

· 学术探讨 ·

“湿浊痰饮类病”理论内涵探微

黄枕蓉¹, 高丹², 路美娟², 魏晓玉¹, 徐强^{2*}

1. 天津中医药大学研究生院, 天津 301617; 2. 天津中医药大学第二附属医院, 天津 300151

摘要 本文详论张伯礼教授“湿浊痰饮类病”的理论内涵。“湿浊痰饮类病”多因现代生活方式改变, 导致人体脾运失司、三焦决渎不利以及膏脂转运障碍, 津液代谢乖常而发。鉴于湿、浊、痰、饮四者常胶结难解, 单纯辨析单一病邪难以指导复杂临床, 故需深入探究其多因素交织的病理微观内涵。本文着重阐述了该类病证深层的复杂病机表现, 即燥湿相混、清浊相干、血水同病、气津异化。针对燥湿相混, 治疗当以滋阴润燥而不助湿、燥湿化痰而不伤阴为则; 清浊相干需升清降浊并重; 血水同病宜从“温药和之”而治; 气津异化则当行健脾升阳之法。本文细化了“湿浊痰饮类病”的理论框架, 揭示了其复杂的发生发展规律, 为临床精准辨治相关疑难病证提供了新思路。

关键词 湿浊痰饮类病; 张伯礼; 名医经验; 湿浊; 痰饮

中图分类号: R228

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2026)09-0001-06

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260172

“湿浊痰饮类病”是张伯礼教授基于当代疾病特征和临床实践的精准把握而构建的创新性理论体系。湿、浊、痰、饮同属津液运化失司所衍生的病理产物, 本质为水液代谢失衡, 从而引发诸般复杂病症^[1]。此类疾病, 往往起病隐袭, 病程缠绵, 治疗应当穷究病因, 彻析病机, 审慎厘清湿、浊、痰、饮四者盘根错节的层次关联。既往对“湿浊痰饮类病”的理论探讨多聚焦于具体疾病, 尚缺乏对理论内涵的深入研究, 故本文对“湿浊痰饮类病”的复杂致病因素及多因素胶结的致病过程进行探微, 以期对深入理解此类病证的发生发展规律、精准辨证论治提供启思。

1 “湿浊痰饮类病”理论

随着生活模式的巨大转变, 体力活动锐减、饮食结构失衡以及气候呈现周期性暖湿化趋势, 现代人多易出现水湿积聚, 形成水湿体质^[2]。张伯礼教授指出“湿浊痰饮类病”已逐渐成为诱发诸多现代慢性、复杂

性疾病迁延难愈、病情进展的关键病理因素^[1]。“湿浊痰饮类病”虽在病程各阶段标实征象各异, 然其核心病机存在共性。脾不运化、枢机不利导致津液输布失常; 三焦决渎失司导致水液气化失常; 膏脂以津液为体, 以气为用, 脾胃纳运失职, 三焦水道不畅, 气机不利, 导致膏脂转运障碍, 水谷精微不能归正化, 反而异化生成湿、浊、痰、饮等病理产物, 蕴结致病。这是“湿浊痰饮类病”的共性理论枢机, 共为阐释其发病机制与辨治关键。

1.1 致病特点

湿、浊、痰、饮同属津液异化所生的阴邪病证, 具有重浊黏腻、弥漫三焦、损伤阳气等共性致病特点。湿性氤氲黏滞, 病位表浅, 多累及肌表、胸膈, 以头身困重、胸脘痞闷为特征, 常为疾病早期或亚临床阶段的核心病理因素, 属类病之端^[1]。浊乃谷精蕴滞异化之秽浊物质, 质黏腻胶结, 易深入血脉、经络及脏腑, 致清浊相干、膏脂转运障碍, 尤与心脑血管疾病及代谢综合征密切相关。其蓄积日久可酿浊毒, 耗气动血, 败坏脏腑功能, 为类病之兆与恶化转归的关键病理基础^[3]。痰是湿邪久著或热煎凝聚之稠浊物, 易阻滞气机、壅遏经络, 常与瘀互结形成痰瘀互阻之证, 引发胸痹、中风、痴呆、心律失常等变证, 属类病之进^[4]。饮为水液蓄积之清稀病理产物, 因阳虚阴盛、气化失司而生, 性沉坠趋下, 多停聚脏腑间隙或疏松组织(如胸腹、下肢), 见

