

三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤联合常规治疗对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者的临床疗效

张琰¹, 卢云², 罗敏³, 刘应明¹, 夏雨航¹

(1. 成都中医药大学, 四川 成都 610075; 2. 成都中医药大学附属医院急诊科, 四川 成都 610072; 3. 成都市第一人民医院重症监护室, 四川 成都 610499)

摘要: 目的 探究三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤联合常规治疗对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者的临床疗效。方法 156例患者随机分为对照组和观察组, 每组78例。对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上加用三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤, 疗程8周。检测临床疗效、中医证候评分、动脉血气指标(PCO₂、PO₂、SaO₂)、炎症因子指标(IL-6、TGF-β1、CRP)、生活质量(CAT评分)、不良反应发生率变化。结果 观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。治疗后, 2组中医证候评分、PCO₂、炎症因子指标、CAT评分降低($P<0.05$), PO₂、SaO₂水平升高($P<0.05$), 以观察组更明显($P<0.05$)。2组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤联合常规治疗能安全有效地改善稳定期慢性阻塞性肺疾病患者的临床症状, 调节动脉血气指标, 同时还能降低炎症因子指标, 提高生活质量。

关键词: 三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤; 常规治疗; 慢性阻塞性肺疾病; 稳定期; 动脉血气指标; 炎症因子

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2026)02-0709-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2026.02.051

慢性阻塞性肺疾病是一种具有高致残率和高致死率的常见慢性呼吸系统疾病, 其特征是持续存在的气流受限^[1]。稳定期慢性阻塞性肺疾病患者虽然病情相对稳定, 但仍有慢性咳嗽、咳痰、气喘等症状, 且活动后呼吸困难逐渐加重, 严重影响生活质量和劳动能力^[2]。西医疗法能缓解患者症状、改善肺功能, 但部分患者对药物治疗反应不佳, 且长期使用西药可能会出现一些不良反应, 如口干、心慌、乏力等^[3]。

中医认为稳定期慢性阻塞性肺疾病属于“喘证”“咳嗽”等范畴, 其发病与肺、脾、肾等脏腑功能失调密切相关, 证型以肺气虚、肺脾气虚、肺肾气虚、肺肾气阴两虚的虚证为主, 常兼见血瘀、痰浊^[4]。三拗汤出自《太平惠民和剂局方》, 具有宣肺解表、祛痰止咳功效, 可用于治疗外感风寒、肺气不宣所致的咳嗽、气喘等症状。瓜蒌薤白半夏汤源自《金匮要略》, 可通阳散结、祛痰宽胸, 对

于痰阻气机、胸阳不振引起的胸闷、咳痰等有良好的治疗效果^[5-6]。在临床实践中, 将三拗汤与瓜蒌薤白半夏汤联合应用, 能够更好地缓解症状, 改善肺功能, 且未见明显不良反应^[7]。但当前临床上将三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤与西医常规治疗联合应用的研究尚不深入, 因此, 本研究旨在探究三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤联合常规治疗对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者的临床疗效, 以期为该病的治疗提供新思路, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2023年1月至2025年1月就诊于成都中医药大学附属医院的156例稳定期慢性阻塞性肺疾病患者, 采用随机信封法分为对照组和观察组, 每组78例。2组一般资料比较见表1, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准(伦理号2022KL-012)

表1 2组一般资料比较($\bar{x}\pm s$, $n=78$)

组别	平均年龄/岁	平均病程/年	性别/[例(%)]		肺功能分级/[例(%)]	
			男	女	Ⅱ级	Ⅲ级
对照组	63.46±5.29	5.26±1.12	36(46.15)	42(53.85)	47(60.26)	31(39.74)
观察组	62.97±5.73	5.43±1.05	41(52.56)	37(47.44)	51(65.38)	27(34.62)

收稿日期: 2025-10-22

基金项目: 四川省中医药管理局科学技术研究专项课题(2022CP3585)

作者简介: 张琰(1998—), 男, 硕士在读, 医师, 从事中西医结合治疗急危重症研究。E-mail: 18702389069@163.com

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 参照《慢性阻塞性肺疾病诊断标准》^[8]中诊断标准,即患者咳嗽、咳痰、呼吸困难等症状在近4~6周内无明显加重,且未发生急性加重(如发热、脓痰量骤增或需调整治疗),临床表现为慢性咳嗽、咳痰(黏液性或脓性)、活动后进行性呼吸困难,症状持续 ≥ 3 个月/年且反复出现,吸入支气管扩张剂后, $FEV_1/FVC < 70%$, FEV_1 占预计值百分比 $\geq 30%$ 。

1.2.2 中医 参照《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011版)》^[9]中辨证标准,属肺脾气虚兼痰浊证,主证喘息、咳嗽、气短、痰多,次证纳呆乏力、易感冒、自汗,舌淡苔白,脉沉。

