

# 洪广祥教授“宗气”理论及 临证验案举隅

● 张元兵<sup>1\*</sup> 王丽华<sup>2</sup>

**摘要** 宗气理论首见于《内经》，得到后代医家的充实和发展。明代医家孙一奎在《医旨绪余》中、明代医家喻嘉言在《医门法律》中均有较详细的阐述；近代医家张锡纯则在《医学衷中参西录》中首创大气下陷论及升陷汤。导师洪广祥教授也非常重视“宗气”理论，并广泛运用于临床实践中。

**关键词** 洪广祥 “宗气”理论 医案

洪广祥教授是全国首批 500 名老中医药专家之一，又为第一、第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，长期从事肺系疾病的临床诊治和科研工作，积累了丰富的临床经验。早在 2006 年就提出“宗气”理论<sup>[1]</sup>，笔者有幸跟师学习，发现导师广泛应用于肺系疾病的治疗。现就“宗气”理论的具体内容及其临证医案简述如下：

## 1 “宗气”理论

宗气，又称大气，积于胸中，由肺所吸入之清气和脾胃运化之水谷精气相结合而成。《灵枢·邪客篇》谓其“出于喉咙，以贯心脉，而行呼吸焉。”故其主要功能可概括为两个方面：一为行呼吸，与声音、呼吸的强弱有关；二为贯通心脉以行气血，与心搏的强弱、节律有关。

洪教授认为：不管从其生成还是从其功能作用来看，宗气与肺脏的关系最为密切；宗气贯通心脉的作用实际上是通过肺朝百脉、主治节的功能来实现的；而肺则是通过宗气的生成而主一身之气的作用而实现。慢性咳喘病，咳嗽长期、反复发作，必然首先伤及肺脏，致肺气虚；继则伤及脾脏，致脾气虚。随着肺脾气虚的逐渐加重，宗气受损就会逐渐显现，因此可以认为宗气不足是气虚之极的结果。宗气为病，虚多实少，其主要表现有：呼吸不利，胸闷气短，少气不足以息；或憋闷如窒，有上气与下气不能接续之感，动则喘促，声低气怯，肢倦乏力，或心慌心悸，右脉细弱、或双寸脉细弱、或双脉三部脉均细弱无力。补中益气汤为金元四大家之一李东垣所创，由黄芪、人参、白术、甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡组

成，具有甘温补益、升阳举陷的作用，依据《内经》“劳者温之”，“损者温之”等治则，导师推荐其为治宗气不足之首选方。

## 2 临证验案

**2.1 慢性阻塞性肺疾病案** 蔡某某，男，65 岁，2008 年 3 月 10 日首诊。患者近 20 余年来咳嗽、咯痰反复发作，常因感冒、劳累后诱发，冬春季节多见，病情呈逐年加重趋势。近 5 年伴胸闷气促，活动后加剧。来诊前曾在省级三甲医院住院治疗 10 天，病情有所减轻。刻下症见：咳嗽咽痒，咯白黄粘痰（白：黄 = 3：1），20 余口/日，有时难以咯出，胸闷气憋，有时喉间痰鸣，活动后加重，口稍干，食欲欠佳，偶心慌心悸，大便偏干结，1 次/日，唇绀，舌质暗红、苔白黄腻厚，脉细弦滑，右寸脉浮、右关脉滑象明显。查体双肺可闻及少许干湿性罗音。中医诊断：肺胀（痰瘀阻肺证）；西医诊断：慢性阻塞性肺疾病急性加重期；慢性肺源性心脏病失代偿期。辨证为痰瘀阻肺，气道壅滞，外邪未清，郁而化热；治法当先宣

\* 作者简介 张元兵，男，主任医师，江西省中西医结合学会呼吸专业委员会常务委员。主要从事呼吸系统疾病的教学与临床工作。E-mail 地址：ybzhang68@sohu.com。

• 作者单位 1. 南京中医药大学研究生院(210046)；2. 江西中医学院附属医院呼吸病研究所(330006)

