中西醫協作治療支氣管哮喘的病例分析

Integrated Chinese-Western medicine treatment for asthma: a case analysis

薛 亮[1] 盧盈丰[2] 陳海勇[3] *XUE Liang, LO Yingfung Jenny, CHEN Haiyong*

（1. 香港防癆會-香港大學中醫診所暨教研中心灣仔區，2.律敦治醫院胸肺內科，3.香港大學中醫藥學院）

[摘要] 支氣管哮喘是一種常見的氣道慢性炎症性疾病。常用藥物包括急性期藥物及長期控制藥物，這些藥物均由於具有一些副作用，對重度哮喘的長期治療存在挑戰。中醫對哮喘病的病機有獨特的認識，並創製出不少臨床療效顯著的名方及特色療法，值得推廣與發揚。香港自2014年開展中西醫協作計劃以來，逐步擴展病種範圍，2024年6月推廣至呼吸科。本文以中西醫協作治療哮喘的病案一例，初步探討中西醫協作治療該病的思路，以期為本港後續開展中西醫協作治療該病提供借鑑。

[關鍵詞] 哮喘；中西醫協作；中醫藥；個案報導

支氣管哮喘（簡稱「哮喘」；Asthma）是一種氣道慢性炎性、高度異質性、多基因遺傳性疾病[1]。常見的臨床表現為哮鳴、呼吸困難、胸悶、氣喘等可逆性的氣道受阻。哮喘在全球範圍的發病率差異較大，近年香港地區兒童發病率超過10%[2]，成人的發病率約為5%[3]。目前西藥治療哮喘主要分為兩大類：(1)快速緩解型藥物，包括吸入性短效乙型促效劑、吸入性抗毒蕈鹼藥、全身性皮質類固醇、黃嘌呤靜脈注射；(2)長期控制型藥物：吸入性皮質類固醇、長效乙類促效劑、白三烯抑制劑、黃嘌呤。治療的目的是抑制呼吸道腫脹及減低呼吸道的炎症和阻力，保持氣流通暢。但這些藥物均有不同程度的副作用，如手震、心悸、消化道症狀、精神不良反應等。

中醫對哮喘的認識最可早見於《黃帝內經》，有許多症狀、病因病機的相關記載[4]。《金匱要略》明確指出了哮病的臨床表現，並創制小青龍湯、射干麻黃湯等多首有效方劑[5]。《丹溪心法》首將哮喘作為獨立病名。中醫認為哮病的病理基礎為宿痰伏肺，每因外邪、飲食、情志、勞倦等誘因引動而觸發，以致痰壅氣道，肺氣宣降功能失常。臨床常遵循丹溪之法「未發以扶正氣為主，既發以攻邪為急」為治療原則[6]，即在疾病緩解期和發作期分別採用不同的治療，頗具特色。但由於哮喘起病急，容易出現呼吸困難等急危重症，中西醫協作（Integrated Chinese-Western Medicine; ICWM）治療可發揮更大效用。

香港醫院管理局於2014年起分階段推行ICWM項目，充分發揮中醫藥及中西醫協同治療的優勢，為病人提供合適的治療選擇。筆者於2024年10月起主理律敦治醫院呼吸科的中西醫協作工作，本文以中西醫協作治療哮喘的病案一例，初步探討中西醫協作治療該病的思路，以期為本港後續開展中西醫協作治療該病提供借鑑。

1 病例分析

（初診）患者女性，87歲。2024年12月28日因受涼後出現咳嗽咯痰伴氣喘，收治入律敦治醫院胸肺內科病房，予以氫化可的松（Hydrocortisone）解痙平喘、阿莫西林克拉維酸鉀（Amoxicillin Clavulanate）抗感染、奧司他韋（Oseltamivir）抗病毒，萬托林（VENTOLIN）、信必可（VANNAIR）舒張氣道，經治療氣喘基本緩解。2025年1月2日經中西醫評估後納入ICWM項目，症見精神倦怠，咳嗽咯痰，痰色白質黏稠，呈拉絲狀，胃口欠佳，偶上腹隱痛，二便尚調，夜可入眠。舌暗紅，苔白黏膩，根部偏淡黃，左脈細滑，右脈弦細。查體：形體偏瘦，刻下未聞及哮鳴音，咳嗽伴有痰濁音，上唇周圍片狀紅色皰疹。輔助檢查：血壓153/88mmHg，心率87/分，指氧飽和度：98%，體溫36.5℃；（28/12/2024）CPR：24.9 mg/L；（29/12/2024 ）Influenza A virus RNA, RT-PCR 甲型流感（+）；（30/12/2024）胸片可見肺部紋理增粗（RLZ）；痰培養AFB（分枝桿菌耐酸性染色檢驗）未見異常；痰細胞學檢查未見惡性細胞；哮喘控制指數評分：15/25。西醫診斷：哮喘發作、肺部感染、流感。中醫診斷：哮喘病（痰濁蘊肺證），治以化痰降濁平喘，遣方如下：

