

基于“五行相生”理论辨治肺癌并发吞咽困难

周惠滢¹, 隋博文^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院肿瘤一科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年10月4日; 录用日期: 2025年10月28日; 发布日期: 2025年11月4日

摘要

肺癌并发吞咽困难是晚期肺癌患者中常见的危重证候, 预后极差, 属中医“肺积”兼“噎膈”范畴。现代医学多着眼于局部梗阻的治疗, 而中医治疗更强调整体观与动态平衡。本文旨在以“五行相生”理论为指导, 探讨系统辨治本病的新思路。笔者认为肺癌并发吞咽困难的核心病机在于肺金本虚, 累及四脏, 五行相生之链断裂。治疗上不应局限于降逆开噎, 而应遵循五行相生规律, 立“培土生金、金水相生、滋水涵木、抑木扶土”之序, 重建脏腑间生化资助的良性循环, 旨在扶助正气、缓和病势、改善生存质量, 为中医治疗晚期肺癌并发症提供理论依据和治疗思路。

关键词

五行相生, 肺癌, 吞咽困难, 噎膈

Diagnosis and Treatment of Dysphagia Complicating Lung Cancer Based on the Theory of the “Five Elements’ Mutual Generation”

Huiying Zhou¹, Bowen Sui^{2*}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Oncology I, First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: October 4, 2025; accepted: October 28, 2025; published: November 4, 2025

*通讯作者。

文章引用: 周惠滢, 隋博文. 基于“五行相生”理论辨治肺癌并发吞咽困难[J]. 临床医学进展, 2025, 15(11): 172-180.
DOI: 10.12677/acm.2025.15113082

Abstract

Dysphagia complicating lung cancer is a common critical syndrome in advanced lung cancer patients, carrying an extremely poor prognosis. It falls under the category of “lung mass” combined with “dysphagia” in Traditional Chinese Medicine. Modern medicine often focuses on treating local obstruction, while TCM emphasizes holistic perspectives and dynamic equilibrium. This paper aims to explore new approaches to systematic diagnosis and treatment guided by the theory of the “Five Elements’ mutual generation”. The author posits that the core pathogenesis of dysphagia in lung cancer lies in the inherent deficiency of the Lung Metal element, which affects the Four Organs and disrupts the chain of mutual generation among the Five Elements. Treatment should not be confined to alleviating dysphagia and resolving obstruction. Instead, it should follow the Five Elements generation sequence: “nourishing earth to generate metal, metal generating water, water nourishing wood, and suppressing wood to support earth.” This aims to restore the virtuous cycle of metabolic support among the zang-fu organs, thereby strengthening vital energy, mitigating disease progression, and improving quality of life. This approach provides a theoretical basis and therapeutic framework for TCM treatment of complications in advanced lung cancer.

Keywords

Five Elements’ Mutual Generation, Lung Cancer, Dysphagia, Stomach Obstruction

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

肺癌发病率与死亡率居高不下, 其并发症吞咽困难, 常因肿瘤直接侵犯、纵隔淋巴结转移压迫或放疗副作用所致, 严重影响患者营养摄入及生活质量[1]。西医治疗如食管支架置入、肠内营养等虽能暂时缓解, 但治标不治本[2]。中医将本病归为“肺积”与“噎膈”并存, 传统辨证多从气滞、痰阻、血瘀、津枯论治[3][4]。本文基于“五行相生”理论, 从脏腑相关的动态演变视角, 深入剖析其病机及传变规律, 并以此为理论为指导进行辨证论治, 为临床治疗肺癌并发吞咽困难提供新思路。

2. 肺癌并发吞咽困难的现代医学认识

西医认为肺癌常可引发吞咽困难, 其主要机制包括以下几个方面。

2.1. 机械性压迫

肺癌并发吞咽困难, 其主要机制为机械性压迫。首先, 纵隔淋巴结转移是最主要的原因, 肺癌细胞转移至气管及食管周围淋巴结, 肿大的淋巴结从外部压迫食管管腔, 导致食物通过受阻[5]。其次, 原发肿瘤也可直接侵犯食管, 常见于中心型肺癌或食管旁肿瘤, 肿瘤浸润破坏食管壁, 甚至可形成食管-气管瘘, 造成吞咽时食物或液体误入气道, 引发剧烈咳嗽和吸入性肺炎[6]。此外, 当肿瘤体积较大时, 还可压迫气管使其移位, 这种情况也可能间接影响吞咽的协调功能, 进一步加重吞咽障碍。

