

· 急难重症诊治 ·

支气管哮喘的中西医结合诊治方法

上海中医学院附属龙华医院 邵长荣

支气管哮喘是一种常见的、发作性的肺部过敏性疾病。其发病机理甚为复杂，目前较为公认的是患者在支气管高反应状态下，由于变应原或其他因素引起的广泛气道狭窄性病变，产生胸闷、咳嗽或呈典型的呼气性呼吸困难。其临床表现为间歇发作，往往经治疗消除或自行缓解。但也有的患者经久不愈，所谓呈“支气管哮喘持续发作状态”，临床上很感棘手，缠绵难愈。

临床特点

中医的“哮喘”是指广义的，一般认为“咳而上气为喘，喉中水鸡声为哮”，其中也包括支气管哮喘在内。根据其不同的证候群，又有寒热虚实之分。内有壅塞之气，外有非时之感，膈有胶固之痰，乃是三大病因。“肺失宣降，痰气搏结”为其主要病机。

西医目前仍多沿用内源性和外源性分类法^①，发作的病史和体征是本病诊断的主要依据。外源性哮喘常因接触某种致敏原如吸入花粉、煤气，真菌孢子、动物毛屑、油漆、染料或进食有些鱼、虾等而发病。一般以儿童及青少年为多见。内源性哮喘常因反复上呼吸道感染而引起，多在成年起病。

外源与内源性哮喘在发病机理、临床表现各有其不同之处，但亦有其共同之点，二者均有气道高反应的存在，且有日夜节律性的变化。平喘药物可增高细胞内cAMP的含量，或者使cAMP/cGMP的比值升高，改善通气功能，均有长短不等的缓解期。缓解期闭合容量亦相应增加。

气道反应性试验是在控制条件下，采用特异性变应原或非特异性刺激(组织胺、乙酰甲胆碱、前列腺素 $F_{2\alpha}$ 等)，激发支气管收缩，模拟哮喘，其反应性为健康人的100~1000倍。第四军医大学附院呼吸内科采用吸入乙酰甲胆碱法，对50例支气管哮喘，21例慢性支气管炎和18例健康人作了气道反应性试验。结果表明哮喘患者对乙酰甲胆碱的剂量-反应曲线有明显的特征：反应阈显著低于其他两组，呼吸阻力上升度明显高于其他两组^②。上海市纺织工业局第一医院报道的则采用组织胺吸入法以测定气道反应性。结果指出：健康组34例吸入组织胺浓度至128mg/ml时，有32例仍未见其FEV₁%下降20%。而哮喘缓解期患者22例

吸入组织胺浓度 ≤ 32 mg/ml时已有21例发生FEV₁%下降了20%的。他们在讨论时认为本实验法无一例引起哮喘的发作，但哮喘缓解组中18例有胸闷感，吸入舒喘灵气雾剂后可立即消失。为了慎重起见，在哮喘发作期、急性肺部感染或肺功能明显减退者，以及对组织胺有过敏反应的，均不宜采用该项测定^③。

气道高反应的测验，不仅对本病的诊断有很大的研究价值，而且对本病的机理和防治方面，也有一定的参考意义。汪氏曾列举两例以阐明气道高反应在同一病理生理基础上却有不同临床表现。此二例均以多年的咳嗽咯痰为主症，经用治疗慢性支气管炎的方法而经久不愈的，改用氨茶碱、复方氯喘片及喘定等而咳嗽控制。因此，他认为此二例原来的咳嗽为哮喘的另一种类型^④。此种情况笔者在临床中亦时有所遇。比较典型的病例如刘××，女性，35岁，半年前由京调沪工作以来反复咳嗽，伴皮肤过敏及过敏性鼻炎。经止咳化痰等药治疗，咳嗽更为剧烈，甚至小便失禁，遇煤气油烟等即咳，后给以氨茶碱及酮替芬等而愈。

