

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

付强恒¹ 杨洪静² 谢娟¹ 周波¹

(1 四川省达州市中西医结合医院重症医学科,达州,635000; 2 成都中医药大学,成都,610072)

摘要 目的:分析千金苇茎汤加减辨治重症肺炎患者临床疗效,探究部分临床疗效机制,为重症肺炎治疗方案选择提供参考。方法:选取2016年1月至2018年1月达州市中西医结合医院收治的重症肺炎患者106例作为研究对象,按照就诊顺序编号,采用单双号分组法,单号为对照组,双号为观察组,每组53例。2组患者均采用重症肺炎常规治疗:予以经验性抗感染治疗、目标性抗感染治疗、氧疗和辅助呼吸治疗、糖皮质激素治疗。观察组在对照组治疗基础上,再根据患者中医证型予以千金苇茎汤加减辨治,2组患者均连续治疗2周。比较2组患者治疗前、治疗后临床症状相关指标(CURB-65、APACHE II评分)、炎症反应指标(白细胞计数(WBC)、降钙素原(PCT)、C反应蛋白(CRP))呼吸功能指标:(氧合指数、氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂))、免疫平衡调节因(CD4⁺CD25⁺Treg细胞、IFN- γ 、IL-4、IFN- γ /IL-4)的变化。判定2组患者临床疗效并比较。比较2组患者治疗过程中药物不良反应发生情况。结果:治疗2周后,观察组患者临床治疗有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。治疗后,2组患者CURB-65评分、APACHE II评分均较治疗前明显降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,2组患者IFN- γ 较治疗前无明显变化,IL-4、CD4⁺CD25⁺Treg细胞较治疗前明显下降,IFN- γ /IL-4较治疗前上升,差异有统计学意义($P < 0.05$),且观察组患者IL-4、CD4⁺CD25⁺Treg细胞低于对照组,IFN- γ /IL-4高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,2组患者WBC、PCT、CRP均较治疗前明显下降,且观察组患者明显低于对照组患者($P < 0.05$)。治疗后2组患者氧合指数、PaO₂均较治疗前明显升高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);PaCO₂较治疗前明显降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组患者治疗过程中药物不良反应率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:千金苇茎汤通过恢复重症肺炎患者免疫平衡,降低患者炎症反应,提升患者呼吸功能,达到改善重症肺炎患者临床症状,提升临床疗效的作用,且不增加药物不良反应,具有较高的临床价值。

关键词 重症肺炎;千金苇茎汤;免疫平衡;炎症反应;呼吸功能;临床疗效;疗效机制

Exploration on Clinical Efficact and Partial Mechanism of Modified Qianjin Weijing Decoction in Severe Pneumonia

Fu Qiangheng¹, Yang Hongjing², Xie Juan¹, Zhou Bo¹

(1 Department of Critical Care Medicine, Dazhou Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital in Sichuan Province, Dazhou 635000, China; 2 Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu 610072, China)

