

天津市医学会呼吸分会肺间质病学组 第一次学术活动报道

张纳新

作者单位:300170 天津市,天津市第三中心医院呼吸科

doi:10.3969/j.issn.1674-7151.2012.03.018

天津市医学会呼吸分会肺间质病学组第一季度学术活动于 2012 年 3 月 9 日如期举办,本次学术活动由天津市第三中心医院承办,同时得到了武警后勤学院附属医院、天津市北辰医院、天津市东丽医院以及辉瑞制药有限公司的大力支持。本次会议主要围绕两个方面展开讨论:一方面解读了 2011 年特发性肺纤维化疾病新指南;另一方面是对弥漫性肺部感染的诊治思路的讨论。来自本市各大医院的三十余名医生参加了本次活动,在武警医院肺间质病学组组长魏路清主任的主持下,大家就一些临床常见的问题进行了热烈的讨论,现就会议内容报道如下。

医学各专业发展迅速,理念在不断变化,循证医学的证据层出不穷,疾病治疗指南在不断更新,首先来自天津市第三中心医院的张纳新主任解读了《2011 年特发性肺纤维化诊断和治疗循证指南》(简称 2011 指南),该指南全文于 2011 年 3 月由美国胸科学会、欧洲呼吸学会、日本呼吸学会和拉丁美洲胸科学会在《AM J Respir crit care Med》杂志联合发表。新指南是以循证医学证据为基础,重点提出了诊断和治疗方面新的建议,取代了 2000 年美国胸科学会/欧洲呼吸学会发表的特发性肺纤维化(idiopathic pulmonary fibrosis, IPF)诊断和治疗的共识。2011 指南涵盖当今对 IPF 的最新知识,囊括 IPF 定义、流行病学、危险因素、诊断、自然病史、分期与预后、治疗和疾病过程监控、将来的研究方向等多方面的内容。

IPF 发病率和患病率在总体上呈现明显增长的趋势,从 1991 年到 2003 年间,IPF 的发病率估计每年增长 11%。以往报道患病率数据存在较大差异,可能与以往缺乏和未使用统一 IPF 定义,以及研究设计和研究人群不一致有关。2011 指南中 IPF 的定义为原因不明、出现在成人、局限于肺、进行性致纤维化的间质性肺炎,其组织病理学和放射学表现为普通型间质性肺炎(usual interstitial pneumonia, UIP)。与 2000 年 IPF 的定义相比较,2011 指南在 IPF 的定义中保留组织病理学表现为 UIP 型的内容,但首次将放射学表现为 UIP 型写入 IPF 的定义,强调识别高分辨率 CT(high-resolution computed tomography, HRCT)的 UIP 型表现的重要性。2011 指南对 UIP 型 HRCT 和组织病理学定义提出详细分级诊断标准,强调根据 HRCT 的 UIP 型特点可作为独立的 IPF 诊断手段,提出 HRCT 具体的分级诊断标准(表 1)。2011 指南提出了新的 IPF 诊断标准,而原有的诊断标准不再使用。2011 指南提出的 IPF 诊断标准如下:(1)除外其他已知原因的间质性肺疾病(interstitial lung disease, ILD)(如家庭环境、职业环境暴露、结缔组织病、药物肺毒性损害);(2)HRCT 表现为 UIP 型患者不需要外科肺活检(表 1);(3)HRCT 表现和外科肺活检组织病理学表现型符合,结合了 HRCT 和组织病理学表现的诊断标准。2011 指南强调识别、结合恰当的临床背景诊断 IPF 的重要性。通过详细病史询问和临床检查(包括血清学检查)排

表 1 UIP 型 HRCT 的分级诊断标准

| 典型 UIP 型(符合以下 4 项特征) | 可能 UIP 型(符合以下 3 项特征) | 不符合 UIP 型(符合以下任何一项) |
|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| ①以胸膜下肺基底部分布为主 | ①胸膜下肺基底部分布为主 | ①中上肺分布为主 |
| ②异常的网状影 | ②异常的网状影 | ②支气管血管周围为主 |
| ③蜂窝样改变或不伴牵拉性支气管扩张 | ③无不符合 UIP 型中的任何一项(见第 3 栏) | ③磨玻璃影多于网状影 |
| ④无不符合 UIP 型中的任何一项(见第 3 栏) | | ④大量微结节影(两侧,上肺叶为主) |
| | | ⑤孤立的囊性病变(多发,两侧为主,远离蜂窝区) |
| | | ⑥弥漫性马赛克灌注/气体陷闭(两侧分布,累及 3 个肺叶及以上) |
| | | ⑦支气管肺段、叶实变 |

