附件1

**慢性阻塞性肺疾病分级诊疗重点任务**

**及服务流程图**

一、建立慢阻肺患者分级诊疗健康档案

根据慢阻肺患病率、发病率、就诊率和分级诊疗技术方案，确定适合分级诊疗服务模式的患者数量，评估病情和基本情况。加强信息系统建设，为适合分级诊疗患者建立联通二级及以上医院和基层医疗卫生机构的电子健康档案（含慢阻肺专病信息）。

二、明确不同级别医疗机构的功能定位

基层医疗卫生机构负责慢阻肺的早期筛查和临床初步诊断；按照上级医院已制定的疾病诊疗方案进行规范诊治，监督患者治疗依从性；建立健康档案和专病档案，做好信息报告工作；实施患者年度常规体检，有条件的可以开展并发症筛查；开展患者随访、基本治疗及康复治疗；开展健康教育，指导患者自我健康管理；实施双向转诊。

二级及以上医院负责疾病临床诊断，按照疾病诊疗指南与规范，制定个体化、规范化的治疗方案；实施患者年度专科体检，并发症筛查；指导、实施双向转诊；定期对基层医疗卫生机构医疗质量和医疗效果进行评估。其中，二级医院负责急症和重症患者的救治，对基层医疗卫生机构进行技术指导和业务培训。三级医院负责疑难复杂和急危重症患者的救治，对二级医院、基层医疗卫生机构进行技术指导和业务培训。

三、建立团队签约服务模式

签约团队至少包括二级及以上医院专科医师（含相关专业中医类医师，下同）、基层医疗卫生机构全科医生（含中医类医师，下同）和社区护士等。签约服务以患者医疗需求为导向，将二级及以上医院与基层医疗卫生机构、专科与全科、健康管理与疾病诊疗服务紧密结合, 充分发挥中医药在慢性病预防、诊疗、健康管理等方面的作用。有条件的试点地区，可以在签约团队中增加心理咨询师等人员。结合全科医生制度建设，推广以专科医师、全科医生为核心的团队签约服务。全科医生代表服务团队与患者签约，将公共卫生服务与日常医疗服务相结合，以患者为中心，按照签约服务内容，与专科医师、其他相关人员共同提供综合、连续、动态的健康管理、疾病诊疗等服务。

四、明确慢阻肺分级诊疗服务流程

**（一）基层医疗卫生机构服务流程。**

签约服务流程：接诊患者并进行初步诊断→必要时转至二级及以上医院确诊→对诊断为慢阻肺的患者，判断是否能够纳入分级诊疗服务→对可以纳入分级诊疗服务的，经患者知情同意后签约→建立专病档案→按签约内容开展日常治疗、体检、健康管理等。

上转患者流程：全科医生判断患者符合转诊标准→转诊前与患者和/或家属充分沟通→联系二级及以上医院→二级及以上医院专科医师确定患者确需上转→全科医生开具转诊单、通过信息平台与上转医院共享患者相关信息→将患者上转至二级及以上医院。

**（二）二级及以上医院服务流程。**

初诊患者流程：接诊患者并进行诊断→制定治疗方案→对诊断为慢阻肺的患者，判断是否能够纳入分级诊疗服务→可以纳入分级诊疗服务的患者转至基层就诊→定期派专科医师到基层医疗卫生机构巡诊、出诊，对分级诊疗服务质量进行评估。

接诊上转患者及下转流程：接诊患者并进行诊断→制定治疗方案→患者经治疗稳定、符合下转标准→转诊前与患者和/或家属充分沟通→联系基层医疗卫生机构→专科医生开具转诊单、通过信息平台与下转医院共享患者相关信息→将患者下转至基层医疗卫生机构。