1.3 纳入、排除标准

1.3.1 纳入标准 ①符合“1.2”项下诊断标准,且肺功能分级为Ⅱ~Ⅲ级^[10];②病历资料完整;③病情处于稳定期,无严重的并发症或合并症;④患者了解本研究,并签署知情同意书。

1.3.2 排除标准 ①合并有支气管扩张症、支气管哮喘、肺结核、间质性肺疾病、肺部肿瘤等其他明显影响呼吸功能疾病;②患有严重的心血管疾病,如不稳定型心绞痛、急性心肌梗死、严重心律失常、心力衰竭等;③存在肝肾功不全;④合并有恶性肿瘤;⑤治疗依从性差。

1.4 治疗手段 对照组给予常规治疗,即经口吸入沙美特罗替卡松吸入粉雾剂(健康元药业集团股份有限公司,国药准字H20243906,50 μg /250 μg),每天2次,每次1吸;经口吸入噻托溴铵粉雾剂(正大天晴药业集团股份有限公司,国药准字H20060454,18 μg),每天1次,每次18 μg ,疗程8周。同时避免患者接触烟雾粉尘及其他刺激性气体,加强保暖,预防呼吸道感染,积极防治并发症,具备控制性氧疗、无创通气支持指征的患者可进行相应治疗。

观察组在对照组的基础上加用三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤,组方药材麻黄15g、法半夏15g、瓜蒌皮30g、薤白15g、苦杏仁15g、甘草6g,将上述药物按比例加水先浸泡30min,然后武火煮沸,再转文火煎煮30min,取汁约600~700mL,每天1剂,分早、中、晚3次温服,疗程8周。

1.5 疗效评价 治疗8周后,评估2组临床疗效^[11],①显效,临床症状(如咳嗽、喘息、气短等)明显减轻,证候评分降低 $\geq 70%$;②有效,临床症状有所减轻, $30\% \leq$ 证候评分降低 $< 70%$;③无效,临床症状无

改善甚至恶化,证候评分降低 $< 30%$ 。总有效率= $[(\text{显效例数}+\text{有效例数})/\text{总例数}] \times 100\%$ 。

1.6 指标检测

1.6.1 中医证候评分 评估2组的中医症状^[12],包括喘息、咳嗽、气短、痰多、纳呆乏力、易感冒,根据症状无、轻、中、重,主证依次计0、2、4、6分,次证依次计0、1、2、3分,评分越高,症状越严重。

1.6.2 动脉血气指标 采用PT1000型血气分析仪(武汉明德生物科技股份有限公司)检测2组的动脉二氧化碳分压(PCO_2)、动脉氧分压(PO_2)、氧饱和度(SaO_2)水平。

1.6.3 炎症因子指标 抽取2组患者的空腹静脉血各4mL,离心后取上清,采用ELISA法检测2组血清白介素-6(IL-6)、转化生长因子(TGF- $\beta 1$)和C反应蛋白(CRP)水平,试剂盒均购自恒昊生物科技有限公司,严格遵照说明书操作。

1.6.4 生活质量评分 采用慢性阻塞性肺疾病评估测量表(CAT)进行评估,该量表包括咳嗽、咳痰、胸闷、活动能力等方面,满分40分,得分越高,生活质量越差。

1.6.5 不良反应发生率 治疗期间,记录2组发生恶心呕吐、皮疹、头晕、腹泻等发生情况,计算其发生率。

1.7 统计学分析 通过SPSS 27.0软件进行处理,先用Shapiro-Wilk进行正态性检验,符合正态分布的计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,经方差齐性检验后,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验;计数资料以百分率表示,比较采用卡方检验;等级资料比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$),见表2。

表2 2组临床疗效比较[例(%), $n=78$]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	33(42.31)	36(46.15)	9(11.54)	69(88.46)
观察组	52(66.67)	24(30.77)	2(2.56)	76(97.44) [△]

注:与对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.2 中医证候评分 治疗后,2组喘息、咳嗽、气短、痰多、纳呆乏力、易感冒等评分降低($P < 0.05$),以观察组更明显($P < 0.05$),见表3。

2.3 动脉血气指标 治疗后,2组 PCO_2 水平降低($P < 0.05$), PO_2 、 SaO_2 水平升高($P < 0.05$),以

观察组更明显 ($P < 0.05$), 见表4。

和CRP水平降低 ($P < 0.05$), 以观察组更明显

2.4 炎症因子指标 治疗后, 2组IL-6、TGF- β 1 ($P < 0.05$), 见表5。

表3 2组中医证候评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$, $n = 78$)

组别	喘息		咳痰		气短	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	4.32±0.61	1.73±0.35*	4.31±0.52	1.54±0.37*	3.68±0.49	1.42±0.31*
观察组	4.27±0.58	1.42±0.41* [△]	4.29±0.55	1.28±0.34* [△]	3.71±0.44	1.25±0.27* [△]

