基于“医门八法”的肺系疾病辨治思路探析

张紫一[1],王泓午[2],袁卫玲[1],马佐英[3*]
(1.天津中医药大学中医学院,天津 301617;
2.天津中医药大学公共与健康科学学院,天津 301617;
3.天津中医药大学研究生院,天津 301617)

摘 要:《医学心悟》首次提出“医门八法”,对多种治法做了由博而约的系统概括,是中医临证基本治疗大法。针对不同证候的肺系疾病,八法均有适用,如发汗解表,宣通肺卫;祛痰利气,宣肺平喘;逐水通便,去菀陈莝;补泻兼施,调和脏腑;热者寒之,清降肺火;温阳散寒,助通肺络;培土生金,化痰消滞;补益肺气,滋阴清肺。在具体辨治时,根据病情的不同性质选择相应治法,顺应肺的生理特性及其与全身脏腑的系统联系。

关键词:医门八法;肺系疾病;辨治

《素问·灵兰秘典论》曰:“肺者,相傅之官。”[1]43肺为娇脏,清虚娇嫩,不容纤芥,寒热皆所不宜;又为华盖,居高位,覆盖心及其他脏腑,宣卫气于表,为脏之长;上通鼻窍,外合皮毛,直接与外界相通。肺气宣降,向上、向外宣发与向下、向内肃降,相反相成,使得呼吸通畅、水液代谢正常。基于肺的生理特性,无论外感、内伤或其他病邪皆可引发肺系疾病。六淫之风寒或兼夹热、暑、湿、燥、火等邪气侵犯卫表,导致肺卫失宣,则为感冒;外感或内伤邪气侵犯肺系,致肺之清肃失常,则引发咳嗽或喘证;伏痰因感受外邪、饮食失宜、情志失调等因素触动,使气因痰阻,肺失肃降,发为哮病;若内有痰热,复感风热邪气,痰热蕴结,化腐成痈,则病肺痈;正气虚弱,感染痨虫,侵蚀肺叶,则生肺痨;肺系疾病反复发作,迁延不愈,肺虚及肾,肺气胀满,不能敛降,发为肺胀,亦或津伤气耗,肺失濡养,致肺叶痿废,发为肺痿。

清代医家程钟龄在《医学心悟·医门八法》中记载:“而论治病之方,则又以汗、和、下、消、吐、清、温、补八法尽之。”[2]16医门八法对多种治法进行由博而约的系统概括,是中医临证基本治疗大法,在肺系疾病的治疗中多有体现,本文试析其理,以期为肺系疾病的论治提供一定的思路。

1 发汗解表,宣通肺卫

汗法,即开泄腠理、宣发肺气、调和营卫之解表法,在《医学心悟》中被列为八法之首。肺的生理、病理特点赋予了从汗法论治肺系疾病的重要性。肺在体合皮,开窍于鼻,直接与外界相通,外邪侵袭,易首当其冲而感,邪气在表,宜解表散邪[3]。肺为华盖,居于高位,治宜因势利导,驱邪于外,恢复肺的宣发肃降特性[4]。清代何梦瑶在《医碥·卷二杂症·咳嗽》中提及:“外感邪从皮毛入,皮毛者,肺之合也。皮毛受寒则汗孔为寒所凝闭,而肺气郁成热。”[5]“汗者,散也”[2]16,汗法在使用中分为辛凉解表、辛温解表和扶正解表3种具体治疗方法。邪在皮毛,可通过发汗驱邪,即《素问·阴阳应象大论》中所谓:“其有邪者,渍形以为汗;其在皮者,汗而发之”[1]33。

