本版责编：王雅萍
美编：云龙
电话：010-58302828-6839
E-mail:wangboboon@126.com
医师报 2015年2月5日

（上接第21版）

慢性阻塞性肺疾病

慢阻肺：多表型要因地制宜

▲北京大学第三医院呼吸与危重症医学科 陈亚红

陈亚红 教授

慢性阻塞性肺疾病（慢阻肺）患者在临床表现、生理学、影像学、对治疗的反应、肺功能下降速度和死亡等方面存在明显异质性。目前普遍认为，1秒用力呼气容积（FEV_1）本身并不能全面反映疾病的复杂性，也不可单独用作评估和诊疗手段。

目前，国内外研究均集中在慢阻肺的表型多样性，已发现的表型有：临床表型、FEV_1快速下降表型、频发急性加重表型、气道疾病和肺气肿表型、合并症和全身炎症表型等。国外全球慢阻肺防治创议（GOLD）、西班牙指南及国内指南均强调根据慢阻肺临床分型给予个体化治疗。

此外，慢阻肺还存在多种合并症，但目前的临床分型方法都没有把合并症放在其中。

临床分型的个体化治疗

存在慢性支气管炎、重度极重度慢阻肺、既往有急性加重病史患者：罗氟司特治疗可使需要糖皮质激素治疗的中重度急性加重发生率下降15%~20%。

频发急性加重表型：长效支气管扩张剂联合抗炎药物。

慢阻肺－哮喘重叠综合征表型：吸入激素联合支气管扩张剂。

肺气肿表型：对抗炎药物治疗效果差，采用长效支气管扩张剂联合肺康复治疗。

肺减容手术：以上叶为主的肺气肿和康复后运动能力受限患者，肺减容手术可降低病死率，改善肺功能受限。

慢阻肺患者治疗支气管扩张：在慢阻肺常规治疗中可加支气管扩张症传统治疗。但预防急性加重是否需更长期的应用口服或吸入抗生素、而不是支气管扩张剂或吸入激素治疗，尚无依据。

合并心功能不全：患者常需使用β受体阻滞剂，GOLD 2011修订版已肯定，慢阻肺患者选择β_1受体阻滞剂安全。

临床研究

《柳叶刀》审稿重要原则：能否改变临床实践

▲本报记者 王雅萍

肖丹 教授

能够引起《柳叶刀》重视的研究，首先要看其是否能改变临床实践、影响卫生政策、引发学术辩论、开展学术教育。

《柳叶刀》需要什么样的文章？这是每位研究者在投稿前必须弄清楚的问题。北京市呼吸疾病研究所肖丹教授在会上讲述了她在《柳叶刀》杂志伦敦编辑部访学期间的经历。

“《柳叶刀》作为一个受众极广的世界顶级杂志，对原创性研究除要求研究本身质量高、证据坚实外，还重视该研究是否创新并具有普适性。”肖丹明确指出。

以2013年9月发表于《柳叶刀》的一篇有关电子烟的研究为例，肖丹说，“该研究之所以被选中是因为它首次提出，电子烟作为减害产品，具有帮助吸烟者戒烟的效果，‘first’很重要。”肖丹坦言，这个研究本身并不难，它将657例吸烟者分为3组，分别在1个月、3个月、6个月时做阶段性对比，“但在当时针对使用电子烟没有相应循证医学证据的情况下，能进行这样一个研究，很难得。”

《柳叶刀》同期评述也表示，该研究提供了很多新颖且重要的结论，或有助于电子烟提高戒烟率并减少戒烟者和健康照护的花费。

当时，该研究成果一出，立即引发公共卫生界人士和临床戒烟工作者的热烈争论，前者认为电子烟的安全性等问题还不明确，不可推广；但临床工作者认为，研究结果提示电子烟对于戒烟者来说值得尝试。相关争论也一直持续到了现在。

肖丹认为，这一研究引起了更多人对电子烟的重视和思考，继而影响临床实践和卫生制度的发展。

关于我国研究者的发文机会，据《柳叶刀》统计，2014年我国投稿数量已达全球第三，但发表量很有限。《柳叶刀》曾明确“中国不仅在研究数量，而且在研究质量上有领导世界的机会”，肖丹呼吁同行，做临床研究时准确把握《柳叶刀》审稿原则，让更多“中国好声音”出现在世界舞台上。

