

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.06.004

王书臣从“三焦失衡、虚痰瘀结”论治慢性阻塞性肺疾病

刘峻楠, 郭意冰, 苗青, 樊茂蓉, 樊长征[✉] 指导: 王书臣

中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场1号, 100091

[摘要] 总结王书臣教授治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)的临证经验。认为三焦失衡、虚痰瘀结为COPD核心病机,以调畅三焦、通补兼施为治疗总则。临证重视扶正固本,脾肾同调,常用半夏泻心汤加减健脾化痰,二仙汤加减以补肾纳气;三焦宜畅,治应因势利导,常用荆防败毒散或麻杏石甘汤加减以宣透上焦之邪,真武汤或苓桂术甘汤加减以温化中焦水饮,己椒蒴黄合宣白承气汤加减以通利下焦之滞;痰瘀难散,正气难复,治应益气活血、阴阳并调,常用补中益气汤合生脉散加减。随证灵活配伍,以达扶正固本,补而不滞,通而不伤之功。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病;三焦;通补兼施;名医经验;王书臣

王书臣(1945—),中国中医科学院西苑医院主任医师,第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。深耕临床、科研与教学领域50余载,在中医药治疗呼吸系统疾病及疑难杂症方面积累了丰富的经验,倡导“病证结合、方证对应、标本兼治”的学术观点,运用“虚痰瘀”理论论治呼吸系统疾病。

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是一种以持续性、进行性不可逆气流受限为特征的慢性呼吸系统疾病,临床主要表现为气短、喘咳、憋闷,其病理基础为气道慢性炎症与肺气肿^[1]。作为全球第三大致死性疾病,COPD的全球患病群体约达3.84亿,每年因该病死亡人数超350万,兼具高发病率、高致残率及高死亡率的特点^[2-3]。现代医学针对COPD的治疗手段以支气管扩张剂、糖皮质激素等药物干预为主,辅以戒烟、家庭氧疗等非药物措施,但长期用药易使患者产生耐药性,引发皮疹、代谢紊乱等不良反应;非药物疗法则受限于普及难度与管理效率^[4]。

目前该病的中医治疗以脏腑辨证为主,多从肺脾同调、肺肾同补等角度论治^[5-6]。王书臣教授在长期诊疗COPD的实践中,从“三焦失衡、虚痰瘀结”角度剖析本病,在培土生金、金水相生治法基础上,兼顾益气活血、阴阳并调,同时重视三焦在肺系疾病治疗中的整体调节作用,善用上焦透邪、中焦化饮、下焦导滞之法多路径祛邪,标本兼治,补而不滞,通而不损。现将王老师对COPD的中医认识及治疗经验总结如下。

1 三焦失衡、虚痰瘀结为COPD核心病机

COPD可归属于中医学“肺胀”范畴。《灵枢·胀论》提出:“肺胀者,虚满而喘咳”,指出肺胀病位在肺,其本在虚,以胸部膨满、咳嗽、气喘为主要表现。《丹溪心法·咳嗽》言:“肺胀而咳……此痰夹瘀血,碍气而病,宜养血以流动乎气,降火疏肝以清痰”,强调肺胀因痰瘀互结、气滞阻肺而咳,治当以化痰降火、活血理气为法。《证治汇补》指出肺胀“动则喘满,气急急重”,并强调“气散而胀者,宜补肺;气逆而胀者,宜降气,当参虚实而施治”,确立了“辨虚实”论治的核心原则。

王老师认为,COPD之根本在于正气亏虚,其

基金项目:中国中医科学院西苑医院能力提升项目(XYZX0301-02);中国中医科学院科技创新工程(CI2021A01108);北京市海淀区卫生健康发展科研培育计划(HP2024-50-504004)

