

基于“气络-玄府”探讨慢性阻塞性肺疾病“虚瘀闭”复合病机及辨证思路

陆梦菲¹ 马翻²

1 长春中医药大学中医学院，吉林长春 130117；2 长春市中医院肺病科，吉林长春 130052

【摘要】 慢性阻塞性肺疾病（COPD）属中医“肺胀”“喘证”范畴。本文基于“气络-玄府”理论，构建 COPD“虚-瘀-闭”动态病机链，即肺肾气虚、气络虚滞为本，痰瘀壅塞气络为枢，玄府闭阻、气机窒塞为标。该演变与肺功能下降、气道炎症等病理高度契合。由此确立“通络开府”总治则，主张急性加重期辛宣通络以治标，稳定期补肺纳肾以固本，为 COPD 辨治提供新思路。

关键词：慢性阻塞性肺疾病；气络；玄府；虚瘀闭；辨治思路

中图分类号：R259

慢性阻塞性肺疾病（Chronic Obstructive Pulmonary

Disease, COPD），简称慢阻肺，是一种以进行性气流受限、呼吸困难为主要特征的异质性疾病，其特征是持续存在的气流受限和呼吸系统症状，通常与显著暴露于有害颗粒或气体引起的气道和（或）肺泡异常有关^[1]。现代医学对慢阻肺的治疗主要依靠支气管扩张剂和糖皮质激素等药物来缓解症状，但难以逆转肺组织已有的病理损伤，且长期使用这些药物存在明显的副作用，限制了其临床应用^[2]。中医药改善 COPD 症状、延缓肺功能下降、减少急性加重、提高生活质量疗效确切。以“气络-玄府”为切入点构建辨证体系，可系统阐释“本虚标实、因虚致实”的发病机制，形成理法方药衔接的治疗策略。本文围绕该框架，阐述“虚-瘀-闭”复合病机的内在逻辑与演进规律，并提出以“通络开府”为核心的分期论治方案。

1 气络-玄府理论阐释

“气络”理论深植于中医“络病”学说，是阐释人体气机布散与功能调控的微观通路系统。《灵枢·脉度》言“经脉为里，支而横者为络”，明确了络脉作为经脉分支、沟通表里的结构定位。其中运行经气者为“气络”。明代张景岳在《类经》中正式提出“气络”一词，与“血脉”对举，标志其理论独立性的确立^[3]。吴以岭院士进一步系统阐释，指出“经络之络运行经气即为气络”，其功能涵盖“行血气而营阴阳”及对人体功能的络属调节^[4]。卫气“温分肉，充皮肤，肥腠理，司开阖”，其御邪于外的功能，依赖于体表皮毛与肺脏相通的气络网络进行输送与调控^[5]。再者，气络是肺内气血交换与气机升降的微观结构。从狭义来看，肺内清气与血中浊气进行交换的部位，即属于气络范畴，也是呼吸过程中物质交换的关键部位。玄府理论最早出自《黄帝内经》，其概念从最初的具体解剖结构，逐步发展为一套功能系统。《素问·水热穴论篇》提出“玄府者，汗空也”，将玄府界定为体表汗孔，主司汗液排泄与腠理开阖，这是狭义玄府概念^[6]。至金元时期，刘完素在《素问玄机原病式》中开创性地拓展了玄府的理论内涵，指出“玄府者，无物不有……乃气出入升降之道路门户也”^[7]。该观点认为，玄府是广泛分布在人体脏腑、皮毛、肌肉、筋骨等部位的极细微结构，是气血津液运行、神机出入的共同通道，由此形成了广义玄府学说。王明杰教授^[8]进一步总结玄府具有“分布广泛、结构微细、贵开忌阖”三大特性，强调其作为气机出入之门户、津液布散之通路的生理功能。

