

常见病对证自疗丛书

哮喘



主编/苏维霞

常见病对证自疗丛书

以往出版的有关慢性病的图书，大多是单纯的西医诊疗技术或中医验方罗列，而本丛书则加强了中西医对比与结合的内容。细致地讲解了西医怎样看待疾病以及怎样通过药物或其他疗法进行治疗，中医如何看待同一个疾病以及怎样治疗，两者有什么区别，如何选择，如何结合运用。

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

常见病对证自疗丛书

哮喘

编者/汤宇 马楚明 常毅刚
铁静梅 霍华英 梁石川
刘燕铭 王建芳 李家录

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

哮喘对证自疗 / 苏维霞主编. —北京: 人民军医出版社, 2010.2

ISBN 978-7-5091-3417-7

I. ①咳… II. ①苏… III. ①咳嗽—中西医结合疗法②哮喘—中西医结合疗法 IV. ①R562.205

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 000192 号

策划编辑: 张伏震 文字编辑: 王霞 责任审读: 张之生

出版人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社

经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300-8725

网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 北京国马印刷厂

开本: 710mm×1010mm 1/16

印张: 18 字数: 276 千字

版、印次: 2010 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001~4500

定价: 38.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换



本书论述了西医对呼吸系统疾病的常见诊疗方法、如何选择中西医、咳喘病的中医诊疗、名医临证心得、分型验案等。本书前3章细致讲解了西医怎样看待呼吸系统疾病以及怎样通过药物或其他疗法进行治疗；中医如何看待，中医西医治疗有什么区别。后3章，全面收集咳嗽、哮喘的中医证型和名家治疗心得、临床医案，体现了中医学对咳嗽、哮喘的临床治疗特色。本书不仅适合咳嗽、哮喘等有呼吸系统疾病患者的自我医疗，也可作为基层医护人员的参考读物。



随着社会的进步，工作和生活方式的急剧变化，慢性病和其他一些健康问题在生活中越来越普遍，高血压、糖尿病、失眠、脾胃病等困扰着数以千万计的人们。在这些疾病或健康问题面前，中医日益显示出它的优势，在某些疾病的治疗中获得了极好效果，在另一些情况下与西医结合，成为重要的甚至是必不可少的诊疗部分。相应地，大量有关慢性病的中医治疗与保健图书陆续面世。这种情况无疑为广大患者和有关医务人员提供了便利条件，拓宽了患者和医师的治疗选择，也促进了中医与西医的结合发展。但是，总的来看，目前市面常见的此类书，还存在比较明显的缺憾，主要是中西医对比与结合的阐述不够，简单罗列中医验方而不做解析，虽有大量医案却无原则性的用药指导等。这些问题，往往导致读者对内容理解似是而非，有些问题甚至越看越糊涂，或者盲目地就此偏废中医或偏废西医。鉴于此，我们经过深入研究，组织编著了这套“对证自疗”丛书。

以往出版的有关慢性病的图书，大多是单纯的西医诊疗技术或中医验方罗列，而本丛书则加强了中西医对比与结合的内容。细致地讲解了西医怎样看待疾病以及怎样通过药物或其他疗法进行治疗；中医如何看待同一个疾病以及怎样治疗，两者有什么区别，如何选择，如何结合运用。

以往常见的慢性病图书中，虽然罗列很多验方验案，但是医家为什么这样用药，对于此种疾病可以将哪种方药作为基础进行加减运用，应当注意哪些事项，大多没有详细阐述。本丛书就以上问题进行了专门的编著，并力求给予解决，特别增加专门论述西医常见诊疗方法、如何选择中医西医、具体病证的中医指导性方药、名医临证心得（具体病证与具体方药的使用心得）、分型验案等内容。

在中医论治方面，编著者紧扣“辨证”，以此为核心，充分体现了中医精

髓。中医治病注重“病”的异同，同时更加重视的是“证”的异同。一种病的证型可分为多种，而一种证型往往变化多端。譬如“糖尿病”，中医学根据患者的不同表现，辨证为阴虚、气阴虚、虚热和上、中、下三消等证型分治，以期合理、精确地控制病情和症状，改善患者生存质量。常见的对糖尿病验方简单罗列，而不分型阐述的做法，无疑是不足取的，甚至会迷惑误导患者，以致适得其反。鉴于此，本丛书编著过程中对于分型辨治尽可能作出细致深入地阐述。

