

世界哮喘日主题:强化哮喘教育 让患者更好地自由呼吸

影视剧中,我们常能看到这样一种病:发作突然,动辄让人无法呼吸、甚至昏厥或死亡,主角常要用力吸入一个小瓶子里的气雾才能得到缓解。

这便是哮喘,虽是编剧们爱用的桥段,但演绎的症状却并不夸张。现实生活中,哮喘病人数量庞大,据国际权威医学杂志《柳叶刀》报道,中国20岁及以上人群哮喘患病率为4.2%,全国约有4570万人,加上儿童患者和不典型哮喘患者,数据将超过6000万。

哮喘常被比喻为“冰山”,说的是患者所表现出的喘息、胸闷、气短等只是哮喘所露出的“冰山一角”,而早于喘息所发生的气道炎症及其他复杂病理机制,则是海面下的巨大冰体,威胁极大。

5月7日是世界哮喘日,今年的主题是“强化哮喘教育”。多年来,潮新闻·钱江晚报一直携手浙大二院沈华浩教授及其团队倡导哮喘的科学防治,曾在国际上推动发现胸闷变异性哮喘并把它写入我国最新版的高等医学院校教科书及《支气管哮喘防治指南》……为深化哮喘教育,我们邀请到首都医科大学附属北京朝阳医院黄克武教授、上海交通大学医学院附属第一人民医院张旻教授、浙江大学医学院附属第二医院华雯副主任医师三位呼吸与危重症医学科的大咖再谈哮喘患教,让更多人认识哮喘、了解哮喘、重视哮喘。

哮喘教育不可缺位 多一次倡议,少一次发作

数十年反复憋气、咳嗽找不到原因,一朝急性发作才被诊断出哮喘;断断续续用着哮喘药,直到肺功能严重受损呼吸衰竭被送入ICU抢救……每每见到这样的情景,首都医科大学附属北京朝阳医院呼吸与危重症医学科黄克武教授都深感遗憾。他指出,目前哮喘无法被彻底治愈,不能有了症状再医,要通过客观指标来综合定制治疗方案,把它当做高血压、糖尿病等慢病来管控,打好持久战。

哮喘是慢性气道炎症,核心治疗是吸入糖皮质激素(ICS)加支气管扩张剂。黄克武教授称,初诊后半年到一年是黄金治疗期,这期间有助于患者依从性的养成。据相关研究表明,通过规范的诊断及个体化治疗,80%以上哮喘患者的病情可以得到控制。就重度哮喘而言,随着生物靶向药物的出现和应用,嗜酸性粒细胞增高型或2型炎症患者都能够从中获益。

然而,规范化的用药方案却常被患者误解。在真实世界,哮喘患者规律维持使用ICS的依从性仅有37.6%。

“临床依然存在仅使用短效 β_2 -激动剂(SABA)吸入器,而无ICS处方的患者”。浙江大学医学院附属第二医院呼吸与危重症医学科华雯副主任医师解释,“过度使用SABA,例如一年内用完三罐(200墩/罐)或以上,相当于平均超过每日一次,会增加哮喘急性发作的风险,患者死亡率也会增加。”

哮喘教育,为的是帮助患者绕开防治“雷区”。

上世纪90年代末起,浙大二院、北京朝阳医院等著名的呼吸与危重症医学科率先在国内成立哮喘门诊、哮喘之家俱乐部等,为哮喘教育开了好头。

哮喘药物的科学使用,吸入技巧的掌握,病情进展的控制……事无巨细,都能在“医患沟通”、“病友分享”的专病健康教育模式中找到标准答案。让呼吸科



黄克武教授

医生们欣慰的是,大多数病人能够在治疗与患教中与医生成为“双向奔赴”的伙伴,双方共同努力制衡哮喘这个顽疾。

医患协作固然重要,但公众的哮喘教育也不应缺位。黄克武教授是中华医学会呼吸病学分会哮喘学组副组长,在临床工作数十年,诊疗经验丰富。他特别强调,许多时候哮喘症状非常隐匿,很容易被大众忽视。“发现咳嗽或胸闷长久不能缓解,或者夜间睡觉需要坐起来透气,小朋友大口、频繁叹气等等,都可能在提示我们哮喘的发生,务必要前往设施较为完善的医院做全面的肺功能检查。”他认为,携手主流媒体的力量,能够将哮喘防治意识触达更远。每多一次发声倡议,就可能少一次哮喘的急性发作。