从微观结构相互配合的角度来看，COPD 的发生与发展，根源在于气络和玄府的功能异常。气络是肺脏运行气的功能网络，负责输送与调节宗气、卫气；玄府则是气络的门户，是气的运行及气血相互渗透的最终部位。二者共同构成“通道-门户”的协同结构^[9]。生理状态下，运行于肺络的宗气需通过肺玄府才能完成清浊交换，卫气亦需经玄府布散至皮毛以司开阖。COPD 病程中，二者联动失调呈现阶段性演变。初期肺气亏虚，气络输布乏力，可视为“通道动力不足”；久病因虚致瘀，痰浊瘀血壅滞气络，形成“通道堵塞”；最终痰瘀互结，闭阻玄府门户，清气不入、浊气不出，喘促乃作^[10]。此即《素问玄机原病式》所谓“热郁于上，而使听户玄府壅塞，神气不得通泄”在肺系疾病中的具体体现。气血屏障通透性异常、通气-血流比例失调等病理改变，是气络失充、玄府开阖失司在微观形态上的客观呈现^[11]。气络功能失常可渐致玄府闭塞，形成“虚-瘀-闭”的动态演变。现代研究表明，气络与神经-内分泌-免疫（NEI）网络调控相关，影响着气道张力与分泌功能；玄府则与离子通道、水通道蛋白及气血屏障通透性密切相关，直接调控气体交换^[12]。二者在生理病理层面交互影响，共同维系肺的气血交换与呼吸功能。

2 慢阻肺“虚-瘀-闭”复合病机的动态演进

2.1“虚”：肺肾气亏，气络失养为病之本

“虚”乃慢性阻塞性肺疾病稳定期病机演变之根本，其核心在于肺肾两脏之气亏虚。国医大师晁恩祥^[13]、洪广祥^[14]等当代医家均以肺肾两虚为慢阻肺稳定期核心病机，认为肺气虚贯穿始终，久则及肾，形成肺肾两虚之候。从经典理论溯源，《内经》首载金水相生之理，《难经》明示母子相生关系。生理上，肺主气司呼吸，为气之主；肾主纳气藏精，为气之根。两脏协调，则呼吸调畅，气机有序。病理上，肺气久虚，呼吸气弱，不能下纳于肾；肾气不足，根本不固，气失摄纳，就会导致“母病及子”与“子盗母气”的恶性循环。《类证治裁·喘证》^[15]明确指出：“肺为气之主，肾为气之根，肺主出气，肾主纳气，阴阳相交，呼吸乃和。”此论述为肺肾气虚型喘证奠定了理论基础。肺肾气虚会导致元气与宗气生成不足，使体内微观的气络得不到足够的温养与推动。气络失养则气机运行减弱防御功能下降，肺的宣发与肃降功能也随之失常。这是脏腑亏虚由宏观层面影响到微观气络的具体表现，也是本病发生的根本原因。

2.2“瘀”：痰瘀互结，壅滞气络为病之枢

“瘀”为慢阻肺病程演变的关键，承气虚之“本”，是因虚致实之核心。肺肾气虚，气络虚滞，一则气不布津，聚湿成痰；二则运血乏力，血行涩滞，留而为瘀。痰瘀同属阴邪，性黏腻胶固，相互搏结，壅滞于微观气络，致三重病变：一阻气道，清气难入、浊气难出，为气流受限之微观病机；二碍津血，痰瘀再生，恶性循环；三累玄府，气络壅滞则玄府失养，开阖不利。这一认识，自古便有，《丹溪心法·咳嗽》首倡“肺胀而嗽，或左或右不得眠，此痰挟瘀血碍气而病”，明确指出痰瘀交阻为喘嗽之因。唐容川^[16]认为：“痰水之壅，由瘀血使然”，强调瘀血在病理生成中的主导作用。韩明向教授总结为“痰饮-血瘀-正虚”三角理论，认为痰瘀胶结，夙根内伏，是病情缠绵与急性加重之核心^[17]。故此，“瘀”不仅是“虚”的病理结果，更是病机演化的枢纽，是连接气虚之本与玄府闭塞之标的关键环节。

