DOI:10.13463/j.cnki.jlzyy.2026.10.011

宫晓燕从“三期六型”辨治肺痹经验

高 滢，丁 宏，李济娜，薛 雾，杨 光*
（吉林大学第二医院，长春 130041）

摘要：宫晓燕将间质性肺疾病归属为中医“肺痹”范畴，认为“肺阳式微”是其发生之根本，“外邪引动”为其反复之诱因，“肺络痹阻”实为病机之关键。病位深在肺络，迁延可累及肝、脾、肾，甚则逆传于心。基于此，宫晓燕构建了“三期六型”辨治体系，形成以“三期统纲领、六型明靶标”为核心，贯穿温通之法，融汇病证结合的治疗策略。

关键词：肺痹；间质性肺疾病；三期六型；宫晓燕
中图分类号：R256.1 **文献标志码：**A **文章编号：**1003-5699(2026)10-1259-06

Professor Gong Xiaoyan's clinical approach to treating lung impediment through the "three-phase six-pattern" differentiation system

GAO Ying, DING Hong, LI Jina, XUE Ji, YANG Guang*
(The Second Hospital of Jilin University, Changchun 130041, China)

Abstract: Professor Gong Xiaoyan classifies interstitial lung disease (ILD) as "lung impediment" (lung bi) in traditional Chinese medicine. She identifies "decline of lung yang" as its fundamental pathogenesis, "exogenous pathogen induction" as its recurrent trigger, and "lung collateral obstruction" as the key of its pathogenesis. The disease is located deep in the lung collaterals, with its chronic progression potentially involving the liver, spleen, and kidney, and in severe cases, it may transmit reversely to the heart. Based on this pathological framework, Professor Gong Xiaoyan established the "three-phase six-pattern" differentiation system, forming a treatment strategy centered on "its three stages governing treatment principles while its six patterns defining therapeutic targets". The strategy features the methods of warming and unblocking through the entire treatment process, and blends disease differentiation with pattern differentiation.

Keywords: lung bi; interstitial lung disease; three-phase six-pattern differentiation; Gong Xiaoyan

“肺痹”之名，首载于中医典籍《黄帝内经》中，主要指外感邪气由表入里，内舍于肺，致肺气闭郁、宣降失司，临床以咳嗽、喘促、烦满，甚则呕逆为主症的一类疾病。

间质性肺疾病（interstitial lung disease，ILD）属呼吸系统难治性疾病，以肺泡炎进展成肺纤维化为病理核心，患者5年生存率不足50%[1]。现代中医学者研究发现，肺痹与ILD在咳嗽、进行性呼吸困难等症状上高度相似；“痰瘀痹阻肺络”之病机与ILD肺间质胶原沉积、微血管闭塞的病理特征相契合；“初病在气，久病入络”的演变规律，恰与ILD从早期炎性渗出向晚期纤维化进展的病理过程相呼应。鉴于此，现代中医学术界普遍认同将ILD归属于“肺痹”范畴进行辨证论治。宫晓燕亦主张“肺

基金项目：吉林省中医药管理局2024年科技项目（2024116）
作者简介：高 滢（1991—），女，博士，主要从事中医药防治呼吸系统疾病的研究
***通信作者：**杨 光，电子信箱-yangguang007@jlu.edu.cn

痹”可更好地诠释ILD发生发展的疾病演变过程。当前，现代医学治疗ILD面临药物不良反应显著、作用靶点单一等困境。而中医药在本病治疗中展现出独特优势，可切实改善临床症状、提升患者活动耐力及生活质量，疗效取得显著突破。

宫晓燕躬耕呼吸科临床与教学数十载，临证精研，以病机为枢要，创新性构建肺痹“三期六型”辨治体系，临床疗效卓著。本文谨就其关于肺痹的病因病机认识及辨治特色等学术思想，探讨如下。

1 病位病机辨识

宫晓燕认为肺气亏虚，尤以肺阳式微为枢，乃肺痹发生之根蒂；外邪引动，则为宿疾屡发之诱端。其证属本虚标实：本在肺脏阳气亏耗，气失温煦而血行涩滞；标以痰浊、瘀血、毒损互结，痹阻肺络，实为病机之肯綮。病变首责于肺，深在肺络；迁延失治，则虚瘀交织，累及肝脾肾，甚则殃及于心。

