

发病率高达 13.7%，“沉默的杀手”让人苟延残喘

阻击慢阻肺，戒烟是第一步

40 多年的老烟枪

人生最后 3 个月脱不了呼吸机

老吴已经离世 3 个多月了，儿子小吴一直走不出伤痛，“为什么不早点劝他戒烟呢？就算绑着也一定让他把烟戒掉，也不至于现在就走了。”老吴的故事，让浙大二院重症监护室里的医务人员唏嘘。

40 多年的吸烟史，让老吴身上都散发着浓浓的烟味，抽得最凶的时候，他能一天抽 2 包烟。最早，他被查出肺气肿，没有特别好的药物治疗。医生劝他，烟一定要戒掉。他哪里听得进：“抽了一辈子的烟，哪有那么容易。”忍了一天，他就放弃了，“不让抽烟，还不如死了算了。”

后来，老吴被诊断为慢阻肺。气喘得厉害，他就去家附近的社区卫生服务中心挂盐水，可以让他舒服一阵子。挂盐水的那几天，烟照样抽，只是少了几根。舒坦了，又变本加厉。每年冬天，老吴都觉得特别难受，去大医院住上几天，用上呼吸机。

然而病情的进展超乎全家人的预料，老吴呼吸衰竭得特别厉害。“肺彻底坏了，肺功能不可逆了。”医生的一句话，就像判决，让老吴退无可退。在病床上连张口呼吸都很难独立完成，更别说抽烟了。后来，老吴在重症监护室里，依靠呼吸机走完了生命最后的 3 个月，也与他心爱的香烟告了别。

祭拜父亲的时候，小吴挣扎了很久，还是没有买香烟，那是父亲的最爱，也是杀害父亲的“罪魁祸首”。

仿佛一头大象坐在胸口 “沉默的杀手”发病率高

《中国成人肺部健康研究》显示，我国慢阻肺患者近 1 亿，其中 40 岁以上慢阻肺发病率高达 13.7%，已跃升继心脑血管疾病、恶性肿瘤外的第三大死因。慢阻肺是一种以持续气流受限为特征的可以预防和治疗的肺部疾病。早期症状以咳嗽、疲乏为主，但是往往被患者忽视，直至肺功能下降到严重影响行动功能才来就诊。我国每年因慢阻肺病死亡的人数大约为 100 万。有关临床数据统计显示，我国仅有 35% 的慢阻肺病患者得到及时诊断，不到 25% 的患者接受了合理治疗。

因其起病隐匿，慢阻肺常被称为“沉默的杀手”。慢阻肺患者由于呼吸困难严重缺氧，不能自己穿衣，生活需要他人照护的情况给患者带来极大痛苦，而由于慢阻肺急性加重导致肺心病，呼吸衰竭在 ICU 抢救的案例也屡见不鲜。

沈华浩教授表示，“慢阻肺病是进行性不可逆的疾病，病情只会逐渐加重。”以爬楼梯来举例。一般人，从五六层开始气喘，慢阻肺早期可能两三层开始气喘，后面逐渐到平地走路就会喘不上气，最后连躺在床上都会有“被掐脖子”的感觉：“吸不进，呼不出”“呼吸不通畅，就像是一头大象坐在胸口”……

随着病情的发展，治疗手段也是逐渐“加码”的：从挂水消炎，到呼吸机，再到切开气管。

随之产生的检查和治疗费用，给患者、社会以及国家都造成了极大的经济负担和医疗卫生资源消耗。据悉，目前中国慢阻肺病患者每人年均疾病经济负担约 1 万元，已构成家庭和社会巨大的负担。更残酷的现实是，即使生命在延续，但是生存质量并不高。

自行戒烟成功率仅 3%

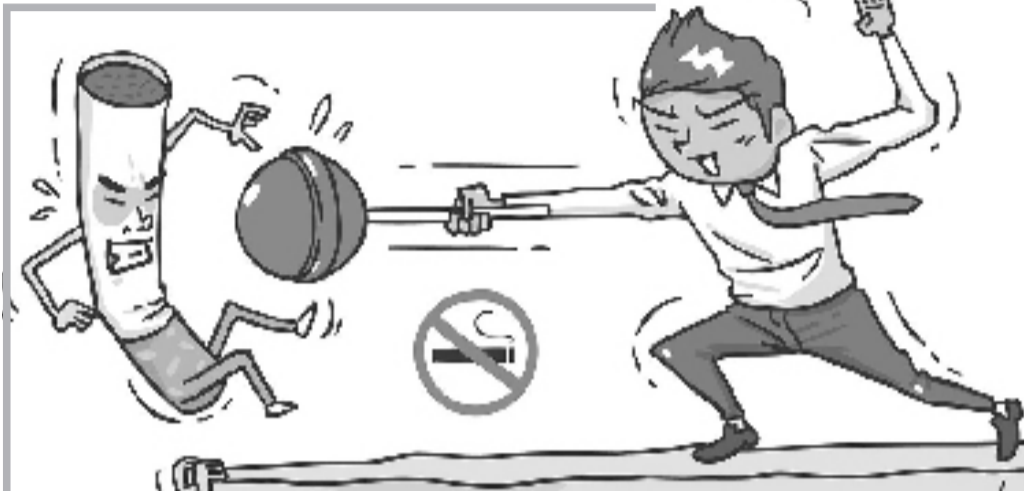
戒烟门诊和数字疗法让戒烟不再难

世界卫生组织的专家在分析原因时指出，抽烟、环境污染、职业暴露，以及过度的城市化、工业化进展都是这类疾病的罪魁祸首。

沈华浩教授呼吁，中年人一定要马上戒烟，烟雾不仅会致癌，更会损伤肺功能。“戒烟是这种疾病最好的预防方法，也是患病后必须配合治疗的手段。患上这种病，要想呼吸顺畅，依靠锻炼不行，一定要长期坚持吸入性糖皮质激素+双支扩剂的有效治疗，才能使损伤的肺功能逆转。”

