

国之良医

柯路问“道”杜斌
重症医学科的传承与前行

医师报讯（融媒体记者 宋菁）日前，第十六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-2025（CCCC2025）在南京召开。会议期间，《医师报》特别策划了重症领域两代医者对话活动，邀请国内重症医学领域优秀中青年代表南京大学医学院附属金陵医院柯路教授与 CCCC2025 大会主席、北京协和医院杜斌教授同台对话。双方围绕大会主题解读、科研、人才培养、人文关怀等话题进行了深入交流。

关键词 会议主题

“我”就是主角

柯路：CCCC 2025 的主题为“生命，每个人都是主角”，您是如何解读的？

杜斌：这一主题包含了两层含义。一方面，从医生的角度来说，不同年资、不同岗位的医生，责任和角色虽然有差异，但不能把日常诊疗、科研、教学、管理这些工作截然分开，认为“这是你们的事，那是我们的事”。恰恰相反，在学科发展和日常医疗工作中，每个人都应当

发挥主观能动性，尽己所能、全力以赴——既要尽力救治每一位患者，也要在医教研各方面协同发力。从这个意义上讲，每个人都是主角，而不是“只有主任是主角，自己只能被动服从”。

另一方面，在患者救治过程中，我们也希望患者及家属能发挥自身作

用——无论是在早期治疗决策中，还是在后期康复阶段，甚至更多环节中，他们的参与都至关重要。与病魔斗争的过程中，我们和患者及家属是同一个战壕中的战友，只有调动所有人的力量，凝聚成合力，才能达到最好的救治效果。我想这也是本次主题希望传递出来的。

关键词 原创研究

学科迈向成熟的必由之路

柯路：重症医学领域该如何做出更多原创研究，最终改变临床实践？

杜斌：首先我想说，“不着急”。像神经内科、心内科、肿瘤科这些专科，确实给我们树立了很好的榜样，但重症领域有它自身的特

点和难点。

要做得更好，首先得做好“定位”。不同医院的责任不同，现在这种“全民做科研”的模式显然行不通，只会摊薄资源，无法集中力量办大事。科研的多样性是学科成熟的标志之一，不能所有人都做同一方向的研究，每个人应该结合自身优势、兴趣和手上的患者资源，在特定领域沉下心来深耕，多年之后才可能有收获、出成果。

之所以说“不着急”，是因为我们真正接触科研也就是最近这些年的事。现在甚至有不少科主任都还没搞明白科研和 RCT（随机对照试验）到底意味着

什么。比如疫情期间，我们想开展激素治疗新冠的研究，有医生就问我：“要是患者分到了安慰剂组，不用激素，这 7 天过了之后我能不能给他用？”这不是医生的问题，而是他们缺乏相关的科研培训。

现在的年轻人对科研有很高的兴趣和热情，这是好事。虽然不是每个人都要做科研，但科研需要每个人参与。等更多人接受了系统的培训，有了科研认知和实践经历，未来我们的科研之路自然会走得更顺。只有把基础打牢了，大家做科研才会更得心应手，各自领域里才会慢慢冒出成果来——这本来就是个循序渐进的过程。

关键词 人才成长

给年轻医生的三点忠告

柯路：现在越来越多的“00 后”医生开始加入重症医学队伍。对这些年轻一代的重症医生，您最大的期望是什么？

杜斌：这些年轻医生的加入，给重症领域注入了活力和生机。很多年轻人思维活跃，接受新技术的意愿和速度，比我们快得多——这是好事，“一代更比一代强”本就是我们的期盼。如果只是单纯传承上一辈的知识，远远不够，更要在此基础上有所发扬。

同时我也希望他们牢记：我们首先是临床医生，临床工作是根本，是本职——我们不是单纯的科

研人员或教师，临床工作必须扎根床旁，我们讨论的核心永远是病人，是疾病的诊疗需求。

如果要给年轻医生三点忠告，那就是：第一，到床旁去；第二，不要只看数字；第三，不应该只关心技术。

“到床旁去”，才能真正理解床旁意味着什么。我们老一辈医生看病，不只是看某个指标与正常值的差异，还靠在床旁与患

者接触所产生的临床直觉。

“不要只看数字”，是说数字固然重要，但更要关注数字的变化——比如监护仪上的波形，以及这些数字背后真正的临床含义。

“不应该只关心技术”是指会操作 ECMO、气管插管、肺动脉导管、纤维支气管镜固然重要，但它们都只是治疗手段——所有技术手段的最终目的，都是为了更好地治疗疾病。

关键词 人文关怀

了解医疗决策的难处

柯路：当前，我们越来越意识到家庭参与在危重患者救治过程中的重要性——即便患者无法沟通，家属在身边也能给予患者不一样的力量。在您看来，未来几年我们有哪些需要重点推进的工作？

