A decorative border with intricate floral and scrollwork patterns in a dark brown color, framing the central text.

中医喉科学

光明中医函授大学

中医喉科学

导言

编者与编者的话

上篇 总论

第一章 中医喉科的源流和发展

第二章 咽喉的归经属脏

第三章 历代咽喉口齿的解剖名称

第四章 历来对咽喉口齿生理功能作用的认识

第五章 病因病机

第六章 辨证

一、对症投药与辨证论治

二、怎样诊察与辨证

第七章 论治一（内治）

一、治法总述

二、治法分述

三、咽喉口齿科专用药

第八章 论治三（外治）

一、用于局部病变区的

二、手法外治

下篇 各论

风热喉痹之一（急性单纯性咽炎）

风热喉痹之二（溃疡膜性咽峡炎）

风热喉痹之三（粒细胞缺乏性咽峡炎）

风热喉痹之四（传染性单核细胞增多性咽峡炎）

风热喉痹之五（脓菌性咽峡炎）

虚火喉痹之一（慢性咽炎）
虚火喉痹之二（慢性喉炎）
虚火喉痹之三（干燥性咽喉炎、萎缩性咽喉炎）
帝中风（悬雍垂过长）
口疮（咽部疱疹）
飞疡喉（咽粘膜下出血）
风热乳蛾（急性扁桃体炎）
乳蛾（慢性扁桃体炎）
石蛾（扁桃体结石）
鼻塞《咽扁桃体肥大》
喉疔（扁桃体周围脓肿）
鱼鳞风（咽角化症、扁桃体角化症）
干咳（喉源性咳嗽）
紧喉（喉脓肿）
走马喉风（喉梗阻）
暗病（嘶哑与失音）
 （一）急性嘶哑或失音
 （二）女子临经失音
 （三）妊娠期失音
 （四）癔性失音
 （五）音带充血
 （六）声带水肿或肥厚
 （七）声带小结
 （八）息肉
 （九）血性息肉、声带粘膜下血及血管瘤
 （十）喉淀粉样变性
 （十一）声带闭合不密

(十二) 声带瘫痪

(十三) 喉肌无力症

(十四) 喉关节炎

(十五) 增生性喉炎与喉厚皮病

梅核气（癔性咽喉异感症）

谷贼（异物）

常见证治方剂索引

电子版附：自学•答疑•实践•拜师

电子版附：光明教材电子化公益项目

电子版附：如何系统学习中医？

导言

中医教育学，是一门古老而崭新的科学。中医教育的历史，若从师徒授受和医籍编纂算起，已有两千余年。近代史上的中医教育，首推一八八五年浙江陈虬创立的利济医学堂。新中国诞生不久，创办了北京、上海、广州和成都四所中医学院，从而揭开了当代中医教育的序幕，至现在，全国已发展到二十三所。但是，如果把我国中医教育的实践经验加以分析、研究、总结和提炼，升华，揭示它的规律，使之成为一门专门的学科——中医教育学的话，那么，它还处在再创阶段。这就是说，中医教育及其规律存在的历史是悠久的，但论述中医教育及其规律的学科却是崭新的。因此，中医教育工作需要进行探索和研究。

在探索和创建适合我国国情的中医教育的时候，我们必须植根于我们民族文化的肥沃土壤之中，充分重视中医典籍在培育和造就历代医家中的伟大作用。事实上，在长期的历史发展中，逐渐形成了具有中华民族特色的中医药理论体系，它既有丰富临床经验，又有高深的理论基础。历代医学家就是把这些道理传授给他们的弟子，其中部分人经过刻苦自学和临床实践，成为医术高超的医学家，这是我国历代医学家成才之路，亦是中医教育史上培养人才的宝贵经验。这就是我们民族中医教育事业的光辉历史。

在新的历史时期，作为中医教育工作来说，既要给学生打好传统医学的基本功，又要使他们掌握一些新兴的科学知识，使继承与发展得到统一。根据这种认识，我们十分认真地研究和设计了光明中医函授大学的教学计划、教材内容、教学方法与教学手段。归结起来即是：注重打好中医基本功，注意提高中医基本理论水平 and 培养临床诊治技

能，着力培养辨证论治的思维方法，竭诚发挥中医在防病治病中的特长。并在这个基础上，扩大学员知识面。我们把这些要求与思想，全面体现在本校的教材建设中。其目的是使中医人才的知识结构更加合理，以便能担负起继承和发扬祖国医药学防病治病的光荣任务。

在回顾中华医学教育历史，展望现代医学教育的发展趋势以及总结三十多年正反两方面经验的基础上，我们认为，要培养出适合四化需要的合格中医人才，对中医教育的课程设计和教材内容，就要进行必要的改革，建立起为新形势所需要的中医教材。我们正在朝这一方向努力。在认真研究高等中医院校教材和广泛征询中医专家、学者和医务人员意见的基础上，新编了这套较为完整的中医教材，定名为《高等中医函授教材》（包括了二十八门课程）教材的编写人员，由本校选聘知名教授、学者和学有专长者担任，编写时，我们力求各门教材要有鲜明的针对性，在内容上富有实用性，在文字表达上深入浅出、简明易懂，以利便于自学或函授，此外，我们还将根据需要，选编一些辅导材料，以帮助学员（读者）理解教材内容，更好地学取中医知识。

由于教材编写时间仓促，又竭力于继承与创新，不足之处在所难免，敬希学员和广大读者惠赐宝贵意见，以便在再版时修订。

光明中医函授大学教育研究室

一九八五年十月四日

编者与编者的话&

编者

光明中医函授大学 主编

干祖望 编著

江振济 贾维诚 白永波 审阅

编者的话

《中医喉科学》是在光明中医函授大学主持下、在“寓医理于临床”教学思想指导下编写的。

中医喉科，与中医其他临床各科一样，在诊断和治疗的过程中，必须遵循整体观念和辨证论治原则。喉病虽然发生于局部，但和人的整体有密切关联；全身的病变，也能在咽喉部反映出来，而咽喉部的病变，也能影响全身。从整体出发，注意到局部的处理，整体与局部相结合，是中医治疗喉科疾病的特点。

全书旨在介绍中医喉科学的基本理论和喉科常见病、多发病的病因病机、辨证与治疗，所选方药，均以实用有效为选择的标准。在精选全国名家治疗经验的同时，将我在中医喉科半个世纪的临床体验融化其中，供广大学员临证时参考。

全书分总论和各论两大部分，总论分八章，其内容是讲述中医喉科的源流和发展、咽喉的归经属脏、历代咽喉口齿的解剖名称及生理功能、病因病机、辨证、论治一（内治）、论治二（外治）。各论共收

中医喉科23个常见病证，病名采用中西对照的形式，其讲述内容注重辨证论治以及临证实用。

本课程按教材内容统一划分为三级。第一级“掌握”，为重点内容；第二级“熟悉”，为次重点内容；第三级“了解”，为非重点内容。要求学员按此三级分别主次，抓住重点，结合临床，融汇贯通。在此基础上，再结合复习思考题进行练习和自我测试，以巩固所学内容。学习进度，可按教学计划自行安排。

本书的编写工作，始终得到江振济、贾维诚、白永波三位同道的指导与帮助，对他们在完善书稿方面的耕耘，谨此一并致谢。

编者

一九八九年一月二十三日

上篇 总论

〔自学时数〕 20学时

〔面授时数〕 8学时

〔目的要求〕

- 1.了解喉科疾病的源流和发展。
- 2.熟悉咽喉部位发病名称及检查方法。
- 3.熟悉咽喉的生理功能。
- 4.掌握喉科疾病的病因病机。
- 5.熟悉喉科疾病的辩证。
- 6.掌握喉科疾病用十纲辨证的分析。
- 7.熟悉喉科疾病内治法的论治分析。
- 8.熟悉喉科疾病外治法的治疗、用药方法。
- 9.掌握本病外治法药物配制方法。
- 10.了解咽喉疾病的护理方法及饮食宜忌。

第一章 中医喉科的源流和发展&

一、原始社会至殷商时代（？～公元前1066年）

尽管可以这样说：“有了人类，便有了医药。”但在原始社会时代没有文字记载，“伊昔古皇初，结绳致隆治”，毕竟有臆测之嫌。医学史家一再警告人们不要做缺乏根据和考据的总结。至于什么时候有文字记载的咽喉和它的疾病？什么时候开始懂得医护和专业人员的产生？那倒值得探讨的。

当殷商时代（公元前16世纪～公元前1066年）前，没有直接的文字可稽。到了此时，才开始有了最早的文字——甲骨文，又称贞卜文字。甲骨文中已有“齩”字，齩为齿病。

二、西周至春秋战国时代（公元前1066年～公元前221年）

甲骨文之后又有钟鼎文，于是医学也因文字的发展而发展。所以喉科病的记载也与日俱增地丰富起来。例如：《周礼》有“九窍之变”的病理描写。咽喉口腔当然在内。《墨子·亲自》有“暗”、“唵”两个喉科病。《庄子·楚庚》有：“儿子终日嗥而喧不嘎”。《尔雅》有“齩齿”的记载。

至于治疗、预防方面，也次第出现。如《山海经·北山经》中有：“名曰白鹤，食之已唵痛”的治疗喉病。《山海经·中山经》有：“其上有木焉，名曰楸，……服之不啞”的预防喉病等等。

写成于同一时代的《内经》，以医学专业文献姿态出现，当然对咽喉病讲得更详细了。如咽痛、咽肿、咽干、喉痹、喉塞、瘖、口糜、口疮、口喎唇胗、重舌、齿痛、齩齿等十多个病种。此外，还有许多生理、病理的论说，非但很丰富，而且至今中医学学术完全根据它来发展和推进。如其说《内经》是中医理论方面的泉源，那末写成于同一时代的《神农本草经》是给我们治疗方面的钥匙。且看该书中治疗喉科疾病的药物，基本上粗具规模了。如止哽噎的有蝼蛄，治喉舌肿的有络石，治龈肿的有郁李仁，还有通利九窍的有菖蒲、细辛、石钟乳、黑芝麻、空青、白青、蔓荆子、孔公蘘、通草、蜚蠊等。这些通利九窍的药物，治疗口腔咽喉病当然在内了。

《史记·老庄申韩列传》：“（韩）非，为人口吃”。这是最早认识到习惯性言语缺陷的记载。《史记·刺客列传》：“豫让又漆身为厉，吞炭为哑”。可知当时已有为了化装而把喉音伪装嘶哑的技术。《难经四十二难》：“咽门重十两，广二寸半，至胃，长一尺六寸。喉咙重十二两，广二寸，九节。口广二寸半，唇至齿长九分。齿以后至会厌深三寸半，大容五合。舌重十两，长七寸，广二寸半”。这是中国最早的咽喉、口腔的解剖，也可能是全世界的最早者。

三、秦至三国时代（公元前221年～公元280年）

西汉（公元前206年～公元24年）开始成立太医监。东汉（公元前24年～公元220年）改为尚药监。从此有了比较精细的医事分科，计九科，其中有口齿科，咽喉包括在内。汉初，治疗咽喉病已有简单的手术。且看《淮南子·汜论训》中曾提到：“目中有疵，无害于视，不可灼也。喉中有病，无害于息，不可凿也”。从此可证，在公元前非但已

有喉科的手术，而且对手术更能审慎地选择适应症。《史记·扁鹊仓公列传》：“齐中大夫龋齿，臣（淳于）意灸其左太阳明脉，即为苦参汤”。这是我科最早一例介绍治疗的实况。《汉书·东方朔传》：“齟者，齿不正也，……唇腐齿落”。这是一例坏疽性口腔炎的最早报导。《后汉书·昌邑哀王贺传》：“我嗑痛，不能哭”。这里可以证实在公元前，我们早就知道声带休息对喉病的重要性。《后汉书·华佗传》：“佗尝行道，见有病咽塞者，因语之曰，向来道隅有卖饼人，萍（卮）甚酸，可取三升饮之，病当自去”。《三国志》所载相同。惟“萍”作“蒜”。这是最早纪录了对喉科病具体治疗方法。但也有人认为下文还有“即如佗言，立吐一蛇”一语，目为寄生虫病而非喉科病。其实寄生虫病决无“咽塞”之理。即使承认有寄生虫病的并发，咽喉阻塞，毕竟还是主症。

张仲景在《伤寒论》《金匱要略》中已有咽中干、咽喉干燥、口干咽烂、咽痛、咽中伤生疮、咽中痛、其喉为痹、阳毒、阴毒、咽喉不利、如有炙脔、蚀于喉为惑，喉中水鸡声、声喝、口燥、坏齿等数症，是直接涉及喉科的。而且如甘草干姜汤、白虎汤、调胃承气汤、麻杏石甘汤、猪肤汤、甘草汤、桔梗汤、酸枣仁汤、葶苈大枣汤、射干麻黄汤、半夏厚朴汤、甘麦大枣汤等十多张经方，至今还广泛地应用于临床。如其《医籍考·方论》中谓张仲景还著有《口齿论》是可靠的话，那末在第三世纪初中国就已有咽喉专业文献了。

四、晋、六朝至隋、唐时代（公元265年~907年）

晋《古事比·身体》：“魏泳之，生而唇缺，就殷荆州帐下医割补，百日不得笑语、惟食薄粥”。可知我们早在1,600年前已能做兔唇修补手

术，而且是成功的。此时，葛洪的《肘后备急方》，有不少气管和食道异物的介绍，并有许多取出异物的方法。六朝《齐书·萧坦之传》：“……语声嘶，时人号为萧症”。这是一例并非疾病所致的嘶哑，可能是先天性。隋《诸病源候论》的出现，使整个中医事业又大大地推进了一步，喉科当然也包括在内。它除了发展病因病理学说之外，更丰富了不少病种。第30卷全部是口腔与咽喉病，还有的口腔、喉科病，散见在各章各节中。唐《新唐书·百官志》：“一曰体疗，二曰疮肿，三曰少小，四曰耳目口齿，五曰角法”。这里的口齿，也是包括喉科在内。《千金要方》除下卷六里讨论咽喉口齿外，还有散在性地见于其他各卷中。也是孙思邈第一人把头面器官病号称七窍病。在辨证方面他继承了《内经》学说，重视归经属脏，结合临床实践，予以总结推广，从而沿用到现在。同时他受到释教、道教的影响，更注意到机体本身的整体性与和周围环境的统一性。更有一个发展，是除了单一的重视内服药之外，更广泛地采用药物外治、手术、针灸、砭法、导引及食疗等多种手段，这也是唐代以前所少见的。还有如悬雍垂过长点擦食盐、急性喉阻塞的烟熏疗法等，也都是孙氏发明。《传信方》把华佗用白矾治疗急喉风、张仲景治疗“咽中伤生疮、不能语言，声不出者”用苦酒汤的两个方法，衍化出“皂荚，矾、米醋”同研作含漱剂来治疗喉痹。这对后人怎样利用古方的启发很大，其价值并不仅仅在于一方一药的成就。

五、宋至金、元之间（公元960年~1368年）

经过半个世纪的五代、十国，在医学史上除了孟昶来点缀一下外，很少建树之后，宋代又开始大踏步地发展，从此一直到明、清。

自公元951年至公元1368年的417年中，辽、宋、金、元四个王朝先后犬牙交错地存在于华夏这块大地上。辽，已有植毛的牙刷，作为洁齿所用。宋，《元丰备对》：“太医局九科，……口齿兼咽喉科十人，……”最早的喉科在这时出现。成书于庆历间（1041—1048年）的《欧希范五脏图》，根据杨介介绍其内容谓：“喉中有窍三，一食一水一气，……。”则第一部实物描写的喉部解剖图，在11世纪已问世。

《沈苏良方·论脏腑》：“又言人有水喉、食喉、气喉，亦谬也。世传欧希范真（原文多一真字）五脏图，亦画三喉，盖当时验之不审。……人但有喉二者而已。咽则纳饮食，喉则通气”。可知在11世纪对咽喉的解剖，已瞭如指掌了。《梦溪笔谈》十三卷：“世人以竹木牙骨之类为叫子，置入喉中，吹之能作人言，谓之嚙叫子。尝有病瘖者，为人所苦，烦冤无以自言。听讼者试取叫子，令颚之作声，如傀儡子，粗能辨其一二，其冤获申”。在十一世纪，中国已有人工喉了。《重修政和经史证类备用本草》有汞锡银合金作为齿科填充剂的记载。《古事比·身体》：“南郡王义宣，舌短，涩于言论”。在这十一世纪里，就已发现了舌系带短而引起言语障碍的口腔病。楼钥在《攻媿集》中已谈到了种牙的历史。谓陆游有过“染鬚种齿笑人癡”的诗句。陆生歿于1125~1210年，那末中国的镶牙矫形等齿科手术在那时就已开始了。张子和《儒门事亲》中第一个深入讨论扁桃体病变。“乳蛾”一名，也是张氏命名的。并首先提出“喉病八名”，以后什么喉风十六种、喉风十八症、喉风三十六种等，都是在张氏八名的题法之下产生的。他还使用纸卷成筒形，放入口内，再用筷子缚小钩，把误吞的异物取出。这是内窥镜钳取异物的创始人。《历代名医蒙求》，不但是医史，而且还是咽喉部（内含食道）取出异物及切开咽部脓肿的专业指导文献。其中“银匠下责”、“都料取钩”的巧妙取出咽喉部异物，和“草泽笔头”的咽喉部脓肿切开手术，都是巧夺天王的手法与技术，直到今天还有其启发和指导作用。《世医得效方》继张子和“喉病八名”之后提出

“十八种喉风”，对后世的喉科学影响很大。元，医事分为十三科，第七位为口齿科，第八位为咽喉科。那时的咽喉科方才开始独立成科。

六、明、清时代至解放前夕（公元1368年~1949年）

《明史·百官志》：“大医院掌医疗之法，凡医术各十三科，曰大方脉，……曰口齿，曰接骨，曰伤寒，曰咽喉，……凡医家子弟，择师而教之”。情况与元代相同，咽喉是独立成科。医学著作，在明朝是鼎盛时代。明初《普济方·身形》里口齿、咽喉科占有十三卷（58~59卷口舌门，60~64卷咽喉门，65~70卷牙齿门）。比《普济方》晚39年出书的朝鲜巨著《医方类聚》，内有口齿咽喉也有七卷之多（71~72卷牙齿门，74~76 1/2卷咽喉门，76 1/2~77卷口舌门）。《本草纲目》中1,892种药物，内626种单味药用来直接治疗咽喉口齿病的。内服或外用配伍成方剂的，尚不计在内。《口齿类要》是薛己在1604年写成的，虽然据称在此之前，尚有张仲景的《口齿论》，邵英俊的《口齿论》，释道济的《口齿玉泉论》，佚名氏的《排玉论》，冲和的《口齿论》，广陵王师的《口齿论》，佚名氏的《咽喉口齿论》和佚名氏的《疗口齿方》，但都已散佚无存，不见于世，所以本书为唯一到今天还存在的喉科最早一部专科书。《景岳全书》的“无病而喉窍紧塞，息难出入，不半日而紧塞愈甚。……问其喉，则无肿无痛也。观其貌，则面青目瞳，不能语也。闻其声，则喉窍之细如针，抽息之窘如线。伸颈挣命求救不堪之状，其可怜也”。这是急性喉梗阻第一篇最详细的症状描述。《黥疮秘录》：“喉疮蚀鼻，发块上下，破烂孔窍”、“大肉已削，止存皮骨，且咽喉腐烂”、“咽喉损伤”……等，这是言由梅毒引起的对咽喉损害的第一个专论。《红炉点雪》的火病

失音，是全世界最早讨论喉结核的文献。《解围元藪》的哑风，也是世界最早讨论喉麻风的文献。

清代首入关统治到鸦片战争的两百年中，医事制度又分九科，咽喉与口齿再度并合，故《杂病源流犀烛》谓之：“言咽喉则牙舌部多包于内”。至于民间的实际情况，则咽喉大多独立成科，口齿科在正规分科中逐渐消失。凡一般口腔粘膜病习惯上多属于内科或儿科，化脓性和牙周疾病则属外科。牙体疾病则另有草泽铃医（俗称大凉伞郎中）来担任。清代的确涌出了不少有名喉科专家，喉科著作也有一百多种，这种盛况为历来所未有。尤其是江苏省无锡尤氏的外用药与上海侯氏的擎拿，在整个喉科领域里起到极大的影响。《尤氏喉科》一书，是喉科领域里最有影响的大事，也是清代到今天喉科得以兴隆鼎盛的关键。尤氏在从明代嘉靖迄清代乾隆中约250年一个时期里祖孙、父子相传，一直到最后一代尤存隐。在此期间，尤氏历代把积累的多年经验写成此书，估计在公元1700~1750年间逐渐趋于完整而到完稿。根据《尤氏喉科》：“牙关紧闭，口不能开，……用黄熟香削成凿子样，渐渐捺进牙缝，则牙渐开”。可知在1750年之前，中医已开始使用了开口器。

自明代吴文可写了《温疫论》后，对清代发展温病学说起了很大的推动，从而也促使喉痧的理论和治疗得以突飞猛进的提高。第一部猩红热专业书《疫痧草》在1801年问世。可知白喉与猩红热的认识之早，都处在全世界领先地位。

自鸦片战争至民国时期一百多年中，中医几受摧残。1914年南京政府实行废弃中医政策，中医中药事业濒于消亡。一方面取缔中医学校，另一方面不给中医以合法地位。在当时取得开业资格的喉科医生，全国只有五人。

七、新中国战立以来

新中国成立以后，本着：“提倡国民体育，推广卫生医药事业”的方针，中医中药事业有了新生。各省、市中医学院、中医学校相继成立，培养出大批中医、中药人员；出版很多中医药古籍及现代书籍，对于文献整理与经验交流，起了积极作用；全国大办中医医院，不少医院设有喉科，开创了中医史上新的一页。

第二章 咽喉的归经属脏

中医精髓所在有二：一是整体观念，二是辨证论治。归经属脏，就是使机体本身统一的手段也是整体观念中一个部门的体现。

所谓整体观念，对内是机体本身的统一，和对外的人体与周围环境的统一。后者也是所谓“天人相应”、“天人合一”。这里暂不讨论。

对内机体本身统一性，就是指人体组织结构、生理现象以及疾病同自然界变化的息息相关。它把全身的五脏六腑、四肢百骸、五官七窍、肤发皮毛，联系起来的纽带；就是脏象学说和经络学说。所以说这两个学说是把人体起到“整体”统一起来的，有联系才有统一，有统一才有整体。

徐大椿认为：“病之从内出者，必由于脏腑。病之从外而入者，必由于经络。”所以必需“必先分经络脏腑所在，……然后择何经何脏对病之药”（见《医学源流论·治病必分经络脏腑论》），说明归经属的重要性，是不可忽视的。但任何一个器官，在直接的、间接的，甚至在五行生克、十二经循环之下，差不多可以与任何一脏一腑都能发生关系，仅仅是近亲与远亲之分。所以在临床运用之际，一定要选择性引用，不能刻舟求剑，故而徐氏又认为：“有不必求经络藏腑者，盖人之气血无所不通。……其功能亦无所不到，岂有其药止（祇）入某经之理”。所以不能“拘泥附会”，否则“其失也泥，反能致害”。

谈到咽喉的归经属脏：《素问·太阴阳明篇》：“喉主天气”。张志聪注：“喉乃太阴呼吸之门，主气而属天”。《太平圣惠方·咽喉论》：“喉咙者，空虚也。主其中空虚，可以通于气息，呼吸出入。主肺气之流通，故为肺之系”（以上是肺）。《素问·太阴阳明篇》：“咽主地气”。

张志聪注：“咽乃阳明水谷之道路，属胃而主地气”。《太平圣惠方·咽喉论》：“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”（以上是胃）。《素问·缪刺篇》：“邪客于足少阴之络，令人嗑痛，不可内食”。《灵枢·经脉篇》：“肾足少阴之脉，是主骨所生病者，咽肿上气，嗑干及痛”（以上是肾）。《素问·五常政大论》：“火气高明，心热，烦，嗑干善渴”。《灵枢·邪气脏腑病形篇》：“心脉……澹甚为暗”（以上是心）。《素问·阴阳类论篇》：“咽喉干燥，病在土脾”（以上是脾）。《灵枢·经脉篇》：“肝足厥阴之脉，……循喉咙之后”（以上是肝）。

根据以上论点，咽喉的属脏，基本上五脏俱全。我们更要知道，这种脏腑、经络学说，正是为辨证而设，现在这样广泛无边，反而陷入无所适从的处境。所以应该在几个有关脏腑中排列出主、次和一般关系三级。因之，咽喉的归经是：

（主）肺与胃：理由是《内经》强调指出。

（次）脾：理由是“宗气积于胸中，出于喉咙”。

（一般）肾：慢性咽炎，常考虑于肾。

肝：瘧性咽喉异感症，也常考虑于肝。

至于归经方面，可引用《针灸甲乙经》精神，则有：“胃足阳明之脉，……循喉咙”，“足阳明之别，名曰丰隆，……下络喉咙”（以上是足阳明经）。“脾足太阴之脉，……上髑挟咽”（以上是足太阴经）。“心手少阴之脉，……上挟咽喉”（以上是手少阴经）。“小肠手太阳之脉，……循咽下髑”（以上是手太阳经）。“肾足少阴之脉，……循喉咙”（以上是足少阴经）。“肝足厥阴之脉，……循喉咙之后”（以上是足

厥阴经)。“冲脉，……会于咽喉”(以上是冲脉)。“任脉者，……至咽喉”(以上是任脉)。

经脉与咽喉的关系，更形繁琐，诚如《韩氏医通·绪论章第一》所谓：“言愈多而理愈晦也”。所以在临床上运用“归经”，也像“属脏”一样，牢记八个字，是“固定安排，灵活运用”。

第三章 历代咽喉口齿的解剖名称

自《灵枢·经水篇》：“若乎八尺之士，皮肉在此，外可度量切循而得之，其死可解剖而视之”提出“解剖”之后，当然为医学界所乐于利用。可惜被几千年来“身体髮肤，受之父母，弗可毁伤”的封建顽固思想所扼杀。甚至作尸体解剖者也要处以极刑。且看《南史·顾覲之传》：“时，沛群相县唐赐，往北村彭家饮酒，还，因得病吐蛊二十余物。赐妻张，从赐临终言，死后亲刳腹，五脏悉糜碎。群县以张忍行刳剖，赐子副又不禁止。论妻伤夫五脏，刑子不孝，……。”在这种情况下，纵然还有些解剖资料遗留下来，也是寥寥无几，在喉科方面仅有：

《灵枢·肠胃篇》：“唇至齿长九分，……齿以后至会厌，深三寸半，大容五合。……口广二寸半。……舌重十两，长七寸，广二寸半。……咽门重十两，广二寸，至胃长一尺六寸”。《难经·四十二难》：“喉咙十二两，广二寸，长一尺二寸，九节”。《欧希范五脏图》：“喉中有窍，……一食一气，互令人吹之，各不相戾”（考《欧希范五脏图》梓于1045年，比欧洲的《人体的构造》出版于1540年要早上500年）。

解剖资料固然很少，但解剖名称则相当丰富，原因是文献量多。但另一个原因是古人是封闭式的不相交流，于是各人自由题名，这样则难免给后学者带来了许多不方便。兹列述如下：

1.咽喉：

咽：见《灵枢》。喉：见《素问》。咙：见《灵枢》。嗑：见《灵枢》。《医彻》注：“嗑以上者可见，嗑以下者，不可见”。重楼：见《黄庭经》，称为十二重楼。嚑：北人称喉咙曰嚑子。吭：吭，咽

也。见《柳宗元文》“仰首伸吭”。啞：见《集韵》：“咽喉也”。啞啞：见《集韵》：“咽也”。咽门：见《千金要方》，泛指咽喉。喉关：见《普济方》。喉管：见《陈修园丛书·救世良方》：“喉管有两，一食管，一气管”。关口：见《喉科指掌》，相当于咽峡。悬雍垂：见《灵枢》。悬痈：见《诸病源候论》，即悬雍垂。喉帝：见《喉科心法》，即悬雍垂。帝丁：见《喉科指掌》，即悬雍垂。小舌：见《喉科指掌》，即悬雍垂。乳蛾地位：见《喉科指掌》，指舌腭弓之后、咽腭弓之前之处。会厌：见《灵枢》。厌：见《灵枢》，即会厌。吸门：见《难经》：“会厌为吸门”。斗底：指咽后壁，为喉科习惯常用词。气子：指淋巴滤泡的增生者，为喉科习惯常用词。喉核：指已经萎缩而些残余的扁桃体。厢：指两侧索。喉柱：泛指前、后腭弓而言。

2.口齿：

喙：见《易经》。口：见《素问》。口吻：见《千金要方》。吻：见《集韵》，同吻。吻：见《医学入门》，同吻。牝户：见《医学正传》。嘴：见《集韵》。唼：见《集韵》。玉池：见《黄庭经》：“玉池清水灌灵根”。太和宫：见《黄庭经》。玉堂上含：见《医宗金鉴·正骨心法》（以上为口）。

