

千金苇茎汤加减辨治对重症肺炎患者免疫平衡指标及呼吸功能指标的影响

李 静

(河南省商丘市第一人民医院重症医学科 商丘 476100)

摘要:目的:探讨千金苇茎汤加减辨治对重症肺炎患者免疫平衡指标及呼吸功能指标的影响。方法:选取 2019 年 1 月至 2020 年 4 月收治的 140 例重症肺炎患者,按照入院先后顺序抽签分为对照组和观察组,每组 70 例。对照组患者接受常规治疗措施,在此基础上,观察组联合千金苇茎汤加减辨治,治疗 2 周。对比两组中医证候评分、免疫功能指标[免疫球蛋白 A(IgA)、免疫球蛋白 G(IgG)、免疫球蛋白 M(IgM)]和肺功能指标[肺活量(FVC)、第 1 秒用力呼气量(FEV₁)、第 1 秒用力呼气量占肺活量比值(FEV₁/FVC)]。结果:治疗 2 周后,两组中医证候评分均较治疗前低,且观察组[(10.23± 1.05)分]较对照组[(12.18± 1.13)分]低($P<0.05$);治疗 2 周后,两组 IgA、IgG、IgM 均高于治疗前,且观察组[IgA (2.03± 0.42) g/L、IgG (5.22± 0.64) g/L、IgM (1.74± 0.44) g/L]水平高于对照组[IgA (1.73± 0.36) g/L、IgG (4.36± 0.47) g/L、IgM (1.56± 0.36) g/L]($P<0.05$);治疗 2 周后,两组 FVC、FEV₁、FEV₁/FVC 均高于治疗前,且观察组[FVC (3.31± 0.84) L、FEV₁ (2.25± 0.47) L、FEV₁/FVC (67.98± 5.18)%]高于对照组[FVC (2.68± 0.41) L、FEV₁ (1.72± 0.36) L、FEV₁/FVC (64.18± 4.83)%]($P<0.05$)。结论:千金苇茎汤加减辨治能改善重症肺炎患者临床症状,提升免疫能力,改善呼吸功能。

关键词:重症肺炎;千金苇茎汤加减;抗生素;免疫功能指标;呼吸功能指标

中图分类号:R563.1 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.04.015

肺炎是主要由细菌、病毒或其他病原体所导致的感染,可使患者肺间质、肺泡及远端出现感染性炎症,可导致患者出现发热、咳嗽、呼吸困难等症状,同时改变进展较快,可快速发展为重症肺炎,威胁患者健康安全^[1-2]。西医常采用糖皮质激素、抗生素、丙种球蛋白等药物进行治疗,虽可改善患者临床症状,但西药对机体产生的刺激较大,长期使用容易引起腹痛、头痛、恶心、腹泻等诸多不良反应,降低患者的耐受性与治疗依从性,影响疾病转归。中医经过数千年的积累沉淀,在治疗重症肺炎方面具有一定效果。中医认为,肺炎属“风温肺热病”范畴,根据中医辨证施治理论,应以活血化瘀、益气扶正、清热解毒为主要治疗原则^[3]。千金苇茎汤为中医清热方剂,具有清肺化痰、逐瘀排脓的功效,对热毒壅滞、痰瘀互结证具有较好治疗效果。本研究将千金苇茎汤应用于重症肺炎患者,探究其治疗效果,旨在为临床治疗提供参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 1 月至 2020 年 4 月

