

哮喘

Xiao Chuan
患者 *Huan Zhe*
Bi Du
必读

主 编
吴 敦 序



上 海 中 医 药 大 学 出 版 社

序

我行医三十余年,早年在上海曙光医院儿科,后来在上海市哮喘病防治所看过门诊,目前在英国悬壶。在这漫长的诊疗生涯中,哮喘病始终是我诊治的一个主要病种,也是我长期研究的课题。因此,对这种病我积累了大量成功与失败的经验教训,在这当中我体会最深的是如果没有病人和家属得力的配合,要想取得成功的治疗几乎是不可能的。

由于哮喘是一种慢性反复发作的疾病,病人主要在门诊上接受治疗,医生只能提出治疗和护理的意见,而治疗和护理的执行者则是病人和他们的家属,可以想象,如果病人和家属对引起哮喘的原因、哮喘发作的机理、疾病发展的规律,以及治疗与预防发作的方法一无所知,在哮喘发作时,不但惊惶失措,而且对医生给予的治疗也很难做到密切配合,从而影响治疗效果;当病情缓解后,往往就自认为病已好了,不采取增强体质与防止发作的措施,坐失治疗良机;有时甚至会做出一些对病情不利的事情,使病情恶化,或者使治疗误入歧途。因此,我很久之前就想写一本给哮喘病人及其家属读的书,用通俗易懂的语言向他们传授有关哮喘的知识,作为治疗的一项重要辅助措施。去年有幸遇见沈春晖君,他支持我出版这本书,鼓励我把它写好。于是我约了几位志同道合者开始写这本小册子,由于这段时间我在国外工作,往返联系,颇费时间,

因此历时年余,方才写成。

在写作过程中,我们写作小组查阅了大量资料,发现国内外对哮喘进行科普教育的小册子相当多。但是,这些书大部分只讲西医,国内出版的小册子有谈到中医的,但内容很少,仅作点缀而已。然而中医在哮喘病的治疗中,可以发挥很好的作用,尤其在争取让病人长期不发作的治疗中,有着其他疗法难以取代的功效。所以我们决定将中医和西医对哮喘的认识及其诊疗方法作同等介绍,既介绍西医当今的认识与疗法,也介绍中医传统的认识与疗法。希望读者在看过这本小册子后,对现在中医与西医有关哮喘的知识有一个全面而概括的了解。这也许就是这本书的特点吧。

如果这本小册子能帮助哮喘病人认识自己的疾病,并对治疗自己的疾病有所裨益的话,我们将感到莫大的欣慰。由于水平和时间的限制,这本书还显得有些粗糙、不足或错误之处也在所难免,望读者指正。谢谢!

吴敦序

1999.3

于 Taunton, England

目 录

一、一般介绍

1. 何谓呼吸? 1
2. 何谓呼吸困难? 是不是所有的呼吸困难都是由哮喘引起? 2
3. 哮喘病人发作时有什么症状? 3
4. 如何诊断哮喘病人? 4
5. 哮喘主要应当和哪些疾病相鉴别? 5
6. 近些年来国内外哮喘发病的趋势如何? 6
7. 我国小儿哮喘发病的情况如何? 7
8. 小儿哮喘能够自行痊愈吗? 8
9. 哪些因素与哮喘的发生有关? 9
10. 遗传与哮喘的发生有何关系? 10
11. 呼吸道感染与哮喘的发病有何关系? 10
12. 环境污染与哮喘发病有何关系? 11
13. 吸烟或被动吸烟与哮喘发病有何关系? 12
14. 花粉与哮喘发病有何关系? 13
15. 饮食对哮喘发病有何影响? 14
16. 精神因素与哮喘发病有何关系? 15
17. 从事哪些职业的人容易发生哮喘? 15

