DOI:10.13463/j.cnki.jlzyy.2026.09.012

王檀从“肺痹”论治间质性肺疾病经验

王子元[1]，王秀江[1]，袁成波[1]，王科举[1]，董嘉馨[2]，王　檀[1*]
（1.长春中医药大学附属医院，长春 130021；2.长春中医药大学，长春 130117）

摘要：间质性肺疾病（ILD）是以肺间质炎症和纤维化为主要特征的一组疾病，现代医学治疗手段有限且疗效欠佳。本文基于王檀的临床经验，系统整理从“肺痹”角度论治ILD的中医理论体系与诊疗方案。本文归纳了肺痹的病因病机、辨证分型及治疗策略，提出急性期以治标为主，慢性持续期以治本为主的治则，并详述急性期9种证型及慢性期1种证型的辨证要点与方药组成，以期为ILD的中医临床诊治提供参考。

关键词：间质性肺疾病；肺痹；王檀；辨证论治；经验
中图分类号：R452　　**文献标志码：**A　　**文章编号：**1003-5699(2026)09-1140-07

Professor Tan Wang's experience in the treatment of interstitial lung disease from the perspective of lung bi

WANG Ziyuan[1], WANG Xiujiang[1], YUAN Chengbo[1], WANG Keju[1], DONG Jiaxin[2], WANG Tan[1*]
(1. Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Changchun 130021, China; 2. Changchun University of Chinese Medicine, Changchun 130117, China)

Abstract: Interstitial lung disease (ILD) is a group of diseases characterized by pulmonary interstitial inflammation and fibrosis, for which the effect of modern medical treatments is modest. Based on the clinical experience of Professor Wang Tan, this paper systematically expounds on the TCM theoretical system and diagnosis and treatment schemes for ILD from the perspective of lung bi. The study summarizes the etiology, pathogenesis, syndrome differentiation and treatment strategies of pulmonary obstruction, proposes the treatment principle of prioritizing its manifestation management in the acute phase and wiping out its root cause in the chronic persistent period, and specifies the syndrome differentiation points and prescription compositions of 9 acute syndromes and one chronic pattern. At the same time, combined with rehabilitation therapies, a complete set of TCM comprehensive diagnosis and treatment system has been introduced, providing new ideas and methods for the TCM clinical treatment of ILD.

Keywords: interstitial lung disease; lung bi; Wang Tan; treatment based on syndrome differentiation; experience

间质性肺疾病（interstitial lung disease，ILD）是一组累及肺间质和肺泡腔的异质性疾病群，以弥漫性进行性呼吸困难、限制性通气功能障碍及弥散功能降低为主要临床特征[1]。现代医学以糖皮质激素和免疫抑制剂为主要治疗手段，但长期使用不良反应显著，且逆转肺纤维化的作用有限[2-3]。中医药在改善ILD患者临床症状、延缓疾病进展方面具有独特优势[4-5]。

长春中医药大学附属医院王檀团队基于多年临床实践，提出从“肺痹”论治间质性肺疾病的理论

基金项目：吉林省科技发展计划项目（YDZJ202202CXJD049）
作者简介：王子元（1994—），女，博士，主治医师，主要从事呼吸病临床与机制研究
***通信作者：**王　檀，电子信箱-wangtan0688@126.com

体系，并形成了系统的诊疗方案[6]。本研究旨在对该方案进行系统整理与总结，为临床提供更规范的中医药治疗参考。

1 肺痹的病因病机

肺痹的发病以肺气亏虚为本，外感风、寒、湿、热诸邪为标。肺气不足则腠理不固，卫外不密，邪气乘虚侵袭，留着不去，致肺气闭塞，肺络痹阻[7-8]。

1.1 外感邪气 寒邪为阴邪，易伤阳气。寒主收引凝滞，侵袭肺卫则肺气闭塞、腠理不通，肺络拘急，血行不畅；津液不得布散，内渗肺体，凝涩成痰，阻滞肺络。湿邪重浊黏滞，或从肌表内传于脾，转输于肺，或从口鼻直入，滞留肺中，致肺气壅塞，渗于经隧，气血运行受阻，日久成痹[9]。热邪多由肝阳偏亢、化火生风，或痰郁化热所致。阳亢则气机升多降少，气血津液随之上壅，肺气不降，壅滞于肺，发为肺痹。

1.2 脏腑虚损 脾肾阳虚是肺痹发生发展的重要内因。肾阳不足，脾阳虚弱，肺金失于温煦，则生内寒。脾主运化水湿，肾主水液代谢，阳虚则水湿不化，泛溢为痰。肺虚冷则津液不布，肺络血行迟缓，津液凝滞成痰，血滞成瘀，终致痰瘀互结，痹阻肺络。脾肾阳虚，水湿运化失司，肺虚不能通调敷布，水湿滞留于肺，加重气机闭塞。

