

咽异感症中医临证思辨录

梁伟杰, 李 珍 指导: 陈明达

(湖北中医药大学, 湖北 武汉 430065)

[摘要] 总结陈明达辨治咽异感症的临床经验。陈明达认为, 咽异感症发病原因诸多, 甚者多种病因共存, 其发病特点是: 大多与情志疾病相关; 自觉症状多且严重; 发病机制复杂; 治疗难度大, 且易复发。临证之时, 必须排除器质性原因。中医辨证分型为外感、内伤, 外感者又分风袭饮留型和湿热郁肺型, 内伤者分痰气互结型、气滞血凝型和阴虚内热型。在辨证论治时, 应同时辅以心理疏导和精神安慰。

[关键词] 咽异感症; 辨治经验; 情志疾病; 心理疏导; 精神安慰; 陈明达

[中图分类号] R276.166.4

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)08-0889-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.019

Traditional Chinese Medicine Clinical Differentiation and Treatment of Pharyngeal Paraesthesia

LIANG Weijie, LI Zhen Mentor: CHEN Mingda

(Hubei University of Traditional Chinese Medicine, Wuhan 430065, China)

Abstract This paper summarizes CHEN Mingda's academic views and clinical experience in differentiating and treating pharyngeal paraesthesia. CHEN Mingda believes that there are many causes of pharyngeal paraesthesia, and multiple factors coexist in some cases. The characteristics of its onset include: Most of them are related to emotional diseases. Consciously experiencing multiple and severe symptoms. The pathogenesis is complex. The treatment is difficult and prone to recurrence. In differentiation, organic causes must be ruled out. TCM syndrome differentiation is divided into external injury and internal injury. The external injury can be further divided into wind attacking and fluid retention syndrome and damp-heat stagnating in lung syndrome, and the internal injuries can be divided into phlegm-qi interlocking type, qi stagnation and blood coagulation type, and yin deficiency and internal heat type. In treatment based on syndrome differentiation, psychological counseling and spiritual consolation should be supplemented simultaneously.

Keywords pharyngeal paraesthesia; syndrome differentiation and treatment experience; emotional disease; psychological counselling; spiritual consolation; CHEN Mingda

[收稿日期] 2022-07-08

[基金项目] 湖北省卫生健康委员会 2021-2022 年度中医药科研立项重点项目(编号:ZY2021M090)

[作者简介] 梁伟杰(1996—), 广东江门人, 2020 年硕士研究生, 研究方向: 中医药防治心脑血管与老年性疾病。邮箱: 1079553658@qq.com。

陈明达是第三批全国优秀中医临床人才, 湖北省名中医, 主任医师, 硕士研究生导师, 行医 30 余年, 尤善用经方时方治疑难病。笔者有幸侍诊左右, 屡有咽异感症患者求诊, 亲睹老师临证, 析病缜密, 立方精妙, 每见奇效, 今整理其诊治咽异感症的经验

如下。

咽异感症是临床耳鼻咽喉科常见病,泛指除疼痛外的各类咽部异常感觉,患者常感咽喉部似有灼热、蚁行、狭窄、痰黏,甚则如有肿物等异样感,亦有患者有颈部紧压感,一般在做吞咽动作时异物感愈发明显,进食时减轻或消失^[1]。该病的发生常与情绪波动相关。

咽异感症属中医学梅核气及喉痹等病证的范畴。此类病证的相关论述最早可追溯至汉代,如张仲景《伤寒杂病论》中就有相关的论述。宋代杨士瀛在总结前贤经验的基础上,结合其发病特点提出“梅核气”这一病名,并沿用至今。《仁斋直指方》说:“梅核气……塞咽喉,如梅核絮样,咳不出,咽不下。”^[2]归纳出了梅核气的几大特点:咽部异物感,咽之不下,吐之不出;或于吞咽唾液时更为明显,但进食无妨碍;多发于女性。这一病证特点符合《伤寒杂病论》半夏厚朴汤证中的“咽中炙脔”、麦门冬汤证中的“咽喉不利”及小青龙汤证中“或噎”的发病情况,也契合咽异感症诊断。梅核气是因情志波动,气机不畅所致,该病男女皆可发,如《医宗金鉴》所述:“此病男子也有,不独妇人也”。^[3]

