慢阻肺“肺脾同病”理论的临床应用分析

董 环
北京市昌平区中西医结合医院 北京 102200

摘 要：慢性阻塞性肺疾病病程缠绵、反复发作，中医多将其归于肺胀、喘证范畴。肺脾两脏在生理上相互资生，病理上相互传变，慢阻肺患者常兼见脾虚之候，形成肺脾同病的证候格局。本文梳理肺脾相关的生理基础与“脾为生痰之源、肺为贮痰之器”的病机内涵，分析慢阻肺肺脾同病的证候表现，从分期辨证、培土生金、健脾化痰、缓解期固本等方面阐述临床应用思路。认为肺脾同治能够改善咳痰喘诸症，减少急性加重频次，提升患者生活质量，为慢阻肺的中医临床治疗提供参考。

关键词：慢阻肺；肺脾同病；培土生金；健脾化痰；辨证论治

引言：慢性阻塞性肺疾病以持续气流受限为主要特征，临床表现为慢性咳嗽、咳痰与呼吸困难，病情呈进行性发展，急性加重反复出现，严重影响患者生活质量。现代医学在稳定期管理与急性期治疗方面已形成较完整的方案，但部分患者症状控制仍不理想。中医学对慢阻肺的认识历史悠久，认为其病位在肺，与脾密切相关，肺脾气虚、痰浊内蕴是重要病机。脾虚则生痰之源不竭，肺弱则贮痰之器难清，两者互为因果。本文围绕肺脾同病理论，结合临床实践分析其在慢阻肺诊疗中的应用价值。

1 慢阻肺“肺脾同病”的理论基础

1.1 肺脾的生理联系

中医学认为，肺主气司呼吸，朝百脉，主治节；脾主运化，为气血生化之源。肺吸入的自然界清气与脾运化生成的水谷精气共同汇聚于胸中，化生宗气，两者在气的生成过程中相互配合、缺一不可。脾所化生的水谷精微需经肺气宣发输布，方能濡养脏腑官窍；肺脏正常宣降亦赖脾胃水谷之气的不断充养，故有“肺为主气之枢，脾为生气之源”之说。在津液代谢方面，脾主运化水湿，肺主通调水道，脾将水液上输于肺，肺再将其布散周身、下输膀胱，协同维持水液输布平衡。卫气的生成与布散亦离不开肺脾配合，脾为卫气化源，肺主其宣发，卫外功能因此得以稳固。脾气健旺则水谷精微充足，肺气得以滋养；脾失健运则水湿内停，酿生痰浊，上犯于肺，此为肺脾同病发生的生理病理基础。

1.2 “脾为生痰之源，肺为贮痰之器”的病机内涵

“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”概括了肺脾在痰饮形成中的分工关系，点明痰浊产生的源头在脾、停聚之所主要在肺。脾主运化，若饮食不节、劳倦过度或久病伤脾，脾运失健，水谷不能化为精微，反聚为湿，湿聚成痰，痰浊随气机升降而停留于肺。肺为清虚之脏，不容异物，痰浊壅阻则肺失宣降，气机不利，出现咳痰喘息之症。慢阻肺病程绵长，反复发作，正气渐耗，脾虚则生痰不止，肺虚则排痰无力，痰浊越聚越多，肺气越发虚弱，两者相互影响，形成恶性循环。此即“肺脾同病”在痰饮层面的具体体现，痰既是病理产物，又是加重病情的重要因素。临床所见慢阻肺患者痰多难尽，正与此病机相关。因此，化痰必须健脾，治肺不可忽视治脾，从源头杜绝痰浊再生，这一认识为慢阻肺的肺脾同治提供了理论依据[1]。

