千金葦莖湯加減輔助治療慢性阻塞性肺疾病急性加重60例療效觀察

邱磷安 陳懷宇

（福建中醫藥大學附屬人民醫院，福建 福州 350004）

【摘要】目的：探討千金葦莖湯慢性阻塞性肺疾病急性加重患者的臨床療效。**方法：**將60例慢性阻塞性肺疾病急性加重患者隨機分為兩組，對照組30例，治療組30例，對照組採用西醫常規治療，治療組在西醫常規治療基礎上加用千金葦莖湯，療程2周，觀察治療前及治療2周後兩組患者的症狀、體徵、血氣分析、血常規、降鈣素原、胸部X線影像、肺功能等情況變化，採用SPSS 13.0軟件進行統計學分析。**結果：**治療組綜合療效優於對照組，差異有統計學意義（P<0.05）。**結論：**千金葦莖湯治療慢性阻塞性肺疾病急性加重療效可靠、副作用少，且費用低廉，值得臨床推廣應用。

【關鍵詞】千金葦莖湯　肺疾病　阻塞性　慢性 急性加重

千金葦莖湯源自唐代孫思邈《備急千金藥方》，由葦莖、薏苡仁、冬瓜仁、桃仁組成，具有清肺化痰、逐瘀排膿之功效，目前廣泛應用於治療大葉性肺炎、慢性阻塞性肺病急性加重、肺部感染、鼻竇炎等多種證屬熱毒內蘊、痰瘀互結所致的疾病。隨着抗生素的廣泛使用，大葉性肺炎的發生率明顯降低，但慢性阻塞性肺疾病的患病率極高，

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

病程遷延難癒，西醫多以抗生素、化痰藥、解痙平喘藥物治療慢性阻塞性肺病急性加重期病人，但療效一般，費用昂貴，且容易反復發作及合併二重感染。慢阻肺急性加重期患者主要表現為咳嗽、咯痰量多色黃，喘息、發熱等症狀，證屬中醫咳嗽之痰熱內蘊或夾血瘀。我科自2010年以來採用千金葦莖湯配合抗生素治療慢阻肺急性加重期患者，取得了較好療效，現總結報道如下：

1　臨床資料

1.1　一般資料：選擇符合條件的病例60例，隨機分為治療組和對照組（各30例）。治療組中男性20例，女性10例，年齡最小55歲，最大89歲，平均年齡（72.07±8.39）歲；病程最短8.5年，最長52年，平均（16.79±10.53）年；臨床分級：中型11例，重型19例。對照組中男性22例，女性8例；年齡最小54歲，最大87歲，平均年齡（71.05±7.93）歲；病程最短5年，最長30年，平均（17.20±11.25）年；臨床分級：中型13例，重型17例。兩組在性別、年齡、病程及病情嚴重程度等方面均無顯著性差異（P>0.05），具有可比性。

1.2　診斷標準

1.2.1　西醫診斷、分期及分級標準：參照2002年中華醫學會呼吸病分會制定的《慢性阻塞性肺病診治指南》中的慢性阻塞性肺病的診斷標準[1]，符合下列指標者為急性發作期：患者近期出現氣促加重，運動耐力下降，常伴有喘息、胸悶、咳嗽加劇、痰量增加、痰液顏色和（或）黏度改變以及發熱等症狀。與既往對比，肺功能、血氣分析惡化，胸部X線影像異常。

1.2.2　中醫診斷標準：參照王永炎主編的《中醫內科學》[2]中肺

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

脹病證屬痰熱鬱肺型的辨證標準執行：咳嗽痰多，色黃，喉間痰鳴，喘息不能平臥，胸部膨滿，憋悶如塞，面色灰白而暗，唇甲紫紺，舌質暗或暗紫，舌下脈絡迂曲，苔膩或濁膩，脈弦滑。

1.3　納入標準：（1）符合慢性阻塞性肺疾病急性發作期的診斷標準；（2）中醫診斷為肺脹；中醫辨證為痰熱鬱肺型；（3）年齡在50~90歲；（4）能接受治療、觀察和各項檢查者。

1.4　排除標準：（1）慢性阻塞性肺疾病緩解期患者；（2）年齡小於50歲或大於90歲；（3）對本藥物有不良反應或過敏者；（4）無法進行胃腸內營養者；（5）合併癲癇、精神病、活動性肺結核者；（6）合併嚴重心腦腎血管疾病、腫瘤，血液自身免疫系統疾病者（肺心病本身所致心、腦疾病者不包括在內）。