1.3 病机演变 肺痹的病机演变呈渐进性动态发展，可分为三个阶段。初期以肺气闭塞为主，多见寒饮伏肺、痰热蕴肺、肝阳上亢等实证；中期肺体失养，络脉痹阻程度加重；后期以脉络痹阻为核心，气少精亏，肾失温煦，络脉失荣，证候由实转虚，表现为脾肾阳虚[10-11]。此由气机闭阻渐至络脉痹阻的演变规律，与肺泡炎性病变向肺实质损伤发展、最终形成不可逆纤维化的病理转归具有对应性。王檀认为，肺痿可视为肺痹发展至后期的特定阶段，其核心病机为肺络痹阻。

2 肺痹的辨证论治

2.1 治疗原则 肺痹的治疗应分期论治，主次分明。

急性发作期遵“急则治标”之旨，针对“肺气膹郁、痰瘀互结”之核心病机，以宣肺平喘、涤痰通络为法，迅速改善肺通气与弥散功能[10]。

慢性持续期以固本培元为要，重在补益肺肾、通阳散结，以延缓肺组织结构恶化。此期常见虚实夹杂证，以虚为主，涉及肺、脾、肾之气虚及阳虚；实证则以饮邪、痰瘀、伏火、痰热为要。治疗上，虚证以温补为主，辅以化痰通络；实证先祛邪，或标本同治。

王檀将本病分为邪盛痹重期与邪微痹缓期。邪盛痹重期包括寒证、热证、内风证三类，治以祛除寒饮、痰热、风火等邪气为主；邪微痹缓期以虚冷证为主，治以温阳益气、健脾扶正，辅以化痰通络。

王檀认为，肺气不足为发病之本，腠理不固，风寒湿邪易侵，留着不去，致肺气闭塞，气血运行不畅，肺络痹阻。日久肺失宣降，金水不能相生，伤及于肾。故肺肾虚冷、痰瘀阻络证在临床上较为多见，最能体现肺痹本质，治以温经助阳、化痰通痹。肺为娇脏，不耐寒热，难以直接调补，故主张通过培土生金、金水相生之法，补益脾肾以达补肺之效。

2.2 急性期辨证论治

2.2.1 风寒束表，肺气不利 风寒束表、肺气不利之证，其病机根于《素问·痹论》所载“风寒湿三气杂至，合而为痹”，尤以风寒外袭、玄府闭塞为要。《杂病广要》言“外感之咳，必由皮毛而入”，风寒之邪自皮毛或鼻窍犯肺，致卫阳郁遏，肺气失宣，发为表闭肺壅之候。寒性收引、腠理闭塞，卫阳不得温煦肌表故恶寒重而发热轻；寒邪凝滞，玄府不开故无汗，玄府闭则肺气不舒；头痛、肢节酸痛乃寒邪痹阻太阳经气，经气不利；鼻塞流清涕、喉痒喷嚏则为肺窍失宣、津液不化；喘促憋闷则因肺气壅遏、宣肃失司，气逆于上。舌淡苔薄白、脉浮紧皆为风寒在表之征，与《伤寒论》太阳伤寒证“脉浮紧，恶寒无汗”相呼应。

治以辛温解表、宣肺散寒，方选荆防败毒散加减。方中荆芥、防风疏风散寒；羌活、独活祛湿通络；川芎活血行气；柴胡、桔梗升降相因，复肺气宣肃；枳壳、白前理气化痰。现代研究[11]表明，荆防败毒散中羌活、防风等成分可通过抑制TLR4/NF-κB信号通路减轻气道炎症反应，降低IL-6、TNF-α等促炎因子水平，改善气道黏液高分泌状态。

2.2.2 邪郁肌腠，肺失通达 本证属表寒里热，外邪郁闭肌腠，肺热内壅。症见发热重、恶寒轻，无汗，头痛，鼻干，目眶痛，喘促憋闷，心烦不眠，口唇紫绀。舌红，苔白，脉浮而微洪。发热重而恶

寒轻者，乃寒邪入里化热，卫阳郁而抗争；无汗系玄府闭塞，气机不得宣达，腠理闭则汗不出；头痛、鼻干、目眶痛为邪郁太阳阳明经气，尤以阳明经脉循行部位为甚，盖因“阳明主面”而热邪上攻；喘促憋闷乃肺络痹阻、气机壅滞，与《金匮要略》所述“咳逆上气，喘鸣迫塞”病机相合；心烦不眠系郁热扰心、心神不宁；口唇紫绀则为气滞血瘀、肺络失畅之征。舌红苔白、脉浮微洪之象，正合张仲景太阳阳明合病特征。

