

• 名医经验 •

国医大师韩明向基于“肺与大肠相表里”理论治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺证的临床经验

马啸^{1,2,3} 梁雪^{1,3} 韩淼彦⁴ 曲玉强² 韩明向^{1,3} 李泽庚^{1,3}

¹安徽中医药大学第一附属医院,安徽合肥 230031; ²韩明向国医大师芜湖市中医医院工作站,安徽芜湖 241000; ³安徽省中医药科学院中医呼吸病防治研究所,安徽合肥 230031; ⁴合肥市包河区淝河镇社区卫生服务中心,安徽合肥 231699

通信作者:李泽庚,Email: lizegeng6609@163.com

【摘要】 通过系统阐释中西医理论体系对“肺与大肠相表里”理论的现代认识,深总结国医大师韩明向教授辨治慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)痰热壅肺证的临床经验。从理论渊源看,该理论源自《黄帝内经》,经后世医家发展形成完整体系。现代医学从胚胎学、微生物组学等角度证实肺与肠存在密切关联,特别是“肺-肠轴”理论的提出,揭示了二者在生理病理上的内在联系。韩明向教授基于 60 余年临床实践,提出 AECOPD 的核心病机为“痰、瘀、毒、虚”,其中痰热壅肺证最为常见。其病机特点为肺失宣降,痰热内蕴,腑气不通。治疗上强调“清热化痰、止咳平喘”为主,注重“清肺热、祛痰邪、顺气降逆”,同时秉承“肺肠同治”理念。方药运用上,韩教授善用宣白承气汤加減,该方融宣肺化痰与通腑泻热于一体。同时,韩教授指出,在治疗该病时应把握通腑药物的使用时机和剂量,特别是用于虚证患者时,当肠腑已通,则中病即止,应减量或停药。针对疾病缓解期的治疗,韩教授主张“培土生金”法,采用补肺汤联合异功散加減,健脾益气补肺固表,体现了“急则治标,缓则治本”的治疗原则。这一研究不仅深化了对中医经典理论的认识,也为 AECOPD 的治疗提供了更具科学依据的干预手段。

【关键词】 国医大师; 韩明向; 肺与大肠相表里; 慢性阻塞性肺疾病急性加重期; 痰热壅肺证

基金项目: 安徽省临床医学研究转化专项(202204295107020045); 安徽中医药大学临床科研项目(2021LCWH03)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2025.03.017

Clinical experience of national medical master Han Mingxiang in treating acute exacerbation chronic obstructive pulmonary disease with phlegm-heat congestion based on the theory of "lung and large intestine being interior-exteriorly related"

Ma Xiao^{1,2,3}, Liang Xue^{1,3}, Han Miaoyan⁴, Qu Yuqiang², Han Mingxiang^{1,3}, Li Zegeng^{1,3}

¹The First Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230031, Anhui, China; ²Han Mingxiang, Master of Traditional Chinese Medicine, Wuhu Traditional Chinese Medicine Hospital Workstation, Wuhu 241000, Anhui, China; ³Institute of Respiratory Disease Prevention and Treatment of Chinese Medicine, Anhui Academy of Chinese Medicine, Hefei 230031, Anhui, China; ⁴Feihe Town Community Health Service Center, Baohe District, Hefei 231699, Anhui, China

Corresponding author: Li Zegeng, Email: lizegeng6609@163.com

【Abstract】 This study systematically elucidates the contemporary understanding of the theory of "the lung and large intestine being interior-exteriorly related" within both traditional Chinese and Western medical theoretical frameworks, while providing an in-depth summary of national medical master Han Mingxiang's clinical experience in diagnosing and treating phlegm-heat obstructing lung syndrome in acute exacerbation chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD). Theoretically, this doctrine originates from the *Huangdi Neijing* and has been developed into a comprehensive system by subsequent medical practitioners. Modern medical research from embryological, microbiological, and other perspectives has confirmed the close physiological and pathological relationship between the lung and intestine, particularly evidenced by the proposed "gut-lung axis" theory. Based on over 6 decades of clinical practice, professor Han identified the core pathogenesis of AECOPD as involving "phlegm, blood stasis, toxins, and deficiency," with phlegm-heat obstructing lung syndrome being the most prevalent manifestation. The pathological characteristics include impaired lung qi descent, internal accumulation of phlegm-heat, and intestinal obstruction. The therapeutic approach emphasizes "clearing heat and resolving phlegm, relieving cough and asthma" as the primary treatment principle, focusing on "clearing lung heat, eliminating phlegm pathogens, and descending rebellious qi", while adhering to the concept of "simultaneous treatment of lung and intestine." In terms of herbal prescription, professor Han skillfully employs modified Xuanbai Chengqi decoction, which integrates lung-ventilating, phlegm-resolving, and purgative effects. Importantly, he emphasizes the precise timing and dosage of purgative herbs, particularly for patients with deficiency patterns, advocating discontinuation or dose reduction once intestinal patency is achieved to avoid overtreatment. For remission phase management, professor Han advocates the "reinforcing earth to generate metal" approach using modified Bufei decoction combined with Yigong powder, which strengthens spleen qi to nourish lung function. This therapeutic strategy embodies the fundamental treatment principle of "treating the acute manifestations first, then addressing the root cause." This research not only deepens the understanding of classical Chinese medical

