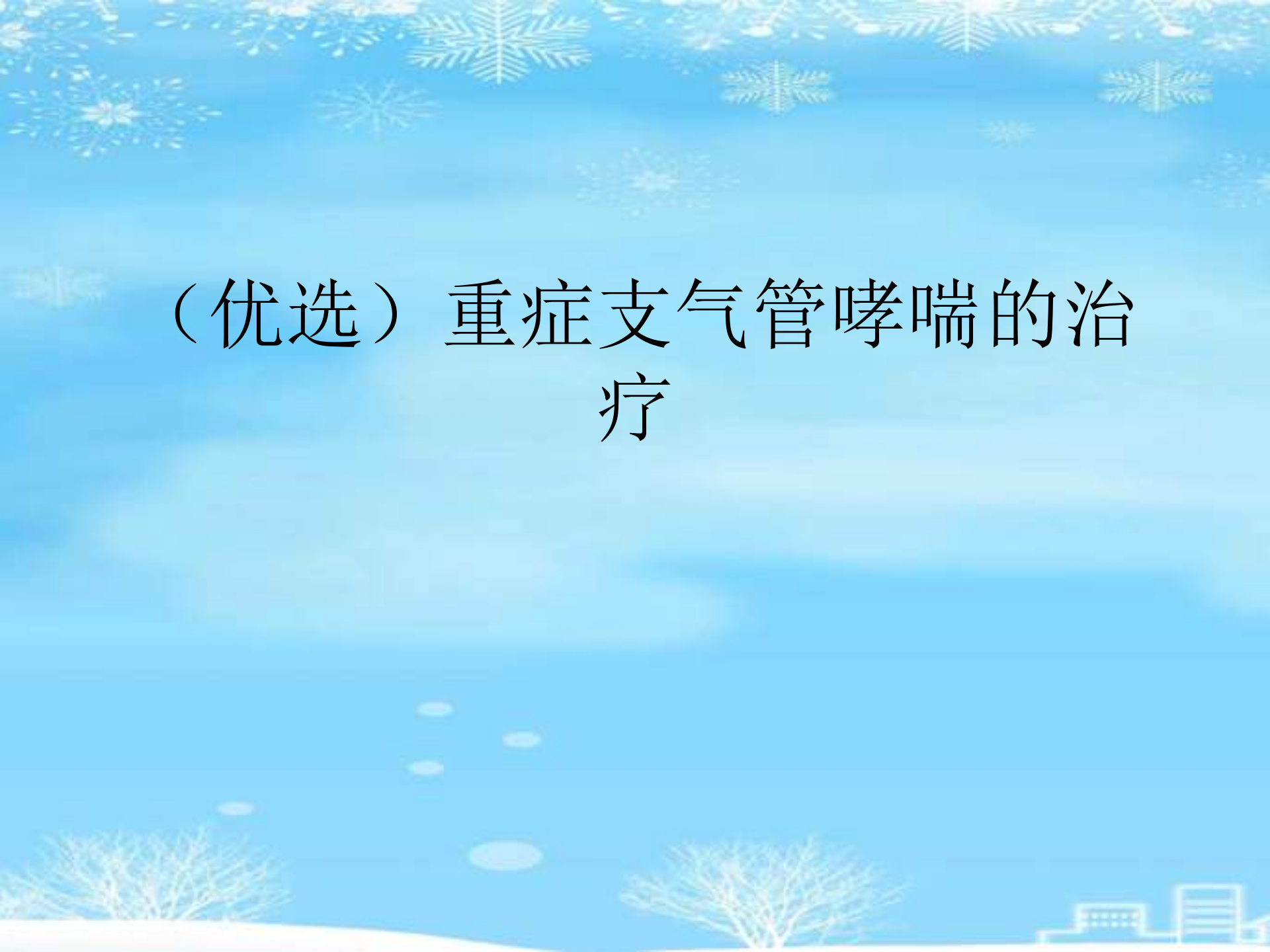


重症支气管哮喘的治疗



(优选) 重症支气管哮喘的治疗

一、哮喘发作严重程度的判断

（一）病史

哮喘发作的预后与病程长短无关，只与发作的严重程度有关

- （1）既往是否因哮喘急性发作而急诊或住院治疗
- （2）肾上腺皮质激素的用量
- （3）是否曾通过人工气道进行机械通气

(二) 查体

- (1) 神智及精神障碍，明显紫绀、脱水
- (2) 呼吸频率 >30 次/分或呼吸微弱或出现节律异常
- (3) 心率 >120 次/分，出现节律不全、低血压
- (4) 双肺布满哮鸣音到呼吸音减弱，甚至消失
- (5) 吸气三凹征及矛盾呼吸

