

农村内科常见病防治

黄振文 主编

郑州大学出版社

农村内科常见病防治

黄振文 主编

郑州大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

农村内科常见病防治/黄振文主编. —郑州: 郑州
大学出版社, 2011. 4
(农村常见病防治丛书)
ISBN 978 - 7 - 5645 - 0065 - 8

I. ①农… II. ①黄… III. ①内科 - 常见病 - 防治基本知识 IV. ①R5
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 033220 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

出版人: 王 锋

全国新华书店经销

南阳市风雅印务有限公司印制

开本: 710 mm × 1 010 mm

印张: 15.25

字数: 309 千字

版次: 2011 年 4 月第 1 版

邮政编码: 450052

发行部电话: 0371 - 66966070

1/16

印次: 2011 年 4 月第 1 次印刷

书号: ISBN 978 - 7 - 5645 - 0065 - 8 定价: 25.00 元

本书如有印装质量问题, 请向本社调换



《农村内科常见病防治》一书,是根据农村基层医疗实践需求,结合农村医疗条件,突出介绍内科常见病的诊断和治疗方法,为农村基层医务人员提供简明的医疗指导。内容包括:呼吸系统、心血管系统、消化系统、血液系统、泌尿系统、风湿性疾病、内分泌及代谢疾病、神经内科、精神及心理疾病等章节,共计 75 种内科常见疾病。每种疾病重点介绍主要临床特点、诊断要点、切实可行的治疗方法。简明易懂、突出实用,是农村基层医务人员的重要参考书。



农村常见病防治丛书《农村内科常见病防治》分册,是由长期从事内科一线实践工作、有丰富临床经验的医师编写,内容切合农村医疗实际,编写疾病均是农村常见病、多发病,重点是临床特点、诊断要点和农村切实可行的治疗方法。本书简明扼要、条理清楚、浅显易懂、实用性强,尤其适合农村基层医务人员使用,患者及其亲友也可参考。

由于本书编写时间短促,尤其对农村基层医疗需求掌握不够,难免有不当和错漏之处,恳请广大农村医务工作者批评指正,以便进一步修订、完善。

黄振文

2011年1月



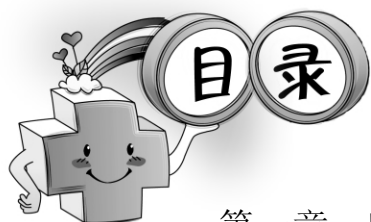
主 编: 黄振文

副主编: 孙 玲 唐 琳

编 委: 张庆宪 黄振文 徐 芸

唐 琳 孙 玲 翟绍忠

刘升云 娄季宇 李幼辉



第一章 呼吸系统疾病 \1

一、急慢性支气管炎	\1
二、支气管哮喘	\4
三、支气管扩张症	\7
四、慢性肺源性心脏病	\11
五、肺炎	\13
六、肺脓肿	\18
七、肺结核病	\21
八、原发性支气管肺癌	\25
九、胸膜炎	\29
十、自发性气胸	\32
十一、呼吸衰竭	\34
十二、急性呼吸窘迫综合征	\37

第二章 循环系统疾病 \41

一、风湿性心脏瓣膜病	\41
二、高血压病	\43
三、病毒性心肌炎	\46
四、扩张型心肌病	\48
五、急性心包炎	\49
六、慢性缩窄性心包炎	\51
七、冠心病	\52
八、慢性稳定性心绞痛	\54
九、不稳定性心绞痛/非 ST 段抬高型心肌梗死	\57



目录

十、ST 段抬高型心肌梗死	\59
十一、急性左心衰竭	\62
十二、慢性收缩性心力衰竭	\64
十三、过早搏动	\67
十四、阵发性室上性心动过速	\69
十五、心房颤动	\71
 第三章 消化系统疾病	 \74
一、功能性胃肠病	\74
二、慢性胃炎	\78
三、消化性溃疡	\81
四、胃癌	\85
五、慢性病毒性肝炎	\88
六、肝硬化	\92
七、原发性肝癌	\96
八、肠结核和结核性腹膜炎	\99
九、炎症性肠病	\103
十、大肠息肉与大肠癌	\107
十一、腹水	\111
 第四章 泌尿系统疾病	 \115
一、IgA 肾病	\115
二、肾病综合征	\118
三、糖尿病肾病	\122
四、慢性肾衰竭	\125
 第五章 血液系统疾病	 \129
一、缺铁性贫血	\129
二、巨幼细胞贫血	\130
三、自身免疫性溶血性贫血	\132
四、再生障碍性贫血	\134
五、慢性粒细胞白血病	\136