2.2. 神经性损伤

肺癌及其转移灶可通过侵犯关键神经导致吞咽障碍。其中, 左侧喉返神经因在纵隔内行程较长, 尤

其易受肺癌原发灶或转移淋巴结的压迫或侵犯; 该神经负责支配喉部肌肉, 其损伤会引起声带麻痹及声音嘶哑, 并严重削弱吞咽功能, 尤其在进食液体时极易发生呛咳[7]。此外, 迷走神经作为广泛参与吞咽反射调节的关键神经, 若受到肿瘤侵犯, 会破坏吞咽过程中的神经协调性, 进一步加重吞咽困难[8]。

2.3. 治疗相关副作用

肿瘤治疗过程中多种因素可导致吞咽困难。胸部放疗在杀伤癌细胞的同时会损伤正常组织, 引发放射性食管炎, 其急性期表现为食管黏膜充血、水肿和糜烂, 引起吞咽疼痛, 慢性期则可导致食管纤维化及狭窄, 造成进行性吞咽困难; 同时放疗还可能对周围神经造成长期损伤[9]。此外, 肺切除术后胸腔解剖结构发生改变, 可能间接影响食管运动功能, 术后并发的膈肌麻痹或胸腔胃炎(多见于食管癌手术, 肺癌术后少见)也可进一步干扰吞咽[10]。另一方面, 化疗引起的严重恶心、呕吐及黏膜炎(如口腔与食管黏膜溃疡)也会导致明显的吞咽疼痛和进食困难[11]。

2.4. 全身性因素

在晚期肺癌患者中, 全身性因素亦可显著影响吞咽功能。一方面, 患者常因恶病质状态出现极度消瘦和全身肌肉萎缩, 其中包括参与吞咽的舌肌和咽喉肌, 从而导致吞咽无力[12]。另一方面, 少数病例可能发生副肿瘤综合征, 即由肿瘤产生的生物活性物质引起神经肌肉功能障碍, 进一步加剧吞咽困难[13]。

3. 肺癌并发吞咽困难的中医认识

中医古籍中并无“肺癌”病名, 但其症状归属于“肺积”、“息贲”、“咯血”等范畴。吞咽困难则属于“噎膈”的范畴。其病机核心在于本虚标实, 即全身正气虚损为基础, 局部痰、瘀、毒互结为表现。

3.1. 本虚(正气亏虚)

肺脾气虚: 肺主气, 司呼吸; 脾主运化, 为气血生化之源[14]。肺癌日久耗伤肺气, 子盗母气, 导致脾气亦虚。脾虚则运化失常, 津液凝聚为痰; 气虚则推动无力, 血行不畅而成瘀。气虚也导致吞咽无力。

肺肾阴虚: 久病或放疗(热毒之邪)耗伤肺阴, 穷必及肾, 导致肺肾阴虚。津液枯竭, 食管失于濡润, 如同“河道干涸, 舟楫难行”, 致吞咽干涩、疼痛。

3.2. 标实(邪气壅盛)

痰气交阻: 肺失宣降, 津液不布, 聚而为痰; 肝气不舒, 气机郁结。痰与气互结, 阻塞于食道, 是吞咽困难的早期常见证型。表现为吞咽梗阻、情志不畅时加重。

瘀血内结: 病久入络, 气滞、痰阻均导致血行不畅, 形成瘀血。瘀血与痰毒互结, 凝结成块, 坚硬如石, 阻塞食管通路, 此时吞咽困难呈进行性、持续性加重, 甚至水饮难下, 符合肿瘤机械性压迫的特点。

毒热伤阴: 癌毒本身属热毒之邪, 或放疗之“火邪”外侵, 灼伤津液, 耗伤阴血, 使食管更加干涩, 吞咽困难伴灼痛感。

3.3. 病位与病情演变

病位主要在食管, 与肺、脾、肝、肾密切相关。食管的功能有赖于胃气的和降与津液的濡润。而津液的生成输布与脾的运化、肺的宣发肃降、肾的蒸化息息相关。肝主疏泄, 调畅气机, 肝气郁结直接影响气机和胃气的通降。

