

Zhongyi Neike Zixuefudaocongshu



证

中医内科自学辅导丛书

沈全鱼 吴玉华 编著

山西科学教育出版社

中医内科自学辅导丛书

饮 证

沈全鱼 吴玉华 编著

山西科学教育出版社

中医内科自学辅导丛书

饮 证

沈全鱼 吴玉华 编著

*

山西科学教育出版社出版 (太原并州北路十一号)

山西省新华书店发行 山西省七二五厂印刷

*

开本: 787×1092 1/32 印张: 1.125 字数: 20 千字

1986年9月第1版 1986年9月山西第1次印刷

印数: 1—5,700册

*

书号: 14370·74 定价: 0.35元

目 录

概述.....	(1)
病因病理.....	(3)
一、正常的水液代谢.....	(3)
二、饮证形成与脏腑关系.....	(3)
三、外饮与内饮的关系.....	(3)
四、病因病理分类.....	(4)
附：饮证病因病理归纳图表.....	(5)
辨证施治.....	(6)
一、辨证要点.....	(6)
二、类证鉴别.....	(7)
三、治疗要点.....	(7)
四、分型施治.....	(9)
五、调护.....	(17)
结语.....	(17)
附：饮证辨证施治归纳表.....	(18)
笔者临床经验方.....	(19)
医案举例.....	(21)
文献摘录.....	(24)
参考资料.....	(25)
中成药及土单验方.....	(26)

复习题解..... (26)

附方..... (29)

概 述

一、涵义 饮证是指水液在体内运化输布失常，停积于某些部位的一类病证。

二、源流（历史沿革）

（一）《神农本草经》论饮证：《神农本草经·巴豆条》：“留饮痰癖”。首创了“留饮”之名。

（二）《内经》论饮证：《素问·六元正纪大论》：“太阴所至，为积饮否隔。”《素问·气交变大论》：“雨湿流行，……饮发中满。”《内经》称饮证为“积饮”及“饮”。指出水湿过盛，脾阳失运为本证的主要病理，奠定了饮证的理论基础。

（三）《金匱要略》论饮证：《金匱》首创痰饮之名。其含义有广义与狭义之分。广义的痰饮是诸饮的总称，狭义的痰饮，为诸饮中的一个类型。由于水饮停积的部位不同，而分为痰饮、悬饮、溢饮、支饮四型。由于《金匱要略》对本证的起因证治论述甚详，特别是“病痰饮者，当以温药和之”的治疗原则，都成为后世辨证论治的依据，也是本篇讨论的主要内容。

（四）后世医家论饮证：自隋唐以至金元，在痰饮病的基础上，又逐渐发展了痰的病理学说，始有饮证与痰证之分。一般说来，粘稠者为痰，清稀者为饮。如《景岳全书·

痰饮》说：“痰之与饮，虽曰同类，而实有不同也。”

三、讨论范围 本篇重点讨论是广义的饮证，至于痰证另有专篇论述，本篇从略。

四、与西医病名联系 西医的慢性气管炎、支气管哮喘、渗出性胸膜炎、胃肠功能紊乱及不完全性幽门梗阻、肠梗阻等，在疾病的某些阶段，可参照本证进行辨证治疗。

病因病理

一、正常的水液代谢 《素问·经脉别论》曰：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”《济生方·痰饮》曰：“肾能吸水，肾气温和，则水液润下。”说明在正常情况下，水液在体内必须通过肺的通调下降，脾的转输上行，肾的蒸化开阖，来完成吸收运行排泄的整个过程。

从水液运行道路而言，则属于三焦。由于三焦外连躯壳，内及脏腑，贯通机体的内外上下，脾胃转输的水精必假三焦才能输布于周身。《圣济总录·痰饮》云：“三焦者，水谷之道路，气之所终始也。三焦调适，气脉平匀，则能宣通水液，行入于经，化而为血，溉灌周身，三焦气涩，脉道闭塞，则水饮停滞，不得宣行，聚成痰饮。……病虽多端，悉由三焦不调，气道否涩而生病焉。”

