

这三种病是一回事吗？

在日常生活中,老慢支(慢性支气管炎)、肺气肿这些肺部疾病时常被提及,很多人自然而然地将其与慢阻肺病画上等号。然而,这种常见的理解存在偏差。它们之间究竟有何关联,又有何区别?该如何正确区分?我们可以将老慢支、肺气肿和慢阻肺病的关系,比喻成一个家庭中关系紧密但各有特点的成员,即:相似的“表亲”,不同的“身份”。

A 老慢支:呼吸通道的慢性炎症

慢性支气管炎是指气管、支气管黏膜及其周围组织发生的慢性、非特异性炎症。可以想象一下,我们的呼吸通道(气管、支气管)长期受到烟草、烟雾、有害粉尘、被污染的空气、病毒、细菌或寒冷天气等不良因素的刺激,会像反复受伤的皮肤一样出现炎症反应,如黏膜充血、

水肿,黏液分泌大量增加。这会导致管道变窄,通气不畅。

慢性支气管炎的主要临床标志是咳、痰、喘,特别是患者晨起咳嗽明显,咳出白色泡沫痰或黏液痰,症状每年持续发作至少3个月,并连续2年以上。它更侧重于描述气道炎症和分泌物过多的临床状态。

B 肺气肿:肺泡“小气球”过度膨胀

肺气肿主要发生在肺部终末的细支气管和肺泡。我们的肺由数亿个肺泡组成,每个肺泡都像一个微小的气球,通过极细的支气管(细支气管)与外界相通,整体结构犹如一串串葡萄。当烟草等有害物质损伤细支气管,导致其管腔狭窄、失去弹性后,问题就出现了:吸气时,气道被动扩张,空气尚能进入,但呼气时,气道塌陷,空气难以排出。久而

久之,大量气体被困在肺泡“小气球”里,使其过度充气、膨胀,甚至破裂、融合,就形成了肺气肿。

这就好比一个弹性变差的气球,吹起来后很难把气完全排空,其结果就是肺部气体交换效率大大降低,导致身体缺氧。肺气肿患者早期可能在进行重体力活动后感到气短,但随着病情进展,日常活动甚至休息时也会出现呼吸困难。

慢阻肺病的全称为慢性阻塞性肺疾病,是一种具有气流受限特征,并且这种气流受限不完全可逆、呈进行性发展的疾病。气流受限是该疾病的核心关键词,意味着空气进出肺部的通道受阻。慢阻肺病通常是显著暴露于有害颗粒或气体(主要是吸烟)引起的气道和肺泡异常导致的。

很多慢阻肺病患者同时具有慢性支气

C 慢阻肺病:功能受限的“最终结局”

D 诊断“金标准”,肺功能检查不可或缺

为何肺功能检查如此关键?因为它能客观、量化地评估气道是否存在阻塞及阻塞的严重程度。诊断慢阻肺病主要看一个关键指标:第一秒用力呼气容积占用力肺活量的比值(FEV1/FVC)。如果这个比值在使用支气管扩张剂后仍然低于70%,就表明存在持续的气流受限,这是诊断慢阻肺病的“金标准”。

E 严峻现状,被低估的“沉默杀手”

慢阻肺病绝非小众疾病。根据最新的流行病学数据,它已经成为与高血压、糖尿病“等量齐观”的常见慢性病。尽管如此,对于慢阻肺病,公众普遍存在“不了解、不就诊、不治疗”的“三不”现象,常将反复咳嗽、气短简单归咎于“年纪大了”或“抽烟抽的”,缺乏主动筛查的意识。肺功能检查的普及率低,进一步加剧了诊断的延误。很多患者往往等到出现严重呼吸困难、活动能力显著下降时才就医,此时肺功能已经严重受损,治疗难度加大,患者的生活质量急剧下降,

管炎(咳嗽、咳痰)和肺气肿(呼吸困难)的表现。但是,并非所有诊断为慢性支气管炎或肺气肿的人都是慢阻肺病患者。只有当肺功能检查证实存在持续性气流受限(即使用支气管舒张剂后,肺功能指标仍无法恢复正常),才能确诊为慢阻肺病。如果仅有慢性咳嗽、咳痰或影像学提示肺气肿,但肺功能正常,则不能诊断为慢阻肺病。

然而,公众乃至部分基层医生对肺功能检查的认知度和重视度不足,导致大量慢阻肺病患者长期被诊断为老慢支或肺气肿,未进行规范的肺功能评估,从而错过了早期干预和规范治疗慢阻肺病的最佳时机。这也直接造成了慢阻肺病虽危害巨大,却长期被公众忽视的局面。