Abstract Objective: To analyze the clinical efficacy of modified Qianjin Weijing Decoction in the treatment of severe pneumonia, and to explore the mechanism of the clinical efficacy, and to provide reference for the choice of therapy in severe pneumonia. **Methods:** A total of 106 cases of severe pneumonia admitted to Dazhou Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital in January 2016 to January 2018 were selected as research objects. According to the number of the patients, the odd-even grouping method was used. The odd was control group, and the even was observation group, with 53 cases in each group. The 2 groups were given routine treatment for severe pneumonia: empiric anti-infection treatment, target anti-infection treatment, oxygen therapy and auxiliary respiratory therapy and glucocorticoid therapy. On the basis of the treatment in the control group, the observation group was treated with modified Qianjin Weijing Decoction according to the patient's traditional Chinese medicine (TCM) syndrome. The 2 groups of patients were treated for 2 weeks. Clinical symptom-related indexes like scores of CURB-65 and APACHE II, inflammatory response indexes like white blood cell (WBC), procalcitonin (PCT) and C-reactive protein (CRP), respiratory function indexes like oxygenation index, oxygen partial pressure (PaO₂) and carbon dioxide partial pressure (PaCO₂), and regulatory factors of immune balance like CD4⁺CD25⁺Treg cells, IFN- γ , IL-4 and IFN- γ /IL-4 of the patients in the 2 groups before and after the treatment were compared. The clinical efficacy of the 2 groups was determined and compared. Adverse drug reactions during the treatment were compared between the 2 groups. **Results:** 1) After 2 weeks of the treatment, the total effective rate of the observation group was significantly higher than that of the control group ($P < 0.05$). 2) After the treatment, the scores of CURB-65 and APACHE II in the 2 groups were significantly lower than those before the treatment, and the scores in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). 3) After the treatment, there was no obvious change in the IFN- γ of the 2 groups. The IL-4 and CD4⁺CD25⁺Treg cells were significantly lower than those before the treatment, and the IFN- γ /IL-4 was higher than

that before the treatment($P<0.05$). The IL-4 and $CD4^{+}CD25^{+}$ Treg cells in the observation group were lower than those in the control group, and the IFN- γ /IL-4 was higher than that in the control group($P<0.05$). 4) After the treatment, WBC, PCT and CRP of the 2 groups were significantly lower than those before the treatment, and those in the observation group were significantly lower than those in the control group($P<0.05$). 5) After the treatment, the oxygenation index and PaO_2 in the 2 groups were significantly higher than those before the treatment, and those in the observation group were higher than those in the control group($P<0.05$); $PaCO_2$ was significantly lower than that before the treatment, and that in the observation group was lower than that in the control group($P<0.05$). 6) There was no significant difference in the rate of adverse drug reactions between the 2 groups($P>0.05$). **Conclusion:** Qianjin Weijing Decoction can restore the immune balance of patients with severe pneumonia, reduce the inflammatory response and improve the respiratory function of the patients, so as to improve the clinical symptoms of severe pneumonia, improve the clinical efficacy, and do not increase the adverse drug reaction. It has high clinical value.

Key Words Severe pneumonia; Qianjin Weijing Decoction; Immune balance; Inflammatory response; Respiratory function; Clinical efficacy; Mechanism of efficacy

中图分类号: R289.5; R563 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2019.07.024

重症肺炎(Severe Pneumonia, SP)为严重的肺实质感染,具有较高的致残率和死亡率。虽然受到临床的广泛重视,但由于 SP 发病紧急、病情凶险,进展迅速,目前临床尚缺乏特异性的治疗方法^[1]。中医经过数千年的积累沉淀,在治疗危急重症方面有一定的优势。重症肺炎属中医“风温肺热病”范畴。中医治疗原则应以清热解毒、益气扶正、活血化痰为要。千金苇茎汤首见于《备急千金药方》,是中医治疗肺病的经典名方^[2-3]。具有清肺化痰、逐瘀排脓之功效。广泛应用于治疗咳吐腥臭黄痰脓血,胸口隐隐作痛,咳甚加重,口干欲饮,舌红苔黄腻,脉滑数或洪者等^[4]。本研究采用千金苇茎汤加减化裁治疗重症肺炎,观察其对患者免疫功能、炎性反应指标、临床症状的影响,及改善临床疗效方面的效果,分析其发挥疗效机制,以期对重症肺炎患者的治疗方案选择提供参考。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2018 年 1 月达州市中西医结合医院收治的重症肺炎患者 106 例作为研究对象,按照就诊顺序编号,采用单双号分组法,单号为对照组,双号为观察组,每组 53 例。2 组患者性别、年龄、体质量、体质量指数、中医证型等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。具有可比性。见表 1。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断 参照 2016 版《中国急诊重症肺

