

• 专题笔谈 •

支气管哮喘中西医结合研究进展

支气管哮喘中西医结合防治前景

中国中医研究院西苑医院(北京 100091)

许建中

过去数十年来由于对支气管哮喘发病机理的误导,误认为本病发作主要是支气管痉挛,因此用于治疗本病的西药(主要是支气管扩张药)虽有一定疗效,但其发病率及病死率并未下降。

我国中医及中西医结合专业工作者,从古今中医的浩瀚文献中发掘,吸取其精华并结合个人的临床经验反复实践,反复体会,认为支气管哮喘中医属“哮喘”范畴。采用辨病与辨证相结合的方法,强调“证”的证型特点,按哮喘患者痰的性状(痰的色度、粘稠度、气味),结合舌、脉及整体状态,按“急则治标、缓则治本”的原则。急性发作期辨证施治分别取温化寒痰法、清肺利痰法、燥湿豁痰法、润燥养阴法结合降逆平喘法取得较好的疗效;缓解期按其证型分别取益气固表法、健脾益气法、补肾纳气法、扶正固本以巩固疗效,防止再发或延长缓解期。由于急性期,特别是极重或重症患者,必须配合静脉滴注支气管扩张剂、抗生素等药物以待中药在体内起效;我们体会中药起效慢,但疗效持续时间较长,而且临床上常见到由于健脾、补肾纳气法使长期依赖激素的患者摆脱了激素,治疗上中西药取长补短,可相得益彰,从而使一些患者病情得到控制,提高了生活质量。

近年来由于基础理论研究的深入,对本病的病理生理学提出了新的理论和概念,确认气道变态反应炎症才是本病的主要病机,炎症是由于炎性细胞所释放的各种炎性介质,如血小板激活因子、组织胺、白细胞三烯(LTs)、前列腺素类及P物质、神经肽等,炎细胞中嗜酸细胞尤为重要,除释放介质外还释放晶体碱性蛋白颗粒如主要碱性蛋白、阳离子蛋白、毒性蛋白以及过氧化酶等直接损伤气道上皮和肺组织,引起气道上皮剥离使气道反应性增强,晚近还研究证实其间还有细胞因子——白介素1~8和细胞间粘附因子、内皮细胞粘附因子、肿瘤坏死因子等,此外对内皮素(ETs)在哮喘发作中亦有较多研究,如植物神经功能紊乱及受体功能改变均可引起气道高反应,使气道的慢性炎症病理表现为粘膜水肿、渗出增多、充血、痉挛、粘液栓形成,患者气道通气障碍,西医便根据这一新概念,首选抗炎的肾上腺皮质激素,但长期使用毕竟

难以避免其全身副作用。对 β_2 -肾上腺能受体激动剂近年也发现长期使用可使细胞膜 β_2 受体功能下调而降低疗效,且有学者认为反使气道反应性增强。可见近年西药的治疗亦仍不甚满意。

从以上中西药各自优缺点分析,我认为如采取中西医结合的方法,取长补短,急性发作期,尤其是极重或重症患者取西药,中药配合使用;缓解期防止再发或对激素依赖者取中药为主,配合使用西药(如加用酮替芬)发挥各自的优势。

近年我国和日本一些学者对中药单方或复方进行初步的变态反应炎症的研究,发现复方如麻杏石甘汤、厚朴麻黄汤、射干麻黄汤、定喘汤等有抗炎作用;单味药如银杏、黄芪、茵陈、柴胡、红花、紫草、黄柏、黄芩、黄连、干姜、桔梗、白芍、山萸肉、桃仁、防风、丹皮,亦具抗炎作用;免疫增强剂有艾叶、枯萎仁、冬瓜仁、人参、牡蛎、半夏;免疫抑制剂有升麻、防己;干扰素诱导剂有黄芪、枯萎根、苦参、白芷、当归等,这些中药无论单方或复方如果提纯、植物化学分析后提出有效成分将会提高现有效果。

今后我们评价一个西药或中药(单方或复方)治疗前后除根据患者自诉症状的改善,肺功能及听诊的变化外,有条件的单位应设立必要的重要炎性介质的测定,设立气管灌洗术及气道反应性测定仪,检测气道反应,因为气道反应性高低与气道炎症密切相关,对评价药物有重要意义。我们企盼着中西医结合防治本病迈出新的步伐!

(收稿:1996—11—25)

喘有夙根——治喘务求其本

上海中医药大学附属龙华医院(上海 200032)

邵长荣

中医治喘,首辨寒、热、虚、实,我在临床中,遇到寒喘用小青龙汤加减,热喘以白果定喘汤出入,确也收到一定的疗效。但是,哮喘病情往往错综复杂,尤其某些反复发作的久病患者,临床中出现实中有虚,寒中有热,造成辨证用药中困难。

中医学历代医家常有“喘有夙根”的说法,是很有见解的经验之谈。随着现代医学的不断进展,认识到支气管哮喘的发病机理与气道变应性炎症及气道反应性增高密切相关。如何从不同的角度来改善其气道高反应性,以及抗御某些炎性介质的释放和侵犯,是