收稿日期: 2025-05-18 修回日期: 2025-12-04

基金项目: 国家自然科学基金项目(82374195); 国家重点研发计划(2018YFC1704102); 天津市卫生健康委员会中医中西医结合科研课题(2023074)

作者简介: 黄枕蓉(1999-), 女, 博士研究生, 从事中西医结合治疗心血管病研究。

* 通信作者: 徐强(1973-), 男, 博士, 教授, 从事中西医结合治疗心血管病研究。

于慢病后期危重阶段(如心肾综合征、心力衰竭),属类病之重^[5]。“湿浊痰饮类病”同源异流,各个阶段有不同的致病特点。

1.2 临证鉴别

湿、浊、痰、饮四者病机及症候各有特点。湿邪弥散黏滞,易困遏气机。症见头身困重、脘痞纳呆、苔白腻、脉濡缓,起病隐缓,多兼表证或脾虚之候^[3]。浊邪秽浊胶结,易入血窜络。症见分泌物稠浊(如溲浊、带秽、汗黏)、面色晦滞、苔垢腻,病程缠绵,常与代谢性疾病(如高脂血症、痛风)相关^[6]。痰邪凝浊流动,易扰窍阻络。症见咳痰黏稠、皮下痰核、癫狂昏蒙、苔滑腻,具“百病兼痰”之变,多与瘀互结为病^[5]。饮邪性清稀停聚,易凌心射肺。症见咳喘清涎、胸胁胀满、水肿尿少、舌淡胖、苔水滑,多发于阳虚水停之证(如心衰、支饮)^[3]。四者可独立为患,更常相兼转化,如湿聚成浊,饮凝为痰。鉴别当重舌诊(湿苔白腻、浊苔黄腐、痰苔腻滑、饮苔水滑)与排泄物性状(浊秽、痰稠、饮稀),并结合病程特点(如湿起缓、浊缠绵、痰多变、饮多停),综合分析方能准确鉴别。

2 “湿浊痰饮类病”理论枢机

2.1 诸湿属脾

《素问·至真要大论》云:“诸湿肿满,皆属于脾。”脾主运化水液,其功能健旺是水液代谢协调的关键。脾运健旺则水液受纳、转输、布散协调,水液代谢通调无滞。《医宗必读·水肿胀满论》载:“脾土主运行,肺金主气化,肾水主五液……转输之脏,以制水生金者,悉属于脾。”脾贯穿水液代谢全过程,既助肺金生水、布散津液,又佐肾水气化、分泌浊,控扼水液输运,维系人体水液代谢的动态平衡^[7]。《景岳全书·杂证谟·湿证》云:“然湿之与水,本为同类,故治水者当兼理脾,治脾者当兼治水也。”湿、浊、痰、饮诸病理产物,同源异流。其核心成因在于阴邪过盛,阴邪性趋沉降、黏滞,为湿邪化生的基础,加之脾失健运,水谷运化失司,水湿停聚难化。湿邪累积与脾不运湿交互为患,湿邪困脾,可致脾运愈艰,而脾运久衰,亦令湿邪愈积愈盛,进而化生痰饮等变证,辗转相因。

“湿浊痰饮类病”的生成与发展,皆与脾密切相关。外湿侵袭,因脾喜燥恶湿,脾首当其冲受困,导致水湿运化障碍而生内湿。内伤因素(如饮食、情志、劳逸失当)致脾失健运,水谷不化、精微不布、水停湿聚,则湿浊内生。湿浊久聚不散,凝结为痰饮。痰饮湿浊反困于脾,阻碍气机,扰乱脾胃升降,引发诸症。痰饮更可随气周流,内犯他脏,形成循环往复的病理过程,使病势日益深重。

2.2 三焦失决

《灵枢·营卫生会》载:“上焦如雾,中焦如沤,下焦如渎。”三焦作为人体水液代谢的重要通道,其核心功能在于气化。水液正是通过三焦的气化作用,得以在体内正常输布和排泄,进而维持人体的水液平衡^[8]。若三焦衰颓不休,则水液输布的通道受阻,气化推动水液运行的能力减弱,致湿浊痰饮久羁体内,严重损害机体健康。