综上所述，为了便于医师及患者了解某种疾病的中医辨证、治疗全貌，本丛书以某种常见病为一册，详细介绍了中西医治疗的异同，并收集了近年来中医名家的辨治理论和临床分证辨治医案。全书理论周详，医案分型全面，相信能对读者的临床治疗和学术水平提高有所帮助。

患者朋友如运用本书中的治疗方法，请在医师的指导下进行。

编 者
2010 年 1 月



第 1 章 呼吸系统疾病概要	1
第一节 呼吸病概述	1
一、呼吸道结构与功能	1
二、呼吸病概要	3
第二节 常见咳喘疾病	10
一、上呼吸道感染	10
二、感染性肺疾病	14
三、急性气管-支气管炎	24
四、支气管哮喘与慢性阻塞性肺疾病	25
第 2 章 呼吸病用药	31
一、抗菌药物	31
二、抗病毒药物	41
三、抗真菌药物	41
四、抗结核药物	42
五、镇咳祛痰药	42
六、呼吸兴奋剂	43
七、平喘药物	43
八、促凝血、止血药物	44
九、糖皮质激素	45

第3章 如何选择中西医	49
第一节 中西医诊疗模式的不同	49
一、西医学与中医学的区别	49
二、西医的诊疗模式	52
三、中医的诊疗模式	54
四、看西医还是看中医	58
第二节 中医的人体观与诊疗技术	67
一、脏腑体系	67
二、经络体系	69
三、辨证论治	71
四、四诊	75
五、方药	78
六、针灸	82
第4章 哮喘病中医诊疗	84
第一节 病机与辨证分型	84
一、咳嗽	84
二、喘证	89
第二节 不同证型方药指导	97
一、咳嗽	97
二、喘证	108
第5章 名医临证心得	118
第一节 咳嗽	118
陈祖皋临证心得	118
高体三临证心得	120
刘继祖临证心得	121

倪珠英临证心得	122
钱育寿临证心得	123
王少峰临证心得	125
武维屏临证心得	127
熊磊临证心得	129
张士卿临证心得	131
张珍玉临证心得	132
赵绍琴临证心得	133
邹德琛临证心得	134
第二节 哮喘	135
戴西湖临证心得	135
董建华临证心得	136
郭孝月临证心得	137
胡天成临证心得	139
蒋宝素临证心得	141
刘弼臣临证心得	143
钱育寿临证心得	144
邱幸凡临证心得	145
任国顺临证心得	146
王瑞道临证心得	148
汪受传临证心得	149
叶朗清临证心得	151
张海岑临证心得	151
张士卿临证心得	154
周仲瑛临证心得	155
第 6 章 辨证分型治疗验案	157
第一节 外感咳嗽	157
一、风寒犯肺	157

二、寒从热化	163
三、风热犯肺	165
四、燥邪伤肺	172
五、风邪郁闭	176
六、寒邪入里	178
第二节 内伤咳嗽	179
一、痰湿壅肺	179
二、痰热壅肺	183
三、水饮犯肺	188
四、肺中郁热	191
五、肺阴虚	193
六、脾肺虚	197
七、肾虚	202
八、肝火犯肺	203
九、其他证候	207
第三节 哮喘	210
一、实喘	210
二、虚喘	232
三、上实下虚	252
第四节 喘息性支气管炎	255
一、肺失宣肃	255
二、寒饮伏肺	258
三、痰浊阻肺	262
四、痰热蕴肺	265
五、肺肾两虚	269
六、肾不纳气	271
七、其他证候	273
参考文献	276

第1章 呼吸系统疾病概要

第一节 呼吸病概述

一、呼吸道结构与功能

(一) 呼吸道结构与功能

呼吸系统由呼吸道和肺两部分组成。呼吸道包括鼻、咽、喉、气管和各级支气管，临床上常把鼻、咽、喉称为上呼吸道，上呼吸道感染即指这些部位；下呼吸道是指气管、支气管及其在肺内的分支。喉是上呼吸道与下呼吸道的接续部位，上通咽腔，下通气管；并且，喉口以上部位，口腔、咽腔是消化道与呼吸道共用。

喉由软骨、软骨间连接、喉肌和黏膜构成。其中会厌软骨位于舌根的后方，呈上宽下窄的树叶状，上端游离，前、后面有黏膜覆盖构成会厌，吞咽时，有覆盖喉口以封闭呼吸道，防止食物误入喉腔与气管的作用。

