

2月27日，中华医学会呼吸病学分会第二届全国呼吸危重症论坛在长沙召开。这是继2015年安徽蚌埠第一届论坛之后，由呼吸领域联合危重症领域的专家共同发起的呼吸危重症又一次重要会议。会议就呼吸危重症医学的一系列热点问题进行了探讨和交流，全方位展现呼吸危重症领域的新进展、新理念。6个分会场近20个专题吸引了全国千余名医生的踊跃参与。

循序渐进 建立中国 PCCM 体系

▲ 本报记者 陈惠



“院校教育只能产生医生的‘半成品’，住院医师规范化培训产生医生的‘成品’，专科医师规范化培训产生医生的‘精品’，继续医学教育是终生保质。只有递进其成，才可谓

是医师培养的完整体系。”一直以来，中华医学会呼吸病学分会主任委员王辰院士都在强调住培和专培的重要性。此次在中华医学会呼吸病学分会（CTS）第二届全国呼吸危重症论坛上，他介绍了CTS与美国胸科医师学院（CHEST）联合开展的呼吸与危重症（PCCM）专科医师培训项目的进展情况。

该项目到2015年，已在全国12家试点医院30余名住院医师中如火如荼地开展起来。这些住院医师在3

年培训结束前，将参加全英文考核，合格者将获得CTS和CHEST联合培训项目证书。

培训项目目前每年召开两次工作会议。美方专家组赴各试点医院实地考察项目进展，参与临床查房及教学查房，与授课教师及学员深入交流，了解培训实施情况。同时，项目分期分批组织骨干师资赴美实地考察学习，建立师资教学能力评价体系，通过互联网实现各试点医院联合教学查房。

国家卫生计生委年初发出《关于开展专科医师规范化培训制度试点的指导意见》，王辰指出，呼吸学界要紧抓政策机遇，建立我国PCCM体系，推动以PCCM为核心的内科危重症临床诊疗模式。

重症医学发展：这五件事应该停止

▲ 北京协和医院 杜斌

停止科室盲目扩张 强调加强人员培训

近年来国内重症监护病房（ICU）床位数不断增加，受到同道关注。这是否一定会带来医疗质量的提高呢？

事实上，重症医学发展规律符合经济学理论，当ICU床位不断增加时，其收治患者的危重程度也相应下降。美国ICU床位数已占急性病医院总床位数的15%，居于全球前列；英国ICU床位数与我国相似，占医院总床位数不足2%。然而，2005年至2007年间，美国ICU低危患者的比例甚至高达53%。有趣的是，床位数更少的英国ICU收治患者病情更重，

但住院病死率较美国更低。

这些事实提示，盲目增加ICU床位数，不仅不利于降低总体医疗费用，而且还可能对病情真正危重的患者造成危害。

与此同时，人员是重症医学发展的决定因素。在国内，从业人员缺乏必要的培训，如果不能及时加以解决，必将成为影响重症医学进一步发展的重大障碍。

当今，行业学、协会都认识到这一问题的严峻性与迫切性，均投入了大量精力完善重症医学的培训课程。

停止学科之间纷争 强调相互协作共赢

多年来，全球范围内，有关综合ICU与专科ICU的纷争不断。与综合ICU相比，专科ICU优势众多（如方便医务人员掌握专科技能与知识，收治患者同质性较强便于开展诊疗等），但缺点也同样突出（如忽视危重患者的共同特点，增加人员与设备投入，对于其他合并症的诊疗能力缺乏等）。

事实上，综合ICU与专科ICU各有优劣。例如，脑出血患者在神经科ICU接受诊治的病死率显著低于综合ICU，但若收入其他专科ICU则病死率显著高于神经科ICU及综合ICU。

国内调查数据表明，综合ICU与专科ICU各占半壁江山。从患者救治角度看，多种疾病发展到危重病阶段均表现为多器官功能障碍，具有其共性。对于权

衡各种治疗优劣，区分主要矛盾和次要矛盾，整体把握诊疗原则，是重症医学的特长。同时，ICU医生也应当承认，危重病应当视为原发疾病自然病程的延续，其救治理应成为相关专科（如急诊科、呼吸内科、麻醉科等）培训的重要内容。相关专科也应认识到，重症医学已发展成独立的医学专科，其理论体系、专业知识与技能需要经过系统的理论学习和临床实践方能掌握。住院医师只要完成了系统的重症医学专科培训，就应被认定为合格的ICU医师，不必拘泥于其工作地点究竟是综合ICU抑或专科ICU。

