附件 2

慢性阻塞性肺疾病分级诊疗服务技术方案

慢性阻塞性肺疾病（以下简称慢阻肺，COPD）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，显著改善患者的生存质量，有效降低国家和患者的疾病负担。

一、我国慢阻肺的现状

（一）患病率。根据国家卫生计生委 2015 年发布的《中国居民营养与慢性病状况报告》，我国 40 岁及以上人群慢阻肺的患病率约为 9.9%。

（二）疾病负担。根据近期中国疾病预防控制中心疾病负担研究结果显示，慢阻肺的疾病负担居第四位（仅次于脑血管疾病、后背部和颈部疼痛、缺血性心脏病）。

（三）慢阻肺诊治情况。慢阻肺是一种慢性呼吸系统疾病，需长期治疗和管理。由于慢阻肺症状隐匿，患者常于呼吸道症状逐渐加重时才到医院就诊，此时往往已到疾病的中晚期。对于出现慢性呼吸衰竭和肺心病的患者，医疗花费巨大，而治疗效果不佳。目前，我国还存在慢阻肺漏诊、误诊、治疗不规范现象。

二、慢阻肺分级诊疗服务目标、路径与双向转诊标准

（一）目标。充分发挥团队服务的作用，指导慢阻肺患者合理就医和规范治疗，减轻呼吸道症状，减少疾病急性加重发生，预防、监测并积极治疗并发症，延缓肺功能的下降，改善生活质量。发挥中医药在慢阻肺防治与康复方面的作用。

（二）各级医疗卫生机构在慢阻肺管理中的作用和任务。

1.基层医疗卫生机构

由于慢阻肺首诊大多在基层医院，所以社区医生对慢阻肺的诊断和治疗负有重要使命。主要包括慢阻肺预防、高危及疑似患者的识别、患者教育、稳定期治疗、康复治疗和长期随访。为保证慢阻肺诊疗工作质量，应将疑似患者及时转到二级及以上医院，及早明确诊断，同时启动随访管理和双向转诊机制。