六、急性白血病	\138
七、多发性骨髓瘤	\142
八、淋巴瘤	\144
九、免疫性血小板减少性紫癜	\147
十、过敏性紫癜	\148
十一、血友病	\151
十二、阵发性睡眠性血红蛋白尿	\153
 第六章 内分泌及代谢性疾病	 \156
一、甲状腺功能亢进症	\156
二、甲状腺功能减退症	\160
三、腺垂体功能减退症	\162
四、肥胖症	\166
五、糖尿病	\169
 第七章 风湿性疾病	 \176
一、类风湿关节炎	\176
二、系统性红斑狼疮	\180
 第八章 神经系统疾病	 \185
一、面神经炎	\185
二、缺血性卒中	\187
三、出血性卒中	\190
四、脑炎	\192
五、周期性瘫痪	\195
六、急性脊髓炎	\196
七、急性感染性多发性神经根炎	\198
八、癫痫	\200
 第九章 精神及心理疾病	 \205
一、抑郁症	\205
二、焦虑症	\208



目录

三、躯体形式障碍	\211
四、精神分裂症	\214
五、睡眠障碍	\218
六、癔症	\223



呼吸系统疾病



一、急慢性支气管炎



疾病概述

支气管炎是由外界刺激和病原微生物侵袭引发的、以中性粒细胞增多为表现的支气管炎症,由于炎症反应引发咳嗽、咳痰。新发的支气管炎称急性支气管炎,多由上呼吸道感染所继发,常在1~2周内痊愈;慢性支气管炎多由反复发作的急性支气管炎迁延不愈或反复的慢性刺激所致,如反复受凉、反复呼吸道感染、长期吸烟,或环境中刺激物及刺激气体增多等,导致支气管的炎症反复发生。慢性支气管炎可因急性呼吸道感染而急性加重,长期反复发作可导致支气管壁增厚,管腔狭窄,出现呼吸道阻塞,引发阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病及呼吸衰竭。

临床上将伴有呼吸道持续阻塞的慢性支气管炎、阻塞性肺气肿和支气管哮喘称为慢性阻塞性肺疾病,简称为 COPD(chronic obstructive pulmonary disease)。



诊断要点

1. 临床表现 急性支气管炎多于上呼吸道感染(简称上感或感冒)后,出现咳嗽、咽部及前胸部不适、咳痰,常不发热;根据感染的类型,可出现由病毒或支原体感染引起的少量白黏痰,由细菌感染引起的黄脓痰;可伴有咽痒,如咽痒明显或伴有流涕、鼻痒及夜间咳嗽和胸骨后不适者,多有过敏因素参与;剧烈咳嗽时可有痰带少量血丝,但多属偶然出现,可迅速消失。

慢性支气管炎多发生于老年长期吸烟者;反复咳嗽、咳痰,以晨起时咳痰较剧烈,多为白色黏液脓痰,合并细菌感染时出现黄脓痰;天气寒冷时,尤其是冬季易于发病,感冒后咳嗽加剧,常伴有发热、胸闷等肺部感染的表现。

当平时活动出现胸闷气喘时,表明已发生阻塞性肺气肿。体格检查可发现胸廓的前后径增大,接近或等于横径,称为桶状胸,提示肺容积增大,肺泡通气量减



少,呼吸气量不够;肺部叩诊反响增强,呈过清音,双肺呼吸音减弱;出现双下肢水肿及颈静脉显露或怒张时,提示右心功能不全,检查可发现右心室肥厚增大所致的剑突下心脏明显搏动,剑突下心音较心尖部增强。

2. 辅助检查 急性支气管炎患者,血常规白细胞数和中性粒细胞比例多在正常范围,出现血白细胞数增高及中性粒细胞比例增多,提示肺炎或扁桃体炎。

慢性支气管炎血白细胞数多正常,痰细菌培养常有流感嗜血杆菌生长,长期反复感染者,痰细菌培养可有革兰阴性杆菌或真菌生长;胸片可见双下肺纹理增重紊乱,肺部出现渗出影时提示合并肺部感染;伴有呼吸道阻塞时,肺功能检查可显示小气道阻塞或阻塞性通气功能障碍。

