

中西医结合延缓慢性支气管炎气道重塑的研究进展

薛晶晶¹, 王步青^{2*}

¹山西中医药大学第一临床学院, 山西 太原

²山西中医药大学附属医院, 山西 太原

收稿日期: 2026年6月28日; 录用日期: 2026年7月22日; 发布日期: 2026年7月28日

摘要

慢性支气管炎(chronic bronchitis, CB)为临床多发的肺部疾病,以咳嗽、咳痰为主要的症状或伴有喘息,每年发病时间持续3个月或以上,并连续2年及2年以上为主要表现,其中慢性支气管炎急性发作期以急性喘息、咳嗽不止、咳咯脓痰多见,或伴有发热、口干、口苦、烦躁、胸满气短、小便短赤、舌苔黄腻等表现。目前,临床主要采取氨溴索等治疗,以有效溶解分泌物,保护呼吸道黏膜,促进黏液的排出,能改善机体的肺功能和呼吸状况,目前新兴的疗法包括生物制剂、靶向雾化治疗等,但是长时间服用易引起耐药性,易复发等问题,在临床上造成部分患者的困扰,我国中医药治疗慢性咳嗽与哮喘历史悠久经验丰富,在改善患者症状、减少复发率方面中医有独特的优势。

关键词

慢性支气管炎, 病因病机, 治疗, 研究进展

Research Progress on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in Delaying Airway Remodeling of Chronic Bronchitis

Jingjing Xue¹, Buqing Wang^{2*}

¹The First Clinical College, Shanxi University of Chinese Medicine, Taiyuan Shanxi

²Affiliated Hospital of Shanxi University of Chinese Medicine, Taiyuan Shanxi

Received: June 28, 2026; accepted: July 22, 2026; published: July 28, 2026

*通讯作者。

文章引用: 薛晶晶, 王步青. 中西医结合延缓慢性支气管炎气道重塑的研究进展[J]. 临床医学进展, 2026, 16(7): 2288-2299. DOI: 10.12677/acm.2026.1672758

Abstract

Chronic bronchitis (CB) is a common pulmonary disorder in clinical practice, which is characterized by cough and expectoration, with or without wheezing. The clinical diagnostic criteria include annual episodes lasting for no less than three consecutive months for two consecutive years or more. The acute exacerbation of chronic bronchitis is predominantly manifested as acute wheezing, intractable cough and purulent sputum, accompanied by fever, dry mouth, bitter taste in the mouth, restlessness, chest fullness, shortness of breath, scanty dark urine, and yellow greasy tongue coating. At present, ambroxol and similar agents are commonly used clinically. Such drugs can effectively liquefy secretions, protect respiratory mucosa, facilitate mucus excretion, and improve pulmonary function and respiratory status. Emerging therapeutic approaches include biological agents and targeted atomization inhalation. Nevertheless, long-term medication easily leads to drug resistance and high recurrence rate, which brings troubles to a subset of patients. Traditional Chinese medicine (TCM) in China boasts a long history and abundant clinical experience in the treatment of chronic cough and asthma, and exhibits unique advantages in relieving clinical symptoms and lowering recurrence rates.

Keywords

Chronic Bronchitis, Etiology and Pathogenesis, Treatment, Research Progress

Copyright © 2026 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. 前言

慢性支气管炎(CB)是机体的支气管、气管黏膜与其周围组织发生非特异性炎症性反应的呼吸系统疾病,如未及时治疗,可能会引起咳嗽、喘息及咳痰等症状[1],慢性支气管炎急性发作(Acute Exacerbation of Chronic Bronchitis, AECB/AECOPD)以急性气喘、咳嗽不止、咯痰为典型表现。目前,慢性支气管炎(CB)的已知病因有很多,最重要的致病因素是主动吸烟或被动吸入香烟烟雾[2]。本病患病率为 2.5%~9.0%,多见于 40 岁以上的中老年人,病程缓慢,易迁延恶化为肺气肿、肺源性心脏病等。本病急性期可能诱发支气管哮喘,甚至心衰,严重威胁患者健康与生命安全。结合 2023~2024 年国内外权威指南及研究,对于治疗慢性支气管炎急性发作(AECB/AECOPD)的药物选择以抗生素、支气管扩张剂、糖皮质激素为主,然该类药物不良反应显著,停药后病情易复发且长时间服用易引起药物依赖性,反复就医给患者及家庭带来沉重心理与经济负担,加之近年来由于抗菌素耐药性的蔓延,慢性支气管炎的经验性抗菌治疗变得更加复杂。中医学将其归为“咳嗽”、“痰饮”等范畴。临床实践证实,中医药治疗慢性支气管炎(CB)可有效改善临床症状,同时具有副作用小、起效快、依赖性低、复发率低等优势。

2. 现代医学对慢性支气管炎的研究

2.1. 定义和流行病学

慢性支气管炎(chronic bronchitis, CB)是临床高发疾病,由杯状细胞过度产生和分泌黏液引起的,可导致小气道管腔阻塞、上皮重塑和气道表面张力改变,从而加重气流阻塞。根据中华医学会《临床诊疗指

南 呼吸病学分册》中关于慢性支气管炎急性发作的诊断标准, 本病的诊断标准为: 以咳嗽、咳痰为主要的症状或伴有喘息, 每年发病时间持续 3 个月或以上, 并连续 2 年及 2 年以上。且疾病急性期可能引发慢性阻塞性肺部疾病, 甚至慢性肺源性心脏病, 严重威胁患者健康与生命安全。基于此, 本病得到国内大多数学者的广泛关注。