患者

专科医生

确诊

病情稳定

全科医生

健康

管理人员

日常管理

病情监测

专科医生

**双向转诊**

**病情较重**

住院诊疗

继续观察诊疗

**病情不稳定**

患者到所在地

基层医疗卫生

机构

**出院**

**符合转诊条件**

**病情变化**

**图1：二级及以上医院分级诊疗服务流程**

患者

病史采集填写

项目调查表

个体化健

康评估

专科医生

全科医生

健康

管理人员

体格检查、实验室检查、健康评估等，有条件的开展并发症筛查或转诊至二级及以上医院开展并发症筛查和诊断。

评估并发症，制定、评估诊疗方案和诊疗质量等

执行日常治疗方案

健康教育

日常随访等

**知情同意**

个体化治疗

方案制定

日常管理

病情监测

专科医生

**双向转诊**

**签约**

**图2：基层医疗卫生机构分级诊疗服务流程**

附件2

**慢性阻塞性肺疾病分级诊疗服务技术方案**

慢性阻塞性肺疾病（以下简称慢阻肺，COPD）是最常见的慢性呼吸系统疾病，患病率高，疾病负担重，对我国居民健康构成严重威胁。实践证明，慢阻肺是可以预防和治疗的疾病。对慢阻肺患者早期发现、早期诊断、定期监测和长期管理，可以减缓肺功能下降，减轻呼吸道症状，减少急性加重发生率，显著改善患者的生存质量，有效降低国家和患者的疾病负担。

一、我国慢阻肺的现状

**（一）患病率。**根据国家卫生计生委2015年发布的《中国居民营养与慢性病状况报告》，我国40岁及以上人群慢阻肺的患病率约为9.9%。

**（二）疾病负担。**根据近期中国疾病预防控制中心疾病负担研究结果显示，慢阻肺的疾病负担居前列。

**（三）慢阻肺诊治情况。**慢阻肺是一种慢性呼吸系统疾病，需长期治疗和管理。由于慢阻肺症状隐匿，患者常于呼吸道症状逐渐加重时才到医院就诊，此时往往已到疾病的中晚期。对于出现慢性呼吸衰竭和肺心病的患者，医疗花费巨大，而治疗效果不佳。目前，我国还存在慢阻肺漏诊、误诊、治疗不规范现象。

二、慢阻肺分级诊疗服务目标、路径与双向转诊标准

**（一）目标。**充分发挥团队服务的作用，指导慢阻肺患者合理就医和规范治疗，减轻呼吸道症状，减少疾病急性加重发生，预防、监测并积极治疗并发症，延缓肺功能的下降，改善生活质量。发挥中医药在慢阻肺防治与康复方面的作用。

**（二）各级医疗卫生机构在慢阻肺管理中的作用和任务。**

**1.基层医疗卫生机构**

由于慢阻肺首诊大多在基层医院，所以社区医生对慢阻肺的诊断和治疗负有重要使命。主要包括慢阻肺预防、高危及疑似患者的识别、患者教育、稳定期治疗、康复治疗和长期随访。为保证慢阻肺诊疗工作质量，应将疑似患者及时转到二级及以上医院，及早明确诊断，同时启动随访管理和双向转诊机制。

**2.二级及以上医院**

二级医院主要协助基层医疗卫生机构确诊和管理慢阻肺患者，开展双向转诊，与三级医院专家研究鉴别诊断、制定疑难病例的诊治方案。主要包括慢阻肺确诊、患者综合评估分组、戒烟干预、制定稳定期分级治疗方案。如果二级医院具备相应的诊断设施和技术，可以独立进行慢阻肺的诊疗工作，并与基层医疗卫生机构全科医生共同管理慢阻肺患者。

三级医院的任务主要是对疑难、危重患者进行诊治，为基层医疗卫生机构全科医生和二级医院专科医师进行技术指导，共同管理慢阻肺患者，参加慢阻肺合并症、并发症等的诊治及会诊。对于部分疑难病例，协助二级医院专科医师制定诊治方案，评估急性加重，指导急性加重治疗，鉴别诊断及治疗并发症。同时负责慢阻肺诊断和治疗的质量控制。

