

本文引用: 李晓丽, 郝守江, 张小迎, 郝淑兰, 刘丽坤. 刘丽坤从“虚、滞、毒”角度调治晚期肺癌合并阻塞性肺炎[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(6): 1265–1270.

刘丽坤从“虚、滞、毒”角度调治晚期肺癌合并阻塞性肺炎

李晓丽^{1,2}, 郝守江^{1,2}, 张小迎², 郝淑兰², 刘丽坤^{2*}

1. 山西中医药大学, 山西 太原 030024; 2. 山西省中医药研究院肿瘤科, 山西 太原 030012

〔摘要〕 肺癌合并阻塞性肺炎是由于肿瘤压迫、分泌物滞留及机体免疫力下降等因素引起的远端肺实质感染, 抗肿瘤药物与敏感抗菌药物双重使用作为当前主要的治疗手段, 仍会出现耐药或反复感染。中医药协同西医疗法在控制病情进展与改善患者长期预后方面发挥不可替代的协同作用。刘丽坤教授强调, 晚期肺癌合并阻塞性肺炎以肺元亏虚、宣肃功能废弛为发病之根本。中州衰惫, 土不养金; 肝气逆乱, 气机升降失序, 皆可导致肺治节无权。其中痰瘀浊邪停聚为病势加重的关键, 虚实夹杂、积久酿毒为本病之标。刘丽坤教授主张以“枢机—气机—络机”通调法, 肺、脾、肝同治, 运用柴芍六君子汤合补肺汤化裁补虚泻实, 治宜培土生金、清通开宣、涤痰化瘀, 截断病势, 恢复肺之宣肃治节的生理功能, 临床力专效宏。附验案一则, 以臻同道。

〔关键词〕 肺癌; 阻塞性肺炎; 虚、滞、毒; 宣降治节; 肺脾肝通调

〔中图分类号〕 R256.1

〔文献标志码〕 A

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.06.025

LIU Likun's regulating treatment of advanced lung cancer complicated with obstructive pneumonia based on the "deficiency, stagnation, and toxin" deficiency and excess concepts

LI Xiaoli^{1,2}, HAO Shoujiang^{1,2}, ZHANG Xiaoying², HAO Shulan², LIU Likun^{2*}

1. Shanxi University of Chinese Medicine, Taiyuan, Shanxi 030024, China; 2. Department of Oncology, Shanxi Provincial Institute of TCM, Taiyuan, Shanxi 030012, China

〔Abstract〕 Lung cancer complicated with obstructive pneumonia is a distal lung parenchymal infection caused by tumor compression, secretion retention, and decreased immunity. Although the combined administration of antineoplastic agents and sensitive antibacterial drugs is the current mainstay of treatment, drug resistance or recurrent infections still occur. Integrated Chinese medicine (TCM) and Western medicine plays an irreplaceable synergistic role in controlling disease progression and improving long-term outcomes. Professor LIU Likun emphasizes that for advanced lung cancer complicated with obstructive pneumonia, the root lies in deficiency and exhaustion of lung primordial qi and the failure of the lung's diffusing and descending functions. Debility of the middle energizer (spleen–stomach) results in failure of earth (spleen) to nourish metal (lung); liver qi reversal and chaos lead to disordered ascent and descent of qi movement. Both can cause the lung to lose its management and regulation, allowing phlegm, blood stasis, and turbid pathogens to accumulate—the key to disease aggravation. Intermingled deficiency and excess with prolonged accumulation brewing toxin constitute the manifestations of the disease. Professor LIU advocates a "pivot–qi movement–collateral" regulation method to simultaneously treat the lung, spleen, and liver, applying modified Chaishao Liujunzi Decoction

〔收稿日期〕 2025–11–10

〔基金项目〕 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函〔2022〕75号); 国家中医药传承创新中心的建设项目(202203)。

〔通信作者〕 * 刘丽坤, 女, 主任医师, 二级教授, 博士生导师, E-mail: llkun133@126.com。

combined with Bufe Decoction to tonify deficiency and purge excess. The treatment principles are tonifying the spleen and benefiting the lung, clearing, unblocking, and diffusing the lung qi, and cleansing phlegm and transforming stasis, thereby truncating disease progression and restoring the lung's physiological functions of diffusion, descent, management, and regulation, achieving substantial clinical efficacy. A clinical case is appended for the reference of fellow practitioners.

