

洪广祥治疗支气管哮喘持续发作的经验

赵 风 达*

主题词 哮喘/中医药疗法 ② 洪广祥

吾师洪广祥教授,从事中医临床30余年,长期致力于肺系病症的临床研究,造诣颇深,经验丰富,疗效显著。现将其诊治哮喘持续发作的经验,简介于后。

1 病因病机

所谓哮喘持续发作,是指哮喘症状迁延反复,甚至一日数发,应用一般解痉平喘药物,哮喘症状可减轻,或暂时缓解,但多数患者两肺哮鸣音不易完全消失,有的可迁延数月之久。其与重度哮喘(即哮喘持续24小时以上、一般治疗不能缓解者),在发病程度和临床特点上有所不同。

哮喘持续发作的原因甚为复杂,多数是综合因素所致。通常与下列因素最为密切。

1.1 顽痰胶固,气道瘀塞

吾师认为,痰瘀伏肺为哮喘反复发作之夙根。正如《证治汇补·哮喘》说:“哮即痰喘之久而常发者,内有壅塞之气,外有非时之感,膈有胶固之痰,三者相合,闭拒气道……发为哮喘。”哮喘持续发作,极易损伤气津,痰液更加粘稠难出,壅塞肺络,瘀积不散,久而形成顽痰胶固,进一步瘀塞气道,致使肺失肃降,故哮喘症状持续不解。

1.2 肺阳虚衰,卫阳不固

哮喘患者肺气多虚,日久不愈,可累及肺阳,出现肺阳不足,或肺阳虚衰,故大多数哮喘患者常有不同程度的怯寒、背冷和鼻头清冷等阳虚外寒证候。肺阳虚衰,卫阳不固,机体抵御外邪和调节能力低下,故易反复感受外邪,致使哮喘迁延反复,持续发作不解。

1.3 鼻窍不利,肺失宣肃

肺开窍于鼻,鼻为呼吸出入之门户。两者在生理、病理上关系非常密切。临床提示,哮喘患者多合并鼻腔疾患,且常为哮喘发病之诱因。据对114例哮喘病例分析,患有鼻腔疾患者93例,占病例总数的85%,说明哮喘发病与鼻腔疾患的密切关系。因此在治疗哮喘时,强调对鼻腔疾患要同步治疗。实践证明,这种治法能明显地提高疗效。

2 治法和方药

根据哮喘持续发作的有关因素,相应地采取如下治法和方药。

2.1 涤痰祛瘀法

本法主要适用于支气管哮喘和喘息型支气管炎急性发作,或喘息持续不解。临床表现为喉间吼鸣,呼吸喘急,胸部憋闷如塞,大便不畅或秘结,或有面色晦暗,口唇紫暗,舌暗或暗紫,或有瘀斑,舌苔腻,脉弦滑或涩等痰瘀气壅的肺实证。方用鬲哮汤:葶苈子10~15g,青皮10g,陈皮10g,槟榔10g,牡荆子15g,卫矛10g,生姜10g,大黄10g。水煎服,每日1剂。重症哮喘可日服2剂,每6小时服一次。服药后大便排出痰状粘液为疗效好的标志。

此方是吾师多年的经验方,全方着眼于疏利气机。方中用葶苈子、青皮、陈皮、槟榔、牡荆子泻肺除壅,俾气行则痰消。肺与大肠相表里,伍大黄以通腑气,腑气通则肺气自降。卫矛(即鬼箭羽)活血祛瘀,与大黄相配,能增强行瘀之功。生姜既可散表寒,又可散里饮,且能防葶苈子、大黄苦寒伤胃之弊。诸药合用,共奏泻肺除壅,涤痰祛瘀,利气平喘之效。他常以鬲哮汤作为治疗哮喘发作时的通用方,临证时可根据病情进行加减。如顽痰胶结甚者,加海蛤壳、礞石各15~20g,皂荚6~10g;痰重者加水蛭6~10g,或土鳖虫6~10g;痰郁

* 江西医学院第一附属医院江西南昌(330006)

收稿日期:1992-01-16, 修回日期:1992-03-20

化热者,加黄芩 10 g,鱼腥草 30 g,天葵子 10~15 g;外寒犯肺者,加生麻黄 10 g,细辛 3~6 g;大便稀溏者,可去大黄,或减轻用量。

2.2 温阳护卫法

本法主要适用于哮喘持续发作,表现为喉间吼鸣,呼吸喘急,哮喘常以夜间发作为主,伴怯寒背冷,鼻头清冷,咯痰清稀,反复感冒,或鼻流清涕,喷嚏多,鼻内痒,舌质暗、苔白润,脉细弦滑等阳气虚衰,卫阳不固和痰瘀郁遏的本虚标实证候。吾师自创芪附汤(生黄芪 15~30 g,熟附子 10 g)、护卫汤(桂枝 10 g,白芍 10 g,生姜 10 g,红枣 10 g,炙甘草 10 g,路路通 30 g,防风 15 g),以温阳护卫,增强机体抗邪能力,减少反复感冒,从而达到控制哮喘持续发作的目的。护卫汤方中重用路路通、防风,意在祛风脱敏和御风抗敏。