3. 诊断依据与鉴别诊断

(1) 急性支气管炎 近期出现咳嗽、咳痰,可伴有咽痒、前胸部不适;对症治疗短期内缓解,不再发作;不伴有发热、胸痛,血常规及胸片未见明显异常。部分急性支气管炎因黏膜损伤,对外界刺激的反应性增高,出现干咳、咽痒,可伴有胸部不适,过敏原测定可呈阳性,称为过敏性支气管炎,应注意与哮喘诱发的咳嗽相鉴别,支气管激发试验阴性有助于区分。

(2) 慢性支气管炎 反复发作的咳嗽、咳痰或伴喘息,每年发作3个月,连续2年以上;胸片显示双下肺纹增重紊乱;肺功能检查显示小气道阻塞;排除其他原因引起的慢性咳嗽。应注意与支气管哮喘相鉴别,伴有喘息或胸闷时,肺功能检查时支气管舒张试验阴性有助于区分。

(3) 慢性支气管炎并肺部感染 咳嗽、咳痰的同时,出现发热、血白细胞数增高,胸片显示双下肺小片状炎性阴影,提示支气管炎合并肺部感染。

(4) 阻塞性肺气肿和肺源性心脏病 胸片显示双肺透亮度增加,肋间隙增宽,肋骨走向变平,心影狭长,膈肌变平下移;肺功能检查显示阻塞性通气功能障碍伴残气量增加,残总比增高,提示出现阻塞性肺气肿。胸片显示阻塞性肺气肿表现的基础上,出现肺动脉段突出、右下肺动脉增宽,提示肺动脉高压;心电图显示右心房增大(肺型P波)和右心室增大而左心正常,提示已形成慢性肺源性心脏病。



治疗

治疗原则: 急性支气管炎以对症治疗为主,注意休息,避免刺激,可应用祛痰药及抗感染药物;慢性支气管炎在急性发作期以控制症状为主,可应用祛痰药、舒张支气管药及抗感染药物,非发作期或慢性迁延期以减少各种刺激为主,维持呼吸道功能,防止发生阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病。

治疗目标: 慢性支气管炎应减少或避免急性发作,控制临床症状,减少呼吸道刺激,防止或延缓阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病的发生。

1. 急性支气管炎治疗 以咳嗽为主要表现的急性支气管炎可应用止咳药,如



止咳糖浆、奥停止咳露等,必要时可加用支气管舒张药如氨茶碱(每日3次,每次0.1 g口服)或多索茶碱(每日2次,每次0.2 g口服),伴有咽痒时可加用抗过敏药如酮替芬(每日2次,每次1 mg口服)或阿司咪唑(息斯敏)(每日1次,每次10 mg口服)及复方甲氧那明(每日3次,每次1片口服),亦可应用红霉素、克拉霉素(每日2次,每次0.25 g口服)、氧氟沙星或左氧氟沙星(每日2次,每次0.2 g口服)等抗支原体及衣原体等非典型感染药物;以咳痰为主要表现的急性支气管炎可应用祛痰药,如氯化铵、甘草片等,或给予氨溴索(每日2~3次,每次30 mg口服,或每日1次,每次70 mg口服),亦可加用抗细菌感染药,如阿莫西林(每日2~3次,每次0.25~0.5 g口服)或头孢克洛(每日3次,每次0.25 g口服),尽快控制支气管细菌感染。

2. 慢性支气管炎急性发作期治疗 常规应用祛痰药物和舒张支气管药物口服,必要时可给予氨溴索(每日1次,每次30~60 mg,加入5%葡萄糖液或生理盐水250 ml中静脉滴注)及氨茶碱或多索茶碱(每日1次,每次0.3 g,加入5%葡萄糖液或生理盐水250 ml中缓慢静脉滴注);加用抗细菌感染药物如阿莫西林(每日2~3次,每次0.25~0.5 g口服)和头孢拉定(每日3次,每次0.5 g口服)及头孢呋辛(每日2次,每次0.125~0.5 g口服),亦可应用青霉素或哌拉西林(每日2次,每次4.0 g,加入100 ml生理盐水中静脉滴注)及头孢曲松(每日1次,每次2.0~3.0 g,加入100~150 ml生理盐水中静脉滴注)。对咳痰较多者不宜使用止咳及镇咳药物。

3. 慢性支气管炎合并肺部感染 常规静脉给予抗菌药物,必要时可应用阿莫西林(每日2次,每次1.0~2.0 g,加入100 ml生理盐水中静脉滴注)或头孢哌酮(每日2次,每次1.0~2.0 g,加入100 ml生理盐水中静脉滴注),亦可联用氟喹诺酮类药物如左氧氟沙星(每日1~2次,每次0.3 g静脉滴注)等。伴有发热可给予退热药,痰液黏稠时可应用祛痰药。