**（三）路径（如下图）。**

**基层医疗**

**卫生机构**

**经二级及以上医院明确诊断的慢阻肺患者**

**病情稳定，症状控制良好，无药物不良作用**

**长期随访，复诊取药，患者宣教，危险因素干预（戒烟等）**

**出现需二级及**

**以上医院诊疗的新情况:急性加重，合并症等**

**转诊至二级及以上医院进一步评估诊治**

**症状控制不好，出现药物不良反应或其他不能耐受治疗情况**

**转诊至二级及以上医院评估患者情况，调整治疗方案**

**初次疑诊慢阻肺患者**

**适时复诊肺功能，不适随诊**

**明确诊断为慢阻肺患者，制定治疗方案，进行危险因素干预（戒烟等）**

**转诊至二级及以上医院明确**

**诊断**

**不能诊断慢阻肺，但有危险因素暴露者，进行干预（戒烟等）**

**病情稳定，症状控制良好，其他情况得到适当诊治者**

**（四）双向转诊标准。**

**1.上转至二级及以上医院的标准**

（1）初次筛查疑诊慢阻肺患者。

（2）随访期间发现慢阻肺患者症状控制不满意，或出现药物不良反应，或其他不能耐受治疗的情况。

（3）出现慢阻肺合并症，需要进一步评估和诊治。

（4）诊断明确、病情平稳的慢阻肺患者每年应由专科医师进行一次全面评估，对治疗方案进行必要的调整。

（5）随访期间发现出现急性加重,需要改变治疗方案：

① 呼吸困难加重，喘息，胸闷，咳嗽加剧，痰量增加，痰液颜色和（或）粘度改变，发热等。

② 出现全身不适、失眠、嗜睡、疲乏、抑郁、意识不清等症状。

③ 出现口唇紫绀、外周水肿体征。

④ 出现严重并发症如心律失常，心力衰竭，呼吸衰竭等。

（6）医生判断患者出现需上级医院处理的其他情况或疾病。

（7）对具有中医药治疗需求的慢阻肺患者，出现以下情况之一的，应当转诊：

①基层医疗卫生机构不能提供慢阻肺中医辨证治疗服务时。

②经中医辨证治疗临床症状控制不佳或出现急性加重者。

**2.下转至基层医疗卫生机构的标准**

（1）初次疑诊慢阻肺，已明确诊断，确定治疗方案。

（2）慢阻肺急性加重治疗后病情稳定。

（3）慢阻肺合并症已确诊，制定了治疗方案，评估了疗效，且病情已得到稳定控制。

（4）诊断明确，已确定中医辨证治疗方案，病情稳定的患者。

三、慢阻肺患者的疑诊、诊断与评估

**（一）慢阻肺疑似患者的识别。**

1.有慢性咳嗽、咳痰、呼吸困难、喘息或胸闷症状的首次就诊人群进行肺通气功能检测。

2.有吸烟史的35岁及以上人群首次就诊时建议进行肺通气功能检测。

3.有职业粉尘暴露史、化学物质接触史、生物燃料烟雾接触史的35岁及以上人群首次就诊时建议进行肺通气功能检测。

4.上述三类人群建议每年进行一次肺通气功能检测。

**表1 诊断慢阻肺的主要线索**

|  |  |
| --- | --- |
| 年龄在35岁以上人群，如存在以下情况，应考虑慢阻肺，并进一步进行肺功能检查。以下线索并不是诊断慢阻肺所必须的，但如果符合越多，慢阻肺的可能性越大。确诊则需有肺功能检查结果。 | |
| 呼吸困难 | ·进行性加重(逐渐恶化)  ·通常在活动时加重  ·持续存在(每天均有发生)  ·患者常描述为：呼吸费力、胸闷、气不够用、喘息 |
| 慢性咳嗽 | ·可为间歇性或无咳痰 |
| 慢性咳痰 | ·可为任何类型慢性咳痰 |
| 接触危险因素(尤其是) | ·吸烟  ·职业粉尘和化学物质  ·家中烹调时产生的油烟或燃料产生的烟尘 |
| 家族史 | 慢阻肺家族史 |

**（二）慢阻肺诊断与评估。**

慢阻肺肺功能诊断标准：肺功能检查如支气管扩张剂（吸入沙丁胺醇）后一秒钟用力呼气容积/用力肺活量（FEV1/FVC）<70%，可诊断慢阻肺。

**1.病史采集。**

（1）现病史：咳嗽、咳痰、呼吸困难、喘憋、胸闷、气短等的出现时间、程度。

（2）个人史：吸烟史、被动吸烟史，职业粉尘暴露史，化学物质暴露史，生物燃料接触史，儿童时期下呼吸道感染史。

（3）既往史：了解有无支气管哮喘、冠心病、高血压、肺心病、心律失常、骨质疏松、糖尿病等病史。

（4）家族史：询问有无慢阻肺、哮喘等家族史。

（5）社会心理因素：了解家庭、工作、个人心理、文化程度等社会心理因素。

**2.体格检查。**

（1）测量身高、体重。

（2）有否口唇紫绀、颈静脉怒张、双下肢浮肿。

（3）有否桶状胸，心率、呼吸频率、胸部语颤、胸部叩诊、肺下界移动度、双肺呼吸音，双肺有否啰音。

**3.实验室检查。**

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，具体分为基本项目、推荐项目和选择项目，详见“慢阻肺患者危险分层的检查评估指标”（表5）。

