

中华医学会呼吸病学分会

# 呼吸与危重症医学

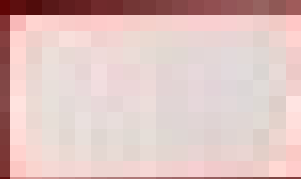
2011—2012

Respiratory &  
Critical Care Medicine  
2011-2012

主编 王辰



人民卫生出版社  
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



中华急诊医学杂志

# 呼吸与危重症医学

2011—2012

Respiratory &  
Critical Care Medicine  
2011-2012

ISSN 1672-2644

CN 11-4868/R

邮发代号 72-10

零售每册 10.00元

订阅每册 10.00元

全年 120.00元

国外 150.00元

广告刊例 1000元

印刷 1000元

装订 1000元

发行 1000元

零售 1000元

订阅 1000元

全年 1000元

国外 1000元

印刷 1000元

装订 1000元

发行 1000元

中华医学会  
CMAA

Respiratory & Critical Care Medicine 2011–2012

# 呼吸与危重症医学

2011—2012

顾 问 翁心植 罗慰慈 朱元珏 于润江 邓伟吾 刘又宁

名誉主编 钟南山

主 编 王 辰

副 主 编 (依汉语拼音字母排序)

白春学 康 健 林江涛 沈华浩 徐永健

学术秘书 代华平 王 娟

编 委 (依汉语拼音字母排序)

白春学 蔡柏蔷 陈宝元 陈良安 陈荣昌 代华平

杜 斌 杜永成 冯玉麟 何权瀛 金发光 康 健

李惠萍 李 强 李时悦 梁宗安 林江涛 刘又宁

陆慰萱 罗远明 马 壮 钱桂生 瞿介明 冉丕鑫

沈华浩 孙铁英 王 辰 王广发 王 娟 肖 伟

肖 毅 谢灿茂 解立新 徐永健 徐作军 杨 岚

姚婉贞 殷凯生 张希龙 张珍祥 张中和 郑劲平

钟南山 周 新 朱 蕾

人民卫生出版社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

呼吸与危重症医学. 2011~2012/王辰主编. —北京:  
人民卫生出版社, 2012. 9  
ISBN 978-7-117-16392-7

I. ①呼… II. ①王… III. ①呼吸系统疾病—文集  
②急性病—文集③险症—文集 IV. ①R56-53②R459.7-53

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 201583 号

门户网: <a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a> 出版物查询、网上书店
卫人网: <a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a> 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

## 呼吸与危重症医学 2011—2012

主 编: 王 辰  
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)  
地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号  
邮 编: 100021  
E - mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)  
购书热线: 010-67605754 010-65264830  
010-59787586 010-59787592  
印 刷: 北京人卫印刷厂  
经 销: 新华书店  
开 本: 889×1194 1/16 印张: 43 插页: 8  
字 数: 1090 千字  
版 次: 2012 年 9 月第 1 版 2012 年 9 月第 1 版第 2 次印刷  
标准书号: ISBN 978-7-117-16392-7/R·16393  
定 价: 89.00 元  
打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)  
(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

## 学科建设：

在激烈的学科变局中为呼吸学科的发展赢得空间

# 呼吸与危重症医学

2011—2012

Respiratory & Critical Care Medicine 2011—2012

## 呼吸学科应当在多学科交融的呼吸疾病防治领域中发挥主导作用

中华医学会呼吸病学分会

呼吸疾病严重影响人民群众的健康与生命,其发病率高、致残与致死率高,疾病负担巨大。有效地防治呼吸疾病是呼吸学科的宗旨,是呼吸专业医师的责任与使命。

当代医学迅猛发展,正在发生深刻变革。医学模式由生物医学模式转变为生物-心理-社会医学模式;医学研究模式由传统的基础医学、临床医学、预防医学、药学、生物医学工程学各行其道,相互少有往来与联合的模式转变为积极沟通、协同交融,特别是临床医学与基础医学紧密结合,共同为防治疾病提供全套解决方案(total solution)的转化医学研究模式(translation medicine);临床医学的各个学科也相互交融,传统的内科与外科、临床与医技的界限已开始模糊,以器官或系统为中心,融合传统多学科,构建适于疾病防治的“立体”新体系已成为临床医学发展的重要趋势。在这样一个大的变局中,各个学科都面临着重新学科定位,重新划分“疆域”或所谓重新“洗牌”的过程。一个崭新的医学学科格局正在形成中。

