

# 连建伟教授辨治痰饮病临床经验分析<sup>\*</sup>

陈烨文<sup>1</sup> 钟明珍<sup>1</sup> 指导:连建伟<sup>2\*\*</sup>

(1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053; 2. 浙江省中山医院, 浙江 杭州 310006)

**摘要:**通过总结连建伟教授辨治痰饮病病因病机和理法方药的特点, 探析连建伟教授学术渊源, 即在熟读中医临床经典著作的基础上, 取法经方, 灵活加减, 从而取得临床疗效, 并举连教授辨治支饮(肝性腹水)和悬饮(胸腔积液)医案两则作为例证, 为中医临床提供有益借鉴。

**关键词:**痰饮病; 辨证论治; 名医经验; 连建伟

**中图分类号:** R 255.8 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-168X(2015)01-0023-03

**DOI:** 10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.01.009

连建伟教授, 国家级名中医, 原浙江中医药大学副校长, 曾拜著名中医学家岳美中、王绵之为师, 精研中医经典, 善用历代名方辨治杂病, 疗效显著, 兹论述连建伟教授辨治痰饮病之经验。

## 1 连建伟教授对痰饮病的认识

痰饮为人体津液代谢紊乱而产生的病理产物, 自《诸病源候论》最早对两者进行区分, 而今“清稀者为饮, 稠浊者为痰”已为学界所周知, 有学者认为饮病在仲景著作中达到最高水平<sup>[1]</sup>。人体以阳气为本, 脾肾阳气旺盛, 则津液代谢输布正常, 不会产生痰饮阴邪, 一旦机体阳气不足, 日常所饮之水, 或所食之物, 不能变化精微, 即化为痰饮。根据病理产物痰饮所停积部位的不同, 细分为狭义痰饮、支饮、溢饮、悬饮, 显然这样的区分并不能够涵盖痰饮病的总体, 而分辨四者的区别必然离不开脏腑辨证模式的指导, 如体察饮邪侵犯脏腑的不同, 从而导致独特的证候, 故又有五脏水饮之分。另外, 以饮邪在人体停留的时间和深浅的层次来划分, 又有伏饮和留饮, 此两者亦属于四饮之范围。将痰饮病划分为四种痰饮、五脏水饮、伏饮和留饮, 不仅丰富了针对该病的辨治理论, 而且切合临床实际, 为辨证论治提供指归。

连建伟教授认为, 痰、饮、水、湿四种病理产物同属于津液代谢失常所产生, 但是其致病特点却

并不相同, 如湿病多见于肢体关节, 病机主要是脾失健运, 水气病则以肺、脾、肾的水液代谢失常为主, 涉及肝的疏泄和三焦的通畅, 而饮之为病则或深或浅, 证候多变, 总属脾肾之阳气不足为主。从鉴别比较的角度来说, 三者关系微妙, 仍有待进一步的研究和梳理。

## 2 连建伟教授对辨治痰饮病经方和治法的认识

通过对治疗支饮和悬饮经方的梳理发现<sup>[2]</sup>, 治疗悬饮的经方仅有十枣汤, 而治疗支饮的则较多。这是因为悬饮之为病以邪实为主, 证势急骤, 治疗大法以祛邪为主。

支饮之为病的变化则较为复杂, 其一, 本病的表现为邪实与正虚互见, 治疗大法为扶正祛邪为主, 如木防己汤及其加减方则是软坚、淡渗、补益共用, 泽泻汤则是渗泻肾浊与健运脾气同用; 其二, 支饮属于阴邪, 留伏日久, 当以“温药和之”, 如桂苓五味甘草汤类方、苓桂术甘汤之甘温化饮; 其三, 饮邪停留在胸膈, 用药当以辛散为主, 药如半夏、生姜、干姜, 方如小半夏汤、小半夏加茯苓汤、小青龙汤等; 其四, 治疗痰饮病务必以脾肾阳气为本<sup>[3]</sup>, 如以四逆汤回阳救逆治疗“膈上有寒饮”之呕吐证(《伤寒论》第324条), 以肾气丸、理中丸顾护脾肾之阳气, 且为善后收工之佳方; 其五, 旋转人体“大气”的治疗思想不仅适用于水气病, 也适

<sup>\*</sup> 基金项目: 国家中医药管理局 2012 全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2012]149号)

<sup>\*\*</sup> 通讯作者: 连建伟(1951-)男, 国家级名老中医, 浙江中医药大学教授, 主任医师, 博士研究生导师, 研究方向: 中医经典著作传承。E-mail: lw3355@sohu.com.

