

· 专题笔谈 ·

中西医结合防治支气管哮喘

支气管哮喘的中西医结合防与治

上海医科大学华山医院(上海 200040)

沈自尹

对支气管哮喘的临床治疗可区分为急性发作期和缓解期。对慢性具有发作性的疾病,按照中医治则应是“急则治其标,缓则治其本”,针对哮喘来说,中医早就提出“发时治肺,平时治肾”的治则,这里已含有预防的思想。

在哮喘的急性发作期主要表现为气道平滑肌痉挛而造成的可逆性气道阻塞、气道高反应性、气道变应性炎症(AAI),目前国内外已把对发病原因的注意力从气道平滑肌痉挛转移到 AAI。急性发作期由于西药的针对性强、见效快,所以一般都用西药以制止急性发作,尤其对加重发作或持续发作,西药更见其优越,如静脉给予皮质激素 12h~3 天,其呼吸功能 FEV_1 可提高 40% 以上,挽救患者于旦夕之间。对于哮喘急性加重期有应用激素指征者,国外多赞成 7 天疗法(即第 1~2 天用中、大剂量,第 3 天起开始减半,递减至第 8 天停用激素)。然而由于用药指征掌握不严或用法不当,而长期应用以致造成对皮质激素的依赖者比比皆是,以免疫功能受损导致院内获得性感染、机会感染、再感染结核以及结核播散尤为突出。所以其弊端在于抑制自身肾上腺皮质,使激素不易撤除,扩散隐性炎症,对感染型哮喘更为不利。我们首先发现中西医结合在用温补肾阳法于激素渐撤期间可以发挥作用,也就是因为温肾法可有效地拮抗激素的反馈内抑制,并观察到用温肾法撤激素无效者多为感染型。据日本报道小柴胡汤对激素依赖型重症难治性哮喘也有效,尤其对支气管肺泡洗净法的嗜中性白细胞轻、中度增高病例,所指类似感染型,这样或许温肾法和小柴胡汤在撤除激素过程中可以互补。从 70 年代中期开始用大剂量二丙酸倍氯米松(BDP)吸入取得满意疗效,但超过 3 个月就可能引起肾上腺皮质的抑制,甚至影响肾上腺皮质的储备功能,一旦停止 BDP,症状极易复发。我们证明补肾中药加 BDP 吸入,不但保持了 BDP 的疗效,而且保护了肾上腺皮质,减少了复发率。由于中药对哮喘急性发作期的治疗并非其长处,故而展望今后若要使中药能改善 AAI 状态,从而迅速止喘,还需摸索如何提取

某些中药的有效成分或有效部位,改善给药途径,并搞清楚其对炎症细胞脱颗粒、拮抗炎性介质的作用原理,然后才能进行评价。

对哮喘缓解期应多考虑用中药,现已知长年应用西药支气管解痉剂可使 AAI 隐潜地发展,从而加重哮喘的病情,而中医着眼于整体,重视发挥人体的潜能,采用扶正固本(在成人以补肾为主,在小儿以健脾为主)的中药往往能同时影响变态反应和非变态反应的主要环节,这就可能在不同哮喘患者身上择其薄弱环节直接发挥作用,从而使患者逐步摆脱哮喘发作的恶性循环,进入良性循环,最终减轻或中止哮喘的季节性发作。我们从 1957~1992 年间,共计选择 1008 例年龄在 16 周岁以上,最近连续 3 年均有季节性发作史、无严重合并症、未用皮质激素或其他特殊治疗的哮喘患者,其中 16 批共 722 例为温阳片组,11 批共 286 例为对照组(多数用外观与温阳片相同的空白片,少数用小青龙汤),进行预防哮喘季节性发作的观察。结果温阳片组的显效率范围为 57.7~86.9%,而对照组为 5~22.6%,温阳片组与各种对照组之间均有极显著差异($P < 0.005$)。在取得疗效的基础上,首先进行了内分泌方面的研究,发现哮喘患者确有潜在性的下丘脑—垂体—肾上腺轴功能改变,调整肾上腺轴的功能可改善哮喘的发作,犹如皮质激素能有效地控制哮喘发作。但又不同于一般的激素治疗,温阳片避免了激素的弊端,它能促进靶腺的分泌,在提高靶腺功能的同时,又不像外源性激素那样会引起较高中枢的受抑。在免疫方面的研究,由于血清 IgE 是引起 I 型变态反应的主要抗体,而血清 IgE 受抑制性 T 细胞(T_s)的调节,迄今国内外对此尚未见有效的免疫调控方法的报道。在温阳片组与对照组的治前作血清 IgE 和 T_s 功能的同步测定,发现温阳片治疗后的血清 IgE 与 T_s 功能呈明显负相关,即 T_s 由降低而升高者,血清 IgE 由高值而降低,而对照组则无此现象,因而认为温阳片系提高 T_s 功能以抑制血清 IgE 的季节性升高。以后又对组胺释放、组胺吸入试验、外周血淋巴细胞 β 受体功能检测,都发现温阳片组的效果比对照组具有显著差异,认为温阳片之所以能预防哮喘季节性发作,在于补肾法是从整体出发,同时影响于变态反应和非变态反应(或称免疫和神经内分泌反应)的主要环节。笔者认为中药对非变

