

勇踏“盲区”，第八届老年急重症容量管理大会举办 “液体”也是一种药物

5月31日~6月1日，第八届老年急重症容量管理大会在京举行。大会由北京医院（急诊科）、中国医疗保健国际交流促进会急诊急救分会、北京急诊医学学会共同主办。在以往聚焦容量管理的基础上，更加广泛的讨论老年急危重症临床问题，并首次设5个分会，针对心脑血管急症、中毒与创伤、脏器功能支持等热点问题进行深入的学术研讨。中国医师协会急诊医师分会会长、北京协和医学院急诊医学系主任于学忠教授指出，急诊医生既要在重点领域深入钻研与挖掘，注重知识的渊，又要注重博与宽，二者相辅相成。大会主席、北京医院急诊科主任张新超教授表示，千里之行，始于足下，老年急危重症患者相关的学术理论与实践指导尚有

很多“盲区”，希望大会能够更好地促进学科进步，为患者提供更优质的服务。



于学忠 教授



张新超 教授



赵晓东 教授



钱传云 教授



魏捷 教授

于学忠 老年患者已成为急诊医学主要服务人群

于学忠教授介绍，伴随着老龄化进程，我国老年患者已成为急诊医学主要服务人群。中老年人急诊就诊比例高于青年，并且死亡、急重症花费均明显高于中青年。

临床特点是“不典型”

老年患者具有症状、化验检查结果、基础疾病及沟通不典型的临床特点。如年龄 ≥ 65 岁患者ACS时30%无典型表现， ≥ 75 岁无ACS典型表现将导致治疗时间延迟50 min，死亡率明显增加；15%~40%合并认知功能障碍；10%~16%的老年患者因药物副作用就诊，发生率是年轻患者2倍以上，但常被忽略。

老年急重症处理五原则

老年急重症相对复杂，急诊处理要把握五项原则。

(1) 假定重病原则，采用降阶梯思维；(2) 平衡原则，注意整体性思维；(3) 中庸原则，忌矫枉过正；(4) 适度原则，功能恢复为主，治愈为辅；(5) 充分沟通原则。

建立急诊救治新模式

于学忠指出，针对老年患者急诊救治模式或可进一步改进，如设立特定的急诊老年患者收住场所，特定的老年评估与诊治流程，特定的急诊出院后干预。我们应更加重视急诊中的老年患者，开展急诊救治新模式，更好地为老年患者服务。

魏捷 流量导向时代CVP的价值

武汉大学人民医院急诊 & 重症医学科主任魏捷教授介绍，目标导向时代，早期目标指导性治疗和集束化治疗(EGDT)策略认为，中心静脉压(CVP)可作为前负荷指标，反映容量负荷，评估液体反应性。平均动脉压(MAP)是后负荷指标，反映CO与PR的交互作用，反映微循环灌注压。

然而，经过PROCESS、ARISE、PROMISE试验，EGDT策略被质疑，并有研究认为CVP不能很好反映前负荷、液体反应性和

作为液体复苏目标值，且不需要常规被监测。如果CVP不能反映容量负荷，如何评估补液治疗的效果？什么是补液有效？急性循环衰竭给予补液治疗时，最终目标是增加组织氧合，改善受损器官功能。以前以“压力为导向”，现在转向“流量为导向”，最终关注的是“灌注”。

流量监测时代，CVP还有无存在的必要？魏捷教授指出，答案是肯定的。可以从微循环灌注、脏器功能保护和心功能及血流动力学状态评估三方面来体现CVP的价值。并得出CVP是衔接微循环灌注、静脉回流、心脏输出重要的桥梁，对于理解危重患者血流动力学状态至关重要的结论。

张新超 急重症液体复苏：生理盐水 VS 平衡液之选

张新超教授指出，多数急危重症患者的有效循环容量不足毋庸置疑，综合治疗的基础是液体复苏或扩容治疗。

晶体液具综合优势

张新超教授指出，胶体液具有分子量大，停留在血管内时间长；扩容作用明显；体内蓄积少；抑制血小板的聚焦、抗凝和改善微循环的特点。但是在若干个以休克为主体的危重症的早期治疗液体复苏方面，人工胶体液都被排除在一线推荐范围之外，原因在于人工胶体液使严重出血事件呈增加趋势，可导致剂量依赖性肾衰竭，增加肾替代治疗风险等。与晶体液相比，人工胶体液缺乏清晰获益，且较为昂贵，因此，高级别推荐使用晶体液作为脓毒症休克等急重症的液体复苏一线治疗于情理。

