

住院医师规范化培训教材

# 内科学

主编 王吉耀



# 住院医师规范化培训教材

# 内科学

主 编 王吉耀

副主编 姜林娣 施海明

编写者 (以章节先后为序)

王葆青	金美玲	张辉军	戚玮琳	山 纓	张 峰	黄浙勇
张书宁	严萍萍	施海明	李 剑	管丽华	杨 茗	陈学颖
高 虹	刘天舒	戎 兰	孙 旭	蒋卫民	孙剑勇	谢晓莺
任正刚	李 蕾	徐少伟	丁小强	倪 丽	陈 靖	刘 红
袁 敏	刘春风	吴元昊	丁 峰	钟一红	张 倩	滕 杰
邹建洲	朱加明	于明香	易茜璐	吴 晞	凌 雁	杨叶虹
叶红英	王小钦	陈勤奋	王志梅	庄静丽	陈波斌	邹善华
吕 玲	薛 愉	姜林娣	范 薇	胡 军	丁 晶	马 昱
董继宏	陈 婕	毛悦时	金莉蓉	李 宁	顾国嵘	童朝阳
陈 斌	姚晨玲	宋振举	杨小亮	闵 珉	邵 勉	姚晨玲
邓 至	施东伟	杜施霖	陈慧勇	叶 伶	崔 洁	李远方
蔡 瑜	刘韬韬	张继明	张 贤	饶圣祥	林靖宇	

学术助理 高 虹



## 十一、心房预激

是在正常的房室传导路径之外存在附加的传导环路(又称旁路),此类传导束的兴奋传播速度大多快于正常的房室传导,所以通过旁道下传的刺激可预先激动心室的一部分,称为心房预激。

### 图书在版编目(CIP)数据

内科学/王吉耀主编. —上海:复旦大学出版社,2013.8

住院医师规范化培训教材

ISBN 978-7-309-09830-3

I. 内… II. 王… III. 内科学-医师-规范化培训-教材 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 137591 号

## 十二、低钾血症

心肌细胞内的电解质浓度的高低会直接影响到离子流变化影响心肌的除极及复极过程并反映在心电图上,因此,心肌细胞内的离子浓度不完全等同于血清内的电解质水平,加上同时存在的各种电解质紊乱又可以相互影响,所以尽管心电图有提示电解质紊乱的异常,仍以血清电解质测定为准。

1. 高钾血症 以膜尖并且基底变窄的丁波为其特征性图形,振幅 $>5.0\text{mmol/L}$ ,使基波消失,基底部变窄,伴 Q-T 间期缩短; $>6.5\text{mmol/L}$ ,心肌各部位的传导阻滞,使 P-R 及 Q-T 间期、QRS 波群的宽度延长;同时 R 波振幅降低,出现 ST 段压低或改变,血钾 $>7.0\text{mmol/L}$ ,上述心电图异常加重,同时 P 波增宽、振幅降低甚至消失,出现“窦-室传导”,高钾血症的后期 QRS 波群与 T 波融合成单一波。

内科学

王吉耀 主编

责任编辑/王晓萍

复旦大学出版社有限公司出版发行

上海市国权路 579 号 邮编:200433

网址:fupnet@fudanpress.com http://www.fudanpress.com

门市零售:86-21-65642857 团体订购:86-21-65118853

外埠邮售:86-21-65109143

江苏省句容市排印厂

开本 787×1092 1/16 印张 24 字数 541 千

2013 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

ISBN 978-7-309-09830-3/R · 1327

定价:60.00 元

如有印装质量问题,请向复旦大学出版社有限公司发行部调换。

版权所有 侵权必究

# 内科学

## 内容提要

本书分为三个部分，第一部分按呼吸、心血管、消化、泌尿、内分泌、血液、风湿、神经、急救医学专业分为9章，反映内科学常见疾病的要点、诊断标准及其规范化治疗，以及部分常见症状或体征的诊断思路，并提供病例分析，使住院医师能够掌握常见内科学疾病的诊断标准及其治疗原则。第二部分是内科学常用诊断和治疗操作技能的规范及其评估标准，适用于培训和考核。第三部分是内科学辅助检查包括影像学 and 心电图，便于学习和查阅。本书可作为内科培养基地对医师培训的指导教材，亦可供临床研究生、进修医师和医学院校学生在临床工作中使用。

