



周建新 教授



邱海波 教授



杜斌 教授



席修明 教授



管向东 教授



马朋林 教授



陈德昌 教授



大会现场

第六届中国危重病医学研究论坛 & 第六届中国重症治疗技术大会召开 传承与创新并举 打造重症医学新未来

医师报讯(融媒体记者 裘佳)重症医学是守护人类生命的最后一道防线,是反映生命支持技术的最高水平,是医院综合实力的重要体现。中国重症医学发展40余年来,重症人已成为应对突发公共卫生事件的主力军。4月21-23日,由中国病理生理学会、中国病理生理学会危重病医学专业委员会主办,中国医师协会重症医学医师分会协办的“第六届中国危重病医学研究论坛 & 第六届中国重症治疗技术大会”在太原召开。大会共设1个主会场报告、66个分论坛、5场会前会,来自国内外重症相关学科专家和研究人员就在传承和发扬经典基础上,如何开拓创新、推进重症医学领域的健康发展;在医疗技术不断创新,尤其是在AI、大数据、云计算等新兴技术蓬勃发展下,重症医学面临哪些新的机遇和挑战,展开了深刻的探讨。



扫一扫
 关联阅读全文

科研视界

周建新 开展重症领域高质量研究的三大要点

中国病理生理学会危重病医学专业委员会主任委员、首都医科大学附属北京世纪坛医院周建新教授表示,重症医学的临床研究到了非常关键的时期,尽管研究数量有大幅攀升,高质量的研究仍较少。我国重症医学临床研究如何进一步提高影响力?周教授表示,要从三个方面去发展。首先要形成稳定的研究方向。其次,所做的临床研究应符合

合背后的病理生理学机理。重症患者往往存在混杂的相关问题,通过表型等进行分层,去开展相关研究。最后,周教授强调,年轻医生要不断加强文献掌握量才能熟悉领域的发展动态,循序渐进地开展临床研究,最终变成一个可持续的工作状态。早期纳入方法学的专家,可以帮助完善临床研究设计,是做高质量临床研究的前提。

学科发展

席修明 重症医学将进入精准医学时代

首都医科大学附属复兴医院席修明教授回顾了重症医学发展的历史表示,生命体征的获取和器官功能支持是重症医学两个最重要的核心构成,重症医学围绕此不断发展创新。席教授认为,尽管过去重症医学在生命体征获取和器官功能支持上做了很多努力,然而以脓毒症为例,在

所有现有手段用到极致后,依然无法将病死率达到明显的降低。如何开拓重症医学的未来?席教授带来了自己的思考。他表示,未来十年将是重症医学朝精准医疗发展的十年。首先,基因组学、转录组学、代谢组学、蛋白组学等逐渐进入临床,为生命支持带来创新手段。

其次,要重视制度创新,如ICU未来是否开放探视制度等。此外,医疗内涵创新,如提高患者自我管理疾病能力。而大数据的引入,帮助复杂患者分层,还能创新科研方式。最后,席教授表示,还应重视医学人文建设,给予重症患者更多人文关怀和尊严。

管向东 从国家战略储备角度去发展重症医学

“重症医学专业注定与现代医学面对的灾难、瘟疫、战争和临床生命救治密不可分。”中华医学会重症医学分会主任委员、中山大学附属第一医院管向东教授在会上说道,因此,我们国家的重症力量建设亟待

在现有基础上继续提高与加强。应从顶层设计开始,从国家战略储备力量的角度加以发展,推动现代医学的积蓄。管教授介绍,2020年底,重症学科发展框架基本搭建完成。未来方向上,首先要进一步强化科学研究,推动重症发展。其次,重症基本建设亟待进一步

完善“预警-预防-器官支持-长期预后”的“围重症医学科”学科体系。人才培养与团队建设是重中之重,加强专培、住培基地建设。此外,信息化建设是必由之路,国家重症数据库的建设是推动重症发展无可比拟的力量,加强融合、交流、协作和数据共享,推动创新。

