

氣喘診療指引

郭壽雄

台大醫院 檢驗醫學部、內科部

一般而言，氣喘(asthma)的診療存在二個問題，其一是診斷不足，很多氣喘病人未被診斷，因而未能早期治療，使得病情逐漸加重、肺功能逐漸減退。其二是治療不足，就是未能給氣喘病人適當而足夠的藥物治療，使得氣喘病人不能獲得良好的控制。為改善氣喘的診療，世界各國陸續發行氣喘診療指引已有十多年的歷史，台灣在 1995 年首先由專科醫學會發行氣喘診療指引，在 2000 年由行政院衛生署初版氣喘診療指引，在 2002 年再版。

台灣的氣喘診療指引主要依據全球氣喘創議組織(GINA)所出版之氣喘處置及防治之策略而改編，主要診療之原則有六：1).診斷氣喘需同時鑑定其嚴重度，以供治療之依據，其嚴重度區分為四級：輕度間歇性，輕度持續性，中度持續性和重度持續性；2).治療根據其嚴重度，並且須依階梯式原則，當症狀受到良好控制後，每三個月評估後再逐漸降階治療(逐漸減藥)；3).持續性氣喘須使用吸入型類固醇(兒童可先嘗試吸入式 cromolyn 四週)；4).短效吸入型 β_2 -agonist 須待需要時才使用(避免規則使用)；5)加強衛教，避免過敏原或刺激物等誘發因子；6).讓病患依尖峰呼氣流速做自我監測，並給于書面自我處置計畫。

最新的藥物治療原則有三：1)低劑量吸入型類固醇若不能有效控制氣喘，可先考慮加上以下三種藥物(一種或多種)，依價格而列是緩釋型茶鹼，吸入型長效 β_2 -agonist，白三烯(leukotriene)抗體拮抗劑；2)吸入型長效 β_2 -agonist 中 formoterol 因屬速效藥，故可當做長期維持藥也可做必要時緩解症狀之用；3)口服類固醇要保留到最後一線才使用，且以隔日服用為原則。診療指引只提供一般原則，實際診療時仍需依個別病人而定。