

李为民

亟待建立肺结节及肺癌全程管理模式



李为民教授

肺癌是全球癌症中的“头号杀手”，在全球每年恶性肿瘤新发病例中占 11.6%，死亡病例中占 12.6；在我国每年恶性肿瘤新发病例中占 18%，死亡病例中占 24%。我国肺癌患者 5 年生存率为 19.8%，远低于乳腺癌（83.2%）、结肠癌（57.6%）等其他恶性肿瘤的生存率。

四川大学华西医院院长李为民教授介绍，影响肺癌 5 年生存率的关键因素是诊断时的临床分期。研究证实，早期肺癌 5 年生存率为 59%，中期肺癌为 31.7%，而晚期肺癌仅为 5.8%，因此肺癌的早期

诊断非常重要。

欧美国国家肺癌患者老年、吸烟者占 85%，因此将 55 岁以上、重度吸烟人群作为肺癌筛查重点人群。而我国的真实世界研究显示，我国肺癌患者中 < 50 岁占 20.3%，50~60 岁占 28.6%，非吸烟患者比例从 2008 年 39.5% 升至 2013 年 46.8%，因此我国将 40 岁以上、重度吸烟或有其他危险因素的人群作为筛查重点人群。

肺癌早诊早治的难点主要在三方面：第一是缺乏规范的筛查方案，导致 54% 肺癌患者手术时无症状；第二是缺乏影像学技术，导致 Lung-RADS 分类总体准确性仅 71.4%；第三是缺乏分子诊断技术，导致 CEA 等常用标志物敏感性低于 50%。

“肺癌早诊早治的关键环节有四个方面：高危人群肺癌筛查、肺部结节的

精准评估与管理、肺癌的规范治疗、肺癌的全程治疗。”李教授指出。

肺癌全程管理理念应运而生。李教授表示，在肺癌的筛查方面，应关注肺癌危险因素，譬如 40 岁以上、吸烟、肿瘤家族史、慢性肺部疾病和职业暴露等。在肺结节管理方面，需精准检出结节，并对 > 5 mm 的肺结节进行规范随访。在肺癌管理方面，应主动进行分诊，多学科开展规范化的全程治疗。在肺癌随访方面，对患者生存、生活质量和合并症等进行全程随访。“最终实现早期诊断、早期治疗、规范治疗、全程治疗的全程管理目标。”



关联
阅读
全文
扫一扫

沈华浩

哮喘和慢阻肺是“泾渭水”还是“并蒂莲”？



沈华浩教授

支气管哮喘是一种异质性疾病，通常伴有慢性气道炎症。特征性症状为发作时间及强度不定的喘息、气短、胸闷、咳嗽等呼吸系统症状，伴有可逆的呼吸性气流受限。气道炎症特征包括过敏原刺激、上皮细胞 Th2 相关炎症因子、ILC2、Th2 免疫反应、嗜酸性粒细胞、气道高反应性和气道黏液高分泌等。

慢阻肺是一种可防可治的疾病，特征是持续性呼吸症状及由气道和（或）肺泡功能所致的气流受限，常有有害颗粒或气体暴露，并受机体自身原因影响。气道炎症特征反应包括上皮细胞损伤、巨噬细胞激活、Th1/Th17/

Tc1 免疫反应、中性粒细胞炎症、小气道纤维化、肺气肿和气道黏液高分泌等。

中国医师协会呼吸医师分会副会长兼哮喘与变态反应工作委员会主委、浙江大学呼吸疾病研究所所长沈华浩教授介绍，哮喘与慢阻肺共同的临床特点包括肺功能下降、气流受限，共同病理基础为气道炎症、黏液高分泌和气道重构。其中，重症哮喘和中重度慢阻肺急性加重患者痰液炎症表型存在高度相似性。

沈华浩教授团队多年来致力于哮喘、慢阻肺共同发病机制的研究，他们发现哮喘和慢阻肺发病具有共同的病理基础，即为气道炎症。研究还发现，二者共同损伤机制为气道上皮细胞中 mTOR-自噬、HDAC2-IL17A 等共同损伤机制；共同免疫模式为借鉴哮喘适应性免疫机制，阐明慢阻肺自免疫机制，并构建全新慢阻肺模型；共同干预靶点为发

现诱导不同类型粒细胞凋亡和铁死亡的共同靶点；共同治疗研究发现靶向嗜酸性粒细胞和中性粒细胞治疗哮喘炎症的靶点。

“哮喘和慢阻肺是你中有我、我中有你的关系。”沈华浩教授强调，哮喘和慢阻肺的分子机制与气道炎症的不同之处在于，哮喘是 ILC2 和 Th2 免疫反应，嗜酸性粒细胞炎症为主，而慢阻肺是 Th1/Th17/Tc1 免疫反应和中心粒细胞为主。同时，哮喘和慢阻肺的分子机制和炎症存在众多的共同点，尤其是在重症哮喘和慢阻肺急性加重时，重要的免疫细胞功能存在交叉和平衡。“吸入糖皮质激素、支扩剂在哮喘和慢阻肺治疗中均具有重要地位，但单克隆抗体的应用仍有待进一步探索。”



