

中医内科学痰饮教学要点简述

苏雪娴

峰峰矿区义井镇卫生院 河北 邯郸 056200

摘要：本文围绕中医内科学痰饮教学要点展开。首先阐述痰饮基础理论，包括概念、病因病机，强调水液代谢失常及与肺脾肾三脏的关系。接着说明四饮分类、诊断依据与病证鉴别要点。针对临床教学难点，提出应对辨证模糊性、治法选择困惑及经典与现代衔接不足的策略。还介绍了案例教学法、实践技能培训、跨学科融合教学等教学方法，旨在提升教学质量，培养学生临床思维与综合应用能力。

关键词：中医内科学；痰饮病；辨证论治；教学要点

引言：中医内科学中，痰饮病教学意义重大。痰饮作为独特病理产物与致病因素，其理论、分类、诊断及治疗体系复杂。教学中，既要让学生掌握基础理论，明确痰饮概念、病因病机及四饮分类，又要应对辨证模糊、治法选择困惑等难点。为此，需探索有效教学方法，如案例教学、实践技能培训、跨学科融合等，以提升教学质量，培养学生临床思维与综合应用能力。

1 痰饮的基础理论教学要点

1.1 痰饮的概念阐释

痰饮是中医理论中独具特色的病理产物与致病因素，教学中需先明确其核心定义，即人体水液代谢失常，水湿停滞凝聚而成的病理产物，同时兼具致病作用。需重点区分“痰”与“饮”的异同：痰质地稠厚，色白或黄，可停聚于脏腑、经络、肌肤等多处；饮质地清稀，多停聚于胸胁、胃肠、肌肤等部位，表现为局部积液或水肿^[1]。还要结合中医整体观念，强调痰饮的形成与肺、脾、肾三脏功能密切相关，肺主通调水道，脾主运化水湿，肾主水液蒸腾气化，三脏功能失调是痰饮生成的关键前提。同时需说明痰饮致病的广泛性，可阻滞气机、影响脏腑功能、蒙蔽清窍等，导致多种病症，为后续病因病机及临床教学奠定理论基础。

1.2 病因病机剖析

痰饮的病因可分为外感与内伤两类，教学中需逐一拆解并阐明其与病机的关联。外感病因主要为寒湿之邪侵袭，寒湿易伤阳气，尤其是脾阳，脾阳受损则运化水湿功能减弱，水湿停滞易成痰饮；若外感湿热，日久也可炼液成痰。内伤病因中，饮食不节最为常见，过食生冷、油腻、甘甜食物，会加重脾胃负担，导致脾失健运，水湿内停；情志失调可致肝气郁结，气机不畅，气不行则水湿停滞，凝聚为痰饮；劳逸失度中，过度劳累耗伤脾气，久坐久卧则气机不畅，均会影响水液代谢；

年老体弱或久病不愈，会使肺脾肾功能衰退，阳气不足，水液蒸腾运化失常，易滋生痰饮。病机核心在于水液代谢失常，关键病机为阳气虚弱、气机阻滞，二者相互影响，阳气虚则气机推动无力，气机阻滞又加重水湿停滞，形成恶性循环，需通过示意图等方式直观展示病机演变过程。

