

补中益气汤临床心悟

● 洪广祥*

关键词 补中益气汤 应用指征 临床体会 典型案例

补中益气汤由黄芪、人参、白术、甘草、升麻、柴胡、当归、陈皮组成,为金元时期名医四大学派之一的李东垣著《东垣十书》脾胃论中的代表方剂。它具有益气升阳,调补脾胃的独特功能。本方适用于中气不足、清阳下陷、食欲不振、气血两虚等引起的各类疾病。

1 应用指征

体倦乏力、少气懒言、面色苍白、脉虚软无力等证是补中益气汤的基本应用指征。

脾胃为后天之本,气血生化之源,阴阳升降之枢纽,饮食劳倦、病后失养则脾胃虚弱,或脾胃清阳之气不升。因此补中益气汤临床常用于治疗气虚不荣证(饮食减少,少气懒言,语声低微,气息短促,面色萎黄,精神倦怠,动则心悸,舌质淡嫩,脉象缓弱虚软)、气虚不固证(流清水鼻涕,自汗,恶风,易感冒)、气虚不摄证(皮肤紫癜,尿血,便血,崩漏;久泻,久痢,尿频,带多,以及乳汁自出,蛋白尿);气虚不举证(脏器下垂,脘腹垂胀,阴

挺,脱肛)、气陷不升证(常觉气往下坠或气难接续,眩晕,耳鸣)、气虚欲脱证(冷汗如注、气喘难续,血压下降,面色苍白)、气虚发热证(反复发热,劳累后加重,脉象虚数无力)等。

2 临床体会

补中益气汤重用黄芪,补中益气,升阳固表,为君药。配伍人参、炙甘草、白术补气健脾为臣,与黄芪合用,以增强补中益气之功。血为气之母,气虚时久,营血亏虚,故用当归养血和营,协助人参、黄芪以补气养血;陈皮理气和胃,使诸药补而不滞,共为佐药;并以少量升麻、柴胡升阳举陷,协助君药以升提下陷之中气,为佐使药;炙甘草调和诸药,亦为使药。

余临床体会,黄芪用量一般以 30 克为宜,升麻、柴胡宜轻不宜重。全方剂之总用量不宜太重,因本方多为甘温益气之品,甘温益气多壅滞,易助热,重用味厚反入下焦,而不利升阳举陷。虚实夹杂之证,应视具体情况辨证施治。

本方虽为脾胃气虚、中气下陷所致之证而设,但从方药功用分析,实际上可用于肺脾气虚、宗气不足之各科病症。柯韵伯对本方的释义笔者及为赞同,对深刻认识本方的组方意义及其相关理论有重要指导意义。柯氏认为:“……脾胃内伤其气为不足,遵《内经》劳者温之,损者益之之义,大忌苦寒之药,选用甘温之品,升其阳以行春升之合。脾胃一虚,肺气先绝。故用黄芪护皮毛而开腠理,不令自汗;元气不足,懒言气喘,人参以补之;炙甘草之甘以泻心火而除烦,补脾胃而生气,此三味除烦热之圣药也。佐白术以健脾,当归以和血。气乱于胸,清浊相干用陈皮以理之,且可散诸甘药之滞。胃中清气下沉,用升麻、柴胡之轻而味之薄者,引胃气以上腾,复其本位,便能升浮以行生长之令矣。补中之剂,得发表之品而中自安;益气之剂,赖清气之品而气益倍。此用药有相须之妙也。是方也,用以补脾,使地道卑而上行;亦可以补心肺,损其肺益其气,损其心者调其营卫也;亦可补肝木,郁则达之也。惟不宜于肾,阴虚于下者不宜升,阳虚于下更不宜升也。凡东垣治脾胃方,俱是益气。去当归、白术,

* 作者简介 洪广祥,男,著名中医学家。主任医师、教授,北京中医药大学中医内科学博士生导师,国务院特殊津贴获得者。全国首批 500 名老中医药专家学术经验继承工作导师,本刊学术顾问。

• 作者单位 江西中医学院呼吸病研究所(330006)

加苍术、木香,便是调中;加麦冬、五味子,便是清暑。此正是“医不执方,亦正是医必有方。”(《古今名医方论》)

补中益气汤是复杂性科学的典范。也具有复杂系统非线性的特征。据研究,补中益气作用位点有心、肝、脾、肺、胃、神经、免疫系统、血液系统等,可以增强免疫,提高红、白细胞、抑制和杀伤癌细胞,调节胃肠运动等。因此对于具有气虚特征的临床各科的多种疾病,均可用补中益气汤来治疗。

