

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 24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

数说 CSCCM 2015

8512

代表

来自全国各省市注册参会代表共8512人共享学术盛宴。

19

版面

设置19个合作版面,其中Plenary Session 2个、美国重症医学精华版2个、中美联合论坛2个、中欧联合论坛4个、CSCCMESCMID联合论坛3个、中欧营养联合版块2个、3L营养课程2个、两岸三地论坛2个。

271

讲者

共邀请大陆讲者244位,港台讲者9位,国际讲者18位。

11

会场

本届大会除主会场外,另设10个分会场,最多时11个分会场同时展开,9个workshop学习班。

2122

投稿

本届大会的论文投稿数量共计2122篇。

111

展商

参展企业111个,大会为企业展示产品的良好平台。

323

讲座

本届大会共设讲座323个,其中外宾讲座31个,重症儿科12个,重症护理讲座41个,两岸三地论坛讲座8个,重症专家讲座231个。

26

卫星会

共举办26场卫星会,围绕重症疾病的防治进展等主题作了相关阐述。

主 编:于凯江 邱海波 刘大为
副 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 Kangxun Health Information Communication Co., Ltd.

中华医学会第9次全国重症医学大会重症医学奖

本次大会正值中华医学会百年华诞及中华医学会重症医学分会成立十周年,中华医学会重症医学分会为表彰为中国重症医学开拓与发展做出无私支持和重要贡献的专家、学者及重症医学临床医师,树立榜样和标杆作用,以激励全体重症医学从业者为中国重症医学的持续发展不懈努力,特别设立“中华医学会重症医学奖”,分别评选出终身成就奖、杰出开拓奖、杰出贡献奖、青年研究奖等奖项。经组织推荐、资格审查、投票表决等流程,历经两月,最终评选出终身成就奖1名、杰出开拓奖8名、杰出贡献奖3名、青年研究奖10名,并在本次大会开幕式举行颁奖仪式。获奖名单如下:

获奖人姓名	获奖人单位	所获奖项	获奖人姓名	获奖人单位	所获奖项
汤耀卿	上海交通大学附属瑞金医院	终身成就奖	王育珊	吉林大学附属第一医院	杰出贡献奖
况铤	昆明医科大学第一附属医院	杰出开拓奖	栾正刚	中国医科大学附属第一医院	青年研究奖
景炳文	第二军医大学附属长征医院	杰出开拓奖	李旭	中国医科大学附属第一医院	青年研究奖
王爱琴	东南大学附属中大医院	杰出开拓奖	刘玲	东南大学附属中大医院	青年研究奖
徐鑫荣	南京医科大学第一附属医院 (江苏省人民医院)	杰出开拓奖	何征宇	上海交大附属仁济医院	青年研究奖
吴淑红	四川大学华西医院	杰出开拓奖	张根生	浙江大学附属第二医院	青年研究奖
米士簪	华中科技大学同济医院	杰出开拓奖	刘艾然	东南大学附属中大医院	青年研究奖
胡文能	第四军医大学西京医院	杰出开拓奖	郭强	苏州大学附属第一医院	青年研究奖
徐文仪	新疆维吾尔自治区人民医院	杰出开拓奖	张丽娜	中南大学湘雅医院	青年研究奖
林洪远	解放军304医院	杰出贡献奖	刘志锋	广州军区广州总医院	青年研究奖
秦英智	天津第三人民医院	杰出贡献奖	尚游	华中科技大学协和医院	青年研究奖

中国重症医学 我们继续前行

中华医学会重症医学分会已历经十载春秋，分会各项工作在各级领导及委员们共同努力下稳步前行。为确保学科发展，促进重症医学茁壮成长，各项目负责人结合实际工作情况，在不断总结经验的基础

上，分析发展形式，细化工作内容，将基层行、全国ICU调查、网站建设、5C项目以及学术会议工作进行细目规划，使各项工作在探索中寻求传承发展的方向，不断适应新时期、新机遇、新挑战的发展目标。

专科资质培训项目（5C）

2015年既是中华医学会百年华诞，又是重症医学分会成立十周年。值此之际，我们迎来了新一年中华医学会重症医学专科资质培训班。迄今为止，5C班已成功举办6年，累计62期，足迹遍布全国，培训学员11 000余人，总合格率达78%。培训实行教考分离，由卫计委人才交流中心出题、审核，确保培训的规范性和准确性。2015年将举办15期，14个城市联动，通过视频直播授课方式（新疆除外）在两地同时举办。

2015年第一期培训班已分别在西安与海口同期举办。卫计委

人才交流服务中心书记张学高、卫计委人才交流中心命题处处长汪本奎、中华医学会重症医学分会主任委员于凯江和前任主任委员邱海波、中华医学会继续教育部游苏宁等出席了二期开幕式。

学会百年、分会十年既是我们的财富，又是迎接新时期、新机遇、新挑战的基石。我们将不懈努力，传承培训班科学严谨的学风和规范缜密的作风。百尺竿头，更进一步，在持续改进中勇于担当医学继续教育示范项目责任，不断总结经验，持续探索培训班在传承中的发展方向。

（供稿 许强宏 严静）

网站建设计划

在中华医学会重症医学分会的领导和各位青委的配合下，2015年将完成学会的各项新闻工作报告，确保及时性、准确性。近期工作以本次年会报道以及会后学术内容梳理、数据更新等为重点。

2015年上半年，经过分会领导的允许和认可，网站各个版面新顾问、版主和成员已成

功组建，并明确了各版主的权利和义务，制定了奖惩措施。在学术交流层面，力邀全体青委积极配合文献的解读和更新，积极配合基层行和各专题会议的宣传等。在网站改版及版面内容更新方面，明确了更加简洁明了的目标，与学会和第三方协商，创建学术研究、学科进展、青年医师基础教学

和操作培训等版块，整合会议通知，目前工作正在有序进行中。同时提出建立微信公众号的需求，本次年会已建立微信号公众平台，并有序运行。

在分会各级领导及委员指导和帮助下，重症医学分会的网站必将茁壮成长，朝着更快、更好、更强的目标前行。

（供稿 许强宏）

专题学术会议

2011年4月中华医学会重症医学分会主办的《执责生命线》正式启动，这是重症医学分会又一重要学术活动，以专题学术会议为主要举办形式，旨在持续提高ICU 医师专业技能，以临床常见棘手问题为专题，寻找国内外最新资讯，深入探讨并促进临床实践，以达到分专题逐步提高临床诊疗水平的目的。

现已成功召开中华医学会第一次和第二次重症呼吸学术大会、中华医学会第一次重症肾脏与血液净化学术大会、中华医学会第一次重症心脏学术大会、中华医学会第一次重症感染学术大会、中华医学会第一次重症营养学术大会。2015年准备召开的专题学术会议有