1.1 脏腑病位

1.1.1 络之沿革 “络”的理论源于《黄帝内经》。《灵枢·经脉》[2]明言：“经脉为里，支而横者为络”，并指出“经脉十二者，伏行分肉之间，深而不见……诸脉之浮而常见者，皆络脉也。”这奠定了络脉作为经脉分支、行于体表浅层、沟通表里、络属脏腑的基本概念。后世医家在此基础上不断深化其内涵，其中清代叶天士贡献卓著。叶天士云“凡人脏腑之外，必有脉络拘拌，络中乃聚血之地”，揭示了络脉作为气血汇聚与输布通道的生理功能。其“初病在经，久病入络，以经主气，络主血”的著名论述，不仅阐明了经、络在气、血运行上的分工，更突破性地创立了“久病入络”学说，标志着络病理论体系的初步形成。当代络病学家吴以岭进一步将络脉细分为气络与血络[3]。气络运行经气，是“肺主气、司呼吸”的生理基础；血络运行血液，为“肺朝百脉”提供了结构保障。

1.1.2 肺络内涵 肺络有广、狭二义之分：广义肺络涵括整个肺络系统，既包括肺脏本体之络脉，亦延伸至布散于肌肤腠理之络脉；狭义肺络则专指布散于肺脏本身之络脉。肺络又可细分为阳络与阴络[4]，以及气络与血络[5]。阳络居于体表肌肤腠理，主宣发卫气，固护肌表，是为外御之藩篱；阴络深藏于肺脏内部，职司肃降清气，并助心行血，维系肺脏内在功能。气络类比于现代医学之气道系统如气管、支气管，主司呼吸，为气体交换之通路；血络类比于肺循环血管网，乃血液运行之通道，具濡养肺脏之功。

宫晓燕认为肺痹病位，深在肺络，其特点具有鲜明的空间性、时序性和持续性。空间性：病邪初袭，卫外之阳络首当其冲，奋起抗邪。若邪势未戢，则内陷深伏于肺之阴络，致肺失清肃，主气之职失司。此乃病邪由表入里、由局部弥漫周身之征象。时序性：邪气久踞，先壅阻气络，窒碍气机。气滞则血运涩滞，瘀浊渐生，终致血络痹阻不通。此正合叶天士“初为气结在经，久则络伤入血”之传变规律。持续性：盖因络脉结构精微，其性易滞易瘀，易入难出。故邪气一旦侵络，常蕴积缠滞，胶着难解，使病势缠绵迁延。

1.1.3 脏腑传变 肺痹日久，子盗母气，致脾土壅滞，气血生化乏源、运化无权，痰浊内生，临床多见咳喘痰黏，纳呆，乏力，倦怠，便溏；母病及子，肺虚不能下荫于肾，肾失摄纳，呼吸浅表难续，喘促动甚；肺失宿降，气机枢纽郁滞，影响肝之调畅，症见口苦咽干，胁肋胀闷；疾病后期，宗气衰败致心脉失充，痰瘀毒损逆传心脉致心血瘀阻，临床可见喘促，心悸，紫绀，甚者神昏窍闭。

综上，肺痹病变脏腑在肺，病位在肺络，随病程迁延可累及肝脾肾，甚则逆传于心。

1.2 病机探识

1.2.1 肺阳式微，发病之根 肺痹之发，其本责之于肺气亏虚，渐至肺阳式微。肺气既虚，则失其主气之权。一者，吸清吐浊受阻，呼吸为之不畅，胸中气机郁滞；二者，宗气化生乏源，肺朝百脉失常，气血津液运行迟涩。气属阳分，肺气久虚，温煦失职，终致肺阳衰微。肺阳不足，则脏腑失于温养，气化推动之力愈显迟缓，气血津液之输布愈发凝滞，气不行则血不利，津不布则痰瘀生，终致瘀浊内阻，痹结肺络。肺阳既衰，卫外不固，腠理空疏，易感外邪。邪气乘虚羁留，引动潜伏于肺络之瘀浊，内外相引，胶结为患，遂令病情反复迁延，缠绵难愈。

1.2.2 外邪引诱，宿疾反复 肺痹的发生与复发，多因外邪侵袭所致。外邪首犯，壅遏肺气，致其宣肃失司，气逆于上而发为咳喘。其中，外邪尤以风寒为主。风性善行开泄，寒性收引凝滞，风邪挟寒，自肺之浮络循行深入络脉。寒凝则络脉绌急，