(三) 实验室检查

(1) 床旁肺功能测定 FEV₁<30%预计值，患者应住院治疗；FEV₁<25%预计值、VC<1.0L，应视为哮喘急性发作

(2) 血气分析 判别哮喘发作时间及严重程度的重要手段

普通哮喘发作早期轻度低氧血症、呼吸性碱中毒：PaO₂<80mmHg，PaCO₂<35mmHg，pH>7.4，碳酸氢盐正常水平；数小时后，碳酸氢盐低于正常，PH可正常，PaCO₂<20mmHg

严重哮喘早期：PaO₂<60mmHg，PaCO₂ 35--45mmHg，pH<7.35；病情进一步发展，呼吸肌疲劳导致肺泡低通气，PaCO₂升高，且碳酸氢盐储备减少，酸中毒严重

(3) 心电图 新出现的肺型P波，ST-T段改变，心脏传导及节律异常

(4) X线胸片 气胸、纵隔或心包气肿、肺不张

二、哮喘持续发作诱因的消除

（一）心理因素的消除

重症哮喘可引起大脑皮层—丘脑—迷走神经兴奋，因而乙酰胆碱分泌增加，提高支气管平滑肌张力使哮喘不易缓解

（二）诱发哮喘加重伴发症的消除

胃食管反流(GERD)

慢性副鼻窦炎分泌物吸入

左心功能不全

（三）脱离诱发哮喘的环境

脱离过敏原、理化刺激和身心激惹等有利于哮喘发作的环境则有助于哮喘的缓解

三、一般治疗原则

（一）氧疗

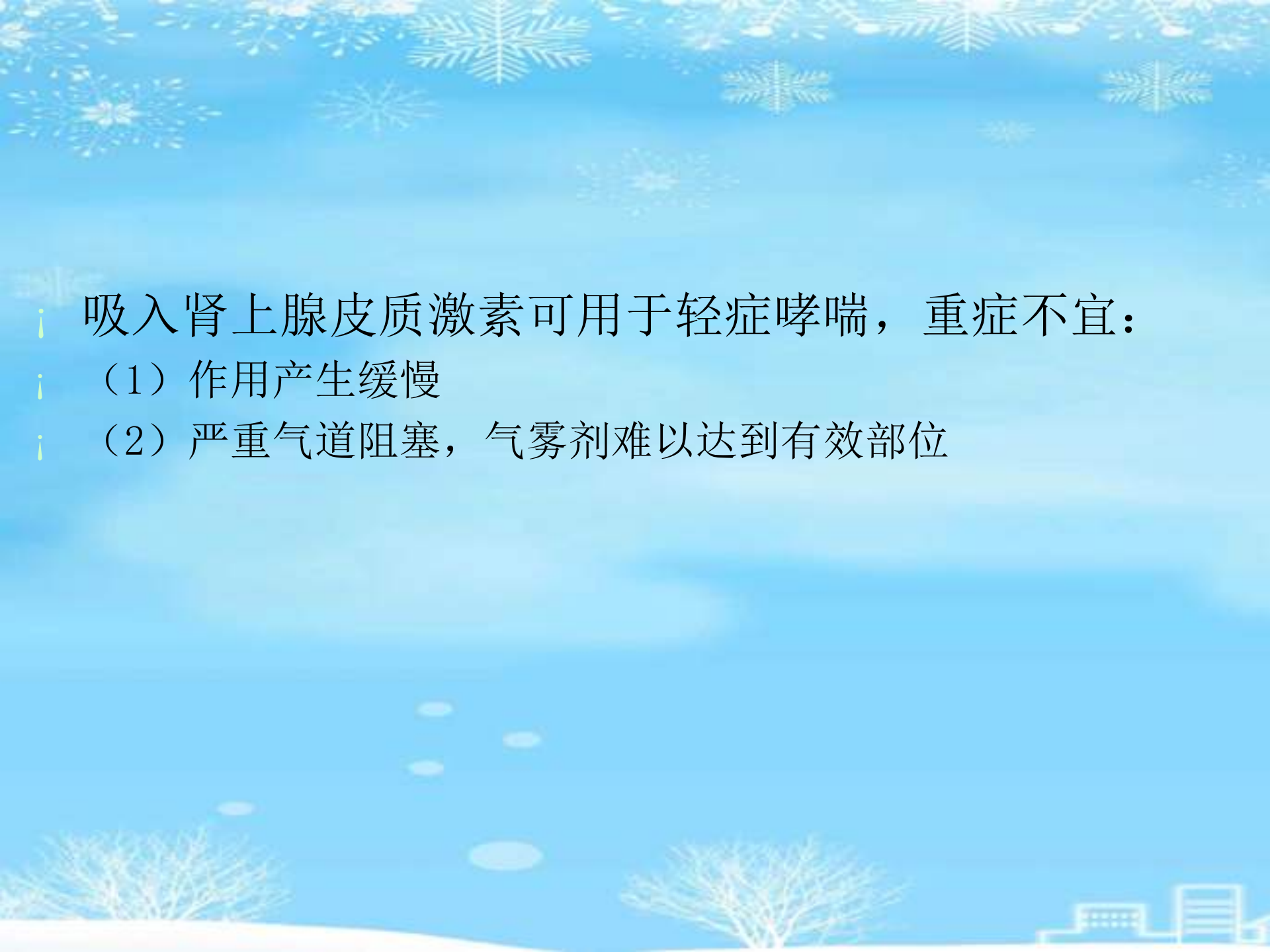
常规给予2~3L/min氧气，（1）纠正可能存在的低氧血症，（2）预防因吸入糖皮质激素所致通气/血流比例不均引起的PaO₂下降；严重者氧疗途径及吸氧浓度视其缺氧程度而定