1 对病因病机的再认识

梅核气病因可分为外感和内伤,外感多见风寒、风热或湿温,内伤多责之于情志不畅、饮食不节、药石所伤、血瘀饮留、阴津亏损,病机主要为情志波动,气机不畅,而致气滞痰凝瘀留,相互结滞于咽喉而发病。该病最大的特点是与情志相关,如《医宗金鉴》所说:“咽中有炙脔……咽之不下者即今之梅核气也。此病得于七情郁气,痰涎而生”。痰凝与气滞贯穿本病始终,是该病的病理关键。然痰、气生成病机多变,外邪(风热、湿温或风寒)侵袭、脾虚肝郁、气滞血凝、虚火上逆等较容易引起痰凝与气机的改变,最终导致痰气搏结于咽喉,产生咽喉异样感。

2 辨证及方药运用

2.1 风袭饮留证

常见于素有饮邪之人,外感风寒后起病,病后自觉咽中有异物梗塞感,汗出或无汗,恶风,或咳吐清稀白痰,咳后异物感可缓解,喜热饮,饮量不多,胸满闷胀,脉浮缓或滑,舌淡苔白腻。盖宿饮内伏,风邪侵扰,肺失清肃,水饮上泛,与气互结于咽喉,证属小

青龙汤证。正如《伤寒论》第40条所言:“伤寒表不解,心下有水气……或噎……小青龙汤主之”。文中“噎”即是指水寒相搏,阻滞胸中气机,而致咽喉部有气逆阻塞感。

治疗宜疏风解表,温化水饮,使风散饮除则咽喉异物感自去。宜小青龙汤加减:制附子6g,麻黄6g,干姜6g,桂枝10g,白芍10g,甘草6g,细辛6g,五味子10g,桔梗12g。以此为主方,随症加减7~10剂,水煎服,日1剂。方中附子温阳散寒、行气除饮为君药,麻黄、桂枝、干姜、细辛为臣药,奏解肌发表、散寒化饮之效,五味子、芍药收敛和营以防温燥太过,甘草调和诸药,桔梗引药上行至咽喉,而为使药。表证重者桂枝加量,加紫苏叶解表理气;饮盛者加炒白术、茯苓以渗湿利水。

2.2 湿热郁肺证

临床表现为咽部梗阻感,或咽红肿疼痛,或咽部有痰附着感,或咽喉部充血、生疮、溃烂,或咽后壁滤泡增生等症,可伴有发热、口干、咽痒、咳嗽,咳吐黄痰,脉浮数或滑,舌质红,苔黄或黄腻。外感湿温或风热挟湿之邪后,其邪与气壅滞于咽喉,致脉络瘀滞,气血不通,营强而卫弱。正如《温病条辨·上焦篇》所云:“肺主气,湿温者,肺气不化,郁极而一阴一阳之火俱结也。盖金病不能平木……喉即肺系,其闭在气分者即阻……故以轻药者开之。”说明了该病的病因病机及治则。

方可取银翘马勃散加减,银翘马勃散出自吴鞠通《温病条辨·上焦篇》:“湿温,喉阻咽痛,银翘马勃散主之”。拟方如下:金银花15g,连翘6g,射干7g,马勃6g,牛蒡子10g,桔梗10g,芦根20g,滑石10g,甘草6g。以此为主方,随症加减,如咽痛甚者,可加用地肤子、白鲜皮以加强清利湿热;咽痒甚者可加蝉蜕以疏风利咽喉;伴咳吐黄痰者,加瓜蒌、浙贝母、黄芩等。7~14剂,水煎服,日1剂。方用金银花、连翘辛凉之性,以清热解毒、开泄肺气;牛蒡子疏散风热、利咽散结,射干解热毒、利咽喉,二药开气分之闭阻;芦根、滑石清热祛湿;马勃解毒消肿、清利咽喉为治喉痹喉痛专药,用之以开血分痹结。诸药合用共奏解毒祛湿、利咽止痛之功。药理学研究表明,银翘马勃散有抗炎、抗病毒的作用^[4],为其用于咽异感症治疗提供了依据。