炎临床实践专家共识》^[5]:符合下列 1 项主要标准或 ≥ 3 项次要标准可诊断为重症肺炎,需密切观察、积极救治,并建议收住监护病房治疗。主要指标:1)气管插管需要机械通气;2)感染性休克积极液体复苏后仍需要血管活性药物。次要标准:1)呼吸频率 >30 次/min;2) $PaO_2/FiO_2 < 250$ mmHg;3)多肺叶浸润;4)意识障碍和(或)定向障碍;5)血尿素氮 ≥ 7 mmol/L;6)低血压需要积极的液体复苏。

1.2.2 中医诊断标准:患者符合西医 SP 诊断标准后,由经验丰富的老中医参照中国中医药管理局制定的《中医病症诊断疗效标准》^[6]中风温肺热病的中医辨证原则进行中医辨证,风热犯肺型:身热无汗,恶风寒,咳嗽痰少,头痛,口微渴;临床表现为:舌边尖红,苔薄白,脉浮数。痰热壅肺型:身热烦渴,咳嗽气粗,痰黄带血,胸闷胸痛,口渴;临床表现为:舌红苔黄,脉洪数或滑数。肺胃热盛型:身热,心烦懊恼,口渴多饮,咳嗽痰黄,腹满便秘,临床表现为:舌红,苔黄或灰黑而燥,脉滑数。热闭心包型:壮热,烦躁不安,口渴不欲饮,甚则神昏谵语、痉厥或四肢厥冷;临床表现为:舌绛少津,苔黄,脉弦数或沉数。气阴两虚型:身热渐退,干咳痰少而粘,自汗神倦,纳少口干;临床表现为:舌红少苔,脉细或细数。邪陷正脱型:呼吸短促,鼻翼煽动,面色苍白,大汗淋漓,甚则汗出如油,四肢厥冷,发绀,烦躁不安,身热骤降;或起病无身热,面色淡白,神志逐渐模糊。舌质淡紫,脉细数无力,或脉微欲绝。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	性别(例)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	体质量 ($\bar{x} \pm s$, kg)	体质量指数 ($\bar{x} \pm s$, kg/m ²)	中医证型(例)					
	男	女				风热犯肺	痰热壅肺	肺胃热盛	气阴两虚	热闭心包	邪陷正脱
对照组($n=53$)	31	22	58.87 $\pm$ 7.28	70.81 $\pm$ 7.62	23.62 $\pm$ 4.13	2	19	6	11	10	5
观察组($n=53$)	30	23	59.13 $\pm$ 7.34	70.63 $\pm$ 7.73	23.70 $\pm$ 4.21	2	20	7	10	10	4

1.3 纳入标准 1)符合西医 SP 诊断标准及中医风温肺热病诊断标准;2)年龄 18~65 岁;3)有实质性痰液咯出或可经负压吸痰器吸出;4)无多种药物过敏史者;4)患者和(或)家属了解参加此次研究利弊并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并有其他免疫系统缺陷如:白血病、中性粒细胞、淋巴瘤等相关疾病;2)合并其他系统如:消化系统、血液系统、神经系统、泌尿系统、神经系统严重疾病者或恶性肿瘤疾病者;3)入组前一个月采用细胞毒性药物、大剂量糖皮质激素、免疫抑制剂等治疗者;4)其他系统感染者。