治以解肌清热、宣肺通络，方选柴葛解肌汤加减。方中柴胡、葛根为君，功擅疏解肌腠郁热，透邪外达；羌活、白芷助祛太阳经邪，防风、藿香化浊通窍以解鼻干目痛；生石膏、黄芩清泄阳明肺热，桔梗宣肺利咽，甘草调和诸药。现代药理研究表明，柴葛解肌汤通过其组方药物的多靶点协同作用改善气道高反应性与肺通气功能：黄芩素可抑制 NF-κB 及 TLR4/MyD88 信号通路，减少 IL-6、TNF-α 等炎症因子释放，直接缓解气道炎症[12]；柴胡皂苷 d 可通过 TGF-β_1/Smad 信号通路逆转 TGF-β_1 诱导 HELF 细胞中 Col Ⅰ、α-SMA 的表达上调，抑制 Smad2/3 的磷酸化，上调 Smad7 的表达实现抗肺纤维化的作用[13]；方中葛根素抑制气道炎症、气道高反应性和 Th2 细胞介导的免疫反应，这可能与抑制 TSLP 的表达有关[14]。

2.2.3 寒饮伏肺，肺络痹阻 本证因寒饮内伏，肺络痹阻所致。《素问·咳论》云“其寒饮食入胃，从肺脉上至于肺则肺寒”，指出寒饮循经上犯致肺络痹阻的传变路径。症见咳嗽，咯大量清稀泡沫痰，动则气短，心胸憋闷，面色暗滞，口唇紫绀，手足逆冷，畏寒肢冷，大便溏薄。舌质淡暗、边有齿痕，苔白滑，脉弦。咳嗽伴大量清稀泡沫痰者，乃寒饮壅肺、气不布津；动则气短、心胸憋闷者，系肺脾阳虚失于温煦，宗气生成不足，如《灵枢·邪客》“宗气积于胸中，出于喉咙，以贯心脉而行呼吸”；面色暗滞、口唇紫绀则为寒凝血瘀、络脉痹阻之象，血之在身，随气而行，寒则血凝涩；手足逆冷、畏寒肢冷乃阳气衰微、四末失温；大便溏薄清稀乃脾阳不振、水湿下注；舌质淡暗边有齿痕、苔白滑主阳虚水停，脉弦稍数乃寒饮内迫、正邪交争之征。

治以温肺化饮、通阳除痹，方选温肺逐饮除痹汤加减。方中麻黄、桂枝温通太阳经气以宣肺通阳，干姜、细辛温化肺中寒饮，暗合《伤寒论》小青龙汤“心下有水气”之治；白芍、五味子酸收敛肺，既防辛散太过，又暗含《伤寒论》小青龙汤加减之法；威灵仙、豨莶草祛风除痹，配伍桃仁、没药活血通络，体现叶天士“久病入络”治疗思想。现代药理研究[15]表明，该方具有抗炎及改善气道重塑作用：白芍总苷可抑制肺组织巨噬细胞 M1 型极化，减轻局部炎症浸润；麻黄碱可通过调控 TGF-β_1/Smads 信号通路改善气道重塑[16]。

2.2.4 脾肾虚冷，瘀毒化痈 本证因脾肾阳虚，正虚毒陷，痰瘀化痈所致，属本虚标实、寒热错杂。症见发热或无发热，咳喘气急，动则尤甚，咳吐黄脓痰或脓血痰，心胸憋闷灼热，胸背痛，面色晦暗或潮红，口干渴，手足欠温。舌胖紫暗，苔厚腻，脉浮大无力。《金匮要略》“肺痈喘不得卧，脓成则死”之论，乃痰热壅肺、血败肉腐成脓，复因脾肾阳虚、温煦失司所致。发热或无发热乃正邪交争、阳气浮越之象，《金匮要略》言“热之所过，血为之凝滞，蓄结痈脓”；咳喘气急、动则尤甚系肺气壅遏、肾不纳气；咳吐黄脓痰或脓血痰为痰热蕴肺、血络损伤；心胸憋闷灼热、胸背痛乃痰瘀痹阻胸阳、络脉失和；面色晦暗或潮红主气滞血瘀、虚阳浮越；口干渴为痰热伤阴、津不上承；手足欠温则因脾肾阳虚、四末失于温煦。舌胖紫暗、苔厚腻示痰瘀互结，脉浮大而数重按无力乃邪盛正虚之征。

治以益气温阳、清热排脓、活血通络，方选助阳消痈汤加减[17]。方中人参、白术、干姜温补脾阳，黑顺片、巴戟天固护肾气，暗合“益气温阳以托毒”之法；薏苡仁、冬瓜子清热排脓，取《金匮要略》苇茎汤“排脓散结”之妙；桃仁、赤芍活血通络；更以麻黄宣肺平喘，熟地黄滋肾纳气，体现“宣散不助热，清消不伤正”的组方智慧。现代研究[18]表明，方中败酱草具有肺保护作用，其机制可能与抑制炎症反应、氧化应激和内质网应激有关；薏苡仁黄酮具有较强的抗氧化能力和抗炎作用，对 DPPH 自由基具有良好的清除作用，保护线粒体免受自由基损伤，且抗氧化能力与总黄酮质量浓度呈量效关系[19]。