theories but also provides more scientifically grounded intervention strategies for the clinical prevention and treatment of lung distension. The findings offer valuable insights into integrative approaches for AECOPD management, combining traditional wisdom with contemporary medical understanding.

【Key words】 National medical master; Han Mingxiang; Lung and large intestine being interior-exteriorly related; Acute exacerbation chronic obstructive pulmonary disease; Phlegm-heat obstructing lung syndrome

Fund program: Anhui Province Clinical Medicine Research Transformation Special Project (202204295107020045); Clinical Research Project of Anhui University of Chinese Medicine Project (2021LCWH03)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2025.03.017

韩明向教授是我国著名的中医内科学专家,现为全国第四批国医大师,在中医药领域有重要的学术影响力。作为我国中医药传承工作的指导专家,他连续担任国家第二、四、五、六批名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,培养了大批高层次中医药人才。韩教授同时担任博士研究生导师,并获聘香港大学荣誉教授,彰显了其国际学术声誉。在临床实践方面,韩教授杏林耕耘 60 余载,作为安徽省首届国医名师,其在呼吸系统疾病的中医药诊治方面形成了独特的学术体系,对中医肺病学的发展做出了重要贡献。笔者有幸跟师学习,临证见韩教授治疗慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 有其独到之处,本研究以中医学“肺与大肠相表里”、西医“肺-肠轴”理论为依据,以国医大师韩明向教授“清热化痰、止咳平喘”为治则,对其治疗肺胀即 COPD 急性加重期 (acute exacerbation of COPD, AECOPD) 痰热壅肺证的临床经验进行总结,并筛选其医案进行分析,望传承国医大师韩明向学术思想,指导 AECOPD 痰热壅肺证的临床诊疗。

1 COPD 的现代医学研究进展

COPD 是一种以持续性气流受限和进行性呼吸道症状为主要临床特征的常见慢性呼吸系统疾病。流行病学调查数据显示,该病在我国有较高的发病率。2018 年全国性调查结果表明,我国 20 岁以上成年人 COPD 发病率为 8.6%,其中 40 岁以上人群发病率显著升高至 13.7%,据此估算全国患病人群规模接近 1 亿例^[1]。该病的典型临床表现包括慢性咳嗽、咳痰及渐进性呼吸困难等,其特征性的急性加重事件不仅影响疾病预后,更是导致患者死亡的重要危险因素^[2]。值得注意的是,AECOPD 产生的医疗支出占患者总体治疗费用的主要部分。此外,该病常伴多种严重并发症,这些并发症不仅改变了疾病临床表现,还显著增加了患者死亡风险,给患者家庭和社会医疗保障体系带来了沉重的经济负担。

COPD 的病理生理机制尚未完全阐明,现有研究表明,其发病过程是涉及多因素参与的复杂炎症反应。根据最新研究证据,该疾病的特征性病理改变主要表现为气道、肺血管系统及肺实质组织的慢性炎症性损伤^[3]。在炎症级联反应中,多种免疫细胞 (包括巨噬细胞、中性粒细胞及 T 淋巴细胞等) 被激活,同时伴随着大量炎症介质 (如肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)、白细胞介素 (interleukins, IL-6、IL-8) 等促炎因子) 的释放,这些介质促进中性粒细胞聚集活化,炎症因子吸引中性粒细胞游走向炎症部位,使纤毛覆盖的正常气道上皮细胞化生为杯状细胞,产生大量黏液及酶类,破坏肺间质,扩大肺泡腔,破坏肺的生