此类患者虽然以阳气虚衰为本,但痰瘀气壅为标的肺实证仍很突出,因此在治疗上除注重温阳外,还应配合薏苡汤以涤痰瘀,以期达到标本同治,提高疗效的目的。

2.3 宣窍利鼻法

本法主要用于合并鼻腔疾患的患者。通过宣窍利鼻而达到宣畅肺气,缓解哮喘之目的。治疗鼻腔疾患的方法有三:一是重视祛风通窍药物的使用。此类药物一般能收缩鼻粘膜血管和抑制分泌。如辛夷、川芎、细辛、防风、白芷、苍耳子等。如果鼻粘膜慢性增生,则应加用活血软坚散结药物,如桃仁、红花、青皮、鳖甲、牡蛎等。二是对鼻腔和鼻窦疾患以感染为主者,表现有肺热证候时,可用清热解毒药,如蒲公英、连翘、败酱草、鱼腥草、黄芩等。三是祛风调营卫以抗过敏。在方药上多采用固卫阳、调营卫,适当配合温肾阳药物。如生黄芪、防风、白术、桂枝、白芍、生姜、红枣、路路通、仙茅、仙灵脾等。

3 验案举例

例 1 李某,男,20岁,住院号 0108021。

患者因淋雨感冒后突发哮喘。近半年来用氨茶碱已不能控制哮喘,需用地塞米松方可缓解。本次哮喘发作已持续半月余,经西医治

未能控制,而来中医科求治。入院当日未服任何中西药,至后半夜哮喘症状明显加重,呈现发作欲死之危象。经采取应急措施,对症处理,吸氧、给肾上腺素、氨茶碱、地塞米松等静脉滴注,1小时后哮喘症状有所减轻,缺氧状态改善,但未能完全控制。翌日上午查房见患者哮喘频作,不能平卧,胸部憋闷如塞,烦躁不安,汗湿衣衫,口干欲凉饮,小便色黄略热,大便稀软而不畅,日行 1 次,咯痰色白而粘,颜面、口唇晦暗,舌质暗红、苔黄厚腻,脉弦滑。两肺听诊哮鸣音(+++),心率 100 次/分。证属痰瘀阻肺,久郁化热,气道壅塞,肃降失常。治宜涤痰祛瘀,清泄郁热,利气平喘。单用中药治疗,方用薏苡汤加减:葶苈子 10 g,青皮 10 g,陈皮 10 g,槟榔 10 g,大黄 10 g,川芎(代卫矛)10 g,黄芩 10 g,礞石 20 g,麻黄 10 g,厚朴 10 g。日夜连服 2 剂,每 6 小时服药液 150 ml。药后当晚哮喘发作缓解,服至 3 剂,解下痰涎样粪便日 3~4 次,5 剂后痰涎样粪便消失,转为黄色稀软便,随之改为常规服药法。住院半个月哮喘未发作,临床控制出院。

按:本例为现代医学之重症支气管哮喘,即哮喘持续状态,虽经西药应急处理,仍未能有效地控制和消除哮喘持续状态。从患者证候表现看,属于痰瘀阻塞气道,肺气肃降失常的肺实证,经用薏苡汤加减后,哮喘症状随之缓解,持续状态消除。另一方面,在服药方法上,打破了既往不分病情轻重缓急,一概以“中药一剂,两次分服”的惯例,而是采取日夜连服法,保证了体内的药物有效剂量,从而明显地提高了临床疗效。

例 2 王某,女,30岁。1968年春患哮喘,平素极易感冒,背冷怯寒,晨起或遇寒则喷嚏频作,流清水鼻涕。本次发病已持续月余,至午夜哮喘发作明显加重,服氨茶碱、海珠喘息定等平喘中西药仅能减轻症状,但不能完全控制。就诊时证见气喘吼鸣,胸部憋闷,咯痰不利,喉、鼻作痒,痒则呛咳顿起,动则微汗出,双眼眶青暗,大便不畅,舌质偏暗红、苔

淡黄腻。脉细弦，右寸及尺脉甚弱，鼻头色青而冷。证属痰瘀阻肺，肺失肃降，阳气虚弱，卫阳不固，鼻窍不利。治宜涤痰行瘀，利气平喘，温阳护卫，宣窍祛风。方用葶苈子 10 g，青皮 10 g，陈皮 10 g，槟榔 10 g，牡荆子 15 g，卫矛 15 g，生大黄 10 g，路路通 30 g，防风 15 g，生黄芪 15 g，熟附子 10 g，白术 10 g，生麻黄 10 g，辛夷花、苍耳子各 10 g。服药 7 剂，哮喘症状完全控制，喉、鼻作痒消除，大便 1 日 2 次稀溏便，前 3 天粪便中夹有痰状粘液，4 天