2.3 痰气互结证

此证为梅核气典型之证,多见于中年女性。自觉咽中有痰黏、异物感,症状轻重变化频繁而无规律,异物感或于患处固着不移,或上下游走不定,善太息,情志不畅,忧思焦虑,咳白色黏痰、纳呆便溏,舌淡红,苔薄腻,脉弦滑。正如《金匱要略·妇人杂病脉证并治》所说:“妇人咽中如有炙脔,半夏厚朴汤主之”,提出梅核气的主症及主治方药,同时突出梅核气多见于妇人,主要因情志不畅,肝气郁结,气滞痰凝,上逆于咽喉所致。

治宜开结化痰、顺气降逆。以半夏厚朴汤加减:法半夏9g,厚朴15g,茯苓20g,紫苏梗12g,生姜6g,郁金12g,香附10g,枳实10g,升麻9g。以此为主方,随症加减,7~14剂,水煎服,日1剂。方中法半夏性辛温,入肺、脾、胃经,功用燥湿化痰、降逆散结共领诸药为君;厚朴苦辛性温,亦入脾胃经,助半夏下气除满,燥湿化痰为臣药;茯苓健脾且淡渗利湿,可助半夏化痰;生姜既散结和胃,又可解半夏之毒;郁金清心利胆除烦;紫苏梗行气宽中、宣通郁结,香附为“气病之总司”,奏疏肝解郁理气之效,升麻升举阳气,配合厚朴下气,使气机上通下达,气机流动则痰郁难以凝聚,共为佐药。在临床上陈老师强调,半夏厚朴汤为行气消滞之剂,以行气为主,不可用于虚证,尤其方中厚朴、半夏有下气除满之功而易伤脾胃,须辨虚实之别。同时陈老师还常以郁金、枳实、升麻三药联用以化痰行气开结。在临症加减方面尤善辨证加减用药,如肝郁甚者加香橼、佛手、绿萼梅;痰多呕恶者加瓜蒌、陈皮;纳呆者加白术、砂仁、苍术。

2.4 气滞血凝证

属治疗难度较大、发病机制复杂、且易复发的一型,主要临床表现为:咽中有异物感,位置固定不移,咯之不出,咽之不下,面色黧黑,善太息,咽后壁颜色暗红,可伴有淋巴滤泡增生,妇女月经量少,或有血块,或痛经等,舌暗淡,苔薄白,舌下脉络色紫,脉涩。此证为素有血瘀内着、肝郁气结、气滞生痰,痰气瘀三者相搏而阻碍气机,罹患于咽喉,故发本病。

治疗以养血活血、行气化痰、解毒利咽为大法。方选会厌逐瘀汤化裁:桃仁15g,红花15g,甘草9g,桔梗9g,生地黄12g,当归6g,玄参3g,柴胡6g,枳

壳6g,赤芍6g,陈皮12g,香附6g,乌药6g。以此为主方,随症加减,气郁甚者,加青皮、月季花;血瘀甚者,加鸡血藤、延胡索;肝郁甚者,加佛手、绿萼梅、郁李仁。7~14剂,水煎服,日1剂。会厌逐瘀汤出自《医林改错》,方中红花、桃仁、赤芍、当归为君药,以养血、活血、祛瘀;生地黄、玄参以清热凉血、解毒利咽;柴胡疏肝解郁,桔梗、枳壳开宣肺气,使气行则津血亦行;甘草配桔梗清利咽喉,甘草调和诸药。此外,陈老师在原方基础上加香附、陈皮、乌药等,一方面以乌药、香附加疏肝理气之用,陈皮燥湿健脾、理气化痰,另一方面以凸显理气药的作用,借助桔梗的配合载药上行直达会厌病所而发挥药力。