吸烟的危害众所周知，但戒烟的困难甚至比天高。

浙大二院呼吸内科副主任医师应英华介绍，烟草依赖是一种慢性疾病，烟草危害是世界最严重的公共卫生问题之一。吸烟除了呼吸系统的慢阻肺病、哮喘，心血管系统的冠心病和动脉硬化、脑中风外，还能导致多种呼吸道和消化道肿瘤。“长期吸烟，让人对尼古丁和焦油产生过度依赖，会导致神经体液内分泌失调，一旦戒烟就会出现戒断反应。戒断反应会出现很多不适的症状，例如腹胀、腹痛、恶心、胸闷、气短、心悸、焦虑、神经紧



本报记者 杨茜 通讯员 金薇薇

63 岁的老李紧了紧步伐，迫不及待地从小兜里掏出烟盒，拔出一根烟，点上火，狠狠吸上一口，一瞬间“活”了过来。

他边抽烟边走到路边，蹲下，面朝那面镂空栏杆围起来的墙。在他心里，墙内外就是两个世界。墙那边是浙大二院，意味着疾病和疼痛，墙这边是他自己，可以恣意潇洒，不管不顾。左手是治疗慢阻肺的吸入药，右手是正在燃烧的香烟，耳边是刚刚医生的话：“再不戒烟，这些药也救不了你。现在只是气急，很快地，你可能连呼吸都会困难，只能切气管了。”谁能料到，生死决策，对于老烟枪来说，是这么的难。

烟草，作为引起慢阻肺的“头号杀手”，正慢慢蚕食着人们的健康。继高血压、糖尿病之后，慢阻肺病已经成为我国第三大慢性疾病。很多慢阻肺患者苟延残喘着，生活质量得不到保证。我国呼吸疾病领域学科带头人之一、教育部“长江学者”特聘教授、浙大二院呼吸与危重症医学科主任沈华浩教授说：“想要阻击慢阻肺，戒烟是第一步。”

张、失眠等。烟龄越长，戒断反应越严重。”相关统计显示，凭吸烟者毅力自行戒烟并做到一年内不复吸的成功率仅为 3%~5%，约 90% 的此类吸烟者均有戒烟后复吸的经历，而专业的戒烟门诊能将戒烟成功率提升至 32%。

近年来，我国多地医院设立戒烟门诊，为吸烟者提供专业治疗。戒烟门诊通常会根据病人对烟草的依赖程度采取心理干预、行为指导，利用戒烟药物改善患者烦躁不安、焦虑失眠等戒断症状。

随着科技的进步和医学的发展，戒烟有了更多辅助的手段。就比如家用智能一氧化碳检测仪+数字化尼古丁依赖干预管理，就是基于 AI+控烟教练式的尼古丁成瘾治疗管理+高风险疾病预防，只需要一部手机，全程跟踪戒烟情况，进行定期随访，监测呼出 CO 浓度，以及里程碑目标的完成状况，以及时调整干预手段，坚定并增强戒烟的决心。

51 岁的周先生是一名慢阻肺患者，长达 15 年的烟龄，每天吸烟 1 包。在使用结合家用一氧化碳检测仪的控烟数字疗法治疗 3 个月后，他成功戒掉了香烟，咳嗽、呼吸困难等症状次数也显著减少。戒烟对慢阻肺控制的积极作用初步显现。当然，数字疗法中针对吸入剂用药的指导与提醒，也提高了用药依从性，这对慢阻肺疾病长期控制也有一定帮助。

从发病机制寻找病理改变 团队不断降低慢阻肺危害

沈华浩教授带领团队，一直致力于慢阻肺领域的治疗探索。团队在全球首先研发出全新的慢阻肺动物模型，先用香烟烟雾暴露小鼠两周，激发小鼠的自体免疫，然后加入外源性自体抗原，加速 T 细胞的免疫反应。这样小鼠比原有方法缩短了 2/3 时间患上“老慢支”。

在慢阻肺危重症治疗领域，浙大二院呼吸与危重症医学科团队目前与王辰院士团队等深度合作，共同开展慢阻肺异质性发病机制研究，保持着一贯的高水准。

早在 9 年前，团队就引进介入治疗，成功救治慢阻肺合并巨大肺大疱的垂危病人。介入治疗的开展不仅存在技术难度，且临床上需要进行严格的适应症筛选，一般应用于不均一性肺大疱、肺气肿的病人。但只要病人选择合适，操作技术熟练，病人症状都可得到不同程度的缓解，提高生活质量。

降低慢阻肺危害，不仅是医学上需要探索的任务和目标，更是呼吸人的社会责任。沈华浩教授说，团队仍将持续研究慢阻肺的发病机制，寻找病理改变的通路。

未来，团队将依托全国和浙江省各级学会和协会以及学科的呼吸重点实验室平台，关注雕刻、电焊、影视、室内装修等特殊职业人群，通过长期随访来进一步揭露慢阻肺的发病规律。团队希望透过差异化的视角，来探索疾病内在的共同致病通路，进而找到有效治疗靶点。