✉ 通讯作者:faanchzh@163.com

发展关键在三焦失衡,痰瘀久稽。本病老年患者居多,年迈之人,先天之肾精亏耗,日久可累及全身多脏腑气衰。正气渐虚,肺气亏耗,卫外不固,外邪易侵。邪伏不去,久则上焦宣肃失常,气不得降,故咳喘;中焦脾失健运,水饮聚而为痰,痰壅于肺,故咳痰;下焦肾失蒸腾气化、摄纳无权,则五脏虚寒,气不归元,水饮内停,上犯于肺,故引起“上实下虚”之喘憋。病久入络,痰阻气机,气滞血瘀,痰瘀胶结,使气机升降愈加失序,形成“虚-痰-瘀”之恶性循环。三焦为气机升降、水液运行之枢,一旦失衡则上下不相接,内外不相贯,此乃COPD病程迁延、症状反复加重的重要内在机制。

2 调畅三焦、通补兼施为 COPD 治疗纲领

COPD病情缠绵难愈,王老师以调畅三焦、通补兼施为总治则,审证求因,辨证施治,临证注重多法并用,并非单纯补虚或祛邪,注重以通为先、通中寓补。通过调畅三焦气机运行通道,使补益之品敷布周身,滋养脏腑;祛邪之药直趋病所,消散痰瘀。

2.1 扶正固本,脾肾同调

COPD虽以咳痰、喘为主症,但其病情迁延难愈的根本在正气亏虚,尤以脾肾为要。在疾病缓解期或急性加重后期,标实渐退而正虚愈盛之时,扶正固本乃治疗关键。王老师临证将脾肾同调贯穿治疗始终,根据病势轻重调整补益之偏重。

2.1.1 培土生金,调畅中焦 土能生金,欲理肺气者,必先理脾胃中焦之气,COPD治当肺脾并调。该法多适用于中焦虚弱、久咳不愈者,常见于病程较长或愈后期正气未复之时,临床多表现为咳嗽日久、声低无力、咳痰稀薄色白,伴食欲不振、脘腹胀满、乏力懒言等症。此法多与宣肺、清热、化痰等法合用,培补气血生化之源,使肺气得充,为后续祛邪创造条件。若中焦气机失调,肝气疏泄不畅,肺失宣发则咳嗽日久不愈。叶桂《临证指南医案》记载:“从来久病,后天脾胃为要,咳嗽久,非客症,治脾胃者,土旺以生金”,强调见咳不独止咳,脾胃之气充,升降相因,则咳自止。

临证时多以半夏泻心汤为基础方加减治疗,旨在调畅中焦气机使气血周流全身,肺气宣降复常。原方由半夏、干姜、黄芩、黄连、人参、大枣、甘草组成。半夏燥湿温中、兼能理气,《神农本草经》言其“主伤寒寒热,心下坚,下气”。治疗时根据

患者具体情况灵活运用半夏不同炮制品,兼呕吐者用姜半夏,兼湿浊者用法半夏,兼郁热者用清半夏,常用剂量为10~15 g。人参常易为太子参(15~30 g)或南沙参(30 g),盖因久咳易伤肺胃之津而致口干,甚则伤及肾阴导致虚火灼肺。太子参擅益气生津润肺,适用于体虚气弱、气阴亏虚之人;南沙参擅养阴清肺益胃,适用于肺热阴虚之人。寒象明显者,除畏寒肢冷、痰白质稀外,多伴脘腹冷痛、大便溏薄等症,常予干姜6~10 g以温中散寒;热象偏盛者,多表现为口干口苦、痰黄质黏,或伴胃脘灼热等,可佐黄芩10~20 g、黄连6~10 g以清热泻火。在原方基础上,王老师常用黄芪30~60 g,体虚显著、反复急性加重者可用至90 g,以达健脾补肺、培土生金之功,脾旺肺充,卫强表固,可减少疾病发作次数^[7]。现代药理研究^[8]表明,黄芪可通过提高脾脏与胸腺指数,促进脾淋巴细胞增殖分化、增强自然杀伤细胞活性,有效提升机体免疫功能。