态反应作用明显, 因为扶正固本的治疗原理较现有的西药脱敏、抗组胺药物的作用点专一, 且特异性强。

支气管哮喘缓解的防治

上海中医学院龙华医院(上海 200032) 邵长荣

支气管哮喘缓解期的防治方法很多, 应根据患者病史长短、病情轻重、体质情况以及有无并发症等辨证用药, 才能收到较多的效果。并结合笔者的临床体会, 作以下介绍。

一、哮喘病期不长、缓解期症状不显或稍有咳、痰、气短者, 采用补肺益气法。如参芪汤合玉屏风散, 孩儿参 12 g 黄芪 15 g 白术 15 g 防风 9 g, 益气固表, 增强体质, 可以提高免疫功能。对平时易汗、易感冒者尤为适宜。笔者常加胡颓叶 9~15 g, 胡颓叶别名蒲颓叶, 其性味酸平, 有收敛肺气之功。早在《中藏经》书中已有“治喘嗽上气”的记载。孩儿参与胡颓叶共用, 乃取古方清肺散之意, 治正虚气短, 疗效较好。

本病缓解期中有口干、喉痒、舌红少津阴虚见证者, 可在清肺散基础上加入五味子 4.5 g, 麦冬 9 g, 生甘草 6 g, 益肺生津, 气阴兼顾之。

二、某些哮喘患者, 平素体质虚弱、神疲纳少, 面色少华, 胸闷有痰、舌苔白腻等脾虚证明显者, 则采用调理脾胃法; 如六君子汤、参术饮。笔者常用处方为: 党参 9 g 茯苓 9 g 苍、白术各 9 g 炙甘草 6 g 陈皮 4.5 g 姜半夏 9 g 米仁 9 g。如遇便溏肠鸣者, 则加入淮山药 9 g, 荆芥、防风炭各 9 g, 焦六曲 9 g, 往往可以实大便助消化。脾胃乃后天之本, 气血生化之源, 健脾可以强肺、运化痰湿, 使元气恢复而邪不可侵, 有利于控制哮喘复发。

脾虚而引起下肢、面目浮肿者, 则在上方中加入陈葫芦 30 g, 防己 9 g, 车前草 12 g。畏寒、心悸喘促者, 再加入熟附块 9 g, 温化痰饮, 健脾利水, 不仅消肿除饮, 而且可以增强呼吸功能。支气管哮喘的反复发作, 气道阻力增加, 久则造成阻塞性肺气肿, 随着病期的拖延, 右心负担加重, 静脉回流受阻, 在临床出现胸部郁闷、下肢颜面浮肿等症, 进而则导致肺间质水肿, 形成中医所谓喘肿、痰饮等症候群, 使呼吸机能减退。我们曾用上法加减治疗哮喘合并肺气肿伴有浮肿, 治后喘促改善, 浮肿显著减退。并采用肺泡—动脉血氧分压差(A-aDO₂)学观察指标。A-aDO₂是测定肺泡与肺动脉血氧分压的梯度, A-aDO₂增大, 反映肺的氧合机能降低。治疗前平均为 28.48 mmHg, 治后为 23.25 mmHg, 有显著性差异。治后症状好转, 浮肿消退, A-aDO₂亦相应降低

了, 说明提高了肺泡气体交换效率, 换气功能增强。中医所谓水清饮除, 肺野清轻, 则气道通畅, 呼吸自然。

三、哮喘病的经常发作, 久病及肾, 而出现动则喘促, 腰痠耳鸣, 腿软尿频等肾气不纳的症候群, 治疗要用补肾纳气的方法。我曾用保肺片(其组成为补骨脂、胡桃肉、菟丝子、杜仲、川断、熟地、覆盆子、当归、甘草等)结合保肺功(一种以气功结合呼吸操的锻炼)以治疗缓解期哮喘兼有肺气肿的病例。3~6个月后气喘症状显著好转, 肺功能亦明显改善。如遇肾阳亏损者, 则可再加巴戟天、仙灵脾、附子等温肾之品。

近年来, 国内外不少学者研究指出, 气道高反应性是哮喘的重要特征之一, 而且观察到哮喘者的无症状家庭成员中, 其气道反应性也增高, 无哮喘的家庭成员中, 几乎无气道反应性增高者。我们曾对缓解期支气管哮喘 35 例进行气道反应性测验, 结果与同年齡组健康人对比, 前者比后者要增高 100~1000 倍。用补肾合剂(补骨脂、桑寄生、杜仲、款冬花、藿香等)治疗后, 其气道反应性显著降低。我们认为: 支气管哮喘的发病机理甚为复杂, 是多因素的, 但一般环境和遗传因素是很重要的两个方面。中医所谓喘有夙根, 气道反应性增高, 无疑是本病的夙根之一, 因此, 降低其高反应性, 是根治本病的一个关键性问题。

支气管哮喘治疗中的免疫调节

中国中医研究院西苑医院(北京 100091)

许建中

支气管肺疾患引起的哮喘, 临床上最多见的是支气管哮喘和慢性喘息性支气管炎(以下简称慢喘支)。近年来国内外很多学者认为慢喘支本身就是慢性单纯性支气管炎合并支气管哮喘, 因为两者病因、诱发方式、疾病发展过程、治疗方法及转归并无本质上的差异, 当然这种看法目前尚未取得统一认识。

哮喘特别是急性发作期是呼吸病中最为痛苦, 最难以忍受的一种阵发性呼吸困难。晚近虽然对其急性哮喘, 无论中医、西医都有很多办法使其缓解, 但疗效仍属短暂, 屡愈屡发, 因此阻止慢性哮喘再次发作应视为研究的重点(国内支气管哮喘发病率约 2%, 慢喘支约为 3~5%)。

支气管哮喘是一种支气管反应性增高而表现为可逆性气道阻塞的症候群, 尽管临床上有不同的诱因和临床类型, 如过敏性哮喘、感染性哮喘、运动性哮喘、药物性哮喘等, 但其主要病理生理学及发病基础