

(上接 A13 版)

8月15日，大会迎来了第二天，上午4个医师培训分会场，下午4个辩论分会场。值得一提的是，在新冠疫情防控成为常态的情况下，本次会议采用线上+线下的直播形式，打破了地区间的“门槛”，来自“云端”的全国各地血液学同道们的热情不输苏州城的艳阳天。据悉，本次大会《医师报》直播间进行直播，截至目前共有50余万人在参与会议。

关联
阅读原文

造血干细胞移植与细胞免疫治疗专场

免疫治疗 EB 病毒相关 HLH 前景广阔



刘霆 教授

四川大学华西医院刘霆教授介绍了免疫检查点抑制剂治疗 EB 病毒 (EBV) 相关嗜血细胞综合征的疗效和机制。他介绍，EB 病毒相关噬细胞增生症

(EBV-HLH) 是危及生命的血液学急重症，以致死性的免疫细胞活化及细胞因子风暴为特点。复发难治性 EBV-HLH 尚无标准治疗方案，异基因造血干细胞移植是唯一的治愈方式，但是伴有很高的移植相关死亡率，亟需探索新的治疗方法。

持续的病毒感染具有 T 细胞耗竭的特征，从而发生对病毒的免疫逃逸，导致疾病不能治愈。刘教授团队进行了免疫

治疗 EBV-HLH 的研究，研究使用 PD-1 抑制剂治疗 7 例复发难治 EBV-HLH 的患者，并对其有效性及安全性进行了分析。

结果表明，6 例患者对治疗有反应，5 例获得并持续保持临床完全缓解，其中位随访时间 16 个月 (11.4 ~ 18.9 个月)，4 例血浆和细胞内 EBV 病毒基因载量检测转阴。治疗期间所有患者未出现 3 级及以上治疗相关毒副反应。

红系与凝血疾病会场



侯明 教授

山东大学齐鲁医院血液科主任侯明教授指出，化疗所致血小板减少症 (CIT) 是肿瘤化疗中常见的毒副反应，化、放疗会抑制

提早识别 CIT 可控可防

骨髓巨核系统，导致血小板计数严重降低，进而导致化疗药物剂量降低甚至中止，此时，患者常需要进行血小板输注，因而增加患者的治疗费用、降低化疗效果和患者的生活质量、缩短生存时间。

侯教授指出，一项 43 995 例 CIT 患者的调查显示，CIT 是多种实体瘤及化疗方案的常见不良反应。CIT 通常出现于化疗后 3~4 d，

2~4 周恢复，血小板降速和幅度与化疗药种类、剂量、联合用药、化疗次数和个体差异有关，剂量累积可导致 CIT 从无到有或从有到重，甚至不可逆。

临床中，医生应严格掌握各类药物的治疗机制、用药剂量、药物相互作用不良反应，和用药时机，合理采用二级预防更有利于预防和治疗化、放疗相关的小血小板减少。

DIC 精准诊治将迈入大数据时代



梅恒 教授

华中科技大学附属协和医院梅恒教授指出，弥散性血管内凝血 (DIC) 早发现、早诊断、早治疗对改善 DIC 患者预后十

分重要，目前 DIC 的诊断仍无“金标准”，国际上推荐采用积分系统对 DIC 进行早期诊断和分型，从而指导治疗和评估预后。

2015 年，武汉协和医院血研所基于回顾性数据分析提出了 CDSS 积分系统，通过 3 年全国 21 个中心 2000 余例患者的前瞻性研究，证实该系统的可靠性，CDSS 兼顾了敏感性和特异性，具有较好的诊断效能和预后价值。新冠肺炎全球暴发，出凝血

功能障碍甚至 DIC 是导致危重症患者死亡的重要因素，在其诊治中 CDSS、ISTH、SIC 积分系统发挥了重要作用。

随着 DIC 诊断研究不断深入，血栓弹力图、新的分子标志物不断纳入与积分系统联合运用，目前面临的主要问题在于如何推广应用，有待更多临床试验证实。随着人工智能时代的到来，DIC 的精准诊治也必将迈入大数据整合分析阶段。

淋巴瘤与骨髓瘤会场

骨髓活检要用在“刀刃上”