1.5　主症計分標準：參照中華人民共和國衛生部1995年頒佈的《中藥新藥治療慢性支氣管炎臨床研究指導原則》[3]中有關標準。主症積分：輕（+）1分，中（++）2分，重（+++）3分，無症狀或症狀消失計0分。

1.6　統計學處理：用SPSS 15.0統計軟件進行數據處理。計數資料採用卡方檢驗，等級資料採用秩和檢驗；計量資料正態分佈採用（x±s）表示，組間比較採用獨立樣本t檢驗，組內治療前後比較採用配對t檢驗。

2　治療方法：

2.1　對照組採用西醫常規治療，具體治療方案包括：（1）持續低流量吸氧；（2）多索茶硷0.3g qd靜脈滴注；萬托林2噴tid吸入，異丙托溴氨1支qd霧化；左氧氟沙星0.4g qd靜脈滴注，如感染嚴重者抗生素升級為第三代頭孢菌素類或碳希青霉素類；氨溴索30mg tid靜脈注射；喘促嚴重者可配合呼吸機無創正壓通氣治療，必要時氣管插管

香港注冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

行有創通氣治療。

2.2　治療組在此基礎上加用千金葦莖湯[4]。葦莖由蘆根替代，具體用法用量如下：蘆根30g，桃仁15g，冬瓜仁15g，薏苡仁15g組成，由福建中醫藥大學第一附屬醫院製劑室代煎，每日1劑（濃煎，每劑熬2包，每包約40ml），分2次服。2周為1療程。

3　療效觀察

3.1　療效標準：參照中華人民共和國衛生部制定的《中藥新藥臨床研究指導原則》[5]中的有關標準制定。顯效：間斷咳嗽，痰量少且易咯，兩肺偶聞囉音，心肺功能改善達2級，可做輕微活動，1年以內無急性加重；有效：陣咳、痰易咯，兩肺有散在囉音，心肺功能改善達2級，生活自理，1年內出現1-2次急性加重；無效：上述各項指標均無改善或惡化者。

3.2　觀察指標和方法（1）詳細記錄兩組患者治療前後症狀、體徵的變化。（2）治療前後血常規、降鈣素原、血氣分析、胸部X線影像、肺功能的變化。

4　結果

5　討論

慢性阻塞性肺病屬中醫「肺脹」、「咳嗽」等範疇。《靈樞．脹論》中云：「肺脹者，虛滿而喘咳」，首先描述了「肺脹」的主要臨床表現為「咳、喘、胸滿」。《丹溪心法．咳嗽》有云：「肺脹而嗽，或左或右不得眠，此痰挾瘀血礙氣而病」，提出了肺脹的病因主要是

香港注冊中醫學會　版權所有　Copyright HKRCM All Rights Reserved

痰瘀阻肺所致，發展至後期可見氣虛陽衰，痰濁內生，伏着於肺，氣血運行不暢；主要症狀為面色晦暗、胸腹脹滿、咳喘痰涌、心悸煩躁，納減少尿等。古代多數醫家認為本病的發生為久病肺虛，痰濁瀦留，復感外邪致病情加重或復發，屬本虛標實之證。肺為嬌臟，主宣降，外邪犯肺則宣降失司，肺氣上逆則發咳喘。脾為生痰之源，肺為貯痰之器。久病失治，肺病及脾，脾失健運，肺脾兩虛，不能正常的運化水濕，濕聚為痰，上干於肺；或外邪入裏，鬱而化熱，痰熱鬱肺，肺失宣降，致咳、痰、喘發作。該病急性發作期多以標實為主，主要病機[6]為「因痰致瘀、痰瘀互阻」，臨床上多以痰熱壅肺之證多見。故選用千金葶藶湯，該方具有化痰泄熱，通瘀散結作用。方中以葶藶（現以蘆根替代）為君藥，可清解肺熱；桃仁散結通瘀、潤肺滑腸，冬瓜仁清熱化痰、利濕排膿；與桃仁配伍使痰熱瘀從大便而解，生薏苡仁上清肺熱而排膿，下利腸胃而滲濕，使濕熱之邪從小便而去。現代研究表明[7]：薏苡仁具有抗菌作用；蘆根、冬瓜仁具有鎮咳、化痰功效，部分還有抗菌、免疫促進作用。本研究通過對2組治療前後結果變化情況進行比較，結果表明：2組治療後血氣分析中PaO_2、$PaCO_2$明顯優於治療前（P<0.01）；且治療後治療組的PaO_2、$PaCO_2$明顯優於對照組（P<0.01）。2組治療後FEV1、FEV1/FVC均明顯優於治療組（P<0.05）；治療後治療組FEV1、FEV1/FVC變化明顯優於對照組（P<0.05）。治療組治療後在體溫、肺部體徵、周圍血象、胸片恢復時間方面明顯優於對照組（P<0.05）。2組治療後降鈣素原水平明顯低於治療前，且治療後治療組的降鈣素原水平明顯優於對照組。2組治療前後中醫證候療效比較，結果表明治療組總有效率為80%，明顯高於對照組。提示西醫常規治療同時聯合中醫藥治療COPD急性加重期，可更快地抑殺細菌、病毒，消除誘發因素，促進痰液引流，改善肺部功

