

· 名医精华 ·

邱健行咽喉诊特色浅析*

张 伦^{1,2*} 刘育伟¹ 邱健行^{1,2} 邵炜竣¹

摘要 全国名老中医邱健行教授擅长运用咽喉诊于临床,其认为咽喉诊可以与舌诊、脉诊一样作为中医辨证的依据和常规手段,用于辨析病因病机,判断患者的阴阳偏倚、邪正交争、气血盛衰情况。其通过咽喉诊(包括望色泽、辨状态)定寒热虚实,并总结咽喉诊辨证用药技巧,认为临证应结合四诊信息,整体辨证,并根据患者的主诉及咽喉状态,司外揣内、辨证求因,尤其是当四诊信息与整体表现不相符时,更应结合咽喉诊具体分析,细查明辨。

关键词 咽喉诊;名医经验;邱健行

咽喉诊可追溯至《黄帝内经》时期。《黄帝内经》对咽喉的生理、病理所作出的描述,为后世中医咽喉诊的发展奠定了基础。《灵枢·忧恚无言》记载“咽喉者,水谷之道也;喉咙者,气之所以上下者也”,指出咽为人体十二经络交会之所,为阴阳升降的通道。据“有诸内,必形诸外”理论,人体五官九窍,都有与之对应的脏腑,体表官窍的病变,可以反映内在脏腑的状态。咽喉为脏腑精气汇集、经络会聚之处,所以咽色、形、态的病变传递了人体外感邪气或五脏六腑气血阴阳变化的信息,有助于临床证候辨识^[1]。

全国名老中医邱健行教授(以下简称为“邱教授”)行医近60载,溯岐黄之道,承百家之言,首创岭南脾胃学说,临证经验丰富,擅长运用中医药治疗内科疑难杂症。邱教授对于咽喉诊经验颇丰,凡诊必验咽喉,用于协助辨证及预测疾病发展转归。笔者有幸侍诊学习,现整理总结邱教授根据咽喉诊辨治疾病经验如下,以飨同仁。

1 咽喉诊理论基础

1.1 咽的解剖与生理 现代解剖学将咽分为鼻咽、口咽、喉咽三部分。咽喉诊主要探查口咽部色泽、形

态变化,包括悬雍垂、腭咽弓、腭舌弓、咽扁桃体等。中医学与咽的解剖相关的名词有“咽”“嗑”“咽嗑”等。对于“咽”的解剖学认识,《灵枢·肠胃》记载:“咽门重十两,广一寸半,至胃长一尺六寸。”认为咽的重量大约为十两,直径约一寸半,是食道的起点。

《灵枢·忧恚无言》曰:“咽喉者,水谷之道也;喉咙者,气之所以上下者也;会厌者,声音之户也;悬雍垂者,音声之关也;颊颚者,分气之所泄也。”咽者,主司吞咽,为饮食水谷精微、清浊之气出入的要道,其周围器官是发声、吞咽的辅助结构。《太平圣惠方·咽喉论》载“咽者,咽也。空可咽物,又谓之嗑,主通利水谷,胃气之道路,故为胃之系”,认为咽与胃相连,是饮食进出的通路,与地气相通,同气相应,当六淫、疫毒之邪侵犯,咽首当其冲,若饮食不节,首犯咽部,故咽为抵御外邪的屏障^[2]。会厌又称“吸门”,《难经·四十四难》曰“吸门形如一树叶,柄在下,能张能收”,是咽部通向口腔的门户,其开阖主司气之出入,呼吸语言时开启,饮食吞咽时关闭,以防异物入气道。悬雍垂俗称“小舌”,《灵枢·忧恚无言》言“悬雍垂声,言声之关也”,表明悬雍垂与发声有关。

1.2 咽与脏腑经络的关系 咽是十二正经及奇经八脉循行交会之所,与五脏六腑密切相关,故而咽与脏腑在生理、病理上具有内在联系,五脏六腑病变可直接反映于咽部,其中与肺、脾、肝、肾四脏关系最为密切^[3]。中医学认为:“咽为声音之器,肺为声音之户。”《太平圣惠方·治咽喉闭塞口噤诸方》曰:“若脾肺二脏,积蓄风热,则经络不利,气常壅涩,邪毒之气,攻于咽喉,及于口颊,故令咽喉闭塞口噤也。”直接说明咽