理结构,同时,细菌在体内增殖和破坏时产生的内毒素也可诱发肺组织的炎症反应,导致肺不可逆的通气、换气功能障碍,进而引起肺功能进行性下降。

2 现代医学对“肺-肠轴”理论的研究

当前国内外多项研究显示, COPD 患者的临床表现呈多系统受累特征,除典型呼吸系统症状外,常合并显著的胃肠道功能障碍^[4-5]。动物实验显示,疾病严重程度与胃肠道症状的发生率及复杂程度呈正相关^[6],在 AECOPD 患者中,胃肠功能紊乱的临床表现较稳定期患者更为突出^[7]。现代医学研究揭示了“肺-肠轴”在 COPD 发病机制中的重要作用,主要表现在以下方面:① 肺与肠道微生态的动态平衡;② 肠黏膜免疫屏障功能;③ 相关信号通路的交互调控。最新证据表明, COPD 患者肺部和肠道菌群组成变化有同步性特征,且两部位的炎症因子谱变化有显著相关性^[8]。

2.1 肺-肠微生态群关系: 肠道内栖息着人体最丰富的微生物群落,其构成的肠道微生态系统对免疫功能的建立与组织稳态平衡有决定性影响,而肠道微生物群生态系统不仅调节胃肠道的免疫反应,还影响肺等远端器官的免疫力,进一步影响肺部健康,导致呼吸系统疾病,如 COPD、支气管哮喘等^[9]。现有临床证据显示,老年 COPD 伴发肺部感染病例中,下呼吸道分离菌株与肠道菌群有同源性特征^[10]。从微生态平衡角度出发,维持 COPD 患者肠道菌群稳态可能对减少肺部感染事件有潜在临床价值。

肠道微生态紊乱通过免疫调节机制参与肺部疾病的病理进程。具体表现为: 肠道菌群结构与多样性异常,以免疫系统为枢纽,通过调控 T 淋巴细胞亚群功能状态及免疫细胞趋化迁移等途径,介导系统性免疫应答改变^[11]。肠道菌群失调时大肠埃希菌、肠球菌等条件致病菌大量繁殖,使肠源性内毒素大量释放,肠道菌群移位导致炎症递质增加,并释放入血,引起血清炎症因子水平升高,通过促炎机制介导,可对 COPD 的病理生理进程产生直接或间接调控作用^[12]。从微生物组学角度揭示了“肺-肠轴”双向调控的生物学基础。研究表明,肺部和肠道菌群有协同性变化特征^[13],这种菌群共变现象可能部分解释了肠病及肺的病理生理学机制^[14]。

2.2 肺-肠的细胞因子关系: 肺-肠细胞因子相互作用是阐释“肺与大肠相表里”理论的重要分子机制。研究表明,通腑泻肺法可显著调控急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征 (acute lung injury/acute respiratory distress syndrome, ALI/ARDS) 模型大鼠血清中 TNF- α 、IL-1 β 、IL-4、IL-6 及 IL-10 等炎症因子的表达水平,提示这些炎症因子可能介导肺与肠道的双向通讯^[15]。进一步研究采用中医肺肠同治策略 (麻

黄汤联合大承气汤),证实该疗法可通过核转录因子- κ B/NOD 样受体蛋白 3(nuclear factor- κ B/NOD-like receptor protein 3, NF- κ B/NLRP3)信号通路调控肺泡巨噬细胞活化状态,从而减轻 ALI 模型的肺部炎症反应,为肺肠组织间细胞因子网络的协同变化提供了实验依据^[16]。

2.3 肺-肠黏膜免疫关系:临床研究证据表明,AECOPD 患者存在显著的肠道屏障功能障碍。一项研究首次报告了 AECOPD 恢复期患者胃肠道通透性持续升高的临床现象,提示 AECOPD 与肠黏膜屏障损伤存在明确关联,其机制可能与间歇性低氧状态相关^[17]。动物研究证实,香烟烟雾暴露可通过调控氧化应激关键因子[烟酰胺腺嘌呤二核苷酸磷酸氧化酶 2(nicotinamide adenine dinucleotide phosphate oxidase 2, NOX2)、细胞色素 b558 亚基 p22phox 上调和超氧化物歧化酶下调]诱导肠道上皮细胞凋亡[B 细胞淋巴瘤-2 蛋白相关 X 蛋白(B-cell lymphoma-2-associated X protein, Bax)/Bcl-2 比例失衡],同时改变低氧诱导因子-1 α (hypoxia-inducible factor-1 α , HIF-1 α)介导的紧密连接蛋白表达谱[紧密连接蛋白 1(Claudin-1)下调、Claudin-2 上调],最终导致肠道屏障完整性破坏^[18]。另有研究从黏膜免疫角度揭示了“肺-肠轴”的联系机制,发现不同应激状态(高氧、低氧、营养障碍等)下,肺与肠道黏膜免疫细胞因子呈现协同性变化规律,其中分泌型免疫球蛋白 A(secretory immunoglobulin A, sIgA)作为关键免疫效应分子,通过淋巴细胞归巢机制和黏膜免疫网络介导肺肠免疫应答的同步调控^[19]。