哮喘教育的另一层含义,则是面向医护人员的教育。

据一项评估研究,不典型哮喘(咳嗽变异性哮喘、隐匿性哮喘、胸闷变异性哮喘)已被全国各级临床医生广泛知晓和诊治。

“但仍有相当高比例的基层医生在现实中未完全遵照指南的推荐使用支气管舒张试验、支气管激发试验等可变气流受限的客观检查来诊断哮喘,加上不典型哮喘表现隐匿,漏诊误诊率很高。”华雯医生表示,规范诊治哮喘的道路仍漫漫,必须持续加强医生群体对哮喘,尤其是不典型哮喘的认知和识别、诊治能力,联动呼吸专科与基层全科医生的力量,力争在基层实现重点人群的早筛,让全生命周期的哮喘患者得以长期接受规范化治疗,享有自由呼吸。



轻度哮喘“不轻” 切勿“拖”成重度

本报记者
曹露婷

“近期,感染、过敏等因素引发的哮喘患者多了,急诊中有的重度哮喘患者甚至还用上了ECMO抢救。”上海交通大学医学院附属第一人民医院呼吸与危重症医学科张旻教授对此感受明显。她介绍,哮喘有轻、中、重度之分,采取的治疗方式也有所不同,但危害都不容小觑。

这种现象在浙大二院呼吸与危重症医学科也有出现。就在前些天,一位60多岁的男患者就因哮喘急性发作导致呼吸衰竭,气管插管送入ICU,患者自述从小就有哮喘,却从来没有去过医院接受过哮喘的规范治疗。

“轻度哮喘占有哮喘患者的50%~75%。轻度哮喘患者由于症状较轻,且部分症状不典型,不易受到患者和医生的重视。”华雯医生介绍,平时症状相对较少的轻度哮喘患者一旦遇到过敏、呼吸道感染等刺激后,依然会有严重的急性发作、甚至死亡的风险,接近1/3的哮喘死亡发生在轻度哮喘。

“这类患者大多只注重短期内的症状缓解,但对哮喘长期管理的重要性认识不足。”华雯医生强调,所有哮喘患者都应当保证规范、正确地使用维持治疗,随身携带缓解类吸入制剂。

事实上,有相当一部分患者需要使用中高剂量吸入激素才能维持控制或依然控制不佳,这在哮喘分级上属于重度哮喘。

“有研究表明,每年的哮喘新发病例中有50%~60%都是重度哮喘。”张旻教授分析,其中的原因既有由于各种原因没有被及时诊断,长时间后使得原本可逆的气流受限已不能通过药物逆转;还有已被诊断的患者,却没有遵医嘱治疗,“拖”成重症。

明确诊断是降低哮喘重度化的第一要务。

一位年轻病人因肺部结节找到张旻教授,他不经意谈起自己受背部牵拉和心前区胸闷困扰三年的感受。凭借这一线索,张旻教授为他完善了肺功能等相关检查,最终确诊为胸闷变异性哮喘并对因治疗,潜在规避了急性发作、进展为重度的风险。

“重度哮喘患者要留心自己的血常规,是否存在嗜酸性粒细胞炎症,若指标偏高,哮喘急性发作的概率就比较高。当数值超过150个时,可能生物靶向药物治疗就获益。”张旻教授说,近80%的重度哮喘可归类为嗜酸性粒细胞哮喘。像美泊利单抗注射液等创新药物,可用于成人和12岁及以上青少年重度嗜酸性粒细胞性哮喘(SEA)的维持治疗,帮助患者有效减少哮喘急性发作。

此外,呼出气一氧化氮测定、诱导痰检测、血清总IgE和特异性IgE检测,也能够帮助医生较为精准地评估,选择重度患者的个体化用药方案。

控制哮喘是患者一生的课题,张旻教授总会把鼓励的话挂在嘴边。她和团队常会依据患者的病情和生活习惯、客观全面的肺功能检查等制定个性化的治疗方案和复诊频率。“我们会叮嘱轻度哮喘按需用药的患者,遇到感冒、过敏等明显诱因时,药物治疗必须做一个升级,如进行1~2周的维持用药或及时到院复诊。”她表示,在哮喘慢病的管理中,关注个体化以及随访监测至关重要,要秉承以最少不良反应确保更好治疗效果的原则。



张旻教授