

县域慢性阻塞性肺疾病分级诊疗技术方案

慢性阻塞性肺疾病（以下简称慢阻肺）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。本方案的制定，有助于各县域医疗机构落实自身功能定位，对改善患者的生存质量、提高一体化医疗服务质量有着积极的作用。

一、县域不同医疗机构功能定位

（一）村卫生室。

负责慢阻肺高危人群的早期筛查、患者定期随访；向上转诊可疑慢阻肺患者；接收上级医院向下转诊的慢阻肺患者，开展患者随访、基本治疗及康复治疗；监督患者治疗依从性；早期识别和初步评估慢阻肺急性加重，有条件的可以对轻度急性加重患者开展雾化吸入治疗；开展健康教育，指导和监督患者戒烟和正确使用吸入装置；有条件的村卫生室开展中医药健康教育和中医药早期干预工作。

（二）乡镇卫生院。

负责慢阻肺高危人群的早期筛查、患者定期随访；开展便携肺功能检测（有条件的可开展支气管舒张试验）和胸部影像

学检查，筛查或初步诊断慢阻肺；按照上级医院已制定的疾病诊疗方案进行规范诊治；识别、诊断和评估慢阻肺急性加重；处理轻中度急性加重患者，开展雾化治疗、氧疗等；向上转诊急危重症患者；实施患者年度常规体检，有条件的可以开展合并症筛查。向下转诊治疗方案明确的稳定期慢阻肺患者；负责中医诊断治疗、随访评估和村级医疗机构中医药健康教育培训。

（三）县级医院。

开展肺通气功能、支气管舒张试验、弥散功能等检查和胸部影像学检查，负责确诊慢阻肺；按照疾病诊疗指南与规范制定个体化、规范化的治疗方案；有中医药服务能力的医院应结合患者实际情况制定规范化的中西医治疗方案；实施患者年度专科体检，合并症筛查；指导、实施双向转诊；急危重症患者的救治；定期对基层医疗卫生机构医疗质量和医疗效果进行评估，对基层医务人员进行技术指导和业务培训。如果没有急危重症慢阻肺患者的救治能力或其他慢阻肺诊治的必备条件，及时将患者转诊到上级医院进一步诊治。已加入县域医疗共同体（以下简称“县域医共体”）的社会办医疗机构可在牵头医院统筹下参照本技术方案执行。

