

過敏性呼吸道疾病中西醫療法現況

文/中西合作醫療中心 白蕙菁 醫師

一、疾病簡介

台灣過敏性疾病逐年增加。過敏性鼻炎和氣喘可以視為同一個疾病。有氣喘的病人中同時伴有過敏性鼻炎的大概有 78 %，而在普通人群裡大約只有 15 % 左右。在有過敏性鼻炎的患者中伴有支氣管氣喘的有 38 %，而在普通人群中只有 2 % – 5 %。

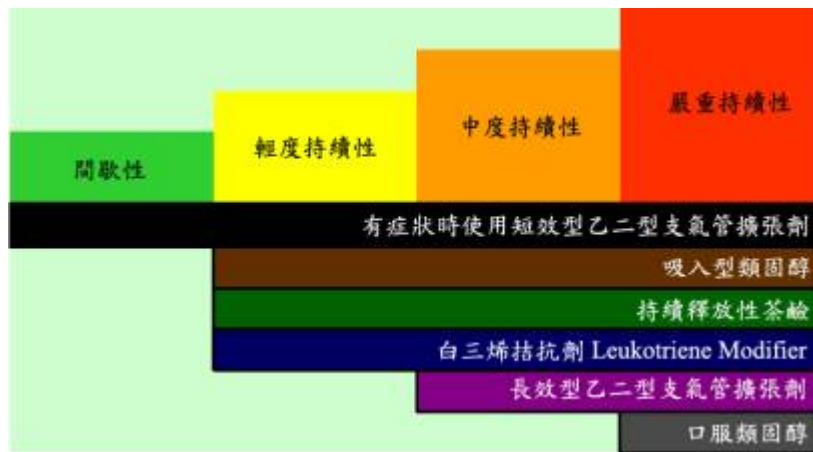
二、治療原則

過敏性疾病的治療往往是長期抗戰，因此，首要原則是 **認識疾病**，讓病人和醫師成為合夥關係，共同參與預防以及治療。其次為 **評估疾病的嚴重度**；治療上 **避免過敏原** 是治療的第一步，也是最重要的，其次是症狀和藥物治療，治療上採 **階梯式治療**，若是治療效果依然不好，可以採取 **免疫療法**。

階梯式治療法（根據過敏性鼻炎治療 ARIA 準則，氣喘治療 GINA 準則）

過敏性鼻炎

氣喘



- 控制過敏原 以及危險因子：

在台灣，對塵蹣過敏的患者最多，佔 68.59 %。塵蹣喜好在溫暖潮濕的環境，例如床墊、枕頭、棉被及地毯等。可用防蹣床罩或加強清洗。危險因子包括一些污染物：其中香煙是主要的污染源。

- 藥物治療

A. 抗組織胺 (Antihistamines)

因為第一代抗組織胺嗜睡和黏膜乾燥等副作用多。第二代也就是非嗜睡型的是目前第一線用藥。

B. 去充血劑 (decongestant)

可減少鼻組織的腫脹，能迅速解除症狀，但若是使用不當，反而會使腫脹症狀更嚴重。

C. 肥大細胞穩定劑 (Cromolyn sodium and sodium nedocromil)

可用於預防過敏性鼻炎，但在過敏性鼻炎已經發作後效果較差，一天用三次到四次，比較麻煩。但是幾乎沒有副作用。

D. 類固醇 (Glucocorticoids)

適用於所有種類的過敏疾病，主要在於它抗發炎的效果。目前有多種用法。

吸入型類固醇：為治療哮喘的第一線藥物。但是因為使用後效果不會馬上出現，所以對急性嚴重的病人，應給予支氣管擴張劑再加上短暫的口服或靜脈注射的類固醇。

口服的類固醇：當需要高劑量吸入類固醇且症狀控制不良的病人，可合併使用。

靜注類固醇：急性重度哮喘發作時，可以使用，效果通常在 1 到 2 小時後出現。

副作用：有些病人會出現口腔念珠菌增生，約 15 %，因此，在吸入類固醇後，需澈底漱口吐出。此外也有少數病人（約 5 %）因喉肌病變而出現沙啞聲，這些副作用都會在停藥後消失。吸入類固醇全身性副作用極少，不會傷害支氣管粘膜也不會增加肺部感染之機率。

E. 支氣短擴張劑（ bronchodilator ）

主要分爲三種： 乙二型 受器交感神經作用藥 劑 ， 茶鹼和 抗副交感神經用藥 。

乙二型（ $\beta 2$ 型 ） 受器交感神經作用藥 劑

短效型 吸入乙二型交感神經刺激劑是目前治療哮喘急性發作的主流，用於症狀緩解；長時間規則使用短效吸入型製劑可以產生藥效減退（ tachyphylaxis ），因此短效型是視病情需要時才使用。過度依賴這藥物可能是死亡率增加的原因之一。

