

打造感染防治国家级战略平台



邱海波 教授

医师报讯（融媒体记者 裘佳）中国医药教育协会感染疾病专业委员会（IDSC）作为国内感染病学领域权威学术平台，自成立起就打破了传统学科壁垒，建立“大感染”理念下的多学科协作模式。11 年来，通过制定行业标准、培养青年人才和推动国际合作，为构建完善的感染防控体系作出重要贡献。IDSC 第三届主任委员、东南大学附属中大医院邱海波教授带来感染疾病流行现状与趋势、新时代下感染人才培养，及对 IDSC 未来建设规划的分享。

感染病流行趋势：新老并存 快广难控 宿主复杂

“感染性疾病流行趋势依然是复杂和深刻的。”邱教授介绍，一方面新发突发传染病持续威胁人类并呈现常态化。如新冠疫情虽已结束，却有新发的猴痘、高致病性禽流感等的不断出现。“下一个 X 传染病会是什么我们无从得知，但可以明确的是威胁始终存在！”

另一方面，传统的感染性疾病变得越来越严峻。如多药

耐药、泛耐药问题变得越加突出，性传播疾病有抬头之势，疫苗可预防的疾病可能因疫苗覆盖不足而出现局部复发暴发。老龄化、免疫抑制状态（如肿瘤、自身免疫病、器官移植）、侵入性的医疗操作等，使原来的机会感染、条件致病菌（如耳念珠菌、肺孢子菌、隐球菌、巨细胞病毒等）变得愈加常见，这些都将成为未来的挑战。

此外，随着全球化交流的日益频繁，感染性疾病的传播速度大大加快，很多原来只在局部暴发的感染可能很快能出现全球化传播。人畜共患疾病风险，尤其是禽流感，还在持续。脆弱人群（包括老龄、慢性疾病、免疫抑制疾病）、健康不平等问题等，都会造成这些人群更需要关注多重感染和共同感染。

新时代感染人才培养需关注四大系统性要求

邱教授认为，正是这样的新的感染疾病特征趋势和变化，对感染人才培养提出了系统性要求。首先是能力的重构，需要从单一的感染或相关专业向医防管综合能力的提升转型。临床和公共卫生要深度融合，需要感染人才重构临床和公共卫生技能。临床能力聚焦于感染性疾病的精准诊疗，而公共卫生更强调监测、预警、流行机制判断、应急预防，管理部门则是卫生决策、资源协调、社会治理能力的体现。既往在感染领域，临床、疾控与管理都存在壁垒，未来跨机构、

跨大专业的融合协作能力非常重要。

其次，在新形势下，人才培养的教学、实践学习模式要发生改变。既往的模式更多的是理论到临床实践。但随着数字化时代的到来，把感染性疾病诊疗能力培养与实战化数字化演练、模拟培训相结合，对提高整个胜任力具有重要意义。“人工智能在整体感染性疾病预测和治疗方面，有了越来越大的作用，包括新药研发、病原诊断、抗菌药物耐药预测等，我们应该拥抱新科技。”

同时，强调制度和体系支持，构建分层培养和激励机制。邱教授表示，目前尽管有各种培养体系，但对于国家、省市、县级层面感染性疾病的分层培养体系仍需加强。

最后是加强人文和价值观的培养，对感染性疾病的人文和价值观应更多强调“人民至上，生命至上”的精神，培养使命感和责任感。

总之，新时代感染人才培养，感染性疾病的诊断、救治、预防能力是核心，学科交叉是框架，制度创新是保障。

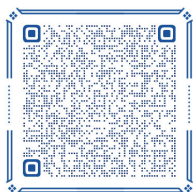
构建“顶天立地” 感染性疾病防治新生态

“IDSC 作为一个建立了 11 年的成熟的感染防治多学科协作平台，未来应更进一步，向打造感染性疾病早防早治、精准治疗的国家级战略平台迈进。构筑‘顶天立地’的感染性疾病的防治和转化的新生态。”邱教授表示。

IDSC 建立之初就聚集了国内感染相关领域的顶尖专家，可利用多学科交流协作的优势，倡导创新性研究，攻克感染性疾病防治的核心环节、核心瓶颈问题，如病原微生物耐药的关键机制、病原微生物的进化等。同时可以倡导建立临床转化枢纽，打通感染性疾病实验室到临床到整个社会全链条、大感染诊疗方案的普及。在国家战略层面，IDSC 的多

学科特色能助力构建感染性疾病公共卫生的平战结合防控体系，促进智能预警和应急资源储备。在人才培养方面，IDSC 可以开展菁英计划、能力提升计划等，打造抗感染领域的复合型人才。

