

(上接第16版)



大会精彩报告

嗜酸粒细胞可直接引起哮喘发病

大会主席沈华浩教授介绍,嗜酸细胞是慢性气道炎症发生的必要条件。早在130多年前,临床上观察到哮喘患者嗜酸粒细胞增高的现象,然而一个世纪过去了,嗜酸粒细胞与哮喘发病间的因果关系研究没有取得突破。2013年,体外标记嗜酸粒细胞技术难关首次突破,运用嗜酸粒细胞敲除/过表达等基因修饰动物,制备哮喘模型。通过传输嗜酸粒细胞诱导哮喘,阻断嗜酸粒细胞气道聚集抑制哮喘。由此可见,嗜酸粒细胞可直接引起哮喘发病。此后研究显示,哮喘气道炎症可引起嗜酸细胞依赖的造血干细胞功能降低,嗜酸细胞分泌的新因子Ccl-6在哮喘气道炎症中起关键作用。近年来针对嗜酸粒细胞靶向治疗哮喘的药物研发成为本领域重要的研究方向和热点。

沈教授介绍,约85%哮喘患者为嗜酸粒细胞气道炎症,对激素治疗有效;但约10%的哮喘患者存在激素抵抗,此类患者缺少有效药物。近年来研究显示,气道中性粒细胞抗凋亡在激素抵抗型哮喘发病中起关键作用,由此发现Bcl-2抑制物磺酰脲类化合物通过靶向诱导气道中性粒细胞凋亡,对激素抵抗型哮喘有治疗作用。

沈教授表示,临床上典型哮喘的诊断(有哮喘症状、听诊有哮鸣音)并不困难,但约1/3的患者没有喘息症状,即不典型哮喘。这类患者由于临床表现隐匿,漏诊误诊率很高,因此哮喘的早诊早治有赖于对不典型哮喘的早期诊断。胸闷变异性哮喘等不典型哮喘均需按典型哮喘方案治疗。

沈教授表示,临床上典型哮喘的诊断(有哮喘症状、听诊有哮鸣音)并不困难,但约1/3的患者没有喘息症状,即不典型哮喘。这类患者由于临床表现隐匿,漏诊误诊率很高,因此哮喘的早诊早治有赖于对不典型哮喘的早期诊断。胸闷变异性哮喘等不典型哮喘均需按典型哮喘方案治疗。



肺隐球菌病的诊治进展

解放军福州总医院赖国祥教授介绍了我国肺隐球菌病的疾病特征和诊治进展。肺隐球菌病是指主要经呼吸道吸入环境中的新生隐球菌孢子及其变种引起的一种急性、亚急性或慢性肺部真菌病。

志近10年较大样本的病列系列报道显示,肺隐球菌病在国内长江以南、免疫功能正常者多见。

呼吸道吸入是侵袭性隐球菌病最主要的感染途径,亦可经皮肤、消化道进入人体。隐球菌被机体吸入后,可穿透肺泡侵入肺泡上皮细胞。病灶中新生隐球菌聚集,表现为弥漫性浸润、渗出性改变,后期肉芽肿形成。鸽粪是新生隐球菌新生变种的天然宿主,是重要的传染源。

新生隐球菌为圆形或卵圆形酵母菌,组织切片中HE染色隐球菌呈淡红色,过碘酸雪夫或嗜银染色清晰可见。根据新生隐球菌表面荚膜抗原的不同,分为A、B、C、D和AD5种血清型,国内以A型居多,其次为B型和D型。

随着诊断技术的提高、抗菌药的广泛应用、器官或干细胞移植术增加、AIDS患者的流行、人口老龄化、全民体检意识的提高,肺真菌病的检出率增加。1998-2007年我国10个城市16个中心临床确诊肺真菌病的多中心回顾性调查显示,肺隐球菌病占肺真菌病的15.6%。来自中华系列杂志

肺结节：从指南到临床

解放军总医院陈良安教授介绍,X线检查肺部孤立结节(SPN)阳性率为0.09%~7%,肺部CT提高SPN检出率至8%~51%。我国尚无大型多中心流行病学调查,2010-2012年非恶性肿瘤人群中肺小结节发生率单中心初步研究显示,我国 $\geq 5\text{mm}$ 肺结节检出率为9.2%。2015-2016年解放军总医院健康体检肺结节流行病学调查显示,SPN检出率为16.67%。

关于肺癌的筛查,国内外有大量的重要指南和共识,并在不断地更新。

肺癌的影像学筛查是过度诊断还是诊断不足?如何理解这些指南,更好地应用于临床实践?陈教授介绍,可以看到,目前国内重要指南和共识对于影像学筛查出肺结节的处理更为积极。包括对筛查出的结节建议多平面重建,手术及药物治疗更积极。

国内外各指南推荐的肺结节处理方案不尽一致,通常根据结节大小或体积、密度、位置、分布等特点和患者的高危因素提出处理意见。陈教授介绍了一些临床实践经验与思考。

首先,SPN直径大小是良恶性判断的独立危险因素;右上肺是恶性结节好发部位,恶性结节多位于外周;密度均匀良性可能性大,不均匀恶性可能性大,低度恶性(原位癌、浸润性腺癌)除外;恶性结节可见空泡征、结节征、支气管充气征、支气管管壁增厚等;增强CT扫描见微血管成像征。

关于肺结节观察随访的时间,指南推荐:对于pGGN,(1) $\leq 5\text{mm}$,2年后复查,稳定,4年后再次复查;增大变浓则手术

切除,变小或吸收,每两年复查或终止随访,若患者焦虑,缩短复查周期。(2) $5\text{mm} < \text{pGGN} < 10\text{mm}$,3月后初次筛查,稳定,每年复查随访,至少3年。(3) $> 10\text{mm}$,平均CT值 $> -600\text{HU}$,空泡征,分叶征,手术,不建议抗菌药或PET。对于mGGN,(1) $> 10\text{mm}$,3个月初次复查,变淡变小,则2个月后再复查直至消失;稳定或增大,3个月初次复查,建议手术。(2) $5\text{mm} < \text{mGGN} < 10\text{mm}$,行PET。



快速现场评价技术在肺病诊治中起重要作用

浙江大学医学院附属第二医院李雯教授介绍,快速现场评价(ROSE)技术在介入肺脏病学实际操作中,尤其是诊断性介入肺脏病学实施过程中发挥至关重要的作用。每种疾病都会对应“一种”组织病理学

和细胞学改变,通过ROSE介入得到这种组织病理学和细胞学改变,反推疾病,并指导相应临床行为,是ROSE介入的根本概念。

目前,大部分常见类型实体恶性肿瘤、结核病及其不同发展阶段、结节病、

部分支原体肺炎、部分病毒性肺炎、部分真菌感染、机化性肺炎或机化性改变或纤维化、化脓性感染、坏死性感染或改变、部分变态反应性疾病或改变、部分免疫性疾病或改变,其他如化疗后免疫重建或肺移植术后

改变等,应用ROSE可获得相对确认判读。

ROSE可以归类于检验医学和细胞病理学,ROSE的介入术者应有相应的资质。开展ROSE需要的基本设备要求是平光ROSE平台;专业ROSE室应配

备通用平光ROSE平台,倒置相差荧光ROSE平台,第四代沉降与离心液基薄层ROSE平台,临床信息采集系统,病理报告、胸片、CT高清扫描系统,全自动染色“机械手”系统。

ROSE具体操作由制

片、染色和判读3部分构成,快是ROSE的关键点之一,因此如何提高制片和染色速度是ROSE的操作核心之一。本次会上成立的ROSE学组,为提高ROSE技术和规范化操作提供了很好的平台。