气血涩滞，风邪亦随之羁留。此外，风寒常兼夹湿夹热，袭扰肌腠。湿性黏腻重浊，难以速除，久羁肌腠之间，渐次内侵络脉。络脉失于濡养则虚损，邪气乘虚伏匿其中，形成“络虚邪伏”之态。一旦新感外邪，引动内伏之邪，内外合邪，痹阻肺络，肺痹遂作或反复发作。

1.2.3 痰瘀毒损，病程难解 “痰瘀毒”乃疾病演进中“肺虚”与“邪实”搏结所生之病理产物，同时亦是驱动病情深化的关键致病因素。诚如《丹溪心法》[6]所警示：“痰挟瘀血，遂成窠囊”。痰浊瘀血一旦相互胶结，深伏络脉，盘踞成巢，则隐匿难除，致使病程缠绵，经年累月，诸症蜂起。更甚者，痰瘀蓄积日久，郁而化生热毒。此毒炽烈，直接损蚀肺络，致络脉蔓形失序、结构毁损；肺叶失于充养，渐至痿废不用。至此，肺之体用俱损。故“毒”邪实为加速病情恶化、推动病势进展的核心病理因素。

2 “三期六型”辨证体系

宫晓燕力倡以病机为辨证之纲领。针对肺痹病机错综复杂、动态演变的特点，创新性地构建了“三期六型”辨证分型体系，精准把握疾病不同阶段的核心矛盾。

2.1 急性发作期 急性发作期以外邪骤袭、痰浊壅滞、毒损肺络为核心病机，病理性质以邪实壅遏为主。本期主要分为寒饮伏肺兼夹邪证与热痰壅肺兼夹毒证两大证型。

2.1.1 寒饮伏肺夹邪证 宫晓燕指出东北地域冬有凛冽之寒，春挟刚劲之风，此二时乃肺痹高发之季。患者素禀肺脏虚冷，痰饮内伏，若复感寒邪，则外寒引动内饮，痹阻肺络，致肺气宣肃失司，终成此证。临症可见阵咳频作，咯吐白色痰涎或清稀泡沫样痰，动则气短喘促；或兼见恶寒发热、鼻塞声重等表寒证；或兼见肢末浮肿、大便溏泄等里饮证；舌脉见舌淡胖、苔白滑，脉浮紧。

2.1.2 热痰壅肺夹毒证 本证常由寒饮伏肺郁久化热演变而来。热邪灼炼津液，痰浊内生，与热胶结而成痰热；若热势鸱张，壅塞肺气，进一步化火成毒，毒热交攻，灼腐肺络，遂致此证。主要表现为咳喘气急，咯吐黄稠脓痰，甚则痰挟血丝。兼见身热面赤、咽干口燥等里热炽盛之证；或见咽喉肿痛、大便秘结等热毒攻窜之证。舌脉以舌质红绛、苔黄厚腻，脉滑数有力为主。

2.2 慢性迁延期 急性发作期经精心救治，外寒得解、里热得除，然盘踞肺络之痰浊胶结难化；更因邪实久羁耗伤正气，终致疾病转入“痰瘀滞络”与“正虚”相兼为患的慢性迁延期。此期主要分为肝郁脾虚兼滞证和气虚血滞兼瘀证。

2.2.1 肝郁脾虚兼滞证 痰浊深伏肺络，阻滞气机，致肺失宿降；肺气壅遏于上，则肝升发受阻，肝失疏泄。肺肝气机交逆，枢机郁滞，遂成肝郁气滞之态。肝郁横逆，乘脾犯胃，中焦斡旋失司，终成肝郁脾虚兼滞证。主症以咳逆阵作，胸闷窒塞，口苦咽干，大便溏泄为主；伴见胁肋胀闷，脘腹胀满，食少纳呆，神疲倦怠等肝郁乘脾证。舌脉见舌淡红、苔薄黄，脉弦滑。

2.2.2 气虚血滞兼瘀证 随着疾病迁延，正气亏虚愈甚，气血运行愈发迟滞不畅。此渐进之势终致瘀血内生，痹阻肺络，形成了气虚血滞兼瘀证。其临床特征以咳喘，胸闷，气短，乏力等肺系失养、宣降不利之症为核心，常伴见胸痛，心悸，面色晦暗，语声无力，关节麻木，便溏等气血瘀阻、脏腑失濡之候。舌脉多呈舌淡暗、舌底脉络迂曲，脉弦细之象，正是气虚血行无力、脉络瘀滞的典型表现。相较肝郁脾虚兼滞证，本证不仅气机阻滞程度更深重，更兼显著瘀血征象，病机层次更为复杂。

