

DOI 10.19656/j.cnki.1002-2406.20240204

经验传承

王鹏教授运用“和法”论治慢性阻塞性肺疾病经验

曹悦¹, 王鹏^{1,2}, 杨宏志^{1,2}✉

(1. 湖北中医药大学, 湖北 武汉 430061; 2. 湖北省中医院, 湖北 武汉 430061)

【摘要】王鹏教授基于肺的生理和病理特点,结合临床经验,继承中医整体观、五脏一体观,认为“和法”的内涵为以调和阴阳气血为基,安平脏腑为本,兼顾半表半里,和解少阳。慢性阻塞性肺疾病的根本病机为脏气亏虚,气机失和,痰瘀阻络。在临床治疗中当分表里、虚实、缓急,天人失和也是本病的重要病机。根据对病机的认识,王鹏教授提出补益脏腑,调调气血;表里缓急兼顾,和解少阳枢机;天人合一,疏情达意;平缓调和用药等治法。

【关键词】慢性阻塞性肺疾病;“和法”;王鹏;经验

【引用格式】

曹悦,王鹏,杨宏志. 王鹏教授运用“和法”论治慢性阻塞性肺疾病经验[J]. 中医药信息, 2024, 41(2): 21-25.

CAO Y, WANG P, YANG H Z. Professor WANG Peng's experience in treating chronic obstructive pulmonary disease with the harmonization method[J]. Information on TCM, 2024, 41(2): 21-25.

慢性阻塞性肺疾病(简称慢阻肺)是一种复杂的临床综合征,其主要特征是持续的呼吸道症状和进行性气流阻塞,由于长期暴露于一种或多种已知有害物质,患者肺功能进行性下降,除功能异常外,有害物质还会产生不同的临床病程,会出现不同程度的肺气肿和慢性支气管炎。这种复杂综合征的特征不仅表现在肺部和气道发炎,而且具有全身性炎症的特征^[1-2]。肺功能检查目前作为诊断慢阻肺的金标准,测定第一秒用力呼气量(FEV1)/用力肺活量(FVC),该比值小于70%是判断存在持续气流受限和诊断慢阻肺的标准。CAT评分为10分或10分以上说明有明显症状^[3],主要表现为咳嗽、咳痰、胸闷、睡眠质量降低和精力水平降低等。慢阻肺的患病率和病死率较高,全球≥40岁人群中COPD患病率达到9%~10%^[4]。2015年,慢性阻塞性肺疾病在全球男女年龄标准化死亡率中排名第3,每年约有200万~300万人死于该疾病^[5]。全球慢阻肺患者近3亿,全人群患病

率为3.9%(95%CI:3.5%~4.3%)^[6]。现阶段我国慢阻肺的患病率也有逐年上升的趋势,2014—2015年期间,我国≥40岁人群的慢阻肺患病率为13.6%^[7]。中医学将慢阻肺归为“肺胀”“喘证”等范畴,本病的发生多因久病肺虚、痰瘀滞留,本虚标实,在饮食、外感等诱因下发作或者加重^[8-9]。

王鹏是湖北中医药大学教授,博士研究生导师,湖北中医名师,全国第五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,从事中医药临床工作50余年,在慢性呼吸系统疾病的防治方面积累了丰富的经验。王教授认为慢阻肺发病的关键病机为阴阳表里失和,脏腑气血不调,运用“和法”是治疗慢阻肺的基本法则。在临床实践中注重标本兼顾,辨证论治,运用“和法”理论治疗效果显著,现将其临证经验总结如下,以飨同道。

1 “和法”渊源及内涵

“和”为中国传统文化的哲学思想,有均衡调和之意,和的思想在《黄帝内经》中多次体现,如《素问·上古

基金项目:湖北省科学技术厅重点研发计划项目(2020BAB027);湖北省教育厅科学研究计划指导性项目(B2022112);国家中医药管理局全国名老中医专家(王鹏)传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75号)