唇：见《灵枢》。唇：见《广韵》。飞门：见《难经》（以上为唇）。

舌：见《素问》。心苗：见《医述》。灵根：见《黄庭经》。赤龙：见《内功图说》。舌本：见《灵枢》。舌边：见《千金要方》。舌根：见《普济方》。舌傍：见《普济方》。三寸：见《幼学琼林》。舌中心：见《喉科指掌》。舌下：见《喉科指掌》。舌底：见《喉科

指掌》。舌尖：见《辨舌指南》。舌侧：见《辨舌指南》（以上为舌）。

齒：见甲骨文。齿：见《字彙》：“上曰齿，下曰牙”。《本草纲目》：“两旁曰牙，当中曰齿”。牙：《诸病源候论》。骨余：见《东医宝鉴》。户门：见《难经》。齧：见《玉篇》：“齿也”。齧：见《释名》：“大齿落尽，更生细者，如小儿齿也”。门牙：见《医宗金鉴·正骨心法》，即切牙。虎牙：见《医宗金鉴·正骨心法》，即尖牙。槽牙：见《医宗金鉴·正骨心法》，即双尖牙和磨牙。尽根牙：见《医宗金鉴·正骨心法》，即第八磨牙。牙尽头：见《世医得效方》，为第八磨牙后方。外板：见《喉科杓指》，泛指切牙。内板：见《喉科杓指》，泛指磨牙。齿根：见《诸病源候论》，指牙齿根尖。牙根：见《诸病源候论》指牙齿根尖。龈断：见《诸病源候论》指齿龈。牙龈：见《普济方》。牙肉：见《张聿青医案》。牙穷头：见《普济方》指智齿周围的齿龈。牙齧：见《疡科心得集》。齿骨：见《普济方》指牙槽骨。骨槽：见《疡科心得集》指牙槽牙。（以上为齿及齿龈）

3. 历来中医喉科专业书对局部症状描写的常用辞句：如猪肝色：慢性充血。《干祖望医案》称为“晦暗型充血”。哥窑纹：小血管扩张暴露。海棠叶背：小血管扩张暴露。气子丛生：指淋巴滤泡增生。斗底块磊重重：指咽后壁淋巴滤泡团块状增生。斗底如芥芒刺：指咽后壁淋巴滤泡散在性增生。上生齿刺：淋巴滤泡增生的严重者。同时咽部角化症，也用此词来描写。白网油状：指后壁粘膜萎缩。斗底斑斓：指咽后壁污红。

第四章 历来对咽喉口齿生理功能作用的认识&

“未知常，焉知变”。医务工作者既然是以“治变”为职责，那末应该首先要了解其“常”。为了更好地认识咽喉口齿方面的病变，对于它的生理功能作用（即常），当然要深刻理解。

中医一切理论，总是发源于《内经》。虽然历代先哲们的补充发挥，起到了一定的发展与广大，但是总不能雷越出《内经》的范畴。所以这里引用的，主要还是以《内经》为主。

一、咽喉

历来中医文献，总是咽喉放在一起来谈的，因之任何一部古书中不可以找到两者单独讨论。尽管有时也可以咽喉分论，但一到临床上即无法分开而混在一起。反观现代医学，咽是咽、喉是喉，解剖、生理、病理、治疗一直明明白白地分开。为什么？因为西医是“梯型”的，由鼻咽、口咽、喉咽到喉，是从上到下的。中医则呈“屏风型”，为两者骈立。也就是把气管上端为喉，食道下端为咽。这样则口咽、喉咽为气、食共同占有的领域，就无法分开了。所以中医的喉，不一定是西医的所谓之喉，中医的咽，也不一定是西医的所谓之咽。尽管中医把咽与喉明确地排列成屏风型，可是其排列的位置也因各家的见解而不同。以下是各家的说法：

1. 并行说：《太平圣惠方》：“咽与喉咙，并行”。

2. 咽左喉右说：《喉科指掌》：“喉有二孔，左为咽，右为喉”。

3.咽前喉后说：《喉科秘本》：“咽在喉之前，喉在咽之后”。

4.咽后喉前说：《医碥》开卷第一卷第一篇第一句就是：“喉在咽前”。

至于宋初，认为咽喉有三：咽、喉、咙。但不久就被《苏沈良方》否定纠正。咙在何处？《普济方》作过如此解释，谓：“咽者，纳而不出。喉者，有出有入。咙者，舌下二窍，有出无入”。这种解释，很是牵强。所以《重楼玉钥》的“一云，喉中三窍者，非”，最为恰当。

兹再讨论它的功能：

1.摄取食物：《灵枢·忧恚无言论》：“咽喉者，水谷之道也”。《儒门事亲》卷3：“咽以纳物，故通于地。会厌与喉，上下以司开合。食下则吸而掩，气上则呼而出。……相交为用，阙一则饮食废而死矣”。

这是说明，咽是摄取食物的孔道。至于为什么而能保持其正常功能？林珮琴在《类证治裁·关格》里解释：“下不得出为关，二便俱闭也。上不得食为格，水浆吐逆也。下关上格，中焦气不升降，乃阴阳离绝之危候”。这是说明正常人能保持咽的正常纳食功能者，是中焦之气有升有降（脾气主升，胃气主降）以及阴平阳秘。

2.呼吸：《灵枢·忧恚无言篇》：“喉咙者，气之所以上下者也”。《太平圣惠方》35卷：“喉咙者，可以通于气息，呼吸出入，主肺气之流气，故为肺之系”。

这是说明喉（古人经常还把咽包括在内）的主要职责之一，是呼吸。凭什么条件来能使它们平安健康地进行活动呢？《灵枢·五乱篇》的回答是：“清气在阴，浊气在阳，营气顺脉，卫气逆行，清浊相干，……乱于肺，则俛仰烦喝，接（《甲乙经》作按）手以呼”。所以呼吸的正常进行，是在乎泌浊分清，调和气血。

3.发音：《灵枢·忧恚无言篇》：“会厌者，音声之户也。口唇者，音声之扇也。舌者，音声之机也。悬雍垂者，音声之关也”。

这里虽然没有现代描述的具体与详细，但已说明了喉是发音器官，以及辅助器官对配合发音的密切而协调的合作，是十分客观而科学的。至于通过什么动力来促使发生声音？杨主瀛《直指方》认为：“心为声音之主，肺为声音之门，肾为声音之根”。所以言出成声全赖乎肺气的鼓舞，肺气则有赖于肾气的充沛，因为“精可化气”之故。他如措辞的得失，逻辑的清悖，更与君主之官的心不能分割。《法言·问神篇》说：“言，心声也”。《素灵微蕴·五声解》中解释发音是：“弦绝者音嘶”。声带像“弦”一样地振动而造成声音，这个比喻是很科学的。

二、口齿

口齿，用现代语言来说，是口腔。它是消化道的起端，具有摄食、咀嚼、辨味、吞咽、语言、保护等功能之外，舌苔、舌质更是中医的“体表诊断学”里两项（还有一项是脉诊）主要手段之一。

《普济方·口门》：“盖五味入口”（以上是摄食）。

《普济方·牙齿门》：“齿为门户，摧伏诸谷”（以上是咀嚼）。

《灵枢·脉度篇》：“心气通于舌，心和则舌能知五味”（以上是辨味）。

《普济方·牙齿门》：“夫口齿者，为脏腑之门户，纳滋味以充肠胃。……口为玉池太和宫，漱咽灵液”（以上是吞咽）。

《灵枢·忧恚无言篇》：“口唇者，音声之扇也”。《论衡·率性》：“《扬唇吻之音，聒圣贤之耳”。《灵枢·忧恚无言篇》：“舌者，音声之

机也”。《世医得效方》：“舌卷不能言，舌肿不能语”（以上是语言）。

《墨子·非攻》：“古者有言，唇亡齿寒”（以上是保护）。

至于舌苔、舌质的作用与观察，当另有舌诊专论，这里从略。

第五章 病因病机

病因，中医有三因学说。它的奠基人是张仲景。《金匱要略·臟腑經絡先後病脈證治第一》：“千般疾(《高注金匱要略》作“疾”)難，不越三條。一者經絡受邪入臟腑，為內所因也。二者四肢九竅血脈相傳，壅塞不通，為外皮膚所中也。三者房室金刃，蟲獸所傷”。已繪出了三因學說的輪廓。陳言上承張氏三條，並結合症證心得體會，認為“醫事之要，無出三因”而總結出三因學說，並撰有《三因極一病源論粹》一書。

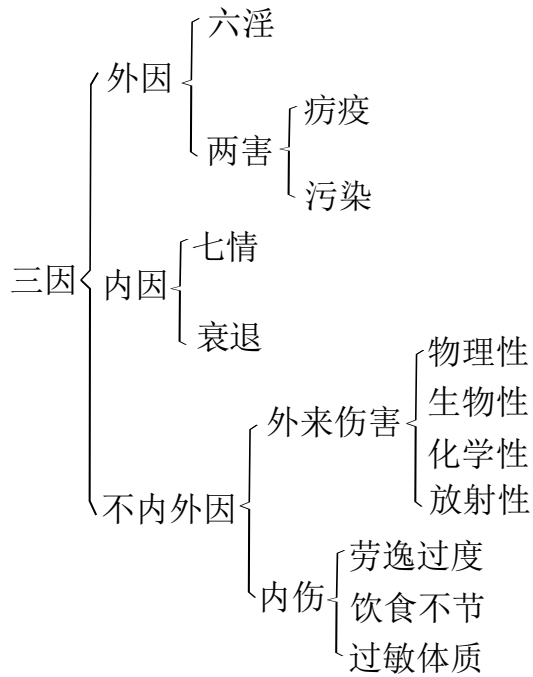
至於病機，自《諸病源候論》以後，代有發揮闡說。其實病機的產生與發展，都從病因及其演變而來。這種演變，我們習慣上用“五變、六致”四個字加以分類歸納。

五變，是必然經過轉變而形成的五種“證”。如熱盛生風，血燥生風的風；脾虛內濕自生的濕；濕久蒸化熱的熱；風能致燥，津枯必燥的燥；原陽無溫的寒。這風濕熱燥寒五證，與六淫的五證完全不同。

六致，也是六種“證”，都是其他諸“證”的終產物，沒有一個是原發的。這六致是氣滯、血瘀、痰濁、郁症、臟躁和升降失度。

三因的概念如表1。

表1



一.六淫：是风、寒、暑、湿、燥、火六种气太过，便成为淫。有益的六气是人类的生命来源之一。有害的六淫，当然对人的机体就带来了各种灾难性损害。

1.风：风为百病之长、六淫之首。以其善行而数变，所以发病都为急性的。又以它的稟性轻飘上旋，故而更多侵犯头面，在急性喉科病中，所占比例也较多。凡挟热则风热，挟寒则风寒。临床上急性咽炎、急性扁桃体炎、咽部疱疹、疱疹性口腔炎、急性喉炎、急性失音、急性喉阻塞、猩红热、血管神经性水肿等等，绝大多数为风邪所导致的。

2.寒：由于外感寒邪，阳气不得宣通透泄而出现恶寒、发热、少汗等症。例如急性咽炎、急性喉炎等。至于某些严重的急性失音(暴暗)，乃是直中肺经所致，是寒邪中最严重者。

3.暑：暑为阳邪，不管中暑、伤暑，发病都在夏天。在咽喉口齿病中很不多见，唯齿痛、龈出血、急性咽炎等病，可偶然一见。

4.湿：湿属阴邪，性粘腻而质滞重。咽喉位居头部最高之处，似乎不应有湿证。但欲知湿邪久困于下，即醇蒸雾化。这种雾化物，便是湿浊。湿浊之气已由滞重之质一变而为弥漫浮悬之物，则在人体各处都可游荡为患了。常见如口糜等。

5.燥：在喉科病中占的比例较多，但都是五变的燥而不是六淫之燥。

6.火：六淫中的火，可与热作为同词义。如更贴切一些的观察，则热为火的轻者，火为热的甚者。火证在口齿咽喉病中也为常见者，如急性咽炎、急性会厌炎、急性喉炎、扁桃体周围脓肿、急性口腔炎、疱疹性口腔炎、咽粘膜下出血等等。

二.两害：

1.疠疫：也可称为疫疠。疫是瘟疫，疠是厉气，即戾气。《疫疹一得·运气便览篇》所谓：“感其病气，而从鼻口入也”的流行性具有强烈性传染的邪气。喉病中最典型的为白喉。

2.污染：污染是外界环境（大气、水源、土壤、动植物等）中混入对人体有害或破坏环境卫生的物质的现象。早在公元前二世纪的《吕氏春秋》载有：“轻水所，多秃与瘿人。重水所，多（允重）与蹇人。辛水所，多疽与痤人。苦水所，多佺与伛人”。之后，历代中医文献均有记述可见，喉科疾病中很多慢性咽炎中都与污染有关。

3.七情：喜、怒、哀、思、悲、恐之所以能致病，是因为这种精神活动过度的强烈与持久，影响脏腑气血的正常功能。或内脏先发病变，进而再影响精神活动。凡喉科中慢性病很多与七情有关。

4.衰退：《素问·阴阳应象大论》：“年四十而阴气自半也，起居衰矣。年五十体重，耳目不聪明矣。年六十阴痿气大衰，九窍不利”。以上说明人到老年，各木器官都将衰退，这是一种生理的自然现象。

5.不内外因的外来伤害：在咽喉病中，由于物理性、生物性、化学性所而致的比较少见，临床上多见由于放射性因素所致。如头面部经过光疗之后，咽喉即干燥枯萎。

6.不内外因的内伤：过劳固可以致病，过度安逸同样可以致病。喉科瘵性咽喉异感症，绝大多数的患著，就是无所事事的人。饮食不节，恣饮狂食，多致咽喉疾病，如急性扁桃体周围脓肿、急性喉梗阻、慢性咽炎等。另外过敏性慢性咽炎也有发生。

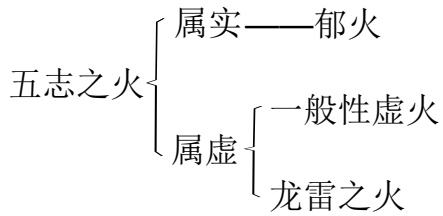
7.五变：

(1) 风：习惯上称为内风，以资与六淫之风加以区别。喉科病不多见。

(2) 湿：习惯上称为内湿。它是脾肾阳虚，运化水湿功能障碍所致。多见于口腔粘膜的慢性病如扁平苔癣、多发性口腔炎、白塞氏综合征、咽角化症、扁桃体角化症等。

(3) 热：习惯上统称为五志之火。或六淫转化，或“五志过极”所化之火，一般可分为郁火、虚火和龙雷之火三种。参表2。郁积之火，纵然有些是慢性病，但其性质仍然属实证。在喉科病中，不论什么病，都可由此而致。虚火和龙雷之火，前者多见于口腔病，后者多见于咽喉病，都是虚证。如其说得更深入一些，龙雷之火是虚中寓实。

表2



(4) 燥：燥的出现，急性的不外热病后期，阴津被烁而干。慢性的七情所伤、阴津暗耗而枯。前者常见于急性热病的后期，病情简单而易治，后者多见于慢性咽炎、萎缩性咽炎、干燥综合征等，病情复杂而难疗。至于放疗后的咽干，也较难治。

(5) 寒：在习惯上称为内寒或虚寒。由于阳气虚怯，脏腑无温所致。慢性口腔病最为多见。

(6) 六致：致，招引也，到达也。六致，就是这六种“证”，是由于其他诸证所招引的。

①气滞 它是由于某一种原因而产生气机阻滞的病变。在急性喉梗阻、扁桃体周围脓肿中偶然可见。

②血瘀 除不内外因中跌仆损伤引起的瘀症外，更多的是体内营血失于流畅而淤滞所致。在喉科的慢性的喉炎、声带炎最为常见。

③痰浊 《直指方》的：“风搏寒凝，暑烦湿滞，以至诸热蒸郁，啖食生冷煎煨，腥羶咸齏，动风发气等辈，皆能致痰也”。这说明好多外因、不内外因的都可以产生痰浊。《三因方》的：“七情汨乱，藏气不行，郁而生涎，涎结为饮”。说明七情也能生痰。它是喉科病中急性颌颌漫肿、颌特维氏颈炎、急性咽梗阻及慢性的声带肥厚、室带水肿等病之因。

④郁症 郁症习惯上称为六郁，是气、血、湿、火、痰、食等壅遏失畅，述有《证治彙补》所谓：“七情不快，郁久成病，或为虚怯”的郁。前者属实，后者属虚。喉病中癔性咽喉异感症，独多郁症。

⑤脏躁 这种病在体格检查时没有任何病变，但常有各种不同的表现，如无故哭笑悲欢，听觉视觉发音出现异常。一般情况下，不会影响个人生活自理。在喉科中最多见于癔性失音和癔性咽喉异感症。

⑥升降失度 人的活动与生存，都是在矛盾中求统一。一旦失去统一，即失去平衡，则非病即死。例如阴阳、气血、营卫之外，还有升降；脾应升、胃应降。升降有变，相互颀颀，以维持人体阴阳平衡。反之则升降失常，病由此而生。在口腔病中多为一些顽固性慢性病。

病机的发展变化，直接关系到疾病的预后，凡正气能够祛邪，并修补好为邪气所造成的机体损害，使恢复到正常状态者，就是痊愈。凡正气荡然，邪害嚣张，机体被损害到无法承受时，则预后不良。凡邪害不能彻底消除，或邪害虽去，而被邪害所损害的机体一时或永久无法修补恢复者，则带病延年。如急性病中的坏疽性口腔的齿落龈缺，慢性病中的槽骨骨髓炎的颜面受到破坏者，以及口腔、咽喉的恶性肿瘤。

综上所述，洞察、掌握病因病机是辨证论治的关键环节，这一点必须要牢牢记住。

第六章 辨证

辨证，是中医根据祖国医学理论，以各种诊察方法为手段、以各种辨证方法为准绳来明辨各种不同的证候。从脏腑、经络、舌诊、脉象以及检查所得的阳性体征等，从整体观念出发，分析病人的体质特点及其对疾病的反应，结合发病时令、地区、环境差异等因素，研究其致病原因与发病原理的普遍性与特殊性，于同中求异，异中求同，作出确切的诊断，作为论治的根据。

一、对症投药与辨证论治

对症投药，就是头痛投止痛药，呕吐投止吐药，泄泻投止泻药，失眠投安眠药。辨证论治则不然。辨证，祇要掌握了证，不管是什病，凭证来作为处理的依据。

举例一，风热型的流感、风热型的咽炎、风热型的肺炎、风热型的血管神经性水肿、风热型的腮腺炎、风热型的巩膜炎、风热型的脂溢性脱发，我们祇要掌握住“风热”，就可以统用疏风清热法来治疗。不管它是什么流感、咽炎、肺炎、血管神经性水肿、腮腺炎、巩膜炎、脂溢性脱发，这称异病同治。

举例二，咽炎，开始为风寒，即用辛温解表法。之后化热，即改用清热利咽法。热盛不退，里实便秘，则马上改用通腑清热法。之后转成慢性干而不渴，可用参苓白术散。如其干而奇渴，则用六味地黄汤。这称为同病异治。

正通过这异病同治、同病异治，就体现出辨证论治的精神实质。

证的表现，有些是单纯性、明显的，但也有复杂的、隐晦的，甚至错综迷离、矛盾百出，更有甚者以假象出现（寒极似热、热极似寒，阳盛格阴、阴盛格阳），给认清证候增加了认识上的难度。

二、怎样诊察与辨证

诊察与辨证的武器，当然是四诊、八纲，但诊察喉科疾病，要在望、闻、问、切四诊基础上，加上一个局部检查法。

望、闻、问、切，基本上都是指全身的检查。虽然闻诊之一的嗅，如口腔病闻到焦臭味的属热、粪味的属胃热、抹布味的属湿、尸臭味的属坏疽性炎症及肿瘤。闻诊之二的听，喉科医生凭病人发“啞”音时的声音来辨别嘶哑的病种等等。但这个闻是属局部的“查”诊。此外对增殖体的扪、舌体上硬结的摸.....，虽属于切诊，但可称为局部检查法。

此外，局部检查法尚有特殊用途，如嘶哑症，如用四诊方法诊察不出来，就“无证可辨”只好以体质的强弱、病程的修短、舌苔的有无来纳入“金破不鸣、金实不鸣”虚实两个范畴中去。此症，可用喉头镜进行局部检查。

至于具体的检查方法，日新月异的发展，这里无法介绍。但有一言至关重要，就是包括物理、生物、化学、光学、声学、电子.....在内所查出的阳性症状，是不能为中医所利用的。一定要用中医理论作指导，把它溶解成中医学能吸收的东西，然后纳入综合分析的“辨证”中去。

在各种辨证方法中，八纲辨证居其一，八纲中，寒热、虚实、表里六纲，已为众所周知，今从略。编者在数十年喉科临床中，把标本、体用也提到辨证纲要的位置，我们常说的十纲，就是指寒热、虚实、表里、标本、体用而言。

1.标本：它所指者，是多方面的，如主次、轻重、缓急.....等等。用于医学上的标本，以人体与疾病来言，人是本、病是标。以疾病言，病

因病机是本、症状是标。以新归病言，原发病为本，继发病为标。以三因言，内因是本、外因为标。以疾病危害性言，危害程大的为本、小的为标。以脏腑言，脏病为本、腑病为标。

标本为纲，古书也有记载。如《素问·至真要大论》：“六气标本，所里不同”。《灵枢·师传》：“春夏先治其标后治其本。秋冬先治其本，后治其标”。《灵枢·病本》：“先病而后逆者，治其本。……先病而后中满者，治其标”。张仲深（元代人）在《子渊诗集》中谓：“欲探六脉致调和，曷审三因正标本”。李东垣《试效方》：“夫治病者，当知标本”。根据张、李氏的语气，标本还是诸纲之首。何梦瑶的《医碥》还把标本与表里、阴阳相提并论，而且更把标本置在表里、阴阳之上。

2.体用：体，《易·系辞》：“故神无方而易无体”。其疏谓：“体，谓形质之称”。用，《论语·学而》：“礼之用，和为贵”。用是作用。由此可知，凡是有形有质的，都可称体。看不见而具有功能、作用、功用的，都是用。范缜在《神灭论》中解释得很清楚，谓：“形者神之质，神者形之用。是则形称其质，神言其用。形之与神，不能相异”。李东垣《脾胃论·五脏之气交变论》：“鼻乃肺之窍，此体也。其闻香臭者，用也”。我体会，病在体者，类似西医所说的器质性病变，如中药治疗无效，可考虑手术；病在用者，类似西医所说的功能性病变，则决不考虑手术而重赖药治。

临床辨证思维时，最好的方法，是“逐项分析，综合取舍”一法。方便准确，易学易会，误差度很小。具体是这样：

首先在脑子里拟订这样一份表格（表2）。

表2 逐项分析综合取舍表

1.运用顺序:

(1) 把诊察中得到的信息, 逐项填入症状一格里 (如表3~8)

表 3 急性耳咽管阻塞——聋

		症状	辨			证	
			理论根据	印象	分析		
诊 察	位置	上身	“伤于风者, 上先受之。”《素问·太阳阳明篇》	风邪	表证、实证, 病在肺经。因属风热, 以失于宣泄为主要原因。	风邪外束, 肺气失宣。	
	器官	耳	“肺经之结穴, 在耳中。”《温热经纬》	病在肺			
	全身	曾有感冒	“风邪伤卫。”《类证治裁·伤风篇》	失于宣解			
		暴发型	“暴聋气蒙”。《素问·通评虚实论》	气滞气闭			
	局部	耳鸣	“阳气万物, 盛上而跃。”《素问·脉解篇》	阳气旺			
			“痰火上升, 郁于耳中而鸣。”《明医杂著》	痰火			
		鸣声大	“凡暴聋而声大者, 属实。”《景岳全书》	实证			
		耳中闷	“偏塞闭不通, 内气暴薄也。”《素问·通评虚实论》	气闭			
	望闻查	检查	鼓膜内陷	阳气不升, 乃陷。			阳气不升
			骨>气	浊蒙清窍。			实证
舌		薄白苔	“微白, 寒邪补入太阳”。《伤寒舌鉴》	表证			
切脉	浮	“浮脉, 主伤风发热”。《察病指南》	表证				

表 4 神经性——聋

		症状	辨			证	
			理论根据	印象	分析		
诊 察	位置	上身	“上气不足，耳为之苦鸣。”《灵枢·口问篇》	气虚	脑为髓海，髓属肾，肾藏精。一派亏损见证。精气内夺而聋。	少阴不足，精气内夺。	
	器官	耳	“肾在窍为耳。”《素问·阴阳应象大论》	病在肾			
	问	全身	病已久	“经年不愈，谓之元虚。”《证治汇补》			正虚
			头晕头昏	“髓海不足，则脑转。”《灵枢·海论》			脑髓虚
		局部	聋	“精脱者，耳聋。”《灵枢·气决篇》			精脱
			耳鸣	“液脱者，脑髓清，耳数鸣。”《灵枢·气决篇》			液脱
			鸣声低	“肾虚者，鸣微。”《世医得效方》			肾虚
			鸣在夜间加重	“合夜至鸡鸣，天之阴，阴中之阴也。”《素问·金匱真言论》			阴证
	望闻查	检查	吕内氏短阳性	亏损于内，则不足于外。			内损
			施瓦伯氏缩短	亏损于内，则不足于外。			内损
		舌	质红	“肾亏已极。”《辨舌指南》			肾虚
	切脉	软、弱	“虚脉，迟大而软”。“肾与命门居两尺部。”《濒湖脉诀》	肾虚			

表 5 血热妄行的鼻衄

		症状	辨			证	
			理论根据	印象	分析		
诊 察	器官	鼻	“入通于肺，开窍于鼻。”《素问·金匱真言论》	病在肺	肺火逼血妄行。但太阴经多气少血之经，无大量血液以供消耗。只有多气多血的阳明经，才有大量之血。所以更可责之于胃。	肺胃积热，逼血妄行。	
	问	全身	来势较速	“有新久之分。新者……乃肺伏火邪。”《证治汇补》			肺火
			发病时头痛	“阳明所谓客孙脉，则头痛鼻衄。”《素问·脉解篇》			病乃胃
			头昏眩晕	“诸血失道妄行，此眩晕之生于血虚也。”《寿世保元》			贫血
		局部	活动性出血	“火与火斗而血逆妄行，从鼻而上越矣。”《百病辨证录》			大火
			出血量多	“多气多血唯阳明。”《医宗金鉴·外科心法》			胃经有大量血
		望闻查	检查	立特尔氏区糜烂			“热盛则肉腐。”《灵枢·痈疽篇》
	鼻粘膜充血			“在天为热，在地为火，在色为赤。”《素问·阴阳应象大论》			热与火
	舌		苔薄黄	“舌见黄苔，胃热之极。”《舌辨》			胃热
			质红	“血中热。”《中医舌诊》			血热
	切脉	数或大	“数主实热”，“大主邪盛”。《脉理求真》	实热			

表 6 脾不统血的鼻衄

		症状	辨			证		
			理论根据	印象	分析			
诊	器官	鼻	“足阳明之脉，起于鼻之交頄中。”《灵枢·经脉篇》脾胃表里	病在脾	脾气虚衰，失去统摄血的功能，血不受约束而离	脾不统血。		
	问	全身	反复发作	“久则传里（久病必虚）”《证治汇补》	虚			
			头晕头昏	“头晕者，脾气不上升也。”《内科摘要》	脾气不升			
			四肢乏力	“脾主四肢，故虚则不用。”《素问·调经论·注》	脾虚			
	察	局部	血从鼻出	“杂病衄血，……脾不能统血也”。《罗氏会约医镜》	脾不统血			
			量少而频	“肺气从上，咳嚏鼻衄。”《素问·五常政大论》	肺气上从			
			望	检查	粘膜苍白		“血脱而不华于血也。”《素问·平人氣象论》原注	血脱
	望	闻	舌	血色素低	不足者虚		虚	
				苔	薄		（无参考价值）主邪少	无邪
				淡	“脾胃薄弱，气血皆虚。”《中医舌诊》		气血两虚	
胖				“阳虚”《中医舌诊》	阳虚			
切	脉	弱小	“弱主气虚，小主气虚。”《脉理求真》	气虚				

表 7 急性咽炎

		症状	辨			证	
			理论根据	印象	分析		
诊	器官	咽喉	“喉乃太阴呼吸之门，主气而属天。咽乃水谷之道，属胃而主地。”《素问·太阴阳明篇》原注	病在肺胃	病在胃，表、风热（寒）夹痰，束于肺胃	风热（寒）夹痰，束于肺胃。	
	问	全身	发病急切	“病有新久之别，新者，……乃肺伏火邪。”《素问·金匱真言论》	病在肺		
			寒热头痛	“第三日必发寒热，或头痛，兼风寒者，须疏散。”《类证治裁》	风寒或风热		
			烦渴便秘	“热毒蕴结，胸膈不利。”《证治汇补》	热毒		
	察	局部	肿痛	“肿痛闭塞，为风痰郁火热毒上攻”。《类证治裁》	风痰		
			言语不便	“声音难出，痰涎壅滞。”《医宗金鉴·外科心法》	痰浊		
			饮食不利	“风热上壅，气不能通，咽物不下。”《喉科秘钥》	风热		
	望	闻	查	扁桃体肿胀	“此肺经积热，受风凝结而成，生咽喉旁。”《医宗金鉴·外科心法》		肺经风热
				粘膜充血	“此症感风热起，满口发红。”《喉科秘钥》		风热
				义膜	“烂斑，乃火郁之症。”《喉科秘钥》		火郁
舌				黄腻苔	“热邪痰涎，湿浊为患。”《中医舌诊》	湿热痰浊	
切	脉	洪大	“咽喉之脉，两寸洪溢，上盛下虚。”《喉科指掌》	邪在上			