慢性支气管炎(CB)以气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症为核心病理特征。全球流行病学调查显示其发病率介于 3.6%~22%之间[3], 我国老年群体中该患病率已突破 14% [4]。在急性发作期, 西医常规采用抗感染、祛痰止咳及解痉平喘等治疗方案, 但长期使用易引发药物不良反应, 且抗生素耐药性的增加可能导致病情反复。若失治、误治, 不但容易反复发作, 迁延可引发系列并发症, 包括慢性阻塞性肺疾病、肺气肿及肺源性心脏病等。赵永祥[5]等人针对青海地区慢性支气管炎及慢性阻塞性肺病患者开展流行病学调查, 结果显示: 该地区 40 岁以上人群慢阻肺患病率达 17.72%, 显著高于全国平均水平(13.7%)。纳入分析的初次接受肺功能检查的慢性支气管炎患者中, 男性占比略高于女性(性别比 1.27:1), 平均年龄为(60.89±7.32)岁, 年龄分布呈现中老年为主的特征——中年(41.5%)及老年(51.5%)患者合计占比超过九成; 我国北部及中部地区成年人群中, 老年群体慢性支气管炎患病率波动于 15%~30% 区间, 显著高于中青年群体[6]。该研究同时揭示该疾病呈现明显地域差异, 农村地区发病率较城市更高, 可能与长期接触柴草、秸秆等生物燃料燃烧产生的室内污染物密切相关; 由美国肺脏协会(American Lung Association) [7]旗下调查数据显示, 该国家慢性支气管炎(CB)患病人群规模达千万量级, 且呈现显著年龄聚集性特征, 集中分布于 44~65 岁中老年群体。值得注意的是, 老年患者(≥65 岁)在该疾病谱中占比达 24.3%, 提示年龄增长与疾病发生存在相关性; 李凇[8]针对亚急性及慢性咳嗽的病因与中医证型关联性展开研究, 通过对 219 例病例分析发现: 感染后咳嗽在整体病例中占比最高(37.9%), 其中病程 3~8 周的亚急性咳嗽中该病因构成占比超 50%, 而在病程 >8 周的慢性咳嗽中, 感染后咳嗽(32.5%)与咳嗽变异性哮喘(31.8%)共同占据病因构成的主体地位(合计约 2/3)。该研究还证实西医病因与中医证型存在对应关系。在此背景下, 结合辨证论治的中医疗法在改善患者咳嗽方面日益受到重视。

2.2. 慢性支气管炎的病因及发病机制

慢性支气管炎(CB)的致病因素呈现递进性特征[9], 首要危险因素为烟草暴露, 其次涉及生物燃料吸入及空气污染等环境因素。其病理核心在于炎症的连锁反应, 其中氧化应激作为关键调控节点, 它会促使黏液分泌亢进、气道脱水及结构重塑等继发性病理改变。上述机制并非孤立存在, 而是通过正反馈作用形成协同效应, 导致炎症持续扩散。长期未控者将逐步发展为气道不可逆损伤, 最终引发肺气肿、肺动脉高压等多系统终末期并发症, 呈现进行性加重的动态演变过程。

2.2.1. 气道炎症

在慢性炎症的病理过程中, 多种细胞因子构成复杂的调控网络。有害物质(如香烟烟雾等)可刺激气道内的巨噬细胞、上皮细胞等释放多种炎性介质。除白介素(interleukin, IL)-6、IL-8、肿瘤坏死因子(tumor necrosis factor, TNF)- α 等经典促炎因子外, 研究证实更多新型炎症介质参与疾病进展, 共同形成级联放大效应。这种多因子协同作用机制持续推动炎症反应的扩散与迁延。在炎症反应中, Th17 细胞(CD4⁺ T 淋巴细胞亚群)激活后分泌 IL-17, 该细胞因子通过刺激支气管上皮细胞生成趋化因子 IL-8, 驱动中性粒细胞沿浓度梯度向病灶部位定向迁移[10]。这种联合反应构成免疫应答的重要环节: IL-8 作为中性粒细胞的“化学导航信号”, 不仅促进免疫细胞浸润, 还通过正反馈机制加剧局部炎症微环境的形成。

2.2.2. 氧化应激

大多数慢性支气管炎患者因吸入香烟烟雾等有害物质, 激活气道炎症细胞吸引中性粒细胞、淋巴细

胞等炎症细胞聚集到气道, 同时还会释放蛋白酶, 过量的蛋白酶会降解肺弹性纤维, 导致蛋白酶-抗蛋白酶系统稳态破坏[11]。这种失衡状态引发肺泡壁弹性纤维持续性降解, 成为肺气肿等炎症性肺损伤的核心机制。香烟烟雾中包含的大量氧化剂, 同时被激活的炎症细胞也会产生内源性氧化剂, 过量的氧化剂会加剧肺部炎症反应, 也会直接损伤气道上皮细胞和肺实质, 其机制可能与氧化应激所致的转录因子激活、染色质重组有关[12]。

2.2.3. 气道结构重塑及功能

在炎症持续刺激下, 气管支气管黏膜发生杯状细胞异常增生与黏液腺体肥大, 伴随上皮细胞黏液化生改变。这些病变共同促成病理性黏液高分泌状态, 进而引发气道管腔狭窄及气流阻塞[3], 这是慢性支气管炎(CB)“咳痰”症状的直接原因。其直接后果是纤毛运动清除能力显著下降, 无法有效清除气道内的痰液和异物, 导致“咳痰不爽”, 加之呼气峰流速(PEF)降低, 形成“黏液栓-气流受限”的恶性循环, 构成疾病进展的关键病理基础。上述机制长期作用下, 组织修复过度, 气道壁不断增厚和纤维化, 造成气道狭窄从而气流受限。李莉[13]等人的一项研究表明, 吸烟诱导 TGF- β 1 表达增加, 也与慢性支气管炎(CB)气道重塑有关。

综上所述, 炎症反应涉及多种炎症因子, 其中氧化应激、黏液高分泌、气道表面脱水及气道重塑等均为慢性支气管炎(CB)的关键病理生理机制, 这些机制相互关联、彼此影响。