第一作者简介:曹悦(1998-),男,2022级中医内科肺病专业硕士研究生,主要研究方向:中医药防治肺系疾病。

✉通信作者简介:杨宏志(1977-),男,教授,副主任医师,主要研究方向:中医药防治肺系疾病。

天真论篇》言:“上古之人,其知道者,法于阴阳,和于术数,饮食有节,起居有常”,《素问·生气通天论篇》曰:“凡阴阳之要。阳密乃固。两者不和……因而和之是谓圣度……如是则内外调和,邪不能害……阴平阳秘,精神乃治。”可见“和”的思想体现在中医的治病、防病等多个方面,唯阴阳平衡,“正气存内,邪不可干”。“和法”的发展渊源长久,自古以来概念逐渐清晰,理论逐渐完备^[10]。“和法”是八法之一,见于《医学心悟》的“汗、吐、下、和、温、清、消、补”,书中有言:“有清而和者,有温而和者,有消而和者,有补而和者,有燥而和者,有润而和者,有兼表而和者,有兼攻而和者,和之义则一,而和之法变化无穷焉”。“和法”又属于五治之一,《素问·六节脏象论篇》曰:“失时反候,五治不分,邪僻内生,工不能禁也。”即和、取、从、折、属五法。“和法”是平调、平衡之义,通过和解正邪,调和表里,疏调三焦达到治疗疾病的目的。张仲景对“和法”理论的运用体现在《伤寒论》中创立和解少阳的小柴胡汤,在《金匮要略》中对痰饮病进行论治——“病痰饮者当以温药和之”,即治痰饮病不可过用温燥之品,专补碍邪,过燥伤正,而应以平和之品祛邪不伤正,调和阴阳。张仲景依据“和法”理论还创立了调和营卫、调和胃肠、调和肝脾等治疗法则^[11]。晚清医家唐容川认为“和法”的具体运用体现在“或补阴和阳、或损阳和阴、或逐瘀和血、或泻水和气、也可补泻兼施、寒热并用”。

王鹏教授认为肺居高位,为华盖,肺合皮毛,易受外邪侵袭。肺体清虚,其质娇嫩,不耐寒热。故《医学源流论》曰:“肺为娇脏,寒热皆所不宜。太寒则邪气凝而不出;太热则火炼金而动血;太润则生痰饮;太燥则耗精液;太泄则汗出而阳虚;太湿则气闭而邪结”。王师在总结前人经验的基础上,结合自身经验,认为“和法”的内涵为以调和阴阳气血为基,安平脏腑为本,兼顾半表半里,和解少阳。

2 基于“和法”探讨慢性阻塞性肺疾病病机

慢性阻塞性肺疾病病程较长,起病隐匿,给临床诊断造成了困难,对此种疾病的认知率较低^[12],起病初期往往因外感表证被患者忽视,长期咳喘不愈,反复发作迁延不治,外感邪气入里,且此病老年患者居多,年老体虚,肺气耗损,久则肺脾肾亏虚,元气亏损,阴阳失和,逐渐积化为痰瘀,胶结不解,稽留不去,成为宿根,伏滞脏腑、经络、气道,遇外邪诱发。故王鹏教授基于“和法”认为慢阻肺的根本病机为脏气亏虚,气机失和,痰瘀阻络。

《伤寒明理论》言:“伤寒邪在表者,必渍形以为汗;邪气在里者,必荡涤以为利;其于不外不内,半表半里,即非发汗之所宜,又非吐下之所对,是当和解则可矣”。

邪气初感多为在表,正邪分争,或邪胜正虚,或正胜邪却,正邪相当则正邪交争于半表半里,枢机不利。王师认为慢阻肺症状多有肝经循行部位的症状以及少阳证,在治疗时重视从厥阴少阳论治肺胀。本病病位在肺,虚实两端,标本兼病,两者常相互转加,发为虚实缓急。实者邪气外袭,痰瘀相干发病而属慢阻肺急性期;虚者,病久气血耗伤,累及心肝脾肾,属于稳定期^[13-14]。基于“和法”的思想,王师认为慢阻肺当分清表里、虚实、缓急,在临证中应辨证论治,治疗上应灵活选方,分缓急,解表里,顾虚实^[15]。

《灵枢·岁露论》言:“人与天地相参也,与日月相应也”,《诸病源候论·上气鸣息喉》曰:“肺主于气,邪乘于肺则肺胀,胀则肺管不利,不利则气道涩,故上气喘逆,鸣息不通”。王师认为天人失和也是本病的重要病机,慢阻肺患者易感外邪,所以不仅要重视人体气血协调,更强调人与周围环境保持和谐,即“天人和一”。生活环境也是影响疾病的重要因素,所以在治疗疾病时应了解患者的生活环境,心理环境,予以疏解,内外同治,多法合用,才能达到治疗之效。