2.3“闭”：玄府闭塞，气机窒塞为病之标

“闭”是慢阻肺进展至中后期的核心标象，亦是前述“虚”、“瘀”病机累加、交互为患的必然终局。其本质在于肺之玄府的开阖功能严重障碍乃至彻底丧失。玄府作为气血津液与清浊之气出入交换的终极门户，其生理贵在“通利”。然在“肺肾气虚”之“虚”所致的气络推动乏力，以及“痰瘀互结”之“瘀”造成的气络壅塞的双重病理作用下，玄府的微观结构与开阖机制遭受不可逆损伤^[11]。一方面，痰浊瘀血等有形阴邪直接附着、缠塞于玄府孔窍，如同尘封门户；另一方面，输布宗气、卫气以激发玄府开阖的气络通路因虚瘀而滞，导致门户“开启”的动力丧失。此即刘完素所言“热气怫郁，玄府密闭”在慢阻肺慢性病程中的具体体现^[18]。“玄府闭塞”直接引发了肺脏核心生理功能的崩溃，气体交换枢纽关闭，则清气不入、浊气潴留，临床表现为持续加重的呼吸困难与低氧津液布散通路断绝，则水湿内停、酿痰生饮，进一步壅塞气道；皮毛玄府开阖失司，则卫外藩篱破损，机体更易感邪，引动内伏夙根，致使病情反复急性加重。

3 基于“气络-玄府”理论的慢阻肺分期辨治思路

慢阻肺总治则以“通络开府”为核心，贯穿始终。“气为血之帅，血为气之母”气血互根互用，共同构成濡养肺脏的物质基础。“气络-玄府”是气血在肺脏进行宣通交换的微观通路和门户。针对慢阻肺“气络瘀阻-玄府闭塞”的核心病理，确立“通络开府”为根本治则。“通络”旨在输布气血，畅通血络，包含“补气以生血行血”与“祛瘀以疏通壅塞”；“开府”旨在启闭宣通，濡养玄府，运用辛味宣透、温通阳气之法，重启气液出入之门户。二者相互为用：气血通过气络通达，方能荣养玄府；玄府开阖有序，才能保障络中气血的周流与互换。

3.1 急性加重期：标实壅盛，急以开闭通络，涤除窠臼

此期外邪引动内伏之痰瘀，形成“窠臼”，痹阻肺络，窒塞玄府，气血交换之路骤然闭塞。病机关键在于邪气壅盛，玄府急闭；络脉缠塞，气血痹阻。根据“邪伏肺络”理论，邪气伏藏于肺络之中，导致肺络功能结构改变，遇外邪引动则急性发作^[19]。治疗当遵循“急则治标”原则，基于“使邪有出路”之旨，因势利导，祛邪外出。法取“开闭通络，涤邪驱邪”，重在运用辛宣峻通之品，力开玄府之闭。麻黄、桂枝、细辛等风药，具有“风之轻扬上升、发散开泄、善行而无处不至”的特性，能直捣玄府，宣发郁闭之气^[20]。此即“开鬼门”之法，正如王冰所注：“开鬼门，是启玄府遣气也”；张介宾亦云：“鬼门，汗空也”，通过发汗使邪气从表而解。然开玄府必须与涤痰瘀、通气络同步。从痰瘀论治COPD，痰浊与瘀血既是病理产物，又是致病因素，二者相互胶结，缠绵难愈。故常配伍半夏、白芥子涤痰散结以治痰，桃仁、赤芍活血通络以逐瘀，同时遵循“络以通为用”、“辛以通络”之旨，旨在破除窠臼，疏通气血运行之道，使痰浊、瘀血等病理产物得以分消。若痰热炽盛，可佐石膏、黄芩清泄郁热，防止热毒灼伤络脉。此期治疗，如同疏浚暴涨之河道，重在开闸泄洪、清除淤塞，以迅速恢复气络之通畅与玄府之开阖，终使邪有出路，正气得安。

3.2 临床稳定期：本虚标实，法当补虚通络，荣养门户

此期外邪暂退，然肺肾气虚之本未复，气血生化乏源，运行乏力；痰瘀之“窠臼”深伏络中，暗耗气血，致使玄府失于濡养，开阖无力，此即“肺虚络瘀”之典型病机^[21]。元气亏虚为本，络脉失充、宿瘀内停为标，终致玄府失养，开阖无力。治疗当“缓则治本”，以“补虚通络，荣养玄府”为法。首重补益肺肾，益气养血，以充实气络运行之气血基础。根据“损其肺者，益其气”的原则，以