临床常用汗法治疗邪客肌表的病证。《本草乘雅半偈·第四帙·麻黄》载:“咳逆上气者,毛孔满闭,则不能布气从开,故上逆而咳。”[6]恶寒、发热、无汗或汗出不畅、咳嗽等症状多见于感冒之风寒束表证、风热犯肺证及风湿伤肺证,依据病证性质采用麻黄汤、荆防败毒散等发汗解表、宣肺平喘;或以银翘散、桑菊饮等辛凉解表、疏散风热;亦或羌活胜湿汤等祛风除湿,均体现汗法可宣肺解表,也顺应因势利导的治疗方式。邪气居于皮毛时以发汗祛邪最快,使邪从汗解,防止入里伤正。同时,汗法伴随着阴液的流失。《药鉴·卷二·麻黄》言:“惟在表真有寒邪者宜用之……盖汗乃心之液也,不可汗而汗,与可汗而过之,则心家之液涸,而心血亦为之动矣。或致亡阳,或致衄血不止,而成大患也,戒之。”[7]津血属阴,同源互化,故津亏血伤而致阴虚者不宜单独采用发汗之法;又因气能摄血、血能载气,故阳气虚者不宜发汗[8]。同时,即使病邪在表,也应注意不可过汗,如《金匮要略·痉湿暍病脉证治第二》所述:“太阳病,发汗太多,因致痉”[9]6。

2 祛痰利气,宣肺平喘

吐法是通过涌吐的方式使停留在上焦的痰饮、宿食、毒物等实邪从口排出,张景岳在《景岳全书·卷十三杂证谟·瘟疫》记载:“凡伤寒宜吐者,必其上焦有滞,或食或痰,结聚胸膈而邪不得散者,当吐也”[10]。自吐法被以涌吐之意提出,诸多医家运

收稿日期:2025-12-17;接受日期:2026-01-26
基金项目:国家中医药管理局-中医预防医学重点学科建设项目(zyyzdxk-2023008)
通信作者:马佐英,E-mail:ma2101@163.com
DOI:10.13260/j.cnki.jfjtcm.2026.08007

用涌吐之法但并未对此法进行完整定义[11]。直至金元张子和在《儒门事亲·卷之二·汗下吐三法该尽治病诠十三》论述：“如引涎、漉涎、噫气、追泪，凡上行者，皆吐法也”[12]56，凡能使涎液外流、喷嚏、催泪等均属吐法范畴。

外邪侵袭或内伤邪气致病皆易产生痰浊、水饮等病理产物，阻塞气道，使肺气不宣。《医方集解·卷上·涌吐之剂第三》载：“遇当吐者而不行涌越，使邪气壅结而不散，轻病致重，重病致死者多矣。”[13]故可用吐法治疗由痰邪引起的肺系疾病，直接排出肺中痰邪，调理气机，使肺气得通，宣发肃降功能得以恢复。朱丹溪在《丹溪心法·卷二·哮喘十四》中提出：“哮喘必用薄滋味。专主于痰，宜大吐。”[14]吐法不仅可以因势利导吐出痰邪，还能驱逐无形之邪，使肺胃自安，经络调畅[15]。《儒门事亲·卷之六·热形》载案：“灪阳刘氏一男子，年二十余岁，病劳嗽，咯血吐唾，粘臭不可闻……戴人先以独圣散涌其痰，状如鸡黄，汗随涌出，昏愦三日不省。时时饮以凉水，精神稍开，饮食加进。又与人参半夏丸、桂苓甘露散服之，不经数日乃愈。”[12]203此案虽为劳嗽，但痰热壅肺，热伤肺络，宜急则治标，先祛实邪，“涌其痰”即应用吐法令上焦实邪直接从口而出，随后化痰补气兼清热，祛邪以安正，攻邪不伤正。应用吐法时，应先确认有实邪为患，且病位居高。《本草备要·谷菜部·甜瓜蒂》言：“上部无实邪者禁用。能损胃耗气。”[16]

3　逐水通便，去莞陈莝

下法即泻下通便、泻下逐水之泻下法，其理论源于《素问·阴阳应象大论》：“其下者，引而竭之；中满者，泻之于内”[1]33。在临床应用中，下法不仅可以治疗邪在胃肠的一类疾病，基于肺与大肠相表里的原理，下法在治疗肺系疾病中也多有应用。《灵枢·经脉》云：“肺手太阴之脉，起于中焦，下络大肠。”[17]肺合大肠，二者通过脏腑阴阳表里络属关系形成生理上的相互作用和病理上的相互影响。肺为华盖，居其他脏腑之上，肺气的运动特点以肃降为主；大肠位于下焦，最下端为魄门，其气以降为顺。大肠的传导有赖于肺气的宣发肃降、通调水道，肺气宣降也受到大肠传导的影响：肺气的肃降功能失常，则大肠失其助力，传导失司，不利于大肠传导糟粕；大肠传导功能失常，糟粕不能下行，致气机阻塞，肺气下降受阻，则肺失宣肃[18]，造成咳、喘等肺气不利之症。