2.4 肺-肠信号通路关系:肺肠相关性体现在部分信号传导通路的一致性上,研究表明,“肺-肠轴”存在双向分子调控机制,肺部病理状态可上调结肠组织细胞外信号调节激酶(extracellular signal-regulated kinase, ERK)mRNA 表达,反之肠道病变亦可诱导肺组织 ERK mRNA 水平升高,提示二者存在交互调控关系^[20]。研究显示,肺组织损伤程度与结肠病变进展呈正相关,其机制可能涉及转化生长因子- β 1(transforming growth factor- β 1, TGF- β 1)/Smads 信号通路在组织修复中的作用^[21]。从胚胎发育学角度,现代解剖学定义的呼吸系统(肺-支气管-气管)与消化系统(回肠-结肠)有同源性,基因表达谱分析证实,胚胎发育关键阶段肺与结肠上皮细胞呈现显著转录组相似性^[22]。这些发现从病理生理学、信号转导及发育生物学等多维度阐释了肺-肠相互作用的分子基础,不仅为传统“肺与大肠相表里”理论提供了现代科学依据,更深化了其理论内涵。

3 国医大师韩明向对“肺-肠轴”理论在 COPD 痰热壅肺证中的认识

3.1 韩明向教授对“肺-肠轴”理论的藏象学内涵认识:韩明向教授对“肺与大肠相表里”理论进行了系统性的学术阐释,该理论作为中医藏象学说的核心内容之一,其理论渊源可追溯至《黄帝内经·灵枢》“肺合大肠”的经典论述,揭示了脏腑表里关系的本质特征。从这一学说发展史来看,在历经汉唐至明清历代医家的临床实践与理论创新后,逐步形成了完整的理论体系。在生理功能层面,肺脏通过其主气、司呼

吸、朝百脉的功能特性,发挥通调水道、输布津液的重要作用,其肃降功能为大肠传导糟粕提供了必要的生理基础;同时,大肠传导功能的正常发挥又反作用于肺脏,促进其宣发肃降的生理活动,二者通过经络联系和气机升降运动构成了一个动态平衡的功能整体。韩明向教授还指出,在病理机制方面,肺脏功能失调可通过“津液-气机”影响大肠功能,表现为肺失宣降导致津液输布障碍,继而引起大肠失润、传导失司的病理变化;反之,大肠腑气不通亦可循经上传,导致肺气壅滞,出现咳喘、胸满等临床表现。这一理论不仅体现了中医学整体观念和辨证论治的学术特色,更为现代研究“肺-肠轴”提供了中医学的理论范式,有重要的临床指导价值。

3.2 韩明向教授辨治肺胀证候演变的关键环节——痰热壅肺证:AECOPD 的中医证候分型主要包含以下 4 种核心证候:痰浊壅肺证以痰湿壅盛、肺气郁闭为主要病机;痰热壅肺证表现为痰热互结、肺失清肃的病理特征;外寒内饮证突出风寒外束、水饮内停的证候特点;风热犯肺证则以风热袭表、肺失宣降为基本病机。这一辨证体系基于六淫致病理论和脏腑病机学说,通过分析外邪性质(风寒、风热)与内伤病理产物(痰浊、痰热、水饮)的相互关系,系统阐释了 AECOPD 的证候演变规律。有研究者通过文献对 COPD 证型进行分析,发现痰热壅肺证是各类文献中所记载 AECOPD 最常见的证候之一^[23]。还有研究探讨了 AECOPD 证候要素的分布规律,结果显示,构成 AECOPD 的证候要素有 13 种,但主要以痰(71.54%)、热(53.85%)、血瘀(36.92%)为主,其累计构成比为 71.53%,作用靶点以肺为主(61.54%),在证素组合规律中,2 证素组合最多见(43.08%),其次为 3 证素组合(21.54%),2 证素组合中,痰热壅肺出现的频率最高(64.29%),由此可见痰热壅肺证是 AECOPD 患者最常见的证候类型^[24]。

