黃芪桂枝五物湯方義治療早期間質性肺炎的臨床案例分析

Case analysis on treatment of early interstitial pneumonia with *Huangqi-Guizhi-Wuwu* Decoction

孫子凱 區熙霖 *SUN Zikai, AU Heilam*

（江蘇省中醫院）

[摘要] 肺間質肺病是目前仍在攻克中的疑難病症，西醫治療可用激素、免疫抑制劑、抗纖維化藥物[1]延緩間質纖維化進展，但終末期時使用激素多伴真菌感染的風險。在正確的中醫辨證指導下，使用中醫藥的介入能一定程度上緩解患者的症狀。孫子凱醫師在門診臨床上使用上方的辯證思路在治療肺間質疾病上有明顯療效。下文分享二例發病初期案例，一例患者及時就診使用中藥後複查胸部CT顯示間質片絮病灶被吸收消失、一例患者服用中藥後肺通氣功能及彌散功能明顯好轉。肺間質疾病屬於難治性疾病，在應對廣泛的間質纖維化、肺間質肺炎合併細菌、真菌感染或呼吸衰竭的危機病情進展，中藥的局限性也很明顯。因此初期的中醫藥介入在緩解病情有相當重要的意義。

[關鍵詞] 黃芪桂枝五物湯；間質性肺病；肺痹

1 肺痹與五物湯

間質性肺疾病（ILD）的病理基本病變包括瀰漫性肺實質、肺泡炎症和間質纖維化，臨床表現為X線胸片瀰漫性浸潤陰影、限制性通氣障礙、彌散功能降低和低氧血症。[2]症狀可見活動性呼吸困難，胸悶、氣喘，重時誘發肺部感染，甚至合併呼吸衰竭，可危及生命。肺間質肺病與免疫性疾病相關，免疫功能異常是引起間質性肺病的一個常見病因，如乾燥綜合症、皮肌炎等風濕疾病患者多伴發間質性肺病。醫家多以「肺痹」[3]、「肺萎」命名，因邪客肺葉之間，肺絡受阻，氣血失和，久之則肺萎痹不用。因氣血虛弱失和，淤血阻絡而則痹生[3]，故也可稱之肺痹。

黃芪桂枝五物湯出自金匱要略血痹虛勞病篇：「血痹陰陽俱微，寸口關上微，尺中小緊，外證身體不仁，如風痹狀，黃芪桂枝五物湯主之」；「黃芪三兩、芍藥三兩、桂枝三兩、生薑六兩、大棗十二枚（一方有人參）此五味，以水六升，煮取二升，溫服七合，日三服。」黃芪桂枝五物湯是治療血痹陰陽俱微、身體不仁的基礎方劑[4]，桂枝溫通血脈、芍藥和陰、生薑大棗調和營衛、黃芪益氣升陽和衛，合用溫陽益氣，通和陰陽，調和營衛，解脈絡痹而失用之疾。肺萎是肺葉絡脈受邪失用，江蘇省中醫院孫子凱中醫師在臨床常常取用黃芪桂枝五物湯的方義，溫陽通絡，交通陰陽，治療肺間質肺病。

2 中醫病機

1. 氣虛血瘀，肺絡不通：間質性肺病在影像學下多表現為纖維樣改變，肺部實變已無肺泡通氣功能，在中醫方面可認為這是一種內傷的臨床表現，由各種原因導致肺葉的失用。從氣血的角度來說，氣不行血，淤血阻塞肺絡，血脈不通，氣血不交，陽氣不宣。正如《金匱要略論注》曰：「此由全體風濕血相搏，痹其陽氣，使之不仁。邪氣或因外感，或由內生，血邪相搏，肺絡不通，氣化不能，陽氣痹阻，肺葉漸漸痿痹而不用。

2. 虛火蘊肺 氣陰不足：五臟藏而不泄，為深藏精氣之處。外感邪氣，久而不愈，隨經入裡，久之耗傷肺陰，虛火與邪氣相搏，絡脈受邪阻礙精氣化生。所謂陰陽雙搏謂之神，正常來講，氣血相搏於脈絡之中，維持臟腑功能。假若久病使人體陰精耗傷，氣失之濡養，無所寄託，孤陽不生，氣不能化生。最後導致受累肺葉氣陰耗傷，功能逐漸失用。

