

病例报告

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.14.022

补脾清肺、化痰排脓法治疗弥漫性泛细支气管炎 1 例

丛晓东¹, 袁沙沙¹, 范艺龄¹, 马冲², 苗青[✉]

1. 中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091; 2. 北京中医药大学

摘要 弥漫性泛细支气管炎属于中医学“肺癆”范畴。本病由于痰热盛于内, 正气虚于中, 攻邪扶正, 可谓两难。然邪不去则病难已、正气益衰, 中气不复, 终致缠绵难愈。介绍补脾清肺法治疗弥漫性泛细支气管炎 1 例, 先以大剂千金苇茎汤清肺化痰、活血排脓, 佐以益气托毒为辅, 后以健脾清肺为法加减治疗, 9 个月痊愈。

关键词 肺癆; 弥漫性泛细支气管炎; 化痰排脓; 补脾清肺; 千金苇茎汤

弥漫性泛细支气管炎 (diffuse panbronchiolitis, DPB) 是一种少见的以呼吸性细支气管为主要病变部位的慢性气道炎症性疾病, 原因未明, 多发于东亚国家, 且多见于非吸烟者^[1]。其主要临床表现为慢性咳嗽、痰多和活动时气短, 随着疾病的进展, 患者往往出现反复感染, 最终导致肺组织进行性破坏、严重呼吸衰竭而危及生命。根据此类患者反复咳嗽、咯吐大量黄浓痰且反复发作、病情逐渐加重、缠绵难愈的特点, 当属中医学“肺癆”范畴。兹介绍应用大剂量千金苇茎汤结合补脾益气法治疗弥漫性泛细支气管炎验案 1 则。

1 病历介绍

患者, 男, 53 岁, 2017 年 9 月 22 日初诊 (轮椅推入)。主诉: 反复咳嗽、咯痰 20 余年, 喘憋 3 年, 加重伴发热 5 天。现病史: 患者 20 年前无明显诱因出现咳嗽、咯痰, 2014 年患者出现喘息憋气, 外院查肺功能示: 舒张后, 第一秒用力呼气容积 (FEV₁) /用力肺活量 (FVC): 58.63%, FEV₁: 67.8%, 诊断为弥漫性泛细支气管炎, 给予隔日 1 次口服阿奇霉素片 0.25 g, 服用 1 个月未见明显好转, 遂自行停药。患者平素活动耐力差, 长期咳嗽、咯痰, 喘息, 于家中氧疗, 近 3 年来多次住院应用抗生素及激素治疗, 痰培养曾见耐

药铜绿假单胞菌、嗜麦芽窄食单胞菌。患者 5 天前出现咳嗽、咯痰, 喘息加重, 伴发热于我科住院治疗。刻诊: 咳嗽、咯痰, 咳嗽剧烈, 咳重时多全身汗出, 咯灰绿色脓痰, 量多, 不易咯出, 喘息憋气, 动则加重, 可平卧, 午后发热, 体温 38℃, 无胸痛、咯血、潮热、盗汗, 纳差, 食后多腹胀, 偶有反酸, 口干、口苦, 小便可, 大便偏干。舌红、苔白略腻少津, 脉沉。既往有慢性鼻窦炎病史。查体: 精神差, 口唇紫绀, 双肺呼吸音低, 可闻及散在干湿性啰音。2017 年 7 月 20 日肺 CT 示: 弥漫性细支气管病变、弥漫性树丫征。2017 年 9 月 22 日血气分析 (鼻导管吸氧, 氧流量 2 L/M): 血液酸碱度 (pH): 7.443, 动脉血二氧化碳分压 (pCO₂): 39.8 mmHg, 动脉血氧分压 (pO₂): 49.7 mmHg, 动脉血氧饱和度 (SO₂): 88.9%, 实际碳酸氢根 (HCO₃⁻): 26.9 mmol/L。西医诊断: 弥漫性泛细支气管炎; I 型呼吸衰竭; 慢性鼻窦炎。中医诊断: 肺癆 (肺脾两虚、痰热蕴肺)。西医治疗: 阿奇霉素片每次 0.25 g, 隔日 1 次口服; 哌拉西林舒巴坦钠每次 6 g, 加入 0.9% 氯化钠注射液 100 ml, 早晚各 1 次静脉滴注; 甲强龙片每次 40 mg, 每日 1 次口服; 盐酸氨溴索注射液每次 30 mg, 加入 0.9% 氯化钠注射液 100 ml, 早晚各 1 次静脉滴注。中医治疗以清肺化痰、益气托脓为法, 方用千金苇茎汤加味, 处方: 芦根 120 g, 冬瓜仁 45 g, 桃仁 10 g, 薏苡仁 60 g, 桔梗 15 g, 浙贝母 20 g, 党参 30 g, 炙黄芪 30 g, 炙甘草 10 g,