表 8 慢性咽炎

		症状	辨			证		
			理论根据	印象	分析			
诊	器官	咽喉	“肾足少阴之脉，其支者，循咽喉挟舌本。” 《灵枢·经脉篇》	病在肾	病在经 肾水脏，液内竭，难濡清。 以养窍。	少阴不足，阴津内枯，相火偏旺。		
	问	全身	反复发作 久治难痊	“久则传里（久病必虚）。”《证治汇补》			虚	
		局部	干燥	“气虚火炎，咽膈干燥。”《证治汇补》			虚火	
			微痛	“劳苦而发，微红而痛。”《喉科秘钥》			疲劳	
			痒	“痒乃相火也。”《百病辨证录》			相火	
			多粘痰	“此痰乃津液所化也”。《囊秘喉书》			津伤	
	察	望闻查	检查	后壁污红			“本源不足，虚火上炎，关内上下，红色间有白斑。”《喉科秘钥》	虚火
				淋巴滤泡增生			“阴虚损肺，时生斑形苦癩虾皮。”《喉科秘钥》	阴虚损肺
				慢性充血			“劳苦而发，微红而痛。”《喉科秘钥》	疲劳
		舌质	少苔	主邪少			少邪	
红			“阴液内伤”。《中医舌诊》	伤液				
切脉	细弱	“脉虚者，此症肾虚火旺，沸腾上部而发。” 《尤氏喉科》	阴火上凌					

(2) 选择（特别强调“选择”两字）适合的各种理论根据来解释症状的产生原因。这种理论根据的来源，包括《内经》、各家学说、常规定律以及个人心得见解。也逐症逐项的“填入”表内“理论根据”一格里。为什么一定强调“选择”？因为同样一个症候，可由不同性质的“证”来造成的。例如同样一个腹痛，《素问·举痛论》中谓：“寒气客于小肠，故后泄腹痛矣”。而《素问·六元正纪大论》则称：“火郁之发，民病腹中暴痛”。再举一个脓肿的例子，《灵枢》在同一篇的《痈疽》中，既谓：“寒气客于经络之中，则血泣，……故痈肿”。但同时又说：“大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓”。你看，这两个截然不同的寒和热，同样可以适用于一个病种或同一个症，不选择怎行！就拿上面脓肿感染来说，凡是冷性脓肿——当然有它冷性的证——，那末应选择前一句。一般感染如疔肿、痈——当然也有它热证的证——，就选择后一句了。这就是选择，而且强调要选择。

(3) 对每一个症状，凭“理论根据”来分析，作出单独的（只管本项，不管其他各项）、片面的初步印象，就“填写”在“印象”项中。

(4) 然后把全部的“印象”汇集起来，用去粗取精，去伪存真的方法来突出主证。

(5) 许多印象，不可能清一色的趋于一致，也有自相矛盾的。那末再来一个“取本舍末”的手段来取其本质而去其现象。古人的“舍脉从证”“舍证取脉”，就是这个方法。且看表6脾不统血的鼻衄中“舌苔”，我们就不睬它了。

(6) 最后，作出总结性的判断，是什么“证”。

在这里有两点需要加以说明的：

其一，这里的“表格”、罗列、“填写”……并不是真正地采用实物，乃是在脑子里想的，古人称为腹稿。

其二，理论根据，不一定真正去找出典，可以取用常规的、常用的及自己的心得就够了。当然，是一定要合乎中医的理论，不能掺假、掺洋、掺弯曲的，这是原则。

第七章 论治一（内治）

治，是治疗学。为什么上面冠以一个“论”字呢？根据论字涵义，是评议、议论、评论的意思。也就是没有一定死板的规定，而是随机应变地可以根据不同情况加以评议后，再作出灵活的治疗决定。也就是根据复杂的症状，用十纲来分析、综合、判断为属某脏某经、年龄、体质、偏嗜、时令、环境、情绪、治疗经过……等客观条件，再参考它三因、五变、六致，进而制订治疗方案。这种方法，和一方一药，“对号入座”的见病投药是迥然不同的。

论治是在析因、辨证基础上随之而来的第三步手段。论治而没有辨证、辨证而没有析因，更是何从说起。所以三者步骤上有先有后，而重要性则完全相同，三者不能分割开来，它是三位一体。

《医学真传·姚序》：“潜搜默会，剔隐钩微”，正是强调析因的重要，而且还要求做到深入、细致，为辨证打好基础。《医宗必读》卷一辨治大法论第一句话就是：“病不辨，则无以治”。这说明辨证为论治铺道路。根据喉科的特点和需要，可分内治、外治和其他治法三大门，而且外治的重要性并不逊于内治。

一、治法总述

所谓内治，就是《素问·至真要大论》的“内者内治，外者外治”。因为任何什么疾病，总是病之于内而形之乎外的，诚如陈远公《洞天奥旨》一开卷就强调一切疾病，“皆脏腑内毒，蕴结于中而发越于外也”。从这样一个整体观念出发，所以内治一法，是中医最重要的一环。

随着时代的推进，各科特色与要求不同，有七方、八法、十剂、十二剂学说。我科都不太适用。喉科临床主要是攻、和、补、抢四法。尤其是抢救的抢法，“走马看喉风”，在喉科最为突出。

1.攻：一提到攻，首先想到的必然是“攻下”的泻法。当然不可否认，泻下法属攻法，但颇不全面。其实攻的涵义，是“击也、伐也”，是用武力去除掉对方的意思。用在这里，是用药物去除掉疾病，但多少有些进攻性的。凡急性咽炎、喉炎、失音的疏邪解表剂，咽炎、脓肿的通腑攻下剂，寒凉直折的失音祛寒温中剂，急性炎症性的口腔病咽喉的清热解毒剂，急慢性口腔病的利湿化浊剂，急性喉炎的风痰慢性喉炎的积痰的消痰攻坚等，都属于攻法。

2.和：是调和脏腑、阴阳以及气血津液等。疾病是乱的表现，人身一旦而乱，亟须调和来使之不乱（正常）。例如急性慢性口腔咽喉病清五志之火的清火剂，慢性咽炎、慢性喉炎、癔性咽喉异感症常用疏肝气、平胃气、开六郁、缓脏躁等调和气机剂，慢性口腔病的升提阳气剂，急性失音的宣通开窍，慢性喉炎、声带炎的化瘀破结剂等，都属于和法。

3.补：是补缺、补残、补充。凡事物碎破的、不足的、残缺的都需要补助、填充而受到裨益的，是谓补。慢性口腔病、慢性咽喉病中，很多须要补法。其中有补气血、补肺、补肾、补脾以及生津养液（补脾阴、胃阴）等。

4.抢：是抢救。在气管切开术在中国没有引进之前，喉科临床常用抢法。如急性喉梗阻的劫痰救室，化脓性扁桃炎、扁桃体周围脓肿导致的败血症、猩红热等解毒护心，某型危症白喉的回阳固脱等。

二、治法分述

尽管每方有每方的主要作用，如解表、消炎、补益，但很多一方兼有两种甚至三种以上的作用。例如防风通圣散的表与通里，仙方活命饮的博及解表、清热、解毒、理气、化瘀、消痰等多功能。

1.疏邪解表：

（1）辛温解表：一般外感侵及口腔咽喉者，尚在浅表，所以用解表法来表而出之。凡具有发汗、解肌、透泄等作用的方药，统称解表剂。凡由于外感风寒而致的急性扁桃体炎、急性咽炎、急慢性喉炎、风寒齿痛等症，大多有恶寒发热，头痛，颈项有牵制感，关节酸痛，无汗或少汗等，所以用方取药，就是须要宣通卫气，发散风寒，也简称辛温解表。常用代表方有荆芥败毒散。在喉科最有名的方剂，是《喉科指掌》的六味汤。

（2）辛凉解表：感受风热，或风寒化热，应用本法。急性咽炎、急性扁桃体炎、急性喉炎、慢性咽喉炎急性发作、风热齿痛、血管神经性水肿等，绝大多数是风热为患。特征是具有热象，局部红、肿、热、痛明显，其全身症状为没有恶寒或十分轻微，有汗，头痛，口渴，小便赤，便秘等。常用方有银翘散、桑菊饮之类。

2.通腑攻下：一般通便的方药，统称为通腑攻下剂或通腑泻下剂。取用此法时，必须表邪已解，里实已成的阶段才能使用。在临床运用时，更宜辨别邪正的盛衰，然后考虑药力的轻重以及病人的承受程度。同时泻下剂大多容易损耗胃气、胃阴，一般应当中病即止，以免克伐过甚。喉科对慢性病及虚人多取润下。对急症及实体者多取峻下。

(1) 润下：适用于虚证、虚人及久病者。大多以慢性咽炎、慢性喉炎、复发性口腔炎等为多。因为肺阴早已亏损，津液长期不充，肺与大肠相为表里，肺枯必然肠燥，肠燥势必难固。同时更以大便，不能下通，虚火更加上逼，形成了一个恶性螺旋型循环。所以本法是取用滋阴润燥的办法，使干结润泽下行而不伤津液，取药取以含油量较多的果仁类药物。津亏者血必燥，因为津血同源。津枯血燥，肠无水份，大便那得不干结而正常。常用代表方有脾约麻仁丸、五仁汤之类。

(2) 峻下：是取用药力猛峻凌厉的力量，把实邪结热；排出体外。称之为“釜底抽薪”。凡急性咽炎、急慢性喉炎、会厌炎、扁桃体周围脓肿、急性口腔炎等，在高烧不退，大便多日不解，口渴狂饮，烦躁不宁，白细胞总数、中性无限制地增多时，可以取用。如若运用恰当，真可以达到“一制知、二剂已”的疗效。

3.祛寒温中：在喉科比较少用，仅仅用于急性病中寒凉直中的失音，以及慢性病中某些口腔粘膜病。前者为陡然接受强烈的重寒酷冷，致发音突然失声，言不能出（习惯上称为寒闭失音）。在喉科文献中也记述不多，唯《喉科紫珍集》中第十七种阴毒喉风的：“受非常暴寒，少阴证”颇相符合。后者为口腔病久病不瘥，五脏无温，阳气消失。所以前者常用半夏桂枝汤。此方出《温病条辨》，但它的前身是《类证活人书》用以治疗“暴寒中人，咽痛”的半夏桂枝甘草汤。后者常用附桂八味汤。

4.清热解毒：

(1) 清热解毒，在喉科里最多用的法则。大凡取用温药、热药而导致的副作用甚致产生流弊，显而易见，而且反应也快。误用清凉药引起的副作用甚至流弊，难以暴露，反应也更不明显。所以历来医务界

就有“与其误取温热，曷若错用清凉”的习惯。其实误用热药的流弊，正因为明显而易于补救。而误用凉药的流弊，正因为隐晦而难于发现、纠正，致许多医家、病家身受其害而不自知。同样清热解毒药的流弊，甘寒解毒比苦寒解毒要小得多，万一误用，也易于纠正。所以审慎的、经验丰富的医家，都善用甘寒解毒药。所谓甘寒解毒剂（药），主要是不采取大苦大寒的药而采用甘淡和平的药来清热解毒。论作用，当然不及苦寒的立竿见影，凌厉有力。但对夹有表邪的、津亏的、体弱的人是不会产生不良后果。此外，在甘寒剂中还有两个独具的作用，就是有滋阴生津的作用（如石膏、芦根、花粉、知母、生地、玉竹、元参）和退蒸除烦作用（如竹叶、青蒿、鳖甲、龟板、丹皮、地骨皮、甘中黄》。所以对于喉科疾病更为适宜。临床上常用代表方，有五味消毒饮、竹叶石膏汤和白虎汤等。

（2）苦寒解毒：这是采取大苦大寒药组成的苦寒重剂。凭它的寒凉直折之势，把炎炎不可向迩之火镇压或消灭，其效果比甘寒的明显、迅速。故如急性扁桃体炎、急性咽炎、扁桃体周围脓肿、急性会厌炎以及急性严重的口腔炎症，大有非此不可之概。常用代表方有黄连解毒汤、银花解毒汤之类。喉科历来常用的为加减三黄凉膈散。不过苦能生燥，津亏者慎用。气血遇寒则凝，气血不足者慎用。寒能遏火，表邪未清者慎用。

5.利湿化浊：轻湿为浊，重浊为湿。湿多滞留于下体，浊能弥漫乎上身。两者基本相同，区别在轻重、浮沉之间而已。

这种利湿化浊法，很少用于咽喉病，独多用于口腔病。以其证情的各异，在利湿化浊法中更有层次之分，一般常用的五类：

（1）芳香化浊法：湿性重而粘腻，很少直犯头面。浊则轻而弥漫，因之氤氲上腾，祸及口腔。口腔喉舌之所以平安康健，全赖轻清阳气

的清濡煦养。一旦湿浊上熏，或湿浊与外邪结合，于是浊蒙清道，轻清的阳气遭受阻遏。其表现于口腔者，即气发臭腻，各种急慢性口腔炎的层出不穷。出清阳的上窍，一变而为阴霾充斥之区，芳香化浊法，正为此而设。用于喉科以藿香正气散可作代表，同时也可用：升麻、葛根、菖蒲、白芷、藿香、佩兰、六曲、半夏曲、羌活。

（2）淡渗利湿：所谓淡渗，便是使用淡味利湿药为主，使湿从下焦排出，它的缺点是药力较缓，但优点是不伤津液，对老人、弱者、久病、阴虚者毫无流弊。常用方有八正散加减。但很多的慢性咽炎、慢性喉炎病，大多是本属阴虚而标有湿热，因之要求利湿而不能伤阴，滋养而不可助湿。可是两者总是桉凿难以揉治，所以在这样一个具体情况之下，只有选用甘露饮最为适宜。不过此方仍然嫌它滋阴有余，渗湿不足，因之临床时还要斟酌调整。

（3）清热利湿：这种方法是使用苦味燥湿和利水清热的药物来治疗湿热证。因为湿与热，往往常结合到一起，所谓“无形无质之热”，每藉有形有质之湿邪以为依附”。喉科中仅仅急性口腔病中偶然出现这型湿热症，常用代表方有二妙丸，萆薢渗湿汤之类。

（4）醒脾燥湿：《类证治裁》：“湿症，内生者，水谷生冷，由脾阳之不运，经所谓诸湿肿满，皆属于脾也”。脾为上藏，生性恶湿，所以内则脾阳不振，外则生湿之源侵袭，一经湿困，脾阳倍形受困，在习惯上称为内湿，较多慢性口腔粘膜病，大多为内湿所致。因之我们既要燥以去湿，同时更需振作脾阳。经过振奋，喻为沉睡的脾气即可苏醒。常用方有五苓散。其中桂枝的鼓舞脾阳，白术的健脾燥湿，更是神来之笔。

（5）健脾制湿：脾主运化水湿，脾一虚则运化功能衰退，即引起水湿停滞。水湿的停滞，反过来再损害脾的运化。出现于喉科病种中，

都是口腔粘膜的慢性病（角化症除外）。治法首先健脾，脾土一健，内湿自除。常用方有六君子汤、异功散及参苓白术散之类。

6.消痰与攻坚：中医的所谓痰，除指呼吸道分泌的病理性产物之外，还泛指包括着机体内一切积滞于器官组织内的败津腐液，绝大多数是可以看到的粘液物质。但也有看不到的，如美尼尔氏病痰蒙清窍的痰，癔性咽喉异感症痰气相凝的痰等。不过不管看到或看不到的，都可以分为风痰、寒痰、热痰、燥痰、湿痰、顽痰、结痰以及脾虚之痰或肾虚之痰几种，所以治法也有所不同。

口腔病很少有痰证，咽喉科很多，所谓“急症风热痰，慢病脾肾衰”。其实慢性喉病中痰证也不少。消痰方法也很多，常用的有：

（1）消风痰：由急性感染的风邪激惹导致的痰，一般称为风痰。常见于急性扁桃体炎、急性咽炎、急性喉炎、急性会厌炎及急性喉梗阻等。常用方有加味六味汤。

（2）温寒痰：在理论上说，气血遇寒则凝滞，诚如林珮琴氏《类证治裁》所谓：“寒留则水液不行”。不行则滞，滞则败，败则成痰。但在喉科来说，寒痰一证，十分罕见，偶然在急性喉炎中可能遇到。治法当以温中化痰，常用方为理中化痰汤。

（3）清热痰：火可烁津炼津为痰，所谓“火为痰之本，痰是火之标”。因之一切疾病，由于热证为多而热痰也相应而多。所以喉科痰证，也不例外的以热痰为多见。例如急性咽喉病而出现痰证者，大多属热痰。常用法为清热化痰，代表方为清气化痰汤。慢性咽喉病中，纵然是久病，但也有热痰证出现，这型热痰，常用黛芩化痰丸。

（4）润燥痰：燥痰证多在阴虚体质的慢性咽炎、干燥性咽炎、萎缩性咽炎出现。这是肺虚津槁，燥气乘之所致。凡慢性咽炎症状，除干

燥之外，十之八九是燥痰。所以一般消痰方药，都不能用。致于具有香燥者，更有使津液枯者更枯、槁者更槁，祇有清肺生津以化痰，才是中肯之法。这种方法，称为燥痰润之。常用代表方有清肺饮或消燥汤。

（5）理湿痰：感受外湿过重过久，致中州被困，阳气不振，津液浊化成痰。此外，湿浊内停一久，脾气困顿，不能运化水湿，水湿与津液停聚而成湿痰。例如癔性咽喉异感症、长期口糜口疮等。但一般喉科中湿痰证属于少见。治法为燥湿化痰，常用方有二陈汤或指迷茯苓丸。

（6）攻顽痰：指顽固难化的痰证。喉科中以室带长期水肿，肥厚超越，粘膜不充血或充血而晦暗惨淡者为最典型。常用方为加减四海汤或礞石滚痰丸。亦可在方中加毛茛菪、天竺黄、昆布、煅瓦楞子。

（7）消结痰：结聚有形可睹者，习惯上称为结痰。例如咽部潴积性囊肿、舌下腺囊肿之类，最为典型。常用方有四海软坚汤，但效果不很理想。

（8）健脾制痰：用补虚手法来消痰有二：一为健脾制痰，一为益肾制痰。但喉科没有肾水泛滥为痰一证，故而益肾制痰一法从略。《明医杂著》：“痰之动，湿也，主于脾”。所以脾运失健，内湿自生。一方面湿滞则津滋腐化，一方面脾衰乃不能升清化浊，于是产生痰浊。所以促使土气振作，坤德一充，于是升降尽职，内湿失酝酿的温床，痰何从而来？这是杜化痰之源，绝生痰之本，故号以“制”。常用方有参苓白术散或健脾丸。严格的说，前者是补脾，后者为醒脾。

7.清火：这里的火，是脏火，又称五志之火，并非外感的热毒之火。但出现于喉科的，以心火、肝火、肺火、胃火和相火为最常见。

(1) 清心火：多在口腔病尤其是舌病中出现，都为心经火旺所致。其实心火一词，有广义与狭义之分。凡属于手少阴经者，是狭义的心火。心为火脏，在五行为火，在八卦为离，在方位为南，在天干为丙丁，所以一切实火的称为心火者，是广义的心火。这里所指的是狭义与广义并存。常用方有轻者导赤散，重者泻心汤。

(2) 清肝火：首先分清肝火、肝气与肝阳。肝火，是火出肝经，为肝的机能亢盛而出现有余之象，它表现于目赤面红，烦躁易怒等等。肝气，肝性条达而喜疏泄。如情志不舒，怒恼郁悖等影响它的条达疏泻，就会引起肝郁不舒，木气横逆，这种机转，便称肝气。疾病中肝气犯胃，最属典型。如癔性咽喉异感症，很多由于肝气。肝阳，又称肝风。它是肾阴不能滋养于肝，即所谓水不涵木而致。它的机制是肾阴不足，连锁反应到肝阴不足，阴不维阳，则肝阳偏旺而上亢。表现于临床者，常为伴发血压增高，头痛目眩。如慢性咽炎中即有并发上述各症。

喉科独多肝火，基本上胆火也在其中，盖为表里故也。治法是清肝泄火。常用代表方为龙胆泻肝汤或清肝汤。

(3) 清肺火：肺火是指肺有伏火无疑，但内中有实火与虚火之分。凡口腔咽喉的急性炎症，绝大多数为实火。当从清肺泄火为法，常用方有新泻白散。慢性咽炎、慢性喉炎而苦于干燥裂痛，伴以烧灼感者，大多为肺经虚火。治法当从轻清轻养为妥，常用方有养阴清肺汤加桑白皮、山栀。

(4) 清胃火：胃属阳明，阳明经多气多血，所以热证、火证独多，而且辛热炙烤致火品，首先进入胃腑。口腔属脾，脾胃相为表里，咽本属胃，胃火之炎循经上犯，口腔咽喉当然首当其冲。所以喉科为胃

火导致的病，更为多见。一切急性病，基本上都属胃火。清胃方药，常用者轻证取白虎汤，重证取凉膈散。

(5) 制相火：严格的说来，相火是与君火两者配称而言。君火为火中之火，相火乃水中之火，两火配合，可以温养脏腑，鼓舞气血，使一切功能活动而得以生存，不是病态。但一旦而相火过旺，则成龙雷之火而伤人身。肾为阴脏，内藏水火，两者必须保持相对平衡。如其肾水亏损太过，则可肾火偏亢。偏亢到一定限度，即成病理性的龙火内燔。在喉科中的慢性咽炎、慢性喉炎及少数牙齿病中，都能见到。这种龙雷之火，不能水折，祇能抚安。常用方法是育阴潜阳，常用方虽多，但喉科则以育阴煎最为合适。同时也可加以取舍，如再加龙骨、龙齿、牡蛎、石决明、珍珠母、磁石、代赭石之类的潜阳药物以增强潜敛肝阳。

8.疏调诸气：所谓气，所指很多。第一类为指人体内气机的运行变化，如卫气、宗气、原气、元气、谷气、营气等。第二类是指脏腑组织的活动能力，如胃气、肾气、脾气、肺气等。第三类指脏腑机能失调而引起的各种病理性变化，如肝气、浊气、火气、湿气等。这里所言的气机，都是第三类。疏调诸气法，就是消灭第三类的气。

(1) 疏肝气：人身诸气中以肝气最易发病，尤其是“女子肝常有余”的女性（参阅上节“清肝火”）。其治法则用“木郁泄之”，常用代表方以逍遥散最为多用。

(2) 潜肝阳（参阅上节“清肝火”）它的症状，大多发生于慢性咽炎的干燥、灼痛、微痒……等等。而且还伴以明显的全身症状，如面部烘热，口干咽燥而饮水难润，睡眠不宁，心烦善怒，血压升高。舌质红绛，脉细小弦劲等等。治疗起来，往往常与养阴并进，因为它的产生由于肾水不济，木槁自焚。所以不添水源而徒恃平火，不是求本之

法。常用方有知柏地黄汤加龙骨、龙齿、牡蛎、石决明、珍珠母、白蒺藜、菊花、夏枯草之类的潜阳药物。

(3) 平胃气：脾气以上升为安，胃气以下降为顺。一旦饮食所伤，精神刺激，或胃火冲逆，肝气凌侮，也有痰湿内滞等等情况下，都可致胃失和降，甚至上逆。这种情况多见于癔性咽喉异感症或慢性咽喉炎的异物感特别严重者。常用平胃镇逆方剂中以旋复代赭汤为代表。

9.开六郁：郁证，是情志不舒，胸怀悒郁，甚至精神创伤所致的气机郁结的一种病证。此外，还有气之滞、血之阻、湿之困、火之郁、食之积、痰之凝达到极点而难以疏解的程度者，也称郁症或六郁。不过前者属七情，后者属外伤。以郁字的涵义来讲，就是壅遏不通之意。朱丹溪曾谓：“气血冲和，万病不生。一有怫郁，诸病生焉”。喉科中除明显的癔性咽喉异感症外，还有不少并发伴随的郁症。郁既然是郁结，治疗当然应以开、解。常用代表方，七情之郁用逍遥散，外伤之郁用越鞠丸。

10.缓脏躁：脏躁一症，是一种常见的神经官能症，多见于青年女性，所以《金匱要略》中就直称“妇女脏躁”。常由精神因素使君主之官神明失调而致。它的临床表现十分复杂。在喉科中多见于癔性咽喉异感症与癔性失音两病。脏躁由于肝急，所以运用“肝苦急，急食甘以缓之”的方法来处理。常用代表方为甘麦大枣汤。

11.升提清阳：清阳指体内轻清升发之气，浊阴指体内沉滞重浊物质。《素问·阴阳应象大论》谓：“清阳出上窍，浊阴出下窍”，也就是说，阳主气，轻清上升，产生于头面五窍（出：《易·说卦》：“万物出乎震”的出，就是作“产生于”解释）。阴主形，沉重下降，故浊阴产生于下身的两阴。一旦升清降浊的机能障碍，清阳不升，浊降必然不降而上僭，于是号称清窍的五官全被浊阴之气弥漫笼罩，致清窍不清。在

口腔则口糜口疮，长期不愈。在咽则角化，在喉则嘶哑，不一而足。所以针对这种情况，必然取用升清升阳一法。李东垣拟订了不少升清升阳的名方，其中必不可少的是升麻、柴胡、葛根及羌活。临床常用的为补中益气汤或益气聪明汤。

12.宣通开窍：开窍一词，包括两个截然不同的内容。大多是指治疗神志昏迷者，因为心窍受邪而闭塞，用药物来使神志清醒。如清心开窍、化痰开窍、逐寒开窍、芳香开窍等。但喉科的开窍，专指开启七窍之窍。因为咽能吞纳，喉能呼吸、发音，都是清阳上举，宗气温煦而诸窍通利，成为“空清之窍”。一旦邪浊蒙蔽，非但失去正常的功能，而且还要有病，这也就是《素问·四气调神大论》之所谓：“邪害空窍”。这里的邪浊，有外因的也有内因的，尽管有所不同，治法有异，但开窍的后果是一致的。有专用的开窍药如麝香、冰片、菖蒲、路路通、漏芦、连翘心、马兜铃、蝉衣等（作用大小，以次序作区别），可在各种方剂中适当地、有选择地加入。对急性失音中应用“引子药”，也是常规方法。

13.治营理血：治营理血方法，古来论述最多。喉科以止血、化瘀、破结与补血四法为要（补血法，见下补法中）。

（1）止血：适用于急性、慢性的齿龈衄血及各种不常见的出血症。凡由于血热者，取清降法，常用方有茜根散。由于脾不统血者，取滋养收敛法，常用方有养血归脾汤。恶性肿瘤的大出血，则用独参汤。普通一般性的，可用十灰散（丸），严重的犀角地黄汤。凡兼高血压者，以潜肝阳为第一要务，宜羚羊角。

（2）化瘀：所谓化瘀，是活血的目的。所谓活血，是化瘀的手段。喉科多见于声带慢性充血、声带血性息肉、室带或披裂肌长期水肿

等。因为咽喉位处头面，所以《医林改错》的通窍活血汤与会厌逐瘀汤最为合适。

(3) 破结：结，《淮南子·汜论》：“凝滞而不化”，所以它是瘀滞达到了极点。一般活血化瘀的方药，对它已不能发生效用，所以不能不采用峻剂猛药来攻而破之。最典型的顽固瘀结，乃是喉科病中室带或披裂长期水肿，至今在国际上还很少办法。应用加减三甲散，有时还同服小金丹，有临床疗效。

14. 利气散结：人身的气血运行，保持着相互对立、相互依存、相互平衡的颀颀中。气为阳，是动力之源。血为阴，是物质基础。营血在经脉中之所以能周流不息的运行着，正是有赖气的鼓舞推动作用。所以气滞则血也滞，气行则血也行，这叫“气为血帅”。但反过来说，气也要依附着血的物质基础而才能发挥其作用。假如没有血，气也无法存在，这叫做“血为气母”。血属阴，气属阳，气血关系，也就是阴阳关系，这也体现出“阴阳互根”的道理。

在正常的气血流行过程中，它是很有节奏的，也非常安谧宁静。所以《灵枢·卫气行》篇里说是，卫气的运行，和天地同步运行，在一昼夜中，卫气循行于全身五十周次，白天和黑夜各二十五次。这种学说，现在经过科学证实，是一种“生物钟”，乃在生物机体活动变化的规律中所构成的。