4. 慢性支气管炎合并阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病 常规应用支气管舒张药物口服,伴有喘息时可应用 β_2 肾上腺素受体激动剂如沙丁胺醇(每日3~4次,每次1~2喷吸入)、特布他林(每日3~4次,每次1喷吸入),或抗胆碱药物如异丙托溴铵(可必特气雾剂,每日2~3次,每次1喷吸入)、噻托溴铵(每日1次,每次18 μ g吸入),必要时可给予糖皮质激素吸入。家庭长程吸氧治疗可延缓慢性肺源性心脏病的发生和加重,多主张持续低流量吸氧,每日达10 h以上。



预后或预防

急性支气管炎绝大多数预后良好,如出现反复发生支气管炎发作,有发生慢性支气管炎的可能;如伴有反复流涕、打喷嚏、皮肤发痒及皮疹时应注意祛除过敏因素。



尽快缓解慢性支气管炎急性发作、减少慢性支气管炎的急性发作,可改善慢性支气管炎的预后,保持较好的心肺功能,防止阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病的发生。及早戒烟,避免冷空气刺激,减少或避免上呼吸道感染,避免劳累,进行呼吸功能锻炼,适当吸氧等,均可减少呼吸道阻塞的加重,维持呼吸功能,延长正常生活年限。



二、支气管哮喘



疾病概述

支气管哮喘是由气管-支气管慢性过敏性炎症所引发的一种慢性呼吸道疾病,因过敏性炎症导致呼吸道对外界刺激的反应性增高,遇到刺激时出现呼吸道炎症加剧,支气管平滑肌收缩痉挛,气管-支气管黏膜水肿,呼吸道管腔狭窄,出现咳嗽和呼吸困难,祛除刺激物后可自行缓解或应用舒张支气管药后可缓解。

严重的支气管哮喘发作,可导致重度呼吸衰竭而迅速死亡;顽固和反复发作的支气管哮喘可导致呼吸道黏膜和管壁增厚,对舒张支气管药不敏感,支气管管腔狭窄不可恢复,发展为呼吸道慢性阻塞,引起阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病,出现持续的胸闷、气喘而严重影响生活质量。



诊断要点

1. 临床表现 常见症状有咳嗽、胸闷或气喘,依据哮喘发作的特点,以咳嗽为主要表现者为咳嗽型哮喘,多为支气管哮喘的早期类型;发作性的、伴有两肺广泛哮鸣音(呼气相高调干性啰音)的、以呼气费力为主的呼吸困难者为典型的支气管哮喘,临床上依据过敏诱发或感染诱发分别称为过敏型支气管哮喘和感染型支气管哮喘;严重的支气管哮喘发作不易缓解者为重症支气管哮喘;长期反复持续支气管哮喘发作者为顽固性支气管哮喘;因职业环境刺激物引发的支气管哮喘为职业性哮喘,运动后出现的支气管哮喘为运动型哮喘。亦有依据支气管哮喘与糖皮质激素的关系,将长期依赖糖皮质激素治疗的支气管哮喘称为激素依赖型哮喘,将使用糖皮质激素不能控制的支气管哮喘称为激素抵抗型哮喘。

(1) 咳嗽型哮喘 反复出现咳嗽,无痰或有少量白痰,可伴有咽痒和胸闷,症状可夜间为著,或遇刺激气体时加重,体格检查两肺听诊无哮鸣音,应用抗感染和祛痰药物治疗无效,应用舒张支气管药治疗症状可缓解,支气管激发试验阳性。

(2) 过敏型支气管哮喘 发作性的呼吸困难伴两肺弥漫哮鸣音,症状可迅速



出现,持续时间较短,约数分钟或几小时,应用舒张支气管药后可迅速缓解;胸闷气喘发作有季节性,春秋季节或夏季易发作者多与环境中过敏原的出现有关;发作前可有过敏原接触史,伴有眼痒、鼻痒、咽痒、流清水样涕及皮疹等过敏反应;过敏原测定可呈阳性。