补中益气汤方自面世后,得到历代医家的高度重视和广泛应用。在日本,本方又有“医王汤”之称,意则医中之王,王者之汤。日本著名的汉方医家矢数道明先生在其所著《临床应用汉方处方解说》中,给予补中益气汤方以很高的评价。自20世纪90年代以来,日本有关补中益气方的临床和基础研究开展得非常活跃。

从临床实践证明,补中益气汤用之得当疗效显著,它不仅用于治病,也可用于保健。尤其非常适合现代人的亚健康状态的调整和保健。首先,补中益气汤从调理脾胃开始,“脾胃为后天之本”,顾护人体正气在先,体现了“以人为本”的整体观念,是从人体的生理上作为着眼点来对机体进行健康修复和保健;现代社会工作高度紧张,竞争激烈,心身压力大,情志因素影响健康已越显突出。补中益气汤从心理角度加以疏导和调节,其所用柴胡、陈皮、当归,具有疏肝、理气、怡情,以调节精神状态、缓解心理压力的作用。从而有效的扭转机体的亚健康状态。可谓李东垣先生的补中益气汤对现代社会保健事业的新贡献。

3 验案解析

3.1 例一 张某,男,22岁。1990年8月初诊。

素体虚弱,瘦高体形。幼时,患肺门淋巴结核。近日参加运动会后,自觉胸部憋闷,呼吸急促,咳嗽剧烈,经某西医院急诊检查,确诊为“自发性气胸”,入院治疗月余,胸闷气急减轻,咳嗽仍频,X线复查胸腔仍有少量积气,乃自动出院。后经多方治疗,未能稳定病情,稍遇劳则气胸频发,遂来门诊求余治疗。

患者形体消瘦,神倦乏力,气短自汗,胸闷憋气,咳嗽痰白,面白少荣,脉虚细滑,舌质暗红,苔薄腻。证属宗气不足,肉薄肺弱,不耐劳伤,肺体易损。治宜补益宗气,敛肺生肌,以固堤防。方用补中益气汤加減:生黄芪50g,西党参30g,炒白术15g,淮山30g,全当归10g,炙甘草10g,升麻10g,北柴胡10g,仙茅10g,仙灵脾15g,白及30g,诃子肉15g,五味子10g,牡蛎20g,三七末6g(分冲),法半夏10g,陈皮15g。水煎服,每日1剂,连服2周复诊。

二诊:服药后自觉神倦乏力改善,自汗减少,胸闷气短减轻,嘱适度增加锻炼,以改善肺体抗卫能力。原方再加血竭10g,以加强化瘀生肌力度。30剂,每日1剂。

三诊:患者整体情况明显改善,体重增加,肌肉已渐丰满,脉之虚象已除,原方续服30剂再诊。

四诊:病情稳定,无明显特殊不适,既往反复发作气胸情况已获控制。X线复查除肺纹理略有粗乱外,余无异常发现。嘱改用补中益气丸、金水宝胶囊继续稳定病情,控制反复。后因感冒来门诊就诊,告知气胸未再发作。

按 本例患者有结核病史,久病肺脾气虚,肉薄肺弱,故不耐劳伤,肺体易损。《难经·十四难》指出“损其肺者益其气”。如何益气?脾为肺之母,补脾能生肺,脾气旺则肺体强,脾主肌肉,健脾可生肌,使肉薄肺弱得到改善,以达肉厚肺强之目的。肺主诸气,但肾为气之根,肺气又有赖于肾气之温煦,才能有利于肺肾摄纳功能的正常运行。肺脾之气是形成宗气的重要基础。宗气的旺衰,与肺、脾、胃有关,尤与肺关系密切。它是行呼吸、行气血的原动力。宗气为病,虚多实少。故曰:“宗气者,动气也”。所以补益宗气是“损其肺者益其气”的重要治法。故本案全程应用补中益气汤以补益宗气,生肌强肺。方中加用仙茅、仙灵脾,补肾助阳,以温煦肺气,“肺得命门而能治节”。白及“补肺,逐瘀生新,肺损者能复生之”(《本草备要》),具有良好的收敛生肌,为治疗血证、疮疡之圣药。临床用于自发性气胸可达到补肺生肌,控制反复的效果。五味子、诃子、牡蛎协同白及加强补肺敛涩,再合半夏、陈皮下气消痰,以止咳逆,减少咳嗽频作。方中配合三七、血竭以散瘀生肌,有利于气胸的快速修复。患者前后服用加減补中益气汤月余,最后以补中益气丸、金水宝胶囊调理缓治,达到稳定病情,控制复发的满意效果。

