

过敏煎加味方治疗过敏性支气管哮喘 20 例

★ 王立君 (北京市顺义区第二医院 顺义 101300)

摘要:目的:观察过敏煎加味方对过敏性支气管哮喘的临床疗效,并探讨其机制。方法:以疏风祛痰,柔肝理肺平喘为基本治疗方法,拟出过敏煎加味方对 20 例支气管哮喘发作期轻、中度患者进行治疗,并进行服药前后对照,观察治疗前后哮喘症状及体征、嗜酸性粒细胞的变化。结果:临床总有效率 85%,在改善临床症状和体征,降低外周血嗜酸性粒细胞方面作用明显。结论:过敏煎加味方对过敏性支气管哮喘疗效显著,具有平喘、止咳、祛痰的作用,可能有抗气道炎症作用。

关键词:过敏煎加味方;过敏性支气管哮喘;嗜酸性粒细胞

中图分类号:R 562.2⁺5 **文献标识码:**B

支气管哮喘是一种特发性、反复性呼吸困难的疾病。国外报道人群中 5%~10% 的人患有支气管哮喘,国内约占人口的 1%~2%,且有迹象表明,有些国家的哮喘死亡率仍有增加。因此支气管哮喘的发病机制及防治的研究,一直是各国医学科学家研究的热点之一。^[1]

本文根据患者急性发作时常表现的“风盛痰阻,挛急痰鸣”的证候特征,认为此与风邪“善行而数变”的性质相符,与肝肺二脏关系密切,故拟出具有疏风祛痰柔肝理肺平喘之功的过敏煎加味方对患者进行治疗,取得了较为满意的疗效,现报道如下:

1 临床资料

1.1 病例来源

观察病例来源于 2000 年 8 月~2001 年 3 月北京市中医医院门诊及住院病人。

1.2 病例选择

1.2.1 支气管哮喘诊断标准 参照 1993 年中华医

疗止痛的功效,为君药,用量宜大;土茯苓、银花、败酱草、白花蛇舌草功能清热利湿解毒;石菖蒲、萆薢化浊利湿开窍;王不留行、小茴香、台乌、橘核活血化瘀,行气止痛;川牛膝活血通经,兼能引诸药下行,直达病所。诸药合用,共奏清热利湿解毒、行气活血止痛之功,而使湿毒得清,气血畅行。且临床具体应用时,随症加减,故能够达到满意疗效。

参考文献

- [1] Litwin MS, McNatIghton-Collins M, Fowler FJ Jr, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network[J]. J Urol, 1999, 162(2): 369-375.

学会呼吸病学分会制订的《支气管哮喘诊断及分级标准》,^[2]凡符合本病发作期轻度、中度标准,年龄在 18~65 岁之间的患者均可作为观察纳入病例。

诊断标准:(1)反复发生喘息、呼吸困难,胸闷或咳嗽多与接触变应原,病毒感染,运动或某些刺激物有关。(2)发作时双肺可闻及散在或弥漫性、以呼气期为主的哮鸣音。(3)上述症状经治疗缓解或自行缓解。(4)排除可引起喘息或呼吸困难的其它疾病。

病情分级:轻度:间歇、短暂发作,每周 1~2 次;每月夜间发作 2 次以下;两次发作间无症状。中度:每周哮喘发作大于 2 次;每月夜间哮喘发作大于 2 次;几乎每次发作均需吸入 β_2 激动剂。

1.2.2 观察病例纳入标准 凡具备上述支气管哮喘诊断标准,又有:(1)有明显的季节性、地区性及哮喘发作与特定环境因素有关;(2)有明确的个人和(或)家庭 1 型变态反应疾病史,发病年龄较早和

- [2] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社, 2004:579-581.
- [3] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社, 1994:50-51.
- [4] 刘紫庭, 廖海球, 杨菊云. 川参通直接注入前列腺治疗慢性非细菌性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征[J]. 中华男科学杂志, 2005, 11(9): 706-707.
- [5] 叶章群, 曾晓勇. 慢性前列腺炎诊疗进展[J]. 中华男科学杂志, 2003, 9(7): 483-488.
- [6] 唐孝达. 慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征诊治中值得商榷的问题[J]. 中华男科学, 2003, 9(6): 403-406.
- [7] 陆德铭. 中医外科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1997: 204-205.