1.3 慢阻肺与肺脾同病的相关性

慢阻肺以慢性咳嗽、咳痰、气短为主要表现，反复急性加重使肺气日损。临床观察发现，多数慢阻肺患者除肺系症状外，常伴有纳差、腹胀、神疲乏力、大便溏薄等脾虚症状，提示脾虚在本病发生发展中普遍存在。肺脾气虚，卫外不固，外邪易于侵袭，诱发急性加重；脾虚生痰，痰浊壅肺，使咳喘迁延难愈。现代研究亦表明，慢阻肺患者存在胃肠功能紊乱、营养状态下降等表现，与中医脾虚证候相吻合。可见肺脾同病是慢阻肺的重要病机特点，从肺脾两脏协同论治，符合本病本虚标实的病机本质。

2 慢阻肺“肺脾同病”的临床表现

2.1 肺虚证候表现

慢阻肺肺虚以肺气虚为主，迁延日久可伤及肺阳、肺阴，证候随病程进展而演变。肺气虚者，气短声低，动则喘甚，咳声无力，痰液清稀，自汗畏风，易于感冒，此为肺气不足、宣发卫外功能减弱之象。肺气宣降失常，则胸闷憋气，咳喘阵作，气息难以接续。肺阳不足者，尚可见畏寒肢冷、痰涎清稀量多；肺阴亏耗者，则见干咳少痰、痰黏难出、口干咽燥。久病及肾后，摄

纳无权，呼多吸少、动辄气喘等肾不纳气之象逐渐显现，故肺虚之候常与肾虚并存。肺虚贯穿慢阻肺全程，急性期以标实为急，缓解期以本虚为主。肺虚则卫外功能减退，腠理疏松，外邪乘虚而入，是急性加重反复发作的内在原因。临证需辨清肺虚之轻重缓急及其阴阳偏损，兼顾补肺固表与宣肺化痰，方能取得较好疗效。兼肺阳虚者佐以温补，兼肺阴虚者佐以润养，随证施治[2]。

2.2 脾虚证候表现

慢阻肺患者脾虚之候多表现为食少纳呆、脘腹胀满、肢体困重、神疲乏力、大便溏薄或便次增多，随脾虚程度不同而轻重有别。脾虚运化失职，水谷精微化源不足，气血生化匮乏，肌肉失于充养，故见消瘦乏力、面色少华；脾不升清，浊阴不降，气机壅滞于中，则脘腹痞闷、食后腹胀。脾虚生痰者，痰多色白、质稀易咯，或痰黏难出、胸脘痞塞，痰浊随气上泛则咳唾不止。脾气虚日久可损及脾阳，出现腹部冷痛、畏寒肢冷、便溏清冷；脾虚湿盛者则肢体困重、头身如裹。部分患者急性加重期应用大量抗生素或寒凉药物后，脾阳受损，腹泻纳差更为明显，正虚进一步加重。脾虚程度与病情预后相关，脾虚明显者正气恢复缓慢，急性加重后难以复原，病情易反复。因此临床辨治慢阻肺时，须重视脾虚证候的识别与处理，使脾胃功能恢复，痰浊化源得绝，正气方能渐复。

2.3 肺脾同病的证候特点

肺脾同病证候呈现虚实夹杂、痰气交阻的特点，本虚标实贯穿始终。本虚以肺脾气虚为主，标实以痰浊、气滞为主，急性加重期还可兼见外邪、痰热、瘀血等兼夹之邪。咳、痰、喘三者往往与纳呆、乏力、便溏并见，肺系症状与脾系症状相互交织、互为因果，脾虚则痰生无度，肺弱则排痰无力，痰浊愈积，肺气愈虚。痰的性质可反映脾虚程度，痰多清稀、泡沫样者多属脾虚湿盛，痰黄黏稠、量少难咯者多兼痰热，痰中夹血者常兼瘀血阻络。肺脾同病者病程一般较长，急性加重频次相对较多，缓解期恢复缓慢，正气难以复原。舌脉方面多见舌淡胖、边有齿痕、苔白腻，脉濡缓或细弱；兼痰热者苔转黄腻，兼瘀血者舌质紫暗[3]。掌握这些证候特点，有助于临床确立肺脾同治的治疗思路，避免单纯治肺而忽视健脾，使治疗更加契合病机。