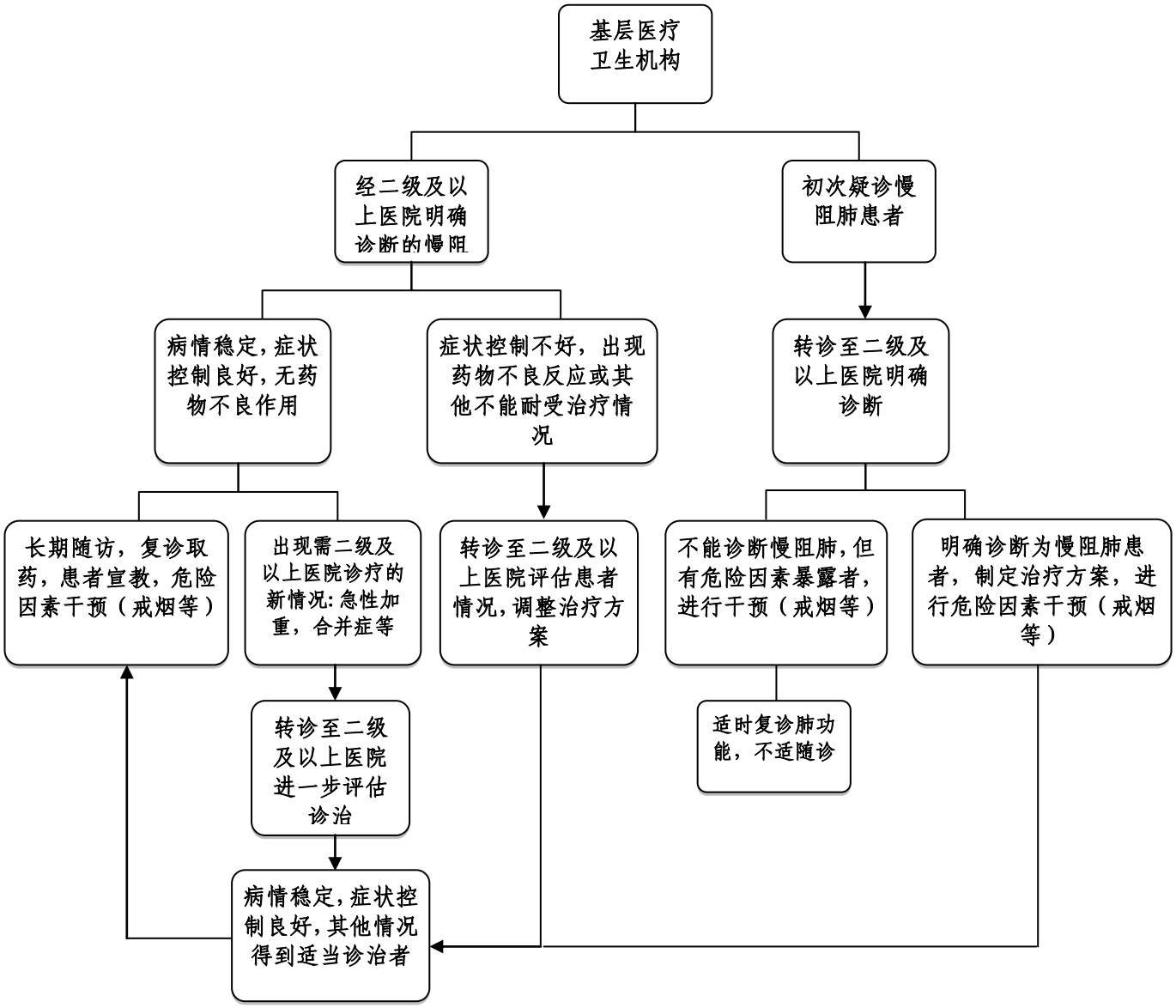
2.二级及以上医院

二级医院主要协助基层医疗卫生机构确诊和管理慢阻肺患者，开展双向转诊，与三级医院专家研究鉴别诊断、制定疑难病例的诊治方案。主要包括慢阻肺确诊、患者综合评估分组、戒烟干预、制定稳定期分级治疗方案。如果二级医院具备相应的诊断设施和技术，可以独立进行慢阻肺的诊疗工作，并与基层医疗卫生机构全科医生共同管理慢阻肺患

者。

三级医院的任务主要是对疑难、危重患者进行诊治，为基层医疗卫生机构全科医生和二级医院专科医师进行技术指导，共同管理慢阻肺患者，参加慢阻肺合并症、并发症等的诊治及会诊。对于部分疑难病例，协助二级医院专科医师制定诊治方案，评估急性加重，指导急性加重治疗，鉴别诊断及治疗并发症。同时负责慢阻肺诊断和治疗的质量控制。

（三）路径（如下图）。



（四）双向转诊标准。

1.上转至二级及以上医院的标准

（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）出现慢阻肺合并症，需要进一步评估和诊治。

（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,需要改变治疗方案:

① 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、抑郁、意识不清等症状。

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）医生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基层医疗卫生机构不能提供慢阻肺中医辨证治疗服务时。

②经中医辨证治疗临床症状控制不佳或出现急性加重者。

2.下转至基层医疗卫生机构的标准

（1）初次疑诊慢阻肺，已明确诊断，确定治疗方案。

（2）慢阻肺急性加重治疗后病情稳定。

（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，病情稳定的患者。

三、慢阻肺患者的疑诊、诊断与评估

（一）慢阻肺疑似患者的识别。

1.有慢性咳嗽、咳痰、呼吸困难、喘息或胸闷症状的首次就诊人群进行肺通气功能检测。

2.有吸烟史的 35 岁及以上人群首次就诊时建议进行肺通气功能检测。

3.有职业粉尘暴露史、化学物质接触史、生物燃料烟雾接触史的 35 岁及以上人群首次就诊时建议进行肺通气功能检测。

4.上述三类人群建议每年进行一次肺通气功能检测。

表 1 诊断慢阻肺的主要线索

年龄在35岁以上人群，如存在以下情况，应考虑慢阻肺，并进一步进行肺功能检查。以下线索并不是诊断慢阻肺所必须的，但如果符合越多，慢阻肺的可能性越大。确诊则需有肺功能检查结果。