气管位于食管的前面，呈后壁略扁平的圆桶状管道。气管上续于喉，下至胸骨角平面（平对第4胸椎体下缘），分为左、右主支气管，然后继续分支入肺。左、右主支气管分叉处称气管杈。

呼吸道的主要功能：①调节气道阻力，从而调节进出肺的气体的量和速度；②保护功能，呼吸道对吸入气进行加温、湿润、过滤、清洁，并有防御反射等保护功能。

上呼吸道黏膜具有丰富的血流，可分泌黏液，呼吸道对吸入气进行加温，

使其温暖湿润后进入肺泡；通过呼吸道的过滤和清洁作用，阻挡和清除随空气进入呼吸道的颗粒、异物，使进入肺泡的气体几乎清洁无菌；呼吸道的分泌物中还含有免疫球蛋白和其他物质，有助于防止感染和维持黏膜的完整性。

呼吸道管壁中以细支气管的平滑肌最为丰富，平滑肌的收缩使呼吸道口径变小，舒张则使通气口径变大。这种平滑肌舒缩导致气道口径的改变，是影响气流量的重要因素。在剧烈咳嗽和哮喘发作时，呼吸困难的直接原因便是呼吸道平滑肌的痉挛，导致通气量变小。

呼吸道平滑肌受迷走神经和交感神经的支配。迷走神经兴奋时其末梢释放乙酰胆碱，作用于呼吸道平滑肌细胞的 M 型胆碱受体，引起呼吸道平滑肌收缩，使气道口径变小，气道阻力增加，气体流量减少；交感神经兴奋末梢释放去甲肾上腺素，作用于呼吸道平滑肌 β_2 受体，则引起呼吸道平滑肌舒张，使气道阻力减小，气体流量增加。另外，5-羟色胺、缓激肽等体液因素可使呼吸道平滑肌强烈收缩；肾上腺素特别是异丙肾上腺素则引起呼吸道平滑肌舒张，气道阻力减小，肺通气量增加。

（二）咳嗽的生理机制

呼吸道受到机械或化学刺激时，可以引起喷嚏或咳嗽等防御反射，对机体具有保护作用。咳嗽属于防御性呼吸反射之一。

防御性呼吸反射在整个呼吸道都存在着感受器，它们是分布在黏膜上皮的迷走传入神经末梢，受到机械或化学刺激时，引起防御性呼吸反射，以清除刺激物，避免其进入肺泡。

1. 咳嗽反射 是常见的重要防御反射。它的感受器位于喉、气管和支气管的黏膜。大支气管以上部位的感受器对机械刺激敏感，支气管以下部位的对化学刺激敏感。传入冲动经迷走神经传入延髓，触发一系列协调的反射效应，引起咳嗽反射。咳嗽时，先是短促或深吸气，接着声门紧闭，呼气肌强烈收缩，肺内压和胸膜腔内压急速上升，然后声门突然打开，由于肺内压极大，气体便以极高的速度从肺内冲出，将呼吸道内异物或分泌物排出。

