

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.04.007

基于“体-象-用”特点探析和调枢机法在肺间质纤维化中的应用

吕明圣¹, 崔红生¹✉, 朱佳², 毕伟博¹, 靳锐锋¹, 张志杰^{1,3}, 陈秋仪¹, 余思洋^{1,3}

1. 北京中医药大学第三附属医院, 北京市朝阳区安外小关街 51 号, 100029; 2. 江苏省中医院; 3. 北京中医药大学

[摘要] 基于“少阳主枢”及络病理论, 提出肺间质纤维化可分为风痹、郁痹和痿痹三个不同阶段, 其核心病机为枢机不利、肺络痹阻。治疗上总以和调枢机、通达肺络为基本治则, 根据其“体-象-用”特点之不同, 分别予以和调枢机、化痰逐瘀、补虚和络等治法, 使枢机和调, 气血运行正常, 肺络得通, 肺体得养, 以达升降和、痰瘀除、咳喘平之目的。

[关键词] 肺间质纤维化; 肺痹; 和调枢机; 补虚和络

肺间质纤维化 (pulmonary fibrosis, PF) 是以活动性呼吸困难、限制性通气障碍为主要特点的慢性或进展性间质性肺疾病, 其核心病理机制为上皮-间质转化及肌成纤维细胞活化^[1], 随病情进展可导致呼吸衰竭和死亡^[2]。PF 的治疗方案取决于原发疾病, 对于特发性 PF, 目前指南推荐的吡非尼酮及尼达尼布等抗纤维化药物仅能有限减缓肺功能下降, 且存在胃肠道不适、光敏感及皮疹等不良反应^[3]。中医药治疗 PF 疗效显著^[4-6], 在缓解患者临床症状、提高生活质量、改善肺功能等方面有明显优势, 但学界对于本病的病因病机及治疗策略仍有不同见解, 或持气阴两虚之观, 强调补肺益气、养阴通络^[7]; 或秉痰瘀互结之论, 主张化痰逐瘀、行气活血^[8]。本团队基于长期临床实践与观察, 系统总结了 PF 的“体-象-用”特点, 提出运用和调枢机法进行分期辨治, 以期为临床治疗提供思路。

1 PF 之枢机不利、肺络痹阻病机阐释

PF 患者以刺激性干咳、喘促、气短及进行性加重的呼吸困难为主要临床症状, 据此本病可归属于中医学“肺痹”范畴^[9-10]。肺痹属于五脏痹证之

一, 多由机体正气不足, 卫外不固, 风、寒、湿、热等外邪侵袭人体、日久闭阻于肺, 导致气血津液不通、肺络痹阻。肺痹之名最早见于《黄帝内经》。《素问·玉机真藏论篇》“今风寒客于人, 使人毫毛毕直……弗治, 病入舍于肺, 名曰肺痹, 发咳上气”, 《素问·痹论篇》“肺痹者, 烦满喘而呕……淫气喘息, 痹聚在肺”, 均强调了肺痹为内外合病的复杂病证。

本团队基于“少阳主枢”及络病理论^[11-13], 在古代医家关于“肺痹”认识的基础上, 提出其核心病机为枢机不利、肺络痹阻。枢机乃调控人体生命活动的关键环节。《素问·阴阳离合论篇》曰:“太阳为开, 阳明为阖, 少阳为枢。”人体中少阳为枢, 居太阳、阳明之间, 司开阖, 转输气血, 沟通表里, 是斡理阴阳的关键环节, 亦是邪气内传的必经之路。外邪侵袭, 枢机所滞不利, 邪气由表入里, 内舍于肺, 导致气机升降失调, “痹既入肺, 则脏气闭而不通, 本气不能升举”(《沈氏尊生书》), 故见咳嗽、喘息、气促等症; 病程日久, 气血瘀滞, 痰瘀互结, 固结肺络, 则成肺痹, 影像学可见小叶间隔增厚、牵拉性支气管扩张乃至蜂窝肺等典型肺纤维化表现。

此外, 正气亏虚, 肺脾肾化源不足, 枢机虚馁不运在肺痹发病中亦有重要地位。如杨上善《黄帝内经太素》提出“肺虚故有积气在于胸中, 出气多

基金项目: 中国博士后科学基金第 73 批面上项目 (2023M730344); 中国中药协会呼吸病药物研究专业委员会青年医师创新发展项目 (HXQNJJ-2023-009); 北京中医药大学第三附属医院精诚人才计划 (2025-QMKY-006)