临床治疗肺系疾病，特别是痰浊、水饮等病理因素导致的咳喘实满者，可“留者攻之”，以下法攻逐痰饮。《类编朱氏集验医方·卷之五痰饮门·痰饮评》云：“大抵气滞则痰滞，气行则痰行……疗痰之法，调气为上，和胃次之。”[19]如咳唾引痛之悬饮，饮停胸胁，上迫于肺，当以十枣汤治之，其中甘遂行水湿，大戟泻肺、善逐水邪痰涎，芫花消胸中痰水，三药合用攻逐水饮。《绛雪园古方选注·伤寒科·下剂》记载：“芫花之辛，轻清入肺，直从至高之分去莞陈莝”[20]，为泻下剂治疗肺系疾病的经典实例。又有《温病条辨·卷二中焦篇》载宣白承气汤，指出“其因肺气不降，而里证又实者，必喘促寸实，则以杏仁、石膏宣肺气之痹，以大黄逐肠胃之结”[21]，杏仁宣肺，瓜蒌皮化痰宽胸，生石膏清肺泻热，加以大黄攻下腑实、泻热通便，急下存阴，使痰热得以清解，肺气宣通。

4　补泻兼施，调和脏腑

《周易》中反映的阴阳对立统一规律，主要强调刚柔和济、阴阳统一，主张对立面的和谐，即“保合大印，乃‘利贞’”[22]。“和”是中国古代哲学追求的阴阳平衡的境界，协调整体的调和观念对中医学的发展产生了深远影响。《素问·上古天真论》载：“上古之人，其知道者，法于阴阳，和于数术”[1]2，体现出中医对平衡状态的倡导。基于这种主张，后世医家将其分为狭义和法和广义和法。张仲景在《伤寒论》中通过小柴胡汤和解少阳，将“和”的思想应用于临床。金代医家成无己在《伤寒明理论》记载：“是当和解则可矣，小柴胡为和解表里之剂也”[23]，定义了狭义和法的概念；而广义和法更强调运用调和的方法使机体达到平和的状态，方式也不限于和解，“有清而和者，有温而和者，有消而和者，有补而和者，有燥而和者，有润而和者，有兼表而和者，有兼攻而和者。和之义则一，而和之法变化无穷焉”[2]21。

对于肺系疾病如咳嗽的治疗，多从广义和法出发。“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”[1]178，肺主肃降，肝主疏泄，肝肺二脏相互协同，维持人体气机升降平衡。若情志不遂，郁怒伤肝，肝气郁结，气郁化火，循经上注于肺，木火刑金，可致肺失清肃，表现为干咳无痰，或痰少而黏，急躁易怒，口苦口干；若脾失健运，致使津液不化，痰浊内生，痰邪干肺，表现为咳声重浊，痰多色白，纳呆，腹胀，便溏；或脾气散精不畅，肺主之气失其水谷精微充养，宣降无力，可致咳嗽，气短，神疲乏力，声低懒言；亦或久病及肾，肾阳虚衰，不能蒸发水液，水液上泛于肺，肾虚不纳气，气上逆于肺，导致气短咳喘、动则尤甚，腰膝酸软，畏寒肢冷。治宜调和脏腑，清肝泻火，健脾化痰，补肾纳气，使肝气条达，脾气健运，肾精闭固，方如清肺泻肝之黄芩泻白散、燥湿化痰之二陈平胃散、温阳利水之金匮肾气丸。

5　热者寒之，清降肺火

《医学心悟·医门八法》云：“清者，清其热也。脏腑有热，则清之。”[2]31清法，即清解热邪的治法，

通过使用寒凉药物清热、解毒、泻火、凉血等达到祛除热邪的效果。肺为娇脏，不耐寒热，外感热邪，或内生痰热，壅阻肺络，均易引发肺系疾病之热证。针对此类病证，清法的适应证可涵盖风热袭表、内舍于肺或寒邪入里化热所致的多种肺热炽盛证。