**4.肺功能分级。**

根据一秒钟用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比进行肺功能分级（表2）。

**表2 慢阻肺气流受限严重程度的肺功能分级**

**（基于支气管扩张剂后FEV1）**

患者FEV1/FVC＜0.70

|  |  |
| --- | --- |
| **分级** | **肺功能结果** |
| 轻度 | FEV1≥80%预计值 |
| 中度 | 50%≤FEV1＜80%预计值 |
| 重度 | 30%≤FEV1＜50%预计值 |
| 极重度 | FEV1＜30%预计值 |

**5.综合评估。**

慢阻肺综合评估包括气流受限程度（表2）、对患者呼吸症状的影响（表3）、对患者生活质量的影响（表4）、远期不良风险（如急性加重、住院或死亡），从而用以确定疾病的严重程度，指导治疗（表5）。

**表3 mMRC呼吸困难问卷（改良版英国医学研究委员会呼吸问卷）**

请在适合你的每个选项后面打勾（只选择一个）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **呼吸困难评价等级** | **呼吸困难严重程度** | **呼吸困难严重程度简略描述** |
| 0级 | 只有在剧烈活动时才感到呼吸困难 | 费力才喘 |
| 1级 | 在平地快步行走或步行爬小坡时出现气短 | 走快会喘 |
| 2级 | 由于气短，平地行走时比同龄人慢或者需要停下来休息 | 平路会喘 |
| 3级 | 在平地行走100 米左右或数分钟后需要停下来喘气 | 百米会喘 |
| 4级 | 因严重呼吸困难以至于不能离开家，或在穿衣服、脱衣服时出现呼吸困难 | 稍动就喘 |

**表4 慢阻肺评估测试（CAT）问卷**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 我从不咳嗽 | 0 1 2 3 4 5 | 我总是咳嗽 |
| 2 | 我肺里一点痰都没有 | 0 1 2 3 4 5 | 我肺里有很多痰 |
| 3 | 我一点也没有胸闷的感觉 | 0 1 2 3 4 5 | 我有很重的胸闷的感觉 |
| 4 | 当我在爬坡或爬一层楼梯时我并不感觉喘不过气来 | 0 1 2 3 4 5 | 当我在爬坡或爬一层楼梯时我感觉非常喘不过气来 |
| 5 | 我在家里的任何活动都不受慢阻肺的影响 | 0 1 2 3 4 5 | 我在家里的任何活动都很受慢阻肺的影响 |
| 6 | 尽管我有肺病我还是有信心外出 | 0 1 2 3 4 5 | 因为我有肺病对于外出我完全没有信心 |
| 7 | 我睡得好 | 0 1 2 3 4 5 | 因为我有肺病我睡得不好 |
| 8 | 我精力旺盛 | 0 1 2 3 4 5 | 我一点精力都没有 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **表5 慢阻肺综合评估** | | | | | |
| 2  1  4  3  风险（急性加重历史）  1次（未导致住院）  0次  ≥2次急性加重或住院≥1次  风险（气流受限GOLD分级）   |  |  | | --- | --- | | (C) | (D) | | (A) | (B) |   CAT<10 CAT ≥10  症状  mMRC 0-1 mMRC ≥2  呼吸困难 | | | | | |
| **患者**  **分类** | **特点** | **肺功能分级** | **每年急性加重次数** | **CAT** | **mMRC** |
| A | 低风险，  症状少 | 1-2 | ≤1 | <10 | 0-1 |
| B | 低风险，  症状多 | 1-2 | ≤1 | ≥10 | ≥2 |
| C | 高风险，  症状少 | 3-4 | ≥2；  或≥1因为急性加重入院 | <10 | 0-1 |
| D | 高风险，  症状多 | 3-4 | ≥2；  或≥1因为急性加重入院 | ≥10 | ≥2 |