2.2.5 痰热蕴肺，气阴两伤 本证因痰热壅肺，灼津耗气，致气阴两伤，属虚实夹杂。其病机可溯至《素问·逆调论》“阴气虚则阳气盛，阳盛则热”之论，乃痰热壅遏肺络、灼津耗气之候。痰热郁久则

气阴两伤，致虚实夹杂之态。症见咳嗽喘促，痰黄黏稠量多，心胸憋闷，目赤，自汗盗汗，乏力，夜眠不宁。舌红，少苔，脉细数。咳嗽喘促气急者，因痰热壅遏肺气、肃降失司，火邪刑金，炼液成痰，壅塞气道；痰黄黏稠量多乃热邪煎灼津液；心胸憋闷系痰热痹阻胸阳、气机壅塞；目赤为肝肺郁火上炎；自汗盗汗并见乃卫阳不固与阴虚火旺交炽；乏力属气阴双亏、形神失养，《素问·举痛论》“劳则喘息汗出，外内皆越”；夜眠不宁乃虚火扰心、阳不入阴；舌红少苔、脉细数皆为阴亏热炽之征。

治以清热化痰、益气养阴，方选当归六黄汤合贝母瓜蒌散加减。方中当归、生熟地黄滋阴养血，黄芪益气固表，暗合《兰室秘藏》“滋阴泻火，益气固本”之治；黄连、黄芩、黄柏三焦分消郁热，取法《医方集解》“苦寒直折，分消火热”之妙；浙贝母、全瓜蒌清热化痰，桔梗宣肺利咽，茯苓健脾渗湿以绝痰源，体现《医宗必读》“治痰不理脾胃，非其治也”的学术思想。现代研究[20]证实，该方中黄芩苷可能通过PDGF/p38 MAPK信号通路改善炎症、氧化应激和凋亡，从而发挥肺保护作用。贝母属植物中具有丰富且结构类型多样的甾体生物碱类成分，其在止咳、抗肺炎和治疗急性肺损伤等方面的研究具有广阔的前景[21]。

2.2.6 肝阳上亢，痰瘀滞留 本证因肝肾阴虚，阳亢化风，痰瘀互结所致。其病机可溯至《素问·至真要大论》“诸风掉眩，皆属于肝”之论，乃肝肾阴虚、阳亢化风，兼痰瘀互结之候。《临证指南医案》言“阳动莫制，皆脏阴少藏”，指出阴不敛阳则肝阳上越，而《金匮要略》“血不利则为水”之论，则阐释了瘀血化生痰浊的病理转化。症见眩晕，目赤，头胀痛，急躁易怒，面部烘热，胸闷，动则喘促，心悸失眠，腰膝酸软，双下肢冷，痰少，苔黄腻，脉弦滑。眩晕目赤、头胀痛者，乃肝阳化风、上扰清窍；急躁易怒、面部烘热系肝火扰动神明，《丹溪心法》谓“气有余便是火”；胸闷、动则喘促为痰瘀痹阻胸阳、气机壅塞；心悸失眠乃虚火扰心、心神失守，《素问·逆调论》“胃不和则卧不安”引申至心肝火旺；腰膝酸软、双下肢冷属肝肾阴虚、阳亢于上而阴亏于下；痰少而苔黄腻、脉弦滑则为痰瘀化热、肝风夹痰之征。

治以滋阴潜阳、熄风化痰，方选镇肝熄风汤加减[22]。方中重用白芍、天冬、玄参滋阴柔肝，生龟甲、龙骨、牡蛎潜阳熄风，暗合《医学衷中参西录》“镇肝熄风，滋阴安神”之旨；代赭石降逆平冲，牛膝引血下行，体现“治风先治血，血行风自灭”之古训；茵陈、胆南星、瓜蒌仁清热化痰，佐麻黄、杏仁宣肺平喘，形成“降中有宣”的立体治法。

2.2.7 脾经伏火，痰热内蕴 本证因中焦气机壅滞，郁火内生，痰热互结，痹阻肺络所致。其病机可溯至《素问·六元正纪大论》“火郁发之”之旨，乃中焦气机壅滞、郁火内生，痰热互结痹阻肺络之候。李东垣《脾胃论》指出“阴火乘其土位”，脾胃升降失司则清阳不升、浊阴不降，郁而化火。症见喘促气短，动则尤甚，咳嗽，痰黄质黏难咯，口干渴喜饮，唇红，小便短少，大便干结。舌红，苔黄根腻，脉弦滑数。具体而言：喘促气短、动则尤甚者，因脾虚宗气不足，《灵枢·邪客》云“宗气积于胸中，贯心脉而行呼吸”，气机痹阻则呼吸失司；咳嗽、痰黄质黏难咯者，乃脾失健运、痰湿内生，郁而化热，痰热胶结气道；口干渴喜饮、唇红如妆者，为脾经伏火灼津；小便短少、大便干结者，系湿热阻滞三焦，津液不布；舌红苔黄根腻、脉弦滑数者，皆痰热蕴结、气机郁勃之征。

