

支气管哮喘……

- 俗话说“外不治癣、内不治喘”，得了哮喘不好治……
- 哮喘病人成天病病歪歪，生活质量太差了
- 哮喘是“发炎”，得天天吃“消炎药”
- 哮喘治疗要用激素，副作用很可怕……
- 治疗哮喘的药物会产生依赖，所以不能长期用药，不喘了就得停药
- ……

误区

一 支气管哮喘的概述与定义

- | 支气管哮喘（简称哮喘）近年来其患病率在全球范围内有逐年增加的趋势。
- | 规范化的诊断和治疗，特别是长期管理对提高哮喘的控制水平，改善患者生命质量有重要作用。
- | 哮喘是由多种细胞（包括气道的炎性细胞和结构细胞）和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。这种慢性炎症导致气道高反应性，通常出现广泛多变的可逆性气流受限，并引起反复发作性的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状，常在夜间和（或）清晨发作、加剧，多数患者可自行缓解或经治疗缓解。

哮喘的负担

- 哮喘是一全球性问题，据估计有**3亿人**受累
- 不同国家哮喘的人群患病率在**1%到18%**间，且部分国家的哮喘患病率呈上升趋势
- 据估计，全世界死于哮喘者每年达**250,000** 例
- 世界卫生组织估计因哮喘丧失的伤残调整生命年 (DALYs) 每年达到**1500** 万，占全球疾病负担总数的**1%**

哮喘是一种常见病，多发病，严重影响患者的生活

在一年中，因哮喘而需要住院或急诊治疗的患者

33%

因哮喘而失去就业机会的患者

58%

因哮喘而无法进行运动和休闲活动的患者

79%

因哮喘而改变自己原来生活方式的患者

63%

因哮喘而有睡眠障碍的患者

68%

因哮喘而无法进行正常的体力活动的患者

74%

我国哮喘治疗面临着严峻的挑战

- 图中显示，我国的哮喘死亡率超过10例/100,000患者，位居全球前列



基层医院的哮喘诊断现状

- 医务人员对支气管哮喘的诊断水平有待提高
 - 对于典型支气管哮喘的临床表现较为熟悉，但对于不典型的哮喘患者没有仔细分析；没有想到或建议患者行肺功能的支气管激发试验或支气管舒张试验进一步确诊
 - 对于不明原因的顽固咳嗽、胸闷或气促的患者，应提高警惕性，想到哮喘的可能性，建议其行有关检查，对于受检测条件限制者，可先给予支气管扩张剂行试验性治疗，症状明显缓解者哮喘的可能性较大
- 诊断设备缺乏或项目开展不完善
 - 有些医院没有肺功能仪，支气管激发试验和、和/或支气管舒张试验无法开展，不典型支气管哮喘的漏诊亦在所难免
 - 开展项目不完善：缺乏过敏原筛查试验等

二 支气管哮喘的诊断

胸闷或咳嗽

符合1+2+3+4条或4+5条者，可以诊断为哮喘。

2 诊断分期

支气管哮喘分期：根据临床表现哮喘可分为急性发作期、慢性持续期和临床缓解期。

急性发作期：是指气促、咳嗽、胸闷等症状发生，或原有症状加重，常有呼吸困难，以呼气流量降低为其特征，常因接触变应原等刺激物或治疗不当等所致。

慢性持续期：是指在相当长的时间内均不同频度、不同程度地出现哮喘症状。

临床缓解期：是指经过治疗或未经治疗症状、体征消失，肺功能恢复到急性发作前水平，并维持3个月以上。

3 哮喘分级

3.1 病情严重程度分级

分级	临床特点
间歇状态 (第1级)	症状<每周1次 短暂出现 夜间哮喘症状≤每月2次 FEV₁≥80%预计值或PEF≥80%个人最佳值, PEF或FEV₁变异率<20%
轻度持续 (第2级)	症状≥每周1次, 但<每日1次 可能影响活动和睡眠 夜间哮喘症状>每月2次, 但<每周1次 FEV₁≥80%预计值或PEF≥80%个人最佳值, PEF或FEV₁变异率20%~30%
中度持续 (第3级)	每日有症状 影响活动和睡眠 夜间哮喘症状≥每周1次 FEV₁60%~79%预计值或PEF60%~79%个人最佳值, PEF或FEV₁变异率>30%
重度持续 (第4级)	每日有症状 频繁出现 体力活动受限 经常出现夜间哮喘症状 FEV₁<60%预计值或PEF<60%个人最佳值, PEF或FEV₁变异率>30%