(收稿日期:2008-07-16)

病史中特异过敏原皮试阳性者。同时按支气管哮喘严重程度分级标准符合轻、中度才可作为观察病例。

1.2.3 排除病例标准 (1)哮喘持续状态或危重病患者;(2)合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病及精神病患者;(3)妊娠期及哺乳期妇女。

1.3 主要症状、体征疗效评定标准

参考中华人民共和国卫生部制订发布的《新药(中药)治疗支气管哮喘临床研究指导原则》。^[3]

症状、体征判断标准

主要指标:(1)喘息:轻度(+):喘息偶有发作,程度轻,不影响睡眠或活动;中度(++):喘息介于轻度(+)及重度(+++)之间;重度(+++):喘息明显,不能平卧,影响睡眠及活动。(2)哮鸣音:少(+):偶闻,或在咳嗽、深快呼吸后出现;中(++):散在;多(+++):满布。

次要指标:(1)咳嗽:轻度(+):白天间断咳嗽,不影响正常生活和工作;中度(++):介于轻度与中度之间;重度(+++):昼夜咳嗽频繁或阵咳影响休息和睡眠。(2)咯痰:分为痰少(+):昼夜咯痰10~50 ml或夜间及清晨咯痰5~25 ml;中(++):昼夜咯痰51~100 ml或夜间及清晨咯痰26~50 ml;多(+++):昼夜咯痰100 ml以上或夜间及清晨咯痰50 ml以上。

1.4 一般病例资料

门诊及病房收集过敏性支气管哮喘发作期轻、中度患者20例,其中门诊13例,病房7例;男12例,女8例,男女比为1.5:1;病史2~25年。有激素应用史者5例。对其发病诱因情况分析:药物引起5例,吸入物引起7例,饮食引起8例。

2 治疗方法

2.1 服用药物

过敏煎加味:柴胡10 g、防风10 g、乌梅8 g、五味子6 g、甘草5 g、广地龙10 g、麻黄10 g,加减;情志不畅加蝉衣10 g、白芍10 g;痰多白稀加桂枝10 g、细辛3 g、半夏10 g;痰热壅盛加瓜蒌15 g、生石膏30 g;咳频加杏仁10 g、桔梗10 g;气虚加黄芪20 g、党参10 g;有血瘀之象加赤芍10 g、川芎10 g;肺阴虚加沙参10 g、麦冬10 g。水煎服,每日1剂,分早晚服,每次150 ml。2周为一疗程。

2.2 观察指标

喘息、哮鸣音、咳嗽、咯痰,实验室指标:外周血嗜酸性粒细胞(EOS)。

3 疗效标准

3.1 综合疗效判断标准

参照1993年中华医学会呼吸病学分会制订的《支气管哮喘诊断分级及疗效判断标准》^[2]。

临床控制:哮喘症状完全缓解,即使偶有轻度发作不需用药即可缓解。显效:哮喘发作较前明显减轻。好转:哮喘症状有所减轻。无效:临床症状无改善或反而加重。

3.2 主要症状体征疗效评定标准

参照中华人民共和国卫生部《新药(中药)治疗支气管哮喘临床研究指导原则》^[3]以及1988年中医学内科学会“哮喘诊断及疗效评定标准”制定。临床控制:喘息症状及肺部哮鸣音、咳嗽、咯痰消失或不足轻度者。显效:喘息症状及肺部哮鸣音、咳嗽、咯痰明显好转((+++→+))。好转:喘息症状及肺部哮鸣音、咳嗽、咯痰有好转(+++→++或++→+)。无效:喘息症状及肺部哮鸣音、咳嗽、咯痰无好转或加重。