2.3 重症反复期 随着病势深入，病变由肺脏波及多脏腑，致周身气、血、阴、阳俱虚，病机遂由实转虚，进入以正气大虚为本的重症反复期。此期主要呈现为肺肾虚脉络痹阻证与阳气虚水凌心肺证两大证型。

2.3.1 肺肾虚脉络痹阻证 喘咳积年累月，日久不愈，肺病及子，穷必及肾，终致肺肾两虚之候，加之痰瘀深伏肺络，乃成肺肾虚脉络痹阻之证。肺肾两虚可据其虚损性质细分为肺肾气虚、肺肾阳虚、肺肾阴虚三证。肺肾气虚者，主因摄纳无权，症见气短不足以息、动则尤甚，神疲倦怠，乏力懒言；舌质淡、苔白，脉沉而无力。肺肾阳虚者，乃元阳衰微，气化无权，温煦失职，症见咳吐清稀泡沫样痰涎，畏寒肢冷，腰膝冷痛，四肢浮肿；舌质淡白胖嫩、苔白滑，脉沉弱或沉缓迟。肺肾阴虚者，缘于真阴耗伤，津亏失濡，虚火内扰，症见干咳无痰或痰少质黏难咯，咽干口燥，潮热颧红，五心烦热，盗汗，头晕耳鸣，腰膝酸软；舌质红绛少津，苔薄或花剥，脉细数或沉细无力。

2.3.2 阳气虚水凌心肺证 若病势深陷，真阳衰惫，蒸腾气化无权，则水液失于输布，蓄积为饮。此寒饮上逆，凌心射肺，遂成阳气虚水凌心射肺之危候。其主症为咳喘气逆，心悸怔忡，气短难续；常伴见胸中窒闷，头目眩晕，面色青灰或黧黑，畏寒肢厥，小便短少不利，肢体浮肿。舌质多呈紫暗，苔白滑而润，脉象沉细无力或沉迟，皆为元阳大虚、寒饮内停、血行瘀滞之征。

综上，宫晓燕辨治肺痹，以“三期六型”为纲。首重分期——明辨疾病所处阶段：急性发作期、慢性迁延期、重症反复期，以把握病机虚实之要；再予分型，精准辨证，从而指导治疗。

3 辨治经验探析

3.1 按三期统领用药 宫晓燕深谙肺痹传变规律，将其病程精析为三期——急性发作期、慢性迁延期与重症反复期，并倡导“三期统领用药”之辨治体系。急性发作期以“邪实壅胜”为病机关键，治当以祛邪为急，总法宣肺除痹。常用药物麻黄、苦杏仁、桂枝、细辛，以宣通肺气、散寒除痹；以黄芩、桑白皮、芦根、虎杖等清化热痰、通利肺络。慢性迁延期“正虚邪恋，虚实错杂”，治宜祛邪扶正并行，重在补气通络。常选用黄芪、太子参、炒白术、茯苓健脾益气、培土生金以扶正；配伍地龙、川芎、当归、桃仁等活血通络、祛瘀除痹。重症反复期以正气大虚为本，治当以补虚固本为要，法取温补脾肾。主以黄芪、茯苓益气健脾；重用生地黄、熟地黄、菟丝子、淫羊藿、补骨脂等滋肾填精、温补肾阳。鉴于肺痹各期病机动态转化，临证应明察病机之变，灵活把握治疗重心。

3.2 依六型各有侧重 在“三期”辨治纲领之下，宫晓燕细化出“六型”，以更精准地把握肺痹动态变化中的核心病机。宫晓燕强调以“三期统纲领，六型明靶标”为用药准则。

寒饮伏肺夹邪证：重在“解表散寒”。此证乃外邪引动内伏寒饮，肺气失宣，治当急解其表。常用麻黄、桂枝、细辛辛温发散以驱表寒，配伍白芍、姜半夏、炙甘草，寓“小青龙汤”温肺化饮、调和营卫之意。共奏解表散寒、温化寒饮之功，主治肺寒咳喘。