组别	痰多		纳呆乏力		易感冒	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	3.77±0.61	1.64±0.32*	2.28±0.42	1.25±0.22*	2.42±0.36	1.16±0.23*
观察组	3.89±0.58	1.49±0.38* [△]	2.33±0.39	0.97±0.19* [△]	2.36±0.31	1.03±0.17* [△]

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [△] $P < 0.05$ 。

表4 2组动脉血气指标比较 ($\bar{x} \pm s$, $n = 78$, 1 mmHg = 0.133 kPa)

组别	PCO ₂ /mmHg		PO ₂ /mmHg		SaO ₂ %	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	75.21±6.33	63.05±5.84*	60.85±6.77	72.15±6.81*	87.41±4.86	91.25±3.57*
观察组	74.59±6.92	56.36±5.14* [△]	61.23±6.03	76.58±7.25* [△]	86.25±4.27	94.86±3.06* [△]

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [△] $P < 0.05$ 。

表5 2组炎症因子指标比较 ($\bar{x} \pm s$, $n = 78$)

组别	IL-6/(pg·mL ⁻¹)		TGF- β 1/(pg·mL ⁻¹)		CRP/(mg·L ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	27.42±4.41	17.53±4.42*	172.41±16.46	151.35±13.27*	27.51±3.42	13.36±2.83*
观察组	26.37±5.23	13.28±3.18* [△]	168.39±15.89	132.97±12.19* [△]	26.73±3.73	10.97±2.15* [△]

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [△] $P < 0.05$ 。

2.5 生活质量评分 治疗后, 2组CAT评分降低 ($P < 0.05$), 以观察组更明显 ($P < 0.05$), 见表6。

表6 2组生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, $n = 78$)

组别	CAT评分/分	
	治疗前	治疗后
对照组	21.25±4.73	15.09±2.46*
观察组	20.69±5.28	12.14±2.05* [△]

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [△] $P < 0.05$ 。

2.6 不良反应发生率 2组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表7。

表7 2组不良反应发生率比较 [例 (%), $n = 78$]

组别	恶心呕吐	皮疹	头晕	腹泻	总发生
对照组	2(2.56)	1(1.28)	1(1.28)	1(1.28)	5(6.41)
观察组	3(3.85)	1(1.28)	2(2.56)	2(2.56)	8(10.25)

3 讨论

焦旭等^[13]研究表明, 在西医内科治疗基础上加用三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤合桔梗汤加味白附片、生晒参、丹参的治疗方案能够改善慢性阻塞性肺疾病患者的临床症状。本研究采用三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤联合常规治疗, 结果与之相符, 观察组总有效率高于对照组, 治疗后中医证候评分低于对照组, 提示该中西医结合方案能有效缓解临床症状, 分析其原因可能在于该方剂中麻黄为君, 宣肺

平喘, 开郁闭; 法半夏与瓜蒌皮相伍, 化痰降逆, 宽胸散结; 薤白通阳行气, 助瓜蒌皮消散胸中结滞; 苦杏仁降气平喘, 与麻黄一宣一降, 调和肺气; 甘草益气和中, 调和诸药。全方共奏宣肺平喘、化痰散结、宽胸理气之功效^[14]。在西医疗法方面, 沙美特罗替卡松粉雾剂与噻托溴铵联用可发挥协同作用。沙美特罗作为长效 β_2 受体激动剂能扩张支气管, 改善通气; 噻托溴铵通过阻断M3受体缓解气道痉挛、减少痰液分泌, 从而改善肺功能^[15]。

本研究结果显示, 观察组治疗后PCO₂水平低于对照组, PO₂、SaO₂水平高于对照组, 说明二者联合可有效调整患者的血气指标。三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤中麻黄所含的麻黄碱可激活 β_2 受体, 升高cAMP, 松弛支气管平滑肌, 增强通气^[16]; 薤白中挥发油与硫化物能通过P2RY12-PI3K通路及一氧化氮途径扩张肺血管, 改善气体交换^[17]; 法半夏中生物碱可抑制乙酰胆碱释放, 减少腺体分泌, 进一步优化通气^[18]。

本研究结果显示, 观察组治疗后IL-6、TGF- β 1和CRP水平以及CAT评分均低于对照组, 说明该治疗方案还能降低慢性阻塞性肺疾病患者的炎症因子水平, 提高生活质量。瓜蒌皮中的黄酮类和三

