

(上接第22版)

焦点4 GOLD策略是否能够改善慢阻肺患者预后

正方

北京医院呼吸与危重症医学科 郭岩斐

GOLD策略具有指导价值

2011年，GOLD指南提出，综合性评估慢阻肺患者病情状况的策略，主要依据患者的临床症状、急性加重风险以及肺功能的异常程度。

临床症状 临床采用mMRC及CAT问卷评估慢阻肺患者的症状，通常以mMRC ≥ 2级或CAT ≥ 10分别作为表明症状多、风险高的依据。

急性加重风险 主要依据其在过去1年中急性加重次数 ≥ 2次或者在过去1年中因急性加重住院 ≥ 1次。

肺功能异常程度 主要表现为气流受限程度，即以FEV₁作为其分级标准。

因此，对于慢阻肺患者的诊断评估分为A-D四个不同组，针对不同组别分别有不同治疗首选及备选方案，使得慢阻肺的治疗逐渐向精准医学迈进。

GOLD策略不断完善

随着科技和社会的发展，GOLD策略也在不断完善改进。2014年GOLD指南更新版详细说明了mMRC以及CAT侧重的不同方面，指出了支气管扩张剂联合使用在不同组别的差异，同时增加了关于慢阻肺以及哮喘的重叠综合征。

2015版指南主要侧重于预防慢阻肺急性加重，同时注重慢阻肺的个体化治疗策略。

2016年GOLD指南更新肯定了指南对于慢阻肺患者治疗及预后的获益性，表明肺功能测定对于全面评估慢阻肺患者不可缺少，在诊断评估中，主要依据临床症状、

急性加重风险、肺功能气流受限以及伴随疾病这四个方。同时注重慢阻肺伴随疾病的诊治，使其有益于慢阻肺的预后。

GOLD策略使得慢阻肺患者获益

2006年，Mathers CD等在一项研究报告中指出，慢阻肺患者的死亡率在全球排名中上升迅速，预估截止至2030年可升至第三位(PLOS Med.2006,3:e442)。

2007年，Pene VS等通过多中心研究证实关于慢阻肺的诊断及认识不足会直接导致慢阻肺患者的死亡率增加(Chest.2007,131:60)。

自2011年起，全球性GOLD策略提出后立即被广泛应用于全球慢阻肺的临床治疗及预防，同时随访治疗效果及预后情况。

2013年，Li F等通过在上海社区的临床研究表明，GOLD策略使得慢阻肺患者在用药以及卫生学经济学等方面明显获益(Chinese Concral Practice.2013,16:798)。

2010年，Agusti A等通过ECLIPSE研究表明气流受限程度与呼吸困难程度、6 min步行试验、健康状态以及急性加重次数有明显相关性；同时在每个气流受限类别中，mMRC、6 min步行试验、SGRQ以及急性加重次数变化范围较大(Respiratory Research.2010,11:122)。该研究表明，由于慢阻肺的异质性以及表型的各异性，GOLD指南将更有助于认识疾病，同时有益于控制疾病的急性加重和改善预后状态，提升患者的生活质量。

近年来，慢性阻塞性肺疾病的发病率及病死率不断增高，已成为全球备受关注的慢性疾病之一。2001年，GOLD首次发表慢阻肺诊断、治疗和预防全球策略，此后该指南不断更新，目前GOLD指南已经成为对慢阻肺诊断、治疗和预防的全球导向性指南。

Hurst M等通过发现，随着慢阻肺疾病的进展，急性加重次数和严重程度会随之增加，充分表明在慢阻肺急性加重发生的频率与其疾病本身固定的表型相关(N Engl J Med 2010;363:1128)。通过GOLD策略可能会揭示慢阻肺的发生发展机制，进而改变呼吸系统疾病分类标准。

2014年，J Haughney等根据GOLD指南发现，慢阻肺的准确诊断及评估均使患者获益，同时表明患者气流受限程度与慢阻肺急性加重次数重叠将加重慢阻肺患者的风险(Eur Respir J.2014,43:993)。因此，GOLD策略将会使慢阻肺患者获益，甚至有助于减轻卫生经济学负担。

目前，尽管GOLD策略在慢阻肺评估中具有权威性地位，然而由于疾病本身的异质性以及机制的复杂性导致GOLD指南在有些方面证据有所欠缺。

2015年，Joan B等通过大数据随访分析证明，2007-2011年GOLD策略重新评估慢阻肺诊断并未有确切证据证明患者获益(Lancet Respir Med.2015,3:443)。

