

· 视点 ·

二、三级医院间三种常见呼吸系统疾病的双向转诊建议

常见呼吸系统疾病双向转诊建议制订组

【提要】 针对慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、社区获得性肺炎 3 种最常见的呼吸系统疾病,讨论制定了二、三级医院双向转诊的指征和实施建议。希望通过尝试落实双向转诊、分级治疗,使各级医院的医护人员各尽其职,节省医疗资源,减轻政府和群众医疗负担,提高疾病的诊疗水平。

【关键词】 病人转诊; 肺疾病,慢性阻塞性; 哮喘; 肺炎

我国政府一直倡导城市三级甲等医院(三甲医院)与区、县级医院(二级医院)以及社区卫生服务中心和乡镇卫生院之间实行患者双向转诊制度,提倡分级治疗,但时至今日,仍收效不大。长期以来,基层和上级医院之间的转诊一直处于随意、无序的状态,严重影响了人民群众的就诊和基层医疗水平的提高,同时也造成医疗卫生资源的浪费,三甲医院人满为患而基层医疗机构门可罗雀状况没有改善,医疗资源两极分化的问题亟待解决。

北京医师协会呼吸内科专科医师分会组织专家及各区、县医院呼吸科主任就目前最常见的 3 种呼吸系统疾病:慢性阻塞性肺疾病(COPD)、支气管哮喘、社区获得性肺炎(CAP),讨论制定了双向转诊指征和实施办法的建议。由于到目前为止,内地城市社区卫生服务中心和乡镇卫生院等基层单位,无论是技术力量还是医疗设备和药品种类都还无法全面承担各种常见呼吸疾病的规范诊治任务,因此本建议所指双向转诊主要指三甲医院与区、县二级医院呼吸科之间的转诊,不包括城市社区卫生服务中心和乡镇卫生院。希望通过尝试,落实双向转诊、分级治疗,使各级医院的医护人员各尽其职,各负其责,尽可能节省医疗资源,减轻政府和群众医疗负担,提高常见呼吸系统疾病的诊疗水平。

一、COPD 的转诊^[1-2]

1. 从区、县二级医院向三级医院转诊的指征:绝大多数稳定期 COPD 患者可以在区、县二级医院呼吸科治疗和管理。即使需要进行无创机械通气治疗,只要患者就诊的二级医院具有进行无创机械通气设备和经验,仍可在二级医院呼吸科进行治疗。

COPD 急性加重指患者以呼吸道症状加重为特征,其症状变化程度超过日常变异范围,需要改变治疗方案。COPD 急性加重初期或症状较轻的患者可先在区、县二级医院呼吸科进行治疗,但如果患者已出现需要收住呼吸监护病房的适应证或有创机械通气适应证,应尽快与三级医院呼吸科联系,确定好床位后,使用具有应急插管上机条件的救护车将患者转运到三级医院,必要时区、县二级医院呼吸科医生应护送患者,以免转诊途中发生意外。如果 COPD 急性加重患者就诊的区、县二级医院具有进行有创机械通气及重症监护设备和经验,或患者生命体征不稳定、不适合转运时,患者仍可在区、县二级医院呼吸科进行治疗。

患者收住呼吸监护病房的适应证包括:①对初始急诊治疗反应差的严重呼吸困难;②意识状态改变,包括意识模糊、昏睡、昏迷;③持续性低氧血症 [$\text{PaO}_2 < 40 \text{ mmHg}$ ($1 \text{ mmHg} = 0.133 \text{ kPa}$)]或进行性加重和/或严重或进行性加重的呼吸性酸中毒 ($\text{pH} < 7.25$),氧疗或无创通气治疗无效;④需要有创机械通气治疗;⑤血流动力学不稳定、需要使用升压药。

患者进行有创机械通气的适应证包括:①不能耐受无创通气、无创通气失败或存在使用无创通气的禁忌证;②呼吸或心跳骤停、呼吸暂停导致意识丧失或窒息;③意识模糊、镇静无效的精神运动性躁动;④严重误吸;⑤持续性气道分泌物排出困难;⑥心率 $< 50 \text{ 次/min}$,且反应迟钝;⑦严重的血流动力学不稳定,补液和血管活性药物无效;⑧严重的室性心律失常,危及生命的低氧血症,且患者不能耐受无创通气。

2. 从三级医院转回区、县二级医院的指征: COPD 急性加重期患者经过有效治疗达到出院或转出标准即可转回区、县二级医院,二级医院应当预留

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2015.11.008

通信作者:何权瀛, 100044 北京大学人民医院呼吸科, Email: hxxk313@126.com

床位并做好相应接收登记工作。

COPD 患者出院或转出指征:①能够使用长效支气管扩张剂,即 β_2 受体激动剂和/或抗胆碱药,联合或不联合吸入糖皮质激素;②吸入短效 β_2 受体激动剂不超过每 4 小时 1 次;③非卧床患者须能在室内行走;④患者能够进食,且睡眠不会因呼吸困难而频繁中断;⑤患者临床表现稳定 12~24 h;⑥动脉血气分析稳定 12~24 h;⑦患者或其家庭照顾者能够掌握药物的正确使用方法;⑧随访和家庭照顾计划安排妥当,包括随访护士、氧气输送、饮食提供等。