关联
阅读
全文
扫一扫

陈荣昌

规建后的呼吸学科经受住了疫情的考验



陈荣昌教授

广州呼吸疾病研究所所长陈荣昌教授介绍，截至今年 7 月 24 日，已开展十轮认定工作，覆盖 30 个省区市，参与认定专家 1556 人次，共认定 1218 家医疗单位（含 802 家认定单位、416 家培育单位）。认定工作完成前十位的省区市依次是山东、河南、四川、广东、浙江、江苏、陕西、北京、辽宁、上海。

“新冠疫情突显出呼吸人主力军地位，呼吸与危重症学科在抗疫中发挥了重要作用。”陈荣昌教授指出，规建后的呼吸学科经受了硬件设施、业务能力、

管理能力、科研能力等全方位的检阅，突显 PCCM 规建的必要性、紧迫性。

受疫情影响，全国 PCCM 规建工作部署会议在线上召开，400 余人视频参会，共商呼吸学科发展大计。同时，为推动同质化，各省份卫健委相继发布学科建设实施方案，迄今已有 9 个省份、8 个地市正式发文，还有 9 个省份计划发文。

随着呼吸与危重症医学科规范化建设的推进，在本次疫情中仍凸显出一些问题：部分医院未设置呼吸科；部分医院的呼吸监护室挂靠在医院综合监护室且规模很小；许多医院的呼吸重症监护病房硬件设施远远落后于危重医学专业的硬件设备；对循环方面支持的技能掌握不足；需

要掌握最新的各种危重症综合性救治技术；对多脏器衰竭的危重症救治综合技术和策略方面有待提高；愿意从事呼吸危重症的医生数量不足等。

陈荣昌教授介绍，2020 年下半年，呼吸与危重症医学科规范化建设的工作目标包括：全国完成 60% 的二级、三级医院认定工作；全国基层医疗机构完成 40%（1.6 万家）单位认定工作；至 2021 年，全国需完成 100% 的二级及以上公立医院认定工作，完成 90%~95% 的基层医疗机构的呼吸能力建设，实现呼吸学科同质化发展。



关联
阅读
全文
扫一扫

迟春花

携手各方共同推进基层呼吸规建项目



迟春花教授

北京大学第一医院迟春花教授介绍，2018-2020 年共开展了六批次评审工作，全国 29 个省区市的 1261 家基层医疗机构参与，共评选出 216 家优秀单位，295 家达标单位，133 家培育单位，二维码简易程序培育单位 617 家。其中，上海市为项目推进示范省份；山西省、内蒙古自治区、江西省为取得突破性进展省份。

呼吸与危重症医学科规范化建设项目在全国基层医疗单位的稳步推进。迄今，全国已有 12 个省区市卫健委发文，9 个地市卫健委发文，11 个省区市已召开

全省启动（动员）会，广东省、青岛市也即将召开动员会。

2020 年第一轮评审中，全国 18 个省市中的 114 家机构参与，共评选出优秀单位 15 家，达标单位 82 家，培育单位 17 家，其中 5 家单位完成了线上远程实地评审。

2018-2020 年六轮评审汇总，参评单位总数排名前十的省区市依次是山东省、上海市、湖南省、浙江省、甘肃省、四川省、广东省、天津市、北京市、贵州省。

6 月 17 日，全国 29 个省区市基层呼吸联盟的 100 余名专家共同上线，讨论呼吸与危重症医学科规范化建设项目推进，敦促各省份制定详细项目推进计划，并尽量争取卫生健康行政部门支持。

为提高评审效率，评审流程进行了简化，并线上线下相结合。目

前，已有 23 个省区市的 617 家机构通过扫描二维码进行了申报，其中山东省、湖南省成绩相对突出。

“为配合疫情形势，我们开展了线上现场远程评审。”迟春花教授表示，线上会议平台跨越了地理限制，呼吸、全科专家跨省合作进行远程评审，共有 5 家基层医疗机构参与线上评审。其中，2 家被评为优秀单位，3 家被评为达标单位。

未来将构建工作网络，全国 - 省 - 市三级协同推进，针对每个省份存在的问题采取针对性措施。迟春花教授指出，“同时开展定期沟通、反馈总结，针对性解决项目推进中的难点。携手各方，共同推进基层呼吸规建项目工作。”



关联
阅读
全文
扫一扫