

● 学科建设

德国海德堡大学胸科医院见闻与思考 从“夕阳”到“凤凰涅槃”

▲ 重庆医科大学附属第一医院 郭述良



郭述良 教授

2014年8~11月，笔者受重庆市卫计委派遣，前往全球顶尖的肺病介入中心——德国海德堡大学胸科医院肺病介入中心（以下简称“介入中心”）研修。该介入中心除呼吸内镜外，兼管消化内镜，这也为联合应用呼吸和消化内镜诊治呼吸疾病创造了良好的条件。这可能会成为未来诊治呼吸疾病的趋势，构建完整的肺病4D介入诊疗平台。介入中心的团队由全球著名的肺病介入专家 Helth 教授领衔，下设内镜中心主任和护士长，肺病科全体人员参与，联合麻醉、胸外、耳鼻喉、影像、信息及教学学科组成一个完整团队。各学科人

员围绕一个介入患者配合十分默契，绝无私利纷争、漠然、推诿与内耗。其硬件配置先进，分区合理，注重院感，功能完善，尤其是手术室配置，由活动性吊塔单元构成，每个手术床由医生操作、麻醉通气、护理、影像监视四个单元组成，规范灵活，井然有序。另一特色是 PACS 影像监测系统发达，保障了操作和记录的高效运行。还有独立的 endobase 数据采存、处理中心和完备的视频转播教学系统。创新是该介入中心在全球持续保持领先的秘诀。一大批全球领先的介入技术都诞生或最早应用于此，也是全球应用硬支气管镜最为广泛的单位，达80%以上。除此之外，该介入中心还是全球最大和创新性最强的肺减容中心。介入中心特别重视科学研究和成果转化，很多临床问题和解决方案都转化成高水平的论著、大会报告和教学材料及指南共识，使之惠及全球更多的医师

和患者。介入中心特别注重青年医师的培养，示范并给予大量手术机会，绝不保守和垄断，因此青年医师成长很快，学科得到很好的发展。在这里，患者的来去全由医务人员接送，高度注重患者的隐私保护和手术台上的面对面沟通和安慰，对患者的诊断精益求精，凡肺部阴影不明者必作活检，且是在完全可视下（超声+C形臂）的精准活检。对化疗失败和靶向治疗失败复发的患者在制定新的治疗方案前也都强调再病理活检。介入室工作人员中午从不休息，直到所有患者手术结束，做到了真正的“以患者为中心”，赢得了患者的充分信任，医患双方的非医疗冲突和消耗都降至了极低。点滴见闻并不能反映海德堡大学肺病介入中心全貌，但却足以使笔者明白为何其能从一所在德国属“夕阳”的结核病专科医院而凤凰涅槃为享誉全球的呼吸介入中心。

● 儿科呼吸

儿科呼吸内镜时代到来

▲ 首都医科大学北京儿童医院介入肺科 刘玺诚



刘玺诚 教授

随着科学技术的快速发展，呼吸内镜已进入介入肺脏病学时代。我国儿科支气管镜的工作起步较晚，落后于成人科约15年。自2005年全国儿科支气管镜协作组成立以来，儿科支气管镜医学发展迅速。特别是2010年广州支气管镜会议以来，更是“创新不断”“发展迅猛”。呼吸内镜的作用已被儿科医师、耳鼻喉科医师以及外科医师认可。并于2009年发表了“儿科支气管镜术指南”。儿科呼吸内镜术方法过关、安全可靠，是有效的疾病诊疗手段。目前，很多医院对支气管镜术在诊断中需求性甚至与CT一样普及，我国儿科已安全地开展了大量支气管镜手术，特别是对呼吸系统重症和疑难症的诊断与治疗工作

起到巨大作用。儿科呼吸内镜诊疗有其特殊性。我国儿科呼吸内镜医师面临严峻的挑战。这是因为儿童气道远较成人狭窄。很多介入方法的设备和器械往往是为成人设计的。若在儿科应用需要改良，操作风险增大。儿科疾病谱与成人的不同，感染、先天发育畸形、意外伤害多见，肿瘤少见。儿童处于快速发育期，随生长发育气道也不断生长，置入性材料的选择要求更精准。另外，由于患者很多为独生子女或宝贵婴儿，家长的期望值非常高，极易产生医疗纠纷。所以，儿科呼吸内镜技术是再创造和开拓性的工作。经验表明，儿科呼吸内镜工作的建立开展不是几个专业医生的努力就能够完成的，必须通过一个医院总体水平的提高才能完成。近年来，我国儿科同道根据儿科特点付出了巨大艰辛的努力，开拓性地将