风热袭表，肺卫失宣，表现为发热重、恶寒轻、咽痛、舌尖红的表热证，治宜疏风清热，以清轻之品、辛凉之剂使风热之邪得以外散，肺气复其宣畅。外感热邪入里或寒邪入里化热，蕴结于肺，则成肺热炽盛，若此时复感风热，内外合邪，易发肺痈，证属实热，《外科正宗·卷之二·肺痈治验》中有案："视其痰果有脓意相粘……脉亦带芤，此胸中有瘀血也"[24]，初期清宣散其热邪、消其痈滞，成痈期及溃脓期以清泻之法清肺中热毒瘀血。热灼津液为痰，痰热互结郁肺，主要表现为发热、胸闷胸痛、气促、咳痰、痰黄稠等症，治宜清热化痰，临床常用黄芩、栀子、桑白皮、川贝母等药。若热毒壅滞，血败肉腐，见高热、寒战、咳吐脓血痰、胸痛、烦躁等症，治宜清热解毒排脓，方用千金苇茎汤或五味消毒饮。热邪耗气伤津，热退后气津两伤，多见神疲乏力、自汗、口燥咽干、干咳少痰等症，治宜益气养阴，兼清余热，方用竹叶石膏汤。

6 温阳散寒，助通肺络

温法，即采用辛热、温散之药以扶助阳气、祛除寒邪，达到散寒、温通、回阳等效果，可治疗各类寒证。《医学心悟·医门八法》云："温者，温其中也。脏受寒侵，必须温剂。"[2]34肺为娇脏，易风寒袭肺、风寒闭肺或寒邪直中伤肺，导致寒凝气血，寒痰凝滞，气道不通，故可采用温肺散寒、宣肺平喘之法，恢复肺的宣发肃降功能，以治疗肺系疾病。

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》云："冲气即低，而反更咳、胸满者，用苓桂五味甘草汤去桂加干姜、细辛，以治其咳满。"[9]60此方为治疗肺中寒饮的代表方，所加干姜、细辛可温肺散寒，化饮止咳；茯苓利水渗湿健脾，可杜绝生痰之源。温法在使用过程中，常与补法密切配合，如治疗肺痿虚寒证时，温肺兼益气，温阳有助于补气，而补益作用亦利于机体抵御寒邪而提升温法的疗效。二者各有侧重，温法重于散寒，通过温热性质的药物温散寒邪，温通经脉，恢复阳气；补法重点在于补益，补充人体正气的不足，包括气、血、阴、阳等。温法还常与汗法合用以宣肺散寒，可治疗风寒犯肺、风寒束肺所致的感冒、咳嗽、哮病及喘证等。

7 培土生金，化痰消滞

消法，含消散和破削之意，即通过使用具有消导、消散、消磨、软坚化积等作用的药物使体内有形之邪消散、消除的治疗方法。《素问·至真要大论》指出："坚者削之""结者散之"[1]420。在临床应用中，相较同样是消除有形实邪的下法，消法渐消缓散，药物作用相对温和，通常采用消食导滞、行气活血、化痰利水等较为缓和的方式，避免用峻猛之剂而损伤正气。痰湿是肺系疾病常见的致病因素，若机体脾胃虚弱，运化失职，水液代谢失常，则会凝聚生痰、上困于肺，进而出现咳、喘等症状。脾在五行中属土，为肺金之母，脾为生痰之源，肺为贮痰之器，又因《素问·示从容论》所言："夫伤肺者，脾气不守，胃气不清，经气不为使"[1]429-430。因此，针对此类病证应培土生金，调理脾胃，使脾胃气机升降正常，推动津液代谢，祛湿化痰，消解积滞的病理产物，恢复肺的宣发肃降功能，即陈修园在《医学从众录·卷二·痰饮》所言："肺虚者，本脏自虚，治节不行，而痰聚之。或从脾以治之，为扶土生金之法"[25]。

