

9月22-25日，由中国医师协会重症医学医师分会与中国病理生理学会危重病医学专业委员会共同主办的“中国危重病医学大会（CCCC 2016）”在大连召开。3000余名国内外重症医学专家齐聚盛会，交流重症医学领域最新理念、临床和研究进展。

本次大会恰逢中国病理生理学会危重病医学专业委员会（CSCCM）成立20周年。20年来，学会在中国重症医学的起步、发展和壮大过程中起了引领和推动作用。大会特邀中国重症医学的部分先驱况兢教授、肖正伦教授、陈浩辉教授光荣重登航船。中国医师协会齐学进副会长、中国病理生理学会常务理事李萍等出席开幕式，祝贺CSCCM成立20周年。

中国重症医学的开创者与领航者、CSCCM首任主任委员、北京协和医院陈德昌教授发来贺词。在贺词中，他回顾了20年来学会建立的风雨历程，鼓励年轻医生与时俱进，在变革发展的新时期，积极创新，鼓励学术争鸣，不断发展壮大适合中国需要的重症医学学科。

大会主席、中国医师协会重症医学医师分会席修明会长表示，经过老一辈专家们的不懈努力以及一批批新生力量的加入，我国重症医学已取得了令人瞩目的发展，在重大自然灾害、重大事故中都有了ICU人的身影，并逐渐起主导作用。“20年风雨兼程，来之不易。我们将继承和发扬老一辈专家的精神和期望，重整行装，再启航程！”



开幕式现场

CSCCM风雨兼程20年

2016中国危重病医学大会召开

▲本报记者 裴佳

主题报告

席修明：卓越的ICU医生 激情第一 知识第二 技能第三

大会主席、首都医科大学附属复兴医院席修明教授介绍了一名卓越的医生应具备的素质。梅奥医学中心调查显示，成为卓越的医生，其首要素质为沟通能力，包括与同事和患者的沟通；其次是职业道德和人文关怀；随后才是诊治技能、知识水平等。《新英格兰医学杂志》发表的一篇文章认为，卓越的医生应将更多时间放在临床教学、查房，更多地介入临床工作，有更好的医患关系、心理学教学背景、住院总医师背景。

对中国3000余名医生的调查显示，职业道德是公认最重要

的部分，认为医患关系重要者占86%，诚信、相互信任也占绝对优势，尊重患者自主权、知情同意书、自我修正调节所占比例也非常高。

如何做一名卓越的ICU医生？欧洲一项调查显示，ICU医生首先需要激情和热情，知识第二，临床技能第三，对患者承诺，沟通技巧等其次。

“面对重大传染病，绝大多数医生选择了遵循希波克拉底誓言，抗战在一线，一些医生自己也因此受到感染。然而我们并非是要崇尚英雄主义，我们更需要一个有经验的医生。这个经验

不仅指丰富的医学知识，更重要的是要知道如何穿防护服，如何应对传染病，在保护自己的同时治疗患者。”席教授表示，成为卓越的ICU医生，首先是自身有这样的意愿去做一名医生，需有利他精神、正直、有团队精神、力争学科卓越、服务于患者和社会、勇敢等基本素养。

席教授介绍，执业教育有三块基石：临床能力、沟通技巧、伦理法学知识，有四个支撑：永远学习追求卓越、充满人文精神、医疗服务可支付、利他主义。相信通过这样的执业培训和教育，可以成就一批卓越的医生。

Mervyn Singer: Sepsis 是一种临床综合征

全身性感染（Sepsis）3.0定义与诊断标准的主要执笔者、伦敦大学学院Mervyn Singer教授对Sepsis 3.0定义进行精彩解读。Mervyn Singer教授表示，Sepsis 2.0提出15年来，临床医生对Sepsis有了更多的研究，对其机制和病理生理过程有了更多的了解。既往Sepsis定义虽然提出了器官功能障碍和休克的概念，但并未明确其诊断标准。Sepsis不仅是炎症反应，还有抗炎反应、免疫反应，还有代谢、内分泌、心血管等各系统的反应。SIRS其实反映了机体对感染的正常或恰当的反应。除了敏感性问题，SIRS还存

在特异性问题，一些感染所致的器官功能衰竭患者可能并未出现SIRS。

针对ICU和非ICU患者，Sepsis新的诊断标准有所区别。对于ICU的感染或可疑感染患者，当SOFA评分 ≥ 2 分时，诊断为Sepsis；对于非ICU感染或可疑感染患者，qSOFA评分出现两项（收缩压 ≤ 100 mmHg，呼吸频率 ≥ 22 次/min，意识改变）或两项以上阳性时诊断为Sepsis。Sepsis休克诊断标准为Sepsis患者经积极液体复苏后仍需升压药物维持平均动脉压 ≥ 65 mmHg，且血乳酸 >2 mmol/L，

是Sepsis的一个亚型。

Mervyn Singer教授强调qSOFA并非诊断标准，而是为了床旁快速筛查和分层患者是否存在感染风险，如果存在感染其病死率可能升高。另外，不同Sepsis患者基础疾病不同、感染受损器官不同，其病理生理改变、疾病严重程度等可能存在差异。

Mervyn Singer教授指出，新概念是基于目前的临床证据得出的，不但适用于ICU，也适用于普通病房。并强调，由于Sepsis是一个临床综合征，因此一定没有完美的概念，一定会随着认知不断修正。



会议现场有奖问答、图霸争锋、一站到底、青年医师演讲擂台赛等充满挑战、寓教于乐的学术形式受到与会代表的欢迎。尤其是图霸争锋、一站到底活动，在去年的基础上，内容和形式上更为丰富，设备系统更为成熟，点燃了与会代表上台下的互动热情。

Gordon Rubenfeld： 指南80%强推荐源于弱证据级别

作为拯救脓毒症指南委员会、ATS ARDS指南委员会的成员，ATS指南制定委员会的主要成员之一，多伦多大学Gordon Rubenfeld教授分享了如何解读和思考指南。

Gordon Rubenfeld教授表示，很多人会认为指南是通过收集研究证据，对证据级别高和低进行强和弱推荐。而研究显示，无论哪个学科的指南，均有约80%的强推荐来自于弱的证据级别。

首先，虽然RCT研究的证据级别非常高，但也并非所有RCT都高。指南制定委员会需考虑质量不高的RCT与其他动物研究或观察性研究，哪些证据质量更高一些。其次，一些推荐意见会考虑优先选择原则。无

论是临床研究还是指南制定，常会更加认同与预期想法一致的结果。一些临床常识虽没有高级别证据，却会进行强推荐。Gordon Rubenfeld教授表示，尽管这种做法具有很大主观性，但专家委员会会尽其努力找寻证据，使其尽量客观。第三，指南针对的是普遍情况，而临床上需考虑个体化问题。对于一些结果阴性的研究，不能简单认为治疗无效，而需权衡其他亚组结果的治疗方法。

最后，Gordon Rubenfeld教授给年轻医生提供了一些学习建议。当治疗上与上级医生意见不同时，可询问上级医生治疗意见是如何进行证据分级、优先考虑、权衡利弊，以及患者有何特殊性。这样更容易学习和提高。（下转第19版）