治疗措施

支气管哮喘在急性发作时，当务之急是止喘问题，一般病史不长，发作程度尚轻的患者，常规的是给以氨茶碱及其复方制剂。病情较急，要求止喘快效，则往往采用氨茶碱针剂静脉注射或0.25~0.5g氨茶碱加入5%葡萄糖液中静脉滴注。静脉给药，切忌推进速度太快，否则易引起心悸、心律失常或血压降低等不良反应，甚至导致死亡。

对氨茶碱过敏或心动过速的患者，可改用喘定，它是一种二羟丙基茶碱，优点为副作用较小，但效果也较弱。

对茶碱类药物耐药或失效的哮喘患者，进一步可选用交感神经受体兴奋剂，常用的为盐酸麻黄素、肾上腺素、异丙基肾上腺素、邻氯异丙肾等，而羟甲异丁肾(舒喘灵)0.25~0.5%雾化吸入，每次200~400 μ g，止喘作用快，心悸等副作用小，常为优选之品。此外，双氯醇胺(NAB365)对 β_2 受体兴奋作用有良好的选择性，解痉作用的持续时间亦较长为其优点。

中医治喘的方法与内容也是很丰富的，尤当上述

西药乏效时，可以互相取长补短，根据辨证论治的法则分为：

一、寒喘：辨证要点为起病急骤，白沫稀痰，畏寒流涕，舌苔薄白或白腻，脉象浮滑带数，治疗常以小青龙汤为主方；炙麻黄 9g，川桂枝 4.5g，大白芍 15g，细辛 4.5g，五味子 4.5g，姜半夏 9g，炙款冬 12g，咽喉不利者加嫩射干 12g，取麻黄射干汤之意。咽痒打嚏严重者加辛荑 4.5g，苍耳子 9g，往往可提高抗过敏及解痉作用。

王氏曾以小青龙汤及其主要组成药对豚鼠离体气管平滑肌的作用进行了观察，发现其有松弛作用，并有抗组胺、乙酰胆碱等作用。而且细辛、五味子和桂枝的组合煎液，其平喘作用较麻黄、半夏等为佳⁽⁶⁾。另外，曲氏等发现细辛油有类似醋酸可的松样的作用，可抑制组胺及 PGE₂ 引起的组织肿胀和毛细血管通透性的增加⁽⁶⁾。

至于款冬花一味，笔者等已作过报道，它除了润肺止咳外，尚具平喘下气的作用，动物实验表明有减慢呼吸频率及加深呼吸幅度的功能。

治疗寒喘的单方验方很多，有些学者善用含砒制剂，著名的古方“紫金丹”即由砒石配伍明矾，豆豉等组成，俗称“砒矾丸”，每服 5~6 粒，每日三次，儿童酌减。对有出血倾向，肝肿大及肝硬化患者应慎用或禁用。

曼陀罗花做成烟卷吸入，有较好的即刻平喘作用。它是抗胆碱的药物，其有效成分可能是东莨菪碱和阿托品类。笔者曾以曼陀罗花流浸膏一厘四，远志一分四，甘草一分做成“镇平片”，每服 2~3 片，药后半~1 小时平喘有效率为 80%。但有口干、皮肤潮红、目糊等副作用，要严格掌握剂量。

二、热喘：辨证要点为胸膈喘满，声高息粗，咯痰黄稠不畅，不恶寒而烦渴，或伴便秘尿赤，苔黄腻，舌质红，脉象弦滑带数。常用方为麻杏石甘汤及白果定喘汤加减。笔者曾在这二方的基础上，加入一味胡颓叶 9~15g，胡颓叶又名蒲颓叶，性味酸平，治咳嗽上气，取其酸涩轻散收敛肺气之功。兼肺气虚者加入人参等分，名“消肺散”，有补益肺气之效，尤其对青少年患者，往往疗效更好。

用于热喘的单方验方不少，如地龙片每次 5 片，每日 3 次口服。姜春华老夫善用单方蛭蟥以大贝粉作赋形药，做成绿豆大丸子，每服 10 丸，日 3 次，辅以牛黄解毒片，疗效一般尚可⁽⁷⁾。