*基金项目 国家中医药管理局第五批全国优秀人才研修项目(No. 国中医药人教函〔2022〕1号);中医特色重点医院建设工程(No. 粤财社〔2023〕139号)

*作者简介 张伦,女,教授,医学博士,主任中医师。研究方向:消化系统疾病的中医临床研究。

• 作者单位 1.广州中医药大学第五临床医学院(广东 广州 510045); 2.广东省第二中医院/广东省中医药工程技术研究院(广东 广州 510095)

与肺在发音上相互配合,是肺脏的窗口,肺脏的病变可直接反映于咽。中医学所说的“金实不鸣”“金破不鸣”即是此理。胃与咽通过食管直接相连,胃乃咽之接续,咽为胃系之所属,咽与胃相通,是饮食水谷出入的通道。《诸病源候论·咽喉肿痛候》言:“咽喉者,脾胃之候,气所上下。”《太平圣惠方·治咽喉肿痛诸方》云:“脾胃有热,则热气上冲,致咽喉肿痛。”《血证论·咽喉》亦有“凡咽痛而饮食不利者,胃火也”的记载。这些论述论证了脾胃与咽在生理、病理上的相关性,脾胃积热会导致咽红肿痛。肾为水脏,为喉之本,肾精四布,利咽生津,咽赖肾精之濡养而健旺,正如《疡医大全》所言:“肾水不能潮润咽喉,故其病也。”肝主疏泄,肝之经气上于咽喉,《素问·诊要经终论》曰“厥阴终者,中热嗑干”,论证了肝的病理变化与咽部病变的关系。

在经络方面,咽喉是十二正经循行交会络属之地,十二正经除手厥阴心包经和足太阳膀胱经间接交接于咽,其余经络皆直接经过咽或循行于咽。手太阴肺经入肺脏,循经喉咙;手阳明大肠经“沿咽喉入缺盆”;足阳明胃经“上循咽,入于口”;足太阴脾经“挟咽环口唇”;手少阴心经“其支者,从心系上挟咽”;手太阳小肠经“循咽下膈”;足少阴肾经“循喉咙,挟舌本”;手少阳三焦经“以屈下颊(咽喉)至颞”;足少阳胆经“以上挟咽,出颞颌中”;足厥阴肝经循喉咙之后,上入颞颥。此外,冲任二脉、阴阳跷脉也与咽相交汇,因此咽是诸经脉汇聚之地,是经络运行的要道。一方面,五脏六腑可以通过经络的循行与咽密切联系;另一方面,部分脏腑又直接与咽相连。脏腑经络受邪,则会上扰于咽,咽喉受邪,也会影响脏腑经络的功能。

综上,各脏腑直接或间接地通过经络与咽发生联系,咽受脏腑精气濡养,为精气出入循行之要道,也是外邪侵犯人体的必经之地,故脏腑病变也必然会外现于咽,其色泽、状态皆有不同含义。且口咽部黏膜血供丰富,体内脏腑病变,尤其是火热上炎之证,可更早从咽反映出来,故邱教授提出“唇比舌迟,舌比咽迟”的观点。基于咽与脏腑经络的关系及气血运行机理,结合临床诊治经验,邱教授将咽划分为四部分,即腭(悬雍垂)属胃;左侧软腭弓属心肝,右侧软腭弓属脾肺,咽后壁属肾,为临床脏腑辨证提供了思路。

2 咽喉诊操作方法

临床上,邱教授常随身携带手电筒以便于口咽部

望诊。望咽时,其常令患者端坐或平卧,头略后仰,尽量张大嘴巴,并发“啊”声,以充分暴露口咽部,还可配合压舌板按压患者的舌根部,使软腭上抬,再用手电筒照射咽后壁,此时,在照明辅助下便可清楚看到咽喉部各个结构组织。

