

从“脾为五脏之使”探析通络散结干预肺结节经验

梁诗蓓¹，金朝晖²

¹湖南中医药大学第一附属医院肺病科（呼吸与危重症医学科）、综合内科 湖南长沙 410007
²湖南中医药大学第一附属医院肺病科（呼吸与危重症医学科）、综合内科 湖南长沙 410007

摘 要：为挖掘中医经典理论指导肺结节诊疗的创新价值，系统总结金朝晖教授辨治肺结节的核心学术经验。本文以《内经》“脾为五脏之使”为理论根基，结合络病学说溯源病机，整理归纳金朝晖教授临证思路，提出肺结节病本在肺脾，病深在络，确立健脾安脏，通络散结的核心治法，以治本清源、通络消结为要，标本兼顾，可有效稳定、缩小肺结节并阻断恶性转化，临床疗效确切。该经验为肺结节中医药个体化、全程化防治提供了新思路。

关键词：肺结节；脾为五脏之使；络病学说；中医药疗法；名医经验
中图分类号：R259 **文献标识码：**A

肺结节是影像学表现为直径≤3 cm 的局灶性、类圆形、密度增高的肺部阴影，不伴肺不张、肺门淋巴结肿大和胸腔积液，呈孤立性或多发性（数量≥2 个）。肺癌仍然是全球发病率和死亡率最高的恶性肿瘤，伴随影像诊断技术迭代和体检普及，肺结节临床检出率持续走高。然而目前良性微小结节仅定期影像学随访，高度可疑恶性结节依赖外科手术，存在创伤、术后复发等问题，更优干预方案还有待探索。

肺结节在中医范畴可归属于“肺积”“息贲”等病证，中医药防治本病已积累诸多临床经验，诸多医家从温阳化气、化痰散结、宣肺理气、补肺攻毒、疏肝理气等角度施治^[4-8]，为肺结节中医诊疗奠定了良好基础。《黄帝内经》所载“脾为五脏之使”理论，揭示了脾作为中州气机枢要、统领五脏精微输布的核心作用，结合络病学说“久积入络”的学术思想，可为肺结节病机溯源与治法优化提供新的思路。

1 中医理论溯源

1.1 “脾为五脏之使”

“脾为五脏之使”出自《黄帝内经》藏象理论核心体系。《素问·太阴阳明论》言：“脾者土也，治中央，常以四时长四脏”。《素问·玉机真脏论》谓：“脾为孤脏，中央土以灌四傍”。脾位居中焦，为气血生化之源、气机升降之枢纽、津液输布之关键，其功能如“枢使”一般，将水谷精微输布五脏、通行经络，维持全身脏腑功能协调。脾与肺为母子相生之脏，脾主运化，肺主气司呼吸，脾气散精，上归于肺，方能充养肺气。若脾气亏虚、运化失司，则五脏失其濡养、气机失其条畅、津液失其输布，进而导致痰浊内生、血行瘀滞，为肺结节的发生奠定根本病机基础。

1.2 “肺积”“息贲”

《难经·五十六难》记载：“肺之积，名曰息贲，在右肋下，覆大如杯。久不已，令人洒淅寒热，喘咳”。此为中医对肺部有形积滞的最早描述，其病位在肺、固定不移、迁延日久特点，与现代肺结节的影像学特征、病程进展高度契合。《金匱要略》进一步提出“积者，脏病也，终不移”，明确肺结节属脏病、本虚标实之证，治疗不可一味攻伐，需以扶正固本、缓消渐散为要，为后世从脾论治、通络散结提供了依据。

1.3 “痰瘀窠囊”与“久病入络”

脾为生痰之源，肺为贮痰之器。金元医家朱丹溪在《丹溪心法》中提出：“痰挟瘀血，遂成窠囊”。痰浊与瘀血互为胶结，形成顽固难消的病理性产物，伏于脏腑脉络，即为“窠囊”，其与肺结节缠绵难愈、不易吸收的病理性本质类似。清代医家叶天士在《临证指南医案》中创立久病入络学说，提出“初病在经，久病入络，久积必入络”。肺结节病程较长，基金项目：湖南省中医药管理局（A2024029）；国家中医药监测统计研究项目（2025JCTJC172）
通信作者：金朝晖 E-mail: 1972978124@qq.com

邪气由气分深入血络，伏于肺之细小络脉，普通行气化痰之品难以直达病所，唯有通络搜剔、软坚散结方能祛除络中伏邪。

2 病机理论阐释

2.1 本虚：脾虚失运，五脏失和

《内经》提到“脾为五脏之使”，金教授认为脾虚是肺结节发病的根本内因。有现代医家认为肺结节的病机是由气到血，再由血到水的变化。从病机源头溯因，脾为气之源，通过运化腐熟水谷，将饮食中的精微物质提取并上输于肺，经肺之宣发肃降而布散周身，从而化生为维系生命活动的宗气、营卫之气。脾气亏虚，运化无权，气血生化不足，肺气失于充养，全身脏腑功能失调，正气亏虚则无力抗邪，邪气易伏于肺，渐而成结。此即“正气存内，邪不可干；邪之所凑，其气必虚”的经典体现。