3 “和法”在慢性阻塞性肺疾病的运用

3.1 补益脏腑,通调气血

《素问·调经论篇》载:“人之所有者,血与气耳”。《景岳全书·血证》曰:“人有阴阳,即为血气。阳主气,故气全则神旺;阴主血,故血盛则形强。人生所赖,唯斯而已。”叶天士《温热论》言:“肺主气属卫,心主血属营”。心肺同居胸中,肺主气,心主血,气为血之帅,血为气之母,营卫气血关系密切,心肺同样关联甚深。《素问·咳论篇》言:“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,《灵枢·本脏》曰:“五脏者,所以藏精神血气魂魄者也”。五脏关系密切,相互联系,气血阴阳相通,“五脏相通,移皆有次”会影响疾病的发生发展及变化。王师认为阴阳为本病发生之根,气血失和为本病进展阶段的结果。气不和,则血不和,气血不和,则成痰瘀,日久痰瘀滞难解,郁遏阳气输布,五脏阳气虚损,五脏不安,而化湿,化热,成寒,成浊毒之变。所以王师在临床中重视调五脏气血阴阳。五脏中善补阳气,王师认为阳非常有余,而易不足,阳气中尤重肺阳^[16],肺为脏之长,肺阳主一身之阳气,肺阳不足,外不能卫固藩篱,内不能宣调气机。故王师根据虚、瘀、痰的病机,建立消补结合法,以补阳还五汤为基础方,加用理气、化痰之品,具有补益气血、化痰通络之效。

3.2 缓急表里兼顾,和解少阳枢机

王鹏教授认为当急缓分治,标本一体。在稳定期多表现为咳喘胀满,痰多,白色泡沫痰或为黄黏痰,恶

寒,易感冒,舌质暗,苔厚腻,脉细涩等。王鹏教授以玉屏风散、六君子汤等加减,平补五脏气阳,以理气为主兼用橘红、半夏等化痰之物,配以丹参、水蛭等活血化瘀之品,调经络,理气血。在急性期,内以祛水湿痰瘀,外以理风寒风热。在外感袭表之时,应以散风寒风热为主,调理肺脾为次,对症清官窍为辅;内伤痰邪,责之于五脏不安,气机失调,治以理气祛痰,辅以寒热调治;内伤瘀血,从气从血论治,气旺则血行,血行则气顺。

肝木与肺金相对,一升一降,互相克伐,肝经支脉:从肝分出,通过膈肌,向上流注于肺。肝气郁结,气郁化火,肝火灼肺,肺失清肃,则表现为咳甚有胸胁疼痛,咳逆,甚至有咯血,肋下痞硬,口燥咽干,舌红少苔,脉弦细等。此时应和解枢机、调理气机、调肝理肺,可用小柴胡汤加减。王鹏教授认为小柴胡汤不仅是和解少阳之剂也是扶正祛邪之方,和解少阳与和解表里相互关联^[17],肝主疏泄,肝经循行部位气机不利,以小柴胡方疏理气机,气机得利,三焦气化通畅,表里之邪得祛,正气得扶^[18]。王师认为表里分治作为运转气机,攻补兼施的一种方法临床上被广泛运用,与之相应的还有叶天士所创从三焦论治分消走泄之法,祛邪外出,调达气机。脾胃为一身气机枢纽,脾主运化,气化则水行,气停则水液停聚,如张景岳所说:“阳动而散,故化气,阴静而凝,故成形”。若出现咳黄痰,舌红,苔黄腻,眠差,纳少,腹胀等,可用温胆汤加减,清化上焦胆腑郁热,调畅中焦脾胃,导在内之实邪下趋,上焦气机得通,下焦津液得下,胃气自和,脏腑之气调和,病自愈。

3.3 天人合一,疏情达意

慢阻肺患者的生活环境对疾病发生和发展影响较大,大部分患者长期吸烟,或长期职业暴露于粉尘烟雾等环境,或是触及不洁异气等。《素问·疏五过论篇》言:“圣人之治病也,必知天地阴阳,四时经纪,五脏六腑,雌雄表里。刺灸砭石,毒药所主,从容人事,以明经道,贵贱贫富,各异品理”。王师在问诊过程中,会关注患者的职业,生活环境,以及生活习惯等,并且会耐心教育指导其纠正不良嗜好,告诫其远离烟尘,不染发,少食辛辣,避寒热之气,减少其他因素对疾病的影响。《黄帝内经·顺气一日分为四时》载:“夫百病者,多以旦慧昼安,夕加夜甚”,正如《内经》所言,慢阻肺患者也有昼轻夜重的情况,并且脏腑经络在一日之中也存在旺盛和衰减的不同。“是不应四时之气,脏独主其病者,是必以脏气之所不胜时者甚,以其所胜时者起也。”王鹏教授在临床中,会“顺天之时”分时段用药^[19],而且要根据不同季节选用相应药,例如南方夏季天气潮湿,王鹏教

