

# 《从“痰气并治”辨治肺结节探析——兼论〈金匱要略〉半夏厚朴汤的临床发挥》

宿纭溶<sup>1</sup>樊明<sup>2</sup>贺旭<sup>3</sup>罗知琪<sup>3</sup>

(1 贵州中医药大学第一临床医学院 贵州贵阳 550000 2 毕节市中医医院呼吸内科 贵州毕节 551700 3 贵州中医药大学第二临床医学院 贵州贵阳 550000)

**摘要：**探讨基于“痰气并治”理论辨治肺结节（痰气互结证）的方证对应逻辑，并阐释《金匱要略》半夏厚朴汤通过“治气化痰”干预肺结节的临床拓展价值。基于中医经典理论与历代医家论述，分析肺结节“气郁为先导，痰凝为核心，瘀结为成形”的病理演变结合典型临床病例，观察半夏厚朴汤加减对结节变化的干预作用。半夏厚朴汤辛开苦降，善行气散结、降逆化痰，直击痰气互结之病机。其组方暗合“治气即治痰”之法，通过温和气化阻断“气郁为先导、痰凝为核心、瘀结为成形”的病理进程。临床随证加减，不仅能稳定乃至缩小结节，且无明显毒副作用，彰显了“异病同治”的经方智慧，为肺结节的中医药干预提供了坚实的理论与临床支撑。

**关键词：**肺结节；痰气互结证；痰气并治；半夏厚朴汤；异病同治；方证对应

**中图分类号：**R256.1 **文献标识码：**A

肺结节（pulmonary nodule, PN）是指影像学表现为最大径≤3 cm的局灶性、类圆形、较肺实质密度增高的实性或亚实性阴影<sup>[1]</sup>。近年来，随着影像学技术的不断发展，尤其是低剂量螺旋计算机断层扫描（low-dose computed tomography, LDCT）的普及，以及人们对胸部CT年度体检的重视程度不断提高，肺结节的检出率显著增加<sup>[2]</sup>。流行病学数据显示，无症状人群行低剂量螺旋CT（LDCT）筛查时可检出较多孤立性非钙化肺结节，经长期随访或病理证实为肺癌者约占筛查阳性结节的3%~4%<sup>[3]</sup>。肺结节作为早期肺癌的主要表现形式，尽早检出干预，有利于降低患者肺结节恶变的风险。西医在肺结节领域尚未明确其发病机制，治疗手段目前采取定期随访、手术切除、射频消融及药物治疗（如糖皮质激素、免疫抑制药物、抗肿瘤坏死因子-α药物等），这些治疗手段仍存在局限性，且可能伴随耐药性及不良反应<sup>[4-8]</sup>。由于肺结节性质的不确定性及潜在癌变风险，常导致患者产生焦虑、抑郁、恐惧等负面情绪，心理负担较重，严重影响生活质量。中医药在治疗肺结节方面具有独特优势，有研究表明中医药干预可以通过调控免疫、抗炎及改善微循环等途径，缓解临床症状，延缓疾病进展，提高患者生活质量<sup>[9]</sup>。然而，当前临床应用多囿于“梅核气”之咽喉疾患，忽视了其与肺结节“痰气互结”病机的高度契合性，导致经方在深部脏器结节类疾病中的拓展应用受限。故本文基于“痰气并治”理论，重新审视《金匱要略》半夏厚朴汤在肺结节辨治中的独特价值，旨在为经方在现代疾病中的拓展运用提供理论依据与实践参考。