湿浊痰饮的初期形成,是三焦水道突然受阻,水液输布通道闭塞,导致水液停滞,湿邪由此氤氲而生^[3]。《素问·灵兰秘典论》云:“三焦者,决渎之官,水道出焉。”三焦司水道通利,若其功能失常,会导致水液停聚,泛滥为患。类病初期,常因外湿袭表而起。湿性弥漫,易留滞于肌表,阻碍上焦气机,气化失司,上焦水液难布。遂见身重如裹、胸膈痞闷,此皆上焦水道不畅、湿浊始生的表现^[9]。《难经·三十一难》曰:“三焦者,水谷之道路,气之所终始也。”三焦为气血、水谷运化之要冲,一旦失决,中焦脾胃失于运化,聚而为湿浊痰饮。类病后期,三焦整体调节功能失司,湿浊痰饮胶结难分。上焦心肺失其宣发肃降、布散濡润之职,水液不得敷陈;中焦脾胃运化停滞,水湿蓄积加重;下焦肝肾蒸化、排泄之能失职,水液排出困难。最终导致全身水液潴留,湿浊痰饮弥漫脏腑经络,症状复杂多变,病程缠绵难愈。

2.3 膏脂转运障碍

现代医家所论“膏脂”的内涵,宏观层面恰似脂肪等形质厚浊之物,微观层面涵盖脂类、糖类、蛋白质等循行于血脉经络间的精微物质^[10]。《灵枢·五癯津液别》云:“五谷之津液,和合而为膏者。”膏脂本于水谷,为津液所化^[10],生理状态下赖脾气散精以充养五脏。《素问·通评虚实论》曰:“甘肥贵人,则膏粱之疾也。”若过食肥甘厚味,或脾胃运化功能失职,则膏脂转运发生障碍。此时,本应输布全身的精微物质不能正常利用,反而堆积壅滞。津液不归正化,则化为湿浊痰饮,滞留的膏脂异化为病理产物,不仅自身成为浊毒之源,更阻碍三焦气机,进一步加重水湿停聚。《素问·奇病论》言:“夫五味入口,藏于胃,脾为之行其精气,津液在脾,故令人口甘也,此肥美之所发也,此人必数食甘美而多肥也,肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴。”膏脂转运障碍为代谢性疾病的关键环节^[11]。膏脂转运障碍导致了津液代谢障碍的恶性循环,是“湿浊痰饮类病”发生的重要环节。

《临证指南医案》云:“有外不受湿,而但湿从内生者,必其人膏粱酒醴过度,或嗜饮茶汤太多”,可见类

病初期, 膏脂转运障碍, 堆积过度则化“甘邪”, 甘入脾, 脾土损则湿邪生。同时膏脂滞涩, 三焦气化失利, 气不运则水停湿聚。膏脂质地稠厚, 湿浊黏滞趋下, 两者相合, 因为痰饮。疾病后期, 膏脂与痰饮相互胶着, 一者血液黏稠度增加, 生瘀结痰; 一者流窜脏腑经络, 使机体的代谢功能持续下降。

3 “湿浊痰饮类病”内涵探微

自张伯礼教授提出“湿浊痰饮类病”以来, 既往研究对其外在症状表现和常规辨证论治已有诸多论述^[1-5], 但往往未能触及根本病机。“湿浊痰饮类病”并非孤立存在, 常与多种内在病理因素复杂交织、兼夹并存。其关联错综复杂, 可表现为燥湿相兼、清浊互扰、血水同病、气津失调。

3.1 燥湿相混

燥与湿是水液代谢异常的两端, 本为性质迥异且相悖的病理因素。湿、燥本质均为水液运动的不同状态: 湿为阳气蒸腾水液, 形成氤氲濡润之态; 燥为阳气敛降, 水液不升, 阳气聚合则燥生。两者具对立制约、互根互用、消长转化等紧密关联^[12]。在生理常态下, 燥湿二者共生连理, 互济互用, 燥可制湿之泛滥, 使其不致氤氲弥漫、阻滞气机; 湿可润燥之干涩, 以防津亏太过、脏腑失养; 燥与湿并存, 保持不干不润的动态平衡, 即“燥湿互济”^[13]。