3.2 哮喘控制水平分级（稳定期）

临床特征	控制 (满足以下所有情况)	部分控制 (任何1周出现以下任一表现)	未控制
日间症状	≤2次/周	≥2次/周	任意1周出现哮喘部分控制的表现≥3项
活动受限	无	任何1次	
夜间症状/ 夜间觉醒	无	任何1次	
需缓解剂/急救治疗	≤2次/周	≥2次/周	
肺功能 (PEF 或FEV ₁)	正常	< 80%预计值或个人任意一天的最佳值(若已知)	
急性发作	无	≥1次/年	任1周内有一次

3.3 哮喘急性发作时严重程度的分级

临床特点	轻度	中度	重度	危重
气短	步行、上楼时	稍事活动	休息时	
体位	可平卧	喜坐位	端坐呼吸	
讲话方式	连续成句	单词	单字	不能讲话
精神状态	可有焦虑，尚安静	时有焦虑或烦躁	常有焦虑、烦躁	嗜睡或意识模糊
出汗	无	有	大汗淋漓	
呼吸频率	轻度增加	增加	常>30次/min	
辅助呼吸肌活动及三凹征	常无	可有	常有	胸腹矛盾运动
哮鸣音	散在，呼气相末期	响亮、弥漫	响亮、弥漫	减弱、乃至无
脉率（次/min）	<100	100~120	>120	脉率变慢或不规则
奇脉	无，<10 mmHg	可有，10~25 mmHg	常有，>25 mmHg	无，提示呼吸肌疲劳
使用 β_2 激动剂后PEF预计值或个人最佳值%	>80%	60%~80%	<60%或<100 L/min 或作用时间<2 h	
PaO ₂ （吸空气，mmHg）	正常	≥60	<60	<60
PaCO ₂ （mmHg）	<45	≤45	>45	>45
SaO ₂ （吸空气，%）	>95	91~95	≤90	≤90
pH				降低

三 支气管哮喘的鉴别诊断

鉴别项目	哮喘	COPD
年龄	早年发病（通常在儿童期）	中年后起病
症状	每日症状变化快，夜间和清晨症状明显	缓慢进展逐渐加重
诱因	有过敏史、鼻炎和（或）湿疹	长期吸烟史、有害气体颗粒接触、感染
家族史	哮喘家族史	-----
气流受限可逆性	大多可逆	大多不完全可逆

疾病	鉴别要点
左心衰（心源性哮喘）	多有高血压、冠心病、风心病等；粉红色泡沫痰；心脏扩大、肺淤血征
COPD	多见于老年人，常有吸烟史，伴慢性咳嗽、咳痰
肺癌	肺癌导致支气管狭窄或伴类癌综合征时，可出现喘鸣音，常有血痰，有影像学和病理学证据
肺嗜酸性粒细胞浸润	常有发热，胸部X线可见多发性、此起彼伏的淡薄斑片影，可自行消失或复发
高通气综合征	有精神创伤史或精神紧张或有应激等心因性诱因，有胸痛、头晕、呼吸深而快、气短、手指麻木、口唇周围发紧等症状，过度通气激发试验阳性

四 支气管哮喘常用药物介绍

治疗哮喘的药物可以分为控制药物和缓解药物两大类。

1. 控制药物：通过抑制气道炎症，预防哮喘发作，需要**长期**每天使用。首选吸入性糖皮质激素（ICS），还包括白三烯调节剂、长效 β_2 受体激动剂（需与ICS联合应用）、缓释茶碱、色甘酸钠等。