**6. 合并症评估（二级及以上医院完成）。**

慢阻肺常与其他疾病并存，被称为合并症，会对慢阻肺的预后产生重大影响。

（1）心血管疾病（包括缺血性心脏病、心衰、房颤和高血压）：是慢阻肺的主要合并症，也是慢阻肺最常见和最重要的合并症。

（2）骨质疏松症、焦虑/抑郁和认知功能障碍：也是慢阻肺的常见合并症。但是这些合并症往往不能被及时诊断。存在上述合并症会导致患者生活质量下降，往往提示预后较差。

（3）肺癌：在慢阻肺患者中很常见。研究已证实，肺癌是轻度慢阻肺患者最常见的死亡原因。

（4）重症感染：特别是呼吸系统感染，在慢阻肺患者中很常见。

（5）代谢综合症和糖尿病：合并糖尿病会对患者的预后产生影响。胃食管反流病（GERD）是一种全身性合并症，会对肺部病变产生影响。

这些合并症会影响慢阻肺的死亡率以及入院率，应对患者常规行相关检查，并选择合适的治疗方案。

**7.慢阻肺患者危险分层的检查评估指标。**

基层医疗卫生机构需要完成病史、体检、基本项目及部分推荐项目检查。如病情需要，可将患者转诊至二级及以上医院完成推荐项目及选择项目的检查，进一步完善危险因素、肺功能损害以及并存临床疾患的评估（表6）。

**表6 慢阻肺患者危险分层的检查评估指标**

|  |
| --- |
| **询问病史和简单体检（必做的基本检查项目）：** |
| 咳嗽、咳痰、呼吸困难、喘憋等 |
| 吸烟史 |
| 职业粉尘等暴露史 |
| 儿童时期下呼吸道感染史 |
| 家族史（慢阻肺，哮喘，肺气肿） |
| 其他合并疾病史（心血管病，糖尿病及代谢性疾病，肿瘤，等） |
| 口唇、甲床紫绀 |
| 颈静脉怒张 |
| 桶状胸 |
| 呼吸频率，心率，心律 |
| 胸部语颤、胸部叩诊、肺下界移动度 |
| 呼吸音，啰音 |
| 双下肢浮肿，杵状指（趾） |
| **实验室检查：** |
| **基本项目（必做的基本检查项目）** |
| 血常规 |
| 肺通气功能检查（含支气管舒张试验）（不具备能力的基层医疗机构，可将患者转至二级或三级医院完成） |
| X线胸片 |
| 心电图 |
| 经皮脉搏血氧饱和度检测 |
| **推荐项目（二级或三级医院完成）：** |
| 动脉血气分析 |
| 痰培养 |
| 胸部CT检查 |
| 超声心动图 |
| 肺容量和弥散功能检查 |
| 6分钟步行距离测定 |
| **选择项目：** |
| PPD（结核菌素纯蛋白衍生物）试验 |
| D-二聚体（D-dimer） |
| B型尿钠肽（BNP） |
| C反应蛋白（CRP） |
| 过敏原检测 |
| 总IgE |
| 痰诱导及细胞学分类 |
| 呼吸道病毒抗体检查 |
| 呼出气一氧化氮（FeNO）检测 |
| 双下肢静脉超声 |
| 肺通气灌注扫描 |
| 运动心肺功能 |
| 骨密度测定 |
| 血清降钙素原 |
| 肿瘤标记物检查 |

**8.影响慢阻肺患者预后的因素。**

对初诊患者应通过全面询问病史、体格检查、各项辅助检查以及相关问卷评估，完成慢阻肺的综合评估，找出影响慢阻肺预后的危险因素、评价并存其他临床疾患等因素，并据此进行慢阻肺危险分层，量化评估预后（表7）。

**（三）慢阻肺的中医诊断与评估。**

慢阻肺属中医“肺胀”范畴。遵循“四诊合参”的原则，重点进行病史、症状与体征、舌脉诊等综合信息采集，综合评估患者病情，依据中华中医药学会2008年制定的《中医内科常见病诊疗指南～中医病证部分》“肺胀”诊疗指南（ZYYXH/T4～49～2008），辨析慢阻肺基本病机、辨析证候要素等，按照稳定期/急性加重期分别进行中医辨证、病证结合诊断。