主编 高 毅 副主编



## 前 言

为配合住院医师规范化培训基地的建设,提高参加基地培训医师的专业技术水平,复旦大学上海医学院内科学系组织专家编写《住院医师规范化培训教材——内科学》,作为内科培训基地对医师培训的指导教材。

内科临床工作复杂、繁重,既需要坚实的科学基础、广博的医学知识,同时也要求准确判断、及时处理的技巧和经验。对于初入医途的年轻住院医师来说,在病房或急诊工作、值班时往往会遇到一些不熟悉或棘手的问题,非常希望能够立即得到帮助。编辑本书,就是为了满足内科培训基地住院医师的培训需求,提供规范化的教材,为他们在成为合格的临床医师道路上助一臂之力。

编者由从事临床一线工作、具有丰富经验的医师担任,编写时参考卫生部和上海市住院医师规范化培训内容和要求,凝练了书本知识,结合临床实际需求和可操作性,以及沉淀了编写专家长期积累的宝贵经验,具有实用性和便捷性。本书第一部分对内科学常见疾病的要点、诊断标准及其规范化治疗,结合国内外的学术进展进行了概述,对相关的诊治指南和共识意见进行了必要的解读,部分章节提供了病例分析,使各医师能够掌握常见内科学疾病的诊断标准及其治疗原则,贯穿循证医学理念,培养并提高医师的临床思维能力。第二部分是内科学常用诊断和治疗操作技能的规范及其评估标准,适用于培训和考核。第三部分是内科学辅助检查包括影像学 and 心电图,便于医师学习和查阅。本书亦可供临床研究生、进修医师和医学院校学生在临床工作中使用。

本书的出版得到复旦大学上海医学院内科学系各位专科主任和复旦大学出版社王晓萍编辑的大力支持,学术秘书高虹副主任医师为稿件的收集和编排花费了许多精力,在此一并表示感谢。书中如有错误和不够完善之处,祈盼广大读者不吝指正。

王吉耀 姜林娣 施海明

2013年7月



# 目 录

## 第一篇 内科学常见疾病诊疗常规及病例分析

<b>第一章 呼吸系统疾病</b> .....	3
第一节 急性气管-支气管炎.....	3
第二节 慢性阻塞性肺疾病.....	4
第三节 支气管哮喘.....	6
第四节 肺炎.....	8
第五节 支气管扩张症.....	13
第六节 肺结核.....	15
第七节 原发性支气管肺癌.....	17
第八节 胸腔积液.....	21
第九节 自发性气胸.....	24
第十节 呼吸衰竭.....	26
第十一节 肺栓塞.....	27
第十二节 弥漫性间质性肺疾病.....	31
<b>第二章 心血管系统疾病</b> .....	33
第一节 心力衰竭.....	33
第二节 高血压病.....	37
第三节 慢性稳定性心绞痛.....	41
第四节 不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高型心肌梗死.....	45
第五节 急性 ST 段抬高型心肌梗死.....	50
第六节 心脏瓣膜病.....	55
第七节 心肌炎.....	61
第八节 心肌病.....	65
第九节 肺动脉高压.....	71



第十节 感染性心内膜炎	79
第十一节 心包疾病	81

**第三章 消化系统疾病** ..... 93

第一节 胃食管反流病	93
第二节 消化性溃疡	94
第三节 胃癌	97
第四节 炎症性肠病	100
第五节 大肠癌	102
第六节 功能性胃肠病	105
第七节 慢性病毒性肝炎	108
第八节 脂肪肝	111
第九节 自身免疫性肝病	114
第十节 肝硬化及其相关并发症	117
第十一节 原发性肝癌	123
第十二节 胆囊炎与胆石症	130
第十三节 急性胰腺炎	133
第十四节 上消化道出血	136
第十五节 黄疸	138
第十六节 慢性腹泻	140

**第四章 泌尿系统疾病** ..... 143

第一节 血尿待查	143
第二节 蛋白尿待查	146
第三节 肾病综合征	147
第四节 原发性肾小球肾炎	150
第五节 继发性肾小球肾炎	158
第六节 尿路感染	167
第七节 肾小管酸中毒	168
第八节 急性肾损伤	171
第九节 慢性肾脏病	175

