



数百名参会者站立聆听大会报告



钟南山 院士



刘又宁 教授



林江涛 教授



白春学 教授

## 大会报告

广州呼吸疾病研究所 钟南山院士

### 新检测手段助力小气道病变评估

在阻塞性气道疾病中，小气道病变的诊断与干预不容忽视。有文献表明，在疾病发展早期，小气道病变已经形成且其与气道炎症水平密切相关。随着疾病严重程度的增加，小气道病变程度逐渐增加；此外，存在严重小气道病变的患者死亡率更高。

小气道病变的常规检测手段（包括用力肺活量检测）对筛选早期病变的灵敏性和特异性有限，目前已有学者致力于探讨新检测手段的价值，包括脉冲振荡法、光学相干成像法（OCT）、重复呼吸氮气冲洗法。

通过 OCT 检测，慢阻肺小气道重塑的特征改变为管径变小，黏膜增厚、边界模糊、管壁黏膜占管腔百分比增大；肺功能正常者具有一定程度的小气道结构改变，与慢阻肺小气道重构相似，程度较

轻。评估小气管结构病变，以气道壁横截面积与气道切面横截面积的比值作为评估指标更可靠。

有趣的是，部分慢阻肺患者虽然用力肺活量指标正常，但其已经出现轻度呼吸困难，且与小气道病变有关。这说明呼吸科医师需要充分认识到患者病史以及新检测手段对诊断小气道病变的重要性。

既往对小气道病变的研究较少，目前已有药物（如极细颗粒直径的皮质激素、β受体激动剂）针对改善小气道阻塞而起药理作用。若今后能够证实这类药物确实显著改善小气道功能，从而缓解症状并改善患者预后，必定能为临床医师提供新的关键干预思路，也将是呼吸病学发展的重要里程碑。

（整理 关伟杰）

中日医院 林江涛教授

### 识别哮喘表型具有重要意义

既往，与重度哮喘相关的概念很多，难治性哮喘、难控制性哮喘、致死性哮喘等，由此可见，临床对重度哮喘的认识并不统一。

最新的 2014 ERS/ATS 国际指南对于重度哮喘的定义为：在过去 1 年中，按照 GINA 指南建议的第 4~5 级哮喘药物治疗【高剂量 ICS 联合 LABA 和（或）白三烯调节剂/茶碱】或全身激素治疗 ≥ 50% 的时间，以防止变成未控制哮喘，或即使在上述治疗下仍表现为未控制哮喘的哮喘类型。

影响哮喘控制的因素有很多，吸烟和肥胖是影响哮喘的独立危险因素。美国的共识将吸烟列为影响哮喘控制的环境因素首位，我国的流行病学调查也认为吸烟是哮喘发病的独立危险因素。肥胖也不例外，因此平时常说的“说你胖你就喘”，是有科学依据的。

重度哮喘的表型目前并无统一标准，但识别哮喘表型在重度哮喘治疗中具有重要意义。哮喘特别是重度哮喘是一种异质性疾病，识别特定表型的特征将有助于预测疾病自然史，且可能最终促成靶向治疗或其他更有效治疗。

以哮喘表型的靶向治疗将成为重度哮喘新的研究热点。首先，不同的哮喘表型对不同治疗方法的反应性有很大差异；其次，“one-treatment-fits-all”适用于哮喘患者的初始治疗，但并不适用于重度患者；再次，根据特定的表型选择适宜的治疗可使治疗最大获益，对价格昂贵的生物治疗尤其必要。

未来，重度哮喘有很多研究方向，其中遗传性因素在发病中的作用、表型的研究和个体化治疗的开展、药物遗传学和精准医学研究等都是非常好的方向。

解放军总医院 刘又宁教授

### 2014-2015 年肺部感染研究进展

肺部感染性疾病的研究是呼吸系统各类疾病中最为活跃的领域之一，这一年多来该领域内临床与基础研究齐头并进，硕果累累。许多指南、共识的颁布使肺部感染性疾病的诊治愈加合理，一些开创性技术的应用使呼吸科医生能更快速、更精准的诊断疾病，各类新一代抗菌药物的涌现为治疗耐药菌感染带来了新的选择和希望。

在国际上，美国医疗机构流行病学学会/美国感染病学会修订了《急重症医疗机构呼吸机相关性肺炎的预防策略》。WHO 首次提出对潜伏性结核感染应早期发现并适当治疗，颁布了《潜伏性结核感染管理指南》，将结核病的诊治向前提了一大步。

在国内，中华医学会呼吸病学会感染学组制定了《铜绿假单胞菌下呼吸道感染诊治专家共识》；中国医药教育协会感染疾病专业委员会联合各学科专家制定了《抗菌药物超说明书用法专家共识》，列出 48 种在国内外文