授会在原方中加用藿香、佩兰等芳香化湿之品。慢阻肺患者长期不愈,反复发作,肺金侮肝木,患者常有焦虑,情绪不舒甚至抑郁等情况,王鹏教授针对此种情况,内用调理肝脾的逍遥散、柴胡疏肝散等药物,外则对患者进行心理疏导,以期患者正确认识疾病,及早康复。

3.4 平缓调和用药

王鹏教授在临床选方用药时注重以平淡和缓为原则,平补平泻,补益之剂不过温过燥,不滋补太腻,不滞碍气机;祛邪用缓攻平泻之法,亦从缓治,以达到补虚不碍邪,祛邪不伤正的目的,避免伐伐正气,碍脾阳、伤肾气,所以强调扶正法与祛邪法合理配伍^[20]。在治疗慢性阻塞性肺疾病时经常用到补阳补气之品,正如《素问·阴阳应象大论篇》所言:“壮火散气,少火生气”,对于壮热、苦寒之药临证中慎用或者用量较小,如黄连、附子、干姜等。对于寒热体质错杂甚或不清晰的患者多用平性补药,如生晒参、树舌等。王鹏教授也会注意补阴补阳相配合,于阴中求阳、阳中求阴。明代医家李中梓在《医宗必读·痰饮》中言:“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”,在治疗呼吸系统疾病时难免会用到燥湿化痰之品,如橘红、茯苓,化痰之药偏于温燥,在用药配伍时多配合滋养津液之品,并且温燥药不可长期大量使用,有伤阴耗气之弊。活血通络的虫类药擅于搜剔,且有毒性,温燥之性偏重,虽能祛风,但用之不当易生内风而致敏,所以用量不应过大,一般不超过10 g^[21],如水蛭多用3~6 g。全蝎、蜈蚣等在急性期使用,待血络已通,内风已平,缓解期则撤去换为丹参等草木类药,不仅活血通经而且达养血的目的。

4 病案举隅

金某,男,66岁,确诊慢性阻塞性肺疾病26年,因“间断性喘气26年余,喘气再发加重5天”就诊。初诊症见:喘气,走平路10 min则喘,上一楼喘,动辄喘气,喘甚则胸闷、心慌,咯黄黏痰,90~115 mL,活动后痰量增多,有痰则咳,口燥,咽干,纳眠可,梦多,二便可。既往史:支气管扩张病史,冠状动脉粥样硬化性心脏病。查体:舌暗苔薄,咽(-),脉弦细。

方剂一:桔梗10 g,冬瓜仁15 g,薏苡仁20 g,金荞麦15 g,芙蓉花15 g,黄芩12 g,金银花15 g,芦根30 g,陈皮12 g,7剂。方剂二:西洋参3 g,黄芪30 g,沙参15 g,百合12 g,玉竹12 g,陈皮12 g,茯神20 g,山药12 g,山茱萸15 g,女贞子15 g,墨旱莲15 g,生晒参5 g,7剂。常规水煎煮,早、中午服用方剂一,晚服方剂二,每次150 mL。

2023年4月16日二诊。3 d前突发痰中带血,为淡红色痰约3~5 mL,自行口服云南白药,咯黄脓痰

10~20 mL/d,喘气减2成,活动后明显,无胸闷,有反酸,烧心,梦多,乏力。查体:舌暗苔薄,咽(+),脉细。守方剂一去黄芩,加侧柏炭15 g,瓦楞子12 g,黄连3 g,鱼腥草15 g,红景天12 g,7剂。守方剂二不变,7剂。服用方法同前。

2023年4月23日三诊。服上方动则喘气减3成,咳吐痰,色黄量大约50 mL,质稠,喉中偶有哮鸣音,咽部干燥,稍有反酸,烧心。查体:舌暗苔薄微黄,左脉偏细数,右脉浮数微滑,咽(±)。守方剂一加浙贝母12 g,7剂。守方剂二加麦冬15 g,去生晒参,7剂。服用方法同前。

2023年4月30日四诊。服上方,动辄喘减3成,咳吐黄痰,量同前,活动时易咳出,口中灼热,流少许清涕,无哮鸣音,有咽干,仍反酸。查体:舌暗苔薄白,咽(±),脉弦细数。守前两方,各7剂。服用方法同前。