**第五章 内分泌系统疾病** ..... 179

第一节 甲状腺功能亢进症	179
第二节 甲状腺功能减退症	182



第三节	桥本甲状腺炎	184
第四节	亚急性甲状腺炎	185
第五节	糖尿病	187
第六节	糖尿病酮症酸中毒	190
第七节	低血糖症	192
<b>第六章</b>	<b>血液系统疾病</b>	<b>194</b>
第一节	缺铁性贫血	194
第二节	再生障碍性贫血	196
第三节	巨幼细胞贫血	198
第四节	溶血性贫血	199
第五节	急性白血病	201
第六节	慢性髓细胞白血病	206
第七节	多发性骨髓瘤	207
第八节	成分输血及输血反应	215
第九节	淋巴瘤	223
第十节	原发免疫性血小板减少症	228
<b>第七章</b>	<b>风湿性疾病</b>	<b>232</b>
第一节	类风湿关节炎	232
第二节	系统性红斑狼疮	236
<b>第八章</b>	<b>神经系统疾病</b>	<b>240</b>
第一节	面神经炎	240
第二节	三叉神经痛	242
第三节	脑血栓形成	244
第四节	蛛网膜下腔出血	249
第五节	癫痫与癫痫持续状态	252
第六节	脊髓压迫症	259
第七节	脑出血	262
第八节	头痛	265
第九节	重症肌无力	270
<b>第九章</b>	<b>急救医学</b>	<b>275</b>
第一节	发热	275





141	第二节	胸痛	280
181	第三节	晕厥	283
181	第四节	休克	287
210	第五节	急性中毒	291
261	第六节	急腹症	297
	第七节	呼吸困难	299
141	第八节	昏迷	303
141	第九节	心跳呼吸骤停	308
201	第十节	咯血	313

## 第二篇 常用内科学诊疗操作技能规范及评估要点

101	第十章	鼻导管氧气吸入治疗术	319
101	第十一章	胸腔穿刺术	321
101	第十二章	电除颤	324
101	第十三章	动脉血气分析标本抽取术	326
101	第十四章	心电图操作	329
101	第十五章	留置胃管术	331
101	第十六章	三腔二囊管压迫止血术(包括拔管)	334
101	第十七章	腹腔穿刺术	337
101	第十八章	骨髓穿刺术	340
101	第十九章	腰椎穿刺术	343
101	第二十章	穿脱隔离衣	346
101	第二十一章	单人徒手心肺复苏术	349
101	第二十二章	双人心肺复苏术	351
101	第二十三章	经皮静脉穿刺抽血术	354




### 第三篇 内科学常用辅助检查

<b>第二十四章</b>	<b>内科学常见疾病的放射学诊断</b> .....	359
第一节	神经系统.....	359
第二节	呼吸系统.....	360
第三节	消化系统.....	362
<b>第二十五章</b>	<b>心电图的判读</b> .....	367

## 第一篇

### 内科学常见疾病 诊疗常规及病例分析



# 第一篇

## 内科学常见疾病 诊疗常规及病例分析

第一卷

内学常史地  
多宝常其家网台





住院医师规范化培训教材

## 第一章

# 呼吸系统疾病

## 第一节 急性气管-支气管炎

### 疾病特征

- 1. 症状** 生物、物理、化学刺激或过敏等因素引起的急性气管-支气管黏膜炎症。主要症状为急性起病的咳嗽和咳痰,伴或不伴发热。伴有支气管痉挛时可出现不同程度的胸闷、气促。全身症状较轻。
- 2. 体征** 体检可无明显阳性体征,或有两肺散在部位不固定的干、湿性啰音。
- 3. 辅助检查** 外周血白细胞计数正常。细菌感染时可伴白细胞总数和中性粒细胞百分比升高。胸部影像学检查大多见肺纹理增强。
- 4. 鉴别诊断** 诊断需与流行性感冒(简称流感)、急性上呼吸道感染,以及其他如支气管肺炎、肺结核、支气管哮喘和百日咳等相鉴别。
- 5. 治疗** 微生物感染导致者治疗通常以对症治疗为主。