✉ 通讯作者: hshcui@sina.com

虚，名曰肺痹。亦以肺虚，故病寒热也”，张介宾《类经》亦认为肺痹乃“其因醉以入房……肾虚盗及母气”，强调了肺肾两脏亏虚在肺痹发病中的重要地位。又如《辨证录》曰：“肺痹之成于气虚尽人而不知也……肺气受伤，而风寒湿之邪遂填塞肺窍，而成痹矣”，指出内有宗气亏虚，呼吸枢机不利，复夹杂外感邪气，致使气机升降出入失常，亦可导致肺痹的发生，从而可见呼多吸少、乏力倦怠等肺痹表现。

林佩琴在《类证治裁》中提出：“诸痹……良由营卫先虚，腠理不密，风寒湿乘虚内袭，正气为邪所阻而不能宣行，因而留滞，气血凝滞，久而成痹。”由此可见，肺痹的发病与呼吸枢机密切相关，不论是枢机不利，卫外不固，导致六淫邪气侵袭，内舍于肺，或是枢机不运，化源不足，肺肾两虚，均可导致肺络痹阻。枢机不利既是肺痹的起始环节，也是病情进展的关键因素。

2 PF“体-象-用”特点与三期病机探析

肺痹病位在肺，与肝、脾等脏腑密切相关，久病及肾。基于肺痹病的“体-象-用”之特点及临床实践经验^[14-15]，本团队将肺痹分为风痹、郁痹、痿痹三个不同阶段。以“体”涵盖其脏腑病位，以“象”显示其临床表现，以“用”明晰其病机转归。其中，风痹常见于肺痹急性发作期，以风侵络郁、枢机失和为病机特点；郁痹常见于肺痹迁延期，以痰瘀留滞、枢塞络阻为病机特点；痿痹常见于肺痹后期，以痹痿相因、枢机无权、络虚不荣为病机特点。纵观肺痹的整个发病过程，皆与肺络痹阻、枢机不利密切相关，枢机失和，络脉瘀阻，痹痿相因，虚实相兼，导致肺痹由表入里，由浅入深，病情反复发作，迁延不愈。

2.1 风痹以风侵络郁、枢机失和为病机特点

风痹在体为肺及肌表，其用乃外感六淫内舍于肺，呼吸枢机不利。此期多见起病急骤、胸闷喘促不解、恶寒发热等外邪侵袭之风象。《素问·玉机真藏论篇》曰：“风者百病之长也。”风气胜者，侵袭肺卫，病邪在表，乃肺风之候，“肺风之状，多汗恶风”，“时咳短气，昼日则差，暮则甚”（《素问·风论篇》），故风痹临床多见起病急骤、恶风汗出、发热恶寒等表证之象。若风邪久稽不解，或夹杂其他六淫邪气及疫病毒邪，内舍入脏，肺络痹阻，则为肺痹。肺气郁闭不通，转枢不利，肺气宣肃失司，则咳喘频发、胸闷喘憋。此外，“厥阴风

化，施于太阴”（《素问·六元正纪大论篇》），正合于风痹在外为风、入里为痹之理。风痹之发，由外入内，由表入里，络气郁闭，枢机不和，风与痹内外相引，内外之风同气相求，更易见外风引动内邪之象，导致肺痹急性发作或加重。此证与呼吸道感染、空气污染等多种原因诱发PF急性加重的临床表现相一致。《灵枢·寿夭刚柔》言：“病在阳者名曰风，病在阴者名曰痹，阴阳俱病名曰风痹。”由此可见，风痹之病机，正为表里不和，枢机不利，外风侵袭，络气郁闭。

2.2 郁痹以痰瘀留滞、枢塞络阻为病机特点

郁痹在体为肺及肝脾三焦，其用乃枢机不利，痰瘀互结于肺络，此期多见喘咳气短、胸痛胸闷、咳痰不爽、唇甲青紫等气血不和之郁象。肺主气，司呼吸，有治节诸气、调和阴阳之功。肺痹迁延，病邪深入，舍于肺脏，由气及血，治节失司，痰瘀阻络，脏腑失和，正合《素问·五脏生成篇》所言肺痹“有积气在胸中”之表现。郁痹临床表现多端，除肺痹本病所见症状外，亦可见皮痹、肌痹、骨痹等五体痹临床表现。肺外主皮毛，内司呼吸，故临床中肺痹患者外可现肌肤甲错、关节不利之征，内则有胸闷胸痛、喘急气促、唇甲青紫之象，符合皮肌炎、硬皮病、类风湿关节炎等结缔组织病继发PF慢性迁延期的临床特点。总之，外邪内舍于肺，呼吸枢机不利，气血郁滞不通，肺气壅塞不畅，痰瘀痹阻肺络，则成迁延不愈之郁痹。