〔**Keywords**〕 lung cancer; obstructive pneumonia; deficiency, stagnation, and toxin; diffusion, descent, management, and regulation; lung-spleen-liver holistic regulation

最新数据表明,肺癌是中国恶性肿瘤发病和死亡的首位原因^[1]。肺癌伴阻塞性肺炎是肺癌患者常见的并发症之一,指肺部肿瘤生长阻塞支气管,导致远端肺组织继发感染性炎症的病理状态,多见于鳞状细胞癌和肺门区域肿瘤的患者^[2]。患病率在晚期肺癌患者中高达40%~55%,30 d内死亡率达30%^[2]。临床表现以咳嗽加重、脓痰、发热及呼吸困难等症状为主^[3]。其病理机制与气道阻塞、炎症反应、免疫功能紊乱和肺部微生物组失调等各个环节相互作用有关^[4],所引发的持续性气道炎症可诱导支气管上皮-间充质转化及微环境重构^[5],重构的炎性微环境通过释放细胞因子进而加剧转化进程,形成促进肺癌发生发展的恶性循环^[6-7]。目前,抗感染序贯化疗或纤维支气管镜高频电刀介入治疗作为主要方案,能有效解除晚期肺癌阻塞性肺炎临床症状^[8-9]。常规治疗中侧重于局部病灶处理,难以全面调节宿主全身免疫及炎症反应状态,易导致病情反复。中医药辅助治疗在此背景下体现出其独特的及时性与必要性。依据其临床症状,现代医家多将其归属于中医学“咳嗽”“喘证”“肺胀”“肺癰”范畴。

刘丽坤教授,山西省名中医,山西省中医院肿瘤科主任,全国第二批优秀中医临床人才,第六、第七批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师。刘丽坤教授从中医“虚、滞、毒”角度补虚泻实辨治晚期肺癌合并阻塞性肺炎,重视培土生金调枢机治本,兼顾调肝理肺畅气机、涤痰通络祛瘀毒治标,三脏同治三机同调。现将刘丽坤教授相关临床经验总结如下。

1 肺、脾、肝功能失调,“虚、滞、毒”合而为病

晚期肺癌合并阻塞性肺炎由肺、脾、肝三脏功能失调,“虚、滞、毒”合而为患,共同促进病情进展。刘丽坤教授指出,肺元亏虚,宣肃功能废弛,此为发病之根本。病势加重的关键在于虚实互结,一则中州衰惫,脾胃枢机失运,土不养金,浊阴壅滞,肺失治

节,此属虚阻;二则肝气郁滞亢逆,木火刑金,气机升降失序,肺宣肃失司,此属实阻。虚实夹杂,终致肺络被痰瘀室塞,积久酿毒,此为病之标,症于外可察。

1.1 肺元亏虚,痰瘀室塞,致肺宣肃废弛

《医贯·形景图说》载:“肺叶白莹,虚如蜂巢,下无透窍,吸之则满,呼之则虚,一呼一吸,消息自然,司清浊之运化,为人身之橐籥。”肺为五脏之华盖,宗气之化源,主司清浊运化,其统帅与调节功能的健全,直接关系宗气的盛衰、卫外的强弱、水道的通利及全身气机的调畅。《养老奉亲书·医药扶持第三》载“年老之人,萎瘁为常”,体衰年老,脏腑机能萎瘁,四肢百骸功能衰退。继则癌毒潜伏日久,耗液伤血,元气化生不足,正气渐衰,损伤肺脏,盖《咳论经旨·肺手太阳经病证第七》所言“肺伤者,其人劳倦,则咳唾血气”。正怯肺弱,攻伐难任,《素问·评热病论篇》云:“邪之所凑,其气必虚。”肺虚者更易为外邪所乘致肺络损戕转剧,放疗所产生的“火毒”“热邪”易灼伤肺络,耗伤肺津,化疗的“药毒”在祛邪的同时损伤脾胃,阻碍气血生化,且毒邪内攻,直伤肺之气阴^[10]。正虚、癌毒、药损互为因果,共同导致肺元亏虚,成为发病的内在基础。