### 诊疗常规

- 1. 诊断检查** 血常规, X线胸片检查。明确病因需行咽拭子、痰液等病毒、细菌病原学检查或病原体血清标志物测定。
- 2. 一般治疗** 多休息、多饮水,避免劳累。避免吸入粉尘和刺激性气体。
- 3. 对症治疗**
  - (1) 止咳祛痰:复方甘草合剂(棕色合剂)10 ml, tid, 无痰或少痰者可给予镇咳药,如右美沙芬30 mg, tid。祛痰可用氨溴索 30 mg, tid;或标准桃金娘油胶囊 300 mg, tid。
  - (2) 退热:体温明显升高影响休息等者可考虑应用解热镇痛药,如对乙酰氨基酚 0.3 g, tid。
  - (3) 抗过敏、解痉平喘:对于因变态反应引起者,可给予抗过敏药物如西替利嗪 10 mg, qn。有气喘时可考虑使用支气管解痉药,如氨茶碱 0.1 g, tid;硫酸特布他林 2.5 mg, tid。
- 4. 抗菌药物治疗** 细菌感染时用。可使用 $\beta$ -内酰胺类,如阿莫西林(处方前需询问过



敏史,若无过敏史,须行青霉素皮试)。第1或第2代头孢菌素,新大环内酯类如阿奇霉素。呼吸喹诺酮类如左氧氟沙星、莫西沙星等。一般口服即可,必要时静脉给药。少数患者需根据病原体检测结果指导用药。

### 其他说明

部分病例由上呼吸道感染迁延而致,病初常有上呼吸道感染症状。流感常伴高热、头痛、肌肉酸痛和乏力等全身中毒症状较重而呼吸道症状较轻。急性上呼吸道感染出现鼻塞、流涕等鼻咽部症状明显,咳嗽轻微,肺部无异常体征,X线胸片检查正常。

(王葆青)

## 第二节 慢性阻塞性肺疾病

### 疾病特征

1. 特征 慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种具有气流受限特征的可以预防和治疗的疾病,其气流受限不完全可逆、进行性发展。

2. 病因 COPD的发病是环境和遗传共同作用的结果,吸烟是最常见的危险因素,职业性粉尘、化学物质暴露和室内外空气污染也是危险因素。

3. 症状 COPD的主要症状是咳嗽、咳痰、活动后呼吸困难,并呈进行性加重。体征早期不明显,晚期可有发绀,桶状胸,呼气音延长,两肺呼吸音减低,干、湿性啰音等。COPD主要累及肺脏,也可引起肺外的全身不良效应,包括骨骼肌萎缩。

4. 肺功能检查 1秒用力呼气量/用力肺活量(最大肺活量)( $FEV_1/FVC$ )% $<70\%$ ,表明存在不完全可逆的气流受限,是诊断COPD的必备条件。

5. 分期 COPD严重度分级,根据肺功能 $FEV_1$ /预计值%分为轻度、中度、重度和极重度;根据症状、体征又可分为稳定期和急性加重期。支气管舒张药是重要的治疗药物。

### 诊疗常规

1. 辅助检查 血常规、X线胸片、肺功能、动脉血气。急性加重时行痰细菌培养。

2. 诊断标准

(1) 有吸烟等高危因素。

(2) 咳嗽、咳痰,活动后呼吸困难进行性加重。

(3) 肺功能检查为不完全可逆气流阻塞, $FEV_1/FVC$ % $<70\%$ 。

(4) 除外其他已知病因的气流阻塞性疾病。

3. 治疗

● 稳定期治疗

(1) 指导和管理:戒烟、脱离粉尘环境。



## (2) 药物治疗

1) 支气管舒张剂:是控制 COPD 症状的主要药物,包括  $\beta_2$  受体激动剂、抗胆碱能药和茶碱类,首选吸入治疗。短效制剂适用于各级 COPD 患者,按需使用,以缓解症状;长效制剂适用于中度 COPD 以上患者,可预防和减轻症状,增加运动耐力。亦可选择口服缓释茶碱。

2) 吸入糖皮质激素:长期规律吸入糖皮质激素适用于重度和极重度且反复急性加重的患者,可减少急性加重次数、增加运动耐量、改善生活质量等。

3) 其他药物:祛痰药、抗氧化剂和疫苗等。

## (3) 非药物治疗

1) 氧疗:氧分压( $PO_2$ ) $<55$  mmHg 时应给予长期低流量家庭氧疗,以使  $PO_2 >60$  mmHg。

2) 康复治疗:呼吸生理治疗包括指导正确咳嗽、排痰方法和缩唇呼吸等;肌肉训练包括全身性运动及呼吸肌锻炼,如步行、踏车、腹式呼吸锻炼等;以及营养支持。

### ● 急性加重期治疗

首先确定急性加重期的病因,评估病情,决定门诊或住院治疗。

#### (1) 药物治疗

1) 支气管舒张剂:药物治疗同稳定期,急性加重时用药次数可增加,并可联合使用。首选雾化吸入治疗,如沙丁胺醇联合异丙托溴铵雾化吸入,每天 2~4 次。对于较为严重的 COPD 急性加重者,亦可静脉滴注茶碱类药物。