二、饮证形成与脏腑关系 饮证的形成，主要由于肺、脾、肾三脏功能失调，因三脏的气化不行，则三焦的水道壅闭，不得通行，故水液停留，聚而为饮。三脏之中，又以脾失运化为饮证发病的关键。因脾运失常，水谷精气不足，则上不能输精养肺，下不能助肾以制水，必致水液流溢为患。

三、外饮（外因）与内饮（内因）的关系 饮证的形成，有内外两方面的原因，故前人有外饮与内饮之称。外因

为寒湿浸渍或水饮所伤，使脾的运化功能被遏；内因则由于阳气不足，水液运化无力，二者皆能使水谷不得化为精微，输布周身，以致津液停积于某一部位，变生饮证。在发病的过程中，外因和内因往往互相影响。

四、病因病理分类

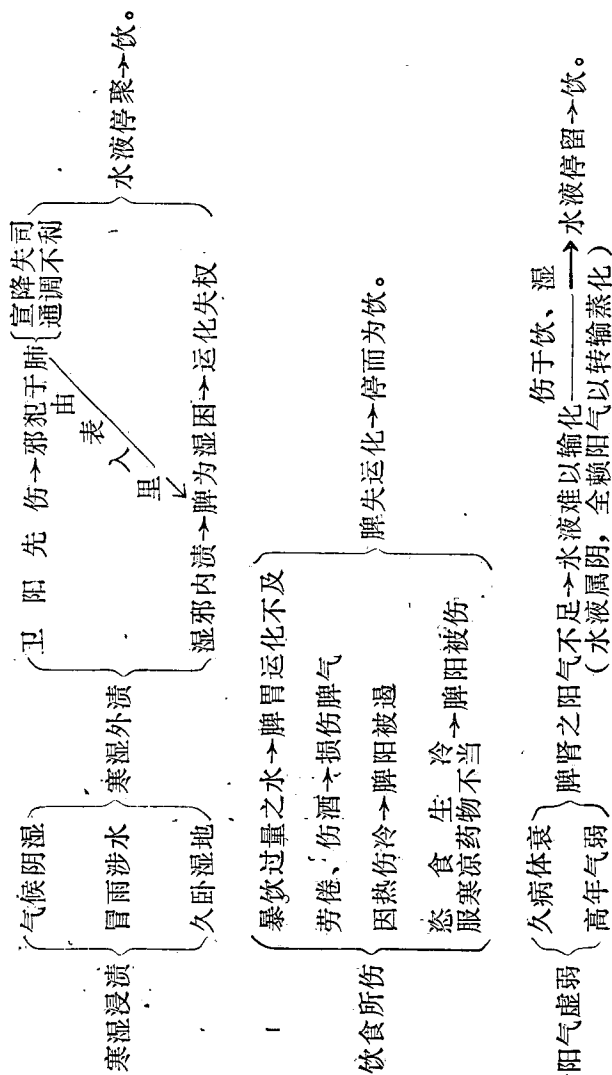
（一）寒湿浸渍 凡气候之湿邪偏盛，或经常冒雨、涉水、坐卧湿地，久之水湿浸渍肌肉，由表入里，阻遏脾胃之气化功能，于是水津失运，蓄积成饮证。《素问·至真要大论》云：“太阴之胜，……独胜则湿气内郁，……饮发于中。”又说：“湿淫所胜，……民病饮积心痛。”即指此类情况。

（二）饮食所伤 暴饮过量之水，脾胃运化不及，或夏暑劳倦，损伤中气复饮酒，或饮酒过多，伤及胃肠，或恣饮生冷，中阳暴遏，停而为饮。《金匱要略·痰饮咳嗽病》篇说：“夫病人饮水多，必暴喘满。凡食少饮多，水停心下。”《儒门事亲·饮当去水温补转剧论》说：“人因劳役远来，乘困饮水，脾胃力衰；……饮酒过多，肠胃已满，又复增之；……因隆暑津液焦涸，喜饮寒水，本欲止渴，乘快过多，逸而不动，亦为留饮。”

（三）阳气虚弱 水液属阴，全赖阳气以转输蒸化。久病体虚或年高气弱之人，脾胃之阳不足，水液即难于输化，一旦伤于湿饮，更易于停蓄而形成本证。《金匱要略·痰饮咳嗽病》篇曰：“夫短气有微饮，当从小便去之，苓桂术甘汤主之，肾气丸亦主之。”即从脾肾阳虚立论。

