

呼吸医师分会与美国胸科学会签署长期合作备忘录 中美联手：提供更佳治疗

▲《医师报》记者 牛艳红 苏明 裘佳 李玉梅 董杰



Thomas Ferkol 教授(右二)和 Patricia W. Finn 教授(右一)正在听课

6月27日上午，中国医师协会呼吸医师分会（CACP）与美国胸科学会（ATS）签署了为期三年的合作理解备忘录。

ATS 现任主席 Thomas Ferkol 教授表示，这对两个组织都是一个非常好的机会，CACP与ATS将在研究、临床诊疗等方面密切合作，从而更好地帮助患者。此外，CACP 与 ATS 将参加彼此的年会，分享各自所面临的机会与挑战，并共同提出解决策略。

应对呼吸医生减少困境

Ferkol 教授提到，在6月27日的论坛上，中国一专家谈到目前中国缺少呼吸医生的问题。实际上，

这也是美国甚至全球都关注的问题，是呼吸领域共同面临的挑战！

“选择当呼吸医生的人越来越少，其中愿意进行呼吸疾病研究的人更少，尤其是儿科。” Ferkol 教授指出，虽然我们已有如此多的先进知识与技术，然而遗憾的是，却缺乏人来进行科研以及将研究成果转化到临床实践中。

他表示，目前呼吸医生减少的原因尚不明确，可能与愿意当医生本来就减少，而呼吸科进行的宣传太少，使得医学生对呼吸科不够熟悉、了解等有关。

如何吸引更多进入呼吸科，如何培养呼吸科接班人？这是历任 ATS 主

席一直致力于解决的问题。

ATS 前任主席 Patricia W. Finn 教授指出，ATS 所有工作者都致力于这项工作，他们通过开展培训项目、编著、宣传活动、探索最佳实践模式等来提高医疗质量，给予每例患者同等的医疗服务。此外，ATS 还与欧洲、亚洲等地区的多个学会建立合作关系，以期做得更多。

健康不公平应引关注

Finn 教授指出，近年来对医疗感兴趣者以及医疗工作者已开始关注健康不公平（health disparity）的问题，而该问题在呼吸疾病中尤为显著，呼吸疾病更易受到环境等因素的影响。

要解决这个问题，Finn 教授认为主要分两步实施。第一步是命名“健康差异”：无论是中国、美国还是欧洲，首先要把健康差异视为一个问题；其次是医生、护士、医学生、教授、医院要勇于承担责任，对弱势群体进行教育。第二步是尽量收集相关数据，了解年龄、性别、地区、经济等对疾病诊断、治疗的影响，明晰哪些治疗适用于哪些患者，从而真正实现个体化治疗。

美国胸科学会成员也包括患者

Finn 教授介绍，ATS 的 1.5 万名成员中，有很大一部分是患者。人们已经认识到患者的参与对临床诊疗的重要性，医生应将患者视为搭档，了解其最关注的问题及他们所愿意接受的治疗策略，才能获得最佳的治疗结果，“患者对学会组织也极为必要。” Ferkol 教授指出，ATS 的患者成员可从其自身角度对 ATS 所提出的新临床诊治方法和研究提出观点与看法，只有了解患者的需求，才能设计更适宜的研究方法，研发出更佳的诊断和治疗方法。

GINA 执委会前任主席 Eric D Bateman 合并哮喘和 COPD 是重叠综合征



Eric D Batema 教授

许多慢性呼吸系统疾病成年患者同时伴有哮喘和慢性阻塞性肺疾病（COPD）症状。面对这些患者，一级保健医生需决定治疗哮喘还是 COPD。目前，指南还未充分解决这一临床困境，术语和治疗方法在国际上还未达成共识。

此外，这类患者常被呼吸系统疾病新疗法的各临床试验排除在外。病理生理学和自然病史研究既显示出共同特征，又显示出不同特征。因此认为，许多患者两种症状都会出现且同时存在，相比于任一症状，二者同时存在临床转归