韩明向教授认为,AECOPD 的中医证候分类虽复杂,但证候要素总体不离痰热、痰瘀等内在实邪,而 AECOPD 以痰热壅肺证为最主要的中医证型,属于邪在气分阶段。韩教授认为,肺主气,司呼吸,是维持机体气机正常升降的重要枢纽,由于外邪入侵,影响肺宣发肃降功能,继而气机升降出现异常,气机郁滞闭塞,正如《素问·六微旨大论》中所云,“升降出入,无器不有”;且肺主治节,朝百脉,宣降失常进而导致津液代谢出现异常,津液不循常道而溢出脉外成痰、成饮,痰湿之邪长期蕴积体内,日久熏蒸化热,形成痰热互结的病理产物,此类痰热病邪循经上犯,壅滞于肺,即痰热壅肺,导致肺失宣降、气机阻滞的病理状态,韩教授指出,痰热壅肺证兼具“痰”与“热”的双重病因,临证可见身热烦渴,胸膈满闷,痰黄黏稠,甚则呼吸窘迫,胸胁时痛,口干而黏,大便干结,舌红,苔黄腻,脉滑数等证候表现,和西医急性感染表现相似,因此可能会出现发热,需要关注血常规、C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)和降钙素原(procalcitonin, PCT)等感染炎症指标的情况。

3.3 韩明向教授基于“肺-肠轴”理论对 AECOPD 的认识:韩明向教授立足于中医辨证角度分析,COPD 总体病机属于

本虚标实,中医治疗原则为急则治其标,缓则治其本。在急性发作期以祛除病邪、缓解症状为主,着重干预疾病的标证表现;稳定期则应当注重调理脏腑功能、扶助正气,针对疾病的根本病机进行调治,因此治疗时急性加重期以祛邪为重,兼用补虚。韩教授指出,肺气以降为和,大肠以通为用,二者的降、通互根互用、互为因果,肠腑之气畅通,传化糟粕功能正常需要依靠肺气肃降的推动作用,从而使“大肠传导之官,变化出焉”的生理功能得以实现,使水谷糟粕得以正常传导变化。AECOPD 的病理过程主要表现为“痰、瘀、毒、虚”,若痰热壅肺,闭塞气机,导致肺失治节,影响宣发肃降功能,进一步使机体气机升降出入失常及津液代谢障碍、瘀血邪毒滞留,脏病及腑,表里相应,则可累及肠腑,导致腑气郁滞、传导失常,临床表现为肠道气机阻滞、糟粕内停的病理特征,引起大便干结难下。

现代医学研究揭示了肺与肠道在胚胎发育学上的同源性及其组织结构的相似性。在病理状态下,二者通过共享的黏膜免疫系统表现出相似的免疫因子表达谱和炎症介质释放模式^[25]。研究表明,肠道微生物群落与呼吸系统之间存在显著的交互作用,这一双向调控机制被定义为“肺-肠轴”理论,在 AECOPD 病理过程中,肠道屏障功能受损的特征性改变包括:上皮紧密连接蛋白结构破坏、黏膜通透性异常增高及黏液分泌层厚度减少等^[26]。这些研究结果不仅从分子水平验证了 AECOPD 气道炎症反应与肠道屏障功能障碍的相关性,同时为阐明 AECOPD 诱发肠道损伤的病理生理机制提供了理论依据。

3.4 “肺-肠轴”理论在 AECOPD 痰热壅肺证治疗中的启发:基于“肺-肠轴”理论治疗肺胀急性发病自古有之,东汉张仲景在《伤寒杂病论》中首次提出“阳明腑实致喘”的病机理论,创立以大承气汤通腑泻热平喘的治疗方法;清代吴鞠通在《温病条辨》中进一步发展了“肺肠同治”的治疗原则,采用宣白承气汤治疗阳明温病兼见喘促的证候。现代研究主要聚焦于以“大黄、芒硝”为代表的通腑泻下中药药对及宣白承气汤、加味承气汤等在内的经典复方汤剂^[27]。在治疗手段方面,“肺-肠轴”理论不仅指导内服方药的运用,还延伸至外治法领域,基于中医“脐通五脏”的理论,通过神阙穴敷贴给药,药物可经皮吸收直接作用于肠道,或通过任脉经络传导,从而起到改善肠道微生态平衡、调节黏膜免疫应答及恢复“肺-肠轴”功能稳态的作用,进而实现治疗呼吸系统疾病的目的^[28]。

韩明向教授在总结前人的基础上,师古不泥古,认为治疗 AECOPD 痰热壅肺证患者,临证应紧扣“痰”与“热”2 个病因,以“清热化痰、止咳平喘”为主要治则治法,贵在“清肺热、祛痰邪、顺气降逆”,同时紧扣“肺肠同治”理论的双向调节策略。韩教授临证多在宣白承气汤基础上加减运用^[29],宣白承气汤作为中医经典方剂,其组方特色在于同时具备清热泻下和宣肺平喘的双重治疗功效。该方剂通过通腑泻热与清肺化痰的协同作用,体现了中医脏腑同治的学术思想。在功效层面,宣白承气汤既能祛除肠道实热邪气,又可