支气管哮喘因其个体的差异，病程的长短，复发的频率以及有并发症等的不同，在临床上出现了寒热

错杂、虚实兼夹的情况，则需要温凉并用，或攻补兼施，辨证加减治之。支气管哮喘患者急性发作用中西药物后稍见减轻时，往往根据患者的体质，笔者喜用一个经验方：

1. 三参养肺汤：组成药为孩儿参 12g，玄参 12g，沙参 12g，黄芪皮 12g，车前草 12g，胡颓叶 15g，地龙 9g，苍耳子 9g，海藻 12g，海蛤壳 18g，款冬 9g，黄芩 9g。用于肺虚型喘咳。

2. 三桑肾气汤：组成为桑椹子 12g，桑白皮 9g，桑寄生 12g，五味子 4.5g，黄精 12g，补骨脂 12g，平地木 12g，功劳叶 9g，鹅管石 12g，老苏梗 9g，防己 9g，昆布 12g。适用于肾虚型喘咳。

上述两方做成浓缩煎剂，平时服用补益肺肾，可预防及减轻哮喘的发作。色甘酸二钠对外源性哮喘的防治方面也有较好效果。其主要作用为稳定肥大细胞的膜，使其在各种过敏原刺激下不易释放介质，用量为每次 20μg，日 3~4 次吸入。近年来研究成功的酮替芬，每次 1mg，每日二次口服，有较好的抗过敏作用，能抑制组织胺、慢反应物质和其它活性介质自肥大细胞释放，因而可减少外来因素对哮喘的诱发。

平时痰多湿重的哮喘患者，笔者则经常加用川朴 4.5g，苍术 9g，陈皮 4.5g，姜半夏 12g，制成糖浆，名“平咳合剂”，取平胃散合二陈汤之意。健脾可以除痰，痰去则肺管通畅，有利于哮喘的好转。这就是中医肺病治脾的理论。

哮喘而兼咳痰不畅，胸闷，面部或下肢浮肿的患者，或合并肺气肿者，方中可加入车前草 9~15g。车前草甘寒利水，清热祛痰，用于治喘，乃取其除湿消饮的功能。面部或下肢浮肿消退了，同样也反映在肺部水饮的去除，减轻呼吸道的壅塞，起到宣通肺气的作用。配伍陈葫芦 30 克，则收效更著。

中医治喘除口服用药外，尚有针灸、耳针、敷贴、气功等方法。针刺取穴多以大椎、肺俞、天突、喘总等为主穴。也有报道针刺内关、迎香穴治疗哮喘急性发作者，获效满意。由于剧咳而引起哮喘发作者，针刺鱼际穴，往往收到咳定喘止的速效⁽⁸⁾。

灸治哮喘常用的为化脓灸法，又称发泡灸，能激发和调动人体自身的抗病能力，提高细胞免疫的功能。一般在大伏天灸治。在大伏天除灸治外，尚可采用张氏医通的白芥子敷贴法，涂药用药主要为细辛、甘遂、白芥子、延胡索等四味。

哮喘持续状态的治疗——这是临床上比较疑难的课题。患者对一般平喘药物往往已经失效或低效，经常依赖皮质激素来减轻症状。皮质激素自应用于治本

病以来,确实挽救了不少患者的危象和生命,常用的为氢化可的松100~400mg静脉滴注,或地塞米松5~20mg静注或滴注。在静脉给药后往往需要口服强的松5~10mg,每日三次作短期维持。但是,肾上腺皮质激素也有不少缺点和副反应,其免疫抑制作用常使感染扩散。长期使用会引起垂体-肾上腺功能的减退。因此,使用激素应限于严重发作时,控制症状后应尽快停用。

对“激素依赖者”如需较长时间使用,一般主张采取最小的有效量维持外,近年来应用局部作用较强的二丙酸氯地米松,它是地塞米松的同型物,每次100 μ g,作雾化吸入,每日3~4次。此外,也有不少学者用中医补肾法来逐渐戒除对激素的依赖。而且根据中医脏腑内在联系的理论,补肾的中草药不仅用于培本,同时可以纳气平喘,用于治标。如谭氏等报道补骨脂对豚鼠完整气管的解痉率为63.8%,临床上止喘近期有效率为81.8%^[9]。中草药往往有多功能的作用,补中有攻,攻中有补,也是其优越之处。