4 结果

4.1 综合疗效

本组20例病人中,临床控制7例,显效6例,好转4例,无效3例,控制显效率65%,总有效率85%。

4.2 治疗前后主要症状体征疗效比较

见表1。

表1 治疗前后主要症状体征疗效比较

症状与体征	n	临控	显效	好转	无效	控显率	有效率
喘息	20	8	7	3	2	85%	90%
哮鸣音	20	7	6	4	3	65%	85%
咳嗽	20	4	9	2	5	65%	75%
咯痰	20	3	8	3	6	55%	70%

4.3 治疗前后外周血嗜酸性粒细胞计数的变化($\times 10^9/L$)

治疗前病人外周血EOS计数为 0.25 ± 0.15 ,治疗后为 0.1 ± 0.05 ,经统计学处理(T检验),差异显著($P < 0.05$)。

5 典型病例

张某某,女,68岁,退休工人。患者哮喘病例史2年,易出湿疹,有家族史,前日因闻家中装修的油漆气味而引发哮喘,自服桂龙咳喘宁胶囊5粒,1日3次,但效果不甚明显而来我院,症见:干哮少痰,胸闷,咽干口渴,舌红少苔,脉弦细数,便干。肺部听诊有散在哮鸣音,微有喘息,血EOS $0.35 \times 10^9/L$ 。

诊断:中医:哮喘—阴虚风动,肺失宣肃。西医:过敏性支气管哮喘。治则:柔肝祛风,利肺平喘。方用过敏煎加味:柴胡10 g、防风10 g、乌梅8 g、五味子6 g、甘草5 g、地龙10 g、麻黄10 g。7剂。经治疗后,喘息症状已除,听诊偶闻哮鸣音,口微渴,舌红、

少苔脉细数,上方加沙参 10 g、麦冬 10 g。续进 7 剂,诸症悉除。外周血 EOS $0.1 \times 10^9/L$ 。

按:此乃感受外邪,致肺气失于宣肃,又本为阴虚内热生风之体,遇外邪引动,上扰于肺,搏击肺金而作“风摇钟鸣”之征。

6 讨论

6.1 风盛痰阻,气道挛急是支气管哮喘急性发作的主要病机

现代许多医家在继承前人治疗哮喘病经验的基础上,结合现代医学对本病的认识,对过敏性支气管哮喘急性发作的病因病机进行了探讨,如晁恩祥教授针对哮喘病人及家族中多有哮喘、湿疹、荨麻疹等病史;多发于春秋季节,具有明显的季节性;发作前多有鼻痒、眼痒、鼻塞、喷嚏、流涕和咳嗽的先兆症状;发病迅速,时发时止,反复发作,发作时痰鸣气喘的特点,认为此与风邪“善行数变”的性质相符,因此提出“风盛痰阻,气道挛急”是哮喘病急性发作时的主要病机观点。“风盛”是哮喘病的主要因素,而发作时病人表现的痰壅、气道挛急,肺管不利而痰鸣之状,是风邪侵袭机体产生的病理结果^[4]。因肺主气,司呼吸,主宣发肃降具有通调水道的功能。风邪袭肺,肺失宣发肃降,津液停聚为痰。痰作为病理产物蕴伏于肺,阻碍肺之宣降,气之升降,遇有外风引动,则风痰搏结于气道与肺,致气道挛急,喉中痰鸣而发哮喘。正如《症因脉治》所云“风痰之因,外感风邪,袭人肌表,束其内郁之火,不得发泄,外邪传内,内外熏蒸,则风痰之证作矣。”便是对过敏性支气管哮喘发作时病机的阐述。

6.2 肝肺功能失调导致哮喘的发生

6.2.1 肝与哮喘关系密切 痰邪伏肺是哮喘发病的主要病理因素,早在元·朱丹溪首创哮喘病名,并阐明病理因素“专主于痰”即为明证。因此肺与哮喘的发病关系非常密切,然而其与肝的关系密切也早有依据。《素问·脉要精微论》云:“肝脉搏坚而长,当病坠若搏,因血在肋下,令人喘逆”。《素问·经脉别论》又云:“有所坠恐,喘出于肝”。古今文献中哮喘从肝论治者不乏其例证,清代名医叶天士就较为重视从肝论治哮喘病。