清解肺经郁热,化解痰浊壅滞,从而达到上宣肺气、下通腑气的治疗效果。韩教授认为,大黄性寒味苦,苦能祛实邪,寒能清里热,故主要用于里、实、热证候。此外大黄还可通腑导滞,以畅肠腑通降之性,从而改善气机壅塞郁闭之象,有助于肺肃降功能,有“肺-肠轴”的寓意。大黄又可调理气血,安和五脏,虽不为补药,但存有补意,有助于新陈代谢,正如清代医家唐容川所云:“大黄一味,能推陈出新,以损阳和阴……致血有不和之处,大黄之性,亦无不达。”生石膏辛甘大寒,归肺、胃经,长于解除肺经郁火,而苦寒之大黄与甘寒之石膏合用,一方面肃降肺气,以清泄肺经郁热,另一方面通导腑气,以消除肠道积滞,二者相辅相成,一降一泄,共同发挥清泄肺热、通腑导滞的协同治疗效果。方中杏仁作为关键药物,其性平味苦,归肺与大肠两经,有降气平喘,润肠通便之效,擅于改善胃肠道动力,梳理闭阻郁塞之肺气,并且对上逆肺气有降泄的功效。辛散之石膏与苦降之杏仁共用,起到调节气机升降的作用,有助于宣肺热、降肺气。瓜蒌皮作为一味重要的清热化痰药,其性寒味甘,入肺、胃及大肠 3 经,该药能清泄肺经郁热,化解痰热互结之证,能宽展胸中气机,并可润泽肠道燥结,促进腑气通畅。韩教授指出,在本方中,瓜蒌皮上助石膏、杏仁开宣肺气,下助大黄通腑泄热,全方清泄肺热、化痰平喘以治脏,通腑泄热以治腑,共收上下同治、脏腑合治的功效,深刻体现了“肺与大肠相表里”的内涵。此外,韩教授喜用黄芩苦寒清热消痞,苦能清降,其走上焦,可清泻肺中郁热;桑白皮甘寒,泻肺平喘,行水消肿,可泻肺气有余而止嗽。

韩教授指出,本方所用药物气味厚重,药力峻猛,可截断病势发展,但通腑药物的应用也存在很多禁忌,特别是用于虚证患者,被认为是威胁生命之法,一定要注意把握好分寸,当肠腑已通,则中病即止,应减量或停药,同时,还要注意药物的灵活配伍,把握用药时机,特别在 AECOPD 缓解时,其证以本虚为主,尤以肺脾两虚多见,应投以补肺汤联合异功散,培补肺脾之气,体现培土生金之意。

4 韩明向教授治疗 AECOPD 痰热壅肺证病案举隅

患者男性,62 岁,初诊 2021 年 9 月 4 日。

主诉:反复咳嗽、咳痰 10 余年,气促 2 年,加重 2 周。

现病史:患者 10 年间反复咳嗽、咳痰,多于天气变化及受凉后易复发,近 2 年出现胸闷气促,多次入住安徽医科大学第一附属医院、省立医院,明确诊断为 AECOPD,给予西医常规基础治疗,如抗感染、止咳化痰、解痉平喘等,经治疗后好转出院,出院后规范行西医药物吸入治疗。近 2 周患者出现咳嗽咳痰明显,痰多色黄,不易咳出,现寻求中医治疗,目前患者咳嗽,咳黄脓痰,喘息较平日加重,胸膈闷痞,口干,大便干,小便正常,睡眠较前变差,睡眠深度浅,易醒,舌红苔黄腻,脉滑数。查体:心(-),两肺听诊呼吸音低,左下肺可及少许干湿性啰音。

中医诊断:肺胀;中医辨证为痰热壅肺证。

治法:清热化痰、止咳平喘。处方:大黄 3 g、生石膏 20 g、杏仁 10 g、瓜蒌皮 20 g、薏苡仁 20 g、鱼腥草 20 g、浙贝母

10 g、黄芩 10 g、麦冬 10 g、桑白皮 10 g、法半夏 10 g、紫苏子 10 g、丹参 10 g、地龙 10 g、款冬花 10 g、桔梗 10 g、茯苓 10 g、枳实 10 g、甘草 6 g, 7 剂, 水煎服, 每日 1 剂, 早晚分服。

二诊: 2021 年 9 月 11 日。患者诉咳嗽、咳痰、胸脘闷痛症状较前好转, 痰量减少, 咳黄痰, 饮纳睡眠一般, 大便干结, 小便正常, 舌脉如前。调整方案, 前方加炒建曲 20 g、炒麦芽 20 g、合欢皮 20 g、酸枣仁 20 g, 继续服 7 剂, 水煎服, 早晚温服。

