

血管健康列車活動快報

- 血管醫學防治中心網站已掛載於彰基首頁-醫療中心選項中，歡迎各位同工點閱觀看。網址：<http://www.cch.org.tw/VMPC/>

醫學健康專欄

慢性阻塞性肺疾(COPD)與「肺部復健」不可分

◎文 李建德/肺部復原中心主任

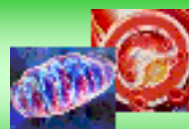
慢性阻塞性肺疾(COPD)在胸腔內科的門診相當常見，大多數發生於中老年人，有時很難與慢性氣喘(asthma)的病人區分，尤其是氣喘患者同時有抽菸的習慣，如果無法適當的控制，常常會使氣管產生不可逆性的氣流阻塞病變(remodeling)，隨著年齡的增長及發作的頻率增加，在急性發作甚至住院的患者，其診斷就變成既是「慢性阻塞性肺疾」，亦是「氣喘」急性發作，所幸其治療方式有漸趨一致的現象。

慢性阻塞性肺疾的症狀通常包括有痰或無痰的咳嗽，呼吸困難，尤其是走路或運動時更喘，其診斷除了靠臨床症狀以外，通常要詢問其最大致病危險因素 - 抽菸史，外加胸部理學檢查，最後加上肺功能的判讀加以診斷。抽菸史必須加以詳加詢問包括個人每天抽菸量，總共抽幾年，是否目前已戒菸，其戒菸是否迫於咳嗽症狀不得不然，還是因住院期間無法接觸香煙，或是醫生叮嚀及警告下才戒菸；當然比較細心的醫生還會詢問抽什麼牌子的菸，是否加濾嘴，是否有抽二手菸，早上起來後第一件事是否先吸菸的菸癮現象，其它如職業史粉塵的曝曬、化學蒸發物的吸入(例如化工廠、拜拜用的菸廠、加油站…)都可加以詢問。

慢性阻塞性肺疾的疾病嚴重度必須靠肺功能加以分類，其分類有助於醫生調整藥物的使用並且量身訂做(tailor)每一個病患的治療計畫，其程度從最輕度零級(stage 0)；即有慢性咳嗽有痰，但肺功能卻正常至最重度的第四級(stage 4)必須長期使用氧氣治療，如果已演變至第四級，其生活品質已嚴重下降而且任何急性發作都可能危及生命。

除了治療前的詳細評估外，常常在門診時我們要與下列疾病加以鑑別診斷：氣管、支氣管擴張症、充血性心衰竭、肺結核等。患者有時同時是患有兩種以上的疾病。目前藥物的治療方面包括患者每年必須接受流行性感冒預防注射，使用 1.長效或短效的支氣管擴張藥物(包括口服或吸入型乙二型交感神經興奮劑或緩釋型茶鹼製劑；若使用茶鹼必須要監測血中茶鹼濃度，最好維持在 5-15mcg/ml)，2.化痰及排痰藥，3.吸入型類固醇，急性發作有時要外加抗生素。在這裡要特別加以強調的是藥物正確的使用方式，例如吸入型器材的熟悉度，使用頻率的正確及使用方法都對藥效的發揮產生極大的影響，其藥效的發揮有時相差 3~5 倍，所以有時醫師常會在門診當面測試患者是否正確使用吸入型藥物。

根據世界衛生組織及我國胸腔學會所制定的治療準則，非藥物的治療包括病人的衛教(正確的使用及對疾病本身的瞭解)，肺部復健、氧氣治療、手術治療及呼吸衰竭後使用插管呼吸器治療等。「肺部復健」對於一般的病友以及家屬仍然非常陌生，其實對於任何時期的慢性阻塞性肺疾的病人都能從肺部復健獲得助益，不論是門診或住院或在家中來實施，世界治療準則上明定尤其是嚴重度第二期(stage 2) 以上的病患必須加上肺部復健的療程，且最短是持續二個月以上，當然證據醫學顯示療程增加，效果更能持久，其改善病況包括病患運動耐受性，氣促的症狀，減少住院次數及增加生活品質包括心理及自信心的恢復。氧氣治療方面對於伴隨有心臟病，心肺症或下肢水腫或紅血球增多症的患者尤其有助益；有夜間低血氧症及經睡眠中心檢查出有阻塞性睡眠呼吸中止症候群(OSAS)患者亦須氧氣治療。手術治療方面主要對象是肺氣腫合併有大氣泡的氣泡切除術及末期患者肺臟移植。當然如果已呼吸困難至呼吸衰竭的程度則使用插管治療及呼吸輔助其呼吸。



慢性阻塞性肺疾是一種慢性病，雖然無法根治，但隨時和醫師保持良好的互動關係，遵從醫師互相信賴，轉換醫病關係為長期合作夥伴關係，必須從被疾病控制到瞭解疾病本身並控制它，達到病症減緩，症狀減輕，避免疾病急性發作和併發症，增加健康狀態和減低死亡率。

彰基胸腔內科「肺部復原中心」成立於民國 92 年 12 月 6 日正式於門診開幕運作，服務至今將屆 10 年，目前位於門診醫療大樓 5 樓胸腔檢查治療中心，肺部復健機器設備已陸續到齊，包括六分鐘走路試驗(6-min walking test)，運動肺功能等測驗，住院患者亦服務於「開心」、「開胸」手術後患者心肺復健課程的安排，成效卓越，並配合慢性阻塞性肺疾與氣喘『病友會』的成立與運作，是大彰化地區第一家以醫學中心級的高水準醫療服務，並以病友為中心的服務，來造福彰化地區廣大的慢性肺疾和氣喘患者。

血管醫學臨床與研究