2.3 痿痹以枢机无权、络虚不荣为病机特点

痿痹在体为肺及肾，其用乃枢机乏权，痿弱不用，此期多为肺痹后期，可见喘息气促、乏力气短、咳吐涎沫、声低难续、腰膝酸软等虚实相兼之象。《医门法律·肺痿肺癰门》云：“肺痿者，其积渐已非一日，其寒热不止一端，总由肾中津液不输于肺，肺失所养，转枯转燥，然后成之。”痿痹为病，病程日久，乃风痹、郁痹之渐，痹气入里，重伤脏腑，升降之气机渐废，出入之气行渐退，呼吸枢机无权，津伤气耗，气血不充，形弊血尽，精坏神去，肺失濡润，肺叶痿弱不用而致痿；正气虚弱，痰瘀浊毒凝结，肺络痹阻，终成痹中有痿、痿中有痹、痹痿相因、络虚不荣之复杂局面。正如《医述·肺痿肺癰》所言：“从内因而成肺痿者，多方培补，肺枯而百法难疗”，痿痹阶段，肺病及肾，肺肾两虚，呼吸枢机所秉持之宗气大伤，枢机乏权，肾不纳气，真气耗散，终致喘脱之变。此证特点与PF后期肺限制性通气功能障碍及弥散功能显

著下降的临床表现相吻合。

3 和调枢机法分期论治 PF 临床策略

肺络痹阻、枢机不利是肺痹的基本病机特点，和调枢机、活血化瘀通络是其基本治法，但在不同时期其病机侧重点不同，治疗亦有所侧重。

3.1 风痹治以和解枢机、转枢透邪

此法适用于风邪外侵，络气郁闭之风痹。临床症状见：起病急骤，恶寒发热，畏风汗出，咳嗽喘急，胸膈满闷，痰白质黏，咽喉不利，舌红苔薄白，脉浮数。风痹一证多由外邪传经入里，内舍于肺，致使少阳郁闭，呼吸枢机不利。“诸逆冲上，皆属于火”（《素问·至真要大论篇》），少阳枢机为外邪所郁遏，不得疏泄，郁而化火，故见咳逆上气加重等临床症状。此表里同病之证，当取表里同治之法。《伤寒明理论》云：“其不外不内，半表半里，既非发汗之所宜，又非吐下之所对，是当和解则可矣。”故治疗当以和解枢机、转枢透邪，方选柴芩平肺散（小柴胡汤合《医学发明》人参平肺散）治疗。药物组成：柴胡、黄芩、清半夏、人参、桑叶、桑白皮、知母、地骨皮、茯苓、天门冬、青皮、陈皮、炙甘草。方中柴胡、黄芩入肝胆经，升发阳气，和解少阳之郁闭，透邪外出，为君药。桑白皮、地骨皮、桑叶性凉味苦，降气散火，与天门冬、知母合用可滋阴润燥、清金降火，兼可养血柔肝，防柴胡升散而耗伤阴血之弊，共为臣药。青皮、陈皮、清半夏、茯苓健脾理气、化痰解郁，转枢破结，破胸中气滞，使气畅枢转；人参大补元气，扶正以祛邪，使邪无内向之机，共为佐药。炙甘草培土生金，调和诸药，为使药。此法总以小柴胡汤疏解少阳郁逆之气，人参平肺散清透上焦郁滞之火，使枢机通利，内外得畅，则咳喘自平。

若因风寒袭肺诱发，表寒引动内饮所致者，乃寒饮射肺，肺失宣降，症见痰多质稀、喘咳干呕，甚则身重浮肿，可合用小青龙汤散寒蠲饮；因风热犯肺诱发者，卫气被郁，火性炎上，症见咳嗽痰黄、口渴咽痛、身热息粗，可合用桑菊饮以辛凉解表、清透转枢；因风燥伤肺诱发者，肺津受灼，津液不布，症见干咳痰黏、口干口渴、喘鸣阵阵、舌红苔少，可予清燥救肺汤以养阴润燥、启枢布津。