及 COPD 稳定期肺肾两虚证“补肺益肾、活血祛瘀”的治则，当以人参、黄芪大补元气，熟地、山萸肉、肉桂温养肾精，共奏“气能生血，精能化气”之功。然补益须防壅滞，故必佐以通络开玄之品，动静结合，此即“通补络脉”法之具体运用。马翻教授之“纳气定喘汤”为其提供了精妙范例。方中以人参、黄芪、附子、肉桂大补元气、温肾纳气以治其“虚”；更配当归、丹参养血活血，畅通血络，渐消深伏之瘀，改善肺络濡养之基础。尤妙在佐以生麻黄、杏仁。少量麻黄，取其辛宣轻扬之性，并非发汗峻剂，而是在补益之力的推动下，轻启玄府，宣通肺窍，使所补之气血得以布散至肺脏微末，直达病所，真正实现“濡养玄府”之效。紫菀、款冬花润降肺气，助其宣降相因。全方使气络得充、血络得畅、玄府得养，气血交融得以恢复，充分体现了稳定期“以补为通，以通助补，开阖相济”的辨治精髓。

4 验案举隅

患者，**李某**，男，67岁。2025年10月12日初诊。主诉：反复喘息、气短5年余，加重伴乏力1月。现病史：患者于5年前确诊为“慢性阻塞性肺疾病”秋冬季节或劳累后易发，平素长期依赖氟替美维吸入粉雾剂控制。近1月来，无明显诱因出现喘息、气短，活动后加重，伴有明显乏力、自汗，恶风，易感冒。腰膝酸软，夜尿频多（每晚3-4次），偶有耳鸣头昏，舌暗，苔白腻，脉沉细。肺功能检查：FEV₁/FVC 55%，FEV₁占预计值% 48%，提示重度阻塞性通气功能障碍。

中医诊断：肺胀（肺肾气虚，络瘀玄闭证）。治则：补肺纳肾，通络开府

处方：人参5g（另煎兑服），黄芪15g，炮附子5g（先煎）、肉桂10g，麦冬15g、五味子10g，当归15g、丹参15g，生麻黄5g、杏仁5g，紫菀10g、款冬花10g，7剂，每日1剂，水煎服，分早晚温服。

二诊（2025年10月19日）患者服药后，喘息、气短较前好转，乏力、自汗减轻，夜尿次数减少（每晚1-2次）。偶有咳嗽，咯少量白黏痰，动则微喘，口干不甚欲饮。舌暗，苔薄白微腻，脉沉细。处方：前方加法半夏10g、陈皮10g，7剂，法同前。

三诊（2025年10月29日）：服药后，偶有咳嗽咳痰，喘息气短显著改善，可日常活动。精神体力明显好转，夜尿每晚1次，腰膝酸软减轻。舌质淡红苔薄白，脉沉细较前有力。上方去麻黄、杏仁，加法半夏、陈皮，加熟地黄15g、山萸肉12g；改人参为党参15g。7剂，嘱服完后可隔日一剂，巩固疗效。

一月后电话随访，患者病情稳定，日常活动无碍，感冒次数较往年明显减少。嘱其坚持呼吸锻炼，避风寒，慎起居。

按：患者老年男性，COPD病史5年余，肺肾渐亏。初诊以喘息气短、乏力自汗为主症，伴腰膝酸软、夜尿频多，此乃肺肾气虚、气络失养，是为病之“虚”本。舌淡暗、脉沉细，提示久病入络，痰瘀内生、壅滞气络，形成病之“瘀”枢；痰瘀互结，窒塞玄府，清气不入、浊气不出，加重喘息，是为病之“闭”标。三者递进关联，构成“虚-瘀-闭”复合病机。初诊以纳气定喘汤补肺纳肾、通络开府，人参、黄芪补益宗气以充气络，附子、肉桂温肾纳气以助归元，此治“虚”之本。当归、丹参养血活血以通络瘀，此治“瘀”之枢；麻黄、杏仁辛宣以启玄府，此开“闭”之标，三法并举，紧扣病机。二诊痰浊显露，加法半夏、陈皮化痰通络，加强疏通壅滞。三诊标实已去，加熟地、山萸肉填补肾精，改人参为党参平补缓图，重在充养气络以固本。治疗后喘息显著改善，体力好转，夜尿减少，病情稳定。全过程体现了“虚-瘀-闭”的动态演变及分期辨治思路。