呼吸困难	· 进行性加重(逐渐恶化) · 通常在活动时加重 · 持续存在(每天均有发生) · 患者常描述为：呼吸费力、胸闷、气不够用、喘息
慢性咳嗽	· 可为间歇性或无咳痰
慢性咳痰	· 可为任何类型慢性咳痰
接触危险因素(尤其是)	· 吸烟 · 职业粉尘和化学物质 · 家中烹调时产生的油烟或燃料产生的烟尘
家族史	慢阻肺家族史

（二）慢阻肺诊断与评估。

慢阻肺肺功能诊断标准：肺功能检查如支气管扩张剂（吸入沙丁胺醇）后一秒钟用力呼气容积/用力肺活量（FEV_1/FVC）<70%，可诊断慢阻肺。

1.病史采集。

（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：了解有无支气管哮喘、冠心病、高血压、肺心病、心律失常、骨质疏松、糖尿病等病史。

（4）家族史：询问有无慢阻肺、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。

（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。

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5）。

4.肺功能分级。

根据一秒钟用力呼气容积（FEV_1）占预计值的百分比进行肺功能分级（表2）。

表2　慢阻肺气流受限严重程度的肺功能分级
（基于支气管扩张剂后 FEV_1）

患者 $FEV_1/FVC<0.70$

分级	肺功能结果
轻度	$FEV_1\geq80\%$预计值
中度	$50\%\leq FEV_1<80\%$预计值
重度	$30\%\leq FEV_1<50\%$预计值
极重度	$FEV_1<30\%$预计值

5.综合评估。

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

表 3　mMRC 呼吸困难问卷（改良版英国医学研究委员会呼吸问卷）

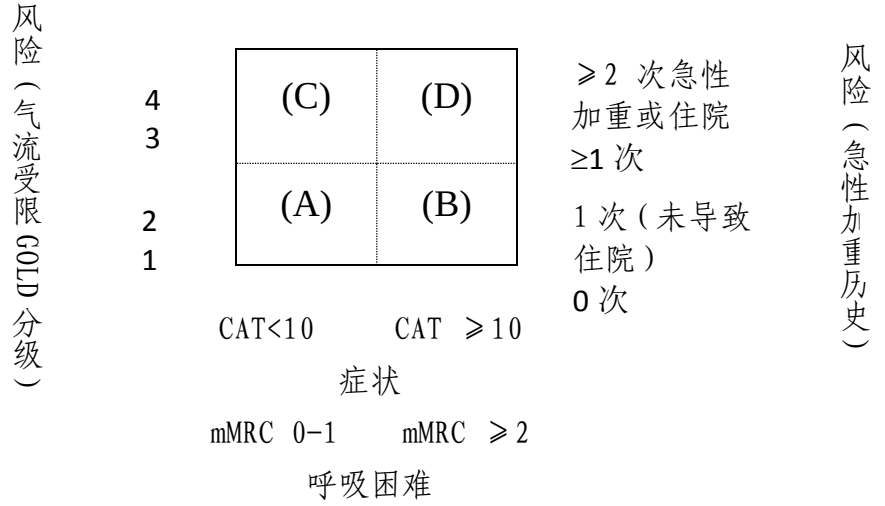
请在适合你的每个选项后面打勾（只选择一个）

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

表 4 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

表 5　慢阻肺综合评估



患者分类	特点	肺功能分级	每年急性加重次数	CAT	mMRC
A	低风险，症状少	1-2	≤1	<10	0-1
B	低风险，症状多	1-2	≤1	≥10	≥2
C	高风险，症状少	3-4	≥2；或≥1 因为急性加重入院	<10	0-1
D	高风险，症状多	3-4	≥2；或≥1 因为急性加重入院	≥10	≥2

