

(上接第 23 版)

哮喘—慢阻肺重叠综合征
诊治尚缺乏统一标准

▲ 北京大学第三医院 姚婉贞



姚婉贞 教授

2014 年 GOLD 及 GINA 指南的科学委员会联合提出“哮喘—慢阻肺重叠综合征 (ACOS)”的名称, GOLD 2014 做了简要的背景摘要, 继而全文发表于 GINA 2014 和 GOLD 2015, 备受广泛关注。

目前, 对于哮喘和慢阻肺典型病例的患者, 区分鉴别并不困难。然而, 对于部分患者, 要明确区分哮喘和慢阻肺并非易事, 该类患者会出现哮喘和慢阻肺并存的问题。

研究表明, ACOS 患病率约为 15%~55%, 2007 年我国慢阻肺指南已明确

提出, 在部分患者中哮喘和慢阻肺可重叠存在。

ACOS 影像学 表现为呼气相气体陷闭更明显, 但也有研究显示, 肺气肿较轻, 而气道壁明显增厚。

ACOS 患者既具有类似慢阻肺的炎症特征, 即痰液中性粒细胞增加, 同时痰液中嗜酸粒细胞较慢阻肺患者增多, 但又不及单纯哮喘患者。

ACOS 诊断 目前, 关于 ACOS 患者的诊断尚缺乏统一标准。迄今关于哮喘或慢阻肺的大型药物临床试验均不包括“不能明确是哮喘还是慢阻肺的病例”, 因此有关 ACOS 的治疗, 更加缺乏针对性的循证医学证据。

因此, 应参考指南加以综合分析应用, 并建议尽早联合使用吸入糖皮质激素和长效支气管扩张剂, 以减轻症状, 改善肺功能和减少急性加重。病情严重者, 建议使用 3 种药物联合治疗 (即吸入糖皮质激素、长效 β 受体激动剂

及长效抗胆碱能药物)。

总之, 2014 年 GOLD 和 GINA 联合提出 ACOS 具有临床实际意义。同时, ACOS 也是慢性气流受限疾病谱中的重要疾病, 该部分患者病情重, 肺功能下降快, 预后差, 消耗更多医疗资源, 临床应引起

高度重视。

目前关于 ACOS 发病机制及其病理生理等研究都还很充分, 未来需更多的流行病学研究、基础科学研究和多中心临床试验, 为 ACOS 的发生机制、定义和规范化诊治进一步提供证据。

临床常见 ACOS 诊断

☆ 在儿童时期有哮喘病史, 吸烟, 40 岁后逐渐出现固定性气流阻塞且伴有可逆性气流受限, 该类患者同时具备幼年起病的哮喘和长期吸烟导致的中老年后起病的慢肺阻, 因此可认为是哮喘和慢肺阻的重叠。

☆ 具有吸烟及有害物质接触史, 40 岁后出现活动后气短, 进行性加重, 同时出现接触过敏因素后反复发作性喘息, 而这一伴随情况对糖皮质激素反应良好。肺功能显示固定性气流阻塞伴有可逆性气流受限。因此此类患者也可认为是慢肺阻和老年晚发型哮喘的并存。

☆ 儿童时期有哮喘病史, 无吸烟及有害物质接触史, 40 岁后肺功能逐渐出现持续固定性气流阻塞。此类患者缺乏吸烟等导致慢肺阻的特征, 尽管最终出现持续性气流受限, 但临床上更认为是慢性哮喘发生了气道重塑, 诊断为哮喘。除非其合并有肺气肿、肺大泡, 肺功能显示一氧化碳弥散量明显降低, 否则并不能认为是哮喘和慢肺阻的重叠并存。

肺康复助力降低慢肺阻急性加重的再入院风险

▲ 天津医科大学总医院 曹洁



曹洁 教授

肺康复 (PR) 是基于对患者全面评估并为患者量身定做的一个综合干预治疗方案, 旨在改善慢性呼吸病患者的身体和心理

状况, 促进其对增强健康行为的依从性。

慢肺阻急性加重影响患者整体疾病的严重程度, 是患者再入院治疗最主要的原因。因此, 降低慢肺阻急性加重再入院风险是控制慢肺阻患者病情发展, 减轻家庭及社会经济负担的核心环节。

PR 主要包括患者教育、康复训练、营养指导、心理干预等, 其中患者教育是 PR 科学实现的前提, 康复训练是 PR 的基石。

研究显示, PR 作为慢肺阻标准治疗方案的内容之

一, 所有慢肺阻患者均可因此获益, 通过对慢肺阻急性加重患者进行 PR 综合干预, 可大大降低慢肺阻急性加重患者的再入院风险。

研究表明, 患者教育作为 PR 的前提, 其降低慢肺阻急性加重再入院风险中的作用显而易见, 不容忽视; 而康复训练在 PR 降低慢肺阻急性加重再入院风险中起核心作用, 无论从近期效益还是远期效益都可改善患者病情, 均可明显降低慢肺阻急性加重的发生率。