脾胃运化, 燥以助消磨水谷, 湿以利腐熟传输, 燥湿互济维持机体津液输布有序、脏腑安和^[14]。类病初期, 燥湿共济状态打破, 脾胃虚弱, 运化之权失司。脾胃既馁, 一则无力运化水湿, 水液停滞, 湿浊遂渐积内生。二则脾胃亏虚, 难以将水谷精微周全输布周身脏腑经络。脏腑、经络失却津液濡养, 出现局部燥象, 形成燥湿相混状态。故类病初期患者可能同时出现口干咽燥, 但又不欲多饮水或饮水不多, 能缓解一时之燥, 随后又觉胃脘胀满、舌苔厚腻等湿浊症状。此时当审慎病因, 逐湿布津, 而非从燥论治。

随着类病病程迁延, 水液敷布路径错乱, 聚为痰饮, 郁滞不行, 局部化热, 内生燥意。此时燥湿互为因果, 形成恶性循环。燥邪既现, 加剧津液亏损, 致水湿疏泄不畅、愈发胶着; 湿邪久踞, 持续催生燥热, 加重燥湿失衡, 致类病缠绵反复、迁延难愈。临床辨治时, 需精准洞察燥湿之偏重、兼夹, 以滋阴润燥而不助湿、燥湿化痰而不伤阴为要, 润燥相济, 巧妙配伍诸如沙参、麦冬润养之品与苍术、茯苓祛湿之药, 依证权衡, 谨守病机, 方可拨乱反正, 恢复机体燥湿平衡, 有效截断“湿浊痰饮类病”迁延之势。

3.2 清浊相干

《灵枢·阴阳清浊》言: “受气者清, 受谷者浊。”清者, 轻清升扬, 携精微以滋养上窍、充实四肢、润泽腠理; 浊者, 重浊沉降, 载糟粕而通降下窍、归注六腑、排出体外。《灵枢·阴阳清浊》亦云: “清浊相干, 名曰乱气”。清气失其升举之能, 难以畅达上焦、濡养清窍; 浊气失其沉降之路, 壅滞于内, 不得泄出体外。

类病浊邪为患, 引发清浊相干。《灵素节注类编》载: “元阳之气本无清浊, 以谷气之浊者, 随卫气而行, 凝而为脂, 以成肌肉。”可见膏脂本为水谷中较为稠厚精微物质, 在生理状态下, 运行通畅则能滋养肌肤、充盈形体, 属于生理之“浊”。然而, 膏脂一旦积聚过多, 与湿邪相合, 导致水谷精微壅滞、性质异化, 便会停滞成为有害的“病理之浊”——即浊邪。浊滞于内, 浊流瘀积, 阻滞周身气机。脾胃为气机升降之枢轴, 三焦乃清浊输布排泄的主要通道。浊积三焦, 则源头通道均受阻滞, 清气难以升达上焦、输布周身; 浊气不得畅行下泄, 潴留脏腑经络。最终导致清者不升, 浊者不降的“清浊相干”的病态格局。

“清浊相干”的病态格局, 会进一步助长浊邪肆虐。这种清浊运行紊乱的状态下, 气机必然失调, 而这又反过来加剧浊邪的危害。清气升发无力, 导致津液输布代谢的通路受阻。水液停聚, 积聚滋生浊邪。血脂异常时, 膏脂瘀滞, 血液黏稠浑浊, 血中“浊盛”。进一步发展, 高血脂导致的动脉粥样硬化斑块, 其本质就是“浊邪”阻塞血脉的具体病理表现^[15]。浊邪滞络, 则土壅木郁, 肝失疏泄, 累及膏脂转运, 令膏脂愈积, 湿浊痰饮益盛, 肥胖渐呈, 乃膏脂湿浊内蕴之征^[16]。肢体困重、神疲乏力者, 源于浊邪阻滞经络, 气血难行, 清气不达周身; 头为诸阳之会, 本应得清阳温煦濡养, 但因清浊相干、升降失常, 清阳不能上达头目, 致脑窍失养而频发眩晕。代谢综合征患者膏脂壅积, 兼糖压紊乱, 膏脂滞碍生湿成痰, 流于脏腑经络^[17]。若累及肾脏, 肾功能受损则“分清泌浊”功能失调, 水液泛滥导致下肢浮肿^[18]; 若累及心脏, 痰瘀痹阻心脉、扰乱心神, 则引发心悸、胸闷等症状^[19]。此皆为清浊相干、脏腑受累之候。

