

哮喘病机的中西医结合探析

王雪峰¹, 高艳慧¹, 王雪平², 崔振泽³

(1 辽宁中医药大学附属医院, 辽宁 沈阳 110032 2 沈阳市第四人民医院, 辽宁 沈阳 110031;

3 大连市儿童医院, 辽宁 大连 116012)

摘 要: 分析中西医对哮喘病机的认识, 探讨中医病机“宿痰伏肺”、“痰蕴状态”及“瘀血”与西医病机慢性气道炎症、特应性体质及血液流变学、气道重塑的关系, 认为中西医病理机制有相通之处。临床应重视哮喘的“宿痰伏肺”、“痰蕴状态”及“瘀血”的病机, 指导遣方用药, 有利于提高哮喘的疗效, 尤其是提高其远期疗效, 为这一疑难病的治疗开辟一条新的思路和方法。

关键词: 哮喘; 病机; 中西医结合

中图分类号: R285.5

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2008)03-0469-02

哮喘病理机制的研究在中西医领域长期以来百家争鸣, 现代医学的权威研究以往认为“哮喘是发作性可逆性气道痉挛”, 随着对其病机的深入研究, 近期提出了新的认识, 认为“哮喘是由多种炎症细胞和细胞组分共同参与的慢性气道炎症性疾病”。这与中医“宿痰伏肺”、“痰蕴状态”的病理机制有相通之处; 近年来, 有关瘀血与哮喘血液流变学及气道重塑之间的联系机制, 亦逐渐引起人们的重视。现探讨如下。

1 中西医定义及病理机制之辨

中医对哮喘的认识源远流长, 早在《内经》中即有“喘鸣”之类的记载, 汉代《金匮要略》一书称之为“上气”, 从病理上将其归属于痰饮病中的“伏饮”, 是后世“宿痰伏肺”病机学说的渊藪。元代医家朱丹溪首创“哮喘”病名, 指出“哮喘必用薄滋味, 专主于痰”。秦景明在《证因脉治·哮喘》进一步提出, 本病由“痰饮留伏结成窠臼, 潜伏于内, 遇有七情之犯, 饮食之伤, 或外有时令之风寒”而诱发。中医认为哮喘的发病过程是由于“宿痰伏肺”, 遇外感、饮食、情志等诱发, 以致痰气搏结于气道, 肺失宣肃, 气道挛急所致发作性痰鸣气喘疾患。故哮喘发作的基本病理基础为“宿痰伏肺”, 宿痰不能尽除, 是哮喘反复发作的根本原因所在。

传统观点认为痰是哮喘的夙根, 然瘀血与哮喘的发生亦有着密切的关系。近代诸多医家认为伏痰并非孤立存在, 它与气滞血瘀往往互为因果, 并形成恶性循环, 是导致哮喘反复发作的原因之一。肺为气之主, 气为血之帅, 气行则血行, 气滞则血瘀, 肺气不利则百脉不畅, 致肺络血瘀, 瘀血阻滞, 血脉壅塞则又可致气机不利, 津液停滞而生痰。“痰瘀同源”、“痰瘀互结”, 现代医家继前人的观点基础上, 通过临床发展了夙根学说, 提出了瘀血为患的新夙根学说, 认为“瘀血”是哮喘迁延反复难愈的基础, 故感受外邪引动伏痰, 痰瘀互结, 阻塞气道, 肺管狭窄, 肺失宣降而致哮喘发作。

随着现代医学对于哮喘发病机制认识的深入, 哮喘的

定义也在不断完善。早在 19 世纪, 就有人指出支气管哮喘是一种气道结构上的病变, 而非气道功能异常。Osker 于 1892 年进一步指出支气管哮喘是小气道的一种特殊炎症, 但这一观点在过去近一个世纪中并未被人们所重视, 哮喘一直被看作是一种气道平滑肌功能异常性疾病, 认为发作性、可逆性气道痉挛是其主要发病机理。直到上世纪 70 年代末期, 气道炎症学说才重新得到认可, 认为哮喘由多种细胞(如嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T 淋巴细胞、中性粒细胞及气道上皮细胞等)和细胞组分共同参与的一种慢性气道炎症性疾病。从而指导临床治疗, 确立了以抗炎为主治疗支气管哮喘的首要原则。