如何在这个新格局的形成过程中本着以患者利益为上,尊重学术、技术与学科发展规律,尊重学理,找准自身定位与角色,是各个学科都面临的重大问题。纵观呼吸学科的“疆域”,呼吸危重症医学、肺癌、肺栓塞与肺血管疾病、肺部感染、睡眠呼吸障碍、烟草病学、介入呼吸病学、呼吸治疗 8 个领域与其他学科的交叉和交融尤为突出。在去年呼吸年会专题报告《明辨形势,确定战略,凝练文化,开创我国呼吸学科发展新局面》中,曾指出“越是学科交叉的领域往往越是充满活力、富于创新,同时也属‘兵家必争之地’,充满挑战与竞争。新形势下,传统的学科范畴正在被重新划分。”“哪个学科能够以更积极的姿态与作为投身其中,更多地承担起发展该领域的责任与使命,哪个学科就会更多地‘主宰’该领域的业务与发展。各个传统学科,包括呼吸学科在内,当前和今后都面临着重大的机遇和挑战——或‘拓土封疆’,或‘丢田失所’,各个学科都面临着重新划分学科格局的严酷现实。呼吸学科在这一变局中或发展壮大,或低迷萎缩,其命运在于从业人员的把握。”“要备加重视与其他学科有广泛交叉的领域,承担起建设与发展这些领域的主导责任和使命。特别是在肺栓塞与肺血管疾病、睡眠呼吸障碍、呼吸衰竭、感染、肺癌、烟草病学等领域,应当努力体现呼吸学科的特点与优势,发挥主导作用,与兄弟学科一道,努力深化研究,提高预防与诊疗水平。付出劳动、履行责任才能产生‘权益’与‘权威’,才能得到认可与尊重。在当今各个学科既相互协作又相互竞争的形势下,只有自身努力进取,才是巩固与拓展学科‘疆域’,共荣发展,服务广大患者的人间正道。”

依照以上想法,呼吸学会努力推进呼吸学科在多学科交融的呼吸疾病防治领域中承担责任与使命,

发挥主导作用,保持学科的旺盛生命力。今年6月,学会常委会嘱危重症医学学组、肺癌学组、肺栓塞与肺血管疾病学组、感染学组、睡眠呼吸障碍学组、烟草病学学组、介入呼吸病学学组、呼吸治疗学组就与其他学科交叉和交融尤为突出的8个领域,分别写出在所负责的领域呼吸医师如何承担责任与使命,防治疾病,发展学科的建议。以下登载的就是8个学组的建议,相信对于统一广大呼吸医师的思想,指导大家的行动会发挥十分积极的作用。

呼吸学科的发展正面临着空前的机遇与严峻的挑战。我们必须在当前激烈的学科变局中为呼吸学科的发展赢得空间,这是历史所赋予当代呼吸界同道的责任与使命。让我们团结起来,以积极昂扬的精神投身于建设与发展呼吸学科、防治呼吸疾病的宏伟事业!

