

编者按：哮喘急性发作是指喘息、急促、咳嗽、胸闷等症状急剧加重，常有呼吸困难，以呼气流量降低为其特征，常因接触变应原、刺激物或呼吸道感染诱发。其程度轻重不一，病情加重，可在数小时内出现，偶尔可在数分钟危及生命，故应对病情作出正确评估，以便给予及时有效的紧急治疗。

目前，糖皮质激素是最有效的抗炎药物。可明显抑制炎症介质和细胞因子的合成和释放，减轻微血管渗漏，抑制腺体的分泌，从而减轻支气管黏膜的充血、水肿，改善气流受限。另外由于具有抑制炎症介质和上调β₂受体的作用，也间接起到舒张支气管平滑肌的作用。因此在急性发作时的处理上，糖皮质激素起到了重要作用。

对此，特专访中国医师协会呼吸医师分会会长、中日医院呼吸内科主任林江涛教授，就哮喘急性发作处理的几个常见问题，作一经验分享。



急性哮喘不难治 规范用药是关键

专访中日医院呼吸内科林江涛教授

▲ 本报记者 于伟

准确判断病情严重程度是首务

支气管哮喘防治指南和全球哮喘防治倡议(GINA)均将急性发作分为轻、中、重和危重(表1)。林教授强调，有经验的临床医生根据临床征象区分以上分级并无

困难。但是有1条界限必须划分清楚，就是中、重度之间的界限。区分这条界限非常重要，便于对危重患者加强监护和处理，及时处理并发症，降低病死率。除肺功能检测外，

最客观的实验室检查即动脉血气分析，往往重度患者出现明显低氧血症，甚至呼吸衰竭，动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)开始升高，pH值由增高变为正常或偏酸性。

另外，林教授强调，病情严重程度的判断也应参考病史，这一点也经常被临床医生忽略。对既往发作曾出现高碳酸血症、气管插管的患者应高度重视并加强监护。

表1 哮喘急性发作时病情严重程度的分级

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，呼吸末期	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(成人)	无，提示呼吸肌疲劳
最初支气管舒张剂治疗后PEF占预计值或个人最佳值%	>80%	60%~80%	<60%或<100 L/min	或作用持续时间<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值				降低

全身糖皮质激素遵循六字原则

如何正确和合理使用激素?林教授谈道，概括起来讲，应做到“适时、足量、短程”六字原则。全身应用糖皮质激素可加速急性哮喘改善速度，以预防哮喘的复发，除成人、青少年6~11岁儿童轻症哮喘急性发作外均应全身应用糖皮质激素。全身应用糖皮质激素应该在哮喘急性发作1h内应用。

2008版支气管哮喘防治指南及2015版GINA指南均指出，对急重度哮喘发作有两种给药方式。

静脉给药

严重急性哮喘发作

时，应静脉及时给予甲泼尼龙(80~160 mg/d)等。无激素依赖倾向者可在短期(3~5 d)内停药；有激素依赖倾向者应延长给药时间，控制哮喘症状后改为口服给药，并逐步减少激素用量。

此外，对于5岁及以下儿童哮喘急性加重的初始管理，2015年GINA指南中特别指出，应用全身性糖皮质激素时，第一天应用静脉甲泼尼龙(1 mg/kg)，每6 h应用1次。

因甲泼尼龙静脉注射起效迅速、作用强、达峰快、疗效好、抢救成功率

高，且对水电代谢影响小，作用时间短，不良反应小，相对安全性大，是拯救重症哮喘的首选药物。

口服给药

2008版支气管哮喘防治指南指出，轻中度哮喘发作、慢性持续哮喘大剂量吸入激素联合治疗无效的患者和作为静脉应用激素治疗后的序贯治疗。一般使用半衰期较短的激素(如甲泼尼龙等)。

对多数哮喘患者，2015版GINA指南应指导哪些患者合适及如何开始用口服糖皮质激素，包括对加量的维持剂及

缓解在2~3 d内治疗无效；肺功能急剧恶化患者(PEF或FEV₁<60%预计值)；具有重症哮喘急性发作患者。

另外，2015版GINA指南指出，对6~11岁儿童而言，推荐口服糖皮质激素1~2 mg/kg/d，最大剂量至40 mg/d，连续使用3~5 d(B级)。

此外，地塞米松因在血浆和组织中半衰期较长，水钠潴留作用较为明显，对脑垂体-肾上腺皮质轴抑制作用较强，不良反应较大，故应尽量避免使用或较长时间使用。

着重识别高风险哮喘患者

林教授强调，对于2015版GINA指南指出的哮喘相关死亡高危因素的8类患者，需要给予高度重视，这些患者应当尽早到医疗机构就诊。



指导基层医院进行规范化诊治

林教授指出，基层医院及医生应遵循哮喘急性发作处理的5个基本原则：严密观察并评估病情和治疗后的反应；积极使用支气管舒张剂；及时应用全身性糖皮质激素；氧疗；同时做好人工通气的准备。林江涛表示，控制哮喘应从规范化个体化治疗哮喘入手。

根据病因治疗 针对引起哮喘发作的两个直接病因，主要有两种控制方法，即控制气道炎症和解除支气管痉挛。

坚持长期治疗和监测 由于哮喘病具有长期性、反复发作性和部分可逆性等特点，因此通常需要坚持长期的抗炎治疗，长期进行病情监测和评价。

医患配合建立良好的伙伴关系 哮喘病情随时变化的特点决定了管理哮喘的

大部分日常工作需要患者和家属的主动参与，需要医生和患者之间的密切配合。

个体化治疗是关键 临床医生应根据哮喘患者病情严重程度的分级采取阶梯式治疗方案即个体化治疗，使用尽可能少的药物达到理想控制哮喘的目的。

在采访过程中，林教授多次强调，哮喘作为一种慢性病，在疾病过程中需要长期的防治管理，无论是在非急性仍是在急性发作期，均应根据疾病的严重程度进行分级治疗，随病情变化升级或降级治疗。

最后林教授告诫所有哮喘病患者，对其治疗方案的制定、变更，药物的减量、停用，都应该在医生的指导下进行，切忌自行决定，否则很可能导致前期治疗效果的丧失和疾病的加重。