中华医学会第二次重症肾脏与血液净化学术大会及中华医学会第二次重症心脏学术大会。

中华医学会第二次重症肾脏与血液净化学术大会定于2015年8月28-30日在哈尔滨召开。重症肾脏是重症医学的重要分支，如何早期评判肾脏损伤，预防、干预AKI的进程及如何行血液净化治疗是临床工作的难点与热点。“重症肾脏：肾与肾外器官”为本次大会主题。内容包括：（1）介绍重症肾脏的最新进展；（2）探讨脓毒症相关性AKI发生的机制；（3）肾脏与肾外器官的相互关系；（4）CRRT相关理论知识；（5）探讨AKI及肾外疾病行CRRT治疗的时机、模式和剂量；（6）重症肾脏的护理。

中华医学会第二次重症心脏学术大会定于2015年9月在杭州召开。会议聚焦ICU成长发展中的临床热点问题，关注本学科的前沿进展，更注重临床实际。为体现重症心脏与多器官的联系，大会设置讲座、专题讨论、教授查房、病例报告、专家答疑、护理论坛、卫星会等多种形式，邀请来自全国的专家就“心与心外器官”进行学术交流。通过专题学术会议明确重症医学亚专科发展趋势，细化对重症患者局部器官的研究及脏器功能支持。

在此诚邀全国重症医学同道届时参加专题学术会议，在学术交流中推动亚专科建设快速、健康发展。

（供稿 王洪亮）

基层行与全国ICU调查

2015年青委团队建设活动计划在全国范围举行3~4期，内容围绕参观学习各主委和常委单位ICU建设，开展实地查房和病例讨论。近40名青委参加了4月20日首期广州站团建活动，本次活动以重症心脏和重症呼吸为主题，参观了中山大学附属第一医院和广州医科大学附属第一医院重症医学科，聆听了管向东、黎毅敏两位教授的查房，并进行病例学术讨论。大家兴致勃勃，感受颇深，促进了不同地区学术和ICU建设理念的沟通。下半年，将继续举办2~3期团队建设活动，围绕重症医学常见的血流动力学、呼吸、感染、心脏营养、神经等主题在不同城市进行。

最新重症普查发现，全国有3000余个独立ICU，但仅少部分在中心城市，大多数分散在基层地市级乃至县级医院，承载着县域众多人口基数重负，由于自身条件受限，ICU生存发展的环境更为不易。2015年新医改强调分级诊疗、强建基层，这更需要中华医学会重症医学分会这样的学术组织走在前面。推广重症医学理念的普及，助力基层重症学科的规范，提升基层重症疾病的救治能

力，帮助基层ICU稳步健全发展。自2012年，在几位主任委员的大力支持下，我们已成功举办了21期中华医学会重症医学分会青年委员基层行活动，足迹遍布青海西宁格尔木、云南玉溪、四川西昌、湖南怀化、甘肃兰州张掖等18省24个地区。每站活动均由主委、副主委现场指导，省级主委鼎力支持，青委倾情参与，每站基层行活动均能覆盖200~300人。迄今为止，累计参加基层行活动的全国级主委/副主委有20~30人次，省级主委20人次，青委100人次，参会人员达到5000人次。

每期活动涉及内容包括查房、病例讨论、学术讲座三部分。讲者们将自己的心得体会和学术理念，不厌其烦的向基层重症医学临床医师、护士进行传授。21期基层行让我们感受到基层强烈且真挚的学术需求，更感动于“重症医学分会”这一学术团队的激情活力。下半年，我们将持续举办8~10期基层行活动，将重症医学领域最为规范的学术理念传递至偏远的基层医院中去。希望更多的全国委员、青年委员参与基层行的活动，让更多的基层重症医师广为受益！

（供稿 隆云）

年鉴和每日会讯的编撰

高质量完成《重症医学2016》年鉴的编撰工作

重症医学年鉴涵盖了近一年来世界范围内重症医学最前沿的学术动向，把握重症医学基础与临床的重点、难点问题，把握年鉴的新颖性及学术性是年鉴工作的重中之重。

《重症医学2016》年鉴编写工作将于2016年9月启动并确定年鉴工作小组成员及各版块版

主，10月份将完成选题，召开年鉴工作小组会议，商定讲题内容。11月启动约稿，12月底前初稿完成，2016年1-2月召开两次年鉴审稿会，2月1日前整理全部文稿，交予出版社，2月30日前定版。年鉴将于2016年全国重症年会呈现。

组织编撰2016全国重症医学年会每日会讯

《每日会讯》是重症医学

年会宣传的重要窗口，展示重症医学的魅力及风采。随着2016年全国年会筹备工作的进展，2016年《每日会讯》工作拟于4月初启动，按照年会的内容安排版面并约稿，同时在年会期间随时采访报道年会的学术动向、参会感悟及学会重大新闻，做好2016全国重症医学大会的宣传推广工作。

（供稿 刘玲）

中国严重脓毒症/脓毒性休克治疗指南：规范与实践

浙江医院 严静

为更好地指导我国重症医学工作者对严重脓毒症/脓毒性休克的治疗，中华医学会重症医学分会组织专家应用循证医学的方法制定了“中国严重脓毒症/脓毒性休克诊治指南(2014)”。

本指南形成推荐意见57条，与SSC 2012指南比较新增意见12条，新增中医药部分。主要的特点体现在以下几个方面：

(1) 液体复苏仍是脓毒症治疗的关键：根据现有文献的Meta分析和Grade分级结果显示，EGDT可以改善脓毒症

患者的近期病死率，而不影响远期病死率。指南专家组充分遵循证据，将中心静脉压(CVP) 8~12 mmHg，平均动脉压 ≥ 65 mmHg，尿量 ≥ 0.5 ml/(kg·h)，上腔静脉血氧饱和度或混合静脉血氧饱和度($ScVO_2$) $\geq 70\%$ 或65%作为初始复苏的最初6 h内规范化治疗的一部分。同时，确定乳酸及乳酸清除率可作为判断液体复苏预后的指标。今年4月，SSC官方网站对脓毒症6 h的复苏进行了修订，对于复苏没有达标或乳酸

仍然大于4 mmol/L的患者，总体建议需要反复评估容量状态，可以根据包括CVP、 $ScVO_2$ 、超声和液体反应性的综合评估。

(2) 抗感染治疗的重点在于临床可操作性：脓毒症的早期抗感染治疗非常重要。指南再次强调了1 h内开始有效的静脉抗菌药物治疗，初始经验性抗感染治疗方案采用覆盖所有可能致病菌(细菌和/或真菌)，且在疑似感染源组织内达到有效浓度的单药或多药联合治疗，并且一旦明确病原学依据，应考虑降阶梯

治疗策略，抗菌药物的疗程一般为7~10 d。

(3) 强调器官功能支持：脓症患者脏器功能支持是临床关注的热点问题，包括机械通气、镇痛镇静、持续性肾脏替代治疗等多方面。

脓毒症作为重症医学关注的热点问题，近年来不断有新的研究结果挑战传统临床观念。而单一研究往往有或多或少的片面性，基于Meta分析的指南，遵循循证医学的原则，是保证指南的科学性的关键。



