

1 个目标 30 余省、市、自治区 3000 名基层医师齐聚长春

补齐基层短板 全方位推进呼吸疾病防治事业

▲ 医师报记者 陈惠 张亮

10月13~15日，第二届中国基层呼吸疾病防治学术论坛于长春召开。来自全国30个省（区、市）的近3000名医生参加本次大会。

“通过这次参会及相关活动，深深体会到基层工作大有可为，可继续拓展及深入。今年许多参会基层医生是第一次走出大山、第一次出省、第一次坐高铁、第一次坐飞机，让我很感动。”中国基层呼吸疾病防治联盟执行主席、北京大学第一医院迟春花教授表示，这些基层医生就是最可爱的人！尤其是山区交通不便、人口分散、缺医少药、边远闭塞的情况下更难得可贵。会议期间深入交流时，看到基层医生为有这样出来学习的机会而高兴的情形，这就是扎根基层、自强不息的正能量！真的需要给予基层医生更多的呵护与关心！

迟教授引用著名学者崔卫平的一段话总结“你所站立的那个地方，正是你的中国；你怎么样，中国便怎么样；你是什么，中国便是什么；你有光明，中国便不黑暗。”

呼吸专栏编委会

名誉主编：钟南山 王辰
指导专家：林江涛 康健 白春学
沈华浩 陈荣昌 孙铁英
陈良安 王娟 代华平

执行主编：

白冲 黄克武 李海潮
王玮 宋元林 应颂敏
张琅 冯靖 陈亚红

轮值主编：迟春花

编委（按姓氏拼音排序）：

边玛措 蔡志刚 曹孟淑
陈成 陈虹 陈娟
陈磊 陈燕 陈湘琦
范晔 郭强 郭岩斐
何晓琳 何志义 何志明
胡毅 季颖群 解立新
李和权 李敏超 李燕明
刘晶 刘国梁 刘维佳
刘先胜 卢文菊 卢献灵
马德东 孟莹 苗丽君
庞敏 苏楠 苏欣
孙加源 唐昊 田庆
王琪 王凯 王佳烈
王晓平 王效静 吴司南
肖丹 邢西迁 徐金富
许小毛 叶小群 翟振国
詹庆元 张静 张晓菊
赵俊 赵丽敏 周为
周林福 朱玲

王辰 院士



陈荣昌 教授



迟春花 教授



开幕式现场

中国基层呼吸疾病防治联盟主席 王辰院士： 基层强 呼吸疾病防治事业起

在慢性病防治中，呼吸疾病防治已经成为迫切需要补齐的“短板”。王辰院士指出，对于基层医生而言，把常见病和多发病看好，就意味着诊治能力的提升，基层医生有责任让老百姓享受到现代医学带来的成果。“基层强，则呼吸疾病防治事业起。”

我国基层首诊率低 培训不足“社区首诊、双向转诊、分级诊疗政策尚处于初级起步阶段；居民缺乏合理就医的政策引导，就医随意性强；家庭医生数量不足，能力有待进一步提升；基层机构硬件设备药品配备无法满足需求。”

王辰院士指出，在发达国家，患者在基层卫生机构首诊率≥80%，而在中国，患者在基层卫生机构首诊率为20%~30%。国外经验表明，99%人群只需看社区医生就能解决问题。

王辰院士以潍坊调查为例，与血压计、血糖仪

相比，肺功能仪在基层的配备率极低，常见呼吸疾病药品配备率方面，以口服、静脉注射为主；茶碱类、糖皮质激素为主；支气管扩张剂的配备率低；抗菌药配备率高。

潍坊市基层医生慢阻肺防治知识掌握情况的调研显示，二级及以下基层医疗机构医生慢阻肺培训率为36.2%，高血压、糖尿病培训率分别为71.6%、70.4%。其中，基层医生（社区及农村）慢阻肺疾病相关培训率约30%。

基层医生面对最广大的患者群体，承担大多数疾病的首诊、首治任务，负责主要慢病的长期管理，尤其在医疗资源相对匮乏地区。因此，基层医生防治能力将直接影响我国呼吸疾病整体诊疗水平。