2. 缓解药物：能**迅速**解除支气管平滑肌痉挛，缓解气喘症状，通常按需使用。首选速效吸入 β_2 受体激动剂，还包括全身用糖皮质激素、吸入性短效抗胆碱药物、茶碱及长效吸入 β_2 受体激动剂等。

哮喘的药物治疗

治疗目的：达到和维持临床控制

控制药物

- 主要通过抗炎作用使哮喘维持临床控制
- 需要长期每天使用的药物

缓解药物

- 迅速解除支气管收缩，缓解哮喘症状
- 按需使用的药物

哮喘治疗的药物——控制药物

- 吸入糖皮质激素
- 长效吸入 β_2 -受体激动剂联合ICS
- 缓释茶碱
- 全身用激素
- 其它控制药物：
白三烯调节剂、抗IgE抗体及其他非激素
全身用药物等

吸入性糖皮质激素

治疗地位	<ul style="list-style-type: none">✓ 有效减轻哮喘症状、改善生活质量、改善肺功能、降低气道高反应性、控制气道炎症，减少哮喘发作的频率和严重程度，降低病死率✓ 但激素不能治愈哮喘，停药数周或数月后部分患者的病情会出现恶化
不良反应	<ul style="list-style-type: none">✓ 局部：包括不良反应包括口咽念珠菌感染、声嘶，以及偶因上呼吸道刺激引起咳嗽✓ 全身：长期，高剂量吸入激素的全身不良反应包括易于出现瘀斑、肾上腺抑制、骨密度降低；横断面研究还发现吸入激素可导致白内障和青光眼

常用的吸入皮质激素 (ICS)

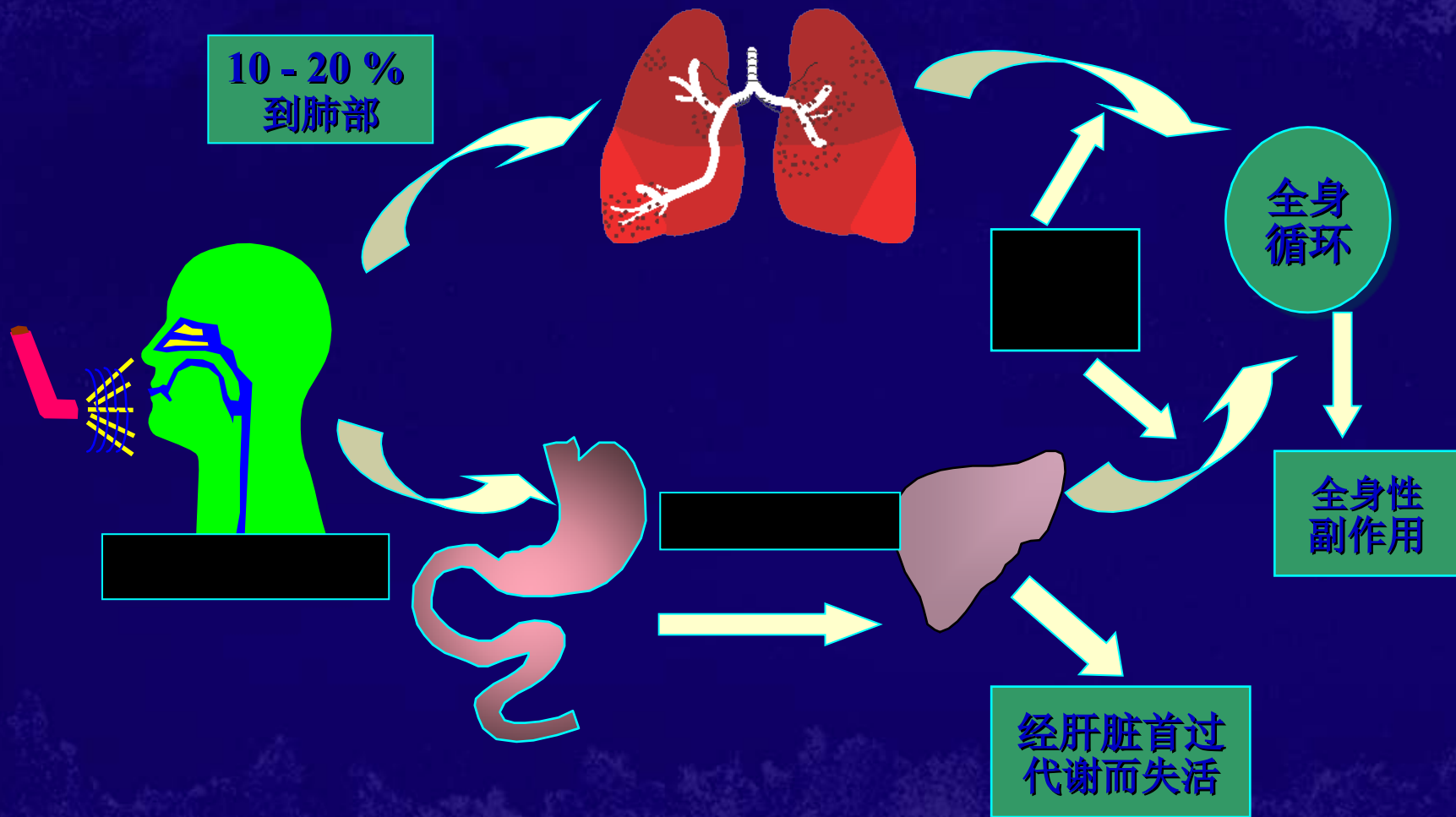
- 二丙酸倍氯米松 (BDP) 必可酮
- 布地奈德 (BUD) 普米克
- 丙酸氟替卡松 (FP) 辅舒酮

