

(上接 15 版)



中华医学会呼吸病学会主任委员陈荣昌 临床与科研结合的理想目标

▲《医师报》融媒体记者 张广有



陈荣昌 教授

为什么临床医疗中需要研究探索？陈荣昌教授指出，临床医学所有的进步来源于科研，而衡量高水平临床医师的标准之一是能够解决临床疑难疾病，这需要大量的临床经验，更需要科学的论证。相比无法复制的临床经验，研究的思路和成果可以传承，科学的决策和科学的思维可以培养。

临床医生比较困惑的是如何寻找研究切入点。对此，陈教授认为，可以从新的诊疗方法、流行病学资料、病例回顾分析入手，以循证医学为方向，发展临床简单易用的诊疗技术，或从临床药理学出发，开展药效/疗效经济

学的临床研究。此外，临床医生平时多关注边缘学科、分子生物、基因、微生物组学等前沿学科的交叉热点话题，结合自己的工作条件和兴趣，通过详细的文献检索和阅读，提出明确的研究依据和研究假设，进行严谨的研究设计，是开展研究探索的重要基础。

如何将临床工作与科研有机结合？陈教授在大会上展示了广州呼吸健康研究院在间质性肺疾病、慢性阻塞性肺疾病、SARS、流感病毒感染等大量临床与科研相互促进、转化的成功案例。他强调，我国拥有丰富的病例资源，新的检测与诊治技术的不断走进临床，呼吸专科医联体体系的建立有助于大型多中心研究、疾病队列研究的开展，应做好顶层设计，规范临床工作流程，建立临床资料完整的生物资源库，开展真实世界的疾病队列研究，完善（或

联动）实验研究平台，最终将研究成果转化为指南，进而指导临床实践和学科的发展。

具体临床研究方向的设置，需要考虑学科关注和热点问题、临床工作中困惑和难点问题、临床上常见多发疾病、社会高度关注的问题（雾霾、新发呼吸道传染病等）和中国特色的问题。结合临床实践的科研探索，采用多元化技术方法、现代大数据管理的方法和重视多学科交融的问题，是现代研究探索的重要技术路线。

陈教授认为，一个医院、科室学术水平高低体现在是否有专长和特色，专长和特色来源于研究和探索，结合临床实践开展科研，有助于实现业务、学术的双丰收。在他的眼里，亚专科发展的“理想的目标要求”是：临床工作有特色和形成规范，建立教学资源和规范教学流程，有明确的研究方向与特色。

上海交通大学医学院附属瑞金医院院长瞿介明 结核病防控：综合医院的“三位一体”之责

▲《医师报》融媒体记者 蔡增蕊



瞿介明 教授

出了重大贡献，但近年发病率有上升趋势。同时，耐多药肺结核危害日益凸显。2009-2014年，中国耐利福平结核病患者人数从不足1000万增至近6000万，多药耐药的结核病患者人数则增至近3000万。

此外，我国不同区域间肺结核患病率也存在显著差异，在活动性肺结核、涂阳肺结核、菌阳肺结核中，患病人数均呈西部>中部>东部、乡村>城镇趋势，可见中西部地区、农村地区结核病防治形势更为严峻。

我国是全球结核病高负担国家之一。根据2014年WHO估算，我国结核病年发病人数为136.9万，占全球发病的18.9%，是全球22个结核病高负担国家之一。全国第五次结核病流行病学抽样调查显示，我国结核病特别是耐药结核病负担仍很严重，耐多药率达6.8%。2017年，国务院办公厅印发《国务院办公厅关于印发“十三五”全国结核病防治规划的通知》，指出我国每年新发结核病患者约90万人。

目前，我国结核病防治形势不容乐观。根据全国5次结核病流行病学调查，虽然10年间，全国共发现并治疗肺结核患者829万例，在结核病防治中作

诊治结核病的功能不再是呼吸科常规工作、相关检查如PPD试验不再开展、抗结核药物不能处方、医学教育重视程度不足等，这些会影响“早期发现、早诊早治”和“寓预防与治疗”等原则的落实。

在结核病防控方面，综合性医院可以加强的方面很多，具体包括：在疾病预防方面，应加强高危人群管理以及病例传报随访；加强与定点医院的有机配合；诊断方面，应提高肺结核、肺外结合和潜伏感染的诊断水平；治疗方面，对于初治患者应该给予规范化治疗，不轻易采用二线抗结核药物，而复治和疑难病例的诊治主要在定点医院进行。