四、慢阻肺稳定期的治疗

**（一）治疗目标。**

稳定期慢阻肺患者的治疗目标是：减轻当前症状，包括缓解症状，改善运动耐力，改善健康状况；降低未来风险，包括防止疾病进展，防止和治疗急性加重，减少病死率。

**（二）健康生活方式及危险因素控制。**

1.戒烟。

2.减少职业粉尘暴露和化学物质暴露，加强呼吸防护。

3.减少生物燃料接触，使用清洁燃料，改善厨房通风。

4.降低儿童时期的重度下呼吸道感染。

5.合理膳食，保持营养均衡摄入。

6.适量运动。

7.保持心理平衡。

**（三）中医健康管理。**

1.中医健康状态评估，体质辨识或辨证。

2.生活质量测评。

3.运动调养：指导患者进行呼吸保健操、缩唇呼吸、腹式呼吸等肺康复锻炼，选择个性化运动方式（如散步、导引、太极拳、八段锦、五禽戏等），合理控制运动量、运动时间和运动频率。

4.情志调理：指导患者合理选择音乐和娱乐活动等，调畅情志，愉悦心情。

5.生活指导：预防感冒，尽可能避免雾霾等空气污染物或刺激性气体等诱发急性加重，对患者生活起居进行个性化指导。

6.辨证施膳：根据证候分型、体质辨识和食物性味归经等综合评估给予膳食指导。

**表7 慢阻肺患病危险因素和影响预后的重要因素**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **危险因素** | **靶器官损害** | **合并其他临床疾患** |
| |  | | --- | | * 吸烟 * 职业粉尘和化学物质暴露 * 生物燃料接触 * 40岁及以上 * 家族史（慢阻肺，哮喘，肺气肿等） * 儿童时期下呼吸道感染史 | | * 肺功能受损 * CT提示肺气肿、肺大泡或慢性支气管炎 * 血气分析提示慢性呼吸衰竭 * 心脏超声提示右心功能不全 * B超提示肝肾功能受损（淤血性肝硬变） | * 心脑血管疾病 * 糖尿病及代谢性疾病 * 焦虑、抑郁 * 肺癌 * 骨质疏松 * 营养不良 * 肺栓塞和下肢深静脉血栓形成 * 肺结核 * 支气管扩张 * 支气管哮喘（ACOS） |

**（四）药物治疗。**慢阻肺常用药物包括支气管扩张剂、糖皮质激素、磷酸二酯酶4抑制剂以及其他药物（祛痰药、抗氧化剂、中医中药等）。

支气管扩张剂是缓解症状的主要治疗药物。包括β2受体激动剂、抗胆碱药物、茶碱类药物以及吸入激素与β2受体激动剂的联合制剂等。

药物治疗应遵循以下原则，优先选择吸入药物，坚持长期规律治疗，个体化治疗。依据患者临床情况、药物的适应症和禁忌症、药物的可获得性以及卫生经济学评估等选择适宜的治疗药物（表8）。

**（五）非药物治疗。**

慢阻肺的非药物治疗包括戒烟，疫苗，肺大泡切除术、肺减容手术，康复治疗，氧疗，无创呼吸机辅助通气治疗等（表9）。

**表8 慢阻肺起始药物治疗管理**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **首选方案** | | **次选方案** | | **替代方案** | |
| A | 短效抗胆碱能药物（需要时） 或  短效β2受体激动剂（需要时） | | 长效抗胆碱能药物 或  长效β2受体激动剂 或  短效抗胆碱能药物联合短效β2受体激动剂 | | 茶碱 | |
| B | 长效抗胆碱能药物 或  长效β2受体激动剂 | | 长效抗胆碱能药物联合长效β2受体激动剂 | | 短效β2受体激动剂 和/或  短效抗胆碱能药物  茶碱 | |
| C | 吸入糖皮质激素联合长效β2受体激动剂 或  长效抗胆碱能药物 | | 长效抗胆碱能药物联合长效β2受体激动剂 或  长效抗胆碱能药物联合磷酸二酯酶-4抑制剂 或  长效β2受体激动剂联合磷酸二酯酶-4抑制剂 | | 短效β2受体激动剂 和/或  短效抗胆碱能药物  茶碱 | |
| D | 吸入糖皮质激素联合长效β2受体激动剂 或/和  长效抗胆碱能药物 | | 吸入糖皮质激素联合长效β2受体激动剂和长效抗胆碱能药物 或  吸入糖皮质激素联合长效β2受体激动剂和磷酸二酯酶-4抑制剂 或  长效抗胆碱能药物联合磷酸二酯酶-4抑制剂 | | 羧甲司坦  N-乙酰半胱氨酰  短效β2受体激动剂 和/或  短效抗胆碱能药物  茶碱 | |

