

床边进行。经将 GFRBMAS 与日立 7170S 全自动生化仪所测得的 SCr、BUN、Uric、Ca、P 值进行回归,可见其直线趋势十分明显,两者具有十分显著的相关关系。表明用 GFRBMAS 所测得的 SCr、BUN、Uric、Ca、P 数值可反映用日立 7170S 全自动生化仪所测得的这些数值;而对 GFRBMAS 与日立 7170S 全自动生化仪所测得的 SCr、BUN、Uric、Ca、P 数值进行显著性检验则显示两者之间差异无统计学意义。表明用 GFRBMAS 所测得的 SCr、BUN、Uric、Ca、P 数值可代替用日立 7170S 全自动生化仪所测得的这些数值。

将肾功能不全者的 GFRBMAS-GFR、Robert-GFR、CG-CCr 分别与 Tc-GFR 进行相关分析,显示均呈显著正相关,与 SCr 及 BUN 均呈显著负相关;而将肾功能正常者的 GFRBMAS-GFR、Robert-GFR、CG-CCr 分别与 Tc-GFR 进行相关分析,显示均呈显著正相关,与 SCr 均呈显著负相关。表明肾功能不全或正常者的 GFRBMAS-GFR、Robert-GFR、CG-CCr 均可在一定程度上准确反映其 GFR 水平。肾功能不全或正常者的 GFRBMAS-GFR 与 Tc-GFR 间差异无统计学意义,Robert-GFR、CG-CCr 与 Tc-GFR 间差异则有统计学意义。表明临床

上用 GFRBMAS 检测的 GFR 可代替 Tc-GFR,而 Robert-GFR 及 CG-CCr 则不能代替 Tc-GFR。

应该指出的是,用 GFRBMAS 检测一次 GFR 费用很少,远较用 SPECT 测定一次 Tc-GFR 节约费用,且检测简单、快捷、无放射性,值得临床推广应用。本课题尚在对 K⁺、Na⁺、Cl⁻、β₂-微球蛋白、胱抑素 C 等数据进行研究,有待进一步完善中。

参考文献

- [1] 谭天秩. 临床核医学[M]. 北京:人民卫生出版社,1993:759.
- [2] 吴锡信. 肾脏病专家智能系统(软件)[M]. 武汉:华中科技大学出版社,2003:3.
- [3] 吴锡信,陈江林,彭健. 计算法测定肾小球滤过率的临床应用价值[J]. 中国危重病急救医学,2002,14(6):347-349.
- [4] 石俊,吴锡信,陈江林,等. 与肾小球滤过率相关的临床因素探讨[J]. 中国危重病急救医学,2003,15(4):226-228.
- [5] 吴锡信,陈江林,彭健. 肾小球滤过率的相关因素及其临床测算价值[J]. 中华内科杂志,2002,41(3):199-200.
- [6] Toto R D, Kirk K A, Coresh J, et al. Evaluation of serum creatinine for estimating glomerular filtration rate in African Americans with hypertensive nephrosclerosis: results from the African-American Study of Kidney Disease and Hypertension (AASK) Pilot Study[J]. J Am Soc Nephrol, 1997, 8(2): 279-287.

(收稿日期:2007-11-18)

(本文编辑:李银平)

• 启事 •

2008 年急诊高级技能与模拟实训学习班

上海交通大学医学院附属新华医院将于 2008 年 6 月 16—19 日在上海市举办国家级继续教育项目“急诊高级技能与模拟实训”学习班,授予 I 类学分 13 分。学习班以“实用技术与最新进展相结合”为宗旨,邀请本领域的专家对各种急救实用技术和新进展进行授课,主要包括:2005 年版心肺复苏指南讲解及模拟实训,急诊创伤规范化处置,MODS 研究现状及进展,机械通气与危重病,急诊胸痛、腹痛的诊疗策略,医疗风险的规避与纠纷处理,急性中毒,技能实训等。

报名方法:将姓名、性别、单位、职务、地址、邮编、电话、传真、Email、地址寄至上海市控江路 1665 号新华医院潘曙明医生收;邮编:200092。电话:021-65790000 转 6002;手机:叶云洁 13641609663 或于洋 13761879849。学习班每人学费及资料费共 800 元,住宿费每日 100 元,伙食费自理。也可以通过 Email 报名;lazylady_yyj@hotmail.com 或 yangyu.robin@gmail.com。(上海新华医院)

2008 年全国危重多发伤加强救治学习班通知

创伤急救与加强治疗是目前急诊科和 ICU 工作面临的重要问题。解放军总医院第一附属医院将主办“危重多发伤的加强救治”学习班,以提高相关学科和专业人员的创伤救治能力。该项目是国家级继续教育项目(2008-10-00-013,予 10 学分)。

