

编者按：6月26~28日，第六届上海东方呼吸病国际论坛上，来自中外500多名专家汇聚一堂，共同探讨肺部肿瘤的临床诊治、介入肺脏病学的临床应用、重症肺部感染和呼吸衰竭的诊断救治等问题。这是该论坛自2008年创办以来走过的第7个年头，伴随着第二军医大学附属长海医院呼吸科的不断发展壮大，其“传承、交流、合作”的主题也得到了中外专家的一致肯定。论坛在加强国际交流和合作方面更发挥了桥梁作用，以多种形式推动呼吸学科的全面发展。

第六届上海东方呼吸病国际论坛召开

介入呼吸病学的春天即将来临

▲ 上海第二军医大学附属长海医院 李强

张从昕院长与 Michael Simoff 教授为“长海—Henry Ford 医院国际介入肺脏病专科医师培训中心”揭牌



李强 教授

历经20多年的发展和壮大，介入呼吸病学现已成为我国现代呼吸病学中一股不可或缺的重要力量。

呼吸专栏编委会

名誉主编：钟南山 王辰

指导专家：

林江海 康健 白春学

沈华浩 陈荣昌 孙铁英

陈良安 王娟 代华平

主 编：曹彬

执行主编：

白冲 黄克武 李海潮

王玮 宋元林 应颂敏

张琅 冯靖 陈亚红

本期轮值主编：白冲

编委（按姓氏拼音排序）：

边玛措 蔡志刚 曹孟淑

陈成 陈虹 陈娟

陈磊 陈燕 陈湘琦

范晔 郭强 郭岩斐

何晓琳 何志义 何志明

胡毅 季颖群 解立新

李和权 李敏超 李燕明

刘晶 刘国梁 刘维佳

刘先胜 卢文菊 卢献灵

马德东 孟莹 苗丽君

庞敏 苏楠 苏欣

孙加源 唐昊 田庆

王琪 王凯 王佳烈

王晓平 王效静 吴司南

肖丹 邢西迁 徐金富

许小毛 叶小群 翟振国

詹庆元 张静 张晓菊

赵俊 赵丽敏 周为

周林福 朱玲

介入呼吸病学已成为我国现代呼吸病学的重要支柱

未来发展方向

回顾中国介入呼吸病学发展历程，大致经历了三个阶段：引进消化阶段（1990~2000年）、建立体系阶段（2000~2010年）和完善成熟阶段（2010年以后）。

引进消化阶段 随着一些留学人员的归国，他们逐渐将一些国外介入呼吸病学技术，如支气管镜下的高频电凝消融、高压球囊扩张气道成型、气道内金属支架置入、TBNA、支气管镜下球囊填塞治疗大咯血以及硬质内科胸腔镜等引入国内，并加以消化吸收，极大地拓展了呼吸内科医师解决临床问题的能力 and 范围。

同时，他们还采取了

“请进来和走出去”战略，将一大批活跃在国际舞台上的介入呼吸病学界大师们请到国内进行授课、手术演示及手把手指导，使众多年轻医师受到启蒙并从中获益，进而在全国范围内迅速掀起了一场介入呼吸病学的发展热潮。

建立体系阶段 随着中国介入呼吸病学发展热潮兴起，人们享受着其为临床解决各种难题所带来的喜悦，但同时，一些困惑和挑战也随之而来。如各种介入治疗技术所造成并发症的处理难题；如何防范并发症；学术交流缺少稳定的平台；新技术和青年人才培养缺少规范化培训体系等。这促使立体的

介入呼吸病学新体系在中国迅速建立。

经过近10年建设，国家、学会、省市及民间等不同层面的组织体系、学术交流体系、临床诊疗体系和技术培训体系逐渐建立，使中国介入呼吸病学真正进入了一个快速、有序和健康的发展轨道。

完善成熟阶段 在完善体系建设之后，中国介入呼吸病学开始真正步入成熟期。其标志为：各种新技术、新疗法培训更专业和规范；各级医疗机构介入呼吸病诊疗平台的硬件和诊疗流程更完善；各种诊疗技术风险评估更细致；各种并发症处理更自如；各种技术创新和临床研究