2.1.2 金水相生,补益下焦 COPD患者咳喘久不愈,动则尤甚,病情反复,与正虚邪恋密切相关。若正气亏虚,邪气留恋难祛,病情反复迁延,本虚之根在于肾,肾元不足则金水不相生,水液代谢失调,水逆上犯于肺而发为咳喘。该法多用于年老体虚或病情迁延不愈者,临床多见咳喘日久、动则喘甚、呼多吸少、腰膝酸软、畏寒肢冷等症,且常与培土生金之法并行,可达上中下三焦通调之效。

临证常以二仙汤为基本方加减治疗。原方由温肾养血之仙茅、淫羊藿、巴戟天、当归及滋阴泻火之知母、黄柏组成,乃调补冲任、平衡阴阳之经典方,以温阳苦泄为法,温养肾阴、肾阳之不足,苦泻肝阳、相火之有余。《开宝本草》载仙茅“逐诸冷,益阳道,久服通神强记,助筋骨”,乃补命门要药。淫羊藿可强腰膝,治一切冷风劳气,《神农本草经》载其“主治阴痿绝伤,茎中痛,利小便,益气力,强志”。临床常用仙茅、淫羊藿各15~20 g,黄柏、知母各10~15 g。下焦命门火衰者,症见畏寒甚,腰膝酸软冷痛,小便清长,或伴夜尿频繁,舌淡胖、苔白滑,脉沉迟,常佐补骨脂10~15 g、肉桂6 g温煦命门之火,再加葛根20~30 g以升清阳;元气亏虚甚者,症见神疲乏力,动辄汗出,面色萎黄或苍白,舌淡、苔白,脉细,常配黄芪30~60 g固护肺脾、升举元气。针对气短喘甚、语声低微、上下气不能相接者,常加五味子、白果

各 6~10 g 纳肾平喘。王老师特别指出黄芪、葛根并用上可升聚宗气，中能调畅脾胃，下达命门以导气归元，三脏同补而不壅滞，且葛根性偏凉润，又可制仙茅、淫羊藿之温燥，标本兼顾，虚实并调。现代研究^[9]表明，仙茅、淫羊藿配伍的补肾壮阳作用较两味药单独使用明显增强，这一作用机制可能与上调促肾上腺皮质激素含量和提高环磷酸腺苷活性密切相关。

2.2 三焦宜畅，因势利导

2.2.1 病在上焦，因而透之

上焦透邪之法多用于外邪初犯或急性加重期，表现为咳喘骤发、咽痒、痰少或色白者。治上焦如羽，非轻不举，王老师提出病在上焦，因而透之，可选用荆防败毒散、麻杏石甘汤等轻清疏透之方加减运用，使邪气经皮毛透之外出，肺气升降复常。常用药物包括疏风散邪之荆芥、防风、麻黄、紫苏叶以及化痰止咳之苦杏仁、桔梗等。苦杏仁下气止咳，紫苏叶散寒清肺，二者相须为用，能宣肺化气、止咳平喘，以调降肺气。王老师常用麻黄 3~6 g、苦杏仁 6~9 g、紫苏叶 10~15 g，并强调麻黄用量宜轻，以防耗散正气。风为百病之长，易与他邪相合，侵袭肺络，致气道挛急而咳喘，故常配伍虫类药或藤类药取其搜风通络之意。虫类药常选僵蚕、地龙、蝉蜕以祛风止咳，且僵蚕、地龙多重用，可达 20~30 g，蝉蜕常用 6~10 g。若患者平素易出现皮肤瘙痒、皮疹等过敏反应，常配伍白鲜皮 30 g 或地肤子 30 g 以清热利湿、止痒安肤，缓解不适。药理研究^[10]表明，地肤子皂苷能够通过抑制多种炎症介质的释放，发挥抗炎、抗过敏与抗瘙痒作用。此外，地肤子与白鲜皮、消风散合用可用于治疗荨麻疹^[11]。藤类药常用海风藤 30 g 或络石藤 30 g 以达搜风散邪、疏经活络之效。海风藤主入肝、肾经，性偏温，常用于风寒之邪致病且肝郁气滞者；络石藤入心、肝经，性偏寒，善于凉血消肿，适用于风热之邪致病或热毒壅盛者。二者一寒一温，祛风通络之中兼顾寒热平衡，疏风透邪而不伤正气。