后消失。继以温阳护卫，涤痰行瘀，宣窍祛风以巩固疗效。之后以上方为基础随症加减，门诊观察年余，哮喘未发，远期疗效巩固。

按：本例痰瘀和阳虚见证均甚突出，故用蠲哮汤涤痰瘀以平喘，芪附汤合玉屏风散温阳益气御风以护卫，再加路路通、麻黄、辛夷、苍耳子等以宣窍祛风。由于始终坚持标本兼顾，哮喘与鼻炎同治，因而收效甚速。哮喘缓解后重用温补肾阳药以扶正固本，并继续用涤痰祛瘀药以清除夙根，从而提高了远期疗效。

清热益胃法治疗幽门弯曲菌阳性慢性胃炎疗效分析

吴 滇¹ 柴可夫² 叶诚焯³ 孙宝春¹ 孙莲子¹

本院中西医结合胃病专科门诊近 2 年来，用清热益胃法为主治疗幽门弯曲菌（简称 CP）阳性慢性胃炎疗效满意，现报告如下。

1 临床资料

治疗组 76 例，男 42 例，女 34 例；病程 1~4 年 22 例，5~9 年 37 例，≥10 年 17 例。对照组 28 例，男 19 例，女 9 例；病程 1~4 年 9 例，5~9 年 13 例，≥10 年 6 例。辨证分型治疗组肝胃不和 31 例、脾胃虚寒 18 例、脾胃湿热 16 例、胃阴不足 11 例；对照组分别为 9 例、8 例、6 例、5 例。

胃镜诊断标准参照 1988 年第二次全国消化道内镜学术会议资料，CP 检查采用病理标本快速尿素酶试验及 Warthinstarkey 银染色法。治疗组慢性活动性胃炎 38 例，浅表萎缩性胃炎 24 例，糜烂性胃炎 14 例；对照组分别为 13 例、9 例、6 例。CP 检查治疗组（+）者 10 例，（-）者 30 例，（+++）者 36 例；对照组分别为 3 例、10 例、15 例。

2 治疗方法

治疗组以自拟清热益胃汤为基本方：龙胆草 3 g，白花蛇舌草 15 g，蒲公英 15 g，当归 10 g，白芍 10 g，炙甘草 10 g，郁金 10 g。肝胃不和型加香附 10 g、佛手柑 10 g、绿萼梅 6 g；脾胃虚寒型酌加炙黄芪 15 g、桂枝 6 g、干姜 3 g；脾胃湿热型酌加黄芩 10 g、晚蚕

沙（包煎）10 g、茯苓 10 g；胃阴不足型酌加生地 10 g、北沙参 10 g、麦冬 10 g、川石斛 10 g。每日 1 剂，水煎服。2 个月为 1 疗程。

对照组口服痢特灵片 100 mg，1 日 3 次，3 周为 1 疗程。间隔 2 周后再服 1 疗程。

3 疗效标准及结果

治愈：临床症状消失，CP 复查阴性，胃镜复查病变粘膜恢复正常；显效：临床症状基本缓解，CP 复查阴性，胃镜复查病变程度好转；有效：临床症状部分改善，CP 复查仍阳性，胃镜复查有改善；无效：临床症状无改善，CP 及胃镜复查同治疗前。

疗程结束后治疗组痊愈 43 例，显效 13 例，有效 11 例，无效 9 例，总有效率为 88%；对照组分别为 10 例、4 例、5 例、9 例，总有效率 67.9%。治疗组疗效明显优于对照组（ $P < 0.05$ ）。

4 讨论

慢性胃炎多具有病史长、病情迁延不愈及反复发作之特点。采用中医宏观辨证与西医微观辨证相结合的方法，我们确立了清热益胃的治疗法则。清热益胃汤中以小剂量龙胆草为主药，取其清热燥湿、泻肝健胃之效，现代药理分析龙胆苦甙可直接促使胃液分泌和使游离酸增加；蒲公英、白花蛇舌草清热化湿，其药理作用对革兰氏阴性杆菌有较强的杀灭作用；当归功能养血活血化瘀，改善血液粘稠度，药理研究有镇痛、消炎和免疫促进作用；白芍、甘草同用缓急止痛，酸甘化阴，同时甘草还具有保护胃粘膜屏障作用；郁金行气解郁，祛瘀止痛。综观全方具有清热化湿、理气和胃、活血化瘀之功效。

1 浙江省杭州中西医结合医院，浙江省杭州市环城东路 38 号(310004)

2 浙江中医学院

3 杭州第三人民医院