## 1 历史沿革

肺结节属现代医学影像学概念，在古代中医文献中并无直接对应的病名。然追溯典籍，其临床表现与“肺积”“痰核”“息贲”等病证相关描述多有契合。中医对肺结节的认识最早追溯于《黄帝内经》。《难经·五十六难》载：“肺之积，名曰息贲。”《难经集注·卷四》（明·王肯堂集注，文渊阁《四库全书》影印本）释：“贲，聚也，言其渐长而聚蓄。”提出肺积和息贲的病名，并简述其疾病发展特点。《灵枢·百病始生》云：“积之始生，得寒乃生”“卒然外中于寒，若内伤于忧怒...凝血蕴里而不散，津液涩渗，着而不去，而积皆成矣。”《医宗必读·积聚》曰：“积之成者，正气不足，而后邪气踞之<sup>[10]</sup>。可见肺结节的论治应该从行气化痰入手，兼活血化痰顾护人体正气。由此可见，古代医籍所载之“积”与“聚”，虽名异而实同，皆指代体内异常增生之包块。若以现代医学视角审视，“肺积”“息贲”之病位与形态，与影像学所示之肺结节高度契合，皆为气机逆乱、痰瘀胶结于肺络所致的有形实变。

## 2 病因病机探讨

肺结节属中医“肺积”“痰核”范畴，其核心病机为“痰气互结，痹阻肺络”。此病机与半夏厚朴汤所主的“梅核气”虽病位深浅有别，然“痰气交阻、气机痹滞”之核心病机高度契合，具备“异病同治”的方证基础<sup>[11]</sup>。其形成并非一蹴而就，而是遵循“气郁为先导，痰凝为核心，瘀结为成形”的渐进式病理链条。其核心病机为“气郁为先导—痰凝为核心—瘀结为成形”，始发在气，肝肺同病，情志不遂，肝失疏泄，一则横逆乘脾（生痰之源），二则循经上逆于肺（贮痰之器）。此时肺之宣降失常，主要表现为胸闷、善太息等功能性气机阻滞，影像学或可无异常。肺为“水之上源”，气滞则津停。当肝郁产生的无形之气，与脾虚产生的有形之痰，在肺络特定空间内相遇，便形成了“痰气互结”的恶性循环。此阶段是结节从无到有的质变节点，亦是半夏厚朴汤干预的最佳窗口期。若痰气胶结不解，进一步阻碍局部血行，致瘀形成。痰、气、瘀三者“如油入面”，最终痹阻肺络，形成CT可见的磨玻璃结节。

## 3 治则探讨

“痰气并治”是阻断“气-痰-结”病理演变的核心策略。基于长安五行气化论，肺结节的形成并非孤立事件，而是“气机失调-痰浊凝结-聚而成结”的动态演变过程<sup>[12]</sup>。卢丽洁

等<sup>[13]</sup>认为“治痰必需治气”，指出气机气化失司是痰浊生成的源头；反之，痰浊作为病理产物，又会进一步阻滞气机，形成“因气生痰，因痰碍气”的恶性循环<sup>[12]</sup>。因此，针对肺结节“形气同病”的特点，单纯治气或单纯治痰难以兼顾复杂病机的演变。本研究主张“痰气并治”，即一方面通过调畅气机以复气化之常，杜绝生痰之源；另一方面通过化痰散结以攻已成之实，清除病理产物。这种基于“调气以绝痰源、化痰以畅气机”的双向调节机制，不仅能够同步改善机体免疫稳态与局部炎症微环境<sup>[12, 13]</sup>，更能有效阻断肺结节向肺癌转化的病理进程，体现了中医“治病求本”的学术思想。

#### 4 选方用药分析

在选方对比上，二陈汤偏于中焦脾胃燥湿<sup>[14]</sup>，柴胡疏肝散偏于肝经肋肋理气<sup>[15]</sup>，二者对上焦肺系病位的靶向性均显不足。唯半夏厚朴汤借苏叶、生姜之轻清宣透，协同厚朴之苦温下气，构建了“外宣内降”的气机通路，契合肺结节“气滞痰凝”的微观环境。

在作用机制上，本方深刻体现了“异病同治”的学术思想。肝脉“上注于肺”，情志抑郁既可致木火刑金，亦能引发肝郁乘脾，终致津液输布失常，聚而成痰，结于肺络。其组方之妙，在于确立“以调气为先，以治痰为本”的干预策略：方中半夏、厚朴为君，辛开苦降，直击气郁痰凝之结；茯苓、生姜为臣，健脾渗湿，杜痰浊生化之源；苏叶为佐使，轻清宣透，引药上行入肺。全方苦辛通降，构建了“外宣内降”之气机通路，精准契合肺结节深在、黏滞的病理环境。这种“温和气化”模式通过重塑津液代谢与气机升降，从根本上切断痰浊生成之源，有效规避了单纯化痰药“治标不治本”及“痰消而气复结”的临床弊端。