临证疗类病浊邪应当升清降浊并重, 斡旋枢机, 恢复清浊之常道, 以攘除浊邪。用药之时, 常施健脾益气之法, 如遣黄芪、党参、白术诸药, 培补中州, 旺脾气以复其升清之功, 使清气畅达, 上输周身; 复用苍术、茯苓、半夏等物, 燥湿化痰、利水渗湿, 以疏利三焦, 导浊邪下行, 畅胃气之降浊通路。以求清浊归位, 体健无疾。张伯礼教授经验方三叶糖脂清是针对清浊相干的

代表性方剂^[20-21]。方中君药荷叶味苦性平,轻清上行,升发脾胃清阳之气,助精微上输心肺;芳香化浊,降泄中焦湿滞,利湿化脂。臣药桑叶走上焦,辛凉宣肺,布散津液于上焦,透散郁热,通调水道之源;山楂叶行中焦酸甘消积,运脾化瘀于中焦,破除膏脂壅滞,降泄浊邪下行。二药协同共疏三焦气化通道。佐药丹参通血脉,活血散瘀,疏络中浊瘀,助三焦水道畅通;赤芍清郁热,清热通络,防浊郁化火,解血分郁滞。诸药合用,升清阳、降浊阴、通三焦,共奏升清降浊,运脾疏脂之效。前期基础研究证实,三叶糖脂清片可能通过下调TNF- α /IL-6炎症因子表达、调控晚期糖基化终末产物-晚期糖基化终末产物受体(AGE-RAGE)信号通路、激活过氧化物酶体增殖物激活受体 α (PPAR α)脂代谢通路及改善胰岛素抵抗等途径,改善2型糖尿病、动脉粥样硬化及高脂血症等糖脂代谢紊乱疾病^[20-21]。

3.3 血水同病

《金匱要略·水气病脉证并治》提出“血不利则为水”,《血证论·汗血》云:“水病而不离乎血,血病而不离乎水。”血行迟滞、瘀结于血脉经络,水液无法畅达周身,恶性循环,就会化为痰、饮、水、湿、瘀等病理产物,津血同源致其病理产物互化^[22]。血证与水证相互牵累,血水不得正化,必致脏腑气化功能受损,加重水液代谢失常,湿浊痰饮化生积聚。

脾主运化之能,一为运化水湿,畅三焦之水道,散水津于周身。二为化生精微,汲水谷之精华,奉心化赤为血。可见脾气虚衰,则血水同步起病。加之脾主统血,统摄无权,血失所束,则逸出脉外,离经之血留而不去,即成瘀血。“湿浊痰饮类病”饮病期,脾虚甚极,水肿与瘀血常如影随形、相伴而生。溢饮作祟之际,四肢浮肿,水肿之处多见皮肤瘀斑隐现、色素沉着斑驳,轻触局部有压痛,提示瘀血内伏^[23]。膏脂是津血同源互化的重要桥梁,其冗余则致病:一碍气化失司,湿聚痰生;二变浊瘀,阻脉损络,积而成患。故膏脂转运有碍,必致血水同病^[10]。血水同病态下,类病之重饮病终成,本应合理输布的膏脂,因脾失运化之职而转运失序,化为浊邪混入血中,遂滞留管壁,积成斑块,若停于心,心气推动无力,水液难以正常敷布,率先积聚于下肢等低垂部位,造成凹陷性水肿,若停于肾,水液失却蒸腾动力,潴留于胸腹,诱发胸水、腹水^[24]。

“湿浊痰饮类病”血水同病,重视从“温药和之”论治。从血水关系着眼,血遇寒则凝,湿浊痰饮属阴邪,性质黏滞,易伤阳气,致血脉拘挛、血行瘀滞。温药恰能驱散阴霾,振奋阳气,温阳化气,促进水液代谢,调和气血,兼顾血水同治。诸如肉桂、干姜等温热之品,温