1.5 脱落与剔除标准 1)无法按照既定治疗方案治疗者;2)无法获得完整随访者。

1.6 治疗方法 2 组患者均采用重症肺炎常规治疗:予以经验性抗感染治疗、目标性抗感染治疗、辅助呼吸治疗、抗休克、营养支持、保护脏器功能、维持内环境稳定等。观察组在对照组治疗基础上,再根据患者中医证型予以千金苇茎汤加减辨治。千金苇茎汤组方:苇茎、瓜瓣各 60 g,薏苡仁 30 g、桃仁 24 g。根据中医辨证分型加减辨治:风热犯肺型患者加用芦根 15 g,桔梗、连翘各 10 g,痰热壅肺型患者加用牛蒡子、升麻、葶苈子各 15 g,百部、枇杷叶各 10 g;肺胃热盛型加用石膏 30 g(先煎 30 min)、麻黄、知母、芦根各 10 g;气阴两虚型加用红参、麦冬、五味子、熟地黄、甘草、桔梗各 10 g;热闭心包型加用生石膏 30 g(先煎)、水牛角、羚羊角屑各 5 g,玄参、升麻、甘草各 10 g;邪陷正脱型加用红参 5 g,麦冬、五味子各 10 g。加水煎早晚温服,每日 1 剂,2 组患者均连续治疗 2 周。

1.7 观察指标 比较 2 组患者治疗前、治疗后临床症状相关指标(CURB-65 评分、APACHE II 评分)、炎性指标(白细胞计数(WBC)、降钙素原(PCT)、C 反应蛋白(CRP))呼吸功能指标:(氧合指数、氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂))、免疫平衡调节因(CD4⁺CD25⁺Treg 细胞、IFN-γ、IL-4、IFN-γ/IL-4)的变化。判定 2 组患者临床疗效并比较。比较 2 组患者治疗过程中药物不良反应发生情况。

CURB-65 肺炎指数、APACHE II 评分:患者入组后治疗前、完成治疗后,由经过培训的医务人员采用 CURB-65 肺炎指数评分标准对患者进行评定。对患者的意识、BUN 水平、呼吸频率、收缩压、年龄的分级标准进行评分,满足一项得 1 分,得分越高说明肺炎病情越严重。采用 APACHE II 对患者的急性生理功能和慢性健康状况进行评分,得分越高说明健

康状况越差。

炎性指标检测:患者入组后治疗前、完成治疗后,采集空腹静脉血,先行白细胞计数检测,再取另一份血液离心得上层清液采用酶联免疫法检测 PCT 和 CRP。试剂盒 JUN 购自上海依科赛生物制品有限公司。严格按照试剂盒说明书操作。

免疫平衡指标检测:患者入组后治疗前、完成治疗后,采集空腹静脉血,采用免疫磁珠分选出 CD4⁺CD25⁺Treg 细胞,采用流式细胞仪检测 CD4⁺CD25⁺Treg 细胞纯度,计算细胞百分比。采用酶联免疫法检测血清 IFN-γ、IL-4,试剂盒购自上海依科赛生物制品有限公司,严格按照试剂盒操作说明书操作。

药物不良反应监测收集:治疗过程中收集 2 组患者药物不良反应发生情况。

1.8 疗效判定标准 患者完成治疗后,参照中国中医药管理局制定的《中医病症诊断疗效标准》中对风温肺热病疗效判定标准进行疗效判定;治愈:症状消失,体温恢复正常,肺部罗音消失。X 线复查肺部病灶吸收,血象恢复正常。好转:症状减轻,肺部罗音减少,X 线复查肺部病灶未完全吸收。未愈:症状及体征均无改善甚至恶化。临床治疗有效率=治愈率+好转率。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析,计数资料用百分率表示,行 χ^2 检验。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,本研究所有数据均符合正态分布,用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者治疗后临床疗效比较 治疗 2 周后,观察组患者临床治疗有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者治疗后临床疗效比较

组别	治愈(例)	好转(例)	无效(例)	治疗有效率(%)
对照组($n=53$)	20	19	14	73.58
观察组($n=53$)	26	21	6	88.68*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

表 3 2 组患者临床症状变化比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	CURB-65 评分	APACHE II 评分
对照组($n=53$)		
治疗前	4.02 ± 1.78	21.38 ± 3.69
治疗后	3.42 ± 1.15*	15.89 ± 1.94*
观察组($n=53$)		
治疗前	4.07 ± 1.83	21.52 ± 3.73
治疗后	3.15 ± 0.85* Δ	13.39 ± 1.47* Δ