在临床应用上，针对兼夹证灵活化裁（如瘀血加三棱、莪术；顽痰加猫爪草、皂角刺），体现了经方“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的科学适应性。

现代药理证实，方中半夏具有显著的抗炎及诱导肿瘤细胞凋亡作用，可干预结节微环境<sup>[16]</sup>；厚朴中的厚朴酚（Magnolol）能调节 Th1/Th2 免疫失衡，改善气道高反应性<sup>[17]</sup>。这从微观层面解释了为何该方能逆转“痰气互结”的病理状态。厚朴酚又能通过线粒体途径诱导肿瘤细胞凋亡，抑制血管生成，从而干预结节的微环境恶变倾向<sup>[18]</sup>。紫苏叶挥发油及提取部位具有止咳、祛痰作用，可促进气道黏液排泄与清除，有助于痰浊的代谢与吸收<sup>[19]</sup>。生姜不仅可以制约半夏毒性，现代研究表明姜辣素可通过抑制生半夏诱发的炎症介质释放、阻断 NF- $\kappa$ B 信号通路活化，减轻黏膜刺激性炎症，达到减毒存效之目的<sup>[20]</sup>。茯苓中的茯苓多糖增强巨噬细胞吞噬活性，上调 IL-1 $\beta$ 、IL-6、TNF- $\alpha$  及 NO 分泌，增强非特异性免疫，防脾虚再生痰湿；总三萜类成分抑制 TPA 诱导的炎症介质释放，减轻局部慢性炎症微环境，协半夏化已聚之痰；其水及醇提取物具剂量依赖性利尿效应，机制与茯苓素激活 Na<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-ATP 酶、拮抗醛固酮受体有关，促进湿浊下泄，健脾渗湿、杜生痰之源；从药理学角度印证茯苓“健脾渗湿、绝生痰之源”从而辅助全方解散痰气互结之功能<sup>[21]</sup>。

#### 5 验案举隅

患者张某，女，60岁，退休，因“体检发现左肺磨玻璃结节2月余”于2025年2月23日就诊于毕节市中医医院肺病科（接诊医师：樊明副主任医师）。基线资料示：患者2024年12月18日胸部CT检查提示左肺下叶外基底段磨玻璃结节，长径约8mm，CT值48HU（Hounsfield Unit, HU），未行穿刺活检；无吸烟史及肿瘤家族史，既往体健。初诊评估示神志清，精神可，主诉咽部异物感，偶有咳嗽，咯少量白黏痰，纳寐可，二便调；查体见舌质暗红、苔腻，脉弦。西医诊断：左肺磨玻璃结节；中医诊断：肺积（痰气互结证）。治拟行气化痰、开郁散结，予以半夏厚朴汤加减：法半夏7g、厚朴7g、茯苓10g、紫苏叶12g、生姜6g、三棱10g、莪术10g、皂角刺10g、猫爪草15g、醋鳖甲15g（先煎）、牡蛎20g（先煎）、桔梗10g、百部10g；每日1剂，水煎取汁400mL，早晚分服，并采用“服14天一停15天”的中药重剂序贯疗法方案以兼顾攻邪与扶正。二诊（2025年3月26日）随访示咽部异物感及咳嗽减轻，唯觉轻度乏力；舌红、苔薄腻，脉弦。考虑攻伐稍过，前方去皂角刺，加党参10g、黄芪20g以健脾益气、扶正托毒，续服。至2025年7月30日复查胸部HRCT（high-resolution computed tomography, HRCT）示：左肺下叶结节长径由基线8mm缩小至4mm，缩小幅度达50%。依据实体瘤疗效评价标准（Response Evaluation Criteria In Solid Tumors, RECIST），评定为部分缓解（Partial Response, PR）<sup>[22]</sup>。咽部异物感、咳嗽等症状基本消失，生活质量显著改善，且实验室监测未见明显肝肾功能损害及严重胃肠道反应。

