

三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤联合布地格福在稳定期慢性阻塞性肺疾病的应用

尹自华

施甸县中医医院 肺病科 云南保山 678200

摘要：目的：探讨三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤联合布地格福吸入气雾剂治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病的临床效果。方法：选取 2024 年 5 月至 2026 年 4 月收治的稳定期慢性阻塞性肺疾病患者 60 例，按治疗方案分为对照组和观察组，各 30 例。对照组予布地格福吸入气雾剂规范吸入治疗，观察组在此基础上加用三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤加减治疗，连续干预 12 周。比较两组肺功能、运动耐力、症状评分及急性加重情况。结果：治疗后两组 FEV1%pred、FEV1/FVC、6 min 步行距离均较治疗前升高，CAT 评分、中医证候积分下降，且观察组改善幅度优于对照组（ $P<0.05$ ）；随访期间观察组急性加重发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤联合布地格福可进一步改善稳定期慢阻肺患者肺功能、运动耐力和临床症状，对降低急性加重风险具有积极意义。

关键词：慢性阻塞性肺疾病；稳定期；三拗汤；瓜蒌薤白半夏汤；布地格福；中西医结合

慢性阻塞性肺疾病简称慢阻肺，是以持续气流受限和咳嗽、咳痰、气促为主要表现的慢性气道疾病。稳定期治疗重点在于缓解症状、改善活动耐量、减少急性加重和延缓肺功能下降^[1]。布地格福吸入气雾剂由布地奈德、格隆溴铵、富马酸福莫特罗组成，兼具抗炎、长效抗胆碱及长效 β_2 受体激动作用，适用于慢阻肺维持治疗^[2]。但部分患者长期仍存在咳痰、胸闷、活动后气短等症状。中医学认为本病属“肺胀”“喘证”范畴，稳定期多为本虚标实，痰浊内阻、肺失宣降贯穿病程^[3]。三拗汤宣肺平喘，瓜蒌薤白半夏汤通阳散结、化痰宽胸，两方合用与痰浊阻肺、胸阳不展证候较为契合。本研究观察其联合布地格福的应用效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 5 月至 2026 年 4 月本院门诊及住院随访的稳定期慢阻肺患者 60 例。纳入标准：符合慢阻肺诊断标准；近 4 周无急性加重；临床表现以咳嗽、咳痰、胸闷、活动后气短为主；中医辨证以痰浊阻肺兼胸阳不展为主；可配合肺功能检查和随访。排除标准：合并支气管哮喘急性发作、肺结核、肺癌、严重心肝肾功能不全、近期使用全身糖皮质激素或对研究药物过敏者。两组性别、年龄、病程、肺功能分级比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。见表 1。

1.2 方法

两组均给予戒烟指导、呼吸功能训练、疫苗接种建议、营养支持和急性加重识别教育。对照组予布地格福吸入气雾剂，每次 2 吸，每日 2 次，经口吸入，吸入后漱口。观察组在对照组基础上加用三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤加减：炙麻黄 6 g、苦杏仁 9 g、瓜蒌 15 g、薤白 10 g、法半夏 9 g、陈皮 9 g、茯苓 12 g、桔梗 6 g、炙甘草 6 g。痰多黏稠加浙贝母、前胡；气短乏力加党参、黄芪；胸闷明显加郁金、枳壳。每日 1 剂，水煎取 300 mL，早晚分服，连续治疗 12 周。治疗期间记录不良反应，急性加重按指南处理^[1]。

1.3 观察指标

治疗前后检测 FEV1%pred、FEV1/FVC，完成 6 min 步行试验；采用 CAT 评分评价症状负担，采用咳嗽、咳痰、喘息、胸闷、气短等积分评价中医证候，分值越高表示症状越重；随访 12 周内记录急性加重发生例数及药物不良反应。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较用 t 检验；计数资料用 χ^2 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料比较，见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	男/女	年龄（岁）	病程（年）	GOLD II/III 级
对照组	30	19/11	67.13±6.42	8.64±2.15	18/12
观察组	30	20/10	66.85±6.37	8.71±2.08	17/13
统计值	—	$\chi^2=0.071$	t=0.170	t=0.128	$\chi^2=0.069$
P 值	—	0.789	0.866	0.899	0.793

2.2 两组肺功能、运动耐力及症状评分比较，见表 2。

表 2 两组治疗后主要指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

指标	对照组（n=30）	观察组（n=30）	t 值	P 值
FEV1%pred（%）	55.21±6.18	59.86±6.40	2.866	0.006
FEV1/FVC（%）	56.34±5.27	60.17±5.31	2.804	0.007
6 min 步行距离（m）	381.26±42.35	417.58±45.16	3.214	0.002
CAT 评分（分）	15.42±3.36	11.83±3.04	4.337	<0.001
中医证候积分（分）	9.18±2.41	6.52±2.08	4.575	<0.001