气滞一证，在喉科病中并不多见。常用方为木香流气饮及其加减方。

15. 补：《周礼·小行人》“则会赙补之”的补，作帮助讲。《史记·六国表》“补庞城籍姑”的补，作修破讲。《汉书·董仲舒传》“又将无补与”的补，作受益讲。因之中医补法，是通过外在的帮助，起到修破作用，终于机体获得了受益。喉科病的补法，大致上有以下几种：

(1) 补血：血虚证多见于慢性病或并发症。补血常用方为四物汤。

(2) 补气：气虚证也多在慢性病中出现，最多在失音病。常用方是四君子汤。但以口腔咽喉高居头面，因之选用有升提作用的补中益气汤或益气聪明汤，更为恰当而效。

(3) 气血双补：喉科所有慢性病，都可以有气血两亏者。常用方为八珍汤或十全大补汤。但十全大补汤中有肉桂的鼓舞阳气，所以在某些病中，疗效比八珍汤明显。

(4) 补肺：喉属肺窍，所以肺在喉科病中较为重要，尤其是喉结核。常用方有补肺阿胶汤。

(5) 养阴补肺：这是补肺法中另一个格局的治法。所谓肺阴，是濡养肺脏的津液，或称肺液。这种肺阴是水谷精微之气所化，与肺气（肺气是指肺的功能活动）相互为用，同样为肺功能所不可缺少者。凡在疾病——最多为热性传染病——或机体某一部份的损害，很容易灼伤或暗耗肺阴。针对肺阴受损的办法，就是养阴补肺。例如慢性咽炎、萎缩性咽炎、慢性喉炎、咽角化症、喉结核以及白喉后期的恢复阶段等，此法为常用之法。代表方为养阴清肺汤和增液汤。慢性病宜养阴清肺汤，急性病宜增液汤。

(6) 肺肾双补：也称肺肾同治，是同时治疗肺阴虚和肾阴虚的方法。它最多见咽喉的长期慢性病中。常用代表方为百合固金汤之类。

(7) 壮肾阳：肾阳亏，就是原阳不足。经常在久病难痊的口腔病中遇到，当然不如肾阴亏为多见。方药以桂附八味汤最为常用。但右归饮更为理想。

(8) 补肾阴：在传统习惯上，凡是慢性咽炎、慢性喉炎，一律强调补肾滋养一法。但应该在明确排除脾虚以外，才可考虑采用。常用方有众所周知的六味地黄汤（丸）和大补阴丸。

(9) 滋阴潜阳：肝为阳脏，喜动而容易拔扈，但有阴脏的肾，用它的至阴之水来控制着肝，在正常的情况之下，就是这样。一旦肾制肝的能力差了，肝即不服管制而横逆起来，这就是肾虚肝亢，也叫阴亏阳亢。咽喉的慢性病，很多为此证所造成。治疗方法，就是一方面滋补肾阴以增加其驭肝能力，一方面把肝的嚣张之势挫折下来，这一扶一抑的手法，就是补肾平肝，也称滋阴潜阳或育阴潜阳。临床可用高鼓峰氏的滋肾生肝饮和滋水清肝饮。

(10) 益智补心：舌为心苗，言为心声，凡大虚大羸的舌病、喉病，就可考虑补心。心虚证在喉科纵然不多，但也偶见。常用方有天王补心丹或柏子养心丸。

(11) 心肾双补：在健康人正常情况下，心居上焦，肾处下面，但两者是相互协调、相互制约地彼此交泰，保持着动态的平衡。一旦肾阴不足或心火妄动，两者的协调就被破坏而引起生理失常而致病，这叫心肾不交。在喉科疾病中，虽然没有全由心肾不交而致病，但很多与咽喉病同时出现。常用方以《罗氏会约医镜》的心肾交补丸最理想。

(12) 醒脾：在传统喉科里很少谈到醒脾或补脾的，一般慢性病都是强调补益肺肾的。可是临床实际证明，需要从脾土入手的，并不亚于补肺益肾。脾属土脏主湿，所以口腔溃疡、某型扁平苔癣等，都与脾气不振，湿浊久停有关。常用的醒脾方剂有健脾丸。

(13) 补脾：补脾与醒脾的概念不同，补脾法是以补为主，因为脾先失去健康而无力以自救，于是内湿自生，脾荣枯萎。醒脾则一方面排

除湿浊，一方面刺激它本身自己的能力来图强振作。它的脾气还没有达到真正衰弱的地步。需要补脾的，乃是它自己的能力已到了消失的地步，非用外力来填补不可。可见于阴虚的慢性咽炎。常用方有参苓白术散。

（14）培土生金：培的是脾土，生的是肺金，而最终目的还是要平添肾水。《医彻·消症》：“闻之一毫窍中，皆有生气。所云生气者，则津液也”。皮毛得之以润，肌肉得之以温，节关得之以活动，五官得之以视听言嗅，尤其是口腔咽喉，还要足够有余的津液来淌养。所以在喉科病中，最重要的一环是保养津液。在排除了脾虚不化精微所导致的慢性口干症、慢性咽炎、慢性喉炎之外，都是养津法的适应症。养津一法，有从脾、从肺、从肾三者，这里是从脾的，取用方药，就是上节的补脾法。但更要进一步深入，上法是仅仅补脾阳，在这里应该顾及脾阴，参用些滋养脾阴胃阴药物，如麦冬、生地、石斛、知母、元参、玉竹之类。

（15）益肺生津：肺为娇脏，容易起燥，独多见于一切慢性的咽喉病。所以补肺药物，大多为滋润之品。常用代表方，急症有沙参麦冬汤，慢性病有养金汤。

（16）补肾生津：肾为水脏，所以补肾即是生津。常用方有六味地黄汤或左归饮。

16.抢救：“走马看喉风”，所以喉科医生，首先要掌握一套抢救技术。主要掌握劫痰解室、解毒护心和回阳固脱三法：

（1）劫痰解室：这个治法，为喉科所独有，也是“走马看喉风”的抢救中最典型的一法，专用于急性喉阻塞。在出现呼吸困难、痰声如锯、三凹出现、声音改变、氧气缺乏时，应急切取用、必用之方，为雄黄

解毒丸。四味药一半为剧毒药，尤其是巴豆，有斩关夺门之功。小儿不用巴豆，改用猴枣。

(2) 解毒护心：凡急症重症而导致败血症者，中医目为毒入心胞。其中常以扁桃体周围脓肿、化脓性扁桃体炎、唇疔最为多见。抢救措施，当急急解毒护心。常用方除犀角地黄汤之外，还有紫雪丹、安宫牛黄丸之类。

(3) 回阳固脱：三个急症中，回阳固脱最为少见。一般在正气极度衰弱的重症中出现。临床表现，为汗出不止，四肢冰冷，气息微弱，神志迷糊，脉微欲绝的休克时，急用回阳固脱法来抢救。常用方有附子理中汤或独参汤或参附汤。

三、咽喉口齿科专用药

1.咽喉：

一般引经药：桔梗 马勃

风热致痛：薄荷 山豆根 前胡 牛蒡子

热毒致痛：银花 金锁匙 金果榄 土牛膝根

风热致燥：蒲公英 芦根 花粉 生石膏 大青叶

阴虚致燥：黄精 玉竹 石斛 元参 沙参 麦冬 阿胶 乌梅

扁桃体在II°以上者：挂金灯 毛慈姑 马鞭草

分泌物过多者：天竺黄 莱藤子 海蛤粉

实证作痒：茜草 紫草 荆芥炭

虚证作痒：川柏与知母同用

声门水肿：胆星 竹沥 白僵蚕 楮实 角针 猴枣粉（用于小孩）

异物感：厚朴花 山查 沉香曲 苏梗 半夏 旋覆花 代赭石 陈香椽 佛手 焦麦芽

嘶哑（急性）：蝉衣 射干 麻黄 菖蒲

嘶哑（慢性）：玉糊蝶 血余炭 凤凰衣 白蜜 鸡子清

嘶哑（急慢性通用）：莱菔子 胖大海 罗汉果

2.口腔：

一般引经药：升麻

口臭：藿香 佩兰 白芷

口疮：生石膏 人中白 蔷薇花根 甘中黄

实证齿痛：马齿苋

半虚半实齿痛：红皮甘蔗皮

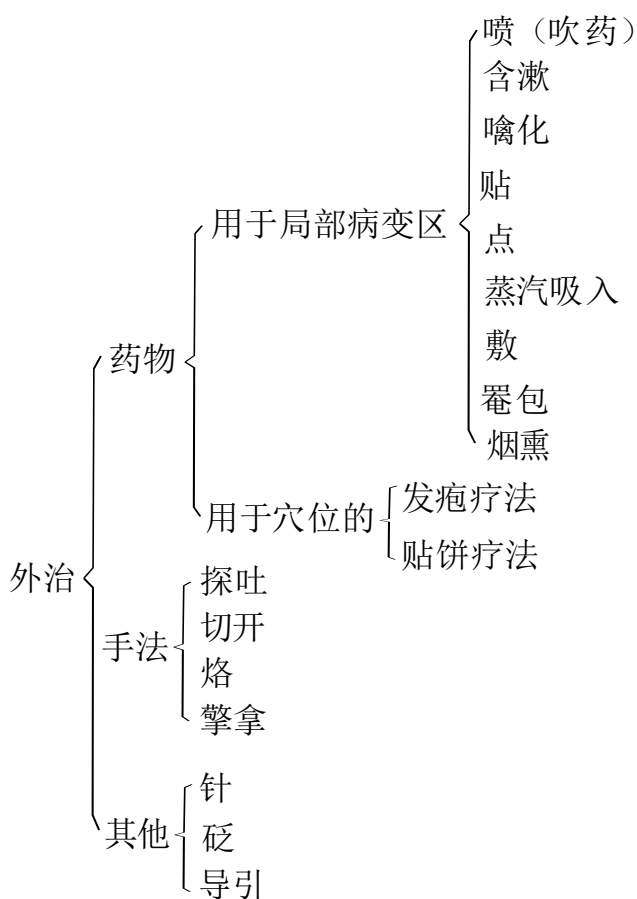
虚证齿痛：补骨脂

第八章 论治三（外治）

外治法，是指与内治法相对而言的。也就是《素问·五常政大论》所谓：“上取下取，内取外取，以求其过”的外取，就是外治法。它是利用手法或药物或配合一定的器械等施之于病员的机体外表某部或患病处，以达到治疗目的。

喉科的外治，是十分丰富，除了方剂多、药品多之外，各式各样的方法也很多。表9是咽喉口齿科外治法的梗概：

表9



一、用于局部病变区的

1.喷：江南有一句谚语，“凡有名的喉科医生，都是吹出来的”，一点也不假。任何一位有名的喉科医生，主要是靠吹药。所谓吹药，就是喷药。

中医喉科很重视外用药。外用的喷药，都为极细的超细粉剂。使用时，用喷粉器喷入口咽部（如口腔病，则喷在病变区）。要求是均匀弥散。以其形式是喷的、吹的，故而称喷药或吹药。

喉科喷药：除了研的细胜飞尘、配合巧妙、取材道地之外，最重要的是泡制加工。每一种药，都有它独特的制法。这种方法，过去是不外扩散的，所谓“传媳不传女儿”，无论哪一家喉科都不肯泄秘的。这里介绍的为浙江省嘉善县西坑钟道生氏与上海市金山县张堰何宪臣氏两家的秘传。

蒲黄 在喉科称碎金。

取材：色宜鲜黄，质地宜轻。入水不沉，能粘手，但捏之不成块者为佳。

加工：①先以薄荷煎浓汁，滤净。②把蒲黄浸入薄荷汁内，蒲黄与薄荷汁的比率为1：3。③没1~2小时，经常搅拌不息。④滤去水，加榨而干。丢弃干的渣，用水。⑤沉淀24小时，去上面的水，用沉下的粉。⑥阴干。也可用烘箱。⑦干燥后，待用。

注意：通过这样制法，狼藉很大。所以未制品务宜多备。

甘草

取材：要干燥、结实、体重，断面粉性足者。粗细当在直径0.5~1公分左右。

加工：①断为长10公分左右，去外皮，横切为薄片，厚2~3毫米。②用人乳均匀喷洒，以潮为度。③阴干。④研细。⑤密贮待用。

注意：严格忌潮。

牙皂

取材：取干燥，体积愈小愈佳（一般为不超过长7厘米，宽7毫米者），饱满丰腴。表面紫棕色或紫黑色，常有灰白色粉霜附着，擦去后有光泽者。无果柄，无蛀。断面应淡绿色。

加工：在新瓦上炙至光明而脆为度。去其两头。研细，贮用。

注意：忌潮。

黄柏

取材：以皮厚，色泽黄，扯少许投入白水中即浸出黄色者。勿带栓皮。

加工：①用荆芥、甘草等分，浓煎成汁。②把黄柏泡浸在荆芥甘草汁中，浸24小时。③去出，阴干。④在将燥未燥之际，平摊在新瓦上，慢火烤炙。⑤烤至金黄色时，用50%的白蜜汤，均匀喷洒黄柏上。其洒水程度，使黄柏潮润而湿。如有焦者，拣去不用。⑥再炙，炙至干燥质脆为度。⑦乘脆燥之际，研细末。⑧贮器待用。

注意：烤炙应透，但不能焦。

灯芯草 煨灰后称元丹。

取材：取条长、粗壮、色白净、体轻者。

加工：①把灯草平摊板上，以清水用喷雾器喷潮，其程度要潮而不湿。②取鲜竹管一节，一头留节，一头去节。把潮灯草纳入，边纳边加压，使层层压紧，要求结实。③然后，用湿的干净纸，做成塞子。紧紧塞住没有竹节那头的开口处。④入旺炭中煨烤。⑤待烟绝而通红之后，马上熄火或取出。⑥预选干净的泥地或水泥地，用水喷潮。然后把煨红的竹管放在地上。⑦用盆覆盖。⑧24小时后去出。⑨揭去竹子及塞子的灰。⑩黑色的灯草灰，研细，贮藏待用。

注意：①煨煨时防竹子爆炸。所以也可以细铁丝绕缠一下。②煨的灯草灰，灰色、白色不能用，祇有黑色可用，其色愈黑愈佳。

薄荷

取材：用江苏省苏州的为上品（产于太仓县者）。要求梗细叶小，辛凉浓厚者，色呈翠绿。

加工：①用“二刀”（生长到一定时期，用刀割去茎叶，称为“头刀”。待再产生新的茎叶而取用它，称为“二刀”）薄荷。不能用刀剪，用手折摘。②洗净，抽去叶上的筋脉。③阴半干，洒上青鱼胆汁。比例为薄荷叶90%，胆汁10%。④阴干，或烘箱烤燥。⑤乘燥，研细末。⑥绝对防潮密封贮藏，待用。

注意：研成粉末的薄荷，贮藏满一周年，即不能用。另取新采新制者。

白芷

取材：要求根条肥大，体质结实，色纯白，粉性足，香气浓郁者。

加工：①用等分的黄精，加水同煎，约60分钟左右。水不宜多，约煎到60分钟时，基本上水液也接近煎干。②去黄精。③晒干。④刮去上皮，烘烤。⑤乘燥，研细。⑥贮藏待用。

注意：绝对不能泄气。

川连

取材：需躯干肥壮，呈连珠形，无残茎毛须，结实沉重者。

加工：①切薄片，碾粗末。②平摊玻璃板上，洒以人乳，比例为黄连末90%，人乳10%。③烘极燥。④研细粉，贮藏。

注意：忌潮，忌泄气。

姜黄

取材：取长约3~6公分、直径1~2公分的纺锤形或长圆形，稍弯曲，形似姜者。质坚实，断面橙黄色，稍有光泽。

加工：洗净沙泥。煮或蒸，但俱必须蒸透煮透。晒干，去外皮，再晒到极干，杵碎，细研。

注意：贮藏要极度干燥，否则自出蛀虫。

青黛

取材：以粉细，色蓝（愈深愈为上品），质轻而松（愈轻愈好）、能浮于水面而不下沉，轻轻抖即飞扬如尘者。以火烧之呈紫红色火焰。嚼之无砂石感。平摊纸上，即刻撤去而要求染纸色蓝者。如放在铁片上面，用火燃烧，可以全部挥散，有特殊的草腥气发出。

加工：细研。

注意：要求干燥。

儿茶

取材：取不规则块状。要求黑色略带红色。质要脆而松，易碎裂。有收敛性味强，无臭。舌舐时先苦后甜，伴涩味。

加工：细研。

注意：力求干燥阴凉，忌热，更忌日光。

血竭

取材：取质硬而脆，表面黑如铁，里而红如血，断面呈玻璃样光泽，有时有小气孔。用火燃烧时冒出呛鼻的气味，烧过之后仍然红艳。如用细末，投入沸水中，不溶化而反成团聚。以此涂擦指甲，所染之红，很难洗去者。

加工：水飞。阴干，再研碎。

注意：忌阳光、潮湿。

琥珀

取材：琥珀有三种：血琥珀、黑琥珀、煤珀。取用血琥珀。取色红（也有红棕色、黄色或暗棕色）。质愈松愈好，最松者可捻之即散。透明清沏。用火燃之有爆裂声，易燃，冒白烟，稍有松香气味。舐之无味。

加工：细研。

注意：较易保存，不需特殊条件。

冰片 中医喉科重视吹药，吹药的主药就是冰片。所以喉科对冰片的选择取用，十分严格。

取材：现在冰片有龙脑香、机制与艾片三类。龙脑系龙脑树科绿乔木龙脑树的树脂经加工制成，是进口物资。刻下以我国的机制冰片的自给量提高，所以龙脑香冰片几乎不进口。因之我们现在所用者为机制冰片，但仍然习惯地称为龙脑冰片。机制冰片系以樟脑、松节油及草酸为原料加工制成。艾片系菊科多年生草本植物艾纳香的叶经加工提制而成。

冰片的选择，应取透明或半透明的片状结晶，洁白如雪，状似梅花，质地松脆，手捻易成粉末。气清香纯正，舌尖舐之，似乎有凉及风府穴的感觉。易燃，燃烧时有黑烟，燃烧后无残渣者为上品。

加工：随用随研。但因粘腻，常常研了一阵即有锅巴样结片，凝结在研钵上。此时用竹制刮刀铲除。随研随铲，随铲随研。

注意：放置阴暗凉爽处，密封于磁瓶内。每**30克**冰片，必需用红豆（非食用赤豆，是想思子，为豆科植物红豆树的种子）**15~20粒**同贮，可使光泽鲜明。

元明粉

取材：以干燥洁白，粉霜状者为佳。

加工：研。

注意：无特殊要求，祇需通风、干燥。

火硝

火硝正式名称为硝石，未制品称芒硝。元明粉末制品称朴硝。在习惯上前者性辛烈而称为火硝。后者滋润生津而称为水硝。历来喉科书上的硝，都是火硝而非水硝。因概念上的关系，大家都以为火硝难以药用，祇有水硝的清涼才是吹喉之药。所以现在家传派的取用火硝，的确使局外人所惊骇而不信的。

取材：取透明、纯洁，呈枪状长条形的结晶物，故又称枪硝。

加工：①取火硝1公斤，用等量的白萝卜，一共打烂。②加清水三大碗。③用武火煎煮使烱化均匀。④夜置露天，上覆纱布一层，如在冬天的雪地上更好，可以把盛有火硝萝卜汤的碗，一半埋在雪里。⑤翌日晨，纱布上面即有霜样物一层。轻轻掸下收藏。⑥从此，每天都可以掸取。⑦待纱布上已没有霜样物时。再煎煮一次，再如法收集。⑧连煮三次后，无霜样物，即弃去。⑨经过如此加工下的霜样物，予以研细。忌急而重，防炸。

注意：①煎时水份不能干，也不能多，过干过多，霜样物反而不多。②盛药的碗，最好用盆。这样可以盆面大而采药多。③纱布与药的距离，愈接近愈好。④天越冷，霜越多。⑤贮藏时忌热，更不能与硫黄同处。

月石 硼砂别名，因硼字取月，砂字取石而成。

取材：要表面青白色呈金刚石状，透明有光泽。能溶解于水者。

加工：研。

注意：干燥处密封保存。

石膏一般外用传统以煨者为得法。但在喉科方面，用生用煨，各家有各家的立论。所以以各家自主。

取材：取色白，块大，全身具有束针状纤维，细腻如丝，有条不紊者。体要重而质要松，捻之易碎。横断面平坦，有蜡样光泽。无臭，无味。

加工：生用者，研细。煨者，置坩锅内，在无烟火中，猛火烧透，至酥松、白色如粉样者，住火，冷却。研细。

注意：生者保存，祇要防灰尘即可。煨者，忌潮。

腰黄 这是江苏学派的重要用药，选择更应严密。它是含砷的矿石，多产于火山喷火口附近。在商品中有雄精、雄黄、雌黄、刁雄等名称。其中雄精为上品。因为雄精，加工之后，光亮透明如琥珀，古人都作为佩带装饰品挂在腰带上，故又称腰黄。

取材：入药用体重质松易碎，色呈红赤，断面红黄色或鲜红。明亮（所以也称明雄）。将腰黄在烧红的熨斗底上一划，即可留下一条赤黄色线条。打碎时发出臭气者不用。

加工：研。

注意：密封磁瓶贮藏，忌强光。

龙骨 龙骨分五花龙骨与一般龙骨两种，我们取用五花龙骨。

取材：要质硬、分层、有大理石花纹、吸湿力强者。用舌舐龙骨时一经粘住，无法拿去剥离者。

加工：第一步杵成粗粉，第二步细研。

注意：要干燥忌潮。受潮后作废。

辰砂 称辰砂者有两种，一为丹砂、又名朱砂。一为灵砂、又名硃砂。后者有毒，不能用。我们用的是辰砂。

取材：选色红鲜艳，有光泽，透明感强。不夹砂砾。不染手。

加工：一般不必加工。

注意：无特殊要求。

铜绿

取材：色绿而纯，不夹杂质，要求质松脆者。

加工：研。

注意：无特殊要求。

明矾 即白矾，铃医称破石门。

取材：要求块头大，无色，半透明，有光泽。表面有似冰的裂纹。质硬而脆，可溶于水。无臭气，味极涩。

加工：①明矾研极粗末。②放在大的活水蚌壳中，一般大的可放明矾6~10克。③少顷，即化水外滴。用器盛贮其水。④沉淀后，去水，将沉淀物阴干。⑤干后研细。

注意：干燥收贮。

枯矾 铃医称开门大钥匙。

取材：明矾。

加工：①杵粗粒，放小锅内。②下边加火。③烧至烊化开始时，将犀黄化的水，淬入。也有用人乳代替犀黄者。不论犀黄与人乳，历来

都没有一定规量。

经过煨的明矾，即枯矾，此时已成为轻泡海绵样的块状物。如用犀黄水淬的，呈淡黄色。

注意：宜置干燥处，密封也特别严格要求。

胆制矾

取材：明矾。

加工：①研成粉。②填入雄猪胆内，扎紧。③挂檐下，风吹而淋不到雨的地方。④翌年已风干。取下，剥去胆。⑤加工研细。

另法：①研细。②用青鱼胆，比例为明矾2/3、鱼胆1/3。两者同时伴均杵烂。③阴干。④研细。

注意：制作时令，应在冬至前后。贮藏如明矾，愈陈愈好。

胆矾

取材：择块大，深蓝色有玻璃样光泽。透明度高，表面凹凸不平。质脆易碎，碎块呈棱柱状，碎片光亮如水波纹。能溶于水。无杂质者。

加工：研细。

百草霜

取材：凡烧杂草的铁锅底下的煤及煤片，称百草霜。非杂草者，无用。取时，第一步轻轻拂掸去表面浮松的层煤灰。第二步，或铲或刮或掸，把煤层取下。至于紧贴着锅底的，不用。

加工：研。

注意：无任何要求，贮藏即是。

白僵蚕

取材：取质坚粉色雪白。细而直的腹部者，为雄性（粗者为雌蚕，不用）。断面要光亮，不能有牵丝出现。

加工：①将外层白粉刷去，也可用水蘸湿牙刷，层层刷清。②去头和足。③阴干。④在新瓦上焙至呈酱色为度。⑤乘燥研粉

注意：严防霉坏虫蛀。所以应干燥、密封。

壁螬窠

取材：它是蜘蛛产卵、孵化所用的在墙壁上的白色圆形物，正圆，直径2~2.5公分。故而又称壁钱。

加工：①慢慢揭下。②随即烤干致燥，其卵不必去掉。烤成为灰即不能用。③乘燥即研。注意：干燥贮藏。

犀黄

取材：取完整的，呈卵形、方圆形或不正规三角形。表面金黄色或棕黄色，细腻而有光泽。有时外层有一层薄膜，黑而光亮（故称乌金黄）。质要轻松易碎，有排列整齐的环状层纹，重重相叠。气清，味先微苦、后微甜。嚼不粘牙。以少许粉末，加水涂之于指甲上，染成黄色，长期不退者为佳。故俗称透甲黄。

加工：研。

注意：无特殊要求，磁瓶收藏。

猴枣

取材：取卵圆形，块较大。表面青铜色或墨绿色，但俱以深色者为佳。质硬而脆，断面灰黄色，中央有核。微有香气，味微苦涩，嚼之有砂性。

加工：研。

注意：磁瓶密封。

珠粉

取材：必需正真的蚌珠，大小不拘。手饰用珠不能用。过去如用饰珠者，必需把饰珠放在豆腐里，隔水煨煮。冷后再换豆腐再煮，需三次。

加工：①杵碎成粗粉。②加清水，水飞。③晒干即成。

注意：无特殊要求。

人指甲

取材：人指甲。

加工：①洗净。②用米泔水泡浸24小时。③漂净，晒干。④用净砂与指甲，放于铁锅内，加火。不停手的炒。⑤至呈黄色、松脆为度。⑥筛净砂粒。⑦研。

注意：干燥收藏。

人中白 此为浙江学派的重用药。

取材：选成块（也有成片者）物，宜大宜厚，嗅无臭气者。

加工：①取人中白放于容器中，用开水冲泡。冷后取出，再用开水冲泡。不计次数，直至无气味时为止。②把人中白直接放置烧旺的炭火上面。③将黄连、黄芩、黄柏、山梔、连翘等分，煎汤。冷却。④把烧红的人中白，急速淬入药汁中。⑤如其淬时已粉碎，则晒干。如仍成块者，再煅、再淬。直到全部粉碎之后为止。⑥全部晒干。⑦研细。

注意：干燥密封收贮。

喉科外用药（吹药），都是各种药品分开贮藏，临床应用时才配合起来使用。诊一病人，合药一次。每配一料吹药，至少2~3味，最多可达20味。不论2~3味或20味，先后有一定的顺序：①矿物药，②贝类药物，③炙燥的植物药，④炙燥的动物药，⑤植物药，⑥动物药，⑦树脂药，⑧冰片。配药的过程，第一味研了，放第二味，这时两味同研。均匀后加第三味，三味同研。均匀后加第四味，……以此类推到最后一味。到全部配合研均之后，才加入冰片。

至于外用药成方，可取材于《尤氏喉科》所列各方。再加上成药冰硼散、锡类散、绿袍散、珠黄散、西瓜霜散、中白散、青黛散、失笑散等，就可供临床应用了。

2.含漱：含漱药大多是液剂。是把药物含在口中，停留一个比较长的时间，使药更好地发挥它的工作。最后把药及口水吐掉。常用含漱药有：

银花解毒汤 银花、甘草，先煎成汤。再加硼砂，自行溶解。

用法：随时可以取药含漱，每次时间10~15分钟后吐掉。一天不拘次数。

适应症：口腔、咽峡的炎症，伴有义膜者。

去腐汤 蚕砂煎水。

用法：同上，吐掉后，再用温开水漱口。

适应症：满口白腐，如口糜一型的口腔病。

复发性口腔炎含药 官桂（树皮），或冬青树叶。

用法：含在口中，历30~60分钟，吐掉一般性口腔炎含药。

适应症：复发性口腔炎。

3.噙化：噙，是把药含在口中，但不吐掉，利用唾液口水把药物溶解，化成液体，慢慢地吞咽下去。它是取得粘膜给药和消化道给药的双重作用。常用的有：

牛黄噙化丸 黄连 金果榄 硼砂 柿霜 绿豆粉 牛黄 麝香 珠粉 雄黄 硃砂 冰片，研成细末，用蜂蜜为丸。每丸净重1.6克。

用法：将丸药含在口内，得口水的溶化为药汁，可用极慢极慢的速度顺流咽下，咽得愈慢愈好。次数，视其具体情况来决定。但每天只多不超过三丸。

适应症：急性咽炎、急性会厌炎及一切喉科急症。

4.贴：凡用药物粘附在机体皮肤或粘膜上者，谓贴。多为口腔病而设的。

朱氏荷瓣贴（见《丹溪心法》） 白荷花花瓣，晒干即成。

用法：把荷花瓣剪成比溃疡面大一圈。利用口水贴上，脱落再贴。

适应症：口腔溃疡。

5.点：凡悬雍垂上病患，大多取用点法。

海砂散 食盐。

粗粉型。

用法：用刮匙，将盐点在悬雍垂上。

适应症：悬雍垂过长。

6.蒸气吸入：液剂加以雾化吸入。

穿心莲雾化液 穿心莲 山豆根 银花藤

用法：将药液用离子雾化器，蒸熏吸入。

适应症：急慢性咽炎、喉炎。

7.敷：凡咽喉病而肿胀达于外表者，大多为颈部的粗肿，或腮腺部肿胀，应用敷法。

如意金黄散 黄柏 大黄 姜黄 花粉 南星 陈皮 苍术等。制成粗粉。

用法：用饴糖作赋形剂，再涂敷于红肿之处。

适应症：凡咽喉口腔病而肿胀出于颈部、颏下、腮腺部者。

8.罨包：大多为湿罨包。

元明粉溶液 元明粉，化水。

用法：湿罨包于肿处，干时再加湿，保持长期湿润。

适应症：同敷药。

9.烟熏 用巴豆一把，去壳取仁。平摊在标本纸（用以制作植物标本的白纸）上，上面用啤酒瓶或其他笔筒样圆筒，加压在巴豆上面带滚带压，使巴豆辗碎压扁。这时即有巴豆油榨出，全部吸入纸里，使纸成了吸饱巴豆油的油纸。然后把它卷成筒管状的卷烟形。