本案西医诊断为自发性气胸。因肺部或胸膜疾病,使肺组织和脏层胸膜破裂,或者靠近肺表面的细微气肿泡自行破裂,使肺和支气管内空气透入胸膜腔,称为自发性气胸。气胸反复发作,称复发性气胸。气胸持续3个月以上者,肺尚不能完全复张者,称慢性气胸。

自发性气胸以继发于慢性阻

塞性肺病及肺结核最为常见。治疗重在促进患者肺复张,消除病因及减少复发的原则。

此症属于中医喘证范畴。个人体会,中医药对复发性气胸及慢性气胸有较好的治疗优势可作为进一步研究探索的重点。在治疗方法上要采取辨病与辨证相结合的方法,既要充分体现其局部的突发病理表现,又应反映整体的辨证要求。自发性气胸属中医急症范畴,在确定治疗方案时要从实际出发,采取相应的急症治疗措施,以发挥中西医的各自优势。适合于内科保守治疗的自发性气胸,应分析其引发自发性气胸的发病基础及其诱发因素,准确地进行辨证论治和辨病施治。

3.2 例二 黄某,男性,28岁,1988年4月12日初诊。

患者半年前因车祸致双下肢骨折而行骨科手术。术后出现创伤处反复感染而入中医院骨伤科住院治疗。

入院后经综合治疗创伤感染基本控制。但发热持续不解,体温 $38^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$ 之间徘徊,已迁延30余天。特邀余会诊。

会诊所见:发热持续月余,傍晚热势增高,微恶风但不恶寒,汗出而热不解,出汗多时常湿透衣衫。形体瘦弱,气短急促,精神倦怠,少气懒言,不思饮食,口渴而不多饮,二便尚调,面色苍白,舌质淡暗而嫩,舌苔白黄相兼,脉象虚数无力。右寸、右关脉细弱。

证属气虚发热,兼挟血瘀。治宜甘温除热、活血化瘀。方用补中益气汤加味:生黄芪 50g,西党参 30g,炒白术 15g,炙甘草 10g,全当归 10g,升麻 10g,北柴胡 10g,广陈皮 10g,桃仁 10g,红花 6g,赤芍 15g,丹皮 10g,白薇 15g,地骨皮

30g。嘱服 7 剂,每日 1 剂。

二诊:服药后体温见减,最高为 37.5°C ,精神好转,汗出减少,饮食改善。效不更方,嘱原方续服 7 剂再诊。

三诊:体温已正常 3 天,已能下床慢步,全身状态日趋好转,建议坚持用补中益气汤加减调理,以巩固疗效。

按 本案因车祸手术,后又反复感染,继而发热不退,病程迁延数月,正气损伤,脾胃大虚,瘀血阻滞,阴火内生,故而出现发热不退。从证候表现显然属于气虚发热,当甘温除热法。但患者发热傍晚增高,口干渴而不多饮,舌质暗等,又与瘀血阻络有关。故在治法上既用甘温除热法,又用活血化瘀法。因而取得显著疗效。

补中益气汤为甘温除热法的代表方,常用于气虚发热证。脾胃元气不足导致阴火亢盛是其发热之病理基础。至于阴火的概念,李东垣在《内外伤辨惑论·饮食劳倦》中指出:“脾胃虚衰,元气不足,而心火独盛,心火者,阴火也……阴火上冲,则气高而喘,身烦热,为头痛,为渴,而脉洪大;脾胃之气下流,使谷气不得升浮,是生长之令不行,则无阳以护,其荣卫不任风寒,乃生寒热,皆脾胃之气不足所致也。”

本案虽有瘀血见证,同时也兼有瘀血发热的一些证候。但在骨伤科已屡用活血化瘀方药发热未见缓解,说明患者属气虚发热无疑,瘀血仅是其兼挟证候。由此可见,辨证是论治的基础,也是能否获取疗效的关键。

