸气驱动压小于16 cmH₂O可以避免VILI从而降低病死率。

脓毒症的早期液体治疗策略——时机 液体种类 剂量

Derek C.Angus 东南大学附属中大医院 杨毅译



脓毒症（sepsis）可导致有效循环血量下降，组织灌注不足，及时补充有效循环血量可改善灌注，但此作用难以通过随机对照研究证实。多项多中心随机对照研究在纳入患者前已给予1L或20~30 ml/kg的液体进行初期复苏。两项针对成年人和儿童严重感染早期的观察性研究发现，严重感染需要液体复苏，且时机越早越好。

早期复苏液体剂量需要根据患者情况而定。随机对照研究应用复苏的液体总量差别较大，提示不同患者其液体复苏总量不同，临床需要边滴定边复苏，直至组织

灌注改善。

当临床缺乏有效的指导复苏的目标时，需要联合中心静脉压、中心静脉血氧饱和度和乳酸等常用指标进行综合评估。而对于无法耐受大量液体复苏的患者，后期应给予限制性液体治疗，在保证组织灌注的前提下制定较低水平的复苏目标。

在临床常用复苏液体中，晶体液为首选。羟乙基淀粉不推荐用于严重感染的液体复苏。白蛋白可以增加血管内容量，减少总液体需求，对患者的预后影响有待大型随机对照研究证实。

感染性休克：靶值血压应该多高

大连市中心医院 杨荣利



目标指导治疗是重症医学的重要治疗方法，确定恰当的目标血压对于感染性休克的救治至关重要。2012年《脓毒症生存运动：重症脓毒症及脓毒性休克治疗指南》推荐感染性休克的平均动脉压复苏目标至少为65 mmHg。这一目标与更高的血压目标哪个更有效，我们从最新的研究可窥一斑。

2014年《新英格兰医学杂志》发表的一项纳入798名患者的多中心研究结果显示，将感染性休克患者的平均动脉压复苏目标设为65~70 mmHg（低MAP组）或80~85 mmHg（高MAP组），2组28 d和90 d病死率无差别；在多数主要并发症方面，2组也无明显差别。但高MAP组患者更容易发生房颤，这可能与该组患者使用较多的缩血管活性药物相关；而低MAP组中既往有高血压病史的患者更容易发生急性肾损伤及需要肾脏替代治疗。这反映了两个重要信息：一是对于一般感染性休克患者而言，应用过多的血管活性药物将MAP维持在较高水平并不能带来更多益处，反而会增加心律失常发生的风险；二是对于既往有高血压病史患者，维持较高MAP可减少急性肾损伤及肾脏替代治疗的风险。

结合其他研究，我们发现，不同年龄组的患者，其基础血压不同；同一个患者，其不同部位测量的血压值也不同；不同的疾病以及疾病的不同阶段，对血压的要求不同。由此可见，对于感染性休克的重症患者而言，其复苏血压目标应根据患者的年龄、基础血压值、有无出血风险等情况个体化制定。

重症患者营养评估：SGA、NRS还是NUTRIC

中山大学附属第一医院 欧阳彬



营养评估是正确制定营养支持方案的先决条件，评估工具包括营养状态评估、营养主观整体评估（SGA）、营养风险筛查（NRS）、营养不良风险评估以及营养获益评估（NUTRIC Score）。

重症患者机体处于严重应激状态，机体第三间隙水分增多、组织器官水肿、低蛋白血症、免疫紊乱，传统营养状态评估的机体组分测量及实验室营养相关参数发生显著改变，无法准确反映营养状态。SGA是一种依据病史及体检结果进行主观整体营养状态评估的半定量方法，目

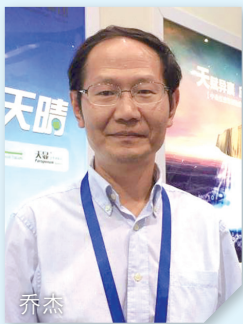
前不少研究证实SGA仍是用于重症患者营养状态评估相对准确的方法。NRS 2002将APACHE II评分>10的ICU患者NRS定为3分，认定存在营养风险以及需要进行肠内或肠外营养支持，对于重症患者，NRS 2002标准过低，筛选价值下降。营养不良风险评估是营养状态评估的补充。NUTRIC Score是用于判断重症患者营养支持是否获益的一种评估工具，目的在于筛选出最可能从积极的营养支持治疗中获益的重症患者，然而NUTRIC Score的参数仍不够完善，其应用价值也受到质疑。

众说纷纭话年会



余娜

作为本次大会的工作人员与大家一同投入积极的工作，能够为众多的参会代表提供注册帮助，这是一次很难得一次经历，这不仅开阔了我的视野，更激发了我对医学事业的热爱。本次会议在上海召开，促进了上海的学术文明，同时也促进了上海的经济繁荣。



乔杰

作为企业代表，我感觉本次大会的安排比较周到，各种课程的设置能让大家学习到最前沿的知识，参展区的合理设置给厂商和临床医生提供了更好的面对面交流的机会，大家共同探讨学科发展大业，积极推进我国重症医学发展。