应用热消融（电凝，氩气刀，激光刀）、冷冻治疗、球囊扩张、气管支架应用于儿科。新介入技术的应用无论在儿科呼吸系统感染、变态反应、间质性肺疾病等的诊断和治疗，还是在气道肿瘤、结核、外伤、外压及先天发育不良造成的气道狭窄诊断治疗方面均起到了革命性的进展。多学科协作共创儿科介入肺脏病学。新的培训体制和内容需要更快地地发展。需要培育电子支气管镜、纤维支气管镜、电视硬质支气管镜内科胸腔镜共用为基础的儿科内镜医生。更多必要的先进技术引进儿科也已提上日程。随着我国政治和经济的飞速发展，众多医院都在准备或筹建儿科呼吸内镜工作。未来五年内，开展儿科呼吸内镜单位的数量可能爆发前所未有的迅猛发展。儿科内镜从国家层面的管理和规范化及培训，将使我国儿科呼吸内镜更加快速、稳健发展。

● 儿科呼吸

个体化治疗儿科中心型气道狭窄

▲ 吉林大学第一医院儿科 孟繁峥



孟繁峥 教授

中心型气道狭窄是指气管、主支气管和右中间段支气管病变引起的狭窄。按病因分为良性、恶性狭窄，儿童主要是良性中心型气道狭窄，分为机械型、动力型、外压型（如先天性心脏病、血管异常、肿大淋巴结外压、手术瘢痕外压等）和混合型狭窄。其中，机械型狭窄又分为肉芽增殖型（见于结核、肿瘤）、发育异常型（如先天性声门下狭窄、先天性气管狭窄）和瘢痕狭窄型（见于气管插管后声门下或气管狭窄、结核、外伤及手术后等）。轻度狭窄无明显症状者可不予治疗，轻度以上狭窄可选择介入治疗。呼吸介入是治疗儿童中心型气道狭窄的重要手段，其总体原则在于生命支持，尽可能恢复结构和功能，忌滥用和过分追求完美；介入方式的选择在遵循总体原则的前提下，需因患者而异，因医疗设备而异；此外，加强对呼吸介入医生的培训及充分的风险评估是治疗安全的重要保障。

狭窄气道的重建

综合评估 需仔细评估气道狭窄的长度、程度、部位、气道支撑结构受损与否、通气效率等；对于严重气管或双侧支气管阻塞、一侧肺功能丧失且另一侧阻塞、短期内危及生命的狭窄，须急诊手术；对于短期可维持正常肺功能，不危及生命的狭窄可择期进行治疗。

气道腔的扩大 根据病情选择不同的介入方法，合适的介入方法的选择是治疗成功的关键。

维持气道结构稳定 减少介入治疗再损伤是稳定气道结构的关键之一，冷冻处理后气道因不易肉芽增生，故治疗后气道结构较稳定。此外，还可通过药物抑制肉芽增生及纤维增殖、放置支架防止扩张的气道再回缩。

定期随访 随访狭窄治疗的效果，必要时再评估、治疗。



医师报

社址：北京市西城区西直门外大街1号西环广场A座17~18层 邮编：100044 广告经营许可证号：2200004000115

社长 王雁鹏
常务副社长兼执行总编辑 张艳萍
总编辑 邢远翔
副社长 黄向东
副总编 杨进刚
新闻人文中心主编 陈惠 转6844

新闻人文中心助理 张雨 转6869
新闻人文中心助理 杨萍 转6847
学术中心主编 许奉彦 转6866
学术中心助理 裴佳 转6858
市场部总监 张新福 转6692
市场部常务副总监 李顺华 转6614
市场部副总监 陈亚峰 转6685

公共关系部部长 于永 转6674
公共关系部副部长 王蕾 转6831
公共关系部副部长 林丽芬 转6889
新媒体副主管 宋攀 转6884
法律顾问 邓利强
首席医学顾问 张力建

编委会名誉主任委员：殷大奎
编委会主任委员：张雁灵
名誉总编：杨民
执行总编：庄辉 蔡忠军 梁万年
胡大一 郎景和 王辰
马军 赵玉沛 张澍田
顾问：齐学进



卓信医学传媒集团《医师报》社出品

东北亚出版传媒主管、主办

网址：www.mdweekly.com.cn

邮箱：ysb@mdweekly.com

微信号：DAYI2006

每周四出版 每期24版 每份4元 各地邮局均可订阅 北京国彩印刷有限公司 发行部电话：(010)58302970 总机：010-58302828