收治的重症肺炎患者 140 例,按照入院先后顺序抽签分为对照组(70 例)与观察组(70 例),均签署知情同意书。对照组女 32 例,男 38 例;病程 2~12 d,平均(7.20± 1.57) d;年龄 23~72 岁,平均(47.50± 8.07)岁。观察组女 31 例,男 39 例;病程 3~14 d,平均(7.80± 2.04) d;年龄 24~73 岁,平均(48.50± 8.12)岁。两组一般资料对比无显著差异($P>0.05$),有可比性。本研究经商丘市第一人民医院医学伦理委员会批准(伦理批号 2019-08-B047)。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:重症肺炎符合《中国急诊重症肺炎临床实践专家共识》^[4]相关诊断标准,患者肺部浸润范围在 2/3 以上,血氧饱和度在 90% 以下且胸片显示肺部纹理明显增粗并出现大片阴影;血尿素氮 ≥ 7 mmol/L;中医符合《中医病证诊断疗效标准》^[5]中肺胃热盛证,主症:身热,口渴多饮,次症:心烦,痰黄咳嗽,腹满便秘,舌脉:舌红,苔黄,脉滑数;肺部发育正常;可耐受本研究治疗药物;可严格遵照医嘱用药,并配合完成本研究调查;治疗时间 ≥ 2 周。(2)排除标准:合并恶性肿瘤;存在免疫系

统疾病;伴过敏体质或重度营养不良;患肺结核;合并胃炎、胃溃疡等胃肠道疾病;存在严重胆囊炎、肾功能不全。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采取止咳、化痰、退热等常规治疗,并将 2.0 g 注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠(国药准字 H20033693)与 100 ml 生理盐水混合后静脉注射,每 12 小时给药 1 次;静脉滴注盐酸莫西沙星注射液(国药准字 H20140125),0.4 g/次,1 次/d,连续给药 14 d。

1.3.2 观察组 在对照组基础上联合千金苇茎汤加减辨治,药方组成:苇茎 60 g,瓜瓣 60 g,薏苡仁 30 g,桃仁 25 g。辨证施治:风热犯肺证加桔梗 15 g,芦根 60 g,连翘 10 g;痰热壅肺证加升麻 15 g,牛蒡子 15 g,葶苈子 15 g,枇杷叶 10 g,百部 10 g;肺胃热盛证加石膏 30 g(煎),知母、芦根、麻黄各 10 g;气阴两虚证加红参、甘草、五味子、桔梗、麦冬、熟地黄各 10 g;热闭心包证加生石膏 30 g(煎),升麻、玄参、甘草各 10 g,羚羊角、水牛角各 5 g;邪陷正脱证加五味子、麦冬各 10 g,红参 5 g。每日 1 剂,加水 500 ml 煎煮去渣留汁 200 ml,分早晚服用。连续治疗 14 d。

1.4 观察指标 (1)中医证候评分:分别于治疗前、治疗 2 周后,参照《中医病证诊断疗效标准》^[9]中相关内容对患者中医证候进行评分,舌脉:有计 1 分,无计 0 分,次症按无、轻、中重度分别计 0、1、2、3 分,主症按无、轻、中、重度分别计 0、2、4、6 分;总分 0~22 分,分数越高,表明患者症状越严重。(2)免疫功能:取患者治疗前、治疗 2 周后清晨空腹静脉血 5 ml,以 3 000 r/min 离心 10 min,取血清,采用酶联免疫吸附法测定血液中免疫球蛋白 A (Immunoglobulin A, IgA)、免疫球蛋白 G (Immunoglobulin G, IgG)、免疫球蛋白 M (Immunoglobulin M, IgM)水平。(3)肺功能:治疗前、治疗 2 周后,使用肺功能检测仪 HI-105 [国械注进 20162210797,欧姆龙医疗器械(北京)有限公司]测定肺活量(Forced Vital Capacity, FVC)、第 1 秒用力呼气量(Forced Expiratory Volume In One Second, FEV₁)、第 1 秒用力呼气量占肺活量比值(FEV₁/FVC)水平。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件处理数据,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候评分对比 两组治疗 2 周后中医证候评分均较治疗前低,且观察组较对照组低($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组中医证候评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 2 周后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	70	17.39± 1.25	12.18± 1.13	25.869	0.000
观察组	70	17.47± 1.31	10.23± 1.05	36.080	0.000
<i>t</i>		0.502	10.577		
<i>P</i>		0.617	0.000		

