

哮喘控制率该如何提升

近年来,支气管哮喘(哮喘)的患病率在全球范围内仍呈逐年增加趋势。我国目前约有3000万哮喘患者,预计到2025年,全球哮喘患者将增加至4亿。鉴于新冠疫情,全球哮喘防治倡议(GINA)推迟了2020世界哮喘日活动。5月4日,中国哮喘联盟、中华医学会呼吸病学分会哮喘学组、全国哮喘研究协作组、中国老年医学学会呼吸病学分会哮喘学术工作委员会、中国医药教育协会慢性气道疾病专业委员会通过云直播召开了“2020世界哮喘日新闻发布会”,多位专家就医生和大众关心的哮喘诊疗热点问题进行了详解。



□全球哮喘防治倡议理事
中日友好医院呼吸与危重症
医学科主任 林江涛

哮喘患病率在明显增加

从目前资料来看,我国哮喘的患病率在近10年上升还是非常显著的。2010年2月至2011年8月进行的全国哮喘患病情况及相关危险因素流行病学调查(CARE研究)显示,中国哮喘患病率达1.24%。从全球看,亚洲地区成人哮喘患病率大约是0.7%~1.1%。西欧国家哮喘患者较10年前增加了1倍,美国自20世纪80年代以来,哮喘患病率增加60%以上。哮喘发病有一些相关危险因素,比如:吸烟增加哮喘患病率;非母乳喂养增加哮喘患病率;一级亲属中有过敏性疾病,如哮喘、过敏性鼻炎、花粉症等,也会增加哮喘患病率;对于个体来说,伴有过敏性鼻炎或湿疹的,哮喘患病率也会增加;肥胖增加哮喘患病

率;宠物饲养也与哮喘发病有关,特别是狗和鸟类,患者与之接触越密切,哮喘风险越高。

做好患者教育才能远离谣言

吸入激素可改善患者肺功能、控制哮喘症状与发作,降低患者住院率与死亡率。新冠肺炎全球肆虐,有人误认为吸入激素治疗会增加新冠病毒感染风险,因而有些地区出现了哮喘患者未规范治疗的情况,如停用激素类药物,这显然会给哮喘患者带来重大健康风险。对于一小部分重症哮喘患者来说,有时可能需要长期使用口服糖皮质激素(OCS),突然停药是非常危险的。需要提醒的是,哮喘的规范化治疗和自我管理非常重要,任何停药或调整用药都应该咨询医生等专业人士,不要听信不科学的传言,自行停药。

临床诊治提升空间还很大

近些年,我国的哮喘规范化诊治

工作取得了明显成效。2007~2008、2015~2016年两次全国多中心调查结果显示,我国2016年城区哮喘总体控制率为28.5%,其中,曾参与2008年哮喘控制调查的10个城市在2016年调查中哮喘控制率为39.2%,较2008年有较大程度提高。

但哮喘防治仍存在一些“问题”。调查显示,仅有28%的急性发作住院患者入院前规律应用药物治疗,而有39.7%的患者未应用吸入糖皮质激素治疗。哮喘患者的自我管理是实现哮喘总体控制的重要保障!因此,要加强疾病识别教育。研究表明,82.5%的哮喘患者在上次经历哮喘发作时有明确的征兆,发生频率最高的三个症状为咳嗽、胸闷、气促。患者若能准确识别哮喘发作征兆,并在征兆出现到发作时间窗内得到必要干预,就能预防或减少哮喘发作或减轻哮喘严重程度。

同时,还要加强哮喘诊疗培训。正确使用峰流速仪和准确记录哮喘日记是患者自我管理的重要内容之一,可有效预防和减少发作次数,是客观判断哮喘病情最常用的手段。但调查显示,2016年全国城区门诊哮喘患者峰流速仪使用率较2008年并没有明显改善,且在未使用峰流速仪原因中,医生未介绍的高达65.2%,提示进一步加强呼吸专科医师的哮喘管理培训非常有必要。

科技文章

长时间在办公室工作 易患高血压

一项发表在美国《高血压》杂志的研究显示,长时间在办公室工作的人更有可能患高血压,包括在常规医疗预约期间无法发现的高血压。这项研究显示,高血压影响了近一半18岁及以上的美国人,并且是每年超过8.2万人死亡的主要因素。