肺泄热涤痰平喘;方用麻杏甘石汤合蠲哮汤出入;药用:生麻黄 10g、杏仁 10g、生石膏 30g、生甘草 6g、葶苈子 15g、小青皮 10g、陈皮 15g、卫茅 10g、牡荆子 15g、生大黄 10g、生姜 3 片、白芥子 10g、苏叶 15g、枳实 10g、地肤子 10g,7 剂,水煎服日 1 剂。二诊:咳嗽、喉鸣喘息大为减轻,黄痰减少,大便溏软,1~3 次/日,但仍稍动则心慌喘促明显,纳差乏力,语声低怯,舌质暗红、苔白腻微黄厚,双寸脉细弱、右关脉滑。目前标实已挫,宗气不足(本虚)显现;治以补虚泻实为大法;方用补中益气汤合千缙汤、蠲哮汤出入;药用:生黄芪 30g、西党参 30g、白术 10g、陈皮 15g、升麻 10g、北柴胡 10g、当归 10g、炙甘草 6g、枣皮 20g、小牙皂 6g、法半夏 10g、葶苈子 15g、牡荆子 10g、小青皮 10g、金荞麦根 20g、筋骨草 15g。服上药 14 剂后,上述各种症状均有不同程度改善,继予补中益气汤合生脉散为主方,或加涤痰行瘀方如蠲哮汤、千缙汤、三子养亲汤等;或加养心安神方如酸枣仁汤等治疗 8 个月。患者病情显著改善,自诉胸闷气促不明显,上三、四层楼可不需休息,排痰作用好,感冒次数明显减少,治疗期间病情未发作。

**按** 慢性阻塞性肺疾病反复发作,久病气虚,宗气不足,则呼吸不利,憋闷如窒,动则喘促;则心肺不利,心慌心悸,舌暗唇绀,或肢肿;则气血不利,痰瘀内生;遂成肺胀。导师根据长期的临床经验认为,本虚标实、虚实夹杂是慢阻肺证候,无论在急性加重期或症状稳定期,实中挟虚,或虚中挟实的证候表现全程均可兼见。因此提出“补虚泻实”为治疗慢阻肺的全程治则。泻实即为涤痰行瘀,蠲哮汤为自拟方,由葶苈子、小青皮、陈

皮、槟榔、卫茅、牡荆子、大黄、生姜组成,具有泻肺除壅、涤痰祛瘀、利气平喘之功。其它常用于涤痰之方有千缙汤、皂荚丸、礞石滚痰丸、苓桂术甘汤等;用于祛瘀之方药有桂枝茯苓丸、水蛭、土鳖虫等。补虚即为补益宗气,补中益气汤被誉为中医八大名方之一,具有甘温补益、升阳举陷之功。洪教授认为本方实际上可用于肺脾气虚、宗气不足之各科病证,方中黄芪生用为君药,需重用,一般 30g,有时增至 50g;宗气不足为气虚之极,虚则易气陷,方中柴胡、升麻主之,但用量宜轻不宜重。

**2.2 支气管扩张症案** 汪某某,女,49 岁,江西上饶人,2008 年 5 年 25 日初诊。自幼有咳喘病史,近 12 年来咳嗽、咯黄脓痰、胸闷气喘反复发作频繁,以 5~8 月份明显。缓解期间晨起也咯少量黄脓痰,去年 9 月份曾大咯血 1 次。现症:咳嗽频作,咯粘痰、30 余口/日、白多黄少,稍动即胸闷气促明显,神疲乏力,怯寒背冷,纳食乏味,口稍干,夜寐欠安,二便平,舌质红暗、边有齿印,苔白滑,两寸脉细弱、两关脉弦细滑。查体双肺底可闻及少量干湿性啰音。中医诊断:肺络张(气阳虚弱、痰浊郁肺证);西医诊断:支气管扩张症。治以益气温阳、祛痰止咳、兼清郁热为法;方用温阳护卫汤合麻杏甘石汤加味;药用:生黄芪 30g、白术 10g、防风 15g、桂枝 10g、白芍 10g、生姜 3 片、大枣 6 枚、炙甘草 6g、补骨脂 10g、葫芦巴 10g、生麻黄 10g、苦杏仁 10g、生石膏 30g、金荞麦根 30g、败酱草 15g、桔梗 20g、矮地茶 15g、天浆壳 15g、牡荆子 10g、青皮 10g,21 剂,水煎服日 1 剂。6 月 22 日复诊:胸闷气喘明显减轻,乏力减

