

《金匱要略》痰饮病探微

张淑香,党辉,孙士玲

河南中医药大学第一附属医院,河南 郑州 450001

摘要:痰饮病为张仲景首创,症状多样,饮因于湿,在肺则咳,在胸则痞,在胃则呕,在胁则胀,在肠则泻,在肌肤则肿,在四肢经络则痹,弦脉为其主脉,临床中凡新病脉衰者为难治,久病脉盛者多不治。其总属本虚标实之证,病程日久,常有寒热虚实之间的相互转化,且饮积可生痰,痰瘀互结,病情更加缠绵,若肾虚开阖不利,更可出现凌心、射肺等重证。治疗以“病痰饮者,当以温药和之”为总则,气和则化,气偏则结,借温热以伸其阳,痰饮阴邪则得祛也。可从痰饮病脉、痰饮病症、痰饮病方、痰饮病与水气病四个方面全面把握,根据标本虚实,表里寒热,脉证合参,分别采用温化、发汗、利小便、助水等法治疗。

关键词:痰饮病;痰饮病脉;痰饮病症;痰饮病方;水气病;《金匱要略》;张仲景

DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2024.08.0208

中图分类号:R222.3 **文献标志码:**A **文章编号:**1003-5028(2024)08-1135-05

Exploration of Phlegm-Fluid Retention Diseases in *Synopsis of the Golden Chamber*

ZHANG Shuxiang, DANG Hui, SUN Shiling

The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, Henan, China, 450001

Abstract: Phlegm-fluid retention disease was first created by Zhang Zhongjing, with various symptoms. Fluid retention is caused by dampness, leading to coughing in the lung, stuffiness in the chest, nausea in the stomach, bloating in the ribs, diarrhea in the intestines, swelling in the skin, and obstruction of the meridians in the limbs. The main pulse is wiry pulse. In clinical practice, it is difficult to treat new diseases with weak pulse, and those with long-term diseases with excessive pulse are often not treatable. Generally speaking, it belongs to the syndrome of deficient root cause and excessive manifestation. With a long course of disease, there is often a mutual transformation between cold, heat, deficiency, and excess. Fluid accumulation can produce phlegm, then phlegm and blood stasis can combine, making the condition more lingering. If kidney deficiency is not conducive to opening and closing, it can also lead to severe symptoms such as attacking the heart and lung. The general principle of treatment is "for those with phlegm-fluid retention diseases, warm medicine should be used to harmonize them". When *qi* is harmonious, it will dissolve phlegm retention, and when *qi* is deviated, it will become stagnant. By using warmth to promote yang, phlegm-fluid retention and yin pathogen can be eliminated. It is necessary to comprehensively grasp the four aspects: phlegm-fluid retention disease pulse, phlegm-fluid retention disease symptom, phlegm-fluid retention disease formula, and edema. Based on the deficiency and excess of the syndrome of deficient root cause and excessive manifestation, the exterior and interior, cold and heat, the combination of pulse and syndrome, methods such as warming, resolving, sweating, promoting diuresis, and draining dampness should be used for treatment.

Keywords: phlegm-fluid retention disease; phlegm-fluid retention disease pulse; phlegm-fluid retention disease symptom; phlegm-fluid retention disease formula; edema; *Synopsis of the Golden Chamber*; Zhang Zhongjing

“痰饮”名称始见于《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》,此篇主论痰饮病,所论咳嗽仅指饮邪所致

咳嗽,属于支饮范畴,仲景所论痰饮病与目前临床所涉及的属痰饮范畴的疾病不同,中医临床各科常见

病证中很多均可参照痰饮病相关内容辨证施治,如恶性肿瘤性疾病的胸腔积液、心包积液可属“悬饮”“支饮”范畴,乳腺癌术后患者上肢淋巴水肿可属“溢饮”范畴等。喻昌言:“痰饮为患,十人居其八九。”^[1]医者需认真研习和深入理解《金匱要略》痰饮病篇内容,加深对临床疾病之痰饮病的认识,以期提高临床诊治水平。

1 痰饮病脉

《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》论及痰饮脉有双弦、偏弦、浮而细滑、脉沉、沉而弦、沉紧、弦数、脉弱、脉伏等,弦脉为痰饮病的主脉,其他脉象为其变脉,理解时应结合原文,分析饮邪之深浅轻重之不同加以把握。