据调查,约15%~30%的美国成年人患有被称为“隐性高血压”的疾病,这意味着他们在就诊期间的高血压读数是正常的,但在其他地方测量时则会升高。

加拿大魁北克克拉瓦尔大学的研究人员招募了魁北克三个公共机构的3500多名白领员工。这项为期五年的研究包括第一、第三和第五年的三次测试。为了模拟临床血压读数,研究者对参与者提供了可穿戴式监测仪,每天早上三次检查每位参与者的静息血压。在工作日的其余时间里,参与者佩戴血压监测装置,每15分钟测量一次血压,每天至少收集20项额外测量数据。平均静息读数为140/90毫米汞柱或以上,平均工作读数为135/85毫米汞柱或以上,均属偏高。调查结果显示,近19%的参与者患有持续性高血压,其中包括已经在服用高血压药物的员工。超过13%的人患有隐性高血压并且未接受高血压治疗。

研究发现,与每周工作少于35小时的同事相比:每周工作49个小时或更多的人,发生隐性高血压的可能性增加了70%,而在临床环境内外均出现持续血压升高的可能性增加了66%。每周工作41~48小时的人,发生隐性高血压的可能性会增加54%,发生持续性高血压的可能性增加42%。

这项研究考虑了一些其他因素,像工作压力、年龄、性别、受教育程度、职业、吸烟状况,以及体重指数和其他健康因素,而隐性高血压和持续的高血压都与较高的心血管疾病风险有关。

研究人员指出,人们应该意识到长时间工作会影响他们的心脏健康,这些人应该向医生询问是否要使用可穿戴式监护仪来检查血压,以便发现隐性高血压及早干预。(曹淑芬编译)

临床诊治误区仍较多

□南京医科大学第一附属医院
呼吸科主任 殷凯生

对策:从以下方面着手哮喘管理:1.建立医患的伙伴关系;2.查明并减少接触导致哮喘的因素;3.评估、治疗和监测哮喘;4.哮喘急性加重的管理;5.特殊类型哮喘的诊治。

误区三:治疗目标定位不正确

研究显示,亚太地区哮喘患者的完全控制率仅为3%,近年来我国哮喘控制水平虽有明显提高,但仍有71.5%的患者未能控制哮喘,这与哮喘诊治误区有很大关系。

误区一:诊断本身就错了

有些医生把所有有气喘症状的患者都当作是支气管哮喘,这在临床上并不少见。除支气管哮喘外,如急性和慢性左心功能不全、自发性气胸、慢性阻塞性肺疾病、过敏性支气管肺曲霉病、气管内良性/恶性肿瘤、嗜酸性粒细胞浸润性肺病、过敏性血管炎等疾病,都可能出现气喘症状。

对策:对于经正规治疗疗效不佳的哮喘患者,应提高警惕,做好鉴别诊断。选择必要的辅助检查,如肺功能、纤支镜、胸片、胸部和鼻窦CT、支气管舒张试验/激发试验、无创气道炎症检测等帮助精准诊断。

误区二:只满足于药物治疗

实现哮喘的控制目标,需要全方位的综合管理,涉及医护、患者、家庭和社会、药物、环境(过敏原、吸烟)等因素,光靠药物不行。

误区四:未重视吸入激素应用

有的医生和哮喘患者把吸入糖皮质激素(ICS)当作缓解急性哮喘症状的药物来使用,指望能达到立即减轻

哮喘症状的目的。由于未达到预期的目的,便又得出“吸入激素疗效不好”的错误结论。

不少哮喘患者和家属,尤其是年轻女性患者因担心激素的副作用而不愿使用。同时,在抗感染治疗中也存在治疗不充分、药物选择不当、剂量不足、疗程过短等问题。

对策:帮助患者认识到哮喘是以慢性气道炎症为特征的疾病,ICS是控制哮喘的一线基本药物;让患者认识缓解药物与控制药物的各自特点和不同的使用方法;帮助患者认识ICS的安全性,克服对ICS的恐惧。记住!吸入性糖皮质激素≠全身激素。