8 补益肺气，滋阴清肺

《素问·阴阳应象大论》云："形不足者，温之以气；精不足者，补之以味。"[1]33补法即运用补益之药以扶助正气，缓解虚弱证候，凡属先天禀赋不足或后天失养而出现的阴阳气血不足的虚证，均为补法的适应证，相应的补法也分为补气、补血、补阴、补阳四类。后世医家在《黄帝内经》的基础上，进一步阐发了补法。宋代方书《太平圣惠方·卷第六》指出："肺气不足则少气，不能夫息，胸满嗌干，是为肺气之虚也，则宜补之"[26]，并收录补肺方剂如补肺白石英散、补肺阿胶散、补肺黄芪散等；元代《永类钤方》载补肺汤，以人参、黄芪、熟地黄、五味子、紫菀、桑白皮补益肺气、化痰止咳，治疗肺虚咳喘；清代新安医家程文囿著《杏轩医案》，以滋水生木、润肺保金法治疗肺肾阴亏、肝阳上僭之咳血[27]。

由于肺具有主气、司呼吸的生理功能和喜润恶燥的生理特性，在肺系疾病的治疗方面，补法主要用于肺之气虚、阴虚、气阴两虚和阴阳俱虚证。肺系慢性疾病如内伤久咳、肺痨等迁延难愈，日久导致肺气耗损，肺叶痿弱，则成肺痿，治疗以补肺为主，虚寒者温肺益气，虚热者生津润肺。

9 小 结

综上所述，从理论发展到临床实践均可见"医门八法"在肺系疾病治疗中占据重要地位，其应用广泛且灵活，适用于肺系各类病证。在具体辨治时，应根据病证的不同性质选择相应治法，顺应肺的生理特性及其与全身脏腑的系统联系。邪气在表，宜采用因势利导、发汗宣肺之法；邪气在里，则可根据病情选用吐法、下法或消法，同时遵循"中病即止"的原则。热者寒之，寒者热之，虚则补之，实则泻之，用药避免过寒、过热或过燥，调理脏腑气机，以达到整体阴阳平衡。一法中可见他法，也就是程钟龄所言："盖一法之中，八法备焉，八法之中，

百法备焉。病变虽多，而法归于一”[2]16。八法经历数代医家的检验、完善和发展，对肺系疾病的治疗有着珍贵的指导价值，扩展了不拘泥于常法的辨治思路，充分体现了“观其脉症，随证治之”的辨证论治精髓。

参考文献

[1] 邢汝雯. 黄帝内经 素问篇[M]. 武汉：华中科技大学出版社，2017.
[2] 程国彭. 医学心悟[M]. 北京：中国中医药出版社，2019.
[3] 胡勇，黄贵华，黄瑾明.《伤寒论》汗法经验解析[J]. 时珍国医国药，2024，35(6)：1454-1456.
[4] 魏鹏草，张立山，黄茂. 透邪外达法在肺系疾病中的应用[J]. 中华中医药杂志，2023，38(2)：687-690.
[5] 何梦瑶. 医碥[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：89.
[6] 卢之颐. 本草乘雅半偈[M]. 刘更生，蔡群，朱姝，等，校注. 北京：中国中医药出版社，2016：148.
[7] 杜文燮. 药鉴[M]. 张向群，校注. 北京：中国中医药出版社，1993：41.
[8] 陈宁勇，李芸，范欣生.《伤寒论》汗法禁忌探析[J]. 中华中医药杂志，2013，28(9)：2518-2520.
[9] 张仲景. 金匮要略[M]. 赵立凝，整理. 广州：广东科学技术出版社，2022.
[10] 张介宾. 景岳全书[M]. 上海：上海科学技术出版社，1959：231.
[11] 袁倩，鄢梁裕，崔为. “吐法”治疗黄疸探析[J]. 环球中医药，2022，15(10)：1865-1868.
[12] 张从正. 儒门事亲 校注[M]. 徐江雁，刘文礼，校注. 郑州：河南科学技术出版社，2015.
[13] 汪昂. 医方集解[M]. 周鸿飞，刘永辉，点校. 郑州：河南科学技术出版社，2017：31.
[14] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 鲁兆麟，彭建中，点校. 沈阳：辽宁科学技术出版社，1997：27.
[15] 赵东凯，李若南，刘俊楠，等. 从《丹溪心法》浅析哮喘[J]. 长春中医药大学学报，2023，39(6)：602-605.
[16] 汪昂. 本草备要[M]. 余力，陈赞育，校注. 北京：中国中医药出版社，1998：224.
[17] 灵枢经[M]. 谭一松，何文彬，编. 北京：中国医药科技出版社，1998：77.
[18] 龙须，刘涛，张欢，等. 基于“肺与大肠相表里”探讨“肺病治肠”与肠道微生物的关系[J]. 江西中医药大学学报，2023，35(6)：12-15，19.
[19] 朱佐. 类编朱氏集验医方[M]. 北京：人民卫生出版社，1983：65.
[20] 绛雪园古方选注[M]. 王子接，注. 李飞，点校. 上海：上海科学技术出版社，1982：49.
[21] 吴鞠通. 温病条辨[M]. 谢玲玲，赵炎，整理. 广州：广东科技出版社，2022：101.
[22] 何少初. 神奇三学易·道·医[M]. 北京：中国中医药出版社，2017：165.
[23] 成无己. 伤寒明理论[M]. 上海：商务印书馆，1955：51.
[24] 陈实功. 外科正宗[M]. 吴少祯，许建平，点校. 北京：中国中医药出版社，2002：125.
[25] 陈念祖. 医学从众录[M]. 金香兰，校注. 北京：中国中医药出版社，2007：29.
[26] 王怀隐. 太平圣惠方 校注[M]. 田文敬，孙现鹏，牛国顺，等，校注. 郑州：河南科学技术出版社，2015：178.
[27] 程杏轩. 杏轩医案[M]. 储全根，李董男，校注. 北京：中国中医药出版社，2009：60.