风为百病之长,善行而数变,临床上哮证发病,多骤发骤止,反复发作,与风邪致病特点极相符合。风有内外风之分,外风始受于肺,内风始于肝。外风多挟痰或热袭肺而致哮喘,此肺之自病,固然多见。但因肝之阴血亏虚,血燥生风,阴虚风动而内风上扰,摇钟自鸣者也不乏见。若本为虚风内扰之体,肺又感受外邪,非但金不能平木,反而外风引动内

风,上扰于肺,搏击肺金而鸣者更为多见。

6.2.2 肝肺功能失调导致哮喘的发生 肝肺二脏通过经络相互联系,如《灵枢·经脉篇》曰:“肝足厥阴之脉……其支者,复从肝别出贯膈,上注肺”。由于有此联系,故肝肺二脏关系就更为密切。肺主气,司呼吸,肾主纳气,然气之升降出入正常则有赖气机调顺,肝之调节必不可少。肺为华盖,居上焦,其气清肃,主降,肝居下焦,其气升发,主升。气之升降正常有赖肝肺二脏协调。气之有调有主,有升有降方可不致郁滞,气机畅顺无气逆之变,无从作哮喘。若肝升太过,或肺降不及,则均可导致哮喘的发作。

肝藏血,主疏泄,疏泄即疏通、宣泄之意。疏泄功能失调,则可产生气滞,肝气郁结,肝失疏泄,津液失布聚而生痰;肝气郁滞,横克脾土,脾失健运而痰浊内生。此外肝气郁结化火,炼液亦成痰也。痰邪上干于肺,壅阻肺气,肺气不利,不得宣降,而发哮喘。

6.3 疏风祛痰,柔肝理肺法是治疗关键

哮喘证的治疗,历代一般遵守朱丹溪“凡久喘之证,未发宜扶正气为主,既发以攻邪气为急”的治疗原则。此即“急则治其标,缓则治其本”。疏风祛痰即针对哮喘急性发作时气道挛急、风痰搏结而设,但哮喘之发作是正邪相争、脏腑功能失调的结果。治疗上不能一味专事于风痰,也应注重调理肝肺功能。依此立法,治宜疏风祛痰柔肝理肺平喘。通过疏风,使表邪外达,祛痰可使气道通利,肺气得以清肃,痰祛风散而喘自平。肝肺二脏一升一降,共司气之升降,柔肝以制其气上逆犯肺,制其郁而化火刑金,从而肝气得以柔和。理肺使肺宣降恢复正常,肺气清肃,其喘自平。以上立法,旨在调畅气机,使肺气得以宣降,外邪得解,痰浊得祛,肺道利而喘无所出。柔肝旨在疏肝气,解肝郁,息肝风,滋肝阴,使肝气得舒,肝用得畅,而气机调畅,肝气不得郁滞,风痰无以化生,无犯肺致哮之虞。理肺之旨在宣肺敛肺等,使气得宣肃,外邪得解,又不致发散太过,一散一收,使肺之气机出入有致,呼吸自如,哮无以出。综上所述,疏风祛痰,柔肝理肺之法可使气机升降自如,开阖有序,风得以散,痰无以聚,肝柔肺肃,哮喘自平。

6.4 过敏煎加味方药分析

此方由柴胡、乌梅、五味子、防风、甘草、地龙、麻黄组成。柴胡苦辛微寒入肝胆经,有疏肝解郁之功。防风,辛甘微温入肝经,有发表散风之效,为散风之要药,能祛除内外之风。乌梅,酸涩平,入肝肺经,有敛肺止咳之功。《本草纲目》记载“敛肺涩肠,止久

中西医结合治疗单纯疱疹性角膜炎 66 例

★ 杨文忠 (浙江省德清县人民医院眼科 德清 313200)