2 宿痰伏肺与慢性气道炎症

分析中西医对哮喘基本病机的认识, 现代医学归于慢性气道炎症的产生和存在, 中医则强调“宿痰伏肺”是最主要的病理基础。

现代医学认为哮喘的病理基础是一种慢性气道炎症。依据有: ①在气道黏膜中可见大量炎症细胞浸润, 如嗜酸粒细胞(EOS)、肥大细胞、中性粒细胞、嗜碱细胞等。上述炎症细胞能合成并释放多种炎症介质: 如白三烯(LTS)、血小板活化因子、组胺、前列腺素、嗜酸粒细胞(EOS)阳离子蛋白等, 均可引起气道炎症。④气道上皮损伤与脱落纤毛细胞有不同程度的损伤, 甚至坏死。这可能与气道中激活的嗜酸性细胞释放的碱性蛋白, 如主要碱性蛋白(MBP)有关。气道损伤引起了气道的高反应性。④气道壁增厚, 黏膜水肿, 胶原蛋白沉着, 有人认为是基底膜变化, 免疫组化显示基底膜有免疫球蛋白(Ig)、纤维粘连蛋白、④型和⑤型胶原沉着, 而基底膜假性增厚^[1]。

中医认为“宿痰伏肺”是哮喘最主要的病理基础。病理产物宿痰的形成主要有以下原因。①哮喘患儿临床往往可以观察到或肺虚、或脾虚、或肾虚、或兼而有之的征象, 而肺、脾、肾三脏功能的不足导致水液不能正常代谢, “脾为生痰之源, 肺为贮痰之器”, 则痰饮留伏, 隐伏于肺窍, 成为哮喘反复发作的夙根; ④外感的失治、误治。哮喘患儿追问病史可发现有支气管肺炎、支气管炎、急性上呼吸道感染等多次呼吸道感染病史, 由于治疗不及时准确, 病程迁延等情

收稿日期: 2007-10-16

作者简介: 王雪峰(1957-), 女, 山东济南人, 主任医师, 博士研究生导师, 博士, 主要从事中西医结合防治小儿疾病研究。

况,致使余邪未尽,损伤肺气,气虚不能运化水湿,水湿停聚;病久及阴,阴虚内热易煎津为痰。(四)小儿过食肥甘厚味,致使痰湿内生。总之,哮喘患儿由于素体体虚、外邪所伤和饮食偏嗜等原因,致肺气虚,肺虚则卫外之阳不能充实腠理,故易外感;脾虚不能为胃行其津液,则聚湿成痰,上贮于肺,致“宿痰伏肺”,成为哮喘发病的病理基础。

中医学的痰又分为有形之痰和无形之痰两类。有形之痰,通常为呼吸道所分泌的痰液,相当于现代医学的痰;而无形之痰是指停留于脏腑经络等组织之中的潜在之痰,其痰饮的存在一般可通过其表现的症候来确定,所以无形之痰指的是脏腑的病理状态和病理产物。中医的“宿痰伏肺”的“痰”指的即是无形之痰,即肺脾气虚的病理状态和病理产物,正如现代医学哮喘患儿长期存在的气道慢性炎症;宿痰引起哮喘的反复发作的过程也正如气道慢性炎症导致了气道的高反应性,进而引起哮喘的反复发作的过程。

3 痰蕴状态^[2]与特应性体质及临床治疗

与宿痰伏肺相关的全身表现是痰蕴状态。肺脾气虚,气不化津则水湿停聚为痰,除停贮于肺成为哮喘发作的直接诱因外,痰饮还停留于肌肤经络,泛溢周身,而表现为“痰蕴状态”,临床可见:患儿面色㿠白虚胖,胖而不实,鼻梁青筋,肌肉松弛,喉间痰鸣,易腹泻等征象。全身之痰湿与肺之“伏痰”相互影响,难以尽除,故哮喘反复发作。现代医学研究也发现哮喘患儿除肺局部气道慢性炎症外,血清总 IgE 和特异性 IgE 升高,多项过敏原检测阳性,并且临床可见部分哮喘患儿伴发全身的湿疹、荨麻疹等变态反应性疾病,西医称其为特应性体质。从免疫学角度看,特应性体质者免疫球蛋白的形成和发育存在着局部与全身的不平衡状态,其支气管黏膜局部 IgA 不足,防御机能减弱,变应原易侵入机体,而 IgE 形成的能力已成熟,血清中大量的 IgE 吸附在肥大细胞或嗜碱性粒细胞表面,使机体处于致敏状态。这可能与特应性体质者易发生哮喘有关^[3]。可见无论是西医还是中医对哮喘病理过程的认识,均认为同时存在全身与局部的共同的病理反应过程。

西医认为哮喘的基本病机是慢性气道炎症的产生和持续存在,基于这一新概念的确立,使得抗炎和调节免疫治疗成为哮喘治疗的首要原则。20 世纪以 β_2 受体激动剂为主的治疗只缓解气道平滑肌痉挛,改善哮喘症状,而未彻底消除气道慢性炎症,所以哮喘发病率和死亡率并未见降低。现在临床上应用系统长期的糖皮质激素吸入、抗组胺药或白三烯受体调节剂口服等取得更好的疗效。而中医药降气化痰、调畅气机的治疗不但祛其势,而且除其根,所以据多例临床报道其疗效尤其是远期缓解率要优于单纯西药治疗组。所以中医祛除“宿痰”和改善“痰蕴状态”的治法与现代医学的抗炎和调整免疫有异曲同工之妙,也反证了哮喘病机“宿痰伏肺”和“痰蕴状态”的科学性。