用法：把制成的卷烟型巴豆油纸卷（只能随制随用，不能贮藏备用），一头点火燃烧，烧着之后即吹熄，熄后即有浓烟缕缕放出。用此浓烟熏病人的鼻腔、口腔，片刻即痰涎涌吐而出。边熏边吐，边吐边熏，终而使喉部的痰浊逐渐减少，而窒息籍此缓解。

适应症：专用于急性声门水肿、喉痉挛等急性喉阻塞，甚至处在窒息之际。

二、手法外治

1.探吐：“病在上者吐之”，所以喉科病更为多用。而且喉科病急诊，有时尚嫌汤药的作用太慢。尤其是喉头阻塞，滴水难进，在此之际，只有采取外治手法的探吐。方法是：桐油钱。

专用于急性喉阻塞。具体操作：《医宗金鉴·外科心法》：“桐油钱，温水半杯，加桐油四匙，搅匀。用硬鸡翎，蘸油，探入喉内，撚之。连探四五次，其痰涌出。再探再吐，以人醒声高为度”。此法是利用鸡翎的搅动，引起咽喉部反射作用而呕吐。同时桐油的气味与油腻，更促使受术者的反感而恶心，加速呕吐。不过此法在临床已很少用了。

2.切开：最多用于扁桃体周围脓肿。但现在多取用西医切开。本法只作历史性的介绍，临床很少应用。

一为笔刀。取用新毛笔数支，每支仅用一次即丢弃。制法：先将毛笔用温水化软。待干后，饱蘸浓墨汁（用好墨磨成的）。待干后即胶得硬如针锥，贮以待用。用时用笔尖向切口处用力深刺，脓泄即拔出。它的优点，其一使病人没有恐惧心理。其二，不会损伤周围健康组织。

二为喉枪，铜皮或银皮制成的空心管一根，长约15~20厘米，直径0.6~0.8厘米，两端贯通。在尾部（中1/3处与后1/3处接壤处），开缝一条，长3厘米。另钢质斜刃尖角小刀一柄，柄把长14~19厘米（比管子短1厘米）。在刀柄尾部（中1/3处与后1/3接壤处）上加焊一隆起物，情同步枪上的扳机一样。将此刀装藏在管子内，刀刃在管子的头部。隆起的扳机凸起恰巧在管上所开的缝中由内露出到外面。使用之前将刀柄上扳叩突起向后拉紧，在刀刃全部龟缩在管子内。使用

时，把喉枪纳入口内，喉枪头部针对需要切开之处。这时把拉向后的刀柄上突起，用刀向前推进，刀刃即脱颖而出，瞄准切开处，用劲刺入。当病人发觉疼痛时，早已脓泄毒出。此时即把刀柄上突起再度后拉，乘势取出。优点是减除病人的恐惧与紧张。比较安全。

上列二法均有消毒不严的缺点。

3.烙：是烧灼法。常用于各处的肉芽增生、慢性扁桃体炎。还有对慢性咽炎导致的咽后壁淋巴滤泡增生也用烙法，而且疗效也很好。

烙的用具比较简单，主要为金属烙铁。一组分大、中、小三种。烙的“头”，呈西瓜子样形态，所以习惯上称为“瓜子烙”。用料以紫铜为上乘，次为银。大小号以头部的大小来作区别。一般标准如表10。

表10

头部	面积	厚度
超大号	超过0.6x1厘米	超过0.1厘米
大号	0.6x1厘米	0.1厘米
中号	0.5X0.8厘米	超过0.1厘米
小号	0.3X0.5厘米	0.15厘米
超小号	小于0.3X0.5厘米	超过0.15厘米

操作步骤：先把烙铁头在酒精灯上烧热。热的程度，须放在一叠白报纸上立刻焦穿4~6层为度。即刻接触到需要灼烙的地方，当时即可发出“吱”“吱”声及冒些青烟。一有青烟，马上急速撤去。撤去的烙铁去

向，不能“↑”，应该“→”或“←”。撤去之后，急换第二烙铁继续进行灼烙。所以同号的必需储备3~4只，以便轮流取用。每次可烙3~5烙。如需第二、第三次烙者，每次之间，相隔1~2天。

烙扁桃体法：初次施烙，选择扁桃体最突出的部位。受烙面积不宜太大。以后每次随次扩大。每次都以第一次施烙的部位为中心，向四围扩展。必要时，烙前可用1%的奴弗卡因溶液麻醉。每次可烙5~10烙。全程一度者，约15~20次。2度者，约20~25次。3度者，25~30次。每隔两天，施烙一次，必要时也可加多或减少。治程中，局部出现炎症、出血等情况，暂停。

烙后情况，扁桃体的烧烙面，形成一片黑褐色的烙痂——焦化的坏死组织，从第二天起开始脱落，随后变成一片白色纤维渗出物。

辅助措施，烙前咽部须漱口清洁。受烙区，薄薄涂一层黄连膏（不过膏剂很难在粘膜涂抹，所以可用麻油或菜籽油）。烙后，喷珠黄散。

复习思考题

- 1.简述喉科的发展？
- 2.近代喉科的发展情况？
- 3.试述喉病的归经？归脏、归经络的区别？
- 4.试述咽喉、口齿的解剖名称？
- 5.试述咽喉的生理功能？
- 6.简述口齿的生理功能？
- 7.咽喉疾病的病因有哪些？

- 8.试述咽喉病的病机？
- 9.如何应用五诊、十纲的辨证？
- 10.简述喉科疾病有哪几种治法？
- 11.试述喉科抢救方法？
- 12.简述喉科外治方法有哪些？

下篇 各论

〔自学时数〕 40学时

〔面授时数〕 12学时

〔目的要求〕

- 1.熟悉风热喉痹的几种不同证候，应如何鉴别。
- 2.掌握风热喉痹不同证候的治疗措施。
- 3.熟悉虚火喉痹的病因、证候。
- 4.掌握虚火喉痹的证治。
- 5.熟悉蒂中风的证治。
- 6.熟悉口疮、飞疡喉的诊断鉴别。
- 7.熟悉风热乳蛾、慢性乳蛾、石蛾的鉴别。
- 8.掌握喉痛的证状及治法。
- 9.掌握鱼鳞风的检查方法和治法。
- 10.掌握干咳的病因及治法。
- 11.熟悉走马喉风证状及变化，掌握治疗方法。
- 12.熟悉白喉与疫喉痧的鉴别诊断。
- 13.掌握白喉的辨证论治。

14.熟悉疫喉痧的治法。

15.熟悉阴虚喉痹（狼疮、结核、麻风）各不同证候的诊断，应如何鉴别。

16.掌握阴虚喉痹不同证候的治疗方法。

17.掌握杨梅结毒喉疳的证治。

18.熟悉失音的各种证型及治疗。

19.掌握梅核气的病因病机及证治。

风热喉痹之一（急性单纯性咽炎）

中医认识此病很早，但名称复杂，后世引申为多种喉病的总名。在喉风或喉痹病名中更纵横跨及咽与喉两者的所有疾病。

本病为咽部粘膜的急性炎症，但有时淋巴组织也常被侵及。它可以为原发病，也常继发于急性鼻炎或急性扁桃体炎之后。

一般多发生于冬、春两季。男性发病率较多于女性。发生于儿童者，较严重。

历代名称：嗑痛《素问·缪刺论》 喉痹《素问·阴阳别论》 喉痹嗑肿《素问·厥论》 嗑肿喉痹《灵枢·经脉篇》 嗑肿《灵枢·经脉篇》 咽喉不利《金匱要略》 咽喉肿痛《诸病源候论》 咽痛《千金要方》 喉风《儒门事亲》 喉闭《三因方》。

古老的喉痹、喉风，就是这样的来历。明代以《窦氏疮疡经验全书》为谈咽喉病最为详细，并有列述了许多名称。如：风热喉症 风毒喉痹 风热喉痹 喉肿 伤寒喉闭。

逮至清初，以喉科专业书的大量刊行，所以名称的变化也较大。如：紧喉《外科正宗》 锁喉风《咽喉论》 淡红喉风、单喉风《喉科指掌》 塞喉风《喉科秘旨》 欠舌风《咽喉经验秘传》 叉喉风、咽疮风、鱼口风、搓颊风《重楼玉钥》 下喉风《齐氏医案》 阳症喉痹《喉科心法》 喉丹、喉痹热风《喉科紫珍集》 伤寒喉闭、风热喉丹《喉科枕秘》 表里喉痛《喉证明辨》。

此外，还有如：烂喉风、烂喉痹、帘珠喉等，也是急性咽炎。因为重的症候，在咽后壁、扁桃体隐窝或表面都可出现黄白色点状渗出物，

古人认为是糜烂。

〔症状及检查〕

病起较急，故曰喉“风”。一般成人以局部症状为突出，小儿以全身症状为显著。

初起全身不适、凛寒、头痛、口渴、食欲锐减。甚至恶心呕吐、便秘、溺赤。体温常升至38度左右，甚至高达40度者。如无并发症，约3-4天即可衰退，6-7天至正常。

局部感觉，干燥毛涩，或有胀感烧灼感，也有痒感而因痒致咳。之后以疼痛为主。在空咽时疼痛更明显，甚至可痛及耳中者，有时也可幅射至颈部。转仄失利，所以就有“锁喉”“叉喉”等名称。如粘液潴积于咽喉处，则更可增窒息及咳嗽。如其波及喉部，则声音嘶哑。喉部也有干燥、毛涩、灼热等种种不适感。或有咳嗽，咳时常常感到喉下的气管也有括痛。始为干咳，呈痉挛性，常在夜间加剧。随着分泌物的增多而粘液性分泌物可以咯出，咯出后片刻之间稍感舒服。局部所见，咽部充血水肿，其色红艳。因外侧壁咽腭弓的粘膜肿胀充血尤甚而突出如皱襞。软腭及扁桃体的表面发现黄白色点状渗出物，所以中医称之为帘珠喉、烂喉风。

此外，鼻腔、鼻咽部及喉部也可出现炎性病变。检查颈部，可发现肿大的淋巴结，且有压痛。

〔诊断〕

应详细查验白细胞，以免误作粒细胞缺乏性咽峡炎的诊断。

在患儿，更当注意可能为麻疹、百日咳、流行性感冒等急性感染病的前驱期。

〔常见证因〕

一般常见的，大多初起以风寒为多。

此外，平时肺经积热，或寒化为热之后，那末当然属风热了。以上不管风寒、风热，大多邪在肺胃。若邪盛壅结传里，或胃腑向有郁热，证即以实热为主。如果平时湿重，或嗜好膏粱肥膩酒类者，则痰因火煽而易生。也有体胖湿浊的痰体，那末痰证更为多见。

更有风、热、痰三者相互鼓扇，风扇热炽，热助风威，火为生痰之本，痰以热甚而更多。痰火相搏，更促使风邪旋沸者，那是最为严重的了。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

1.风寒与风热：初起浮邪在表，都有寒热、头痛，肢体怠倦，咳嗽……等等。致于咽喉作痛，那是肯定的。

凡风寒见证，凛寒严重，发热一般。头痛在额部，鼻塞，咳嗽，声浊，无汗或少汗，口干喜温饮。局检，粘膜充血不太红艳。白苔，脉浮紧。

凡风热见证，发热重而凛寒轻，甚至无凛寒感觉。咳嗽痰黄。口干多饮，饮料喜冷拒热，大便干结。局检，粘膜充血严重，也可能出现黄白色点状渗出物，有时口中发出臭气。脉数、大、有力。舌薄黄苔，质红。

2.肺胃实热：咽喉疼痛剧烈，吞咽不利，比风热型的为严重。高热头痛，口干狂饮，水温求冷，大便秘结，小便少而赤。局部检查，粘膜

充血严重，甚至出现义膜，口臭严重。脉实有力。舌黄腻厚苔，甚至干而灰黑。

3.风热痰：主症大多如上，但痰涎特多，喉头辘辘有声不绝，且有严重阻塞感。脉多滑象。舌苔润滑白腻。

（二）论治要点

1.内治法：

（1）风寒：治以疏风散邪、解表利咽法，常用代表方有六味汤之类，严重的荆防败毒散。

（2）风热：法取疏风清热、消炎利咽法。常用代表方有桑菊饮、银翘散之类。

（3）实热：当清热利咽，常用代表方有清咽利膈汤之类。

（4）风热痰：当取清热解毒、化痰利咽法。常用代表方可取麻杏石甘汤合六味汤，并应加重化痰药。如为小儿，加服鲜竹沥（每天两次，每次1—3毫升）。此外，六神丸也可配合使用（成人每次十粒，每天2—3次。儿童每岁一粒。十岁以上作成人计算）。

2.外治法：喉科的外用喷药，在家传派里是占有主要位置，内服药反而作为辅助治疗。家传派的鼻祖，是江苏省无锡尤氏。药物秘方，似乎很神秘，但一本《尤氏喉科》，早就公之于世。

一般在普通的情况下，常用卯字号吹药（见《尤氏喉科》）。水肿严重者，用通用消肿散。痰涎过多者，用申字号药。

吹法用喷粉器，每天3—4次。需对准口咽、咽峡及后壁喷去。喷吹后，保留数分钟——时间愈长愈好。口水唾涎，以外吐为宜。

妊娠妇，禁用冰片。因其香窜而碍胎，造成流产。

3.其它治法：

(1) 刺两手少商、商阳穴，宣砭出血。

(2) 多用生理食盐水漱口。

〔调护〕

1.一般预后良好，但幼婴儿较差。所以对幼婴儿患者，倍加注意。

2.要求多休息，严重者多卧床。避风。

3.忌进一切辛辣海鲜发物。

4.多饮开水及流汁饮料。

5.认真咽部喷药及及时内服药。

6.切忌进服甜味药物，否则后患无穷。最多的后遗症为喉源性咳嗽或发音嘶哑。因为一般解表剂多味淡而清，清热解毒剂多苦味，收敛剂多酸涩，补剂多甜味。本症系表邪为患，甜味药属补剂，必然遏邪难泄，终致浮邪愈遏而愈深，于是邪在肺经作困兽矣。

〔文献摘录〕

1.客寒挟风：《喉科家训》：“客寒挟风，传袭太阴”。

2.风热毒：《诸病源候论》：“喉痛者，风热毒客于其间故也。……热乘其肺而搏咽喉，故令喉痛也”。

3.风燥：《三因方》：“诸脏热则肿，寒则缩，皆使喉闭，风燥亦然”。

4.脾胃热：《太平圣惠方》：“脾胃有热，则热气上冲，致咽喉肿痛”。

5.痰与火：《喉科紫珍集》：“风热感于膈间，或过食炙煨厚味，以致火动痰生”。

6.风痰：《咽喉经验秘传》：“因君相二火上攻，致风痰壅塞于咽喉”。

7.风热痰：《包氏喉科家宝》：“喉痹属热、属痰、属风”。

风热喉痹之二（溃疡膜性咽峡炎）

溃疡膜性咽峡炎，也称奋森氏咽峡炎。它是一种溃疡膜性炎症，往往限于一侧扁桃体或齿龈，但也可能延染很广。

它的特征，为局部组织坏死，形成溃疡。中医历来是根据症状表现来定名的，所以称此症为烂喉痹或烂喉风。一如《猴科杓指》烂喉痹的描写，是“……外感时邪而发，形如花瓣肿烂，白斑，痛叫不食，……。”不过同时还要指出，中医的烂喉痹或烂喉风，并不专指此症。

常见于儿童及青年。此病可以终年流行，但常多见于春末夏初时节。

历代名称：《诸病源候论·时气喉咽痛候》谓：“毒气上熏，攻于咽喉，故痛，或生疮也”。古人的疮，是指化脓性感染、溃疡、某种皮肤病……等的总称，粘膜溃疡，当然在内。所以本症最早的记述，在第七世纪之初。之后，逐渐在文献中出现。如：咽喉痛生疮《诸病源候论》咽喉内生疮《太平圣惠方》咽疮《直指方》（注：《喉科心法》的喉疮，是指喉结核。但又归类于阳症喉痹中。使人难解）帘珠喉、烂喉痹《喉科指掌》咽风疮《重楼玉钥》烂沙喉《喉科杓指》烂喉风《喉科秘旨》喉疳《喉科紫珍集》连珠喉《喉科秘旨》。

〔症状及检查〕

在临床上可分急性、亚急性与慢性三种：

1.急性者，开始畏寒不适，体温上升可在38—39度之间。头痛、头晕、失眠，全身无力，食欲减退。在小儿则更为明显，但比急性扁桃体炎则为轻。

咽部疼痛，常以一侧为重点。疼痛程度则以病变的轻重为决定。涎水特多，有拌以血水，口臭。如治疗及时和得法，一周左右可以告痊。

2.亚急性者，多为急性者因循迁延而致。同时也正因为感较轻，所以不若急性的暴发急促而在短时期中急作急愈。一切症状与急性相同而轻。

3.慢性者，很少见，全身症状不明显。唯在扁桃体小窝或牙龈缘乳头处有溃疡，感染较轻。不过症状虽轻，但为时持久，长期有口臭，带血的口水渗出不止。

检查所见，以闻诊的口臭是其特征。病变多在一侧的扁桃体上，而且极为多见，但也可波及腭弓、齿龈及咽壁者。损害处有较厚的黄白色污秽的假膜，但容易剥离。剥去之后，有小的出血点。这种损害处，痊愈后可能有浅层疤痕形成。个别的呈表面缺损。严重的悬雍垂及腭弓可被破坏。

颌下区可扪到淋巴腺，触痛。

涂片检查，有梭状杆菌及奋森氏螺旋体。

〔诊断〕

口臭。在一侧扁桃体上有边缘不规则、潜行性浅在性溃疡。假膜涂片可见大量梭形杆菌和螺旋菌。

〔常见证因〕

1.风热上扰。

2.肺胃积热。

3.脾经湿浊。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

风热上扰者，大多出现在发病之初。局部的烧灼感和疼痛不太厉害。有血水渗出，臭气也不浓郁。假膜或黄或白，不太厚。全身症状，有发烧、头痛，全身不适。脉浮数或浮紧者多，舌薄黄苔。

肺胃积热者，烧灼感及疼痛，都很严重。血水浓而鲜红，有强烈的臭气。假膜黄色而厚。全身症状明显，大便闭结，小溲红赤。口干多饮。脉数、大、实。舌苔黄腻。

脾经湿浊者，多数见于久病者。局部无烧灼感，疼痛较轻。有抹布样的酸霉臭气。血水不多，有则也很清淡。但口中经常感倒粘糊样感觉。无全身症状，有的话大多为大便稀薄，食欲不振，消化不良等。脉濡。舌白腻，严重的腻如傅粉。

（二）论治要点

1.内治法：风热上扰者，疏风散热法。常用代表方有牛蒡解肌汤之类。肺胃积热者，清肺泻胃法。常用代表方有凉膈散之类。脾经湿热者，醒脾燥湿法。常用代表方有加味平胃散（宜于实证）或参苓白朮散（宜于虚证）。

以上三者的处方中，芳香化浊药如藿香，佩兰、蔻仁……等，是必不可少的。

2.外治法：初期、中期，轻者用冰硼散。重者用锡类散。后期用绿袍散、养阴生肌散之类。当然珠黄散也较适合，但药价偏贵。

经常用硼砂3%溶液漱口。如漱口后再上药，则更好。

〔转归及预后〕

一般预后良好，1—2周内可以痊愈。唯急性者迁延失治，势必转化为慢性。在理论上也有毒邪内陷心包，酿成死亡者，但在临床上很少遇到。

〔调护〕

- 1.注意适当隔离，餐具消毒。
- 2.注意口腔清洁。
- 3.上药之后，唾液必需外吐。
- 4.少进甜食及脂肪。
- 5.要求大便通顺。

〔文献摘录〕

- 1.风邪：《重楼玉钥》：“平昔过食煎炙，积于胸膈，今又新受风邪，感触而发”。
- 2.肺胃热毒加时邪：《喉科杓指》：“因肺胃热毒，外感时邪而发”。
- 3.热毒：《喉科秘旨》：“因郁积热毒而发”。
- 4.心火：《喉科紫珍集》：“乃心经火毒上冲”。
- 5.心火与小肠火：《焦氏喉科枕秘》：“心与小肠热毒”。（以上指急性者言）

6.肾虚相旺：《喉科明辨》：“肾液久亏，相火上炎，消烁肺金所致”。
（以上指慢性者言）

风热喉痹之三（粒细胞缺乏性咽峡炎）

过去中医对此病的认识，相当不足。逮解放之后改封闭型为开放型，逐渐与西医学说沟通，乃认识此病并摸索出一套有效措施。这是一个严重的病种，幸而在临床上并不多见。常出现急性病程，有发热、衰竭、咽喉部溃疡性病变，甚至坏死。它是一种恶性白细胞减少症，好发于女性，一般男女对比为1:3，更以年龄在40~60岁之间的尤多，儿童很少发病，一般在25岁以后逐渐增多。

历代名称：古代中医没有分析血液病的血液学说，当然不可能有这样的病名。但急喉风、急喉痹、烂喉风、烂喉痹、肺绝喉风、走马喉痹中有许多的描写是符合于本病的。例如《喉科指掌》的虚闷喉风描写是“生于喉之关内上下，红色白斑，痛烂不肿，六脉细数者是也”。又如《喉科家训》的虚烦喉风：“喉间白斑痛烂，视之不肿，六脉细数”等颇相吻合。更有如许多喉科专书中的“十六绝症”里第十三绝症“天柱倒折”，就是本病在极度衰弱时的症状。《喉科心法》：“有朝发夕死者，不可不知也”的“瘟疫喉痛”，以及《咽喉论》的“有暴发暴死者，名曰走马喉痹”，都是本病的急发者。《咽喉脉证通论》的弱证喉痹，颇似本症的慢性者。

〔症状及检查〕

发病有急有缓，急发者，病发仓猝。初起时即显著全身不适，体温很快上升，常达39—40摄氏度，甚至更高些。呈不规则稽留型或弛张型热，很快进入衰竭阶段。面呈严重的急性病容，精神极度不振，终至“阴阳离决，精神乃绝”的境地。

局部为咽疼喉痛，扁桃体肿大。腭弓、咽后壁、软腭及悬雍垂等处粘膜，产生溃烂，很迅速的侵入深层。并可扩展到颊粘膜，舌缘和咽部粘膜，可见坏死性溃疡，故《喉科心法（潘氏）》描写为“渐渐腐烂成孔，大小不一，愈久愈烂”。溃疡上覆盖一层污黄物，灰色或墨绿色的苔膜，《喉科指掌》：“红色白斑”“或红或紫”，《喉科秘旨》：“形如花瓣，烂肿白斑”等描写，就是针对这种症状。最后则溃疡愈烂愈深，因坏死组织的增加增深而臭气也更浓郁，故《喉科指掌》谓之“血腥满口，味难言数”。

发病缓者，症状较轻。可有间歇性发热，衰竭。脾脏肿大，或轻或重无定。

血液检查，红细胞与血小板均正常。典型的改变是白细胞总数和粒细胞的减少。白细胞总数可少到2,000/立方毫米以下，甚至500/立方毫米以下。但在慢性病例中的总数较急性高些。骨髓检查，其特征为缺乏粒细胞。

〔诊断〕

主要为白细胞尤其是粒细胞的明显缺乏。咽部有溃疡，发出臭气。全身症状严重，主要表现在迅速而明显的全身性衰竭。

〔常见证因〕

未病前早已正气极衰，一旦外邪一袭，无力抵御，毒不外托，终至内陷心包。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

本症是最典型的正虚邪实证，但以正气衰弱为主。但其中分为两型：

1.阴虚：发烧寒少热多。溃疡周围多潮红，疼痛较剧，臭气呈尸臭味，血水多于口水。便秘。脉数而细，舌质红。

2.阳虚：热度较低。溃疡粘膜无炎性症状。疼痛较缓，臭气呈抹布味。口水多于血水。大便偏薄。脉数而芤。舌质淡而胖嫩。

至于所谓“证实”，如糜烂、溃疡、坏死、恶臭等貌似实证，其实都是由虚而致。真正的实火实热大毒在事实上是不存在的。

（二）论治要点

1.内治法：本症以扶正为第一要务，清热解毒仅是次要的辅助。以扶正为主解毒为辅方法的常用代表方，有加减救逆解毒汤（党参 生地 麦冬 五味子 薄荷 元参 丹皮 知母 板蓝根 甘中黄）。如其偏于阴虚者，加西洋参（另煎冲兑）、阿胶。偏于阳虚者，除知母，加红参（另煎冲兑）、黄芪。唯不论西洋参或红参，取用大量，一般可15~30克。

还有如归脾汤、十全大补汤等，都是在扶正时可以考虑的方药。同时为了化浊除臭，佩兰、藿香、蔻仁等芳香化浊药，也是应当取用。至于清凉解毒药，绝对禁忌苦寒，否则已经衰竭的正气，已经困于运行的气血，予以投石下井的打击，预后颇为不良。重用四妙汤（党参 当归 银花 甘草），疗效特别理想。唯药量奇重，除甘草外三味，俱可30克以上。必要时加红参。对慢性的更佳。

2.外治法：为了保持口腔清洁，所以漱口药十分需要。常用方有：

月石汤：适用于口臭严重，腐烂方酣之际。

月石60% 佩兰20% 藿香20% 煎汤待冷漱口。

银花汤：适用于后期。

银花80% 甘草20% 煎汤待冷漱口。

吹药：一般用冰硼散。严重的或腐烂方酣之际，用锡类散。后期，用养阴生肌散或珠黄散。

〔转归及预后〕

本症为严重咽喉病之一。因正气无存，毒邪只能内陷而无力外泄，所以死亡率可高达70~80%。除咽部病变之外，也能在阴道、直肠等处发现溃疡。

〔调护〕

- 1.加强营养，但忌鸡鸭海鲜、辛辣。
- 2.强调卧床休息。
- 3.保持口腔清洁。
- 4.情绪稳定。
- 5.勤于检查血液。

〔文献摘录〕

- 1.热毒：《喉科指掌》：“郁积热毒而发”。
- 2.胃热：《喉科心法》：“五辛热物，热积于胃”。
- 3.寒包火：《喉科指掌》：“因寒包火，伏于肺经”。

4.暑与火：《咽喉经验秘传》：“酷热暑火炉火之毒”。（以上指急性而言）

5.肝肾阴虚：《重楼玉钥》：“此肝肾阴虚，不能蓄养龙雷真火。盖阴虚火旺，火旺则水竭，水竭则肾气枯涸，肾元枯竭则相火奔腾而浮上，斯喉痹喉疮”。

6.君火与相火：《咽喉经验秘传》：“因君相二火上攻”。（以上指慢性而言）

风热喉痹之四（传染性单核细胞增多性咽峡炎）

本病和粒性细胞缺乏性咽峡炎一样，过去中医也没有这样专用病名。但中医喉科书中记载的特别丰富，纵然在临床上是一个比较不常见的疾病。它是一种急性或亚急性传染病。最典型的表现是颈部淋巴结肿大和咽峡炎同时出现。

此病常呈散发性或流行性出现。多见于儿童或青年，尤以2~35岁之间的更多。在2岁以前及45岁以后则很少见。但也曾有发生于新生儿的报导。男性多于女性。发病季节以春秋两季较多。

它的主要致病程式，有类于温病，先从肺经侵犯。所以《温病条辨》、《时病论》等温病学专书，也作为重点病而搜集在内。

历代名称：最早提到本病的为《灵枢·经脉篇》：“是动则病嗑痛颌肿”，《千金要方》也有：“治风毒咽，水不下及瘰疬肿方”。真正明确的论著，是《丹溪心法》的缠喉风。谓：“咽喉里外，皆肿者是也”。之后《世医得效方》、《医方论》等相继论述。至《窦氏疮疡经验全书》而开始丰富起来。历来的名称，有：咽喉颈外肿痛《太平圣惠方》缠喉风《丹溪心法》缠喉《丹溪手镜》温毒咽痛喉肿《温病条辨》锁喉风《喉科心法》原文：“锁喉风，初生于耳前，形如瘰疬。渐致咽喉红肿塞痛”。喉痹急症《时病论》。