3.2 郁痹治以和调枢机、行枢通络

此法适用于痰瘀互结、肺络痹阻之郁痹。临床症状见：咳嗽咳痰，咳声重浊，痰黏难咳，喘息气急，动则喘甚，胸闷胸痛，气短，善太息，肌肤甲

错，面色晦暗，舌暗红苔厚腻，脉弦涩或沉滑。郁痹乃肺痹迁延不愈，外邪内陷而成，气血瘀滞、痰瘀互结、枢机运转不利是此期形成的根本原因。如《仁斋直指方》言：“气行则血行，气止则血止，气温则血滑，气寒则血凝，气有一息之不运，则血有一息之不行”，故此期治疗总以和调枢机、行枢通络为要，方选瓜蒌薤白半夏汤合桂枝茯苓丸加减治疗。药物组成：瓜蒌、薤白、法半夏、桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍、水蛭、地龙、浙贝母、甘草。方中瓜蒌入手少阴肺经，可涤荡胸膈邪热，降上焦气逆，消胸中结痰；桃仁破胸中血瘀，行胸中气滞而润燥，亦可止咳逆上气，二药合用为君药，涤荡胸中痰瘀，疏解郁逆之气，使枢机运转，气血和调。法半夏、茯苓功擅化痰浊而通阴阳，下胸中之痰气郁滞，辅以浙贝母可助瓜蒌化痰下气之力，薤白通阳助其散结导滞；水蛭破血通络，牡丹皮凉血散血行瘀，兼以赤芍入于血分，可行肺络之瘀滞，既可助桃仁活血化瘀之效，又可防耗散阴血，共为臣药。桂枝温通经脉、地龙活络平喘；使以甘草，调和诸药。上述两方相合化痰祛瘀通络，痰瘀既除，胸中大气豁然畅，枢机得转，则诸症自消。

若症见咳声重浊，咳痰、量多色黄质黏，脘腹胀满，大便黏腻，舌红苔黄厚腻，脉滑，则为湿热内陷，枢机不利，痰瘀阻络，当清热利湿化痰、活血化瘀通络，可予小陷胸汤合当归贝母苦参丸以分消走泄、通利枢机^[16]。若症见咳嗽咳痰，痰中带血，色暗红，胸闷胸痛，痛如针刺，且有定处，肌肤甲错，面色晦暗，舌紫，脉涩，则为瘀血阻络，枢机不利，气血不通，即《医林改错》“胸中血府血瘀”之证，可治以血府逐瘀汤和调呼吸枢机、活血化瘀通络。

3.3 痿痹治以调补枢机、济枢和络

此法适用于肺肾两虚、络虚不荣之痿痹。临床症状见：咳吐浊唾涎沫，喘息气短，动则尤甚，伴有面色㿔白、神疲乏力、头晕汗出、小便难，舌淡，脉弱。痿痹乃肺痹迁延不愈之后期阶段。气血不充、络虚不荣、痿痹相兼、枢机无权是痿痹的主要病机特点。“大凡络虚，通补最宜”，“久病当以缓攻，不致重损”（《临证指南医案》），故治当通补兼施，寓通于补，通不致虚，补不留邪。法宜调补枢机、济枢和络，方选生脉散合金水六君煎加减。药物组成：人参、麦冬、五味子、当归、熟地黄、红景天、冬虫夏草、浙贝母、旋覆花、炙甘草。方

中人参甘温,大补元气,升举清阳,益气生津;当归养血润燥,并可入于血分,活血通络;熟地黄滋肾养阴,益精填髓,三药补肺益肾,大补气血,以资化源,使枢机运转有源,共为君药。冬虫夏草、红景天纳气平喘,益气活血,兼以麦冬润肺生津,五味子敛肺生津止渴、补肾纳气平喘,四药强固枢机之本,共为臣药。人参、麦冬、五味子三药合用,一补一润一敛,使水升火降,枢机得运;浙贝母苦寒性凉,善治肺金燥郁,使金气化生肾水;旋覆花咸苦微辛,苦泻肺热,咸化痰结,辛运水湿,浙贝母、旋覆花既可清肺中郁热,又可制约人参、冬虫夏草等药的温燥之气,既可制约熟地黄之滋腻,又能降气化痰止咳,使肾水化生有源,共为佐药。甘草调和诸药,为使药。两方合用共滋金水之气阴,济枢机之虚馁,使枢机运转有源,气血通畅,则咳喘自平。

若症见气短懒言、脘痞纳呆,可加砂仁、紫苏梗、荷梗以理气和胃、升清降浊,复枢机升降如常;若症见脘腹胀满、大便溏稀,可加炒白术、炒枳壳、茯苓益气健脾、化湿止泻,以固生化之源,枢机之本。

4 结语

肺间质纤维化总属肺痹范畴,由外邪入舍于肺、枢机不利而成,随病情发展,由外到内,由气及血,由实渐虚。基于肺痹“体-象-用”特点及不同阶段的病机特征,本病可分为风痹、郁痹、痰痹论治。然肺痹一病,枢机不利贯穿始终,无论何期,均当以和调枢机、通达肺络为基本治则,使气血津液得以转输,痰瘀得消,肺络得通,肺体得养,以期达到气血调、升降和、痰瘀除、咳喘平之目的。

参考文献

- [1]RICHELDI L, COLLARD HR, JONES MG. Idiopathic pulmonary fibrosis[J]. Lancet, 2017,389(10082):1941-1952.
- [2]KOUDESTAAL T, FUNKE-CHAMBOUR M, KREUTER M, et al. Pulmonary fibrosis: from pathogenesis to clinical

decision-making[J]. Trends Mol Med, 2023, 29(12): 1076-1087.