通血脉,能驱散寒凝,使瘀血得化;又因温药可助脾胃运化,恢复水液代谢机能,削减湿浊痰饮生成之源。于活血化瘀药中佐以适量温性之药,既能防止逐瘀过猛耗伤正气,又可借温药之力,使凝滞之血水重归畅行,黏腻之湿浊痰饮化为无形。张伯礼教授经验方加参方益气活血,温阳利水,是临床“温药和之”的代表方^[25-26]。方中桂枝、香加皮为君药,共奏温通心肾阳气,强心利水之效,为温阳之核心。黄芪、丹参、三七为臣,黄芪补心肺之气,气旺则血行、水行有力,助君药温阳利水之功,并固护正气;丹参、三七化瘀通脉。佐以葶苈子、桑白皮泻肺平喘,利水消肿;泽泻、益母草利水渗湿,活血利水。诸药协同,共奏血水同治之效。前期研究证实,其可能通过抑制心肌细胞凋亡、调节B型利钠尿多肽、抑制炎症反应及心肌纤维化等途径,改善慢性心衰^[25-26]。临床实验证实其可显著改善慢性心力衰竭病人临床症状^[27]。

3.4 气津异化

气津异化是指在脾胃虚损的基础上,脾胃升降失常,气津发生异化^[28]。《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》提到“脾胃气衰,元气不足,而心火独盛,心火者,阴火也……脾胃气虚,则下流于肾,阴火得以乘其土位。”脾胃虚损、气机升降失常后,清阳之气下陷生阴火,阴火与阳火相对,为内伤之火。津液壅滞,聚为湿浊痰饮,气津异化为脾胃虚损后动态演变的阴阳两面,推动“湿浊痰饮类病”的恶化转归。

《血证论》载:“水即化气,火即化血”,又云:“此水不自化为气,又赖鼻间吸入天阳,从肺管引心火下入于脐下,蒸其水,使化为气”,少火生气,清阳之气运转正常,水得阳气之温煦,雾露灌溉五脏。《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》指出“火与元气不两立,一胜则一负。”壮火食气,气津异化所致阴火,反噬元气。张伯礼教授认为中焦升降宣畅则三焦通利^[29],气津异化之际,中焦失权,津液无正常阳气温煦蒸腾,留为阴邪,邪或停于上,或聚于中,或留于下,津液壅滞停聚,变生为水湿痰饮。《灵枢·卫气失常》言:“膏者,多气,多气者热,热者耐寒。”膏脂在体,本应赖气之运化、津之濡养,输布周身,滋脏腑、充百骸,行其润泽养身、御寒保暖之功。《医灯续焰·小便淋脉证第五十六》载:“火盛搏气……膏转为石”,当机体处于阴火亢盛的虚性病理状态时,气与津液的正常功能紊乱:气失其斡旋,津液失其濡润。在此状态下,膏脂无法通过正常途径代谢运转,生理功能难以维持。本应被合理利用的能量物质,反而转化为有害的病理产物。这些物质反倒积滞为患,凝涩成结,成为多种疾病的起始因素,常

积累痰、湿、浊、瘀、毒等,发为湿浊痰饮。

气津异化与“湿浊痰饮类病”皆根于脾胃虚损,致升降失常,《脏腑标本寒热虚实用药式》言:“惟当甘温之剂,补其中,升其阳,甘寒泻其火则愈。”“湿浊痰饮类病”气津异化之态治当健脾升阳,充实元气,固后天之根本。并依阴火、湿浊痰饮、瘀血、湿燥之轻重缓急辨证施以泻阴火、化湿祛痰逐饮、消瘀、润燥等不同治法。张伯礼教授认为此中当重用风药,升阳之举,力挽脾胃气机颓势,破湿浊困滞之局;胜湿之能,直击湿浊病邪要害;开发枢机,拆解瘀阻症结,令途通病愈,机体向安。

4 结语

“湿浊痰饮类病”病机之核心,在于脾虚以及三焦气化失司。且膏脂为津液所化,其转运亦依赖脾与三焦。膏脂转运障碍,膏脂堆积,又可碍脾阻三焦。恶性循环,终致燥湿相混、清浊相干、血水同病、气津异化等复杂病理变化。