本病固然很符合于缠喉风，但不能说缠喉风就是本病。因为卢特维氏颈炎、扁桃体炎以及颈项出现肿胀的咽喉病，也都称缠喉风。

〔症状及检查〕

为了临床上诊疗的方便，可分为三型：

1.温病型：大多为青年。发病时感有畏寒，甚至伴有寒颤。继而头痛高烧，热度在38—40摄氏度之间，也有越过40度者。热型不一，可能弛张型也可能稽留型，经常持续4—5天左右。当第一次发现下降到正常后，第二次高热也接踵而至。数天后，也有胸背部可出现斑状丘疹。并伴有咽痛与全身淋巴结肿，但以颈部为重点。恢复期，热度逐渐减退，或直线下降。在发热时尽管高至40摄氏度左右，但脉搏少有几脉。

2.瘰疬型：也以青年为多。同时淋巴结肿大为主要症状，常伴体温的上升而出现。肿物多见于颈后三角区，其次为耳后、腋下、腹股沟等处。有时纵隔淋巴结也能肿大，则可发生呼吸困难、吞咽不便和咳嗽。

淋巴结肿，虽多为两侧性，但不对称。大小不一致，从黄豆至蚕豆大，经常成堆成串，甚至溶合成大如鸡蛋者。中等硬度、无粘连。局部皮肤正常，无压痛，不化脓。

3.喉风型：有较长时间的咽痛，扁桃体肿大，悬雍垂水肿充血，粘膜弥漫性红赤。有些病例，扁桃体特别肿大，表面出现大而深的溃疡，底部有肉芽增生，上面附丽着灰绿色坏死组织。触痛，容易出血，发出恶臭。

局部检查：可见咽粘膜、软腭充血，扁桃体肿大。有时舌扁桃体和咽扁桃体同时肿胀。有时可见白膜，悬雍垂水肿，咽壁及两侧索也增大。腭部可发现多发性针头大瘀点，境界清楚。以上症状，大多在烧退之后，也逐渐消失。

〔诊断〕

以血片中异常淋巴细胞占总数的10%，或绝对值在1000/mm³以上，且血清嗜异性凝集试验效价达1:200以上者。有明显的临床症状及体征。

〔常见证因〕

不正之气，直犯肺胃，化为温热，上侵清窍而致。同时温热之邪，可以炼液成痰，流窜经络而痰块形成。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

1.风温型：咽炎与淋巴结肿两者同时存在而都比较轻的。它是风热邪毒外袭，伤及肺胃经的咽喉和少阳经的颈侧，邪留在肺卫，病情较轻。故出现咽喉疼痛、充血、烧灼感，颈部包块也稍感疼痛、胀感，无粘连充血等情况。脉多浮数。舌苔薄腻。但热邪壅结传里，或治疗失时失策，那末不论咽炎和淋巴结肿，都有不同程度的加重。全身性的发热热度升高，头痛加剧，大便秘结，小便黄赤。舌苔黄腻，质红，脉也洪数。

2.瘰疬型：主要症状表现于淋巴结肿大方面。这是风邪热毒，煎煮津液，致津败液腐而化为痰浊，流窜少阳经络而成为有形之块。所以来势较猛，红肿绕颈。它与内在的咽炎并作，致颈内外同肿胀，所以《喉科秘旨》描写为“阴阳闭结，内外不通，如蛇缠紧关下”。

3.喉风型：与瘰疬型相反，是以咽炎为主症。它也是热邪壅盛，内灼咽喉。同时痰浊阻络，外结颈块。所以有认为淋巴结的肿大，是由于风邪热毒，挟痰所引起的续发性并发症，似乎也有道理。咽部病变较风温型严重，可以腐烂破碎，臭气浓郁。

（二）论治要点

1.内治法：纵然型分三类，但中医以辨证为主，所以在治疗上并不以型类作准则。

初起，风邪尚在浅表，发热不甚，淋巴结肿胀不大，咽部仅仅有疼痛，充血而无溃疡。脉浮，舌薄苔者。当疏风清热、消肿利咽法。常用代表方有银翘散或疏风清热汤。

继之，倾向于喉风型者，可用紫珍清咽利膈汤。倾向于瘰疬型者，可用加减牛蒡解肌汤。重症，用防风羌活汤。

2.外治法：咽部吹药，宗一般急性咽炎。颈外外用，切忌苦寒剂如如意金黄散、马氏青敷药之类。当敷冲和膏，或太乙紫金锭之类。如其红肿热痛明显，则金黄散可以试用。宜取饴糖作敷形剂，日换1—2次。红肿一衰，即改用冲和膏或太乙紫金锭。

〔转归及预后〕

此症预后甚佳。大多可在3~6星期恢复健康。但已经肿大的淋巴结，在数周或数月内不易吸收。但也有比例不多的病人，在病后口角、颈部及腕部有抽搐或痉挛。

〔文献摘录〕

1.热毒之气：《窦氏疮疡经验全书》：“乃热毒之气，极也”。

2.风痰：《喉科泄秘》：“风痰大壅”。

3.风热痰：《喉科心法》：“脏腑积热，热甚生风，风火迅速，鼓激痰涎，堵塞隘地”。

4.风热湿痰：《咽喉脉证通论》：“风痰湿热，久积于内”。

5.杀厉之气：《咽喉经验秘传》：“此症乃受天地杀厉之气，中人脏腑”。

6.药误：《时病论》：“温毒之证，过服寒凉，则温毒被压，益不能化”。

风热喉痹之五（脓菌性咽峡炎）

本症是急性咽炎、喉炎的严重者。多发生于成人，具有传染性和季节性，也多见于冬春季节，它不仅局部有急性炎症，而且对整个机体和其他器官，也可有不同程度的影响。

《喉科心法（潘氏）》的“此阳症之中，最急最恶者也。突然而起，暴发暴肿，转肿转大，满喉红丝缠绕，疼痛异常，声音不能出，汤水不能入，痰涎壅塞闭胀，势如绳索绞喉。不急治，即成杀人。治之者必飞骑去救，不可稍缓”。这是本病最典型的描写。

历代名称：《诸病源候论·伤寒咽喉痛候》：“咽喉不利，或痛而生疮”。又“时气咽喉痛候”：“攻于咽喉，故痛，或生疮也”。又“热病咽喉疮论”：“熏于咽喉，故生疮也”。又“温病咽喉痛候”：“上攻咽喉，故痛，或生疮也”。都是本病。古人习惯上把糜烂、溃疡等都称为疮，因之最初论及本病者，当推《诸病源候论》。《外台秘要》也有“咽喉生疮”一症，但窥其用药，殊不相符。至清代以喉科专著的大量梓行，本病名称也相见繁多起来，如：烂喉风、风热喉《喉科指掌》风火喉《喉科金钥》瘟毒喉痹《喉科泄秘》。

〔症状及检查〕

起病迅速，潜伏期2~4天。开始身感畏寒、发热，体温可升至39—40.5摄氏度。咽喉部干涩不适，疼痛，在言语及吞咽时更加厉害。全身不适，关节痠痛，头痛头昏，恶心欲泛泛作吐。咽部肿胀严重。甚至发言不清，舌根木讷，声音嘶哑。如其病邪直侵肺经，则更有咳嗽、嘶哑及呼吸困难等症状可出现。也有高烧时，伴以大便秘结，口干而渴者。

检查所见，咽喉部粘膜充血、肿胀，呈暗红色，当然也有艳红者。是雍垂水肿下垂。扁桃体肿胀充血，可能有黄白色小点状渗出物，严重的也可溶合成片状。间接喉镜下，可见声带、室带充血水肿，会厌、披裂皱襞增厚、水肿，甚至阻碍呼吸。

血液检查：白细胞总数增多，更以中性为显著。

〔诊断〕

起病迅速，有全身症状。咽、喉粘膜充血水肿，间有脓性分泌物外，更重要的为血液检查。

〔常见证因〕

肺胃积热，复受风邪，感触浊气，以致火动痰生，痰助火势而致。此外，平时过食炙煨厚味，或辛辣热物动火生痰之品。或五志之火燔灼，也是一个常见的诱因。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

初期：咽喉疼痛，吞咽不利。局部红赤充血，痰涎较多。畏寒（有些没有畏寒）发热，头痛，口渴善饮者。舌苔薄白或薄黄。脉浮大者。风邪尚在浅表，大多为风热使然。

中期：疼痛加剧，吞咽更觉不利。局部红赤加重，出现成片脓点或溶合成片如假膜。口发臭气。寒热热度较高，头痛如裂，口渴狂饮，大便闭结。舌黄苔或黄腻。脉来实、数、洪者。乃风邪化热，热毒壅盛的表现。

后期：初、中、后三期，大多为循序而进，但也有由初期而直接进入后期者。此时则诸邪宣泄，除少数正气一向亏弱者外，大多即可康复。

（二）论治要点

1.内治法：属于风热者，宜疏风清解法。常用代表方有桑菊饮或银翘散。风甚于热者，六味汤。热甚于风者，清咽凉膈散。

属于热毒壅盛者，当然以清热解毒为前提。常用代表方为清咽凉膈散或黄连解毒汤之类。

后期恢复途中，祇要清肃残邪。常用方有甘桔汤、五味消毒饮之类，都可取用。少数虚弱者，用些太子参以扶持正气。

2.外治法：初期轻症，用冰硼散。中期重症，锡类散、尤氏卯字号吹药。如其痰涎壅盛者，参用尤氏午字号吹药。后期恢复，中白散或珠黄散。

〔转归及预后〕

预后良好。在理论上也有可致毒邪内陷的说法，但在临床上祇要治疗及时，措施得法，很少遇到这样的不良后果。

〔调护〕

- 1.采取适当的隔离。
- 2.及时服药。外用吹药，每天3~5次。
- 3.保持局部清洁，多漱口。
- 4.应休息，多卧床。

- 5.注意大便，保持通润。
- 6.忌一切腥发海鲜食物。
- 7.进入后期，考虑增加营养。

〔文献摘录〕

- 1.风热：《喉科指掌》：“风热而起”。
- 2.风火相扇：《喉科金钥》：“风火相扇”。
- 3.郁火热毒：《喉科秘本》：“因郁火而兼热毒”。
- 4.风痰：《杂病源流犀燃》：“风痰壅盛”。
- 5.风痰湿热：《喉科紫珍集》：“久积风痰湿热”。
- 6.毒气：《诸病源候论》：“毒气上薰，故咽喉不利”。
- 7.上实下虚：《诸病源候论》：“上实下虚，热气内盛，熏于咽喉”。
- 8.醇酒厚味：《喉症明辨》：“醇酒厚味太过，致肺胃积热”。
- 9.肝（肺）胃热毒：《喉科杓指》：“肝（肺）胃热毒，外感时邪而发”。
- 10.心脾热毒：《焦氏喉科枕秘》：“热毒伤心脾二经之气”。
- 11.疫疠之气：《喉科泄秘》：“天行疫疠之气”。
- 12.病后：《喉科秘旨》：“此症发于伤寒之后，表邪未尽”。

虚火喉痹之一（慢性咽炎）

慢性咽炎，是旷日持久的慢性咽部病变，尽管病变位置明明在咽部，可是中医在习惯上还是称为喉痹或喉风。充其量讲究一些的话，在上面再冠以“慢”或“阴虚”来区别于急性的。

它为咽喉病中最常见的多发病，而且还有患者患病在身而自己不知。据国内统计，在城镇居民中，其发病率占咽喉科病的10~20%，刻下还在不断上升中。除幼儿、儿童外，任何年龄的男女都可发生，其中尤以青壮年为多，如果嗜好烟、酒、辣者更多。

《内经》里有五处“喉干”病，但都非指慢性的。《金匱要略·血痹虚劳病篇》的“虚劳、里急……咽干口燥，建中汤主之”的咽干，可以目为世界上最早论述到的慢性咽炎。《诸病源候论》中十三种咽喉，只有“状或痒或痛，如甘蠶之候”的尸喉，符合于慢性咽炎。《千金要方》的“耿耿如物，常欲室痒涎唾”。《太平圣惠方》的“尸咽喉痒痛”，《圣济总录》的“尸咽喉”等，也都是慢性咽炎。可知在唐、宋以来，慢性咽炎逐步被重视起来。直至《普济方》的“咽干”及论“虚热”证，则对慢性咽炎的认识又提高了一步。之后，《医方类聚》中的“咽喉痛，含化糖霜即愈”。“咽干，涕唾如胶，或肾气不足，心中悒悒，目视眈眈，少气，……甘草汤方……等。则在15世纪时对慢性咽炎的认识与处理又达到了一个新的境界。

至清代，对它的认识和处理、已经达到了成熟阶段。但十分可惜，疗效总不能使人满意，诚如《喉科心法》所谓：“即老医亦难以下手”。那末如何来提高疗效？则不能不重复以上一句话，是依靠准确的“辨证论治”和病员的耐心接受治疗。

历代名称：慢性咽炎的名称，也如急性一样凌乱。虽然《内经》有“嗑干”一名，但非慢性。《金匱要略》的“咽干”可能是最早的名称。之后为《诸病源候论》的“尸咽喉”。但近来的“尸咽喉”又作为“喉结核”同义词。

在喉科专著鼎盛的时期——清代，谈论慢性的也很少很少，唯以下几书稍稍涉猎一二。

《景岳全书》的“格阳喉痹”。《医宗金鉴·外科心法》的“慢喉风”。《喉科指掌》的“喉疔”、“劳碌喉风”、“辛苦喉风”。《重楼至钥》的“鱼鳞风。”《喉科秘制》的“阴毒喉痹”。《喉科紫珍集》的“喉节”、“气子”。《喉科枕秘》的“阴毒喉风”。《喉科心法》（潘氏）的“阴症喉痹”、“气虚喉痛”、“血虚喉痛”、“阴虚喉痛”。《秘传喉科十八证》的“弱证喉痹”。

（症状及检查）

除了长期的病程及时重时轻为主要标志之外，还有以下几个必需具备的特征：

1.干燥：基本上任何一个慢性咽炎，都有干燥感觉。从一般性干燥思饮之外，最严重的可以饮水也难以滋润。在薄暮、子夜或多讲言语时更为严重。甚至可波及鼻咽及喉部。

2.疼痛：都很轻微，也有并无疼痛者。主要为干燥导致的燥裂痛。重症当然也可以出现撕裂样痛及烧灼痛。疲劳和多言，也可加重或引起作痛。

3.痒感：也是一个常见的症候群之一，所以常引起咳嗽。事实上这种痒感也是由于干燥所导致。在狂咳时，只有饮水可以抑制。所以称之为喉源性咳嗽。

4.烧灼感：经常伴随干燥而出现。

5.清嗓：咽部稠厚而粘性如胶的分泌物增多，而且附丽于粘膜难以咯去，于是患者经常须要作吭、喀等清嗓运动来想把它排除。

6.异物感：由于咽部缺乏津液的滋养而致食物通过不能顺利下咽。即使不在饮食时，也以无津液而产生鲠介感。这种异物感可以引饮流汁时或之后片刻，得以暂时消失。与癔性咽喉异物感症有所不同。

除此之外，还有四个症状，也较多见：

1.胸闷：病人可以清楚地主诉，在胸前及两膺，有闷塞感觉。叹息后可宽畅片刻。

2.两颈侧有牵掣感：严重的甚至误以为落枕。

3.咽部反射敏感：晨起漱口刷牙，即引起恶心呕吐。检查时压舌板未触及舌头，即可泛恶。

4.偶有耳鸣，听力障碍。也有耳中憋气作闷者。

一般都不耐多言，言语一多，喉头倍形不适。更有少数患者，伴有消化不良，肠功能紊乱、头昏、失眠及容易感冒等病。

检查所见，咽壁各部，呈暗红色充血（中医称晦暗型），而且不象急性的呈弥漫性。干燥少液，严重的可使后壁粘膜如包在糖果上的受潮玻璃纸一般。

小血管曝露扩张，网布。古人称之为“如海棠叶背”或“如哥窑纹”。

咽后壁增生的淋巴滤泡呈颗粒状突起。又如蟾蜍背上皮肤。或相互溶合成团，凸出于粘膜表面，形同浮雕。周围萎缩的粘膜，呈惨白色，古人称为“如网油状”。萎缩的粘膜与充血的淋巴滤泡形成红白相映，称为“污红”。

两侧索经常肥大。

〔诊断〕

长期时轻时重的咽部不舒服，感有干燥、微痛、或微痒，在疲劳、多言后必然加重。咽部慢性充血，后壁淋巴滤泡增生，周围粘膜萎缩。其备了以上诸症者，可以诊断为本病。

（常见证因）

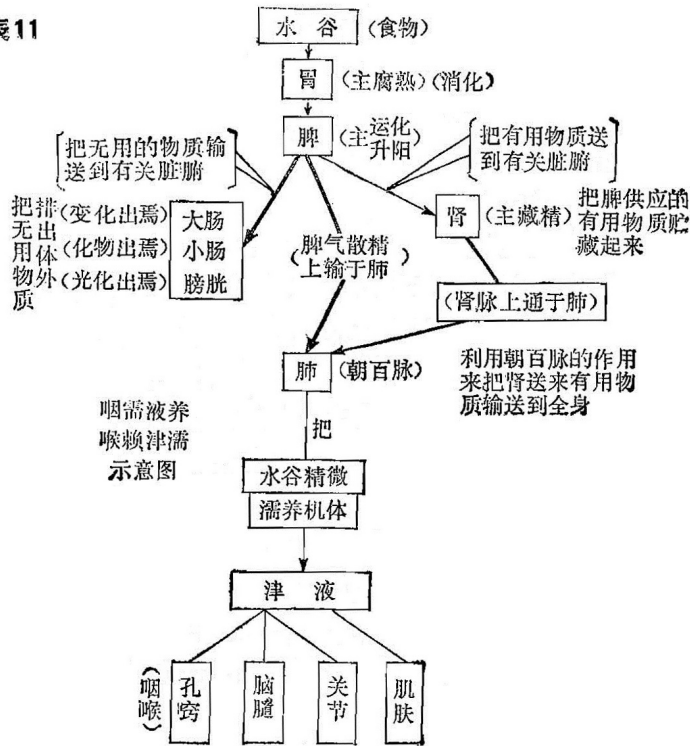
本病中医一直认为是肺肾阴虚和肾阴不足两者，所以称阴虚喉风或阴虚喉痹。但根据笔者统计，真正属此两者至多占20%而已，而出于脾土衰虚者十居七、八。常见的病证，不外有三：

1.劳伤损气，肺怯金亏：凡过于劳累者，气分必伤，经常累月后肺气日损。此外大气污染，肺先受害，也是使肺气损伤。肺主输布，这样肺气本已损伤，再加输布津液的功能障碍，属于肺经的喉那有不干不病之理。还有急性咽炎的反复发作，咽头炎症长期存在，于是演变为慢性了。所以这型的病，就是容易感冒，急性发作也频频而作。

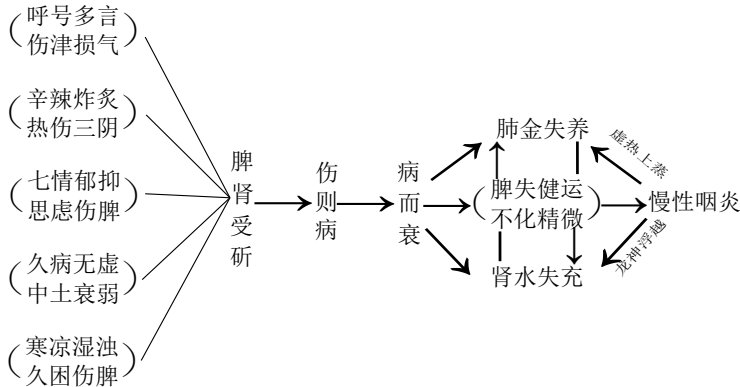
2.肾虚火旺、燥津烁津：一般都为肾水不足，难以制火。这种火，例称虚火或阴火，又称无根之火或龙雷之火。它是命门有余之火。肾属阴脏，内寓水火（即真阴与真阳），两者必需保持平衡，即所谓“水火既济”。一旦肾水以各种原因而亏损太过，即失去制火的功能，于是使肾阳偏旺而化火。火一旺反过来烁水，水被烁而更衰，即产生枯涸现象。水枯则津液干槁，当然无法来养咽喉。

3.脾虚难化精微，津难上承：这一点，从来很少有人注意，可是笔者体会特深。咽需液养，喉赖津濡，否则即干枯失润，失润则病。脾主运化，也就是消化饮食和输布精微。把这种营养成分通过肺的作用（肺朝百脉）而运输和散布到全身。见表11示意：

表11



至于造成这种脾虚不化精微的原因很多，但大体上不外乎以下几种，见表12:



由此可知，表11可使津液干枯的致伤点有四处，一在肾，肾虚则无以藏精。二在肺，肺虚则难以输布精微于肌体各处。三在脾，脾衰土弱，不化精微而无以灌溉孔窍。四在津液的本身，在热性传染性病的高烧盛热下，必然烁津劫液而干枯。前三者在慢性咽炎中出现。后一者在急性传染病后期出现，不属本病范围。

(辨证论治)

（一）辨证要领

1.肺怯金虚：大多出于急性咽炎之反复发作不休者。或一向气血双亏之体，攫患急性咽炎而无痊愈倾向者。还有不少嗜烟烟瘾较大的，更有一部分为生活或工作长期接触有害气体者。全身症状为神疲乏力，食欲不振，睡眠难酣多梦，小便频频而量少。在休息时可以减轻些，在劳累或天气骤变时加重。局部自觉症状为微干微痛，痰涎较多而易咯。但有一种难以用语言表达的不舒服感。脉象细、小、软，舌质淡白无华而瘦。

局部所见：咽部充血不明显，后壁淋巴滤泡及侧索稍有增生。

2.肾虚火旺：全身性症状大多眩晕头痛，急躁易怒，情绪不易稳定。局部干燥严重，频频求饮以缓解。有烧灼感觉的刺痛。也有阵发性作痒，痒后即干咳不止，而且这种咳嗽愈咳愈难受。少痰，即使有也稠厚难咯。严重的进食不能流利，往往借汤水以下送。大便干结难解，常有便秘。脉多细数或虚数。舌少苔甚至无苔，质红绛瘦瘪。

局部所见：咽粘膜呈晦暗型充血（少数也有红艳型的）小血管曝露网布。后壁淋巴滤泡散在性增生，部分粘膜萎缩，致红白相间，斑斓污红。整个咽峡少液而干，其中更以后壁尤为明显。

3.脾虚土弱：病程也是漫长，甚至十年八年无愈意者。全身症状，大便溏薄或不成形。四肢沉重无力，胸前窒闷，入冬畏寒怕冷甚于旁人，咽头亦不舒适，但较虚火的为轻，口干燥而不思饮水，舌薄苔，亦有薄腻者，质嫩、胖、淡白，甚至舌边有齿印，脉软弱无力。

局部可见：咽粘膜很少充血，严重的有水肿感，后壁淋巴滤泡为团块状增生，无干燥现象。

或谓慢性咽炎出现以上全身的：局部的证状，当然是脾虚无疑，但也有咽喉干燥，烧灼刺痛，局检为弥漫性充血，粘膜干枯少液，小血管扩张暴露，后壁淋巴滤泡散在性增生及污红。全身证状有心烦易怒，形体瘦弱，频频求饮，大便干结，舌少苔或无苔；甚至出现裂纹或剥脱，脉细数等。难道也是脾虚吗？是的，不过它不是脾阳虚而是脾阴虚。

要知脾胃有阴阳之分，人身的营血、津液、脂膏之类的液体物质，都是由脾阴（胃阴）来灌溉滋生的，所以“或谓”所说的一切症状，都是脾阴不足的反映，脾阴及胃阴，又称胃液。

《成方便读》在补阴益气煎中谓：“夫胃者，卫之源、脾者，营之本，脾阴虚，即营血亏耗”。

总之，很不受人注意的《素问·阴阳类论》篇，“喉咽干燥，病在土脾”。确有指导意义。

脾阳虚与脾阴虚，经过细致观察，还是不难鉴别的。

表13 脾阳虚与脾阴虚对照表

主诉										检查					
症状	疼痛	干燥	烧灼感	痒感	异物感	吞咽	痰涎	咽干	饮料温度	充血	粘膜表面	粘膜萎缩	唾液	后壁淋巴滤泡增生	小血管
脾阳虚	有	有	无	无	少有	顺利	多而稀	不思饮	喜温	不充血	润	不明显	正常	团块状	不扩张不暴露
脾阴虚	有	有	有	有	有	偶有不利	少而稠	思饮	喜凉	充血	枯	严重	少	散在性	扩张暴露

(二) 论治要点

本病以内服药为主，而且以汤剂的效果为显著，不过疗程漫长，往往至少五十剂、最多一百五十剂。只要辨证明确，服药连续不断，禁忌烟、酒、辣三者，基本上都可治愈。

- 1.肺怯金虚：取法益肺生金，常用代表方有百合固金汤，养阴清肺汤之类，必要时加阿胶。
- 2.肾虚火旺：当潜阳育阴，生津养液法，常用代表方有知柏八味汤，左归饮之类，严重的大补阴丸。为了生津有力，可参用乌梅、玉竹、花粉、石斛之类。
- 3.脾虚土弱：凡脾阳虚者，可用补脾培土法，常用代表方有参苓白术散，为了升提清阳以促使脾气加速醒复，所以除高血压者之外，可参用升麻、葛根、柴胡等升提药品。

脾阴虚者，除了用参苓白术散之外，另可参用益胃汤、增液汤、沙参麦冬汤等方。更讲究一些，加西洋参、石斛。

有时出现阳气衰极者，可用补中益气汤或益气聪明汤。利于长期进药者，可取丸剂。

辅助治疗：最好的外用药，首推西瓜霜。每天喷3~4次。

《重刊梅氏验方新编》弁言中的“于梅（露）雨时捕集蜒蚰，与梅子同腌。遇喉症，辄应手而愈”。的确，这是慢性咽炎的最好噙化剂。

如属阴虚的，用增液汤，泡水代茶，作饮料。阳虚的，用炒焦米仁，泡茶代饮，作饮料。长期饮用，也有一定疗效。

除了以上三者为常见之外，在临床上还有各型各色的慢性咽炎。例如五志之火内燃的，那么纵然是慢性、我们仍然需要清火。还有由污染导致的，那末务须清火解毒。而有由鼻炎而续发的慢性咽炎，则当治疗鼻炎。

〔调护〕

1.戒多言，言多损气，气损致津伤。

2.生活和工作，需在空气新鲜的环境里。《寿世保元》认为：“人卧室宇，当令清净。净则受灵气，不净则受故气。故气乱人”。

3.注意劳逸结合。《素问·上古天真论》认为“不妄作劳，故能形与神俱而尽终其天年”，过度操劳者，必伤必病。《尚书旅契》：“玩人丧德，玩物丧志。”玩物是过分安逸的同义词。志丧者形必涣散衰败。

4.严禁烟、酒、辣。《顾氏医镜》：“烟为辛热之魁，酒为湿热之最。凡姜椒芥蒜及一切辛辣热物，极能伤阴”。

5.注意营养。《素问·阴阳应象大论》：“精不足者，补之以味”。《素问·五常政大论》：“谷肉果菜，食养尽之”……等都是强调营养的。

6.注意锻炼。《素问·四气调神论》的：“夜卧早起，广步庭前”，以及《吕氏春秋·尽数》的：“流水不腐，户枢不蠹，动也”。都是强调身体的锻炼。

7.治疗要有信心、恒心。因为本病一则病程漫长，治疗不易，往往容易失去信心。再则本病有时也可以苟安于一时，治疗就为之放松。因之一定要有信心和恒心，才能有治愈之日。

〔文献摘录〕

- 1.气分有热：《医学见能》：“凡白喉症（白色喉症、指虚证的慢性病），无论癖（喉结核）、烂（萎缩的粘膜）、疳（中医习惯把一切慢性病称为疳）、蚀（指角化或溃疡），总属气分热也”。
- 2.嗜酒：《医学入门》：“虚火、固饮酒，则动脾火”。
- 3.忿怒：《医学入门》：“忿怒，则动肝火”。
- 4.色欲：《医学入门》：“色欲，则动肾火”。
- 5.疲劳：《喉科指掌》：“辛苦喉风，因日夜辛苦而发”。
- 6.七情：《医彻》：“喉痹，属七情所伤者”。
- 7.忧思：《医宗金鉴·外科心法》：“慢喉风，……亦有忧思太过而成者”。
- 8.阴阳不和：《太平圣惠方》：“夫尸咽者，……皆阴阳不和，脾肺壅滞”。
- 9.龙雷之火：《景岳全书》：“格阳喉痹，由火不归根，则无根之火客于咽喉”。
- 10.阴虚火旺：《景岳全书》：“皆肾阴亏损，水不制火而然”。
- 11.肝肾两虚：《喉科指掌》：“劳碌喉风、肝肾两亏，发于关内”。
- 12.肾阳虚：《喉科心法》：“由其人肾阳本虚，寒邪乘袭，直中其经，逼其微阳上浮而为咽痛”。
- 13.虚火刑金：《黄氏纪效新书》：“喉痹久延，痛且干，虚火刑金之象。”
- 14.金不生水、水不制火：《枫江陈萃田外科临证》：“喉痹咽哽、红丝缠绕，……，金不生金水，水不容火”。