邱教授进行咽喉诊时,着重观察患者口咽部的色泽,有无充血红肿、溃疡脓点或赘生物等,询问患者咽喉是否有疼痛、肿胀感,有无喉间气塞痰阻感。不同色泽、状态及感觉反映了人体脏腑病变的不同信息。邱教授发现,咽部红肿充血多集中在腭咽弓和腭舌弓的交界及边缘处,故临证时应着重观察此处^[4]。

3 咽喉诊在疾病辨治中的运用

邱教授认为,口咽部黏膜表面透明、无苔覆盖且不与外界环境直接接触,受饮食干扰较少等,故咽喉诊简便易行,可以与舌诊、脉诊一样作为中医辨证的依据和常规手段,用于辨析疾病的病因病机,判断患者的阴阳偏倚、邪正交争、气血盛衰情况。外感病者可以用于判断邪正盛衰,疾病所处阶段如进展期或消退期;内伤病者可以判断脏腑气血阴阳情况,如病在气分或血分,总之有助于对患者总体状态的把握。且邱教授强调,咽喉诊能够让医者觉察到容易被忽视的某些症状,洞察其中“独处藏奸”潜伏着的关键病机^[5]。因此,咽喉诊为验明患者体质,分析疾病寒热虚实之本质,推测其预后发展,提供了可靠的诊断辨证依据。

3.1 通过咽喉诊定寒热虚实

3.1.1 望色泽 生理状态下的咽四部呈淡红色且无滤泡增生,而病理状态下可表现为淡白、赤红、鲜红、朱红色,为口咽黏膜异常充血红肿表现,可单独一部变色,也有两个、三个部或全咽变色。望咽部色泽时,邱教授常询问患者是否有咽喉疼痛灼热感,再结合其临床症状,便可明辨虚实寒热。

①咽红而痛:咽部可见明显充血,红赤肿痛,色鲜红,严重者可出现化脓溃烂,口舌生疮,此为外感邪热,上犯咽喉;肺胃素有积热而感邪者更易出现。此外,肝气郁结,化火上炎者亦可见红赤而痛,多见于左侧软腭弓红肿。

②咽红不痛:多呈慢性充血,色鲜红娇嫩,伴有咽干而不欲饮,疼痛可不明显,多属阴虚水亏。阴虚火妄,火动于内,熏蒸咽喉可见咽喉充血,虚火上扰故见咽红不痛。

③咽痛不红:咽色白不红,伴或不伴疼痛,多见于

素体阳虚,太阳与少阴合病者;伴突然音哑不能言语者多为暴感风寒,寒邪直中少阴;咽部漫肿色淡,咽后壁淋巴滤泡增生,多为痰湿凝聚。

④戴阳咽红:咽红赤如朱,多突然发生,红赤持续不退而无痛感,伴颧红如妆、四肢厥冷、面部烘热、躁动不安、脉浮大无力,脉来欲绝或尺露不藏等症,此为下焦阴寒极盛,格拒真阳而致阳浮冲逆之戴阳证,多为素体阳虚或过用寒凉、滋阴之品损伤阳气所致。

⑤暗红无泽:咽部暗红,暗淡而无光泽,提示慢性病患者脏腑病深日久,或温病后期耗血伤阴,气血瘀滞。

此外,邱教授还强调,望咽跟望舌一样,也需要关注咽的色泽动态变化。比如外感疾病早期,患者多表现为咽干、咽痛、咽痒,黏膜色多淡红或鲜红,可见咽部充血红肿;随着病邪深入,进入阳明实热证,黏膜色泽会从淡红转向赤红、鲜红,充血范围、肿胀程度更甚,严重者可伴咽喉溃烂生疮。疾病后期邪祛大半而正气来复,咽喉部黏膜色泽转淡,肿势减退,但充血范围可能扩大,色暗红,但是此乃疾病转愈的佳象,不可认为咽色暗红而大用清热凉血之品,如若不然,恐伤阴耗血,不利后期恢复。

3.1.2 辨状态 口咽部正常状态为润滑光泽,无溃瘍溢脓,不痛不痒,双扁桃体无肿大化脓,吞咽、言语、呼吸皆通顺无阻。病理状态下,可出现溃瘍、流脓、白膜、梗塞气阻感。

