

应重视肺的康复

俞森洋

[关键词] 肺病; 康复; 运动疗法

[中图分类号] R562.2 [文献标识码] B [文章编号] 1006-9771(2009)05-0401-02

[本文著录格式] 俞森洋. 应重视肺的康复[J]. 中国康复理论与实践, 2009, 15(5): 401—402.

在过去较长一段时间里, 较为普遍的看法是: 呼吸器官具有很大的代偿功能, 而一旦出现呼吸衰竭症状, 就意味着代偿潜力的彻底枯竭, 肺功能已无恢复或挽回的余地。这种无所作为的错误认识使临床医师对肺康复失去信心, 导致肺康复较之其他专业, 如外科术后、心脏康复等, 处于被忽视和停滞不前的落后状态。

1 肺康复的新定义

近 10 多年来, 在世界范围内, 已有大量的有关肺康复的临床研究和实验报告, 有许多设计科学、前瞻性多中心的实验研究证据来证明肺康复 (pulmonary rehabilitation, PR) 的疗效及其在改善症状, 增强运动功能, 提高生活质量和降低医疗费用诸方面确有药物治疗难以起到的作用^[1-3]。大量的研究证据主要集中于慢性肺疾病, 尤其是慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 患者的肺康复; 这导致了 2006 年美国胸科学会 (ATS)/ 欧洲呼吸学会 (ERS) 对肺康复重新做了定义^[1]: “肺康复是对有症状和日常活动能力降低的慢性肺病患者采用的有证据基础的、多学科和综合的干预。与患者的个体化治疗相结合, 肺康复的目的是减轻症状, 维持理想的功能状态, 增加参与, 通过使疾病稳定和逆转疾病的全身表现而减少医疗保健的费用。”

此定义集中关注成功康复的 3 个重要特征:

1.1 多学科和综合的干预 肺康复队伍的组成应该有多学科的人员或队伍, 包括有经验的呼吸科医师、护师、呼吸治疗师、心肺功能测定技师、理疗师、运动体疗师、精神病医师、心理学家、社会工作者、职业病治疗师、营养师等。肺康复方案的制订和实施需要多学科专家的参与, 所采用的肺康复治疗应该是经循证医学的研究证明疗效确切的方法, 并采取综合的、多方面有机结合的干预方案。多学科综合性队伍对于提高肺康复水平和开展科研、教学是特别适合的。

1.2 个体化 需要对每位患者的肺疾病及功能损害的严重程度进行客观评价, 以便制订一个适合患者情况的切实可行的康复方案。

1.3 主要目标 ① 缓解或控制呼吸疾病的急性或慢性症状及并发症; ② 消除疾病遗留的功能障碍和心理影响, 维持呼吸系统于理想的功能状态; ③ 开展积极的呼吸和运动锻炼, 挖掘呼吸功能潜力; 教育患者如何争取日常生活中的最大活动量, 并提高其对运动和活动的耐力, 增加日常生活自理能力; ④ 避免急性加重, 减少对住院的需要, 降低医疗费用。

2 临床研究进展和推荐

作者单位: 解放军总医院南楼呼吸科, 北京市 100853。作者简介: 俞森洋 (1947-), 男, 硕士, 主任医师, 教授, 博士生导师, 主要研究方向: 呼吸系统疾病和危重病学。

国际现有的肺康复指南比较全面的主要有: 美国胸科学会 (ATS) 和欧洲呼吸学会 (ERS) 2006 年版《肺康复述评》(简称 ATS)^[1]; 美国胸科医师学会 (ACCP) 和美国心血管和肺康复学会 (ACVPR) 2007 年版《肺康复实践指南》^[3-4] (简称 ACCP), 推荐按两个水平分组: 强 (1 级, 分 A、B、C) 和弱 (2 级, 分 A、B、C); 美国心肺血液研究所 (NHLBI) 和世界卫生组织 (WHO) 2007 年联合发布的“COPD 诊断、治疗和预防的全球倡议”^[5] (简称 GOLD) 中有关“肺康复”内容, 证据等级分 A、B、C 等。这 3 篇指南全面复习了 10 多年来用英文发表的有关肺康复的文献, 总结了在肺康复治疗方面的临床研究结果, 提出了有充分证据基础的肺康复的一系列推荐。

2.1 运动锻炼 运动锻炼应作为 COPD 患者肺康复的指令性组成部分来推荐 (ACCP, 1A 级推荐); 运动锻炼每周至少 3 次, 至少应给予 20 段时间, 以达到生理上的益处; 每周 2 次在监督下进行, 加上 1 次没有监督在家中进行, 也可接受 (ATS)。