2) 糖皮质激素:可口服或静脉应用,如口服泼尼松龙每天 30~40 mg,连续 7~10 天后减量停药。也可以先静脉给予甲泼尼龙,40 mg, qd~bid, 3~5 天后改为口服。或雾化吸入布地奈德雾化溶液,以减少全身激素的用量。

3) 抗生素:多数 COPD 急性加重是由细菌感染诱发,主要致病菌常为肺炎链球菌、流感嗜血杆菌及卡他莫拉菌等,可给予  $\beta$ -内酰胺类或  $\beta$ -内酰胺酶抑制剂、喹诺酮类等。

4) 其他药物:包括呼吸兴奋剂、祛痰药、维持水及电解质平衡和营养支持等。

#### (2) 非药物治疗

1) 控制性氧疗:COPD 患者通气不足,  $CO_2$  潴留,需低流量氧疗,防止吸入氧浓度过高引起  $CO_2$  潴留加重。

2) 机械通气:对于并发较严重呼吸衰竭者要使用机械通气,一般可用无创机械通气,如病情严重,出现昏迷或无创通气无效及存在无创通气的禁忌证时要选择气管插管机械通气。

(3) 预防并发症:包括心力衰竭、应激性溃疡、气胸和肺栓塞的等并发症的预防。

### 其他说明

(1) 部分患者无咳嗽、咳痰症状,仅在肺功能检查时发现  $FEV_1/FVC < 70\%$ ,除外其他疾病后,也可以诊断为 COPD。

(2) 强调 COPD 早防、早治,控烟、戒烟,积极药物治疗及康复锻炼,改善生活质量,延缓疾病进展。



## 第三节 支气管哮喘

### 疾病特征

- 1. 特征** 常见的慢性气道炎症性疾病由多种细胞及细胞组分参与,慢性炎症导致气道反应性增高。
- 2. 症状** 临床上出现反复发作的喘息、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。急性发作时可闻及两肺对称性哮鸣音。
- 3. 病因** 哮喘的发病是由遗传和环境因素共同作用下导致的。多数患者有哮喘家族史,并有过敏性鼻炎等病史。
- 4. 其他检查** 多数患者过敏原检测提示螨虫等变应原阳性,肺功能检测有阻塞性通气功能障碍,支气管舒张试验阳性。
- 5. 处理原则** 对疾病进行评估、分级治疗,以达到哮喘临床控制,预防急性发作,并定期随访监测以维持哮喘临床控制。吸入糖皮质激素是哮喘的一线控制药物,应长期规范使用。在急性发作时可给予适量全身应用糖皮质激素。

### 诊疗常规

- 1. 辅助检查** 血嗜酸性粒细胞计数,血清总 IgE,肺功能(包括通气功能、支气管舒张试验、支气管激发试验、24 小时最大呼气流量 PEF 变异率),变应原皮肤试验,血清特异性 IgE,X 线胸片,动脉血气(急性发作时)。
- 2. 非急性发作性治疗** 药物治疗分为控制用药和缓解用药,根据其控制水平选择逐级控制药物,以吸入糖皮质激素为基本控制药物。可联合吸入长效  $\beta_2$  受体激动剂、口服白三烯调节剂或缓释茶碱。长期治疗,定期监测随访。根据病情减量,原则是以最低的控制药物维持治疗,以达到最好的临床控制,预防急性发作。缓解用药为吸入速效  $\beta_2$  受体激动剂,按需使用,以缓解症状。
- 3. 急性发作期治疗** 治疗目的是迅速缓解症状,改善低氧血症,预防再次急性发作。首先评估病情,主要的治疗药物是反复吸入速效  $\beta_2$  受体激动剂(如沙丁胺醇气雾剂)。如为中度或中度以上发作,则应全身应用糖皮质激素,剂量根据病情而定。一般甲泼尼龙 40~80 mg, qd~bid, 静脉使用。对重度或危重急性发作者,要给予积极处理,如吸氧、迅速建立静脉通路、反复吸入沙丁胺醇气雾剂、早期足量静脉应用糖皮质激素,必要时建立人工气道辅助呼吸,维持水、电解质及酸碱平衡。
- 4. 其他治疗** ①重视患者指导;②尽量避免接触过敏原,保持居住环境干净、干燥;③如同时合并过敏性鼻炎,应上、下气道同时治疗;④对螨虫过敏者可考虑脱敏治疗。