18. 为什么哮喘病人容易在春秋季节发病？	16
19. 为什么哮喘容易在夜间发作？	17
20. 妊娠和哮喘有何相互影响？	18
21. 哮喘病人在生活上应当注意哪些问题？	21
22. 哮喘病人应当如何注意衣着？	21
23. 哮喘病人应当如何注意饮食？	22
24. 哮喘病人应当如何调节自己的情绪？	23
25. 为什么哮喘病人需要进行体育锻炼？	24
26. 哮喘病人应当如何进行体育锻炼？	24
27. 哮喘病人进行医疗体育锻炼时应当注意哪些问题？	29
28. 哮喘病儿应当如何做保健操？	29
29. 写“哮喘日记”有什么用处？应当怎样写？	32
30. 组织“哮喘之家”有什么意义？	32

二、中医对哮喘的认识和防治

31. 对哮喘发病的病因和病理中医是怎样认识的？	34
32. 何谓外感？	35
33. 何谓痰饮？痰饮是怎样形成的？痰饮在哮喘发病中起什么作用？	35
34. 怎样认识肺在哮喘发病中的地位？	36
35. 怎样认识脾在哮喘发病中的地位？	37
36. 怎样认识肾在哮喘发病中的地位？	38
37. 中医对哮喘发作期和缓解期的治疗原则有何不同？	39

38. 为什么在哮喘发作期中医的治疗原则要以祛邪为主?	40
39. 中医将哮喘发作期的病人一般分为几种类型?	41
40. 寒哮的主要病理机制和临床表现是什么?	43
41. 中医治疗寒哮的原则是什么? 常用的方药有哪些?	44
42. 热哮的主要病理机制和临床表现是什么?	45
43. 中医治疗热哮的原则是什么? 常用的方药有哪些?	46
44. 在哮喘发作期间常用的针灸治疗方法有哪些?	47
45. 中医将哮喘缓解期的病人一般分为几种类型?	47
46. 缓解期的哮喘病人为什么常用补肺气的方法?	47
47. 治疗哮喘的补肺方药主要有哪些?	49
48. 为什么常用健脾的方法治疗缓解期的哮喘病人?	50
49. 治疗哮喘的健脾化痰方药主要有哪些?	51
50. 缓解期的哮喘病人为什么常用补肾的方法治疗?	52
51. 治疗哮喘的补肾方药主要有哪些?	53
52. 为什么在哮喘缓解期经常肺脾肾三脏同治?	55
53. 何谓敷贴疗法? 对防治哮喘有何作用?	56
54. 伏天使用灸法对防治哮喘有何作用?	56

55. 穴位注射疗法对防治哮喘有何作用?	58
56. 割治疗法对防治哮喘有何作用?	58
57. 穴位埋藏疗法对防治哮喘有何作用?	59
58. 药枕和药物背心对防治哮喘有何作用?	60
59. 治疗哮喘的中药汤剂应当怎样煎制?	60
60. 治疗哮喘的中药除汤剂外还有几种剂型? 各种 不同的剂型适应症有何不同?	62
61. 如果哮喘长期反复发作, 中医认为会对人体造 成哪些损害? 怎样防治?	63

三、西医对哮喘的认识和防治

62. 为什么呼吸道容易发生过敏反应?	66
63. 西医对支气管哮喘的病因和病理变化如何认识?	68
64. 哮喘的气道过敏性炎症和细菌感染引起的炎症 有何不同?	70
65. 何谓气道高反应性? 是怎样形成的? 和哮喘的 发病有何关系?	72
66. 何谓炎症介质? 在哮喘发病中起什么作用?	73
67. 何谓免疫球蛋白 E? 它和哮喘发病有何关系?	74
68. 何谓白细胞介素(IL)? 它和哮喘有何关系?	75
69. 何谓外源性哮喘? 何谓内源性哮喘?	77
70. 何谓早期哮喘反应? 何谓晚期哮喘反应?	78
71. 过敏性鼻炎和哮喘有什么关系? 怎样防治?	80