2.3. 西医诊断与鉴别诊断

2.3.1. 西医诊断

慢性支气管炎(CB)的诊断标准参照刘剑, 刘剑[14]等在《芩暴红止咳口服液治疗急性支气管炎及慢性支气管炎急性发作临床应用专家共识》: 依据咳嗽、咳痰, 或伴有喘息, 每年发病持续 3 个月, 连续 2 年或 2 年以上, 并排除其它可以引起类似症状的慢性疾病。急性加重系指咳嗽、咳痰、喘息等症状突然加重, 急性加重期可见脓性痰, 加重的主要原因是呼吸道感染, 病原体可以是病毒、细菌、支原体和衣原体等。胸 CT 等可辅助排除其它病变。

此外, 有病理机制研究表明, 表皮及黏膜下区域特定炎性细胞(如嗜酸性粒细胞、中性粒细胞)的浸润密度与肺功能指标 FEV1/FVC% (第 1 秒用力呼气量占用力肺活量百分比)呈显著负相关, 印证了炎症强度与气道阻塞程度的直接关联性[15]。CD8⁺淋巴细胞数量及 CD8⁺/CD4⁺细胞比率增加, 也与肺功能的下降有关[16][17]。

2.3.2. 鉴别诊断

慢性咳嗽病因多样, 本病的诊断也并非孤立进行, 需要与支气管哮喘(BA)、支气管扩张症(BE)、肺结核(PTB)、弥漫性泛细支气管炎(DPB)等常见导致慢性咳嗽的疾病进行鉴别诊断。

支气管哮喘(BA)的核心可以概括为发作性、可逆性、过敏性与年龄性。支气管哮喘(BA)多起病于儿童、青少年, 常由特定触发因素(如过敏原、冷空气、运动等)引起, 其症状(喘息、气急、胸闷、咳嗽)通常是发作性干咳或少痰, 有明显缓解期。在缓解期, 患者可以完全没有症状, 如同常人。哮喘发作时的本质为气道狭窄, 患者常有过敏性家族史, 发作时双肺弥漫性哮鸣音, 但通过治疗或自行可以完全或部分缓解, 肺功能可以恢复正常。使用支气管舒张剂后, 肺功能会有显著改善(这是诊断金标准之一)。

支气管扩张症(BE)的核心可以概括为结构性、脓痰性和影像特异性。支扩因支气管反复感染或炎症造成气道结构永久性、不可逆性扩张。该病的典型表现为大量脓性黄绿色痰且反复咯血, 脓痰每日可达数百毫升, 静置后常分层且与体位改变密切相关, 肺部听诊可在固定部位闻及持续性湿啰音, 常伴有杵状指。HRCT 可见轨道征、印戒征、囊状改变等明确扩张(高分辨率 CT 是诊断金标准)。

肺结核(PTB)的核心可以概括为传染性、慢性和消耗性,其病理基础为肉芽肿性和坏死性。肺结核(PTB)是由结核分枝杆菌感染引起的慢性传染病,可发生于各年龄段,患者一般具有肺结核密接史。除长期咳嗽外,具有明显的全身中毒症状(长期午后潮热、盗汗、乏力、进行性消瘦、食欲不振),咳嗽咳痰持续2周以上,痰量不多可伴有咯血。CT可见病灶多位于肺上叶的尖后段和下叶的背段。在同一张胸片或CT上,常可同时看到渗出性病灶、增殖性病灶、空洞、纤维条索影和钙化灶等不同时期的病变共存,这种“新旧交替”的特点是其显著特征。血常规正常(急性加重时白细胞可升高);痰涂片抗酸染色可找到抗酸杆菌;结核菌素试验(TST)/ γ -干扰素释放试验(IGRA)常阳性(痰结核菌培养是金标准)。

弥漫性泛细支气管炎(DPB)的核心可以概括为部位特异性和治疗特异性。弥漫性泛细支气管炎(DPB)病因尚未明确,其病因与遗传因素高度相关。该病特征性的累及呼吸性细支气管,临床表现为咳嗽、咳痰与早期显著的活动后气促。HRCT可见特征性“树芽征”和小叶中心性结节。血清冷凝集试验效价持续性升高。该病有独特的鼻窦关联性,绝大多数DPB患者合并或既往有慢性鼻窦炎。临床印证其对长期、小剂量大环内酯类抗生素治疗有显著疗效,而CB无此特异性疗法。

2.4. 西医治疗

慢性支气管炎(CB)的西医治疗遵循个体化原则,其核心目标在于控制症状、减缓疾病进展、改善生活质量并预防急性加重。治疗方案依据患者所处的临床时期有所不同。针对稳定期需长期综合管理,治疗策略以支气管舒张剂为基础用药,联合戒烟干预、肺康复训练及疫苗接种等非药物干预措施,最终旨在有效控制患者日常临床症状,降低急性加重的发生风险。急性加重期需采取积极的针对性干预方案:一方面及时选用适宜抗生素控制细菌感染,另一方面通过强化支气管扩张治疗及抗炎干预,快速缓解患者临床症状,阻止病情进一步进展。

2.4.1. 稳定期治疗

(1) 支气管舒张剂

LABA(如沙美特罗)是慢性支气管炎(CB)的核心维持治疗药物,可以松弛气道平滑肌,缓解气流受限[18]。其中LAMA(如噻托溴铵)尤其适用于伴有黏液分泌过多的患者。多索茶碱作为二线选择,相比传统茶碱,安全性更高,不良反应更少[19]。

(2) 抗炎药物

抗炎药物(如吸入性糖皮质激素(ICS)、磷酸二酯酶抑制剂)主要用于反复急性加重的患者,常与LABA联合使用(如LABA/ICS复方制剂)。

(3) 祛痰药/粘液溶解剂

如乙酰半胱氨酸、氨溴索可以降低痰液黏度,促进排痰[20]-[22],改善通气功能。

(4) 非药物干预

戒烟、肺康复治疗和疫苗接种(流感疫苗、肺炎链球菌疫苗)是最根本、最有效的干预措施。包括呼吸肌训练、运动锻炼等,是改善患者运动耐量和生活质量的核心措施,同时也是预防下呼吸道感染的关键措施。