1.1 饮脉辨饮病之虚实表里 《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》言:“夫病人饮水多,必暴喘满。凡食少饮多,水停心下。甚者则悸,微者短气。脉双弦者,寒也,皆大下后善虚。脉偏弦者,饮也。”可分三个层次来理解,第一层,“夫病人饮水多,必暴喘满”,指出痰饮病骤发,病因为病人饮水过多,水湿停聚于胃,上逆犯肺所见喘满之症,为一时性停水证,水饮得祛,则喘满自止。第二层,“凡食少饮多……微者短气”,指出饮病由渐而得的原因,中焦阳虚,食少饮多,内虚外犯,内外相引而致水停心下,水饮澹荡,轻者妨碍呼吸而为短气,重则水气凌心而为心悸。第三层,“脉双弦者……脉偏弦者,饮也”。论述寒与饮之脉象不同,饮病以弦脉为主,因为饮邪多侵犯局部,偏于一侧,故单手脉见弦,且弦而有力。若双手寸关尺六部脉皆弦则主寒,乃过用苦寒药物大下、久下后,人体呈虚寒之脉象,故双手脉见弦,且弦缓无力。饮病与里虚寒证皆可见弦脉,单弦有力为饮病,双弦无力为里虚寒证。“脉浮而细滑,伤饮。”提及痰饮初期饮邪轻浅的脉象,痰饮之脉,一般多弦,外饮骤伤,水邪未深时可见脉象浮而细滑,乃饮邪未深之征。“脉沉而弦者,悬饮内痛。”认为悬饮牵引胸胁部疼痛,脉沉为病在里为实证。弦脉主饮积疼痛,更有沉紧之脉,《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》言:“膈间支饮,其人喘满,心下痞坚,面色黧黑,其脉沉紧,得之数日,医吐下之不愈,木防己汤主之。”脉沉紧为饮邪停伏于里之象。凡饮病得脉伏者,为伏饮,是水饮停留,阳气不通,水邪深入之脉也。“病者脉伏,其人欲自利,利反快,虽利,心下续坚满,此为留饮欲去故也,甘遂半夏汤主

之。”脉沉也是诊断伏饮的一个重要依据,如“脉沉者,有伏饮”。张仲景论支饮咳嗽时,简明言为:“咳家其脉弦,为有水,十枣汤主之。”十枣汤临床常用于治疗饮停胁腹,充斥内外之证,为攻下逐水峻剂,水饮盛常见弦脉,水饮在里,常见沉脉,故理解时不应拘泥于脉弦,更可见脉沉弦。

1.2 饮病脉及痰饮病预后 论及痰饮病预后的原文有:“脉弦数,有寒饮,冬夏难治。”病属寒饮,其脉应弦,不应有数,此弦数脉可理解为寒饮夹热所致,冬夏难治,意因用寒远寒,用热远热,寒热难施,不若春秋易治也。“久咳数岁,其脉弱者,可治;实大数者,死。其脉虚者,必苦冒,其人本有支饮在胸中故也,治属饮家。”本条所言之咳证,乃饮邪渍肺引起,支饮久咳,其气必虚,其脉当弱为常,病脉相合者,预后较好,为可治。如见脉实大而数,病脉不合,说明正气虚弱而邪气实,正虚邪实,此时欲攻邪则恐伤正,欲补虚又虞助邪,攻补两难,预后不良。凡新病脉衰者为难治,久病脉盛者也多不治。细读原文,记忆理解,痰饮脉象变化多样,需根据痰饮病证表现进行判断,痰饮脉之变化和痰饮病之轻重转归密切相关,临证时须详加辨析。

