

重症医学大学科建设的整体观

医师报讯（融媒体记者 裘佳）重症医学在临床医疗领域中占据着至关重要的地位。近年来重症医学发展迅速，学科建设日臻完善，学科队伍日渐壮大，在各种突发公共卫生事件中发挥着日益重要的作用。重症医师们眼中的重症医学是什么样的？我国的重症医学取得了怎样的发展？未来重症医学科的发展方向在哪里？

在第15届中国医师协会重症医学医师分会年会暨中国危重病医学大会上，《医师报》邀请多位专家就重症医学科的学科前沿动态、热点话题、科研创新、人才培养等方面分享信息和经验。



谢克亮教授



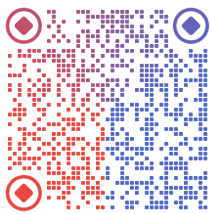
蔡洪流教授



刘雪燕教授



徐宁教授



扫一扫
关联阅读全文

重症专栏编委会

（按姓氏笔画排序）

主 编：杜 斌 邱海波
执行主编：

于凯江 于湘友 万献尧
马朋林 马晓春 李树生
李维勤 杨 毅 周建新
周飞虎 康 焰 黎毅敏

副 主 编：

王锦权 方 巍 尹海燕
邓烈华 石泰东 邢金燕
刘 玲 刘 虹 刘 健
刘利霞 江荣林 汤展宏
许汪斌 孙同文 李文雄
杨 缙 杨春丽 张西京
陈绝波 尚 游 周发春
周丽华 赵鸣雁 钟 鸣
侯晓彤 姜 利 秦秉玉
皋 源 徐 昉 徐 磊
翁 利 黄英姿 黄晓波
隆 云 彭志勇 熊 滨

执行编委：

万晓红 王 岗 王 震
王孝茹 王瑞兰 毛峥嵘
尹永杰 邓医宇 甘桂芬
石广志 申丽雯 主有峰
司 敏 冉 晓 向淑麟
刘 军 刘 芬 刘 楠
刘振宁 刘雪燕 孙 昀
孙 斌 孙志江 李 琦
李金秀 李彩霞 李素玮
何怀武 杨 梅 杨向红
杨荣利 杨晓军 肖 东
吴健锋 何 清 汪华学
沈 锋 张 东 张 安
张丽娜 张延林 张继承
陈存荣 陈耀武 邵 敏
邵换璋 武卫东 林 晓
罗 亮 钊丽波 金雨虹
金晓东 周树生 郑瑞强
单可记 宗 媛 胡 波
胡军涛 柯 路 钟 荣
施贤清 姜志明 姚立农
晁彦公 徐 智 徐永昊
高小芳 郭 丰 郭 鸿
黄祥卫 龚国其 郭志刚
康 凯 蒋正英 韩 艺
韩 斌 喻 莉 傅 强
傅小云 鲁卫华 曾振华
谢克亮 蔡洪流 潘 纯
潘景业 潘熠平 薛 明
戴新贵 瞿洪平

秘书处：梁敏怡 黄玲玲

希为纳® 注射用西维来司他钠
Sivelestat Sodium for Injection

HUILUN 汇伦医药
HUILUN PHARMACEUTICAL

谢克亮 重症医学要向“大学科”发展

“重症医学和其他很多学科相比是一个相对年轻的学科，却是展现医院综合救治实力的重要学科。”天津医科大学总医院重症医学科主任、麻醉科副主任谢克亮教授表示，只有医院重症学科强了，医院各学科才敢收治治疗技术难度高或者疾病危重的患者。另一方面重症医学科又必须与其他专科做好有效协作，待维持生命体征稳定，原发病的治疗还需要专科医生参与救治。

作为一名从麻醉科转向重症医学科的医生，同时又是科室主任，谢克亮分享了自己对重症医学学科发展的见解以及医院重症医学科的特色。目前天津医科大学总医院重症医学科有10个亚专业，以及8个特色技术，跟各专科形成了很强的协作一体化。科室在重症神经、重症血液、镇静镇痛、重症营养等方面有其特色。天津医科大学总医院是全国神经外科发源地，神经内科也实力雄厚，在重症神经领域，科室建立了一系列监测系统，包括多模态脑功能监测，脑电、脑氧、脑血流监测等，在神经相关创伤、脓毒症脑病救治方面有独特优势。在镇静镇痛方面，谢克亮表示要把麻醉领域的理念“加速康复”推广到位，减少患者生理心理的应激反应。

对于未来的发展，谢克亮认为重症医学将来要做成“大学科”，逐渐形成从社区早期发现，院内重症早期预警，到ICU规范诊疗，再到远期预后随访的“围重症医学”理念。“重症医学科应该走出去，不能光在ICU病房。并且一定要关注患者的远期预后。”谢克亮表示，目前国内外在ICU里的死亡率已经非常低，天津医科大学总医院ICU死亡率约3%，但这些病人出院后半年至三年的时间里死亡率却非常高，这就需要将来重症医生走到后方，可以是互联网门诊形式，或者护理团队随访指导康复或治疗。尤其在老龄化时代下，随着人工智能、照护机器人等技术的普及，家庭ICU、社区/养老院ICU终将成为趋势。