3 病例舉隅

病例一：楊月x，女，時60歲，2021-01-22初診，患者胸悶氣短1年，偶有盜汗，燥熱，口幹不顯，基本

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

不咳，納可，便調。CT見兩肺部間質片絮狀改變。舌偏紅，苔薄，脈細弦。中醫診斷為肺萎病（氣陰兩虛證），西醫診斷為間質性肺病。治療上予中藥溫補陽氣，養陰和營，擬方如下：生曬參6g，法半夏6g，蜜桑白皮6g，麥冬30g，丹參12g，酒地龍10g，天冬12g，玉竹12g，當歸6g，蜜紫菀6g，桂枝6g，麩炒蒼朮10g，黃芪20g，熟地黃15g，生地黃15g，炒白芍10g，墨旱蓮10g，炙甘草3g。共14付，每日1劑，每日2次，200ml口服，水煎。

按：辯證首分虛實，肺萎以虛為本，陰陽俱虛，方中黃芪、生曬參溫補陽氣，黃芪更有升陽之功。生曬參氣陰雙補，麥冬、天冬、生地、阿膠、玉竹、白芍等都是清潤和陰之物。當中天冬、墨旱蓮、阿膠滋養元陰，麥冬、玉竹清潤肺陰，桂枝溫陽通脈，助陰氣化生。桂枝、白芍、甘草同用，調和營衛，且辛甘化陽，酸甘化陰，陰陽同補；丹參、當歸、地龍有活血化瘀通絡、破血生新之功；又云痹者，邪氣搏於血脈之中，方中用法半夏、桑白皮、蒼朮、生地等解退虛熱濕邪，當中，桑白皮、生地等清肺中虛熱；半夏、蒼朮等化解痰濕阻滯；紫菀通降肺氣，也解胸中氣之鬱滯。諸藥合用，補益氣陰，通陽養陰，調和營衛，發揮陰陽化生之功效。

二診時患者訴胸悶氣短減輕，白芍減量至6g，黃芪增至25g；三診麥冬減5g、地龍加2g、熟地減3g，去蒼朮、甘草，加白扁豆12g、川貝粉2g養陰利濕。四診時燥熱好轉，加黃連2g、制吳茱萸1g通順升降，患者堅持服藥5個月，2021-05-17告知胸悶氣短明顯減輕，訴至外院複查CT示片絮影已完全吸收。

病例二：束敖x，女，66歲，2021.07.07初診，患者胸悶氣短，胃脘不舒，偶有胃痛，嘈雜時作，咳嗽偶作，胃納可，二便調。舌偏紅，苔薄，脈細弦。輔助檢查：兩肺散在少許纖維條索灶。肺功能：輕度限制性肺通氣功能減退（FVC 74.1%）；殘氣量輕度降低範圍；彌散功能測定輕度降低範圍（DLCO 74.2%）。中醫診斷：肺痹；西醫診斷：肺間質肺炎。中藥擬方：黃芪25g，生曬參6g，桂枝6g，法半夏6g，蜜桑白皮6g，麥冬30g，丹參12g，天冬12g，麩炒白朮12g，當歸6g，黃連2g，蜜麻黃3g，制吳茱萸1g，白及6g，陳皮6g，石斛10g，炒白扁豆12g，炒雞內金10g，甘草3g。共14付，每日1劑，每日2次，200ml口服，水煎。

2021.09.06二診患者胸悶氣短減輕，胃脘不舒、偶有胃痛，嘈雜好轉，去石斛，加乾薑3g、生山藥12g。2022.01.07三診時胸悶氣短明顯好轉，複查肺功能：肺通氣功能正常範圍（FVC 109.4%）；殘氣量測定正常範圍；彌散功能測定正常範圍（DLCO 84.8%）。此次複診DLCO由74.2%升至84.8%，肺彌散功能明顯較前好轉。

按：此次遣方以養陰通陽，通順上下之法，黃芪、生曬參、麩炒白朮、生山藥補氣升清；桂枝、麻黃及二診加之乾薑溫陽通脈發表，協用丹參、當歸化瘀活血，使溫通絡脈；蜜桑白皮，麥冬，天冬，石斛、白及清熱養陰，協同溫補之黃芪桂枝陰陽互化；制吳茱萸、黃連配合炒雞內金通降上下，效法生薑大棗安和胃脘；法半夏、陳皮、炒白扁豆化痰祛濕；甘草和合諸藥。

參考文獻：

[1] 楊小霞,鄭雪冰，王蕊.間質性肺疾病的診治進展（J）吉林醫學2017年3月第38卷第3期

2.2019間質性肺病診治指南

[3] 姚靜慧,楊光輝,潘新.肺痹古今認識回顧與展望[J].西部中醫藥,2022,35(06):144-148.

[4] 唐豔丹,彭永,何順清.經典名方黃芪桂枝五物湯古籍文獻分析[J].湖南中醫藥大學學報,2022,42(12):2105-2110.

（編委：黃約愛審校2023.03.26）

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