整合资源提升基层医疗服务能力为改善现状，王辰院士指出，要加强基层队伍建设，开展基层医师呼吸疾病规范化培训，促

进基层医生水平的同质化，提高基层医生对呼吸疾病的重视程度，提升基层医生对呼吸疾病的诊治能力，减少漏误诊，实现早诊断、早干预、早治疗。

可以依托呼吸专科医联体，发挥呼吸领衔医院的引领和辐射作用，提高呼吸疾病整体诊疗水平，促进呼吸疾病分级诊疗，为呼吸疑难危重症提供便捷就医途径，解决医疗资源量不足、碎片化、非同质、不均衡的四类问题。

同时持续推进呼吸疾病纳入国家基本公共卫生服务项目，呼吸疾病常用药物进入国家基本药物目录，呼吸疾病管理进入医保慢病管理目录，肺功能检查在体检中心、社区医疗机构推广普及，促推基层医疗卫生机构和医院慢性呼吸疾病医保用药目录的对接。

最后，国家卫生计生委、各学协会等机构之间密切合作，共同促进基层建设。

广州呼吸疾病研究所所长 陈荣昌教授： 探索适合基层社区的 诊治方法

陈荣昌教授指出，基层呼吸疾病学临床工作的重点是建立和合理普及应用肺功能检查，树立吸入疗法在慢性气道疾病中的一线基础治疗地位，建立慢阻肺、哮喘、慢性咳嗽等常见呼吸系统疾病的临床工作规程，建立与上级医院的常态化联动机制，参与或主导常见呼吸疾病中与基层相关的医学研究。

在常见病、多发病诊治方面，基层呼吸医生要了解上呼吸道感染、急性气管-支气管炎、肺炎等常见急性呼吸疾病和慢阻肺、哮喘、支气管扩张等常见慢性气道疾病，了解胸部X光片、肺功能等基本检查，以及吸入治疗等基本治疗方法。一些新的诊治技术如新影像技术、新呼吸支持和生命支持技术、新分子靶向治疗等。

陈荣昌教授特别指出，当诊断不清、治疗无效（超过2周）、疾病严重时，需要向上级医疗机

构转诊。日常则需关注流感流行等当前学科的重要问题和大数据等基层相关研究热点。

除此之外，在少见病方面，基层医生也需要对肺血管疾病、间质性肺疾病、肺泡疾病、淋巴细胞增生性疾病、嗜酸细胞增多肺浸润性肺疾病、肺部肉芽肿性疾病等有所了解。

在现代呼吸危重症科的全面生命支持能力，了解机械通气、ECMO、IABP、CRRT、MARS等治疗方法。

总之，呼吸疾病多数患者来源于基层。加强基层呼吸病学的建设，是有效应对呼吸系统常见病的医疗架构，也为我国呼吸病学的总体发展提供有力的支撑。探索适合基层社区的诊治方法是重要研究方向，建立社区参与的防控体系-提高总体防治水平和研究水平，让患者享受现代医学新的进步带来的健康保障。

中国医师协会全科医师分会会长 杜雪平教授： 推进慢阻肺分级诊疗管理



杜雪平 教授

关于分级诊疗制度，提及最多的是高血压、糖

尿病、肿瘤、心脑血管疾病等慢性病，然而慢性阻塞性肺疾病（慢阻肺）为我国居民第三位慢性病死因，其分级诊疗改革该如何推进？

首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心杜雪平教授介绍，继高血压、糖尿病后，慢阻肺2016年底已进入国家第二批分级诊疗试点疾病。目

标在于充分发挥团队服务的作用，指导慢阻肺患者合理就医和规范治疗，减轻呼吸道症状，改善生活质量，减少急性加重，预防和监测并发症并予以治疗，延缓肺功能的下降。

杜教授指出，由于慢阻肺首诊大多在基层医疗机构，社区医生对慢阻肺的防治肩负重要使命。在基层慢阻肺社区管理流程

模式中，筛查主要内容包括病史（危险因素+症状）、体检、肺功能检查、实验室检测的基本项目及部分推荐项目。为保证慢阻肺诊疗工作质量，应将疑似患者及时转到二级及以上医院，及早明确诊断，同时启动随访管理和双向转诊机制。

二级医院及以上医院主要协助基层医疗卫生机构确诊和管理慢阻肺患

者，开展双向转诊，与三级医院专家研究鉴别诊断、制定疑难病例的诊治方案。主要包括慢阻肺确诊、患者综合评估分组、戒烟干预、制定稳定期分级治疗方案。如果二级医院具备相应的诊断设施和技术，可以独立进行慢阻肺的诊疗工作，并与基层医疗卫生机构全科医生共同管理慢阻肺患者。

（下转第17版）