(3) 感染型支气管哮喘 呼吸道感染后发生胸闷气喘,症状逐渐加重,持续时间较长,应用舒张支气管药后部分缓解或缓解较慢;冬季易发,与受凉有关,可伴有咳嗽、咳痰、发热;体格检查两肺广泛哮鸣音的同时伴有干性啰音(吸气相,不对称,咳嗽后发生改变)和湿性啰音;血白细胞数增高和中性粒细胞比例增多,胸片肺部可出现炎性阴影;同时应用抗感染、祛痰和舒张支气管药治疗症状可逐渐缓解。

(4) 重症支气管哮喘 严重支气管哮喘发作导致重度呼吸困难、显著发绀、语言断续、意识障碍、两肺低调哮鸣音,可出现奇脉(吸气相收缩压明显低于呼气相收缩压)、血压下降,动脉血气分析显示血氧分压明显降低和二氧化碳分压升高,可因呼吸循环衰竭而死亡。

(5) 顽固性支气管哮喘 轻中度支气管哮喘发作持续较长时间,一般舒张支气管药不易缓解,可为激素抵抗型哮喘,亦可由持续接触过敏原或细菌及真菌感染所致,纤维支气管镜检查有助于发现支气管病变类型和确定顽固发作的病因。

2. 辅助检查 胸片可了解肺部有无病变;血常规检查白细胞数增高和中性粒细胞比例增多提示有细菌感染,嗜酸粒细胞比例增多提示有过敏;动脉血气分析有助于判断哮喘发作的严重程度。

(1) 肺功能检查 对支气管哮喘的诊断和鉴别诊断有着极其重要意义。非发作期的支气管哮喘肺功能检查正常,但支气管激发试验(又称气道反应性测定,即吸入一定量的刺激支气管的药物,常用乙酰胆碱或组胺后,出现阻塞性通气功能障碍)呈阳性;哮喘发作时肺功能检查异常,出现阻塞性通气功能障碍,支气管舒张试验(吸入舒张支气管药后,阻塞性通气功能障碍明显减轻或消失)呈阳性。

(2) 过敏原测定 抽血查过敏原或皮试法检测过敏原,有助于确定过敏原的种类和过敏反应的严重程度。皮试法检测过敏原需在哮喘非发作期进行,使用糖皮质激素及抗过敏药可影响过敏原皮试的结果。

3. 诊断依据与鉴别诊断

(1) 诊断依据 支气管哮喘的诊断依据主要为发作性的咳嗽、胸闷或气喘,两肺可闻及哮鸣音,使用支气管舒张药可使症状缓解,胸片无肺部其他疾病的征象。

(2) 鉴别诊断 当支气管哮喘非发作时,作肺功能检查时支气管激发试验阳性可帮助诊断;当与慢性支气管炎和阻塞性肺气肿相鉴别时,做肺功能检查时支气管舒张试验呈阳性有助于支气管哮喘的诊断。老年人或有心脏病史者出现哮喘样发作时,临床上应注意与心源性哮喘进行鉴别。心源性哮喘的发作由左心功能不全所致,多于活动时或平卧休息时发生,易出现缺氧改变如口唇和四肢末梢发绀,



听诊两中下肺有较多对称性湿性啰音,常伴有血压和心率改变,心脏的相关检查有助于鉴别。



治疗

治疗原则: 支气管哮喘发作时应迅速缓解发作,减轻痛苦,避免出现重症哮喘;支气管哮喘非发作时应避免发作,延长哮喘非发作期的时间,改善生活质量。

治疗目标: 减少或避免各种诱发支气管哮喘的因素,或用药物减轻或避免支气管哮喘发作,使支气管哮喘患者能够与正常人一样生活,避免支气管哮喘发展至呼吸道慢性持续性阻塞,防止肺源性心脏病和呼吸衰竭的发生。治疗分为支气管哮喘发作期治疗和支气管哮喘非发作期(或称缓解期)治疗两类。

1. 支气管哮喘发作期治疗 应用舒张支气管药,祛除过敏原,控制感染,常用治疗药物和方法如下。

常用舒张支气管药物分为两大类:即对症治疗的舒张支气管药和有抗炎治疗作用的糖皮质激素。一般舒张支气管药包括 β_2 肾上腺素受体激动剂(如短效的沙丁胺醇、特布他林和长效的沙美特罗、福莫特罗)、茶碱类药[如氨茶碱、二羟丙茶碱(甘油茶碱)和多索茶碱]和抗胆碱药(如异丙托品和噻托溴胺);糖皮质激素包括泼尼松(强的松)、地塞米松、氢化可的松、甲泼尼龙(甲基强的松龙)和吸入的二丙酸倍氯米松、布的松和氟替卡松。