重症内分泌复苏：值得关注

宁夏医科大学总医院 曹相原



重症应激状态下，下丘脑-垂体-靶腺体变化引起脂质、蛋白分解，糖原异生，并促使能量消耗朝着调解急性生存的方向发展，而合成代谢则延

迟至复苏期。进入重症的延续阶段，显著的内分泌和代谢改变可能会对复苏构成障碍。

重症患者的下丘脑-垂体-甲状腺调节 (1) 重症急性期反应禁食和急性疾病即刻会引起血浆三碘甲状腺原氨酸(T₃)水平降低，反三碘甲状腺原氨酸水平上升。(2) 重症延续期反应复苏阶段，晨起血浆低T₃、低T₄及低/正常TSH水平相一致。现有的研究资料表明，由于下丘脑-垂体促甲状腺腺细胞的刺激降低，重症病人延迟期阶段的甲状腺激素的产生和释放均降低，继而导致甲状腺刺激减少。(3) 急性“低T₃综合征”是对禁食后的适应性反应，治疗效果不大。

下丘脑-垂体-肾上腺轴 (1) 重症急性期和延续期的皮质醇变化，现有的研究显示，血高皮质醇水平与皮质醇分解大幅减少密切相关。血浆胆汁酸浓度升高和A-印戒还原酶的表达水平之间的负相关性可能是胆汁酸起了重要作用。(2) 推荐每天300 mg的剂量，对重症肾上腺衰竭推荐剂量可能太高。用糖皮质激素长时间治疗，推测有恶化瘦肉组织，增加肌病，延长ICU滞留，增加潜在致命并发症风险。

总之，最近的研究在重症内分泌与代谢反应方面有了重要的新见解。仍有许多问题待解决，重要治疗提示是大多数急性内分泌反应很可能自适应。

集中高效简单标准——重症病房设置装备原则

北京大学人民医院 安友仲



医疗质量管理的基础首先是医疗安全，其次是质量的改进与提高。合理地建设与装备ICU，尽量弥补人力资源的不足，已成为提升ICU质量的关键之一。

集中提效率 规模出效益

重症医学科发端即是“四个集中”，即集中空间、病人、设备、专家。“空间集中”是基础。因此，重症医学科的病房从根本上应该集中于大空间内，成为统一调度人员、设备，统一收治、转出危重病人的医疗行政单位。

ICU病房的面积应该 $\geq 20m^2$ /床。ICU病房无窗户，致使病人失去时空定位，谵妄和焦虑概率将大为增加。无自然通风，使ICU病房极易陷入微生物污染环境之中。“隔离传染源，切断传播途径”是控制传(感)染性疾病传播的基本原则。按标准ICU均应为单间隔离病房。ICU的病房中应该尽可能减少各种管路、连线及不必要的设备。

设备应简单 技术须标准
病床、监护仪、呼吸机、输液泵(容积泵与注射器泵)设备塔应该是ICU每一张病床的基本配置设备。以血气分析仪和干化学法血糖测定仪等为代表的一些设备，正在转变为床旁连续监测项目。

标准统一才能比较。各种有创压力的定时校正，监护仪各种波形的大小与速度，呼吸机传感器及氧浓度的自检校准，输液泵、温度计、血压计等定期计量校准，是监测数据真实可靠的基础。对于重要生命体征如心率(律)、血压、呼吸、氧合等参数必须根据其危急值设立报警界限。所有的监测参数应该以波形及数字的形式显示，绝不应该仅单纯显示数字。动态观察并回顾比较各种生理参数的变化趋势，分析其规律，有助于我们去粗取精、去伪存真，更好地指导临床治疗。

重症患者肾上腺：是疾病参与者还是旁观者？

郑州大学第一附属医院 孙荣青 孙小鸽



近年来，脓毒症患者的肾上腺功能不全日益引起国内外研究者关注。

重症相关性肾上腺皮质功能不全(CIRCI)的发生机制包括以下几

方面：(1) 下丘脑-垂体-肾上腺皮质(HPA)轴功能障碍；(2) 糖皮质激素受体抵抗：重症病人对激素的“抵抗现象”包括受体前水平皮质醇向炎症部位转运障碍和炎症部位糖皮质激素(GCS)代谢障碍，受体水平皮质醇受体数量减少、功能障碍和受体基因变异等；(3) 尽管机体GCS浓度在炎症后增加，并有可能达到机体的最大代偿水平，但其增加程度仍落后于疾病的严重程度，同时这种高水平的代偿不能有效而持续地保持。

2014年Endocrine Care杂志刊登了一篇比利时鲁汶大学关于危重病持续时间对重症患者肾上腺的影响的研究表明，长期处于重症疾病状

态可能严重影响肾上腺的结构和功能，可能与缺乏促肾上腺皮质激素(ACTH)有关。长期住ICU患者脂质消耗及调控ACTH基因表达的减少，提示持续缺乏ACTH可能增加长期住ICU患者肾上腺功能不全的风险。另有荷兰Margriet FC等的研究表明，在重症疾病应激反应中，肾上腺对内源性ACTH的反应性减退，外源性ACTH刺激后皮质醇增加程度降低，提示重症患者肾上腺功能存在障碍。

综上所述，在重症疾病过程中，肾上腺毫无疑问参与了疾病的发生发展，并有可能加重疾病严重程度，应当引起临床医生的重视。

ICU的医疗质量控制指标

上海交通大学医学院附属瑞金医院 陈尔真

ICU的医疗质量对重症患者预后具有重要影响。危重患者病情复杂，个体差异大；在高度信息化的当今，相关临床知识更新十分迅速；加之不同文化背景对质量的不同理解，因此如何正确评价ICU医疗质量将是一个十分艰巨的任务。

著名Donabedian模型理论目前已成为各国医疗质量评价的重要工具和制定ICU医疗质量标准的基本框架。Donabedian模型主要包括结构、过程和结局三方面评价指标。结构指标主要反映ICU

内人员、制度、硬件配置情况；过程指标主要指ICU医疗内容及与患者交互的方式；结局指标则指治疗措施对患者的最终影响。这些指标各有侧重，各有不足，为准确反映ICU的医疗内涵质量，必须加以综合考虑。从统计学分析来看，单纯结局指标受患者因素的影响较大，而过程和结构指标则更多反映医护水平和医院资源配置。从指标种类来看，结构指标最容易控制，过程指标由于治疗观念不同而难以统一，结局指标的选择则争议更大。

制定医疗质量指标因不同ICU团队文化、价值观及地方政策差异而有所不同，但基本原则是一致的，即应考虑指标的实用性、重要性、相关性、敏感性、有效性和可靠性，其目的以患者为中心，提供安全、有效、高效、公平和及时的医疗服务。目前应用较多的结局指标包括ICU再收治率、标准化死亡指数等；过程指标多使用有无开展应激性溃疡预防、深静脉血栓防治措施和脓毒症实施集束化治疗方案等；结构指标则主要使用ICU内查房制