热痰壅肺夹毒证：重在“清肺解毒”。此证热毒壅盛，灼津为痰，损伤肺络。治贵及时清解热毒。主用连翘、白花蛇舌草、半枝莲清热解毒，散结消肿；辅以桑白皮、芦根、鱼腥草清泄肺热，化痰排脓。诸药协同，共奏清热毒、化热痰、散结肿、排脓疡之效，专治肺热咳喘、咳吐腥臭黄痰之候。

肝郁脾虚兼滞证：重在“疏肝理气”。此证肝气郁结，横逆犯脾，气滞痰阻，治宜疏泄条达。善用柴胡、枳壳、陈皮、青皮、香附等疏肝理气、行气解郁之品，调畅枢机，使气行痰消。

气虚血滞兼瘀证：重在“益气通络”。此证气虚推动无力，血行迟滞成瘀，痹阻肺络。当重用黄芪、地龙、川芎、当归、桃仁等益气活血通络之品。其中，“黄芪、川芎与地龙”被宫晓燕誉为“益气通络角药”。黄芪甘温，补气升阳；川芎辛温，活血行气；地龙咸寒，通经活络。三药联用，益气以助血行，通络以除痹阻。

肺肾虚脉络痹阻证：重在“补益脾肾”。此证久病及肾，肺肾俱虚，络脉失养而痹阻。常用黄芪、太子参、党参、茯苓、炒白术健脾益气；配伍杜仲、桑寄生、续断，此乃宫晓燕所倡“补肾三药”，其性平和，温而不燥，功擅补肝肾、强筋骨，平补肾元。“茯苓与炒白术”配伍源自《伤寒杂病论》，白术健脾燥湿，茯苓渗湿利水，二者相须为用，健运中州，土旺自能生金。此正合《石室秘录》[7]“治肺之法，正治甚难，当转治以脾”及叶天士“从来久病，后天脾胃为要……治脾胃者，土旺以生金”之旨。

阳气虚水凌心肺证：重在“温阳利水”。此证阳气衰微，气化失司，水饮内生，上凌心肺。常用桂枝、茯苓、炒白术、炙甘草，取法“苓桂术甘汤”温通心阳，健脾利水；酌加芥子、玉米须等增强温化痰饮、利水消肿之功。上药旨在振奋阳气，化饮利水，以平咳喘、心悸、眩悸、溲涩诸症。

3.3 视病机以温为要 宫晓燕倡导治疗肺痹，尤重温法。此论深植经典，《黄帝内经》[2]明训“损者温之”“形不足者，温之以气”，并谓“血气者，喜温而恶寒，寒则涩不能留，温则消而去之”。张仲景于《金匮要略》[8]中亦提出，“病痰饮者，当以温药和之”。承启圣贤之智，宫晓燕遂凝练“治肺不远温”的学术观点。

以温法统领肺痹之治，其理有三。一则直补肺阳，匡正本元：肺痹核心病机乃“肺阳式微”，温法直指其要，重在温补肺阳以复其用。二则温通行

滞，畅达气血："气得温则行"，气行则津血流畅，痹阻之肺络得以宣通。三则温煦中下，固本杜源：脾为生痰之源、后天之本，温煦中焦，则脾运健旺，气血充盛，水津代谢有序，绝痰湿化生之根；肾寓一身元阳，温煦肾阳既可助暖肺金，更能强固卫阳。元阳充盛，内扶正气以御邪，外固藩篱防邪陷。

宫晓燕临床治疗，分期施温。急性发作期主用黄芪、桂枝、人参、太子参等，温煦上焦，驱散肺中阴霾；慢性迁延期善用党参、白术、茯苓、甘草等，温运中州，健运脾胃以资化源；重症反复期重用肉桂、菟丝子、淫羊藿等，温煦下元，峻补命门真火。肺阳得振，脾阳得运，肾阳得充，则气血畅行，痰湿自化，肺痹可缓。

3.4 观病理重在通络 肺痹的最终病理结局，乃痰、瘀、毒互结，痹阻肺络。络脉之性，贵在通利，然其结构细微，故易滞易瘀，易积成形，易入难出。络道不通，则气血无以化生复流，故"通络"之法，必贯穿治疗始终，其要旨有二。

一是辛香通络，畅达气机：深合叶天士"络以辛为泄""辛散横行入络"之论，更明示"攻坚垒，佐以辛香，是络病大旨"。法取辛味之药，如桂枝、细辛、川芎等，其性宣通，能行气滞、活血脉、逐痰浊、开痹阻，令络脉气机得畅，血行痰化。