6. 合并症评估（二级及以上医院完成）。

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、心衰、房颤和高血压）：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/抑郁和认知功能障碍：也是慢阻肺的常见合并症。但是这些合并症往往不能被及时诊断。

存在上述合并症会导致患者生活质量下降，往往提示预后较差。

（3）肺癌：在慢阻肺患者中很常见。研究已证实，肺癌是轻度慢阻肺患者最常见的死亡原因。

（4）重症感染：特别是呼吸系统感染，在慢阻肺患者中很常见。

（5）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。胃食管反流病（GERD）是一种全身性合并症，会对肺部病变产生影响。

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。

基层医疗卫生机构需要完成病史、体检、基本项目及部分推荐项目检查。如病情需要，可将患者转诊至二级及以上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 6）。

表 6　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）:
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，哮喘，肺气肿）
其他合并疾病史（心血管病，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）
实验室检查:
基本项目（必做的基本检查项目）
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机构，可将患者转至二级或三级医院完成）
X 线胸片
心电图
经皮脉搏血氧饱和度检测
推荐项目（二级或三级医院完成）:
动脉血气分析
痰培养
胸部 CT 检查
超声心动图
肺容量和弥散功能检查
6 分钟步行距离测定
选择项目:
PPD（结核菌素纯蛋白衍生物）试验
D-二聚体（D-dimer）
B 型尿钠肽（BNP）
C 反应蛋白（CRP）
过敏原检测
总 IgE
痰诱导及细胞学分类
呼吸道病毒抗体检查
呼出气一氧化氮（FeNO）检测
双下肢静脉超声
肺通气灌注扫描
运动心肺功能
骨密度测定
血清降钙素原
肿瘤标记物检查

8.影响慢阻肺患者预后的因素。

对初诊患者应通过全面询问病史、体格检查、各项辅助检查以及相关问卷评估，完成慢阻肺的综合评估，找出影响慢阻肺预后的危险因素、评价并存其他临床疾患等因素，并据此进行慢阻肺危险分层，量化评估预后（表 7）。

（三）慢阻肺的中医诊断与评估。

慢阻肺属中医“肺胀”范畴。遵循“四诊合参”的原则，重点进行病史、症状与体征、舌脉诊等综合信息采集，综合评估患者病情，依据中华中医药学会 2008 年制定的《中医内科常见病诊疗指南～中医病证部分》“肺胀”诊疗指南（ZYYXH/T4～49～2008），辨析慢阻肺基本病机、辨析证候要素等，按照稳定期/急性加重期分别进行中医辨证、病证结合诊断。

四、慢阻肺稳定期的治疗

（一）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。

（二）健康生活方式及危险因素控制。

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。

（三）中医健康管理。

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。

表 7　慢阻肺患病危险因素和影响预后的重要因素

危险因素	靶器官损害	合并其他临床疾患
● 吸烟 ● 职业粉尘和化学物质暴露 ● 生物燃料接触 ● 40 岁及以上 ● 家族史（慢阻肺，哮喘，肺气肿等） ● 儿童时期下呼吸道感染史	● 肺功能受损 ● CT 提示肺气肿、肺大泡或慢性支气管炎 ● 血气分析提示慢性呼吸衰竭 ● 心脏超声提示右心功能不全 ● B 超提示肝肾功能受损（淤血性肝硬变）	● 心脑血管疾病 ● 糖尿病及代谢性疾病 ● 焦虑、抑郁 ● 肺癌 ● 骨质疏松 ● 营养不良 ● 肺栓塞和下肢深静脉血栓形成 ● 肺结核 ● 支气管扩张 ● 支气管哮喘（ACOS）

（四）药物治疗。慢阻肺常用药物包括支气管扩张剂、糖皮质激素、磷酸二酯酶4抑制剂以及其他药物（祛痰药、抗氧化剂、中医中药等）。

支气管扩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、茶碱类药物以及吸入激素与β_2受体激动剂的联合制剂等。

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。依据患者临床情况、药物的适应症和禁忌症、药物的可获得性以及卫生经济学评估等选择适宜的治疗药物（表8）。