2. 喷嚏反射 刺激作用于鼻黏膜感受器，经三叉神经传入反射性地引起腭垂下降，舌压向软腭，气体从鼻腔喷出，以清除鼻腔刺激物。

虽然咳嗽的基本机制是一种防御性呼吸反射，但病理性咳嗽是有害的。关于呼吸系统的解剖结构，见图 1-1。

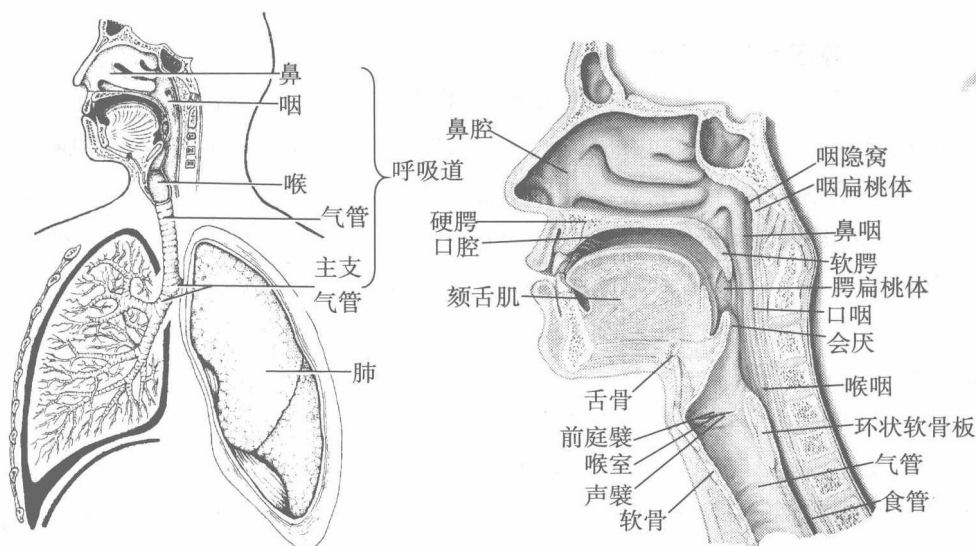


图 1-1 呼吸系统解剖结构与位置

二、呼吸病概要

呼吸系统在人体的各系统中与外界环境接触最频繁，接触面积很大。成人静息状态下，每日约有 12 000L 气体进出呼吸道，有 3 亿~7.5 亿肺泡（总面积约 100m^2 ）与肺毛细血管进行气体交换。机体从外界环境中吸取氧，并将二氧化碳排至体外。在这过程中，外环境中的有机和无机粉尘，包括各种微生物、异性蛋白过敏原及有害气体等，均可进入呼吸道和肺部引起疾病。此外，肺与全身各器官的血液及淋巴循环相通，所以其他部位的病变也可以到达肺，引起肺部病变，反之，肺的病变也能引起肺外病变。

近年大气污染、吸烟、人口老龄化及其他因素，使呼吸系统疾病发病率增加。有资料显示，呼吸系统疾病约占内科疾病的 1/4。根据我国 1998 年死亡原因调查，呼吸系统疾病（不包括肺癌）在城市的病死率占第四位（占死亡总数的 14.08%），而在农村则占第一位（占死亡总数的 24.26%）。这就需要广大医务工作者和全社会的努力，做好呼吸系统疾病的防治工作。

(一) 呼吸系统常见病因

1. 感染 这是呼吸系统疾病最常见的病因，其中以细菌感染最为常见，此外还有病毒、支原体、衣原体、真菌及原虫等病原体。解放后肺部感染性疾病尤其是结核病的发生率和病死率已显著下降，肺部炎症的致病菌也有了很大变化。近 20 年来，肺炎球菌感染的比率不断下降，而阴性杆菌感染所占比例日益增加，厌氧菌引起的肺部感染性疾病也较为常见，各类细菌中的耐药菌株也在迅速增加。还发现了一些新的引起呼吸系统感染的病原体，如军团杆菌、卡氏肺孢子虫、肺炎衣原体等。

2. 变态反应 I ~ IV 型变态反应，均可引起肺部疾病。I 型变态反应即速发型变态反应，常见于支气管哮喘；II 型变态反应即细胞毒反应，见于肺出血-肾炎综合征；III 型变态反应即免疫复合物反应，见于外源性过敏性肺炎；IV 型变态反应即迟发型变态反应，其典型代表是结核菌素试验，也见于其他病原体感染、肿瘤免疫和器官移植的排异反应。

3. 理化因素 呼吸系统疾病的增加，与空气污染、吸烟、粉尘等吸入密切相关。资料证明，空气中烟尘和二氧化硫超过 $1\,000\mu\text{g}/\text{m}^3$ 时，慢性支气管急性发作明显增多；其他粉尘如二氧化硅、煤尘、棉尘等可刺激支气管黏膜，降低和损害肺清除和其防御功能。工业发达国家的肺癌发生率较工业落后国家高，说明与工业废气中致癌物质污染大气有关。吸烟与慢性支气管炎和肺癌密切相关，吸烟者慢性支气管炎发病率较非吸烟者高 2 倍以上，肺癌发病率高 4 倍以上。

4. 肿瘤 原发性支气管肺癌为最常见的恶性肿瘤，近半个世纪来，其发病率和病死率不断上升，约相隔 15 年增加 1 倍。虽已证明肺癌发生与吸烟有关，但真正发病机制尚不清楚。肺部转移癌也较常见，常来自泌尿生殖系统、胃、肠、肝、乳腺、肾上腺、骨等组织器官。肺部的良性肿瘤较少见。