2.4.2. 急性加重期治疗

(1) 抗感染治疗

短期内应用抗生素可有效抑制细菌增殖,清除支气管局部的病原微生物,同时调控气道炎症反应以缓解支气管炎症,为肺功能恢复提供支持[23]。需根据常见病原体经验性选用口服或静脉抗生素,若存在

耐药菌感染则需依据药敏结果调整。

(2) 对症支持强化治疗

及时增加 SABA/SAMA 使用频率、短期口服糖皮质激素(如泼尼松龙)、控制性氧疗能快速缓解气流受限,快速改善症状和肺功能。该方案适用于伴有低氧血症的患者。

3. 祖国医学对慢性支气管炎的研究

3.1. 中医病名认识

慢性支气管炎在中医古籍中没有其病名记载,可将其归属于“咳嗽”“痰饮”“喘证”等范畴。关于咳嗽之名,始于《黄帝内经》。《杂病源流犀烛·咳嗽哮喘源流》曰:“有声无痰曰咳,非无痰,痰不易出也,病在肺。肺主声,故声先而痰后。有痰无声曰嗽,非无声,痰随嗽出,声不甚响也,病在脾。脾藏痰,故痰出而嗽止。”刘河间《素问病机气宜保命集·咳嗽论》将咳、嗽二字分别剖析,称:“咳谓无痰而有声,肺气伤而不清也;嗽是无声而有痰,脾湿动而为痰也。咳嗽谓有痰而有声,盖因伤于肺气,动于脾湿,咳而为嗽也。”而临床上并不区分,统称为“咳嗽”。慢性支气管炎属于现代医学的病名,慢性支气管炎患者以咳嗽、咳痰为主要表现,可归属“咳嗽”,根据慢性支气管炎病程漫长、反复发作的特点将其归属于“久咳”;慢性支气管炎往往以“年”、“月”为单位,病因多属脏腑功能失调而非短暂的外感,故可归于“内伤咳嗽”;当慢性支气管炎进展至急性加重期,可出现呼吸困难、喘息气促,甚至张口抬肩、不能平卧的症状时,则归属于“喘证”。其中,动则气喘、迁延不愈者,多属“喘证”之“虚喘”;本病患者常咳吐大量痰液,这正符合“痰饮”为病的特征,特别是“伏饮”这一概念,意指潜伏于体内、反复发作的痰饮病,形象地描述了慢性支气管炎痰邪内伏、遇感触发的病机特点。

众多医家结合慢性支气管炎的临床特征追溯古籍,发现多处相关记载。《素问·咳论》论咳精深,开宗明义阐发了“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”。听咳嗽声音,结合痰之量、色、质、味等兼症,可辨病证之寒热虚实。隋代巢元方的《诸病源候论·卷之十四·久咳嗽候》中描述“久咳”时言“久咳嗽候:肺感于寒,微者即成咳嗽,久咳嗽,是连滞岁月,经久不瘥者也。”契合慢性支气管炎的病程之久、反复发作之特点;朱震亨在《丹溪心法》中以“肺胀咳嗽”为核心概念,精准描述了慢性支气管炎的主要临床特征:长期咳嗽、喘息、活动后加重、痰瘀互结等,其“痰挟瘀血碍气而病”的病机理论,揭示了慢性支气管炎反复发作、缠绵难愈的病理本质,其“久咳伤肺,肺气虚损”阐述了疾病由急性转为慢性的气虚病机,与现代医学“气道纤毛功能受损、防御功能下降”的认识相通。

后世医家在继承前人思想与结合临床实践中,对慢性支气管炎的病因病机逐步拓展出新兴的见解,王成祥^[24]教授提出,慢性支气管炎的病因多呈现虚实夹杂之态,其发病与痰浊、瘀血及正气亏虚密切相关。治疗应以分期辨证为首要原则,急性期与迁延期多由外感因素诱发,缓解期则以肺脾肾三脏亏虚为核心病机;其次需辨明寒热属性,治疗宜采用温化痰饮、疏调气机之法;商宪敏^[25]教授主张,慢性支气管炎的病因本质为本虚标实,肺脾肾虚损是其发病之本,痰饮内停与外邪侵袭为致病之标。治疗需注重三维辨证:分期上,急性期以祛邪利肺为要,迁延期宜扶正祛邪兼顾,缓解期重在扶正固表;寒热上,寒证予小青龙汤加減温肺化痰,热证用定喘汤加減清肺化痰;脏腑上,肺虚者以玉屏风散补益肺卫,脾虚者取六君子汤培土生金,肾虚者用金匱肾气丸金水相生,全程贯彻攻补兼施、标本兼顾的治疗原则;朱启勇^[26]教授强调,慢性支气管炎的发病外因以外感六淫为主,内因则聚焦肺脾肾三脏功能失调,其核心病机在于外邪引动体内伏痰,致使肺失宣降,进而引发咳嗽、咳痰、喘息等典型症状;金远林^[27]教授认为,咳嗽日久之人,对于年老病多及素体虚弱者,常可见气虚、阴虚或气阴两虚证,若咳嗽常伴有精神疲倦、肢体乏力、食纳减少、自汗畏风、舌淡脉弱等肺脾气虚之证,或见干咳少痰、呛咳阵阵、烦躁易

怒、口燥咽干等阴伤表现,或气虚与阴虚兼见。正如《杂病源流犀烛·咳嗽哮喘源流》云:“盖肺不伤不咳,脾不伤不久咳”,其早已认识到咳嗽为肺脾所伤引起。同时慢性咳嗽病程较长,病势缠绵,亦反映出本病邪正交争,正气祛邪无力的病机特点。故金教授认为,正虚之慢性咳嗽,扶正治疗尤为关键,很多患者咳嗽久久不愈多是因正虚无力祛邪,因此要能够抓住患者正虚的特点,要注意患者诸多症状中属于正虚的部分。

