



(上接第 20 版)

2017 GOLD 临床实践之专家答疑

GOLD 报告是全世界医务工作者的“策略性文件”，是基于患者症状水平、未来急性加重风险、气流受限程度、肺功能异常以及共患疾病的多维评价。2017 年 GOLD 报告对 2011 年的评估工具进行了修订，在临床实践过程中 2017 GOLD 产生了哪些新的证据和管理策略呢？

【问题一】

慢阻肺气道微生物的本质及稳定性的有何具体意义?

英国伦敦大学圣乔治医学院 Paul Jones 教授：基于慢阻肺急性加重的微生物群，可将其分为四种亚型：细菌主导型、病毒主导型、嗜酸性粒细胞主导型和炎症缺乏型。微生物

物菌群失调在肺部疾病中极为常见,而慢阻肺患者菌群多样性与气流受限的程度呈负相关,重度慢阻肺患者一定程度上丧失了菌群的多样性。

慢阻肺急性加重期，

气道微生物比例增加,不同的急性加重期表型微生物的种类与差异有关。与嗜酸性粒细胞型相比,细菌主导型发生嗜血杆菌感染导致的急性加重更为常见,而链球菌相

对较少。

随着研究的深入，可能会出现更利于临床治疗和评估预后的表型，辅助临床医生判断疾病的预后以及制定个体化治疗方案，实现精准医疗。

【问题二】

不同分级慢阻肺患者都能使用长效支气管扩张剂吗?

**澳大利亚遣返总医院
Peter Frith 教授：**吸入长效支气管扩张剂对所有不同分级慢阻肺患者都是有效和安全的。长效抗胆碱能药（LAMA）和长效 β

受体激动剂 (LABA) 两者在改善肺功能、减轻症状及提高生活质量等方面作用是同等的, LAMA 比 LABA 更有效预防慢阻肺急性加重发生

吸入性糖皮质激素（ICS）能减少急性加重风险，但效果不及 LABA 与 LAMA 联合用药。Peter Frith 教授表示，如果出现血液嗜酸性粒细胞增加或有反复或

严重急性加重史，推荐使用 ICS+LABA 和 LAMA。如果有哮喘病史，推荐使用 ICS+LABA(或 LAMA)此外，应鼓励 COPD 患者增加活动量，明显下降死亡率。

【问题三】

2017GOLD

诊断方面新增加了哪些内容?

北京协和医院蔡柏蔷教授：2017 GOLD 增加了宿主因素，包括基因因素、年龄和性别、肺的生长发育状况、哮喘、气道反应性和感染等。新指南提出，慢性支气管炎增加慢阻肺的可能性及急性加重的风险，并在其主要临床特征中增加复发性下呼吸道感染。

GOLD 推荐通过肺功能固定比值诊断慢阻肺，不主张应用 FEV1/FVC 正常值下限 (LLN) 作为肺功能诊断标准。倡导在具有症状和 (或) 风险因素的患者中积极进行肺功能检查去发现慢阻肺病例，不建议对普通人群进行肺

部分哮喘患者暴露于有毒颗粒或气体，随着病程延长，出现气道重塑，导致气流受限的可逆性明显减少，临床上称为哮喘-慢阻肺重叠（ACO）。蔡柏蔷教授强调，新指南中 ACO 诊断关键点包括：

- ★年龄 >40 岁的患者，适当应用短效支气管扩张剂吸入后，肺功能检查表现为持续存在气流受限；
- ★明确的吸烟史，或者有相当的生物燃料接触史；
- ★40 岁以前曾诊断为哮喘。

【问题四】

嗜酸性粒细胞计数能否预测慢阻肺未来严重急性加重或指导治疗？

四川大学华西医院
文富强教授：有研究显示，近 30% 慢阻肺急性加重（AECOPD）患者伴有血嗜酸性粒细胞计数（EOS）、痰 EOS 升高。痰 EOS 能否可以预

测慢阻肺未来严重急性加重或指导治疗仍未明确。与种族多样性、年龄、性别、微生物组改变可能有关。

目前关于 EOS 仍存在争议, 未来尚需开展

前瞻性临床试验,进一步验证血EOS预测吸入性糖皮质激素(ICS)疗效的作用,确定可用于临床实践的血EOS预测急性加重风险的临界值。GOLD2017中指出:

- ★血 EOS 数值在慢阻肺患者中较普通人群为高,在症状典型患者中更高;
- ★血 EOS 稳定性在慢阻肺患者中较普通人群较差(性别、年龄、EOS 基线水平影响);
- ★血 EOS 对临床诊治有价值,但目前尚不能作为临床慢阻肺诊治管理指标。

【问题五】

GOLD 新增稳定期使用大环内脂类药物有什么依据？

广西医科大学第一附

属医院何志义教授：“大环内酯类药物对心血管的风险性被高估，对于心血管疾病—心律失常患者慎用，而对于大多数患者来说是安全的。”大环内酯类药物具有抗炎作用，可作为慢阻肺的一种治疗选择。其对炎症因子、转录因子可起到抑制作用，减少糖皮质激素抵抗，减轻烟草烟雾所致肺气肿（动物试验），减少慢阻肺患者的炎症。

2011 年美国一项回顾

性临床研究指出,阿奇霉素治疗过程中心血管疾病病死率有轻微但有统计学意义的增加,引发大环内酯类药物安全性的争议。何教授指出,这项回顾性研究在筛选患者、入组等方面有一定的问题:阿奇霉素也可能应用于流感患者,流感也可增加其心血管疾病的病死率。在另两篇对冠心病的临床研究中,阿奇霉素并没有增加心血管疾病的病死率。