（二）维持水、电解质、酸碱平衡

（三）肾上腺皮质激素

重症哮喘发作可采用短程大剂量激素疗法，多选用甲基强的松龙和氢化考的松，剂量应达到血药浓度在100ug/100ml 以上为宜，氢化考的松3mg/kg 96h 则可在在此浓度以上，通常可选用氢化考的松200mg 或甲基强的松龙125mg静滴，静脉给药甲基强的松龙用后3~ 5 小时起效，地塞米松起效较甲基强的松龙约延后半小时，氢化考的松则约提前半小时，故常在激素起效前应用起效较快的茶碱静滴和吸入 β_2 受体激动剂以待激素发挥作用。控制哮喘病情后则激素改为口服并渐减量至停用

糖皮质激素对大多数哮喘病人敏感，但亦有疗效差的病人，可分为激素敏感型哮喘(SS)和激素抵抗型哮喘(SR)，其确定方法是以强的松 $40\text{mg}/\text{d} \times 14$ ， FEV_1 增加 $< 15\%$ 为SR型， $> 30\%$ 为SS型，或 $20\text{mg}/\text{d} \times 7$ ， FEV_1 增加 $< 15\%$ 为SR型， $> 25\%$ 为SS型者，不论如何判断均说明激素疗效的程度

- 
- 吸入肾上腺皮质激素可用于轻症哮喘，重症不宜：
 - （1）作用产生缓慢
 - （2）严重气道阻塞，气雾剂难以达到有效部位

（四）黄嘌呤类药物

氨茶碱对重症支气管哮喘的强大支气管舒张作用仍是其他药物难以替代的，重症哮喘时，体内已释放大量茶酚胺，使 β_2 受体激动剂的作用受到限制，更突出了黄嘌呤类药物的重要性

茶碱为激素抵抗型的首选药物,它不但可调整中枢神经的失衡状态,又有抑制磷酸二酯酶使平滑肌舒张作用,有效血浓度为10~15mg/L,应用方法为5~6mg/kg 静脉30分钟缓注后血药浓度可达10mg/L,继以0.5~1mg/kg/h维持血药浓度而起平喘作用,口服途径给氨茶碱0.2g日3次和睡前服长效茶碱0.2~0.4g 联用亦能基本保持有效剂量。茶碱应用要注意:持续性哮喘发作需按上述静滴方法,尽量避免反复静注给药,静注过快时血药浓度可高达中毒量,>20mg/L即产生心率增快、心律失常、头痛不安和激惹,>40mg/L则脑血流减少而致癫痫样发作,严重心律失常,甚至死亡

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/245010224240011222>