《血证论·卷二·吐血》言:“肺为华盖,外主皮毛,内主制节,肺虚则津液枯竭,喘咳痰燥诸证作焉。”肺者相傅之官,肺元亏虚令肺失治节,则其功能宣肃几废。《医林改错·论抽风不是风》有云:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀。”刘丽坤教授将肺归于多气少血之脏,今肺气不足,津液输布失常,气血运行障碍,痰瘀相搏,室塞气道;或津亏失于濡润,阴不制阳,虚热内生,燥热灼津成痰,阴虚血涩成瘀,痰瘀互结,阻滞肺络^[11]。临床症见咳喘气促,动辄尤甚,气虚者声低气怯,痰白清稀;阴虚者干咳、咽干声嘶,痰少质黏或带血丝,伴低热午后明显或骨蒸潮热,夜汗濡衣,胸闷隐痛,神疲懒言。此为肺气亏虚、清肃失司,或虚火灼金、痰瘀痹阻,亟当益气养阴、涤痰通络以复宣降之机。

1.2 中州衰惫,浊阴壅滞,令肺治节失权

《医学说约·脾胃》云:“脾为五脏之源,胃为六腑

之海,纳受能盛,动化常健,中州建而百病不生。”脾胃健旺则纳运如常,中气斡旋有权。脾土为肺金之母,若脾胃虚弱,土不生金,母病及子,致肺失濡养,此即《症因脉治·气虚咳嗽》“脾伤则土不生金,肺伤则气怯喘嗽,此子母俱病,而成气虚咳嗽之症也”。因此,脾失健运,痰湿内生,夹热化燥,实邪壅肺,肺气郁闭。津液凝聚为痰,血行不畅成瘀,痰瘀阻肺,浊毒留滞。气虚为阳虚之渐,阳虚为气虚之极,气与阳是密不可分,日久阳气亏虚则温煦失职、寒从中生。《孤鹤医案·症案》言:“脾阳中虚,气弱则寒,土不生金,肺气亦弱,向患喘咳,痰滞上膈。”中土失温,痰瘀胶结难化,浊阴僭逆上干于肺,治节不行,则诸窍闭塞,盖《医林改错·脏腑记叙》所谓“肺气壅遏,其息必促”之义,终成虚中夹实之顽疾。临床症见咳唾稀白痰涎,动辄喘促气短,畏寒低热,兼纳呆脘冷,便溏,完谷不化,肢凉溺清,舌淡胖润苔白滑;郁热明显者可见痰转黄稠,口干黏不欲饮。此为中州失运致土不生金,浊阴壅肺,治节无权,亟当崇土运脾、涤痰通阳以复肺之宣肃。

1.3 左亢右折,气机失序,使肺通调板滞

《脉诀汇辨·脉位法天地五行论》言:“肝属木居左,亦在东也。肺属金居右,亦在西也。”肝木性升散,凡上升之气,自肝而出;肺金性肃降,凡下降之气,自肺而行^[12]。刘丽坤教授强调肝与肺生理上密切相连,具有协同作用。肝喜条达而恶郁遏,性情拂逆不遂则郁,肝气郁滞则枢机不利,木不疏土,土壅生痰,气滞津停,聚湿成痰。《中风斟论·卷第一》言:“五脏之性,惟肝为暴,合德于木,动辄生风,且其气左升,刚果用事,苟不顺其条达之性,则横逆恣肆,一发难收。”五脏受气于其所生,传之于其所胜,盖肝气升发贵乎冲和,若郁勃太过,则左升无制,横逆乘肺,肺金受木火之刑则肃降失司,气逆不降,津液不布,化而为痰。脏腑代谢所生之“痰浊”本应随肺之宣降而出,今排解无门,尽数壅阻肺络,碍其宣降之机,精气不布,浊气不降,反聚而成害。加之药毒施治,不辨善恶,既杀邪气,亦伤正气,致痰瘀浊邪崩解为腐肉败血停积于肺^[13]。既不得随咳而出,又不得从血而化,闭塞气道愈甚,反为病原微生物提供滋生之所,致感染反复难愈、耐药频生。积久化热,热毒壅盛,旧邪未去,新毒复生。灼腐肺叶,终致肺痈内生,此正如《金匱要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治第七》所言“热之所过,血为之凝滞,蓄结痈脓”。临床症见呛咳阵作,痰黏色黄或带血丝,胸痛喘促身灼;伴胁