按语：本案核心病机可概括为“气郁为先导—痰凝为核心—痰结为成形”，其演变路径为：患者老年女性，因情志不遂致肝气郁结，疏泄失常，横逆犯脾则脾失健运、痰湿内生，反侮肺金则肺失宣降、津液不布，终致痰气互结于肺络；久病入络，血行涩滞，痰、气、瘀三者胶结，发为肺积。基于此，治拟“痰气并治，活血通络”，方选半夏厚朴汤加减。组方逻辑如下：君以法半夏、厚朴辛开苦降，燥湿化痰、下气除满，直击“气郁痰凝”之结；臣以三棱、莪术破血行气，皂角刺、猫爪草透络散结，专攻已成之“窠囊”；佐以茯苓健脾渗湿以绝生痰之源，紫苏叶、生姜宣肺疏肝以畅气机，醋鳖甲、牡蛎咸寒软

坚以软化坚结，百部润肺止咳以兼防伏邪。诸药相合，共奏行气解郁、化痰祛瘀之效。在给药方案上，本案采用“服14天一停15天”的序贯疗法<sup>[23]</sup>，契合“冲击—间歇—动态调整”的药理学逻辑：冲击期（14天）集中运用破血软坚之品，旨在短期内形成“药峰浓度”，有效干预结节微环境；间歇期（15天）则鉴于老年患者正气本虚，设置停药间歇（Drug Holiday）以缓解胃肠刺激并激发机体自身免疫清除功能。二诊出现乏力，遂去皂角刺，加党参、黄芪健脾益气，顺应了“扶正固本”原则，实现了从“破血攻邪”到“攻补兼施”的平稳过渡，充分体现了“祛邪不伤正”的治疗智慧。

## 6 适用证与禁忌证

本方案核心适用于痰气互结证患者，辨证要点为主症见咽中异物感、胸闷、善太息，次症见咯痰黏腻、情志抑郁、腕痞纳呆，舌脉呈舌淡红或暗红、苔白腻或黄腻、脉弦滑；影像学特征多为直径 $\leq 15\text{mm}$ 且生长缓慢的磨玻璃或混合性结节，对于实性成分超过50%或CT值 $> 30\text{Hu}$ 的结节，建议先行病理学检查，明确性质后再酌情介入中医药治疗。临床需严格规避禁忌：阴虚内热者禁用，恐温燥之品劫阴助火；气虚证明显者慎用，若需使用须在大剂量益气扶正药（如黄芪、党参）的配伍下酌减破血逐瘀之品（三棱、莪术）；孕妇及备孕期妇女严禁使用，以防堕胎风险；对本品成分过敏者亦当禁用。此外，临床应用必须坚守“中西医结合随访”原则，对于实性成分增加、分叶征、毛刺征明显的混合型磨玻璃结节，不可盲目依赖中药，应严格遵医嘱进行3-6个月的薄层CT复查；长期服用需定期监测肝肾功能，特别是老年患者，应充分利用序贯疗法中的“间歇期”进行生化指标复查，以确保用药安全。

## 7 总结与讨论

本文基于“痰气并治”理论，重新审视半夏厚朴汤辨治肺结节（痰气互结证）的方证逻辑。通过典型验案证实，借厚朴、苏叶“外宣内降”以调气，半夏、茯苓以化痰，配合序贯疗法，能有效缩小磨玻璃结节并改善症状，为经方拓展干预肺结节提供理论与临床依据。未来研究应在规范化辨证基础上，开展多中心、大样本的随机对照试验

（randomized controlled trial, RCT），明确半夏厚朴汤对不同病理性质肺结节的阻断率与逆转率。同时，应结合人工智能（artificial intelligence, AI）影像组学技术，筛选最适宜中药治疗的人群特征，实现更精准的“方证对应”。在机制研究层面，建议建立“痰气互结证”动物模型，从分子生物学层面探讨半夏厚朴汤对相关驱动基因及信号通路的影响，从而为中医药防治早期肺癌提供更坚实的证据链。