治以清泄郁火、化痰通络，方选清宣除痹汤加减。方中防风、藿香辛散升阳，取《内经》“火郁发之”之法，配伍石膏、黄芩清泄肺胃郁热，暗合《伤寒论》白虎汤“辛寒折热”之妙；栀子、川楝子疏肝泻火，茯苓、陈皮健脾化痰，体现《景岳全书》“治痰必先理气”之则；更以桑枝、海桐皮通络除痹，桃仁、没药活血散结，形成“透热-化痰-通络”立体治法。现代研究[23]表明，方中栀子苷可以降低炎症因子水平，可能与激活AMPK/SIRT1/NF-κB信号通路有关，改善肺损伤状况。防风提取物可抑制肺纤维化及血管新生，其机制可能与激活Keap1-Nrf2/ARE轴进而降低氧化应激水平有关[24]。

2.2.8 胆胃失和，痰湿中阻 本证因胆火内郁，胃失和降，痰湿壅滞所致。其病机可溯至《伤寒论》“少阳之为病，口苦咽干目眩”之论，乃胆火内郁、胃失和降、痰湿壅滞三焦之候。症见喘促气急，动则尤甚，咳嗽，咯黄痰，质黏难出，口苦，胁痛，头面手足热，微汗出，头晕，耳鸣，纳少，眠差。舌红，苔黄腻，脉弦滑。喘促气急、动则尤甚者，因胆火刑金、肺失清肃；咳嗽咯黄痰、质黏难出

者，乃痰热壅肺、炼津成痰；口苦胁痛者，属胆经郁火循经上犯，《素问》“胆虚，气上溢，而口为之苦”；头面手足热、微汗出者，系少阳相火外越、营卫失和；头晕耳鸣乃痰热上蒙清窍；纳少眠差则为胆胃不和、中焦痞塞。舌红苔黄腻、脉弦滑主胆热痰湿互结。

治以清胆和胃、化痰利湿，方选蒿芩清胆汤加减[25]。方中青蒿透达少阳郁热，黄芩清泄胆腑实火，暗合《重订通俗伤寒论》“清胆利湿，和胃化痰”之旨；竹茹、半夏化痰降逆，茯苓、滑石渗湿利窍，体现“分消走泄”治则；更佐厚朴、枳壳理气宽中，丹参活血通络，形成“清热-化痰-利气”立体治法。现代研究[26]表明，青蒿琥酯通过上调 Smad7 mRNA 及蛋白表达，下调 Smad3 mRNA 的表达，抑制 Smad3 磷酸化从而抑制 TGF-β_1 诱导的 EMT 过程，青蒿琥酯通过抑制 EMT 起到抗纤维化的作用。

2.2.9 胃气上逆，痰瘀结聚 本证因中焦气机逆乱，痰瘀交阻，肺胃失和所致。《伤寒论》言“心下痞，按之濡，其脉关上浮者，大黄黄连泻心汤主之”，指出胃气壅滞、痰热内结之病机特点。症见胸闷，咳嗽，气短，口苦，腹胀，心下痞满，呃逆，嗳气，反酸，便溏。舌紫暗有瘀斑，苔滑，脉沉弦。痰瘀痹阻胸阳，肺胃气机失和而至胸闷咳嗽、气短，胃气上逆，冲肺则咳；胆胃郁火上泛而致口苦；痰湿中阻、脾胃升降失司致使腹胀、心下痞满，《素问·阴阳应象大论》谓“浊气在上，则生膜胀”；胃失和降、浊阴上逆致呃逆、嗳气、反酸，《丹溪心法》中认为“胃中有火有痰所致”；便溏则因脾虚湿盛、清阳不升；舌紫暗有瘀斑、苔滑、脉弦沉皆为痰瘀互结、气机郁滞之征。

治以辛开苦降、化痰通络，方选泻心汤合旋覆代赭汤加减。方中黄连、黄芩苦寒降泄，清泻中焦郁热，姜半夏、干姜辛温开结，合《伤寒论》泻心汤“寒热并调”之法；旋覆花、代赭石重镇降逆，人参、甘草、大枣补益中气，取《伤寒论》旋覆代赭汤“降逆化痰、益气和胃”之妙。现代研究[27]表明，方中所含黄连及其提取物能降低肺部血管内皮损伤，抑制新血管形成，阻止肺纤维化，以降低肺部损伤。

