

医师报讯(融媒体记者 张玉辉 黄玲玲 裘佳 刘则伯)近年来,哮喘的全球患病率呈现出持续增长趋势,成为影响各国公共卫生领域重点关注的慢性疾病之一。

大部分哮喘患者在二级医院、社区医院、乡村卫生院等医疗机构就诊,基层医院承担了哮喘的诊断、治疗、随访和教育等工作。广大社区基层医院和乡镇卫生院是防治哮喘等慢性病的主战场。与大城市三级医院相比较,目前我国广大的基层医疗机构存在区域发展不平衡、医疗水平与医疗条件差异较大等情况,广大基层农村地区哮喘的误诊误治仍极其普遍,哮喘的规范化治疗亟待加强。



扫一扫
关注呼吸频道

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 刘春涛 瞿介明
 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 侯刚
 宋元林 孙加源 熊维宁
 徐金富 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 杨蛟
 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

四专家共话基层哮喘防治 提升基层哮喘诊疗能力 做好健康守门人



5月10日,兰州大学第三医院呼吸科前往平凉市崆峒区开展义诊

哮喘已是常见呼吸慢病

哮喘如今在全世界都是一个常见的慢性疾病。据估计,全球有3.4亿哮喘患者,已经成为当今世界上最为普遍的疾病之一。

然而,我国71.2%哮喘患者从未被医生诊断,且只有5.6%接受了规范化治疗,患者和大众对于哮喘疾病本身及其

治疗方式的认知水平仍有不足,哮喘规范化诊疗与防治管理有待进一步提高。

四川大学华西医院刘春涛表示,以前每年都有很多患者因哮喘住院,甚至因此去世;而现在,如果再有患者因哮喘住院,就是管理不到位,如果因哮喘急性发作死亡,

几乎可以叫事故了。

刘春涛教授认为,相对于其他呼吸系统慢性疾病来说,哮喘是比较好治疗的疾病。只要管理得当,它是一个良性的过程,很多患者就可以长期、稳定地保持健康状况,肺功能基本没有问题,日常生活也完全不受影响。

基层哮喘诊疗存在13大问题

- 对哮喘定义理解不够,没有正确把握哮喘的本质,如慢性、持续性、反复发作性、可变性/变异性、可逆性、节律性等;
- 辅助检查选择不当;
- 辅助检查结果解读不准确;
- 认为哮喘都是过敏性;
- 忽略容易与哮喘混淆的疾病;
- 高估/低估哮喘病情;
- 不坚持哮喘规范化原则:包括过度使用支气管舒张剂,忽略抗炎治疗;
- 过度采用口服药物,忽略吸入疗法;
- 过度使用茶碱,忽略短效 β_2 受体激动剂(SABA)等一线支气管舒张剂;
- 过度迷信中医中药、秘方偏方;
- 滥用抗生素、祛痰药等,不遵循分级治疗/阶梯治疗原则;
- 重视升级治疗忽略降级治疗;
- 重治疗轻管理。

“我们也走过很多基层地区,有的县医院连肺功能仪都没有,有的县医院肺功能仪用得非常好,这与当地的经济条件、医疗资源还有医护人员的培训都有关系。”上海交通大学附属第一人民医院周新教授表示,受限于当地条件,有很多基层医院甚至还没有新药物,还停留在使用沙丁胺醇的“老路”上面,这样患者就无法获得规范化的治疗,治疗效果有限,长期疾病管理更是堪忧。他希望将来在县医院、基层医疗机构中能看到大城市三甲医院中正在使用的这些基本用药。

“哮喘是呼吸内科的常见病,每个医学生进入临床课程的第一课可能就是哮喘,大多数呼吸内科医生对哮喘的理论知识并不陌生,但在临床实践中仍存在误区、盲区。”刘春涛教授指出,在医疗机构中,尤其是基层医疗机构中,以下13个问题尤其突出:

“以上问题亦可见于某些大医院的专科医生,但在基层医疗机构更为普遍。基层医院固然有药物配置不全等限制,但更多的是观念的落后,面对哮喘患者习惯用‘三板斧’:抗生素、口服激素加氨茶碱。”刘春涛表示,中国基层呼吸防治联盟专门编写了《支气管哮喘防治指南(基层版)》,而近年来包括吸入性皮质类固醇(ICS)和ICS/长效 β_2 受体激动剂(LABA)等多种哮喘药物进入基药目录,基层医生应当通过各种渠道更新知识,改变观念,特别是要警惕哮喘领域的虚假宣传,自觉抵制