5. 全身疾病的肺部表现 不少全身性疾病，如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎等风湿性疾病可累及肺部；多种疾病，如休克、严重感染等，可导致急性呼吸窘迫综合征 (ARDS)；心源性和许多非心源性原因可引起肺水肿；白血病、淋巴瘤等均可引起肺部损害。

6. 其他 某些原因和发病机制不明的肺部疾病，如肺部肉芽肿、弥漫性间质性肺纤维化、肺泡蛋白质沉积症、肺泡微石症等。

（二）临床表现与诊断

呼吸系统疾病与其他系统疾病一样，详细的病史和体格检查是诊断的基础。X线检查对于呼吸系统疾病的诊断具有非常重要的作用。此外应结合常规化验和其他检查，进行全面而综合分析，力求作出病因、解剖、病理和功能的诊断。

1. 病史 了解是否有肺部毒性物质的接触史，如有无各种有机和无机粉尘、发霉干草、空调机等接触史；询问吸烟史、生吃螃蟹或刺蛄史；有无使用可致肺部病变的药物史，如博来霉素、胺碘酮可致肺纤维化， β -肾上腺素能阻断药可致支气管痉挛，氨基糖苷类抗生素可引起呼吸肌肌力降低等；支气管哮喘、肺泡微石症等可有家族史。

2. 常见症状 呼吸系统的常见症状有咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难和胸痛等。这些症状虽无特异性，但仍各有特点，通过仔细询问和分析可作为诊断的重要线索。

（1）咳嗽：急起干咳常为上呼吸道炎症，伴有发热、声嘶者，常为急性病毒性咽、喉、气管和支气管炎；缓起的刺激性咳嗽可能为支气管阻塞、狭窄；慢性支气管炎引起的咳嗽，多在寒冷季节发作，气候转暖后缓解；体位改变时咳嗽加剧，常见于肺脓肿和支气管扩张；高音调的咳嗽，常为肿瘤阻塞支气管；夜间阵发性咳嗽多见于左心衰竭。

（2）咳痰：分析痰的性状、数量、气味、颜色及其伴随症状，对诊断有一定帮助。慢性支气管炎病人，咳白色泡沫痰或黏液痰，急性感染时为脓性痰；肺脓肿和支气管扩张者，常咳大量脓性泡沫痰；急起发热，咳嗽，铁锈色痰，为肺炎球菌肺炎的特征；肺水肿时咳粉红色泡沫痰；肺阿米巴病时痰呈咖啡色；肺吸虫病人痰呈果酱色；咳棕红色胶冻状痰提示克雷伯杆菌感染；臭痰提示某些厌氧菌感染；畏寒、发热，数日后咳出大量脓臭痰，多为原发性肺脓肿；年龄在40岁以上，长期吸烟者，出现刺激性咳嗽、血痰、胸痛时，应注意支气管肺癌的可能；痰量增减，分别反映感染加剧和缓解，但是，痰量突然减少，且体温升高者，可能为支气管引流不畅。

（3）咯血：常见病因是肺结核、支气管扩张、肺脓肿、支气管肺癌和支气管炎。分析咯血量、次数、血的性状、伴随症状等有助于诊断。支气管扩张、肺结核空洞和慢性肺脓肿常是大量咯血的原因；肺结核、支气管肺癌、

支气管炎以血痰和少量咯血多见；初次咯血者，老年人以支气管肺癌多见，青壮年以肺结核多见；自幼反复咯血多为支气管扩张；咳脓血痰者见于支气管扩张和肺脓肿；咯血伴胸痛见于肺炎、肺癌和肺栓塞。

（4）呼吸困难：急起的呼吸困难伴有胸痛，常为气胸、胸腔积液、肺炎或肺栓塞；左心衰竭时常出现夜间阵发性呼吸困难；慢性进行性呼吸困难，常见于慢性阻塞性肺疾病、弥漫性间质性肺纤维化等疾病；支气管哮喘为反复发作性呼气性呼吸困难，伴双肺哮鸣音；喉头水肿、喉炎及支气管炎症水肿、肿瘤和异物等引起的上气道狭窄可出现吸气性呼吸困难，严重时伴有三凹征。