基金项目: 国家自然科学基金 (81673962); 首都临床特色应用研究专项课题 (Z171100001017107); 北京市自然科学基金 (7172189)

* 通讯作者: miaoqing55@sina.com

法半夏 10 g, 茯苓 30 g, 金荞麦 60 g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。服药 5 日后患者咳喘减轻, 热退, 体温 36.8℃, 但仍有咯痰、喘息, 出院继续口服上方中药 (每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服, 共 14 剂), 阿奇霉素片每次 0.25 g、隔日 1 次治疗, 停药其他西药。

2017 年 10 月 13 日二诊: 患者咯痰色黄, 痰量较前减少, 后背隐痛, 偶有低热, 体温 38℃ 左右, 精神可, 食欲差, 二便调, 舌红、苔白, 脉沉。痰培养提示铜绿假单胞菌阳性。处方: 芦根 50 g, 冬瓜仁 30 g, 薏苡仁 30 g, 桃仁 30 g, 党参 30 g, 炙黄芪 30 g, 甘草 10 g, 桔梗 15 g, 北柴胡 12 g, 前胡 15 g, 黄连 10 g, 乌梅 10 g, 葶苈子 15 g, 法半夏 10 g, 茯苓 30 g, 金荞麦 30 g。28 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。阿奇霉素片每次 0.25 g, 隔日 1 次口服。

2017 年 11 月 14 日三诊: 诸症减轻, 仍有咳嗽、咯痰, 痰量较前减少, 自觉体力、精神较前好转。舌红、苔白, 脉滑。处方: 党参 30 g, 炙黄芪 30 g, 甘草 10 g, 麦冬 20 g, 石膏 30 g, 北柴胡 12 g, 前胡 15 g, 乌梅 10 g, 黄连 6 g, 冬瓜子 30 g, 薏苡仁 30 g, 紫菀 15 g, 百部 15 g, 金荞麦 30 g。28 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。继续口服阿奇霉素片每次 0.25 g、隔日 1 次。

2017 年 12 月 20 日四诊: 患者夜间不能平卧, 胸闷憋气, 喘息气短, 大量黄痰不易咯出, 外感寒邪流涕, 饮食可, 舌尖红、苔白, 脉弦滑。处方: 炙麻黄 10 g, 苦杏仁 10 g, 石膏 30 g, 甘草 15 g, 法半夏 10 g, 薏苡仁 30 g, 茯苓 30 g, 桔梗 15 g, 黄芪 60 g, 淫羊藿 20 g, 鱼腥草 30 g, 黄芩 15 g。40 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。阿奇霉素片每次 0.25 g, 隔日 1 次口服。

2018 年 2 月 5 日五诊: 患者咯痰量多, 色黄绿, 每日约 100 ml, 痰中偶带血, 偶有咳嗽晕厥, 动则气喘, 流涕, 饮食可, 大便溏, 一日一行, 舌红、苔白, 脉弦滑。处方: 芦根 60 g, 薏苡仁 60 g, 当归 15 g, 熟地黄 30 g, 苍术 10 g, 干姜 10 g, 炙麻黄 10 g, 白芥子 15 g, 炙甘草 10 g, 党参 30 g, 鱼腥草 30 g, 茯苓 30 g, 阿胶 10 g。40 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。阿奇霉素片每次 0.25 g, 隔日 1 次口服。

2018 年 3 月 26 日六诊: 患者咳嗽, 每日黄痰约 100 ml, 喘息气短较前好转, 不吸氧可室内行走, 夜间需吸氧, 乏力, 暖气腹胀, 便溏, 一日一