误区五:滥用抗生素

哮喘患者常过度使用抗生素,主要原因包括:把诱发哮喘发作的上呼吸道感染,误认为是细菌感染;把嗜酸性粒细胞增多引起的黄色痰液误认为是化脓性细菌感染;把哮喘急性发作时的胸部X线表现异常,当作“肺部感染”;企图用抗生素来预防哮喘发作;滥用抗生素来预防哮喘发作;滥用抗生素来预防哮喘发作;滥用抗生素来预防哮喘发作。

对策:严格掌握应用抗生素的适应证,包括:鼻窦炎引起或加重的哮喘;重症哮喘发作时;激素依赖性哮喘

患者减少激素的用量。

误区六:未查找避免致喘因子

积极地查明与患者的哮喘发作有关的过敏原或其他致喘因子,对于哮喘防治具有重要意义。有部分致喘因子明确的哮喘患者,只要能有效避免再接触,可以收到“不药而愈”的效果。与哮喘发病有关常见过敏原有尘螨(屋尘螨、粉尘螨)、花粉(蒿草、豚草等)、霉菌等,蟑螂、鼠尿、蚕丝、甲苯二异氰酸酯(TDI)也可能诱发哮喘。

对策:询问病史,必要时做现场调查;实验室检查:过敏原皮肤试验、支气管激发试验、体外试验;对于根据GINA方案治疗“无效”的病例,不应盲目“升级治疗”,应首先检查环境控制做得好不好。

误区七:肺功能检测存在误区

临床医生未能正确选择肺功能检查项目和解释结果。

对策:支气管激发试验主要为了评估气道反应性,必须在患者FEV1≥70%预计值时才考虑做;支气管舒张试验主要评估气流受限可逆性,对象应该是通气功能下降的患者;通气功能正常/不正常的患者都可通过呼气峰流速(PEF)日内变异率来进行哮喘的诊断和监测。

重症哮喘 如何处理

□上海交通大学附属第一人民医院
呼吸科教授 周新

重症哮喘发作是导致哮喘患者死亡的重要原因。“重症哮喘诊断与处理中国专家共识”指出,重症哮喘是指在过去的一年中,需要使用全球哮喘防治倡议(GINA)建议的第4和5级哮喘药物治疗,才能够维持控制或即使在上述治疗下仍表现为“未控制”的哮喘。重症哮喘诊断和评估的四个步骤:第一步,明确哮喘诊断;第二步,明确是否属于重症哮喘;第三步,明确影响哮喘控制的共患疾病和危险因素;第四步,明确重症哮喘的表型,实现个体化治疗。

重症哮喘的处理需要从以下几点入手:1.患者教育与管理:提高患者的治疗依从性,掌握吸入装置的使用方法,提高自我管理。2.环境控制:有效避免过敏原,减少或避免空气中有毒刺激因子,戒烟。3.治疗:认知重建、疏导疗法、家庭心理疗法或抗焦虑或抗抑郁药物。4.药物:患者根据医生指导规范用药。(本报记者 夏海波整理)

扫一扫 加入我们

“健康报·医生频道”微信公众号不仅关注青年医生成长规范,还传递名师大腕思想精华;不仅报道最新医学前沿资讯,还反映医学界学科进展;是医生朋友的交流平台,也是医疗圈热门话题、新锐思想诞生地。拿起手机,登录微信,请到健康报·医生频道来。



聚焦基层 传播亮点

孟彦:打造失能老人三级互联医养结合体系

□通讯员 王宇
本报记者 郝金刚

必须正视失能老人的医疗 与养老问题

《中国城市养老指数蓝皮书2017》显示,我国60岁以上人口近2.4亿,2050年将达4.8亿。第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查结果,我国失能、半失能老年人约4063万,预计2030年~2050年将超过9000万。我国失能老人长期照护床位需求约1000万张,保守估计565万张,但目前不足130万张,供需矛盾尖锐。以我国4000万失能老人为基数,按国际标准每3位老人需要1名护理人员来测算,护理人员需求约1000万。