## 参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会, 中国肺癌防治联盟专家组. 肺结节诊治中国专家共识(2024年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2024, 47(8): 716-729.
- [2] 武强, 张博友, 孙飞, 等. 多发性肺结节影像学管理现状及进展[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2021, 28(3): 363-367.
- [3] 赫捷, 李霓, 陈万青, 等. 中国肺癌筛查与早诊早治指南(2021, 北京)[J]. 中国肿瘤, 2021, 30(2): 81-111.
- [4] LI D, DENG C, WANG S, et al. Ten-year follow-up of lung cancer patients with resected adenocarcinoma in situ or minimally invasive adenocarcinoma: wedge resection is curative[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2022, 164(6): 1614-1622.
- [5] 李小雪, 蒲红, 尹芳艳, 等. 肺部结节的诊疗新进展[J]. 放射学实践, 2019, 34(5): 578-582.
- [6] 柯明耀, 陈智德, 曾俊莉, 等. 肺磨玻璃结节诊治策略与消融治疗[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2022, 29(1): 11-22.
- [7] 李明, 曹传武, 陈英群, 等. 肺部多发磨玻璃结节中西医结合创新诊疗规范专家共识(2023版)[J]. 肿瘤, 2024, 44(5): 453-464.
- [8] 陈瑜娴, 姚天笑, 潘凤敏. 多发肺磨玻璃结节的临床管理研究进展[J]. 介入放射学杂志, 2024, 33(9): 1034-1038.
- [9] 黎雪, 刘硕, 王学谦, 等. 中医药防治肺结节的优势及思考[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(11): 1814-1817.
- [10] 陈宽, 焦莉, 赵世豪, 等. 肺结节中医辨治研究进展[J]. 世界中医药, 2025, 20(1): 155-159.
- [11] 郁文越, 朱佳, 张传名, 等. 肺结节的中医研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2024, 38(11): 20-23.
- [12] 徐嘉宁, 马战平, 宣妍, 等. 基于长安五行气化“气-痰-结”论治肺结节[J]. 陕西中医, 2025, 46(7): 943-947.
- [13] 卢丽洁, 尹琴, 范存愈, 等. 基于“治痰先治气”理论论治肺结节[J]. 云南中医中药杂志, 2025, 46(11): 21-25.

- [14] 申谭霄, 周庆伟, 薛佳茜, 等. 二陈汤现代临床应用及作用机制研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2025, 27(12): 192-196.
- [15] 谭莹莹, 施明慧, 阮楸婷, 等. 柴胡疏肝散临床应用研究进展[J]. 实用中医药杂志, 2025, 41(1): 215-218.
- [16] 王依明, 王秋红. 半夏的化学成分、药理作用及毒性研究进展[J]. 中国药房, 2020, 31(21): 2676-2682.
- [17] 秦晓颖, 陈文静, 刘玉萍, 等. 和厚朴酚与厚朴酚治疗免疫紊乱疾病及其免疫调控作用研究进展[J]. 中草药, 2024, 55(24): 8602-8612.
- [18] 张琪, 李鹤楠, 王临江, 等. 和厚朴酚的抗肿瘤作用机制研究现状[J]. 系统医学, 2024, 9(5): 190-194.
- [19] 叶超, 陈志莹, 宋源, 等. 紫苏叶提取物对小鼠止咳祛痰作用研究[J]. 吉林医药学院学报, 2024, 45(4): 246-249.
- [20] 靳晓琪, 黄传奇, 张耕. 半夏的毒性物质基础及其炮制解毒机制[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(7): 1717-1720.
- [21] 崔鹤蓉, 王睿林, 郭文博, 等. 茯苓的化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 西北药学杂志, 2019, 34(5): 694-699.
- [22] EISENHAUER E A, THERASSE P, BOGAERTS J, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1)[J]. *Eur J Cancer*, 2009, 45(2): 228-247.
- [23] 王凯, 杨武斌, 谢恩健, 等. 吴伟康教授中药重剂序贯疗法之重剂序贯考[J]. 深圳中西医结合杂志, 2022, 32(11): 60-63.