長效型乙二型交感神經刺激劑混合類固醇的吸入劑 能夠顯著地降低夜間哮喘的發生率，減少急性發作和住院次數，常用於長期控制。

去年（ 2005 年）十一月中旬美國食品和藥物管理局對三種吸入型氣喘藥物發出警告，稱經常使用可能導致氣喘惡化甚至死亡，而 這三種吸入劑中都含有 長效型的乙二型交感神經刺激劑 。因此引起了宣然大波，這個研究（ SMART ）在 2003 年已經結束，研究主要在評估某一吸入型乙二型交感神經刺激劑的安全性。在 13 個死亡病例中，非裔美州人（黑人）佔大多數；在氣喘的控制上，病人的教育，對發作時的警覺性以及配合治療的程度是重要的因素。在美國大多數白人擁有較高的 社經地位，以及知識水準，對疾病的認知和控制較爲重視。因此，這樣的研究結果是因爲藥物本身、因爲種族不同、或是因爲氣喘的控制好不好造成死亡病例的差別，其實仍沒有定論。因此，適當使用藥物才是最重要的，若是因爲害怕而拒絕使用吸入型長效交感神經製劑，讓氣喘嚴重發作，反而導至死亡。

茶鹼（ xanthines ）

在夜間哮喘、長期慢性哮喘有療效。但是安全範圍很窄，所以副作用容易發生，包括噁心、嘔吐、胃灼熱感、心律不整、焦慮、煩燥不安、手顫抖、失眠等 等。

抗副交感神經用藥（ Anticholinergic agents ）

是有效鼻炎局部治療藥物，可以抑制腺體分泌；也有擴張之氣管的功效 ，但是效果略遜於乙二型交感神經刺激劑。

F. 白三烯拮抗劑（ Leukotriene antagonists ）

經由抑制血管擴張，以及減少發炎。對於輕到中度氣喘病人，乙二型支氣管擴張劑的需要量，惡化的機率都有減少。

G.手術治療

過敏性鼻炎原則上以藥物治療為主。若藥物效果不佳才考慮輔以手術來治療其症狀或併發症。如鼻甲肥大，鼻竇炎。

- 減敏療法－去敏感化（ Allergen immunotherapy--desensitization ）

以漸進的方式將該過敏原注射入 皮下 ，使之產生忍受力的方法。

1. 適應症： 使用在嚴重過敏性鼻炎，對治療反應不好或查不出過敏原的病人身上。會降低症狀及需要的藥物，小孩子則可以減少將來發展為氣喘的危險性。對氣喘的效果則是有 爭論的，而在異位性皮膚炎則沒有價值。
2. 臨床效果： 有一小部分人治療後可以完全沒有症狀，大部分可以減輕症狀和減少藥物使用。 一般而言，開始治療後 6 個月症狀可得到緩解。 通常需要三到五年的時間。
3. 副作用： 要特別注意過敏休克。必需要備有急救設備在旁邊。

三、中西藥治療

中醫的鼻鼈可相對應於西醫所謂之過敏性鼻炎。

A. 過敏性鼻炎：鼻鼈

其致病之原因多為臟腑功能失調，外在感受風寒，異氣邪侵所致。治療主要區分急性期和緩解期；急性期著重在祛邪；緩解期著重在於臟腑辨証，再分別按 肺、脾、腎之虛損服用不同之方劑。

在對過敏性鼻炎之證型研究上，發現在台灣過敏性鼻炎患者偏熱證者居多，有將近一半的患者，偏虛證者較少。可能和台灣潮濕的氣候，加上飲食不當有關。

偏熱證的患者，常表現持續性的發作，鼻黏膜充血，鼻塞鼻脹，口乾，舌質紅苔白，脈弦滑或數等症狀。常用方劑如辛夷清肺飲等等。

偏虛證的患者，常常表現虛弱的症狀，例如怕冷，腹瀉，容易感冒，鼻黏膜沒有水腫現象，顏色蛋白無華，舌質淡，脈濡軟等症狀，可以用四君子湯，玉屏風 散等藥物加減。

B. 氣喘：哮喘，哮喘

中醫臨床對氣喘觀察的角度是從外在環境、病體的體質著眼，體質上又可分為容易外感的肺氣虛、消化吸收功能差的脾氣虛與身體應變機能差的腎氣虛三大類 最為常見，外在環境則以氣候突變、細菌或病毒感染與直接接觸過敏原等最為常見。另外中醫經常提到像是飲食不當、生活情感的壓力、生活形態的不規律也是氣喘 誘發的常見因素。

中醫對氣喘的辯證可分為發作期與緩解期兩大類，發作期首重不喘，重點在控制症狀，常用方劑包括偏寒性的用小青龍湯，偏熱性的用麻杏石甘湯、定喘湯等 等；同時，若是症狀嚴重，支氣管擴張劑和類固醇也必需使用；緩解期則著重避免過敏原，體質的調養，可以用六君子湯，六味地黃丸等藥物加減，重點在避免復發。

四、結語

現代醫學在過敏性鼻炎和氣喘的急性發作的治療有其優越性，而最重要的是病人必須了解自己的疾病情況，學習評估嚴重性，在正確的時間使用正確的藥物，規則的追蹤；而注重體質調理的傳統醫學則有其發揮的空間，接受中西醫治療的患者，明顯的減少西藥使用的量，減少發作次數以及嚴重性；中西醫共同治療，可以增強治療之效果，減少醫療資源消耗，是目前治療過敏性疾病的新趨勢。