2.2.2 病在中焦，因而化之

脾运失司，水液停聚为痰饮，痰饮又可作为病理产物困脾，水液难以运化，由此形成恶性循环。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治十二》云：“病痰饮者，当以温药和之。”针对大量咳痰患者，用药时需注意加温药以化之，温药补脾振中阳，可从根源上减少痰饮的生成，常用真武汤或苓桂术甘汤加减温阳化饮。若患

者痰多清稀、色白或呈泡沫状，伴胸闷喘促、畏寒肢冷、舌淡胖、脉细等表现，王老师常用桂枝 6~10 g、炮附子 6~10 g 等温通之品以温阳散寒化饮，茯苓 20~30 g、白术 15~20 g 相配健脾利水，四药合用以达标本兼治之效。《名医别录》言茯苓“止消渴……膈中痰水，水肿淋结”，《药性赋》云白术“利水道，有除湿之功；强脾胃，有进食之效”，二药合用乃健脾利水之经典配伍。若患者在咳喘同时伴有胸闷腹胀、纳差便溏、肢体困重、神疲乏力等症，此多中焦脾胃失调，清阳不升、痰湿内蕴之故，王老师强调治疗时当肺脾同调以助中焦气机畅达，以杜痰湿生成，常在半夏泻心汤基础上加入葛根 30 g 以鼓胃气、升清阳，《本草纲目》记载：“干葛，其气轻浮，鼓舞胃气上行”，此药下承元气，中振胃气，上举清阳，乃升阳益脾之要药^[12]。此法温而不燥、升而不散，使脾气得运、肺气得宣，痰饮自化，咳喘自平。中焦为三焦斡旋之枢纽，中焦得通，则上下皆利，化饮之法既可配合上焦透邪以祛邪外出，又可与下焦温补相伍，恢复水液运行之常。

2.2.3 病在下焦，因而导之

痰湿水饮久羁下焦，常引起下肢水肿、小便不利等症。肺与大肠相表里，若肺通调失职，水饮不化，瘀阻成热，亦可见腑实之症。《素问·阴阳应象大论篇》曰：“其下者，引而竭之”，指出治下焦当从通利引导，使壅滞之邪得泄。COPD 久病者，水饮与浊气壅遏于下焦，宜通腑行水，以助肺气宣降。临证常用己椒苈黄合宣白承气汤加减治疗，利水兼通腑，使肺气宣降复常，三焦气机畅通，津液循道而行。下焦导滞之法多用于水饮壅盛、腑气不通，以标实之证为主者，患者多表现为咳喘伴胸闷如室、痰涎壅盛，兼见腹胀满、口干、大便秘结、小便短少不利等症，无明显正气亏虚之象。该法临床应用时需严格辨证，多为短期应用，以防攻伐太过而耗伤正气。方中葶苈子泻肺降气，通利水道；大黄通腑导滞，荡涤水饮糟粕，又可通腑行气，调畅气机；防己长于清湿热，椒目善利水消肿，与葶苈子、大黄相配可导邪外出，祛除水饮以治标，通利气机以治本。研究^[13]显示，葶苈子水煎液能够调节免疫平衡、改善炎症反应，发挥止咳祛痰、平喘之效，缓解憋气促醒的症状。大黄素可减少肾小管对 Na⁺ 重吸收，起到一定的利尿作用^[14]。临床常用剂量为葶苈子 10~15 g、大黄 6~10 g、防己 10~15 g、椒目 6~10 g，

