

DOI:10. 13288/j. 11-2166/r. 2026. 12. 004

武维屏运用“半从络治，半从痈疗” 论治支气管扩张症经验

吴爱嘉¹，马中彤¹，冯淬灵²✉ 指导：武维屏¹

1. 北京中医药大学东直门医院，北京市东城区海运仓5号，100700；2. 北京大学人民医院

[摘要] 总结武维屏教授运用“半从络治，半从痈疗”论治支气管扩张症的经验。临证将该病归为“肺络痈”范畴，认为肺脾气虚、痰瘀热蕴是其核心病机，提出“半从络治，半从痈疗”为治疗总则。根据疾病不同阶段病机特点进行辨治，急性加重期肺气虚损、痰热瘀胶结肺络成痈，应半从化痰宣通以治络、半从清热涤痰排脓以疗痈，方用千金苇茎汤合漏芦连翘汤加减；慢性迁延期肺脾气虚、络虚痈伏，应半从调中行气固表以治络、半从理肺祛瘀化痰以疗痈，方用玉屏风散合六君子汤加减；同时重视对痰、血、咳的辨证加减用药。

[关键词] 支气管扩张症；肺络痈；名医经验；武维屏

武维屏（1940—），女，北京中医药大学东直门医院主任医师、博士研究生导师，第四、六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，首都国医名师，国家教委重点学科中医内科学肺系病研究学术带头人，国家中医药管理局重点学科呼吸病学科学学术带头人。从事中医临床、教学、科研工作六十余载，在呼吸系统疾病诊治方面形成了独具特色的理论体系，提出从肝治肺治疗咳喘，认为支气管扩张症属于“肺络痈”并主张分期依证辨治。

支气管扩张症（bronchiectasis，BE）是多种病因引起的反复化脓性感染导致支气管及细支气管异常和永久性扩张的异质气道炎症性慢性疾病，表现为慢性咳嗽、咳痰，可反复感染并常伴咯血^[1]。BE已成为继慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘之后世界第三大常见慢性气道疾病，整体发病率为9.9/10万~49.3/10万，不仅严重影响患者的生活质量，而且终末期常合并呼吸功能障碍、肺源性心脏病等不良预后^[2]。现代医学认为持续性的细菌定植、气道慢性炎症及肺组织破坏是BE反复加重的主要机制，治疗多采用抗感染、抗炎、气道廓清技术等手段，但长期应用抗生素、糖皮质激素导致的耐药性致使该病预后较差^[3-4]。中医药干预BE在控制细菌定植、改善气道黏液高分泌状态、延缓肺功能下降

等方面具有独特潜力，并可有效缓解患者咳、痰、喘等核心症状，提高生活质量^[5-6]。武维屏教授将BE的中医病名确立为“肺络痈”^[7]，提出“半从络治，半从痈疗”的治疗总则，并分为急性加重期和慢性迁延期进行治疗，现将其临证经验总结如下。

1 以“肺络痈”明确BE病位病性

根据BE临床表现特点，多将其归属中医学“咳嗽”“肺痈”“咯血”“肺络张”范畴。武老师将BE的中医病名确立为“肺络痈”，认为其病位在肺络，病理改变符合痈疡特点，属于内痈范畴^[7]。“肺络痈”之名是对BE病位及病性特点的高度概括。就病位而言，病在肺络，属血分而非气分，其本不离痈疡之理，归内痈之属；就病程而言，BE多迁延难愈、反复发作，契合“久病入络”之旨。若干性BE患者唯以咯血为主症，则仍沿用“咯血”病名^[8]。“肺络痈”之名与传统“肺痈”“肺络张”相比较，“肺痈”病在肺实质，以热毒壅盛、咳吐脓痰为主，病势急而偏实；“肺络张”重在描述络脉弛张之形态，未及病性；而“肺络痈”以络定位、以痈定性，更符合BE临床特征。

2 肺脾气虚、痰瘀热蕴是BE核心病机

肺为华盖，主气，司呼吸，肺络循行布于肺之表里，既连体表与脏腑，又贯肺体与气道，司濡养

基金项目：国家科技重大专项(2023ZD0506703)；国家重点研发计划(2025YFC3508202)