3.2. 病因病机

慢性支气管炎主要病因病机核心在于本虚标实与脏腑传变。该病常由外感咳嗽失治误治,迁延日久,内伤脏腑所致。清代医家沈金鳌在《杂病源流犀烛》中精辟地总结为“肺不伤不咳,脾不伤不久咳,肾不伤火不炽,咳不甚”,清晰地勾勒出病情由浅入深、由轻转重的发展路径。若脾失健运,水湿内停,聚湿生痰,痰湿上渍于肺,壅遏肺气而生痰咳;若痰湿化热,邪热犯肺,痰热互结,壅塞肺气,肺失清肃引咳;若情志不舒,肝气郁结,日久化火,上逆侮肺,灼伤肺金,气逆引咳;若病程日久,久咳耗伤肺阴,虚火内生,灼津为痰,肺失润降而咳。综上所述,慢性支气管炎的病因病机可概括为:肺、脾、肾三脏功能虚损为本,痰湿等病理产物内蕴为标,其发生与发展是一个由肺及脾、由脾及肾的渐进性、复杂性过程。

3.2.1. 脾失健运,痰湿蕴肺

《黄帝内经》(《素问·咳论》)论述:“此皆聚于胃,关于肺。”该句是“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”理论的雏形,指出咳嗽与脾胃关系密切,水湿痰饮聚集于中焦脾胃,然后影响到肺,从而引发咳嗽;《素问病机气宜保命集·咳嗽论》(金·刘完素)提出:“嗽谓无声而有痰,脾湿动而为痰也;咳嗽谓有痰而有声,盖因伤于肺气,动于脾湿,咳而为嗽也。”精辟地指出“嗽”和“咳嗽”都与“脾湿”直接相关,痰的产生源于脾的功能失常;《杂病源流犀烛·咳嗽哮喘源流》(清·沈金鳌)论述:“脾不伤不久咳”直接点明脾脏的损伤是导致咳嗽迁延不愈、变成慢性咳嗽的根本原因。如果病只在肺,咳嗽通常是短暂急性的;一旦伤及脾,咳嗽就会变得缠绵难愈。陈利霞[28]等认为中焦虚弱,脾失健运,水湿内停,聚湿成痰,上渍于肺,痰壅气滞,肺失清肃而致咳嗽、痰多、喘逆诸症,治疗应以健脾益肺、化痰止咳为主;陈新元在其临床研究中也认为脾失健运,痰湿内生,上犯于肺,肺失宣降是痰湿蕴肺的主要病机。

3.2.2. 痰热郁肺,肺失肃降

《黄帝内经》有言:“岁火太过,炎暑流行,金肺受邪,民病疟少气咳喘。”“少阳司天,火淫所胜……民病头痛……疮疡、咳。”为“痰热壅肺”提供了最早的病因学依据。明确指出自然界过度的“火”(热)气,会克制肺金,导致咳嗽、气喘等肺系疾病,这为外感热邪和内生之火犯肺奠定了理论基础;金·刘完素作为“寒凉派”创始人,大力倡导“六气皆从火化”,并明确提出“咳分六气,无拘以寒说”,此举打破了咳嗽多以风寒论治的常规,极大地丰富和发展了火热致咳的理论,使“热咳”、“火咳”的辨证得到重视,为“痰热壅肺”证型的独立与明晰做出了关键贡献;《丹溪心法·咳嗽》(元·朱震亨)将咳嗽明确分为风寒、痰饮、火郁、劳嗽、肺胀五种。其中“火郁”与“痰饮”的结合,实质上非常接近“痰热壅肺”的病机,此外朱震亨还提出“上半日多嗽者,此属胃中有火,用贝母、石膏降胃火”,这体现了对内脏之火(胃火)上攻于肺所致咳嗽的辨证治疗思路。唐风雷[29]、石燕平[30]等等人也认为肺为储痰之器,具有娇脏之性,不耐邪侵,外邪经口鼻先侵入肺,进而引动肺络伏痰,致痰阻气道;外邪入里化热,亦可炼液为痰,痰热内阻于肺,可致肺宣降不利,上逆为咳。

3.2.3. 肝郁化火,上逆侮肺

《医门法律》(清·喻嘉言)中对内伤咳嗽提出“郁甚疏肝……内已先伤,药不宜峻”的治疗法则。精

准地概括了因肝气郁结所致咳嗽的核心治则,明确指出对于这类因“郁”(肝郁)而成的咳嗽,治疗的关键在于疏解肝郁,这为肝火犯肺的初期或核心病机提供了治疗方向;《丹溪心法·咳嗽》(元·朱震亨)虽未直接点名肝火,但其将咳嗽分为“火郁”一类,而“火郁”咳嗽的概念,包含了肝气郁结化火,上犯于肺的病机可能性,为后世医家从“火”与“郁”的角度论治肝咳提供了思路;尤在泾在《医学读书记·附静香楼医案三十一条》中提到“久咳胁痛,不能左侧,病在肝,逆在肺”,进一步总结了“肝咳”的发病机制,为理解中医学肝与肺的关系以及肝对咳嗽的影响提供了重要线索。刘梅君[31]等立足于肝肺同治学说,结合五行、经络与气机升降理论,为艾滋病相关性咳嗽开辟新的中医诊疗思路。肝主疏泄,负责调畅全身气机,肝气以升发为正常;肺则主气,司呼吸,以肃降为顺。

3.2.4. 肺阴亏虚, 虚火灼肺

《黄帝内经》(《素问·阴阳应象大论》)中谈及“燥胜则干”,此为阴虚咳嗽症状(如干咳无痰、口干鼻燥)提供了最早的理论基础。无论外燥还是内伤所致的阴虚内燥,其核心病机都是津液耗伤,这与“肺阴不足”的本质完全吻合;《医贯》(明·赵献可)对火烁肺金之咳,力斥寒凉之弊,认为“滋其阴所以降火,补北方正所以泻南方”。这是治疗“虚火灼肺”的关键论述,赵献可明确指出,对于阴虚之火,不能用苦寒药直折,否则会伤害脾胃,反而加重病情;《景岳全书·咳嗽》(明·张景岳)明确提出“内伤咳嗽以阴虚为主,治以滋阴”,将阴虚确立为内伤咳嗽的核心病机之一,从理论上将“阴虚咳嗽”提升到一个非常重要的位置,并确立了“滋阴”为其根本治疗法则。徐春霞[32]也认为肝肾不足,燥火内生,上灼娇肺,肝肺升降失常,引起阵发性干咳,两肋不适,咳声连连,甚至遗尿,形成下虚上实的病证。