度及ICU内人员配置。

当前我国正在探索符合国情的ICU质控标准。2006年国家卫生和计划生育委员会颁布《中国重症加强治疗病房（ICU）建设与管理指南》，明确了ICU硬件及人员设施的标准。今年4月，又再次下发学科质量管理指导意见，确定ICU医疗质量的主要指标。但从具体内容来看，仍需不断更新，一些指标权重尚有待调整。在实施中，ICU硬件建设标准的执行仍需努力，ICU医疗质量与医护人员管理机制的关系尚待明确。



颅高压合并急性呼吸窘迫综合征

蚌埠医学院第一附属医院 何先弟

颅高压患者常合并急性呼吸窘迫综合征（ARDS），目前研究较多的为颅脑损伤（TBI）后合并ARDS。流行病学调查发现，20%~30% TBI患者合并ARDS；合并ARDS的TBI患者随年龄增加病死率明显增加，且明显高于未合并ARDS患者。

ARDS造成的低氧血症除导致脑组织缺氧加重外，还可扩张脑血管，增加脑血流，增加颅内压，降低脑灌注压。二氧化碳水平与脑血流呈正向线性关系，因此应尽量避免高碳酸血症，但临床也不推荐持续低碳酸血症，避免对患者造成缺氧相关的其他不利影响。

颅高压相关指南指出，治疗主要目标应为避免脑缺氧引起的二次损伤，维持足够的脑灌注压（ >60 mmHg）、颈内静脉血氧饱和度（ $>50\%$ ）和脑组织氧分压（ >15 mmHg）。机械通气应在维持正常氧合的同时尽量避免对颅内压及脑灌注压造成负面影响。小潮气量、肺复张、最佳呼气末正压通气（PEEP）等常规手段并不适用于该类患者。

对TBI合并ARDS患者而言，目前研究证据表明，应用肺复张手法可使复张后的平均动脉压、脑灌注压、颈内静脉血氧饱和度明显下降，颅内压明显升高，所以肺复张不推荐用于该类患者。

PEEP是ARDS患者维持氧合最重要的措施之一，但同时也会导致胸内压增高，静脉回流受限，颅内压升高。应用PEEP后，若肺泡过度膨胀并伴有二氧化碳分压升高可增加颅内压；反之若肺泡复张并未出现过膨胀的患者应用PEEP并不影响颅内压。该类患者应用PEEP建议监测平均动脉压和颅内压。

目前高频振荡通气（HFOV）常作为挽救性的通气方式用于TBI合并重症ARDS患者，但也有研究显示HFOV联合管内吹气也有一定临床效果。体外膜肺氧合技术目前也被用于TBI合并ARDS患者，但目前仅有少数病例报道，其临床疗效尚需更多的临床研究进一步证实。



提高脓毒症免疫功能障碍的监测水平

解放军总医院第一附属医院 姚咏明

近年来，随着对脓毒症发病本质的逐步了解，临床医师已认识到除感染与炎症过程外，还涉及免疫、凝血及神经-内分泌等一系列基本问题。由于人们对于应激打击造成机体免疫功能失调的关键环节及其在脓毒症中的作用认识不足，导致临床尚缺乏切实可行的免疫状态监测方法，进而影响其有效干预。

中性粒细胞 严重脓毒症状态下PMN迁移能力的减弱及凋亡异常，可导致细菌清除率下降，感染部位损伤得不到有效缓解，加剧脓毒症病程发展。通过测定表达调理素结合受体的PMN数量及其异物的清除能力有助于判断机体的免疫功能状况。

巨噬细胞 在脓毒症的发生与发展过程中，除存在T淋巴细胞的大量凋亡外，巨噬细胞亦出现明显凋亡。巨噬细胞功能性改变（包括亚型分化）及凋亡增加将导致脓毒症及多器官损害，并进一步加重细胞免疫功能紊乱。

T淋巴细胞和调节性T淋巴细胞 应激状态下，T淋巴细胞反应的启动意味着不同类型细胞的应答反应改变。Treg细胞作为免疫系统的主要调节者，不仅可通过细胞接触或分泌抑制性细胞因子发挥免疫抑制效应，而且可能在淋巴细胞凋亡引起的免疫抑制过程中发挥独特作用。

树突状细胞 DC是目前所知体内功能最强的专职抗原提呈细胞。



DC功能状态和抗原提呈能力的改变，在脓毒症病程进展中具有重要作用，动态分析DC免疫功能变化规律，针对DC探索有效调控途径将有助于严重脓毒症的诊断与治疗。

不同疾病的机械通气

东南大学附属中大医院 刘玲



机械通气是挽救生命的重要呼吸支持手段，其目标是在维持合适气体交换的同时，尽量减缓呼吸机相关性肺损伤及机械通气对原发疾

病的影响。

机械通气应针对导致呼吸衰竭疾病的不同进行设置。急性呼吸窘迫综合征（ARDS）合并气胸的患者应重点考虑呼气末正压设置的平衡，在避免肺泡塌陷维持氧合的基础上尽量减少漏气，漏气量大氧合不能维持时，应考虑高频通气或体外膜肺氧合等生命支持手段，气胸持续漏气应考虑外科治疗；对合并颅高压的ARDS患者应考虑过高呼气末正压的设置及肺复张影响颈内静脉回流所导致的颅内压升高，同时需要关注二氧化碳分压水平对脑血流的影响，极度颅高压情况下短期过度通气治疗仍需谨慎；重症哮喘为可逆性疾病，机械通气时需重

点考虑内源性呼气末正压的处理对策，一旦有创通气失败可积极应用体外膜肺氧合进行生命支持，为治疗赢得时间；对合并腹高压患者需关注胸壁顺应性降低对呼吸力学的影响，适当提高呼气末正压水平，防止重力依赖区肺泡塌陷。

机械通气是把双刃剑，注重不同疾病的病理生理改变是机械通气设置的关键。在保证通气和气体交换的同时，既要防止机械通气可能对原发疾病所导致的影响，又要处理好原发疾病的特殊机械通气需求。在机械通气失败或呼吸机相关性肺损伤难以避免的情况下，可考虑体外膜肺氧合等生命支持措施。

人工气道管理：球囊那些事儿

四川大学华西医院 康焰 梁国鹏



康焰

人工气道球囊的前世今生

人工气道是保障气道通畅的有效手段，在重症患者抢救过程中极为重要。然而，在人工气道的建立、维持和拔除过程中，一定程度上损伤和破坏了机体正常的解剖结构和生理功能，给患者带来损伤。人工气道球囊（后简称球囊）功能主要在于密闭气道，保证机械通气有效进行和预防误吸。临床实践中，由于球囊本身的材质、压力、形状和日常管理的不完善，会导致气道黏膜缺血、糜烂、坏死乃至发生气道狭窄、气管-食管瘘、气胸、纵膈气肿等气道相关并发症。

人工气道改进和完善从未停止。单就球囊而言，其在材质、形状、大小等方面一直在进行着改进。从20世纪70年代广泛使用的第1代低容高压的橡胶球囊，到70年代后期第2代高容低压的硅胶或聚氯乙烯球囊，再到目前已经或正在进入临床的等压球囊和