使用舒张支气管药和糖皮质激素的方法分为口服、静脉和吸入给药。一般哮喘发作给予沙丁胺醇(每日3~4次,每次2~4 mg口服)或特布他林(每日2~3次,每次2.5~5.0 mg口服)、氨茶碱(每日3次,每次0.1 g口服)或多索茶碱(每日2次,每次0.2 g口服)、泼尼松(每日2~3次,每次10~15 mg口服),以迅速平息发作,但长期口服易产生全身不良反应;重度哮喘发作常用氨茶碱(每日1~2次,每次0.25 g,加入5%葡萄糖液250~500 ml中缓慢静脉滴注)或多索茶碱(每日1次,每次0.3 g,加入5%葡萄糖液或生理盐水250 ml中缓慢静脉滴注)、地塞米松(每日1次,每次10 mg,加入5%葡萄糖液或生理盐水100 ml中静脉滴注)、氢化可的松(每日1~2次,每次100~200 mg静脉滴注)或甲泼尼龙(每日1~2次,每次40~80 mg,加入5%葡萄糖液或生理盐水100 ml中静脉滴注),充分发挥其舒张支气管的作用,尽快缓解临床症状,但过量使用易导致严重的不良反应;哮喘缓解后可使用给药维持,减少短期内哮喘的复发,常用倍氯米松(每日3次,每次0.05~0.2 mg吸入)或布的松(每日2次,每次100~200 μ g吸入)或氟替卡松(每日2次,每次100~250 μ g吸入),多无明显全身不良反应,吸入后漱口可减少胃肠道药物吸收,从而减少不良反应。

咳嗽型哮喘可口服氨茶碱或多索茶碱治疗,必要时可口服泼尼松或吸入糖皮质激素治疗;过敏型支气管哮喘可口服及吸入 β_2 肾上腺素受体激动剂或口服及静



脉应用茶碱类药物,必要时可联合吸入抗胆碱药和应用糖皮质激素,同时注意脱离接触过敏原;感染型支气管哮喘需在应用舒张支气管药物的基础上联合应用抗感染药物,常用的有青霉素类(如哌拉西林)和头孢菌素类(如头孢曲松);重症支气管哮喘须及时住院采取救治措施,如吸氧、静脉给予舒张支气管药如氨茶碱和多索茶碱,静脉应用糖皮质激素,静脉给予大剂量抗生素,注意补液和纠正酸碱失衡,维持各重要脏器的功能,以挽救患者生命;顽固性支气管哮喘应注意查找引起哮喘持续发作的原因,如非典型感染和真菌感染等,予以祛除可中止发作,必要时可应用免疫球蛋白(静脉注射丙种球蛋白)反馈抑制过敏反应。

2. 支气管哮喘非发作期治疗 避免接触过敏原和防治呼吸道感染,降低机体对过敏原的反应性和降低支气管对刺激的反应性。

查找和脱离接触环境中的过敏原,躲避已知的过敏原环境,禁忌与过敏原接触,应用过敏原的替代品和变换生活环境可减少或避免过敏性支气管哮喘的发作;避免受凉和减少呼吸道感染可减少感染性支气管哮喘的发作。

对已知的过敏原进行减敏治疗可有效地减少过敏性支气管哮喘的发作,方法是用已知过敏原每周2次皮下注射,逐渐增加注射剂量,使机体产生循环抗体以阻断过敏原与呼吸道黏膜肥大细胞表面IgE的结合,从而降低过敏原所致的呼吸道过敏反应。减敏治疗宜在支气管哮喘非发作期开始,持续约6个月起效,2~3年作用效果达高峰。减敏治疗早期宜加用一般舒张支气管药或吸入糖皮质激素,以减少注射过敏原诱发支气管哮喘发作的可能。

对易反复发作的支气管哮喘患者,预防应用舒张支气管药物可以延长支气管哮喘非发作期的时日,以长期联合吸入糖皮质激素和长效 β_2 激动剂(如布的松+福莫特罗、氟替卡松+沙美特罗)的效果最佳,可明显改善支气管哮喘患者的生活质量和预后。



预后或预防

早期控制支气管哮喘发作,并尽量避免支气管哮喘的再次发作,可使支气管哮喘患者的寿命与正常人相似,严重和反复的哮喘发作可致生命缩短。



三、支气管扩张症



疾病概述

支气管扩张症是由于支气管壁的破坏和管腔内压力增高或管腔外肺组织瘢痕