罗梦玲

作为上海本地的会务工作人员，很幸运的能够为本次大会服务，不过小有遗憾的是自己对整个会场的布置和学术内容的设置了解不足，给工作中带来了一些不便，相信通过第一天的现场工作适应，在接下来的工作中能够不断的丰富自己，给更多的人带来更好的帮助。



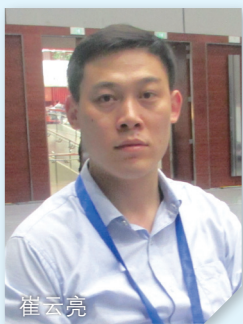
吴震

欣喜的看到今年的重症会议报告了属于中国版的2014年脓毒症指南，希望再多些祖国医学的学术声音，也希望看到现代中药注射剂做出更多高质量的临床循证医学研究成果。期待明年重症学科建设更加强大，更多一些与国际重症同道的学术交流。



朱雪彦

走进世博中心这个会场，参与如此盛大重症医学会议，我深感荣幸。这次会正值医学会百年华诞又是重症医学分会成立10周年，会议的形式、内容、规模都是空前的。作为一名青年医生，我深深的感受到了责任感与使命感，激励我继续前行，不断进取。



崔云亮

本次大会亮点很多，首先请到了长海医院96岁的老教授给我们讲述了医学会的发展历程，让我们对医学事业的发展更加了解，也深刻体会到了老一辈的医学家所做出的辛勤付出和杰出贡献，让我们更加珍惜目前的成果，也更加也有信心集成和发扬下去。



罗勇

很高兴参加了这次大会，本次会议的各个分会场的主题实际具有很大的创新，青年版块的设置给我们青年医生更多的学习和交流的机会，一些针锋相对的讨论临床中的问题，让我们的思路更加开阔，通过学习和借鉴国内外专家的经验让我们离真理更近一些。



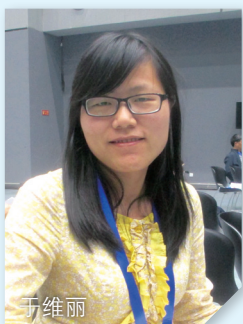
黄洁

给大会提几点建议，首先感觉大会赠阅的会讯不错，希望通过参会能够获得更多的会议相关资料和文献，有助于一些未能参与现场的同事们学习和参考，另外，希望大会的主题设计和安排可以更丰富一些，同时也期待大会能够提供更多的咨询和讨论交流环节。



刘国庆

这次我们科室几个人一起参与本次会议，让我们学习到了重症医学科的最新进展，感受到了全国同行的进步，同时通过参会学习，丰富了我们的专业知识，特别是对脓毒症的定义有了新的认识，让我们受益匪浅，我希望能够更多的参与这样的学术交流。



于维丽

非常感谢本次大会的主办方，让我们有这么好的学习和交流的平台，感觉大会的主题设计上基础研究相对较少，有一点小小期望，希望能够学习到更多的临床与基础相结合的有关知识，如耐药菌的研究方面，希望能够从临床到基础得到更多的启发。



化润芳

参与本次大会，感受浓浓的学术氛围，在本次会议上感受颇多，受益颇多。其中六六访谈的模式很受欢迎，其次，医护人员人文关怀及医患关系处理等也是我比较关注的话题。另外，我也想了解一下现今国家医疗政策。这些对我们临床医生工作开展很有帮助。



王志刚

作为一名参会学习代表，我希望能够更多的了解到一些重症医学科近年的国内外学术热点及进展。本次大会的主题“传承与发展”很好，希望我们中青年一代能传承前辈的正能量，将我们的重症医学科的事业更好的发展下去，面向世界，提高我们的学科竞争力。

中华医学会重症医学分会十年大事记

2015年，中华医学会走过了一百个春秋，中华医学会重症医学分会也迎来了第一个十年。追忆百年历史，回首十年路程，我们传承着一代代医者精神，承载着一颗颗医者仁心，以博爱之怀，践醇良之行。中华医学会的点滴成长，屡屡进步都凝聚着全国同道的努力、拼搏、支持和理解。

2005年3月，在刘大为、陈德昌教授等人的共同努力下，首届全国重症医学大会召开。刘大为教授当选为中华医学会重症医学分会第一届、第二届委员会主任委员；重症医学人前仆后继，继往开来，邱海波教授和于凯江教授先后当选为第三、四届委员会主任委员。

中华医学会重症医学分会成立以来，以学术年会为契机，集合重症医学领域前沿学术问题，为重症医学事业的发展出谋划策。2006年5月中华医学会重症医学春季研讨会发布了重症医学第一批具有纲领性意义的指南，为我国刚刚起步的重症医学事业规范化建设、现代化管理起到了积极作用。为了进一步规范重症医学学科建设，切实提高医生的专业理论水平及诊疗技术，中华医学会重症医学分会陆续组织国内权威专家对相关指南和技术操作标准进行编写，用于指导和规范临床工作。