COPD 急性加重患者转出前应当做好的准备工作包括:①确保已制定了有效的家庭维持药物治疗方案;②对药物吸入技术进行再次评价;③针对维持治疗方案的作用进行健康教育;④针对如何停止糖皮质激素和抗生素治疗进行指导;⑤评价是否需要长期氧疗;⑥确定已安排 4~6 周后随访;⑦提供合并症的处理和随访计划。

二、支气管哮喘的转诊^[3,4]

1. 从区、县二级医院向三级医院转诊的指征:轻度、部分中度急性发作的哮喘患者可在家中或社区治疗,部分中度及所有重度、危重度急性发作的哮喘患者均应去急诊或三级医院治疗,尤其是具有以下特征的高危患者应尽快向三级医院转诊治疗:①1 年内曾因哮喘发作住院抢救或治疗;②1 年内曾因哮喘发作接受机械通气治疗;③1 年内曾因哮喘发作在急诊就诊过或留观治疗;④目前正在口服糖皮质激素治疗;⑤此前治疗过程中曾突然撤停激素或激素减量速度过快;⑥患者有医嘱外用药物,特别是有可能诱发哮喘的药物,如阿司匹林、心得安等;⑦重度及危重度急性发作哮喘,尤其是经过药物治疗后症状、肺功能无改善甚至继续恶化者;⑧呼气峰流速(PEF) < 正常预计值或个人平时最佳值的 60%;⑨吸入速效激动剂(SABA)1 h 后症状仍无缓解,或吸入 SABA 后症状虽然暂时缓解,但持续时间 < 4 h,或间隔 3~4 h 需再吸入 SABA;⑩口服甲泼尼龙 30 mg,4~6 h 后症状仍无改善;⑪难治性哮喘:规范吸入糖皮质激素和长效 β_2 激动剂,或应用更多种控制药物(第 V 级)规范治疗 6 个月仍未达到良好控制;⑫哮喘鉴别诊断有困难;⑬哮喘合并症治疗有困难。

2. 从三级医院转回区、县二级医院的指征:经过系统治疗后,患者症状显著改善,PEF、第 1 秒用力呼气容积(FEV₁)占预计值百分比恢复到正常人或个人最佳值的 60% 以上,可以考虑转回区、县二

级医院继续治疗和管理。转院时医生应当为患者制定详细的哮喘管理书面计划,明确近期应达到的目标;审核患者是否能正确使用药物(包括所用吸入装置),是否知道什么情况下应到医院就诊;正确测定、记录、观察 PEF;找出患者哮喘发作或加剧的诱因,并能制定出有效的预防措施;进一步调整用药方案,落实随访计划。

三、CAP 的转诊^[5]

1. 从区、县二级医院向三级医院转诊的指征:一般 CAP 均可在区、县二级医院呼吸科住院治疗,但是以下情况下应考虑向三级医院转诊:①治疗 48 h 症状无改善或一度改善后又恶化者,即初始治疗无效,没有条件进一步寻找原因或改进治疗措施(如药品缺乏等)。②疑为特殊感染或合并特殊感染,包括分枝杆菌、真菌、肺孢子菌,需要进一步明确病因者;或重症病毒性肺炎。③严重、多重细菌耐药性肺炎。④存在下述基础疾病或相关因素导致治疗困难: COPD, 糖尿病, 慢性心、肾功能不全, 恶性实体肿瘤或血液病, 获得性免疫缺陷综合征(AIDS), 吸入性肺炎或存在发生吸入性肺炎的危险因素, 精神状态异常, 近年反复多次因肺炎住院治疗, 脾切除、器官移植术后发生肺炎, 慢性酗酒, 重度营养不良, 长期使用免疫抑制剂等。⑤存在以下其他征象者: 出现意识障碍或合并重度脑血管疾病, 存在肺外感染如败血症、脑膜炎, I 型或 II 型呼吸衰竭, 合并肝肾功能衰竭, 有弥散性血管内凝血(DIC)证据等。

满足重症肺炎诊断标准的患者需密切观察,积极救治,有条件时建议收住重症监护室治疗。出现下列征象中 1 项或以上者可诊断为重症肺炎:①意识障碍;②呼吸频率 ≥ 30 次/min;③ $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg, 氧合指数($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) < 300 mmHg, 需行机械通气治疗;④动脉收缩压 < 90 mmHg;⑤并发脓毒性休克;⑥X 线胸片显示双侧或多肺叶受累,或入院 48 h 内病变扩大 $\geq 50\%$;⑦少尿:尿量 < 20 ml/h, 或 < 80 ml/4 h, 或并发急性肾功能衰竭需要透析治疗。