3.3 例三 刘某,女,52岁,1992年11月13日初诊。

患眩晕症多年,常反复发作,以劳累或生气后发作较多。西医

院多次诊断为美尼尔综合症。

本次发病已 3 天,因劳累所致。眩晕发作时如坐舟车,房屋旋转,不能张目视物,甚则呕吐,伴有轻微耳鸣。神倦乏力,不思饮食,平素不耐劳,易自汗,怯寒肢冷,气短不足以息,舌质暗红而嫩,舌苔白黄微腻,脉象虚软。

证属气虚血瘀,兼挟痰湿。治宜益气活血,燥湿祛痰。方用补中益气汤合桂枝茯苓丸加减:生黄芪 30g,西党参 30g,白术 10g,炙甘草 10g,全当归 10g,广陈皮 10g,升麻 10g,北柴胡 10g,桂枝 10g,茯苓 30g,丹皮 10g,桃仁 10g,赤芍 15g,法半夏 10g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

二诊:服药 3 剂后眩晕症状解除,原方再续服 7 剂以巩固疗效。并嘱坚持服用补中益气丸缓治。

按 美尼尔综合症,又称耳源性眩晕,属中医眩晕证范畴。眩晕证病因甚多,常见者有风眩、痰眩、火眩、虚眩等。本案属虚实夹杂。气虚为本,瘀血痰湿为标。缘由气虚不运,血行不畅,瘀血阻络,清窍失养;气虚不运,痰湿内生,痰气交阻,以致清阳不升,浊阴不降,而引发眩晕之证。故用补中益气汤益气升阳,调补脾胃;又用桂枝茯苓丸温通经脉而行瘀滞;方中还合用二陈汤,燥湿祛痰,健脾和胃以化痰降浊。浊降阳升,气行血活则眩晕自除。

耳源性眩晕之病因,西医认为与内耳迷路水肿密切相关。这与中医认为水湿停聚,清阳不运,浊阴不降之眩晕病机是一致的。利水降浊也是重要治法之一。方中桂枝温阳化气利水,其与茯苓、白术合用,又能起到温阳化气,健脾利湿之功,这应是提高疗效,消除眩晕之重要环节。笔者治疗耳源

性眩晕,多用补中益气汤合五苓散、桂枝茯苓丸,或合半夏天麻白术汤疗效非常显著。

3.4 例四 王某,女,46岁,2005年12月3日初诊。

患右肺鳞癌行手术切除3个月余,术后身体恢复极慢,刀口疼痛及牵拉症状难以缓解,动则自汗,少气不足以息,语音低弱,面色萎黄,胃纳甚差,难耐风寒,皮肤湿冷,生活难以自理,需人帮扶方能艰难起步。舌质淡暗而嫩,舌苔白腻,脉象虚细无力。证属术后正气大伤,肺脾气虚之症突出,治宜补益肺脾,调和营卫为治。药用补中益气汤合桂枝汤加减:生黄芪30g,西党参30g,炒白术15g,炙甘草10g,全当归10g,升麻10g,北柴胡10g,广陈皮10g,桂枝10g,炒白芍10g,生姜10g,红枣6枚,片姜黄15g,山奈10g,川芎10g。7剂,每日1剂,水煎服。

二诊:自觉服药有效,诸症均见改善,因路途较远,行动不便,嘱其连服上方30剂再复诊。

三诊:患者服药后诸症显著改善,面色已渐红润,饮食及二便正常,生活已正常自理,体力明显增强,刀口处疼痛已甚微,舌质较红润,舌苔薄白微黄,脉虚细已见改善,术后恢复良好,可转入扶正抗癌阶段常规治疗。

按 本案属“虚损”证范畴。肿瘤病机多为正虚邪实,术后标实虽然解除,但正虚又进一步加重,因此患者呈现一派气虚证候。肺脾气虚,气血生化之源不足,以致气虚血亏、气虚瘀滞,又成为其新的致病特征。直接影响着患者术后的康复和机体抗肿瘤潜能作用的发挥。根据《内经》“损者益之”的治则,故用补中益气汤补脾胃,益宗气,以助气血生化之源。肺脾

气虚,卫气不固,营卫失和,因而动则自汗,难耐风寒。故又配合桂枝汤和营卫,密腠理;气虚不能运血,创伤瘀滞肌筋,故创口疼痛难忍,方中加姜黄、山奈、川芎行瘀通络,理气止痛,以达“通则不痛”。由于治疗得当,正虚状况有效改善,从而术后恢复迅速。为顺利进入肿瘤的常规治疗,奠定了良好的体质基础。