二、分级诊疗服务路径

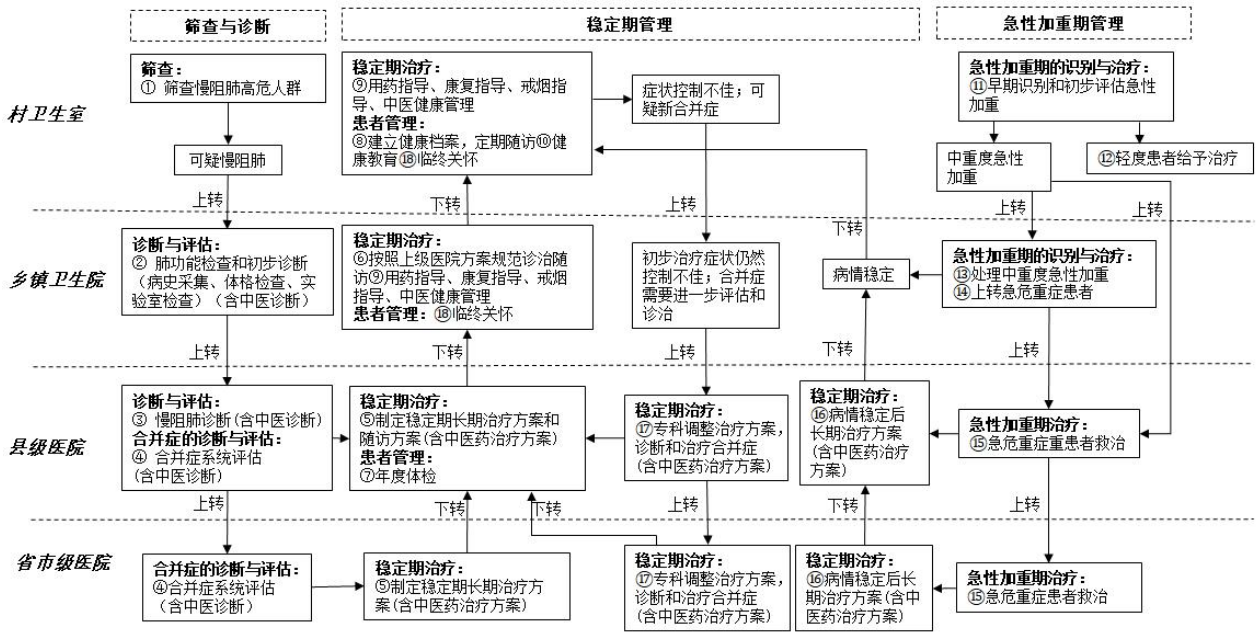


图1 县域慢阻肺分级诊疗临床路径
注：①-⑱的具体内容对应文中相应编号的内容

三、双向转诊标准

(一) 村卫生室上转至乡镇卫生院标准。

- 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.轻度急性加重经过雾化吸入等对症治疗效果不佳者，或出现中重度急性加重。

4.慢阻肺患者需定期进行肺功能检查和合并症评估。

5.如乡镇卫生院没有条件完成上述4条，或患者出现呼吸系统紧急情况，如突发呼吸困难、胸痛、咯血等症状，以及口唇紫绀、双下肢水肿、精神差、意识模糊、嗜睡、谵妄等情况，或患者出现其他系统急性合并症，可直接转诊至县级医院。

(二) 乡镇卫生院上转至县级医院标准。

1.没有诊断和治疗慢阻肺的必备条件（缺乏肺功能检查仪，没有治疗药物等情况）。

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，经过调整药物等治疗仍效果不佳。

3.出现慢阻肺合并症，没有条件开展进一步评估和诊治。

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，初步治疗效果不佳，需要改变治疗方案：

（1）出现呼吸困难加重、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、神志改变等症状。

（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.医师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）乡镇卫生院不能提供慢阻肺中医辨证治疗服务时。

（2）中医药治疗效果不佳者。

（三）县级医院上转至上级医院标准。

1.不具备慢阻肺急危重症的诊断和救治能力。

2.不具备慢阻肺合并症的评估和相应治疗能力。

3. 医师判断需要转诊至上级医院的其他情况。

4. 有中医药治疗需求而县级医院不能提供相应服务者，或者中医药治疗效果不佳者。

（四）县级医院下转至乡镇卫生院标准。

1. 慢阻肺已经确诊，制定了治疗方案，且经治疗后病情稳定。

2. 慢阻肺急性加重治疗后病情稳定，并调整了长期治疗方案。

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。

（五）乡镇卫生院下转至村卫生室标准。

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，经过治疗后病情稳定。

四、患者筛查、诊断与评估

（一）筛查。（①）

慢阻肺筛查工作由基层医疗卫生机构负责。在慢阻肺高危人群中开展慢阻肺筛查，可达到较好的成本效益。任何具有呼吸困难、慢性咳嗽和（或）咳痰、或有慢阻肺相关危险因素暴露的人员，均应考虑慢阻肺的诊断。我国《慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南（2018年）》明确了慢阻肺高危人群的定义（表1），同时《慢性阻塞性肺疾病诊治指南（2021年修订版）》推荐采用中国慢阻肺筛查问卷（COPD-SQ）（表2）进行筛查。