轻,精神好转,食欲增加,近 1 周痰中偶带暗红色血丝、劳累时或晨起时多见。查体双肺干湿性罗音减少。予守上方去矮地茶、天浆壳、牡荆子、青皮,加小牙皂 6g、法半夏 10g、白芨 30g、丹皮 15g、茜草炭 15g,加强涤痰、祛瘀作用,30 剂,水煎服日 1 剂,云南白药备用。7 月 21 日三诊:患者怯寒背冷基本缓解,近 1 周喘促发作 1 次,能自行缓解,痰中带血消失,咯白黄粘痰(白:黄=4:1)、20 余口/日,口不干苦,舌质略红暗,苔薄白、呈花剥状,脉细弦滑。经 2 个月的治疗,患者病情改善显著,但气阴阳俱虚征象仍突出,同时具有痰热瘀滞肺络征象。遂用补中益气汤合麦门冬汤,加桔梗(重用)、合欢皮、白芨为主,或加千缙汤、二陈汤等祛痰,或加金荞麦根、败酱草、黄芩等清泄郁热,继续治疗 6 个月。患者自诉抗病能力明显增强,感冒次数显著减少,体力增强,痰量也明显减少,病情缓解,仅感胸闷有时,无喘促,查体左下肺少许湿罗音,右肺正常。

**按** 支气管扩张症临床以咳嗽、咯黄脓痰或咯血为特征性表现,属中医“肺痛”范畴,一般认为清热泻肺是本病的基本治则。但洪教授认为本病犹如其它慢性咳嗽病一样,久病可致肺脾气虚、宗气不足。宗气不足为气虚之极,气虚甚者可致气阳虚弱,故患者常可见怯寒背冷、易感冒、冬季反作等肺阳虚弱和卫阳不足之表现,为疾病反复发作及病情逐渐加重的重要内因。近代医家张锡纯治疗此证创制了回阳升陷汤(黄芪、干姜、当归、桂枝、甘草),导师则自拟温阳护卫汤(生黄芪、白术、防风、桂枝、白芍、生姜、大枣、炙甘草、补骨脂、葫芦巴)治

疗。临床实践证明本方具有温阳益气、调和营卫作用,能有效提高机体的御邪抗病能力。本病例后期应用补中益气汤治疗,取得了补益宗气、“杜绝生痰之源”之效果。二方均以补虚为主,在本病中不能单独使用,而应在邪热标实证得到有效抑制之后使用;且宜与清热养阴、排痰浊、散瘀血等治法同用,以避免出现补虚碍邪的副反应。桔梗于《医学摘粹》谓其能“散结滞而消肿硬,化凝郁而排脓血,疗咽痛如神,治肺痈至妙”;合欢皮张景岳用治肺痈久不敛,导师常重用二味(20~30g)治疗本病。

**2.3 气胸案** 患者李某,男性,23岁,学生,2002年12月24日初诊。近两年来反复五次气胸,常因用力动作、劳累后等引起,外院曾建议行胸膜粘连术。1周前再次出现右侧气胸(15%),至今未完全吸收。刻下症见:右胸隐痛不适,胸闷气短、有上下之气难以接续之感,神疲乏力,活动后上症加重,怯寒,语声低怯,口不干苦,纳食一般,舌质暗红、苔白腻,脉细弦滑、双寸脉弱。近5年时有咳嗽、咯痰史。中医诊断:喘证(气虚痰阻证);西医诊断:自发性气胸。治法:补宗益气,化痰止咳。方用补中益气汤合二陈汤加味;药用:生黄芪30g、西党参30g、白术10g、陈皮10g、升麻10g、北柴胡10g、当归10g、炙甘草6g、半夏10g、茯苓10g、白及30g、合欢皮30g、天浆壳10g、矮地茶15g,7剂,水煎服,日一剂。12月31日二诊:复查胸片提示气胸消失,咳嗽、胸痛稍减,继予补宗益气为主、兼化痰祛瘀补漏为法治疗,守上方去天浆壳、矮地茶,加怀山药30g、诃子肉10g、玫