2 痰饮病症

《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》篇四饮,即痰饮、悬饮、支饮、溢饮有各自典型的临床表现,五水内与五脏相连,《金匱要略》辨证在于五脏,痰饮篇亦然,刘渡舟先生认为,四饮、五水,虽是辨证之层次,又有提纲之意义^[2]。仲景言痰饮病,又有留饮、伏饮、支饮,留饮有去时,伏饮终不去,留饮、伏饮可见不同。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》论痰饮各病证之临床表现言:“水在心,心下坚筑,短气,恶水不欲饮。”心水有水饮凌心,阻遏心阳、胃阳的症状。又言:“心下有痰饮,胸胁支满,目眩,苓桂术甘汤主之。”此条论述心下痰饮之证治。留饮、伏饮与四饮应相参合理解,如“夫心下有留饮,其人背寒冷如掌大。留饮者,胁下痛引缺盆,咳嗽则辄已。胸中有留饮,其人短气而渴,四肢历节痛。”此条论及留饮三条,均可归属四饮之中:水饮停心下,属狭义痰饮;在胁下属悬饮;在胸中属支饮;在四肢关节属溢饮。从不同的角度把握痰饮病,是学习《金匱要略》痰饮病的要求。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》论痰饮病之病症表现多端,“短气”者有六处,涉及“水停心下”“支饮”“心水”“饮及脾肾”“胸中

留饮”“肺饮不弦”；言“悸”者有四处，病理为“水停心下”“水在肾”“下焦饮逆”“膈间有水”之不同；言“满”者，分别有“喘满”“支满”“满喘”“坚满”“腹满”“胸满”“气满”的不同，“满”字很契合“水停气阻、气滞水留”的病机；提及“眩”有“目眩”“癫眩”“冒眩”“眩悸”等；其他如“吐涎沫”“渴”“痛”“咳”“利”“呕”等也是《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》出现频次较多的词，抓主症进行鉴别诊断是仲景辨治疾病的重要特点，把握痰饮病常见的表现，知晓个性和共性是提高痰饮病诊治能力的重要途径，如肾虚不能纳气的“面热”“眩冒”“气冲”三个主证，膈间支饮的“喘满痞坚”“面色黧黑”，“饮停心下”表现出“胸胁支满”“目眩”等。仲景所论痰饮病与临床之痰饮病已有不同，春柳等^[3]基于现代名老中医经验分析痰饮常见证候和临床特征，提取症状 81 个，进行聚类分析。河北名老中医刘保和认为，在疾病治疗中应“抓主症”以达到治疗目的^[4]。王焕莉等^[5]依托中医症状病机数据库给出证候要素痰饮的确认依据，认为痰、痰鸣是痰饮的特异性临床症状和特征。

3 痰饮病方

《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中治疗痰饮病的方剂有苓桂术甘汤、五苓散、小半夏茯苓汤、甘遂半夏汤、己椒苈黄丸、十枣汤、大青龙汤、小青龙汤、木防己汤、木防己加茯苓芒硝汤、泽泻汤、厚朴大黄汤、小半夏汤、小半夏加茯苓汤、苓桂五味甘草汤等 20 余首，并给出“病痰饮者，当以温药和之”的治疗总则。言“和之”，而非温之、燥之，寓保护和调和脏腑阳气之意。痰饮病本虚标实，阳不化阴，治疗中掣肘之处颇多，大道至简，治痰饮以温药和之，气和则化，气偏则结，借温热以伸其阳，痰饮阴邪则得祛也。篇中苓桂术甘汤、肾气丸健脾温肾，为治本之法。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中亦重视邪实治标的原则，饮邪深痼难化，如“病悬饮者，十枣汤主之”意为悬饮为“饮癖结积”，非“蠲饮破癖”之猛剂不能获效。对“肠间饮聚成实”者，表现为“腹满，口齿干燥”，予“己椒苈黄丸”前后分消，导水下行。兼表里证，可用大青龙汤发汗清泻郁热，小青龙汤发汗兼温化里饮，同中有异，因势利导，使外溢肌表的水湿从汗解，小青龙汤亦用于无表证，属于寒饮咳喘者。此外，还有小半夏汤治疗“饮逆呕吐”，甘遂半夏汤治疗“留饮欲去”，泽泻汤治疗“支饮冒