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 4 2 组患者免疫平衡指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	IFN- γ (ng/L)	IL-4 (ng/L)	IFN- γ /IL-4	CD4 ⁺ CD25 ⁺ Treg(%)
对照组($n=53$)				
治疗前	27.62 $\pm$ 4.83	18.53 $\pm$ 1.69	1.50 $\pm$ 0.34	15.17 $\pm$ 3.69
治疗后	28.24 $\pm$ 4.94	15.97 $\pm$ 1.57 [*]	1.77 $\pm$ 0.36 [*]	9.73 $\pm$ 1.35 [*]
观察组($n=53$)				
治疗前	28.05 $\pm$ 5.01	18.61 $\pm$ 1.74	1.55 $\pm$ 0.35	15.26 $\pm$ 3.75
治疗后	28.42 $\pm$ 5.11	15.21 $\pm$ 1.36 ^{*Δ}	1.87 $\pm$ 0.38 ^{*Δ}	7.92 $\pm$ 1.14 ^{*Δ}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较, ^{Δ} $P<0.05$

2.2 2 组患者 CURB-65 评分和 APACHE II 评分比较 治疗后,2 组患者 CURB-65 评分、APACHE II 评分均较治疗前明显降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.3 2 组患者免疫平衡指标比较 治疗后,2 组患者 IFN- γ 较治疗前无明显变化,IL-4、CD4⁺ CD25⁺ Treg 细胞较治疗前明显下降,IFN- γ /IL-4 较治疗前上升,差异有统计学意义($P<0.05$),且观察组患者 IL-4、CD4⁺ CD25⁺ Treg 细胞低于对照组,IFN- γ /IL-4 高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

2.4 2 组患者 WBC、PCT、CRP 比较 治疗后,2 组患者 WBC、PCT、CRP 均较治疗前明显下降,且观察组患者明显低于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 5 2 组患者 WBC、PCT、CRP 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	WBC($\times 10^9$ /L)	PCT(pg/mL)	CRP(mg/L)
对照组($n=53$)			
治疗前	11.37 $\pm$ 3.58	23.12 $\pm$ 2.59	101.38 $\pm$ 10.63
治疗后	9.83 $\pm$ 1.25 [*]	8.35 $\pm$ 1.14 [*]	78.46 $\pm$ 7.71 [*]
观察组($n=53$)			
治疗前	11.31 $\pm$ 3.63	23.09 $\pm$ 2.48	103.38 $\pm$ 10.63
治疗后	8.57 $\pm$ 1.21 ^{*Δ}	5.93 $\pm$ 1.03 ^{*Δ}	54.12 $\pm$ 5.76 ^{*Δ}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较, ^{Δ} $P<0.05$

表 6 2 组患者呼吸功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	氧合指数	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)
对照组($n=53$)			
治疗前	218.49 $\pm$ 22.27	53.38 $\pm$ 5.82	60.27 $\pm$ 6.59
治疗后	251.15 $\pm$ 26.34 [*]	83.17 $\pm$ 8.49 [*]	46.39 $\pm$ 4.74 [*]
观察组($n=53$)			
治疗前	218.35 $\pm$ 22.23	53.47 $\pm$ 5.79	60.38 $\pm$ 6.64
治疗后	281.62 $\pm$ 28.83 ^{*Δ}	90.84 $\pm$ 9.67 ^{*Δ}	33.48 $\pm$ 3.97 ^{*Δ}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较, ^{Δ} $P<0.05$

2.5 2 组患者治疗前后呼吸功能指标变化比较 治疗后 2 组患者氧合指数、PaO₂ 均较治疗前明显升高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义

($P<0.05$);PaCO₂ 较治疗前明显降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 6。

2.6 2 组患者治疗期间药物不良反应比较 2 组患者治疗过程中药物不良反应率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 7。