除识别已知原因的 ILD 后, 患者的 HRCT 表现为典型 UIP 型, 可诊断 IPF。与 2000 年 IPF 共识提出的临床诊断标准不同的是, 2011 指南中 IPF 的诊断不再需要经支气管镜肺活检或支气管肺泡灌洗细胞分析。由于 IPF 患者肺功能检测也可能是正常, 2011 指南诊断标准并没有列入肺功能, 但建议在 IPF 诊断中进行结缔组织病的血清学检测。

治疗方面, 2011 指南特别强调临床医生应用足够的时间与患者沟通和交流, 考虑患者的价值观及意愿, 确定恰当时机进行治疗干预。但不可避免的是, 迄今为止, IPF 的治疗效果难以令人满意, 药物治疗仍处于困境。除肺移植外, 没有证据证实哪一种药物能够有效地治疗 IPF, 有少数研究提示某些药物对 IPF 患者可能有益。2011 指南建议访视间隔时间 3-6 个月, 在诊断和/或随访过程中, 要注意监测和发现 IPF 的并发症和合并症, 如肺动脉栓塞、深静脉血栓、急性加重、肺动脉高压、肺气肿等。

2011 指南的发布标志着对 IPF 的诊断和治疗已经完成了由专家共识到循证指南的过渡, 对于指导今后的 IPF 临床诊治和推动 IPF 的研究均具有重要意义, 但与常见疾病的循证指南相比还有不少有待提高的地方。

此外, 由天津市第三中心医院、天津市北辰医院、天津市东丽医院三家医院的主任分别分享了三例弥漫性肺间质受累的反反复复感染性疾病病理。其中北辰医院张先锋主任介绍了一例中年患者, 因反复肺部感染住院, 肺部 CT 表现为弥漫性肺间质受累合并气胸, 大家就该病理展开了热烈的讨论, 最后张主任详细地介绍了这例少见感染的诊治思路, 揭晓最终诊断为人类获得性免疫缺陷合并肺孢子菌感染。从而进一步强调了现代感染的疾病谱发生了很大的变化, 尤其是免疫缺陷、移植后免疫抑制、血液病等的感染复杂化和难治性问题, 这也是当今呼吸领域面临的一大难题。

最后, 肺间质病学组魏路清主任作了精彩的总结, 学科专业发展突飞猛进, 在 2011 指南的推动下, 有更多的前瞻性随机对照研究的出现, 更期待循证医学支持新的治疗药物诞生, 在不远的将来改变目前 IPF 无药可治的尴尬局面。其次应重视间质病与其他感染性、非感染性疾病的鉴别诊断, 并重视当今疾病谱的变化, 对于少见菌的感染诊断思路是很有帮助的, 并提倡积累好的病例在今后的活动中大家共同分享。通过本次活动大家反映收获很大, 同时也期待下一次的学术活动。

(收稿日期: 2012-04-20)

(本文编辑: 张志成)

消 息

2012 全国支原体、衣原体及其他特殊病原体学术研讨会

支原体、衣原体、螺旋体、立克次体、动物源性细菌(布鲁菌、耶尔森菌、炭疽杆菌、柯克斯体、巴尔通体、弗朗西斯菌、巴斯德菌)、L 型细菌、放线菌与诺卡菌及其他病原菌等简称“特殊病原体”。近年来, 由于特殊病原体相关毒力的变迁和耐药性的增加, 以及社会人口老龄化等原因, 支原体、衣原体等特殊病原体的防控研究面临着许多新的课题和挑战。为了交流本领域国内外最新研究进展, 促进我国相关学科建设和发展与国际接轨, 中华医学会微生物学与免疫学分会定于 2012 年 11 月 16 日-18 日在湖南衡阳召开“2012 全国支原体、衣原体及其它特殊病原体学术研讨会”。届时将邀请国内外知名专家作专题报告, 同时欢迎从事相关科研、医疗、疾病预防与控制、临床检验等工作的同行踊跃投稿参会交流。现将征文相关事宜通知如下。

1 会议主题

支原体、衣原体及其它特殊病原体研究现状与展望。

2 征文内容

相关病原体研究的论著、实验报告、技术与方法、文献综

述等。

- 1、相关病原体的功能基因组学与蛋白组学;
- 2、相关病原体的致病性、致病机制与宿主的相互作用;
- 3、相关病原体的病原学、分子流行病学;
- 4、相关病原体诊断检验新技术、新方法及耐药监测与对策等。

3 征文要求

1、应征文稿应尚未在有关杂志上公开发表, 也未在其他会议上交流, 文责自负;

2、应征摘要或全文均采用 WORD 文本, 并参照“中华微生物学和免疫学杂志”出版格式编辑;

3、应征稿件请务必于 2012 年 10 月 20 日前发至信箱 tshbyt@126.com。

4 联系方式

南华大学病原生物学研究所

咨询电话: 13875688472(李忠玉)

E-mail: tshbyt@126.com