同时指出该法应见效即止,并需配合益气之品以防伤正。肺燥肠闭日久,患者多干咳无痰或痰少黏稠难咯,兼见大便干结、排便困难、腹胀等症,亦可加入苦杏仁 6~9 g、瓜蒌 15~30 g 等化痰理气降逆。瓜蒌乃宽胸理气涤痰之要药,《本草纲目》言其“润肺燥、降火、治咳嗽、涤痰结、利咽喉、止消渴、利大便”;苦杏仁降气止咳,润肠通便,二者合用,降气化痰,润肠理气,肺肠同调。

2.3 益气活血,阴阳并调

《丹溪心法》云:“肺胀而嗽,或左或右,不得眠,此痰挟瘀血碍气而病。”痰饮、瘀血乃肺胀之重要致病因素及病理产物,二者常相兼为病,恰如《血证论》言:“痰水之壅,由瘀血使然”“血积既久,亦能化为痰水”。津血循脉而行,皆有赖于气之推动,正虚无力运行津血,为滞则化生痰瘀。痰瘀日久,势必影响气血津液之运行和化生,导致气阴两虚。因此,针对此类痰瘀互结、气阴两虚之证,王老师强调运用益气活血、阴阳并调之法。患者常以咳喘日久、动则加重、唇甲紫暗、自汗乏力、气短懒言、舌有瘀斑瘀点、脉细弱或细涩为主要表现,或伴潮热盗汗、畏寒肢冷等阴阳失衡之征,临证常用补中益气汤合生脉散加桃仁、红花、鬼箭羽等活血散瘀之品。常用黄芪 30~60 g 补益宗气,配伍党参 15~30 g、白术 15 g 增强补气运脾之力,麦冬 15~20 g 益气养阴。麦冬、玄参、生地黄等滋阴药相配亦可达增水行舟之妙,有助于痰液的排出。桃仁主治瘀血,乃活血不伤正、祛瘀生新之要药,《珍珠囊》言其“治血结、血秘、血燥,通润大便,破蓄血”。瘀象明显,症见口唇紫绀、舌有瘀点、脉涩者,常配桃仁 10 g、丹参 15~30 g。顽瘀难祛,兼见胸胁刺痛,肢体麻木者,常佐鬼箭羽 10~15 g,善破血通经,可使瘀血去而新血生,然其药力偏峻,当避免过量或长期使用。研究表明^[15],鬼箭羽水提取物可以降低参与血管生成的基质金属蛋白酶-2 (MMP-2)、分泌型磷蛋白 1 (SPP1) 等关键因子的表达,对血管新生具有显著的抑制作用。

3 验案举隅

患者,女,60岁,2024年10月15日初诊。主诉:反复咳痰、喘嗽5余年,加重1周。患者COPD病史5余年,常因外感诱发咳嗽、咳大量稀白痰或黄脓痰、气喘,活动后加重,每年因COPD急性发作住院1或2次,肺功能Ⅱ级,胸部CT示肺气肿、两

肺纹理增粗。1周前因受凉后出现恶寒、咳嗽喘息、痰白质稀等症,现仍时有咳嗽,痰多色白,气喘、活动后加重,伴乏力、腰膝酸冷、口干口渴、食后腹胀,大便干,小便可,入睡困难,约2 h方能入睡,舌淡暗、苔白腻,脉细滑。肺功能(2024年10月14日)提示第一秒用力呼气容积(FEV1)占预计值百分比为68%,第一秒用力呼气容积/用力肺活量(FEV1/FVC)为65%。西医诊断:COPD(肺功能Ⅱ级);中医诊断:肺胀(痰湿蕴肺、肺肾两虚证)。治以化痰祛湿、补益肺肾、通利三焦。方予二仙汤合半夏泻心汤加减,处方:炙黄芪60 g,炙淫羊藿20 g,仙茅20 g,盐补骨脂15 g,葛根30 g,茯苓30 g,麸炒白术20 g,麦冬20 g,黄芩20 g,黄连10 g,干姜10 g,姜半夏12 g,蜜麻黄6 g,蝉蜕10 g,钩藤15 g,紫苏叶15 g,炒苦杏仁9 g,炒酸枣仁30 g。7剂,每日1剂,水煎分早晚两次口服。西医常规治疗予噻托溴铵粉雾剂18 μg/次,每日1吸。