（五）非药物治疗。

慢阻肺的非药物治疗包括戒烟，疫苗，肺大泡切除术、肺减容手术，康复治疗，氧疗，无创呼吸机辅助通气治疗等（表9）。

表 8　慢阻肺起始药物治疗管理

	首选方案	次选方案	替代方案
A	短效抗胆碱能药物（需要时）　或 短效 β2 受体激动剂（需要时）	长效抗胆碱能药物　或 长效 β_2受体激动剂　或 短效抗胆碱能药物联合短效 β_2受体激动剂	茶碱
B	长效抗胆碱能药物　或 长效 β2 受体激动剂	长效抗胆碱能药物联合长效 β2 受体激动剂	短效 β_2受体激动剂 和/或 短效抗胆碱能药物 茶碱
C	吸入糖皮质激素联合长效 β_2受体激动剂　或 长效抗胆碱能药物	长效抗胆碱能药物联合长效 β2 受体激动剂 或 长效抗胆碱能药物联合磷酸二酯酶-4 抑制剂 或 长效 β2 受体激动剂联合磷酸二酯酶-4 抑制剂	短效 β_2受体激动剂 和/或 短效抗胆碱能药物 茶碱
D	吸入糖皮质激素联合长效 β_2受体激动剂　或/和 长效抗胆碱能药物	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　或 吸入糖皮质激素联合长效 β_2受体激动剂和磷酸二酯酶-4 抑制剂　或 长效抗胆碱能药物联合磷酸二酯酶-4 抑制剂	羧甲司坦 N-乙酰半胱氨酰 短效 β_2受体激动剂 和/或 短效抗胆碱能药物 茶碱

表 9　慢阻肺非药物治疗管理

患者组	基本治疗	推荐	取决于当地情况
A 组	戒烟（可包含药物治疗）	体力活动	流感疫苗 肺炎疫苗
B-D 组	戒烟（可包含药物治疗） 肺康复治疗	体力活动	流感疫苗 肺炎疫苗

（六）中医药治疗。根据具体病情，参照中华中医药学会 2008 年制定的《中医内科常见病诊疗指南～中医病证部分》“肺胀”诊疗指南（ZYYXH/T4～49～2008），根据患者辨证分型合理选择中药（含中药饮片、中成药、中药制剂）和/或中医非药物疗法（含冬病夏治/冬病冬治穴位贴敷药、拔罐、穴位注射、穴位埋线、针灸、砭石疗法等）。

（七）慢阻肺并发症与合并症的识别和治疗。

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、糖尿病和代谢性疾病、骨质疏松、肺癌、感染等。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。应该及早发现慢阻肺合并症并给予适当的治疗。

五、慢阻肺急性加重的治疗

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疾病病程的重要组成部分，因为急性加重可降低患者的生命质量，使症状加重、肺功能恶化，数周才能恢复，加快患者肺功能下降速率，特别是与住院患者的病死率增加相关，加重社会经济负担。

（一）基层医疗卫生机构治疗。

慢阻肺急性加重早期、病情较轻的患者可以在基层医疗卫生机构治疗，但需注意病情变化，一旦初始治疗效果不佳，症状进一步加重，需及时转送二级及以上医院诊治。基层治疗包括适当增加以往所用支气管舒张剂的剂量及频度，单一吸入 β2-受体激动剂或联合应用吸入 β2-受体激动剂和抗胆碱药物。对较严重的病例可给予较大剂量雾化治疗，并加用抗菌药物。

（二）二级及以上医院住院治疗。

病情严重的慢阻肺急性加重患者需要住院治疗，到二级及以上医院就医或住院治疗的指征:

（1）症状明显加重，如突然出现静息状况下呼吸困难;

（2）重度慢阻肺;

（3）出现新的体征或原有体征加重（如发绀、意识改变和外周水肿);

（4）有严重的伴随疾病（如心力衰竭或新近发生的心律失常);

（5）初始治疗方案失败;

（6）高龄;

（7）诊断不明确;