虚火喉痹之二（慢性喉炎）

慢性喉炎，是喉部粘膜的慢性炎性病变，也可累及粘膜下层及喉内肌。但中医一向喉和咽不分界限，所以也和慢性咽炎一样地称为虚火喉痹、阴虚喉痹、慢喉风、慢喉痹等。以喉炎的特征为嘶哑，绝大多数还归类于“瘖”、“喑”、“失音”一门中讨论。

〔症状及检查〕

本病男性大大多于女性。

自觉症状为变音嘶哑（但也有少数并不十分明显者），咽头干燥不舒，胀感，干咳，粘痰增多而频作清嗓。这种疾病往往成为终身之累。

在间接喉头镜下，可见两侧室带木然肥厚肿胀，严重的肿成球形。以其极度肿胀，可以常把声带覆盖，一般可覆盖其 $1/3$ 或 $2/3$ ，甚致全部被遮没而见不到声带。同时披裂也水肿如球。全部声门一片充血。这种充血呈暗晦型。

〔诊断〕

局检所见到者，室带、披裂长期水肿，呈晦暗型充血。声带常被室带所覆盖。

〔常见证因〕

大多初期为多言损气，气损则滞，滞则浊化津液为痰，终致痰气相凝。气以帅血，血因气行，气一阻滞，血必为瘀。同时正以发音不畅而倍增鼓气以提高音量，于是更使气滞者更滞、血瘀者更瘀。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

本症主要症证，为室带水肿僵化，《医林绳墨·血论》认为“留积于经络之中而不行者，为瘀血”。

本病经常伴以口干喉燥者，事实上绝非一般性的津亏液槁，这是《医碥·蓄血》所谓：蓄血症多漱口不咽”。何氏的意是这种蓄血症，往往和痰相结合，凡充血暗晦而色淡白者，必然挟痰。《杂病广要·诸血病》解释为“先因伤血，血逆则气滞，气滞则生痰。痰与血相聚，名曰瘀血挟痰”。同时与气的相因为果者，也不乏其例，《血证论·瘀血》的“癥之为病，总是气与血胶结而成”。所以口干喉燥，正是瘀症所致。在临床上不必取用生津法而单单破瘀法，即可使口咽滋润的。

（二）论治要点

主要治法，为活血化瘀。常用代表方为通窍活血汤。但常以症顽而药轻，取效不显，那可用“峻药对付顽症”治法来处理。常用的是：三棱、莪术、归尾、赤芍、红花、桃仁、乳香、没药、落得打、蝉衣。如其痰证明显者，酌加胆星、昆布、海藻、瓦楞子等。如其气滞明显者，酌加乌药、木香、槟榔等。如其欲加重破瘀力量者，加土鳖虫。如其欲的重理气力量者，加九香虫。总之，收效颇为理想，但至少连续进药一百剂以上。

〔转归及预后〕

这种症状论年论月地拖持下去。没有向愈倾向，也无恶变可能。就是长期困于病态中，但也没有发展到不能出声的地步。

〔调护〕

- 1.主要少讲话。忌烟、酒、辣。
- 2.有益的食物有：海蜇、海带、茨菇、螃蟹等。
- 3.尽量不吃冷饮。
- 4.工作或生活环境，宜空气清静。

虚火喉痹之三（干燥性咽喉炎、萎缩性咽喉炎）

干燥性咽喉炎、萎缩性咽喉炎，为一种病程极长而又极为难治的咽、喉慢性病。其早期萎缩的程度尚未达到严重阶段者，则例称干燥性咽喉炎、干燥性喉炎。

它大多继萎缩性鼻炎而发生，而喉炎又是继萎缩性咽炎之后而续发。有些也是干燥综合征的一个重要组成部分。

《普济方》的咽干，可能是本病的最早文献资料。虽然更早的《内经》中，早已有五处谈到嗑干、干嗑及病咽干，但都是根据它的症状来描写，属于急性炎症而非本病。

历代名称：咽干《普济方》干喉风《奇效良方》《医学正传》的“喉干燥痛，用四物汤加桔梗、荆芥、黄柏、知母”，完全符合于本病。《喉科紫珍集》的虚火咽痛，似乎也属于本病。

〔症状与检查〕

萎缩性咽炎的初期或程度较轻者，可以没有显著的症状。但在病变发展过程中，势必产生咽部干燥、毛涩、不舒服及异物感，而且这种异物感是难以用言语来表达的。诚如《喉科紫珍集》描写的“有如茅草长刺喉中，又如硬物，咽（噎）于咽下”。即使频频饮水，也不能使这种不快感完全消失。同时咽部感觉迟钝，甚至压舌板触及舌根或后壁而不引起咽反射。

萎缩性喉炎，则声音嘶哑无力，是其主要症状。故《喉科泄秘》谓之：“甚至饮食为之凝，碱物染之痛，久必致哑”。由于喉粘膜分泌腺

的萎缩，所以喉内常有稠厚的粘液，甚至形成皮痂，引起剧烈的刺激性咳嗽。所以《喉科心法（潘氏）》称之为“癆嗽咽喉痛”。假如用现代语来解释，是喉源性咳嗽。

萎缩性咽炎的咽部所见，都可看到一定的病变。特出的是咽后壁，它的粘膜失去正常的光泽，每当咽反射时或咽缩肌收缩之际，粘膜起皱，更容易看出它的干燥枯槁的表现。且有稠厚的分泌物，紧贴在咽壁上，形成一层膜样物，甚至以其干燥而成为灰色的痂皮。所以《喉科紫珍集》描写为“斑生苔癬，壘若虾（癩虾蟆）皮”。

萎缩性喉炎，在喉部可见粘膜的干燥充血。声门部常有稠厚的分泌物在前部粘住两侧的声带。声带可能松弛无力，以致在发“衣”时声带中央部闭合不全，成一梭缝。

〔诊断〕

咽喉部异常干燥，甚至有燥痛灼痛，饮水难润。进食干食物很困难。

局部可见粘膜干燥萎缩，分泌物很少或没有。

〔常见证因〕

此症主要病因，在于一燥。至于燥的导致，则有许多因素。但燥气既出现于目前，那末不一定深究致燥之原。不过急、慢、虚、实是必须分清的。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

《素问玄机原病式》：“诸涩枯涸，干劲皴揭，皆属于燥”，所以诊断不难。因为燥之为物，诚如《张氏医通》所谓：“偏助狂火而损其阴，

阴中伏火，日渐煎熬，血液衰耗，使燥气失润而为诸病。在外则皮肤皴揭，在上则咽鼻生干”。《类证治裁》：“燥为阳明秋金之化，金燥则水源竭而灌溉不固”。至于致燥的原因，林氏又称，“燥有外因，有内因。因乎外者，天气肃而燥胜，或风热致伤气分，则津液不腾。因乎内者，精血夺而燥生。或服饵偏助阳火，则化原日涸”。根据先贤们的解释，这个燥病之来，源出肺肾两经，所谓“母子同病”（金和水）。因为肺阴一伤则金燥，金燥则水枯而灌溉无源，清窍失濡而燥。肾虚则水亏不能济水，火旺则烁肺伤金，更增加其燥气。肺肾之间，相互因果，相互关系，造成一种螺旋型恶性循环而终至津液枯竭，咽喉失养而枯槁萎缩。

（二）论治要点

1.内治法：一般治疗，大体上和慢性咽炎、喉炎相同。可是在久治不愈之下，应该作进一步的探讨，找寻新的治疗途径。至于在哪一点上来作进一步探讨？当然从“燥”证方面着眼。

治疗燥证，一般的常规就是养阴生津。但在具体的致燥原因上，还有千变万化的机制。如其简单机械化的养阴生津，却是一种呆板的头痛医头脚痛医脚的对症发药疗法，绝非辨证论治。只有分析出致燥之源的主要原因，并针锋相对地处理这个原因才是。

燥既然是津液枯竭的表示，津液祛劫的后果，那末首先来论津液是从哪里来的？所谓津液，可以广泛地指为机体内的一切水份。精细一点的讲来，是指由饮食水谷精微通过胃、脾、肺、三焦等脏腑的共同协作所化生的营养物质。它在经络之中的，为组成血液、淋巴液的成份，在经络以外的，遍布于组织间隙里。津和液，两者的性质、分布部位和具体功用方面，稍有不同之处。津比较清稀，分布于肌肤之间以温润肌肤。液则比较粘稠，分布并濡养关节、脑髓及孔隙。所以

咽、喉部的，严格地说起来，是“液”，但我们日常中还是习惯地称为“津伤”“津枯”及“生津”“养津”。以其习惯已成自然，谁也不会认为是错误的。方才谈到津、液是有所区别，但从整体功能而论，两者是可以相互影响、相互联系、相互转化的。至于津、液的形成、输布的过程，主要是依赖于肺、脾两脏起的主要功能活动。《素问·经脉别论》：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱”。可知脾主运化升清，把由胃肠道吸收来的有用物质，化为水谷精微，上输于肺。肺主通调以朝百脉，使这水谷精微运送散布到全身。一旦而脾的运化失健，则不能转化物质为精气，也就是津液无产生基地，当然津液宣告枯竭。如其肺有病变，则一向以“恶燥”见称的娇脏，偏偏病燥起来，于是既无法散布水谷精微于全身，而且更把接受过来的水液蒸发灼干，咽喉部当然无津液的濡养而干枯起来，这又是一种情况促使咽喉的干燥。另外，以肾亏水涸，不能涵木制火，迫使相火上炎，燔津烁液。那末尽管脾、肺功能正常、津液照常的生产、及时的散布，且也以被灼而干涸，当然咽喉也要干燥了。这种情况，称为伤津或劫津，当健脾培土。由于烁肺伤金者，当养阴润肺。由于肾虚而相火上燔者，应该补肾滋阴而熄其相火。如果仅知一事补肾养阴，犹之一盆没有水源供应的花草，见到它枝枯叶槁，一味地使它荫凉，通风，甚至更除去它周围的一切致热因素，独独不去灌以水源，试问有什么用处？

现在再总结一下治燥大法：

（1）由于津液在生产或散布方面的障碍者：

①脾的运化失健，脾气不升而致者：这是脾脏既不能把水谷精微化为津液，又不能把津液上输心肺。诚如李东垣在《脾胃论》中所谓：“饮

食不节，劳役所伤，以致脾胃虚弱，主口中津液不行，故口干咽干也”。所以治法以健脾益气为主，常用代表方有参苓白术散或健脾丸。

②燥气伤肺，肺不布津者：这是外来的一切燥气，侵犯肺脏。也有内燥所伤，自戕自贼，终使肺脏不能正常地输布津气。这种情况，当润肺生津。常用代表方有加减养阴清肺汤或沙参麦冬汤之类。

(2) 由于津液被伤被劫者：

①外邪化燥：这是一切外来邪气，消耗津液的一种病理变化，于是津液受烁而伤。这种情况，多为热性病后期，或吐泻、出汗过多、出血过多，或用药不当而引起的，术语称为热伤津液。不过这种燥证，很少见于本病。故未列治法。

②肾阴虚损，龙火内燔：龙火也就是相火，有人称为龙雷之火，是指肾火、肝阳之火。一旦肾水亏损太过，则水少而火即不受控制而猖狂拔扈，造成相火燔灼，产生阴虚火旺的病理变化，终使肺金受烁，肾水被煎，津液干枯。这种情况，应该补肾育阴以清相火。常用代表方有知母八味汤或左归饮之类。

2.外治法：用参梅含片噙化法，每天4~5片。外用吹药，以西瓜霜最为理想。

3.其它治法：

(1) 常用的为《苏沈良方》：“每夜，……，盘足坐，叩齿三十六通。握固，闭息，内视五脏，……待肠满气极，则徐徐出气，候出入息匀调，即以舌搅唇齿内外，漱练津液。未得咽下，复作前法，闭息内乱，……调息漱津，皆依前法。如此者三，津液满口，即低头咽下”。它的方法是凌晨趺坐，叩齿36通，叩齿是上下牙齿相碰，作响。

然后用舌尖撞击门齿，这样则唾涎分泌即盛旺起来。“握固”，指两手握紧拳头。内视五脏”，是说排除杂念，凝神聚意，好像见到自己的五脏六腑一样。“肠满气极”，是意守丹田，运真气于丹田而发生满腹温煦阳和充气的感觉。“以舌搅唇齿内外”，《内功图说》称为“赤龙搅水津鼓激，三十六神水满口”。引导法称为“赤龙即舌，以舌顶上腭，又搅满口内上下两旁，使水津自生，鼓漱于口，三十六次。神水即津液，分作三次，要汨汨有声吞下”。一般初期做导引，津液不多，久练自会增多。

（2）《红炉点雪》的“水潮除后患法”，也适应于本症。龚氏谓：“平时睡醒时，即起端坐，凝神息虑，舌舐上腭，闭口调息，津液自生。分作三次，以意送下。此水潮之功也”。

〔转归及预后〕

本病的病程缓慢漫长，预后取决于治疗。

〔调护〕

- 1.起居方面，宜阴凉而不太干燥之处。在夏天燥热的地方多洒洒冷水。冬天在火炉上多熬不加盖子的水壶。
- 2.饮食方面，宜清静而容易消化者。不适厚味油腻及生冷。禁食油炸食物、烟、酒、辣。
- 3.水果，一切都宜，唯忌荸荠、花生。
- 4.情绪方面，要保持稳定，也就是清心寡欲，切忌胡思乱想，想那些无法实现的妄想。更其是使人懊丧、气愤、不愉快的思想与回忆。

5.本病是相当慢性的慢性病，治疗进药是旷日持久的，故而切忌急躁求痊。

6.适当地注意休息，但不能全休。

〔文献摘录〕

1.上焦有热：《普济方》：“夫脾肺不利，上焦有热，则津液枯燥，搏于咽喉，故令干痛”。

2.上膈虚热：《普济方》：“上膈虚热，咽干”。

3.燥：《医碥》：“伤燥，……在上则鼻咽焦干”。《医学摘粹》：“燥病者，……或清窍不利”。

帝中风（悬雍垂过长）

所谓悬雍垂过长，就是悬雍垂的长度有永久性及异常的超长。本症在第七世纪初，就已有了记述（见《诸病源候论》），称为悬痈和垂倒。盖古代“雍”与“痈”，可以通用。

历代名称：悬痈、垂倒《诸病源候论》悬雍肿《外台秘要》帝钟风《东医宝鉴》悬雍垂表（毒）《医方类要》纯白小舌《喉科指掌》帝中风《喉科秘诀》悬疔《喉科紫珍集》悬丁《焦氏喉科枕秘》悬旗小舌《喉科杓指》蒂丁下垂、小舌落下《包氏喉科家宝》。

〔症状及检查〕

往往好发于神经质的患者，或见于缺乏运动，有习惯性便秘者。局部症状，为悬雍垂伸长，可能还有一个较粗肥的末端。在咽部松弛状态时，即可碰及舌面，或紧贴咽壁。因之即产生异物感，甚至引起咳嗽或呕吐。但也有极少数患者，却毫无感觉。

〔诊断〕

悬雍垂，无一切炎性症状，但长期处于额外超长或肥大中者。

〔常见证因〕

细长的悬雍垂，可能为发育上的特异。也可能因屡屡发作的急性或慢性咽炎、扁桃体炎的长期刺激而病变。

凡急性的，大多为急性咽炎、急性扁桃体炎的并发者，可以宗急性咽炎同样处理。常期慢性者，为脾气虚弱，宗气下陷使然。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

脾主肌肉，悬雍垂虽然未有认为属之于脾，但以肌肉而论当然属脾土。脾气一衰，宗气下陷，终使这个特殊组织的肌肉松弛无力，拖长下垂了。

（二）论治要点

1.内治法：脾胃一虚，则阳气生化之源衰怯，中气不足，清阳下陷不升。所以肌肉松弛下垂，症属慢性，故而无疼痛发炎表现。治当益气升阳法。常用代表方有补中益气汤之类。也可参酌收涩之品，如诃子散中的诃子肉，真人养脏汤中的肉豆蔻、罂粟壳，以及石榴皮一类的药物。

2.外治法：早在第八世纪时，就认为要手术理处，故《外台秘要》谓：“开口捧头，以篲抑舌。乃烧小铁烙于管中，灼之，令破，灼火毕，以盐随烙处涂之”。当然，这种办法，是比较粗糙的。而且烙后涂盐，这种疼痛也是使人难以接受的。正确的方法是这样，先将悬雍垂和两侧软腭间，注射1%普罗卡因0.5—1毫升，待麻醉后，用钳子抓住悬雍垂，然后将应该截去过长的部分，以弯头剪刀截除。剪后即百草霜散，掩上止血，必要时予以缝合。以后用珠黄散频频搽擦。五天后拆线。

此外，烙法也可采用，唯疗程较长。

药物治疗，用枯矾及生明矾各半，研极细末，涂擦。但疗效很不稳定。

〔调护〕

- 1.本病无特殊的预防和护理。
- 2.手术（包括部分截除、铁烙及外用药）后，禁进热食，夏宜凉，冬宜温。
- 3.硬食禁忌到愈合。
- 4.忌烟、酒、辣。
- 5.及时上药，指外用外用药而言。
- 6.保持大便通畅。
- 7.少讲话。

〔文献摘录〕

- 1.风热厚味：《喉科紫珍集》：“因受风热，食煎炒厚味”。
- 2.热气：《东医宝鉴》：“所以暴肿者，抑亦热气使然也”。
- 3.风邪热气：《诸病源候论》：“腑脏有风邪热气，上冲咽喉，则肿垂，故谓之垂倒”。
- 4.胃中积毒：《喉科指掌》：“胃家积毒”。
- 5.胃火：《喉科杓指》：“胃火郁甚而发”。
- 6.脏腑伏热：《诸病源候论》：“五脏六腑有伏热，上冲于咽喉，热气来于悬痈（雍），或长或肿”。
- 7.思虑过度：《焦氏喉科枕秘》：“思虑过度，心火上冲帝丁”。
- 8.穿着过暖：《喉症全书》：“重衣叠被”。

口疮（咽部疱疹）

本病如以传统病名来对照，《尤氏喉科秘书》、《咽喉经验秘传》的喉刺，在症状描写上十分相似，但在预后方面距离太远。《喉科杓指》的帘珠喉也很相仿，但本病决没有“满喉如白网油状，两边微肿”的症状。《喉科指掌》的气子描写，也似乎相符，但病程以“年”计算，则又不恰。总之在古文献中很难找到最恰当的名称。

历代名称：古人大多名为口疮。后期溶合成片之后，即称口糜。《素问·气交变大论》的口疮，可以作为最早的论述。

〔症状及检查〕

此症单独发生者，几乎没有什么全身症状。咽部感有疼痛，有时可能很剧烈，夜不能寐，甚至耳中也有痛感。

疱疹多发生于软腭、悬雍垂乃腭弓等处，常呈线状分布。初为黄白色小疱，旋即破裂而成为白色浅在性溃疡。周围粘膜微有充血。这种小溃疡一般在3—4天内即可痊愈。但也有疱疹一簇初消，另一簇又继续发生。

如在口腔者，又称疱疹性口腔炎。

〔常见证因〕

脾胃积热，郁蒸上凌而致。因为热蕴过久，势必蒸醇而化为湿浊。内中湿性下沉，多犯下身，唯有浊气的轻浮飞扬、弥漫上扰而转犯头面，尤其是宣清诸窍。不过这种浊气，毕竟是由湿邪所致，在治疗上依然以化湿、理湿、燥湿为手段。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

初期一般大多为充血的，所以主为火为热。之后，糜烂而转、白者，即应考虑湿浊，但仍然不能忘掉它毕竟是属火属热。

（二）论证要点

1.内治法：一般都应清热泻火。轻症可用银翘散，重者可用清胃散，如其波及舌体者，心经也有积火，可参用导赤散。如其有湿浊迹象明显者，加用茵陈蒿汤。

2.外治法：初起宜绿袍散。出现溃疡时，用冰硼散或中白散。腐去之后，可用珠黄散。

〔调护〕

1.平时少吃辛辣食品。

2.按时喷吹外用药。

3.注意口腔卫生，临睡漱口。

〔文献摘录〕

《素问·气交变大论》：“岁金不及，炎火乃行，民病口疮”。这是指由于火者。

《素问·气厥论》：“膀胱移热于小肠，上为口糜”，这是指膀胱、小肠有热。

《医方论》：“口糜本于湿热”。这是指湿热者。

《证治汇补》：“口疮虽有脾热，然分赤白二种；白者肺热，赤者心热”。这里是指为脾热、肺热、心热三者都有。

飞疡喉（咽粘膜下出血）

它是在咽部，尤其是悬雍垂及其周围的软腭粘膜，陡然在1~2分钟之内产生大小不一定的血疱。它是一种轻症小恙，可是在历来喉科专业书中，都说成是重病危症。如《喉科杓指》、《喉科秘旨》的“凶恶之症”等，都不符合临床实际。但以其发病极快，来势凶猛迅速，所以古人即以“飞疡”来称它。

历代名称：本病在十六世纪末，才见之于文献，第一个记载本病者，为《窦氏疮疡经验全书》谓：“口中猝然有肿，转胀转大，此名飞疡也。渐至杀人。用小刀点出血”。此后各家著作，都承袭了“渐至杀人”一言，始终以危症目之。

历来的名称很多，如：飞疡《窦氏疮疡经验全书》 飞扬喉《喉科指掌》 悬痈、悬棋盅毒风《干校尤氏喉科》 夺食风《重楼玉钥》 呛食风《咽喉经验秘传》 稔食风、飞蛾风、飞扬风、飞丝风《喉科秘诀》 血蛾《喉科泄秘》 抢舌风《沈氏喉科心法》 悬疗《喉科紫珍集》

〔症状及检查〕

此症既无前奏预兆，更无全身症状。而且绝大多数在进食时发生，更其是晚餐时最多。当时陡然感到咽部有异物感，病者必然利用“咽”或“喀”的动作来想排除它。可是越咽越喀则异物感越严重。在短短1~2分钟的一霎之间，咽部即全部被堵塞，不能吞咽，甚至呼吸也为之困难。同时在软腭上，更多在悬雍垂上或其左右，见到紫红色大血泡一个。大小不一定，从黄豆到五分人民币大小，堵塞在咽部，因之一切窒塞的症状也达到了高峰。但始终无疼痛。所幸者，为时不久，血疱

可自行破裂，排出大量血液或血块，片刻之间一切症状完全消失。但不久出血处形成创面广泛而很浅在的溃疡面，疼痛也由此开始。

致于病程，则完全根据治疗得法与否和本身溃疡面积大小来决定。预后十分良好。

〔诊断〕

主要是大血疱，位于悬雍垂及其周围或软腭部。起病迅速，在1~2分钟内可完成初期、高峰到自行破裂的全部过程者，即可诊断为本病。

〔常见证因〕

它是肺胃两经积热，热盛化火，逼血离经而妄行。本病一般多发生于进餐之际，因之也可能与热食、硬食的局部磨擦致伤的不内外因有关。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

血出当然属热属火，本症基本上不需用辨。不过不论热与火，唯在程度上轻重有所不同而已。凡伴有便闭，破裂后疼痛厉害者，其势必重。

（二）论治要点

1.内治法：治法简单，一般取用清热凉血法。常用代表方为清咽利膈汤或加減三黄凉隔散。严重的加强通便药，所谓釜底抽薪。

2.外治法：及时刺破血泡，泄尽积血。刺破愈早愈好，迟则血泡必然扩大。但一般病员到达医院之前，早已自行破裂而自溃了。

不论自行破裂或刺破，一般脱离组织的粘膜，务当撕揭去尽。

初期，可用冰硼散。形成溃疡之后，可用中白散。如有较厚义膜者，用锡类散。中期，用绿袍散或中白散。后期，用珠黄散或月白珍珠散。

〔转归及预后〕

一般不久即可痊愈。惟血泡愈大则溃疡面也愈大，于是愈合也多费时日。

〔调护〕

- 1.事实上本病难言预防，但注意过于炙搏的厚味，以少吃为是。
- 2.已破之后，注意卫生。
- 3.不论饮料与食物，温度不宜太高。

〔文献摘录〕

- 1.风热：《喉科指掌》：“此症，风热上雍”。
- 2.肺胃积热：《重楼玉钥》：“因饮食火物，触动肺胃积热，致陡起斯疾”。
- 3.脾家热毒：《咽喉脉证通论》：“此证乃脾家热毒，外感风热而成”。
- 4.风热痰毒：《喉科紫珍集》：“此症因上焦蕴积热毒风痰，壅塞而起”。《明医指掌》：“风痰壅热在喉咙，因生血泡咽关闭”。
- 5.触毒或怒火：《焦氏喉科枕秘》：“怒火盛，或中秽毒”。

风热乳蛾（急性扁桃体炎）

自张子和提名乳蛾之后，此名一直沿用到今天。其所以称为乳蛾者，俱谓形似人乳与蚕蛾。其实，考乳者，幼小之谓。例如小虎称乳虎、小羊称乳羔、婴儿称乳子，植物中小黄瓜称乳瓜。蚕蛾之稚小者，理应称为乳蛾，因之乳蛾者，蚕蛹也。说明此病特征，在咽两旁有肿物如蚕蛹然。

本症有急、慢之分，一般急性的基本上一如急性咽炎。不论病因、辨证、论治亦完全相同，唯一有异者，多此两侧肿物的峙立。

历来把它分为单乳蛾与双乳蛾，事实上无此必要。还有如《喉科秘本》认为“单轻双重”，《喉证明辨》认为“双者轻、单者重”，《疡科选粹》又分为横蛾与竖蛾，《喉科紫珍集》，认为双者由于“惊慌痰涎”，单者由于“劳郁风热”等等，均无甚临床意义。

历代名称：本病最早的论著，首推《儒门事亲》。之后350年中，更有不少异名。至于《喉科泄秘》等书中的血蛾，实非扁桃体疾病，乃粘膜下出血的飞扬喉。

历来扁桃体炎的急性慢性异名很多，如：乳蛾《儒门事亲》肉蛾《类编朱氏集验医方》蛾风《世医得效方》喉闭《寿世保元》：“其比乳蛾差小者，名谓之喉闭”。闭喉《医林绳墨》：“乳蛾……设或差小者，名曰闭喉”。喉痹《简明医彀》：“喉痹即今之乳蛾”。横蛾、竖蛾《疡科选粹》喉蛾《喉科指掌》蛾疮《洞天奥旨》阴蛾《疡医大全》莺翁、鹅聚《医方类聚》连珠蛾《喉科泄秘》：“白星上下相连”。化脓性扁桃体炎隐窝溢出的脓性分泌物。烂蛾《喉科泄秘》：“如蚊虫咬斑者”。化脓性扁桃体炎。结《瘟疫明辨》：“当视其咽中有

结无结。有结者红肿，是为乳蛾”， 鳧症《喉科心法》 烂乳蛾、石蛾 《喉科秘旨》 死乳蛾、乳蛾核 《喉症全书》 烂头蛾 《秘传喉科十八证》 蛾子、蛾疾 《喉科金钥》 飞蛾 《囊秘喉书》：“如有细白星者，若发寒热，即飞蛾之凶症也”。 慢蛾风 《囊秘喉书》。

〔症状及检查〕

导致急性扁桃体炎的病因不同，所以它的表现也各异。加之前后期各阶段的发展过程，更可相互转化。但一般说来，大体如下：

1.风热蛾风：相当于急性卡他型扁桃体炎。主要为时邪外感，直犯肺胃两经。所以它的表现：全身症状为凛风发热，在成人仅仅热度稍有增高，而在小儿则就可能高达39摄氏度左右者。头痛，食欲不振。如在成人还有全身关节疼痛等等。咽头干涩粗糙，有异物感，疼痛，涎多。检查可见，扁桃体充血肿大，有时这种充血也可以蔓延出它的范围。

2.热毒蛾风：相当于急性隐窝型扁桃体炎。主要为肺胃积热更重，所以全身症状较前者为重。一般凛寒少，甚至没有，但发热较高。头痛及全身不舒服也较严重。口干，大便干结，小便短赤。咽头疼痛严重，口涎很多，吞咽困难，也有言语也为之不利。更有严重的言语为之不清。局部检查：扁桃体肿胀也厉害，充血艳红。它的隐窝内，炎症的产物填塞充盈，并向隐窝口排出，这就是古书上所称“白星点点”或“白星上下相连”。这种渗出物有时溶合成片，形成假膜，古书上即称为“烂蛾”，但它不会超越出扁桃体的范围。

3.烂蛾风：相当于急性间质型扁桃体炎。它的病因，乃阳明伏火盛炽，热毒重蒸肺胃，所以三型中此型最为严重。全身症状大多壮热不退，面呈急性病容。口干狂饮，心烦不宁，食欲几乎丧失殆尽。大便