病情演变过程: 初期常以痰气交阻为主, 症状时轻时重。中期则痰瘀互结, 阻塞加重, 症状持续。后期则阴津枯竭、气血双亏, 呈虚实夹杂的危重局面。

4. 基于“五行相生”理论的病机分析

4.1. 核心病机：五行相生之链紊乱与断裂

五行相生(木生火、火生土、土生金、金生水、水生木)是维持人体脏腑功能协调平衡的根本。肺癌并发吞咽困难的发生与发展,实质是这一良性循环被癌毒破坏,逆向传变,最终导致“土败金枯,水涸木亢”的恶性病理过程。

4.2. 病机演变与脏腑传变规律

“五行相生”理论下,肺癌并发吞咽困难的病机演变遵循一条清晰的传变路径,环环相扣,依次递进。

4.2.1. 病起于本脏：肺金自虚,宣降失常(初始环节)

肺属金,主气司呼吸,为水之上源,其性清肃下降。癌毒窃踞肺络,耗伤肺之气阴,是为“金虚”。肺金既虚,则宣发肃降失职,津液不得布散,停滞为痰;气机壅滞,血行不畅,渐而成瘀。痰瘀互结,乃成“肺积”。此时可见咳嗽、咳痰、气短等肺系本证。肺与食管(咽门)位置相邻,经络相连。肺气壅逆,可直接影响食管气机的通降,为噎膈埋下伏笔。

4.2.2. 子盗母气：金病及土,脾失健运(关键转折)

在五行关系中,脾土为肺金之母。肺病日久,子脏亏虚,必大量盗取母脏之气以自养,即“子盗母气”。脾主运化,为气血生化之源与津液输布之枢。脾土受损,则运化无能,出现两方面关键病变:一则,水湿不化,聚湿成痰,上贮于肺,加剧痰阻。此谓“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”[15]。二则,气血生化乏源,肌肉失养。食管乃“胃之系”,属脾胃所主[16]。脾虚则食管括约肌及吞咽肌肉痿弱无力;胃失和降,气机上逆,则吞咽困难、呕吐呃逆等症状凸显。噎膈之病,其标在胃,其本在脾[17]。此阶段,“土虚”是导致吞咽无力、梗阻感的关键病机,标志着疾病从肺系局部向全身功能失调的深刻转变。

4.2.3. 母病及子：金枯水涸,津液枯竭(病情深化)

肺金为肾水之母。肺金虚极,肃降失权,不能通调水道下输膀胱,更无法将津液下滋肾水,称为“母病及子”。肾主水,藏真阴(元阴),为一身阴液之根。肾水枯竭,则全身津液严重亏损。食管失于阴液濡润,变得干涩滞涩,食入难下,甚至疼痛。此阶段,病机从“气虚痰阻”为主转入“阴虚血枯”为主。吞咽困难表现为干涩、疼痛、需水送下,乃“津枯槁结”之象,病情进入深重阶段。

4.2.4. 水不涵木：肝木横逆,气机冲逆(恶性循环)

肾水亏虚,不能涵养肝木,导致肝阳上亢或肝气郁结失于疏泄,是为“水不涵木”。肝气横逆犯胃(木乘土),迫使胃气上逆,引发剧烈呃逆、呕吐,使吞咽困难雪上加霜。肝郁气滞又可进一步加重血瘀,形成顽疾。肝气之横逆,成为加重食管梗阻的动力性因素。患者常于情绪波动时症状加剧,体现了情志(肝)-脾胃-噎膈之间的密切关联。

4.2.5. 终及君火：阴阳离决,生命危殆(最终结局)

病势蔓延,由肾水涸竭,不能上济心火(水火不济),致心火独亢;穷必及肾阳衰微,不能温煦脾土(火不生土),则运化功能彻底败绝。至此,五脏俱损,阴阳离决,生命垂危。

综上所述,肺癌并发吞咽困难的病因病机,绝非肺脏一隅之疾,而是以“肺金自虚”为始动因素,循五行相生之序逆向传变,引发的一系列连锁脏腑功能失调:肺金虚→子盗母气→脾土虚→母病及子→肾水涸→水不涵木→肝木亢→乘犯中土。