锥形球囊，材质的组织相容性与密闭特性不断改善。在球囊压力的临床管理方面也从定量充气、定时放气，到触摸球囊测压小球评估球囊压力，再到精准压力表球囊压力监测管理。大大降低了球囊相关的气道损伤。

人工气道球囊临床规范化管理实践

球囊最基本的作用是保持声门以下的气道封闭、固定导管，从而保障正压通气的有效完成。球囊的封闭性还能预防口咽和胃内容物误吸入肺部，减少肺部感染。是否需要球囊取决于患者的自主气道保护能力。患者只要存在防止漏气和/或误吸的需求，球囊就应完全充气。气管壁内的动脉压为30~35 mmHg，静脉压为18~20 mmHg。若球囊充气量过大、球囊压力过高即会影响气道黏膜血供。多项研究和VAP预防指南均推荐球囊压力维持在25~30 cmH₂O。可采用自动充气泵维持球囊压，无该装置时每隔6~8 h重新手动测量球囊压，每次测量时充气压力宜高于理想值2 cmH₂O。应及时清理测压管内的积水以免影响测量精度。

在没有条件测量球囊压的情况下，可采用最小闭合容积技术充气：患者气管插管连接呼吸机辅助通气后，当球囊充气不足以封闭气道时，可在患者喉部闻及漏气声。将听诊器放于该处，向球囊内缓慢充气直至听不到漏气声时，抽出0.5 ml气体，再以0.1ml/次充气，直至听不到漏气声。球囊充气能否完全密闭气道，阻止球囊上滞留物下流，除了与球囊充气量和压力有关外，还取决于球囊在气管内的位置，球囊充气后的直径与患者气道的直径是否匹配等。

重症医生如何解读肾RI

上海交通大学附属瑞金医院 汤耀卿

基于超声多普勒技术，计算所得的肾阻力指数（RRI），又称多普勒RRI，是反映肾动脉阻力的定量指标，在一定程度上间接反映肾灌注状况，是唯一可用于床旁评估肾灌注的指标。多普勒测定RRI不仅适用于反复评估监测，而且已成为ICU患者初始肾灌注评估的决定性方法。但其影响结果的因素较多，准确解读非常重要。

准确解读RRI的基础，首先要判别获取数据的准确性。肾超声要求测量叶间动脉或弓动脉的RRI，如取样窗移向动脉远端，收缩期血流下降快，测得的RRI会偏低。

$$RI = \frac{[收缩期峰速 (PSV) - 舒张末期血流速度 (EDV)] / PSV}{舒张末期血流速度 (EDV)}$$
，主要受血管床阻力、血管顺应性和肾灌注压差值影响。

其实临床关注的是肾血流灌注，并非RRI。RRI变化可间接反映肾灌注变化的先决条件肾灌注压不变，而临床上无法监测肾灌注压，因此RRI在重症医学拓展应用的可行性，只能依据相应的动物实验和临床数据予以验证。多种因素如年龄、肾血管顺应性、脉压差、心率、通气及氧合状态均影响RRI值，因此临床上多在血流动力学和氧合状态稳定时测定RRI，同时综合上述因素，合理、准确地解读测定结果。

我们怀着极大兴趣阅读了Dewitte研究，该研究认为，尿素排泄分数低于40%是鉴别ICU中短暂急性肾损伤（AKI）和持续性AKI患者的一个很好地排尿指标。我们同意作者：临床目标是在过渡到小管功能损伤前早期诊断暂时AKI。其迅速识别支持有目的地重建肾灌注和开发减轻急性肾小管坏死的预

的预防策略。



尿素排泄分数基于生物测量，这一尿素为基础的指标不能用于实时评估。在超声的新时代，超声多普勒可通过RRI计算在ICU中床旁评估肾灌注。初步报告表明，多普勒计算RRI是一种用来预测重症患者AKI可逆性的很有前途的工具。RRI是感染性休克相关的血流动力学处理终点，对治疗效果有很大影响。

多普勒RRI预测AKI可逆性的能力超强，使用有几个优点：快速（血液动力学评价的主要优势）、便携性（设备小，完全适合ICU和急诊科）、实时成像、可行性强（肾脏几乎总是可以得到观察）、简单并能够方便地在床边进行肾循环的动态和反复评估。

我们认为，超声是ICU患者初始肾灌注评估的决定性方法。我们想知道，作者是否可以明确告诉我们，根据他们自己的经验，可将肾多普勒超声用于ICU的AKI诊断。

5月24日热点内容抢先看

中外联合版块

24日会议精彩继续，学霸们尽可期待。作为大会的特色之一，今年的中外联合版块将继续集结中美、中欧的学术大牛们，包括美国重症医学会候任主席Craig Coopersmith教授、前任欧洲危重病学会主席Jean-Louis Vincent教授、血流动力学领域国际权威专家法国Louis Teboul教授，国内北京协和医院杜斌教授、隆云副教授，东南大学中大医院杨毅教授，北京同仁医院许媛教授，吉林大学第一医院刘忠民教授等，将围绕脓毒症、血管活性

药物治疗及液体治疗等大家最感兴趣也最有争议的话题展开一场国际交流和演绎。“中美脓毒症的现状如何？”“严重脓毒症与脓毒症休克十年的病死率有什么变化？”“脓毒症休克：免疫状态决定预后？”“评价组织灌注反应：SvO₂，lactate，PCO₂ gap还是其它指标？”“脓毒症中高乳酸意味着什么？”“从SAFE到CHEST研究：胶体治疗循证何在？”，走进中美及中欧联合论坛，您将在这里得到仁者见仁、智者见智的雄辩。

青年版块

青年医师是重症医学的未来，他们是最具活力、最具潜力的群体，是ICU工作的主体，无论是临床工作还是科研工作都能见到他们闪光的身影。24日第十分会场青年论坛将从临床到基础，为我们解答临床工作中的

棘手问题，分享科研工作的心得体会。“早期经验性抗感染治疗失败：如何进行补救治疗？”“肠功能障碍患者：如何进行肠内营养？”“脓毒症休克血管低反应性：如何应对？”，重症治疗中有待共同探讨的困惑，

经过专家们个性化的经验总结，相信会让您茅塞顿开。

临床和科研是推动医学发展的两个车轮，青年医师是科研工作的主力军，好的科研思路最终来源于临床。如何从临床到基

其他值得关注的板块

随着重症医学发展，超声越来越多的应用于重症医学各个领域，是重症患者监测和评估的有力工具，从胸腔、腹腔实质器官、心肺到颅脑、胃肠，超声带给我们的信息远比想像的更多。24日的第四分会场，来自武汉大学中南医院李建国教授，北京协和医院王小亭教授，四川大学华西医院康焰教授、上海瑞金医院汤耀卿教授将带领大家深入解读超声的魅力。