(执笔人:王辰)



## 在呼吸与危重症医学科中加强内科 ICU 建设

中华医学会呼吸病学分会危重症医学学组

近 20 多年来,现代呼吸病学呈迅猛发展之势,正在发生着深刻的变化。相关的诊治技术,包括影像、病原学、炎症监测、气道内介入技术和危重症救治等有了长足的进步。从危重症救治的角度来说,众所周知,在内科 ICU(MICU)中最常需要面对的问题是呼吸支持、人工气道和肺部感染。从呼吸病的角度来说,呼吸衰竭的诊治是呼吸病学的范畴,呼吸机的合理应用需要具备呼吸生理及病理生理学基础,肺部感染与危重症之间存在互为因果的关系,因此,在呼吸与危重症医学科中加强内科 ICU 建设存在着学科发展的必然性和必要性。

### 一、呼吸医师加强在 MICU 领域中的作为

MICU 是内科危重症救治的场所。救治的过程不是单纯的生命支持,而是为基础病的诊断和治疗提供条件和时间,还需要考虑器官功能保护的问题。患者最终的结局,更大程度上取决于对基础疾病的明确诊断和控制。MICU 患者的诊治过程中,需要强调基础疾病诊断和治疗的重要性。因此,MICU 的医师需要有很强的内科基础。呼吸病学学科体系与危重症医学密切相连,尤其是在呼吸衰竭救治、肺部感染和呼吸机应用等方面。在美国有职业执照的危重症监护医生中,2/3 是内科医生,其余是麻醉科、儿科和外科医生。而在内科医生中,约 90% 是呼吸医师。因此,我国呼吸医师需要不断努力和自我提升,适应呼吸与危重症学科发展的要求,在 MICU 中发挥更加重要的作用并作出贡献。顺应此学科发展趋势,中国医师协会呼吸医师分会和中华医学会呼吸病学分会分别于 2008 年 12 月和 2011 年 6 月建议将呼吸科更名为呼吸与危重症医学科。国内众多有影响力的医院已将呼吸科更名为呼吸与危重症医学科,以适应现代医学的发展需求。

学科的需求已经摆在我们面前,发展的方向已经明确。一名不懂得、不善于呼吸衰竭救治的医生同样难以成为合格的呼吸专业医师。MICU 或呼吸 ICU(RICU)是呼吸衰竭救治之所,应该是呼吸学科建制中的必要组成部分,否则,将无法以现代医学技术对重症呼吸衰竭实施规范救治,履行学科的基本医疗职能。呼吸医师应该作为 MICU 的主要技术力量、按照呼吸与危重症医学科(department of respiratory and critical care medicine)的模式发展,这样既有利于呼吸学科发展,亦有利于危重症学科的发展,才能更好地承担呼吸疾病诊治与内科危重症的救治工作。

## 二、呼吸与危重症学科发展 MICU 所面临的竞争形势

近 30 年来,特别是 2003 年抗击 SARS 以后,我国的危重症医学从小到大,从少数到普及,其进步是飞快的,为救治危重症患者提供了条件和平台,相应的医疗队伍也不断壮大,成绩和贡献是巨大的。在 ICU 发展的早期,由于缺乏受过专业培训的人员、仪器不足甚至患者来源不多等因素,不少的医院采用综合 ICU 的模式发展。综合 ICU 的发展,一定程度上削弱了呼吸学科在内科危重症救治中的作用和地位。在这种竞争的形势下,呼吸与危重症医学科医师必须改变思想观念,在人才培养、学科布局、硬件设备、制度建设和文化建设等方面有实质性的改变,更好地承担内科危重症的医疗需求。只有真正掌握危重症救治技术,能够很好地救治内科危重症患者,建设与发展好 MICU,才能提升呼吸与危重症医学科医师的价值和地位。

## 三、呼吸医师从事本领域的优势分析

众所周知,在 MICU 中最常需要面对的问题是呼吸支持、人工气道和肺部感染。呼吸生理和病理生理学基础是合理使用呼吸机的重要基础。肺部感染本身就主要是呼吸学科的诊治范畴。此外,新发重大呼吸道传染病,例如: SARS 或新甲型流感(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)感染等,无论从基础疾病的诊断与鉴别,乃至危重症患者出现的呼吸衰竭,呼吸与危重症学科都是最合适的应对学科。面对此类患者,首先是诊断和鉴别诊断。此类患者早期的表现是肺炎,首诊是呼吸医师。当发现患者与普通的肺炎有所不同,及时给予相应的检查,才能明确诊断。此诊断和鉴别过程需要有呼吸学科的经验 and 知识。当疾病进展时,也需要鉴别是病毒性肺炎的进展,还是继发肺部二重感染的问题。当发展到呼吸衰竭时,需要呼吸支持。可见,呼吸病学与危重症医学的共同发展,特别适合此类疾病的诊断、鉴别和救治。