其病机本质是本虚标实: 本虚为肺、脾、肾、肝、心的气血阴阳虚损; 标实为癌毒、痰浊、瘀血、气结壅滞于食管。其中, “土败”(脾失健运)和“水涸”(肾阴枯竭)是构成“噎膈”的两个核心病机环节。基于此病机认识, 治疗上当以“重建五行相生”为根本原则, 立足中焦, 培土生金以固后天之本, 金水相生以润燥通幽, 滋水涵木以平肝降逆, 从而打破恶性传变链, 达到缓和病势、改善生活质量之目的。

5. 基于“五行相生”理论的防治策略

防治之道, 贵在“知传”与“防变”。依据上述病机传变规律, 治疗不应局限于已病之“肺金”和已现之“噎膈”, 而应胸怀全局, 以“重建与维护五行相生循环”为最高准则, 在不同阶段采取针对性策略, 阻断传变链条。

5.1. 未病先防, 既病防变: 治在“金病未及土”时

在肺癌确诊初期, 吞咽困难尚未出现或仅为轻微时, 治疗应在专注于肺金本身(手术、放化疗、靶向治疗等)的同时, 中医介入应立足“实土以生金”, 固护中州, 防止病邪向脾土传变。具体治法: 健脾益气, 培土生金。方药思路: 在抗癌治疗的同时, 辅以四君子汤(党参(或人参)9g、茯苓9g、白术9g、炙甘草6g)、六君子汤(党参(或人参)9g、茯苓9g、白术9g、半夏4g、陈皮3g、炙甘草6g)等平和之剂; 若出现呕吐痞闷、脘腹胀痛者加砂仁, 少气畏寒者加黄芪、肉桂。方中党参(或人参)、白术、茯苓、甘草(土)健脾益气, 半夏、陈皮化痰降逆。此非直接治噎, 而是通过强壮“母脏”脾土, 一来资助“子脏”肺金, 增强其抗邪能力; 二来杜绝生痰之源, 防止痰湿进一步壅肺犯咽; 三来维持气血生化, 保证肌肉(包括吞咽肌)功能。

此阶段相当于营养支持和功能维持。研究表明, 黄芪多糖可增强免疫功能[18], 白术内酯可促进胃肠动力[19], 茯苓多糖可抗肿瘤转移[20]。良好的营养状态和肌肉量能显著改善肿瘤患者对治疗的耐受性、减少并发症、提高生活质量[21]。

5.2. 既病防深, 阻遏传变: 治在“土虚水涸”之途

当吞咽困难症状已现, 标志病已由肺及脾, 或正在向肾传变。治疗核心在于中断“子盗母气”和“母病及子”的恶性循环。

5.2.1. 重培中土, 以资化源——“培土生金”的深化应用

本法功在强力扭转脾虚局面, 为全身提供能量, 并为后续滋阴奠定基础, 防止滋阴药滋腻碍胃。具体治法: 大补脾土, 升降中焦。方药: 补中益气汤(黄芪15g、人参(党参)15g、白术10g、炙甘草15g、当归10g、陈皮6g、升麻6g、柴胡12g、生姜9片、大枣6枚)合旋覆代赭汤(旋覆花9g、半夏9g、炙甘草9g、人参6g、代赭石3g、生姜15g、大枣4枚)化裁; 出现胸闷气短者加黄芪, 饮食不化、肠鸣泄泻者加山药、莲子肉。重用黄芪、人参(土)大补脾胃之气; 佐以柴胡、升麻升举清阳; 旋覆花、代赭石(金/土)降胃气之上逆; 半夏、生姜化痰止呕。一升一降, 恢复中焦枢纽之职, 吞咽梗阻感可得缓解。

5.2.2. 金水同治, 润燥通幽——“金水相生”的直接应用

针对阴虚之主证, 肺肾同补, 增水行舟, 润泽食管。具体治法: 滋阴润肺, 补肾填精。方药: 沙参麦冬汤(沙参9g、麦冬9g、玉竹6g、甘草3g、生扁豆4.5g、冬桑叶4.5g、天花粉4.5g)与益胃汤(沙参9g、麦冬15g、冰糖3g、细生地15g、玉竹炒香4.5g)合左归饮(熟地9g、山药6g、枸杞子6g、炙甘草3g、茯苓4.5g、山茱萸3g)加减; 出现久热久咳者加地骨皮, 痰多者加贝母、瓜蒌, 血枯者加生地。北沙参、麦冬、天冬、玉竹(金)滋养肺胃之阴; 生地、熟地、枸杞子、山茱萸(水)填补肾精; 佐以茯苓(土)健脾, 防滋腻。此法旨在通过滋补肺阴(金)来生肾水, 又通过填充肾水(水)来上润肺金与食管, 是治疗吞