用于痰饮病,如桂枝去芍药加麻辛附子汤,该方提示麻黄附子细辛汤、麻黄附子甘草汤也可随证加减运用于痰饮病的辨治;最后,根据支饮结在胸胁两旁的特点,两胁属于肝经,所以用药可参合小柴胡汤方后注加减法(去人参、甘草、大枣,加五味子、干姜)、柴胡桂枝汤、柴胡桂枝干姜汤、旋覆花汤、旋覆代赭汤等。

除了上述之外,又有厚朴大黄汤之苦温行气,苦寒攻下,射干麻黄汤之表里兼顾,况且张仲景又善于异病同治,如十枣汤既治疗悬饮又治疗支饮,小青龙汤主治溢饮和支饮。根据以方药和证候推测病机的思路,痰饮之为病多见于外感病之误治,又见于咳嗽上气、水气病、呕吐、下利、胸痹、心痛等篇章。连建伟教授认为,这提示了痰饮作为病理产物之无处不在,医者应该提高临床辨证的能力。

### 3 病案举例

**3.1 支饮(肝性胸水,腹水)** 周某,女,74岁。2013年6月6日就诊。于2013年5月23日,因“胸闷气急1月余,再发4日”入院。入院诊断为:①多浆膜腔积液待查;②肺炎;③心功能Ⅲ级;④低氯低钠血症;⑤血吸虫肝病。西医治疗半月出院(曾抽胸水2000 mL),临床评价为治愈。出院诊断为:①肺炎;②血吸虫肝病,肝硬化,肝性胸水,肝性腹水;③低氯低钠血症。刻诊:气喘,气急,伴双下肢水肿,纳少,脉缓,舌红少苔。拟参苓白术散加味。处方:生黄芪20 g,太子参20 g,炒白术10 g,茯苓15 g,陈皮6 g,山药20 g,扁豆12 g,薏苡仁30 g,砂仁6 g(打碎,后下),桔梗5 g,芡实12 g,鸡内金6 g,冬瓜皮15 g。7剂。

2013年6月14日复诊,仍气喘急,下肢水肿稍退。守上方加佛手片5 g。14剂。

2013年6月30日三诊,气喘急好转,守上方。14剂。后续进展:守参苓白术散方,并根据病情进行药味和剂量的微调,患者病情稳定。

**按:**《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》<sup>[4]</sup>云:“咳逆倚息,短气不得卧,其形如肿,谓之支饮。”本案患者气喘气急,伴下肢水肿,诊断为支饮。处方以参苓白术散加味,下肢肿,去留湿之甘草,并去滋腻之大枣;肺主气,加生黄芪健脾益气肺气,以其制水在脾,脾虚运化失常,聚湿成饮,生黄芪配

伍炒白术补气健脾燥湿;芡实与山药配伍,乃连建伟教授撷取敦煌藏经洞出土古方神仙粥,是平补脾肾之方,有纳气化饮之功;鸡内金健脾胃助消化,脾为后天之本,脾气健旺自能升清化饮,带病延年。苡仁与冬瓜皮皆平和淡渗之品,使病理产物从小便排出。舌红少苔,老年患者脾阴不足,扁豆、薏苡仁不用炒,并增山药用量。组方思路以扶正为主,兼顾祛邪。连建伟教授指出,时值南方盛夏,对高年之人用药总宜平和,过温则恐热化,过凉则恐寒化,徒伤正气,而此时此刻,必须留人治病,以防变护正为要。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》云:“治痰饮者,当以温药和之。”本案之理法方药合乎经旨。连教授认为,医乃仁术,尤其对老年患者更应悉心关注,使其早日康复,离苦得乐。

**3.2 悬饮(胸腔积液)** 关某,男,37岁。2013年6月7日就诊。患者病史:三个月前外感引发肺炎,伴胸腔积液入院治疗。刻诊:左胁时发疼痛,脉缓,舌苔薄腻,舌尖红,便溏,拟参苓白术散加味,培土生金,化其水湿。处方:太子参20 g,生白术15 g,茯苓20 g,陈皮6 g,山药20 g,扁豆12 g,薏苡仁40 g,砂仁5 g(打碎,后下),桔梗6 g,芡实12 g,冬瓜子15 g,旋覆花10 g(包煎)。7剂。

2013年6月21日复诊,便溏好转,胁仍痛,守上方,薏苡仁改为炒用。14剂。

2013年7月5日三诊,大便已成形,胁痛好转,守方,山药改为30 g。14剂。后续进展:患者接受治疗依从性好,胁痛消除后去旋覆花、冬瓜子,守参苓白术散加味以培土生金。

