临床肺科杂志，2013，18（11）：1948－1949.
7 陈剑波，田佳，贵建平. AECOPD 患者血浆 BNP 水平及其临床意义［J］. 临床肺科杂志，2012，17（10）：1763－1764.
8 何晟，魏立平，康闪闪，等. 无创通气对 AECOPD 患者的临床疗效及对 TNF－α，CRP 影响［J］. 中国医药科学，2012，2（14）：223－224.
9 王永华. 无创通气对慢性阻塞性肺疾病急性加重期伴呼吸衰竭患者脑钠肽影响［J］. 山西医药杂志：上半月，2013，42（7）：806－807.
10 Chen YH，Yao WZ，Cai BQ，et al. Economic analysis in admitted patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease［J］. Chinese Medical Magazine（Engl），2008，121（7）：587－591.
11 付利萍. 机械通气治疗慢性阻塞性肺疾病的临床效果及护理体会［J］. 实用心脑肺血管病杂志，2012，20（7）：1155.
12 王娜，林育红. 无创正压通气治疗 COPD 急性加重期并 2 型呼吸衰竭的临床观察［J］. 疑难病杂志，2012，11（11）：846－848.
13 谭伟，孙龙凤，代冰，等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重合并Ⅱ型呼吸衰竭患者使用无创正压通气成功的临床预测因素研究［J］. 中国全科医学，2013，16（1）：147.
14 Ye F，He LX，Cai BQ，et al. Spectrum and antimicrobial resistance of common pathogenic bacteria isolated from patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in mainland of China［J］. Chinese Medical Magazine（Engl），2013，126（12）：2207－2212.

（收稿日期：2014－06－13）

·指南·共识·标准·

全球哮喘防治创议新版指南解读——儿童哮喘管理方案

2014 年 5 月，全球哮喘防治创议（GINA）委员会根据近年来研究数据对哮喘指南进行了修订，在儿童哮喘的诊断、评估、治疗和管理等方面有较多更新。由于长期哮喘管理方案对儿童哮喘的治疗效果和预后至关重要，因此本文对 GINA 新版指南中与儿童哮喘管理方案相关的更新内容进行解读，以深入理解新版指南的变化。

●关于哮喘控制治疗药物

新版指南指出，吸入型糖皮质激素（ICS）仍是控制哮喘症状和降低未来风险的首选药物，但 ICS 在不同年龄段儿童中的使用剂量有所调整，将 5 岁以上儿童又分为 6～11 岁和 12 岁以上；5 岁以下儿童增加了低剂量（160 μg）环索奈德治疗。吸入型长效 β_2 受体激动剂（LABA）仍需联合 ICS 使用，主要用于中等剂量控制不佳的哮喘患儿。白三烯受体拮抗剂可以改善哮喘患儿临床症状，但其效果不如低剂量 ICS，且联合使用效果亦不如增高 ICS 剂量。新版指南对抗 IgE 治疗（奥马珠单抗）做了更详细的说明，如给出了 6 岁及以上哮喘儿童应用的适应证。由于茶碱毒性较强，故新版指南不推荐其用于儿童哮喘的控制治疗，除非不能使用 ICS 者。

●关于 6 岁及以上儿童哮喘的阶梯式治疗方案

新版指南给出了青少年初始治疗方案选择的循证意见，同时指出治疗方案的升级和降级要以症状控制和降低未来风险为中心，更加注重了急性发作风险、固定气流受限风险和药物不良反应风险的评估，从而指导治疗方案的选择。第 1 级治疗仍是按需使用吸入速效 β_2 受体激动剂（SABA），但新版指南认为低剂量 ICS 可作为备选，尤其是存在急性发作风险时。该指南首次明确指出对于青少年在第 3 和第 4 级治疗中，可直接使用低剂量 ICS/福莫特罗作为控制和缓解药物，但对于 6～11 岁儿童则首选增加 ICS 剂量同时按需使用 SABA。新版指南根据升级治疗维持时间将其分为持续升级、短期升级及每日剂量调整。降级治疗总体原则为：（1）哮喘症状得到良好控制，且肺功能已稳定 3 个月及以上，则考虑降级治疗；如果存在急性发作或固定气流受限，无严密监管下不可降级治疗。（2）选择适当时间（无呼吸道感染等）。（3）采用各级治疗均为试验性治疗。（4）每 3 个月降低 ICS 剂量 25%～50% 对于大多数患者是安全可行的。新版指南还认为如果过去 6～12 个月内无症状且无任何危险因素，可考虑停用控制药物。

●关于 6 岁及以上儿童哮喘急性发作的管理

新版指南认为哮喘急性发作的治疗和管理应该是一个连续的过程，包括早期自我管理、基层医疗机构处理及急救医疗机构处理。新版指南强调，6 岁及以上儿童哮喘重度发作者，在原有治疗基础上可静脉应用糖皮质激素，并可考虑静脉应用硫酸镁；而在第 1 个小时内未能及时使用全身性糖皮质激素者应用高剂量 ICS 可以减少住院率。新版指南还明确指出，静脉途径氨茶碱或茶碱不应该用于哮喘急性发作的治疗，主要是因其不良反应较大，且作用不如 SABA。治疗后的再评估由原来的 1～2 h 缩短至 1 h，强调了反复评价、及时处理的重要性。另外，该指南还将食物过敏列为哮喘相关死亡的危险因素。

●关于 5 岁及以下儿童哮喘的管理

新版指南基于症状模式、急性发作风险、不良反应风险及对治疗的反应给出了阶梯式治疗方案，较 2009 年版指南更加细化地分为 4 级，并提出各级治疗的适应证。在 2012 版 GINA 指南基础上，新版指南明确给出了病毒诱发性喘息的治疗原则，即虽然病毒诱发性喘息不会频繁发作，但发作时症状较严重者也需要规律控制治疗。对于疑似哮喘诊断且需要频繁使用 SABA〔>1 次/（6～8 周）〕缓解症状者，可作诊断性治疗。新版指南对哮喘急性发作严重程度评估较 2009 年版 GINA 指南更为严格，将氧饱和度 >0.95 定义为轻度、<0.92 定义为重度。另外对于 2 岁及以上儿童哮喘的急性发作，尤其是症状持续时间 <6 h 者，该指南指出硫酸镁吸入治疗可以作为常规吸入 SABA 和异丙托溴铵之外的一种备选方案，也可尝试静脉应用硫酸镁。

（来源：医学论坛网）