72. 何谓毛细支气管炎？主要有哪些临床表现？和哮喘如何鉴别？	82
73. 何谓小儿喘息性支气管炎？主要有哪些临床表现？如何防治？	83
74. 何谓运动性哮喘？怎样诊断？如何防治？	85
75. 何谓药物性哮喘？哪些药物容易引起哮喘？	86
76. 何谓职业性哮喘？如何诊断？怎样防治？	88
77. 怎样检查过敏原？	89
78. 胸部 X 线检查对哮喘病情的判断有何帮助？	91
79. 检查肺功能对哮喘病情的判断有何帮助？	92
80. 怎样根据哮喘病人的病情合理地计划用药？	95
81. 哮喘急性发作时怎样正确用药？	96
82. 哮喘急性发作时病人怎样进行自我治疗？什么情况下需要紧急就医和住院？	98
83. 为什么在哮喘急性发作时控制感染非常重要？	99
84. 怎样的哮喘病人适宜用吸入疗法？吸入疗法常用的药物有哪些？常用的工具有哪些？怎样使用？	101
85. 考的松类糖皮质激素(简称皮质激素)对防治哮喘有什么作用？它有什么副作用？怎样预防？	102
86. 哮喘病人应用皮质激素有几种给药途径？其适用范围有何不同？	105
87. 吸入皮质激素治疗哮喘疗效如何？有什么优点？	

有哪些副作用？怎样预防？	106
88. 用吸入代替口服皮质激素后会出现哪些副作用？ 怎样防治？	107
89. 哪些因素会影响吸入皮质激素治疗哮喘的功效？ 该如何纠正？	108
90. 如果吸入皮质激素不能代替口服皮质激素时该 怎么办？	109
91. 哪些非激素药物也能预防哮喘的发作？	110
92. 肾上腺素和异丙肾上腺素对哮喘的疗效如何？ 有哪些副作用？	111
93. 何谓 β_2 -肾上腺素能受体激动剂？常用的有哪 几种？如何正确使用？	113
94. 治疗哮喘时怎样正确使用氨茶碱？	114
95. 异丙托品对哮喘有何疗效？有哪些副作用？怎 样正确使用？	116
96. 何谓脱敏疗法？在治疗哮喘时怎样使用？疗效 如何？	117
97. 脱敏疗法有哪些不足之处和副作用？应用时有 哪些注意事项？	118
98. 对长期反复发作的哮喘在人体上造成的损害西 医如何认识？怎样防治？	120

一、一般介绍

1. 何谓呼吸?

人体通过呼吸道把外界富含氧气的空气吸入肺内,称为吸气;把肺中含二氧化碳较多的气体排出体外,称为呼气。这样一吸一呼交替的运动,即肺内气体和外界气体交换的过程,称为呼吸。

人体完整的呼吸过程包括三个环节:一是外呼吸,即肺通气(肺与外界的气体交换)和肺换气(肺泡和血液之间的气体交换);二是气体在血液中的运输;三是内呼吸,即血液通过组织液与细胞之间进行气体交换。

这三个环节中,和哮喘关系最大的是外呼吸。外呼吸的过程如下:人体的肺表面和胸廓内面分别覆盖着一层膜,称为胸膜,在这两层膜之间的腔叫胸膜腔。胸膜腔内的压力比大气压低,呈负压状态。当呼吸中枢兴奋引起吸气动作时,呼吸肌收缩,胸廓扩张,胸膜腔负压增加,肺随之膨胀,肺泡内压逐渐下降到低于大气压的程度。此时,外界的空气即经过气道流入肺内,吸气过程随即完成。呼气时胸廓复原,肺脏缩小,胸膜腔负压减小,肺泡内压上升,当其高于大气压时,肺内的气体即经气道排出体外,呼气动作即告完成。至于肺泡内气体中的氧、二氧化碳与血液中氧和二氧化碳的交换,则是凭借气体的弥散作用(气体从分压较高处向分压较低处移动的特

性)通过肺泡壁和毛细血管来完成的。

扩张和收缩胸廓的呼吸肌包括膈肌、胸锁乳突肌和肋间外肌。膈肌收缩则胸廓的底部落下,上下径扩大;胸锁乳突肌和肋间外肌收缩则胸廓的外围向上向外,纵径和横径同时扩大。其结果是,呼吸肌收缩,胸廓扩大,形成吸气;呼吸肌放松,胸廓复原,引起呼气。哮喘病人由于气道通气障碍,引起呼吸困难,呼吸肌势必要加倍地用力工作,以致病人十分劳累。

2. 何谓呼吸困难?是不是所有的呼吸困难都是由哮喘引起?

