



中华人民共和国卫生行业标准

WS 383—2012

支气管哮喘诊断

Diagnosis criteria for bronchial asthma

2012-09-03 发布

2013-02-01 实施

中华人民共和国卫生部 发布

前 言

本标准第4章为强制性条款,其余为推荐性条款。

本标准按照 GB/T 1.1—2009 给出的规则起草。

本标准由卫生部医疗服务标准专业委员会提出。

本标准主要起草单位:卫生部北京医院。

本标准参与起草单位:卫生部中日友好医院、南京医科大学附属第一医院、上海交通大学附属第一人民医院、浙江医科大学附属第二医院、华中科技大学同济医学院附属同济医院、上海复旦大学附属中山医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、中国人民解放军总医院、中国医科大学第一附属医院、北京大学第一医院、四川大学华西医院、山东大学齐鲁医院、安徽医科大学第一附属医院、北京市垂杨柳医院。

本标准主要起草人:孙铁英、柯会星、李燕明。

本标准参与起草人:林江涛、殷凯生、周新、沈华浩、张珍祥、白春学、黄克武、胡红、李尔然、王广发、梁宗安、肖伟、刘荣玉、孙耕耘、赵淑敏。

支气管哮喘诊断

1 范围

本标准规定了成年人支气管哮喘(简称哮喘)的定义、诊断、分期、分级和鉴别诊断。
本标准适用于全国各级各类医疗机构医务人员对支气管哮喘的诊断。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

2.1

支气管哮喘 **bronchial asthma**

简称哮喘,是由多种细胞(如嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T淋巴细胞、中性粒细胞、平滑肌细胞、气道上皮细胞等)和细胞组分(Cellular elements)参与的气道慢性炎症性疾患。这种慢性炎症导致气道反应性增高,通常出现广泛多变的可逆性气流受限,并引起反复发作性的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状,常在夜间和(或)清晨发作、加剧,多数患者可自行缓解或经治疗缓解。哮喘发病危险因素包括宿主因素(遗传因素)和环境因素两方面。

3 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

FEV₁:第一秒用力呼气容积(forced expiratory volume in one second)

PEF:最大呼气流量(peak expiratory flow)

4 诊断

4.1 反复发作喘息、气急、胸闷或咳嗽,多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激、病毒性上呼吸道感染、运动等有关。

4.2 发作时在双肺可闻及散在或弥漫性、以呼气相为主的哮鸣音,呼气相延长。

4.3 4.1和4.2中所述症状和体征可经治疗缓解或自行缓解。

4.4 除外其他疾病所引起的喘息、气急、胸闷和咳嗽。

4.5 临床表现不典型者(如无明确喘息或体征)应至少具备以下1项试验阳性:

a) 支气管激发试验或运动激发试验阳性;

b) 支气管舒张试验阳性[第一秒用力呼气容积(FEV₁)增加 $\geq 12\%$,且FEV₁增加绝对值 ≥ 200 mL];

c) 最大呼气流量(PEF)日内(或2周)变异率 $\geq 20\%$ 。

4.6 符合4.1+4.2+4.3+4.4或符合4.4+4.5者,可诊断为支气管哮喘。

5 分期

5.1 急性发作期:喘息、气急、咳嗽、胸闷等症状突然发生,或原有症状急剧加重,常有呼吸困难,以呼气流

量降低为其特征,常因接触变应原、刺激物或呼吸道感染诱发。

5.2 慢性持续期:在相当长的时间内,每周均不同频度和(或)不同程度地出现喘息、气急、胸闷、咳嗽等症状。

5.3 临床缓解期:经过治疗或未经治疗症状、体征消失,肺功能恢复到急性发作前水平,并维持3个月以上。

6 分级

6.1 哮喘病情严重程度的分级:包括新发生的哮喘患者和既往已诊断为哮喘而长时间未应用药物治疗的患者。具体见附录A。

6.2 哮喘控制水平分级:评估哮喘的控制水平应当包括对哮喘临床症状的控制和对未来预期风险的控制。具体见附录B。

6.3 哮喘急性发作时的分级:具体见附录C。

7 鉴别诊断

7.1 心源性哮喘:常见于左心衰竭。发作时的症状与哮喘相似,但心源性哮喘多有高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、风心病二尖瓣狭窄等病史和体征,常咳出粉红色泡沫样痰,两肺可闻广泛的水泡音和哮鸣音。左心界扩大,心率增快,心尖部可闻奔马律。胸部X线检查可见心脏增大,肺淤血征。

7.2 急、慢性支气管炎:此类病人可出现喘鸣音和呼吸困难,而哮喘患者亦可以无喘鸣音而仅有发作性干咳。临床上有时难以鉴别。但支气管炎患者的症状没有发作性的特点。慢性支气管炎有长期慢性咳嗽,支气管炎咳痰一般较多,支气管扩张剂吸入试验或昼夜PEF波动率测定有助于鉴别。

7.3 支气管肺癌:中央型肺癌导致支气管狭窄,或者伴有感染或类癌综合征时,可出现喘鸣音或哮喘样呼吸困难,肺部可闻及喘鸣音。但肺癌的呼吸困难及喘鸣症状进行性加重常无诱因,咳嗽可有血痰,痰中可找到癌细胞,胸部X线、CT、MRI检查或纤维支气管镜检查常可明确诊断。有时大气道内的良性肿瘤也需与本病鉴别。