2.5 肺胃阴伤证

患者主要表现为咽中有絮状物黏滞感,吞吐不利,干燥不适,或痰黏不爽,或时痒不舒,或咳吐黏痰,或皮肤干燥,舌红少苔,脉细数。该证特点是症状虽集中表现于肺而实源于胃,病机总体与肺胃相关。胃阴不足,土不生金则肺津不继,肺胃阴液大伤,津不上承,则咽喉不利、咳痰不爽等诸证蜂起。《金匱要略》指出:“大逆上气,咽喉不利,止逆下气者,麦门冬汤主之”。对此,陈老师认为其中的“大逆”应为脾胃之阴大伤,致土不生金,肺胃阴伤,痰气与火相搏于咽喉,而发本病。该病的病机为虚,而上证之半夏厚朴汤辨证为实。临床上虚实之证不可不辨。

治宜养肺胃之阴、降上炎之火。方用麦门冬汤加减:麦冬30g,半夏6g,甘草6g,山药20g,大枣6g,党参15g,旋覆花15g(包),杏仁9g,郁金7g,五味子10g,猫爪草15g,牛膝10g。以此为主方,随症加减。痰黏难咳者,加贝母、瓜蒌、天花粉;痰带血丝者,加马勃、知母;内热偏盛者,加生地黄、地骨皮、桑白皮;胃痛者,加木香、草豆蔻。7~14剂,水煎服,日1剂。陈老师指出,此方重用甘寒之麦冬以滋阴降火,少佐辛温之半夏以降上逆之肺气,使温燥而不伤阴,甘寒而不滋腻,人参、甘草、山药、大枣养胃益气生津,加用旋覆花、杏仁以降气止咳,加郁金以解郁利胆,加五味子敛阴安神,加猫爪草化痰散结,加牛膝是非此不能下行,且牛膝能平胃肾之虚火,还能补其下元之气。全方共奏益胃生津、降逆下气之功。陈老师还强调指出原方中的粳米不可少,且可以山

药替代。

3 病案举例

患者女,68岁,不慎受凉后出现咽部不适,如有异物感,每于情志波动时异物感明显,咽之不下,咳之不出,病情迁延半月余,经多方诊治疗效不佳,遂于2021年9月11日来我处就诊,刻下症见:咽部不适,如有异物堵塞感,咳清稀白痰,恶风,头痛,肢体酸软,无发热,喜热饮,睡眠极差,小便量多,大便正常。查体患者咽后壁无红肿、无滤泡及异物,扁桃体不大,舌淡,苔白而润,脉浮滑。中医诊断为梅核气,证属风袭饮留;西医诊断为慢性咽炎。治以解表散寒、温里蠲饮,方用小青龙汤加减:麻黄5g,制附子6g,干姜6g,桂枝9g,芍药15g,甘草6g,细辛6g,五味子10g,桔梗12g,紫苏叶12g,杏仁9g。共3剂,加水煎取300mL早晚分服,每日1剂。嘱患者保持乐观情绪,放松心情,避风寒,清淡饮食,观察出汗情况。

2021年9月15日二诊:服上方后,恶风、头痛、肢体酸软等症状明显减轻,而咽部异物感缓解不明显,仍咳吐白色清痰,睡眠差,舌脉同前。守上方,桂枝减量为6g,加茯苓15g,葶苈子10g,羌活10g。共5剂,每日1剂,水煎取300mL分2次服,调护同上。

2021年9月21日三诊:患者表证已解,咽部异物感较前好转,咳嗽咳痰减轻,但又感口干口苦、心烦、夜卧不宁,食欲不佳,小便仍多,大便正常,舌淡苔薄,脉滑数。拟方:桂枝6g,白芍10g,甘草6g,半夏6g,桔梗12g,茯苓15g,杏仁12g,黄芩12g,竹茹15g,枳实12g,绿萼梅15g,紫苏叶15g,佛手15g。共7剂,每日1剂,煎服法与调护同前。

2021年9月29日四诊:患者心烦、咽部异物感明显改善,情绪不佳时略感咽部不适,饮食可,二便恢复正常,舌淡苔白,脉弦。调整方药如下:桔梗12g,茯苓15g,竹茹15g,枳实12g,绿萼梅15g,紫苏叶15g,佛手15g,厚朴12g。共7剂,每日1剂,煎服法与调护同前。后随访病告痊愈。