Copyright HRCUP All Rights Reserved

能及臨床症狀，其療效優於單純中藥治療或西藥治療。綜上所述，本研究通過西醫常規治療聯合中醫千金葦莖湯治療COPD急性加重期，中西醫結合，優勢互補，具有副作用小，療效好的特點，值得臨床上推廣運用。

參考文獻

[1] 中華醫學會呼吸病分會慢性阻塞性肺疾病學組.慢性阻塞性肺疾病診治指南，2002, 25(8): 453.

[2] 王永炎.中醫內科學.第5版.北京：上海科學技術出版社，1994, 78.

[3] 本祥.現代中藥藥理與臨床[M].天津：天津科技翻譯出版公司，2004: 1699, 1362, 181, 888, 856, 1574, 428, 402.

[4] 方劑學.第6版.北京：上海科學技術出版社，1997, 78.

[5] 鄭筱萸，國家食品藥品監督管理局《中藥新藥臨床研究指導原則》，2002: 56, 57.

[6] 朱靜，胡向海，李艷.辨證治療慢性阻塞性肺部疾病分析[J].實用中醫內科雜誌，2007, 21(3): 29-30.

[7] 再謨.現代中藥臨床應用[M].北京：人民衛生出版社，2005: 76, 79, 96.

（編委：蔡潤才審校2012.06.22）

4.1兩組治療前後血氣分析PaO_2、PCO_2的變化比較

組別	時間	例數	PaO_2（mmHg）	PCO_2（mmHg）
治療組	治療前	30	74.9±5.3	59.1±7.0
	治療後	30	82.3±5.0#*	52.0±6.1#*
對照組	治療前	30	74.6±5.3	59.2±7.5
	治療後	30	78.3±5.2#	57.0±6.4#

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

注：治療前後比較#P<0.01，與對照組比較*P<0.01，治療前後用配對t檢驗，治療組與對照組用成組t檢驗。

4.2治療前後肺功能各項指標比較（x±s）

組別	時間	FEV1（%）	FEV1/FVC（%）
治療組	治療前	50.6±2.7	42.9±8.6
	治療後	68.5±2.8#□	72.6±10.8#□
對照組	治療前	50.1±2.6	43.6±9.2
	治療後	59.6±2.2#	60.5±9.3#

注：與本組治療前比較#P<0.05，與對照組同期比較□P<0.05，治療前後用配對t檢驗，治療組與對照組用成組t檢驗。

4.3兩組體溫、肺部體徵、周圍血象、胸片恢復時間比較（天，x±s）

組別	n	體溫	肺部體徵	白細胞	胸片
治療組	30	2.75±1.92*	5.2±1.3*	6.8±1.5□	7.8±2.3*
對照組	30	6.58±4.63	6.8±1.2	8.0±2.0	9.8±1.9

注：與對照組比較*P<0.01，□P<0.05

4.4兩組治療前後降鈣素原水平比較（ng/mL，x±s）

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

組別	時間	
	治療前	治療後
治療組	1.69±0.84	0.06±0.10# *
對照組	1.68±0.81	0.95±0.12#

注：治療前後比較 # P<0.01，與對照組比較 * P<0.01，治療前後用配對t檢驗，治療組與對照組用成組t檢驗。

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