咽干涩疼痛的根本大法。

5.3. 既深防绝，调和诸脏：治在“水涸木亢”之境

病至晚期，多脏俱损，虚实夹杂。治疗需攻补兼施，灵活运用相生相克关系。具体治法：滋水涵木，平肝和胃。方药思路：一贯煎(北沙参 9 g、麦冬 9 g、当归 9 g、生地黄 18 g、枸杞子 9 g、川楝子 6 g)合芍药甘草汤(芍药 12 g、炙甘草 12 g)加味；出现大便秘结者加蒺藜，咳嗽痰多者加贝母，口苦咽燥者加黄连。重用生地、沙参、麦冬(水/金)滋阴；当归、枸杞子(水/木)养肝血；川楝子(木)疏肝泄热(但需谨慎，防其燥)；白芍(木)、甘草(土)酸甘化阴，缓急止痛(缓解食管痉挛)，柔肝平木。全方使肾水得充则肝木得涵，肝气平和则不再横逆犯胃，胃气得降则呃逆呕吐可止。

5.4. 外治与调护：五行理论的延伸运用

5.4.1. 针灸疗法

循经取穴，旨在调和气血，疏通经络。

培土生金：取足三里(胃经，土)、公孙(脾经，土)、肺俞(膀胱经，金)、太渊(肺经，金)以补益肺气。此配伍体现了“虚则补其母”的治则，通过培补脾土以生肺金。

金水相生：取太溪(肾经，水)、照海(肾经，水，利咽喉)、列缺(肺经，金)以滋补肾阴；配合列缺(肺经络穴，通任脉，属金)以润肺生津。此组穴旨在促进肺肾阴液互生。

降逆止呕：取内关(心包经)、中脘(任脉，胃募)。

操作：平补平泻，留针 30 分钟，隔日 1 次。对于极度虚弱、凝血功能障碍或肿瘤骨转移患者，应慎用针刺或采用浅刺轻手法；胸背部穴位应注意进针角度与深度，避免气胸风险。

作用机制：通过调节迷走神经活性，增强胃肠道功能，提高免疫功能[22]。

5.4.2. 饮食调护

饮食调护严格遵循五行理论，根据不同治疗阶段的核心病机进行针对性调配：

培土生金阶段：饮食应侧重于黄色、甘味食物，如小米、南瓜、胡萝卜、燕麦等。此类食物入脾经，能健脾益胃，助气血生化，为肺金提供物质基础。可配制成南瓜山药小米粥(南瓜 50 g，山药 30 g，小米 20 g) [23]，每日 2 次。

金水相生阶段：应多食白色、辛润食物，如梨、银耳、百合、山药、杏仁等。此类食物入肺经，能润肺生津，同时通过金水相生关系下滋肾水。

滋水涵木阶段：宜多食黑色、咸味食物，如黑豆、黑芝麻、黑木耳、海参、紫菜等。此类食物入肾经，能补肾填精，以涵养肝木。

注意事项：所有食物均应制成细软温润的流质或半流质，避免辛辣刺激、过硬过烫之品；对于放射性食管炎患者，应避免酸性食物；肾功能不全者需控制豆类及高钾食物摄入。

5.4.3. 现代康复训练

- (1) 吞咽肌群训练：舌肌抗阻训练(每日 3 次，每次 5 分钟) [24]；
- (2) 呼吸训练：腹式呼吸(每日 2 次，每次 10 分钟，每分钟 12~20 次) [25]；
- (3) 神经肌肉电刺激：采用 VitalStim 治疗仪，电极放置于舌骨上下肌群[26]。

5.4.4. 黏膜保护方案

- (1) 中药雾化：麦冬 15 g，金银花 12 g，甘草 6 g，水煎雾化吸入[27]；
- (2) 蜂蜜含漱：10%蜂蜜水每次餐后含漱[28]；

(3) 维生素补充: 维生素 A、E 局部应用[28]。

5.4.5. 综合止呕方案

(1) 耳穴压豆: 神门、胃、贲门、交感[29];