萜类成分以及薤白中的黄酮类化合物和硫化物可通过清除自由基、抑制氧化应激,发挥抗氧化作用,同时还可抑制炎症信号通路活化(如NF- κ B),减少炎症因子释放,从而抑制炎症反应,薤白中的大蒜素可抑制水通道蛋白AQP5的异常减少,促进黏液稀释,减少炎症介质滞留^[19-20]。此外,三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤具有宣肺平喘、化痰、抗炎抗氧化的作用,可改善呼吸症状、以减轻肺组织损伤,通过改善肺循环可提升运动耐力,进而提高生活质量^[21-22]。另外,本研究还发现2组不良反应发生率比较,差异均无统计学意义,说明三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤联合西医疗法具备安全性。但本研究仍存在周期短、样本来源单一等局限,未来需开展更长周期、多中心的研究,并进一步探索该疗法对血气与炎症指标的作用机制,以推动临床个性化治疗。

综上所述,三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤联合常规治疗能安全有效地改善稳定期慢性阻塞性肺疾病患者的临床症状,调节动脉血气指标,同时还能降低炎症反应,提高生活质量。

参考文献:

[1] 刘丽君,李翔云,杨娅娟.外周血RDW、NLR、FAR、SP-A检测对慢性阻塞性肺疾病患者病情及急性加重风险的评估价值[J].实用医学杂志,2024,40(22):3244-3250.

[2] 陈周明,李炳荣,骆松梅,等.补肺息喘汤对慢性阻塞性肺疾病稳定期疗效及炎症因子、CXCL13和TLR4水平影响[J].中华中医药学刊,2025,43(3):182-185.

[3] 韩胤臻,朱思佳,侯刚,等.中西医结合治疗改善慢性阻塞性肺疾病稳定期肺脾气虚证患者运动耐力的系统评价[J].世界科学技术-中医药现代化,2022,24(7):2832-2842.

[4] 顾慈娟,孙敏,杨晔,等.COPD稳定期患者中医证型分布与营养状况、肺功能及急性加重的关系研究[J].中华保健医学杂志,2025,27(1):44-47.

[5] 刘景源.太平惠民和剂局方[M].北京:人民卫生出版社:2023.

[6] 陈文豪,陈丽名,李小会,等.《金匱要略》瓜蒌薤白三方再辨析[J].四川中医,2024,42(5):23-26.

[7] 陈蕾,朱百科,马冲.三拗汤合瓜蒌薤白半夏汤加减对肺心病急性发作期患者血液流变学指标及血管内皮功能

的影响[J].中国中医急症,2021,30(6):1074-1077.

[8] 中华人民共和国卫生部.慢性阻塞性肺疾病诊断标准[J].国际呼吸杂志,2011,31(1):1-2.

[9] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会.慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011版)[J].中医杂志,2012,53(1):80-84.

[10] 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(3):170-205.

[11] 翁维良.中药临床药理学[M].北京:人民卫生出版社,2002:387.

[12] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:24.

[13] 焦旭,安俊,郭世涵,等.中西医结合方案对慢性阻塞性肺疾病D组稳定期的临床疗效研究[J].中国中西医结合急救杂志,2021,28(4):390-394.

[14] 伍啟华,陈立,蔡海荣,等.中西医结合治疗新型冠状病毒感染危重症气管插管患者的回顾性研究[J].时珍国医国药,2024,35(4):921-924.

[15] 周霞,娄丽丽,杨柳,等.沙美特罗替卡松联合噻托溴铵治疗稳定期老年COPD患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2024,40(17):2459-2463.

[16] 吕从改,张瑾,孙明宇.疏风益气汤联合沙美特罗替卡松治疗咳嗽变异性哮喘疗效研究及对肺功能、气道炎症反应及复发率的影响[J].天津中医药,2021,38(10):1263-1267.

[17] 付小刚,张永平,潘冬青,等.瓜蒌薤白半夏汤合二陈汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床研究[J].实用中医药杂志,2022,38(9):1473-1475.

[18] 邓军,黄先菊,李竣,等.基于TOPSIS法综合评价法半夏抗慢性阻塞性肺疾病的品质研究[J].中国药理学通报,2025,41(1):138-146.

[19] 王省,李艳,李雪梅,等.基于TGF- β 通路探讨瓜蒌薤白汤对肺纤维化的作用机制[J].中华中医药学刊,2024,42(5):219-224;299.

[20] 赵娜,殷莉,秦晓楠.基于白细胞介素13/信号传导和转录激活因子6信号通路研究甘草酸二铵对慢性阻塞性肺疾病大鼠气管黏液高分泌的影响[J].安徽医药,2022,26(7):1406-1410;1489.

[21] 俸道荣,韦斌,曲楠,等.瓜蒌薤白半夏汤合小建中汤加减治疗阳虚痰阻型稳定型心绞痛临床研究[J].中华中医药杂志,2022,37(2):1184-1187.

[22] 陈希尔,洪儿,周忠辉,等.加味三拗汤治疗上气道咳嗽综合征风痰型临床研究[J].新中医,2022,54(3):47-51.