生理盐水 VS 平衡液

液体复苏是缺容量的急重症患者的基础治疗与关键治疗，临床常用的有生理盐水、平衡液等。有学者认为，“生理盐水”可能并不“生

理”，大剂量输入生理盐水，可能会引起高氯血症和酸中毒，增加AKI风险。但大样本RCT研究显示，与平衡液相比，生理盐水在液体复苏的治疗过程中并未出现明显的高氯血症，也无酸中毒，30 d住院死亡率与对肾替代治疗的需求均无差异。近来的高质量研究与Meta分析也提示，生理盐水与平衡液二者安全性相当。

“液体”是一种“药物”

大多数脓毒症休克患者没有液体反应性（不到40%），给予晶体液负荷1 h后只有不到5%的液体停留在血管内；即使有液体反应性者其血流动力学改变也很小、很短暂。因此，张新超教授指出，积极的液体复苏固然有积极效果，但同时也可能带来不利影响。因为大量的液体负荷可能会打破危重症患者的自我调节与保护机制，进而出现死亡增加的风险。“液体”是一种药物，“液体”复苏只是诸多治疗环节中的一个，如何使用、监测、评价好液体治疗，还有很多事情要做。

赵晓东 共谋、共建、共发展 构建急诊命运共同体

十九大报告指出，实现“健康中国”战略的重要驱动力，重点是提高危急重症，疑难病诊疗水平，尤其是基层医疗机构。分级诊疗是为了解决百姓看病难问题，而医联体是实现分诊治疗的重要前提！

全军急救医学专业委员会主任委员、解放军总医院第四医疗中心急救部主任赵晓东教授介绍，2019年1月，“中国急诊专科医联体”在京成立，其2019年计划是建立省级急诊专科医联体29家，地市级200~300家，区县级1000家。

中国急诊专科医联体项目包括五个部分，培训

学院、远程会诊、质控管理、学术会议与专题项目。培训学院：将发挥中国急诊医师规范化培训与全国进修培训平台的功能。远程会诊：线上可进行PC端、手机端及Ipad端远程会诊；线下进行急危转诊。专题项目：包括一系列推动能力提升项目，如危险性上消化道出血急诊救治快速通道项目等，此外，还进行科研与转化、大众科普、APP开发等。

赵教授指出，从国务院到卫健委，都赋予了我们将急诊医联体建设得更好的重任，共谋、共建、共发展，构建急诊命运共同体，责任重大，使命神圣。

钱传云 血液动力学 正确评估才能正确治疗

云南省医师协会急诊医师分会主任委员、昆明医科大学第一附属医院急救医学部主任钱传云教授指出，重症患者，得灌注者得天下，如何评估液体容量反应离不开血液动力学监测。血液动力学监测手段的进展经历了三个阶段，侵入—有创、微侵入—微创、无创。

有创 Swan-Ganz导管是血液动力学测定的金标准，但有创等特点使其“医”从性逐渐下降！

微创 微创监测是经肺热稀释法（间断）和脉搏轮廓法（连续）的结合与融合，其实质是大循环+小循环的结合。

无创 (1) 二氧化碳重吸法优点是无创、连续，

缺点是缺少心脏前负荷指标的监测，并且仅适用于机械通气患者。(2) 经胸生物阻抗法操作方便，但存在诸多限制。(3) 床旁超声评测法是目前评估ICU血液动力学不稳定性不可或缺的工具。经食道超声心动图可直接监测容量与心腔内径，了解心脏结构与功能问题等，但价格昂贵，仍有侵入性操作。经胸连续多普勒优点是安全、患者易接受，可对新生儿、早产儿进行监测，缺点是缺乏肺循环监测指标。

钱教授表示，微创、无创血流动力学监测时代的到来，使我们有较多的手段可以选择用于老年急重症患者。



会议现场



关联阅读全文
扫一扫