2 痰饮的分类及诊断教学要点

2.1 四饮分类讲解

痰饮的四饮分类源自经典医籍《金匮要略》，这一分类体系是中医临床对痰饮病进行分类的核心依据。在教学实践中，必须紧密结合症状表现与病位所在，清晰准确地区分四饮。痰饮的病位主要在胃肠，其典型症状丰富多样。患者常感胃脘部痞满不适，尤其在进食后症状加重，同时伴有恶心呕吐清水痰涎的情况。虽有口渴之感，但却不想饮水，腹部可闻及振水音，小便短少，大便溏薄。舌苔呈现白滑之象，脉象弦滑。教学过程中，要着重强调其“停于胃、流于肠”的独特病位特点。悬饮病位在胸胁，以胸胁胀痛作为核心症状。疼痛程度会随着呼吸、身体的转侧动作而加重，咳嗽时还会牵引胸胁部位产生疼痛，伴有胸闷气短的症状，严重时甚至会出现呼吸困难。舌苔白腻，脉象沉弦。教学时可结合胸部叩诊等现代检查手段，帮助学生更直观地理解。溢饮病位在肌肤，表现为肢体浮肿，但按之凹陷并不明显，身体困重，关节酸痛，还伴有恶寒发热、无汗等症状。舌苔白腻，脉象浮紧。教学中需与水肿病进行细致鉴别，突出其“溢于肌肤”的特点。支饮病位在心肺，以咳喘胸满为主要表现，患者咳逆倚息，气短不能平卧，痰液白且清稀、量多，伴有胸闷心悸，遇寒冷后症状加重。舌苔白滑，脉象弦紧。教学时要联系心肺功能，详细阐述其病理机制，并通过案例对比，助力学生掌握四饮的鉴别要点。

2.2 诊断依据与方法

痰饮的诊断必须严格遵循中医“四诊合参”的原则，在教学时要清晰明确各诊法的核心要点。望诊方面，重点观察患者的面色、舌苔、痰涎以及肢体表现。面色㿠白往往提示患者阳气虚弱；舌苔白滑或黄腻能够反映痰饮的寒热属性，痰涎清稀表明是寒饮，稠黄则为热痰；肢体浮肿则提示可能是溢饮。闻诊时，要关注患者的咳嗽声音、痰鸣音以及呕吐物的气味^[2]。咳声重浊、喉中痰鸣大多是由于痰饮阻肺所致；若呕吐物有酸腐气味，则可能合并食积。问诊需要详细询问患者症状的特点、诱发因素以及既往病史。若患者既往有肺脾肾病史，则需要警惕痰饮的生成。切诊注重脉象与按诊，弦脉、滑脉是痰饮常见的脉象。按诊时，要检查胃脘是否有振水音、胸胁是否有压痛、肢体浮肿的程度等。同时，还需结合现代辅助检查，如通过胸部X线排查悬饮，利用腹部超声判断胃肠积液，借助尿常规、肾功能检查排除其他导致水肿的原因。强调中医诊断与现代检查相结合的重要性，以此提高诊断的准确性。

2.3 痘证鉴别要点

痰饮的病证鉴别需要围绕相似病症展开，明确核心鉴别点，从而有效避免误诊。在教学时，要分点清晰地进行阐述。痰饮与水肿的鉴别：二者都存在水湿停滞的表现，但痰饮可以停聚于脏腑、经络，症状表现多样，例如胃脘痞满、胸胁胀痛等。而水肿以全身或局部明显浮肿为核心特征，按之凹陷明显。痰饮导致的浮肿大多为溢饮类型，常常伴有关节酸痛等表征。痰饮与咳嗽的鉴别：咳嗽以咳嗽、咳痰作为主要症状，多由外感或肺脏本身的病变引起。痰饮所致的咳嗽常常伴有胸满、气短、倚息不得卧等症状，痰量多且清稀，治疗时以温化痰饮为主。痰饮与积聚的鉴别：积聚的病位在腹腔，表现为腹部出现包块，质地较硬，位置固定不移。痰饮则没有包块，多为胀满、积液的表现，如胃脘振水音、胸胁积液等。痰饮与胃痛的鉴别：胃痛以胃脘部疼痛为主，疼痛性质多样，包括胀痛、刺痛等。痰饮所致的胃脘不适主要以痞满、呕吐清水为主，疼痛并不明显。结合舌苔、脉象可以进一步鉴别。