✉ 通讯作者：fengcuiling@sina.com

肺脏、宣肃气机、调节呼吸之职。肺为娇脏，不耐邪侵，邪气壅于肺络，腐化败血成痈，损伤气络，累及血络，血为之凝，痰为之裹，导致支气管壁破坏、管腔扩张，遂成“肺络痈”，如《金匱要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》所言：“热之所过，血为之凝滞，蓄结痈脓”。多数BE患者婴幼儿时期或成年之后罹患肺系疾病，肺气受损，后屡受邪侵久则肺气亏虚，更易遭受外邪致疾病急性加重，反复难愈，成为本虚标实之证。武老师认为，素体虚弱，遇感外邪，侵损肺络，郁热生痰成痈，痰瘀热邪复损肺络，久则形成BE。临证将BE分为急性加重期和慢性迁延期，二者病机各有侧重。

2.1 急性加重期肺气虚损，痰热瘀胶结肺络成痈

若患者素体禀赋薄弱，正气本虚，精气不充，肺失所养；或后天肺受邪侵，导致肺气亏虚，成为BE发病之内因。肺宣降失序，子病犯母，脾失健运，肺脾失和则津液不得运化，津凝为痰，痰浊内伏肺络，或因外邪侵袭，或因饮食伤中，便可引动宿痰，内外相合，加重肺络壅塞。痰浊郁久化热，灼伤肺络，致气血郁滞，瘀血内生，又可加重痰浊停滞。痰、热、瘀三者胶结肺络，腐败气血，壅塞络道，终成痈脓，故见咳吐腥臭脓痰，络伤血溢则发为咯血。可见，BE急性加重期呈现虚实夹杂、内外相引、表里同病之象，核心病机为肺气虚损，痰热瘀胶结肺络，邪鸱成痈。

2.2 慢性迁延期肺脾气虚，络虚痈伏

BE反复发作，肺气久虚，气失生化，络脉不畅，子病及母，肺脾气虚，加之痰热瘀壅阻肺络日久，久病伤络，络脉失于濡养，遂致络脉空虚、络气不荣，此为“络虚”之因。痰热瘀壅阻肺络，“病久而成窠囊”（《张氏医通·神志门》），又腐败气血成痈，酿生痈毒，痈毒潜匿于肺之细络，此为“痈伏”之实。二者互为因果，络虚则痈毒更易潜匿难除，痈伏则更耗伤络脉气血，致络愈虚、痈愈伏，形成恶性循环，成络中窠积^[9]。肺络纤细迂曲，呈网状分布，邪气易侵难出，痰瘀浊邪久羁肺络，余邪未尽、正虚邪恋，终致BE病程缠绵，常见慢性咳嗽、咳痰等症。肺络空虚，络气愈虚，气失于固摄，血不循经，络伤血溢而见咯血。可见，BE慢性迁延期核心病机为肺脾气虚，络虚痈伏。

3 “半从络治、半从痈疗”为BE治疗总则

BE病程迁延，出现反复咳嗽、咳痰、咯血、胸痛固定等症，病情甚者每日可咳吐大量浊唾、质

稠厚、气味腥臭，与《医宗金鉴》所述肺痈“溃后脓出，腥臭异常”之象吻合。支气管镜观察可见气道壁弹性纤维断裂形成囊柱状扩张（络脉结构毁损），黏膜下血管迂曲怒张、渗血糜烂（络伤血溢），管腔内脓栓嵌塞、黄白腐物附着（热毒腐血成脓）^[10-12]。镜下“络损痈溃”之象正如《外科正宗》描述痈疡“热壅血瘀则肿，血败肉腐为脓”的微观呈现。基于此，结合“肺络痈”病机特点，武老师提出“半从络治，半从痈疗”的治疗总则，在调养肺络的同时遵循中医外科“消、托、补”三法疗痈。

3.1 急性加重期半从化痰宣通以治络，半从清热涤痰排脓以疗痈

BE急性加重期临床常见咳吐黄绿色脓痰，或伴脓血，气味腥臭，气粗息涌，面赤烦渴等表现。此期病机以标实为主，痰热瘀鸱张成痈，急则治其标，当疗痈为主，治以清热涤痰、解毒排脓消痈，即“半从痈疗”；同时，此期病邪已深陷肺络，气络壅滞，血络瘀痹，故需“半从络治”，重在宣通气络、化痰通血络，如此肺络通利，气血运行正常，则可祛除病邪，减轻对机体正气及肺络生理功能之损伤，防止病势进一步加重与进展。

