

中西医结合治疗肺气肿并巨大肺大疱验案 1 则

黄芸¹, 王兰娣¹, 封聚强²

1. 甘肃省中医院呼吸科, 甘肃 兰州 730050; 2. 甘肃省人民医院药剂科, 甘肃 兰州 730000

[关键词] 肺气肿; 巨大肺大疱; 中西医结合疗法; 玉屏风散; 生脉饮; 医案

[中图分类号] R249 [文献标识码] B [文章编号] 0256-7415 (2014) 02-0227-02

王兰娣主任从事中医内科临床多年,尤其在肺系疾病的诊治方面有独到的见解。现就王兰娣主任运用中西医结合治疗肺气肿并巨大肺大疱验案 1 则介绍如下。

1 病例介绍

高某,男,69岁,农民。患者有50余年吸烟史,反复咳嗽、咯痰、气短、胸闷,进行性加重30余年。因感冒后胸闷、气短、喘息明显加重,端坐呼吸曾就诊于某大学第一附属医院,查胸部CT示:右肺下叶巨大肺大疱,肺组织膨胀不全并炎症可能,弥漫性肺气肿。心脏彩超:右心负荷增重(符合肺心病UCG改变),升主动脉硬化伴瓣钙化,二尖瓣返流(轻度)三尖瓣返流(中度);肺动脉高压(重度);左室顺应性减低;左心收缩功能正常。肺功能示:肺通气功能重度减退,小气道功能重度减退,支气管舒张试验阴性。诊断为:慢性阻塞性肺疾病,肺部感染,肺源性心脏病,心力衰竭,呼吸衰竭。于该院对症处理后症状改善不明显,因患者右肺肺大疱过大,手术风险极高,医院建议不予手术治疗。出院后曾服莫西沙星、利君沙等治疗。后患者无明显诱因出现咯鲜红色血痰,每天约40~50 mL,呼吸困难,端坐呼吸,不能平卧,夜不能寐,疲乏无力,自汗出,就诊时推入病房并收入院。查血常规:白细胞 $10.53 \times 10^9/L$,中性细胞比率64.84%,单核细胞比率10.54%,单核细胞数 $1.11 \times 10^9/L$,红细胞 $6.38 \times 10^{12}/L$,血红蛋白174 g/L,红细胞压积54.91%。凝血系列、血沉检查均正常。住院期间经头孢他啶、左氧氟沙星抗感染,

予酚磺乙胺、氨甲苯酸、白眉蛇毒血凝酶等对症治疗。其后复查血常规:白细胞 $6.44 \times 10^9/L$,中性细胞比率64.14%,单核细胞比率12.34%,红细胞 $5.4 \times 10^{12}/L$,血红蛋白158 g/L,红细胞压积49.4%。提示感染已愈,但咳血量仍如前,咯痰、胸闷、气短、喘息无改善,端坐呼吸、不能平卧,洗漱等轻微活动可引起喘促、呼吸困难等症状明显加重,每天睡眠不足1 h。故出院予中药:黄芪30 g,白术、防风、麦冬、五味子、柴胡、苦杏仁、陈皮、藿香、蜜炙麻黄各10 g,连翘、党参、茯苓、百部各15 g,细辛5 g。14剂,每天1剂,水煎服。

二诊:咳嗽、咯痰明显减少,仍有咯血,痰中带血约每天20 mL,自觉鼻塞、自汗出。治守前方去苦杏仁、陈皮、连翘、细辛,加羌活、川芎、甘草各10 g,浮小麦、牡蛎各30 g,白茅根15 g。14剂,如法煎服。三诊:患者未再发咯血,偶咳嗽、咯少量泡沫样痰,胸闷、气短明显减轻,端坐呼吸明显减轻,夜间可侧卧入睡,夜间可睡约3 h,食欲欠佳,舌苔黄腻。前方黄芪加至60 g,加苍术、厚朴各10 g以健脾燥湿。14剂,如法煎服。四诊:患者胸闷、气短明显减轻,偶咳嗽、咯少量泡沫样痰,已无端坐呼吸,夜间可平卧睡眠4 h左右,可自行站立稍作活动,食欲稍增,舌苔黄腻。前方茯苓加至30 g,加桂枝、陈皮各10 g,白芍30 g,连翘15 g。14剂,如法煎服。五诊:患者仍时感气短、胸闷,偶咳嗽、咯少量泡沫样痰,可在家人陪同下散步活动。前方黄芪加至120 g,党参加至30 g,去五味子,加当归