2024年10月22日二诊:服药后咳嗽气喘症状明显改善,仍有乏力、咳痰、质偏黄稠,食后偶有腹胀,入睡困难好转,约1 h可入睡,舌淡、苔薄黄,舌下脉络瘀滞,脉滑数。予初诊方去蜜麻黄、蝉蜕、钩藤、紫苏叶、炒苦杏仁,加金荞麦30 g、鱼腥草30 g、白果10 g、桃仁10 g、丹参20 g。7剂,煎服法同前。西药治疗同前。

2024年10月29日三诊:咳嗽咳痰、气喘乏力症状明显缓解,无明显腹胀,偶有口干、潮热,入睡困难较前好转,约40 min可入睡,舌淡暗、苔薄白略干,脉细。予二诊方去金荞麦、鱼腥草,炙黄芪用量减至30 g,加蜜枇杷叶30 g、地骨皮20 g、南沙参30 g、醋五味子10 g。14剂,煎服法同前。西药治疗同前。

此后患者每两周至门诊复诊,用药思路仍以通利三焦、补益肺肾为主,随证调整方药巩固疗效。规律服药至2025年1月20日,期间病情无急性加重,咳嗽、咳痰症状轻微,活动耐力较前明显增强,未见其他不适症状。2025年1月22日复查肺功能,FEV1占预计值百分比为72%,FEV1/FVC为68%,气流受限情况较前改善。

按语:本案患者COPD诊断明确,病程日久,总属本虚标实之证。肺气虚则卫外不固,外邪易侵,气机宣降失常,上逆则咳;病久易伤肾,肾气不足,一则纳摄失司,导致咳喘症状;二则温煦失司,水液代谢失常,聚为痰饮,引起大量咳痰。痰

饮不化，脾阳不升，运化失职，心肺血脉为之不利，则血凝为瘀。根据该患者疾病发展不同阶段，以调畅三焦、通补兼施为治则，灵活加减用药。初诊时患者咳喘甚、痰白、畏寒、腹胀等症状明显，故重用炙黄芪 60 g 补肺脾之气以助三焦运化，又防外邪深入；蜜麻黄、炒苦杏仁、紫苏叶宣肺散寒，通利上焦；蝉蜕、钩藤祛风解痉，助气道通畅；姜半夏燥湿化痰、降逆平喘；茯苓、麸炒白术健脾祛湿，杜中焦生痰之源，助三焦水液布散；佐黄芩、黄连、干姜取半夏泻心汤之义，寒热并用，调和中焦斡旋；葛根升清阳、鼓胃气，助中焦运化；炙淫羊藿、仙茅、盐补骨脂温补肾阳，复下焦蒸化之力；麦冬养阴生津，兼顾耗伤之阴液；炒酸枣仁养血安神、敛气生津，既可兼顾气血阴阳，又能防正气耗散。全方寒温并施、三焦同调。二诊时患者咳嗽气喘改善，但痰转黄稠，脉滑数，即痰湿化热之象，且舌下脉络瘀滞显见，故去蜜麻黄、紫苏叶等辛温宣散之品，加金荞麦、鱼腥草清热解毒、排脓化痰；桃仁、丹参活血化瘀，破痰瘀互结；白果敛肺平喘，防清热太过耗伤肺气，使祛邪不伤正。三诊时患者咳痰、乏力明显缓解，偶有口干、潮热等症，提示痰热渐清，但肺肾阴虚之象显露，故去金荞麦、鱼腥草，炙黄芪减量，加南沙参、地骨皮、蜜枇杷叶养阴润肺、清虚热；醋五味子敛阴滋肾，全方既补三焦之虚，又防津液耗伤。综上，本案治疗全程扶正祛邪并举、寒温并用、标本兼顾，终使三焦气化复常、虚复痰消、瘀散咳平。