今时之人安逸少动,脾运之功渐衰;或因饮食不节,肥甘厚味过度摄入,膏脂转运负担过重;又或因气候暖湿化,外湿乘虚而入,内外合邪,遂发“湿浊痰饮类病”。张伯礼教授提出的“湿浊痰饮类病”理论,以“脾失运化、三焦失决、膏脂转运障碍”为共性枢机,系统阐释了现代慢性、复杂性疾病的核心病理机制。“湿浊痰饮类病”理论深刻揭示湿、浊、痰、饮四者同源异流的动态演变规律——湿为肇端,浊为恶化之兆,痰属病进,饮乃危重之候,并创新性提出“燥湿相混、清浊相干、血水同病、气津异化”四大复杂病机交织模式,突破传统单一病理因素的认知局限。在治疗层面,强调以“斡旋中焦、分消走泄”为总纲,通过健脾升清以复津血化源,通利三焦以决渎水道,温化膏脂以截浊生成,兼顾润燥相济、活血温阳等法化解矛盾病机。本文对“湿浊痰饮类病”理论进行理论探微,对临床诊治具有一定指导意义。然此类疾病在临床实践中仍存在诸如病情轻重缓急之判断、辨证用药之精细度、疾病预防之措施等问题,这些皆有待进一步研究。

参考文献:

[1] 李霄,金鑫瑶,吕玲,等.张伯礼“湿浊痰饮类病证治”学术思想概要[J].中医杂志,2022,63(17):1620-1624.

[2] 钟森杰,赵新元,高翔,等.冠心病不同阶段临床特征与证素分布的回顾性横断面调查[J].中国中药杂志,2024,49(5):1406-1414.

[3] 曹奕琪,王保和.从三焦辨证论治湿浊痰饮类心血管病[J].安徽中医药大学学报,2025,44(5):5-8.

[4] 苑航,黄明,秦广宁,等.张伯礼教授基于“湿浊痰饮类病”学说辨治阵发性心房颤动临证经验[J].天津中医药大学学报,2025,

44(2):97-100.

[5] 张瑞,贾福运,闫景顺,等.基于“脾-线粒体”和“湿浊痰饮类病”学说探析心力衰竭发病与辨治[J].中国实验方剂学杂志,2025,31(10):265-274.

[6] 管树杰,王凯,秦广宁,等.张伯礼运用达原饮辨治湿浊类病思路探析[J].世界中医药,2024,19(23):3660-3663.

[7] 贾国兵,郭菊,杨成军,等.从肺、脾、肾和水液代谢关系论肺结节的发生与辨治[J].中医杂志,2022,63(20):1993-1996.

[8] 莫小英,阮威君,郑锋玲,等.基于“气化则湿亦化”论治湿滞三焦[J].广州中医药大学学报,2024,41(4):1048-1052.

[9] 左文伟,陈娅欣,张景淇.基于《素问·咳论》从“三焦-肺胃-水饮”论治慢性咳嗽[J].四川中医,2024,42(9):24-27.

[10] 李明珠,陈谦峰,陶文娟,等.基于“膏脂”生理特点与病理变化探析慢性代谢性疾病的防治[J].中医杂志,2022,63(4):307-311.

[11] 崔馨月,王群,宋囡,等.基于“脾失健运-血脂转输障碍”探讨HDL蛋白修饰影响动脉粥样硬化发生发展的理论研究[J].中国中医基础医学杂志,2023,29(9):1492-1495.

[12] 刘成帅,周育平,张维骏,等.路志正教授湿燥理论学术思想及临证经验[J].世界中医药,2023,18(21):3090-3093.

[13] 苏凤哲,路志正.湿燥论[J].中医临床研究,2020,12(21):1-2.

[14] 杜辉,张华东,黄梦媛,等.路志正教授“顾润燥、运四旁”疗痹机理初探[J].世界中西医结合杂志,2011,6(6):472-474,486.

[15] 吕若兰,程为平,刘鹏,等.基于“清浊相干”理论辨治动脉粥样硬化[J].实用心脑血管病杂志,2023,31(8):133-136.

[16] 孙菁,许徐秀生,赵莎,等.基于“土壅木郁”理论探析肥胖症与血脂异常的关联性[J].中国医药科学,2023,13(24):74-77.

[17] 彭红叶,鲁春丽,赵墨,等.糖脂代谢紊乱的生物学基础和调态化浊法的应用[J].中医杂志,2024,65(21):2199-2204,2210.

