

(上接第 18 版)



精彩摘萃

让重症患者有质量地生存

哈尔滨医科大学附属肿瘤医院于凯江教授表示，对于重症患者，救治生命的同时，也要重视其远期生活质量。2002-2012 年澳大利亚和新西兰研究显示，严重脓毒症和严重脓毒性休克的死亡率已从 35% 降为 18.4%，5 年生存率也在逐渐增加。然而，在救治成

功率上升的同时，患者出院后生活质量却令人担忧，50%-70% 有认知功能损害，60%-70% 存在功能损害。

关注 ICU 患者的长期生活质量，包括身体和精神的健康。于教授介绍，长时间 ICU 住院会导致患者一些不利因素的增加，如自由氧释放、炎症介质

增加，营养不良，分解代谢增加，肺脏、神经肌肉损伤，导致住 ICU 时间进一步延长，机体能力下降。

ICU 患者精神上的创伤也非常常见，其中，创伤后精神功能障碍的发生，ICU 排在继强奸、人为灾难后的第三位。与年龄、种族、家族史，镇静镇痛，

住院时间，机械通气时间，创伤记忆等有关。

为此，关注 ICU 患者远期生活质量需保证清醒和呼吸协调，谵妄要监测和管理治疗，强调浅镇静避免苯二氮草类，早期的活动训练，肠道功能的恢复获得蛋白营养，早期机体肌肉恢复和功能恢复。

建立救治体系 提升多发伤分诊能力

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席修明教授介绍，创伤事故现场，1 h 内重症伤员死亡中，37% 为神经损伤，其次是大量出血。

事故多发伤的救治过程包括检伤、搬运、救治。创伤救治体系建设需考虑三方面：确立创伤中心、创伤救治团队、有效的现

场检诊。现场检伤应简便、快捷，先是生命体征判断，有自主呼吸者进行简单的早期处理，如早期气道开放，再看是否有活动性出血，再进行下一步的搬运救治。

早期处理需要有创伤救治团队，包括外科医生、麻醉科医生、2 个护士、急诊科/ICU、神经科和放射科。这样的创伤救治团队

何时激活，由致伤因素、损伤的机制、生命体征等一些列基本条件决定。早期处理后运送至急诊室，进行二次检诊，手术后进行三次检诊，判断是否入住 ICU。特点是越早期检诊越简单，越后期越需要综合检诊。根据这样的三次检诊建立数据库，进行数据整合，由评估委员会判断创伤中心的资源、处理能力

等，尽可能用有限资源救治最有可能救治的患者。

创伤评分系统包括 RTS 评分（传统）、AIS 评分（简单的问答形式）、ISS 评分（损伤严重度的评分），新的评分系统通常是在 ISS 评分基础上进行改良。席教授表示，建立救治体系非常重要，需要多方资源的整合，提高检诊分诊能力。

战创伤凝血功能障碍：多模式目标导向性凝血管理

解放军广州总医院苏磊教授介绍，凝血障碍是严重战创伤患者最主要的死亡原因（除外脑外伤），与预后密切相关。

创伤性凝血病（TIC）的发病机制是机体在固有的内源性凝血反应基础上，由组织损伤作为启动因素，导致失血及炎症因子释放，进一步激活炎

症反应、纤溶激活、凝血因子丢失和失活、休克和组织低灌注、低体温、酸中毒等多种因素所导致。战创伤合并严重脑外伤是发生凝血障碍的独立危险因素。

诊断方法上，全血功能监测（TEG 或 Sonoclot）将诊断和治疗提高到新水平，以即时凝

血监测指标为导向，根据具体原因，实现目标导向，精准管理。缺点是检测指标目前尚无统一的诊断、预测及治疗标准，期待大规模的临床研究和数据。

组织损伤、大出血是主要致伤因素，进行多模式的目标导向性凝血管理可改善预后。多模

式凝血管理包括：合理选择液体用于复苏，允许性低血压复苏，损伤控制外科的实施，合理输注策略，处理酸中毒，监测、防治低体温，早期积极补充凝血因子，恰当使用止血药物，适当补充钙剂，预防后期的血液高凝状态和血栓形成。

休克与多脏器功能衰竭研究进展

解放军总医院第一附属医院姚咏明教授表示，脓毒性休克和多器官功能障碍综合征（MODS）来时凶猛、病情进展迅速、预后险恶，已成为现代危重症医学面临的突出难题。

脓毒性休克和 MODS 研究领域包括：遗传背景

（基因多态性研究）、重要诱发因素（微生物及其产物）、晚期炎症介质与效应分子（高迁移率族蛋白 B1）、细胞内幸好转导机制（MAPK 通路，JAK/STAT 通路）、网络效应与器官间相互作用（神经-内分泌-免疫凝血-纤溶-炎症）、生物标志物

诊断评估新方法、精准调控与干预途径等。

姚教授介绍，研究显示，全基因组多态性分析帮助患者选择个体化、针对性治疗，有利于降低脓毒性休克/MODS 的发病率。金葡菌肠毒素可介导脓毒性休克的发生，同时与内毒素发生协同致死性

作用。高迁移率族蛋白 B1 可能成为反映脓毒性休克、MODS 病理过程更方便使用的监测指标。

对患者不同阶段的免疫状态变化进行监测，有助于对免疫功能是否受损及其障碍程度进行评估，提高免疫调理的有效性和针对性。

分会场热点

PK/PD 理论指导抗真菌临床应用

大会主席、解放军总医院周飞虎教授以天津爆炸事件的伤员救治为例引出按 PK/PD 理论指导抗真菌的临床应用。

周教授表示，重症患者体内抗菌药的血药浓度发生了极大改变，可导致患者临床治疗失败、出现耐药感染甚至药物毒性反应。美国 2016 年指南首次提出脓毒症或脓毒性休克以 PK/PD 用药概念优化抗菌药的使用。

根据 PK/PD 理论，氟康唑具有较宽的治疗窗，安全性良好，一定范

围内随剂量 /MIC 值增大，治愈可能也逐渐增加。

伊曲康唑随浓度升高，真菌负荷逐渐减少，浓度 < 17 mg/L 则毒性反应发生率会下降。

伏立康唑随血浆浓度升高不良发应显著增加。

泊沙康唑肺泡浓度高于血浆浓度。

周教授表示，根据 PK/PD 特点优化抗真菌治疗包括合理使用三唑类药物、特殊人群的给药推荐、指导换用其他抗真菌药，以及药物浓度监测促进经转化用药。

图说会议



4 月 13 日晚，全军重症医学专业委员会常委会议召开（照片由王立祥教授提供）



与会专家济济一堂