[收稿日期] 2013-08-26

[作者简介] 黄芸(1978-),女,主治医师,研究方向:中医肺系病。

[通讯作者] 王兰娣, E-mail: wangld999@126.com。

15 g 补血活血，泽泻 45 g 利水渗湿、泻浊阴。14 剂，如法煎服。六诊：患者未再发咯血，胸闷、气短已明显减轻，夜间平卧，睡眠可，动辄汗出，已可在小区步行活动。原方加山茱萸 10 g 敛阴止汗、滋补肾阴，再如法煎服 14 剂。复查胸部 CT 提示：右肺下叶巨大肺大疱较前明显缩小，局部肺组织膨胀不全已明显复张。七诊：患者诸证缓解，予补肺益肾之剂善后。其后每 3~6 月复诊 1 次，随访 2 年患者未再发咯血，偶感胸闷、气短，可自行在小区步行活动。

2 讨论

该患者久病体虚，脾、肺、肾三脏虚损，脾虚痰湿内生，肺气失宣则咳嗽、咯痰，肺气虚则气短、胸闷、疲乏无力，气虚卫外不顾则自汗出，气虚致气不摄血则咳血，是气虚进一步加重的表现，因此酚磺乙胺、氨甲苯酸、白眉蛇毒血凝酶等止血药并不能解决患者咳血的问题。

王主任根据患者情况选择了玉屏风散、生脉饮进行加减运用。玉屏风散为元代医家危亦林名方，本以益气固表止汗为意，现代多用于表虚不固的各种免疫力低下的患者，方中黄芪益气固表止汗为君；白术补气健脾为臣；佐以防风走表而散风邪，合黄芪、白术以益气祛邪。本方重点在重用生黄芪大补元气，使肺司呼吸、肾纳气、脾主运化的功能得以恢复。黄芪味甘温，归肺、脾、肝、肾经。李东垣云：“脾胃一虚，肺气先绝，必用黄芪温分肉、益皮毛、实腠理、不令汗出，以益元气而补三焦。”王好古在《汤液本草》云：“（黄芪）治气虚盗汗并自汗，即皮表之药，又治肤痛，则表药可知。又治咯血，柔脾胃，是中州药也。又治伤寒迟脉不至，又补肾脏元气，是里药。是上中下内外三焦之药。”现代研究证明，黄芪具有升白细胞、增加机体免疫力等作用、增加红细胞、调节血压。生脉饮源自《千金要方》，原名生脉散，方中人参益气复脉，生津止渴，振兴元气，为主药。麦冬甘寒，益胃生津，清心除烦，润肺养阴，为辅药。

五味子酸温，敛肺益气，生津止渴，固表止汗，宁心安神。三药合用，一补一清一敛，共奏益气复脉、养阴生津、润肺止咳之功。两方合用补肺益气、补脾益肾。

肺主一身之气，司呼吸，肺的虚证皆与气虚有关。肺气虚则宣发肃降不利，肺气上逆则咳嗽；宗气不利，肺失宣发，郁闭于内则胸闷不适；气虚失于统摄则咳血；宗气不足、肾气亏虚不纳气则气短、喘息、呼吸困难；脾虚运化失司，则痰饮、水湿渐生。但若要气机畅顺，必须肺气畅顺，但肺气不运的关键是肺气虚，只有通过补肺气，才能使壅塞的气机运动起来。因此，本案通过大剂量的黄芪补益肺气，运大气，转中轴，恢复气的推动、温煦、固摄功能等功能，以达到气机运转正常，脾气、肾气都得到逐步恢复的目的。

脾为后天之本，气血生化之源，因此，无论补肺还是调肺，都必须时刻注意兼顾脾的功能。在补肺固表的同时运用藿香、苍术、厚朴等药物醒脾化湿，不至补益太过、滋腻碍脾。“脾为生痰之源，肺为储痰之器”脾虚日久，痰浊内生，壅塞日盛，浊阴不降上逆于肺，痰湿内蕴壅塞息道则喘满不得平卧，通过重用泽泻、茯苓等利水渗湿，使脾不再受湿所困，脾之运化恢复正常，使浊阴有去处，浊阴降则清气升，一身的气化运动才能转归正常。

另外，以往中医辨治肺气肿、肺大疱以肺胀论治，且仅以临床症状改善为目的，对于已形成肺气肿、肺大疱等器质性的病变，因没有胸部 CT 等科学手段佐证，因此临床疗效常不被认可。本例的治疗证明了中医辨证治疗不仅可以使肺气肿、肺大疱患者症状完全缓解、生存质量明显提高，而胸部 CT 复查证实中药治疗使得该患者的肺大疱明显缩小，肺叶明显复张。

（责任编辑：冯天保）