2.3 慢性持续期辨证论治

2.3.1 肺肾虚冷，痰瘀阻络 本证因肺肾阳衰，气化失司，痰瘀互结，痹阻肺络所致。其病机可溯至《素问·咳论》“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”之论，乃肺肾阳衰、气化失司，痰瘀互结痹阻肺络之候。《金匮要略》言“病痰饮者，当以温药和之”，然此证阳衰更甚，寒痰久伏，终致痰瘀胶着。症见咳嗽，喘促，气短，咳少量泡沫痰或干咳，畏寒肢冷，腰膝酸软，四肢肿胀，大便溏薄。舌淡，苔白滑，舌下络脉迂曲紫暗，脉沉无力。具体而言：因肺失宣肃、肾不纳气，故咳嗽、喘促、气短，“肺为气之主，肾为气之根，肺虚则气无所主，肾虚则气不归根”；阳虚水停、津液不化故咳少量泡沫痰或干咳，《医宗金鉴》谓“阳虚水泛，聚而为痰”；命门火衰、失于温煦故畏寒肢冷、腰膝酸软；脾肾阳虚、水湿下注故四肢肿胀、大便溏薄，《素问·至真要大论》“诸湿肿满，皆属于脾”；阳虚寒凝故舌淡苔白滑、脉沉无力，舌下络脉迂曲紫暗则为久病入络、血瘀内结之征，与《医林改错》“久病必瘀”之论相合。

治以温阳散寒、化痰通络，方选助阳补肺除痹汤加减[28-29]。方中干姜、肉桂温补脾肾，人参、白术培土生金，暗合《伤寒论》理中汤“温中散寒”之法；鹿角胶、补骨脂填补肾精，熟地黄滋肾纳气，体现《景岳全书》“阴阳互济”之妙；更佐威灵仙、豨莶草通络除痹，桃仁、没药活血散结，形成“温阳-化痰-通络”立体治法。

3 病案举例

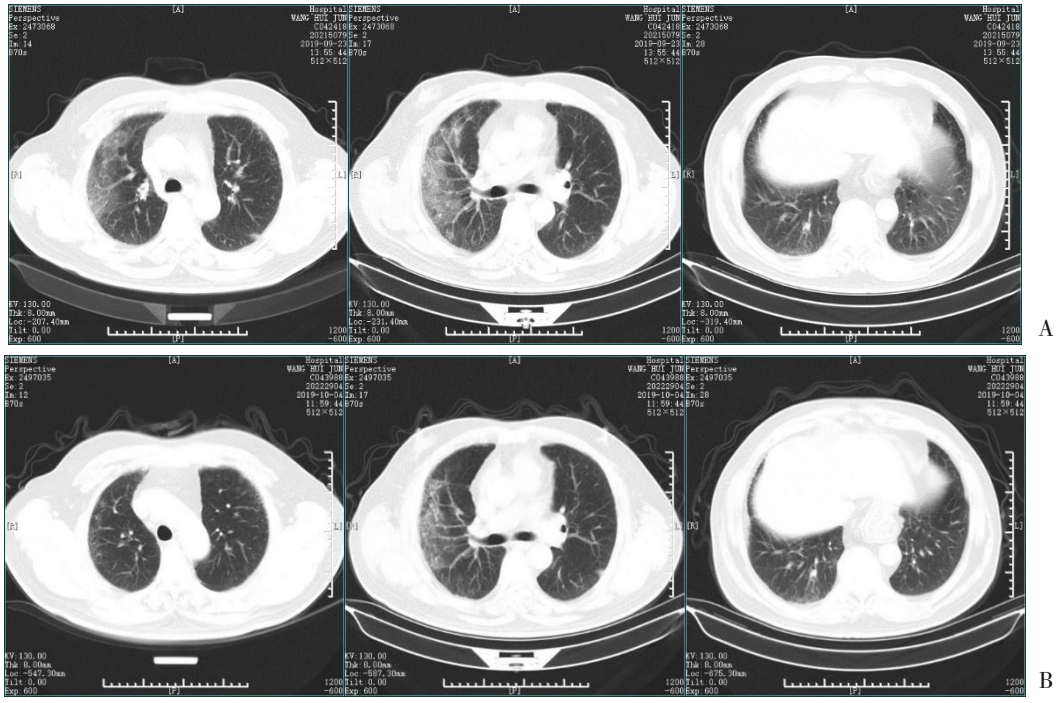
赵某，女，77岁，主诉：咳嗽，喘促10年，加重20天。现病史：患者10年前无明显诱因出现咳嗽、喘促，曾就诊于吉林大学第二医院，诊断为“间质性肺疾病”，服用激素（具体方案不详）治疗，停用激素后于长春中医药大学附属医院门诊口服中药治疗2年，病情控制尚可。患者20天前因不慎感寒后上述症状加重，并伴有发热，体温最高达38.9℃，于吉林大学第二医院复查肺CT诊断为“间质性肺疾病”，予抗感染、解痉平喘（具体方案不详）治疗后热退，但仍有咳嗽、喘促，遂来我院门诊就诊。现症：咳嗽，咯大量白色泡沫样痰，易咯出，喘促，恶寒，口干，纳可，眠差，小便调，大便溏，2～3日1次。舌质紫暗，苔薄白，脉弦细。查体：呼吸频率22次/分，呼吸急促，口唇紫绀。听诊双肺呼吸音减弱，双下肺可闻及湿啰音，似爆裂音。辅助检查：肺CT显示：双肺间质性病变。肺功能回报示：FVC 84.3%，FEV_1 67.6%，FEV_1/FVC