(2) 腕踝针: 选取双下 1、2 区, 留针 2 分钟[30];

(3) 穴位敷贴: 姜半夏 10 g, 生姜 5 g, 吴茱萸 3 g, 以上中药研磨成粉, 取饴糖将其调和为膏状放置于穴位敷贴上, 大小为 2 cm, 敷贴于涌泉穴, 每次敷贴 6 h, 每日 1 次。

5.5. 注意事项与禁忌

在肿瘤治疗过程中, 合理的用药、择时治疗与饮食配合至关重要。用药方面需遵循禁忌原则: 脾胃虚寒者应慎用滋阴药, 以免加重虚寒; 有出血倾向者需慎用活血药, 如桃仁、红花等, 以防引发或加重出血; 肾功能不全者则应慎用含钾高的药物, 如牛膝、泽泻等, 避免造成高钾血症。在针灸疗法上需注意, 凝血功能障碍、血小板减少症患者避免深刺; 肿瘤骨转移部位禁止针刺; 严重恶病质患者应慎用强刺激手法。与此同时, 饮食上根据患者不同体质和并发症调整, 如糖尿病患者控制甜味食物摄入; 水肿患者限制咸味食物; 胃肠道功能紊乱者避免油腻滋腻之品; 所有患者均须避免辛辣刺激、过硬过烫的食物, 以保护消化道黏膜, 并应限制富含 5-羟色胺(5-HT)的食物摄入, 以防止加重类癌综合征等相关症状[31]。此外, 中药雾化前需排除药物过敏史; 蜂蜜含漱不适用于糖尿病患者; 神经肌肉电刺激禁用于颈部肿瘤侵犯皮肤或有植入电子设备的患者。

治疗时机不同, 策略也需动态调整: 放疗期间治疗重在滋阴清热, 以减轻辐射热毒之伤; 化疗期间应侧重健脾和胃, 缓解消化道反应; 靶向治疗期间则需注意养护阴液, 改善皮肤干燥等副反应。通过以上多方面的综合调护, 方能更好地保障治疗的顺利进行并改善患者生活质量。

5.6. 疗效评价体系

在研究中采用综合性的疗效评价体系, 旨在多维度评估治疗效果。该体系主要包括两个方面: 其一为中医证候评分, 通过制定量化评分表, 对吞咽困难程度(0~6 分)、呕吐频率(0~4 分)、疼痛程度(采用 VAS 视觉模拟评分)及生活质量(QOL 评分)进行系统评估; 其二为现代医学评价指标, 涵盖营养指标(如白蛋白、前白蛋白和 BMI)、炎症指标(包括 CRP 和 IL-6)、生存质量(使用 EORTC QLQ-C30 量表)以及吞咽功能(通过 VFSS 或 FEES 客观评估)。这一结合传统证候与现代客观指标的评价模式, 能够全面、科学地反映患者的整体康复状况。

6. 讨论

6.1. “五行相克”在肺癌并发吞咽困难发展中的作用

在关注“五行相生”关系的同时, “五行相克”(木克土、土克水、水克火、火克金、金克木)因为在疾病发展中也起着至关重要的作用而走进我们的视野。在临床实践中, 相生与相克关系相互影响, 共同构成了疾病的复杂演变过程。

木火刑金: 肝郁化火(木火亢盛)可直接灼伤肺金, 导致或加重咳嗽、咯血等症状, 同时火邪耗伤肺阴, 加速“金枯水涸”的进程。此证型多见于伴有焦虑、抑郁情绪的患者。