眩”等，均体现了祛饮攻邪之法，为治标之法，非“温药和之”范畴。急攻其标以固护人体正气，缓扶其本以助攻邪，饮为阴邪，易伤阳气，饮邪及时祛除，有利于肺、脾、肾诸脏阳气的恢复，也是保护脏腑阳气，恢复脏腑功能的重要方面。篇中方剂又可互相通用，如十枣汤既可治疗悬饮，又可治疗支饮；小青龙汤既可治支饮，又可治溢饮；小半夏汤加茯苓汤既可用于治疗痰饮，又可用于治疗支饮。麻黄为宣肺利水之上品，仲景善用麻黄，如治溢饮的大、小青龙汤中均用麻黄，在《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中苓甘五味加姜辛半夏杏仁汤方中有“支饮水去呕止，出现形肿时”，因“其人遂痹，故不内之”，明确指明若此时误投麻黄则耗伤气血，必有厥逆之变，旨在告诫医者，不要犯“虚虚”之戒。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》提及支饮服小青龙汤后的变证有“气冲”“面热”“小便难”“时复冒”等，可予茯苓桂枝五味甘草汤，充分体现了仲景药随证转，随证加减的规律，是中医辨证论治的精神体现。喻昌^[1]在《医门法律》中论痰饮有“律三条”，指出“热痰乘风上入”“痰饮随食并出”“肾虚水泛痰涌”三者的治疗禁忌，是对仲景痰饮病理论的发展。姜寅光^[6]认为，温药意在通阳，通阳不唯用温，汗、利、下等法可祛邪而通阳。陈林等^[7]等分析痰饮背恶寒为阳气不通或阳气弱，可用温阳化气、利水行气之法。《临证指南医案·痰饮》^[8]言：“取仲景之苓桂术甘汤、肾气、真武等法，以理阳通阳及固下益肾、转旋运脾”，同样体现了“痰饮病当温药和之”的认识。吴宝等^[9]从“微饮”角度探讨苓桂术甘汤治疗痰饮病，认为“微饮”是水饮结聚较轻微的病理状态，仅以短气为临床表现，未出现“咳逆倚息不得卧”等病证。林燕萍等^[10]探讨了痰饮与消化系统疾病的相关性，认为很多消化系统疾病，如肠易激惹综合征、肠梗阻、胃食管反流疾病等经久不愈实为痰饮作祟。樊炳杰等^[11]从痰饮病角度分析恶性胸腔积液治疗思路。刁雅静^[12]认为，新型冠状病毒感染性肺炎的病机为肺脾肾三脏气化功能失调，符合中医痰饮病特点。张露等^[13]探讨冠状动脉粥样硬化性心脏病从痰饮证治源流及“温药和之”辨治内涵。

4 痰饮病与水气病

痰饮病强调饮邪停聚于人体局部，病变部位主要在胃肠、肋下、胸膈和肌肤。水气病以身体水肿、小便不利和全身症状为表现，所涉范围甚广，水气二

字强调病机,突出水气病的发生与气化功能异常相关。笔者研读《金匱要略》,体会水气病和痰饮相关条文,认为水气病与痰饮同源异歧,均是人体脏腑功能失调,水液敷布失常所导致,由于水气性弥漫浸润,故水气病症状多样。水气、饮邪均为阴邪,均需阳气才能蒸化,气行则水行,气滞则水聚,治疗上常需使用温散之品,如《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》言:“心下有痰饮,胸胁支满,目眩,苓桂术甘汤主之。”使用茯苓化饮降浊,桂枝辛温通阳,且茯苓量最大,以泻浊化饮为主,桂枝、白术辅以振奋阳气,主次分明,体现了仲景用方之妙。《金匱要略·水气病脉证并治》言:“水之为病,其脉沉小,属少阴;浮者为风。无水虚胀者,为气。水,发其汗即已。脉沉者宜麻黄附子汤,浮者宜杏子汤。”选择麻黄附子汤以温经助阳发汗。痰饮病的治疗重在温化水饮,水气病的治疗重在祛除水邪,水气病之风水表实证,与痰饮之水泛肌表之溢饮基本相同,均可用汗法因势利导,临床上水气病和痰饮病可相兼存在,如既有饮邪停聚局部的肿胀和水肿,又有水邪弥漫之心下痞坚,腹满而喘之症,水气病日久可兼痰饮病,或向痰饮病转化,水气病和痰饮病可相兼存在或互有转归,病证间不可截然分开,也是中医学的魅力和特色。《金匱要略》所论之痰饮,实质上重在论饮,与当今临床之痰饮病有很大不同。痰饮皆津液所化,痰饮同源,痰浊饮清,痰因于火者多,痰饮同称而殊治,需仔细鉴别。痰生于脾,湿盛则精微不运,凝固成痰,饮聚于胃,寒留则水液不行,泛为饮病,为痰为饮并称痰饮病。痰饮病的临床表现多端,可见于临床各系统疾病中,如癌性胸腔积液、渗出性胸膜炎、哮喘、慢性肾炎、心力衰竭、梅尼埃病等。“病痰饮者,当以温药和之。”“诸有水者,腰以下肿,当利小便;腰以上肿,当发汗乃愈”可作为二者共同的治疗原则,临床中应灵活使用,有所偏重。痰饮病篇之小半夏加茯苓汤、己椒蒴黄丸、十枣汤、泽泻汤等诸方剂立方于饮邪盛而正虚不甚的病机特点,治疗上集中药力以化饮逐水为出发点,符合中医理论急则治其标的要求。水气病常有水肿,故其治疗偏重于祛除水肿,多采用通利小便、逐水之法,即“开鬼门,洁净府”,然后再着力恢复阳气的气化功能^[14]。有学者认为,“温药和之”有用药温和之意,痰饮用药不可温化、温补太过,“和之”还有因势利导、温利小便之意^[15]。水气病篇用于风水表虚的防己黄芪汤、皮水湿盛阳郁的防己茯苓汤、皮水湿热郁阻的蒲灰散等均可视