香港注册中醫學會版權所有 Copyright HKCCM All Rights Reserved

陳皮5g，法半夏9g，茯苓12g，白朮12g，紫蘇子9g，炒萊菔子6g，白芥子3g，桑白皮9g，全瓜蔞12g，桔梗9g，前胡6g，生甘草5g，4劑顆粒劑。飯後服用，同西藥分開1個小時。

按：患者因外感流感引動伏痰，導致哮喘急性發作，西醫以平喘、抗病毒、抗感染為治法，有效緩解了患者的呼吸困難。中醫從「痰」的角度出發，認為「伏痰」遇感引觸，痰隨氣升，氣因痰阻，肺氣宣降失常，故見咳嗽咯痰；患者年高體弱，脾虛不能化水穀，故見精神倦怠、胃口欠佳；舌苔白略淡黃黏膩，脈偏細，均提示痰濁脾虛，方用二陳湯合三子養親湯加減化痰平喘。方中陳皮健脾化痰，法半夏燥濕化痰，茯苓、白朮健脾滲濕，紫蘇子、炒萊菔子降氣化痰，白介子溫肺化痰，桑白皮瀉肺平喘，全瓜蔞清熱化痰寬胸，桔梗宣肺化痰，前胡下氣消痰，生甘草調和諸藥。

（二診）2025年1月4日：患者氣喘暫無，咳嗽咯痰均減少，痰色淡黃質稀夾泡沫，精神轉佳，胃納正常，上腹隱痛暫無，二便尚調，夜可入眠。查體：刻下未聞及哮鳴音，咳嗽音清，上唇周圍片狀皰疹減少，色淡紅。輔助檢查：血壓108/67mmHg，心率80/分，指氧飽和度：98%，體溫36.6℃；（4/1 /2025） CPR：1.4 mg/L；（3/1/2025）胸片可見肺部紋理較前減少（RLZ）。西醫診斷：哮喘發作、肺部感染、流感。中醫診斷：哮喘病（風痰證），治以祛風化痰，遣方如下：

陳皮5g，法半夏9克g，茯苓12g，白朮12g，紫蘇子9g，炒萊菔子6g，桑白皮9g，全瓜蔞12g，桔梗9g，黃芩6g，防風6g，甘草5g，4劑顆粒劑。飯後服用，同西藥分開1個小時。

按：患者經中西醫治療後，氣喘已紓緩，精神及胃口已正常，咳嗽咯痰仍存，痰色淡黃質稀夾泡沫提示夾熱夾風，故在上方基礎上稍作調整，去白芥子、前胡，加黃芩清熱瀉火，防風祛風勝濕。

（出院總結）2025年1月7日：患者無氣喘，偶咳嗽，咯痰減少，痰色白質稀，精神尚可，胃納正常，二便尚調，夜可入眠。查體：刻下未聞及哮鳴音。當日經西醫評估後，考慮病情穩定，予以出院，囑患者出院後可以繼續服用剩餘中藥。平日需要注意保暖，飲食清淡，忌肥甘油膩、辛辣甘甜，防止生痰生火。

2 總結與討論

從西醫角度，哮喘是一種異質性疾病，其發生與多種炎症細胞和炎症因子的異常產生和釋放有關[7]。導致哮喘的急性發作的因素，包括病毒感染、居家或者職業場所中的過敏原、吸煙、壓力和藥物等[1]，例如本案中流感為本次哮喘發作的誘發因素。根據《全球哮喘防治的創議》（簡稱GINA方案），西醫治療方案主要使用階梯式用藥方案，單一或混合使用控制型和緩解型藥物治療，這些藥物能顯著改善喘的症狀，但亦常存在不同程度的副作用，影響患者的依從性[8-11]。另一難點是重型哮喘的治療。根據統計，嚴重型哮喘約佔所有哮喘病人的5~10%左右[12]，因其具有明顯的異質性和複雜的病理生理特點，導致臨床控制水平差、反覆急性發作，嚴重影響患者生活質量，亦是住院病房常見的哮喘類型。