可能更差。

据估计，15% 以上慢性呼吸系统疾病患者可归为此类，近期被定义为哮喘-COPD 重叠综合征（ACOS）。2014 年 5 月，GINA 和 COPD 全球倡议（GOLD）针对该症状发布了一项联合声明，为诊断和起始治疗提供了指南。诊断是对这些临床特征症候群权重组成以及呼吸量测定法的判断。

哮喘和 COPD 的临床症状数量相同时，应考虑 ACOS。如果可行，一些特殊调查更利于作出诊断，但并不阻止适当治疗的开展。

由于 ACOS 发作更频繁，肺功能快速下降，全身糖皮质激素应用增多且利用卫生资源（药物和住院），因此必须早期治疗，包括吸入糖皮质激素治疗哮喘和治疗 COPD 长效支气管扩张剂。其他治疗价值仍需临床试验评估。

GOLD 科委会前任主席 R Rodriguez Roisin 严重肥胖症减重手术后 肺功能改善



R Rodriguez Roisin 教授

肥胖症患者血清中血清瘦素、白介素 6、肿瘤坏死因子 α、C 反应蛋白等炎症因子增加，易导致系统性炎症，影响肺部功能。严重肥胖还使胸腔内脂肪增加、肺容量减少，造成低通气及通气灌注失衡所致的气血异常。对于体质指数为 35~39.9 kg/m² 且合并

肥胖症患者血清中血清瘦素、白介素 6、肿瘤坏死因子 α、C 反应蛋白等炎症因子增加，易导致系统性炎症，影响肺部功能。严重肥胖还使胸腔内脂肪增加、肺容量减少，造成低通气及通气灌注失衡所致的气血异常。对于体质指数为 35~39.9 kg/m² 且合并

Roisin 教授团队研究发现，严重肥胖患者

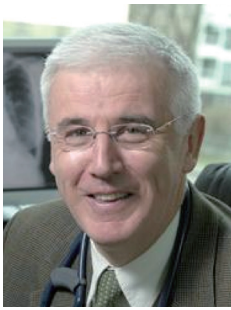
减重术 1 年后，补呼吸容积、脂联素显著升高，血清 C 反应蛋白和血清瘦素显著降低；肺泡气-动脉血氧分压降低 12 mm Hg，动脉血氧分压升高 13 mm Hg。呼吸空气时，动脉氧分压由减重前的 76 mm Hg 升至 89 mm Hg；呼吸纯氧时，动脉氧分压由减重前的 519 mm Hg 升至 583 mm Hg。此外，无论呼吸空气或是纯氧，减重术后患者肺内分流量均显著降低。

由此可以认为，肥胖症患者存在由轻/中度分流和轻度扩张性肺血流所致的轻中度低氧血症。

减重手术后，患者肺气体交换和肺影像学上显示的损伤有显著改善，但不能完全恢复。这些异常可能源于剩余肥胖和全身性炎症。

GINA 执委会主席 J Mark Fitzgerald

哮喘控制 = 控制症状 + 降低发作风险



J Mark Fitzgerald 教授

哮喘表型

全球哮喘防治倡议（GINA）指出，“哮喘表型”因人口、临床和（或）病理生理特征不同，但未发现其与特定的病理过程或治疗反应呈强烈相关（图 1）。

哮喘诊断

哮喘诊断应基于特征

性症状病史和可逆性气流受限证据。其可通过支气管舒张或其他试验测试。哮喘常与气道高反应性和气道炎症相关，但这些并

不是确诊哮喘所必需的因素。如果可能，应在控制药物治疗前记录哮喘诊断证据，因为之后往往更难确诊。



图 1 哮喘常见临床表型

哮喘评估

哮喘控制 = 控制症状 + 未来风险。需评估过去 4 周的症状控制情况；评估不良预后的危险因素；在诊断/治疗开始、治疗后 3~6 个月测量肺功能，并定期评估。

在治疗方面，应记录当前的治疗步骤；关注吸入器技术，评估依从性和不良反应；了解患者是否有书面的哮喘行动计划，并询问患者的态度和目标。

在合并症方面，应注意鼻炎、鼻窦炎、胃食管反流病、肥胖、阻塞性睡眠呼吸暂停、抑郁和焦虑；还可能导致呼吸道症状和较差的生活质量。