表1 慢阻肺高危人群

符合以下1个及以上特征的人群均属于慢阻肺高危人群

- 1 年龄 ≥ 35 岁
- 2 吸烟或长期接触“二手烟”污染
- 3 患有某些特定疾病，如支气管哮喘、过敏性鼻炎、慢性支气管炎、肺气肿等
- 4 直系亲属中有慢阻肺家族史
- 5 居住在空气污染严重地区，尤其是二氧化硫等有害气体污染的地区
- 6 长期从事接触粉尘、有毒有害化学气体、重金属颗粒等工作
- 7 在婴幼儿时期反复患下呼吸道感染
- 8 居住在气候寒冷、潮湿地区以及使用燃煤、木柴取暖
- 9 维生素A缺乏或者胎儿时期肺发育不良
- 10 营养状况较差，体重指数较低

表2 中国慢阻肺筛查问卷（COPD-SQ）

问题	选项	评分标准	得分
1.您的年龄	40~49岁	0	
	50~59岁	4	
	60~69岁	8	
	≥ 70 岁	11	
2.您吸烟总量（包·年） =每天吸烟____（包） \times 吸烟____（年）	从不吸烟	0	
	1~14.9包·年	2	
	15~29.9包·年	4	
	≥ 30 包·年	5	
3.您的体重指数（kg/m ² ） =体重____（公斤）/身高 ² ____（米 ² ）	<18.5	7	
	18.5~23.9	4	
	24~27.9	1	
	≥ 28	0	
4.没感冒时您是否常有咳嗽？	是	5	
	否	0	
5.您平时是否有气促？	没有气促	0	
	在平地急行或爬小坡时感觉气促	3	
	平地正常行走时感觉气促	6	
6.您目前使用煤炉或柴草烹饪或取暖吗？	是	1	
	否	0	
7.您父母、兄弟姐妹及子女中，是否有人患有支气管哮喘、慢性支气管炎、肺气肿或慢阻肺？	是	3	
	否	0	
如果您的总分 ≥ 16 ，您需找医师进一步检查，明确是否患慢阻肺。		总分	

（二）诊断与评估。（②③④）

慢阻肺确诊需要肺功能检查。肺功能诊断标准：支气管舒

张剂(吸入沙丁胺醇)后一秒钟用力呼气容积/用力肺活量(**forced expiratory volume in one second, FEV₁/ forced vital capacity, FVC**) <70%，除外其他可导致气流受限的疾病后，可诊断慢阻肺。肺功能检查应在乡镇卫生院开展(②)，如无条件开展，可进一步转诊至县级医院进行慢阻肺诊断(③)

1.病史采集。(②)

(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：了解有无用药史，以及支气管哮喘、冠状动脉粥样硬化性心脏病、高血压、肺心病、心律失常、骨质疏松、糖尿病、睡眠呼吸障碍、胃食管反流等病史。

(4) 家族史：询问有无慢阻肺、支气管哮喘等家族史。

(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。(②)

(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。(②③④)

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 7）。

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 3）。

表 3 慢阻肺气流受限严重程度的肺功能分级
（基于支气管舒张剂后 FEV₁）

分级	肺功能结果
轻度	FEV ₁ ≥80%预计值
中度	50%≤FEV ₁ <80%预计值
重度	30%≤FEV ₁ <50%预计值
极重度	FEV ₁ <30%预计值

注：基本条件为使用支气管舒张剂后 FEV₁/FVC<70%

5.综合评估。

慢阻肺综合评估包括气流受限程度（表 3）、对患者呼吸症状的影响（表 4）、对患者生活质量的影响（表 5）、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（图 2，表 6）。