瑰花10g、田三七粉3g(冲服)。嘱放假在家先服药14剂,若症状改善则原方继服。3月7日复诊:自诉服药1月后病情即显著改善,胸痛、胸闷气短基本消除,体力大为增强,唯仍有少许咳嗽、咯痰,舌质淡红、苔薄白微腻,双寸脉仍细弱,继以上方为主巩固治疗4月余,至2003年7月毕业时未发气胸。

**按** 自发性气胸,属祖国医学“喘证”范畴,也有人认为应属“肺痿”范畴。不同程度的胸闷气促是本病特征性症状,此症由肺脏破裂而肺容积急剧减少所致,与张锡纯在《医学衷中参西录》中描述的“气短不足以息,或努力呼吸,有似乎喘,其脉沉迟微弱”一致,符合宗气不足的症候表现。据观察,本病患者均不同程度存在宗气不足素质:瘦高体型,劳作诱发,慢性哮喘病多发等。本病例始终以补中益气汤为主方治疗以补宗益气、升阳举陷;白及具有“补肺、逐瘀生新、肺损者能复生之”的作用,故重用白及,并与五味子、诃子、生牡蛎等同用共起补肺、收敛生肌之功。同时,气胸患者多存在痰饮(浊)内停,又常加二陈汤或平胃散以燥湿化痰治标。

**2.4 慢性疲劳综合征案** 谢某某,男,40岁,2009年5月12日初诊。患者为建筑工人,08年3月过于劳作后出现胸闷气短,不咳、无喉中喘鸣,渐见头昏、心悸,严重时视物旋转、恶心呕吐,外院查胸片、支气管激发试验均正常,心电图示心率快、偶见房早。服中、西药治疗,症状时轻时重,但近1月病情加重,影响睡眠。刻下症见:劳累后头昏、气短乏力明显,激动时头晕、心悸易见,精神不佳、易疲乏,

睡眠不安,口微干,纳食乏味,大便平,舌质稍红,苔薄白少津,脉虚细数,左关脉微弦。中医诊断:郁证(肝脾不和证);西医诊断:慢性疲劳综合征。证属宗气虚弱,肝气偏旺;方用补中益气汤合四逆散加味;药用:生黄芪30g、西党参30g、白术10g、陈皮15g、升麻10g、北柴胡10g、当归10g、炙甘草10g、白芍15g、枳实10g、北沙参30g、麦门冬30g、怀小麦30g、生龙齿20g(先煎)、生龙、牡各20g(先煎),7剂,水煎服,日1剂。5月19日二诊:气短乏力减半,头昏心悸减轻,守前方加酸枣仁30g、夜交藤15g、合欢皮15g加强宁心安神,14剂,水煎服,日1剂,并嘱调畅情志、禁服油炸煎炒之品。6月2日三诊:自诉病情明显改善,能正常劳动,胸闷气短只在剧烈劳动后出现,睡眠纳食也有明显改善。继用前方加减调治2月余。

**按** 现代快节奏的生活和高压、高强度的工作,使许多人心身处于亚健康状态,而慢性疲劳综合征是亚健康中最具代表性的病症,据文献报告脑力劳动者其发病率高达10~20%。中医药治疗本病具有独特的优势。本病例患者为体力劳动者,过度劳作,“劳则气耗”,劳则气虚,虚极则宗气不足,故以补中益气汤治疗获效。患者长期身体不适,情志不遂,致肝气不舒、气机郁滞,可并见精神抑郁、失眠、健忘、心慌心悸等症状,此所谓“因病致郁”,故治疗时常需合用舒肝调气之法。

### 参考文献

- [1]洪广祥.论宗气与慢性阻塞性肺疾病.中医药通报,2006,5(1):5-8.