

(上接第 22 版)

一场世界级的头脑风暴

▲ 本报记者 于伟 张雨 陈朝阳



欧洲呼吸学会主席 Jorgen Vestbo

慢阻肺自然进程为何之难?

1977 年, Fletcher 等进行了一项关于气流阻塞自然进程及其预测因子的研究, 其中 FEV1 随时间的变化示意图 (以 25 岁时的 FEV1 为标准) 自发表以来, 被各种期刊反复转载。Jorgen Vestbo 表示, 该研究是慢阻肺领域的标志性研究, 然而, 慢阻肺生物进程远比该研究还要复杂, 这提示需要进行设计更多良好的有说服力的随机试验, 来加深相关了解。

ECLIPSE 研究显示, 随着慢阻肺患者疾病严重程度的增加, 其急性加重发作也会更频繁 (不小于 2 次) 且更严重。同时, 该研究还测定了一些最常用的生物标记物 (C 反应蛋白、纤维蛋白原、血白细胞数) 对中度慢阻肺

急性加重的预测价值。结果表明, 综合上述三种指标可以很好地预测慢阻肺急性加重及住院风险。

因此, 我们要改变传统观念, 不仅要关注因慢阻肺住院的患者, 还应该注意那些没有症状的高危人群 (如长期吸入烟草、生物燃料的暴露及其他空气污染等), 对该部分人群进行早期干预。

“未来慢阻肺急性加重风险的评估对于慢阻肺患者来说选择正确的个体化治疗是很重要的”, Vestbo 指出, 我们应开展更多慢阻肺生物标记物的研究, 这样可针对性地对患者进行早期筛查。同时, 基础肺功能 FEV1 低者预示肺功能恶化可能性大, 因此慢阻肺早期治疗非常重要。

欧洲呼吸学会秘书长 Giovanni Battista Migliori

耐多药结核病成为防治结核的难点

目前, 全球仅有 1/3 的结核患者得到诊断, 1/4 的患者得到治疗。耐多药结核病 (MDR-TB) 的出现, 已成为全球防治结核面临的挑战。

MDR-TB 是耐药结核病的一种特殊形式, 由于结核杆菌至少对异烟肼和利福平这两个最强有力的抗结核药品产生耐药有关。在中国、印度、俄罗斯等国, 耐药结核病呈现高发趋势, 除人口基数大外也存在其他诸多原因。

MDR-TB 的快速检测对于

治疗方案的确定及调整至关重要, 目前欧洲已经可以通过血液标本进行快速诊断。目前, 孟加拉出台一项新举措, 使 MDR-TB 治疗周期缩短, 治疗费用下降, 患者依从性良好。然而, 由于各个药物在不同地区的耐药率不同, 孟加拉方案并不具有普遍适用性。

目前, WHO 与欧洲呼吸学会已建立专门网站, 介绍治疗方法及最新科研进展, 期待全球呼吸医生携手攻克这一难题。

亚太临床微生物学和感染病学会主席 薛博仁

重建和谐: 大环内酯类药物的另一面

“人从出生开始, 会接触到很多人和动物, 这都会影响我们体内的微生态, 很多生活习惯也会改变微生态。当微生态平衡被破坏, 就可能导致疾病。” 薛博仁谈到。

薛博仁指出, 一个平衡的微生物群是一个非常和谐的状态, 当这种平衡被打破, 外来细菌侵入进来, 就可能引发炎症反应。因此, 要清除的不仅仅是治病细菌, 还要重建平衡的微生态。

在病原菌感染中有很多是混

合感染。薛博仁特别指出, 大环内酯类药物除能够抑制细菌, 还有调节免疫功能的作用。这是此类药物独特之处, 也是此类药物的一个应用方向。

大环内酯类药物常用于治疗支原体、衣原体感染。虽然国内已有报道大环内酯类药物出现耐药的情况, 日本有报道耐药性甚至达到 90%, 但临床依然用大环内酯类药物用于疾病治疗, 因为其可调节免疫功能, 改善微生态, 重建和谐的微生态环境。

美国胸科学会前任主席 Darcy D. Marciniuk

预防慢阻肺急性加重

为了更好地预防慢阻肺的急性加重, 美国胸科医师学会和加拿大胸科学会于 2015 年 4 月 5 日发布了慢阻肺急性加重指南。指南利用 PICO (P: 人群; I: 干预, C: 比较; O: 结果) 方法提出了“非药物治疗和疫苗是否可以预防或减少慢阻肺急性加重”“维持吸入治疗是否可以预防或减少慢阻肺的急性加重”及“对于年龄 >40 岁, 曾经或现在吸烟的慢阻肺患者, 口服药治疗是否可以预防或减少慢阻肺的急性加重”这 3 个关键问题。