7.4 嗜酸性粒细胞肺浸润症:这类疾病包括热带性嗜酸性粒细胞增多症、肺嗜酸性粒细胞增多性浸润、外源性变态反应性肺泡炎和变应性支气管肺曲霉病等。致病原因为寄生虫、原虫、花粉、真菌、化学药品、职业粉尘等,大多有接触史,症状较轻,患者常有发热,胸部X线检查可见多发性、此起彼伏的淡薄斑片浸润影,可自行消失或再发。肺组织活检有助于鉴别诊断。

附 录 A
(规范性附录)
哮喘病情严重程度分级

哮喘病情严重程度分级,见表 A.1。

表 A.1 哮喘病情严重程度分级

分 级	临 床 特 点
间歇状态 (第 1 级)	症状每周<1 次 短暂出现 夜间哮喘症状每月 ≤ 2 次 FEV_1 占预计值% $\geq 80\%$ 或 $PEF \geq 80\%$ 个人最佳值, PEF 或 FEV_1 变异率 $< 20\%$
轻度持续 (第 2 级)	症状每周 ≥ 1 次,但每日 < 1 次 可能影响活动和睡眠 夜间哮喘症状每月 > 2 次,但每周 < 1 次 FEV_1 占预计值% $\geq 80\%$ 或 $PEF \geq 80\%$ 个人最佳值, PEF 或 FEV_1 变异率 $20\% \sim 30\%$
中度持续 (第 3 级)	每日有症状 影响活动和睡眠 夜间哮喘症状每周 ≥ 1 次 FEV_1 占预计值% $60\% \sim 79\%$ 或 $PEF 60\% \sim 79\%$ 个人最佳值, PEF 或 FEV_1 变异率 $> 30\%$
重度持续 (第 4 级)	每日有症状 频繁出现 经常出现夜间哮喘症状 体力活动受限 FEV_1 占预计值% $< 60\%$ 或 $PEF < 60\%$ 个人最佳值, PEF 或 FEV_1 变异率 $> 30\%$

附 录 B
(规范性附录)
哮喘控制水平分级

哮喘控制水平分级,见表 B.1。

表 B.1 哮喘控制水平分级

当前控制的评估(四周以上)			
特征	完全控制 (满足以下所有条件)	部分控制 (在任何 1 周内出现以下 1~2 项特征)	未控制 (在任何 1 周内)
白天症状	无或每周 ≤ 2 次	每周 > 2 次	出现 ≥ 3 项部分控制特征
活动受限	无	有	
夜间症状/憋醒	无	有	
需要使用缓解药的次数	无或每周 ≤ 2 次	每周 > 2 次	
肺功能 (PEF 或 FEV ₁)	正常或 $\geq$ 正常预计值/ 本人最佳值的 80%	$<$ 正常预计值(或本人 最佳值)的 80%	
急性发作	无	每年 ≥ 1 次	在任何 1 周内出现 1 次
未来风险的评估(急性发作的风险、致残、肺功能的快速下降、副作用)			
与未来不良事件发生风险增加相关的特征包括: 临床控制差、过去 1 年中发作频繁、曾因哮喘入住 ICU、FEV ₁ 低、吸烟、使用大剂量药物。			

附 录 C

(规范性附录)

哮喘急性发作时病情严重程度分级

哮喘急性发作时病情严重程度分级,见表 C.1。

表 C.1 哮喘急性发作时病情严重程度分级

临床特点	轻度	中度	重度	危重
气短	步行、上楼时	稍事活动	休息时	—
体位	可平卧	喜坐位	端坐呼吸	—
讲话方式	连续成句	单词	单字	不能讲话
精神状态	可有焦虑,尚安静	时有焦虑或烦躁	常有焦虑、烦躁	嗜睡或意识模糊
出汗	无	有	大汗淋漓	—
呼吸频率	轻度增加	增加	常>30次/min	—
辅助呼吸肌活动及三凹征	常无	可有	常有	胸腹矛盾运动
哮鸣音	散在,呼吸末期	响亮、弥漫	响亮、弥漫	减弱、乃至无
脉率(次/min)	<100	100~120	>120	脉率变慢或不规则
奇脉	无,<10 mmHg	可有,10 mmHg~25 mmHg	常有,>25 mmHg (成人)	无,提示呼吸肌疲劳
最初支气管扩张剂治疗后 PEF 占预计值或个人最佳值%	>80%	60%~80%	<60%或<100 L/min 或作用持续时间<2 h	—
PaO ₂ (吸空气,mmHg)	正常	≥60	<60	<60
PaCO ₂ (mmHg)	<45	≤45	>45	>45
SaO ₂ (吸空气,%)	>95	91~95	≤90	≤90
pH 值				降低

注:只要符合某一严重程度的某些指标,而不需满足全部指标,即可提示为该级别的急性发作;1 mmHg = 0.133 kPa。

参 考 文 献

- [1] Global strategy for asthma management and prevention (update 2010): Global Initiative for Asthma (GINA). Available from <http://www.ginasthma.org>
 - [2] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2008, 31(3): 177-185
 - [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、疗效判定标准及教育和管理方案). 中华结核和呼吸杂志, 1997, 20(5): 261-267
 - [4] 王吉耀. 内科学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 50-63
 - [5] 朱元珩、陈文彬. 呼吸病学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 854-877
-