痛口苦、目赤躁怒、舌边红苔黄。此为木横金乘,枢机室塞致肺失节宣,亟当清肝肃肺、宣郁通痹以复气机升降。

2 “枢机-气机-络机”通调法辨治晚期肺癌合并阻塞性肺炎

运枢机以启其端,调气机以畅其流,通络脉以成其终,由表及里,由气入络,层层递进。刘丽坤教授以“枢机-气机-络机”通调法辨治晚期肺癌合并阻塞性肺炎,主张运用柴芍六君子汤合补肺汤化裁治之。其核心在于协同增效:一是通过培土助金、辛开苦降之法衡运中州枢机,健运脾胃以资肺气;二是以清通开宣、轻清疏泄之策燮理肝肺气机,复其宣降之职;三是借涤痰化瘀、截断伏传之功通畅肺络燮机,祛除有形病理产物以截断病势。标本兼顾,旨在改善肺功能并控制病情发展。

2.1 培土助金,辛开苦降:衡运中州枢机

《灵枢·营卫生会》言:“人受气于谷,谷入于胃,以传与肺,五脏六腑皆以受气。”脾气以升清为本,脾升则水谷精微上输于肺以充宗气。《灵枢·经脉》言:“肺手太阴之脉,起于中焦,下络大肠,还循胃口。”肺经本自中焦发起,与胃直接相通,胃气以通降为顺,胃降则肺气有下行之路。脾胃中轴运转如常,肺的宣发肃降功能才有赖以依凭的生理基础^[14]。肺元亏虚者攻之恐正气不支,补之虚实积愈增,务必攻补得宜,实积去而正安,枢机复常^[15]。《石室秘录·正医法》言:“治肺之法,正治甚难,当转治以脾,脾气有养,则土自生金。”甘温培土生金法,方中参芪同用,等分四君补气健运中焦,即《慎斋遗书·用药权衡》所言“四君子汤等分用之谓之养,等分均平,不攻不入,故云养”之义。刘丽坤教授选清半夏、陈皮味辛性温化痰除湿,配伍木香、砂仁复脾升清之职;佐以熟地黄、当归金水并调,以滋化源。脾阳虚者酌加干姜、肉桂强化温煦中州之力,使阳气得振则寒自除,助脾阳以化阴凝。诸药相协,中焦复健则枢机得运,使痰湿化而气血生,肺肾得充则宣降有度而喘咳平。《灵素节注类编·方制治法篇》言:“金为肺气,其郁者为喘逆,为胸满,故当用辛开苦降以泄之。”刘丽坤教授取辛味之品宣通肺窍,开泄腠理,畅达气机以解郁闭;合苦味之药肃降肺气,清泄壅热,导浊下行而平喘满。二者协同,辛开助肺气宣发以布散津气,苦降促肺气肃降以通调水道,既分消上下之势,又复肺主宣肃之职,终使郁开气顺,喘满自平,常用配伍清半夏-杏

仁、黄连-干姜、桔梗-黄芩、紫苏子-桑白皮之属调理肺金气机、疏通壅滞,整方用药补而不滞,合补养之品疏而不损。

2.2 清通开宣,轻清疏泄:燮理肝肺气机

《素问·六微旨大论篇》言气机之本:“非出入则无以生长壮老已,非升降则无以生长化收藏。”升降出入四字,肝肺各司其半:肝主出、主升,肺主入、主降。二者协调,则一身之气周行不殆,营卫和调,津液布散,百脉通利。肝肺为气机升降之外轮,龙虎回环以成生化,以脾胃为中轴,形成“中轴运转,四轮环行”的整体气化格局^[6]。《丹溪心法·六郁》言:“气血冲和,万病不生,一有拂郁,诸病生焉。”机体气机条达,乃致和平。肝肺之气调,则诸气皆可调;肝肺之气乱,则诸气皆可乱,肝与肺病理上相互累及、一损俱损^[7]。肺金本具肃降之性,与肝木升发之气形成动态平衡,肝升肺降,升降得宜,相辅相成,通调全身气机。补肺汤中人参、黄芪大补肺脾元气,辅以五味子酸收敛肺,既助固表,又防辛散耗气,与君药成散收相济之妙。配伍桑白皮泻肺平喘、紫菀化痰止咳,使补中有泻,补不壅滞,泻不伤正;柴胡、白芍散中寓补,补中寓散;加用花类药(绿萼梅、款冬花、玫瑰花),其性质轻气香顺应肝性,有柔肝疏郁、缓急止痛之功,既防木旺乘土,又助气机条达。木火刑金、肝亢者,增佐金平木之品,酌加黄芩、栀子清泻肝肺之热;配牡丹皮凉血散瘀,防火灼络;入夏枯草、青黛清肝降火以制亢阳;更佐生牡蛎潜镇肝阳,敛火下行。使肝火得降则肺金自宁,木不刑金而喘咳得缓。整体用药补肺益气、固表敛肺以治其本虚;调和肝木,既解肝气之郁遏,防其横逆乘肺,又助肺气之肃降,共成抑木清金、肺肝同治之局,杜绝痰瘀内生,而抵御外邪,防止成病。