3 痰饮病临床教学的难点与对策

3.1 辨证模糊性挑战

痰饮辨证模糊性主要源于症状复杂多样且易与其他病症重叠，如痰饮阻肺所致咳嗽易与风寒咳嗽混淆，教学中需采取针对性对策。首先构建“病位-病机-症状”三维辩证体系，明确不同病位痰饮的核心症状，如胃肠痰饮以胃脘振水音、呕吐清水为核心，胸胁悬饮以胸胁

胀痛、呼吸加重为核心。其次强化舌脉鉴别要点，白滑苔、弦滑脉为寒饮典型表现，黄腻苔、滑数脉为热痰特征，通过大量舌脉图片对比加深印象。再者引入辨证案例辨析，选取易混淆案例如“咳嗽伴痰白清稀，兼胸满气短”，引导学生分析其与风寒咳嗽的区别，风寒咳嗽伴恶寒发热、鼻塞流涕，而痰饮咳嗽伴倚息不得卧、肢体困重。同时设计辨证练习题库，涵盖不同证型痰饮案例，让学生通过反复练习掌握辨证要点，教师针对常见错误进行集中讲解，提升辨证准确性^[3]。

3.2 治法选择的困惑

痰饮治法选择困惑源于证型复杂且治法多样，如同一痰饮证型因兼夹证不同治法需调整，教学中需梳理治法逻辑并强化应用指导。首先明确“温化”为痰饮基本治法，基于“病痰饮者，当以温药和之”的经典理论，阐述温阳化饮的核心机制，如脾阳虚弱者用温脾化饮，肾阳不足者用温肾利水。其次构建“主法-兼法”结合的治法体系，如痰饮阻肺兼风寒表证者，以温肺化饮为主，兼辛温解表；痰饮兼气滞者，在化饮基础上加理气行滞。再者通过经典方剂解析强化治法应用，如苓桂术甘汤用于脾阳虚弱痰饮，讲解其“温阳化饮、健脾利水”的治法原理，对比真武汤用于肾阳不足痰饮的差异。同时开展治法案例讨论，如“胃脘痞满、呕吐清水伴食少便溏”案例，引导学生分析其为脾阳虚弱痰饮，选用苓桂术甘汤，若兼肝气郁结加柴胡、香附，让学生掌握治法加减规律，避免治法选择盲目性。

3.3 经典与现代衔接不足

经典与现代衔接不足表现为学生对经典理论的现代应用理解困难，如“温药和之”难以与现代药理研究结合，教学中需搭建衔接桥梁。首先将经典理论与现代病理机制结合，如阐述“温化痰饮”与改善胃肠动力、调节水液代谢的关系，苓桂术甘汤可促进胃肠蠕动、增加肾脏血流量，佐证经典治法的科学性。其次引入现代临床研究成果，如悬饮的现代治疗中，在十枣汤或葶苈大枣泻肺汤基础上结合胸腔穿刺引流，讲解中西医结合治疗的优势，既遵循经典治法又融入现代技术。再者开展“经典方剂现代应用”专题讲座，如讲解小青龙汤治疗痰饮阻肺型慢性支气管炎，分析其现代药理作用如抗炎、平喘、调节免疫，让学生理解经典方剂的现代价值。同时组织临床观摩活动，带学生观摩中西医结合治疗痰饮病例，如肺心病心衰属支饮者，在温阳化饮中药基础上结合利尿剂使用，让学生直观感受经典与现代衔接的临床实践，提升应用能力。