国外危重症医学近数十年的发展历程,呼吸与危重症医学科的发展模式已经成为常规,值得我们借鉴。在美国,多数的 ICU 起源于呼吸衰竭的治疗或外科手术后的复苏病房,20 多年前就开始 MICU 与呼吸学科的共同发展模式,现在多数的医院采用“呼吸与危重症医学科”建制。近年来,法国、英国等欧洲国家的医院亦开始将传统呼吸科更名为呼吸与危重症医学科。上述事实足以证明呼吸与危重症医学科在内科危重症救治中的优势和应有的地位, MICU, 至少是 RICU 必须成为呼吸与危重症医学科的有机组成。

## 四、在呼吸与危重症医学科发展 MICU 需要重视的问题

近 20 多年来科学和技术的翻天覆地的变化,尤其是危重症救治和多器官功能支持技术的进步,给传统的呼吸学科带来了新的挑战,也提出了新的要求。人才的培训和团队的打造是学科发展的基础。与危重症救治相关的技术——人工气道的建立和呼吸支持技术应该是呼吸医师培训的必要内容。在此基础上,再接受 MICU 的培训,包括多器官功能支持等,才能够成为呼吸与危重症医学科专业人员。明确了学科的需求和发展,就应该对教育和培训进行相应的调整。呼吸与危重症医学科和普通的呼吸科对医生的培训和要求应该有明显的不同,这样才能跟上学科发展的步伐。

学科是否能够顺利发展,关键在于工作的热情和业务的能力。危重症患者的救治,劳心劳力,也需要有相应的技能,我们准备好了吗?呼吸衰竭是呼吸学科的疾病,由呼吸医师主持救治是理所当然的。因此,呼吸学科建制中至少应该有呼吸 ICU(RICU);若条件具备,应建设 MICU。在呼吸与危重症医学科建设中,人员队伍建设应该列为首位。目前,很多医院 MICU 的管理采取轮转制度,尤其是医师流动性过大,不利于学科发展。因此,有必要组建固定的 MICU 人员队伍,尤其是主要负责的高级和中级医师,才能有利于学科的稳步发展。

总的来说,呼吸病学与危重症医学的捆绑式发展是学科内在规律所决定的,呼吸医师应该认清学科发展的方向,努力提升自己的能力水平,促进学科的正常发展。

(执笔人:陈荣昌)

## 呼吸医师应当在烟草病学的学科建设及 我国控烟工作中承担责任与使命

中华医学会呼吸病学分会烟草病学学组

吸烟危害健康是不争的医学结论。控制吸烟,包括防止吸烟和促使吸烟者戒烟,已经成为人群疾病预防和个体保健的最重要与可行的措施。我国作为世界上最大的烟草受害国,吸烟人群逾 3 亿,另有约 7.4 亿不吸烟人群遭受二手烟的危害<sup>[1,2]</sup>;每年因吸烟相关疾病所致死亡人数超过 100 万,如对吸烟流行状况不加以控制,至 2050 年每年死亡人数将突破 300 万<sup>[3]</sup>。吸烟及二手烟暴露已经成为人民群众生命健康与社会经济发展所不堪承受之重。

