

中国研究型医院学会间质性肺疾病多学科诊治专家委员会成立 间质性肺疾病多学科分级诊疗体系对标国际

为提升我国 ILD 诊疗水平贡献力量

ILD 多学科诊疗面临重重挑战

医师报讯 (融媒体记者 蔡增蕊) 中国研究型医院学会呼吸病学专业委员会 2021 学术会议暨中国间质性肺疾病 (ILD) 多学科诊治盘点日前在沪举行。

多学科专家通过线上与线下相结合的方式讨论了 ILD 诊疗策略, 分享了多学科诊疗经验, 助力提升我国 ILD 多学科诊疗水平。

中国研究型医院学会会长何振喜教授表示, 中国研究型医院学会呼吸病学专业委员会间质性肺疾病多学科诊治专家委员会的成立对于提高我国 ILD 多学科诊疗水平具有重要意义。“希望以此平台为支撑, 对标国际先进水平, 制定具有中国特色的临床诊疗指南/共识, 增强我国 ILD 诊治的国际影响力和话语权。”

中国研究型医院学会呼吸病学专业委员会间质性肺疾病多学科诊

治专家委员会主任委员徐作军教授指出, 专家委员会将突出研究型医院特色, 全面增强科研创新活力, 不断取得科研转化成果, 在深化临床科研和提高诊治效果方面发挥引领和示范作用, 着力加强 ILD 多学科诊疗体系建设。

中国研究型医院学会呼吸病学专业委员会间质性肺疾病多学科诊治专家委员会副主任委员蔡后荣教授指出, 近期疫情防控形势严峻, 大会能如期召开实属不

易, 期望专家委员会的成立能为 ILD 多学科诊疗带来新鲜活力, 为提升我国 ILD 多学科诊疗水平贡献力量。

中国研究型医院学会呼吸病学专业委员会间质性肺疾病多学科诊治专家委员会副主任委员赵岩教授介绍, 专家委员会突出多学科协作特点, 以呼吸与危重症医学科为牵头学科, 通过多学科协作促进精准医学在 ILD 临床诊疗中的应用, 以提高 ILD 患者的临床获益。

ILD 具有明显的异质性, 不仅影像和病理表现较复杂, 还涉及多学科领域, 已成为呼吸病诊疗最棘手的难题之一。相比于单一学科诊疗, 多学科协作已成为解决这一难题的有效方法。

“多学科协作模式可显著提高诊断准确率, 在此基础上制定针对性治疗策略, 对于改善患者预后十分重要。”徐作军教授指出, 准

确诊断是治疗 ILD 的首要挑战。虽然国际上早在多年前就提出了多学科诊治 ILD 理念, 但我国在该领域仍处于非常落后的水平。主要是因为 ILD 诊疗涉及到多学科领域, 而我国不同医院在相关专科方面的水平差距较大, 特别是专门从事 ILD 相关的医学影像学、病理学方面的人才较少, 导致推广 ILD 多学科诊疗模式面临重重挑战。

多措并举建设 ILD 多学科诊疗体系

作为该专家委员会首任主任委员, 徐作军教授介绍, 在组织架构和人员设置方面, 专家委员会突出了多学科特点, 委员会的副主任委员、秘书长、常委、委员共有 80 多位专家, 分别来自呼吸与危重症医学科、风湿免疫科、放射科、病理科等多学科领域, 是一支真正、完整的“ILD 多学科团队”。

未来将借助专家委员会的平台, 开展一系列促进 ILD 多学科交流与合作的措施: 举办专题讲座等学术活动、开展 ILD 多中

心、多学科临床研究、制定符合国情的 ILD 诊疗指南/共识等。

徐作军教授强调, “在提高 ILD 多学科诊疗水平的过程中, 可以通过打造区域性 ILD 多学科诊疗示范单位, 带动、辐射周边基层地区, 形成上下联动、逐级覆盖的协作体系, 为我国建立完整的 ILD 多学科分级诊疗体系。”



关联阅读全文
 扫一扫

呼吸专栏编委会

名誉主编: 钟南山 王辰

指导专家(按姓氏拼音排序):

白春学 陈良安 陈荣昌
 代华平 康健 李为民
 林江涛 瞿介明 沈华浩
 刘春涛 孙永昌 徐永健
 周新

主编: 曹彬 应颂敏

执行主编(按姓氏拼音排序):

邓朝胜 郭强 宋元林
 孙加源 熊维宁 徐金富
 侯刚 张静(上海)

编委(按姓氏拼音排序):