3 “肺脾同病”理论的临床应用

3.1 分期辨证与治疗原则

慢阻肺的治疗强调分期论治，急性期以治标为主，缓解期以治本为主，肺脾同病理论贯穿始终。急性加重期痰浊壅盛，肺气郁闭，治疗重在宣肺化痰、降气平喘，同时顾及脾胃，用药不宜过于苦寒，以免损伤脾阳。此时外邪、痰浊等标实之象突出，解表化痰之品在所必需，但须中病即止，避免攻伐太过伤及正气。兼见外寒内饮者宜温散，兼痰热壅肺者宜清化，总以肺气得宣、痰浊得降为要。缓解期以肺脾气虚为本，治疗重在补肺健脾、益气固表，佐以化痰，使正气渐复，卫外功能增强。稳定期病情相对平稳，正是培土生金、扶正固本的最佳时机，可长期服用健脾益肺之剂巩固疗效。治疗原则的确立需结合肺虚、脾虚的轻重主次，肺虚为主者重用补肺，脾虚为主者侧重健脾，兼肾虚者酌加补肾纳气之品，兼血瘀者佐以活血化瘀，使两脏同调、标本兼顾。

3.2 培土生金法的临床应用

培土生金法通过补益脾气以资生肺气，是肺脾同病理论在临床的核心治法。方药常以六君子汤、参苓白术散为基础加减。六君子汤益气健脾兼能化痰，参苓白术散补脾渗湿、培土生金，二者皆以甘温平和见长，契合慢阻肺肺脾气虚之证。脾气健运则水谷精微充足，肺气生化有源；脾运恢复则痰浊化源断绝，肺中痰浊渐清，此即培土以生金之义的体现[4]。临床运用时，气虚明显者加黄芪、党参以益气固表；纳差腹胀者加砂仁、陈皮以理气和中；便溏者加山药、莲子以健脾止泻；气短喘促明显者，可酌加蛤蚧、核桃仁纳气平喘。培土生金不仅改善脾虚症状，还能增强患者体质，提高机体抵御外邪的能力，减少急性加重机会。用药以甘温平和为要，缓缓图之，不宜峻补，以免壅滞气机，反生腹胀之弊。该法尤宜于缓解期长期调治，以图缓功。

3.3 健脾化痰方药的运用

化痰是慢阻肺治疗的重要环节，健脾化痰遵循“治痰先治脾”之旨。痰由脾生，脾运恢复则痰浊自减，故化痰之治须与健脾并举。痰多清稀、畏寒者，属脾虚寒痰，可用二陈汤合三子养亲汤温化痰饮，加干姜、细辛以温肺化饮，使痰饮得温则化；痰黏难咳者，多属肺燥津伤，加瓜蒌、浙贝母以润燥化痰，使痰浊得润则易出；兼痰热者，痰黄黏稠、舌红苔黄，合用清气化痰丸加减，酌加黄芩、桑白皮清肺化痰，但苦寒之品不宜久用，恐伤脾阳。化痰药与健脾药配伍使用，标本兼顾，既除已成之痰，又杜生痰之源，肺脾两脏同调。运用时注意中病即止，痰减即减量，避免温燥之品过度伤阴。健脾化痰之法可贯穿慢阻肺治疗全程，急性期侧重化痰以平喘急，缓解期侧重健脾以绝痰源，两者随证侧重，灵活变通，方能收到较好疗效。