（5）胸痛：肺和脏层胸膜对痛觉不敏感，炎症等病变累及壁层胸膜时，发生胸痛。胸痛伴高热和呼吸困难，多为肺炎或胸膜炎；肺癌侵及胸膜和肋骨以及胸膜间皮瘤病人，出现固定部位的持续性隐痛，进行性加剧，乃至刀割样痛；突然出现的胸痛、气急有可能为自发性气胸；胸痛还可由非呼吸系统疾病引起，如心脏、纵隔、食管、膈和腹腔等疾病均可引起胸痛。

3. 体征 根据病变的范围、性质、部位不同，胸部疾病的体征可完全正常或明显异常。气管、支气管病变，以干、湿性啰音为主；肺部炎症有呼吸音性质、音调、强度等变化，如肺炎出现吸气时小水泡音，大片炎症呈肺实变体征；胸腔积液、气胸和肺不张均有相应的肺部体征，还可伴有气管移位。

肺部疾病还可有肺外表现，如颈部或锁骨上淋巴结肿大、杵状指（趾），某些支气管肺癌病人可有肺性骨关节病，还可能有异位内分泌等的类癌综合征。

（三）实验室和辅助检查

1. 血液常规检查 许多呼吸系统感染性疾病，周围血白细胞总数和中性粒细胞百分比增加，有时胞浆内可有中毒性颗粒。嗜酸性粒细胞增多，提示有过敏性因素或寄生虫感染。

2. 影像学检查

（1）X线检查：胸部透视，可观察到被心膈掩盖的病变，并能观察膈、心血管活动情况；后前位和侧位胸片，可显示病变所在的肺叶肺段；前弓位胸片可显示第一肋骨和锁骨后病变；高电压、体层摄影和CT扫描，能进一步明确病变部位、性质、病灶内部结构，以及有关气管支气管的通畅程度；支气管造影可显示支气管腔壁的情况；支气管动脉造影可诊断咯血和灌注

化疗。

(2) 超声检查：对胸腔积液（包括包裹性积液）诊断灵敏，还可定位，指导穿刺，对肺表面和胸膜的某些实质性病变，超声引导下穿刺，其标本可获病理学、细胞学或病原学诊断。

(3) 磁共振（MRI）检查：对纵隔疾病、肺门淋巴结肿大和肺动脉栓塞有较大诊断价值。

3. 纤维支气管镜 纤维支气管检查和支气管肺泡灌洗纤维支气管镜可观察到全部1~4级、大部分5级和部分6级支气管，可明视下活检、刷检、针吸、抽吸、照相、录像等。对肺周边性和弥漫性病变可经纤维支气管镜肺活检，还可通过纤维支气管镜取小异物，治疗咯血，以局部注药、高频电刀、激光、微波等方法治疗肿瘤。通过纤维支气管镜行支气管肺泡灌洗，其灌洗液可作细胞分类计数，行微生物学、细胞学、生物化学、免疫学、酶学和分子生物学等多种检查，以利病原学和病理学诊断。

4. 肺和胸膜活组织检查 在活体上取肺、胸膜组织供病理学检查，是诊断肺周边肿块、弥漫性肺病和胸膜病变的重要方法。通常，经纤维支气管镜或经皮肺穿刺进行肺活检，也可局限性剖胸肺活检，对于弥漫性肺病和脏层胸膜下肿块，亦可经胸腔镜肺活检。胸膜活检一般用钝头钩针进行，也可在超声波、X线或CT引导下穿刺，或胸腔镜下直视活检。

5. 胸腔镜和纵隔镜检查 经肋间隙插入胸腔镜检查，对原因不明的胸腔积液，反复发作的气胸有诊断价值，还可用于肺表面和胸膜病变的活检，胸膜腔内异物摘除和烧灼止血等。纵隔镜用于纵隔内肿块及淋巴结肿大的诊断，还可行囊肿摘除、脓肿切开等。近年来，由于CT和MRI的应用，纵隔镜有被取代之势。

6. 细菌学检查 痰涂片革兰染色镜检，发现优势菌，特别是细胞内细菌，有诊断价值，查结核杆菌宜厚涂片抗酸染色镜检。痰液、胸液可作多种培养以确定病原菌。咳痰常被口腔和上呼吸道内长存菌污染，定量培养较好；痰涂片在低倍镜视野里上皮细胞 <10 个，白细胞 >25 个为相对污染少的标本，定量培养菌量 $\geq 10^7$ cfu/ml可判断为致病菌。最好经环甲膜穿刺气管吸引，或经纤维支气管镜保护性毛刷取样，或经皮肺穿刺等，直接由下呼吸道取分泌物培养。