针对创伤早期的急救和 ICU 加强治疗的连续性,学习班将由解放军总医院第一附属急危重症中心及其他国内著名专家、教授,采取理论授课、观看操作录像、模拟操作、答题考试等方法强化创伤救治能力训练。

授课内容:创伤进展及如何做好现代创伤医师、创伤救治的时效性、链式流程复苏、急救流程解读、快捷循环通路、呼吸通路的建立方法和原则、创伤急救管理模式、创伤小组工作原则、创伤感染问题和对策、烧伤及复合伤处置原则、多发伤的救治进展、创伤的液体复苏、多发伤与脓毒症的加强治疗、创伤心理问题及对策、创伤护理中的医护配合、多发伤的护理等。

学费:每人 800 元。时间:2008 年 6 月 13—17 日。

报名通讯地址:北京海淀区阜成路 51 号,解放军总医院第一附属医院急危重症中心 ICU,翁志华,何忠杰收;邮编:100037。电话:010-66848078,010-66848077(FAX);Email:drhezjh@126.com。

(解放军总医院第一附属医院急危重症中心)

增殖和炎症反应的调节剂,可调节炎症基因的相关表达,参与机体的炎症反应过程,且抗炎作用广泛而强大,包括抑制 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 的分泌及细胞间黏附分子-1(ICAM-1)、NF- κ B 的表达等。早在 1998 年, Jiang 等^[5]的研究发现,用 PPAR- γ 激活剂作用于人的外周血单核细胞时,可使单核细胞的 P65/P50 表达下降,首次提出 PPAR- γ 可能通过抑制 NF- κ B 调节炎症反应。最近 Hashimoto 等^[6]对 AP 大鼠干预使用 PPAR- γ 激动剂 15d-PGJ2 后,环氧合酶-2(COX-2)、ICAM-1、IL-6 表达下调, NF- κ B 活性下降,胰腺组织病理学改变明显减轻,认为 15d-PGJ2 发挥效应是通过抑制 NF- κ B 的抑制蛋白(I κ B)而实现的,第一次在实验动物层面证明 PPAR- γ 配体可能是 AP 的治疗靶点。

我们的实验中分别应用 PPAR- γ 配体(激动剂)罗格列酮和 PPAR- γ 抑制剂

GW9662 对实验性 AP 大鼠进行处理,结果表明:AP 组和 GW9662 组大鼠在血清淀粉酶、胰腺组织病理学评分及胰腺组织 NF- κ B 表达评分方面均较 Sham 组及 ROSI 组明显升高。提示 PPAR- γ 配体罗格列酮可能是通过抑制 AP 时 NF- κ B 活化而对实验性 AP 大鼠胰腺组织起保护作用,从而减轻胰腺组织损伤。应用 PPAR- γ 抑制剂 GW9662 预处理 AP 大鼠,通过选择性结合 PPAR- γ ,使配体罗格列酮失去抑制 NF- κ B 活化的作用,从而使 NF- κ B 表达明显升高。证实 PPAR- γ 可通过抑制 NF- κ B 活化表达而发挥抗炎及保护胰腺组织的作用。

参考文献

[1] 裴红红,杨正安,秦兆寅.核因子- κ B 与急性胰腺炎[J].中国危重病急救医学,2001,13(4):248-249.
 [2] 袁盛丹,吕品,苗雄鹰,等.过氧化物酶体增殖物激活受体激动剂治疗急性胰

腺炎的实验研究[J].中国现代医学杂志,2007,17(5):539-542.
 [3] 裴红红,秦兆寅,李小珍,等.实验性胰腺炎时核因子- κ B 与 p53、bcl-2 表达的关系[J].中国急救医学,2003,23(6):375-376.
 [4] 裴红红,秦兆寅,杨正安,等.急性坏死性胰腺炎大鼠核因子- κ B 的表达及其意义[J].中国危重病急救医学,2002,14(6):365-367.
 [5] Jiang C, Ting A T, Seed B. PPAR gamma agonists inhibit production of monocyte inflammatory cytokines [J]. Nature, 1998, 391(6662):82-86.
 [6] Hashimoto K, Ethridge R T, Saito H, et al. The PPARgamma ligand, 15d-PGJ2, attenuates the severity of cerulein-induced acute pancreatitis [J]. Pancreas, 2003, 27(1):58-66.