77.5%，检查结论：中度混合性通气功能障碍。中医诊断：肺痹，邪盛痹重期；辨证为寒饮伏肺，肺络痹阻。治法：温肺化饮，除痹通络。方用温肺逐饮除痹汤加减。处方：炙麻黄10 g，细辛3 g，干姜15 g，五味子5 g，炙甘草5 g，桂枝15 g，天花粉15 g，生石膏30 g，防己5 g，花椒5 g，葶苈子20 g，大黄12 g，桃仁10 g，红花10 g。5剂，水煎服，每日1剂，分2次温服，每次100 mL。

二诊：患者自述服药后咳嗽缓解，喘促及咳痰减轻，恶寒、口干症状改善，舌暗红，苔薄白，脉沉细。方选助阳补肺除痹汤加减。处方：干姜15 g，炒白术15 g，生晒参10 g，炙甘草5 g，熟地黄20 g，鹿角胶18 g（烊化），炙麻黄10 g，白芥子10 g，肉桂10 g，蜂房10 g，桃仁10 g，没药10 g，豨莶草30 g，威灵仙20 g。10剂，水煎服，每日1剂，分2次温服，每次100 mL。

此后患者于门诊定期复诊，坚持中医药治疗。随访半年，患者病情稳定，未再因ILD急性加重住院，生活质量明显提高，可进行日常活动。

影像学改变见图1。



注：A.治疗前；B.治疗后

图1 患者治疗前后影像学肺CT图像

按：该患者咳嗽、喘促10年，结合胸部CT及肺功能检查，诊断为肺痹。初诊咯大量白色泡沫痰，恶寒，大便溏，舌质紫暗，脉弦细，辨证为寒饮伏肺，肺络痹阻，故予温肺逐饮除痹汤加减。患者久病正气耗伤，脾肾阳虚，肺气亏虚，宣发肃降失常，水饮留滞于肺；脾阳不足，水湿不化，留滞胃肠。肺与大肠相表里，大肠传导失司则肺气不降，加重咳喘。故以温肺逐饮除痹汤合己椒苈黄汤，温肺化饮，通腑泻浊，宣通肺气，下通胃肠郁积。肺气痹阻，血行不畅，瘀血内生，加桃仁、红花活血化瘀。综上所述，先予温肺逐饮除痹汤加减，以除肺中之寒饮，胃肠之郁积，以迅速减轻患者咳喘之症状；服药5剂后，患者咳喘症状减轻，脉象由弦细转为沉细，提示寒饮及胃肠郁积渐除，脾肾阳虚之本渐显，故转以助阳补肺除痹汤加减，温补脾肾，化痰通络，以固其本。

4 结论

王檀团队以“肺络痹阻”为核心病机，构建了间质性肺疾病的“肺痹”诊疗体系。该体系融合中医传统理论与现代医学认识，提出分期论治策略：急性期以祛邪通痹为主，通过清热化痰、活血通络控制炎症；慢性期以扶正固本为要，补益肺脾肾以调节免疫、延缓纤维化。治疗强调精准辨证与方药创新，结合中药内服、外治及康复疗法，形成多维度综合方案。临床实践表明，该方案可缓解间质性肺疾病患者症状，延缓肺功能下降，其机制涉及抗炎、抗氧化、调节免疫及抑制TGF-β_1等纤维化通路。这一中西医结合模式为间质性肺疾病提供了

