

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

是变应性炎症(Airway allergic inflammation AAI), 这种 AAI 致使人体气道粘膜明显水肿、渗出性增多和气道内大量粘液栓形成、上皮脱落损伤而致气道阻塞影响通气功能, AAI 是气道高反应性(Bronchial hyper-responsiveness, BHR)的主要发生机制, 对哮喘患者无论病情轻重, 无论疾病处于急性期、缓解期, 气道均不同程度的存在着 AAI。从免疫遗传学方面考虑, 哮喘的遗传和机体免疫反应的基因和组织相容性抗原的基因位点有密切的关系, 这种遗传基因就是形成人体过敏体质的原因, 使 IgA 形成减少, 而防御功能低下, 过敏原易于侵入。

除免疫遗传基因外也存在着非免疫遗传因素, 如中枢神经或植物神经系统或气道上的不同受体, 由于遗传而使气管粘膜通透性增高, 或同一染色体和另一染色体存在着不同于免疫基因的遗传基因。这就看出为什么哮喘有不同临床类型。所谓过敏性、感染性、混合性是不能截然划分的, 因为这不同的哮喘在遗传学上及形成气道反应性增高的机制中存在着共同或不完全相同的因素。

关于激发支气管哮喘的因素, 哮喘的形成及复发是一个非常复杂的综合性问题, 如吸入物(花粉、螨尘、霉菌、动物皮屑、棉尘、工业化学物质), 病毒、细菌及支原体等微生物, 药物、食物、精神因素, 内分泌、气象因素、运动等, 都可导致 BHR, 实际上都是在人体过敏体质基础上发生的。

防治哮喘在临床上应采取中西医结合的方法, 预计将会有所突破。哮喘根据中医学的病机是痰气交阻、肺失肃降, 肺气上逆而作喘, 是肺内有伏饮, 遇外邪侵入, 内外相合, 导致痰气相搏。按传统治哮喘方法, 急则治其标(肺), 缓则治其本(脾肾), 按传统治则, 急性发作期应宣肺定喘, 缓解后以扶正固本法(补益脾肾)进行防治。我们用固本冲剂以健脾为主, 佐以补肾法, 每年在好发季节前 3 个月服用, 有效率 90%, 显效率 60.1%。同步测定血浆 T 细胞亚群(OKT₃、OKT₄、OKT₈), 治后皆见明显调整。浙江中医院用清肺补肾法治疗支气管哮喘急性发作期, 疗效优于清肺平喘法, 治后血总 IgE 明显下降($P < 0.001$)。上述方法治后皆见体液或细胞免疫得到调整, 当前尚不能确认, 补肾、健脾、益气固表益肺或标本兼治那一种最为有效, 而应以辨证为准则。

目前从研究资料看中西医结合工作仍缺乏严格的科研设计和对照, 药效学应以抗 AAI 为目标, 控制病因立足于调整免疫, 临床上将中药方剂结合现代先进实验手段, 如药后用纤维支气管镜观察管腔 AAI

状态, 从气管灌洗液中观察灌洗标本中各类细胞及其激活状态, 并开展气道反应性测定, 以便评价其抗 AAI 效应, 也许这是今后中西结合防治工作的发展趋势。

小儿支气管哮喘的中西医结合治验

上海医科大学儿科医院(上海 200032) 时毓民

小儿支气管哮喘(简称哮喘)是儿童时期常见病, 据我院 11 年统计, 占住院患者数的 1.1%, 其中对 82 例患儿进行青春期随访, 有 63.5% 至青春发育期尚未能痊愈。近年国内采用中西医结合防治哮喘已取得满意疗效, 小儿哮喘预后有所改观, 现将笔者的治验介绍如下。

一、急性发作期的治疗 西药控制哮喘发作较中药迅速, 如采用中西药合用, 则可取长补短, 提高疗效, 减少西药用量和副作用。常选用控制急性发作的西药主要有 β 受体兴奋剂, 如 0.1% 肾上腺素每次 0.02 mg/kg, 皮下注射, 一般不超过 0.3 mg, 否则引起面色苍白、头痛、心悸等副作用。氨哮素口服或作气雾吸入, 每次 10~20 μ g, 一般 5~10 min 生效, 可维持 2~4 h。复方氯喘作用较缓和, 副作用少, 幼儿每次半片, 学龄儿童每次 1 片, 1 日 3 次。其他较常用的还有舒喘灵、博利康尼等, 副作用较小。磷酸二酯酶抑制剂扩张支气管平滑肌作用更强, 常用氨茶碱口服, 每日 4~6 mg/kg, 或先用 2~4 mg/kg 加入 25% 葡萄糖 40 ml 静脉慢推, 有条件的单位可作氨茶碱血浓度监测, 以防心律失常等副作用, 待症状缓解后改口服。M 胆碱能受体阻滞剂如溴化异丙基阿托品对支气管平滑肌有较高的选择性, 又不增加痰液粘稠度, 对不能耐受 β 受体兴奋剂的小儿哮喘可选用, 用法每次高压喷雾 20 μ g, 1 日 3~4 次。对于发作较重的哮喘, 可适当加用氢化考的松 6~8 mg/kg 静脉滴注, 好转后改强的松口服, 每日 1~1.5 mg/kg, 分 3 次, 疗程不宜过长, 以不超过 1 周为妥。近年应用二丙酸氯地米松气雾剂吸入具有发挥局部作用而少有激素副作用的优点, 适合于学龄儿童应用, 但亦宜小剂量间歇应用。由于 5 岁内哮喘发作多因感染引起, 因此需适当选用抗生素控制感染。中医中药控制急性发作也有一定效果, 可与以上西药联合应用。小儿时期热喘多于寒喘, 据 9590 例小儿哮喘类型分析, 热喘占 65.53%, 寒喘占 34.47%, 因此临床常用清热化痰, 宣肺平喘法。有报道用麻杏石苇汤治疗 82 例小儿哮喘, 方剂为炙麻黄 3~5 g 杏仁 6~10 g 石苇 10~15 g 僵蚕 6~8 g