我们应当认识到，重症医学（综合ICU）与其他相关专科（专科ICU）的发展是共生共赢的关系。脱离了其中任何一方，另外一方都难以健康发展。

近年来，各国对重症医学发展提出了新要求。一方面，人口老龄化进程对重症医学需求持续增长，同时也要求重视危重患者的长期生活质量。另一方面医疗费用限制要求持续改进重症医学医疗质量。

中国重症医学同样也面临诸多问题与挑战。正确应对这些挑战，才能确保重症医学持续健康的发展。

停止盲从临床研究 强调审慎理性思考

在循证医学盛行的当今，似乎所有的治疗措施均需要经过临床试验尤其是前瞻随机对照试验（RCT）证实其疗效。有趣的是，当回顾重症医学领域2014年发表的研究结果时，我们不难发现，临床观察提示某种治疗可能有效，甚至多项小样本临床试验也反复证实其疗效，但是，III期临床试

验无一例外宣告失败。

数十年来，研究者始终热衷于寻找改变危重病患者病死率的单一措施。经历了屡战屡败，我们是否应当相信，这样的“魔弹”其实并不存在？！而是要着眼于如何将最基本的诊断和治疗做得更好。无数经验与教训告诉我们，这方面可以改进之处还有很多。

停止单纯追捧技术 强调疾病病因治疗

众所周知，各种器官功能的支持措施是ICU中的重要治疗手段，这使得ICU医生对于各种支持治疗技术趋之若鹜。

应当指出的是，如果缺乏了病因诊断和治疗，无论多么纷繁复杂的支持性治疗终将是无源之水、无本之木。

遗憾的是，很多ICU同道忽视了这一点，没有也不愿意在深

入了解疾病本身的特点及发生发展规律方面花费时间和精力。

另外，即使对于病情错综复杂的危重病患者而言，如何最大限度地简化治疗，其实也是摆在所有重症医学同道面前的难题。毕竟，越来越多的临床研究提醒我们，在很多情况下，对于危重病的治疗，少即是多（Less is More）。

停止漠视人文关怀 强调尊重生命价值

ICU是全院危重病患者最为集中、病死率最高的单位。

对于那些现代医学尚无法逆转病情的危重病患者，如何更好地与家属沟通，怎样权衡积极治疗与和缓医疗，如何保证患者有尊严地离开，提高死亡的质量并

改善家属的感受，也是国内重症医学界必须面对的问题。

应当认识到，在无法改变临床结局时，避免无谓的治疗，强调对生命价值的尊重，与病程早期所提倡的积极治疗具有同样重要的意义。



杜斌 教授

呼吸专栏编委会

名誉主编：钟南山 王辰

指导专家：

林江涛 康健 白春学
沈华浩 陈荣昌 孙铁英
陈良安 王娟 代华平

主 编：曹彬

执行主编：

白冲 黄克武 李海潮
王玮 宋元林 应颂敏
张 艰 冯 靖 陈亚红

本期轮值主编：詹庆元

编委（按姓氏拼音排序）：

边玛措 蔡志刚 曹孟淑
陈 成 陈 虹 陈 娟
陈 磊 陈 燕 陈湘琦
范 晔 郭 强 郭岩斐
何晓琳 何志义 何志明
胡 毅 季颖群 解立新
李和权 李敏超 李燕明
刘 晶 刘国梁 刘维佳
刘先胜 卢文菊 卢献灵
马德东 孟 莹 苗丽君
庞 敏 苏 楠 苏 欣
孙加源 唐 昊 田 庆
王 琪 王 凯 王佳烈
王晓平 王效静 吴司南
肖 丹 邢西迁 徐金富
许小毛 叶小群 翟振国
詹庆元 张 静 张晓菊
赵 俊 赵丽敏 周 为
周林福 朱 玲



广谱抗菌药

第一三共
可乐必妥®
Cravit® (左氧氟沙星制剂)