杜斌：让医护人员充分认识到家庭参与的价值，确实还需要一个过程。作为 ICU 医护人员，未来我们要思考如何动员“同一战壕里的其他战友”——也就是患者和他们的家属。

事实上，大多数家属是通情达理的。只要我们坦诚沟通，让他们了解医疗决策的困难和难处，他

们往往更容易接受，包括接受不理想的治疗结果。把情况讲清楚、说明白，无论是选择积极治疗，还是决定适当限制治疗强度，家属都会更理解、更配合，沟通自然也会更顺畅。要让更多医护人员真正明白这个道理，我们还需要做更多工作。

另外，现在很多医院都开展了缓和医疗有关工

作，但不能简单将其等同于生命终末期的照护，比如仅限于晚期肿瘤患者。

在 ICU，我们常常需要向家属传递不好的消息，也频繁面临治疗两难的处境。这时候，恰恰更需要借助缓和医疗的理念，把人文关怀做到位，同时发挥家属在救治过程中的作用——这值得大家深入实践。

重症专栏编委会

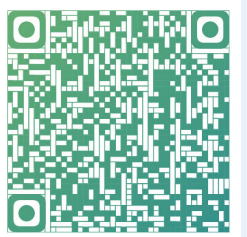
主 编：杜 斌 邱海波
执行主编（按姓氏笔画排序）：

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（按姓氏笔画排序）：

王智勇 方 巍 尹海燕
邓烈华 石秦东 邢金燕
刘 虹 刘 健 刘利霞
刘松桥 江荣林 汤展宏
许汪斌 孙同文 李文雄
杨 缙 杨春丽 张西京
陈纯波 尚 游 周发春
周丽华 周 敏 赵鸣雁
钟 鸣 侯晓彤 姜 利
秦秉玉 皋 源 徐 昉
徐 磊 翁 利 黄晓波
隆 云 彭志勇 虞文魁
熊 滨

秘书处：梁敏怡 黄玲玲



扫一扫
编委会完整名单



ARDS 患者俯卧位过程中机械能增加与 ICU 病死风险相关

医师报讯（融媒体记者 黄玲玲）近日，北京协和医院内科重症监护室（MICU）吴瑶、杜斌、翁利发表了一项急性呼吸窘迫综合征患者俯卧位过程中机械能变化与病死率相关性研究。（Crit Care Med.7 月 31 日在线版）

研究基于北京协和医院重症数据库进行，共纳入数据库 2013 年 5 月 14 日至 2024 年 5 月 30 日期

间、接受有创机械通气和俯卧位治疗且符合入排标准的 1078 例 ARDS 患者。

中位年龄为 63 岁，男性占 66.8%，ARDS 主要病因为肺部感染（87.2%），ICU 病死率、住院病死率和 28 天病死率分别为 20.9%、22.4% 和 29.1%。根据是否在 ICU 内死亡分为存活组和非存活组，两组的中位俯卧位次数均为 4 次，中位俯卧位时长差

异无统计学意义。俯卧位过程中，存活组机械能逐渐下降，而非存活组机械能增加，仰卧位复位后，两组患者机械能均呈现向俯卧位前基线机械能水平回归趋势。俯卧位过程中，与存活组相比，非存活组机械能显著增加。根据 Δ 机械能的中位数将患者分为俯卧位过程中机械能升高组和降低组，俯卧位过程中机械能升高组的 ICU

病死率、住院病死率和 28 d 病死率均显著高于俯卧位过程中机械能降低组。多因素 Cox 比例风险模型显示 Δ 机械能与 ICU 病死风险增加有关。且俯卧位过程中机械能增加也与住院病死风险和 28 d 病死风险增加、30 d 无机械通气天数减少有关。

研究结论表明，在 ARDS 患者中，俯卧位过程中机械能增加与 ICU 病

死风险、住院病死风险及 28 d 病死风险增加相关。在俯卧位前后密切监测机械能变化可能有助于筛选俯卧位有反应性的患者。



扫一扫
关联阅读全文