2.2 标实：痰瘀互结，阻滞气机

有现代医家通过研究发现“湿”和“痰”为肺结节主要病理因素，结合朱丹溪的“痰瘀窠囊”理论，金教授指出痰浊与瘀血是肺结节形成的核心病理产物。脾虚不化津则湿聚成痰，气虚不行血则血停成瘀，痰瘀相互搏结，壅塞肺气，阻滞肺络，日久凝结成有形之结节。

2.3 病深：久积入络，伏邪难除

金教授强调肺络瘀阻是肺结节迁延不愈的关键病位。现代医学下的“久病入络”不仅是传统意义上的疾病后期瘀滞状态，还是早期病理产物存于络脉之中但症状不显的疾病早期阶段，而“络息成积”是病情恶化的原因，这与肺结节的发展相契合。结节深伏于肺之细络，邪深痼结，非通络之品不能透达，非健脾之法不能断其根源，故临床多见结节反复、难以速消。

3 辨证施治与用药特色

3.1 分型论治

金教授辨治肺结节，紧扣本虚标实之机，以健脾益气、固护中州为治本核心。脾虚则运化失权，水谷不归正化而聚为痰湿，痰湿上贮于肺，气虚无力行血，日久痰瘀胶结，发为肺积。针对神疲乏力、纳差便溏、气短易感、舌淡苔白、脉细弱等肺脾气虚见症，始终以脾胃经典方化裁，培土生金贯穿全程。痰湿内盛、肺脾两虚者，以六君子汤为主，重用黄芪、党参、炒白术、茯苓，健脾益气、燥湿化痰；大便溏薄、脾虚湿盛者，参苓白术散化裁，重用薏苡仁（30 g）、山药健脾渗湿；反复感冒、卫虚易感者，六君子汤合玉屏风散补肺健脾，益气固表；口干咽燥、气阴两虚者，参苓白术散合生脉饮，加北沙参、麦冬益气养阴、润肺护络。

脾虚日久，痰湿内壅，气滞血瘀，则见咳嗽痰多、胸闷胸痛、痰粘难咯、舌暗苔腻、脉弦滑等痰瘀互结之征。秉承朱丹溪“痰挟瘀血，遂成窠囊”之旨，化痰与活血并举、行气与散瘀同施。咳白稀痰、痰湿蕴肺者，二陈汤为基，改化橘红增化痰之力，配当归、川芎活血行滞；咳黄稠痰、痰热郁肺者，清金化痰汤化裁，加桑白皮、黄芩、瓜蒌皮清热化痰、散结宽胸；胸痛固定、痰热结胸者，小陷胸汤加减，黄连、半夏、瓜蒌皮清化痰热、疏通胸络；焦虑胁胀、肝郁气滞者，二陈汤合柴胡疏肝散，可加橘核、香附疏肝理气、解郁散结，气行则痰瘀自消。

若痰瘀久羁，由气及血、由经入络，见结节久留、胸痛固定、舌有瘀斑、常规方药难消，非寻常草木所能攻达。在健脾安脏的基础方上，遵循叶天士“久病入络”之论，取辛香通络与虫类搜剔相伍，务使药力直达肺之细络。丝瓜络、郁金等辛香通络，配桔梗引药入肺，疏通络脉气滞；地龙、僵蚕、土鳖虫、全蝎等虫类搜剔，走窜破结，松动痼积；皂角刺、莪术、石见穿、三棱等透结引经，引领诸药直达病灶。三法递进，培土生金固其本，化痰活血挫其势，辛香虫类拔其根，标本兼顾，使痰瘀得化、肺络渐通，结节自可徐徐消散。

3.2 辨证辨体加减

咽痒咳嗽、风邪恋肺者加防风、蝉蜕、辛夷，祛风利咽，抑制气道过敏炎症；阴虚肺燥、干咳少痰者加麦冬、百合、玄参，养阴润肺，修复肺黏膜损伤；眠差多梦、心神不宁者加酸枣仁、茯神、石菖蒲，宁心安神，调节自主神经功能；食积腹胀、纳呆口臭者加山楂、鸡内金、厚朴，消食和胃，改善胃肠动力。针对肺结节痰瘀郁久化毒、高危结节易恶变特点，结合影像学特征，选用软坚散结、清热解毒药物，以稳灶、缩结、防变为核心目标。对于边界不清、质地偏实的结节，可用煅牡蛎、夏枯草、猫爪草、山慈菇缓消癥积；对于高危结节、痰热郁毒类型，可用蒲公英、重楼、臭牡丹、白花蛇舌草清热解毒、阻断恶变。