三诊: 2021 年 9 月 18 日。患者临床症状较治疗前显著改善, 偶有咳嗽, 痰少色白, 质黏, 纳寐如常, 二便调。舌暗红, 苔白, 脉弦细。调整方案, 二诊方去鱼腥草、浙贝母、瓜蒌皮、丹参、地龙、大黄、生石膏、枳实, 加熟地黄 10 g、人参 6 g、黄芪 30 g、陈皮 10 g、炒白术 10 g、五味子 6 g、紫菀 10 g。继续服 7 剂, 煎服法同前。患者偶有咳嗽, 疾病向愈。

按: 本案患者久罹 COPD, 就诊时症见痰黄, 咳嗽, 喘息, 大便干结等, 故韩教授诊其为痰热壅肺, 腑气不通。治疗时紧扣病机, 秉《内经》“肺与大肠相表里”之理, 初诊采用宣白承气汤施治, 该方有宣降肺气、清热化痰、通腑泻下的综合功效, 能有效改善咳嗽喘息症状。方中君药生石膏长于清解肺经实热, 臣药生大黄则功专泻下通便, 二者配伍共奏上清肺热、下通腑实之效, 通过清泄肺经郁热以恢复肺气宣降功能, 同时借助通腑泻下作用促使热邪从下而解, 体现了中医“肺肠同治”的治疗策略。佐以杏仁宣肺止咳, 瓜蒌皮润肺化痰; 黄芩、桑白皮、浙贝母、款冬花等助石膏清热以化痰; 鱼腥草有清热化痰之功效, 尤其擅长化解肺部脓性痰浊; 桔梗有宣发肺气、祛除痰浊、利咽开音等多重作用, 其性上行, 既能促进呼吸道脓痰排出, 又可引导药力上行至肺经。叶天士在《临证指南医案》中指出, “初则气结在经, 久则血伤入络”, 故韩教授佐以丹参、地龙等活血化痰; 方中大量苦寒淡渗之品, 加麦冬谨防苦寒伤阴。二诊时, 咳喘已清, 兼有睡眠差、纳呆, 故在前方基础上投炒建曲、炒麦芽以健脾消食, 酸枣仁、合欢皮以养心安神。三诊时诸症皆消, 唯偶见咳嗽, 韩教授持“急则治标, 缓则治本”的治疗理念, 去鱼腥草、大黄、地龙等苦寒峻猛之品, 易方为补肺汤合异功散以扶正治本。诸药配伍协同作用, 共同调节肺脏宣发肃降功能, 促进腑气通降, 清化痰热邪气, 从而达到止咳平喘的疗效。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

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 (3): 170–205. DOI: 10.3760/cma.j.cn112147-20210109-00031.
- [2] 慢性阻塞性肺疾病急性加重 (AECOPD) 诊治专家组. 慢性阻塞性肺疾病急性加重 (AECOPD) 诊治中国专家共识 (2017 年更新版) [J]. 国际呼吸杂志, 2017, 37 (14): 1041–1057. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-436X.2017.14.001.
- [3] 葛均波, 徐永健. 内科学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 22.
- [4] 陈小丽. 基于“肺与大肠相表里”通过研究肠道菌群变化分析清金化痰汤治疗 AECOPD 的疗效机制 [D]. 南宁: 广西中医药大学, 2021.
- [5] Raftery AL, Tsantikos E, Harris NL, et al. Links between

inflammatory bowel disease and chronic obstructive pulmonary disease [J]. Front Immunol, 2020, 11: 2144. DOI: 10.3389/fimmu.2020.02144.