3.3. 辨证论治

现代医家对慢性支气管炎病因病机的认识趋于一致,辨证分型也大致相同。陈文桂[33]参考《中药新药临床研究指导原则》及刘友章主编《中西医结合内科学》的诊断标准,归纳了与慢性支气管炎有关的4个高频症候分型:①痰热壅肺证:咳嗽气粗、痰多黄稠,口干口苦,烦躁不安,大便秘结,小便短赤,舌红苔黄腻,脉滑数。②痰湿犯肺证:咳声重浊,夜重日轻,痰粘量多,乏力肢重,面部虚浮,纳呆腹胀,便溏,舌淡胖,边有齿痕,脉濡缓或滑。③肺气虚弱证:咳声无力,日重夜轻,多为单咳或间歇咳嗽痰量少稀白,恶风自汗,易感冒,舌淡苔薄,脉细弱。④肺肾阴虚证:干咳,无痰或少痰,不易咳出,口干咽燥,五心烦热,潮热盗汗,气短眩晕,腰酸肢软,舌红少苔或苔光。

3.4. 中医治疗方法

现代医家基于古人的经验记载,结合临床实践辨证论治,归纳总结出一系列内治、外治、内外结合的行之有效的治疗方案,临床疗效显著。

3.4.1. 内治法

王领海[34]的临床观察证实,咳喘益肺补肾汤对老年慢性支气管炎的治疗效果明确。研究显示,该方剂治疗40例患者的有效率为87.5%,相较于对照组70.0%的有效率更具优势。

彭从健[35]应用涤痰祛瘀法治疗慢性支气管炎患者227例。参照专业会议标准评定,其总有效率为96.47%,其中症状稳定与基本稳定者共194例。研究还发现,患者病程越短、固本治疗疗程越长,其疗效更佳。

王军华等[36]研究显示,采用黄龙咳喘胶囊联合头孢他啶的观察组,在降低炎症反应、控制病情和改善症状方面均优于单用头孢他啶的对照组,且联合用药安全性较高,证明了引入中药进行联合治疗的显著效益。

梁森等[37]采用中西医结合方案治疗慢性支气管炎, 观察组在西医治疗基础上加入中医辨证: 虚证予以生脉散等方补益, 实证予以三子养亲汤等方祛邪, 结果显示其疗效显著优于单纯西医治疗。

金子怡[38]等人指出, 茆教授以自拟补肺止咳膏治疗本病缓解期, 重在固本培元。该经验基于“补母”理论, 强调通过健脾补肺益肾来扶助正气, 临床实践表明此法能有效增强机体功能、延缓病程, 获得了良好疗效。

张翠萍等[39]在慢性支气管炎的临床研究中, 针对急性期与缓解期采取了分期论治的策略。治疗组在常规西药(抗炎、化痰、止咳)基础上, 急性期加用中药穴位贴敷, 缓解期则改用膏方调理。经过 2 年观察, 该阶梯式治疗方案在提高总有效率和减少复发次数方面均优于单一西医方案。

王夜[40]的案例显示, 膏方治疗不仅使慢性支气管炎合并轻度肺气肿患者的咳、痰、喘症状消失, 还促进了肺部影像学(肺纹理)的改善, 体现了膏方扶正固本、改善肺功能的治疗优势。

3.4.2. 外治法

高璐[41]于 2018 年 7 月~2019 年 7 月, 选取辽宁省沈阳市第四人民医院治未病中心收治的 80 例慢性支气管炎患者, 采用随机对照设计分为试验组与对照组, 每组各 40 例。对照组采用单纯西医常规治疗方案, 试验组在西医治疗基础上, 联合应用补肾益气法与针刺夹脊穴进行干预。通过对比两组临床疗效结果显示, 试验组治疗效果显著更优, 充分凸显了中医外治法在慢性支气管炎治疗中的独特价值与显著干预效果。

黄文婷[42]通过对比通元针法与常规针刺治疗肺肾两虚型慢性咳嗽的临床疗效, 得出以下结论: 二者均能有效改善患者咳嗽症状积分及 LCQ 评分, 证实两种针刺方案均具确切治疗效果; 相较常规针刺, 通元针法的优势更为显著, 不仅在缓解夜间咳嗽症状方面效果更优, 还能更充分地改善患者生理状态与社会活动能力, 更利于提升患者生活质量, 且在提高临床有效率与治愈率上表现更佳。

吴颂等[43]的临床对照研究显示, 在慢性支气管炎治疗中, 康复干预加用温阳贴敷的治疗组, 在降低症状评分、炎症水平以及提升肺功能指标方面, 均优于仅接受康复干预的对照组, 凸显了联合疗法的显著优势。

朱文洪等[44]研究发现, 穴位贴敷联合常规西药治疗慢性支气管炎, 在缓解患者临床症状、减轻炎症反应以及改善肺功能指标方面均显示出显著优势。

陈劲等[45]的临床研究证实, 艾灸辅助左氧氟沙星方案治疗老年慢性支气管炎急性发作, 疗效显著优于单纯西药, 且在改善患者免疫功能方面展现出协同增效的明确优势。

张松华等[46]发现, 对于老年慢性支气管炎患者, 在常规西医及中药汤剂治疗中加用三伏灸贴, 可进一步提高临床疗效与证候积分。其作用机制与三伏灸贴扶阳固本、改善肺腑功能密切相关, 证实其在增强疗效方面的积极意义。