從中醫角度，治療哮喘「專主於痰」。廣義的痰，主要由於外邪侵襲、飲食不當、稟賦失調、病後體虛等多種原因，導致人體津液代謝失常，凝聚而成，伏痰於內。例如本案中患者受外邪侵襲引動「伏痰」而發病。狹義的痰是指痰液，中醫常根據哮喘患者的痰液及舌脈辨不同類型的證[13]。如痰液白夾泡沫，形寒怕冷，苔白脈緊，多屬冷哮；如痰液黃膿稠，身熱面赤，多屬熱痰；如痰液黃白相兼，苔白罩黃，脈弦緊，多屬寒包熱哮；如哮喘痰涎壅盛，寒熱傾向不明顯，苔厚濁，多屬痰哮。在臨床上，以上各類型常相互轉化或兼存。例如本案患者初診可見痰色白質黏稠，呈拉絲狀，舌暗紅，苔白黏膩，根部偏淡黃，左脈細滑，右脈弦細，辨為痰濁蘊肺證；二診時痰液性質發生變化，痰色由白轉淡黃，質地由稠轉稀夾泡沫，故辨為風痰夾熱證。

中醫治療方面以「發時治標，平時治本」為基本原則。發作期祛邪治標，寒痰當溫化宣肺，熱痰當清化肅肺，寒熱錯雜當溫清並施。緩解期應扶本治本，採用補肺、健脾、益腎，目的是減少復發。綜合多地區的專家共識及指南[14-16]，在發作期，冷哮常治以宣肺散寒、化痰平喘，方用射干麻黃湯、小青龍湯；熱哮常治以清熱宣肺、化痰定喘，方用定喘湯；寒包熱哮常治以解表散寒、清化痰熱，方用小青龍加石膏湯；風痰哮常治以滌痰利竅、降氣平喘，方用三子養親湯。在緩解期，常用六君子湯健脾益氣、金水六君煎、金匱腎氣丸補肺益腎。但臨証所見，發時未必皆實，故不盡攻邪，緩解期未必皆虛，亦非全恃扶正[17]。總之哮喘在各階段均應該結合患者服用西藥

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

后的臨床表現，分清標本緩急，隨證施治，隨証治之。如本案患者入院後透過全身性皮質類固醇治療，已有效改善氣喘、呼吸困難的症狀，故以祛痰補脾為治療原則，選用二陳湯合三子養親湯加減。藥理研究顯示，白芥子、紫蘇子、桑白皮提取物具有良好的祛痰、鎮咳的作用[18-20]，厚朴提取物可減輕氣道旁的炎性細胞浸潤[21]，地龍對抑制哮喘氣道重構由一定抑制作用[22]。

目前中西醫協作日益普遍，中西藥相互作用亦值得關注。外源性皮質醇激素類似於中藥的純陽壯熱之品，因壯火食氣，燥熱傷陰，肺氣陰兩傷，最易導致虛火痰熱之候[16]。抗生素則類似於中醫的清熱解毒藥，易傷脾陽，導致脾虛痰濕之證[23]。故在治療中應注重益氣養陰及健脾祛濕，這樣的思路在病房的ICWM項目中，亦值得嘗試。鑑於中西醫在治療此疾病上各有優勢，結合目前香港的ICWM模式，在患者住院治療期間，可考慮急性期西藥紓緩呼吸困難症狀，同時使用中藥紓緩其他症狀和減少不良反應；待患者出院後或對於日常患者，亦可在基層醫療中，推廣中西醫協同治療模式，減少急性哮喘的發作次數，提高患者的生存質量。同時，治療過程中可使用各類通用量表及肺功能測試評估療效。此外，隨着ICWM服務的進一步擴展，還可在疾病的不同階段引入其他中醫特色治療，如穴位針灸[24]、穴位敷貼[25]、穴位埋線[26]、導引[27]，目的是提高治療效果，令患者得到適切的醫療服務。

總之中西醫協作治療支氣管哮喘有較強的優勢，值得在病房和基層醫療體系中推廣應用。

參考文獻：

[1] Global Initiative for Asthma. 2024 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management.

[2] Cheng JWCH, Tsang YP, Lam YY, Chu AKY, Ng CSY, Chan CHY, Fung YL, Chau PSY, Luk DCK. Prevalence and severity of asthma among school children in Hong Kong. Hong Kong Med J. 2024 Oct;30(5):371-379.

[3] Kwok WC, Tam TCC, Sing CW, Chan EWY, Cheung CL. Validation of Diagnostic Coding for Asthma in an Electronic Health Record System in Hong Kong. J Asthma Allergy. 2023 Mar 27;16:315-321.

[4] 蔡彥,陳創榮,鐘亮環,等.淺析《黃帝內經》哮喘發病思想[J].中國中醫急癥,2014,23(9):1670-1671.

[5] 甘慧娟,黃海. 仲景治療支氣管哮喘方論[J].中醫藥導報,2006,12(11):22-24.

[6] 趙東凱,李若南,劉俊楠,等.從《丹溪心法》淺析哮喘[J]. 長春中醫藥大學學報,2023,39(6):602-605.

[7] 中國醫藥教育協會慢性氣道疾病專業委員會,中國氣喘聯盟.重度氣喘診斷與處理中國專家共識（2024）[J]. 中華醫學雜誌,2024,104(20):1759-1789.

