

观·呼吸
开 栏 语

医生要会治病，更要会治人，面对一位患者，更应该从人文角度给予关怀，而非只判断病症易难。推之整个行业，我们要重视“硬件”的更新，也不可放过“软件”的提升，很多呼吸学界的专家对于行业的发展、人才的培养等都具有独特的见解，我们希望这些见解能给您带来更多的启示。为此我们开设“观·呼吸”专栏，欢迎大家投稿。

投 稿 邮 箱：
yishibao2017@163.com

观
呼
吸

行业是我们的行业，我们不推动，谁去推动？

▲中国医学科学院 北京协和医学院 王辰

毛主席曾说过，社会是我们的社会，国家是我们的国家，我们不说，谁说？我们不干，谁干？

现在，行业是我们的行业，我们不推动，谁去推动？

年轻医生是我们的年轻医生，我们不教育，谁去教育？”

改革开放后，我国面临的最根本问题是科技问题。科技的决定因素在教育，教育没有人才，何谈科技？呼吸学科要发展，要想方设法展示

学科美好的一面，吸引最优秀的人才。

孟子非常重视培养贤才，把“得天下英才而教育之”（《尽心上》）作为人生最大的乐事。

呼吸专科当前开展的专培、专修、单修，就是针对PCCM专科人才梯队建设的培训体系，把不规范体系进行规范化，把缺乏评价的地方建立评价，把没标准的地方进行标准化；把没证书变成有证书。这个行业这么管，就有希望了。

当前PCCM专科人才培养体系的设计较明确和清晰，但是不能听着很热闹，然后随便应付，“天下大事谋于密、做于细、成于实”。要在“做于细、成于实”上下功夫”。

已报专培基地、专修基地、单修基地的医院，别不把这不当回事，不管院长和医院教育处处长是否重视，呼吸专科的科主任有最终的责任，要把事情做实，这是根本点。

清晰的思想+务实的



行动，才能真正产出结果。在专培、专修和单修这些工作上，要求其精、求其

实、求其好。（医师报根据作者在中国呼吸学科发展大会上讲话整理）

呼吸专栏编委会

名誉主编：钟南山 王 辰

指导专家(按姓氏拼音排序)：

白春学 陈良安 陈荣昌
代华平 康 健 李为民
林江涛 沈华浩 刘春涛
孙永昌 徐永健 周 新

主 编：曹 彬 应颂敏

执行主编(按姓氏拼音排序)：

陈亚红 邓朝胜 郭 强
孙加源 王 玮 熊维宁
徐金富 张 垠

本期轮值主编：陈亚红

编委(按姓氏拼音排序)：

班承钧 包海荣 保鹏涛
曹孟淑 常 春 陈勃江
陈 成 陈 娟 陈丽萍
陈天君 陈湘琦 陈晓阳
陈 燕 陈 颖 陈 愉
代 冰 董航明 杜丽娟
范晓云 范 晔 冯 靖
冯俊涛 高 丽 高凌云
高亚东 郭 强 韩丙超
何 勇 何志义 贺航咏
侯 刚 黄克武 揭志军
李春笋 李 丹 李 锋
李园园 李云霞 梁 硕
梁志欣 刘 波 刘宏博
刘 晶 刘庆华 刘 伟
刘 毅 卢献灵 马德东
孟爱宏 孟 莹 牟向东
潘殿柱 庞 敏 彭春红
石 林 苏 欣 孙文学
唐 昊 田欣伦 王 凯
王一民 吴海洪 吴司南
夏 旻 谢佳星 谢 敏
邢西迁 徐 瑜 杨会珍
杨 姣 杨士芳 姚 欣
叶小群 翟振国 张晓菊
詹庆元 周国武 周 华
周 敏 周庆涛 周 琼
周玉民 张 静

首个慢阻肺基层诊疗指南四大亮点

在基层 这部指南及时且实用

▲北京大学第三医院呼吸与危重症医学科 陈亚红

诊断流程： 增加了呼吸状况评估问卷

慢阻肺确诊需要肺功能检查，我们提倡基层医生应该“像量血压一样测肺功能”。指南中指出了进行肺功能操作的注意事项，更加详细的内容可以参考中华医学会呼吸病学分会肺功能专业组编写的《肺功能检查指南（第二部分）：肺量计检查》。