二是虫蚁搜剔，松透伏邪：盖当邪深锢结，非草木轻灵可及。张仲景虫类药通络，叶天士更倡"邪留经络，须以搜剔动药""通络之法，每取虫蚁迅速飞走诸灵""借虫蚁搜剔以攻通邪结"。是以蝉蜕、僵蚕、地龙等灵动之品，乃搜剔通络之代表。其性善入缝隙幽微之处，搜剔伏邪，松动病根，俾浊去凝开，气血和畅，络脉得通。此法实具"无微不入，无坚不破"之功，为开通痹阻肺络之峻力。

3.5 纵病程病证结合 宫晓燕力倡现代中医诊疗，须融贯"辨病"与"辨证"之法。若仅执于辨证，易囿于三端：或为单一证候所蔽，难窥疾病复杂全貌；或偏重疾病某阶段，失察其全程演变；或遇证候隐匿而客观指标异常之疾，则无从措手。辨病与辨证相合，正可弥补传统辨证之局限，借助现代科学理论与检测手段，明晰诊断依据，确立治疗原则，实为中医现代化进程之重大迈进。

"有其病则用其药"之辨病思想，古已有之。如《神农本草经》[9]载常山截疟、黄连止痢，即其明证。宫晓燕据此精髓，结合现代研究，将虎杖、威灵仙、豨莶草确立为治疗肺痹（ILD）之"靶向药物"，其应用不拘于特定证型，突破传统辨证框架之束缚。

三味靶向药物精析：虎杖微苦微凉，功擅活血化瘀、清肺化痰。《本草述钩元》[10]谓其"主血瘀症结"。现代研究[11]证实其能显著减轻肺纤维化炎症反应，延缓纤维化进程，机制涉及调节TGF-β/STAT1、TGF-β/Smads等信号通路以抑制成纤维细胞活化及胶原沉积。威灵仙辛咸而温，长于祛风除湿、通经活络。《本草正义》[12]盛赞其"以走窜消克为能事，积湿停痰，血凝气滞，诸实宜之"。现代药理研究[13]表明其可通过调控TNF-α、MMPs、Caspase-3等关键因子，有效抑制肺纤维化发展。豨莶草辛苦性寒，善能祛风湿、通经络。现代药理研究[14]揭示其具有显著抑制肺纤维化相关细胞异常活化及坏死的生理活性，作用机制与调控TLR4、JNK、IL-8等信号通路密切相关。三药配伍，集"祛风除湿、活血通痹"之功于一体，共成抑制肺纤维化形成的"靶向"组合，为ILD辨病论治之要药。

4 病案举例

杨某，男，56岁。2011年4月14日初诊。主诉：咳喘2年，加重2个月。现病史：患者因咳喘先后于吉林大学中日联谊医院、北京中国人民解放军总医院行肺CT提示"双肺呈毛磨玻璃样改变，可见蜂窝样、网格状、片状高密度阴影"，诊断为"间质性肺炎（肺泡蛋白沉积症）"，期间应用甲泼尼龙、伏立康唑、卡泊芬净等抗感染及支持对症治疗，症状改善，CT征象未见明显变化。2个月前症状加重，为求中医诊疗遂至宫晓燕门诊。刻诊：咳嗽气急，胸闷喘促，咳黄黏痰，痰中带血，口苦咽干，小便黄，大便干。舌红，苔黄厚，脉弦细数。查体：双肺可闻及爆裂音。辅助检查：肺CT示双肺野可见弥漫网格状密度增高影，双肺下叶可见、扩张支气管影。西医诊断：间质性肺炎；支气管扩张合并感染。中医诊断：肺痹——急性发作期，热痰壅肺夹毒证。治则：清热解毒，益气通痹。处方：连翘15 g，白花蛇舌草15 g，鱼腥草30 g，桑白皮15 g，虎杖15 g，威灵仙15 g，豨莶草15 g，黄芪30 g，党参20 g，茯苓20 g，炒白术30 g，当归15 g，姜半夏10 g，紫菀15 g，款冬花15 g，白前15 g，前胡15 g。7剂，上

药水煎服300 mL，100 mL日2次口服。

二诊：2011年5月26日。诸症好转，胸紧闷感，神疲倦怠，偶有咳嗽，痰色白易出，后背偶有疼痛，口黏，大便干结，舌质淡红，苔薄白根腻，脉弦细时结。治则：疏肝理气，调畅气机。处方：黄芪20 g，柴胡15 g，枳壳10 g，青皮15 g，陈皮15 g，虎杖15 g，威灵仙15 g，茯苓20 g，姜半夏15 g，浙贝母15 g，白芥子10 g，地龙15 g，川芎10 g。5剂，上药水煎服300 mL，100 mL每日2次口服。