正确的行为产生于正确的思想观念。我国之所以在控制吸烟问题上远落后于控烟先进国家,主要原因之一在于公众,甚至包括医生、教师、干部等关键人群,对于吸烟危害健康这一重要的科学事实缺乏深刻的认识,甚至抱有偏见乃至错误观念<sup>[2]</sup>,导致控烟的觉悟与动力不足。为将关于吸烟危害健康坚实的科学证据展示给大家,让事实“触目”,结论“惊心”,进而产生积极的控烟行动,卫生部组织控烟领域以及呼吸、肿瘤、心血管、血液、精神、外科、妇产、儿科、眼科、耳鼻咽喉、口腔等临床医学及预防医学、医学信息学等相关学科的国内外权威专家,利用近一年的时间,编写了《中国吸烟危害健康报告》,并于 2012 年 5 月 30 日发布<sup>[4]</sup>。世界卫生组织称该报告的发布是中国公共卫生史上重要的里程碑式事件。

如同在对感染性疾病和职业性疾病的防治中产生了感染病学与职业病学一样,关于吸烟危害健康的研究与防治实践正在逐步形成一个专门的学科体系,我们称之为烟草病学(tobacco medicine)<sup>[5]</sup>,其主要学科框架包括烟草及吸烟行为、烟草依赖、吸烟及二手烟暴露的流行状况、吸烟对健康的危害、二手烟暴露对健康的危害、戒烟的健康益处、戒烟及烟草依赖的治疗等方面内容。

由于吸烟直接损害呼吸道,其所引起的 6 种主要致死性疾病(包括慢性阻塞性肺疾病、下呼吸道感染、结核、肺癌、缺血性心血管病和脑血管病)中呼吸系统疾病占多半<sup>[6]</sup>,临床戒烟工作主要由呼吸医师承担,戒烟门诊亦基本设于呼吸与危重症医学科,故吸烟及控制吸烟问题是呼吸疾病预防和治疗领域亟待解决的重大问题,也是呼吸医师必须给予关注、承担责任和付诸行动的重要方面。

因此,呼吸医师必须积极承担其责任与使命,成为控烟的中坚力量。为此,中华医学会呼吸病学分会烟草病学学组呼吁全国呼吸医师,以我们全部的觉悟和能力立即行动起来:

(1) 认真学习《中国吸烟危害健康报告》,深刻认识吸烟及二手烟暴露对健康的危害,特别是对呼吸系统的损害,呼吸医师应具有强烈控烟意识,坚定控烟的决心;

(2) 认真学习与钻研烟草病学,掌握该学科领域的学术进展;

(3) 积极与预防医学、其他各临床学科、基础研究人员合作,共同推动烟草病学的学科发展及控制吸烟工作;

(4) 掌握科学的专业化戒烟方法,以《中国临床戒烟指南》作为规范开展临床戒烟的指导;

(5) 积极开展临床戒烟干预,做到主动询问就医者的吸烟情况,对所有吸烟者进行戒烟劝诫,对其中的烟草依赖者开展戒烟治疗,必要时可推荐至戒烟门诊进行强化戒烟治疗;

(6) 呼吸医师应以身作则,本人首先不吸烟,并劝导患者和周围吸烟者戒烟;

(7) 坚决将呼吸与危重症医学科建设为无烟科室;

(8) 积极推动无烟医院建设;

(9) 作创建社会无烟环境的倡导者与推动者。

呼吸医师应将控烟工作贯穿于日常临床工作与社会活动中,开展并加强烟草病学的学科建设,成为控制吸烟的先行者和坚强战士,为中华民族的健康担当责任,承担使命!

(执笔人:肖丹 王辰)

## 参 考 文 献

- [1] Li Q, Hsia J, Yang G. Prevalence of smoking in China in 2010. *N Engl J Med*, 2011, 364(25): 2469-2470.
- [2] 杨功焕. 2010 全球成人烟草调查-中国报告. 北京: 中国三峡出版社, 2011.
- [3] Liu BQ, Peto R, Chen ZM, et al. Emerging tobacco hazards in China; 1. Retrospective proportional mortality study of one million deaths. *BMJ*, 1998, 317(7170): 1411-1422.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中国吸烟危害健康报告. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [5] 王辰. 呼吸与危重症医学 2010—2011. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [6] 世界卫生组织. 2008 年世界卫生组织全球烟草流行报告—MPOWER 系列政策. 日内瓦, 2008.