综上所述，在各种内外因素的作用下，脾肺肾气化功能失调，实为饮证发生的关键所在。饮证总属阳衰阴盛，本虚

附：饮证病因病理归纳图表



标实，水液停留所致。其微者，仅停于中焦，甚者或阻于胸胁，或溢于四肢，或上犯于肺，甚至波及五脏。故《金匱要略》有四饮之论，即从饮邪所聚的部位而命名。

辨证施治

一、辨证要点

（一）辨本虚标实：其本为脾肾阳虚，不能输布及运化精微，饮邪内生，属虚；其标为饮邪停聚某一部位，属实。总属阳虚阴盛，本虚标实。

（二）辨饮邪停留部位：饮走肠胃间者为痰饮，饮留胁下者为悬饮，饮溢四肢肌肉者为溢饮，饮停胸肺者为支饮。

（三）辨饮证的特有证候

1. 饮邪上泛，则面色多鲜明，故前人谓“面色鲜明为饮。”

2. “背寒冷属饮家”。患者独感背部寒冷，是心下停饮之征象，因饮停心下偏近于背，饮为阴邪，所停之处，阳气不得温运，故背部感觉寒而不温。如《金匱要略》曰：“胸下有留饮，其人背寒如掌大。”

3. “脉沉而弦是饮家”。饮为阴邪，停滞于里，阻抑阳气，故以沉弦为主脉。但由于停饮的轻重和部位的不同，不能一概而论，必须结合其他症状作具体分析。例如痰饮轻证，饮邪不多，尚未影响气血运行时，或影响尚轻，其脉不仅可以不弦，有时且可出现平脉，或浮而细涩等象。

4. 饮属阴邪，故口不渴或渴而不欲饮。

(四) 中西相参：悬饮，若出现发热，甚至壮热寒战持续数周不退者，应从渗出性胸膜炎方面进行检查。

二、类证鉴别

(一) 辨饮证与痰证：清稀者为饮，粘稠者为痰。饮多停在机体的局部，如胸胁、肠胃、四肢；痰随气行，无处不到，全身各处均可出现，即所谓“痰生百病”。饮证发病与脾胃关系较为密切；痰证发病与五脏均有关系。

(二) 辨饮证与水肿：饮证与水肿同属水液输布失常而引起的病证，但确有不同之处。饮证为水饮停留在人体局部，邪犯脾脏为主，某些饮证进一步发展亦可形成水肿；水肿为水邪泛滥全身，以肿胀为首，邪犯肾脏为主。

(三) 辨饮证与喘咳：喘咳虽有饮邪所致的一种类型，但喘咳的病变多在肺，以咳喘为主。而饮证的病位，多在肠胃、胸膈，除悬饮、支饮外，很少有喘咳，况且饮证的喘咳，大多是饮邪间接影响所致。

三、治疗要点

(一) 治疗原则：饮为阴邪，遇寒则凝，得温则行，故治疗当以温化为主。《金匱要略·痰饮咳嗽病》提出的“病痰饮者，当以温药和之”为治疗饮证的总则。

(二) “当以温药和之”的治疗方法，可贯串饮证的始终：由于饮为阴邪，遇寒则凝，得温则行，故治疗饮证，不仅阳微饮邪不盛者应予温化，无论逐饮、利水、发汗之剂，均需助以温药，以伸发阳气，饮邪才能速去；而当饮邪已基本消除，更须继用健脾温肾之剂，以固其本，始能巩固疗效。此外，饮邪久郁体内，或兼感风热之邪，亦可渐从热

化，此时饮热相杂，治疗又当温凉并用。

（三）治标：饮邪壅盛，其证偏实者，可根据饮邪停聚的不同部位，分别治以攻逐、利水、发汗等法，因势利导以驱邪外出，为权宜之计。古人有行、消、开、导四法。行者，行其气；消者，消其饮；开者，开其阳；导者，导饮从大小便排出。待水饮渐平，舌苔转化，脉象虚弱，当以扶正固本为主，以善其后，渐渐达到治愈的目的。

（四）始终顾护胃气：肺脾肾三脏功能失调是饮证发生的主要因素，而三脏之中，脾失健运，首当其冲，再者本病多由伤饮而来，特别是脾胃阳虚者更易伤饮，所以治饮方中每多兼顾脾胃，以顾护胃气，饮证才能速愈。