2.3 涤痰化瘀,截断伏传:通畅肺络燮机

《灵枢·脉度》言:“经脉为里,支而横者为络,络之别者为孙。”肺经自肺系横出腋下,肺脏布张如叶举,其分支、细络则如网罟般散布于肺叶之内。《灵枢·小针解》言“络脉之渗灌者也”,吸入之清气经肺络有所归,宗气化生有所归^[8]。清气通过肺络与营血相合,浊气经肺络排出体外。肺体组织的濡养与修复,清浊的交换,全赖肺络之渗灌无碍。气不布津,则清者难升,浊者难降;气不行血,则新血不生,败血不去。黏浊之痰与瘀败死之血相互胶结,深伏肺络^[9]。正如《丹溪心法·痰十三》所言:“自郁成积,自积成痰,痰挟瘀血,遂成窠囊。”痰瘀非但阻滞气血津液运

行,更直接损伤肺体使肺络失畅、肺叶失养。痰盛在上者,因势利导,薏苡仁、冬瓜仁助其稀释溶解,并增强纤毛运动使之从气道咳吐而出;在下者,分消走泄,瓜蒌、大黄通腑泄浊,予邪以出路。丹参、桃仁等活血通络之品,改善肺络瘀滞,加速败腐之物吸收运化,瘀去则新生,为组织修复创造条件。叶天士《临证指南医案·治左胁症医案》载“攻坚垒,佐以通络,是络病大旨”,《素问·至真要大论篇》载“坚者削之,结者散之”。非法不可治,若不及时截断病势,由于痰湿黏滞,易阻碍气机,内蕴化火,煎灼津血,则血瘀更甚。血瘀津停,瘀久化毒,瘀毒郁而化热,则痰热更炽,肺积实证者后期痰热瘀毒胶着难解。盖《医宗金鉴·订正仲景全书金匱要略注》所言:“积者藏病,无时不有,不移其处也。”日久停积于其他脏腑、经络、血脉等至虚之处,促使肿瘤从无形到有形,从局部到全身,进入疾病恶化的恶性循环,加用清热解毒之品联合虫类、介石类药物以攻毒抑癌。刘丽坤教授常用角药配伍鳖甲-僵蚕-浙贝母、石见穿-石上柏-穿山龙-龙葵-藤梨根-金荞麦、莪术-生龙骨-生牡蛎等软坚散结。刘丽坤教授强调忌投大量寒凉峻猛药物,当减少戕伐,以中病即止、扶正御邪为治疗原则:其一,患者不耐攻伐,寒凉有伤脾阳之弊;其二,寒性收引,使痰瘀凝结更甚。全方需佐以温阳健脾之品,寒温并用,顾护脾胃。