**按:**本案患者外感引发内饮,经治疗外感痊愈。然左侧胁痛,检查仍有胸腔积液。考《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》:“饮后水流在胁下,咳唾引痛,谓之悬饮。”“水在肝,胁下支满,噎而痛。”连教授认为,悬饮者,如有物悬挂在胁肋处,不上不下,又上下引痛。本案诊断为悬饮。处方参苓白术散去甘草和大枣(如上例),白术不用炒,而用生者,因连教授认为,炒白术健脾燥湿偏于补益脾胃,而生白术则利水湿。湿浊久郁,有化热之虞,冬瓜子清肺热利湿浊。考仲景运用旋覆花,一则以旋覆花汤治疗“肝着”和“妇人半产漏下”;一则以旋覆代赭汤治疗“心下痞硬,噎气不除者”,可知

# 施仁潮教授治疗风湿类疾病经验总结

马光怀<sup>1</sup> 沈双成<sup>1</sup> 施仁潮<sup>2</sup>

(1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053; 2. 浙江省立同德医院, 浙江 杭州 310012)

**摘要:**施仁潮教授传承名医朱丹溪之法,灵活运用“二妙散”加味治疗风湿类疾病具有独到的经验,针对痹证患者长期用药而拒药者,研制出丸剂、散剂、膏方以维持治疗,巩固疗效。通过案例介绍其在治疗风湿性关节炎、类风湿性关节炎、骨关节炎、痛风的临证经验,从而为风湿类疾病的治疗提供参考。

**关键词:**风湿病;湿热痹;清热利湿;临床经验

**中图分类号:** R 255.6    **文献标识码:** A    **文章编号:** 1002-168X(2015)01-0025-04

**DOI:**10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.01.010

风湿类疾病,在中医学中称为“痹证”,其最早见于《内经》,《素问》专列“痹论篇”,论其病机不外乎“风寒湿三气杂至,合而为痹”;《金匱要略》有“历节”的叙述;《外台秘要》称为“白虎历节”和“白虎病”;朱丹溪则以“痛风”命名,《格致余论·痛风论》详述:“彼痛风者,大率因血受热已自沸腾,其后或涉冷水,或立湿地,或扇取凉,或卧当风,寒凉外搏,热血得寒,瘀浊凝涩,所以作痛。”<sup>[1]</sup>现在由于人类生活习惯和生活环境的改变,病“痹”者多湿热,杨春波<sup>[2]</sup>通过调查认为“湿热”涉及中医脏腑、经络7个系统的43种疾病,其分别属于西医的呼吸、泌尿等11个系统的72种急性和慢性疾病。湿热证是中医临床最为常见的一大证型,罗知悌认为:“学医之要,必本于《素问》《难经》,而湿热相火为病最多。”丹溪据此提出闻名于世的“相火论”,故在《格致余论》序中写道“湿热相火为病甚多”<sup>[3]</sup>,认为“六气之中,湿热为病十居八九”<sup>[1]</sup>。

湿热痹,究其病机,是由体质属湿热者感风寒

湿邪,或痹证郁而化热,经气痹阻,而致肩、腰、膝等关节局部疼痛沉重,日久不愈,或有肿胀,或至偏枯痿弱等为主要症状的病证<sup>[4]</sup>。施仁潮主任医师从事中医临床30多年,对朱丹溪的论著颇有研究,擅长运用丹溪之法治诸痹。施老师认为风湿性关节炎、类风湿性关节炎、骨关节炎、痛风等诸多风湿疾病,多由正亏邪侵,诸因杂至,痰浊凝聚,湿胜着脉,热毒灼络,导致经络闭阻,气血不畅,故而作痛<sup>[5]</sup>。

## 1 痹证治疗经验

施老师在论及痹证治则治法上主张重视温行流散、清热祛浊、祛瘀通络,反对燥热劫药,强调顾护正气。

**1.1 重视温行流散** 痹证之本在于正亏内热,外受风、寒、湿之邪,寒凉外困,热血得寒则凝,合丹溪“治法以辛热之剂,流散寒湿,开发腠理”<sup>[1]</sup>之意。用药上多予桂枝、乌头等,如《医学正传·痛风》所说:“因湿痰浊血流注为病,以其在下焦道路远,非乌附气壮不能行。”<sup>[6]</sup>

旋覆花性味咸温,归入肝经,降逆气,化痰饮,软坚通胁肋之络。芡实配伍山药脾肾双补,先后天兼顾。邪不盛,势不急,若以十枣汤治之,是过其度矣。权衡正邪关系,大法以扶正为主,祛邪为辅,俾脾气健运则湿浊自去,病者可调治而愈。

## 参考文献

[1]何绍奇.读书析疑与临证得失[M].北京:人民卫生出版社,2005:40.

[2]何任.《金匱》痰饮方及其应用[J].浙江中医药大学学报,2011,35(4):473-475.

[3]李宇铭.人以阳气为本的阴阳观[J].光明中医,2008,23(12):1898-1899.

[4]张仲景.金匱要略[M].北京:人民卫生出版社,2005:14-22.

(收稿日期:2014-07-06 编辑:方亚利)