假药伪药,真正承担起呼吸慢病“守门人”的职责。

“基层卫生健康服务能力,是关系到我国分级诊疗制度能否实现的基本因素。”北京大学第一医院迟春花教授呼吁,通过实施“促、防、诊、控、治、康”六位一体呼吸系统健康照护提升社区哮喘患者规范化管理,不断提升哮喘诊断及治疗的规范化水平,强化风险评估和预防教育。政府层面,推进家庭医生签约服务的高质量发展。到2035年,签约服务覆盖率达到75%以上,基本实现家庭全覆盖,重点人群签约服务覆盖率达到85%以上,满意度达到85%左右。

GINA2024为基层哮喘管理“开方”

迟春花教授表示,2024年更新的全球哮喘防治创议(GINA),为基层哮喘防控工作带来了新的方向与指导。

2024年GINA更新中,哮喘诊断流程的一大亮点是新增了对未控制呼吸症状以及气流受限的确认,这有助于更早识别哮喘患者。此外,还明确引入了咳嗽变异性哮喘(CVA)概念,强调了这种以咳嗽为主要表现的哮喘表型,需要通过支气管激发试验来诊断。

在临床实践中,CVA难以与其他原因的慢性咳嗽区分开来。迟春花教授表示,CVA是哮喘的一种特殊类型,无明显喘息、气促等症状或体征,但存在气道高反应性,支气管激发试验(BPT)是检测气道高反应的重要手段。

针对成年及青少年哮喘患者的治疗路径调整,GINA 2024强调了风险因素评估,并明确了抗炎缓解治疗(AIR)的具体药物和剂量。治疗策略上,建议同时使用SABA和ICS,特别是在Track 2(路径2),以增强治疗效果。成人与青少年哮喘治疗主要指标仅有细微变化,对于6~11岁儿童,GINA 2024新增了起始治疗的证据指导。

迟春花教授提到,自2021年以来,在GINA指南的Track 1(路径1)中,对于哮喘患者,按

需使用的低剂量ICS-福莫特罗已成为Step 1和Step 2治疗的首选。然而,关于哪些患者应该直接从Step 3开始治疗,即采用低剂量ICS-福莫特罗作为维持和缓解疗法(MART),而非仅在需要时使用,这是一个临床决策的关键点。

GINA提出,确定是否采用MART应当基于一系列临床考量,这些考量因素需在地方监管框架下综合评估,包括但不限于患者是否经常出现哮喘症状、是否正在吸烟,因为吸烟会加重哮喘病情、基础肺功能测试显示的FEV₁或PEF值低于正常、过去有无严重的哮喘发作记录、评估未来发作的可能性、即便症状轻微,但初始肺功能检查显示气流受限、对刺激物的异常敏感反应、环境中存在已知的哮喘触发因素等。

“每个患者的情况都是独特的,治疗决策应当基于个体化评估,确保治疗方案既有效又安全。”迟春花教授表示,哮喘评估不仅限于近期症状,也应对风险进行评估,包括对长期结局的关注。此外,重度哮喘被视作难治性哮喘的一个亚型,要求更细致的管理和个性化治疗方案。GINA还提倡成年职业性哮喘的预防措施,以及针对无2型炎症哮喘患者的炎症表型评估,确保治疗的精准化。

提升基层哮喘诊疗能力迫在眉睫

广大社区基层医院和乡镇卫生院是防治哮喘等慢性病的主战场,加强对广大基层医院哮喘规范化诊疗至关重要,这也是当前最为紧迫的任务。

广州医科大学附属第一医院赖克方教授曾在《加强中国基层医院支气管哮喘的规范化诊疗》一文中指出,应从加强呼吸专科设置及医师培训、提高药物可及性、推广哮喘与咳嗽基层指南、普及肺功能检查、

重视基层哮喘患者教育等五方面着手,提升基层哮喘防治能力。

他建议,无论是对于基层医护还是患者,都应该充分利用网络信息时代的便利条件开展各种形式的活动,使得基层医生和患者能够了解并快速提高哮喘相关知识。

他期待政府部门、医学会、三级医院专家与广大基层医务工作者共同努力,降低哮喘误诊、漏诊率,减轻哮喘疾病负担。