(收稿日期:2007-09-05

修回日期:2007-12-20)

(本文编辑:李银平)

• 启事 •

第八届呼吸支持技术(2008)暨第二届呼吸治疗高级研修班通知

呼吸支持技术高级研修班是北京朝阳医院-北京呼吸疾病研究所王辰教授负责的国家级继续教育项目。自 1999 年开办以来,已经成功举办 7 届,培养学员 2 000 余人。多年的探索与改进,研修班确立了以“呼吸支持”为核心,以“实用”为宗旨,兼顾相关领域及新发展的办学风格,以其特色鲜明、内容丰富、讲解生动而受到历届学员的一致好评,目前已发展成国内一流的高水平研修班。

本届研修班邀请王辰、席修明、刘大为、陈荣昌、杜斌、邱海波等国内知名专家授课,并对授课内容进行大幅调整与补充,力求贴近临床。将呼吸支持的热点、难点问题通过专题讲座(六大专题)、互动答疑、病例讨论、现场演示(通气模式、力学波形)、PK[肺复张、气道压力释放通气(APRV)]等多种形式详细讲解,使学员能切实掌握实用的呼吸支持技术。

举办时间:研修班将于 2008 年 10 月 19—26 日在北京京东宾馆举行。学费及资料费共 1 200 元/人,食宿由会务组统一安排,费用自理。

联系人:呼吸支持技术高级研修班会务组,杜敏捷医生。

联系方式:手机:13521332329;电话:010-85231893;传真:010-65060167。通信地址:北京市朝阳区工体南路 8 号,北京朝阳医院-北京呼吸疾病研究所办公室,邮编:100020。Email:sunbing@vip.sohu.net(请注明邮件主题为“2008 呼吸支持技术高级研修班”)。您可通过邮寄回执、传真或者发送 Email 报名参加;如需邀请信,请来电来函告知。详情更新请登陆北京朝阳医院网站(www.bjcyh.com.cn)、北京呼吸疾病研究所网站(www.birm.cn)查询,可经网站下载报名表。

(北京朝阳医院-北京呼吸疾病研究所)

《急诊医学》本科统编教材(第一版)

教育部、卫生部普通高等教育“十一五”国家级规划教材《急诊医学》,已由人民卫生出版社出版。此教材由解放军军医进修学院、解放军总医院沈洪教授主编,我国 10 余位知名急诊医学教授参加了编写作为本科第七轮新增统编教材。教材从准备到编写受到了裘法祖院士、陈灏珠院士的关心和肯定。也得到急诊前辈邵孝洪、王一镗教授的具体指教。作为急诊医学教学主打教材,突出介绍了心肺脑复苏、休克、多器官功能障碍综合征、水和电解质及酸碱平衡紊乱等急诊常见临床综合征的理论及诊治;详述了环境及理化因素损伤、创伤和灾害事故急救、急性中毒的急诊专业问题;从急诊实际出发,从患者就诊的常见症状入手,叙述如何进行病情控制及可能病因的判断,列举了可能突发生命危险性常见疾病的临床特点、诊断与鉴别诊断和救治流程;介绍了急危重症的监护理念和方法,以及急诊检查和抢救技术。此教材可以引导学生实现从书本知识走向临床实践这一必经过程,也可帮助年轻医生在急诊临床实践中学用结合,为急症的判断和处理提供了学习路径。

(人民卫生出版社)

住 ICU 时间越长,预后越差^[2]。张齐^[3]发现急性呼吸窘迫综合征(ARDS)患者生存组治疗后 APACHE I 评分明显降低,而死亡组无明显变化。谭伟丽等^[4]发现,外科危重患者死亡组 APACHE I 评分显著高于存活组。孟新科等^[5]发现,APACHE I 评分 15 分为连续性血液净化治疗(CBP)预后的转换点,15~25 分的患者从 CBP 治疗中获益明显。为去除年龄的影响,我们采用 APACHE I (M) 评价疾病严重程度,发现对于高龄内科患者,APACHE I (M) 是住院病死率和 ICU 病死率的独立危险因素^[6]。在疾病严重程度和治疗强度相同的情况下,ICU 患者的年龄增加是否会导致病死率增加仍存在较多争议^[2,7-8]。最初有关 APACHE I 评分的研究认为年龄是预测病死率的独立危险因素,与疾病严重程度无关^[2],但很多作者对此持有不同意见。Wu 等^[8]将年龄从 APACHE I 评分系统中分离出来,校正了疾病严重程度的因素后,没有发现年龄本身能影响病死率;Rockwood 等^[9]认为只有大约 5% 的病死率波动是由年龄造成的;Leong 等^[1]对 282 例老年内科危重患者进行了研究,发现年龄与住院病死率及 ICU 病死率均无关。

本研究发现,年龄虽对住院病死率有微弱影响(OR 值为 1.06),但与 ICU 病死率无关。随年龄增加,APACHE I (M) 增加,休克发生率增加(接受 MV 和 CVVH 治疗的患者比例上升),说明患者病情趋于严重,治疗强度也有不同程度的增加,提示高龄患者病死率增加可能是由于病情加重所致,而不是年龄本身造成。由于多方面的原因,大多数医生为高龄重症患者制定的治疗方案偏于保守,对创伤性治疗顾虑较多。研究发现,高龄危重患者所接受治疗的强度普遍低