邱海波 适应性设计将成为重症临床研究重要方式

中国医师协会重症医学医师分会候任会长、东南大学附属中大医院邱海波教授表示,尽管目前RCT研究被认为是临床研究的金标准,但不可否认,RCT研究存在局限性,如随访时间短,远期效应难以发现;样本量限制;受伦理和人排标准影响,结论外推受限;不适于研究发生率极低的罕见病;通常速度较慢,且试验方案一旦确定后,一般不再做调整。临床流行病学家提出,随机对照研究应该往适应性设计上转变,提高研究的可

操作性,减少时间,减少花费。适应性设计指按照预先设定的计划,其中分析时使用试验期间累积的数据对试验做出相应修改的临床试验设计。其“主方案”(master protocol)的方案设计包括篮式试验、伞式试验、适应性平台试验(APTs)。邱教授表示,适应性设计涉及多个领域、多个干预措施,恰恰是重症医学最迫切需要的。但同时需注意做好事先构架设计、研究组的分配,需要很强的协作精神。

临床规范

马朋林 液体复苏应重视患者病理生理学反应行个体化调整

中国医师协会重症医学医师分会干事长、贵黔国际总医院马朋林教授表示,从拯救脓毒症运动指南中有关脓毒症复苏对策演变中可以看到,目前推荐液体不再“疯狂”,推荐升压药物可以“多样”。事实上,指南的推荐意见常

常面临挑战,如在试图实施这些熟知的、需争分夺秒完成的指令或bundle时,难以完全达到要求,且指南存在局限性,在临床实践中面对一系列Sepsis复杂临床问题时,可以依赖的、有益于临床决策的研究证据十分匮乏。马教授表示,脓毒症患者往往具

有复杂性、异质性,不能机械地用指南去指导,此时要让患者的生理学反应来提示医生该如何调整。复苏过程中病理生理学变化是引领脓毒症复苏待解难题的指路明灯,尤其是对于患有心力衰竭、终末期肾病和感染性休克的患者,应强调个体化对策。

AI 前沿

杜斌 人工智能在重症医学发挥重要功能尚待时日

中国医师协会重症医学医师分会会长、北京协和医院杜斌教授介绍,目前人工智能在重症医学领域的探索和应用包括不良事件的预测、不良结局的预测、医学影像自动化分析、临床决策支持系统、研究及教学等方面,有一定的价值和前景。但仍有很多问题尚未完全解决。如不同临床医生对AI进行训练可能导致AI数据学习产生

偏倚;所谓的生理指标异常,在不同情况下意义不同,反映在AI上就是正常值定义问题;人工智能辅助用于大样本数据间复杂关系分析时也可能会因为最初的人为设定而产生偏倚。因此,人工智能在重症医学领域想发挥很重要的功能尚待时日。同时,杜斌教授强调,医生要将这样的理念常怀于心:“我们治疗的是病人,而不是数字。”

陈德昌 重症营养的五大质控指标

中华医学会重症医学分会候任主任委员、上海交通大学医学院附属瑞金医院陈德昌教授介绍,2015年,原国家卫生计生委印发重症医学科15项质控指标。2020年国家质控中心布置制定质控指标工作任务。2022年,全国重症营养质控专家组形成指标初稿,从有目标性、可测量性、符合国

情三大原则进行制定。营养质控指标包括:(1)EN泵注的患者比率,反映ICU里营养支持方式是连续性还是间断性的;(2)营养风险评估率,反映患者入住ICU后,重症医学科医生是否对营养风险进行评估;(3)48h内EN启动率,反映营养治疗的规范性及启

动指征的把握度;(4)入ICU7d内EN热卡达标率;(5)入ICU7d内蛋白达标率。陈教授表示,后期计划2023年6月开展第一次横断面调查,检查质控指标落实情况。此后进行质量改进。2024年7月后将开展第二次横断面调查,检测方案可行性和依从性。