5 结论与展望

本文基于中医“气络-玄府”理论，系统探讨了 COPD 的复合病机与辨治思路。提出 COPD 的核心病机为“虚-瘀-闭”动态演进链：肺肾气虚、气络虚滞为发病之本；痰瘀互结、壅塞气络为病机之枢；玄府闭阻、气机窒塞为临床之标。该模型诠释了 COPD“本虚标实、因虚致实”的复杂病理状态，并与现代医学关于气流受限、慢性炎症及气道重塑等认识形成互参。在此基础上，确立了“通络开府”的总治则，并倡导分期论治，以马翻教授“纳气定喘汤”为例展示了“荣养门户”的具体运用，为 COPD 的中医临床干预提供了新的思路与参考。

参考文献

- [1] 丁莉莉, 冯淬灵, 赵克明. 慢性阻塞性肺疾病中医研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(3): 164-168.
- [2] 李小亮. 基于中医理论的慢阻肺病因病机及治疗研究进展[C]//重庆市健康促进与健康教育学会全科专委会. 2025 精神医学与心理健康系列研讨会论文集. 易县医院, 2025: 585-588.
- [3] 李志庸. 张景岳医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 70.
- [4] 吴以岭, 魏聪, 赵珊珊. 气与气络学说探讨[J]. 中医杂志, 2017, 58(21): 1801-1807.
- [5] 张颖. 基于“肾络玄府”理论探讨中药复方益肾康治疗早期 DKD 的临床及机制研究[D]. 辽宁中医药大学, 2022.
- [6] 王明杰, 罗再琼. 玄府学说[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [7] (金)刘完素. 素问玄机原病式[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 133.
- [8] 王明杰. “玄府”论[J]. 泸州医学院学报, 1984(3): 1-5.
- [9] 程晓雨, 曲妮妮. 基于玄府-肺络理论探讨慢性阻塞性肺疾病局部病机演变[J]. 山西中医, 2021, 37(9): 4-6, 9.
- [10] 陆鹏, 任凤艳, 潘迪, 等. 肺玄府络脉与气血屏障论[J]. 中医杂志, 2016, 57(16): 1433-1435.
- [11] 孙涛, 夏世金, 吴俊珍, 等. 低氧性肺气血屏障炎症与机制[J]. 中华肺部疾病杂志, 2013, 6(6): 547-550.
- [12] 吴以岭. 气络-NEI 网络相关性探析[J]. 中医杂志, 2005, 16(10): 723-726.
- [13] 王辛秋, 韩春生, 陈燕, 等. 国医大师晁恩祥调补肺肾法临床运用探析[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(2): 818-820.
- [14] 肖芳宝, 柯诗文, 刘良倚. 基于文献探讨国医大师洪广祥治疗慢性阻塞性肺病经验[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(7): 3749-3752.
- [15] 林珮琴. 类证治裁[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2023.
- [16] 唐宗海. 血证论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [17] 徐淑钰, 杨勤军, 童佳兵, 等. 国医大师韩明向教授从“虚-痰-瘀”论治慢性阻塞性肺疾病临证经验[J]. 时珍国医国药, 2024, 35(6): 1488-1490.
- [18] 常富业, 王永炎, 杨宝琴. 玄府病变论析[J]. 中医药学刊, 2005(8): 1389-1392.
- [19] 翟婷, 王盼, 王源, 等. 基于“邪伏肺络”理论论治支气管扩张症[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(6): 853-858.
- [20] 任存霞. 风药临床应用探析[J]. 西部中医药, 2022, 35(1): 102-104.

[21] 朱凌云, 吕晓东. 基于肺虚络瘀理论论治慢性阻塞性肺疾病稳定期疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(3): 173-176.