

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

地龙 6 g 天竺黄 8 g, 结果显效 68.3%, 总有效率 86.6%。麻黄首次用量, 幼儿 3 g, 儿童 4.5~6 g, 以后酌量增加。小儿先天禀赋不足, 临床常见到虚中夹实, 宜攻补兼施, 若有脾气虚者在平喘方剂中酌加党参、黄芪; 肺阴虚加沙参、麦冬; 肾阳虚加附子; 肾阴虚加参蛤散, 每次 1 g, 1 日 2 次。蛤蚧具有双向性激素样作用, 笔者曾发现该药引起 1 例性早熟, 因此不宜久服。香叶醇栓可直接松弛支气管平滑肌, 改善肺通气功能, 急性发作时可给与肛栓, 每颗栓剂含香叶醇 100 mg, 平喘起效时间 10~15 min, 此药应用于 148 例哮喘患儿, 显效率 50%, 总有效率 85.8%。针灸对平喘也有好疗效, 小儿适合用梅花针, 发作时取胸、腰及前肋间, 用梅花针弹刺, 1 日 2~3 次, 有人治疗小儿哮喘 46 例, 结果痊愈 8.7%, 显效 39.1%, 有效 47.8%, 无效 4.4%。

二、缓解期的治疗 小儿脾常不足, 病程较成人短, 所以脾肺虚较肾虚多见, 缓解期应以补脾肺为主。有报道用黄芪、党参各 10 g, 黄芩、黄精、仙鹤草各 8 g, 防治 60 例脾肺两虚哮喘儿, 均取得减少

发作的效果, 实验表明该方有调整患儿白细胞内糖皮质激素受体及 cAMP/cGMP 比值失衡的作用。对脾肺虚哮喘患儿我们用黄芪注射液, 每次 2 ml, 分注双足三里, 每周 2 次, 3 个月 1 疗程, 共治疗 41 例, 结果痊愈 9.1%, 显效 40%, 好转 36.4%, 经微循环观察及免疫功能测定证实可提高患儿免疫力, 改善肺微循环, 从而减少发作。有人敷贴防治小儿哮喘 135 例, 方法是取白芥子、元胡、甘遂、细辛研细末, 姜汁调成膏状, 贴于双肺俞、心俞, 于初伏、二伏、三伏天各 1 次, 连续 3 年, 结果显效 20.7%, 总有效 80%; 测定血浆皮质醇及淋巴细胞转化率有明显提高, 血清伊红细胞降低, 从而证明敷贴有增强机体免疫力, 使其过敏状态有所降低。酮替芬具有抗过敏、抗组织胺作用, 总有效率可达 90% 左右, 3 岁内每日 1 mg; 3 岁以上每次 1 mg, 1 日 2 次, 连服 3~6 个月。晚近报道长期服用丹参片对防治小儿哮喘也有效。此外, 细菌疫苗联合服玉屏风散及脱敏疗法对部分小儿哮喘可起到减少发作的效果。

经方辛热剂治疗伤寒复发 1 例报告

成都军区昆明 43 医院(昆明 650032) 宁亚功 胡有仁 栾晓文 沈 杰

病历简介 徐某, 男, 28 岁, 因持续发热 2 周于 1991 年 11 月 11 日入院, 诊为伤寒。经抗感染(静脉滴注氯霉素 1.5 g/d)及中药清化湿热为主等法治疗 8 天后, 体温由 40.1℃ 逐渐降至正常, 往来寒热、头身疼痛、恶心呕吐、腹痛腹泻等症状亦随之消失, 肥达外斐氏试验弱阳性, 血培养、大便培养阴性, B 超示原轻度肿大之肝脾已恢复正常, 本已准备出院。但 12 月 3 日不慎重感风寒, 咳嗽痰稠, 周身酸困乏力, 恶心欲呕等症, 经服用祛风清热、宣肺化痰之剂及肌肉注射柴胡、板蓝根注射液而诸症未减, 体温升至 39.8℃, 改用青霉素 480 万 u 静脉滴注, 每日 1 次; 至 12 月 9 日体温达 40℃, 又用氨苄青霉素 6 g 静脉滴注, 诸症仍无缓解, 日间体温 38℃ 左右, 夜晚 40℃ 左右。查体: 体温 38.7℃, 脉搏 84 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 12/8 kPa, 面色苍白, 表情淡漠, 咽部微充血, 听诊右肺呼吸音稍低, 心率 84 次/min, 律齐, 无杂音; 腹平软, 肝脾未触及, 脐左侧轻压痛, 双下肢无浮肿, 生理反射存在, 无病理反射征。化验检查: 血白细胞 $3.2 \times 10^9/L$, 中性 0.52, 淋巴 0.44, 单核 0.02, 嗜酸性细胞 0.02; 红细胞 $3.86 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 117 g/L, 血小板 $154 \times 10^9/L$, 肥达外斐氏试验弱阳性, 血沉 22 mm/h,

抗链“O”100 u, 大便潜血阴性, 血培养为伤寒杆菌, 胸片心肺无异常。中医辨证见形体瘦削, 面色苍白无华, 目光呆滞无神, 虽重被厚衣仍畏寒发抖, 发热日轻夜盛, 咳嗽痰微稠, 全身关节肌肉痠困疼痛, 汗出湿衣, 疲乏无力, 恶心欲呕, 不思饮食, 腹微痛, 大便每 3 日 1 次, 小便清利; 舌质淡, 苔白微厚, 切诊脐左旁压痛, 脉沉细微数。

治疗经过 据其伤寒初愈, 余邪未尽, 复感外病史及持续高热等体征。诊断: (1) 伤寒复发。(2) 病毒感染, 乃湿温之病, 辨证为阳气虚衰, 寒湿中阻。中药以麻黄细辛附子汤加味以助解表、温化寒湿: 川附片 10 g 麻黄 6 g 细辛 6 g 白术 15 g 杭芍 15 g 炙甘草 10 g, 1 剂, 急煎分 3 次服, 抗生素仍维持。药后当晚体温即降至 37.8℃ 以下, 畏寒、全身关节肌肉痠痛等症减轻, 恶心欲呕消失, 汗出微微, 咳嗽痰微稠量多, 大便未行, 舌脉同前。此阳气不振, 痰湿中阻, 又予温胆汤加川附片、制大黄、柴胡、杭芍 1 剂, 药后体温即正常, 诸症明显缓解, 遂以小柴胡汤加味以清全邪, 最后以香砂六君汤加川附片调整, 12 月 19、20 日连续血培养阴性, 血象正常, 于 12 月 30 日痊愈出院。