4 中医内科学痰饮教学要点简述

4.1 案例教学法应用

案例教学法是中医内科学痰饮教学的核心方法，可有效衔接理论与临床，教学中需科学设计案例并规范实施流程。首先构建分层案例体系，基础层选取典型单纯证型案例，如纯脾阳虚弱痰饮案例，明确症状、舌脉及治法方药；提高层选取复杂兼夹证案例，如痰饮阻肺兼气滞血瘀案例，培养综合分析能力。案例呈现采用“渐进式”方式，先给出症状清单，引导学生逐步辨证，再公布完整病例及诊疗过程，对比学生辨证结果与临床实际。其次规范案例讨论流程，先分组讨论，每组推选代表发言，阐述辨证思路、治法及方药，教师针对争议点如治法加减、方剂选择进行引导，如案例中“痰饮兼发热”是否用寒凉药，强调需辨证寒热属性，寒饮兼外感发热可温化兼解表。同时建立案例评价机制，从辨证准确性、治法合理性、方药正确性等方面评价学生表现，结合案例进行针对性讲解，让学生在案例分析中巩固理论知识，提升临床思维能力。

4.2 实践技能培训

实践技能培训是痰饮教学的关键环节，可提升学生临床操作能力，教学中需构建多维度培训体系。首先强化四诊技能培训，开展舌诊、脉诊专项训练，提供痰饮常见舌象、脉象模型及图片，让学生反复观察辨识，组织四诊技能考核，考核内容包括痰饮病例的望闻问切操作及结果判断。其次开展方剂应用技能培训，通过方剂配伍练习让学生掌握痰饮常用方剂的药物组成、剂量及加减方法，如苓桂术甘汤的药物配伍比例及兼证加减，开展方剂默写及配伍分析考核。再者引入模拟诊疗训练，利用标准化病人模拟痰饮病例，如模拟悬饮患者的胸胁胀痛、呼吸加重等症状，让学生进行问诊、体格检查、辨证、开具处方等完整诊疗流程，教师全程指导并点评。同时组织临床见习，安排学生到中医内科病房见习痰饮患者诊疗，跟随带教老师参与病史采集、病例讨论、处方开具等，将理论知识转化为实践技能，提升临床应用能力。

4.3 跨学科融合教学

跨学科融合教学可拓宽痰饮教学视野，提升学生综合素质，教学中需整合多学科资源设计教学内容。首先与西医内科学融合，讲解痰饮对应的西医疾病如慢性支气管炎、胸腔积液、慢性胃炎等，对比中西医发病机制、诊断方法及治疗原则，如胸腔积液属悬饮范畴，西医采用胸腔穿刺引流，中医采用温化痰饮、利水消肿，讲解中西医结合治疗优势^[4]。其次与药理学融合，分析痰饮常用中药如茯苓、桂枝、白术、葶苈子等的药理作用，如茯苓的利尿作用、桂枝的扩张血管作用，让学生理解中药疗效的现代药理基础。再者与影像学融合，引入痰饮相关的影像学资料如胸腔积液的胸部X线片、胃肠积液的腹部超声报告，讲解如何结合影像学结果辅助中医辨证，如胸部X线显示胸腔积液支持悬饮诊断。同时开展跨学科专题讲座，邀请西医内科、药理学、影像学专家授课，组织跨学科病例讨论，让学生从多学科角度理解痰饮疾病，提升综合诊疗思维能力。

结语

中医内科学痰饮教学涵盖多方面要点，从基础理论到临床实践，从传统经典到现代融合，每个环节都至关重要。面对教学中的难点，需不断探索创新教学方法。案例教学、实践培训、跨学科融合等手段，有助于学生更好地掌握痰饮病知识，提高临床诊疗水平。未来，应持续优化教学体系，为中医内科学培养更多优秀人才，推动中医事业不断发展。

参考文献

- [1]胡奇,田财军,李鑫,等.中医内科学痰饮教学要点简述[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(2):57-59.
- [2]王勇力,周衡,周青,等.基于穹窿三焦理论探讨周衡教授治疗痰饮病[J].四川中医,2021,39(8):1-4.
- [3]江月斐.《金匱要略》痰饮咳嗽病篇教学体会[J].中国民族民间医药, 2019, 28(11):116-118.
- [4]高颖,韩秀丽.王秀娟从痰饮论治胃食管反流病经验介绍[J].山西中医, 2019, 35(2):4-5.