3.5 例五 高某,男,67岁,1993年11月13日初诊。

患慢性阻塞性肺疾病、肺原性心脏病已多年,常因反复感染引发急性加重,多次住院治疗。中西医均以抗感染及对症治疗已难控制病情,抗生素的应用不断升级,霉菌感染和二重感染已成为直接危及患者生命的关键问题。

此次发病和住院治疗近50天。证见患者形体瘦弱,喘息抬肩,稍动则气短难续,咳痰黄白相兼,痰稠难出,以痰出为快,汗出湿衣,怯寒肤冷,心慌足肿,小便量少,尿后余沥,甚则二便失禁,食欲甚差,疲倦难支,张口吸大气。病房医生深感力不从心,感染无法控制,机体衰弱状况难以改善。

舌质暗红而嫩,舌苔厚腻黄白相兼,腐苔明显,脉象虚弦滑数,重按脉弱,右脉细滑,右关弦滑。

辨证为宗气大衰,五脏俱虚,痰瘀伏肺,肺失肃降,治节失常,内闭外脱危象显现。症情虚实夹杂,虚象突出。补虚泻实并进,补虚为第一要务。方用补中益气汤加味并配合黑锡丹内服:生黄芪30g,西党参30g,炒白术15g,炙甘草10g,全当归10g,陈皮10g,升麻10g,北柴胡10g,葶苈子30g,小牙皂6g,法半夏10g,生姜10g,海蛤壳20g,白毛夏枯草30g。水煎服,每日1剂,5剂。外加黑锡丹3克吞服,2

次/日。

二诊:服上方5天喘症明显改善,痰易吐出,尿量增加,足肿减轻,上方汤药续服,停用黑锡丹。五剂,每日一剂。

三诊:患者诉中药服之甚多,唯本次汤药疗效最佳,期盼能有更佳效果,并要求停用抗生素静脉点滴。厚腻苔已减过半,腐苔已除,全身症状改善,体力增加,双肺湿罗音明显吸收。拟继续用补中益气汤补益宗气,合桂枝茯苓丸温通活血以改善心肺循环。生黄芪30g,西党参30g,炒白术15g,炙甘草10g,全当归10g,广陈皮10g,北柴胡10g,桂枝10g,茯苓30g,丹皮10g,桃仁10g,赤芍20g,仙茅10g,仙灵脾30g。7剂,每日1剂,水煎服。

四诊:患者病情已趋平稳,未出现反复感染,饮食增加。精神明显改善,舌质暗红,舌苔腻白黄相兼,脉象虚细弦滑,右关弦滑,右寸细滑。患者要求出院回家服中药调理。上方续服14剂,再来门诊复诊。

五诊:门诊所见,患者已进入稳定期,中途未出现反复感染,继续上方扶正固本,减少反复,稳定病情,提高生活自理能力。

按 从本案证候表现分析,虚实夹杂,本虚标实特点突出,本虚直接影响着病情稳定和感染控制。慢阻肺、肺心病的治疗关键是有效地抗感染和预防感染。由于该病患者年高体衰,病程缠长,合并症多,反复发作,机体免疫力下降,反复出现感染,再加上长期、反复应用抗生素药造成耐药或不敏感的现象甚为突出,这就给慢阻肺患者抗感染和主动抵御感染带来难度。因此如何发挥中医药抗感染的优

(下转第23页)

证型均可加甘麦大枣汤扶正,葶苈子、苏子、紫苑、桔梗化痰平喘;②痰热征象突出者,酌加礞石滚痰丸、黛哈散、泻白散等以清热涤痰平喘;③心烦失眠者,加酸枣仁汤,合欢皮、夜交藤以养心安神;④气阴两虚突出者,加生黄芪、北沙参、五味子、百合以益气养阴;⑤瘀血征象明显者,加旋复花、茜草、丹参、生地、地龙以养血活血。但在临床实际应用时还需注意以下几点:①尽管肝失疏泄表现存在于COPD发生、发展的各个阶段,但在大部分情况下多居于矛盾的次要地位,但在治肺、治脾、治肾时,兼顾疏肝、清肝、通肝、养肝、平肝等法,往往可提高临床效果。但对于久治不效,或取效后易反复,可伴有心烦易怒、夜寐不安、自觉低热绵绵、脉弦等症,则应从肝论治,往往可取得预想不到的效果。②临床有部分COPD重症病人神经精神症状特别明显,甚至选择自杀,此时从肝论治也难凑效。因此在本病的早期、缓解期治疗中即应时时不忘“调肝”,以防止出现晚期不治之症,这也符合祖国医学倡导的“治未病”思想。③疏肝、清肝、通肝、养肝、平肝皆为治肝之法。但在急性发作期主要表现为气机失调,应以疏肝、清肝、通肝为主;在缓解期则应以养肝、平肝为主。