（五）拟法选药

1. 温运法：为饮证的正治法，适应于各种类型饮证。常用桂枝10克、干姜10克、肉桂5克。

2. 宣散法：适应于饮证兼有表证者。证见发热，恶寒，咳嗽，头身疼痛。常用麻黄5克、桂枝10克、羌活10克、生姜3片。

3. 逐饮法：适应于饮停胸胁及饮留胃肠。证见胸胁胀痛，咳唾、转侧、呼吸时则疼痛加重，或脘腹坚满而痛，胃中振水音，便秘而无矢气。常用葶苈子6克、甘遂1克、芫花1克、大戟1克。

4. 前后分消法：适应于饮热互结，大肠壅塞。证见脘腹坚满而痛，肠间水声漉漉，二便不利，舌苔黄腻。常用葶苈子10克、大黄10克、椒目10克、防己10克。

5. 化气行水法：适应于饮邪乘虚上逆。证见脐下悸动，呕吐涎沫，头昏目眩。常用桂枝10克、茯苓10克、猪苓

10克、白术10克。

6. 温肾化饮法：适应于肾阳虚弱，或老年饮证患者。证见怯寒肢冷，小腹拘急不仁，脐下悸动，小便不利。常用大熟地15克、山茱萸15克、淫羊藿10克、肉桂5克、附子5克。

7. 温肺化饮法：适应于饮犯胸肺。证见咳喘胸满，甚则不能平卧，痰如白沫量多。常用干姜8克、细辛3克、半夏10克、桂枝10克。

8. 健脾化饮法：适应于脾胃阳虚，饮留胃肠者。证见脘腹坚满，胃中有振水音，喜温，喜按。常用半夏10克、白术10克、茯苓10克、桂枝10克。

四、分型施治

(一) 饮留胃肠

主证 脘腹坚满而痛，胃中有振水音，或肠间水声漉漉，或伴有下利而利后腹仍坚满，脉沉弦有力，舌苔白膩或微黄。

主证分析 本证属于《金匱要略》狭义痰饮范围。饮邪留积于胃肠，故胃中有振水音，或肠间水声漉漉，甚则脘腹坚满而痛。若兼下利而利后腹仍坚满，是饮邪壅盛，虽下利而势仍未衰。弦为饮脉，沉则为饮邪伏积体内之候。舌苔白膩或微黄为饮邪内停之象。

治法 攻下逐饮。

方药 甘遂半夏汤：甘遂1克 半夏10克 甘草3克 白芍10克 白蜜15克

方药分析 本方为攻守兼施，因势利导，适应于饮邪伏胃，饮未化热者。方用半夏、甘遂开结降逆逐饮，并借甘草、甘草相反之性以激发药力，使留饮得以尽去；又佐以白

芍、白蜜甘酸缓中，以防伤正。

若饮热互结，大肠壅塞者，证见脘腹坚满而痛，胃中有振水音，或肠间水声漉漉，便秘而无矢气，口舌干燥，舌苔黄厚。治以泻热逐饮。方用己椒苈黄丸：葶苈子6克、大黄10克、防己6克、椒目10克。方中葶苈子、大黄泻热通便；防己、椒目利尿。本方为前后分消之法，使饮热从二便而去。

若中气虚弱，脾阳不振，胃腑下垂，不能输佈津液而饮停胃脘者。证见形体消瘦，胃中有振水音，面黄，纳呆。治以温中化饮。方用苓桂术甘汤加味：茯苓15克、桂枝10克、白术15克、甘草5克、益母草15克、枳实10克、黄芪15克。方中黄芪、白术、茯苓温中健脾化饮；枳实、益母草理气行血，气血得畅有助于化饮；甘草调和诸药。

若暴饮过量之水，脾胃运化不及，饮停胃脘者。证见脘腹坚满而痛，便闭而无矢气。治以攻逐水饮。可用二丑30克，研末冲服，泻下逐饮。

若因热而饮冷不当，脾阳被遏，饮停胃脘者。证见脘腹坚满而痛，脘部喜暖畏寒。治以温中散寒，行气化饮。可用干姜10克、附子6克、桂枝10克、茯苓10克、白术10克、木香5克、厚朴10克。方中干姜、附子、桂枝温中散寒；木香、厚朴行气化饮；茯苓、白术健脾化饮。