- [3]RAGHU G, REMY-JARDIN M, RICHELDI L, et al. Idiopathic pulmonary fibrosis (an update) and progressive pulmonary fibrosis in adults: an Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2022,205(9):e18-e47.
- [4]王彦君,王雪林,李欣泽,等.中医药治疗特发性肺纤维化研究[J]. 中国中医基础医学杂志,2021,27(6): 1033-1035.
- [5]罗成,彭艳茹,李舒,等.中医经典方剂治疗特发性肺间质纤维化的贝叶斯网状Meta分析[J]. 中国医院用药评价与分析,2023,23(11): 1338-1343,1349.
- [6]张宗学,焦以庆,王玉光.加减麻杏薏甘汤治疗湿热阻滞型抗合成酶综合征患者的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志,2024,19(11): 2279-2283,2290.
- [7]宋思雨,丁露,赵美茹,等.特发性肺纤维化中医病机及防治策略的研究进展[J]. 中华中医药杂志,2024,39(11):6020-6025.
- [8]段春磊,王明航,周林琼,等.肺纤维化中医药治疗述评[J]. 中国中医基础医学杂志,2023,29(4):672-674.
- [9]姜海丽,范欣生,陈菲.肺痹病因病机探析[J]. 中华中医药杂志,2017,32(11): 4842-4845.
- [10]毕张扬,苏健,张伟.基于“气血理论”探讨心肺“生运气血”与肺间质纤维化论治[J]. 辽宁中医药大学学报,2020,22(11): 84-87.
- [11]崔红生,毕伟博,朱佳,等.和调枢机法治疗支气管哮喘的理论基础与临床运用[J]. 中华中医药杂志,2021,36(11): 6314-6319.
- [12]崔红生,武维屏,姜良铎.毒损肺络与肺间质纤维化[J]. 中医杂志,2007,48(9): 858-859.
- [13]崔红生,邱冬梅,武维屏.肺间质纤维化从络病辨治探析[J]. 中医杂志,2003,44(12): 946-947.
- [14]弓雪峰,崔红生,陈秋仪,等.国医大师王琦院士“象数形神气”中医原创思维在肺间质纤维化诊治中的应用[J]. 中医学报,2023,38(1): 1-6.
- [15]毕伟博,弓雪峰,刘圣康,等.肺风痹病三痹论[J]. 中华中医药杂志,2020,35(7): 3563-3568.
- [16]崔红生,弓雪峰,毕伟博,等.透邪外达法在肺系疾病治疗中的运用[J]. 中医杂志,2020,61(10): 896-899.

LYU Mingsheng¹, CUI Hongsheng¹, ZHU Jia², BI Weibo¹, JIN Ruifeng¹, ZHANG Zhijie^{1,3}, CHEN Qiuyi¹,
YU Siyang^{1,3}

ABSTRACT Based on the theory of "*shaoyang*" (少阳) resembling the pivot" and collateral diseases, this article proposes that pulmonary fibrosis (PF) can be divided into three stages including wind *bi* (痹), constraint *bi*, and atrophy *bi*. The core pathogenesis of PF is the obstruction of the pivot and pulmonary collateral obstruction. In terms of treatment, the basic principles are to harmonize and regulate the pivot, and to promote the circulation of the lung collaterals. Depending on the different characteristics of the "essence-attribute-function", treatment methods such as harmonizing and regulating the pivot, resolving phlegm and removing stasis, supplementing deficiency and harmonizing collaterals are suggested. This approach ensures the regulation of the pivot, smooth circulation of *qi* and blood, unblocking of the lung collaterals and nourishing the lung body, achieving the goals of balancing the ascending and descending of *qi*, removing phlegm and stasis, and relieving cough and wheezing.

(收稿日期: 2025-05-13; 修回日期: 2025-10-17)

[编辑：侯建春]

广告

2005—2013 年光盘合订本每套 (1 张光盘) 300 元



欢迎关注《中医杂志》公众号