3 验案举隅

杨某,男,71岁。初诊:2025年1月6日。主诉:反复咳嗽、咳痰2月余。现病史:患者于2024年11月初因反复咳嗽、咳痰于山西省肿瘤医院入院检查,全身PET/CT示:右肺上叶前段开口处高代谢灶(2.6 cm×3.2 cm),考虑肺癌可能性大;右肺上叶前段及尖段部分阻塞性肺不张炎症(炎症较明显);双肺多发微小结节,未见代谢增高,考虑硅肺可能性大;双肺门及纵隔内多发代谢增高淋巴结,考虑转移;双肺肺气肿、肺大泡;颈段气管、右肺中叶气管局限性狭窄(良性)。2024年11月21日气管镜病理活检:(右上叶前段支气管)鳞状细胞癌,另于炎性渗出物中见挤压细胞,细胞结构欠清;免疫组化:P40(部分+),P63(部分+),CK5/6(+),CK7(+),NapsinA(-),TTF-1(-),Ki67(肿瘤细胞增殖活性约30%),P53为突变型表达。2024年12月1日、2024年12月24日分别化疗联合免疫治疗2周期(具体不详)。2024年12月27日复查胸部CT平扫:右肺上叶前段支气管

闭塞,并右肺上叶前段肺不张、支气管黏液嵌塞,右肺上叶多发索条、结节影(2.1 cm×3.0 cm),考虑右肺上叶肺癌伴肺不张、阻塞性肺炎可能;纵隔及双肺门多发稍大淋巴结(较大者短径约1.3 cm);双肺弥漫微小结节,结合病史考虑硅肺;双肺肺气肿,右肺上叶肺大泡。2周期后疗效部分缓解。2025年1月开始,患者及其家属因2周期化疗后出现全身不适、纳差、乏力,拒绝后续治疗。为求中医治疗,遂至山西省中医药研究院刘丽坤教授门诊就诊。既往史:2型糖尿病病史6年余。刻下症见:精神差,神疲乏力,咳嗽喘促,咳痰,色白量多,痰易咳出,纳差,入睡困难,寐浅易醒,大便不成形,日行1次,夜尿频。舌淡,苔白,脉沉无力。西医诊断:右肺恶性肿瘤(T2aN3M0 III B期);纵隔及双肺门淋巴结继发恶性肿瘤;恶性肿瘤化学治疗后;恶性肿瘤免疫治疗后;阻塞性肺炎;肺不张;硅肺。中医诊断:肺癌(肺脾两虚,痰瘀互结证)。治法:补脾益肺,行气活血,解毒散结。予以柴芍六君子汤合补肺汤加减:党参30 g,苍术10 g,茯苓30 g,清半夏20 g,陈皮10 g,木香10 g,砂仁10 g,桂枝15 g,白芍15 g,僵蚕20 g,黄连6 g,肉桂6 g,紫菀15 g,当归10 g,黄芪50 g,女贞子30 g,黄精20 g,酸枣仁30 g,石见穿30 g。15剂,日1剂,水煎200 mL,分早晚两次饭后服。

二诊:2025年2月14日。患者精神一般,新见头痛头晕,神疲乏力较前减轻,咳痰量少,余症基本同前,舌淡苔白,脉沉弦。中医辨证、治法同前,予以柴芍六君子汤合当归黄芪汤加减:党参30 g,苍术10 g,茯苓30 g,清半夏10 g,陈皮10 g,木香10 g,藿香10 g,石决明10 g,石菖蒲20 g,郁金20 g,黄连6 g,肉桂6 g,焦神曲20 g,麦芽15 g,当归10 g,黄芪30 g,泽泻10 g,天麻10 g,鳖甲20 g,甘草10 g。21剂,日1剂,水煎200 mL,分早晚两次饭后服。

三诊:2025年3月7日。患者精神可,头痛头晕消失,神疲乏力基本消失,少咳,痰黄不利,纳食较前增多,夜寐安稳,大便正常,夜尿频。舌红,苔薄白,脉沉略弦。复查胸部CT平扫示:右肺上叶局部支气管闭塞,并实变及条索影,考虑右肺上叶肺癌(1.8 cm×2.8 cm),右肺上叶肺不张、阻塞性肺炎范围较前缩小;纵隔内及双肺门肿大淋巴结(较大者短径约1.3 cm),考虑转移,无显著变化;双肺弥漫微小结节,同前;双肺肺气肿,同前。脑核磁共振:缺血性脑

白质改变,脑内少许缺血灶;老年性脑改变;副鼻窦炎。病灶基本稳定。辨为少阳郁热,痰湿内扰,气机不利证;治以和解少阳,清热化痰,理气安中。予以柴胡桂枝汤合温胆汤加减:北柴胡10 g,清半夏10 g,黄芩10 g,党参30 g,竹茹30 g,枳实30 g,陈皮10 g,茯苓30 g,砂仁10 g,鸡内金30 g,桂枝15 g,白芍30 g,片姜黄30 g,生龙骨15 g,生牡蛎15 g,夏枯草30 g,蜈蚣2条,浙贝母30 g,石见穿30 g,甘草15 g。30剂,日1剂,水煎200 mL,分早晚两次饭后服。