3 典型病例

患者黎某,男,65岁,住院号:111356。因咳嗽、喘息20余年,气短5年,加重20天于2006年9月12日入院。患者有慢性咳嗽、喘息史20多年,近5年伴气短,活动后加剧,曾在多家医院住院诊断为“慢性阻塞性肺疾病”,长期吸入舒利迭、可必特等抗炎平喘治疗,中药多予麻杏甘石汤、小青龙汤、定喘汤、桑白皮汤、补中益气汤等治疗。近2年病情加重,时有低热,体温多在37.0~37.8℃之间,查血象白细胞计数(WBC)及中性粒细胞(N)均可不同程度升高,予抗生素、糖皮质激素等治疗常可暂时取效,短者1~2周复发,长则1月内必再次加重。此次发作已有20天,门诊经头孢他定治疗2周无效。现症:发热不恶寒,午后发热,体温37.8℃,伴下肢厥冷、腰骶部及胸背部游走性疼痛,咳嗽,痰少白黄粘稠,胸闷喘息,口干口苦,夜寐差,心慌心悸,舌质暗、边尖红降,苔白黄腻偏少,脉弦滑数,重按无力。查体颈静脉稍怒张,肺气肿征明显,双肺可闻及少许干、湿性啰音,双下肢不肿。辅助检查:血 WBC $6.8 \times 10^9/L$, N78%, Hb116g/L;动脉血气分析:PaO₂56mmHg, PaCO₂45 mmHg;肺功能示:第1秒用力呼气量(FEV₁)/

用力肺活量(FVC)为59%, FEV₁51%。有高血压病史4年,长期服“北京降压0号”治疗。入院诊断:中医:肺胀,肝火犯肺证;西医:1. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期, I型呼吸衰竭;2. 高血压病。治法:清肝泻肺,涤痰平喘,养心安神。方用龙胆泻肝汤合礞石滚痰丸、酸枣仁汤、泻白散、甘麦大枣汤出入。药用:龙胆草6g,炒栀子10g,黄芩10g,柴胡10g,生地黄20g,当归10g,炙甘草10g,泽泻10g,桑白皮15g,地骨皮15g,礞石20g,法半夏10g,生大黄8g,酸枣仁10g,夏枯草15g,怀小麦30g,大枣10枚。水煎服,日1剂。停用抗生素,但继用吸入平喘药。1周后患者发热退,胸痛减,咳喘缓。继服前方治疗2周,临床治愈出院。门诊继用本方及镇肝熄风汤加减治疗3个月,随访1年,患者除继续吸入西药舒利迭抗炎平喘外,未入院治疗。

参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J].中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):8-17.
- [2]洪广祥著.中国现代百名中医临床家丛书-洪广祥[M].第1版.北京:中国中医药出版社,2007:89.
- [3]蔡 闯,钟南山.慢性阻塞性肺疾病与焦虑抑郁的关系[J].中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):71-73.

(上接第9页)

势,势必给临床医生提出新的挑战。余认为,外因是条件,内因是根据,外因必须通过内因起作用。中医学强调“以人为本”的整体观念,正气强弱决定着邪正斗争的胜负。本案治疗思路首先在“扶正祛邪”原则的指导下,权衡虚实程度及其相互关系,正确运用了“补虚

泻实”的治法,果断地给予补中益气汤补益宗气,调补脾胃。黑锡丹温阳散寒,降逆定喘;方中合用小牙皂、葶苈子、法半夏、海蛤壳、白毛夏枯草等涤痰除壅,清化痰热以泻肺实,坚持在补虚为主导的前提下,兼顾泻实。从而有效地稳定了

病情,实现了扶正补虚和祛邪泻实的双赢效果。病情趋于稳定后,继续坚持补益宗气,调补脾胃,以改善呼吸肌疲劳和营养障碍,提高免疫调节能力;又用桂枝茯苓丸温通活血,改善心肺循环,使患者的心肺功能得到有效保护。