指南中还提出“当基层医院不具备肺功能检查设备，临床医生可以通过问卷筛查慢阻肺高危人群，对疑诊患者应该向上级医院转诊进一步确诊”。因此，指南阐述了慢阻肺的高危人群特征，增加了呼吸状况评估问卷，通过5个简单的问题发现高危人群，基层医生要仔细询问病史并进行体格检查识别高危人群。如不具备肺功能检查设备或者临床与肺功能检查不相符，应该予以转诊。

流行病学调查发现有60.2%的慢阻肺患者

为无症状慢阻肺，因此对于存在危险因素的人群，即使没有呼吸道症状，也要进行肺功能检查以明确诊断。如果吸入支气管扩张剂后第1秒用力呼气容积占用力肺活量百分比（FEV1/FVC）>0.7，要警惕是早期慢阻肺，需定期随访监测肺功能的变化，必要时转诊行肺容量、弥散功能等检查。

指南提出根据患者病情需要及医疗机构实际情况，恰当选择相应的检查项目，具体分为必做项目、推荐项目。必做项目包括血常规、肺通气功能检查（含支气管舒张试验等）。根据当地医院条件和患者病情选择恰当的检查或转诊到上级医院进行推荐项目检查，进一步鉴别诊断、明确病情的严重程度及存在的合并症或并发症。

慢性阻塞性肺疾病（慢阻肺）属于社区常见疾病，其患病率、死亡率与致残率高，疾病负担巨大，已成为现阶段最为突出的公共卫生与医疗问题之一。2018年中国成人肺部健康研究（CPHS）对10个省市50 991名人群调查显示，20岁及以上成人的慢阻肺患病率为8.6%，40岁以上则高达13.7%，首次明确我国慢阻肺患者人数近1亿，仅12.0%的中国慢阻肺患者曾接受肺功能检测。慢阻肺已经成为与高血压、糖尿病“等量齐观”的慢性疾病，构成重大疾病负担。一直以来，基层医疗机构都是疾病防治体系的基础。然而，目前基层呼吸系统疾病防治体系与能力建设与其他慢病相比明显落后，不能满足防治的需要。《慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南（2018年）》因此应运而生，为基层呼吸系统疾病防治体系的建设添砖加瓦。

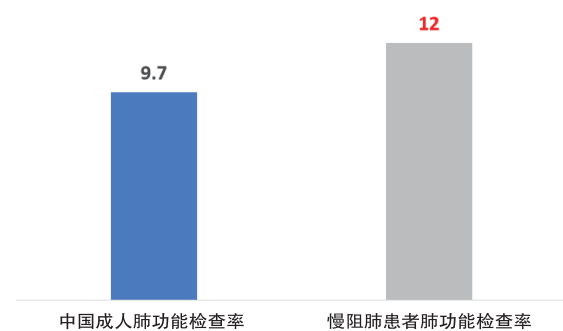


图1 中国肺健康研究中肺功能检测率

病情评估： 更注重综合评估

GOLD经过近二十年的修订，从单一的肺功能评估，到更注重慢阻肺的综合评估（肺功能、症状、急性加重风险、合并症），再到将肺功能从ABCD分组中分离。新版ABCD评估工具突出了症状和急性加重风险在指导治疗中的重要性。肺功能的意义主要在于疾病诊断，且对于评估气流受限程度的程度、判断未来急性加重风险和预后仍有重要意义。但新评估方法造成大量的高风险患者被分到低风险患者组，由此带来的治疗策略改变对于患者预后的影响有待进一步研究，目前在基层中不建议推广应用。

因此，指南未按照GOLD2018提出的ABCD分组方法，而是强调在临床实践中临床医师要识别慢阻肺急性加重高风险人群。根据症状、肺功能、过去1年急性加重史等预测未来急性加重风险。

（下转第15版）