

席修明：医者仁心 行方智圆

▲ 本报记者 许奉彦 董杰

12年前的春天，很多人都经历了那场席卷全球的SARS传染，时至今日，人们对它的惨烈程度仍然心有余悸。现在，当突发传染病发生时，重症医学（ICU）医护人员冲在抢救一线已经成为常态，但是在2003年之前，ICU在突发传染病患者抢救中的作用并未被发现和重视。

事实上，从最初的外科ICU、内科ICU发展成重症医学科——现代意义的ICU，经历了一段漫长的过程。作为中国医师协会重症医学医师分会会长、首都医科大学附属复兴医院院长的席修明教授深有感触，可以说我国的ICU是从3张床的病房“起家”的。如今，重症医学的两个责任已十分明确，第一是管理高危住院患者，进行生命支持；第二是抢救ICU以外的重患者，即让普通科室的重患被医生发现并及时转到ICU进行抢救，后者往往难度更大。



危难事件下 重症医学步入社会救援时代

正是从SARS时期的毫不犹豫参与到抢救患者开始，让席修明和重症医学一起，“走入社会救援时代”。

2003年，SARS肆虐中国，最严重时每天发病率高达200多人，病死率不断攀升。“在抗击SARS初期，参与抢救工作的是传染科和呼吸科的医护人员，后来发现SARS可引发病患者严重的呼吸衰竭，ICU开始介入。”

未听同行劝阻

参与抢救世界劳工组织官员，是席修明第一次与SARS患者近距离接触。2003年4月初的一天，接到北京市卫生局的会诊电话后，席修明迅速赶往地坛医院。途中，一位医生朋友在电话里叮嘱他“千万别插管，否则很容易被传染”。当时，广州治疗SARS的经验是，气管插管引起患者咳嗽时，SARS病毒会随着飞沫溅到医

人员的脸部、口罩和防护镜上，极易引起感染。然而，赶到地坛医院时，席修明发现，患者已经昏迷，情况危急。“人都是紫的，呼吸五六十次，心率一百五六十次，快不行了，必须得插管”，他没有犹豫，马上给患者进行气管插管，应用呼吸机辅助呼吸。

之后，席修明开始奔波于佑安、地坛等医院，指导和参与抢救SARS患者，成为北京市专家组成员后，更是吃住在指挥部。

业界称道的“敢死队”

随着疫情加重，北京市政府领导决定腾出条件较好的中日友好医院和宣武医院，将区县医院中病情严重的SARS患者转运到这两大医院集中救治。在转运患者的过程中出现一个严重的问题：“对于需要插管、上呼吸机的重患，普通的急救车难以转运，如果硬转，在半道上，甚至还没有出大门就可能停止心跳，怎么办？”

席修明和北京大学人

民医院安有仲、北京协和医院杜斌教授分别带队三辆救护车，开始转运极重患者，这也成为后来业界口中的“三支敢死队”。

席修明说，自告奋勇参与转运是因为本身拥有重症抢救技术和经验要求自己去承担。从当年5月7日始，三位ICU专家开始转运重患，到6月底共转运160余患者，成功完成了全部SARS重患者转运，无一例外。

击败死神的欣慰

每次与死神展开殊死搏斗，努力挽救一个个生命时，都是席修明最亢奋的时刻。在解放军309医院，一位年轻的母亲因呼吸急促，已进入半昏迷状态，席修明有条不紊的给患者插管，接好呼吸机，将患者调整到最佳状态，抬到救护车上。夜色中，救护车从西山脚下的解放军309医院开到宣武医院。在安顿好患者之后，救护车赶回急救中心，席修明和同事一起徒步走回驻地，

全身是汗，此时已是夜里3点。“就是这一夜，让这位年轻患者抢救成功了。”席修明无比开心。

在这场SARS医学战役中，ICU抢救突发传染病患者的作用开始受到重视。之后，从2005年四川猪链球菌感染，2008年汶川地震，2010年玉树地震、舟曲泥石流，2013年雅安芦山地震，2014年昆山工厂爆炸事故到今年“东方之星”号客轮翻沉事件，在更多社会救援的前线战场，ICU医护人员的身影随处可见。

在玉树地震救援中，席修明受命赶赴支援地震伤员最多的华西医院，当时医院里很多普通科室的重患因为没能及时转到ICU而耽误抢救时机，病死率不断攀升。席修明当即向院方提出条件：“地震伤员绝不能死在普通病房，病情一旦恶化，须尽快转到ICU！”他们按照国外标准，列出普通病房转ICU的标准，向各个科室进行宣传，终于将事态稳定。