给家庭和社会带来了沉重的负担。

总而言之,老慢支、肺气肿和慢阻肺病是密切相关但又不完全相同的疾病概念。慢阻肺病可以包含老慢支或肺气肿的病理变化,但两者未必就是慢阻肺病。诊断慢阻肺病的决定性依据是肺功能检查证实的持续性气流受限。面对这个隐匿而高发的“呼吸杀手”,我们应提高警惕,摒弃“老慢支等于慢阻肺病”的误解,充分认识到肺功能检查对于早期诊断的关键作用,守护好我们宝贵的呼吸健康。 据《大众健康》

别把鼻病毒感染当流感

秋冬季节出现打喷嚏、流鼻涕等症状时,很多人会以为是流感,其实还有可能是鼻病毒感染。北京大学人民医院呼吸与危重症医学科副主任医师公丕花介绍,鼻病毒感染是鼻病毒感染人体后引发的一系列呼吸道症状综合征。

●怎样判断患了鼻病毒感染？

鼻病毒进入人体呼吸道后,会迅速附着在鼻黏膜上皮细胞上并大量复制,破坏细胞正常功能,引发免疫系统的防御反应,导致鼻黏膜充血水肿、分泌物增多,进而出现鼻塞、流涕、打喷嚏等症状。

全国急性呼吸道传染病哨点监测情况显示,10月20日—10月26日,哨点医院门急诊流感样病例呼吸道样本检测阳性率前三位病原体中,

“一是鼻病毒没有特效药,奥司他韦对它无效。二是别乱用抗生素,鼻病毒感染患者吃抗生素不仅没用,还可能破坏肠道菌群。只有鼻病毒合并细菌感染时,才需要服用抗生素药物。三是鼻塞、流鼻涕症状严重者,可在医生指导下服用缓解鼻塞的药物或抗过敏药。”公丕花介绍。

相比使用药物,公丕花推荐通过非药物方法缓解鼻病毒感染症状,比如患者可以多休息、多饮水、清淡饮食、保持室内通风。

鼻病毒排在第一位。

公丕花说:“很多人都会把鼻病毒感染当成流感。”那么,鼻病毒感染和流感有什么区别?

公丕花解释,鼻病毒感染症状以鼻塞、流鼻涕、打喷嚏为主;患者基本不发烧或只发低烧,不像流感那样会突然高烧到39℃以上;一般5—7天就能康复,很少会发展成肺炎。

相较而言,流感的症状则为头

痛、骨头疼、没力气,鼻子症状反而不明显;患者几乎都会高烧,发烧时间会持续3—5天甚至更久;一般7—10天才能恢复,且恢复后可能还会有乏力症状。

“简而言之,如果只是鼻子堵、流鼻涕,浑身没那么难受,大概率是患了鼻病毒感染。如果突然高烧、浑身疼得下不了床,就要警惕是患上流感了。”公丕花说。

收缩、血压一过性升高,就容易产生头晕、头痛,甚至有生命危险。”

如何正确擤鼻涕呢?丁明明说:“应先拿柔软纸巾轻轻压住一侧鼻孔,再用另一侧鼻孔轻轻呼气,把鼻涕擤出来。然后换边重复操作。擤完及时洗手,避免手上沾染病毒。”

“虽然患上鼻病毒感冒的患者多为自限性,预后良好,但如果患者出现严重症状,就需要及时就医。”公丕花补充道。

据《科技日报》

眼睛越揉越痒怎么破？

眼睛有时奇痒难耐、红肿刺激、泪流满面,越揉越痒,常伴随着过敏性鼻炎,对我们的生活质量产生了很大的影响。眼用局部抗过敏药物种类繁多,我们如何科学区分和正确使用呢?

“斯汀”眼药:这是一类抗组胺药,可单独缓解症状,如左卡巴斯汀、依美斯汀滴眼液等。另外还有一类眼用双重作用药物,集稳定肥大细胞和抗组胺于一身,兼顾两者优点,如氮卓斯汀、奥洛他定等。

“唑啉”眼药:这是一类血管收缩剂,通过收缩结膜表层的血管,达到改善眼部充血症状,从而减轻眼红、刺激和眼痒等症状的目的。常见的不良反应有过度流泪、干燥和瞳散等,如羟甲唑啉、萘甲唑啉滴眼液。

眼用激素:这类激素具有良好的渗透性,如地塞米松、氟米龙和波尼松龙滴眼液等。主要用于抗炎、抗免疫治疗等严重或慢性的眼前段炎症,其对于未充分控制和严重过敏性结膜炎患者具有重要的治疗价值。局部外用的激素类滴眼液一般不会引起全身性的严重副作用,但我们在使用时,仍应密切关注如眼部感染、眼压升高和白内障等风险。

温馨提示:

如果同时合并其他过敏性疾病,可能会用到口服药物或皮下注射药物,建议您咨询医师或前往药学科门诊咨询药师评估用药获益。对于严重和反复过敏,查明过敏原、避免接触高浓度过敏原,与适宜的药物治疗同等重要。

据《北京青年报》