①自觉气滞于咽喉:伴易叹息、烦躁易怒、干呕、呃逆、喉间异物感等,多为肝郁化火,气火亢逆,属气郁、气火之证。

②咽干咽燥:伴有疼痛而有口渴或兼身热恶风,为风热犯肺之兆;若见咽干燥烦,渴而喜冷饮,口臭,口舌生疮,提示胃火亢盛,上熏于咽所致;若见咽干而燥,色淡微痛,干咳少痰,为气阴虚弱,咽喉失养或阴虚肺燥,咽失濡养。

③咽喉溃烂:疾病初起,咽喉溃烂,疡面分散而表浅,基底红赤,周围黏膜充血红肿,多为邪热化毒,熏灼咽喉;咽喉溃烂成片或溃瘍深凹,表面覆盖白膜,提示热毒更盛,灼伤血络;若咽喉溃烂微肿,边周红赤,伴口臭、痞满燥结,提示胃肠食积化热,上攻咽喉;若久病溃瘍或溃瘍经久不愈反复发作,溃面表浅、分散,提示肾水亏虚,虚火上炎。

④咽间气塞:气室塞于咽喉,伴胸闷、气促、气短及呃逆、冷汗等,为下虚已极,气不摄纳,元阳欲脱之

危重症。

邱教授强调,在辨咽部状态时,应当结合四诊信息,整体辨证,并根据患者的主诉及咽喉状态询问患者的饮食偏嗜及基础疾病,司外揣内、辨证求因,尤其是当四诊信息与整体表现不相符时,更应结合咽喉诊具体分析,细细辨查。

3.2 咽喉诊辨证用药技巧 咽喉诊常常能帮助医者认清病性的本质,避免被假象所蒙蔽。邱教授常说:“舌象上反映不出或拿不准的病症,一验咽喉便明了。”其在根据咽喉诊进行辨证用药方面颇有心得:咽喉红肿疼痛者多属热证,常用栀子、连翘、黄芩、甘草,或竹叶石膏汤清泻胃火而不伤胃津;咽部色黯淡不红者,常用附子、肉桂、干姜等温热药;咽喉漫肿色淡者,多为痰湿蕴结,喜用僵蚕、浙贝母、法半夏、姜厚朴等开郁化痰;阳虚体质患者,外感风寒后出现声音嘶哑,咽喉疼痛但不红,可用麻黄附子细辛汤取效;喉气滞堵塞感者,常以半夏厚朴汤、栀子厚朴汤疏肝利咽,或合小柴胡汤,或合猪苓汤等治疗结膜炎、扁桃体炎、小儿感冒、小儿食积、慢性胃炎、尿路感染、神经官能困症等;咽部溃烂伴红肿者,多处以普济消毒饮一类苦寒之剂清热解毒^[5]。

4 验案举隅

陈某,男,67岁,2022年7月17日初诊。主诉:咽痛伴声音沙哑不适1月余,加重1周。患者1个月前因天气转凉,摄生不慎,外感风寒,发热微恶寒,咽痛无汗,体温最高38.9℃。中西医结合治疗后外感症状缓解,但遗留咽痛伴声音沙哑不适,喉间痰阻感,无咳嗽咳痰、恶寒发热、头痛头晕等,曾多次服用蒲地蓝消炎片、银翘解毒丸等利咽解毒中成药(具体不详),症状未见改善反逐渐加重,难以言语。既往有慢性咽炎病史。查体:咽部无充血,色淡不红,咽喉稍痛,扁桃体不大。舌红,苔薄白,脉沉。中医诊断:喉痹,辨为阳虚痰凝证。处方:麻黄附子细辛汤加减。药用:五指毛桃15g,浙贝母10g,细辛6g,白术10g,炙麻黄6g,僵蚕15g,玄参10g,桔梗15g,炮附子9g(先煎),甘草6g。7剂,水煎服,每日1剂。

2022年7月24日二诊:无咽痒、咽痛,声音恢复正常,喉间少有痰阻感。守上方加半夏厚朴汤继服5剂而愈。

按 本案患者年近七十,且素有咽疾,为阳虚之

(下转第17页)