武老师临证推崇3条法则：1）清热务尽，存得一分肺气；2）补益勿早，必待邪势已去；3）通腑降浊，分消痰瘀之势。BE急性加重期患者虽肺虚卫弱，然邪气鸱张，不可贸然投补剂。常选用千金苇茎汤合漏芦连翘汤加减化裁，由芦根、桃仁、瓜蒌、麸炒枳壳、炒薏苡仁、冬瓜仁、漏芦、连翘组成。方中芦根中空质轻，通达、透发，可清肺透热，宣散肺络壅滞；瓜蒌、枳壳宽胸降气，借肺与大肠相表里之机，通降腑气以助肺络通畅；桃仁专入血分，化痰以通血络，且与瓜蒌润肠通便以利气机；四药分别走气络、血络两途径，体现了“半从络治”之法。连翘与漏芦一升一降，增强清解肺中热毒、消散痈肿之力，且皆具散结通络之能，令络通则痈易消，不留窠囊；冬瓜仁与炒薏苡仁质地滑利，涤荡脓痰，为消痈排脓之要；四药相合，正合内痈“消”法之要义，重在“半从痈疗”。诸药相配，融消痈与通络于一炉，消痈之中寓通络，通络之中助消痈，使清化不恋邪，通络不助火，既重视攻邪又顾护肺络。若痰瘀与热毒胶结难除，病情不断加重、恶化，见咳吐脓痰较多者，可酌情增加芦根、炒薏苡仁用量，并加用败酱草增强清热解毒、祛瘀消痈排脓之功。

3.2 慢性迁延期半从调中行气固表以治络, 半从理肺祛瘀化痰以疗癆

BE 慢性迁延期以肺脾气虚为本, 秉持缓则治其本原则, 当治络为主, 以调中行气固表为法, 即“半从络治”; 此期正虚而邪气留恋, 痰瘀胶结, 形成窠囊, 潜藏肺络, 暗耗气血, 故应理肺祛瘀化痰以祛除内伏之邪, 消散痼肿夙根, 即“半从癆疗”。武老师认为理肺之要在于清补与宣通相合。肺络以清补为体, 非峻补、壅补, 乃清润益气、健脾固表, 充养肺络, 使补而不滞; 以宣通为用, 非峻攻、耗散, 乃宣利气机、化痰祛瘀、通利肺络, 使宣通而不伤气。清补与宣通相济, 既补肺络之虚又散痰瘀之滞, 气行络畅, 使病无反复之由。另需着力于补益, 调养正气, 以抵御外邪, 有利于减轻 BE 急性发作的频率。

临证常选用玉屏风散合六君子汤加减化裁, 并辅以清热化痰祛瘀之品, 基本方由黄芪、麸炒白术、防风、太子参、清半夏、陈皮、茯苓、浙贝母、赤芍、甘草组成。方中黄芪补益肺脾之气, 气旺则津血自生, 肺络得充; 白术健脾燥湿, 杜绝生痰之源, 使肺络免受痰浊壅塞; 防风走表祛风, 御邪安内; 太子参清润益气, 充肺络、润肺络; 四药配伍, 补而不壅, 固表不留邪, 扶正补虚以充养肺络, 是清补立法之关键, 体现了“半从络治”之法。此期多痰瘀伏肺、余热未清, 故在清补基础上佐以化痰、祛瘀之品, 清半夏、陈皮与茯苓合用可清肃肺络中伏痰, 理气和中, 防其积聚成痼; 浙贝母清化痰热, 痰热去而肺络自畅; 赤芍凉血祛瘀, 瘀化则络通; 以上诸药具有宣通气机、化痰祛瘀、通利肺络之效, 达消散痼肿之目的, 是宣通立法的体现, 亦符合“半从癆疗”之理念。甘草调和诸药兼健脾益气以充养肺气。全方以清补为体、宣通为用, 清补重在扶正充养肺络, 使卫外得固; 宣通重在祛邪通络, 使痰化、瘀散、络畅, 消除伏痼隐患。

3.3 随症加减

3.3.1 辨痰 痰为 BE 核心病理产物, 辨其性质乃立法用药之重要依据。若热象不显, 痰浊内盛, 阻于气道, 症见咳痰色白、咽喉不利、胸胁痞满等, 可加用白芥子、炒莱菔子、厚朴、柴胡等涤痰通降, 调畅气机, 以通肺络。若脾虚湿盛, 饮邪泛滥, 症见痰量较多, 茯苓用量可至 15~20 g、白术用量可至 12~15 g, 以增强健脾燥湿之功。若痰热明显, 症见咳嗽伴黄痰时作、胸膈堵闷, 可酌加鱼腥草、海浮石、胆南星等清热理肺, 化痰止咳。若肺