宁佐伟等[47]对热敏灸治疗咳嗽的疗效进行 Meta 分析, 结果表明: 无论是联合西药, 还是与推拿、针刺或三伏贴等中医特色疗法结合, 热敏灸疗法的综合疗效均显著优于单纯使用中药或西药, 体现了其强大的协同增效作用和明确的临床优势。

侯春艳[48]的临床对照研究证实, 联合针灸推拿可显著提升常规疗法对慢性支气管炎的总体疗效与肺功能改善程度, 这对于优化临床治疗方案具有重要价值。

周毅[49]的研究显示, 以穴位埋线治疗慢性支气管炎疗效满意。该疗法以大椎、风门等为核心主穴, 并针对痰湿、痰热、气虚等不同证型进行辨证配穴, 体现了中医个体化治疗的优势。

盛正和等[50]的临床研究发现, 穴位埋线联合加味温胆汤治疗痰湿型慢性支气管炎, 疗效显著优于单纯中药与西药方案。穴位埋线通过对经络的长效良性刺激, 持续激发脏腑功能, 不仅放大了加味温胆汤

的短期疗效,更起到了巩固作用,从而保障了疗效的长期稳定性。

王樟连教授[51]秉承朱丹溪“未发扶正,既发攻邪”之旨,强调慢支治疗重在缓解期的扶正固本。其针灸选穴讲究分期:急性期取尺泽、孔最、天突、廉泉、定喘等穴以宣肺化痰、止咳平喘;缓解期则选用足三里、丰隆,配伍尺泽、孔最,旨在健脾益气、化痰降浊,通过补益肺脾之气从根本控制发作。

林汉彪等[52]研究发现,穴位注射与贴敷联用能更有效地治疗慢性支气管炎。此方案融合了针刺的迅捷开通与药贴的长效温和作用,实现了即时与长效的有机结合,从而显著提升了整体疗效。

4. 总结

慢性支气管炎(CB)作为一种常见呼吸道疾病,其临床症状显著降低患者生活质量。目前,西医缺乏精准的干预措施,而中医辨证论治虽具特色,但其疗效评估与作用机制研究尚需完善。为此,融合中西医理论与技术优势,形成循证支持下的精准治疗模式,将成为未来优化CB临床管理效能的必然趋势。

参考文献

- [1] 杨庆玺,倪庆,姬光东,等. 羧甲司坦口服溶液联合莫西沙星治疗慢性支气管炎急性发作的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2022, 37(9): 2035-2039.
- [2] 王剑明,黄开华. 乳酸左氧氟沙星氯化钠注射液联合哌拉西林钠他唑巴坦治疗老年 AECOPD 的临床观察[J]. 江西医药, 2022, 57(2): 146-148.
- [3] Kim, V. and Criner, G.J. (2013) Chronic Bronchitis and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, **187**, 228-237. <https://doi.org/10.1164/rccm.201210-1843ci>
- [4] 牟玉婷,乔世举. 慢性支气管炎的中医药治疗进展[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36(3): 19-22.
- [5] 赵永祥,姚惠青,谭烨,等. 青海地区慢性支气管炎慢性阻塞性肺疾病发病率调查及中医证型分布规律的研究[J]. 中医临床研究, 2021, 13(9): 12-14+22.
- [6] 林琳,张忠德. 呼吸科专病中医临床诊治[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [7] American Lung Association (2011) Trends in COPD (Chronic Bronchitis and Emphysema): Morbidity and Mortality. Research and Program Services Division, Epidemiology and Statistics Unit, American Lung Association.
- [8] 李凇. 亚急性、慢性咳嗽病因与中医证型相关性研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2012.
- [9] 程越,邱志新,李为民. 慢性支气管炎发病机制研究进展[J]. 华西医学, 2017, 32(04): 606-611.
- [10] Barczyk, A., Pierzchala, W. and Sozańska, E. (2003) Interleukin-17 in Sputum Correlates with Airway Hyperresponsiveness to Methacholine. *Respiratory Medicine*, **97**, 726-733. <https://doi.org/10.1053/rmed.2003.1507>
- [11] 蔡珊,陈平,朱应群,等. 慢性阻塞性肺疾病气道炎症与肺泡巨噬细胞炎症蛋白 1 α 、明胶酶 B 活性的研究[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2001(7): 48-51.
- [12] MacNee, W. (2007) Pathogenesis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Clinics in Chest Medicine*, **28**, 479-513. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2007.06.008>
- [13] 李莉,阮英茆,陈颖,等. 转化生长因子 $\beta 1$ 在吸烟诱发地鼠慢性支气管炎与肺气肿肺组织中的表达[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2002(5): 31-33+68.
- [14] 刘剑,张洪春,王成祥,等. 芩暴红止咳口服液治疗急性支气管炎及慢性支气管炎急性发作临床应用专家共识[J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(4): 182-188.
- [15] Marinaş, A.E., Ciurea, P., Pirici, D., et al. (2012) Chronic Bronchitis: A Retrospective Clinicopathologic Study of 25 Cases. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*, **53**, 503-513.
- [16] Saetta, M., Turato, G., Facchini, F.M., Corbino, L., Lucchini, R.E., Casoni, G., et al. (1997) Inflammatory Cells in the Bronchial Glands of Smokers with Chronic Bronchitis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, **156**, 1633-1639. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.156.5.9701081>
- [17] O'Shaughnessy, T.C., Ansari, T.W., Barnes, N.C. and Jeffery, P.K. (1997) Inflammation in Bronchial Biopsies of Subjects with Chronic Bronchitis: Inverse Relationship of CD8⁺ T Lymphocytes with FEV1. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, **155**, 852-857. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.155.3.9117016>
- [18] 陈典,隆寰宇,张从溪,等. 2025 年 GOLD 慢性阻塞性肺疾病诊断、治疗、管理及预防全球策略更新要点解读[J].