## 呼吸医师应加强在肺癌领域的责任和作用

中华医学会呼吸病分会肺癌学组

肺癌是世界上最常见的恶性肿瘤之一,死亡率亦居癌症的首位。全世界每年新增病例超过 120 万例,近 30 年来死亡率的增高超过 4 倍,每年因肺癌死亡病例达 110 万。目前,中国肺癌死亡率约 30/10 万,已成为恶性肿瘤死亡的首位原因<sup>[1]</sup>。据卫生部估计,到 2025 年,我国每年新增肺癌病例将超过 100 万,成为全球肺癌第一大国。

面对如此惊人的现状,肺癌防治工作已变得刻不容缓,但目前我国呼吸医师还没有充分发挥在肺癌防治中的作用。鉴于这样的现状,中华医学会呼吸病分会主任委员王辰教授建议肺癌学组组织一些呼吸与危重症医学科专家,进行一次“如何发挥呼吸医师在肺癌防治中的作用”的研讨。2012 年 4 月 13 日肺癌学组组长钱桂生教授在重庆组织了一次该议题的讨论,大家一致认为,这样的讨论很有必要,主要内容如下:

### 一、呼吸医师诊治肺癌具有较大的优势

1. 大部分肺癌患者首诊在呼吸与危重症医学科 肺癌绝大多数起源于呼吸道上皮和腺上皮,患者往往表现为咳嗽、咯血、胸闷、胸痛等呼吸道症状,因此常常首诊于呼吸与危重症医学科。即使体检发现肺部阴影的无症状患者往往也会首先到呼吸与危重症医学科进行诊断和鉴别诊断。而确诊的肺癌患者一般更愿意与首次负责其诊断和治疗的医师保持联系。这样强大的患者需求为呼吸医师的临床实践和研究打下了很好的基础。

2. 呼吸医师在肺癌诊断技术的应用和鉴别诊断方面更娴熟 肺癌常用的检查技术如支气管镜、经皮肺穿刺、内科胸腔镜和超声支气管镜等绝大部分为呼吸与危重症医学科医师掌握或实施。在肺癌鉴别诊断方面,包括咯血、肺部阴影和胸腔积液等,呼吸医师具有丰富的经验,往往比其他科室更具优势。目前,在呼吸与危重症医学科对肺癌的确诊率接近 100%,只有少数需要开胸探查。

3. 呼吸医师对晚期患者的治疗具有优势 大部分肺癌患者诊断时已处于晚期或局部晚期,据美国的一项统计数据:在肺癌病例中,只有 15% 患者确诊时病灶局限于原发部位,22% 确诊时已局部扩散,而 56% 确诊时已发生远处转移,另有 7% 分期不明;总体 5 年生存率仅约 15.8%<sup>[2]</sup>。因此,手术虽然是根治手段,但对大多数患者来说已错过了最佳手术时机,多学科综合治疗模式对肺癌患者显得

越来越重要,其中,化疗和靶向治疗在综合治疗中举足轻重,特别是晚期非小细胞肺癌(NSCLC)的靶向治疗在最近几年非常热门:从贝伐单抗的临床应用开始,到具有里程碑意义的EGFR-TKI用于突变患者的治疗,再到ALK抑制剂迅速进入临床。这些内科治疗方式及多学科综合治疗的整体把握是呼吸医师的强项。

4. 呼吸医师擅长肺癌并发症的诊疗 目前,肺癌总体预后仍然差,Ⅳ期患者5年生存率更是低于5%<sup>[2]</sup>。在这种情况下,处理好肺癌的并发症,减轻患者症状,可以在很大程度上提高患者的生存时间和生存质量。呼吸学科在处理胸腔积液、心包积液、间质性肺炎和呼吸衰竭等并发症方面比其他科室更有经验,特别是肿瘤导致的大气道阻塞,呼吸医师可以通过激光、高频电刀等消融技术和支架植入等呼吸道介入治疗,迅速缓解呼吸困难,减轻患者痛苦,提高生活质量,并为下一步治疗争取时间。另外,肺癌患者大多数都有吸烟史,其中相当一部分有可能罹患严重呼吸系统疾病,比如慢性阻塞性肺疾病(COPD),而这些患者在呼吸学科更能得到合理的治疗。