阴不足, 燥痰内结, 症见痰白质黏难咳, 常伴口咽干燥, 可加用麦冬、南沙参、五味子等滋养肺阴, 润燥化痰。

3.3.2 辨血 咯血乃络伤血溢之征, 辨其量、色、势可判断病势之缓急与病性之寒热虚实。若咯血甚可见大咯血危及生命之急危重症, 治当救急止血为先。若燥热伤络或阴虚火旺而灼伤肺络, 症见痰中偶带血丝或血点, 可加用白茅根、侧柏叶、藕节炭等平和之品凉血止血, 或加用牡丹皮、生地黄、玄参等滋阴凉血。若肺热壅盛, 迫血妄行, 症见咯血色鲜红、量较多, 应去主方中辛温动血之品, 加用炒栀子、地榆炭、茜草炭等清热凉血止血。若瘀阻肺络, 症见咯血色暗红、夹有紫黑血块, 单纯收涩止血恐致瘀血留寇, 可加用三七粉、蒲黄炭、川芎等活血化瘀、通络止血, 使血止而不留瘀。若瘀血较甚, 肺络不通, 症见胸痛时作或痰中带血, 可加用赤芍、旋覆花、金铃子散等活血行气通络。

3.3.3 辨咳 咳嗽是肺气宣降失常的直接反映, 辨其性质可知气机失调之关键。临证亦可见咳嗽为 BE 首要症状, 甚或为唯一主症者。此时切勿见咳止咳, 当审证求因, 详辨其病机。若风邪恋肺、肺气失宣或肝火犯肺, 症见阵发性呛咳, 无痰或痰少难出, 可加用僵蚕、蝉蜕、桔梗疏风宣肺, 或栀子清肝泻火。若病情迁延日久, 久病及肾, 金不生水, 肺肾气虚, 纳气无权, 症见咳而气短、动则加剧, 可加用山萸肉、诃子、五味子、沉香等益肺补肾, 纳气平喘。

3.3.4 其他 若气机郁滞, 络脉不和, 症见胸胁胀满疼痛, 可酌加丝瓜络、路路通宣通肺络, 或加用郁金、枳壳理气宽胸解郁。若阴虚内热, 虚火内扰, 津液外泄, 症见盗汗、五心烦热, 可加用乌梅、五味子滋阴敛汗固表。若肺气不降, 肠腑传导失司, 症见大便干硬、艰涩难下, 可酌加瓜蒌仁、苦杏仁理肺降气, 润肠通腑。

4 验案举隅

患者, 女, 37 岁, 2024 年 7 月 17 日初诊。主诉: 反复咳嗽、咳痰、咯血 10 年, 加重 3 个月。患者 10 年前无明显诱因出现咳嗽咳痰, 晨起咳白色泡沫痰, 饭后咳黄黏痰、量多, 间断伴痰中带血、色淡红, 偶有咯血 1~2 ml, 间断服用中药、抗生素、止血药 (具体不详) 后症状有所缓解, 未进行系统诊治。3 个月前外感后上述症状加重, 咳黄绿脓痰、量多黏稠, 伴咯血色鲜红, 每次咯血量 2~3 ml,

口服化痰止咳及抗炎药物（具体不详）后症状未见明显好转，查 CT 提示：双肺支气管扩张症合并感染。刻下症见：咳嗽，咳黄绿痰、量多黏稠、不易咳出，间断伴咯血、量偏少，自觉胸部憋闷，气短，口干口渴，平素畏寒、易感冒，纳眠尚可，小便黄，大便干结、二三日一行。舌暗胖、苔根腻微黄，脉弦滑、尺脉弱。西医诊断：支气管扩张症；中医诊断：肺络痈（痰热壅肺、瘀毒阻络证）。治法：清热涤痰排脓、化瘀解毒通络，予千金苇茎汤合漏芦连翘汤加减。处方：芦根 20 g，桃仁 8 g，炒薏苡仁 20 g，冬瓜仁 10 g，漏芦 10 g，连翘 12 g，清半夏 8 g，陈皮 9 g，丹参 6 g，鱼腥草 20 g，浙贝母 10 g，苦杏仁 10 g，紫苏梗 6 g，麸炒白术 10 g。14 剂，每日 1 剂，水煎分早晚两次温服。嘱患者服中药期间无需联合使用抗生素、止血药、支气管扩张剂等西药。