重症患者的神经功能障碍是重症医学领域治疗的难点之一，哪些最新的监测技术及治疗手段能够为我们扫除神经治疗方面的障碍，在重症神经专场期待各位专家的高见。

基础，选择更优的临床课题，开拓更有潜力的研究方向，听一听临床科研思路与设计，灵光就在平时的工作中出现。同时，2014年发表SCI论文的中国青年重症医师代表也将在第五分会场分享他们的最新科研成果。

一场席卷全球埃博拉病毒疫情，牵动了全人类的神经。重症专业医生护士们义无反顾的冲在了第一线，北京协和医院隆云教授等亲历埃博拉的专家将分享这场疫情的感染与防控心得。

儿科ICU医生们和护士同道们一定不会错过为你们特别安排的重症儿科和重症护理专场。

当然，侵袭性真菌感染、急性呼吸窘迫综合征（ARDS）的非机械通气治疗、呼吸监测与评估这些热门话题也将在各个分会场继续为您呈现精彩，期待您的关注与参与！

（供稿 单怡）

经皮氧和二氧化碳分压监测评估微循环：价值与局限

北京协和医院 隆云

应重视对皮肤灌注不足的评价

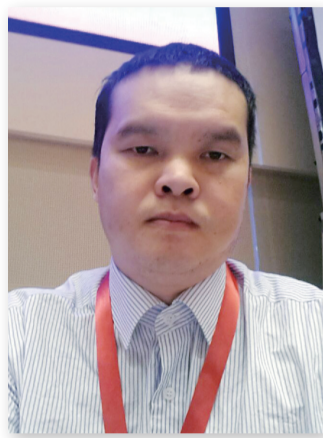
2014年欧洲危重病学会休克及血流动力学监测共识，强调了休克诊断及治疗应重视组织灌注不足的表现，并推荐对高危患者进行常规组织灌注的筛查。2015年血流动力学治疗北京共识，推

荐结合组织灌注监测实施液体复苏及药物治疗。2012国际严重脓毒症和脓毒症休克治疗指南(SSC)针对6 h集束化治疗做出修改，就诊6 h内治疗应注重对皮肤及组织灌注的评估。

皮肤灌注指标的临床应用

外周灌注监测(OCT)用于床旁实时评估硝酸甘油对微循环灌注的改善；远端毛细血管床在受压后恢复其原有颜色所需的时间(CRT)、血管阻断试验(PI)、温度差与硝酸甘油应用显著相关。CRT的应用局限性表现在，CRT可重复性较差，并且不同的观察者来测CRT会

得出不同的观察结果；另外，CRT受温度及血管加压药的应用影响。PI可应用于评估重症患者血管反应性充血能力，而感染性休克患者血管反应性充血能力是下降的。监测皮肤组织中氧分压及二氧化碳分压变化，体现组织灌注水平，表达组织代谢与微循环的状态。经皮O₂、CO₂



是反应组织灌注的有效参数，可以直接用于休克患者的组织灌注监测。经皮氧分压(PtcO₂)可有效评估组织灌注及复苏是否。2006年，美国皇后医学中

心的Mihai Yu教授在SHOCK杂志上发表了关于氧负荷试验的临床研究。研究提示，复苏24 h后，生存组和死亡组的氧负荷值具有明显差距，截断值21 mmHg。

北京协和医院研究团队第一阶段研究提示，经皮氧分压监测在成人的临床应用中，使用氧负荷试验后能提高其反映ScvO₂的

能力，可以预测ScvO₂ <70%；第二阶段研究提示，10 min氧负荷值小于53 mmHg，可以预测心输出量小于3 L·min⁻¹·m⁻²；第三阶段研究提示，10 min-OCT与动脉乳酸水平类似，可以精准的预测ICU死亡率。因此，外周灌注检测看似是一种很简单的工具，但具有很强大的功能：评估全身复苏状态和结果。

小结

综上所述，现代治疗的目的发生了改变，以组织细胞代谢改善作为最终的目标；PtcO₂、PtcCO₂监测是反映外周灌注敏感指标，可应用于休克的早期预警——无创、连续、动态；组织细胞灌注导向治疗具有明确临床可行性，PtcO₂、PtcCO₂可用于反应组织灌注是否充分，从而指导液体复苏治疗；PtcO₂、PtcCO₂相关指标有目前无法替代的临床意义，更具体、有可行性前景。

多模式神经功能监测国际共识

中南大学湘雅医院 艾宇航



经重症患者进行评估时，寻找新发的神经病学损害，同时使用标准的谵妄评估工具；当患者出现谵妄时，推荐使用如ICDSC类的评估量表密切观察患者意识水平，以避免与镇静药物的后续效应相混淆。

血流动力学监测

国际共识推荐，对血流动力学不稳定的患者加强血流动力学监测，必要时使用侵入性监测手段。推荐使用血流动力学监测以保证维持恰当的脑血流量以及氧合指标，建议按照实际情况以及循证证据指导下，采用可以获得前后负荷，心输出量以及全脑灌注的监测手段。

颅内压与灌注压监测

国际共识推荐，尽管目前适应症以及安全阈值尚未统一，但在适应的患者身上，规范化的探头置入可保证ICP的安全性和可靠性，在所有的颅内监测手段取得的数据中，ICP应为首选指标。

新兴的颅内监测手段

脑电图(EEG)以及诱发电位是ICU内最常见的电生理监测手段，国际共识推荐在脑损伤，不明原因的意识障碍患者中常规进行EEG，早期发现并治疗非抽搐性癫痫发作(NCS)。床旁脑代谢监测可以使用微透析的方法实现，在某些患者微透析指标可以早期发现脑组织供能不足以及迟发性脑缺血，协助判断预后。因此共识推荐在适宜的患者中使用微透析，并以此为依据指导滴定式治疗并且判断预后。目前已经逐步投入实用的新型神经监测手段还包括：NIRS-DCS，视神经鞘超声，瞳孔自动测量，去极化层EEG以及基于TCD的非侵入性的ICP测量等等。

2014年美国神经重症监护学会(NCS)，欧洲重症医学会(ESICM)，美国重症医学会(SCCM)以及拉丁美洲脑损伤学会(LABIC)共同推出《多模式神经功能监测的国际共识》(下称“国际共识”)，旨在为重症神经患者的多种监测手段提供一定的参考。

临床系统评估

国际共识主要推荐意见包括以下几点：推荐在急性脑损伤昏迷患者中，常规应用GCS评分或者FOUR评分；推荐在所有能够自我评估疼痛的神经重症患者中，使用NRS0-10评分量表；推荐在缺乏可靠的自我评价NRS的患者中，使用基于行为的疼痛评估量表(BPS)或者(CCPOT)评估疼痛；推荐使用改进的NCS-R量表对严重神经受损的患者如植物状态或者最小意识状态的患者评估疼痛；推荐使用SAS或者镇静评分(RASS)评估镇静状态；不推荐在伴有颅高压的脑损伤患者中使用中断镇静的试验，除非明确利大于弊；建议在对出现谵妄的神