2.2 两组免疫功能指标对比 两组治疗 2 周后 IgA、IgG、IgM 均高于治疗前,且观察组高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组免疫功能指标对比(g/L, $\bar{x} \pm s$)					
时间	组别	<i>n</i>	IgA	IgG	IgM
治疗前	对照组	70	1.43± 0.22	1.13± 0.06	1.20± 0.29
	观察组	70	1.46± 0.30	1.15± 0.12	1.18± 0.25
	<i>t</i>		0.645	1.247	0.437
	<i>P</i>		0.501	0.241	0.663
治疗 2 周后	对照组	70	1.73± 0.36*	4.36± 0.47*	1.56± 0.36*
	观察组	70	2.03± 0.42*	5.22± 0.64*	1.74± 0.44*
	<i>t</i>		4.537	9.062	2.649
	<i>P</i>		0.000	0.000	0.009

注:与本组治疗前对比,* $P<0.05$ 。

2.3 两组肺功能指标对比 两组治疗 2 周后 FVC、FEV₁、FEV₁/FVC 均高于治疗前,且观察组高于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组肺功能指标对比($\bar{x} \pm s$)					
时间	组别	<i>n</i>	FVC (L)	FEV ₁ (L)	FEV ₁ /FVC (%)
治疗前	对照组	70	2.31± 0.30	1.32± 0.53	57.14± 5.28
	观察组	70	2.27± 0.55	1.26± 0.25	55.41± 5.40
	<i>t</i>		0.534	0.857	1.917
	<i>P</i>		0.594	0.393	0.057
治疗 2 周后	对照组	70	2.68± 0.41*	1.72± 0.36*	64.18± 4.83*
	观察组	70	3.31± 0.84*	2.25± 0.47*	67.98± 5.18*
	<i>t</i>		5.639	7.490	4.489
	<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

注:与本组治疗前对比,* $P<0.05$ 。

3 讨论

重症肺炎常使用呼吸机与康复药物联合治疗,

采用抗生素能有效抑制炎症反应，但长期使用抗生素会增加耐药性，引发较多并发症，影响治疗效果^[6-8]。因此，临床需寻找其他方法辅助治疗，以提高治疗效果，减少并发症的发生，促进患者身体恢复。

重症肺炎在中医学中称为风热温肺病，《伤寒论》中记载：“太阳病，发热而渴，无恶寒者为温病。身灼热，名曰风温”^[9-10]。《素问·刺热论》首次对“肺热病”病机进行阐述，表明风温肺热病发病机制为外感风邪所致^[11]。其病机为风邪、热毒侵入，致正虚、痰瘀，治疗应以扶正益气、清热排脓、化痰逐瘀为要^[12]。千金苇茎汤是中医治疗肺痈名方，最早记载于《备急千金药方》中，具有逐瘀排毒、清肺化痰之效，可治疗各种胸口疼痛、咳甚加重、黄痰脓血、脉滑数等证^[13]。后来医者在原方基础上进行辨证加减广泛用以治疗呼吸道疾病，取得了较好效果。方中瓜瓣仁、苇茎为君药，可宣通肺气、淡渗利湿、清热化痰；臣药薏苡仁可强化淡渗湿热、化痰排脓之效；辅佐药桃仁可活血解毒、祛瘀。诸药合用共奏清热化痰、扶正益气之功。病在脏腑经络部位不同，药性亦有归经之别，根据中医辨证施治理论对不同证型进行分证论治，可同时起到“扶正、祛邪”、标本兼治的目的^[14]。