哮喘是一种免疫功能紊乱的全身变态反应性疾病,气道炎症仅是其局部表现之一,吸入激素治疗主要是抑制缓解局部的炎症,在治疗上存在着明显的局限性。中医强调整体观念,中医治疗哮喘的最大优势也是从整体观念出发,针对患儿全身的“痰蕴状态”,对除咳嗽、咯痰等肺部症状外,尚兼顾舌象、脉象、汗之有无、饮食和二便等症,整体

论治,能取得较好的临床疗效。

4 痰瘀互阻与气道重塑之间的关系

痰瘀互阻是哮喘病理中的一个重要环节,亦是病情反复缠绵难愈的主要原因,临床不仅要关注“痰浊”为患,更要重视“瘀血”的存在。痰浊阻滞气机,妨碍血液运行,则血滞成瘀;或痰浊郁而化热,煎熬血液亦可成瘀;瘀血阻滞,脉络不通,影响津液正常输布,以致津液停积而成痰,痰、瘀相互影响,互为因果,二者纠结为患,导致哮喘反复发作,日久必致肺气亏虚,进而累及脾、肾、心等脏。肺虚不能布津,脾虚不能转输,肾虚不能蒸化,痰浊滞留愈甚,喘咳持续难已;痰浊久蕴,肺气郁滞,不能治理调节心血的循环,心主营运过劳,心气、心阳虚衰,无力推动血液运行,瘀阻血脉。病理因素之间相互影响和转化,终至痰瘀互阻—气道重塑,形成哮喘重症。朱震亨在《丹溪心法》中指出:“若无瘀血,何致气道如此阻塞,以致咳逆依息不得卧哉?”唐容川《血证论》则明确指出“瘀血乘肺,咳逆喘促”,“盖人身气道,不可阻滞,内有瘀血,气道阻塞,不得升降而喘”。

哮喘患者多存在血瘀证指征:如口唇紫绀、舌质紫黯、胸闷、胸痛等瘀血征象。动物实验研究表明,血小板激活因子是依赖血小板而发挥作用,目前是最强的支气管平滑肌的收缩剂之一,除此之外,血小板也是产生炎症介质血栓素的主要细胞,血小板膜磷脂中花生四烯酸的代谢产物血栓素,能与血小板膜上的特异性受体结合,而发挥其收缩支气管的作用,致气道炎症。血液流变学检查发现,哮喘患者血液黏滞,凝聚性高,全血比黏度、血浆比黏度和全血比还原比黏度增高,红细胞电泳时间延长,痰证血液流变学改变与血瘀证血液流变学特征部分相同^[4]。上海医科大学儿科医院观察发现哮喘患儿均有不同程度的微循环障碍和血流瘀滞现象^[5]。实验研究表明,哮喘的呼吸道变态反应性炎症,其病理状态表现为呼吸道黏膜的水肿、微血管充血、微循环障碍等也为此观点提供了客观依据。炎症可致网状细胞膜的肥厚增生,形成黏液栓,气道平滑肌肥厚和腺体增生及黏膜下胶原的沉积。气道平滑肌肥厚增生使气道发生了重塑,成为重症哮喘主要病理机制。

总之,重视哮喘的“宿痰伏肺”、“痰蕴状态”及“痰瘀互阻”的病机,指导临床遣方用药,有利于祛其势,除其根,提高哮喘的疗效,尤其是提高其远期疗效。在中西医结合理论的指导下,运用整体观念,兼顾局部的“宿痰伏肺”和整体的“痰蕴状态”、基于对机体整体状态(包括免疫状态)的认识和把握,精心选方用药,力争提高其临床疗效,丰富哮喘的治疗手段,为这一疑难病的治疗开辟一条新的思路和方法。

参考文献

- [1] 胡亚美,江载芳.诸福堂实用儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:634.
- [2] 王烈.婴童哮喘[M].长春:吉林科学技术出版社,2001:194.
- [3] 李明华,殷凯生,朱栓立.哮喘病学[M].北京:人民卫生出版社,1998:95.
- [4] 周仲瑛.哮喘杂谈[J].江苏中医,2000,21(18):15.
- [5] 上海医科大学儿科医院呼吸组.北芪防治小儿哮喘症临床及甲皱微循环观察[J].中华儿科杂志,1978,16(2):87.