表 4 mMRC 呼吸困难问卷（改良版英国医学研究委员会呼吸问卷）

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

注：请在适合您的每个选项后面打勾（只选择一个）

表 5 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

注：数字 0~5 表现严重程度，请标记最能反映您当时情况的选项，并在数字上打勾，每个问题只能标记 1 个选项

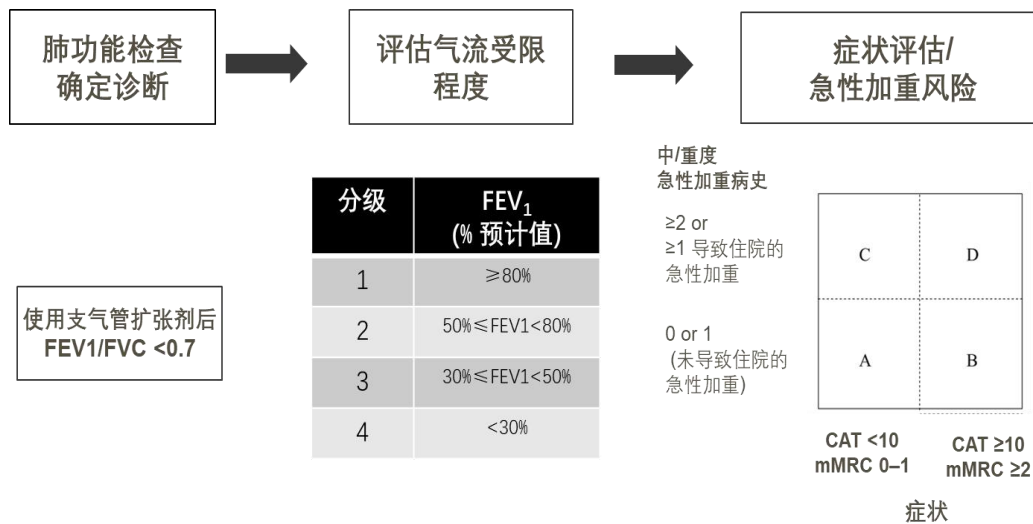


图 2 慢阻肺综合评估示意图

表 6 慢阻肺综合评估表

患者分类	特点	每年急性加重次数	CAT	mMRC
A	低风险，症状少	≤1	<10	0~1
B	低风险，症状多	≤1	≥10	≥2
C	高风险，症状少	≥2；或≥1 因为急性加重入院	<10	0~1
D	高风险，症状多	≥2；或≥1 因为急性加重入院	≥10	≥2

6. 合并症评估。(④)

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、心力衰竭、心房颤动、高血压和外周血管疾病）：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、焦虑和抑郁：是慢阻肺的常见合并症，但往往不能被及时诊断，会导致患者生活质量下降。

(3) 肺癌：在慢阻肺患者中很常见。肺癌是轻度慢阻肺患者最常见的死亡原因，合并慢阻肺的肺癌患者预后更差。

(4) 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。

(5) 胃食管反流病：是慢阻肺急性加重的独立危险因素。

(6) 支气管扩张：慢阻肺患者进行胸部 CT 检查常显示以往未发现的支气管扩张。

(7) 阻塞性睡眠呼吸暂停：合并阻塞性睡眠呼吸暂停对慢阻肺的病理变化、气道炎症和全身炎症、慢阻肺急性加重发生频率、治疗选择和预后均有影响。

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。

乡镇卫生院需要完成病史、体检、基本项目及部分推荐项目检查。如病情需要，可将患者转诊至县级医院或更上一级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 7）。

表 7 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②乡镇卫生院）：

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，支气管哮喘，肺气肿，慢性支气管炎）
其他合并疾病史（心血管疾病，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）
身高、体重、BMI

实验室检查：

基本项目（必做的基本检查项目②③乡镇卫生院或县级医院）

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卫生机构，可将患者转至县级医院完成）
X线胸片
心电图
经皮脉搏血氧饱和度检测

推荐项目（④县级医院或上级医院）

动脉血气分析
血生化（血糖、血脂、肝功、肾功、心肌酶等）
痰培养
胸部 CT 检查
超声心动图
6min 步行距离测定

选择项目（④县级医院或上级医院）

PPD（结核菌素纯蛋白衍生物）试验
结核菌感染 T 细胞斑点试验（T-SPOT.TB）
D-二聚体（D-dimer）
B 型尿钠肽（BNP）
血清降钙素原（PCT）
C 反应蛋白（CRP）
血沉（ESR）
呼吸道病毒抗体
过敏原总 IgE
过敏原检测
肺容量和弥散功能
呼出气一氧化氮（FeNO）
24h 动态心电图（Holter）
双下肢静脉超声
肺通气灌注扫描
24h 食道 pH 值监测
骨密度