中华医学会重症医学分会发展速度、迅猛，为满足其人才需求，学会邀请国内重症医学领域的著名专家定期举办重症医学基本理论与技能培训班。其中，2009年开始建立并实施了“重症医学专科资质培训（5C）”项目举足轻重。该项目规范培养了国内大批重症医学医生，为中国重症医学事业的发展起到了关键性作用。迄今为止已经举办了56期学员班，4期师资班，1次师资研讨会，培训逾万人，合格持证者8000余人。项目得到了重症医学从业者的广泛认可，得到学员一致好评，规范培养了国内大批重症医学医师。据第三方调查数据显示学员满意度超过90%。

2010年5月，中华医学会重症医学分会在中华医学会所有专科分会中首个推出本科学术年鉴，全面、系统、准确地记述重症医学在过去的一年内国内外重要学术进展和发展方向，始终保持高水准和高质量，并于历年的重症医学学术大会上正式出版。

2011年4月，由中华医学会重症分会主办的《执责生命线》学术活动正式启动，旨在以专题学术研讨为主要目的，切实解决临床实际问题。多次会议的成功召开既能说明中华医学会重症医学分会的真正实力，也表明了中国重症医学相关知识交流的迫切性与必要性。

重症医学的发展需要同时立足于临床工作和科研工作。2010年，重症医学列入国家自然科学基金专项申报目录，同年，中华医学会开始设立重症医学的临床医学科研专项资金。2011年12月，重症医学成功申报卫生部行业专项基金。2012年6月，成立中国重症医学科研平台（CHIME），其目的是在于规范重症医学科学研究的管理流程，建立客观公正的科研成果考核机制及标准，确保重大研究项目的延续性与整体性。

卫生部根据医疗卫生发展需求，实现医疗卫生事业可持续性发展，满足人民群众日益

增长的医疗卫生需求，自2010年开始，设立国家临床重点专科，重症医学学科更是被列为“重中之重”，分别于2010年和2011年评为首批、第二批国家临床重点专科。

与国内学术交流相比较，对外交流也是推进中国重症医学发展的重要举措。中华医学会重症医学分会于2012年启动青年医师海外研修计划，并自2013年起在中华医学会第8次重症医学大会设立中美联合论坛及中欧联合论坛，旨在促进中华医学会重症医学分会与国外重症医学学会在学术及学会管理等多方位的交流合作。

中华医学会重症医学分会将继续传承学会宗旨，巩固现有成果，积极开拓，努力探索，怀揣着重症医学人的中国梦，为中国重症医学事业倾注中华医学之魂。

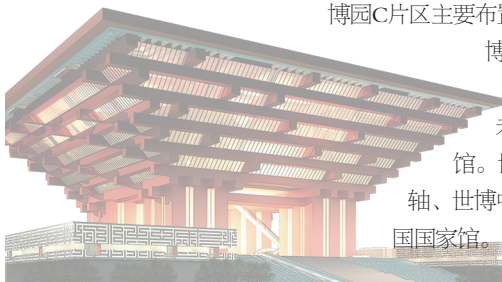
哈尔滨医科大学附属第二医院重症医学科
王洪亮 王瑶 （供稿）



世博园

上海世博园是2010年上海世博会的举办地，园区坐落于美丽的黄浦江畔，卢浦大桥和南浦大桥之间的滨水区，连接浦西和浦东，极其巧妙的扣住了“城市，让生活更美好”这个世博主题。

世博园沿上海城区黄浦江两岸布局。园区占地5.4万平方公里，建有5大场馆群，分别为独立馆群、联合馆群、企业馆群、主题馆群和中国馆群。按区域，世博园区分为A、B、C、D、E五个功能片区，其中A、B、C三个功能片区分布在浦东地区，D、E两个功能片区分布在浦西地区。世博园A片区主要分布部分亚洲国家馆等场馆。世博园B区主要布置世界主题馆、部分亚洲国家馆、大洋洲国家馆、国际组织馆等场馆。世博园C片区主要布置欧洲、美洲、非洲国家馆等场馆。世博园D片区主要布置城市足迹馆和企业馆等。世博园E片区主要布置城市未来馆、企业馆和城市最佳实践区等场馆。世博会结束后，保留了一轴四馆，世博轴、世博中心、世博主题馆、世博文化中心、中国国家馆。



综观美食街



乍浦路美食街

上海最早的美食街。这里多是一些民营餐馆，以不断翻新的菜式、灵活的价格、贴近性的服务，开创上海美食风气之先。

地址：上海虹口区西南部

城隍庙一条街

上海城隍庙可谓名扬天下，与豫园毗邻，又称老城隍庙，是上海道教正一派主要道观之一。

地址：上海黄浦区福佑路

七宝老街

复古的老街广场气度不凡、气派古老，参观者一眼望去会精神一震、眼目一

亮，确实使人有一种回归明清时代的感觉。是上海小吃街中比较有古代风韵的小吃街。

地址：上海市闵行区七宝镇

吴江路美食街

上海人心目中永远的美食街，他的繁荣一直持续到了现在，吴江路美食街汇聚了上海的地道小吃及当地的特色美食。

地址：上海静安区吴江路

云南南路美食街

云南南路美食一条街在沪上享有盛誉，看似波澜不惊的市井气息里，其实深藏着滋味、精致与过日子情结。

地址：上海黄浦区云南南路