火克金太过: 癌毒属热毒之邪, 相当于“火邪”过亢, 直接克伐肺金, 导致肺气阴两伤加速; 且放疗作为“火邪”外因, 更加重了这一病理过程。

土壅木郁: 脾土运化失常, 湿浊内停, 反过来阻碍肝气疏泄, 形成“土壅木郁”的恶性循环, 常表现为脘腹胀满、情志抑郁与吞咽梗阻相互加剧。

水气凌心：肾阳虚衰(水过寒)不能温化水湿，水气上凌于心(水克火)，导致心悸、气促等症状，进一步损害心肺功能，影响全身状态。

6.2. 临床证候的复合性与传变路径的非线性

尽管本文提出了基于五行相生的线性传变模型，但临床实际情况往往更为复杂：

多脏同病：晚期患者常出现多个脏腑同时受累的复合证候，如“肺脾两虚”、“肝肾阴虚兼脾胃湿热”等，而非简单的依次传变。

传变跳跃：疾病传变未必完全遵循“肺→脾→肾→肝→心”的固定顺序，可能因患者体质、治疗干预等因素出现跳跃式传变，如直接由肺及肾(金水同病)或由肝及肺(木火刑金)。

虚实夹杂：各阶段均存在本虚标实的复杂病机，如脾虚湿盛兼夹肝气横逆，或肾阴虚兼夹痰瘀互结，治疗需攻补兼施，权衡主次。

影响因素多元：现代医学治疗手段(手术、放化疗、靶向治疗等)会显著改变疾病自然进程，如手术伤气耗血、放疗灼伤阴液、化疗损伤脾胃等，这些因素均会使证候演变更加复杂多变。

因此，临床辨证时需灵活运用五行理论，既要掌握一般传变规律，又要知常达变，根据具体证候表现个体化施治，才能真正体现中医辨证论治的精髓。

7. 结语与展望

本文为基于“五行相生”理论对肺癌并发吞咽困难的病因病机分析及防治思路的探讨。笔者跳出了常规对肺癌并发吞咽困难认识的“肺-食管”的局部范畴，将人体视为一个整体循环，将“治未病”思想贯穿于疾病传变的每一个环节：在预防上，强调“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”的延伸应用。在治疗上，以“培土生金”为核心战略，稳固后天之本；以“金水相生”为滋阴要法，润燥通幽；以“滋水涵木”为调和手段，平肝降逆。在目标上，不仅着眼于缓解“噎膈”一症，更旨在通过重建脏腑间的生化资助关系，改善患者的整体状态，提高生存质量，从而为中西医结合治疗肿瘤并发症开辟了富有特色的路径。

未来研究可进一步通过临床循证医学方法，验证此辨证体系的疗效，并深入探讨其现代生物学内涵，如调节肠道微生物(土)、改善营养代谢(土)、调控炎症免疫(金土相关)、延缓恶病质(与脾肾相关)等，使这一古老理论焕发新的生机。

参考文献

- [1] Brady, G.C., Roe, J.W.G., O'Brien, M., Boaz, A. and Shaw, C. (2018) An Investigation of the Prevalence of Swallowing Difficulties and Impact on Quality of Life in Patients with Advanced Lung Cancer. *Support Care Cancer*, **26**, 515-519. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3858-6>
- [2] Obarski, P. and Włodarczyk, J. (2023) Alleviation of Malignant Dysphagia in Inoperable Lung Cancer. *Annals of Palliative Medicine*, **12**, 738-747. <https://doi.org/10.21037/apm-22-1144>
- [3] 雷世昌, 周佳琳, 陈明弟, 等. 论“肺积”古今认识差异[J]. 湖北中医杂志, 2025, 47(1): 53-57.
- [4] 雷兰, 肖隆灏, 杨兆钢, 等. 原发性肺癌化疗后吞咽困难案一则[J]. 中医临床研究, 2024, 16(8): 63-67.
- [5] Markos, P., Sisko Markos, I., Ivekovic, H., Bilic, B. and Rustemovic, N. (2019) Self-Expandable Metal Stent for Dysphagia Caused by Mediastinal Masses in Patients with Lung Cancer. *Arab Journal of Gastroenterology*, **20**, 28-31. <https://doi.org/10.1016/j.ajg.2019.01.004>
- [6] Yanık, F., Karamustafaoglu, Y.A. and Yörük, Y. (2019) Esophageal Self-Expandable Metal Stent Placement for the Palliation of Dysphagia Due to Lung Cancer. *Türk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, **27**, 88-92. <https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2019.16755>
- [7] 杨立伟. 以声音嘶哑及吞咽困难为主要临床表现的隐匿性小细胞肺癌 2 例[J]. 中国当代医药, 2011, 18(11): 120.