按语:患者间断按此法服用方药多年,自诉服药后效果良好。慢性阻塞性肺疾病为呼吸科最常见的慢性病,病程长久,病因病机复杂,患者多表现气血阴阳亏虚之状,兼夹痰、瘀、水、热等邪气,虚实夹杂,王鹏教授基于“和法”,扶正祛邪同用,补益气血,理气化痰通络。但若全部用于一方则药味数量过多,不能集中力量攻邪或扶正,所以王鹏教授借鉴张锡纯的济阴汤和宣阳汤的服法,对于慢阻肺患者分时段甚至分季节用药。此患者患病20余年,正气日久亏耗,胸阳不振,宗气不得贯心肺,延及下焦,肾不得纳气,所以喘气日久,喘甚心慌;肺气不宣,肃降失常,所以喘咳;肺脾肾气阳亏虚,水谷精微运化失职,停为水湿痰饮,咳嗽痰多。王鹏教授认为此患者体质历来偏阴虚,同时病久耗伤气阴,阴虚阳气偏亢,蒸腾津液,津液不足,炼液为痰,所以常口燥咽干,痰黄黏。四诊合参,中医诊断为肺胀,肺痿。王鹏教授认为本患者为脏腑气血亏虚,阴阳两虚,阴虚偏重,气阴两虚,虚实夹杂,痰热壅肺。扶正配合祛邪,以苇茎汤作为方剂一,清热化痰,排脓宣肺,白天服用在于祛除肺中壅滞痰热邪气。在方剂二中用西洋参、百合等滋养心肺,山茱萸、女贞子等补益肝肾之阴,黄芪、生晒参等平补气阳,起滋阴养气,补益肺肾之效。两方共奏扶正祛邪之效,同时祛邪不伤正,扶正不碍邪。

5 小结

王鹏教授针对肺脏的生理和病理特点,认为“和法”的内涵为以调和阴阳气血为基,安平脏腑为本,兼顾半表半里,和解少阳。慢性阻塞性肺疾病在临床中多反复发作,迁延难愈,肺脏娇嫩,不耐寒热,王师认为慢阻肺的根本病机为脏气亏虚,气机失和,痰瘀阻络。在临床治疗上分表里、虚实缓急。同时应注意生活环

境以及心理环境对患者的影响,结合天时分时段、分季节治疗,做到天人合一。王鹏教授倡导的“和法”是对中医整体观、五脏一体观的继承和发展,在临床实践中得到检验并且临床效果良好,值得学习借鉴。

【参考文献】

- [1] REYES - GARCIA A, TORRE - BOUSCOULET L, PEREZ - PADILLA R. Controversies and limitations in the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease[J]. Rev Invest Clin, 2019, 71(1): 28 - 35.
- [2] LABAKI W W, ROSENBERG S R. Chronic obstructive pulmonary disease[J]. Ann Intern Med, 2020, 173(3): C17 - C32.
- [3] DUFFY S P, CRINER G J. Chronic obstructive pulmonary disease: evaluation and management[J]. Med Clin North Am, 2019, 103(3): 453 - 461.
- [4] VOS T, LIM S S, ABBAFATI C, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990 - 2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019[J]. The Lancet, 2020, 396(10258): 1204 - 1222.
- [5] RABE K F, WATZ H. Chronic obstructive pulmonary disease[J]. Lancet, 2017, 389(10082): 1931 - 1940.
- [6] SORIANO J B, KENDRICK P J, PAULSON K R, et al. Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990 - 2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017[J]. The Lancet Respiratory Medicine, 2020, 8(6): 585 - 596.
- [7] WANG C, XU J, YANG L, et al. Prevalence and risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in China (the China Pulmonary Health [CPH] study): a national cross-sectional study[J]. Lancet, 2018, 391(10131): 1706 - 1717.
- [8] 李建生. 国际中医临床实践指南:慢性阻塞性肺疾病[J]. 世界中医药, 2020, 15(7): 1084 - 1092.
- [9] 李建生, 李素云, 余学庆. 慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011版)[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 80 - 84.
- [10] 王佩佩, 胡瀚月, 张晓雷, 等. 中医“和法”的源流发展[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(7): 740 - 745.
- [11] 党赢, 张锁, 刘钰, 等. “和”法源流及其在中医学中的应用范围探讨[J]. 西部中医药, 2022, 35(5): 48 - 50.
- [12] 樊静, 王宁, 方利文, 等. 2014年中国40岁及以上人群慢性阻塞性肺疾病知识知晓率及其影响因素[J]. 中华流行病学杂志, 2018, 39(5): 586 - 592.
- [13] 谢文英, 尚立芝, 胡文豪, 等. 慢性阻塞性肺疾病的发病机制及中医药治疗进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(9): 227 - 230.
- [14] 黄冬慧, 袁庆亮, 王平, 等. 基于“元气论”探析慢性肺疾病的中医药防治策略[J]. 湖北中医药大学学报, 2021, 23(5): 51 - 54.
- [15] 黄毅君, 胡木, 刘喜明. 和法探微[J]. 中医杂志, 2020, 61(14): 1216 - 1219.
- [16] 杨宏志, 邓可斌, 冯毅, 等. 王鹏论治支气管哮喘经验[J]. 湖北中医杂志, 2014, 36(9): 24 - 25.
- [17] 沙正华, 张亚男, 翟乐乐, 等. 运用少阳和法辨治风湿病案举隅[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(6): 3220 - 3223.
- [18] 马桂琴. 薛伯寿厥阴病合病、并病理论与经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(1): 128 - 130.