防治本病的关键所在。“喘有夙根”，这个“夙根”的存在，是与遗传因素和机体虚弱或体内某些脏腑功能缺陷有关。在久喘患者中，临床表现的病情固然千变万化，但较常见的还是“虚寒之体”、“瘀、痰阻络”和“肝郁气滞”三个方面。肾为先天之本，“虚寒之体”当用温肾抗寒之品。80 年代初，我在培养研究生过程中，经过科研设计，以温阳补肾药为主，组成协定处方，来治疗虚寒型哮喘。考核指标除临床症状、肺功能等一般资料外，加用气道反应性测验，作为治疗前后的重点分析。治疗后症状改善，肺功能增加与气道反应性降低密切相关。讨论中认为气道高反应性是“夙根”的一个内涵因素，如何降低其高反应性，是根治本病的一个重要途径。

在临床实践中，我们也经常遇到一些久喘患者，经常出现胸满作痛，痞闷气短，紫绀乏力，舌色暗紫等血瘀的见证。我们以行气活血的川芎嗪，作为研究生用药的课题，研究结果提示，川芎嗪在平喘作用时，同时也能改善哮喘患者发作时的肺动脉高压状态，血浆血栓素（TX）亦相应降低。在这个基础上，我们加强活血祛瘀药应用，除川芎外，配合赤芍、白芍、当归、丹参，再加入一般平喘化痰的药品，组成协定处方来进一步研究，同时扩大样本（治疗组 100 例，对照组 50 例）来观察血栓素与哮喘发病上的关系。治疗结果提示，治疗组有效率和显效率分别为 92% 和 47%，而对照组则为 62% 和 30%，经统计学处理前者显著优于后者，血浆血栓素 B_2 （TXB₂）测定结果，治疗组显著降低，而对照组治疗前后无改变。

血栓素是哮喘发病的一个重要介质，它对支气管平滑肌有强烈的收缩作用。动物实验证明，静脉注射 TX 后，可使气道反应性增高。另一方面，气道反应性炎症，往往表现为气道粘膜水肿、增生、破坏、微血管充血、阻塞、微循环障碍等病理状态。重用活血化瘀药物，可改善其血循环，增加血供、氧供，有利于气道炎症的愈合，从而达到平喘和恢复体质的目的。是标本兼治的有效措施。

此外，顽固性哮喘的发作，往往使患者容易激发一些“肝郁气滞”的症候群，诸如情绪急躁、胸胁胀闷、口苦目眩、头昏喉痒，脉象弦滑，舌红少津等，这是造成哮喘难治的又一个问题。在辨证用药中，加入疏肝理气的柴胡（我常配合前胡同用，可以润肺化痰，减轻柴胡的燥烈之性）、平地木、白蒺藜、郁金、川楝子、粉丹皮等，常可加强疗效。肝气乃通调全身气体的枢纽，气机运转通畅，有利于呼吸自然，哮喘可平。

（收稿：1996—12—20）

中西医结合诊治支气管哮喘体会

福建省中医药研究院（福州 350003）

林求诚

三十多年的中西医结合治疗支气管哮喘已经总结过“发作期治肺，缓解期治肾”的治则。但支气管哮喘乃本虚标实之证，最近几年的临床实践又有新的认识：发作期虽以邪实为主，但也有本虚的一面，尝试加用补骨脂、仙灵脾等补肾之品，果然能提高疗效；缓解期以本虚为主当补肾，但常是余邪未尽兼有痰、瘀，适当加用豁痰、化瘀之品，使扶正固本能顺利进行。实际上发作期与缓解期之间还有一段迁延期或恢复期，常需泻实与补虚并举，扶正与祛邪两顾。

哮喘的发作期中医辨冷哮、热哮而论治。冷哮者常鼻痒、流清涕、打喷嚏，喉中痰鸣如水鸡声，咳吐清痰，胸闷如窒，面色苍白，背冷，口不渴，舌质淡，苔白滑，脉浮紧，这些符合西医过敏型的临床表现。从此可以启发我们从温肺散寒的中药中寻找抗过敏新药。热哮者常发热，头痛，有汗，气促胸高，痰黄而粘稠，呛咳不利，烦躁不安，面赤，口渴喜饮，大便秘结，舌质红，苔黄腻，脉滑数，这些符合西医感染型的临床表现。中医辨证与西医分型有共通之处，冷哮证相当于西医的过敏型，热哮证相当于西医的感染型，而寒热错杂证相当于西医的混合型。这些概念的确立有利于哮喘的中西医结合诊治，机动灵活地组织不同的中西药融合于治疗方案之中，提高临床疗效。

现代医学认为哮喘主要是气道的变态反应性炎症，其免疫学异常一方面是体液免疫的过高反应，一方面是抑制性 T 淋巴细胞的功能低下，免疫调节治疗是合理的思路。关于中医治法与免疫的关系，国内初步总结为：虚则补之，免疫促进剂；实则泻之，免疫抑制剂；补虚泻实，免疫调节剂。目前中药已知的免疫抑制剂单味药如雷公藤，复方如抗敏合剂（黄芩、丹皮、桂枝、甘草等）；已知的提高抑制性 T 淋巴细胞功能中药如温阳片（附片、生地、熟地、山药、仙灵脾、补骨脂、菟丝子等）。以上两类中药的联合应用，可望产生协同作用。

目前西医学将吸入皮质激素推荐为第一线用药，虽说这类局部制剂不良反应轻微，但丙酸倍氯米松若每日用量超过 800μg，仍有抑制肾上腺皮质的副作用，配合中医补肾疗法可减轻之。实际上中医辨证论治配合抗过敏类抗炎药（如色甘酸钠、酮替芬等）及炎症介质拮抗药（如银杏内酯是 PAF 受体拮抗剂）也能消除变态反应性炎症，不一定非吸入皮质激素不可。

（收稿：1996—11—30）