综上，综合性医院应充分发挥其在“三位一体”防控体系中的应尽之责，加强各级医师、各科医师结核病知识继续教育，提高结核诊断医疗技术，与定点医疗机构、基层医疗机构有机结合，从而有效做好结核病综合防控工作。

CACCP2019

阅读大会专题网页
扫一扫

德国埃森大学医学院 Ulrich Costable 结节病：我们去往何处？

▲《医师报》融媒体记者 蔡增蕊



Ulrich Costable 教授

介绍，结节病无特异性症状且常累及多器官。数据显示，结节病常累及的器官包括：纵膈淋巴结（95%~98%）、肺（>90%）、肝脏（50%~80%）、脾（40%~80%）、眼睛（20%~80%）、外周淋巴结（30%）、皮肤（25%）、神经系统（10%）和心脏（有临床表现，5%~10%）。结节病治疗的目标

为减轻症状和改善/保留器官功能。治疗推荐为：以强的松20~40 mg/d的起始剂量持续治疗1~3个月；评价治疗反应后，缓慢减量至5~10 mg/d维持；持续治疗至少12个月，并且停药后要密切随访警惕复发（复发率为16%~74%）。

对于慢性肺结节病，糖皮质激素治疗超过5年后停药的患者有75%会复发，其中90%的患者可给予≤15 mg/d剂量的松维持治疗，65%可给予≤10 mg/d剂量的松维持治疗。以上剂量维持治疗时，副作用少见且不严重。低剂量糖皮质激素“依赖”可能优于其他治疗（副作用更严重）或不治疗（复

发可能性大）。结节病常用二线治疗药物包括硫唑嘌呤100~150 mg/d、甲氨蝶呤10~20 mg/wk和羟氯喹400 mg/d。三线治疗药物（抗肿瘤坏死因子指导的治疗）包括已酮可可碱（治疗作用弱）、沙利度胺（副作用）、依那西普（没有治疗作用）和英夫利昔单抗。

在临床实践中，结节病I期需每6个月评估1次，其他分期每3~6个月评估1次。结节病治疗停止后至少随访3年，如果连续3年影像学表现无异常，后续随访不作常规要求。需要注意的是，糖皮质激素诱导的缓解比自发缓解需要更密切的随访。

加利福尼亚大学 Christopher Cooper 慢阻肺临床表型与症状分级 探索治疗新途径

▲《医师报》融媒体记者 蔡增蕊



Christopher Cooper 教授

Christopher Cooper教授分享了慢性阻塞性肺疾病（慢阻肺）的临床表型、疾病管理及相关研究。他介绍，表型是生物体基因表达、环境因素的影响以及两者之间可能的相互作用结果。

慢阻肺临床表型的细胞学表现有肺血管疾病、并发症、肺癌、慢阻肺和肺气肿，既是一种多因素疾病，也是一种典型的基

因-环境相互作用的疾病。

观察性研究可促进慢阻肺个体化治疗目标的实现。ECLIPSE研究表明，在研究第1年，随着肺功能恶化，根据GOLD肺功能分组的慢阻肺急性加重发生率增加，12%的患者在3年中，每年发生2次及以上的急性加重。SPIROMICS研究队列包括有或无吸烟史的40~80岁慢阻肺患者或正常人，主要目的为确定慢阻肺患者的同质亚组和识别可预测长期临床终点的中间结局指标。

结果发现，发现4种生物标志物与至首次急性加重发生时间最显著相关，分别为核心蛋白聚糖、脑源性神经营养因子、晚期糖基化终末产物特异性

受体和α-2微球蛋白；对照组和肺功能不同分级慢阻肺患者的气道壁面积配对比较显示，慢阻肺患者气道壁面积随病情加重而降低；无论症状如何，空气滞留每10年增加2.7%，尤其是在气流受限的患者中，功能性小气道病变的发生随年龄增加；痰液中的可溶性黏蛋白随慢阻肺疾病进程增加，但不随肺气肿增加。

观察性研究中的基因型、内型和表型间关系能帮助了解基因-环境如何相互作用，进而导致慢阻肺等常见疾病。他认为，临床表型是一种可治疗的特质，基于临床表型和症状分级，可以探索一种新的慢阻肺治疗路径。