2024 年 7 月 31 日二诊：患者咳嗽、咳痰有所缓解，咳黄白痰、质较前清稀、痰量减少，痰中偶见血丝，胸部憋闷有所减轻，气短乏力，口干口渴，小便偏黄，大便偏硬、一二日一行。舌暗胖、苔薄腻微黄，脉沉细滑、尺脉弱。处方以初诊方炒薏苡仁减至 12 g，紫苏梗减至 5 g，清半夏增至 9 g。14 剂，煎服法同前。

2024 年 8 月 14 日三诊：患者咳嗽、咳痰较前减轻，痰色转白、质地清稀、痰量进一步减少，咯血止，仍胸部憋闷、气短乏力、口干口渴，二便调。舌暗胖、苔薄白微腻，脉沉细滑、尺脉弱。处方予二诊方加太子参 12 g，14 剂，煎服法同前。

2024 年 8 月 28 日四诊：患者咳嗽、咳痰明显减轻，但遇外感后仍有咳嗽、咳痰，仍易气短乏力、胸部憋闷，畏寒，自汗，偶感头晕，纳差，小便偏黄，大便一二日一行。舌淡胖暗多裂、苔根微腻，脉沉弦、尺脉弱。辨证：肺脾气虚、痰瘀胶结，治以补虚固表通络、理肺祛瘀化痰，予玉屏风散合六君子汤加减。处方：黄芪 12 g，麸炒白术 10 g，防风 10 g，太子参 12 g，清半夏 9 g，陈皮 9 g，茯苓 10 g，赤芍 10 g，郁金 10 g，瓜蒌皮 10 g，前胡 10 g，姜厚朴 6 g，甘草 6 g。14 剂，煎服法同前。

2024 年 9 月 11 日五诊：患者偶有咳嗽、咳痰，余症均减轻，纳眠可，二便调。舌淡胖暗，苔薄白、苔根微腻，脉沉缓、尺脉弱。嘱停用中药，避风寒，慎起居，合理饮食，不适随诊。后电话随访半年，病情基本稳定，未再出现急性加重。

按语：本案患者咳嗽、咳痰、咯血病程长，痰

瘀内伏肺络，耗伤气阴，肺脾两虚为其本。平素消瘦、敏感体质、易感冒，乃卫外不固、肺气亏虚之征；饭后咳黄黏痰、咯血，为脾虚痰热、热伤血络之象；舌暗提示有瘀血。初诊时外感引动体内痰瘀伏邪，致使痰热壅盛、瘀毒内阻，标实骤急，故见咳黄绿脓痰、咯血色鲜红、大便干、小便黄、舌苔腻微黄、脉滑。然细察其脉弦滑而尺脉弱、舌暗胖、气短、口干畏寒，可知气阴已伤，呈本虚标实、邪盛正衰之势。初诊时处于急性加重期，急则治标，痈络并治，方以千金苇茎汤合漏芦连翘汤加减，方中鱼腥草、连翘、漏芦清肺化痰、解毒排脓，冬瓜仁、炒薏苡仁、浙贝母、清半夏涤痰排脓，直折痰热痈毒之势，重在“半从痈疗”；桃仁、丹参活血通络，苦杏仁、紫苏梗宣降肺气以通气络，芦根清肺透热以宣散肺络壅滞，白术、陈皮健脾调中、理气化痰，使肺络通畅则痈易消，体现了“半从络治”。二诊时咳嗽、咳痰有所缓解、咯血渐止，提示痰热渐去、邪势渐缓，微调求进，遂减薏苡仁、紫苏梗用量，以防渗利理气太过耗伤正气。酌增清半夏之量，一则患者舌胖、苔薄腻，提示脾湿未化、肺络伏痰未净，需乘势涤除，杜绝痈伏复发；二则清半夏兼有理气和胃之功，针对气短乏力，可助脾运、畅气机，此乃宣通之法，非单纯化痰。三诊时咯血已止，仍胸部憋闷、气短乏力，宜扶正为先，故加太子参益气养阴，清润濡养受损之肺络。四诊时咳嗽、咳痰明显减轻，症状以虚象为主，治宜扶正固本、祛邪通络，故方用玉屏风散合六君子汤加减，以黄芪、白术、防风、太子参、甘草培补肺脾以固根本，扶正补虚以养络，即“半从络治”；清半夏、陈皮、茯苓、瓜蒌皮、前胡可清解肺络痰浊，赤芍、郁金活血祛瘀通络，姜厚朴行气化痰，乃“半从痈疗”。本案谨候病机，明辨缓急，全程遵循“半从络治，半从痈疗”治疗原则，分期施治，标本兼顾，故获良效。