3.3 用药禁忌

遣方用药时不可单用峻烈破血、苦寒泻下之品，避免伤脾耗气；忌滥用人参、鹿茸等峻补药材，防止壅滞中焦、助长病邪。从体质角度，脾胃虚寒者慎用瓜蒌皮、黄连等苦寒药，忌用大量寒凉解毒药、寒凉滋腻类药物；阴虚火旺者禁用温燥化痰药。对于一些特殊人群，用药也需谨慎，如低血压人群慎用夏枯草。孕妇忌用莪术等破血药，禁用土鳖虫、皂角刺等破血搜剔之品；月经过多者禁用土鳖虫、皂角刺等破血搜剔药；有出血倾向者慎用虫类药材。在服药期间同时需注意饮食忌口，忌食白萝卜、绿豆，以免削弱健脾药效；少食牛羊肉、海鲜、烟笋等发物。

4 病案举隅

钟某，女，53岁，2025年7月16日初诊。主诉：发现肺结节3月。患者于2025年4月11日体检发现肺结节，外院胸部CT提示：1.左乳腺癌术后改变；2.右肺中外段新增结节，性质待定，转移瘤可能；3.余双肺散在小结节大致同前；4.右中肺及左上肺新增少许慢性炎症或节段性肺不张，西医诊断为肺结节，建议3个月后复查胸部CT。完善胸部CT提示：1.左乳腺癌术后改变；2.双肺散在结节，较大者为右肺中叶外段实性结节，大小约6 mm×7 mm，LU-RADS 2类；3.右中肺及左上肺少许慢性炎症。刻下症见：神疲乏力，偶有干咳少痰，胸闷不舒，纳食偏少，饭后脘腹胀满，大便黏腻不爽，小便调。舌暗边有齿痕，苔白腻，脉弦滑。西医诊断：肺结节；中医诊断：肺积（肺脾两虚、痰瘀互结证）。方以健脾化痰、散结消肿为法。处方：党参10 g，茯苓15 g，白术10 g，陈皮6 g，法半夏10 g，浙贝母15 g，蒲公英15 g，皂角刺10 g，金荞麦15 g，莪术10 g，甘草3 g，山楂10 g，臭牡丹10 g，石见穿10 g，猫爪草10 g，橘核10 g，10剂，日一剂，早晚温服。

二诊（2025年7月30日）：药后胸闷稍减，稍咳嗽，无咳痰，纳食较前改善，二便调，舌淡红苔白，脉滑。原方加白前10 g，14剂，日一剂，早晚温服。

三诊（2025年8月14日）：基本无咳嗽，纳可，入睡困难，二便调，舌淡红苔薄白，脉滑。处方：党参10 g，茯苓15 g，白术10 g，川芎10 g，知母10 g，酸枣仁10 g，蒲公英15 g，皂角刺10 g，猫爪草10 g，莪术10 g，臭牡丹10 g，石见穿10 g，白花蛇舌草10 g，橘核10 g，土鳖虫10 g，甘草3 g，百合10 g，14剂，日一剂，早晚温服。

四诊（2025年8月28日）：晨起咽痒，余无特殊不适，纳寐可，二便调，舌淡红苔薄白，脉缓。询问无虾蟹过敏史后，原方加蝉蜕6 g，14剂，日一剂，早晚温服。

五诊（2025年9月12日）：无不适，纳寐可，二便调，舌淡红苔薄白，脉和缓。处方：党参10 g，茯苓15 g，白术10 g，蒲公英15 g，皂角刺10 g，猫爪草10 g，莪术10 g，三棱10 g，橘核10 g，臭牡丹10 g，土鳖虫10 g，石见穿10 g，白花蛇舌草15 g，红景天10 g，甘草3 g，14剂，日一剂，早晚温服。

回访：患者坚持服药至2025年9月28日，于2025年9月30日在最初发现肺结节的某三甲医院体检，胸部CT提示：（对比2025年4月11日老片）1.左乳腺癌术后改变同前，未见明显复发征象；2.右肺中外段实性结节未见显示；3.余双肺散在小结节大致同前；4.右中肺及左上肺少许慢性炎症较前吸收。嘱清淡饮食，忌发物，畅情志，年度随访。

按语：本案患者为中年女性，左乳腺癌术后正气本虚，脾虚失运，脾失“灌四傍”之功，则肺气失养，水湿不化聚而为痰，痰阻气滞日久则瘀血内生，痰瘀胶结、深入肺络，渐成肺积结节；脾虚气血生化不足则神疲乏力、纳食偏少；脾失健运则饭后脘腹胀满、大便黏腻；痰瘀阻肺、肺失宣降则胸闷不舒、干咳少痰；舌淡胖边有齿痕、苔白腻、脉弦滑，皆为脾虚失运、痰瘀互结肺络之征。辨病为肺积，辨证为肺脾两虚、痰瘀互结证，治以健脾