- [19] 饶婷婷,王鹏. 王鹏教授分时段用药治疗慢性阻塞性肺疾病经验[J]. 福建中医药,2021,52(2):43-44.
[20] 易岚,周恩超,高坤,等. 国医大师邹燕勤教授运用“和法缓治”学术思想治疗慢性肾脏病经验[J]. 南京中医药大学学报,2020,36(4):552-556.
[21] 杨宏志,姚欣. 王鹏从络病论治支气管哮喘经验探析[J]. 上海中医药杂志,2015,49(6):14-15.

(收稿日期:2023-10-10)

Professor WANG Peng’s Experience in Treating Chronic Obstructive Pulmonary Disease
with the Harmonization Method

CAO Yue¹, WANG Peng^{1,2}, YANG Hongzhi^{1,2✉}

(1. Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan 430061, China; 2. Hubei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuhan 430061, China)

【Abstract】 Based on the physiological and pathological characteristics of the lung, combined with clinical experience, Professor WANG Peng inherits the holistic view of traditional Chinese medicine (TCM) and the integration of the five viscera, and believes that the connotation of “harmonization method” is based on harmonizing yin, yang, qi and blood, calming the viscera and bowels, giving attention to both half – exterior and half–interior, and harmonizing and releasing the lesser yang. The basic pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is the deficiency of visceral qi, the disharmony of qi movement, and the obstruction of collaterals by phlegm stasis. In clinical treatment, medical practitioners should distinguish between exterior and interior, deficiency and excess, and urgency and not urgency. The disharmony between nature and human is also an important pathogenesis of this disease. Based on his understanding of the pathogenesis, Professor WANG Peng proposed to tonify and replenish the viscera and bowels and regulate qi and blood. In the treatment, both exterior and interior and urgency and not urgency should be given attention to, the lesser yang should be harmonized and released, and harmonious medication should be given.

【Key words】 Chronic obstructive pulmonary disease; “Harmonization method”; WANG Peng; Experience

(上接第20页)

Methods: This paper adopted the suprathreshold hypnosis experiment model of chloral hydrate, and used the sleep latency and sleep duration of mice as indicators to investigate whether there is a difference in the hypnotic efficacy of the two types of cinnabar. The acute toxicity of two types of cinnabar in mice was observed after being gavaged at the maximum concentration and maximum volume of the drug (48 g/kg). The effects of two kinds of cinnabar on the toxicity of different organs were observed by using the body mass and organ index of mice as indexes and pathological sections of different organs. **Results:** The hypnotic experiment model of chloral hydrate showed that both natural and synthetic cinnabar (16.67 mg/kg, 83.33 mg/kg) could prolong the sleep duration of mice induced by chloral hydrate, indicating that both natural and synthetic cinnabar had hypnotic effects. At a dose of 600 times the maximum dose (48 g/kg) of clinical medication administered by gavage, both types of cinnabar had no acute toxic effects on the mice, and there was no difference in mouse body weight, organ index, or toxicity to any organ compared to the blank group. **Conclusion:** The above research indicates that both natural cinnabar and synthetic cinnabar have hypnotic effects, and there is no significant difference in efficacy. Both types of cinnabar have no significant acute toxic effects.

【Key words】 Natural cinnabar; Synthetic cinnabar; Hypnotic effect; Acute toxicity