- [6] Fricker M, Goggins BJ, Mateer S, et al. Chronic cigarette smoke exposure induces systemic hypoxia that drives intestinal dysfunction [J]. JCI Insight, 2018, 3 (3): e94040. DOI: 10.1172/jci.insight.94040.
- [7] Kou ZW, Liu K, Qiao ZT, et al. The alterations of oral, airway and intestine microbiota in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis [J]. Front Immunol, 2024, 15: 1407439. DOI: 10.3389/fimmu.2024.1407439.
- [8] Yang-Jensen SK, Naegele N, Sonne SB, et al. Intestinal host-microbe interactions fuel pulmonary inflammation in cigarette smoke exposed mice [J]. Gut Microbes, 2025, 17 (1): 2519699. DOI: 10.1080/19490976.2025.2519699.
- [9] Li CX, Liu HY, Lin YX, et al. The gut microbiota and respiratory diseases: new evidence [J]. J Immunol Res, 2020, 2020: 2340670. DOI: 10.1155/2020/2340670.
- [10] 张珊珊, 马微芬. 老年慢性阻塞性肺疾病患者肺部感染病原菌与肠道定植菌的关系 [J]. 中国微生态学杂志, 2021, 33 (4): 432–435. DOI: 10.13381/j.cnki.cjm.202104012.
- [11] Mjösberg J, Rao AN. Lung inflammation originating in the gut [J]. Science, 2018, 359 (6371): 36–37. DOI: 10.1126/science.aar4301.
- [12] 金津, 敬岳, 李得民, 等. 肠道菌群与慢性阻塞性肺疾病关系的中西医研究进展 [J]. 中华中医药杂志, 2019, 34 (11): 5316–5320.
- [13] 周罗川. 虫草素与虫草多糖调节肠道菌群缓解 COPD 炎症的实验研究 [D]. 昆明: 云南中医药大学, 2021.
- [14] 周艳, 陈太宏, 陈晓玲, 等. 基于“肺与大肠相表里”理论探讨肠道菌群对 COPD 的影响 [J]. 贵州中医药大学学报, 2021, 43 (5): 4–7. DOI: 10.16588/j.cnki.issn2096-8426.2021.05.002.
- [15] 刘恩顺, 苏景深, 孙增涛, 等. 通腑泻肺法对 ALI/ARDS 大鼠血清炎症因子表达的影响 [J]. 中国医药科学, 2011, 1 (1): 26–27, 46.
- [16] 寇育乐, 王文霸, 闫曙光, 等. 基于 NF- κ B/NLRP3 信号通路和肺泡巨噬细胞活化研究肺肠合法抑制炎症反应治疗急性肺损伤的作用机制 [J]. 中国中药杂志, 2022, 47 (1): 151–158. DOI: 10.19540/j.cnki.cjmm.20211027.401.
- [17] Sprooten RTM, Lenaerts K, Braeken DCW, et al. Increased small intestinal permeability during severe acute exacerbations of COPD [J]. Respiration, 2018, 95 (5): 334–342. DOI: 10.1159/000485935.
- [18] Li HW, Wu Q, Xu L, et al. Increased oxidative stress and disrupted small intestinal tight junctions in cigarette smoke-exposed rats [J]. Mol Med Rep, 2015, 11 (6): 4639–4644. DOI: 10.3892/mmr.2015.3234.
- [19] 张晓钢, 张刘扛, 刘晓燕, 等. 清气多寡对大鼠食水代谢的影响 [J]. 北京中医药大学学报, 2011, 34 (6): 387–390.
- [20] 郑旭锐, 杨宇, 郑秀丽, 等. 从肺肠 ERK 信号转导通路的变化探讨“肺与大肠相表里” [J]. 中成药, 2014, 36 (11): 2388–2390. DOI: 10.3969/j.issn.1001-1528.2014.11.037.
- [21] 王宝家, 杨宇, 唐洪屈, 等. TGF- β 1/Smads 信号蛋白在溃疡性结肠炎大鼠肺损害中的表达及意义 [J]. 中华中医药杂志, 2014, 29 (12): 3966–3969.
- [22] Ribaldone DG, Pellicano R, Actis GC. The gut and the inflammatory bowel diseases inside-out: extra-intestinal manifestations [J]. Minerva Gastroenterol Dietol, 2019, 65 (4): 309–318. DOI: 10.23736/S1121-421X.19.02577-7.
- [23] 聂旺平. COPD 中医证型与 CAT 评分、急性加重风险评估的相关性研究 [D]. 南昌: 江西中医药大学, 2021.
- [24] 王至婉, 李建生, 王明航, 等. 基于文献的慢性阻塞性肺疾病急性加重期证候要素分布规律的研究 [J]. 中华中医药杂志, 2008, 23 (4): 325–327.
- [25] 吴叶. 清源化痰颗粒对 COPD 小鼠 Th17/Treg 信号通路调节机制及肠道菌群影响 [D]. 南京: 南京中医药大学, 2021.
- [26] 滕俊, 柴欣楼, 王琦, 等. COPD 肠道功能障碍及中医治法 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27 (2): 196–202. DOI: 10.13422/j.cnki.syfjx.20201982.
- [27] 王润兮, 谢忠礼. 从肺肠同治探讨宣白承气汤临床应用 [J]. 河南中医, 2022, 42 (1): 33–36. DOI: 10.16367/j.issn.1003-5028.2022.01.0009.
- [28] 薛影. 从肺肠合治观察穴位贴敷对胸外手术病人便秘的影响 [J]. 中医临床研究, 2018, 10 (34): 132–134.
- [29] 韩明向, 陈炜, 韩辉. 韩明向杏林耕耘 60 年 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016.

(收稿日期: 2025-02-08)

(责任编辑: 邸美仙)