2. 从三级医院出院指征: CAP 属于急性病,治愈或好转后即可直接出院,基本不涉及转诊问题。经有效治疗后,患者病情明显好转,同时满足以下 6 项标准时,可以直接出院回家康复:①维持正常体温超过 24 h;②平静状态时心率 ≤ 100 次/min;③平静时呼吸 ≤ 24 次/min;④收缩压 ≥ 90 mmHg;⑤不吸氧情况下动脉血氧饱和度正常;⑥可以接受口服药物治疗,无精神障碍等。出院时三级医院应向患者说明出院后继续治疗方案和复查时间、复查内容,

教会患者知道今后如何预防肺炎发生,包括接种流感疫苗、肺炎链球菌疫苗。

四、措施建议

为了切实做好二、三级医院间这 3 种呼吸系统疾病的双向转诊,建议从现有医疗体制入手,从制度上加以保证。建议以下措施供参考:①各级医院必须严格遵守相应的双向转诊制度,并做到有专人负责,向上转有人接,转下去有人管,中间必须切实做好衔接工作,建立登记制度;②各级医院呼吸科严格执行双向转诊标准,做到公开、公平、公正,不搞特殊化;③转诊时必须同时说明转诊的原因,明确转诊目的、目标,减少盲目转诊;④为了鼓励、促进双向转诊,建议卫生行政管理部门会同公费医疗和医疗保险管理部门,对于认真执行双向转诊的患者予以提高医疗费用报销比例,对于不符合转诊标准私自转诊者则降低其医疗费用报销比例,创造有利于规范转诊的机制;⑤各级医疗主管部门将落实双向转诊的效果纳入医院科室年终考核重点项目,奖优罚劣;⑥建议可以先以呼吸系统疾病转诊为试点,逐渐推广到其他常见病的转诊。

制订组成员名单(按姓氏汉语拼音排序):安福成(北京市门头沟区医院),陈良安(解放军第 301 医院),何权瀛(北京大学人民医院),靳秀红(北京市平谷区医院),李兵(解放军第 261 医院),李向欣(北京市昌平区医院),刘建华(北京市怀柔区第一医院),刘双(首都医科大学附属北京安贞医院),马艳良(北京大学人民医院),马迎民(首都医科大学附属北京朝阳医院西院),聂秀红(首都医科大学附属北京宣武医

院),孙丽(北京市中关村医院),孙永昌(首都医科大学附属北京同仁医院),田桂珍(解放军第 263 医院),童朝晖(首都医科大学附属北京朝阳医院),王春红(北京市密云县医院),王广发(北京大学第一医院),王浩彦(首都医科大学附属北京友谊医院),王虹(北京市第六医院),文仲光(解放军第 304 医院),夏国光(北京市积水潭医院),余春晓(京煤集团总医院),张爱民(北京市良乡医院),张长群(解放军第 401 医院),张杰(首都医科大学附属北京天坛医院),张文须(北京市房山区老年病医院),张永祥(北京市大兴区医院),张忠(北京市丰台医院) (执笔人:何权瀛)

参 考 文 献

- [1] GOLD Executive Committee. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [EB/OL]. (2011) [2015-02-16]. <http://www.goldcopd.com>.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36(4): 255-264. doi: 10. 3760/cma. j. issn. 1001-0939. 2013. 04. 007.
- [3] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南(支气管哮喘的定义、诊断、治疗和管理方案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2008, 31(3): 177-185. doi: 10. 3321/j. issn: 1001-0939. 2008. 03. 007.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 难治性哮喘诊断与处理专家共识[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2010, 33(8): 572-577. doi: 10. 3760/cma. j. issn. 1001-0939. 2010. 08. 008.
- [5] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(10): 651-655. doi: 10. 3760/j. issn: 1001-0939. 2006. 10. 002.

(收稿日期:2015-02-16)

(本文编辑:白雪佳 刘岚)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

欢迎关注《中华全科医师杂志》官方网站

《中华全科医师杂志》官方网站于 2015 年 4 月正式上线,这为广大全科医生及全科医学相关工作者的提供了一个方便、快捷的专业信息获取通道,也将为本刊读者、作者、编者构建一个良好的沟通交流平台。

通过本刊官网,您可方便地浏览到本刊新近及既往刊出的内容,并可免费查看全文;及时了解全科医学领域的学术动态信息;还可进一步了解本刊有关论文写作投稿中的要求

和注意事项,并可直接通过本网站登陆“中华医学会远程稿件管理系统”进行投稿。

欢迎大家关注本刊官网,请认准以下 2 个网址:<http://zhqkyszz.yiggle.com/>; <http://zhqkys.cma.org.cn/>, 并谨防假冒。

本刊编辑部