行, 饮食可, 舌红、苔白, 脉弦滑。处方: 芦根 30 g, 薏苡仁 30 g, 党参 30 g, 白术 15 g, 茯苓 30 g, 炙甘草 10 g, 厚朴 15 g, 法半夏 10 g, 陈皮 12 g, 紫苏子 15 g, 紫菀 15 g, 款冬花 15 g, 黄芪 30 g, 黄连 5 g, 干姜 5 g。30 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。后患者在当地抄方继续服用。阿奇霉素片每次 0.25 g, 隔日 1 次口服。

2018 年 6 月 4 日七诊: 患者自行步入诊室, 咯痰、喘息明显减轻, 不吸氧可步行前来就诊, 精神、饮食等均明显改善。痰培养未见致病菌定植; 肺功能: 舒张后, FVC%: 43%, FEV1%: 20.4%, FEV1/FVC 37.92%, 75% 肺活量时的最大呼气流速 (MEF75) 7.4%, 50% 肺活量时的最大呼气流速 (MEF50) 7.4%, 25% 肺活量时的最大呼气流速 (MEF25) 12.2%, 一氧化碳弥散量 (DLCO) 53%。处方: 芦根 30 g, 薏苡仁 30 g, 党参 30 g, 炙黄芪 30 g, 麸炒白术 12 g, 茯苓 20 g, 炙甘草 6 g, 黄芩 10 g, 款冬花 15 g, 紫菀 15 g, 鱼腥草 30 g, 黄连 3 g。30 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。停药阿奇霉素。患者服药后病情好转, 随访 1 年, 病情稳定。

2 讨论

DPB 属于少见病、难治病, 往往逐渐进展恶化, 预后差, 服用大环内酯类抗生素对该病有较好的作用, 可延缓病情的发展, 红霉素、克拉霉素、罗红霉素及阿奇霉素均可起到抗炎和调节免疫的作用, 并同时具有抗感染功效^[2-3]。DPB 患者痰培养多见铜绿假单胞菌定植, 大环内酯类药物还具有明显的抗绿脓杆菌的作用^[4]。若患者坚持服药达 6 个月以上, 其病情基本好转, 则可考虑停药。若患者存在严重肺功能障碍, 则应长期服药, 以免病情进一步恶化而危及生命。对于激素的应用, 有学者认为, 激素无法有效治疗该病, 不主张长期应用, 仅推荐急性加重时应用^[5]。

本案患者初诊时已病情迁延日久, 属慢性肺病, 久咳伤肺, 子病及母, 肺脾两虚故见气短、纳差等症; 肺为贮痰之器, 脾为生痰之源, 肺脾虚则运化水湿失司, 湿邪聚而生痰, 故见咯吐大量痰液; 痰阻气机, 肺失宣降故见喘息; 结合患者发热、痰黄等症及舌脉, 辨证属肺脾两虚、痰热蕴肺证, 故治疗应以补脾清肺、化痰排脓为主。一方面以千金苇茎汤为基本方以清肺化痰排脓为主, 另一方面辅以益气健脾、托毒外出为法。清肺化痰治以

千金苇茎汤,该方出自《备急千金药方》,是治疗肺痈的代表方剂,原方由苇茎、冬瓜仁、桃仁、薏苡仁组成,具有清肺化痰、逐瘀排脓的功效。《吴鞠通医案》^[4]曾记载二例应用千金苇茎汤加味治疗的重症肺痈案,芦根分别用至四两、八两,效果显著。本案针对患者大量痰液分泌重用芦根 120 g、薏苡仁 60 g,并加用金荞麦 60 g 增强化痰效果,但单以千金苇茎汤以化痰治疗重症慢性肺病患者往往效果不佳,患者常病情反复,难以痊愈,此皆源于患者久病肺脾气虚所致,元气不足,阴火必猖;阴火亢盛,元气定伤。基于李杲提出的“火与元气不两立,一胜则一负”,脾胃亏虚,肺最先损,肺之功能受损,元气不足,肺失所养,加重肺之损伤,阴火乘虚入肺,耗损肺气,元气无力制约阴火,致气火关系失衡,最终阴火独盛于内。即“脾胃虚者,……其次肺气受邪,须用黄芪最多,人参、甘草次之”,故在组方中使用党参、炙黄芪、炙甘草意在健脾益气的同时还可起到甘温除热的作用。