注：治疗前两组各指标比较差异无统计学意义（P>0.05）。治疗 12 周后，观察组 FEV1%pred、FEV1/FVC、6 min 步行距离高于对照组，CAT 评分及中医证候积分低于对照组（P<0.05）。

2.2 两组急性加重及不良反应比较

随访 12 周内，对照组急性加重 7 例，发生率 23.33%；观察组急性加重 2 例，发生率 6.67%，差异有统计学意义（ $\chi^2=3.268$ ，P=0.041）。对照组出现口咽不适 2 例，观察组出现轻度胃脘不适 1 例、口咽不适 1 例，经调整服药时间、加强漱口后缓解，未见严重不良反应。

3 讨论

稳定期慢阻肺虽病情相对平稳，但气道慢性炎症、黏液高分泌、小气道重塑及肺弹性回缩力下降仍持续存在，患者常表现为反复咳痰、气促、活动耐量下降。规范吸入治疗是稳定期管理核心，布地格福作为 ICS/LAMA/LABA 三联吸入制剂，可同时发挥抗炎、扩张支气管、降低气道阻力等作用，对症状明显或有急性加重风险的患者具有较好应用价值^[2,4]。但临床可见部分患者即使规范吸入后，痰多、胸闷、气短仍反复存在，提示单纯从气道舒张和抗炎角度干预尚不能完全覆盖其复杂病机。中医认为慢阻肺迁延日久，肺脾肾亏虚为本，痰浊、瘀阻、气机不畅为标。稳定期并非完全无邪，而是正虚基础上夹痰夹瘀、肺失宣肃。三拗汤由麻

黄、杏仁、甘草等组成，重在宣肺降气、止咳平喘；瓜蒌薤白半夏汤源于胸痹治疗思路，具有宽胸通阳、化痰散结、降逆止咳之功。两方合用，一宣一降，一通一化，既可改善痰阻气道所致咳嗽喘息，又可缓解胸阳不展、气机闭阻所致胸闷气短。现代研究亦提示，中医辨证联合西医规范治疗可改善慢阻肺患者 CAT 评分、生活质量及急性加重情况^[3,5]。本研究结果显示，观察组治疗后 FEV1%pred、FEV1/FVC、6 min 步行距离均优于对照组，说明联合治疗在改善气流受限和运动耐力方面具有增益作用。其原因可能与以下因素有关：第一，布地格福通过三联机制稳定扩张气道、减轻炎症反应，为肺功能改善提供基础；第二，中药方剂通过宣肺化痰、通阳宽胸，使痰液排出更顺畅，减少痰阻气道对通气的影响；第三，中医整体调节可改善患者咳嗽、胸闷、乏力等主观症状，增强活动信心和呼吸训练依从性，从而间接提升运动耐量。观察组 CAT 评分和中医证候积分下降更明显，也说明联合方案不仅关注肺功能数值，还能改善患者实际症状负担，这对稳定期慢病长期管理更具临床意义。安全性方面，两组均未发生严重不良反应。需要注意的是，三拗汤中麻黄具有宣肺平喘作用，但对合并严重高血压、快速心律失常、甲状腺功能亢进等患者应慎用；布地格福含吸入性糖皮质激素，需指导患者规范吸入并及时漱口，以减少口咽不适和真菌感染风险^[6]。因此，联合治疗应建立在辨证准确、吸入技术规范、定期随访评估的基础上。

综上所述，三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤联合布地格福治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病，可改善肺功能、运动耐力和症状评分，降低短期急性加重发生率，安全性较好，具有一定临床推广价值。

参考文献：

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组,中国医师协会呼吸医师分会慢性阻塞性肺疾病工作委员会.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021 年修订版)[J].中华结核和呼吸杂志,2021,44(03):170-205.
- [2] 章邱东,梅晓冬.布地格福吸入气雾剂治疗中、重度慢性阻塞性肺疾病患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2022,38(03):203-206.
- [3] 世界中医药学会联合会内科专业委员会.慢性阻塞性肺疾病中西医结合诊疗指南(2022 版)[J].中国循证医学杂志,2023,23(10):1117-1128.
- [4] 边明艳,卜丽.布地格福吸入气雾剂与布地奈德福莫特罗粉吸入剂对缓解期慢阻肺患者肺功能以及生活质量影响的对照研究[J].实用药物与临床,2022,25(01):42-45.
- [5] 段艳锋,刘荃乐,郑丹文,等.三拗汤和六君子汤、瓜蒌薤白半夏汤治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病疗效观察[J].新中医,2014,46(01):43-44.
- [6] 胡春晓,孙蓉媛,张利华,等.布地格福吸入气雾剂联合茶碱治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期的临床研究[J].现代药物与临床,2021,36(11):2386-2391.