10.12201/bmr.202608.00046V1

安脏，通络散结。初诊以六君子汤（党参、茯苓、白术、陈皮、法半夏、甘草）健脾为基础，以浙贝母为核心，加猫爪草、橘核化痰软坚，加蒲公英、臭牡丹、金荞麦清热解毒兼顾炎症，加莪术、石见穿、皂角刺活血破瘀、消癥散结，山楂、甘草健脾和中。全方扶正与祛邪并重。二诊药后胸闷减，仅余轻微咳嗽，加白前宣肺止咳，守主方微调。三诊咳嗽已消，脾虚渐复，但久病入络，兼见入睡困难，加土鳖虫等虫类药搜剔络邪，白花蛇舌草清解络毒，另加酸枣仁、百合、知母养心安神，川芎活血行气，标本同治。四诊晨起咽痒属风邪犯肺，无虾蟹过敏史，加蝉蜕祛风利咽，仍守健脾通络核心。五诊诸症悉平，正气渐充，加三棱增强破瘀消癥，红景天益气活血、补肺健脾，巩固扶正祛邪之功。患者复诊右肺中外段最大实性结节消失，余小结节大致同前，炎症范围缩小，疗效评价显效。

5 小结

金教授辨治肺结节，以“脾为五脏之使”为理论核心，结合大量临床观察，抓住脾虚、痰瘀、络阻三大核心病机，确立健脾安脏，通络散结的治疗法则，健脾安脏即恢复脾之枢机功能，充养肺气、调和五脏，断绝痰瘀化生之源；彰显整体观，跳出“见肺治肺”的局部思维，以脾为全身气机枢要，兼顾五脏调和，体现了中医整体观念、治病求本的核心思想，从根源上阻断结节发生发展的病理链条。通络散结即疏通肺络、搜剔伏邪、软坚消积，消散已成之结节，阻断结-癌转化。肺结节深伏肺络，缠绵难愈，唯有通络方能透达病所散结。金教授将久病入络理论与临床实践结合，用药注重辛香入络、虫类搜剔，精准靶向结节病位，弥补了常规行气化痰治法的不足。健脾以固本，可扶正抗邪、预防结节进展；散结以祛邪，可缩小病灶、阻断恶变。二者结合，形成了独具特色的肺结节诊疗体系，其诊疗方案经长期临床验证，可在一定程度上放缓结节发展进程、减少恶性转化潜在风险，亦有助于促进部分结节缓渐消散，为肺结节患者提供了安全有效的非手术治疗选择。

参考文献

[1]《多发性肺结节中西医结合诊疗专家共识》编写组,北京中医药大学东直门医院肺病优势专科联盟. 多发性肺结节中西医结合诊疗专家共识(2025版)[J]. 北京中医药大学学报,2025,48(11): 1619-1628.

[2]周娟,张育东,周清华,等. 肺结节精准管理专家共识（2026年版）[J]. 中国肺癌杂志,2026,29(5): 315-331.

[3]林丽珠,孙玲玲. 肺结节中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药,2025,20(10):1644-1652.

[4]张俊红. 从“阳虚痰凝”理论论治肺结节[J]. 中国中医基础医学杂志,2025,31(10): 1830-1833.

[5]张露,黄思敏,王玉等. 韩明向以治气为纲论治肺结节经验举隅[J]. 时珍国医国药,2025,36(8): 1557-1561

[6]刘向阳,徐飞,李畅,等. 张伟从“瘀毒”论治肺结节经验[J]. 山东中医杂志,2025,44(11): 1182-1186

[7]马晓勿,赵欣,马建岭等. 从《黄帝内经》“思则气结”理论辨治肺结节[J]. 现代中医临床,2025,32(5): 49-53

[8]刘丽敏,王瑶瑶,周燕萍. 基于“肝主肺从”理论浅谈肺结节的辨证施治[J]. 时珍国医国药,2025,36(17): 3316-3319.

[9]陈美莲,吴巧敏. 基于“初为气结在经,久则血伤入络”理论辨治肺结节[J]. 河北中医,2025,47(7): 1206-1209

[10]陈美池,姜朋媛,褚雪镭,等. 242例肺结节患者中医证素特征分析[J]. 辽宁中医杂志,2025,52(1): 1-5.

[11]梁天宇,王玥慧,刘殿娜,等. 基于久病入络理论探讨肺结节的防治[J]. 辽宁中医杂志,2025,52(1): 28-30.

[12]张金华,邱俊娜,王路,等. 夏枯草化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药,2018,49(14): 3432-3440.