医学的本真是对人性的关怀

然而，具有讽刺意味的是，人们也从来没有像今天这样如此强烈地对医学产生疑惑和提出批评。

“在西方，人们从来没有像今天这样如此健康、长寿，医学的成就也从来没有像今天这样如此巨大。然而，具有讽刺意味的是，人们也从来没有像今天这样如此强烈地对医学产生疑惑和提出批评”，这是罗伊·波特在《剑桥医学史》序言中的一句话，也是席修明最喜欢的一段话。

如今在各国，医患关系紧张、崇拜技术轻视关怀的现象普遍存在，医学的出路在哪里？席修明说，医学是饱含人文精神的科学，其本真是对人性的关怀，让医学回归“仁术”，彰显人文底蕴，才是医学发展的最好出路。

“医生，首先要是一名利他主义者，具有高度的奉献精神，时刻为患者着想，这样才能得到社会的尊重，实现自己的价值。”席修明认为，医患关系出现问题，很大程度上与医生的人文素养不足有关。一名合格的医生，不管在大灾难面前还是在日常诊疗中，都要有时刻为患者着想的人文素养：在为患者治疗中，如何尽量减少患者痛苦；在手术中如何尽可能降低对患者肌体的损伤；为患者提供一个效果好且经济的诊疗方案；为一位遇到乳房、子宫方面疾病的少女尽可能地保留住乳房和子宫等。“我们在崇尚医学技术的

时候，也要对患者进行心理安慰，注重人文关怀，让医学变得有温度。”

当被问及备受关注的终末期“尊严死”时，席修明坦言，关于成年人在生命终末期，是否有权利选择不使用徒然延长死亡时长的生命支持系统，如人工呼吸机、心肺复苏术等，自然、有尊严地死亡，始终没有一个明确的答案。

一个11岁小男孩，翻单杠时摔下来，高位截瘫，颈椎完全断裂，重度颅脑损伤，已经脑死亡。治疗一个月后，患者还是要依靠呼吸机维持生命，完全无自主呼吸能力和任何好转迹象。最后，院方交代病情后，孩子的爸爸妈妈、爷爷奶奶、姥姥姥爷，六个人开家庭会议，最后决定放弃。

“家属选定了一个日子，将床上摆满鲜花，我把孩子的呼吸机摘下来。医生本来是抢救患者的怎么变成杀人的了？这给医生很多伦理压力。”席修明说，“如何去划定伦理界线？是否有必要立法？患者即将离世，医学上已经没有办法挽回，医院到底是应该尽全力抢救延长其生命，还是节约原本就非常稀缺的医疗资源，让患者自然死亡？这是需要探讨的。”

目前国内有“选择与尊严”网站，专门设置了人们在健康时留下遗嘱，以选择自己在生命终末期时是否进行治疗。“但是，依然存在很多法律上的问题。”席修明说。

从3张床病房“起家” 学科已成为超级交叉学科

学科要发展，有个重要问题仍存困扰：具备什么素质，达到何种标准，才是一个合格的ICU医生？

北京协和医院陈德昌教授于1979年被原当时的生部派到法国学习重症医学专业，回国后，1982年在协和医院创办了我国第一家ICU病房。病房很小，只有3张床，但是其理念、操作、运行方式都已达到

国际标准。

1986年，席修明到协和和医院进修。期间思想受到极大震动：一些在内科的支持治疗中抢救不了的重症患者，在ICU强有力的生命支持下却能够抢救成功！自此，他对重症医学产生了浓厚的兴趣。在协和和医院进修两年，将重症医学各方面知识掌握全面之后，1989年席修明在复兴医院建立了一个有3个医生、6张床的ICU病房。二十多年后，复兴医

院的ICU已发展至今的18个医生、60个护士、24张床，抢救重患者数量从之前的每年两三百个增加到现在七八百个，数字的变化，则是ICU在中国发展壮大的一个重要缩影。

现在，重症医学抢救重症患者的优势已经得到公认，几乎所有医院都开设了ICU。2005年，中华医学会成立重症医学分会。重症医学科成为临床医学的下属二级学科。我国每年从事重症医学的工作者，

ICU的床位数和科室的数量也在飞速增长。“如今，重症医学已经成为超级交叉的学科。”

“基层ICU医生、大医院ICU医生需要接受何种培训，达到什么标准才能抢救患者？”席修明说，“现在，国家卫计委已将专科医师培训列入医改重要组成部分，已有住院医师培训、考核，下一步就是专科医生考核。未来，希望学会能够在专科医师的准入和培训方面不断推动。”