呼吸困难是指病人自己感觉空气不足和呼吸费力,从旁观察可见病人呼吸的频率、深度和节律不正常,病人呼吸很吃力,张口抬肩,鼻翼扇动,甚至端坐呼吸,不能平卧,严重者可出现口唇、指甲、面部青紫和烦躁不安。

引起呼吸困难的原因很多。最多见的是呼吸道和肺的疾病,如喉头水肿、毛细支气管炎(主要见于小儿)、慢性支气管炎(多见于老人)、支气管哮喘、肺炎、急性肺水肿、矽肺……等等。此外,大量胸膜腔积液或自发性气胸压迫肺,纵隔肿瘤压迫气管,肋间肌、肋间外肌和膈肌麻痹使呼吸运动受限等也会引起呼吸困难。除呼吸系统疾病外,心脏病如心力衰竭、心包积液,中毒性疾病如酸中毒、化学毒物中毒,血液疾病如严重贫血,神经精神性疾病如癔病、重症脑部疾病等,也都会引起明显的呼吸困难。可见哮喘只是引起呼吸困难的疾病中比较常见的一种。

哮喘的呼吸困难有其特殊性。即哮喘的呼吸困难是阵发性的,发作时气喘明显,同时发出高调的哮鸣音,伴有咳嗽和

咯痰,不发时和正常人一样,而以春秋气候变化较大的季节和夜晚发作较多。其发作常由呼吸道感染或接触过敏原如油烟、粉尘、油漆、花粉或某种特殊气味所诱发。

因此,不要一看到呼吸困难就认为是哮喘,必须认识到引起呼吸困难的原因很多,需要请医师一一予以鉴别,才不至于耽误病情。

3. 哮喘病人发作时有什么症状?

哮喘是一种慢性的阵发性疾病,好发于春、秋和冬季,常因呼吸道感染、接触过敏原如油烟、粉尘、花粉或刺激性气体所诱发。发作时主要有如下症状:

(1) 先兆症状

哮喘发作前多有先兆症状。病人突然感到鼻孔发痒、喷嚏、鼻塞、流清涕,有些病人还会眼睛发痒、充血,接着出现胸闷,好像有石头压在胸口上一样,有些病人还会出现阵阵咳嗽、咯痰。这些现象,往往是哮喘即将发作的预兆。

(2) 发作表现

首先病人感到胸闷,空气不够,只得用力呼吸。较重时必须坐起,两手前撑,两肩高耸,张口用力呼吸,很吃力。此时,呼气明显延长,一般呼气和吸气之比,可到三比一,同时发出高调的哮喘音。常伴有咳嗽,痰液十分粘稠,不易咯出。严重时,大汗淋漓,心率显著加快,甚至口唇、面部和指端出现紫绀。

一般发作,短则几分钟,长则数小时或数天,经过及时治疗,多数能得到缓解。缓解时,常咳嗽较多,且咯出大量痰液,病人方觉舒畅。

(3) 哮喘持续状态

这是指哮喘持续数日,不得缓解,而且越发越重的严重状态。多因持续感染得不到控制,或因持续接触过敏原或刺激性气体,或因精神过度紧张,或因治疗不当所致。病人的呼吸越来越困难、口干舌燥、大汗淋漓、面色苍白、口唇青紫、四肢冰凉、心率极快、精神恍惚而惊恐。必须及时消除诱发因素,同时大力抢救,方可脱离危险。

4. 如何诊断哮喘病人?