表 7 2 组患者治疗期间药物不良反应比较[例(%)]

组别	头晕	恶心、呕吐	低血压	其他	不良反应
对照组($n=53$)	1(1.89)	2(3.77)	1(1.89)	1(1.89)	5(9.43)
观察组($n=53$)	1(1.89)	3(5.66)	1(1.89)	1(1.89)	6(11.32)

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$

3 讨论

目前,临床对于重症肺炎得发病机制研究较多,较为明确的发病机制有:基因基础、炎性作用、免疫失衡、炎性信号通路、细胞凋亡、凝血功能异常学说^[7]。西医对 SP 的治疗方式以抗菌、抗炎、氧疗和呼吸辅助治疗、营养补充等方式为主。但疗效因个体差异并不稳定。

中医将 SP 归为风温肺热病。其中的“风温”病名首次在《伤寒论》中提出,记载为:“太阳病,发热而渴,无恶寒者,为温病。若发汗已,身灼热者,名曰风温”^[8]。陈平伯在《外感温病篇》中论及风温:“春月与冬月居多,或恶风,或不恶风,必身热、咳嗽、烦渴,此风温证之提纲也”^[9]。“肺热病”首见于《素问·刺热论》,“肺热病者,先淅然厥,起毫毛,恶风寒,舌上黄,身热,热争则喘咳,痛走胸膺背,不得太息,头痛不堪,汗出而寒”。风温肺热病为外感风邪致病,两者临床症状较为相似,而合称为“风温肺热病”^[10]。叶天士《三时伏气外感篇》中对风温肺热病进行辨析到“风温外薄,肺胃内应,风温内袭,肺胃受病”。概括其病机为:风温外邪伤及肺胃,入而化热^[11]。《伤寒总病论》记载该病病机治则为“病人素伤于风,因复伤于热,风热相搏,则发风温。四肢不收,头痛身热,常自汗出不解。治法在少阴厥阴,不可发汗,汗出则谵语”^[12]。总结重症肺炎患者的病机为:外邪、热毒、正虚、痰瘀。治以益气扶正、泄热涤痰逐瘀为要。近年来,临床采用中医辅助西

医治疗 SP 方面取得一定的进展^[13]。千金苇茎汤出自《备急千金要方》，具有清肺化痰，逐瘀排脓的功效，临床主治肺痈。后各医家在此基础上加减以治疗更广泛的呼吸道疾病。清·尤在泾在《金匱要略心典》中曰：“千金苇茎汤散热通瘀，而重不伤峻，缓不伤懈，可以补桔梗汤、桔梗白散二方之偏，亦良法也，乃清肺化痰名方”。风温肺热病作为肺部严重感染造成损伤疾病，其病机病因各不相同，中医辨证型主要有风热犯肺、痰热壅肺、肺胃热盛、气阴两虚、热闭心包、邪陷正脱 6 种证型。临床多项研究显示，千金苇茎汤治疗 SP 疗效确切^[14-15]。本研究通过观察千金苇茎汤辅助西药加减辨治不同中医证型 SP 患者临床疗效，及对免疫平衡系统、炎性反应递质的影响，以期了解千金苇茎汤治疗 SP 的部分机制，为临床提供方案选择方面的参考。