[18] 凡晓菲,刘然,王晞星.国医大师王晞星运用升清降浊法治疗代谢性疾病经验[J].中华中医药杂志,2024,39(11):5900-5904.

[19] 贾思涵,连妍洁,尚菊菊,等.基于血浊理论探讨氧化应激与心肌纤维化的关系及中医辨治[J].北京中医药大学学报,2024,47(6):741-746.

[20] 王凤颖,高雪莲,段红莉,等.基于体外化学成分-体内移行成分-功效靶点探究三叶糖脂清片治疗2型糖尿病、动脉硬化、高脂血症“异病同治”物质基础及质量标志物预测[J].中草药,2024,55(23):7939-7949.

[21] 路美娟,赵英强,李晓函,等.三叶糖脂清片调控载脂蛋白A5干预脂代谢的实验研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(18):3368-3372.

[22] 杨春昆,朱勤伟,潘清泉,等.“血不利则为水”的机制探讨及临床应用[J].世界中西医结合杂志,2023,18(2):213-216.

[23] 刘畅,支勇,曹红波.从“血不利则为水”论治肾病水肿[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(10):1561-1563.

[24] 周易,王凤荣,王帅,等.基于“浊气归心,淫精于脉”理论探析脂质稳态与泛血管疾病关系[J].时珍国医国药,2024,35(3):680-682.

[25] 王彩君,宋志会,陈瑞,等.基于代谢组学探讨加参方对慢性心力衰竭模型大鼠的作用及机制[J].天津中医药,2022,39(12):1574-1582.

[26] 谢世阳,王幼平,李彬,等.加参方对大鼠心肌梗早期心功能及心肌炎症因子表达的影响[J].世界科学技术-中医药现代化,2014,

16(10):2106–2111.

1770.

[27] 高新明. 加参强心方治疗冠心病心力衰竭气虚血瘀证疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(77):30.

[29] 秦广宁, 刘耀远, 高宁, 等. 张伯礼基于“湿浊痰饮类病”学说分期论治极早发型炎症性肠病经验[J]. 中医杂志, 2023, 64(22):

[28] 申鑫惠, 安继仁, 杨宇峰, 等. 从“气火失衡”与铁死亡的相关性探讨 2 型糖尿病的发病[J]. 中医杂志, 2023, 64(17):1759–1762,

2282–2286.

Exploration of the Theoretical Connotations of “Dampness – Turbidity – Phlegm – Fluid Retention Diseases”

HUANG Longrong¹, GAO Dan², LU Meijuan², WEI Xiaoyu¹, XU Qiang²

1. Graduate School, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301617, China;

2. The Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300151, China

Abstract This paper elaborates on the theoretical connotations of Professor Zhang Boli’s “Dampness – Turbidity – Phlegm – Fluid Retention Diseases”. These disorders often arise from modern lifestyle changes that cause dysfunction in spleen transportation, impaired regulation of the Triple Burner (Sanjiao), and obstacles in lipid metabolism, leading to abnormal body fluid metabolism. Given that dampness, turbidity, phlegm, and fluid retention often intertwine and are difficult to resolve, simply differentiating a single pathogen is insufficient for guiding complex clinical practice. Therefore, it is necessary to explore the nuanced pathological mechanisms where multiple factors intersect. This study focuses on elucidating four complex pathological patterns: the coexistence of dryness and dampness, the intermingling of clear and turbid, the simultaneous pathology of blood and water, and the divergent transformation of qi and fluids. For the coexistence of dryness and dampness, treatment should prioritize nourishing Yin and moistening dryness without aggravating dampness, while resolving phlegm and drying dampness without damaging Yin. In cases of intermingling of clear and turbid, simultaneous ascending of the clear and descending of the turbid is essential. For blood – water co – pathology, therapeutic strategies should follow the principle of “harmonizing with warm – natured medicinals.” In scenarios of divergent Qi – fluid transformation, methods to fortify the spleen and uplift Yang are warranted. This study refines the theoretical framework of these disorders, revealing the laws governing their complex pathogenesis, and provides novel insights for the precise diagnosis and treatment of related refractory diseases.

Key words Dampness – turbidity – phlegm – fluid retention diseases; Zhang Boli; Distinguished physician’s experience; Dampness – turbidity; Phlegm – fluid retention