按语:该患者素有饮邪内停,气机不畅,复感风寒,而致风袭饮留,痰气互结于咽喉,故发本病,当予小青龙汤。加紫苏叶以增强发汗透表理气之功,加用桔梗引药上行咽喉,附子温化会厌中寒痰,标本兼顾,咽肺同治。《伤寒论》第40条小青龙汤证的方后

注云:“若噎者,去麻黄,加附子一枚,炮。”对此,历代医家有不同的认识。如清代医家钱天来在《伤寒溯源集·太阳篇》一文中对此解释为“噎者,心下有水气而胃气不通也,所谓水寒相搏……故加附子以温散之。若寒甚而阳气虚者,去麻黄而不使汗泄其虚阳亦可”。陈老师有不同的认识,认为“噎者”的治疗应当去半夏,加附子,是否去麻黄,则要看阳虚及出汗情况而定。因为半夏与附子明显存在药物“相反”之虞。另外,情志治疗必不可少,患者树立信心,保持乐观情绪亦是重要的治疗手段。同时还嘱患者服药后慎风寒,清淡饮食,注意出汗不要太过,顾护津液。二诊时患者表证已解,但咳痰咳嗽加重,咽部异物感未改善,为饮邪正盛,故减桂枝量,加茯苓、葶苈子泻饮除湿,加羌活以宣肺气、散寒湿。至三诊时,患者表证、饮证、咽部异物感症明显好转,然现肝郁痰扰之象。遂去附子、麻黄、葶苈子、羌活等。取温胆汤之意,且酌加疏肝理气之绿萼梅、佛手、黄芩清热除湿。四诊时,巩固疗效,再续调理1周而痊愈。

4 讨论

咽异感症是门诊常见病、多发病。其病因除与咽喉本身有关外,还与鼻腔、鼻窦、胃食管、下呼吸道病变及全身其他疾病有关。在引起咽异感症的病因中,咽部及周围组织疾病因素多于其他部位因素^[5]。有资料显示,咽部及周围组织疾病引起者占50.2%,全身系统疾病引起者占33.5%,非器质性疾病引起者占16.3%^[6]。其发病机制复杂,局部神经丰富,含有迷走、舌咽、副神经颅根和颈交感神经等,均导致感觉灵敏。鼻咽喉局部的病变及全身许多器官的疾病,也可通过神经反射和传导作用使咽部发生异常感觉^[7],如甲状腺肿瘤、反流性胃食管炎、焦虑及神经过敏等心理异常、急性左心衰竭、慢性阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等。

咽异感症也有人称之为癔球症、神经官能症、鼻咽喉部炎症^[8],其治疗主要以针对病因及对症处理为主。若无明显器质性病变,则中医药治疗具有较大的优势。中医学认为本症系七情所伤、气机不畅所致。以肝郁痰凝气阻为常见病因,但痰、气、瘀、火等邪气皆可诱发,治疗时需仔细辨证。陈老师指出,临证之时,首辨外感和内伤,外感者,有风寒、风热、湿温之别。内伤则需辨明虚实。实证以痰凝气滞、

气滞血瘀为主,虚证则以肺胃阴虚常见。临床上痰凝气滞证多见于女性,气滞血瘀证则多发于老年人。且实虚之间可以相互转化,如肺胃阴虚的麦门冬汤证可由痰凝气滞证经误治后转化而来,其原因是过用或错用了半夏厚朴汤。因半夏厚朴汤的下气、散结、导滞之功,致患者便通下利,伤及脾胃,土不生金,肺胃两伤,而发展成麦门冬汤证。关于肺胃阴虚的麦门冬汤证,《金匱要略》中云:“大逆上气,咽喉不利……麦门冬汤主之”。陈老师认为,麦门冬汤中的“大逆”应为脾胃之阴大伤,虽有观点认为是“火逆”之意,但陈老师认为从以药测证的观点来看应属肺胃阴伤,其病性属虚,虚实之间不可不辨。外感者,除辨寒、热、湿之性外,尤其对伴有发热的患者,在排除疫情感染的情况下,还需注意急性会厌炎可能,急性会厌炎属急危症,必须配合住院观察。对急性发病的气滞血瘀型老年患者,特别伴有喉中紧箍感时,须注意排除急性左心衰竭的可能。