申请科研基金：始于创新 成于基础 佐以表述

▲本报记者 王雅萍

应颂敏 教授

始于创新，成于基础，佐以表述，这是基金申请成功三要素。申请者的标书切记题目写小，摘要写好，创新点写少，内容适中，图表画好。

“在出国之前，我一直接受的观点是‘try your best’，无论做什么都要努力去做到最好，出国留学后依然是这句，但后面又多了一句‘but not enough’。”浙江大学呼吸疾病研究所应颂敏教授表示，“很多事情只有努力是不够的，就像国家自然科学基金的申请，学会换位思考非常重要。”

应颂敏在申请标书方面有一些经验，主持多项国家自然科学基金项目，是中组部“青年千人计划”入选者和国家优秀青年科学基金获得者。他强调，标书的好坏对基金申请是否成功很关键。“必须意识到，一份好的标书并不一定在于其内容有多好，而关键在于它写得有多‘不差’。”应颂敏强调，每位评审专家阅稿时间相对有限，看到标书时首先会进行分级定位，然后在此基础上，寻找其中的漏洞和错误进行扣分。所以，意识到并避免自身存在或可能出现的硬伤很重要。

对此，应颂敏特别介绍了一般申请者在标书撰写中可能存在的三点最突出的硬伤。第一，无创新性。稍作检索即发现国内外已有类似研究；参考文献过少、陈旧或多数为中文文献。第二，研究内容过大，在一定时间和经费范围内无法完成，“我们总是希望把事情做大、做全面，其实，想一次解决太多问题就意味着一个问题也解决不了”。第三，研究基础不足，缺少预试验结果。关于这一点，应颂敏建议，预试验数据首先能反映申请者的科研态度和能力，其次可弥补一些申请者没有优秀SCI文章的情况。

学科建设

打造品牌呼吸学科

平台 技术 团队 质控 帮扶 一个也不能少

▲本报记者 陈惠

郭述良 教授

作为国家临床重点专科建设项目的科主任，其责任除了构建高水平学科平台、团队、技术能力及质控体系，还要帮扶共建，带动区域呼吸病学整体发展，确保一方患者自在生活、自由呼吸。

西部地区呼吸学科重症监护室（RICU），率先开展系列呼吸危重症救治新技术；独立开展40余项肺病诊治技术，其中支气管动脉内介入治疗技术已完成近4000例，完成全国首例Onyx胶栓塞治疗大咯血技术，确诊了目前全球最年轻的支气管Dieulafoy病……

很多国内专家同行第一次到重医大附一院呼吸与危重症医学科时，都会不由感叹：“原来你们做得这么好！”

3年来，科主任郭述良一直坚持打造实力呼吸、交融呼吸、品牌呼吸和人文呼吸。即以扎实的技术为基础，通过“走出去、请进来”方式与同行切磋，形成自己的品牌技术，同时注意人文关怀和质量管理。

走过很多国家的医院，汲取其经验，郭述良形成了自己的人文理念。他总在设想把病房变成温馨的“宾房”，而不是面对四周冰冷白墙和刺鼻消毒药水的地方；希望做气管镜的患者躺在病床上能看到印在天花板上的蓝天白云；希望患者走在科室走廊，能欣赏国内外名画，放松心情。

为提高医疗质量，科里成立了医疗质量与安全管理小组，郭述良亲自担任组长，下设医疗安全、院内感染及合理用药、RICU质控、新特技术质控等10余个质控组，并在每月底的周二晚，进行平均3 h的科务与质控小组报告会，介绍质控及评估情况，分析存在的问题，提出改进措施。

“质控就是指PDCA（plan/do/check/action）的过程：按规范运作，定期检查，持续改进，强调解决办法。”郭述良告诉记者。

经过一段时间的监管，科室医疗安全质量明显提升，近3年实现零医疗事故、零纠纷和零有效投诉。