四诊:2025年4月11日。患者一般状况可,精神饮食可,体重较前有所增加,守方30剂继续治疗,用法同上。

后患者未返院复诊,医师予电话随访。患者自述停药后复查病情稳定。建议每3个月复查一次,不适随时就诊。

按:患者久病肺癌,耗伤肺气,子病及母,脾土亏虚,致肺脾两虚、运化失司,一则宗气匮乏而见神疲乏力、咳喘脉沉;二则水湿不化,聚而成痰,故咳痰量多色白;三则气血生化不足,心神失养而寐差,舌淡,苔白,纳差,便溏皆为脾虚之候。痰浊内阻,碍气滞血,久酿瘀毒,与痰胶结为患。故西医诊断为右肺恶性肿瘤(T2aN3M0 III B期);纵隔及双肺门淋巴结继发恶性肿瘤;恶性肿瘤化学治疗后;恶性肿瘤免疫治疗后;阻塞性肺炎;肺不张;硅肺。中医诊断为肺癌(肺脾两虚,痰瘀互结证),治宜补脾益肺、行气活血、解毒散结。予以柴芍六君子汤健脾化痰、补肺汤益气固本,补土生金以复运化之机,行气活血以消痰瘀之结。方中弃用柴胡,恐其升散之性耗损肺气而令咳喘加剧,且升提阳气造成气短汗脱之变。重用黄芪、党参、茯苓补肺脾之气,苍术、清半夏、陈皮燥湿运脾,木香、砂仁醒脾行滞,紫菀肃肺化痰;更入桂枝配白芍调和营卫,当归活血通络,僵蚕、石见穿解毒散结;佐黄连、肉桂交通心肾,酸枣仁、女贞子、黄精滋肾安神,既顾护化疗后气阴之损,又安寐止夜尿。二诊头痛头晕、脉转沉弦,乃肺脾气虚未复而肝失濡养、虚阳上扰之象,咳嗽痰减示脾运稍振,然气喘、夜尿仍责肺肾气弱、摄纳失司。中医辨证总属肺脾两虚、痰瘀互结,证不变而方微调,随证治之。处方调整当归黄芪汤为补肺汤,保留柴芍六君子汤健脾化痰之基,减清半夏量防燥,增藿香醒脾化湿,焦

神曲、麦芽助中焦腐熟。方中仍弃用柴胡,因其性主上行,虚阳上扰之际,投之恐助阳上逆而致头痛愈剧、眩晕欲仆,反以天麻、石决明平肝潜阳以缓解头痛头晕,石菖蒲、郁金开窍解郁兼化痰浊,鳖甲滋阴潜阳而散结,泽泻利水以缩夜尿;续用黄连、肉桂交通心肾,当归活血通络,甘草调和诸药。三诊痰转黄而不利、脉沉略弦,乃肺脾渐复而痰郁化热、肝络失畅之候,头痛消、寐安、纳增,可见肝风得潜、中焦已运,然夜尿频仍责于下焦气化不利。病势由“虚损”转为“郁热痰结”,故改补为和、清、化,意在截断病势、防其传变,治以和解少阳、清热化痰、理气安中。整方易为柴胡桂枝汤合温胆汤,取北柴胡疏肝、桂枝通阳化气,黄芩清郁热,温胆汤(清半夏、竹茹、枳实、陈皮)清化热痰,更入片姜黄配蜈蚣通络搜剔,生龙骨、生牡蛎潜镇安神兼固摄缩尿;保留党参、茯苓、砂仁健中焦,鸡内金消食助运,夏枯草、浙贝母、石见穿清热化痰、解毒散结,直攻痰瘀癌毒;加白芍 30 g 柔肝缓急;甘草调和诸药。四诊症状显著改善,续进以固疗效。纵观全程,补、调、清、化层层递进,终使肺脾渐复、痰瘀得化,症情缓解。