**表9 慢阻肺非药物治疗管理**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者组** | **基本治疗** | **推荐** | **取决于当地情况** |
| A组 | 戒烟（可包含药物治疗） | 体力活动 | 流感疫苗  肺炎疫苗 |
| B-D组 | 戒烟（可包含药物治疗）  肺康复治疗 | 体力活动 | 流感疫苗  肺炎疫苗 |

**（六）中医药治疗。**根据具体病情，参照中华中医药学会2008年制定的《中医内科常见病诊疗指南～中医病证部分》“肺胀”诊疗指南（ZYYXH/T4～49～2008）, 根据患者辨证分型合理选择中药（含中药饮片、中成药、中药制剂）和/或中医非药物疗法（含冬病夏治/冬病冬治穴位贴敷药、拔罐、穴位注射、穴位埋线、针灸、砭石疗法等）。

**（七）慢阻肺并发症与合并症的识别和治疗。**

慢阻肺常伴有多种合并症或并存临床疾患，包括心血管疾病、焦虑抑郁、糖尿病和代谢性疾病、骨质疏松、肺癌、感染等。这些合并症可发生在慢阻肺的任何阶段，对疾病进展、住院率和病死率有显著影响。应该及早发现慢阻肺合并症并给予适当的治疗。

五、慢阻肺急性加重的治疗

慢阻肺急性加重是指患者以呼吸道症状加重为特征的临床事件，其症状变化程度超过日常变异范围并导致药物治疗方案改变。慢阻肺急性加重是慢阻肺疾病病程的重要组成部分，因为急性加重可降低患者的生命质量，使症状加重、肺功能恶化，数周才能恢复，加快患者肺功能下降速率，特别是与住院患者的病死率增加相关，加重社会经济负担。

**（一）基层医疗卫生机构治疗。**

慢阻肺急性加重早期、病情较轻的患者可以在基层医疗卫生机构治疗，但需注意病情变化，一旦初始治疗效果不佳，症状进一步加重，需及时转送二级及以上医院诊治。基层治疗包括适当增加以往所用支气管舒张剂的剂量及频度，单一吸入β2-受体激动剂或联合应用吸入β2-受体激动剂和抗胆碱药物。对较严重的病例可给予较大剂量雾化治疗，并加用抗菌药物。

**（二）二级及以上医院住院治疗。**

病情严重的慢阻肺急性加重患者需要住院治疗，到二级及以上医院就医或住院治疗的指征：

（1）症状明显加重，如突然出现静息状况下呼吸困难；

（2）重度慢阻肺；

（3）出现新的体征或原有体征加重（如发绀、意识改变和外周水肿）；

（4）有严重的伴随疾病（如心力衰竭或新近发生的心律失常）；

（5）初始治疗方案失败；

（6）高龄；

（7）诊断不明确；

（8）基层医疗卫生机构治疗无效或条件欠佳。

**（三）二级及以上医院ICU住院治疗。**

慢阻肺急性加重患者收入ICU指征，包括：

（1）严重呼吸困难且对初始治疗反应不佳；

（2）意识障碍（如嗜睡、昏迷等）；

（3）经氧疗和无创机械通气低氧血症（PaO2 <50 mm Hg）仍持续或呈进行性恶化，和（或）高碳酸血症（PaCO2>70 mm Hg）无缓解甚至恶化，和（或）严重呼吸性酸中毒（pH值<7.30）无缓解，甚至恶化；

（4）需要有创机械通气的；

（5）血流动力学不稳定，需要使用升压药物的。

六、慢阻肺患者的管理

**（一）慢阻肺患者分层分级管理内容。**

对慢阻肺患者按照综合评估的分组进行分级管理（表10）。

**表10 慢阻肺患者分级管理**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目** | **一级管理** | **二级管理** |
| 管理对象 | A，B组 | C，D组 |
| 建立健康档案 | 立即 | 立即 |
| 非药物治疗 | 立即开始 | 立即开始 |
| 药物治疗（确诊后） | A组按需或酌情使用；  B组立即开始 | 立即开始 |
| 随访周期 | 6个月一次 | 1-3个月一次 |
| 随访肺功能 | 1年一次 | 6个月一次 |
| 随访症状 | 6个月一次 | 3个月一次 |
| 随访急性加重（包括住院） | 6个月一次 | 3个月一次 |
| 随访合并症 | 1年一次 | 1年一次 |
| 转诊 | 必要时 | 必要时 |

