

2015 第十一届国际呼吸病论坛召开

呼吸学科 寻找走向世界助推器

▲ 本报记者 陈惠 牛艳红



10月9~11日，2015第十一届国际呼吸病论坛（ISRD 2015）在成都召开。大会主席、四川大学华西医院院长李为民介绍，大会邀请了百余名国内外著名学者进行精彩演讲，设立近百场专题讲座、论文交流，内容涵盖气道疾病、肺癌与介入技术、危重症、感染等，吸引了近2千名呼吸医师参与。大会主席、复旦大学附属中山医院白春学教授表示，ISRD 2015以“接轨国际新契机、直面名家近距离、启发创新有知音、走向世界助推器”为发展思路，为呼吸病学领域的临床、基础学者提供最新的国际研究成果及行业资讯，在促进我国呼吸疾病学科发展，加强国际交流等方面发挥重要作用。

呼吸专栏编委会

名誉主编：钟南山 王辰

指导专家：

林江涛 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：梁宗安 李和权

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 何忠明
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

国内专家报告

吸入性激素治疗慢阻肺应权衡利弊



钟南山 院士

对于稳定期慢性阻塞性肺疾病（慢阻肺），吸入性糖皮质激素（ICS）治疗占有重要的一席之地，但其也可能带来肺炎等危害。钟南山院士指出，临床医生在使用ICS

治疗时应权衡利弊，依据患者的临床亚型选择使用ICS联合治疗方案，开发更低剂量、更高效的ICS。

ICS+长效 β_2 受体激动剂（LABA）/长效抗胆碱能药物（LAMA）是慢阻肺治疗一种重要手段。近年来，ICS+LABA+LAMA三联治疗也备受关注。

但ICS在联合治疗中是否确实必要仍存争议。WISDOM研究结果发现，对于重度至极重度慢阻肺患者，ICS撤用并未增加中至重度急性加重的风险，但引起肺功能稍下

降，并导致健康相关生活质量稍下降。Qba Y等进行的一项Meta分析显示，与单用LABA相比，ICS/LABA联合治疗慢阻肺的效果有限，并不能减少重度急性加重的发生。

此外，多项研究提示，长期使用ICS可增加肺炎风险，尤其是使用精神药物、有既往肺炎病史、体质指数低、有合并症的患者。而且，Dransfield等研究还发现，肺炎发生风险随ICS剂量增加而升高。据此，钟院士提出，对于ICS联合治疗，应选择更低剂量、更高效的ICS。

此外，还要依据患者临床亚型个体化选择ICS。2015年Ernst P等分析发现，具有以下特征的患者更可能从ICS治疗中获益：儿时有过敏或哮喘病史，40岁以前有呼吸系统疾病，使用支气管舒张剂1秒用力呼吸容积（FEV₁） $\geq 12\%$ 及 ≥ 400 ml，弥散功能正常，外周血（诱导痰）嗜酸性细胞升高，FEV₁>50%预计值，无反复发作病史。

总之，ICS治疗慢阻肺的作用有限，需更好的方法来确定哪些患者可能从ICS治疗中受益。

钟院士提出，采用更

有效的LABA/LAMA联合治疗方案替代ICS治疗或许是一种选择。

其领衔进行的LANTERN研究显示，茚达特罗/格隆溴铵（110/50 μ g、qd）与沙美特罗/氟替卡松（50/500 μ g、bid）相比，显著提高肺功能，显著减少中或重度急性加重发生率（前一年基线水平的急性加重史为 ≤ 1 次），延缓首次中或重度慢阻肺急性发作的时间，且具有良好的安全性和耐受性；但两者改善呼吸困难，健康状态，以及减少急救药物使用的作用相当。

重视磨玻璃结节筛查及随访



李为民 教授

四川大学华西医院李为民教授指出，磨玻璃结节（GGN）在过去常被忽视，但近年研究发现，其恶性概率高，且明显高于实性结节。因此，临床

医生对GGN需仔细甄别，并进行长期、规范随访。

GGN定义为以磨玻璃影为主要特点的肺部结节，包括纯GGN（pGGN）和部分/混合GGN（mGGN）。

李教授表示，低剂量螺旋CT筛查有助于发现GGN，但一旦怀疑为GGN后，最好进行HRCT检查，以进行确诊。HRCT能清晰显示磨玻璃结节病灶。而在确认GGN后，不要急于去断定这是炎症还是癌症。因为GGN分为一过性和持续性GGN。其中，一过

性GGN主要是炎性疾病、灶性出血和灶性水肿，可能在持续3个月后消退。持续性GGN则分为恶性的肺腺癌和良性的局灶性肺纤维化。

GGN的CT表现与组织病理诊断具有良好的相关性。2015年WHO肺腺癌分型中，浸润前病变（不典型腺瘤样增生、原位腺癌）、微浸润性腺癌以及浸润性腺癌（贴壁生长为主）均与GGN具有较高的相关性。华西医院2008~2012年恶性GGN病理类型分析也显示，浸润性腺癌、微

浸润性腺癌和原位癌分别占55.68%、14.17%和12.15%。

其中，不典型腺瘤样增生的典型HRCT表现为：pGGN，直径一般<5mm，形态规则。原位腺癌多为非黏液性，HRCT表现为：pGGN，密度较不典型腺瘤样增生略高；直径一般>5mm。浸润性腺癌以贴壁状/鳞屑状为主，部分HRCT表现为部分实性（mGGN）或实性结节，很少为pGGN。

GGN的大小、实性成分比例、边缘特征和内部征象等HRCT影像学

特征均与恶性概率相关。研究显示，直径 ≥ 15 mm是结节为恶性病变的独立危险因素；mGGN的恶性概率更高，较pGGN受结节大小影响更大；mGGN的实性成分比例>25%时，恶性概率即为100%；内部及边缘特征表现为分叶征、毛刺征、长毛刺、边界不清、支气管截断征、含气征、胸膜凹陷征和血管束束征时，提示为恶性。

最后，李教授表示，GGN还需长期、规范随访，尤其要关注GGN的直径、体积以及密度变化。