本研究显示，治疗 2 周后，观察组中医证候评分较对照组低，IgA、IgG、IgM 水平均较对照组高，FVC、FEV₁、FEV₁/FVC 水平均较对照组高，表明千金苇茎汤加减辨治能提升重症肺炎患者的免疫能力，改善呼吸功能，临床应用效果良好。究其原因，现代药理研究表明，千金苇茎汤中苇茎具有消炎、促进免疫功能的作用，并能提高气道黏液纤毛清除功能，可有效促进患者痰液排出，改善其临床症状与呼吸功能，提高机体免疫力。瓜瓣、薏苡仁具有免疫兴奋作用，可增强巨噬细胞活性与数量，促进淋巴细胞转化，改善机体免疫功能。薏苡仁还可通过阻碍 IkB 激酶 / 核转录因子 - κ B 信号通路的方式降低多种炎症介质分泌水平，并降低血管通透性，抑制炎症介质的渗出，从而减轻机体炎症反应程度，减小肺功能损伤程度，改善患者呼吸功能。桃仁可改善机体微循环，对呼吸神经中枢进行镇静，从而改善患者呼吸功能^[15]。

综上所述，千金苇茎汤加减辨治能改善重症肺炎患者临床症状，提升免疫能力，改善呼吸功能，临

床应用效果较好。但本研究也存在一定局限性，如仅观察了千金苇茎汤加减辨治对重症肺炎患者的治疗效果，未研究其对轻症肺炎患者的临床疗效，且未对患者治疗期间不良反应发生情况进行观察分析，今后还需进一步观察分析。

参考文献

[1]Chahin A,Opal SM.Severe pneumonia caused by legionella pneumophila: differential diagnosis and therapeutic considerations [J].Infect Dis Clin North Am,2017,31(1):111-121.

[2]Alwadhi V,Dewan P,Malhotra RK,et al.Tachypnea and other danger signs vs pulse oximetry for prediction of hypoxia in severe pneumonia/very severe disease[J].Indian Pediatr,2017,54(9):729-734.

[3]中华中医药学会内科分会,中华中医药学会肺系病分会,中国民族医药学会肺病分会.社区获得性肺炎中医诊疗指南(2018 修订版) [J].中医杂志,2019,60(4):350-360.

[4]中国医师协会急诊医师分会.中国急诊重症肺炎临床实践专家共识[J].中国急救医学,2016,36(2):97-107.

[5]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2012.8.

[6]Baohong Xiao,Mei Wang,Xiaoling Hu,et al.Antibiotic de-escalation principle in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease complicated with severe pneumonia [J].Exp Ther Med, 2017,13(4):1485-1489.

[7]余小军,谢友华,夏晓玲,等.右美托咪定对重症肺炎感染性休克患者血管麻痹的影响[J].江苏医药,2017,43(7):526-527.

[8]Blot M,Pivot D,Bourredjem A,et al.Effectiveness of and obstacles to antibiotic streamlining to amoxicillin monotherapy in bacteremic pneumococcal pneumonia [J].Int J Antimicrob Agents,2017,50(3): 359-364.

[9]李应娜,陈琨,丁美祝,等.合并与不合并糖尿病重症肺炎患者的中医证素特征及辨证施护策略[J].中医药导报,2019,25(9):127-129,137.

[10]丁超,李乔,卢家胜,等.热毒宁口服液治疗风温肺热病风热犯肺证 30 例[J].河南中医,2017,37(9):1613-1615.

[11]周铁成,郑巧,向生霞.放射性肺炎的中医药治疗进展[J].内蒙古医科大学学报,2019,41(4):446-448.

[12]张丹丹,马锦地,李建生,等.基于现代名老中医经验的风温肺热病病因病机及证素规律研究[J].中医学报,2018,33(11):2072-2075.

[13]梁佳佳,许先荣.加味千金苇茎汤结合支气管肺泡灌洗术治疗痰热壅肺型急性肺脓肿 37 例[J].浙江中医杂志,2018,53(9):687.

[14]马旭灿,唐霞.加味千金苇茎汤对重症肺炎患者血气分析指标及炎症反应的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2019,26(6):650-654.

[15]付强恒,杨洪静,谢娟,等.千金苇茎汤加减治疗重症肺炎患者的临床疗效及其部分机制[J].世界中医药,2019,14(7):1738-1742.

(收稿日期: 2021-12-15)