步行肌肉运动锻炼项目作为 COPD 患者肺康复的指令性组成部分来推荐 (ACCP, 1A); 下肢运动锻炼是 COPD 患者肺康复的关键部分。下肢运动锻炼包括步行、踏车、平板运动、爬山等。高强度下肢运动锻炼比低强度锻炼可获得更大的生理学益处 (ACCP, 1B); 无论低强度或高强度运动锻炼, 均可获得临床益处 (ACCP, 1A); 肺康复计划中添加强度锻炼部分可增加肌肉强度和肌肉的肌群 (ACCP, 1A); 有较多症状的患者, 进行较高水平的间歇运动锻炼也可能是有用的 (ATS)。

上肢和下肢的锻炼都应该应用 (ATS)。无支持的上肢耐力锻炼对患者有益, 应该包括在肺康复计划中 (ACCP, 1A); 耐力和强度锻炼的结合通常有多方面的有益作用和能很好耐受; 对那些患有明显肌萎缩的患者, 强度的锻炼有特别的适应证 (ATS)。科学证据虽然不支持常规应用吸气肌锻炼作为肺康复的基本组成部分 (ACCP, 1B), 但还是应该考虑在经选择的患者中, 即在吸气肌强度已减低, 和尽管已接受理想的内科治疗但仍有呼吸急促的 COPD 患者中应用。将吸气肌的训练作为肺康复的辅助治疗, 主要是在怀疑或已证实呼吸肌无力的患者中应用 (ACCP, 专家意见)。

改善运动功能的辅助措施: 气流受限的患者, 在运动锻炼之前应给予理想的支气管扩张剂治疗 (ATS)。肺康复治疗期间, 不管运动是否诱发低氧血症均补充氧气, 研究表明可让患者达较高锻炼强度和减轻症状; 然而至今尚不清楚, 这是否能转化为临床结局的改善 (ATS)。严重慢性呼吸疾病患者和对运动反应不理想的患者, 可考虑将无创正压通气 (NPPV) 作为辅助治疗, 因为这可以通过减轻呼吸肌负荷, 允许患者达到较大的训练强度 (ATS)。鉴于 NPPV 是一较难应用的干预措施, 因此它应该只适用于已证明能从中获得益处的患者。需要进一步研究以确定 NPPV 在肺康复中的作用 (ATS)。神经肌肉

电刺激(neuromuscular electrical stimulation, NMES)可作为因严重慢性呼吸疾病而卧床不起或骨骼肌非常无力的患者的辅助治疗(ATS)。

营养补充和应用合成代谢药:没有充分证据支持肺康复时常规应用营养补充;当前的证据并不支持肺康复时常规应用合成代谢药物,如促红细胞生成素、生长激素、男性激素(睾酮、癸酸诺龙、双氢睾酮、康立龙等)(ACCP, 2C)。

2.2 肺康复治疗的益处 改善运动耐力(GOLD, A);减轻可见的呼吸急促强度(GOLD, A);改善与健康相关的生活质量(GOLD, A);减少住院次数和住院天数(GOLD, A);减轻与COPD相关的焦虑和抑郁(GOLD, A);上肢强度和耐力锻炼改善手臂功能(GOLD, B);肺康复治疗的益处可延伸至锻炼后一段时间(GOLD, B);肺康复可提高生存率(GOLD, B);呼吸肌锻炼是有益处的,尤其是和全身运动锻炼结合时(GOLD, C)。

心理上的益处:焦虑和抑郁的筛查应该是初始评估的一部分。虽然与疾病过程相关的轻度和中度焦虑和抑郁可经肺康复而改善,但患有明显心理疾病的患者应该转诊给适当的专业医师来治疗。应鼓励提升“患者心理咨询和支持系统”。COPD患者可从综合性肺康复计划中获得心理上的有益治疗(ACCP, 2B);有少量的证据支持心理干预作为单个治疗方式的益处(ACCP, 2C);支持心理干预作为 COPD 患者综合性肺康复计划的组成部分(ACCP, 专家意见)。

肺康复益处能维持的时间:6~12 周肺康复产生的益处会在 12~18 个月后逐渐减退(ACCP, 1A);某些益处,例如健康相关的生活质量,保持 12~18 个月高于对照(ACCP, 1C);较长肺康复(12 周)比较短的肺康复可获得更大的持续益处(ACCP, 2C);实施肺康复后的维持策略对长期结果有一定的作用(ACCP, 2C)。