哮喘以反复阵发呼吸困难为特征,发作时胸闷、气喘、喉中发出高调的哮鸣音、病人难以平卧;不发时和正常人一样。在春、秋和冬季发作较多。其诊断要点如下:

(1) 有反复发作呼吸困难的病史,发作快,缓解也快,常在春秋等气候变化明显的季节发作。不发时没有症状,和正常人一样。

(2) 病人发作之前,常有前趋症状,如首先出现鼻痒、喷嚏,继而胸闷、咳嗽多痰,常是哮喘发作的先兆。

发作时,先感觉胸闷,好像有石头压在胸口上一样。接着出现呼吸困难,病人觉得气不够用,尤其是呼气十分困难,故表现为明显的呼气延长。呼吸困难严重时,病人被迫坐起,难以平卧,呼吸道中发出高调的哮鸣音。由于呼吸非常用力,所以患者十分吃力,常常大汗淋漓。此时呼吸道中痰液很多,但很难咯出。呼吸困难严重时,由于缺氧,病人的心率明显加快,嘴唇、面部和手指端会出现青紫。一般几分钟,有时几小时,病情会逐渐缓解。如果连续数日不缓解,称为哮喘持续状态,这是一种病情严重的表现,必须立即进行抢救。

(3) 病人发作时,两肺可听到明显的哮鸣音,若合并感染时,常可听到湿罗音。若长期反复发作,会形成肺气肿,此时

病人的胸廓前后径和横径一样宽,状如圆桶,称为桶状胸。

(4) 病人常伴有其他过敏性疾病的历史,如婴儿湿疹、过敏性鼻炎、荨麻疹等等。

(5) 不少病人的家族中有哮喘病史,对诊断有参考价值。

(6) 若有条件,可以为病人做过敏原的皮肤敏感试验,有助于确定过敏原。

(7) 发作时,若给喷雾吸入支气管扩张剂,病情能迅速缓解者,有助于哮喘诊断的确立。

5. 哮喘主要应当和哪些疾病相鉴别?

哮喘诊断的主要依据是:①病人反复阵发呼吸困难,且有明显的季节性。②发作时气喘、咳嗽、痰多,以呼气困难最为明显。两肺可听到高调的哮鸣音。③不发时如正常人。④发作时用支气管扩张剂,可使病情缓解。

应当和哮喘鉴别的疾病主要有:

(1) 毛细支气管炎 该病多因呼吸道合胞病毒或副流感病毒引起,好发于6个月以内的婴儿,多在冬春季节发生。发病之初多有上呼吸道感染之症状,常有低热、突然严重呼吸困难、呼气延长、两肺弥漫高调哮鸣音、X线检查有明显的肺气肿征象。用支气管扩张剂效果不明显。哮喘多发生于6个月以上的小儿,在季节变化时容易发病,有反复发作的病史,发作时用支气管扩张剂多能收效。

(2) 哮喘性支气管炎 该病多发生于3岁以内的婴幼儿,常因上呼吸道感染引起,发病初常有低热、咳嗽,继则咳嗽加重、呼气延长、喉中痰鸣、两肺满布哮鸣音,但这种哮鸣音的声调不高,而以痰声为主,吸气时常可听到湿罗音,但呼吸困难不明显。随着上呼吸道感染的治愈,痰鸣亦逐渐减轻,直到

消失。哮喘有明显的呼吸困难,这是和哮喘性支气管炎最显著的区别。有部分哮喘性支气管炎的病儿,三四岁之后,有可能逐渐转变为典型的哮喘病。

(3) 心脏病引起的哮喘 简称心源性哮喘,是由于各种心脏病引起心功能不全,导致肺瘀血和肺水肿所致。它和哮喘的相似之处,是两者都会出现阵发性呼吸困难,严重时都不能平卧、端坐呼吸,而且都以夜间发作为多。不同之处是心脏病人多有心脏病的病史,平时稍微多活动,就会出现心悸、气短的症状。心脏检查多有疾病的征象,如心脏瓣膜区有明显的杂音等。同时,心源性哮喘发作时,虽然也能在肺中听到哮鸣音,但主要还是在肺底部出现大量的湿罗音。心源性哮喘用强心剂有效,而支气管哮喘则用气管扩张剂能得到缓解。

以上三种是最常见,也是最容易和哮喘混淆的疾病,必须注意予以鉴别。此外,老年性慢性支气管炎、热带嗜酸性细胞增多症等也需注意鉴别。

6. 近些年来国内外哮喘发病的趋势如何?