“病-证-症”一体化诊疗路径，为中医药治疗疑难肺病提供了科学依据。

参考文献：

[1] 马佳怡,范黎明,谢政宇,等. 385 例间质性肺疾病中医证候分布及影响因素分析[J]. 北京中医药大学学报, 2025, 48(6): 751-760.
[2] 李隽,张理涛. 吡非尼酮致皮肤光毒性反应一例[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2022, 38(4):236-237.
[3] 李瑶,刘新桥. 中医药治疗肺纤维化研究进展[J]. 中医学报, 2015, 30(3):340-342.
[4] 孙梦迪,张飞宇,高鑫,等. 通过调控内质网应激治疗肺纤维化的中药活性成分、复方作用机制研究进展[J]. 中药药理与临床, 2025, 41(4):110-117.
[5] 刘文靖,刘瑞华,周新尧,等. 中医药治疗干燥综合征相关间质性肺病的研究现状与思考[J]. 中华中医药杂志, 2025, 40(3):1288-1293.
[6] 仕丽,王檀,胡少丹,等. 温肺通痹颗粒治疗间质性肺疾病寒饮伏肺, 肺络痹阻患者 36 例[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(3):784-785.
[7] 陈思玉,曹政华,许荣,等. 从“痹”论治特发性肺纤维化的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2026, 32(6):254-264.
[8] 张宗学,焦以庆,卢幼然,等. 基于“五体痹-五脏痹”理论探讨抗合成酶抗体综合征的病机与辨证论治[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(7):3485-3488.
[9] 孙放,伍照楚,王慧,等. 间质性肺病从湿论治[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(3):1098-1101.
[10] 胡海波,赵国静,王坤,等. 间质性肺病诊治思考[J]. 中国现代应用药学, 2024, 41(23):3322-3328.
[11] 高铭,丁美灵,雷紫琴,等. 荆防败毒散及其中成药制剂研究进展[J]. 中药药理与临床, 2023, 39(5):112-118.
[12] 李燕萍,苏菁,刘延彬,等. 黄芩素对 PM2.5 致大鼠气道炎性反应及黏液高分泌状态的影响[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(18):4505-4509.
[13] 丁大力,沈学彬,姚佳慧,等. 中药治疗肺纤维化的研究进展[J]. 中草药, 2021, 52(22):7006-7024.
[14] 王文璐,何权,周林福. 葛根素抑制支气管哮喘小鼠气道炎症和 TSLP 介导的 Th2 免疫作用的研究[J]. 南京医科大学学报（自然科学版）, 2022, 42(10):1371-1375, 1408.
[15] 孙婧,辛灵恩,冯贤珍,等. 白芍总苷对脂多糖诱导的小鼠急性肺损伤的保护作用及机制[J]. 首都医科大学学报, 2024, 45(2):302-311.
[16] 范慧慧,任玉梅,田新磊,等. 麻黄碱调控 TGF-β_1/Smads 通路对支气管哮喘小鼠气道重塑的影响[J]. 安徽医科大学学报, 2024, 59(8):1398-1404.
[17] 刘宇欣,王檀. 王檀以“肺肾虚冷”为本论治肺痹[J]. 吉林中医药, 2025, 45(5):537-540.
[18] 李建波,冯海英,张洁,等. 白花败酱草总黄酮对实验性急性肺损伤模型大鼠的肺保护作用及其机制[J]. 中国病理生理杂志, 2024, 40(7):1230-1236.
[19] 吴静雨,陈晓凡,徐万爱,等. 薏苡仁活性成分研究进展[J]. 中国中药杂志, 2024, 49(6):1474-1484.
[20] 张晶晶,王洪新. 黄芩苷通过 PDGF/P38 MAPK 信号通路对肺动脉高压大鼠的保护作用[J]. 中国临床解剖学杂志, 2024, 42(1):54-58.
[21] 王淑慧,马旭冉,董慧雯,等. 贝母属植物天然产物研究进展[J]. 中国中药杂志, 2025, 50(22):6242-6264.
[22] 李竺阳,王檀,王科举,等. 间质性肺疾病中西医发病机制研究进展[J]. 吉林中医药, 2026, 46(3):382-386.
[23] 孙立燕,张海燕,刘泽茹,等. 栀子苷调节 AMPK/SIRT1/NF-κB 信号通路对急性呼吸窘迫综合征大鼠肺损伤的影响[J]. 中国免疫学杂志, 2024, 40(6):1142-1146, 1152.
[24] 李静,张静,陈小松. 基于 Keap1-Nrf2/ARE 轴防风提取物对间质性肺炎幼鼠肺纤维化及血管新生的抑制作用研究[J]. 中药材, 2022, 45(4):968-973.
[25] 韩妍,王檀,王科举,等. 王檀从胆胃郁热论治肺痹经验[J]. 吉林中医药, 2025, 45(7):788-792.
[26] 王昌明,陈娟,蒋明,等. 青蒿琥酯干预 TGF-β_1 诱导的肺泡上皮-间质细胞转分化与肺纤维化的关系[J]. 药学学报, 2014, 49(1):142-147.
[27] 冯晓明,钱前,李松,等. 黄连及其提取物防治肺部感染的研究进展[J]. 环球中医药, 2024, 17(2):359-364.
[28] 刘继民,王檀,李萌,等. 王檀教授应用助阳补肺除痹汤治疗间质性肺疾病 1 例[J]. 中国社区医师, 2018, 34(26): 102-103.
[29] 袁成波,王檀,仕丽,等. 助阳通痹颗粒治疗脾肾阳虚、肺络痹阻型间质性肺疾病[J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(4):728-730.

（**责任编辑：**张海洋 **收稿日期：**2025-08-01）