3 肺康复医学今后的发展方向^[4-6]

在这样短的时间里就有这么多的循证医学研究证明肺康复可使 COPD 患者在运动耐力、呼吸困难、脏器功能和生活质量诸方面获得改善。证据强度比 COPD 的几乎所有其他治疗都要强,它对节约医疗保险费用的证据也日渐增加。肺康复治疗的成功来源于它对患者的全身性有利作用和对多个与慢性肺疾病相关的并发症的良好影响。在 ATS/ERS 制订的 COPD 诊断治疗指南和 GOLD 中都已将其放在突出的位置,肺康复已成为 COPD 综合治疗的基础。

过去 10 多年,我国在肺康复方面也取得了可喜进展,如长期持续氧疗、运动试验、运动锻炼,以圣·乔治呼吸问卷(SGRQ)进行的生活质量评估等方面都有研究结果报道。但缺乏前瞻性多中心的研究和多学科综合性肺康复研究。肺康复医学今后如何发展?

3.1 应该让所有需要肺康复的患者都能得到良好康复 这就需要对所有医护人员进行教育,充分认识肺康复的意义和工作范围,以便将其纳入医疗实践的主流,高度重视和积极推广应用;需要努力说服医疗费用管理部门或保险公司批准这种治疗,将肺康复收费纳入医疗保险付费,以便让患者在经济上能承受。近年的研究已充分证明,坚持长期肺康复治疗是一项成本低,收益高,对患者及其家庭、对社会都很有益处的一项综合治疗方法。

3.2 加强专业肺康复队伍建设和人才培养 我国 40 岁以上人群 COPD 的总发生率是 8.2%,有 3.2 亿吸烟者,加上环境污染等,COPD 的发病人数庞大,而肺康复的专业队伍很小,甚至专职呼吸治疗师队伍的建立也困难重重。而没有一支高水平的专业肺康复队伍,要做好肺康复治疗,尽快与世界接轨是根本不可能的。肺康复在西方发达国家已比较普及和取得明显成绩,已有不少肺康复专业医师、专业队伍和呼吸治疗师每年在对大量的 COPD 患者进行肺康复治疗。在我国,肺康复才起步不久,在有些条件较好的城市医院已开始这方面的研究;但据我们了解,至今尚无肺康复专业医师和呼吸治疗师,尚缺乏高水平的肺康复研究报告。今后我们应尽快健全组织,建立队伍。

3.3 寻找更多有效的肺康复治疗项目 例如确定运动训练理想的强度和持续时间;发展维持肺康复益处的方式,尤其是长期自我管理(self-management)、在家庭环境中坚持运动锻炼等。明确综合性肺康复非运动部分的作用,一些辅助治疗措施,如皮质激素治疗、对非缺氧患者的氧疗、无创通气等正在发展中。COPD 以外的肺康复的科学原理的阐述,以及它的有效性还需通过临床试验来确立。需要更多的研究来评价肺康复对患者存活率的影响,肺康复可以改善呼吸困难、运动能力和生活质量,这些都是死亡率的预计指标,进行大规模的、前瞻性对照研究必然能评价这种可能性。

3.4 走中西结合的道路 我国有许多中医康复医学的传统和经验,民间强身健体的方法,如太极拳、呼吸操、气功等经过改进和规范,也应纳入肺康复范围。肺康复医学应该走中西结合的道路,以便尽快赶上或超过世界肺康复医学的发展水平。

[参考文献]

- [1]Nici L, Donner C, Wouters E, et al. American Thoracic Society/ European Respiratory Society Statement on pulmonary rehabilitation [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2006, 173: 1390-1413.
- [2]Nici L, Wallack ZW, Wouters E, et al. Editorial: On pulmonary rehabilitation and the flight of the bumblebee: the ATS/ERS Statement on Pulmonary Rehabilitation[J]. Eur Respir J, 2006, 28: 461-462.
- [3]Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, et al. Pulmonary Rehabilitation Executive Summary. Joint American College of Chest Physicians/American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Evidence-Based Clinical Practice Guidelines[J]. Chest, 2007, 131: 1S-3S.
- [4]Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, et al. Pulmonary Rehabilitation Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines [J]. Chest, 2007, 131:4S-42S.
- [5]GOLD Executive Committee. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Updated 2007)[OL]. www.goldcopd.com
- [6]Ciobanu L, Pesut D, Miloskovic V, et al. Medical progress:Current opinion on the importance of pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease[J]. Chin Med J, 2007, 120(17):1539-1543.

(收稿日期:2009-03-11)