

# 规范使用抗炎吸入剂是哮喘治疗的关键

●黄华琼

规范、可及的抗炎吸入治疗是哮喘管理的基石,唯有保障每一位患者都能用上、用好、用对抗炎吸入剂,才能真正降低急性发作风险、改善长期预后、守护生命健康。

哮喘这种气道炎症疾病,虽然与高血压、糖尿病等一样是常见的慢性病,但其吸入给药的治疗方式和日常监测均有较高的门槛。我们不仅要提高对疾病的认识,更要重视正确用药、科学监测与长期管理。

## 哮喘的轻和重

哮喘最直观的特点就是轻重差异极大:轻症常伪装成咳嗽、咳痰等普通呼吸道不适,重症则会严重影响生活,甚至危及生命。

轻症哮喘最常见的是咳嗽变异性哮喘。这类患者几乎没有喘息、胸闷的典型症状,唯一表现就是长时间干咳,咳嗽持续超过8周。在夜间、清晨或遇到冷空气、油烟、花粉时,咳嗽会明显加重,服用常规止咳药收效甚微,唯有使用平喘和抗炎药物才能缓解。此类哮喘很容易被误诊为支气管炎、咽炎,虽然症状轻微,但如果长期不干预,也可能发展为典型哮喘。

其次是胸闷变异性哮喘。这类患者仅表现为胸闷、呼吸不畅等,因症状不典型,常被误诊为心脏疾病甚至精神疾病。部分患者甚至没有明显症状,仅表现为肺功能指标异常。

重度哮喘是哮喘中最棘手的类型。患者会频繁出现急性发作,反复急诊就医或住院治疗,肺功能呈持续性、不可逆下降,长期可引发气道重构、呼吸衰竭、肺源性心脏病等严重并发症,不仅严重降低患者生活质量、导致丧失正常工作与活动能力,还会显著增加死亡风险,预后极差。我国成人哮喘患者中,3.4%至8.3%为重度哮喘。

## 哮喘不是“罕见病”

患者的哮喘出现时间点和持续周期差异显著。有的人在婴幼儿时期首次发病;部分女性在妊娠期因激素变化开始发作;还有不少人步入中老年后,因肺功能减退、合并慢病或长期环



图片来源:视觉中国

境刺激,才首次出现哮喘症状。病程长短同样因人而异,有人只是偶尔发作,有人却与之相伴终生。

部分儿童患者进入青春期后,病情可逐渐缓解、长期稳定,甚至多年不再发作;也有部分患者自首次发病起,气道炎症便持续存在,需要终身监测并规范管理,一旦中断治疗就可能再次加重,从年少到年老与哮喘长期共处。这类患者往往需要和哮喘打一辈子交道,“活到老,咳到老”。

具备高危因素的人群,哮喘患病风险会大幅升高。哮喘是遗传与环境共同作用的疾病,如果父母或近亲有哮喘、过敏性鼻炎、湿疹等过敏性疾病,患病概率会显著增加;如果本身是过敏体质,患有过敏性鼻炎、特应性皮炎,或长期接触尘螨、霉菌、花粉、宠物毛发,经常暴露在二手烟、空气污染环境中,也属于易感人群。

除此之外,肥胖、非母乳喂养、早产、低出生体重,以及长期从事接触粉尘、化学制剂的职业,也会增加哮喘发病风险。总之,哮喘绝非“罕见病”,而是藏在我们身边、与日常生活息息相关的常见病。它不挑年龄、不分性别,只要存在易感体质,再加上环境刺激,就可能发病。

## 要注意用药和监测方式

作为一种慢性病,哮喘与高血压、糖尿病等大众熟知的慢性病有相通的管理原则,均需定期复查,根据病情调整方案,患者不能自行停药、减药,同时要依靠健康的生活方式辅助控制病情。

但哮喘是气道慢性病,这一“戳肺管子”的毛病非常傲娇,和常见高血压、糖尿病等慢性病仍有较大差异,其

中最大的不同体现在用药和监测上。

寻常口服药物,用水送服即可,几乎没有操作门槛。哮喘则以吸入给药为主要方式,药物直接作用于气道,起效快、副作用小,但对操作规范性要求较高。目前临床吸入装置种类繁多、结构各异,准纳器、都保、气雾剂、软雾吸入器等操作逻辑各不相同,不同装置的吸气速度、屏气时间、启动方式完全不同,进一步抬高了使用门槛。

很多患者不会正确操作吸入装置,如未正确启动装置、药液未充分摇匀就直接按压给药,部分患者甚至忘记在吸气时同步按压阀门,出现“只吸气、没出药”的情况;含吸嘴时牙齿咬住、舌头堵住出气口,导致药物根本无法进入气道;吸气速度过快或过慢,太快药物撞在咽喉部,太慢则无法送达肺部;吸药后没有屏气足够时间,刚吸完就马上呼气,造成药物随气流流失。

有些装置需要手、口、呼吸精准配

合。老年人手眼不协调、手指力量不足,无法同步完成“按-吸-屏”动作;青少年和成人则常凭感觉随意服药,不按步骤操作。这些看似微小的错误,都会导致真正到达气道发挥抗炎作用的药量严重不足,进而导致哮喘控制不佳、反复发作,这也是我国大量患者吸入治疗“用了药却没效果”的核心原因之一。

在监测上,哮喘患者可借助家用峰流速仪监测肺功能,通过记录哮喘日记、检测呼出气一氧化氮判断气道炎症程度,同时需要精准规避过敏原等诱发因素。

高血压、糖尿病以口服或注射给药为主,依靠血压计、血糖仪即可监测数值。相对而言,血压计、血糖仪数据更直观、更容易理解,患者一看便知是否达标,不需专业解读。哮喘的监测则更为复杂、隐匿,峰流速数值会随时间、诱因、情绪波动变化,呼出气一氧化氮需要定期检测,哮喘日记需要长期坚持记录,气道炎症更是看不见、摸不着,患者很难仅凭感觉判断病情轻重,常陷入“没症状就等同于病好了”的误区。这也是哮喘日常管理最特殊、最需要注意的地方——病情变化不直观,管理更依赖医务人员。

科学认识哮喘,重视正确用药、科学监测与长期管理,才能让每一位患者都用上、用好、用对规范吸入治疗,最终实现哮喘长期稳定控制,让患者畅享自由呼吸。

(作者系浙江大学医学院附属第二医院呼吸与危重症医学科主任医师)

## 延伸阅读

《中国支气管哮喘基层诊疗与管理指南(2026年)》(以下简称《指南》)提出,哮喘诊断不能仅凭症状,而应结合可变的客观证据。基层医疗机构优先推荐支气管舒张试验或呼气峰流速(PEF)日变异率作为诊断依据。

哮喘管理不是只看有没有喘,《指南》提出,每次随访都应动态评估多个方面,包括症状控制情况、未来急性发作风险、2型炎症状态、药物使用情况、吸入技术、治疗依从性及是否合并过敏性鼻炎、食管反流、肥胖、焦虑抑郁等共患疾病,必要时及时调整治疗方案或转诊。基层

医疗机构可结合症状控制问卷(ACT)、呼气峰值流量(PEF)监测、简易肺功能及呼出气一氧化氮(FeNO)等指标开展综合评估。

《指南》建议,为每位哮喘患者制订书面的个体化哮喘行动计划,并根据PEF实行“绿区-黄区-红区”分区管理。绿区提示病情控制良好,继续规范治疗;黄区提示控制下降,应按计划调整药物并加强观察;红区提示急性发作风险高,应立即使用缓解药物并及时就医。

这种标准化管理模式有助于患者及早识别病情变化,避免急性发作。