本方案在千金苇茎汤基础方具有的清热化痰、宣通肺气、淡渗湿热、化痰排脓、活血祛瘀解毒的基础上，根据中医证型加减辨治。结果显示，较之于仅采用西药治疗的 SP 患者，其改善了免疫失衡状态，降低炎性反应，提升了患者的呼吸功能及临床疗效。并未增加患者的药物不良反应。解析千金苇茎汤方药组成，苇茎、瓜瓣仁作为君药，苇茎发挥清热化痰，宣通肺气的功效，瓜瓣仁具有淡渗利湿的功效，辅以丞药薏苡仁，强化淡渗湿热，化痰排脓功效，丞药桃仁具有活血祛瘀解毒的功效^[16]，君丞共奏清热化痰，行血畅气，宣通肺气功效。中药药理研究成果显示，苇茎可有效镇咳、化痰及促进免疫功能的作用，瓜瓣仁、薏苡仁也具有提升免疫功能的作用。薏苡仁还具有解热、镇痛、抗炎的作用，桃仁对改善循环系统血流动力学水平疗效确切。同时，桃仁还有广谱抗菌作用，且对呼吸中枢具有镇静作用。在此基础上，根据 SP 的中医证型，再加减中药，强化疾病病因治疗的针对性。故此为提升 SP 患者临床疗效，改善患者免疫平衡，炎性反应状态的作用。

综上所述，千金苇茎汤通过恢复重症肺炎患者免疫平衡，降低患者炎性反应，提升患者呼吸功能，

达到有效改善重症肺炎患者临床症状，提升临床疗效的作用，且不增加药物不良反应。

参考文献

- [1] 林桂仪, 张莹. 千金苇茎汤加味联合西医治疗对接受机械通气的重症肺炎患者呼吸力学、Th17 与 Treg 细胞因子失衡及动脉血气分析指标的影响[J]. 河北中医, 2018, 40(4): 520-526.
- [2] 孙达志, 麻友兵. 清肺逐瘀汤结合针刺疗法治疗重症肺炎临床疗效及其机制探讨[J]. 中医药信息, 2018, 35(4): 114-117.
- [3] 李游, 田伟盟, 武祺, 等. 中西医结合治疗 100 例老年重症肺炎的临床疗效分析[J]. 中国危重病急救医学, 2011, 23(1): 44-45.
- [4] 程齐俭. 关于“中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016 年版)中重症肺炎诊断标准的商榷”的回复[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2017, 40(8): 640.
- [5] 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.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 56.
- [7] 李智鑫, 严一核, 孙雪东, 等. 重症肺炎患者 BALF 中细胞因子及 α -SMA 水平与疾病严重程度的研究[J]. 医学研究杂志, 2018, 47(4): 57-60.
- [8] 白雪. 观察麻杏石甘汤合千金苇茎汤加味治疗重症肺炎的临床疗效[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(21): 146.
- [9] 颜敏, 瞿新, 刘玉兰. 重症肺炎患儿外周血辅助性 T 细胞 17 与调节性 T 细胞及其细胞因子表达的临床意义[J]. 中华妇幼临床医学杂志(连续型电子期刊), 2017, 13(4): 414-418.
- [10] 荆珊珊. 血必净注射液治疗重症肺炎所致脓毒症(瘀毒互结证)的临床疗效观察[D]. 郑州: 河南中医药大学, 2017.
- [11] 卢幼然, 丁军颖, 刘清泉. 重症肺炎免疫失衡机制及中医药治疗研究进展[J]. 解放军医药杂志, 2017, 29(4): 45-49.
- [12] 刘君. 清热化痰汤联合支气管镜肺泡灌洗术治疗重症社区获得性肺炎的疗效评价[D]. 济南: 山东中医药大学, 2016.
- [13] 安亚东. 千金苇茎汤合桃仁红花煎治疗呼吸机相关性肺炎的疗效观察[J]. 陕西中医, 2016, 37(7): 838-839.
- [14] 方荣, 王倩, 冯丽伟, 等. 利奈唑胺注射液联合胸腺肽治疗重症肺炎的疗效及作用机制[J]. 川北医学院学报, 2016, 31(3): 396-399.
- [15] 于大兴. 清化方对重症肺炎患者病情相关指标的影响及其炎症机制的探索[D]. 北京: 中国中医科学院, 2016.
- [16] 奚肇庆, 郑玥. 中西医结合治疗重症肺炎痰热壅肺气阴两损证 40 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2016, 48(3): 29-31.

(2018-12-19 收稿 责任编辑: 杨觉雄)