二诊时患者痰量较前减少,但仍咯黄绿色痰,且痰培养提示铜绿假单胞菌阳性,给予补中柴前连梅煎加减。柴前梅连散出自元代萨谦斋《瑞竹堂经验方·姜补门》,程门雪《金匱篇解》认为,本方“为劳风咳嗽、痰色青绿惟一之治法。症见合符,灵效如响”。方中乌梅味酸益阴,《神农本草经》记载乌梅具有“去死肌、恶肉”之效,对支气管扩张症之气道局部破坏导致的肉腐成痈具有祛腐生肌之用,同时现代药理研究表明,乌梅对常见的绿脓杆菌定植具有明显的抑制作用^[5];黄连、芦根、葶苈子、金荞麦等清泻内伏之阴火,化痰祛浊;前胡泻肺降气,下痰止咳;柴胡升散上行,疏肝理气。阴火内伏,无路外泄,当火郁发之,助邪外出,前胡、柴胡均为风药,柴胡主升,前胡主降,二者合用,一升一降,具有推陈致新、消痰祛浊、开肺止咳之效。

三诊时患者热退、痰少,虚象尤甚而痰热之实不著,故去芦根等清热之品以免过寒伤及肺脾之阳反使阴火横生;四诊时已至深冬,患者外感寒邪,

寒邪入里与体内之阴火相合化热,两邪相合,上浮灼肺伤气,肺气受损不能敛降,故现痰热、喘憋之症,投以麻杏石甘汤以清肺泄热、止咳平喘,同时兼以补气,患者症状大减;五诊时患者再次出现大量黄绿痰、动则气喘之症,似为实证,实为其元气不足、阴火乘虚猖盛之象,故在千金苇茎汤的基础上兼补脾益气,使阴火渐消、元气渐实;六诊、七诊患者症状逐减,遂皆按此法随症加减,终使患者从最初动则气短,需坐轮椅就诊到末次的自行步入诊室就诊。

慢性肺病患者往往病情缠绵,从初始的肺气亏虚逐渐发展至由肺及脾至肾三脏皆有虚损的状态,元气大伤,阴火内盛,导致痰液源源不断,甚则动则喘息,故治疗上单以清肺化痰往往效果不佳。正所谓“正气存内,邪不可干”,脾胃受损、元气亏虚、阴火内生、气火关系失调是导致该病反复急性加重的根本原因,以“火与元气不两立”为理论指导,从补元气和泻阴火两方面论治,故以大剂量清肺化痰药物结合健脾益气之品,标本兼治,可使慢性重症肺病患者逐步稳定、减少反复发作的次数。

参考文献

- [1] POLETTI V, CASONI G, CHILOSI M, et al. Diffuse pan-bronchiolitis [J]. Eur Respir J, 2006, 28(4): 862-71.
- [2] 李菲, 王艳, 朱光发, 等. 弥漫性泛细支气管炎 6 例临床分析 [J]. 心肺血管病杂志, 2018, 37(3): 193-196, 200.
- [3] 黄微娜, 曹超, 黄小萍. 弥漫性泛细支气管炎临床特征研究 [J]. 中国现代医生, 2018, 56(10): 87-90.
- [4] 时军, 谢景云, 唐学义, 等. 阿奇霉素干预治疗呼吸道绿脓杆菌感染疗效观察 [J]. 临床荟萃, 2003, 18(12): 696-697.
- [5] 李威, 黄建安, 雷伟, 等. 弥漫性泛细支气管炎 3 例临床报告及文献复习 [J]. 临床肺科杂志, 2008, 13(5): 613-614.
- [6] 吴塘. 吴鞠通医案 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2010: 258.
- [7] 陈星灿, 刘定安, 宫锡坤. 中药抗菌作用研究 [J]. 中国药学报, 1998, 25(1): 36-37.

(收稿日期: 2019-07-03; 修回日期: 2019-12-20)

编辑: 侯建春