

(上接第18版)

热点话题

话题一：镇痛镇静

镇痛镇静可保护患者器官功能



ICU 患者的镇痛镇静问题是本次大会讨论的热点之一。疼痛被认为是 ICU 中最重要的应激源。回顾性调查显示，疼痛是最不受欢迎的后果，患者宁愿花最多的钱避免疼痛、呕吐和恶心。镇痛镇静可减少

疼痛、焦虑、躁动，而后者与患者预后密切相关。东南大学附属中大医院杨毅教授表示，有效实施镇痛镇静不仅是消除患者不适，更重要的是实现器官功能保护。

镇痛镇静可降低呼吸氧耗，改善组织缺氧，改善 ARDS 的

人机同步性；镇痛镇静是休克治疗的策略之一，可改善循环，降低休克病死率；在神经重症方面，镇痛镇静可改善脑灌注，抑制兴奋性氨基酸释放，降低脑代谢和颅内压；镇痛镇静还能改善患者免疫功能，减少炎症发生。

高度重视、准确评估 ICU 患者的疼痛



四川大学华西医院康焰教授介绍，2013 年，美国重症医学学会对离开 ICU 但仍住院患者的调查显示，77% 的患者保留中重度疼痛的记忆。

ICU 镇痛镇静的目的是帮助患者实现在整个治疗过程中处于安静舒适，能交流的一种状态。各国指南也都明确指出，镇痛镇静是 ICU 治疗的重要组成部分。疼痛是一种主观感觉，轻重程度难以客观评估，

最可靠的疼痛指标是患者自述。对于不能自述疼痛的患者，iPad 指南所推荐的行为疼痛评分为 BPS（疼痛行为量表）和 CPOT（重症疼痛评分工具）有较好的临床实用性和可靠性。

镇痛治疗的规范化与个体化



大连医科大学附属医院万献尧教授表示，如何在符合规范的同时又考虑患者的个体化差异，进行规范化与个体化的镇痛，是重症镇痛的一项重要挑战。

万教授认为，2016 最新提出的以患者为中心的 eCASH 概

念，即早期镇痛使患者舒适化、最少的镇静和最大化的人文关怀最能体现镇痛的目标。基于此目标进行目标导向性个体化镇痛策略可能是目前最能体现镇痛的规范化与个体化要求。该策略强调根据患者病情发展的不同阶段采取不同的措施达

到镇痛目标。同时也对医护人员提出了更规范化的要求，即镇痛相关知识的掌握与更新、镇痛的启动时机、镇痛药物的选择、程序化的疼痛监测与评估、根据病情滴定镇痛目标、适时的适当镇静、亲情人文的考量等一系列规范化知识体系。

镇痛镇静当从急诊开始



昆明医科大学第一附属医院钱传云教授表示，对于急诊患者，医生往往首要处理生命体征，在疼痛的认识上，认为其是保护性反应，有报警作用。加之疼痛评估困难，

需专人监测，害怕治疗疼痛会影响诊断，害怕镇痛副作用等，急诊医生对镇痛常持保留态度。而事实上，疼痛对心血管、呼吸、内分泌、胃肠道和泌尿系统都有负面影响，是急诊科医生应重视的“第五生命体征”。

程序性镇痛镇静通过缓解疼痛和焦虑提高护理患者质量和患者满意度，有利于诊疗过程的成功。具体方法是先镇痛后镇静。急诊镇痛时，患者自主性越大越可获益；推荐轻度镇静，可推广到院前急救。

话题二：危重患者液体选择

白蛋白治疗需慎重



危重患者容量治疗的液体选择专题将本次大会推向一个高潮。北京协和医院杜斌教授就白蛋白治疗是否有切实证据展开讨论。

我国白蛋白用量占全球的一半以上，且还有 20% 左右的增幅。然而如此大量白蛋白的使用是否必要，是否安全？血清白

蛋白水平与患者预后密切相关，但并非因果关系。从现有的大规模临床试验 SAFE 和 ALBIOS 结果看，对于一般危重病患者，使用白蛋白益处有限。白蛋白最重要的生理作用是维持胶体渗透压，但是，其重要性在危重病患者从未得到证实。另一方面，补充白蛋白有可能影响机体的代偿机制。

放弃羟乙基淀粉为时过早



北京大学人民医院安友仲教授表示，治疗目标并未维持一定的白蛋白水平，而是将总的大分子颗粒数提高，以维持充分的胶体渗透压，维持血管循环与物质交换的稳定。白蛋白虽然最接近生理，但存在价格昂贵、生物安全性、血制

品的可获得性等问题。羟乙基淀粉等人工胶体在体内的代谢速度较慢，且不完全，一旦输注过快，会出现组织蓄积，器官损害。然而人体有适度的自净能力，其关键还在于度。人工胶体还不到立刻摒弃的程度，将来还需不断完善。

循证医学 ≠ RCT



东南大学附属中大医院邱海波教授表示，现代医学不断向循证医学转变，RCT 正不断影响着临床。然而，需要注意的是，循证医学并不等于 RCT，而应综合目前能拿到的最好的证据、临床经验以及患者的病理

生理状况。研究目的和研究假设间的矛盾、研究设计的局限性、研究人群的特异性、干预手段的强度等都与结果密切相关。因此，对于 RCT 结果，需要进行客观分析方能更好地指导临床实践。

话题三：全身性感染患者的免疫功能

Sepsis 患者免疫功能判断尚缺乏明确依据



解放军 309 医院马彬教授表示，免疫失调伴随 Sepsis 病理生理变化全过程，是一个非常复杂的过程，目前对其认识仍较肤浅。

既往研究认为，基础疾病及遗传特质决定机体反应状态，而机体反应是预后的重要标志。机体免疫状态不佳，则患者预

后较差。另有研究认为，脓毒症患者机体存在炎症因子风暴，出现免疫状态改变。然而，这些假说并未得到临床研究的证实。

临床上如何监测患者的免疫状态，如何根据目前可得的参数进行相应的免疫调节？有研究发现，红细胞分布宽度变异系数（RDW-CV）与机体免疫状态相关，RDW-

CV>16% 提示免疫功能低下的可能性高；入院后 72 h 内 RDW-CV > 2% 也意味着患者预后可能较差。

马教授表示，尽管免疫功能监测和调节十分复杂，目前缺乏可靠、可行、依从性良好的判断免疫功能的方法，但基本实验室检查或许可为粗略评价免疫功能缺陷提供一定帮助。

重症患者免疫功能的临床评估



靶向提高免疫力或可成为治疗严重 Sepsis 患者的有效方法。复旦大学附属中山医院诸杜明教授介绍了重症患者免疫功能的临床评估方法。

单核细胞表面人白细胞抗原 -DR（HLA-DR）表达是临床常用的衡量免疫功能指标，优于细胞因子浓度测定和

T 细胞亚型计数，动态定量评估 HLA-DR，表达率 <30 % 或 <5000 分子 / 细胞提示免疫功能低下。CD4、CD8 计数及其比值也可作为评估免疫功能的方法。CD4 < 200/mm³ 为重度免疫抑制；正常情况下 CD4/CD8 比值介于 1.5~2.5 之间；降低则为免疫抑制。细胞因子为免疫细

胞的调节剂和炎症反应的促进剂，在炎症反应中起了重要作用。通常在炎症反应早期，其浓度会迅速升高，其后迅速降低。但由于其测定需流式细胞技术、蛋白组化技术、基因组学技术等，目前尚停留在实验室阶段而未在临床推广。