（8）基层医疗卫生机构治疗无效或条件欠佳。

（三）二级及以上医院 ICU 住院治疗。

慢阻肺急性加重患者收入 ICU 指征，包括:

（1）严重呼吸困难且对初始治疗反应不佳;

（2）意识障碍（如嗜睡、昏迷等);

（3）经氧疗和无创机械通气低氧血症（PaO2 <50 mm Hg）仍持续或呈进行性恶化，和（或）高碳酸血症（PaCO2>70 mm Hg)无缓解甚至恶化,和(或)严重呼吸性酸中毒(pH 值<7.30）无缓解，甚至恶化;

（4）需要有创机械通气的;

（5）血流动力学不稳定，需要使用升压药物的。

六、慢阻肺患者的管理

（一）慢阻肺患者分层分级管理内容。

对慢阻肺患者按照综合评估的分组进行分级管理（表 10)。

表 10 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	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	1 年一次	6 个月一次
随访症状	6 个月一次	3 个月一次
随访急性加重（包括住院）	6 个月一次	3 个月一次
随访合并症	1 年一次	1 年一次
转诊	必要时	必要时

（二）患者自我管理。

1.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，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，开展患者肺康复训练，增强防治慢阻肺的主动性及药物治疗的依从性，提高与医生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。

2.自我管理指标：

（1）慢阻肺疾病知晓率。

（2）慢阻肺防治知识知晓率。

（3）药物的治疗作用及副作用，药物使用方法知晓率。

（4）患者就医依从性、医嘱执行率。

（5）干预行为执行率。

（6）慢阻肺中医药防治知识知晓率。

（三）患者并发症及并发疾病的检查。

慢阻肺患者常伴有合并症及并发疾病，需要定期检查（表 11）。

表 11　慢阻肺并发症和合并症相关检查

检查项目	针对的并发症/合并症	检查频率	检查地点
心脏超声检查	心血管疾病	每年一次或按需	二级及以上医院
下肢静脉超声检查	肺栓塞及静脉血栓栓塞症	每年一次或按需	二级及以上医院
血生化（空腹血糖、血脂、血肌酐、尿酸等）	糖尿病 高脂血症 高尿酸血症	每年一次或按需	社区

D-二聚体	肺栓塞及静脉血栓栓塞症	必要时或按需	二级及以上医院
B 型尿钠肽	心功能不全	必要时或按需	二级及以上医院
心电图	心律失常	每年一次或按需	社区
焦虑抑郁量表	焦虑抑郁	每年一次	社区
胸部 CT	肺癌，支气管扩张，肺结核等	每年一次或按需	二级及以上医院
X 线胸片	肺部感染	每年一次或按需	二级及以上医院或有条件的社区
血气分析	慢性呼吸衰竭	必要时或按需	二级及以上医院或有条件的社区
骨密度测定	骨质疏松症	必要时	二级及以上医院或有条件的社区

对慢阻肺患者进行中医证候辨识，每 3 月一次，且每年必须至少有 2 次中医证候辨识在二级及以上中医类医院进行。

（四）慢阻肺姑息治疗和临终关怀。

慢阻肺的疾病特点就是患者健康状况不断恶化、症状不断增加，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。基层医疗卫生机构提供的姑息治疗、临终关怀和养护治疗是慢阻肺晚期患者治疗的重要组成部分。可根据患者情况辨证使用中医综合治疗，减轻症状，提高生活质量，延长生存期。

对于重度慢阻肺患者基层医疗卫生机构的全科医生、护士应该同患者及其家属多交流沟通，应该告知可能发生的各种危急情况及相应的治疗措施和经济负担。姑息治疗是在传统疾病治疗模式基础上的延伸，其目的是尽可能地防止和缓解患者痛苦，保证患者获得最佳生活质量，主要内容是提高患者生活质量、向患者提供情绪和精神支持。姑息治疗可以

提高晚期患者生活质量、减少症状、尽可能延长患者生存期。

养护治疗主要是对支气管扩张剂治疗无效、且在休息时即有呼吸困难、住院和急诊就诊次数增加的进行性加重的晚期慢阻肺患者提供治疗。