摘要:目的:观察中西医结合治疗单纯疱疹性角膜炎疗效。方法:将 123 例单纯疱疹性角膜炎病例随机分成 2 组,中西医结合组 66 例 66 只眼,单纯西药组 57 例 57 只眼,2 组治疗 21 天为一疗程,观察疗效。结果:中西医结合组有效率 96.97%,单纯西药组有效率 80.70%,中西医结合组疗效明显优于单纯西药组($P < 0.05$)。结论:中西医结合治疗单纯疱疹性角膜炎具有良好的疗效。

关键词:中西医结合疗法;单纯疱疹性角膜炎

中图分类号:R 772.21 **文献标识码:**B

单纯疱疹性角膜炎(HSK)是严重危害视力,并可致盲的眼病,发病率近年来呈上升趋势,笔者运用中药内服、鱼腥草滴眼液外用配合更昔洛韦眼用凝胶治疗 HSK 66 例,并与单纯用更昔洛韦眼用凝胶治疗对比观察,疗效较好,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

咳泻痢”。五味子,酸甘温归肺经,有敛肺之功。《本经》:“主益气,咳逆上气”。《本草备要》“性温,五味俱全,酸咸为多,故专收敛肺气而滋肾水……宁嗽定喘,除烦渴”。《内经》曰:“肺欲急,急食酸以收之”。甘草性甘平,入肺经有益气补中祛痰止咳之功。乌梅、五味子味酸,敛肺止咳与甘草相配,酸甘化阴,养阴柔肝,熄除内风。地龙,咸寒泄降,息风解痉定喘。麻黄有疏风散寒宣肺平喘,利水消肿之功。《神农本草经》说“麻黄止咳逆上气,除寒热”。《本草备要》中说麻黄“治痰哮喘”。麻黄与地龙相伍,一温一寒,一宣一降,相得益彰,皆为治疗哮喘的要药。诸药相合共奏疏风祛痰,柔肝理肺平喘之效。以上诸药,肝肺同治,表里兼顾,寒温并调,功在疏畅气机,外散邪气,内调肝肺,使风、痰不得相结,不得化生,邪祛而正安,喘自平。

6.5 疗效机理探讨

现代医学研究表明,支气管哮喘是一种以嗜酸性粒细胞,肥大细胞反应为主的气道变应炎症(AAI)和气道高反应性为特征(BHR)的疾病^[5]。

选择 2005 年 4 月~2008 年 4 月间我院治疗的 HSK 病例,从中选取 123 例 123 只眼。其中初次发病 67 例,复发者 56 例;男性 75 例,女性 48 例;年龄 18~72 岁,平均 45.3 岁。随机分成中西医结合组 66 例 66 只眼,单纯西药组 57 例 57 只眼。2 组发病类型比较见表 1。

治疗上应着重改善 AAI 降低 BHR,有效抑制迟发性哮喘反应。EOS 在迟发性哮喘反应的发作阶段作为炎性细胞大量存在,并参与反应过程,外源性哮喘发作时 EOS 常见增多,EOS 的降低,提示本方对迟发性哮喘反应的抑制作用,可能有抗气道变应性炎症的作用。总之,本方对支气管哮喘急性发作具有较好疗效,机理值得进一步研究。

参考文献

- [1] 罗文炯. 支气管哮喘研究进展及存在问题[J]. 中华结核和呼吸杂志,1995,18(3):131.
- [2] 中华医学会呼吸病学哮喘学组. 支气管哮喘的定义、诊断、严重程度分级及疗效判断标准*(修正方案)[S]. 中华结核和呼吸杂志,1993;16(增刊):5.
- [3] 中华人民共和国卫生部药政局. 新药(中药)治疗支气管哮喘临床研究指导原则[S]. 中国医药学报,1990,5(1):73.
- [4] 张洪春,晃恩祥. 疏风解痉法治疗过敏性支气管哮喘的临床研究[J]. 中国中医急症,1998,7(2):54.
- [5] 陈灏珠. 内科学[M]. 第四版,北京:人民卫生出版社,1998,2:32.

(收稿日期:2008-07-31)