参考文献

- [1] 中国支气管扩张症临床诊治与研究联盟, 中华医学会呼吸病学分会. 成人支气管扩张症病因学诊断专家共识[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2024, 47(10): 921-932.
- [2] XU J F, GAO Y H, SONG Y L, et al. Research advances and clinical management of bronchiectasis: Chinese perspective[J]. ERJ Open Res, 2022, 8(2): 00017-2022.
- [3] CHALMERS J D, MALL M A, MCSHANE P J, et al. A systematic literature review of the clinical and socio-economic burden of bronchiectasis [J]. Eur Respir Rev,

- 2024, 33(173):240049.
- [4] LONG M B, CHOTIRMALL S H, SHTEINBERG M, et al. Rethinking bronchiectasis as an inflammatory disease[J]. *Lancet Respir Med*, 2024, 12(11):901-914.
- [5] 王清, 马浩然, 王嘉懿, 等. 支气管扩张症发病机制及中医药干预研究进展[J]. *现代中西医结合杂志*, 2024, 33(24):3493-3499.
- [6] 苗青, 袁沙沙, 丛晓东, 等. 支气管扩张症的全程管理及中医诊治思路探讨[J]. *中医杂志*, 2018, 59(18):1560-1563, 1573.
- [7] 罗慧, 张立山, 武维屏. 武维屏教授治疗支气管扩张经验[J]. *中华中医药杂志*, 2014, 29(3):783-785.
- [8] 吴宇, 武维屏. 武维屏诊治支气管扩张症临证思路[J]. *北京中医药*, 2021, 40(6):595-597.
- [9] 黄茂, 张立山. 武维屏重脾胃思想治疗支气管扩张症经验撷英[J]. *中华中医药杂志*, 2022, 37(4):2039-2042.
- [10] CHALMERS J D, METERSKY M, ALIBERTI S, et al. Neutrophilic inflammation in bronchiectasis [J]. *Eur Respir Rev*, 2025, 34(176):240179.
- [11] JOHNSON E, LONG M B, CHALMERS J D. Biomarkers in bronchiectasis [J]. *Eur Respir Rev*, 2024, 33(173):230234.
- [12] DICKER A J, MERTSCH P. Infection and the microbiome in bronchiectasis [J]. *Eur Respir Rev*, 2024, 33(173):240038.

WU Weiping's Experience in Treating Bronchiectasis Based on the Thought of "Half Treating from Collaterals and Half Treating as Abscess"

WU Aijia¹, MA Zhongtong¹, FENG Cuiling²

1. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700; 2. Peking University People's Hospital

ABSTRACT This article introduces Professor WU Weiping's experience in treating bronchiectasis based on the thought of "half treating from collaterals and half treating as abscess". Professor WU classified this disease under the category of "lung collaterals abscess" and proposed the general principle of "half treating from collaterals and half treating as the abscess", based on the core pathogenesis of lung-spleen *qi* deficiency and phlegm-stasis heat accumulation. Treatment should be based on syndrome differentiation according to the pathological characteristics of the disease at different stages. During the acute exacerbation stage, when the lung *qi* depletion and phlegm-heat congestion obstruct the lung collaterals and form into lung abscess, the methods should therefore focus partly on resolving stasis and unblocking to treat from the collaterals, and partly on clearing heat, eliminating phlegm and draining pus to treat as the abscess. Modified *Qianjin Xiejing Decoction* (千金苇茎汤) and *Loulu Lianqiao Decoction* (漏芦连翘汤). During the chronic protracted stage, when there is lung-spleen *qi* deficiency, along with collateral deficiency and latent abscess, the main focus should be half on regulating the middle *jiao* (焦), moving *qi* and consolidating the exterior to treat from collaterals, and half on rectifying lung, dispelling stasis and resolving phlegm to treat as the abscess, with modified *Yupingfeng Powder* (玉屏风散) and *Liujunzi Decoction* (六君子汤). At the same time, attention should be paid to differentiating phlegm, blood, and cough to tailor the prescription.

Keywords bronchiectasis; lung collaterals abscess; experience of famous doctors; WU Weiping

(收稿日期: 2025-11-19; 录用日期: 2026-03-03; 修回日期: 2026-05-10)

[编辑: 姜 冰]