然而，随着科技和社会发展的进步，有关慢阻肺疾病机制的进一步研究会不断更新完善GOLD全球性指南，从而使慢阻肺患者从中获益。

反方

广西医科大学第一附属医院 宾雁飞 何志义

尽管GOLD指南近年来是指导全科医生及呼吸科医生对慢阻肺患者的治疗的金标准，但仍有许多临床问题仍有待阐明。

A-D分级不足以对患者进行个体化评估

慢阻肺是一个异质性疾病，GOLD指南根据患者的气流受限程度(FEV₁)、临床症状以及急性加重风险分为A、B、C、D四个组。尽管此分级是为慢阻肺个体化治疗及评估管理等方面做出指导。

然而，鉴于慢阻肺异质性的复杂性和多样性，这个分级并不足以对每一个慢阻肺患者进行个体化评估，对慢阻肺患者个体化评估和治疗并不充分，采用此分类增加了慢阻肺患者的治疗强度但并不确定是否能改善预后(Lancet Respir Med.2015,3:443)。

不同的症状评价方法不一致

GOLD指南使用mMRC或者CAT评分进行分级，不同的症状评价方法存在不

一致的情况，会影响患者分组，不利于慢阻肺患者的优化管理(Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.2014,9:551)。

慢阻肺急性加重症状和定义缺乏一致性

这种不一致性造成了临床研究中存在偏差，从而造成研究结果的偏倚，而GOLD指南的制定或更新主要应用和参考之前的学术论著。因此，应用GOLD指南进行的优化治疗可能并不一定能为患者取得良好的效果。

操作难度大及患者依从性差

GOLD指南里有相当多的治疗并不切实际，比如氧疗或者无创通气支持等治疗措施，尽管证据表明可以改善患者的生存率，但并未考虑到患者的对于此类治疗耐受性及依从性，并且应用无创通气相对复杂，并非所有患者都能理解和操作。

此外，GOLD指南并不能反映临床医生如何思考和治疗患者，改变医生的实践(Multidiscip Respir Med.2013,8:24)。

点评

GOLD策略是根据循证医学的证据制定的，每年都会更新，成为指导全科医生及呼吸科医生对慢阻肺患者的治疗的金标准，但由于慢阻肺的异质性，仍有许多临床问题有待解决，而且循证医学研究的证据还需要在临床应用中去验证。

相信随着对慢阻肺的进一步研究会不断更新完善GOLD策略，从而使慢阻肺患者从中获益。未来，应该去研究在真实的临床实践中，不同级别医院的医生对GOLD策略的依从性，是否遵循GOLD策略对慢阻肺患者预后的影响。

——北京大学第三医院呼吸与危重症医学科陈亚红教授

中日医院医联体戒烟项目启动

新闻速递

本报讯(记者 于伟)7月26日，中日医院医联体戒烟项目正式启动。项目将在17家医联体成员单位展开戒烟联合行动，建立跨三级医院、二级医院到社区医院的戒烟治疗系统。

据中日医院王辰院长介绍，目前，我国吸烟者人数占世界1/3，吸烟流行仍面临严峻形势。控烟是防病治病的重要手段，我国控烟应知行合一。

随后，王辰院士介绍了中日

医院医联体戒烟项目下一步的工作计划，并指出医联体是落实分级诊疗制度的有效载体，中日医院将以医联体为载体，将戒烟干预深入到基层，发挥基层医生的主观能动性，切实做好控烟工作。

世界卫生组织公约秘书处刘光远女士表示，近年来中国控烟工作取得了不菲的成绩。她希望，未来我国能形成一套成熟的控烟经验，可以为其他国家所借鉴。

北京市卫生计生委健康促进处梅红光副处长指出，《北京市控烟条例》自实施1年以来，成效初显但仍任重道远。他希望中日医院医联体发挥其优势，贯彻落实控烟工作，为探索北京控烟模式提供新思路。

据悉，中日医院启动医联体戒烟项目将开展戒烟联络医师培训、创建戒烟门诊、临床戒烟干预及治疗、宣传“吸烟成瘾是一种慢性疾病”等具体工作。



中日医院临床戒烟中心戒烟门诊，肖丹教授为患者开具烟草依赖处方单。来源/北京晚报