



李燕明 教授



Martin Kolb 教授



陈宝元 教授



李强 教授

国家呼吸疾病医疗质量控制中心 李燕明教授

2017年我国呼吸疾病医疗质控报告

▲医师报记者 张亮

本次调查覆盖全国30个省区市1483家医院的数据。对医院运行管理类指标、呼吸专业常见技术年度工作量及社区获得性肺炎、慢性阻塞性肺病、支气管哮喘、肺血栓栓塞症4种呼吸专业常见病种的医疗质量现状分析。以此为基础完成了《国家呼吸疾病医疗质量控制中心2017年度质控工作报告》。

呼吸学科运行管理类指标

报告显示，855家医院（57.77%）设有呼吸学科管理的监护室，ICU床位数共5065张，平均仅5.92张。

三级综合医院平均RICU床位数7.59张（委属委管医院11.46张，三级公立医院7.48张，三级民营医院5.76张）；二级综合医院RICU平均床位数3.98张（二级公立医院4.01张，二级民营医院3.84张）。其中，委属委管医院设立RICU的比例为100%，RICU床位占呼吸科总床位数的11.76%；三级综合医院设立RICU的比例为62.30%，RICU床位占呼吸科总床位数的9.73%；二级综合医院设立RICU的比例为53.16%，RICU床位占呼吸科总床位数的8.27%。

此次调查呼吸学科年平均门诊量18695人次。委属委管医院年平均门诊量73056人次，明显高于三级公立医院（24743人次），二级公立医院（11857人次）及民营医院（三级民营13252人次，二级民营9450人次）。

加拿大麦克马斯特大学的Martin Kolb教授进行性纤维化性间质性肺疾病最新进展

▲医师报记者 宋箐

何为进行性纤维化性间质性肺疾病（PF-ILD）？据加拿大麦克马斯特大学的Martin Kolb教授介绍，间质性肺疾病（ILD）患者出现进行性纤维化性表型，特征为持续纤维化和肺功能恶化，伴症状和生活质量恶化，就拟定的描述该表型的术语是PF-ILD。其中，特发性肺纤维化（IPF）、特发性非特异性间质性肺炎（iNSIP）、不可分类的特发性间质性肺炎、自身免疫性ILD、

过敏性肺炎（HP）、结节病、其他暴露间质性肺疾病是ILD中最有可能具有进行性纤维化性的表型。

iNSIP是特发性间质性肺炎的一种不同形式，临床表现为呼吸困难和咳嗽，主要为女性，过去60年从不吸烟者。大多数患者PFT存在限制性通气缺陷，临床进展具有高度异质性。

系统性硬化症相关间质性肺疾病（SSc-ILD）定义为在HRCT上观察到的

肺纤维化，以肺基底部为主，或Velcro啰音。大多数患者经HRCT扫描发现NSIP。

类风湿性关节炎相关的ILD（RA-ILD）患者HRCT上最常见的图像是UIP，与较其他影像学图像相比预后更差相关。

具有自身免疫特征的特发性肺炎（IPAF），是2015年ERS/ATS工作组提出的描述间质性肺炎的术语，其特征提示自身免疫性疾病不符合定义CTD的

标准。未来，需要前瞻性研究来确认拟定的分类标准并确定IPAF的临床意义。

肺结节病的诊断通常需要组织学证实肉芽肿性炎症、全身疾病证据，并排除其他原因。在高达20%的肺结节病患者中，肉芽肿性炎症进展为肺纤维化（IV期结节病），与显著的发病率相关，可能具有致死性。纤维化程度和类型具有高度变异性，尚未明确确定肺功能下降的自然史。

新闻，全面、及时传递大会声音与热点，受到与会代表欢迎。
《医师报》为大会制作每天每日

天津医科大学总医院 陈宝元教授 睡眠呼吸病学发展迎大好机遇

▲医师报记者 张亮

“睡眠呼吸病学产生和发展是整体呼吸病学发展和完善，开拓了睡眠状态呼吸疾病的诊断和治疗。”天津医科大学总医院陈宝元教授指出，“睡眠呼吸病学发展促进了多种疾病的早期预防和诊断，推动了家庭无创通气进步和推广，推进了我国互联网医学发展、家庭诊断、治疗和管理，可以体现呼吸与危重症学科在多学科合作中的引领作用。”

陈教授指出，“我国睡眠中心数量的迅速增加，背后是睡眠呼吸疾病患者的强大社会需求。这既是巨大挑战，更是学科发展的大好机遇。因此，我们

要着力推进呼吸疾病的规范化诊断与治疗。”

在睡眠呼吸疾病专业队伍好培训体系的建立方面，陈教授指出，要建立一支热爱、致力于从事睡眠呼吸疾病的队伍。推动专业知识的强化与再教育，规范培训内容、严格考核制度和资质认证制度。建立睡眠医师、技师的培养、考核与注册系统。规范临床路径和睡眠实验室建设，保证常规临床工作和医教研的开展。建立睡眠相关学科多方位合作的发展框架。强化家庭无创通气理论、技能和长期管理能力，保证睡眠呼吸疾病长期疗效和预后。



摄影 / 张亮

同济大学附属东方医院 李强教授 体系、技术、规范 推动介入呼吸病学发展

▲医师报记者 张亮

“介入呼吸病学是针对呼吸系统疾病的微创介入性诊断和治疗操作的一门科学和艺术”同济大学附属东方医院李强教授提出，在西方发达国家，由于学科之间界限分明，因此，目前国外介入呼吸病学大多局限于支气管腔内，很少涉及影像介导的经皮和经血管的相关介入诊疗技术。面对此背景，中国介入呼吸病学该如何去构建我国自身的体系？

“回顾中国介入呼吸病学所走过的历程，不难发现，我们所取得的成绩与我们在学科体系建设中所取得的成效密不可分。近年来，我们相继在全国范围内建立了比较完备的组织体系、临床诊疗体系、技术培训体系和学术交流体系。”李教授

表示，“近年来，我们在临床诊疗平台、临床诊疗团队以及临床诊疗流程等方面建设，取得了很大的进步，从而保证了我国介入呼吸病学临床诊疗水平的快速提升。同时，形成了分工更加明确的专业化诊疗团队，麻醉医师团队的引入大大降低了手术的风险，同时也提高了患者的舒适度。”

李教授指出，“未来临床诊疗体系的建设，必须以解决临床问题为导向。因此，就需要建立‘大介入呼吸病学’体系。

总之，加强体系建设是保证介入呼吸病学健康发展的基础；开展技术创新是推动介入呼吸病学健康发展的源动力；规范临床诊疗是介入呼吸病学健康发展的重要保证。