

自主创新是介入呼吸病学发展主旋律

▲《医师报》融媒体记者 宋晶

“20年来，中国介入呼吸病学发展取得了令人瞩目的成绩，这与中国的经济发展、社会发展是密不可分的。20年前，介入呼吸病的发展是以引进和吸收为主要方式。但是不能仅依靠于此，未来的中国一定要有自主创新，要有器械、诊疗方案、技术方法以及技术创新。”上海市东方医院李强教授指出。

成为行业的引领者，需要有先进的科研系统。2018年中国介入呼吸病创新产业联盟成立，目前已有15家企业加盟。依托此平台开展创新性研究，将医生的专利和发明创造与企业对接，转变成产品。

现在联盟推进的三个项目为：便携式胸腔镜、支气管镜机器人、新型气道支架，希望在今年或者明年能够有产品进入市场，以满足临床需要。

同时，与医疗机构共同创办介入呼吸病联

合工程实验室，通过企业、工程实验室、动物实验中心以及工程师团队，及时将想法或临床的痛点通过工程师转化解决。未来，希望在全国的跨国企业建立开放的联合工程实验室，让一批优秀的中青年专家把他们的聪明才智和发明创造，转变成产品，转变成生产力。这样才能够支撑中国介入呼吸病逐步走到世界前列，引领世界介入呼吸病学的发展。

此外，介入呼吸病学工作委员会一直在为介入呼吸病学谋划发展的

主攻方向。最终确定两个目标：

对早期肺癌的微创介入性根治 目前已与国内多家医院如北京应急总医院、厦门医学院附属医院等共同探讨，用介入性治疗方式对早期肺癌进行根治。相信未来两到三年将有所成效，并且有可能在一定程度上替代现有的外科手术切除的方法。

介入呼吸病与病原学诊断的有机结合 针对呼吸危重症的感染患者，包括疑难肺部感染患者的诊断率大大的提升，同

时也缩短了诊断时间。不仅可以应用在成人诊断，还可以应用于儿童呼吸道感染。

尽管如此，还应看到，介入呼吸病的发展依然存在优秀人才储备不足的现象。如何吸引更多优秀的年轻人加入，是决定行业未来能否持续提升水平的战略性问题。相信随着大家对此问题的重视，随着行业更美好的前景，会有更多优秀的年轻人加入到这个行业，也相信中国介入呼吸病学的发展，明天会更加美好。



李强 教授



翟振国 教授



郭佑民 教授



韩芳 教授 摄影 / 张宝康

肺动脉高压标准化诊治手册将出台

▲《医师报》融媒体记者 蔡增蕊

中日医院翟振国教授介绍，肺动脉高压（PH）是严重危害人类健康的一大类疾病，其诊治相对复杂，涉及呼吸、心内、风湿免疫、心血管外科等众多学科。研究显示，PH从症状出现到确诊平均时间长达（47.1±34.2）个月，诊断的严重延迟导致疾病恶化。根据WHO心功能分级（FC），在PAH患者出现症状时，95%的患者为FC II，5%的患者为FC III，而确诊时FC II、FC III、FC IV的患者占比分别达到0%、94%、6%。

我国先心病相关性PH占比最高

我国PH流行病学特点与欧美不同，以先心病相关性PH占比最高，达43%。PH诊断现状也不容乐观，国内外院转诊PH患者中70%未进行规范的病因筛查。因此，构建多学科合作的标准化诊疗体系，有助于让更多患者尽早得到规范化诊治，提高患者的获益。

近年来，临床诊断技术不断提高，靶向治疗不断优化，但PH漏诊率和误诊率却仍然很高。这主要是由于对疾病缺乏认知，以及对诊疗方案依从性较低等原因导致。

2018年，中国医师协会呼吸医师分会肺栓塞与肺血管病工作委员会、中华医学会呼吸病学分会肺栓塞与肺血管病学组、全国肺栓塞与肺血管病防治协作组共同发起“肺动脉高压标准化诊治体系建设”项目，旨在提高PH诊治水平、改善PH患者结局、增强PH科研能力。

《标准化诊治工作手册》即将定稿

该项目成立了多学科专家委员会，认证和协助建立医院内肺动脉高压诊疗中心（PHCC），为患者提供快速诊断和精准治疗服务；建立肺

动脉高压诊疗分中心，初步诊断PH患者，提供可及治疗，并将不能处理的患者转诊到PHCC；建立肺动脉高压转诊中心，初步识别PH患者，尽可能迅速将患者转诊到PH分中心或PHCC。自2018年4月第一批PH诊治中心授牌后，在多学科专家和同道的共同努力下，该项目推进了一系列工作，例如，于2018年10月启动《标准化诊治工作手册》的编写工作。手册对疾病早期识别、规范的诊断与治疗方法、提高我国PH防治意识等临床重点问题进行了全面阐述，计划于今年10月定稿。

肺炎的诊断与识别：也易也难

▲西安交通大学第一附属医院 郭佑民

肺炎是一组以肺实质和肺间质渗出病变为基本特征的疾病。按照大体解剖位置可分为大叶性肺炎、小叶性肺炎、间质性肺炎；按照肺结构可分为肺实质病变、肺间质病变、支气管病变、肺血管病变；按照病原学可分为肺炎球菌、葡萄球菌、肺炎杆菌等；按照感染来源可分为社区获得性肺炎、医院获得性肺炎；按照病程可分为急性病程、慢性病程。

正确的分类是为了基于影像学表现，结合病史做出正确的诊断，便于精准的治疗。

肺内炎症性病变影像学特征以渗出为主

肺内炎症性病变基本影像学特征是以渗出为主，而导致渗出的原因则与累及病变结构有关。

以急性肺实质渗出性病变为主的感染性病变具有病程短的特点，包括：相关细菌性感染、支原体感染等。与之鉴别的非感染类疾病包括急性肺水肿、急性肺出血、急性嗜酸粒细胞性肺炎等。

慢性感染类具有病程较长的特点，包括结核病、未经正确治疗的迁延性肺炎、各类真菌感染、寄生虫等，与之鉴别的非感染类疾病包括大叶性肺癌、慢性过敏性肺炎、肺泡蛋

白沉积症、肺含铁血黄素沉着症等。

以肺间质性病变为主的大部分为慢性病程，包括各种类型的肺间质纤维化、结缔组织相关性肺病等。

支气管类疾病引起的感染则包括细支气管炎、变应性支气管肺曲菌病、支气管扩张等。肺血管类疾病则包括肺栓塞、肺血管炎等。

同病异征 异病同征需留意

此外，影像驱动性诊断原则具体为：第一，疑似感染性疾病，需要问病史、结合相关的实验室检测，寻找各种病原学。第二，疑似肺血管类疾病，需要问病史、相关各种实验室检查、抗体检测、必

要时做CT（超声）引导下肺活检。第三，疑似肿瘤性疾病，需要问病史、找原发病灶、必要时做CT（超声）引导下肺活检。第四，疑似其他疾病，需要问病史、相关实验室检测，必要时做CT（超声）引导下肺活检。在短时间内获得明确的诊断则是正确治疗的第一步。

肺炎影像学诊断既容易也困难。肺内炎症多为渗出性病变、实变，其实所引起的原因较多，在临床实践中应该注意临床资料的采集。

对肺内不同类型的渗出性、实变表现，影像学表现都应该有合理的解释。注意影像学表现中的“同病异征，异病同征”。