**（二）患者自我管理。**

1.患者自我管理：提倡慢阻肺患者自我管理，也可以成立自我管理小组等互助组织，与其他患者交流经验。在专业人员的指导下，认识慢阻肺的危害，戒烟、调整饮食、适当运动、保持心情愉快等保健知识，学习吸入药物使用的方法和注意事项，开展患者肺康复训练，增强防治慢阻肺的主动性及药物治疗的依从性，提高与医生沟通的能力和紧急情况下寻求医疗帮助的能力，提高慢阻肺的管理效果。

2.自我管理指标：

（1）慢阻肺疾病知晓率。

（2）慢阻肺防治知识知晓率。

（3）药物的治疗作用及副作用，药物使用方法知晓率。

（4）患者就医依从性、医嘱执行率。

（5）干预行为执行率。

（6）慢阻肺中医药防治知识知晓率。

**（三）患者并发症及并发疾病的检查。**

慢阻肺患者常伴有合并症及并发疾病，需要定期检查（表11）。

**表11 慢阻肺并发症和合并症相关检查**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **检查项目** | **针对的并发症/合并症** | **检查频率** | **检查地点** |
| 心脏超声检查 | 心血管疾病 | 每年一次或按需 | 二级及以上医院 |
| 下肢静脉超声检查 | 肺栓塞及静脉血栓栓塞症 | 每年一次或按需 | 二级及以上医院 |
| 血生化（空腹血糖、血脂、血肌酐、尿酸等） | 糖尿病  高脂血症  高尿酸血症 | 每年一次或按需 | 社区 |
| D-二聚体 | 肺栓塞及静脉血栓栓塞症 | 必要时或按需 | 二级及以上医院 |
| B型尿钠肽 | 心功能不全 | 必要时或按需 | 二级及以上医院 |
| 心电图 | 心律失常 | 每年一次或按需 | 社区 |
| 焦虑抑郁量表 | 焦虑抑郁 | 每年一次 | 社区 |
| 胸部CT | 肺癌，支气管扩张，肺结核等 | 每年一次或按需 | 二级及以上医院 |
| X线胸片 | 肺部感染 | 每年一次或按需 | 二级及以上医院或有条件的社区 |
| 血气分析 | 慢性呼吸衰竭 | 必要时或按需 | 二级及以上医院或有条件的社区 |
| 骨密度测定 | 骨质疏松症 | 必要时 | 二级及以上医院或有条件的社区 |

对慢阻肺患者进行中医证候辨识，每3月一次，且每年必须至少有2次中医证候辨识在二级及以上中医类医院进行。

**（四）慢阻肺姑息治疗和临终关怀。**

慢阻肺的疾病特点就是患者健康状况不断恶化、症状不断增加，随疾病急性加重的频繁发生而不断加重慢阻肺病情，死亡风险日益增加。基层医疗卫生机构提供的姑息治疗、临终关怀和养护治疗是慢阻肺晚期患者治疗的重要组成部分。可根据患者情况辨证使用中医综合治疗，减轻症状，提高生活质量，延长生存期。

对于重度慢阻肺患者基层医疗卫生机构的全科医生、护士应该同患者及其家属多交流沟通，应该告知可能发生的各种危急情况及相应的治疗措施和经济负担。姑息治疗是在传统疾病治疗模式基础上的延伸，其目的是尽可能地防止和缓解患者痛苦，保证患者获得最佳生活质量，主要内容是提高患者生活质量、向患者提供情绪和精神支持。姑息治疗可以提高晚期患者生活质量、减少症状、尽可能延长患者生存期。

养护治疗主要是对支气管扩张剂治疗无效、且在休息时即有呼吸困难、住院和急诊就诊次数增加的进行性加重的晚期慢阻肺患者提供治疗。

抄送：委（局）直属有关单位，有关大学医院管理部门，中华医学会，中国医院协会、中国医师协会、中华护理学会、中华中医药学会。

国家卫生计生委办公厅 2016年12月28日印发

校对：胡瑞荣