最后,陈老师还强调,此类疾病与情志波动关系密切,必须加强情志方面的调理。患者出现明显焦虑、恐惧、抑郁状态时,需酌情加疏肝解郁药物如绿萼梅、玫瑰花等,若无明显禁忌证,亦可口服黛力新,以改善症状^[9]。同时,陈老师还要求在为患者诊治

和交流的过程中,要帮助患者树立战胜疾病的信心,加强心理疏导和精神安慰,身心同治,促病向愈。

[参考文献]

- [1] 郭志祥,郭睿. 重视咽异感症的诊治[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(8):638-640.
 - [2] 杨士瀛. 仁斋直指方[M]. 孙玉信,朱平生,主编(校). 上海:第二军医大学出版社,2006:154.
 - [3] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 张年顺,张驰,主校. 北京:中国医药科技出版社,2011:301.
 - [4] 梁德东,马钦海,于青田,等. 银翘马勃散对急性咽炎模型大鼠的治疗作用及其抗炎镇痛解热的作用[J]. 中药药理与临床,2017,33(3):8-11.
 - [5] 孔维佳. 耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:155-156.
 - [6] 王治灵,朱丹丹. 老年性咽异感症203例分析[J]. 浙江中西医结合杂志,2014,24(4):338-339.
 - [7] 黄兆选,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:1138-1142.
 - [8] 丁慧丽,方平. 我国咽异感症常见病因的Meta分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,30(17):1394-1396.
 - [9] 玄立印,李洁,李亚平. 半夏厚朴汤配合氟哌噻吨美利曲辛片治疗痰气互结型梅核气临床疗效观察[J]. 河北医学,2016,22(6):1016-1017.
-
- (上接第865页)
- [16] 杜鑫丹,徐露露,朱国能,等. CT引导下经下颌角入路茎乳孔穿刺射频热凝对面肌痉挛的疗效分析[J]. 中华医学杂志,2022,102(33):2596-2601.
 - [17] 李丽梅,刘晓东,张志利. 原发性面肌痉挛采用高电压长时程脉冲射频治疗的疗效[J]. 中华疼痛学杂志,2021,17(6):614-620.
 - [18] 王拓然,韩颖,张溪,等. 揪针扬刺法治疗原发性面肌痉挛30例[J]. 中国针灸,2023,43(4):444-446.
 - [19] 王韵,余晓阳. 针刺治疗急性面神经炎介入时机的临床观察[J]. 中国针灸,2019,39(3):237-240.
 - [20] 王浩然,付晓燕,贾红玲,等. 完骨穴古今应用概况探析[J]. 针灸临床杂志,2018,34(1):73-76.
 - [21] 肖晓玲,尹旭辉,钟润芬,等. 完骨穴封闭联合针刺治疗面瘫伴耳周疼痛66例[J]. 湖南中医杂志,2023,39(9):73-76.
 - [22] 宋越,马良宵,王俊翔,等. 针刺角度、方向、深度与针效关系探讨[J]. 针灸临床杂志,2020,36(2):5-8.
 - [23] 金洵,丁曙晴,时飞跃,等. CT三维重建下深刺八髎穴进针角度和效应深度的研究[J]. 针刺研究,2017,42(6):537-541.
 - [24] 柏树令,应大君. 系统解剖学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社,2018:23,365.
 - [25] 徐松,邓鹏程,罗明英,等. 乳突切迹与侧颅底重要结构的解剖学观测及应用[J]. 现代生物医学进展,2011,11(4):684-686.
 - [26] 崔慧先,李瑞锡. 局部解剖学[M]. 9版. 北京:人民卫生出版社,2018:13,15.
 - [27] 郑嫣然. 面神经颅外段的解剖学研究与应用[D]. 蚌埠:蚌埠医学院,2023.
 - [28] 黄冰,杜鑫丹,黄浩,等. CT引导下茎乳孔穿刺射频治疗原发性面肌痉挛的操作技巧与疗效[J]. 中华疼痛学杂志,2020,16(5):386-393.