（上接第 29 页）

[20] DEWIDAR B，MASTROTOTARO L，ENGLISCH C，et al. Alterations of hepatic energy metabolism in murine models of obesity，diabetes and fatty liver diseases [J]. EBioMedicine，2023，94：104714.
[21] KWON S Y，PARK Y J. Function of NAD metabolism in white adipose tissue：lessons from mouse models [J]. Adipocyte，2024，13(1)：2313297.
[22] LIU Y T，QIU H L，XIA H X，et al. Macrod1 suppresses diabetic cardiomyopathy via regulating PARP1-NAD^+-SIRT3 pathway [J]. Acta Pharmacol Sin，2024，45(6)：1175-1188.
[23] 仝小林，刘喜明，魏军平，等. 糖尿病中医防治指南[J]. 中国中医药现代远程教育，2011，9(4)：148-151.
[24] 李红萍，王阶，张振鹏，等. 基于“正虚痰瘀”理论探讨线粒体稳态失调与泛血管疾病的关系[J]. 中国实验方剂学杂志，2026，32(1)：30-38.
[25] 刘长兴，郭心怡，黄继强，等. 基于“脾不散精、痰瘀互结”理论探讨线粒体自噬与动脉粥样硬化的关系[J]. 中药药理与临床，2025，41(2)：95-99.
[26] SOKOLOVA M，YANG K，HANSEN S H，et al. NLRP3 inflammasome deficiency attenuates metabolic disturbances involving alterations in the gut microbial profile in mice exposed to high fat diet [J]. Sci Rep，2020，10(1)：21006.
[27] BARRY W E，THUMMEL C S. The Drosophila HNF4 nuclear receptor promotes glucose-stimulated insulin secretion and mitochondrial function in adults [J]. Elife，2016，5：e11183.
[28] GUO L J，CHEN S H，OU L P，et al. Disrupted alpha-ketoglutarate homeostasis：understanding kidney diseases from the view of metabolism and beyond [J]. Diabetes Metab Syndr Obes，2022，15：1961-1974.
[29] DAVULURI G，ALLAWY A，THAPALIYA S，et al. Hyperammonaemia-induced skeletal muscle mitochondrial dysfunction results in cataplerosis and oxidative stress [J]. J Physiol，2016，594(24)：7341-7360.
[30] 姚美桦，黄浩. 线粒体呼吸链超级复合物研究进展[J]. 生物学教学，2024，49(8)：2-5.
[31] LU M J，BUSQUETS J，IMPEDOVO V，et al. SLC25A51 decouples the mitochondrial NAD^+/NADH ratio to control proliferation of AML cells [J]. Cell Metab，2024，36(4)：808-821.e6.