3.4 缓解期肺脾同治与治未病

慢阻肺缓解期虽症状减轻，但肺脾气虚之本未复，痰浊伏留之根未除，仍需坚持调理。缓解期应用肺脾同治之法，补肺健脾以固其本，可使患者体质增强，急性加重次数减少，病情进展得以延缓。用药上宜平和缓补，玉屏风散合六君子汤加减较为常用，兼顾益气固表与健脾化痰。同时重视治未病思想，指导患者调摄起居，避风寒，慎饮食，戒烟酒，劳逸适度，顺应四时变化增减衣物，避免外邪侵袭。饮食调理上，宜食易消化、富营养之品，山药粥、薏苡仁粥等有健脾益肺之功，可长期食用；平素亦可进食百合、莲子、大枣以养肺健脾。冬季来临前可适当服用益气固表之剂，增强卫外功能，预防外感诱发。配合八段锦等功法锻炼，有助肺脾之气恢复[5]。缓解期的肺脾同治与日常调养相结合，是降低慢阻肺复发率、延缓疾病进展的重要途径，体现了中医治未病思想的临床价值。

4 临床应用体会与注意事项

4.1 临床疗效观察要点

肺脾同病理论指导下的临床治疗，疗效观察需关注多方面指标。症状方面，重点观察咳嗽、咳痰、喘息、气短的变化，以及纳差、乏力、便溏等伴随症状的改善情况；功能方面，结合肺功能检测观察气流受限程度的变化；生活方面，评估患者活动耐力与生活质量。脾虚症状的改善往往早于肺功能指标的变化，可作为疗效评价的敏感指标。缓解期坚持肺脾同治者，急性加重次数与住院频次多呈下降趋势。观察过程中应重视个体差异，部分患者肺功能改善不明显但自觉症状与体质明显好转，此类情况亦应予以客观评价。

4.2 注意事项与用药禁忌

临床运用肺脾同病理论时需注意以下几点。其一，辨证须准确，要确认脾虚证候确实存在，不可一见慢阻肺即盲目健脾，肺阴虚或痰热壅盛者须慎用温补。其二，用药忌壅滞，补气健脾药多甘温，过量易碍胃生湿，宜配伍理气之品。其三，急性期与缓解期治法有别，急性期不可纯补，以免闭门留寇。其四，肺脾同病常兼见肾虚、血瘀，治疗应兼顾整体，随证加减[6]。其五，中西医结合治疗时注意药物相互作用，中药煎剂与西药吸入剂应用时间适当错开。掌握上述要点，方能保证肺脾同治安全有效。

结束语

肺脾同病理论为慢阻肺的中医诊治提供了整体视角，强调肺与脾在生理病理上的相互关联。本文从理论基础、证候表现与临床应用三个层面，分析了培土生金、健脾化痰等治法在慢阻肺治疗中的具体运用。临床体会表明，肺脾同治不仅有助于缓解咳痰喘等主症，还能改善患者纳差、乏力、便溏等伴随状态，降低急性加重风险。该理论的应用需结合患者个体差异与疾病分期灵活变通，后续可进一步开展系统的临床观察与疗效评价，为肺脾同病理论的临床应用提供更多依据。

参考文献

[1]付学浩,王岷.基于"扶正祛邪"理论探讨哮喘-慢阻肺重叠的病机与治法[J].内蒙古中医药,2026,45(4):143-146.

[2]贺晓芳,夏慧静,马艳萍,等.基于肺脾"五行相生"理论探讨慢性阻塞性肺疾病与肌少症的关系[J].亚太传统医药,2025,21(9):211-215.

[3]邱建烽.雷火灸结合金水六君煎治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期肺脾气虚型患者的临床研究[J].智慧健康,2023,9(27):159-162.

[4]朱玉龙,刘莉娟.基于黏蛋白的表达研究慢性阻塞性肺疾病频繁急性加重型(肺脾气虚证)的发病特点[J].中国民族民间医药,2021,30(17):102-106.

[5]史依依,袁欣悦,苏洁琼,等.基于"气虚宜掣引之"探讨慢性阻塞性肺疾病虚证的治疗[J].中医临床研究,2025,17(8):44-48.

[6]陈文畅,陈乙菲,李风森.培土生金法治疗慢性阻塞性肺疾病的研究进展[J].世界中医药,2024,19(1):133-138.