- 吸入皮质激素的优点： 用药剂量少
- 疗效好
- 副作用少

吸入性糖皮质激素的等效日剂量

药物	低剂量(μg)	中等剂量(μg)	高剂量(μg)
丙酸倍氯米松	200~500	>500~1000	>1000~2000
布地奈德	200~400	>400~800	>800~1600
环索奈德	80~160	>160~320	>320~1280
丙酸氟替卡松	100~250	>250~500	>500~1000
糠酸莫米松	200~400	> 400~800	>800~1200

局部用激素的安全性



β_2 -受体激动剂

- 通过对气道平滑肌和肥大细胞等细胞膜表面的 β_2 -受体的作用，舒张气道平滑肌、减少肥大细胞和嗜碱粒细胞脱颗粒和介质的释放、降低微血管的通透性、增加气道上皮纤毛的摆动等，缓解哮喘症状
- 分类：短效（作用维持4~6小时） 速效（数分钟起效）
 长效（维持12小时） 缓慢起效（30分钟起效）

长效吸入 β_2 -受体激动剂

常用药物	福莫特罗、沙美特罗
治疗地位	<ul style="list-style-type: none">✓ 对哮喘的气道炎症无影响，所以不应单独用于哮喘治疗。它们与吸入性糖皮质激素联合使用时能发挥最大的作用✓ 如果吸入中等剂量的激素后哮喘仍然无法得到控制，联合吸入长效β_2 激动剂是首选方法✓ 联合吸入糖皮质激素能够改善哮喘症状，减少夜间哮喘的发生，改善肺功能，减少速效吸入性β_2 激动剂的应用，减少急性发作的次数✓ 吸入性长效β_2 激动剂联合ICS可能预防运动诱发的支气管痉挛（中国无此适应征）
不良反应	<ul style="list-style-type: none">✓ 心律增快、骨骼肌震颤、低钾血症✓ 常规使用速效β_2 激动剂，无论长效还是短效制剂均可导致相对的受体耐受现象

常用ICS / LABA联合制剂

□ 布地奈德 / 福莫特罗 (B / F) —— 信必可

□ 氟替卡松 / 沙美特罗 (F / S) —— 舒利迭

□ 联合制剂疗效优于两倍剂量的吸入性糖皮质激素

常用吸入裝置



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/266005200154010142>