5. 呼吸医师对肺癌的预防可发挥重要作用 吸烟是公认的肺癌危险因素,约85%~90%的肺癌是由主动吸烟或被动吸烟引起,吸烟也会加重呼吸系统几乎所有疾病和呼吸道症状,这样的专科特性使呼吸医师站在控烟和防癌的前线,劝导患者和公众不吸烟和戒烟是我们义不容辞的责任。但令人遗憾的是我们呼吸与危重症医学科也有不少医师是烟民之一,希望我们的学术带头人管好自己,管好自己科室的人,先把我们科室变为无烟科室,这样才能更有说服力劝导患者和公众不吸烟和戒烟。另外,最近在新英格兰医学杂志上发表了一篇随机研究,结果表明低剂量螺旋CT相比胸部X片能降低高危人群(>55岁且重度吸烟)20%的肺癌死亡率<sup>[3]</sup>。因此,对于因呼吸道疾病(如COPD等)就诊的大量肺癌高危人群,呼吸医师有必要对这部分肺癌高危人群探讨低剂量螺旋CT带来的获益和风险。应该说,呼吸医师在肺癌预防和筛查方面可以起很大作用。

2003年英国发表了一项回顾性研究随机调查了3855名诊断为肺癌的患者<sup>[4]</sup>,发现2901例(75.3%)患者首诊呼吸与危重症医学科;经组织学证实首诊呼吸与危重症医学科患者的肺癌诊断率更高,而且他们更有可能接受积极的手术或放化疗;经呼吸与危重症医学科治疗的患者1年生存率更高(24.4% vs 11.1%, $P<0.001$ ),三年生存率差异仍然非常显著(8.1% vs 3.7%, $P<0.001$ )。对患者年龄、肿瘤分期和其他预后因素进行统计学平衡后,未接受呼吸与危重症医学科治疗的患者死亡风险比为1.44,该研究的数据支持呼吸医师应该尽早介入肺癌患者的诊治。另有英国学者指出改善肺癌死亡率的四大主要因素为:①早期戒烟;②早期识别高危人群;③早期呼吸与危重症医学科治疗;④执行以国家或国际临床研究为循证医学证据的治疗策略<sup>[5]</sup>。因此,这些数据和观点表明国外也很重视和强调呼吸医师应该在肺癌诊断和治疗中发挥更大的责任和作用。

## 二、面临的竞争形势

目前,在我国除我们呼吸与危重症医学科从事肺癌的诊断和治疗外,肿瘤科和胸外科也从事肺癌的诊治工作。由于,我们有的呼吸学科不重视肺癌的诊治工作,与其他学科的联系不够,以及各医院的呼吸与危重症医学科相互联系不够,使我们在肺癌领域的优势没有显现出来,相比其他学科处于不利地位。因此,我们面临很大的竞争压力,需要我们全国的同仁做出更大的努力来改变这种现状。

### 三、需要改进之处

尽管我们在肺癌诊治方面具有很大的优势,同时也面临很大竞争压力,因此,我们还需要在以下几个方面加以改进:

1. 学科带头人要重视肺癌的诊治工作 这不仅是人民群众健康的需要,也是学科存在和发展的需要。我们呼吁从现在开始,不收治肺癌的呼吸学科,要开始收治肺癌;肺癌诊治做得比较好的呼吸学科,要开设肺癌专科病房,做出规模,做出特色,这样自然就会吸引更多的患者,而不需要去“抢”其他科室的患者。