重症超声导向的机械通气撤机评估

中南大学湘雅医院 张丽娜



长时间机械通气可导致院内获得性肺炎、肺气肿、气道并发症、患者不适和花费增加，增加患者病死率，因此，能够在恰当时机撤机拔管对重症患者至关重要。重症超声近年来在ICU中得到迅速推广应用，越来越多研究发现应用重症超声指导撤机，可以对撤机失败的常见原因如肺再度失充气、膈肌功能障碍、心功能不全等进行全面评估，从而减少再插管率。

超声评估肺再度失充气

接受机械通气治疗患者脱机后有可能导致原本充气的肺塌陷，导致肺再度失充气而影响氧合，当肺多部位大面积发生失充气，氧合难以维持，需要重新插管上机。因此，如果能够在拔管前评估撤机导致肺再度失充气的情况就有助于减少再插管率。Soummer等研究就证实，在SBT前后通过肺部超声12分区法检查并根据肺失充气严重程度进行半定量评分，发现采用SBT后肺超声评分>17和<13分别用于预测拔管后呼吸困难和拔管成功时，敏感度和特异度均较高。由此可见在SBT期间通过肺超声检测肺充气状态有助于评估能否撤机成功。

超声评估膈肌功能

在急性呼吸衰竭接受有创通气的患者，膈肌功能不全与死亡率增加和脱机困难直接相关。目前常用的无创性膈肌功能评估方法包括肝脾位移、膈肌位移、膈肌厚度和膈肌增厚率等。美国学者研究了超声测定膈肌增厚率对撤机成功的预测能力，发现膈肌增厚率($\Delta tdi\%$) $\geq 30\%$ 对拔管成功预测的敏感度和特异度分别为88%和71%，受试者工作特征曲线(ROC)下面积为0.79，并且 $\Delta tdi\%$ 在预测拔管成功在PS组和SB组间

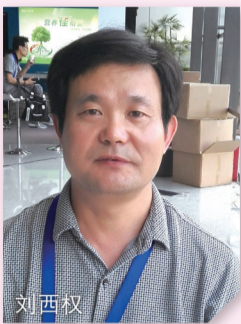
无显著差异。因此，通过床旁超声测量膈肌增厚率可有效预测PS和SB患者能否成功拔管，有助于减少拔管失败次数。

超声评估心功能不全

在撤机拔管失败患者中，心脏功能不全是非常重要的影响因素，对撤机前后患者心脏收缩和舒张功能的评估至关重要，重症超声在此具有其独特的优势。有研究发现撤机失败的患者，SBT前后心功能指数无改变，同时舒张早期二尖瓣血流与瓣环运动峰值速度的比值(E/Ea)显著增加；应用SBT前E/Ea>7.8预测撤机失败的曲线下面积、敏感度和特异度分别为0.86、79%和100%，SBT前E/Ea是与撤机失败独立相关的唯一因素。

总而言之，重症超声作为一种安全方便、无创、床旁、实时动态监测方法，对肺再度失充气、膈肌功能障碍、心功能不全等原因导致的撤机失败具有预测作用，有助于指导重症患者适时撤机，减少再插管率和并发症，对指导脱机具有重要价值，但其有效性及指导界值仍需要进一步大规模临床研究证实。

众说纷纭话年会



刘西权

此次会议是全国重症医学界高水平的学术盛会，对提高我国重症医学科研及诊治水平有重要意义。会上能了解到前沿的重症医学方面的最新进展，例如国际上关于液体复苏、细菌耐药及抗生素应用等方面的目前有较多争议的研究结果，期待今后能将RCT研究的最新进展尽快地传递到国内。希望新一代重症人奉献敬业、科研创新、追求学术。



廖寒冰

中华医学会重症医学分会走过了十个年头，重症人历经磨砺、追求卓越、成绩斐然。非常荣幸参加本次大会，今年重症医学大会形式别具一格，会议安排有序，不少创新之举给大家带来了诸多惊喜。我相信，此次学术盛会的胜利召开必将促进我国重症医学领域多学科学术思想的交融，愿重症医学界同仁共同努力，愿重症医学事业迎来更加辉煌的未来！



李军

重症营养，已经超越传统的“营养支持”概念，成为临床治疗的重要组成部分。近年来，在国际顶级医学杂志上，有多项重症营养方面的RCT研究发表。其中部分研究结论，不断对现有的认识和治疗策略发起挑战。在争论和思考之后，我们对营养的认识也逐步深化。本次大会的多个版块都安排了营养热点话题，有助于推动临床营养的普及和实践，造福广大患者。



高强

本次大会会议日程安排科学，内容丰富，代表着世界领域的最新信息。大会主题“传承与发展”切实表达出了当今重症医学的现状与未来的发展目的，重症医学是年轻的科学，在传承过往的基础上，更重要的是发展，以求继往开来。本次大会的召开，开拓了我们的视野，加深了我对重症医学的认识，学无止境，重症医学的发展潜力亦无穷无尽。



刘曼辉

本次大会盛况空前，内容新颖、涵盖广泛、引领性强，拓展了与会代表的交流平台，体现了整合医学的特征。作为参展商，很荣幸参加此次重症医学大会。在此次会议上，我们更进一步了解了医生治疗、使用产品的需求，也把我们最新产品信息传递给了各位专家，共同探讨医药发展未来，实现一切为了人类健康的宗旨，祝愿我们的重症医学大会越办越好！



余青

恰逢中华医学会百年华诞和重症医学分会十周年之际，能够与全国重症医学同仁相聚上海世博中心感到很开心。本次大会版块设计的比较合理，收获良多。希望及时更新，方便复习。希望下一届大会在中华医学会重症医学分会的领导下，全国重症医学从业人员，老中青济济一堂，加强联谊与合作，提出奇思妙想，展现自我，挑战难题，发展成为接轨国际的大会。



申振压

这是我接触重症医学以来第二次参加全国性的大型学术会议。聆听到国内外专家对一些问题的讲解，使我对一些疑问豁然开朗。听到这么精彩的讲座，也激发了我对科研的热情。在接下来的工作中，一定也要以他们为榜样，沉下心来研究自己感兴趣的问题，在临床和科研上都做出一点成绩。同时，很高兴在研究生毕业之际，能在上海领略一下大都市的风采。



殷荣

每年参加重症医学年会，总会有很多收获。不论是与会专家的精彩演讲，还是会议内容的精心安排，每一项都切合目前最新的诊疗前沿和国际指南的更新，使我们受益很大。每年的相聚和探讨让我们总结这一年的收获，憧憬未来一年的发展和目标，相信明年全国重症医学大会将汇聚更多的创新性技术成果，通过整合医学解析重症医学难题。



陈永刚

本次大会已经进行到最后一天了，通过几天的学习让我解了重症医学领域的最新进展，这为优秀青年医生交流过去一年取得的研究成果提供了平台。专家精彩的报告让我受益匪浅，有助于我更好地从事临床工作，为患者服务。《每日会讯》让我们了解到大会每天的最新消息和讲座安排，我觉得大会组委会做得很有亮点。祝愿中华重症医学砥砺前行，不断实现新跨越！