此外，要加强感染性疾病防治的深度网络化和区域化，促进形成一个从国家到省到县到区域的防治体系。促进多学科交叉创新融合，建立感染+X 的联合体，促进学科交叉生态。



阅读年专题
扫一扫

感染多学科协作 将向智能化、精准化方向演进

医师报讯（融媒体记者 裘佳）感染性疾病感染部位、病原谱系复杂多样等特点，其诊疗涉及多个学科，因此 IDSC 建立之初就强调了多学科协作，并将相关的七大领域顶尖专家联合到一起，共同推动多学科协作的落地，以及交流协作、融合创新。感染多学科协作需要注意哪些关键环节？经过多年实践，感染多学科协作又有哪些创新模式？医师报特邀 IDSC 名誉主任委员、浙江省人民医院副院长俞云松教授，IDSC 候任主任委员、复旦大学附属华山医院抗生素研究所所长王明贵教授带来分享。

俞云松 多学科协作是破局复杂感染的金钥匙



俞云松 教授

“感染性疾病的诊疗需建立‘病原体-宿主-抗菌药物’三维认知框架，单一学科视角已无法应对临床患者的复杂性。”俞云松教授指出，尤其在新冠疫情后，呼吸系统感染的防治格局发生一些变化：尽管上呼吸道感染病原谱总体没有大的变化，但甲型流感、支原体肺炎及百日咳等在局部地区出现暴发流行，叠加老龄化进程加速、共病负担加重等因素，临床诊疗正面临三重挑战：病原诊断时效性不足、耐药机制复杂化、宿主状态精准评估困难。

感染多学科诊疗不是学科

间的物理叠加，而是通过机制创新实现诊疗全流程的深度融合。以重症肺炎为例，其救治需跨越四大技术壁垒，包括病原学快速诊断、抗菌药物优化难题、器官功能支持技术整合、医院管理部门协同合作。目前浙江省人民医院正在大力加强多学科诊疗团队建设和 MDT 诊疗工作，开设了 MDT 门诊，同时要求对病情复杂的住院患者都进行 MDT 团队会诊，从机制上推动多学科协作的实施。

“随着 5G 通讯、人工智能（AI）等技术的成熟，MDT 模式将迎来迭代升级。”俞教授表示，通过远程会诊平台，基层医院可实时接入国家级 MDT 团队，只要患者有需要，随时随地可开展多学科会诊。基于 AI 技术推动快速药敏，整合患者基因组学、暴露史及流行病学数据构建快速诊断体系，为个体化用药方案提供助力。

王明贵 多学科融合协作驱动感染精准诊疗体系构建



王明贵 教授

王明贵教授强调，感染性疾病的跨学科属性远超表象认知。以糖尿病合并感染为例，血糖紊乱会显著增加感染的易感性和复发风险，内分泌科介入成为诊疗链必要环节；发热待查病例中，风湿免疫性疾病、血液系统肿瘤等非感染性病因占比高，需多学科联合排查；在脏器感染处置层面，肝脓肿、脓胸等重症需外科介入实施精准引流，方能实现感染灶控制与药物治疗的协同增效。更值得关注的是，抗菌药物科学化管理（AMS）、疾病诊断相关分组（DRG）支付改革、药品集采政策落地等管理维度，均

需要医疗行政管理者与临床专家形成政策-实践对话机制。“在耐药形势日益严峻的今天，多学科协作是感染诊疗和防控的必然趋势和要求。”王教授说。

面对耐药菌全球蔓延的严峻挑战，多学科协作的模式也在日益成熟和多样化。王教授介绍，在医院层面首先要让更多人理解多学科在感染诊疗的重要性，并建立相应机制推广多学科理念和实践。专业人才的培养对于多学科机制的建立与推广起着关键的作用。诊疗技术的不断发展更新也为多学科协作建立了更多纽带。例如近年来发展迅速的二代测序、快速分子检测技术等，可使临床微生物和临床医生间的交流沟通更为密切。

王教授表示，随着人工智能辅助诊断系统、微生物组学等前沿技术融入，多学科协作将向智能化、精准化方向演进。



感染病学专栏(95)		
主办：中国医药教育协会感染疾病专业委员会 协办：解放军呼吸病研究所		
主 编：	邱海波	俞云松
	王明贵	
执行主编：		
管向东	吴德沛	瞿介明
宗志勇	卓 超	解立新
本期轮值主编：陈轶坚		
编 委：		
陈静静	陈 衍	崔兰卿
刁孟元	房孝生	符一骥
耿晓霞	郭 强	郭 燕
何 超	李 丹	李 曦
刘春燕	刘笑芬	刘紫钰
罗益锋	倪文涛	皮博睿
秦晓华	曲俊彦	石 威
孙文达	王 俊	王 鹏
王韧楠	王 睿	肖 坤
许红阳	徐小勇	薛 明
阎 雪	杨 震	袁红霞
翟 茜	张 鑫	张 樱
郑欣婷	朱迎钢	