



瞿介明、徐金富《柳叶刀·呼吸病学》发文 中国支扩患者特征图谱首次发布

支扩规范化管理、高疾病负担问题亟待解决

日前,《柳叶刀·呼吸病学》发布由上海交通大学医学院附属瑞金医院瞿介明教授、复旦大学附属华东医院徐金富教授牵头的中国最大的前瞻性支气管扩张症(简称“支扩”)患者队列——中国支扩联盟(BE-China)的论著文章,该文首次发布了中国支扩患者的基线临床特征图谱,提示支扩患者管理急需规范和改进,同时分析了经济因素对于患者特征的影响,低收入地区支扩患者的疾病负担更高,揭示了中国支扩患者的特殊性。(Lancet Respir Med. V13P166)

研究共纳入来自全国97家中心的10324例支扩

患者。患者平均63.1岁,女性占多数(58.2%),83.1%的患者为非吸烟者。大多数患者有慢性咳嗽的症状,近1/4的患者在入组时有咯血病史。合并心血管疾病和慢性阻塞性肺疾病(简称“慢阻肺病”)的患者比例较高。FEV₁%的平均值为70.8%,主要的肺功能类型为气流受限(42.8%),其次是正常肺功能(36.3%),23.0%表现为保留比值受损肺功能。患者生活质量评分中位数为58.7,呼吸症状评分中位数为63.0。支扩患者最常见的病因是感染后(43.2%),其次是特发性(29.6%)和结核后(12.2%)。其他病因包括慢阻肺病

(4.9%)、哮喘(1.5%)、以及变应性支气管肺曲霉病(1.3%)。

中国支扩患者的影像学表现以囊性支扩为主(37.4%)。大多数患者(70%)在研究前一年至少经历了一次急性加重。根据支扩疾病严重度评分(BSI),54.7%为重度支扩。不同收入地区的疾病负担存在差异。中低收入地区患者的影像学表现更为严重,囊性支扩在中低收入地区的占比高于中高收入地区。中低收入地区在入组前一年经历三次或以上急性加重的患者比例更高。在接受相应微生物培养的患者中,中国支扩患者最常见的病原体是铜绿假单胞菌

(20.8%),其次是非结核分枝杆菌(5.6%)以及曲霉菌(4.4%)。其他细菌如流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌和肺炎链球菌在中国患者中并不常见。

大多数患者未定期使用呼吸系统药物。气道清除治疗在中国的实施率较低,仅12.2%使用过至少一种气道清除方法。中国支扩患者的影像学改变更为严重,住院率更高,BSI评分为重度支扩的患者比例也更高。

研究者说



瞿介明 教授



徐金富 教授

本研究提供了关于中国支扩患者临床特征的丰富且详细的数据,并于国外队列研究进行比较。与欧洲EMBARC队列相比,中国支扩患者的疾病严重程度总体上更高。与印度队列相比,中国支扩患者年龄更大,女性比例更高,吸烟患者占比更低,合并心血管疾病、慢阻肺病和哮喘等疾病的比例更低,囊性支扩比例更低。

作为中国首个支扩大型前瞻性队列研究,BE-China提供了迄今为止有关中国支扩患者最全面的群体特征信息,并揭示了经济不平等在患者特征中的重要作用,将为政府、学界和企业了解中国支扩患者的临床特征,为制定政策和确定研发方向提供重要的决策依据。

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

● 基层慢病管理之我见

迟春花 提升基层医生对慢阻肺病急性加重的认知

“医生,我最近有点感冒咳嗽,能不能给我开点感冒药啊?”北京大学第一医院迟春花教授表示,这可能是基层医生经常遇到的情景之一,但需要基层医生仔细鉴别的是,这些患者是否真的只是单纯的感冒,而不是慢阻肺病或慢阻肺病急性加重。

大众甚至医生对慢阻肺病急性加重的认知都存在不足,迟春花教授介绍,仅1.6%的患者理解慢阻肺病急性加重的含义,还有约1/3的人并不知道急性加重的发生。慢阻肺病急性加重是慢阻肺病进程的重要事件,是加速慢阻肺病进展并导致早期死亡的重要因素,迟春花教授强调,慢阻肺病纳入国家基本公共卫生服务项目后,基层医生会接触更多的慢阻肺病患者,基层医生一定要把好这一关,识别出

慢阻肺病急性加重的高危人群以及慢阻肺病急性加重的早期表现,“这有利于早期开启预防或治疗工作,降低慢阻肺病患者的死亡率。”

“每次急性加重,都是让慢阻肺病患者离死亡更进一步。”迟春花教授说,慢阻肺病急性加重不仅仅是症状的加重,更会使患者的肺功能进一步恶化,也会加快患者肺功能下降的速度,还可能增加心血管事件的发生风险和死亡风险,研究数据显示,30%~50%的慢阻肺病死亡可归因于潜在的心血管疾病。基层医生要与慢阻肺病患者一起做好急性加重的预防工作,帮助患者长期、正确使用吸入药物。另外,还应倡导患者积极接种流感、肺炎链球菌、带状疱疹、呼吸道合胞病毒以及百白破疫苗。这些疫苗可降低患者发生呼吸



迟春花 教授

道感染的概率。

此外,基层医生还应掌握CERT等慢阻肺病急性加重的识别工具,充分识别慢阻肺病急性加重的患者,“对于急性加重的慢阻肺病患者,医生还要根据其严重程度进行分级并且为患者选择合适的治疗场所。”迟春花教授介绍,轻度可在门诊治疗,中重度急性加重则需收入院进行进一步治疗。如出现症状呈进行性加剧、需更高级的呼吸支持、经治疗无好转等情况,基层医生应及时将患者转诊至上级医院进行进一步治疗。

专家观点

“循理”弥补“循证”不足

▲广州医科大学附属第一医院 梁文华

循证医学与传统经验医学不同,它以证据来验证医疗操作的有效性。经验医学往往是在部分人群中观察到某些规律后,便直接应用,缺乏严格验证,尤其是缺乏对照。然而,在应用循证医学时,也存在一些问题。循证医学并非完全个体化,许多大型临床试验的结论,需明确其纳入患者的条件和适用范围,并非适用于所有患者,个体差异可能导致天壤之别。这意味着循证医学并不能解决所有问题。甚至有时明知某种治疗方法有效,却因缺乏循证医学证据,无法得到广泛认可和应用,限制了医疗的发展。

在我看来,目前医学体系中缺失了一部分内容,我尝试将其命名为“循理医学”。这里的“理”包含两个层面:一是科学原理,即从疾病的本质和发病过程出发,探寻解决方案;二是推理,基于科学原理推测疾病的发展趋势,以及治疗方法应用后产生的变化,从而预见可能出现的情况。循证医学保障了医疗下限,确保在知识不足时不犯大错,但它无法代表医疗上限。真正的医疗上限应基于科学原理,寻找最适宜的治疗

方案,这既是科学在医疗领域的深度介入,从某种层面讲,也是一种艺术化的医疗体现。通过“循理医学”的补充,有望提升医疗上限。

“循理医学”能为循证医学提供新思路。若仅依赖以往证据,医学难以取得新进展。从推理中产生新思路,再通过循证医学体系加以证实,可推动医学发展,带来更具创新性的思路。相较于循证医学,“循理医学”具有超前性,现有证据未必能给出最佳答案,因此需要超前探索更优解决方案。同时,“循理医学”并非僵化套用,而是根据具体问题,结合科学原理进行辩证分析;与经验医学相比,它不是仅凭主观判断,而是基于科学原理进行逻辑推理和预见。



关注呼吸频道

扫一扫