若恣食生冷，或服寒凉药不当，损伤脾胃之阳，不能输布津液停而为饮者。证见脘腹坚满而痛，脘部喜温喜按，食少纳呆，神疲乏力。治以温中健脾化饮。方用黄芪建中汤加减：黄芪30克、桂枝10克、白芍10克、干姜10克、茯苓10克、党参10克。方中黄芪、党参、茯苓健脾化饮；干姜、桂枝温

中化饮；白芍缓急止痛。

【按】 临床体会，甘遂半夏汤既为逐水的峻剂，又有十八反中的甘遂、甘草相配伍，故没有多年临床经验者应慎重使用。

（二）饮停胸胁

主证 胸胁胀痛，咳唾、转侧、呼吸时则疼痛加重，肋间饱满，气短息促，苔白，脉沉弦。

主证分析 本证《金匱要略》称为悬饮。胸胁为气机升降之道，饮停胸胁，脉络受阻，气机不利，故有胸胁胀痛，肋间饱满。咳唾、转侧、呼吸时均牵引胸胁，故可使疼痛加重。若水饮上迫于肺，肺气下行受阻，则气短息促。苔白，脉沉弦，为水结于里之候。

治法 攻逐水饮。

方药 控涎丹：大戟 甘遂 白芥子各等分，研末，糊丸桐子大，每服1.5克～3克，晨间空腹服，连服3～5日。

方药分析 方中大戟、甘遂攻逐水饮；白芥子祛痰通络。《医宗必读》谓：“痰在胁下，非白芥子不能达。”

若饮停胸胁较轻，或体质偏弱者，可用葶苈大枣泻肺汤加味：葶苈子10克、大枣10克、枳壳10克、柴胡10克、黄芩10克、瓜蒌10克。方中葶苈子泻肺逐饮；枳壳、瓜蒌理气化饮；柴胡、黄芩和解少阳。

若饮停胸胁较轻，或饮停胸胁虽多，但经治后已减半者。证见胸胁疼痛，胸闷不舒，呼吸不畅，甚则迁延经久不已，舌苔薄，脉弦。此属胸胁气机不畅，升降失司，络脉不利所致。治以理气和络。可用香附旋复花汤加减：旋复花10克、

香附10克、半夏10克、茯苓10克、苏子10克、杏仁10克、郁金10克、降香10克。方中旋复花、香附、降香善通肝络，而逐胸胁之饮；半夏、茯苓燥湿健脾，理气化痰；杏仁、苏子止咳平喘；郁金疏肝活血止痛。

若胸胁之停饮基本消除，又出现阴虚内热之证者。证见胸胁疼痛虽减但日久不愈，形体消瘦，口干咽燥，五心烦热，盗汗等。此属饮阻气郁，化热伤阴所致。治以养阴清热，和络止痛。可用沙参麦冬汤加味：沙参15克、麦冬10克、玉竹10克、地骨皮12克、生地10克、胡黄连8克、旋复花10克、白芍12克、瓜蒌15克。方中沙参、麦冬、玉竹、生地养阴生津；地骨皮、胡黄连清虚热；旋复花、白芍、瓜蒌和络止痛。

【按】（江苏新医学院《中医内科学》）用控涎丹治疗渗出性胸膜炎的几点体会，对临床有一定的参考价值，现摘录于下：

1. 最好能改进剂型，将控涎丹加虫胶（洋干漆）为外衣（一般加二至三层），使内服后在胃不起作用，以免产生恶心、呕吐等反应。

2. 剂量一般从五～八分开始，并可逐步增至一钱五分，连服三至四日为一疗程。停药一至三天，再服。主要是根据病情及体质的强弱和耐受程度来决定。

3. 服药时间以早晨空腹最好，因早晨胃中空，药力的吸收与作用快而纯，一般在空腹服药后半小时左右，即可通便。必要时在下午4～5时增服一次。忌在食后或临睡时服，前者容易引起呕吐，后者因临卧时精神一般较困倦，夜间大便易受凉，并且影响睡眠。