慢阻肺急性加重的治疗目标为减轻急性加重的病情, 预防再次急性加重的发生。Darcy D. Marciniuk 强调, 慢阻肺急性加重是可以预防的, 慢阻肺患者每年应接受流感疫苗。同时, 对于中重度慢阻肺患者, 近期有加重史 (≤ 4 周), 推荐进行肺康复, 还可以通过患者教育、病例管理和行动计划进行早期干预。

此外, 还可以单用吸入长效支气管扩张剂或联合使用 ICS, 应用磷酸二酯酶-4 抑制剂等均可减少慢阻肺急性加重的发生和住院次数。全身糖皮质激素和合理抗菌药物的使用可缩短恢复时间, 改善肺功能和低氧血症, 减少早期复发、治疗失败的风险, 缩短住院时间, 但不推荐长期全身应用糖皮质激素治疗。

“目前, 对于慢阻肺急性加重指南中推荐的治疗手段和方法, 我们要站在公正客观的立场, 不断改进和完善治疗标准, 从而更好地预防慢阻肺的发生, 改善患者的生活质量和预后。” Marciniuk 说。

英国胸科学会主席 Andrew Greening

重症哮喘面临严峻挑战

重症哮喘作为呼吸系统领域的一种疾病, 发病机制尚不清楚、治疗难度大, 哮喘的不同临床表型可能随着时间而发生改变, 造成治疗方案的错误, 这都给临床治疗带来了诸多挑战。

美国呼吸学会等相关国际学术机构发布的重症哮喘指南均提出, 对于重症哮喘的治疗需要吸入高剂量的糖皮质激素并配合其他缓解药物。

然而, 指南给出的治疗方案仍会出现临床症状未被控制、急性哮喘发作、气流受限等实际问

题, 重症哮喘的治疗效果并不令人满意, 对于重症哮喘患者的治疗需要采取针对性治疗手段。

重症哮喘患者的依从性影响治疗效果, 有研究指出, 超过 1/3 的患者, 吸入药物低于处方量的 50%, 患者的依从性差对于临床医生来说是一个巨大的挑战。

英国一项研究发现, 吸烟患者诱导痰炎症细胞分类及表型将发生改变, 在治疗过程中, 医生要询问患者是否有吸烟史, 并注重对重症哮喘的生物标志物的利用, 以提高重症哮喘的治疗能力。

亚太呼吸学会前任主席 Norbert Berend

并非颗粒越小获益越好

气道高反应性在哮喘中具有很重要的地位, 是潜在的患者发展成为哮喘及慢阻肺的危险因素。因此气道高反应性是哮喘很重要的病理生理基础。

Norbert Berend 曾提出气道高反应性假说: 气道高反应性可能是由于气道口径的不均一性所引起的, 导致气道某些部位闭合, 进而引发气道高反应性。而其在研究中也证明了这一点。

Berend 指出, 老年哮喘与年轻哮喘确实存在很多不同, 且老年哮喘在更远端气道的功能异常更明显。那么, 是否药物颗粒越小就会有更好的临床效果呢?

Berend 表示, 实际上很多因

素会影响颗粒的吸入, 并非仅仅是颗粒的大小。目前的研究中还没有显示小颗粒会有更好的获益。

一些前期研究表明, 小颗粒只需大颗粒一半的剂量, 就可以达到同样的效果。但这并不代表更好的获益。我们担忧大剂量主要是考虑不良反应, 但结果显示, 大剂量组和小剂量组, 效果类似, 不良反应未增加。

Berend 认为, 药物颗粒大小不仅仅取决于颗粒本身, 严重病变的小气道是闭合的, 再小的颗粒也进不去, 且不同患者间的变异性也很大。小颗粒药物可能用更小剂量会获得同样的临床效果, 但全身反应没有太大的差异。

《Respiratory Medicine》主编 J.Christian Virchow

哮喘免疫新疗法: 舌下变应原免疫治疗

以屋尘螨为过敏原的呼吸道过敏性疾病频繁发作但诊断较为困难, 造成严重的社会疾病负担。

GINA 提出哮喘管理的两大目标: 有效控制哮喘症状, 维持正常的活动能力; 减少未来哮喘发作的风险, 减少肺损伤及药物不良反应。

4 月 26 日, 发表在《美国医学杂志》的一项随机临床研究显示, 对于使用吸入性糖皮质激素无法控制的过敏性成人哮喘, 服用标准化屋尘螨舌下变应原免

疫治疗片剂, 可显著降低中至重度哮喘急性发作次数。

J Christian Virchow 表示, 舌下变应原免疫治疗片剂可在家中使用, 比每 4 周看医生要更加方便。该疗法也可能有助于治疗儿童哮喘。

进一步证据表明, 变应原免疫治疗为预防哮喘提供了新选择, 可改善哮喘症状, 减少缓解药物应用需求, 降低吸入糖皮质激素的每日需用剂量, 减少哮喘急性发作。 (下转第 24 版)