班承钧 保鹏涛 常春
 陈成 陈湘琦 陈燕
 陈颖 陈愉 代冰
 董航明 杜丽娟 范晔
 冯靖 高丽 高凌云
 关伟杰 韩丙超 何勇
 何志义 贺航咏 蒋汉梁
 揭志军 李春笋 李丹
 李锋 李力 李琪
 李伟 李园园 李云霞
 梁硕 梁志欣 刘波
 刘丹 刘崇 刘宏博
 刘敬禹 刘琳 刘伟
 陆海雯 罗建江 罗壮
 马德东 马礼兵 纳建荣
 潘殿柱 施熠炜 石林
 史菲 苏欣 孙健
 唐昊 田欣伦 王东昌
 王峰 王虹 王华启
 王一民 文文 夏旻
 肖奎 谢佳星 谢敏
 邢西迁 徐燕 徐瑜
 徐月清 杨会珍 杨姣
 杨士芳 姚欣 于洪志
 喻杰 张固琴 张惠兰
 张静(天津) 张一
 赵俊 赵帅 周国武
 周华 周敏 周庆涛



阻塞性睡眠呼吸暂停呼唤精准治疗

▲中国医科大学附属第一医院呼吸与危重症医学科 王伟



王伟教授

目前, 全球约有 9.36 亿阻塞性睡眠呼吸暂停 (OSA) 患者。OSA 主要表现为睡眠中反复发生上气道塌陷, 衡量 OSA 病情严重程度的指标主要是呼吸暂停低通气指数 (AHI) 和夜间血氧饱和度, 但是, 不同的致病因素使得 OSA 的临床表现、病理生理机制、预后等存在异质性, 仅以上述两个指标不能够完全表达 OSA 的病情; 目前 OSA 的主要治疗方法——持续气道正压通气、口腔矫治器、手术, 也不能覆盖所有的 OSA 患者。因此, OSA 呼唤精准治疗, 而精准治疗的前提是明确 OSA 亚型, 目前缺乏大的亚型数据库成为精准治疗面临的最大挑战。

近年来, 该领域的学者们做了很多尝试, 基于表型集束, 以预防、预后预测、治疗选择为目标进行亚型分类应该是实现精准治疗的第一步。

六种 OSA 亚型

目前, 根据 OSA 的发病年龄、性别、症状、多导睡眠监测特点等因素综合评判, 可将 OSA 分为六种亚型: (1) A 型: 主要发生于年轻人, 多为肥胖者, 以男性为主, 常表现为严重的

OSA。这类患者首选无创通气治疗。(2) B 型: 主要见于老年人, 多为肥胖男性。B 型患者应用 CPAP 治疗的成功率最低。(3) C 型: 多见于轻度肥胖的中年人, 以女性为主, 常为中重度 OSA。此类患者, 需加用认知行为治疗来改善失眠。(4) D 型: 多见于年轻人, 以非肥胖男性为主。D 型患者除 CPAP 外, 也可以考虑口腔矫治器、药物治疗。(5) E 型: 此类患者的特点是 BMI 高达 33~38 kg/m², 以男性为主。这类患者应用 CPAP 治疗可以获益。(6) F 型: BMI 较低, 以重度 OSA 为主。这些患者 CPAP 治疗的依从性低, 要考虑口腔矫治器、镇静催眠药、氧疗等方法。

精准治疗新尝试

除亚型分类之外, 现

有治疗方法也存在困境, 不能满足精准治疗的需求。所以团队尝试寻找、建立新的基于发病机制的治疗方案。在 OSA 诊治指南中, 口腔矫治器仅用于轻中度患者, 而且不能精准设定矫治的前移距离, 需口腔科医生反复调节, 也不能立刻评估疗效。考虑到中国 OSA 患者颌面部结构与欧美人群不同, 团队与加拿大 Laval 医院合作, 做了一些精准治疗的尝试, 将远程遥控下颌滴定系统应用于夜间监测, 通过一夜睡眠中的滴定分析, 不仅可筛选出适合口腔矫治器治疗的 OSA 患者, 还能为每位患者设计个体化的前移距离。

另有研究者发现, 萨克斯、巴松演奏者很少发生 OSA, 可能与平时演奏

训练覆盖了舌肌群有关, 因此, 舌肌群训练成为 OSA 治疗的新方向。但传统的力量训练法会引起肌肉疲劳和损伤, 如何能达到训练目的又不损伤上气道扩张肌? 团队经过动物实验的尝试和比较, 新建了舌肌群功能训练模式, 可有效增加上气道扩张肌的收缩力又避免了肌肉疲劳, 虽然尚需大样本的数据进行验证, 但为 OSA 的精准治疗提供了新思路。

OSA 的精准治疗是未来的发展方向, 除了研发新的治疗方法, 临床亟需建立足够数量的数据库, 协助设立合理、可重复的分型指标, 寻找有效的生物学标志物 (如 C 反应蛋白、白细胞介素 8), 将 OSA 进行合理分型, 才能达到精准治疗的目标。