参考文献

- [1]陈典,隆寰宇,张丛溪,等. 2025 年 GOLD 慢性阻塞性肺疾病诊断、治疗、管理及预防全球策略更新要点解读[J]. 中国全科医学, 2025, 28(16): 1937-1949.
- [2]FAZLEEN A, WILKINSON T. Early COPD: current evidence for diagnosis and management [J]. Ther Adv Respir Dis, 2020, 14: 1753466620942128. doi: 10.1177/1753466620942128.
- [3]GBD Chronic Respiratory Disease Collaborators. Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 [J]. Lancet Respir Med, 2020, 8(6): 585-596.
- [4]贾蓓,何家琛,李佳玮,等. 中药治疗慢性阻塞性肺疾病机制的研究进展[J]. 天津中医药, 2023, 40(9): 1208-1217.
- [5]丁健,陶慧,程刚,等. 韩明向分期分证治疗慢性阻塞性肺疾病经验[J]. 中医杂志, 2025, 66(8): 780-785.
- [6]刘顺治,崔红生,弓雪峰. 基于“气火失衡”的慢性阻塞性肺疾病病机与治疗探析[J]. 中医杂志, 2025, 66(19): 2056-2060.
- [7]王冰,樊茂蓉,崔云,等. 王书臣治疗支气管扩张症经验[J]. 中医杂志, 2017, 58(8): 647-650.
- [8]LIU J, NILE SH, XU G, et al. Systematic exploration of astragalus membranaceus and panax ginseng as immune regulators: insights from the comparative biological and computational analysis [J]. Phytomedicine, 2021, 86: 153077. doi: 10.1016/j.phymed.2019.153077.
- [9]胡伟,杨明华,陈婉姬,等. 仙茅、淫羊藿配伍对肾虚小鼠血浆 ACTH 和 cAMP 含量的影响[J]. 中国现代应用药学, 2015, 32(8): 923-927.
- [10]兰金花,马文聪,陈龙浩. 地肤子化学成分及药理活性研究进展[J]. 中药材, 2024, 47(2): 506-512.
- [11]姜京京,吕江维,杨硕,等. 白鲜皮-地肤子药对醇质体的制备及处方优化[J]. 医药导报, 2025, 44(4): 639-647.
- [12]丛晓东,王冰,袁沙沙,等. 王书臣治疗新型冠状病毒感染后慢性咳嗽经验[J]. 北京中医药, 2024, 43(5): 506-508.
- [13]袁培培,侯颖,李潘营,等. 基于中药功效药理学的葶苈子沉降药性研究[J]. 中药药理与临床, 2022, 38(2): 124-131.
- [14]刘晗,高云. 大黄素药理作用的分子机制研究进展[J]. 中国药理学通报, 2009, 25(12): 1552-1555.
- [15]吕荣荣,王颖航. 红景天-鬼箭羽治疗类风湿关节炎的中医认识及现代药学研究进展[J]. 时珍国医国药, 2025, 36(11): 2143-2148.