宋永平 教授

郑州大学附属肿瘤医院副院长宋永平教授团队回顾性分析了 712 例接受免疫化疗的初诊弥漫大 B 细胞淋巴瘤 (DLBCL) 患者，比较了不同骨髓侵犯状态各组的临床病理特征、预后以及基因表达谱。同时观察了 PET/CT 在由骨髓活检 (BMB) 确认的合并骨髓侵犯患者中检测骨髓状态的能

力，并比较了 BMB 和 PET/CT 识别的不同骨髓侵犯状态各组的临床病理特征以及预后意义。

结果发现，与骨髓阴性患者相比，DLBCL 伴一致性骨髓侵犯具有较差的无进展生存 (PFS) 和总生存 (OS)，其对预后影响独立于国际预后指数 (IPI) 和细胞起源分类；相反，不一致性骨髓侵犯患者则有着与局限期骨髓阴性患者相似的良好生存结局。宋教授表示，伴有骨髓侵犯的 DLBCL 无论在临床特征、预后还是分子病理方面均具有高度异质性。针对骨髓侵犯阳性的 DLBCL，首次建立的 BMIPI 用于其危险分层、指导预后更为简单。

微小残留病变可预测恶性肿瘤预后



李娟 教授

中山大学血液病研究所所长李娟教授指出，目前，多发性骨髓瘤的微小残留病变 (MRD) 评价的方法包括二代测序、新一代流式以及全身影像学。MRD 在多发性骨髓瘤治疗的多种临床场景均已被证明有预后价值。与获得单次 MRD

阴性比较而言，获得持续 MRD 阴性具有更高的预后预测价值。IFM2009 研究显示 VRD 诱导治疗后无论是否早期序贯自体造血干细胞移植 (ASCT)，只要获得 MRD 阴性，均可获得较好的生存。因此，提出对于诱导阶段即获得 MRD 阴性的患者是否可延迟 ASCT。

目前正在拟开展 DETERMINATION2 研究，对于诱导后获得 MRD 阴性的患者，随机分组比较序贯早期移植与巩固维持治疗至疾病进展后再 ASCT 两种治疗策略对骨髓瘤患者 PFS 和 OS 的影响。

系统性轻链淀粉样变性诊治亟待重视



路瑾 教授

国家血液病临床医学中心、北京大学血液病研究所淀粉样变性诊疗中心路瑾教授从诊断、疗效评估和治疗进展三方面介绍了系统性轻链淀粉样变性 (AL) 内容。她表示，关于血液学疗效部分，完全缓

解 (CR) 判定标准增加了“绝对值”三字，变为：轻链绝对值及比值正常，血/尿免疫固定电泳阴性。AL 治疗方面，路教授介绍了 2019 年 mayo 指南的四点建议：(1) 如果 BCD 两个疗程无效，换方案，不愿意或者不能移植的患者 BMD 也可；(2) 适于移植的患者对于移植等待时间在一个月以上的需进行诱导治疗之后再移植；(3) CR 的患者可以采集完干细胞先不做移植；(4) 维持治疗仅用于伴有多发性骨髓瘤的患者或者有高危细胞遗传学异常患者。

热点争鸣

8月15日，来自陆道培医院陆佩华教授与浙江大学医学院附属第一医院院长黄河教授针对“移植后复发患者 CAR-T 治疗缓解后需不需要桥接二次移植”进行了精彩辩论。陆佩华教授从一个移植后复发的 B-ALL 典型病例出发，主要阐述了陆道培医院在移植后复发 B-ALL 单独接受 CAR-T 治疗以及 CAR-T 后桥接二次移植的研究。两项研究表明对于移植后复发 B-ALL 患者，通过 CAR-T 细胞输注，大多数依然可以达到 MRD 阴性 CR，且安全性良好。这部分患者如能通过 CAR-T 细胞治疗获得 MRD 阴性 CR，可以考虑行二次移植，二次移植安全性良好。黄河教授团队论点包括：目前 CAR-T 治疗的有效性以及移植后再次 CAR-T 治疗后达到缓解后，仍是完全供者嵌合状态，患者可以维持较长时间的缓解，且需要充分考虑二次移植的风险。