献中超说明书用法出现较频繁的抗细菌、真菌、非典型致病原药物。

肺部感染往往病情凶险，快速、准确的诊断是决定成败的关键一环。美国哈佛大学布莱根妇女医院 Sophia Koo 等发现，侵袭性肺曲霉感染患者呼出气中可检出特异性挥发性代谢产物，有别于非曲霉感染；在国内，细菌性肺炎与支原体肺炎的临床鉴别、我国肺隐球菌病的临床与微生物特征相关研究也在进行中，以期建立针对此类疾病符合中国临床特点的诊疗体系。

耐药革兰阴性病原菌所致的呼吸机相关呼吸道感染是呼吸科的一大挑战，Lucy Palmer 等研究发现，正确使用吸入抗菌药物可能成为治疗这些感染的有效措施，且吸入抗菌药物能减少新的耐药菌产生。目前，美国 FDA 批准和将要批准的可雾化吸入抗菌药物已有十余种。自 2014 年以来，一些新抗菌药物在美国及欧洲获批上市，为呼吸科医生对抗多药耐药菌提供了有力武器。

复旦大学附属中山医院 白春学教授

### 肺癌防治要端口前移至肺结节

与发达国家相比，发展中国家肺癌死亡率相对较高。中国肺癌防治工作需端口前移至肺结节，所开展的工作已经与国际接轨，我们制定了“中国肺结节诊治共识”，并牵头制定了“亚太肺结节诊治指南”。

与欧美国家相比，亚太国家肺癌死亡率偏高。美国胸科医师学会（CHEST）指南应用到亚太地区中，实施起来颇具困难。为此，2014 年 8 月在香港召开了“亚太肺结节诊治指南”制定会议，来自中、日、韩、新加坡等国的专家出席并讨论，笔者被选为主席并担任指南第一和通讯作者。

亚太指南与 CHEST 指南存在一些区别，如从肿瘤位置来看，若肺上叶发现结节，我国考虑为肺结核，而欧美可能考虑为肺癌。

此外，在 2014 年中华医学

会呼吸病学年会召开期间，肺癌学组和中国肺癌防治联盟制定了“中国肺结节诊治专家共识”。已经制定了“亚太肺结节诊治指南”，为何还要制定“中国肺结节诊治专家共识”？这是因为中国的肺癌发病率增速很快，死亡率很高。诊断后有手术机会的患者不足 1/3，而在美国和日本则超过 1/2。造成这种结果的原因在于，我国存在“一重”（重视治疗）、“三轻”（轻预防、轻早期诊断、轻管理）的现象等。

在影像学检查方面，通过胸片发现单个不确定结节者，建议应进行胸部 CT 检查，以便更好地对结节鉴别诊断。胸部 CT 可提高肺结节鉴别诊断率。而胸片检查“不可靠”，可增加死亡率达 20%，即 5 个人便有一个“冤死”。筛查肺癌，一定行 CT 检查。

## 会场快讯

### 2015 版 CAP 指南发布

在 9 月 6 日的大会报告上，感染学组组长、上海交通大学医学院附属瑞金医院院长瞿介明教授解读了最新修订的 2015 版《社区获得性肺炎（CAP）诊断和治疗指南》。

2006 年，中华医学会呼吸病学分会发布了我国第一部《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》。但是，随着抗菌药物选择压力增大，我国 CAP 重要病原菌耐药谱不断发生变化，同时新发突发呼吸道传染病不断出现，新的抗感染药物、疫苗和治疗方法积累了新的证据，因此，有必要对 2006 版《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》进行更新，更好地指导我国 CAP 临床诊治。为此，在王辰院士的倡导下，感染学组于 2014 年 12 月 27 日启动 CAP 指南的修订工作。

瞿介明教授介绍，2015 版 CAP 指南修订的特色是：

- （1）补充了我国病原学最新资料；
- （2）明确提出 CAP 诊治思路；
- （3）CAP 分类临床可操作性强；
- （4）病情严重程度评价明确采用 CURB-65；
- （5）病原检测以表格形式表达，简明实用；
- （6）经验性治疗根据病情、宿主因素及药物特点分层推荐；
- （7）体现重症肺炎辅助治疗价值和呼吸专科特色；
- （8）明确初始治疗失败的定义及诊治流程；
- （9）增加特殊病原和特殊人群 CAP：病毒、军团菌、CA-MRSA、老年肺炎；
- （10）强调疫苗对于肺炎的预防价值。

值得一提的是，2015 版 CAP 指南更新大量引用了国内学者的研究成果，共引用文献 334 篇，其中中国作者文章 77 篇，占 23%。

（整理 黄怡 张静）