关于哮喘呈持续状态的抢救,张氏等应用参蛤散或人参胡桃汤配合西医西药,治疗16例次发作病人,结果临控9例次,显效3例次,好转3例次,作者等认为服用中药后,除哮喘好转外,同时患者能安然入睡,

皮肤色泽恢复,肌力有所增进,心率减慢,这些表现单用西医西药是难以达到的,中西医结合治疗提高了疗效^[10]。

参 考 文 献

1. 支气管哮喘的诊断、分期和疗效的评定标准。中华结核和呼吸系疾病杂志1984; 3:186.
2. 孙 滨,等。乙酰甲胆碱吸入法测定气道反应性。中华结核和呼吸系疾病杂志1984; 2:89.
3. 孙碧雄,等。组织胺吸入试验测定哮喘气道反应性。《第五次华东地区肺心病专业会议》资料,1985:12.
4. 汪敏刚。关于支气管哮喘的定义、分型及诊断的实践及理论商榷。中华结核及呼吸系疾病杂志1985; 3:176.
5. 王筠默。小青龙汤平喘作用的研究。中成药研究1982; 3:22.
6. 曲淑岩,等。细辛油的抗炎作用。药学学报1982; 17(1):12.
7. 曹鸣高,等。支气管哮喘证治。中医杂志1984; 25(10):4.
8. 邵长荣,等。针刺喘息、鱼际穴治疗发作性哮喘。新医药杂志1979; 2:55.
9. 谭慧琪,等。补骨脂注射液对支气管哮喘的平喘作用的动物实验和临床观察。广东医学1984; 11:29.
10. 张镜人,等。补中益气法在哮喘持续状态抢救中的应用。中西医结合杂志1983; 3(1):8.

针刺拔罐治疗功能性头痛 104例疗效观察(摘要)

天津市宝坻县人民医院

曹铭瑞

1975年5月以来经治104例,男46例,女58例;年龄最小10岁,最大78岁,其中19~40岁70例,中青年占67.3%;诊断精神性偏头痛34例、肌紧张性和血管性头痛各28例及属二者混合性头痛14例;病程最短4天,最长15年;全部病例均除外颅内肿瘤、炎症及高血压和五官科等病变,神经系统查无异常发现。

治疗取俯卧位或坐位,上肢交叉于胸前,取双侧天宗穴(背部肩胛岗下窝中央),以28~30号毫针直刺进针0.5~1寸深(因人胖瘦而异),然后再距天宗穴外0.5寸处上、下方各刺一针,直刺进针0.5~1寸,三针成锐角三角形。得气后留针约10~15分钟,起针后立即用罐口直径6~10cm火罐(玻璃制品为好)拔

罐10~15分钟,针眼可见微量出血。连续3次为1疗程。针具与火罐应严格消毒,初次或有晕针史患者最好取俯卧位。拔罐时注意勿烫伤皮肤。

结果显效68例(治疗1~3次半年以上未复发),有效21例(治疗1~3次半年内或半年以上偶有头痛发作,但发作时间短,程度较原来明显减轻),无效15例(经两个疗程以上治疗,半年内头痛发作次数、性质及间隔时间均无明显改善)。总有效率为85.6%。其中以精神性偏头痛和肌紧张性头痛以及青年女性患者效果较好。

《北京中医》欢迎投稿欢迎订阅

本刊栏目多样,内容充实。附有英文、日文目录及日文文摘。适于各级医药卫生人员及中医爱好者阅读。本刊面向基层、服务临床,具有北京地区特色,并刊各地文章。投稿请寄至北京市东单三条甲七号《北京中医》编辑部。请向全国各地邮局订阅,记住刊号:2-587,每册定价0.65元。《北京中医》编辑部启