三诊：2011年7月9日。诸症减轻，痰中无血，偶咳，气短、乏力明显，足部有轻微浮肿。舌质红，苔薄白，脉弦细，双肺可闻及少许爆裂音。治则：补益脾肾，宣痹通络。处方：威灵仙15 g，党参20 g，茯苓30 g，炒白术15 g，杜仲15 g，桑寄生15 g，续断15 g，地龙15 g，僵蚕15 g，当归10 g，前胡15 g，白前15 g，浙贝母10 g。7剂，上药水煎服300 mL，100 mL每日2次口服。2011年8月8日复诊，复查肺CT示：两肺纹理增强，右肺弥漫性磨玻璃密度影；双肺下叶可见、扩张支气管影。与前片比较，左肺磨玻璃影基本吸收，右肺明显改善。

按：本案乃宫晓燕“三期六型”辨治体系之生动诠释。初诊症见咳嗽、气急，咳吐黄痰夹血。此属急性发作期-热痰壅肺夹毒证，邪热壅盛为急，法当清热解毒、益气通痹以治标。经治热毒得清，症情趋缓，遂转入虚实夹杂之慢性迁延期。症舌脉合参，呈现肝郁脾虚、气机壅滞之候，治转疏肝理脾、调畅枢机。待邪实渐消，本虚之质尽显，终成重症反复期-肺肾虚脉络痹阻证。治则补益脾肾、宣痹通络以固其本。用药全程贯穿温补通络之法。虎杖、威灵仙、豨莶草等为直指肺痹（ILD）的“靶向药物”，不拘于证型更迭，适时而用，乃“辨病与辨证结合”之典范。此案完整演绎了宫晓燕分期论治、病证结合、温通并重的肺痹辨治学术精髓。

5 小结

宫晓燕将间质性肺疾病归属于中医“肺痹”，提出肺阳式微为发病根本，外邪引动是复发诱因，痰瘀毒损、肺络痹阻为核心病机，病位深及肺络，久则累及肝脾肾，甚则逆传于心。其创立“三期六型”辨治体系，将肺痹划分为急性发作期、慢性迁延期、重症反复期，各期下设对应证型，坚持三期统纲领、六型明靶标。治疗贯穿温通大法，善用辛香、虫类药通络，同时注重病证结合，选用虎杖、威灵仙、豨莶草辨病靶向用药。宫晓燕治疗间质性肺疾病贴合疾病动态演变规律，为中医药诊治“肺痹”提供了可借鉴的临床思路。

参考文献：

[1] KOLB M, VASAKOVA M. The natural history of progressive fibrosing interstitial lung diseases[J]. Respiratory Research, 2019, 20(1):57.
[2] 王冰. 黄帝内经素问[M] .北京: 人民卫生出版社, 1963.
[3] 贾振华,魏聪,李红蓉,等. 肺络病变证治研究[J]. 南京中医药大学学报, 2019, 35(5):484-490.
[4] 张兵,王富春. 浅析肺络理论与应用[J]. 中医药信息, 2022, 39(11):47-50.
[5] 刘创,庞立健,吕晓东. 特发性肺纤维化“肺虚络瘀”病机发微[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(3):22-24.
[6] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
[7] 陈士铎. 石室秘录[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2019.
[8] 张仲景. 金匮要略[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
[9] 吴普. 神农本草经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963.
[10] 杨时泰. 本草述钩元[M]. 上海: 上海科技卫生出版社, 1958.
[11] 雷啟芬,张恂,赵奇慧,等. 中药在TGF-β信号通路抑制肺纤维化中的作用研究进展[J]. 中国药物评价, 2018, 35(3): 190-194.
[12] 张山雷. 本草正义[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2023.
[13] 谭珍媛,朱秋莲,邱莉,等. 威灵仙化学成分、药理作用及机制研究进展[J]. 海峡药学, 2018, 30(6):1-10.
[14] 朱伶俐,徐丽,刘春玲,等. 近5年豨莶草药理作用研究进展[J]. 江西中医药, 2018, 49(10):73-76.

（责任编辑：姜文君 收稿日期：2025-07-28）