于年轻患者,这可能是病死率增加的原因之一^[10]。本研究显示年龄与 ICU 病死率无关,很可能是 ICU 高强度支持治疗的结果。另一方面,部分患者的器官功能状况可能与实际年龄并不相符。McClish 等^[11]发现,虽然年龄在 75 岁以上的危重患者病死率增加,但若将功能因素纳入分析,年龄本身对病死率的影响即趋于消失,病死率的增加主要集中于器官功能明显下降的老年患者。不同研究中患者器官功能因素差异可能很大,这也许是各研究结论不一致的另一原因。

本研究还显示,APACHE I (M) 评分为(9.11±7.80)分,81.7% 的患者在 15 分以内。我们的结论是否也适合病情更危重的患者尚不清楚,还需进一步研究。由于经济原因,ICU 患者中途放弃治疗而出院的现象并不少见,造成住院病死率和 ICU 病死率被低估。这类患者若比例过高,可能会对结果产生影响。

综上所述,本研究发现年龄虽然对高龄内科危重患者住院病死率有微弱的影响,但与 ICU 病死率无关。疾病严重程度和治疗强度是住院病死率和 ICU 病死率的危险因素。我们不建议将年龄作为 ICU 收治患者的标准。

参考文献

[1] Leong I Y, Tai D Y. Is increasing age associated with mortality in the critically ill elderly[J]. Singapore Med J, 2002,43(1):33-36.
 [2] Knaus W A, Draper E A, Wagner D P, et al. APACHE I: a severity of disease classification system [J]. Crit Care Med, 1985,13(10):818-829.
 [3] 张齐. 急性呼吸窘迫综合征预后相关指标分析[J]. 中国危重病急救医学, 2004,16(5):308.
 [4] 谭伟丽, 蒋丽红. 急性生理学与健康状况 I 评分在外科危重患者中的应

用价值[J]. 中国危重病急救医学, 2005,17(5):310.
 [5] 孟新科, 郑晓英, 吴华雄, 等. 急性生理学与健康状况 I 评分在连续性血液净化治疗多器官功能障碍综合征中的应用[J]. 中国危重病急救医学, 2005,17(5):313-314.
 [6] Mayer-Oakes S A, Oye R K, Leake B. Predictors of mortality in older patients following medical intensive care; the importance of functional status [J]. J Am Geriatr Soc, 1991, 39(9): 862-868.
 [7] Wong D T, Crofts S L, Gomez M, et al. Evaluation of predictive ability of APACHE I system and hospital outcome in Canadian intensive care unit patients [J]. Crit Care Med, 1995, 23(7):1177-1183.
 [8] Wu A W, Rubin H R, Rosen M J. Are elderly people less responsive to intensive care[J]? J Am Geriatr Soc, 1990,38(6):621-627.
 [9] Rockwood K, Noseworthy T W, Gibney R T, et al. One-year outcome of elderly and young patients admitted to intensive care units [J]. Crit Care Med, 1993,21(5):687-691.
 [10] Castillo-Lorente E, Rivera-Fernández R, Vázquez-Mata G. Limitation of therapeutic activity in elderly critically ill patients, project for the epidemiological analysis of critical care patients [J]. Crit Care Med, 1997, 25(10): 1643-1648.
 [11] McClish D K, Powell S H, Montenegro H, et al. The impact of age on utilization of intensive care resources [J]. J Am Geriatr Soc, 1987, 35(11): 983-988.

(收稿日期:2008-03-10)

(本文编辑:李银平)

• 启事 •

第二届全军重症医学大会暨沈阳军区首届重症医学大会通知

为促进国内外、军内外危重病医学界的学术交流,全军重症医学专业委员会、沈阳军区重症医学分会及《解放军医学杂志》社将于 2008 年 7 月 9—12 日在吉林长春联合举办第二届全军重症医学大会暨沈阳军区首届重症医学大会。

本届大会将邀请国内外多名知名学者就当今危重病医学领域热点问题作专题报告。会议主要内容涉及战、创伤救治、全身性感染、ARDS 与机械通气、急性肾功能衰竭与肾替代治疗、代谢紊乱与营养支持、液体复苏与组织灌注、危重病护理等。

征文:①未公开发表的稿件;②请寄 600 字左右摘要 1 份;③注明作者单位、姓名、地址和邮编;④来稿请寄:李恩江,解放军医学杂志编辑部(北京 100036 信箱 188 分箱),邮编:100036;Email:lej3012@163.com(建议电子邮件投稿),截稿日期为 2008 年 6 月 1 日;⑤大会将评选优秀青年论文 10 篇。

注册:6 月 1 日前注册费 500 元;此后 600 元。联系人:解放军总医院 SICU, 宋青, 邮编:100853;Email:songqing3010301@sina.com。

(全军重症医学专业委员会)