2. 加强横向联系 2012年4月下旬白春学教授担任主席的“中国肺癌防治联盟”在上海正式成立,这是呼吸病学会在肺癌防治上作出的重大举措。我们要在肺癌防治联盟这个平台上加强协作,做出成绩,为制定更适合我国国情的肺癌诊治指南作出贡献。

3. 加强早期肺癌内科治疗的探索 随着人们健康意识和诊断技术的提高,今后早期肺癌会越来越多,介入治疗将有可能代替常规开胸外科治疗,成为新的早期肺癌治疗的标准模式,这需要我们的同仁进行不懈的努力和探索。

(执笔人:吴国明 钱桂生)

### 参 考 文 献

- [1] Ahmedin Jemal, Freddie Bray, Melissa M, et al. Global Cancer Statistics. CA CANCER J CLIN, 2011, 61: 69-90.
- [2] 中国医学科学院北京协和医院肿瘤医院. 2011年非小细胞肺癌 NCCN 指南中文版(源自英文版) Available at: [www.nccnchina.org.cn](http://www.nccnchina.org.cn)
- [3] Aberle DR, Adams AM, Berg CD, et al. The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening. N Engl J Med, 2011, 365(5): 395-409.
- [4] Fergusson RJ, Thomson CS, Brewster DH, et al. Lung cancer; the importance of seeing a respiratory physician. Eur Respir J, 2003, 21(4): 606-610.
- [5] Field JK, Brambilla C. Major conceptual change required to improve lung cancer; see a respiratory physician. Eur Respir J, 2003, 21(4): 565-566.



## 呼吸医师应加强在肺栓塞与肺血管疾病领域的责任和作用

中华医学会呼吸病学分会肺栓塞与肺血管疾病学组

以肺栓塞(pulmonary embolism, PE)和肺动脉高压(pulmonary hypertension, PH)为代表的肺血管疾病是临床常见的严重危害人民健康的呼吸系统疾病,但其诊治常常涉及其他诸多学科,如心血管、急诊、血液、风湿免疫、肿瘤、外科、医学影像等,需要与这些学科合作进行。在这一涉及多学科的防治工作中,呼吸医师应当发挥主导作用。

### 一、呼吸医师在肺栓塞与肺血管病领域应承担重要责任与使命

无论是肺栓塞,还是肺动脉高压,都主要侵及呼吸系统,属“肺之病”,直接引起肺循环与呼吸功能障碍,肺脏通气血流比例失调和气体交换障碍,导致呼吸困难和低氧血症。患者常常首发呼吸系统症状,首诊于呼吸学科。呼吸医师熟知肺脏与肺血管的解剖,呼吸与肺循环的生理与病理生理,肺脏的影像学特征,“天然地”应当对肺栓塞和肺动脉高压的防治与研究承担责任和使命。

### 二、呼吸医师已成为我国肺栓塞与肺血管病领域防治及研究的主要力量

自20世纪70年代初开展全国肺心病防治协作研究以来,呼吸学界即承担起了我国肺动脉高压、肺心病的防治研究责任,取得了系列研究成果,为日后肺栓塞和肺血管疾病的防治与研究打下了良好基础。

近10余年来,中华医学会呼吸病学分会肺栓塞与肺血管疾病学组组织全国医学界开展了对肺栓塞和深静脉血栓形成的防治工作。针对当时我国医学界普遍认为肺栓塞是罕见病,临床上存在着严重的漏误诊及不规范诊疗的状况,从提高意识、规范诊治、深入研究三条主线开展系列工作,制定了我国肺栓塞的诊治指南与规范的操作规程,建立了全国200余家医院参加的肺栓塞防治协作网,明显提高了对肺栓塞的诊治水平,使得院内诊断的肺栓塞病例数呈10~30倍以上的增长。通过开展系列多中心随机对照研究,在国际上率先提出了rt-PA 50mg溶栓治疗新方案,被国际专家称为“一项里程碑式的研究”,“改变了临床治疗实践”。上述工作全面推进了我国肺栓塞的防治与研究,奠定了呼吸学科在肺栓塞领域的主导地位。