[8] 施煥中，陳一強.吸入皮質醇激素治療支氣管氣喘的副作用.中華內科雜誌，2001，40(07):493-495.

[9] Papi A, Brightling C, Pedersen SE, Reddel HK. Asthma. Lancet. 2018 Feb 24;391(10122):783-800.

[10] Marques L, Vale N. Salbutamol in the Management of Asthma: A Review. Int J Mol Sci. 2022 Nov 17;23(22):14207.

[11] Singh D, Garcia G, Maneechotesuwan K, Daley-Yates P, Irusen E, Aggarwal B, Boucot I, Berend N. New Versus Old: The Impact of Changing Patterns of Inhaled Corticosteroid Prescribing and Dosing Regimens in Asthma Management. Adv Ther. 2022 May;39(5):1895-1914.

[12] "International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma." Kian Fan Chung, Sally E. Wenzel, Jan L. Brozek, et al. Eur Respir J 2014; 43: 343-373. Eur Respir J. 2022 Jun 9;59(6):1362020.

[13] 中華中醫藥學會肺系病專業委員會,中國民族醫藥學會肺病分會.支氣管哮喘中醫證候診斷標準(2016版)[J]. 中醫雜誌,2016,57(22):1978-1980.

[14] 中華中醫藥學會肺系病分會.支氣管哮喘中醫診療專家共識(2012) [J]. 中醫雜誌，2013,54(7) : 627-629.

[15] 中華中醫藥學會荷爾蒙依賴性氣喘中醫診療指引計畫小組,崔紅生.荷爾蒙依賴性氣喘中醫診療指南(2023)[J].中醫期刊,2024,65(8):870-876.

[16] 中華中醫藥學會激素依賴性哮喘中醫診療指南項目組,崔紅生.激素依賴性哮喘中醫診療指南(2023)[J].中醫雜志,2024,65(8):870-876.

[17] 周仲瑛.哮喘雜談[J]. 中國中醫藥信息雜志,2000,7(8):1-3,7.

[18] 張學梅,劉凡亮,梁文波,等.白芥子提取物的鎮咳、祛痰及平喘作用研究[J]. 中草藥,2003,34(7):635-637.

[19] 王永奇,邢福有,劉凡亮,等.紫苏子镇咳、祛痰、平喘作用的药理研究[J]. 中南药学,2003,1(3):135-138.

[20] 馮冰虹,蘇浩沖,楊俊傑.桑白皮丙酮提取物對呼吸系統的藥理作用[J]. 廣東藥學院學報,2005,21(1):47-49.

[21] 秦超,戴曦,楊小瓊,等.和厚朴酚對哮喘小鼠肺組織炎癥反應的幹預作用及其機制[J]. 吉林大學學報（醫學版）,2020,46(2):214-220,封2.

[22] 王莉,劉毅,王芬,等. 地龍對哮喘模型小鼠肺組織α-SMA及纖維蛋白的抑制作用[J].中國病理生理雜志,2009,25(10):1964-1968.

[23] 楊曉寰.抗生素致濕阻的中醫病機探討[J]. 河北中醫,2010,32(4):585-586.

[24] 焦玥,吳中朝,周文娜,等.《循證針灸臨床實踐指南:成人支氣管哮喘》解讀[J].中國針灸,2016,36(5):529-531.

[25] 陸偉珍.中藥穴位敷貼對哮喘病人細胞因子IL-4 IL-10及IL-13的影響[J]. 遼寧中醫雜誌,2007,34(2):129-130.

[26] 劉莎,王金成,王亞麗.穴位埋線聯合布地奈德吸入治療慢性持續期支氣管哮喘的療效及安全性觀察[J]. 山東醫藥,2023,63(5):63-66.

[27] 吳國英,代金剛,袁冰.中醫導引術在哮喘緩解期的運用進展及思路[J]. 光明中醫,2021,36(24):4274-4277.

Abstract: Asthma is a prevalent chronic inflammatory disease affecting the airways. Currently pharmacological treatments consist of medications for acute symptoms and long-term management. However, these medications often come with unpleasant side effects, posing challenges for severe asthma treatments. Traditional Chinese Medicine (TCM) has a unique understanding on the pathogenesis of asthma and has used it to create many famous treatment prescriptions and special

香港醫學會版權所有 All Rights Reserved

therapies, consequently developing many famous TCM prescriptions and specific therapies. In Hong Kong, the Hospital Authority (HA) has been implementing the Integrated Chinese-Western Medicine (ICWM) pilot program since 2014. This report presents a case study with ICWM treatment for asthma, highlighting potential of integrated treatments by enhancing asthma treatment and advancing ICWM practices in Hong Kong.

Keywords: Asthma, Integrated Chinese-Western Medicine, ICWM, case report

（編委：董爽審校2025.04.10）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved