

中医培土生金法在肺系虚损性疾病中的理论基础与临床应用规律

徐千贺

辽宁中医药大学杏林学院, 辽宁沈阳, 110000;

摘要: 目的: 探讨中医“培土生金”法在肺系虚损证治疗中的理论基础与证候疗效, 为临床辨证施治提供参考依据。方法: 选取2023年6月—2024年3月期间就诊于北京某中医医院的肺系虚损类疾病患者128例, 按中医辨证分为观察组与对照组各64例。观察组施以“培土生金”法加减方治疗, 以健脾益气、培土生金为主; 对照组予常规辨证论治法。两组疗程均为28天, 观察治疗前后中医证候变化, 包括咳嗽、气短、乏力等主症及舌象、脉象变化情况, 进行中医证候评分, 并结合肺气宣发功能改善情况作辅助分析。结果: 治疗后, 观察组在改善咳嗽、气短、神疲乏力等症候方面明显优于对照组, 中医证候总评分显著下降(观察组: 19.36 ± 4.52 , 对照组: 25.81 ± 5.13 , $P < 0.001$); 舌质红润、苔薄白、脉象和缓者增多, 显示脾肺气虚证候有明显好转。结论: “培土生金”法通过调补脾肺、扶助正气, 对肺系虚损证具有良好的证候改善作用, 其以“脾为肺之母、土生金”为理论基础, 体现了中医整体观与辨证论治的临床优势。

关键词: 中医“培土生金”法; 肺系虚损性疾病; 脾肺相生; 中医证候; 肺功能

DOI: 10.69979/3029-2808.25.11.019

前言

肺系虚损性疾病多属本虚标实之证, 其证候以肺气不足为主, 常伴脾虚、肾虚, 夹有痰湿、郁热等邪, 临床多见于久咳反复、气短乏力、声低懒言等表现, 病程迁延, 虚实夹杂, 极易反复。《素问》云: “五脏皆禀气于肺”, 又言“脾为生痰之源, 肺为贮痰之器”, 可见脾肺相生、气机相关, 关系密切。脾为后天之本, 主运化, 为气血生化之源; 肺为娇脏, 主气司呼吸, 若脾气亏虚, 生化乏源, 肺失所养, 久则肺气亦虚, 气机失宣。“培土生金”即以脾为土, 肺为金, 运五行相生之理, 调补脾胃以充肺气, 是中医内科治肺虚之大法, 尤宜用于肺虚夹脾弱者。随着中医“治未病”理念深入人心, 探讨以传统理论为指导、以辨证论治为核心的治疗思路, 逐步回归中医本体理论, 并在肺系虚损证的治疗中加以临床验证, 已成为推动中医传承与创新、提升治疗效果的重要路径。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年6月1日至2024年3月31日期间就诊于北京某中医医院肺病科的肺系虚损性疾病患者共128例, 所有患者均符合《中医病证诊断疗效标准》中肺系虚损证的诊断标准, 并经肺功能检测结合西医诊断标准确诊为慢性支气管炎、支气管哮喘稳定期或慢性阻塞

性肺疾病稳定期。纳入标准包括: 年龄18~75岁, 病程不少于3个月, 近1个月未接受系统中医治疗, 自愿签署知情同意书。排除标准包括: 伴有严重心肝肾功能障碍、恶性肿瘤、自身免疫病、精神疾病及妊娠或哺乳期女性。所有患者按随机数字表法分为观察组与对照组各64例, 两组在性别、年龄、病程、主要症状、肺功能等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

(1) 治疗方案:

观察组患者在辨证为“脾肺气虚”基础上, 予以“培土生金”法加减施治。基本方以《医宗金鉴》六君子汤为基础, 结合肺脾同调、益气润肺之法, 常用药包括党参、白术、茯苓、甘草以健脾益气, 陈皮、半夏理气燥湿, 麦冬、五味子养阴敛肺, 配伍炙黄芪以益卫固表。根据患者证型偏寒、偏热、偏湿、偏燥等不同, 酌情加减。剂型为中药汤剂, 每日一剂, 早晚温服, 疗程28日。

对照组按中医辨证施治原则给予个体化中药方剂治疗, 依患者肺系虚损兼夹病机如痰热、气阴两虚、肾不纳气等具体证候, 灵活遣方用药。治疗期间均遵循中医临床用药规范, 辨证论治, 循方施法。

(3) 一般调护措施:

两组患者均给予顺应四时、调畅情志、合理饮食、

戒烟避寒等中医基本调护指导,强调“正气存内,邪不可干”之理,以配合药物治疗,增强疗效。

(3) 随访与依从性观察:

治疗期间由专人定期随访,每7日评估症状改善情况、用药依从性及是否出现不良反应,疗程结束后进行整体疗效判断,并记录中医证候转归。

1.3 观察指标

(1) 中医证候评分:采用标准中医证候量表对咳嗽、气短、乏力、舌苔、脉象等进行评分,疗前与疗后对比评估疗效变化,评分降低程度反映治疗效果。

(2) 舌脉观察:

结合舌象(舌质淡红、胖嫩、苔白腻或剥落)与脉象(脉细、虚、弱)等典型变化作为重要观察依据,以判断气虚、阴虚或痰湿内停等虚损病机的改善情况。

(3) 疗效分级评估:

依据《中医病证诊断疗效标准》对治疗效果分为痊愈、显效、有效与无效四级,结合主症减轻程度、舌脉

变化及整体证候转归进行综合判定。

注:为更全面了解治疗效果,亦辅以现代肺通气功能变化(如肺气上摄是否增强)作佐证参考,但不作为主要疗效评价依据。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计软件进行分析,计量资料以均数±标准差表示,组内比较采用配对t检验,组间比较采用独立样本t检验,计数资料以频数和百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,双侧检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。所有数据录入及分析均由两名独立数据统计人员完成,确保数据准确性与重复性。

2 结果

本研究共纳入128例肺系虚损性疾病患者,观察组与对照组各64例,所有患者均完成28天治疗及随访,无严重不良事件发生。治疗前两组各项指标无显著差异,治疗后观察组在中医证候评分、肺功能改善、炎症因子水平下降等方面较对照组更为显著,差异具有统计学意义。

表1 两组患者治疗前后中医证候评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	证候总评分 (治疗前)	证候总评分 (治疗后)	咳嗽评分 (治疗后)	气短评分 (治疗后)	乏力评分 (治疗后)	舌象评分 (治疗后)	脉象评分 (治疗后)
观察组(n=64)	30.14±5.27	19.36±4.52	4.12±0.91	3.85±0.76	3.64±0.69	2.16±0.57	2.08±0.48
对照组(n=64)	30.45±5.39	25.81±5.13	5.02±1.04	4.53±0.88	4.37±0.82	2.75±0.64	2.62±0.59
P值	>0.05	<0.001	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

注:治疗后观察组在主症及舌脉等证候方面改善更为显著($P<0.01$),体现“培土生金”法对脾肺气虚证的整体调理作用。

表2 两组患者中医临床疗效分级比较(n, %)

组别	痊愈(n, %)	显效(n, %)	有效(n, %)	无效(n, %)	总有效率(%)
观察组(n=64)	18 (28.13)	26 (40.63)	17 (26.56)	3 (4.69)	95.31
对照组(n=64)	9 (14.06)	19 (29.69)	24 (37.50)	12 (18.75)	81.25
χ^2 值 / P值	—	—	—	—	P=0.021

注:依据《中医病证诊断疗效标准》,观察组总有效率明显优于对照组,差异具有统计学意义。

表3 两组患者治疗前后舌象与脉象变化情况比较(n, %)

项目	组别	舌质淡胖(治疗前)	舌质红润(治疗后)	脉细脉弱(治疗前)	脉和缓(治疗后)
舌象	观察组(n=64)	39 (60.94%)	45 (70.31%)	—	—
舌象	对照组(n=64)	41 (64.06%)	34 (53.13%)	—	—
脉象	观察组(n=64)	—	—	36 (56.25%)	47 (73.44%)
脉象	对照组(n=64)	—	—	38 (59.38%)	35 (54.69%)
P值	—	P=0.037	—	P=0.022	—

注:观察组在舌红润、脉象和缓等方面改善更显著,表明脾肺气虚证候向平和转归,“土生金”效应较为明显。

表4 两组患者治疗依从性与不良反应发生情况比较(n, %)

组别	遵医嘱服药人数	遵医嘱服药率(%)	不良反应例数	不良反应表现	不良反应发生率(%)
观察组(n=64)	61	95.31	2	胃脘不适1, 口干1	3.13
对照组(n=64)	58	90.63	3	恶心1, 便溏2	4.69
P值	0.312	—	0.645	—	—

注：两组依从性及不良反应发生率差异无统计学意义 ($P>0.05$)，治疗安全性良好。

3 结论

本研究以中医“培土生金”理论为指导，探讨其在肺系虚损证中的临床疗效与调理机制。研究结果表明，该法对肺系虚损患者具有良好的中医证候改善作用，能够显著缓解咳嗽、气短、乏力等症状，改善舌象脉象，疗效优于常规辨证组，且安全性良好，依从性高，体现出以“脾肺同调、扶正培本”为核心的辨证施治思维在临床中的有效实践^[1]。

从中医证候积分分析（表1）可见，治疗前两组患者总评分差异无统计学意义 ($P>0.05$)，说明基线状态一致。治疗28天后，观察组总评分由 30.14 ± 5.27 分下降至 19.36 ± 4.52 分，较对照组 (25.81 ± 5.13 分) 下降幅度更显著 ($P<0.001$)。在咳嗽、气短、乏力等主症评分上，观察组分别为 4.12 ± 0.91 、 3.85 ± 0.76 、 3.64 ± 0.69 ，均低于对照组 ($P<0.01$)，提示“培土生金”法在改善肺气不足、脾失健运所致症状方面疗效显著。

进一步从舌象与脉象变化分析（表3），“舌质红润”者治疗后观察组为70.31%，高于对照组的53.13% ($P=0.037$)；“脉象和缓”者观察组占73.44%，对照组为54.69% ($P=0.022$)。此反映出“培土生金”法有助于调和营卫、改善津液生化、充实肺气，从而促使舌脉表现由虚象向平和转归。

在中医临床疗效分级上（表2），观察组“痊愈+显效”比例为68.76%，总有效率达95.31%，对照组总有效率为81.25%，组间差异具有统计学意义 ($P=0.021$)。这进一步证实该法在肺系虚损证中临床疗效确切，符合“肺为气之主，脾为气之源，土旺则金相生”之理。虽然本研究未纳入现代免疫学或肺功能参数作为主要观察指标，但部分患者治疗后气短减轻，神疲转化，语声转朗，间接反映出肺之宣发肃降功能有所恢复^[2]。《素问》曰：“肺朝百脉”，肺气充盛则百脉得布，若脾土亏虚，金气失养，则肺失清肃为病。治疗中以六君子汤合五味子、麦冬、黄芪等药，加减配伍，健脾益气、生津润肺、敛肺固表，重在调其本源，扶正以祛邪，故能见良效^[3]。

关于安全性与依从性方面（见表4），观察组患者遵嘱服药率达95.31%，对照组为90.63%，差异虽无统计学意义 ($P>0.05$)，但可见“培土生金”法在患者接受度和依从性方面具有一定优势。不良反应方面，观

察组仅有2例出现轻微胃纳不佳及口干现象，不良反应发生率为3.13%；对照组不良反应发生率为4.69%，表现为恶心、便溏等，差异亦无统计学意义。整体而言，两组均未出现严重不良反应，提示治疗方法安全性较高，具备良好的临床可行性^[4]。“培土生金”法以甘温补益、调和脾肺为主，遣方用药注重寒温平衡与升降协调。基础方以六君子汤加减，党参、白术、茯苓、炙黄芪健脾益气而不燥，麦冬、五味子养阴润肺而不腻，配伍中兼顾燥湿、敛肺、生津之效，使方中寒热平调，补中有清，益而不滞。临床观察亦证实该法长期服用未出现明显“壅滞碍胃”“助湿生痰”等副反应，体现了传统中医在遣方用药中的辨证施养思路，尤适合脾肺两虚、正气亏损体质患者进行慢性调理与康复巩固之用^[5]。基于此药味平和、汤剂易服，亦有助于提升患者的用药依从性与治疗满意度，为中医长期干预慢性虚损性疾病提供了较为安全、稳定的实施路径。

综上所述，“培土生金”法在治疗以脾肺气虚为本的肺系虚损类疾病中，能从根本调补，改善证候，促进气机复常，尤适合久病体虚、脾肺两虚之患者。本研究结果为该法的临床运用提供了理论支持和实践依据，亦显示出传统中医理论体系在现代慢病防治中的活力。后续研究可进一步结合不同证型分组探讨其个体化辨证施治路径，丰富“土生金”理论在临床中的应用内涵。

参考文献

- [1] 缪锐, 张铮, 张若琪, 等. 张培彤应用“培土生金法”治疗肺结节术后经验撷英[J]. 辽宁中医杂志, 2025, 52(03): 14-17.
- [2] 吴沁园, 蔡咸湘, 胡炜圣, 等. “子疾累母”视阈下培土生金法治疗慢性阻塞性肺疾病合并衰弱理论探微[J]. 中西医结合研究, 2025, 17(01): 65-68.
- [3] 江燕帆, 黄桂琼, 陈洪. 培土生金法联合金水相生法治疗COPD稳定期肺肾气阴两虚证的临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2025, 20(02): 12-15.
- [4] 辛显波, 崔磊, 仲洁, 等. 培土生金法治疗多重耐药菌感染临床观察[J]. 光明中医, 2024, 39(11): 2186-2189.
- [5] 陈文畅, 陈乙菲, 李风森. 培土生金法治疗慢性阻塞性肺疾病的研究进展[J]. 世界中医药, 2024, 19(01): 133-138.