为通利之剂。水气病关于正水和石水的治疗,逐水有法而无方,可与痰饮病篇对应,方从法出,采用十枣汤、己椒蒴黄丸以及后世的舟车丸、疏凿饮子等方剂。临床可参合水气病的内容,诸医家都有相关记载,梁莹等^[16]从水气病治疗肾病;唐容川在《血证论》中提出:“血病不离水,水病不离血^[17]”;王有玲等^[18]立足气分、血分、水分理论治疗下肢深静脉血栓;刘宇飞等^[19]从水气病论治乳腺癌保乳术后乳房水肿。赵云川等^[20]从三焦气化理论探析《金匱要略》水气病,认为水气病蕴含着三焦大纲,深化了水气病的理论认识。王建康等^[21]亦认为痰饮为阴寒之邪,易阻滞气机,导致表里上下之相关脏腑功能失调,治疗大法宜温和。

痰饮病为张仲景首创,《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中痰饮病内容丰富,饮因于湿,饮在肺则咳,在胸则痞,在胃则呕,在胁则胀,在肠则泻,在肌肤则肿,在四肢经络则痹,变幻百端。深入学习经典,对临床中准确把握和治疗痰饮病有着重要的意义,将痰饮病之脉、症、方等全面有机地结合起来辨析痰饮病,临证时脉证合参,辨证识证,才能深刻理解和体会《金匱要略》痰饮病。“病溢饮者,当发其汗,大青龙汤主之,小青龙汤亦主之”。溢饮多因感受风寒,或口渴暴饮,肺气闭郁,饮溢四肢肌表,当汗出而不汗出所致,主症可见发热恶寒,身体疼重,治疗可采用汗法因势利导,使外溢肌表的水湿从汗而解。但同一溢饮有外感风寒,内有郁热和外感风寒、内停水饮之异,故须同病异治,当溢饮兼有无汗而喘,烦躁,脉浮紧时,当以大青龙汤发汗兼清泻郁热。大小青龙汤同中有异,当溢饮兼有胸脘痞闷,干呕,喘咳,痰稀,其脉弦紧或弦滑,当予小青龙汤发汗兼温化里饮。论及支饮时,张仲景言:“膈间支饮,其人喘满,心下痞坚,面色黧黑,其脉沉紧……木防己汤主之。”“心下有支饮,其人苦冒眩,泽泻汤主之。”心下有支饮,清阳不能上达而见头昏目眩,但无喘满,咳逆,属支饮轻证;“支饮胸满者,厚朴大黄汤主之”,据方测证,当有胸腹胀满,气急,大便秘结等症。而葶苈大枣泻肺汤证,除“支饮不得息”之主症外,还当有胸满,或张口抬肩,口吐稀涎,脉滑数等症。临床治病,重在辨证,学习《金匱要略》痰饮病内容,注意将病之脉、症、方等全面把握,分析痰饮病证机所在,审证求机,学者心知其意,自得运用之妙。痰饮病总属本虚标实之证,多为慢性病,病程日久,常有寒热虚实之间的相互转化,且饮积可生痰,痰瘀