4 结语

晚期肺癌合并阻塞性肺炎的核心病机是肺、脾、肝三脏功能失调,虚、滞、毒合而为病。刘丽坤教授临证尤重“调枢”为要,以柴芍六君子汤合补肺汤化裁,紧扣“虚”以培土生金,针对“滞”以疏木调气、涤痰化瘀,直取“毒”以清透开宣。既扶正以抗邪,又祛邪以安正,终使宣肃复权,治节有度,截断病势进展。

参考文献

- [1] Han B F, Zheng R S, Zeng H M, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2022 [J]. Journal of the National Cancer Center, 2024, 4(1): 47–53.
- [2] Moretti M, Wellekens S, Dirx S, et al. Features of post-obstructive pneumonia in advanced lung cancer patients, a large retrospective cohort[J]. Infectious Diseases, 2023, 55(2): 149–157.
- [3] 郝名浩, 吴畴斌, 石荣跃, 等. 老年中心型肺癌并发阻塞性肺炎的病原学特点及耐药性分析[J]. 现代肿瘤医学, 2018, 26(14): 2203–2205.
- [4] 杨小钰, 田建辉, 陆鑫熠, 等. 晚期肺癌合并阻塞性肺炎发病机制研究进展[J]. 实用肿瘤杂志, 2025, 40(3): 279–284.
- [5] Lee G, Walser T C, Dubinett S M. Chronic inflammation, chronic obstructive pulmonary disease, and lung cancer[J]. Current Opinion in Pulmonary Medicine, 2009, 15(4): 303–307.
- [6] Cho W C, Kwan C K, Yau S, et al. The role of inflammation in the pathogenesis of lung cancer[J]. Expert Opinion on Therapeutic Targets, 2011, 15(9): 1127–1137.
- [7] Odarenko K V, Zenkova M A, Markov A V. The nexus of inflammation-induced epithelial-mesenchymal transition and lung cancer progression: A roadmap to pentacyclic triterpenoid-based therapies[J]. International Journal of Molecular Sciences, 2023, 24(24): ijms242417325.
- [8] 庄宏杰, 谭 薇, 郭桂芳, 等. 纤维支气管镜高频电刀治疗肺癌患者阻塞性肺炎临床分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(15): 3461–3463.
- [9] 陈慧冬, 詹枝华, 沈 力, 等. 中心型肺癌并发阻塞性肺炎的病原学特点及药物介入治疗的疗效[J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(17): 3871–3874.
- [10] 宁彩红, 彭珂平, 田桂湘, 等. 益气养阴解毒方加减用于放疗后气阴两虚、毒热蕴肺证鼻咽癌患者的增效减毒效应观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(1): 158–163.
- [11] 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.
- [12] 李文逸, 杨 婕, 刘晨阳, 等. 从肝治肺辨治女性肺癌[J]. 山东中医杂志, 2022, 41(5): 494–497, 504.
- [13] 姜 彧, 孙磊涛, 阮善明, 等. 抗肿瘤治疗不良反应中医病机探讨[J]. 浙江中医药大学学报, 2023, 47(5): 540–543.
- [14] 朱恩惠, 韩明向, 陈 炜. 国医大师韩明向基于“内伤脾胃, 百病由生”理论论治慢性咳嗽[J]. 湖南中医药大学学报, 2024, 44(8): 1528–1533.
- [15] 孙晓静, 杨 婕, 张誉华, 等. “培土生金”法在肺癌癌性发热中的应用[J]. 浙江中医药大学学报, 2023, 47(2): 212–218.
- [16] 陈旭亮, 卢林竹, 唐迎港, 等. 蒋益兰教授基于“轻复气机”思想治疗恶性肿瘤[J]. 湖南中医药大学学报, 2022, 42(4): 671–675.
- [17] 佟 歌, 战东明, 岳广欣, 等. 基于肝肺关系理论探讨肺癌和抑郁共病的病机治法[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(10): 1676–1679.
- [18] 周 杰, 王玥慧, 李志明, 等. 络病学说指导下的肺结节“肺气亏虚, 毒阻肺络”病机探讨[J]. 中国医药导报, 2020, 17(28): 133–136.
- [19] 罗 成, 叶远航, 柯 佳. 从“毒损肺络”探讨肺“结瘤转化”的防治思路[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(9): 1708–1713.

(本文编辑 田梦妍)