注：BMI：身体质量指数（body mass index）

8.慢阻肺的中医诊断与评估。（③④）

遵循“四诊合参”原则，重点进行病史、中医症状与体征、舌脉诊等综合信息采集，综合评估患者病情。参照2019年发布的《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南》（T/CACM139-2019）进行中医诊断和辨证。

五、患者治疗

（一）稳定期治疗。（⑤⑥⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿）

1.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。

2.健康生活方式及危险因素控制。（⑨）

（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。

3.中医健康管理（⑨）

（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。

4. 药物治疗。(⑤⑥⑩⑪)

参考中华医学会呼吸病学分会《慢性阻塞性肺疾病诊治指南（2021年修订版）》。

(1) 慢阻肺常用药物包括支气管舒张剂、糖皮质激素、茶碱类药物以及其他药物（祛痰药、抗氧化剂、中医中药等）。

(2) 支气管舒张剂是缓解症状的主要治疗药物。包括 β_2 受体激动剂、抗胆碱药物、茶碱类药物以及多种联合制剂（包括吸入糖皮质激素与 β_2 受体激动剂的联合制剂， β_2 受体激动剂和抗胆碱药物的联合制剂，以及三种药物的联合制剂等）。

(3) 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。依据患者病情严重程度、急性加重风险、药物的适应证和禁忌证、患者对药物的治疗反应、药

物的副作用、药物的可获得性以及治疗费用等选择适宜的治疗药物（表 8）。

表 8 慢阻肺起始药物治疗管理

分组	推荐药物
A	1 种支气管舒张剂（短效或长效，包括抗胆碱能药物或 β_2 受体激动剂）
B	1 种长效支气管舒张剂；若患者 CAT>20 分，可考虑使用长效抗胆碱能药物联合长效 β_2 受体激动剂
C	长效抗胆碱能药物，或吸入糖皮质激素联合长效 β_2 受体激动剂
D	根据患者的情况选择长效抗胆碱能药物，或长效抗胆碱能药物联合长效 β_2 受体激动剂，或吸入糖皮质激素联合长效 β_2 受体激动剂，或吸入糖皮质激素联合长效 β_2 受体激动剂和长效抗胆碱能药物 若 CAT>20 分，推荐首选长效抗胆碱能药物联合长效 β_2 受体激动剂治疗；若血嗜酸粒细胞计数 ≥ 300 个/ μl 或合并哮喘的患者推荐首选含吸入糖皮质激素的联合治疗

（4）应有护士指导患者吸入药物装置的使用，并在每次随访时医护人员检视患者吸入装置使用是否正确。

5. 非药物治疗。

慢阻肺的非药物治疗包括戒烟，疫苗接种，肺大疱切除术、肺减容手术，康复治疗，氧疗，无创呼吸机辅助通气治疗等。

6. 中医药治疗。（⑤⑥⑩⑪）

根据具体病情，参照中华中医药学会 2019 年颁布的《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南》（T/CACM139-2019），根据患者辨证分型合理选择中药和中医非药物疗法。

7. 慢阻肺合并症的诊断、评估和治疗。（④⑦⑫）

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、骨质疏松、糖尿病和代谢性疾病、肺癌、支气管扩张、阻塞性睡眠呼吸暂停等。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。应尽早发现慢阻肺合并症并给予诊断、评估和适当的治疗。应开展慢阻肺的年度专科体检。

(二) 急性加重期治疗。(⑪⑫⑬⑭⑮)

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病程的重要组成部分，急性加重可使患者症状加重、降低生活质量、加快肺功能下降速率、增加急诊就诊次数以及住院率、增加病死率，加重家庭和社会经济负担。治疗方案参照中华医学会呼吸病学分会《慢性阻塞性肺疾病诊治指南（2021年修订版）》及中华中医药学会2019年颁布的《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南》。