蔡洪流 为患者带来更优的诊疗服务

在浙江大学医学院附属第一医院重症医学科主任蔡洪流教授看来，“以患者为中心”在重症医学科体现得最彻底和全面。“重症医学最大的特点是患者病情重、变化快、病情复杂，因为患者很虚弱，甚至是昏迷的，连表达痛苦的能力都没有，因此医护人员要紧盯患者来发现他的病情变化。”

同时重症医学科又是一个相对新兴的学科，新的理论、新的设备、新的药物不断支持重症医学科发展，帮助抢救极其危重的患者，挽救生命。因此，重症医生们都是特种兵，需要会使用各种“尖端武器”，帮助守住最后一道防线。大数据、人工智能的快速发展，为重症医生提供了很好的助力。“由于重症患者病情重、变化快，患者床旁往往有大量监护仪、输液泵、微量泵，还可能有呼吸机、肾脏替代/肝脏替代的机器，甚至可能有ECMO等抢救设备。这些设备会产生大量数据，AI模型建设可以帮助开展高质量数据的获取、大数据分析，帮助ICU医护人员预警预测，提高质量，改善效率，让ICU医护有更多时间做人文关怀、护理、心理治疗等，最终让整个疗效更为显著。”

重症医学还是最需要协同发展的学科。重症医学科内部需要医生、护士、呼吸治疗师、临床药师、康复师、营养师等形成团队，密切配合；重症医学也一定牵涉到内外各专科医生的互相配合；甚至在大数据、信息化背景下需要跟科研院所、研发生产新技术设备的企业密切配合。多学科、多领域协同下才能促进整个重症医学的发展，为患者带来更好的救治效果。

刘雪燕 监测+预后 让重症医学更完整

“国内的重症医学在老一辈重症专家的带领下，年轻一代已经越来越走到重症的前沿。”从事重症医学25年，深圳市人民医院重症医学科主任刘雪燕教授对重症医学的发展颇有感慨。刘雪燕认为，重症医学和其他一些专科相比，更偏重于整体，治疗的不是单一的疾病，而是人体整体的预后过程。因此，要求重症医生从各器官功能整体的状态去监测、评估和治疗。

“以前重症是所有疾病最严重的阶段，但现在看来重症医学应该包括疾病的预防，以及之后的预后。监测和预后已经有机的融合在一起。这就要求重症医生的知识要非常全面，对重症医生的毕业后继续教育要求也非常高。不光重症治疗技术的熟练，一些感染脓毒症、多器官功能衰竭、各专科发展等动态知识更新的要求也非常高。”

刘雪燕认为，人工智能的发展对于重症医学具有重要意义。针对人工智能的发展对于重症到底是使医生思考得更少了，还是为医生腾出了一些时间和空间，更多地去守护在患者身边这一焦点争议问题，刘雪燕表示，之前她阅读了一本《数字医疗》的书籍，上面提到美国在推行信息化建设的前期也会出现这样的问题，医生可能很多的时间在电脑旁边，在床边的时间就会减少，但随着人工智能的不断发展进步，人工智能必将能够解放医生的时间，让医生有更多的时间去观察患者的变化、病情的变化，以及守护在患者床旁。人工智能必将为重症医学和整体的医疗带来前景和曙光。

涂宁 ARDS全球新定义助力早期诊疗

2023年ARDS全球新定义发布，对临床诊疗带来了很大的变化，成为相关领域医生关注的焦点。陕西省榆林市第一医院榆林院区重症医学科主任徐宁教授表示，在2023年新定义之前，临床上一一直用的是2012年柏林定义，但在过去的新冠疫情救治过程中，柏林定义的不足之处逐渐显现，如诊断时间的限制、影像学上的限制、血气分析进行疾病分层时诊断现场条件的限制等，导致ARDS很大程度上被延迟诊断，患者预后较差。

基于这些大背景下，2023年全球新定义有了较多的更新：用氧饱和度替代了血气里的P/F，能将不上呼吸机的一类患者尽早筛出来，尽早干预，不使其发展为都必须做气管插管、上呼吸机才认识到是因为ARDS干预的延迟所致。既往用柏林定义经鼻高流量无法诊断ARDS，现在全球性定义可以不上呼吸机，用经鼻高流量或用无创呼吸机，HFNC流量 ≥ 30 L/min或NPPV/CPAP的呼气末压力 ≥ 5 cmH₂O，可以血气，也可以值脉氧饱和度，P/F ≤ 300 mmHg或S/F ≤ 315 就可以尽早诊断ARDS。在资源有限的地区，比如没有经鼻高流量或者无创呼吸机，诊断不受吸氧流速和呼气末正压的限制，只要S/F ≤ 315 就可以诊断ARDS。

“因此，我觉得这个新定义使我们临床诊疗更加灵活，诊断可以提前，敏感性更高，有利于尽早提供干预措施，让患者尽早得到专业的救治，减少其不良预后。任何一个疾病早诊断早干预才能有好的预后。”徐宁说。