再以山东为例,老年人超过2100万,约61%老年人需要医疗护理服务。但逾7万家医疗卫生机构中,开展照护服务的仅900余家。

对此,孟彦早有关注。“随着老龄化进程的加快,养老以及老年人医疗照护问题将越来越严峻,失能

老人的问题更加突出,给社会、家庭带来极大负担,是‘健康中国2030’战略急需破解的难题。探索一种符合我国现状、医养结合、双向转诊,满足失能老人需求的模式,是当务之急。”

孟彦认为,医养健康产业作为新动能支持建设医养养老联合体,有助于创新医养健康服务模式,进而打造全方位、全周期健康服务产业链。

探索构建失能老人三级 互联医养结合体系

“养儿防老”这句俗语,折射出我国老年人的养老观和孝亲观——更接受居家养老。

在此前提下,衍生出3种医养模式:居家养老,由养老机构和社会服务机构提供服务,老人可在家中享受延伸照护服务,包括用餐、身体清洁、康复训练、健康检查等;社区养老,包括日间照护、用餐等服务;机构养老,包

括比较完善的介护和康复训练。老人可根据自身情况来选择,需要治疗时可以选择家庭病床或入院治疗等,待病情稳定再转回社区或居家养老。通过这种形式实现了,以居家养老为主、社区养老和机构养老提供延伸服务的互联互通的模式。

谈起对三级互联医养结合体系的构想,孟彦说:“以失能老人为中心,建立医疗服务和养老服务两个互联系统。在医疗服务方面,实现家庭医生/社区医生、社区医院、上级医院的三级信息共享和互联;在养老方面,实现居家养老、社区养老和机构三级养老服务的互联;医疗服务和养老服务实现互通,实现多层次、持续性、一体化的医养结合模式。”据他介绍,日前,校医院安排医务人员为社区高龄老人(90岁以上)提供上门服务,受到社区老年人和居民的欢迎。

对于具体医疗服务方式,孟彦表达了自己的想法:“通过医联体内部的管理机制建设,我们尝试利用和搭建‘多级远程医疗服务系统’平台,实现三级医疗机构与失能老人

的互联。通过在家中安装基于互联网电视/电脑/手机的远程终端,失能老人自主或在社区医生协助下,享受到居家远程问诊及部分检查服务。三级医院指定各分专业医生,每天固定时间上线‘多级远程医疗服务系统’平台医生端,为各社区医院提供远程问诊、会诊服务。”孟彦强调,在医疗质量控制和人员培训方面,要统一培训管理,统一工作流程和质量标准,由三级医院统一领导、统筹协调。

“山大校医院方案”使老人获得安全感

校医院利用系统内资源,探索打造失能老人三级互联医养结合体系,系统内已实现医养互通,为失能老人提供了便捷的服务。入住老人普遍反映,该模式实现了医疗和养老的有效对接,让他们有安全感。校医院还尝试利用远程医疗平台,比如“老人无忧-多级远程医疗服务系

统”,以社区医院为基地,通过该系统校医院探索开展区域内失能老人医养结合服务。

多年来,校医院坚持开展失能老人和残疾人医养结合服务模式探索:定期上门为失能老人和残疾人及家属进行健康指导和体检,结合其身体状况提供康复训练服务,包括康复评定、心理疏导和护理服务;与美国居家医学会等学术团体交流,在人员培训与技术创新等方面开展合作;与山东大学医学院管理学院、美国居家医学院HCCI首席科学家姚能亮教授、英国爱丁堡大学吴秉亮教授共同组织成立居家养老研究中心,进一步完善失能老人三级互联医养结合体系的理论基础和实践战略。

建立失能老人三级互联医养结合体系,使高龄失能老人得到安全、便捷、高效、有保障的养老服务,有效解决医疗服务与养老服务两个方面、医疗机构之间、家庭与医疗机构之间、不能互联互通的问题,使失能老人不再是信息孤岛。

“我们对三级互联医养结合体系的未来有许多构想,期望通过我们的努力,为全省乃至全国的医养健康事业尽一份力。”孟彦坚定地说。

优质服务基层行
基层典型案例征集

主办单位:健康报社
热线电话:010-64621682 010-64621585