2015相聚上海 传承重症事业

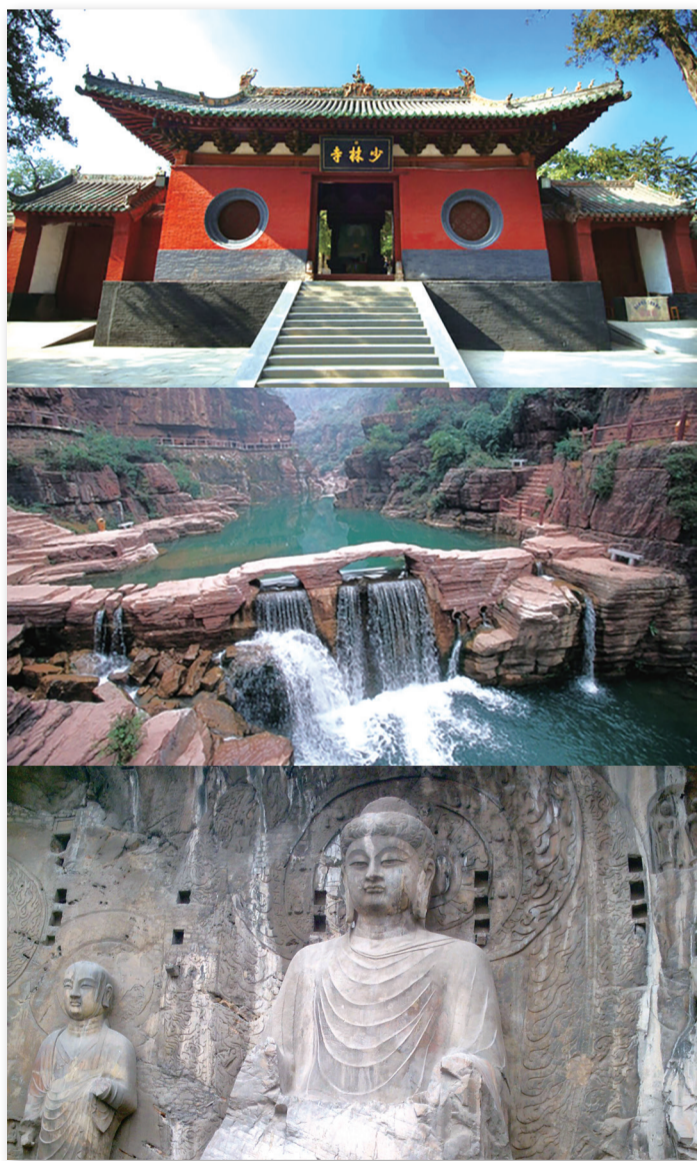


2015年5月24日，由中华医学会、中华医学会重症医学分会主办，上海市医学会承办的中华医学会第9次全国重症医学大会已经接近尾声，大会顺利的进行离不开全体重症同僚的参与，更要感谢上海市会务执行方的精心筹备。

上海市会务执行方在会务准备方面从细处着手，建立医务站，印制会务手册，并安排交通安保和会场安保，对易产生隐患的地方，重点把手，做预案，23个工作组分工细致，各负其

责；Workshop准备方面安排专人对接，准备耗材，鼓励版块负责人积极参与筹备工作，仪器设备在厂商的帮助下均全部到位；组织招募多名志愿者，其中学生志愿者50人，医务人员志愿者70人，预备人员40人，并对志愿者进行了相关的礼仪培训、会务相关业务培训等；大会本着勤俭办会的原则，严格执行八项规定，严厉控制商务宴请行为。重症同仁们，上海一行即将结束，下一站郑州，我们再相约。

(供稿 陈德昌)



2016相约郑州 发展学科未来

嵩岳苍苍，大河泱泱；中原明珠，璀璨华光。河南，是中华文明的摇篮。九朝古都洛阳、七朝古都开封、殷商古都安阳、商业古都郑州……历史名城林立，文化巨帙浩繁。正如——

龙门石窟，卢舍那的微笑穿越千年；
名刹少林，禅拳神腿依旧虎虎带风；
洛阳牡丹，雍容华贵一绽倾国倾城；
云台山水，一步一景满目秀丽漪旖……

物华天宝，人杰地灵的河南，在改革开放的今天，绽露出更加绚丽的容颜。这里，是新中国的交通枢纽，是中原地区的政治、经济、文化核心，是粮食第一大省，是即将出炉的航空、物流中心。

2016年5月，在美丽的河南省会郑州市郑东新区，郑州国际会展中心，将迎来中国医学史上的又一盛事——中华医学会第10次重症医学年会的召开。拳拳仁心、凛凛肝胆；重症医学，铿锵前行。十年，可如白驹过隙，稍纵即逝；亦可如铁杵磨针，粹炼利器。十年来，在中华医学会重症医学分会的引领下，全国重症医学同仁锐意进取、奋力前行、潜心十年、励精图治，从SARS、H7N9到Ebora（埃博拉）的英勇抗击，从汶川、玉树到尼泊尔地震现场的精心救治，ICU的猎猎战旗一直飘扬在各种突发公共卫生事件救治的第一现场。回首十年，我们一同走过学科建设、诊疗规范、质量管控、传承发展，至今日，重症医学已成为捍卫患者生命、坚守生死之门的权业重器。

神农氏尝百草，张仲景写《伤寒》，自古中原医林兴盛，名家辈出。河南的重症医学在这十年里，秉先贤之风尚，乘时代之快车，从无到有，从弱到强，发展迅猛。现在18个地市的综合医院已建立起了289家综合ICU单元，在今年ICU普查中名列全国第三，河南180多个县已经有近90%的医院建立了重症医学科，目前全省ICU总床位达到3687张，重症医学医师1832人，专科护士6093人。

2016年是我国重症医学发展第二个十年的起步之年，河南重症人将努力作好各项接待工作，以完美的服务迎接全国各位同仁的到来。

巍巍嵩山，滔滔黄河；中原腹地，九州通衢。美丽郑州邀请您，厚重河南欢迎您。

腾飞中的河南将带着沉积五千年的古风古韵，张开重焕生机的时代臂膀，邀请各位代表来美丽的千年古都，中原大地，感受华夏文明之光，共商重症医学发展大计！

相约2016，我们，在郑州等您！



第10次全国重症医学大会执行主席 秦秉玉

传播医学信息
引领临床实践



鸣谢：

CSCCM大会每日会讯圆满完成了大会同步报道工作，每日会讯的策划、采编和出版工作得到了中华医学会学术会务部、中华医学会重症医学分会全体成员的鼎力支持，众多参会代表也为每日会讯提供了大量优秀的现场报道。在此，请接受我们诚挚的谢意！《中华医学信息导报》将再接再厉，为全国重症医学同仁提供更加优秀的学术报道！



导报微信扫一扫 掌上内容更精彩！