基于之前大量的研究,

2013 年新版 PR 指南基于循证医学将证据强度分为 A、B 和 C 三级, 明确将康复训练定为 A 级; 健康教育定为 B 级, 可见患者教育与康复训练在综合 PR 过程中不可动摇的地位。同时, 该指南阐述了以循证医学为基础的科学的患者教育及运动处方。

虽然患者教育及康复训练作为 PR 的主要内容, 降低慢肺阻急性加重再入院风险已得到普遍认可, 但具体的制定实施过程仍存在大量争议, 仍需进一步研究规范。

支气管内活瓣植入肺减容术
并发症不容忽视

▲ 中国医科大学附属第一医院 侯刚

研究表明, 在严格掌握适应证的前提下, 该技术可改善患者肺功能、提高患者的运动耐力及生活质量等益处, 但研究也发现, 患者需付出承担其可能带来的并发症的风险。

目前, 支气管内活瓣植入肺减容术常见并发症包括慢阻肺急性加重、气胸、瓣膜移位、肉芽肿、咯血、阻塞性肺炎等。

可能原因

主要包括: 活瓣作为外来物会引起肉芽组织形成; 靶肺叶萎陷或相邻肺叶受牵拉, 以及对侧肺叶的膨胀, 均可能引起胸膜粘连带的撕裂、间隔旁气肿破裂而引发气胸; 封堵性技术本身可引起阻塞性肺炎等。

不良影响

慢阻肺急性加重、气胸的发生会增加患者的住院时间和医疗支出。另外, 肉芽肿的形成可能会影响支气管内活瓣功能, 也会影响手术的效果 (图 1、2)。

处理原则

目前最为关注的并发症就是气胸, 新近提出改良护理策略能够减少气胸的发生, 包括: 术后卧床 48 h, 限制运动, 根据病情给予可待因 16 mg, tid, 口服镇咳。但研究显



侯刚 教授

示这一方案只能减少上叶为靶肺叶的支气管内活瓣植入肺减容术患者的气胸发生, 对下叶为靶肺叶者无影响。一旦发生气胸可依照欧洲专家共识按流程处理。

需要强调, 植入前准确测量靶支气管的直径和深度至关重要, 选择合适活瓣, 操作过程中保证活瓣与靶支气管轴心的同轴性, 可能减少活瓣的移位。目前国内只有 EBV4.0/5.5 可供选择, 期待更短的 EBV, 或 IBV 的上市, 这将有助于解决活瓣移位的问题。

活瓣植入肺减容术的并发症客观存在, 短期并发症以气胸和移位常见 (术后 3 个月), 长期并发症以肉芽肿形成多见 (术后 12 个月), 术后应密切随访并发症的情况, 一旦发生并发症, 临床医生应规范、积极处理。

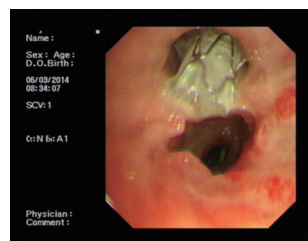


图 2 肉芽组织完全包绕支气管内活瓣, 不影响手术则无需取出

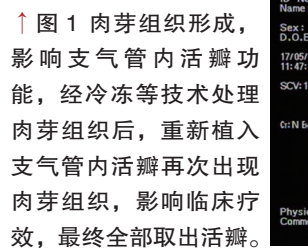


图 1 肉芽组织形成, 影响支气管内活瓣功能, 经冷冻等技术处理肉芽组织后, 重新植入支气管内活瓣再次出现肉芽组织, 影响临床疗效, 最终全部取出活瓣。



医师报

社址: 北京市西城区西直门外大街 1 号西环广场 A 座 17~18 层 邮编: 100044 广告经营许可证号: 2200004000115

社长 王雁鹏
常务副社长兼执行总编辑 张艳萍
总编辑 邢远翔
副社长 黄向东
副总编 杨进刚
新闻人文中心主编 陈惠 转 6844

新闻人文中心助理 张雨 转 6869
新闻人文中心助理 杨萍 转 6847
学术中心主编 许奉彦 转 6866
学术中心助理 裴佳 转 6858
市场部总监 张新福 转 6692
市场部常务副总监 李顺华 转 6614
市场部副总监 陈亚峰 转 6685

公共关系部部长 于永 转 6674
公共关系部副部长 王蕾 转 6831
公共关系部副部长 林丽芬 转 6889
新媒体副主管 宋攀 转 6884
法律顾问 邓利强
首席医学顾问 张力建

编委会名誉主任委员: 殷大奎
编委会主任委员: 张雁灵
名誉总编: 杨民
执行总编: 庄辉 蔡忠军 梁万年
胡大一 郎景和 王辰
马军 赵玉沛 张澍田
顾问: 齐学进



卓信医学传媒集团《医师报》社出品

东北亚出版传媒主管、主办

网址: www.mdweekly.com.cn

邮箱: ysb@mdweekly.com

微信号: DAYI2006

每周四出版 每期 24 版 每份 4 元 各地邮局均可订阅 北京国彩印刷有限公司 发行部电话: (010)58302970 总机: 010-58302828