

(上接第16版)

怀疑职业性哮喘者应尽快开始工作环境调查

南方医科大学南方医院呼吸科蔡绍曦教授指出，职业哮喘的诊断首先要明确临床上存在“支气管哮喘”的证据。英国皇家全科医师学会、英国职业病研究基金会发布的职业性哮喘循证指南中指出，OA的症状和体征与一般的支气管哮喘表现很相似。只是近年来由于小分子化学物质引起的职业哮喘增加，医生认识不足或病人表现不一定具有典型的哮喘症状，因而易导致漏诊。因此支气管哮喘的诊断是第一步，而后再进行病因诊断。

所有怀疑为OA的患者需尽快开始全面的工作环境调查，即病史和职业接触史的采集。同时进行皮肤或血清学的特定IgE抗体检测。并尽可能完成肺功能测定以评估气流受限情况、气道高反应性和免疫学

检测。

暴露前后呼气峰流速值改变阳性（伴或不伴乙酰甲胆碱、组织胺激发试验阳性或工作环境暴露前后诱导痰嗜酸性粒细胞增高）可诊断为OA。

然而激发试验阴性的患者并不能排除为OA，还需进行特异性的刺激物激发试验，若该试验结果阳性则可确诊。无法进行特异性的刺激物激发试验或该试验结果阴性但强烈怀疑自己为OA的患者不能排除诊断，需要专科医师随访评价，包括监测肺功能，连续测量暴露前后呼气峰流速或肺活量，气道高反应性及过敏性相关检测，或尝试工作环境激发试验，进行3周日常工作暴露，每天测量PEF至少4次（或进行8工作日和3休息日，每2小时测量PEF1次）。



早发现、早治疗，职业哮喘或可完全康复

轻度哮喘患者如能正确及时地诊断并脱离工作接触，多数患者可完全恢复，如果没有及时诊断继续接触致喘物，病情则逐渐加重，甚至出现哮喘持续状态，使得患者生活质量严重受损，难以进行正常的工作与生活。严重哮喘患者可能导致一些急性并发症，如缺氧、肺气肿、气胸、呼吸衰竭或心脏衰竭。

袁雅冬告诉记者，如果做到早发现、早治疗、防范于未然，职业性哮喘是可以避免或完全康复的。因此在OA的治疗方面，预防是关键，大多职业性哮喘是可

以预防的。降低工作中致敏物质的暴露，监控工作环境中致敏原的浓度。对高危工人进行医学监控，普及职业性哮喘的相关知识，可有效预防大多数OA发生。OA一经确认，立即脱离原来的工作环境以避免接触致喘物质，监控患者的哮喘病情，可有效提高患者预后。同时对职业性哮喘认识的提高，也可强化临床医生对哮喘其他亚型的认识。

陈欣也提出OA的预防重于治疗，及时的预防措施不但减少了患者的痛苦，而且节省了个人和工作单位的经济负担。



殷凯生 教授



蔡绍曦 教授



金美玲 教授



陈欣 副主任医师



袁雅冬 教授

我国职业性哮喘还缺少自己的资料

数据缺失 流行病学研究

殷凯生提到随着乡镇小企业的建立和发展，我国OA患者人数迅速增多。但是，至今仍缺乏相关的流行病学调查资料。

对此陈欣也讲到：“由于不同地域和不同工种的差异，全面的流行病学调查难以完成，可进行特定行业的流行病学调查，而且国内已有学者进行过此类工作。”

分离易致患者诊断延误的 职业病防治机构与医院的

殷凯生强调及时明确OA诊断、及早脱离致病工作环境，长期规范给予糖皮质激素等药物治疗是防治OA的关键。然而许多职业病医师并不熟悉现代哮喘的防治技术，而掌握了诊治哮喘技术的专家却不具有诊断和处理OA的资格。临床医生在门诊或病房遇到十分典型的OA病例，也不能作出OA的诊断，只能让这些患者到当地职业病防治所去。特异性支气管激发试验是诊断OA和筛查职业性致喘物最有诊断价值的方法。可是迄今为止，我国能开展此项检查的职业病防治机构并不多。因此与尘肺等传统职业病相比，OA还未引起足够重视。

对此，陈欣也认为在我国OA属于职业病范畴，诊断的最终决定权属于少数有资质医院，大多数综合医院的医生对此病并不熟悉，但此病诊断治疗原则同普通哮喘并无本质差别，呼吸专科医师很容易掌握。建议卫生主管部门和专业学术团体在推广哮喘规范化诊治的时候，适当增加有关OA的内容。

医生对职业性哮喘 的认识欠缺

复旦大学附属中山医院呼吸科金美玲指出我国职业哮喘的总体研究远落后于发达国家，其发病率报道也远低于实际患病人数。临床医师在对OA患者的诊治过程往往满足于对哮喘病的诊断及治疗，而忽略了职业与哮喘的关系。而OA诊断的关键就在于确立职业接触与哮喘发病的因果关系。

此外袁雅冬还提到，变应原支气管激发试验，目前国内外尚未标准化再加之医务人员对OA的认识仍不够充分，易致诊断延迟。

为此她们共同呼吁在接诊新发、复发、症状加重的成人哮喘、慢性阻塞性肺病、鼻炎患者时，应充分考虑到职业性哮喘的可能性。对于所有成人新发哮喘或哮喘加重患者，无论其有无明确职业接触史，都应进行问卷调查和相应实验室诊断。

有待健全 法律法规政策

殷凯生讲到许多私人企业内的OA患者不仅不能得到国家规定的职业病患者应享受的待遇，常常连哮喘患者应接受的规范治疗都没有保障。再加之我国认可的职业性哮喘仅包括异氰酸酯类、苯酐类、胺类、铂复合盐和剑麻等8类，但文献报告与OA有关的致喘因子多达250余种，因此很多OA目前还无法得到法律认可。金美玲也说：“标准中对OA患者的赔付仅限于直接接触规定中的8类职业致喘物，该规定使我国OA的流行病学研究和临床防治都受到一定程度的限制。”

标准限制 不局限于诊断

陈欣指出，2008年版的《职业性哮喘诊断标准》与2006年版相比，职业性变应原种类由原来的5类扩大到目前的8类，这是临床医生和职业卫生工作者长期呼吁的结果。在进行此类疾病诊断时，不应将眼界局限于《标准》规定的变应原和相关行业。只要发病符合职业相关规律，结合必要的病史和检查，就可以诊断职业相关性哮喘。医生虽然不能位每位患者争取到“劳保持遇”，但至少指明了正确的治疗方向。

殷凯生重点强调，如果说我国支气管哮喘的防治工作和职业病的防治工作均落后于欧美发达国家的话，其中职业性哮喘防治工作的差距更大，因此，需要给予更多的关注！

编者语

《新英格兰医学杂志》撰文指出近两成成人新发哮喘为职业哮喘，而在我国，由于职业暴露广泛等原因，这种现象可能更为明显。然而这一疾病在我国尚未引起足够重视，相关政策都极度缺乏。纵观职业哮喘的高危人群基本都是处于生产一线的农民工，他们对疾病认识、自我保护意识以及定期体检观念都非常薄弱，这就更加剧了这一疾病在我国的潜在危机。因此政策制定者、临床医生以及科研人员应该对这一疾病应给予更多关注，提高奋战在生产一线的农民工工人的生存质量。