- 中国全科医学, 2025, 28(16): 1937-1949.
- [19] Covantsev, S., Poparcea, D., Bumbu, A., Ceasovschih, A., Georgakopoulou, V., Spandidos, D., *et al.* (2025) Potential of Doxofylline in the Treatment of Chronic Obstructive Airway Diseases (Review). *Biomedical Reports*, **23**, 1-8. <https://doi.org/10.3892/br.2025.2060>
- [20] 杨拓. 盐酸氨溴索在慢性支气管炎治疗中的应用效果分析[J]. 襄阳职业技术学院学报, 2024, 23(2): 105-108.
- [21] 肖家彬, 蓝凤. 氨溴索颗粒与阿奇霉素干混悬剂联合治疗小儿急性支气管炎的有效性及安全性探讨[J]. 黑龙江医药, 2024, 37(4): 842-844.
- [22] 刘荣光, 魏旺星, 谢丽文. 布地奈德和盐酸氨溴索雾化基础上加服孟鲁司特钠治疗小儿支气管肺炎的效果分析[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(10): 43-46.
- [23] 王红芳. 盐酸氨溴索与抗生素在慢性支气管炎治疗中的效果研究[J]. 结核与肺部疾病杂志, 2025, 6(S1): 21-23.
- [24] 李富增, 刘国星, 崔兰凤, 等. 王成祥教授治疗慢性支气管炎经验[J]. 天津中医药, 2021, 38(1): 77-80.
- [25] 赵睿学, 李城, 李璐, 等. 商宪敏辨证治疗慢性支气管炎临床经验[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(12): 5453-5455.
- [26] 徐达, 谌晓莉, 肖庆龄, 等. 朱启勇教授诊治慢性支气管炎急性发作期经验[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(6): 1495-1496.
- [27] 金远林. 中医传承与创新 金远林从医四十年临证心得[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2021.
- [28] 陈利霞, 俞建红, 蒋玲枝, 等. 健脾祛湿消痰汤治疗慢性支气管炎痰湿蕴肺证的效果观察[J]. 中国中医药科技, 2025, 32(5): 876-877.
- [29] 唐风雷. 清肺化痰宣降汤治疗痰热壅肺型慢性支气管炎的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2021, 28(3): 436-437.
- [30] 石燕平, 耿建领, 贾长文, 等. 加味黄芩温胆汤治疗慢性支气管炎痰热壅肺证临床疗效[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(4): 101-104.
- [31] 刘梅君, 宋夕元, 雷颀, 等. 基于“肝肺同治”理论辨治艾滋病肝咳[J]. 中国艾滋病性病, 2023, 29(5): 612-615.
- [32] 徐春霞. 百合固金汤加减治疗虚火灼肺型慢性咳嗽的临床疗效[J]. 内蒙古中医药, 2019, 38(10): 15-16.
- [33] 陈文桂. 慢性支气管炎中医证型与理化指标的相关分析[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2011.
- [34] 王领海. 咳喘益肺补肾汤治疗老年慢性支气管炎临床疗效分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(34): 164.
- [35] 彭从健. 涤痰祛瘀法治疗慢性支气管炎 227 例[J]. 实用医学杂志, 1999(3): 72-73.
- [36] 王军华, 王懿怡. 黄龙咳喘胶囊联合头孢他啶治疗慢性支气管炎急性发作期[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(23): 11-12+76.
- [37] 梁森, 李金. 中医辨证治疗慢性支气管炎肺气肿的临床疗效评价[J]. 中医临床研究, 2020, 12(30): 15-17.
- [38] 金子怡, 黄辉, 张传名. 茆俊卿运用补母法治疗缓解期慢性支气管炎临床经验[J]. 陕西中医, 2021, 42(12): 1766-1768.
- [39] 张翠萍, 靳新民, 苏改生. 中药贴敷配合膏方防治老年慢性支气管炎的临床观察[J]. 中医药导报, 2017, 23(12): 76-78.
- [40] 王夜. 膏方临床应用验案 4 则[J]. 中国民间疗法, 2022, 30(10): 101-104.
- [41] 高璐. 补肾益气法联合针刺夹脊穴治疗慢性支气管炎临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(22): 81-83.
- [42] 黄文婷. 通元针法治疗肺肾两虚型慢性咳嗽临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2021.
- [43] 吴颂, 王会茹, 马彦波, 等. 基于子午流注理论温阳贴敷治疗脾肾阳虚型慢性支气管炎缓解期的疗效观察[J]. 河北中医, 2022, 44(6): 993-996.
- [44] 朱文洪, 谢伟蓉. 穴位敷贴联合盐酸氨溴索雾化吸入治疗老年单纯型慢性支气管炎的疗效研究[J]. 中国现代药物应用, 2022, 16(8): 18-21.
- [45] 陈劲, 龙寿洪. 艾灸辅助治疗老年慢性支气管炎急性发作的临床观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(10): 1460-1462.
- [46] 张松华, 马丽. 益肺健脾汤联合三伏灸贴治疗老年慢性支气管炎临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(8): 74-76.
- [47] 宁佐伟, 张姣, 陈燕芳, 等. 热敏灸治疗不同病因咳嗽疗效 Meta 分析[J]. 亚太传统医药, 2021, 17(4): 137-142.
- [48] 侯春艳. 针灸配合推拿治疗慢性支气管炎的临床效果分析[J]. 中国保健营养, 2021, 31(28): 211.
- [49] 周毅. 穴位埋线疗法治疗慢性支气管炎 50 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(10): 71-72.

- [50] 盛正和, 黄艳霞, 张剑飞, 等. 穴位埋线配合加味温胆汤治疗痰湿型慢性支气管炎临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(3): 609-611.
- [51] 马振宇, 王芸. 王樟连应用穴位注射的临床经验[J]. 浙江中西医结合杂志, 2010, 20(3): 150+152.
- [52] 林汉彪, 陈伟业. 穴位注射配合穴位敷贴治疗慢性支气管炎 128 例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2018, 27(7): 104-106.