

基于“痰湿理论”辨治肥胖型哮喘经验采菁

向 茜¹, 唐阿梅^{2*}

(1. 贵州中医药大学, 贵州 贵阳 550001; 2. 贵州中医药大学第一附属医院, 贵州 贵阳 550001)

摘要: 肥胖型哮喘是一种与肥胖密切相关的特殊哮喘类型, 该病发病机制复杂, 与气道慢性炎症、高反应性及重塑密切相关。唐阿梅从中医痰湿理论出发, 指出痰湿既属病理产物, 亦为致病因素, 贯穿于疾病发生发展的全过程。认为该病的核心病机在于痰湿内蕴、脾失健运, 本质属本虚标实: 脾虚运化无力为病之本, 痰浊壅阻肺气为病之标。在治疗上主张清肺化痰, 降气平喘治上焦之标, 燥湿理气、和中运脾治中焦之本, 临床以二陈汤合三子养亲汤为主方辨证加减治疗本病, 可显著改善症状、降低痰湿质积分, 并有助于体重控制, 收效甚佳。本文系统阐述其诊疗思路与实践经验, 以期为该病的临床防治提供借鉴。

关键词: 痰湿; 肥胖型哮喘; 二陈汤合三子养亲汤; 经验采菁

中图分类号: R256.12

文献标志码: A

文章编号: 2097-4299(2026)03-0016-05

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.2097-4299.2026.03.004

Nectar of Clinical Experience in Treating Obesity-Related Asthma Based on Phlegm-Dampness Theory

XIANG Qian¹, TANG Amei²

(1. Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang 550001, China;

2. Department of Respiratory Medicine, the First Affiliated Hospital of Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang 550001, China)

ABSTRACT: Obesity asthma is a special type of asthma closely related to obesity. The pathogenesis of the disease is complex, and it is closely related to chronic inflammation, hyperresponsiveness and remodeling of the airway. Based on the theory of phlegm dampness in traditional Chinese medicine, Tang Amei pointed out that phlegm dampness is not only a pathological product, but also a pathogenic factor, which runs through the whole process of the occurrence and development of diseases. It is believed that the core pathogenesis of this disease lies in the internal accumulation of phlegm dampness and the loss of spleen movement. The essence of this disease is deficiency of spleen and excess of spleen movement. In the treatment of this disease, it is advocated that clearing the lung and resolving phlegm, reducing Qi and relieving asthma are the standard of Upper Jiao, drying dampness and regulating Qi, and regulating the spleen to treat Middle Jiao. Clinically, Erchen decoction and Sanzi Yangqin decoction are used to treat this disease based on syndrome differentiation, which can significantly improve the symptoms, reduce the score of phlegm and dampness, and help to control weight, and the effect is very good. This article systematically describes the diagnosis and treatment ideas and practical experience, in order to provide reference for the clinical prevention and treatment of this disease.

KEY WORDS: phlegm-dampness; obesity-related asthma; Erchen decoction and Sanzi Yangqin decoction; nectar of clinical experience

近年来大量流行病学调查和临床研究数据证实, 肥胖是哮喘发生、发展的重要危险因素^[1]。在 2014 年全球哮喘防治倡议 (global initiative for asthma, GI-

NA) 指南中将这种伴有肥胖的哮喘总结为肥胖型哮喘 (obesity-related asthma, ORA)^[2]。目前, 肥胖型哮喘的发病机制尚未完全阐明, 但医学界普遍认为其核心

基金项目: 贵州省科技计划项目 (黔科合支撑 [2021] 一般 014)

作者简介: 向 茜 (1999-), 女, 在读硕士研究生, E-mail: 1261801336@qq.com

* **通信作者:** 唐阿梅 (1983-), 女, 医学硕士, 教授, 硕士生导师, 研究方向: 中医药防治肺病, E-mail: 86212932@qq.com

机制仍围绕哮喘的三大病理特征——气道慢性炎症、气道高反应性及气道重塑展开,且肥胖通过“直接病理生理影响”与“间接代谢调控”两条路径对上述核心机制产生放大效应:一方面,肥胖导致的胸壁与腹腔脂肪堆积可直接改变肺部力学环境,通过增加气道壁厚度、降低呼吸效率、促进阻塞性睡眠呼吸暂停发生,加剧气道气流受限与黏膜损伤;另一方面,肥胖人群脂肪组织微环境中“高瘦素-低脂联素”的失衡状态,可进一步激活炎症信号通路(如NF- κ B通路)、促进胶原沉积与气道平滑肌增生,从而加重气道炎症与重塑进程^[3-4]。

当前支气管哮喘的防治指南主要依据病情严重程度进行分级,并推荐以吸入糖皮质激素(inhaled corticosteroids, ICS)为核心的治疗策略^[5]。研究证据表明,随着体重指数的上升,患者对ICS、ICS/LABA乃至全身性糖皮质激素的治疗敏感性呈递减趋势^[6]。临床实践中对于肥胖型哮喘患者慢性持续期的维持治疗,即便采用吸入性糖皮质激素联合长效 β_2 受体激动剂(ICS/LABA)的方案,其症状控制效果仍常不理想,病情复发率较高。随着生活水平的提高,肥胖人群的增加,肥胖型哮喘患病率也在逐年上升,严重影响患者的生活质量,造成卫生医疗资源负担加重。

唐阿梅主任医师认为防治肥胖型哮喘不能仅依赖于常规阶梯治疗,还需化痰降气以缓标急,健脾益气调整偏颇体质以绝痰源^[7-8]。痰湿作为肥胖与哮喘的共同病理基础,贯穿于肥胖型哮喘发病的全过程,本文从痰湿论治肥胖型哮喘,以二陈汤合三子养亲汤作为基础方,可明显缓解哮喘临床症状,调节痰湿体质,临床疗效极佳。

1 肥胖、哮喘与“痰湿”

肥胖与哮喘的发生均与“痰湿”密切相关,二者在病机上具有同源性。

1.1 肥胖与“痰湿” 《黄帝内经》最早记载肥胖症,将其称为“肥人”“膏人”。历代医家对肥胖体质的特点早有深刻认识。宋代杨仁斋指出:“肥人气虚生寒,寒生湿,湿生痰……故肥人多寒湿”,首倡并系统阐释肥胖者“多湿、多痰、多虚”的病理特征。元代朱丹溪则明确提出“肥白人多痰湿”的经典论断。《张氏医通》亦指出“膏粱过厚之人,每多痰”,均说明形体肥胖之人

多具有痰湿内蕴的体质特点。现代中医标准亦承此理论,1997版《中医临床诊疗术语》将肥胖病机归结为“脾失健运,痰湿脂膏积聚”^[9],2008年中华中医药学会标准更将其明确归类为“痰湿体质”^[10]。朱燕波等^[11]学者通过Logistic回归分析进一步证实,痰湿体质是超重及肥胖的独立危险因素,且痰湿程度越高,发生肥胖的风险越大。李玲孺^[12]、朱丽冰等^[13]学者研究证实,痰湿体质人群与肥胖个体在代谢与遗传分子表达特征上存在高度一致性,可将肥胖视为痰湿体质在形体上的外在表征。综上,形体肥胖者多属痰湿体质,已成历代医家之共识。

从病机演变来看,饮食不节损伤脾胃,水谷不归正化,反聚为湿浊,湿凝成痰。痰湿既成,又可困阻脾阳,妨碍运化,导致津液输布失常,痰湿进一步积聚,形成“因湿致痰、因痰致胖”的恶性循环,最终促成肥胖。

1.2 哮喘与“痰湿” 哮喘的发病与痰湿存在显著关联,其核心病机可从经典文献与病机演变中得到阐释。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》指出:“膈上病痰,满喘咳吐……必有伏饮”,明确提出痰饮内伏胸膈是引发喘咳等症状的关键病理因素。《诸病源候论》进一步论述痰饮致喘机制,认为“肺病令人上气,兼胸痰满,气行壅滞,致咽喉有声,如水鸡之鸣”,指出痰浊壅肺、气机阻滞可导致喉中哮鸣。至元代,朱丹溪在《丹溪心法》中强调“哮喘专主于痰”,认为内有伏痰、遇邪触发、肺气失宣是哮喘发作的主要机制^[14]。

综上所述,“痰湿”既是哮喘与肥胖的病理产物,亦是二者共同之基本病机。痰湿壅遏肺俞,阻滞气机,则发为哮喘;痰湿浸淫腠理,化生膏脂,则发为肥胖。故肥胖型哮喘多因有形之痰郁阻肺俞,无形之痰匿于周身,两痰合而为病。

2 基于“痰湿理论”论治肥胖型哮喘

唐阿梅主任医师指出肥胖型哮喘的核心病机责之于痰,正如《丹溪心法》云:“凡痰之为患,为喘为咳”,属本虚标实之证,脾虚失运为本,痰浊壅肺、肺气上逆为标。临证治疗强调须标本兼治,既须化痰降气以缓标急,更当和中运脾以绝痰源。

2.1 清肺化痰,降气平喘——治上焦之标 肺为贮痰之器,且为娇脏,易受外邪所侵。肺失宣降,则津液凝

聚为痰;或因脾失健运,水谷精微不化,反成痰浊上输于肺,致肺中痰液壅滞。“肺气通于鼻”“皮毛者,肺之合也,皮毛先受邪气,邪气以从其合也”,外邪、花粉、异味、冷热空气等皆可从口鼻、皮毛犯肺,引动内伏之痰,痰气交阻,以致气道挛急,喘咳乃作。治疗当遵“发时治肺”“既发以攻邪为急”之则,以清肺化痰,降气平喘为主要治法。

现代研究表明,三子养亲汤可有效缓解哮喘患者症状发作^[15-16],改善小气道功能与肺功能指标^[17]。该方首载于明代《韩氏医通》,由紫苏子、白芥子、莱菔子组成,尤为适宜痰浊壅盛、气机上逆之证。方中白芥子善涤经络痰浊、散结通络;紫苏子主降肺气、化痰止咳平喘;莱菔子消食导滞、下气祛痰,三药相合,共奏清肺化痰,降气平喘之效,使肺、脾、胃三脏气机得调,体现了“气顺则痰消”的治疗思路。

2.2 燥湿理气、和中运脾——治中焦之本 脾为运化之枢,主导水液代谢。肥胖之人常嗜食肥甘厚味,易损中焦,致使脾运失司。如《银海指南》言:“痰涎所生,盖因中气不足,水谷虽入于胃,未能尽化,滞留而成痰”,水谷不归正化,津液输布失常,则聚湿生痰。《诸病源候论·虚劳痰饮候》亦曰:“劳伤致脾胃虚弱,难以消水,故成痰饮”,脾胃虚弱,气虚则津液不运,痰浊更易滋生,蕴阻中州,困遏脾阳,阻滞气机;若痰浊上犯于肺,壅遏肺气,则致喘咳。故哮喘发作时当理气调枢,涤痰定喘。若哮喘日久不愈,由肺及脾,子病累母,终成肺脾两虚。正所谓“未发以扶正为要”,哮喘缓解期治疗之要,在于补益脾气,恢复其运化之功,使水湿得行,肺中痰浊再无化生之源。

有研究发现,二陈汤可以缓解气道痉挛^[18],延缓支气管与肺组织结构重塑^[19],还能有效抑制食欲^[20],减少脂肪生成,有助于体重控制^[21]。该方出自宋代《太平惠民和剂局方》,由半夏、陈皮、茯苓、甘草组成,被后世誉为“治痰通用之妙剂”,尤擅调理脾胃痰饮。方中半夏为君,辛温而燥,长于燥湿化痰、和胃降逆;陈皮为臣,理气健脾,助半夏化痰运湿,二者相须为用,体现“治痰先理气”之旨;佐以茯苓健脾渗湿,以杜生痰之源;使以甘草调和诸药。全方共奏燥湿化痰、理气和中之功,为治疗湿痰证之基础方。

据此治则,唐阿梅在临床实践中以二陈汤合三子

养亲汤作为基础方,两方合用,脾肺同治,痰气并调,既理肺脾之标实,亦顾中焦之本虚,深契肥胖型哮喘之核心病机,为众多肥胖型哮喘患者缓解病痛,其疗效得到了患者的广泛认可。

3 医案举隅

患者,女,36岁,形体肥胖,BMI:32.9 kg/m²。首诊时间2024年11月22日,哮喘病史10余年,冬春寒冷季节易发。平时未规范抗炎平喘治疗,哮喘发作频繁。门诊刻见受凉后咳嗽喘促,胸膈憋闷,喉间哮鸣,咳痰量多,色白而质稀,咯出后稍觉舒畅。形体疲倦,畏寒、动辄自汗,常湿透衣衫,平素易感冒,口中黏腻不爽,大便溏薄黏滞。舌体胖大边有齿痕,苔白腻,脉濡细,两肺可闻哮鸣音及细湿啰音。依据《中医体质分类与判定》^[22]标准对患者进行评定,其痰湿质积分为34分,结合临床症状,判定该患者为痰湿体质。

西医诊断:支气管哮喘(急性发作期);中医诊断:哮喘(痰湿壅盛,肺气壅滞证)。治法:燥湿化痰,降气平喘,健脾益气。方拟二陈汤合三子养亲汤化裁:陈皮12g,法半夏12g,茯苓20g,麸炒薏苡仁10g,炒紫苏子12g,炒莱菔子12g,炒芥子15g,杏仁10g,桔梗12g,蜜枇杷叶12g,芦根12g,紫苏叶12g,干姜15g,醋五味子6g,制白附子10g^{先煎},肉桂10g,徐长卿10g,化橘红15g,甘草片3g,7付,水煎服,1日1剂,分3次温服。予吸入用硫酸沙丁胺醇溶液雾化吸入,每4~6h1次缓解哮喘急性发作症状。嘱患者规律使用布地奈德福莫特罗吸入粉雾剂(II)(160 μg:4.5 μg)每日2次维持治疗,并适当锻炼,控制体重。

二诊(2024年11月29日):患者服药后无明显喘促,痰量稍减,汗出略敛,余症同前。考虑温阳化痰力度稍弱,原方基础上将制白附子加量到20g,肉桂加量到15g,续服7剂。三诊(2024年12月6日):时值气温骤降,咳嗽反甚,痰量虽减,咽痒仍作,夜汗大减,便黏稍轻,体重减轻2kg。虑其新感外寒,原方去制白附子、肉桂、徐长卿、化橘红、芦根,加蝉蜕12g、炒僵蚕12g、蜜款冬花15g,续服7剂。四诊(2024年12月13号):咳嗽发作频率及持续时间均减,痰色转黄,量显著减少,白昼汗出亦缓,大便渐调,外邪渐解,内伏痰湿有轻微化热之象。故前方基础上去干姜、肉

桂、蝉蜕、炒僵蚕分别减至6g,加酒黄连6g、酒黄芩6g、鱼腥草12g、党参15g,续服7剂。五诊(2024年12月20日):咳痰显著减少,偶咳白色稀痰,神振体轻,体重共减4kg,然汗出未止,考虑痰湿渐化,但脾虚卫弱未完全恢复,需回归健脾化痰本源,巩固疗效。遂守初诊原方,加党参20g,续服7剂。嘱症平稳后可停药观察。后电话随访一次,患者停药后咳嗽喘促未复发,体重续降1kg,BMI:30.8 kg/m²,身轻神爽,依据《中医体质分类与判定》标准对患者再次进行评定,痰湿质积分为21分。

按语:本案患者为中青年女性,形体肥胖,哮喘史长达十余年,每于冬春气候寒凉之际发作,素未规范治疗,以致反复不已。此次就诊,症见咳喘并作、胸闷哮喘、痰多色白质稀,兼见形倦畏寒、动辄汗出、易感外邪、口中黏腻、便溏苔腻、脉濡细等,四诊合参,属痰湿壅盛、肺气壅滞之实证,并存脾气虚弱、卫外不固之本虚。患者痰湿体质突出,积分高达34分,其病机关键在于脾失健运,水湿不化,聚而成痰,上贮于肺,壅阻气道,致肺失宣降,发为哮喘。此时当“急则治标”,主方选用二陈汤合三子养亲汤化裁,切中病机。更加桔梗、杏仁宣利肺气,蜜枇杷叶肃肺止咳,干姜、肉桂、制白附子温阳化饮,徐长卿祛风,五味子敛汗,芦根防燥,诸药共奏理肺脾、化痰浊、定喘咳之效。其后数诊,谨守病机,随证灵活进退:二诊加强温化;三诊因新感风寒,及时祛风散邪;四诊痰色转黄,酌减温药,略佐清化,并增健脾之品;末诊仍以初诊方加党参,回归健脾益气、燥湿化痰之本,以巩固疗效。经治后,患者不仅哮喘得平,体重亦减轻,痰湿体质积分显著下降,显示脾胃运化功能渐复,津液得以正常输布,痰浊无以化生。

4 临证体会

哮喘是肺系疾病中较为复杂的疾病,其发病机制复杂,涉及多脏功能失调,唐阿梅主任医师认为脾失健运,水湿聚而成痰,壅塞气道,肥人气虚则腠理不固,易受到外邪的侵袭,引动伏痰,则诱发哮喘。王文琇等^[23]研究证实痰湿体质人群不仅更易罹患哮喘,其痰湿壅滞的程度也直接关联哮喘病情的复杂程度与迁延趋势。基于中医“痰湿理论”,唐阿梅强调治疗当遵循“祛邪与扶正并举”的原则,在哮喘发作时降

气平喘,哮喘缓解时和中运脾,并将调理患者痰湿体质贯穿治疗始终,体现了中医辨证论治、标本兼顾的特点。

本研究中的病案举隅进一步验证了基于“痰湿理论”论治肥胖型哮喘的有效性。患者感触外邪后咳嗽喘促,胸膈憋闷,喉间哮鸣,用中药联合吸入用硫酸沙丁胺醇溶液雾化治疗后喘促症状未再发作。在哮喘缓解期,患者多见咳嗽、咳痰频作,此系肺脾两虚、痰湿内蕴之证。治疗应以改善痰湿体质为根本,常选用干姜、肉桂温阳化饮,制白附子温经祛痰,配以五味子敛肺益气,茯苓、白术健脾利湿,共奏温阳通络、化气利水、健脾利湿之效。此法旨在通过调和偏颇体质,阻断痰湿在脏腑经络间的传变与积聚,从而控制症状、预防复发。临证需灵活化裁:若外感寒邪,加蝉蜕、炒僵蚕、徐长卿以祛风散寒解痉;若痰多咳剧,佐以蜜枇杷叶、蜜款冬花润肺化痰止咳;至治疗后期,痰湿渐去,则可加党参、黄芪益气健脾、固表实卫,以巩固疗效,防病复作。

在“痰湿理论”的指导下,对该病的防治需特别重视预防与调护。《素问·四气调神大论》指出:“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱”,强调防重于治。肥胖哮喘患者多表现为气虚卫外不固,易遭外邪侵袭。日常应注意随气候增减衣物,加强对项背及腹部的防护,避免风寒侵入。保持作息规律,避免过度劳累以防进一步耗伤正气。饮食方面需避免过食肥甘厚味、生冷之物及海产发物,以免损伤脾胃功能,助长湿浊痰饮。体育锻炼宜选择强度适中的有氧运动或太极拳、八段锦等传统养生功法,以轻微汗出为宜,从而达到宣通气道、调和营卫、固表防感的作用。

5 小结

肥胖型哮喘患者因肥胖体质的影响,常出现对吸入性糖皮质激素治疗反应不佳,甚至表现为激素抵抗,临床控制难度大,易迁延为重症难治性哮喘。唐阿梅认为其核心病机在于“痰湿”,从痰湿论治本病,治疗当以清肺化痰、降气平喘为主,辅以燥湿理气、和中运脾以治其本。临证以二陈汤合三子养亲汤为基础方随证化裁,可明显改善患者哮喘发作频率与程度,并有效降低痰湿体质积分、BMI指数,疗效显著。为肥胖型哮喘的治疗提供了中西医结合背景下的中医辨

治新路径,充分展现了中医从整体调节和体质干预角度治疗慢性病的独特优势,对拓展临床思路、提高难治性哮喘的防治水平具有重要参考价值。

参考文献:

- [1] 陈敏,李轶,赵瑞娟,等. 肥胖型哮喘的研究进展[J]. 中国实用内科杂志,2024,44(9):779-782,788.
- [2] 尚云晓,冯雍. 2014 版全球哮喘防治倡议(GINA)解读——与儿童哮喘相关内容[J]. 中国实用儿科杂志,2014,29(9):669-672.
- [3] 张瀚文,翁育清. 肥胖型哮喘发病机制及治疗进展[J]. 岭南急诊医学杂志,2022,27(2):200-202.
- [4] 薛玲娜,张惠勇,鹿振辉,等. 肥胖型哮喘发病机制的研究进展[J]. 医学综述,2019,25(10):1883-1888.
- [5] 中华医学会呼吸病学分会. 支气管哮喘防治指南(2024 年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2025,48(3):208-248.
- [6] CAMARGO C A,BOULET L P,SUTHERLAND E R,et al. Body mass index and response to asthma therapy: fluticasone propionate/salmeterol versus montelukast [J]. Journal of Asthma,2010,47(1):76-82.
- [7] 韩燕,杨月嫦,周扬,等. 超重/肥胖与中医体质相关性的横断面研究[J]. 上海中医药杂志,2022,56(10):24-28.
- [8] 秦文君,周晓莉,张小丽. 穴位埋线联合营养调节及适度运动治疗单纯性肥胖症临床观察[J]. 山西中医,2019,35(2):37-39.
- [9] 全国中医标准化技术委员会(SAC/TC 478). 中医临床诊疗术语 第 1 部分:疾病:GB/T 16751.1-2023[S]. 中国标准出版社,2023.
- [10] 中华中医药学会. 中医内科临床诊疗指南[M]. 北京:中国中医药出版社,2020:270.
- [11] 朱燕波,王琦,吴承玉,等. 18805 例中国成年人中医体质类型与超重和肥胖关系的 Logistic 回归分析[J]. 中西医结合学报,2010,8(11):1023-1028.
- [12] 李玲霏,冯娟,姚海强,等. 中医痰湿体质基因表达谱研究[J]. 中国科学:生命科学,2017,47(3):305-313.
- [13] 朱丽冰,王济,朱燕波,等. 体重指数与中医体质类型的相关性探析[J]. 环球中医药,2017,10(2):164-169.
- [14] 裴海寅,奚肇庆. 中医治疗支气管哮喘的研究进展[J]. 中医学报,2013,28(1):21-23.
- [15] 杨露川. 中药联合三子养亲汤加减方穴位贴敷法治疗支气管哮喘慢性持续期(肺气亏虚)的研究[D]. 成都:成都中医药大学,2010.
- [16] 尹桂华. 三子养亲汤的药理学及临床应用研究进展[J]. 当代医学,2010,16(24):22-23.
- [17] 卢利莎,朱雪妮,蔡晓平. 三子养亲汤联合沙美特罗替卡松治疗支气管哮喘疗效观察及对小气道功能的影响[J]. 新中医,2025,57(12):44-48.
- [18] 徐红,朱佳,王跃峰. 二陈汤合三子养亲汤对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者炎症因子及肺功能的影响[J]. 中国中医急症,2019,28(11):1889-1892.
- [19] 尚立芝,季书,刘坦,等. 二陈汤加味对慢性阻塞性肺疾病大鼠信号转导蛋白 Smad3,4,6,7 基因表达的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2017,23(10):139-146.
- [20] 耿直,叶丽芳. 加味二陈汤治疗肥胖型 2 型糖尿病痰湿证患者的临床效果[J]. 名医,2024(23):165-167.
- [21] 郑夏洁. 二术二陈汤联合八段锦治疗腹型肥胖 2 型糖尿病患者的临床疗效观察及其对 IL-6 的影响[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(2):249-255.
- [22] 朱丽冰. 成人版《中医体质分类与判定》标准及《中医体质质量表》修订[D]. 北京:北京中医药大学,2017.
- [23] 王文琇. 支气管哮喘及其危险因素与中医体质相关性研究[D]. 济南:山东中医药大学,2014.

(收稿日期:2025-09-10)