- [8] 杨万章, 吴芳, 叶碧玉, 等. 舌咽神经、迷走神经病损的中西医结合评定与疗效标准(草案) [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(12): 1446-1447.
- [9] 顾平平, 戴莉, 刘星星, 等. 口腔食管温敏凝胶用于改善肿瘤放疗或化疗引起的吞咽疼痛和进食困难的临床观察[J]. 中国典型病例大全, 2025, 19(1): 872-875.
- [10] 陈亮. 早期非小细胞肺癌的治疗术式比较[D]: [博士学位论文]. 上海: 上海交通大学, 2019.
- [11] 刘芳, 陈华青, 徐晋君, 等. 肺癌患者化疗所致恶心呕吐的影响因素及预测分析[J]. 现代医学, 2025, 53(3): 443-448.
- [12] Grant, M.M. and Rivera, L.M. (1995) Anorexia, Cachexia, and Dysphagia: The Symptom Experience. *Seminars in Oncology Nursing*, 11, 266-271. [https://doi.org/10.1016/S0749-2081\(05\)80007-5](https://doi.org/10.1016/S0749-2081(05)80007-5)
- [13] Oguma, J., Ozawa, S., Ishiyama, K. and Daiko, H. (2022) Clinical Significance of Sarcopenic Dysphagia for Patients with Esophageal Cancer Undergoing Esophagectomy: A Review. *Annals of Gastroenterological Surgery*, 6, 738-745. <https://doi.org/10.1002/ags3.12603>
- [14] 王键. 中医基础理论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [15] 清·李用粹. 证治汇补[M]. 痰证篇. 北京: 中国中医药出版社, 2025.
- [16] 明·张介宾. 类经[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2016.
- [17] 明·张介宾. 景岳全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2023.
- [18] 宋章波, 张欢欢, 雍文兴, 等. 黄芪有效成分防治肺癌的作用机制研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2025, 40(1): 326-330.
- [19] 卢景风, 顾千喜, 杨尘, 等. 白术活性成分及其有效成分的药理作用和作用机制研究进展[J/OL]. 特产研究, 1-7. <https://doi.org/10.16720/j.cnki.tcyj.2025.082>, 2025-09-23.
- [20] 周明, 刘敏, 吕玉亮. 茯苓多糖抗肿瘤作用机制的研究进展[J]. 世界临床药物, 2025, 46(7): 720-723.
- [21] 慎紫玉, 孙俊龙, 郑拥军. 老年恶性肿瘤患者合并肌少症的神经免疫学研究进展[J]. 复旦学报(医学版), 2025, 52(4): 581-588.
- [22] 侯铖宇, 柳熠玲, 谢桐欣, 等. 2015 年至 2023 年针灸防治非小细胞肺癌及其并发症的研究进展[J]. 上海中医药杂志, 2024, 58(7): 15-23.
- [23] 刘焱萍. 中医食疗与五行结合在现代养生中的应用[J]. 智慧健康, 2020, 6(30): 168-169.
- [24] 蔡丽, 陈伟伟, 张小曼, 等. 吞咽肌群训练预防鼻咽癌放疗后病人吞咽障碍的作用及其对张口、吞咽功能及营养状况的影响[J]. 全科护理, 2022, 20(14): 1945-1947.
- [25] 宋琦, 乔鑫, 冯秋菊. 呼吸训练联合咽三针对卒中早期吞咽障碍患者颏下肌群肌电活动的影响[J]. 中医药信息, 2022, 39(4): 66-71.
- [26] 胡桂芳, 刘丹丹, 庞文琪, 等. 吞咽训练联合 Vitalstim 神经肌肉电刺激仪在脑卒中吞咽障碍中的应用[J]. 中国医学物理学杂志, 2025, 42(5): 673-679.
- [27] 何小红, 马柳, 李园, 等. 中药雾化治疗鼻咽癌患者放射性口腔黏膜炎临床研究[J]. 山东中医杂志, 2019, 38(11): 1046-1050.
- [28] 郭锦材, 周红慧. 防治儿童口腔黏膜炎的临床研究[J]. 口腔医学研究, 2024, 40(1): 6-10.
- [29] 赵欣, 杨忠. 中医药防治化疗相关性恶心呕吐临床研究[J]. 光明中医, 2023, 38(14): 2859-2862.
- [30] 查菲菲, 刘冬女, 程敏. 八珍止吐汤联合腕踝针对妊娠剧吐的影响[J]. 光明中医, 2024, 39(3): 513-516.
- [31] 蒋寅, 丁杰杰, 朱胜康. 5-羟色胺 3 受体阻断剂对化学治疗肺癌患者恶心呕吐的预防效果[J]. 新乡医学院学报, 2025, 42(9): 717-720.