1.村卫生室。

村卫生室应早期识别和初步评估急性加重严重程度（⑪）。慢阻肺急性加重早期和轻度急性加重患者可在村卫生室治疗（⑫），包括雾化吸入治疗等，但需要注意病情变化，一旦初始治疗效果不佳，症状进一步加重，需进一步转诊至乡镇卫生院或县级医院继续治疗。

初始治疗包括适当增加以往所用支气管舒张剂的剂量及频率，单一吸入短效 β_2 受体激动剂或联合应用吸入短效 β_2 受体激动剂和抗胆碱药物，对较严重的病例可给予雾化吸入支气管舒张剂。

2.乡镇卫生院。

经过村卫生室治疗效果不佳的患者，中度急性加重患者，可在乡镇卫生院进行治疗（⑬），包括口服或雾化吸入支气管舒张剂、雾化吸入糖皮质激素、口服抗生素、口服糖皮质激素、中药等治疗，密切监测病情变化，如治疗效果不佳或病情进一步加重，应及时转诊到县级医院（⑭）。

3.县级医院。

（1）病情严重的慢阻肺急性加重患者需要住院治疗（⑮），到县级医院住院治疗的指征：

1) 出现严重的症状，如突发或加重的静息呼吸困难、呼吸频率增快、氧合下降、意识改变、嗜睡。

2) 出现急性呼吸衰竭。

3) 新出现体征或原有体征加重，如发绀、外周水肿。

4) 初始治疗失败。

5) 存在严重并发症，如心力衰竭、新发心律失常等。

6) 重度慢阻肺。

7) 频繁急性加重史。

8) 高龄。

9) 家庭或社区支持不足。

10) 诊断不明确。

（2）慢阻肺急性加重患者收入重症监护室（⑮）指征：

1) 严重呼吸困难且对初始治疗反应不佳。

2) 意识障碍（如昏迷等）。

3) 经氧疗和无创机械通气治疗后低氧血症[动脉血氧分压

(PaO₂) <40mmHg]仍持续或进行性恶化, 和(或)严重/进行性加重的呼吸性酸中毒 (pH 值<7.25)。

4) 需要有创机械通气。

5) 血流动力学不稳定需要使用血管活性药物。

慢阻肺急性加重病情控制稳定、确定治疗方案后, 转回到乡镇卫生院进一步长期随访管理和稳定期治疗 (⑩)。

六、患者管理

(一) 医疗机构管理。(⑦⑧⑩⑪)

1. 医疗机构应对慢阻肺患者进行分层分级管理, 按照慢阻肺患者综合评估分组, A 组和 B 组患者进行一级管理, C 组和 D 组患者进行二级管理, 不同管理级别患者随访评估周期不同 (表 9)。

表 9 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 (⑧)	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 (⑦)	1 年一次	6 个月一次
随访症状 (⑧)	6 个月一次	3 个月一次
随访急性加重 (⑩)	6 个月一次	3 个月一次
随访合并症 (④⑪)	1 年一次或必要时	1 年一次或必要时
转诊	必要时	必要时
年度专科体检 (⑦)	1 年一次	1 年一次

慢阻肺的疾病特点是患者肺功能进行性下降，症状逐渐加重，健康状况逐步恶化，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。有条件的乡镇卫生院可以联合村卫生室设立家庭病床照顾终末期患者，减轻症状，提高生活质量，延长生存期（⑱）。

2.由村卫生室、乡镇卫生院建立患者健康档案和专病档案，及时做好电子信息登记和报告工作，并与居民健康档案相衔接，确保健康档案随患者转移。

3.充分发挥信息化支撑作用。加强信息化建设，推进互联网等技术在县域分级诊疗中的应用，逐步统筹县域电子健康档案和电子病历设计规范，推动实现县域医共体内转诊患者信息的互联互通、检查资料共享和结果互认。

（二）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，获得戒烟、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，开展患者呼吸康复训练，增强防治慢阻肺的主动性及药物治疗的依从性，提高与医师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。参加健康教育，提高防治知识知晓率。提高医疗依从性，遵医嘱执行检查和治疗，定期随访，执行干预行为，并提高医嘱执行率、干预行为知晓率。