成果开始被国际同行关注；中国介入呼吸病学已成为世界介入呼吸病学界一支重要的有生力量。

目前，介入呼吸病学已经成为了我国现代呼吸病学的重要支柱。其在人工气道建立与管理；气道异物诊断与处理；各种良、恶性气道阻塞诊断与治疗；各种复杂和少见肺部感染诊断与处理；肺部肿瘤的诊断与分期；各种良、恶性气道肿瘤治疗；各种良、恶性胸腔积液及脓胸诊断与治疗；各种肺血管性病变诊断与治疗以及支气管哮喘、慢阻肺、难治性气胸和支气管胸膜瘘、食管气管瘘等领域中，发挥着极其重要的作用。

中国介入呼吸病学在经过20多年快速发展之后，与发达国家之间的水平差距也越来越小，未来应在谋求赶超方面有所作为。

未来介入呼吸病学的主战场在哪里？毫无疑问，应该是“早期肺癌的微创介入性根治”。我们应加强医工之间合作，组织全国范围内多学科参与的联合科技攻关，大胆创新，科学实施，力争用3~5年的时间攻克这一临床难题。

我们完全有理由相信，随着“早期肺癌微创介入根治术”逐渐取代传统外科手术疗法时代的开启，介入呼吸病学的春天也将随之来临，让我们共同期待这一天的早日到来。

胸腔积液在肺癌诊断中的价值

▲ 第二军医大学附属长海医院 白冲



白冲 教授

恶性胸腔积液是指原发于胸膜的恶性肿瘤或其他部位的恶性肿瘤转移到胸膜所引起的胸腔积液。据统计，美国每年恶性胸腔积液的发病人数超过15万人。肺癌是恶性胸腔积液最常见的病因，约占1/3。恶性胸腔积液表明肿瘤播散或已进展至晚期，中位生存期

为3~12个月，这与原发肿瘤类型与分期有关，肺癌所致恶性胸腔积液患者生存期最短。初诊为肺癌患者中有7%~30%有胸腔积液，而其中50%~75%为恶性。胸腔积液也是晚期肺癌的常见并发症，10%~50%肺癌尤其是腺癌患者在病程中出现胸腔积液。

★ 白介素 17
★ 甲状腺素运载蛋白
★ CYFRA 21-1★ 分泌型焦磷酸蛋白-1
★ EGFR
★ EML4-ALK

六大生物标志物助力诊断

内科胸腔镜确诊率高达83.9%

内科胸腔镜检查术主要用于诊断，对不明原因的渗出性胸腔积液进行评估，对肺癌进行分期；也可喷洒滑石粉行胸膜固定术治疗恶性胸腔积液。

该技术与用套管针进行胸腔导管插入相似，不同之处在于胸腔镜可通过视频探查，还可对胸壁、膈膜、纵隔、心包膜及肺脏的病灶进行活检。经胸膜活检对恶性胸腔积液的敏感性、特异性、阳性预测值和阴性预测值分别为96.77%、100%、100%和

66.67%，没有手术死亡率。

作者团队对224例不明原因的胸腔积液患者行胸腔镜检查术，确诊率为83.9%，无严重并发症。验证了胸腔镜检查术对不明原因胸腔积液是一种安全、确诊率高的诊断方法。经内科胸腔镜检查后，10%的胸腔积液患者仍不能明确原因；而胸腔穿刺术及闭式胸膜活检术约20%以上的患者不能确诊。这种情况下应该进行外科胸腔镜术或开胸活检术。

（下转第23版）

胸液细胞学是诊断恶性胸腔积液最简单方法

对于恶性胸腔积液患者，经胸腔穿刺获得胸液是一项相对安全而又简单的操作，且具有可重复性。

胸腔穿刺没有绝对禁忌证，相对禁忌证包括胸液量过少、出血体质、正在接受抗凝治疗和机械通气等。

绝大多数恶性胸腔积液为渗出液，但也有极少数

是漏出液。胸液细胞学是诊断恶性胸腔积液最简单的方法，诊断效率在62%~90%，与原发肿瘤的类型及其分化程度有关。多次细胞学检查可以提高阳性率。

肿瘤标志物如CEA、细胞角蛋白片段21-1、CA125、CA15-5及CA19-9等有助于诊断，敏感性

为40%~60%，特异性为80%~90%。联合检测多种肿瘤标志物可提高其诊断效率。其他方法，如应用单克隆抗体对肿瘤标志物进行免疫组化染色以及染色体分析等，有助于胸液的鉴别诊断。由于它们的敏感性和特异性相对较低，因此不能单靠这些方法确诊。

第一三共
Daichi-Sankyo广谱抗菌药
可乐必妥®
Cravit® (左氧氟沙星制剂)