Experience of WANG Shuchen in Treating Chronic Obstructive Pulmonary Disease Based on the Theory of "Sanjiao (三焦) Imbalance with Deficiency, Phlegm, and Blood Stasis Binding Together"

LIU Junnan, GUO Yibing, MIAO Qing, FAN Maorong, FAN Changzheng

Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100091

ABSTRACT This paper summarizes professor WANG Shuchen's clinical experience in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). It is considered that imbalance of the *sanjiao* (三焦), together with deficiency, phlegm, and blood stasis binding together, constitutes the core pathogenesis of COPD, and that smoothing and regulating the *sanjiao* while combining dredging and tonification should be the overall therapeutic principle. In clinical practice, emphasis is placed on reinforcing vital *qi* and consolidating the root, with simultaneous regulation of the spleen and kidney. Modified *Banxia Xiexin Decoction* (半夏泻心汤) is commonly used to strengthen the spleen and resolve phlegm, while modified *Erxian Decoction* (二仙汤) is applied to tonify the kidney and promote *qi* reception. Free flow of the *sanjiao* is essential, and treatment should follow the momentum of the disease in which modified *Jingfang Baidu Powder* (荆防败毒散) or *Moxing Shigan Decoction* (麻杏石甘汤) is often used to diffuse and vent pathogenic factors from the upper *jiao*, modified *Zhenwu Decoction* (真武汤) or *Lingui Zhugan Decoction* (苓桂术甘汤) to warm and transform water retention in the middle *jiao*, and modified combinations of *Jijiao Lihuang Decoction* (己椒蒴黄汤) with *Xuanbai Chengqi Decoction* (宣白承气汤) to unblock stagnation in the lower *jiao*. When phlegm and blood stasis are difficult to resolve and vital *qi* is hard to restore, treatment should focus on tonifying *qi*, activating blood circulation, and regulating *yin* and *yang* simultaneously, commonly using modified *Buzhong Yiqi Decoction* (补中益气汤) combined with *Shengmai Powder* (生脉散). Prescriptions are flexibly combined according to syndrome differentiation to achieve the effects of reinforcing the root, tonifying without causing stagnation, and dredging without damaging vital *qi*.

Keywords chronic obstructive pulmonary disease; *sanjiao* (三焦); combined dredging and tonification; experience of famous doctors; WANG Shuchen

(收稿日期: 2025-10-30; 修回日期: 2026-01-30)

[编辑: 果 彤, 侯建春]

读者·作者·编者

中医药学术论文中药名称及名词术语的使用

中医药学术论文中正确使用中药名称及术语对于提高论文的科学性具有重要意义。中药学名词术语应使用全国科学技术名词审定委员会公布的《中医药学名词》和相关学科的名词。中药名称应以最新版《中华人民共和国药典》为主要依据。暂未公布者及《中华人民共和国药典》未收录的品种可参考团体标准 ZGZYXH/T 1-2015《中药学基本术语》《中药大辞典》以及新版全国高等中医院校统编教材《中药学》。地方及少数民族药物可遵照地方相关标准或药物的习称。

中药名称的使用应根据其概念范畴使用相应的名称。中药材使用药材名称,必要时需注明拉丁学名;临床处方应使用饮片名称,若其无法定名称,论述时可使用药材名称。由特定种质、产区,以及特定的生产加工技术生产的道地药材加工炮制而成的饮片,可在药材名前加产地名称作为特殊的饮片名称,如“岷当归”“川厚朴”等。处方中饮片为生品者,有法定名称的遵法定名称,无法定名称且毒性较强的,用生品时,应在其药材名称前加注“生”字,以免误用,如生大黄。无法定名称的炮制品,可在其药材名称之前或之后加炮制术语炒、焦、煨、炙、盐、炭、曲等作为饮片名称,如姜炭、半夏曲等。无法定饮片名称的鲜品入药时,应在药材名前加“鲜”字,如鲜薄荷。使用特定药用部位入药的饮片,如无法定饮片名称,表述时可在其药材名称前或后加药用部位名称,如当归尾。有特殊煎煮要求的中药,应在饮片名称后加圆括号注明煎服法,如薄荷(后下)、生石膏(先煎)、三七粉(冲服)等。中成药名称以国家药典委员会《中成药通用名称》为准,暂未公布者可依次参照国家食品药品监督管理总局批准的中成药通用名、新版全国高等中医院校统编教材《方剂学》。

(本刊编辑部)