### 其他说明

问诊病史需要特别关注以下方面:家族史,其他过敏性、反复发作史及发作的诱发因素;





是否规范治疗。

## 案 例

**1. 病例介绍** 李某,男性,20岁。因反复胸闷、呼吸不畅伴咳嗽1年余,近期加重前来医院就诊。询问病史,患者既往每次发作在夜间或清晨时多见,可自行缓解,故未引起重视。近来因频繁出现夜间憋醒、胸闷伴咳嗽,严重影响了睡眠及生活质量。患者幼时曾有“奶癣”,有过敏性鼻炎数年,其母亲有哮喘史。体格检查:呼吸平稳,两肺呼吸音清,未闻及干、湿性啰音。

### 2. 辅助检查

- (1) 血常规:白细胞  $8.1 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞 0.60,嗜酸性粒细胞 0.82。
- (2) X线胸片:未见明显异常。
- (3) 血清总 IgE:450 IU/ml。
- (4) 肺功能:FVC 3 900 ml,占预计值 90%;FEV<sub>1</sub> 2 500 ml,占预计值 73%;FEV<sub>1</sub>/FVC 64%;支气管舒张试验阳性;ΔFEV<sub>1</sub> 16%。
- (5) 过敏原皮肤试验:屋尘螨(+++),粉尘螨(+++),热带螨(+++)。

**3. 诊断与鉴别诊断** 根据患者以下病史特点,诊断为支气管哮喘:①反复发作胸闷、咳嗽、呼吸不畅,夜间发作多见;②症状可自行缓解;③肺功能检测为阻塞性通气功能障碍,支气管舒张试验阳性。结合其过敏原检测及过敏性鼻炎史和家族史,更进一步确诊为过敏性支气管哮喘。该患者尚需与以下疾病鉴别。

(1) 各种原因所致的支气管内占位:支气管内良、恶性肿瘤和支气管结核等疾病可出现咳嗽、气喘;导致固定的、局限性哮鸣音,需与哮喘鉴别。胸部CT、纤维支气管镜检查可明确诊断。该患者无固定哮鸣音,肺功能为阻塞性通气改变,支气管舒张试验阳性,故可除外。

(2) 急性左心衰竭:急性左心衰竭发作时症状与哮喘相似,阵发性咳嗽、气喘,夜间明显,需与哮喘鉴别。因急性左心衰竭患者常有高心、风心、冠心等心脏疾病史,X线胸片可见心影增大、肺淤血征,有助于鉴别。该患者年轻,无心脏病史,故可除外。

(3) 嗜酸性粒细胞性肺炎、变态反应肉芽肿性血管炎、结节性多动脉炎、过敏性肉芽肿(Churg-Strauss综合征):这类患者常有咳嗽、气喘,但胸部X线或CT检查提示肺内有浸润阴影。该患者X线胸片未见异常,故可除外。

(4) 慢性阻塞性肺病(COPD):患者可出现呼吸困难,常与哮喘症状相似,但COPD为中老年起病,常有大量吸烟史,无过敏史。该患者20岁起病,有过敏史,无吸烟史,故不予考虑。

**4. 分期与分级** 支气管哮喘分为急性发作期和慢性持续期,根据患者症状特点及听诊时未闻及哮鸣音,为慢性持续期。此期患者根据其控制水平可分为完全控制、部分控制和未控制。该患者反复白天胸闷、频繁夜间憋醒、FEV<sub>1</sub> < 80%,故属于未控制哮喘。

### 5. 治疗

- (1) 告知疾病知识,尽量避免接触过敏原。
- (2) 药物治疗
  - 1) 控制药物:沙美特罗/替卡松(50 μg/250 μg)每次一吸,bid。如哮喘控制,维持治疗3