互结,证情更加缠绵。若肾虚开阖不利,更可出现凌心、射肺等重证。临证要重视痰饮病的早期识别,积极辨证施治,还需根据标本虚实,表里寒热,灵活采用温化、发汗、利小便、助水等方法治疗。

笔者研读《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》,从痰饮病脉、痰饮病症、痰饮病方、痰饮病与水气病四个方面全面把握痰饮病,指出临证时应重视病、脉、症的综合分析,脉证合参,有助于发现痰饮病的可循之规律,对拓展痰饮病的临证治疗思路,提高痰饮病的临床诊治能力具有独特的作用。

参考文献:

[1] 喻昌. 医门法律[M]. 北京:人民卫生出版社,2017:257,268.

[2] 王庆国. 刘渡舟医论医话 100 则[M]. 北京:人民卫生出版社,2016:48.

[3] 春柳,李建生,马锦地,等. 基于现代名老中医经验的痰饮常见证候及其特征的研究[J]. 辽宁中医杂志,2018,45(3):496-498.

[4] 曹丽静. 刘保和“抓主症”心得点滴[J]. 中医杂志,2007,48(10):883-884.

[5] 王焕莉,张启明,王义国,等. 证候要素痰饮的确认依据[J]. 中国中医基础医学杂志,2017,23(5):621-622.

[6] 姜寅光. 浅议“病痰饮当以温药和之”的泛化与再释义[J]. 新中医,2016,48(2):175-176.

[7] 陈林,张冠卿,张理云.《金匱要略》中痰饮所致背恶寒探微[J]. 河南中医,2019,39(2):166-168.

[8] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京:人民卫生出版社,2018:258.

[9] 吴宝,李树斌,许国磊,等. 从“微饮”角度探讨苓桂术甘汤治疗痰饮的发挥[J]. 四川中医,2023,41(3):30-32.

[10] 林燕萍,叶柏. 痰饮与消化系统疾病的相关性[J]. 河

南中医,2016,36(6):945-946.

[11] 樊炳杰,周彤,李铮,等. 基于“病痰饮者,当以温药和之”探讨恶性胸腔积液治疗思路[J]. 湖南中医药大学学报,2021,41(11):1756-1760.

[12] 刁雅静. 基于《金匱要略》痰饮病探讨新型冠状病毒肺炎病因病机及辨治[J]. 河南中医,2020,40(6):827-829.

[13] 张露,吴小平,史胜楠,等. 痰饮病人“温药和之”与冠状动脉粥样硬化性心脏病临证辨析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(20):3819-3821.

[14] 张晓雷,马家驹,王玉光. 试论“开鬼门,洁净府”当为“打开门户,祛除府之邪气”[J]. 北京中医药,2015,34(7):551-552.

[15] 赵鼎,吕翠霞. “浅议病痰饮者,当以温药和之”[J]. 中华中医药杂志,2017,32(5):2229-2232.

[16] 梁莹,郎睿,余仁欢. 从水气病阐述经方治疗肾病的经验[J]. 中华中医药杂志,2019,34(8):3544-3546.

[17] 唐容川. 血证论[M]. 上海:上海人民出版社,1977:4.

[18] 王有铃,周毅平. “从血不利则为水”论下肢深静脉血栓形成的治疗[J]. 中国中医基础医学杂志,2018,24(8):1170-1172.

[19] 刘宇飞,安甜,刘青,等. 从水气病论治乳腺癌保乳术后乳房水肿[J]. 中国中医基础医学杂志,2022,28(8):1239-1241.

[20] 赵云川,陈曦,曾宪彪,等. 从三焦气化理论探析《金匱要略》水气病[J]. 中医药临床杂志,2022,34(6):1016-1019.

[21] 王建康,鲍平波,徐程,等.《金匱要略》治疗胃饮证特色探讨[J]. 浙江中医杂志,2019,54(7):476.

收稿日期:2024-03-15

作者简介:张淑香(1969-),女,河南郑州人,医学博士,副教授。

(编辑:刘华)