近来世界范围哮喘的发病率有明显的增高趋势,死亡率亦上升。

以上海为例,1958年哮喘的发病率为0.46%,1979年为0.69%,20年增高了0.23%。小儿哮喘的发病率也在上升,1978年为1.6%,1981年为1.91%,三年中增高了0.31%。北京的哮喘发病率也在增高,1959年为4.95%,1969年为4.99%,1980年为5.29%,21年中增加了0.7%。台北的情况更差,其哮喘发病率1974年为1.3%,1985年为5.07%,11年间上升了3.77%。

从我国的总体情况看,全国哮喘发病的分布是不均匀的。

根据 1988~1990 年对 90 万 0~14 岁儿童哮喘发病情况调查的结果,以福建的发病率最高,为 2.03%,西藏最低,为 0.11%。似乎存在海拔愈高,发病率愈低的趋势。

国外的情况和我国基本相近。例如日本 30 年前的哮喘发病率为 1%,90 年代初上升到 3%~4%。法国巴黎 1968 年的哮喘发病率为 3.3%,1982 年上升到 5.4%。

哮喘的死亡率也有明显上升的趋势,例如美国 1980~1985 年间哮喘的死亡率增加了 23%。

关于哮喘发病率增高的原因,多数人认为是环境污染的结果。至于哮喘死亡率增高的原因,当然和哮喘的发病率增高不无关系,同时和哮喘发作程度的加重,以及治疗不及时,用药不合理有关。不少学者认为, β_2 -肾上腺素能受体激动剂的广泛不合理使用,导致迅速减敏,以及类固醇类激素的不合理使用,都是导致哮喘死亡率上升的重要原因。必须引起医生和病人的普遍重视。

7. 我国小儿哮喘发病的情况如何?

到目前为止,我国还没有完整的小儿哮喘发病资料。

全国儿童哮喘协作组于 1988~1990 年对我国 27 个省(市)进行了儿童哮喘抽样调查,选择有代表性的地区进行了整群抽样调查,调查 0~14 岁的儿童,每省选 2~6 万人。实际共调查了 943 741 人,包括汉、回、壮、维吾尔、藏、苗、满等 17 个民族。其中发现儿童哮喘 7 422 例、婴幼儿哮喘 2 752 例,共计 9 444 例,约占被调查人数的 1%。其中性别比例,男:女=1.43:1。地区差别很大,福建的发病率最高为 2.03%,西藏最低为 0.11%。好发季节为冬季,好发时间为半夜。发病的主要诱因为感冒和气候变化。患儿有 84.8% 在 3 岁之

内开始发病。62.2%的患儿有个人过敏史,有一二级亲属哮喘史者分别占25%和31.4%。

还有人1979~1988年10年间我国30个省(市)的住院患儿作了统计,10年间共有住院患儿250万人,其中有哮喘患儿12万人,占总数的4.8%,死亡者772人,死亡率为0.031%。

8. 小儿哮喘能够自行痊愈吗?

小儿哮喘确实有随着年龄增长而逐渐减少的趋势。例如英国国家儿童发育研究所,曾对某地同一周内出生的婴儿进行了16年随访的报道。发现这批孩子7岁时哮喘的发病率为8.3%,11岁时为4.7%,到16岁则下降到3.5%。我国学者对婴幼儿喘息的随访,也得出过类似的结论。但是,怎样的患儿会痊愈?怎样的患儿会把哮喘带到成年?这主要取决于下面三个因素:

(1) 是否经常发作?

如果儿童时期哮喘经常发作,提示到成人时期以后,继续发作哮喘的可能性相当大。曾有人指出,到了十多岁如果还经常发作哮喘,那么,这些患儿当中,只有20%的人可望到成年时期哮喘停止发作。

(2) 遗传的特异体质和发作的严重程度如何?

如果患儿的上几代家族当中,成年哮喘病人比较多,则该患儿到成年时继续发作哮喘的可能性就比较大。

如果患儿哮喘发作的程度愈重,则到成年时继续发作哮喘的可能性也就愈大。

(3) 肺功能损害的程度如何?

如果患儿哮喘发作程度比较轻,发作次数也比较少,肺功