几日不解，小便红赤短少，溺时有灼热感。局部疼痛剧烈，非但吞吐不便，甚至呼吸也有些不畅。伴以口臭难闻。局部检查：咽峡充血严重，扁桃体和它的周围组织的肿胀也很突出。在隐窝开口处的黄白点或假膜也多而且厚，甚至污秽不堪。严重的还有脓性分泌物。在颌下、颌下可见淋巴结肿大，有压痛。

以上三者，血象检查，白细胞总数每立方毫米中常在一万以上，中性细胞达80~90%以上。

〔诊断〕

凡有急性热病的同时，出现扁桃体肿大及疼痛等炎性症状者，即可证明为本病。

〔常见证因〕

- 1.风热蛾风：时邪外感，直犯肺胃两经。
- 2.热毒蛾风：内伏的郁火，或由风邪所化，蕴结而然。
- 3.烂蛾风：积毒积热严重，致炎炎之势，重逼肺胃。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

参阅上节症状及检查内容。

（二）论治要点

1.内治法：

(1) 时邪外感，直犯肺胃者，大多脉来浮数，舌薄黄或薄白。应用解表手法，如属风寒，用辛温解表法，常用代表方有六味汤、荆防败毒散之类。如属风热，用辛凉解表法，常用代表方有桑菊饮或银翘散之类。

(2) 内有伏热者，当清热解毒。常用代表方有加减清喉汤，或黄连解毒汤之类。

(3) 热毒严重者，必然伴有心烦、便秘，当重剂清热解毒，参用釜底抽薪的攻下剂。常用代表方有清咽利膈汤等。

以上三者，必要时可以佐服六神丸。服法儿童每岁一粒。十岁以上作成人计算，每次十粒，每天轻症两次，重症三次。

2.外治法：一般轻症，用月石散或冰硼散。重症，用吹喉去腐散或通用消肿散。严重的，用锡类散。一到后期，可用中白散或珠黄散。

3.其它治法：针刺少商、商阳穴，取血。每日一次。

〔转归及预后〕

一般预后良好，不过也根据有无并发症来决定。无并症者，多在5—7天内逐渐痊愈。局部的并发症，如扁桃体周围脓肿，则仅增加了痛苦，但无大碍。如其由此而引起风湿性关节炎、心内膜炎或肾炎等病，则比较棘手。如并发败血症，则更危险。

因此，急性扁桃体炎痊愈之后，应当特别注意防止复发。最好在本病和并发症控制一个时期之后，可以考虑切除以求根治。但近来的许多学者认为不必等待痊愈后手术，在当时即可手术，这样更可以缩短病程。但有许多学者，不赞同摘除。认为扁桃体保存在身上，很有好处。

〔调护〕

- 1.多饮白开水，或多吃水果。
- 2.常用淡盐汤漱口，并可代茶作饮料。
- 3.注意通便，因便秘可使病情加重。当然也禁忌腹泻。
- 4.进食半流质或软食。而且要求容易消化的。
- 5.及时服药。按时喷吹外用药。
- 6.禁食一切发物，如辛辣品、海产品、羊、狗肉等。
- 7.烂乳蛾者，考虑消毒隔离。
- 8.病愈后，可以考虑铁烙烧灼。

〔文献摘录〕

- 1.风寒：《喉科秘旨》：“此症因风寒而起”，“凡伏寒之症”。
- 2.风火相扇：《喉科全钥》：“风火相扇”。
- 3.风湿热：《疡科心得集》：“风湿客热，化火循经上逆”。
- 4.热毒：《秘传喉科十八证》：“热毒积于血分”。
- 5.时感：《喉证明辨》：“肺经积热，受风邪凝结，感时而发生”。
- 6.急性病的续发者：《喉科杓指》：“伤寒后发散未尽”。
- 7.嗜酒：《喉症杂治联璧》：“此症因嗜酒肉，热物过多”。
- 8.酒加色：《喉科秘制》：“多因酒色郁结而成”。

- 9.情绪不畅：《喉科紫珍集》：“此症因气恼郁于心，无伸而起”。
- 10.房劳：《秘传喉科十八证》：“房事太过，肾水亏竭”。
- 11.阴虚：《谦益斋外科医案》：“喉蛾屡发屡愈，由阴亏所致”。
- 12.相火：《古今医鉴》：“相火之所冲逆耳”。
- 13.阴阳升降失司：《谦益斋外科医案》：“阴不上乘，阳失下降”。

乳蛾（慢性扁桃体炎）

此病在临床上最为多见。在儿童的多为扁桃体异常肥大（无临床症状者，可以不必作为疾病来论治）。在成人则表现为炎性病灶。发病年龄，一般以7~14岁儿童为最多，次为青年，老年更少。发病率，两性差别不大。

本病因为是一种常见的多发病，更其是学龄儿童，所以很不容易引起人们重视，其实是十分错误的。因为这种疾病往往成为肾炎、风湿性关节炎、心脏病和长期低烧等全身性疾病的原发病灶。更可诱发中耳炎、鼻窦炎、喉炎和气管炎等邻近器官的疾病。之外如胃炎、慢性胆囊炎、血液病等也有诱发作用。所以对人体健康的危害性很大。

历来名称：历来许多名称，已在急性扁桃体炎中介绍，但以祖国疆土辽阔，各处方言很多，慢性扁桃体炎也有不少异名，例如：喉疔《洞天奥旨》阴蛾《疡医大全》乳蛾核《重纂包氏喉证家宝》喉瘤《慢性扁桃体炎的中医烙法》。

此外，如《喉科秘钥》的伏寒乳蛾、白色乳蛾等等，也可能是指此病。

〔症状及检查〕

一般患者，都容易感冒、气管炎。在不发作的间歇期中往往很少显著症状，仅咽头感到异物感、刺痛感、阵发性咳嗽等等。有时可以有些口臭，如其扁桃隐窝内有豆渣样脓栓积留者，口臭更为严重。如其扁桃体肿胀过大（这种症状，主要为木蛾），则有咽部阻塞，吞咽不利，呼吸不畅，言语不清和熟睡后有鼾声等等。由于久病正虚，所以

可引起头痛、泛恶，四肢乏力，容易疲劳……等等。甚至使稚小婴儿发育受到影响。

根据病理变化，可分三个类型：

木蛾：扁桃体最肥大，突出于腭弓之外，甚至两侧扁桃体在正中中线处可以相接触。色呈淡红，质地较柔软。本症主要在儿童，但大多数儿童时期的扁桃体肥大，是属生理性，以后可随年龄的迭增而逐渐退化（萎缩）。

石蛾：扁桃体间质内有纤维组织增生，继以纤维组织的收缩，使它体积收缩，淋巴组织萎缩。以其不大而韧硬结实，故喻之为石。

落井乳蛾：主要病变潜伏于扁桃体隐窝深处，扁桃体虽然以病理性萎缩而很小，但其隐窝及淋巴滤泡有慢性炎症长期存在。如隐窝内有大量脱落上皮、细菌、淋巴细胞和白细胞集聚形成脓栓，或隐窝口被疤痕组织封闭，则就形成瘢痕化。

它很容易急性发作，更其是体弱者。发作时，也有高烧等一切急性炎症症状，但其程度与病程或可略逊于第一次的发作。

〔诊断〕

扁桃体长期肥大，反复发作者，可以考虑本病。其他如消化不良、营养障碍、头痛乏力、慢性贫血、低烧，以及小儿发育迟缓等等，往往也是本病的伴随症。

〔常见证因〕

一般多为急性扁桃体炎未得适当治疗。或由于经常发作所致。其中木蛾患者，在少数病人中具有遗传因素，往往一家数人都患有此病者。

其真正病因，以以下两者为多见。

1.肺气虚怯，邪毒留恋不去，所以长期水肿难消，成为慢性。

2.禀赋不充，气血双亏，致痰浊凝结难解而木然僵肿。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

在急性发作期间，一切处理，参照急性扁桃体炎。

凡由肺气虚怯，邪毒留恋者，大多有疼痛感，局部充血为晦暗型，分泌物粘稠。全身症状则五心烦躁，咽干口燥，如要引饮则喜欢凉饮。大便干结，午后低热等等。脉细数，舌质红绛或无舌苔。凡禀赋不充，气血双亏者，很少疼痛。局部不充血，经常可见后壁淋巴滤泡为团块状增生。大多面色皴白，手足少温，全身倦怠，四肢乏力，容易出汗，大便偏稀。口中较润，不求引饮。如要饮者，也希望温热一些。舌质淡白，嫩而胖，严重的可出现舌边上齿印累累。脉软弱。

（二）论治要点

1.内治法：肺气虚怯者，当益肺消痰法。常用代表方以百合固金汤作核心，另外酌加挂金灯、山豆根、金果榄、毛茛菪、昆布、海藻……等局部消肿攻坚之品。

气血双亏者，当然需要气血双补。常用方有八珍汤、十全大补汤之类。但也须酌加以上几种消肿药品。

不过慢性扁桃体炎而想用内服药或外用药来消退，是往往使人失望的。唯一办法，只有烙灼和摘除。这两者之间，前者优于后者。

2.其它治法：手术是主要的治疗，而不是辅助。

(1) 扁桃体摘除手术。

(2) 烙灼法，祖国的烙灼法，使用已久，而且现在还视为对付慢性扁桃体的主要手段。

方法：用特制的金属小烙铁，一般以紫铜或白银最好。在酒精灯上烧热，其温度是将热烙铁平放于一叠白报纸上面烧焦3~5张者为标准。然后即按烙于肥大的扁桃体上。每次初烙，每侧可烙3~5烙铁。以后根据扁桃体肥大程度、充血情况及烙后反应而增加烙数。

一般每次每侧增加到5~10烙。当扁桃体体积缩小超过一半后，就可以逐渐减少烙数。每次灼烙之后，扁桃体的烙灼面形成一片黑褐色的焦化坏死组织的焦痂。此痂皮可从第二天开始逐渐脱落，随后产生一层白膜。白膜初起时与组织紧贴，不易剥离。烙后第四天就可自行脱落。因此，每隔2~3天受烙一次为最适宜。如白膜粘连仍紧，可再等待一天。如有暂时出现禁忌症者，则烙治间隔时间可延长。

下烙方法，初次施烙，应选择扁桃体最凸出的部位下烙。因烙数不多，范围不宜太大。以后每次随着烙数的增加而逐渐扩大其范围。每次都以第一次施烙的部位为中心，向周围扩展。但也必须纠正过去过分地强调它（指扁桃体）是造成各科疾病的唯一发病灶，以致盲目的为了“预防”而把无病的或无甚大碍的扁桃体也予以烙灼或摘除，这也是不必要的。

〔转归及预后〕

一般药治疗，疗效颇不理想。所以许多学者，都主张摘除或烙灼。但近来愈来愈多的医家，都认为保守为适当。因为扁桃体全部摘去，可

使机体的生理平衡发生紊乱。在万不得已时还是烙灼为上策。

如其任其反复发作，常可引起其他疾病，最常见者，如关节炎、心脏病、肾炎等，也能导致消化、呼吸两个系统的病，因为喉属肺、咽属胃之故。

〔调护〕

- 1.对急性扁桃体炎务需彻底治疗。
- 2.基本上与急性的相同，更其是在急性发作者。
- 3.平时多吃芋艿、茨菇、荸荠、海带……等消痰食品，以促使扁桃体加速萎缩或吸收。

〔文献摘录〕

- 1.先天性：《喉科秘旨》：“此症因胎生，本原不足所致”。
- 2.痰：《疡医大全》：“三经之痰涎，尽阻塞于咽喉，结成火毒而不可解”。
- 3.火：《洞天奥旨》：“蛾疮，……一阴症，一阳症。二症虽异，而火则一也”。
- 4.肝火痰结：《喉科杓指》：“肝火痰结”。
- 5.热毒积于血分：《秘传喉科十八证》：“热毒积于血分”。
- 6.酒色：《类证治裁》：“多因酒色郁热而生”。
- 7.升降失度：《谦益斋外科医案·孙案》：“阴不上乘，阳失下降，喉蛾肿痛逾月”。

8.瘀：《喉科秘钥》：“乃肝火老痰，结成恶血”。

9.疲劳与情绪：《重纂包氏喉证家宝》：“劳力气恼”。

10.郁怒：《喉科紫珍集》：“此症因受怒，郁结而起”。

11.阴虚阳亢：《石室秘策》：“凡人肾水大耗者，肾中元阳不能下藏，盖无水以养火，而火必上越。日日冲上，而咽喉口小，不能任其出入，乃结成肿痛，状似双蛾”。

12.虚火上炎：《疡科心得集》：“亦有虚火上炎而发者”。

石蛾（扁桃体结石）

以西医理论来说，凡扁桃体隐窝或其他腺窝内有钙或镁的磷酸盐或石灰酸盐的积聚，则即成结石。《喉科泄秘》解释谓：“白而硬者，石蛾也”。的确，这种结石，是色白而坚硬。

〔症状及检查〕

结石的存在，除具有慢性扁桃体炎各项症状之外，并无特殊症状。若并合感染，则将有疼痛、耳痛、吞咽困难等等。因有臭味的分泌物，故而口腔中长期产生怪味。

检查所见，结石的存在，常为一个，但也有多个，从米粒到山核桃大。显有充血现象。或有流脓的小瘻管，待少量稀薄脓液流出后，即可看到黄色或白色结石体。如用探针去探，则有硬物可触到，这就是结石。

有时埋藏较深，故《喉科秘钥》谓：“此症生乳蛾地位，少进寸许”。

〔诊断〕

如扁桃体或舌腭弓处有肉芽增生或流脓窦道，可触及沙沙声的硬物，大多为本病。有时也可借助于X线摄片以窥究竟。

〔常见证因〕

人身无处没有营血、津液的存在，用以濡养。在正常健康情况下，气血泰和，正气充沛，总是运行不息，生气盎然。一旦五脏违和，更其是肝胆郁火，能使气运失常，于是血滞则瘀，津败液腐则为嫌。痰之顽者如老痰、结痰之类，滞留过久，结成硬物。

〔辨证论治〕

论治要点

1.内治法：本症非内服药所能解决。如其内治的话，可取消痰软坚一法。常用代表方为海藻消石汤。药有：昆布、海藻、川甲、红花、桃仁、甘草、白芥子、元明粉、鸡内金、山豆根。

2.外治法：最有效的办法，是在局部麻醉之下，将扁桃体隐窝扩大，然后用镊子或钳子取出。

伴发慢性扁桃体炎者，则在不发作时期内把扁桃体摘除或烙灼，使它“皮之不存，毛将安附”而自行消失。

〔转归及预后〕

预后良好。

〔调护〕

1.保持口腔洁净。

2.有慢性扁桃体炎者，积极治疗。

〔文献摘录〕

1.先天性：《喉科指掌》：“或胎生，或……”。

2.禀质不充：《喉科秘旨》：“小儿形气未充，脏腑柔弱，易为外邪所感，……凝结不散”。

3.痰火：《喉科金钥》：“乃肝火老痰，结成恶血”。

鼻塞 《咽扁桃体肥大》

中医历来很少对这个病的论述，所以绝大多数混在“鼾眠”、“鼻塞”中讨论。本病常见于儿童，成人少见。

历代名称：古人大多混在鼻病中，因之如《诸病源候论》的鼾眠，《太平圣惠方》的鼻痈（古通鼈），《圣济总录》的鼻塞、气息不通、鼈鼻以及《普济方》许多鼻病，其中不乏是本病。

〔症状及检查〕

因病灶在于鼻咽顶部，所以主要症状，也就在鼻部表现得多。局部的有：

- 1.鼻：长期阻塞，流涕量增多，中隔弯曲。有时前庭及上唇皮肤长期受到鼻涕刺激，多有皮炎或湿疹。正因为鼻塞不通，所以发音的共鸣障碍而说话重浊不清，呈阻塞性鼻音。
- 2.耳：听力减退。耳鸣也伴随而来。并易发生卡他性中耳炎或化脓性中耳炎。
- 3.咽喉：以鼻咽部分泌物下流及受张口呼吸的影响，可以引起咽炎、腭扁桃体炎，喉炎与气管炎。甚至消化道也可造成消化不良。
- 4.颈、颌下及枕部的淋巴结，往往肿大。
- 5.面部表情，以长期口式呼吸，可影响面部发育。所以常为鼻唇沟消失，上门牙齿突出外露，上唇上翘。两眼乏神，表情冷漠迟钝。故称为“腺样体容”。

全身的有：

- 1.发育与营养状况较差，瘦弱，食欲不振，性情急躁而欠活泼。
- 2.因肿物的阻塞而引起睡眠不酣，易醒，打鼾。也有磨牙者。
- 3.多遗尿或哮喘。
- 4.智力差。

检查所见：

- 1.口咽部硬腭变高变狭。常伴有腭扁桃体肥大。
- 2.鼻咽部可看到鼻咽顶后壁有增大的淋巴组织，像剥去了皮的金橘。
- 3.鼻咽部指诊，触到柔软块状物。

〔诊断〕

在鼻咽部的淋巴组织应退化而不退化。致常期肿大者。

〔常见证因〕

每个人机体的生长代谢，都赖正气来进行。儿童时期肿大的咽扁桃体之得能随着年龄增长而萎缩，正是体质健康生长的表现。如其禀质不充，或后天失养，当然扁桃体无法进行其自然规律来退化、消失。所以用一句精简的术语来表达，是“虚”。

所以它是禀赋不充，痰气郁滞，久凝不化而致。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

虽谓禀质不充，但虚与实的所占比例，出入很大。

凡营养较佳，发育基本正常，未有明显羸象者，偏之于实证，以痰浊气滞为主。

与此相反，瘦弱而多病者，当然以虚为主，痰浊次之。

脉诊也是颇有辨证参考的价值。

（二）论治要点

1.内治法：实证，以消痰软坚为主。常用代表方有三子金灯汤。虚证，以益气化痰为主。常用代表方有四海六君子汤。

此外，药食同源，运用食疗也是一个较好的办法。其中以芋艿为最理想。因为过去的蹲鸱丸本来治疗此病的（全部以芋艿制成）。吃法，每天1/3—1/4公斤。天天不辍，连续3—6个月。调味不拘甜、咸或淡，都可。干蒸、煮汤、做菜，俱可。祇要煮熟煮透。更有海带、海蜇等，也是很好的药用食物。

2.其它治法

儿童满四岁以上，可以取用手术摘除。但手术容易损伤软腭而引起软腭麻痹，或引起耳咽管口闭塞并发卡他性中耳炎。也可损伤咽壁，形成疤痕过多而致咽部干燥。而且有些病孩不能好好配合。所以不若取用食物疗法，最为稳健妥当。

〔转归及预后〕

及时治疗，预后良好。

〔调护〕

少吃糖及肥肉等多脂肪食物。

〔文献摘录〕

《诸病源候论》：“鼾眠者，……眠里喉咽有声也。人喉咙气上下也，气血若调，虽寤寐不妨宣畅。气有不和，则冲击咽喉，……迫隘喉咽，涩而不利，亦作声”。

喉痛（扁桃体周围脓肿）

本病常称喉痛，但喉痛不等于就是本病。因中医的喉痛，往往还包括扁桃体脓肿、舌扁桃体脓肿、咽后脓肿、咽旁脓肿等等。有时还可把咽壁或咽间隙化脓性感染也统称在内。纵然中医常以喉痛来代表咽部许多脓肿，但也有些文献，也予以细致划分的，如喉痛、悬痛、关内痛、关外痛、斗底痛等。因不论那一种脓肿，其病因、病理以及辨证论治完全同样，所以单以喉痛一名来代表各种不同的脓肿，也已足够。而且许多脓肿里，以扁桃体周围脓肿最为多见，可以“举一反三”地讨论本病。

它是发生于扁桃体的结缔组织和咽缩肌之间的一种局部化脓性感染。此病并不多见，尤以青壮年占多数。十岁以下儿童与老年者少见。男性多于女性。一般多为单侧性，两侧同时发病者几乎没有。发病季节以春、秋两季为多。

中医对本病的认识很早，在《灵枢·痈疽》篇中就早已述及。但也有人认为猛疽乃卢特维氏颈炎而非本症。

一般急性病，西药总比中药为强，但扁桃体周围脓肿则中药超越于西药。

历代名称：猛疽《灵枢》 痈喉《释名》 喉痛《诸病源候论》 喉内生疮，咽喉生疮《太平圣惠方》 啞痛《外科理例》 喉内痈毒《历代名医蒙求》 咽中悬痛《本草纲目·五倍子》 喉中发痛《本草纲目·山豆根》 喉卒痛肿《本草纲目·薏苡仁》 七情痛《窦氏疮疡经验全书》 舌根痛《咽喉论》 喉杵《沈氏尊生书》 松子风《重楼玉钥》 双喉痛

《咽喉经验秘书》气痛《咽喉脉证通论》积热喉痛《喉科紫珍集》喉疔《潘氏喉科心法》橛舌痛《虞山墩头坵陈氏方案》。

〔症状及检查〕

在扁桃体周围形成脓肿之前，一般都有扁桃体急性发炎的症状。若这种症状经过3—4天后非但没有好转而反见加重，往往就是本症了。它的特征是：

1.疼痛：疼痛明显地出之于一侧，集中而尖锐，常可放射到同侧耳部。由于剧痛，所以不想言语和进食。入睡后，也常因反射性吞咽动作而引起剧烈锐痛而惊醒。一待化脓成熟切开或自溃泄脓之后，疼痛很快地缓解或消失。

2.肿胀：舌腭弓上段及患侧软腭明显红肿隆起，可把扁桃体遮盖。扁桃体也可能充血，常被推向内下方。表面有时覆有脓性渗出物。悬雍垂红肿，也被挤到对侧而歪斜。严重的也可引起呼吸困难。一般在3—5天后，就成脓而波动。如不切开，也能自行溃破。

3.言语不清：因严重的肿胀，咽部狭窄，舌根与软腭运动受限制，加之涎唾多而大量积滞，所以言语很不方便，似乎口中含有东西，发音含糊不清。

4.饮食不便：肿胀严重，软腭、舌根活动受限制，失去了协助吞咽动作功能，往往舌咽食物，更其是流汁，都分窜入鼻腔，部分拒不接受。中医习惯上称为“呛食”。

5.面呈急性病容和颈项假性强直：面呈急性病容，有痛苦表情。颈部以疼痛而不敢活动，头部转动时势必连肩部协同转动。头偏向患侧，

并稍有前倾。少数还牙关紧闭。开口不到一指，甚至更小，使检查增加困难。

6.其他：在同侧颈部或下颌，可以扪到淋巴结肿大，并有压痛。

至于全身症状，有高烧、畏寒、头痛、全身不适，食欲锐减，大便干结，小便短赤。最严重的，也可以出现衰竭现象。

脉多洪、大、数。舌苔也大多黄腻，严重的也可出现灰黑者。

白细胞总数，每立方毫米可在10,000~25,000之间。

检查可见，患侧舌腭弓上段及软腭，明显红肿隆起。悬雍垂水肿，偏向健侧。扁桃体推向内下方。如脓肿位于扁桃体后上方，则咽腭弓红肿，扁桃体被推向前内下方。

如欲明确脓液有无，可在最隆起处穿刺抽吸。

〔诊断〕

诊断并不困难。凡剧痛在一侧，隆起的肿块使病侧上腭呈蛙腹状。同侧耳底疼痛，言语含糊不清，语音重浊。进食不便，饮水倒呛。面有急性病容者，即可考虑本病。如加以白细胞的总数与中性增高，更无误诊可能。

〔常见证因〕

其一，为肺有积热，复感风邪。风热相搏，产生痰浊。终至风、热、痰三者杂凑而致。

其二，为过食辛辣厚味，或过饮醇酒、热性食物，以致阳明积热化火，上凌清道而致。

再总括的说来，不外乎肺胃两经的热毒所致。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

在初期，大多表证明显。如凛寒严重，疼痛未剧。舌薄苔，脉浮紧者，这是风热为重点。

在中期，为病情趋向高峰的阶段。此时疼痛加剧，甚至呈跳跃性。局部的红肿也更严重，言语的失清也过于极点。常以不能进食而出现衰竭现象。舌苔黄腻，也可能出现干黑苔。脉实、大、数者。这是热毒内陷，如其胃火偏旺，则症状更严重。

后期，指不论切开或自溃之后，经过大量的脓液排出，不论全身症状或局部的，在短暂的时间里较速的缓解。因之得能进食而神气也从衰竭中恢复过来。纵然怎样的舌苔，都很快地化掉。脉也恢复正常。

在一般化脓性脓肿中，常有以正气过虚而出现久久不能愈合者。在中医习惯上称为“溃疡”。但本病在临床上，是遇不到的。

（二）论治要点

1.内治法：初期，以疏风清热为法，但为时很短，往往祇有24小时左右。因之不及循规蹈矩地取用疏风清热之剂而即可采用仙方活命饮。此方既具有破瘀利气、消痰清热作用，而且更有解表药在内，能使困顿的毒邪，纲开一面而使其外泄。但这个阶段为时短暂，至多两剂，如能消散（吸收）的话，两剂可以解决。否则即使多用，也属徒然。


中期，以清热解毒为主，常用代表方有银花解毒汤。如大便闭结，也可酌用清咽利膈汤。

后期，已大毒外泄，余邪残存，所以可用清热排脓法，使残存余邪，一扫而净。此时已不宜苦寒剂，当以五味消毒饮为最恰当。

在理论上，最后阶段，用扶正剂。但本病无溃而不敛之象，所以毋须言补。

2.外治法：初期，脓肿尚未形成之际，喷消肿散。每天4—5次。喷后保留在咽部的时间，愈长愈好。最后连涎带药慢慢吐掉。

脓肿已形成，内脓已有，当予以切开引流。在过去限于条件，所以常用的为喉枪或笔刀。现在则于粘膜表面予以麻醉，必要时也可注射些普鲁卡因。在最隆起处切开粘膜及粘膜下组织，深约一厘米，再插入止血钳，进入脓腔，扩张切口，排出脓液，并放置引流物。以后每天再行扩张一次，直至脓液排尽。

中医取用的引流物，是用绵纸捻制的药线（又称纸钉、药钉、捻子）。应长5厘米，中间对摺，成“”，然后双脚摺成90度的转脚，呈“∩”。搽上冰硼散或锡类散，插入脓腔即可。唯常以言语、饮食、吐咽等动作而落掉。那末即另插新的。否则，创口即可闭锁。

待脓腔缩小到不能容纳药线时，即撤去药线。外用药改用珠黄散。

现在许多学者，为了避免复发，主张在脓肿痊愈后3—4周时，进行扁桃体切除，使它“皮之不存，毛将安附”。但也有人建议在脓肿期间就可作这个手术。这样既可不作切开引流术，而使排脓更畅更快，可获得一次性治愈。

〔转归及预后〕

一般纵然来势凶猛，如能及时治疗，预后俱属良好。如其失治、误治，或护理失当，大有可能召致毒邪内陷，直犯心包而死亡。

〔调护〕

- 1.初起时可执行禁口常规，凡鲜发、助火、动风、生痰、刺激性的饮食禁忌。
- 2.尽量禁声。
- 3.多进流质或半流质。
- 4.疼痛到无法承受时，可针刺或手掐合谷穴（两侧）。
- 5.切开或自溃后24小时内，应静卧休息。必要时取头低脚高位，以利脓液的渗流。
- 6.频频上药，更需注意切开后的初中期药线的脱落。
- 7.如要口腔干净，可取硼砂溶液或银花甘草汤作漱口剂漱口。
- 8.在溃后一昼夜内，严密观察创口有无出血。如有出血，应及时处理，以防大出血。
- 9.保持大便通畅。
- 10.在创口愈合之后，最好忌食水族鱼腥物两星期。否则常引起口臭。

〔文献摘录〕

- 1.风热为害：《疡科心得集》：“其感风热而发者”。
- 2.积寒：《喉科指掌·伏寒喉痹》：“积寒在内，外感时邪”。
- 3.重寒直折：《喉科指掌·声哑喉痹》：“着寒太重，肺脏闭塞”。

- 4.肺脾积热：《喉科指掌·肿烂喉痛》：“脾家积热而生”。《喉科指掌·大红喉痛》：“肺脾积热”。
- 5.胃火：《喉科紫珍集》：“胃火上冲”。
- 6.风火或风寒：《喉科指掌·单喉风》：“有红点者，风火。无红点者，风寒”。
- 7.肝胃火毒：《喉证明辨》：“此足厥阴肝、足阳明胃二经火毒，上冲所致”。
- 8.心小肠积热：《喉科集腋》：“手太阳手少阴经积热，交愤所致”。
- 9.性躁：《喉科秘本》：“肥人性躁感热者多生”。
- 10.毒气：《疡医大全》：“心肝火炎于脾肺，毒气攻喉”。
- 11.饮食所伤：《喉科泄秘》：“过食辛辣炙煿，厚味醇酒，感热而发”。
- 12.进食死物：《喉症全科》：“食秽恶、自死禽兽等物所致”。
- 13.恼怒：《咽喉脉证通论》：“因恼怒伤肝，肝血不和，以致肺气雍塞，火炽上升，发于喉间”。
- 14.七情：《囊秘喉书》：“七情所郁而生”。

鱼鳞风（咽角化症、扁桃体角化症）

本病古文献中，未见专论。以其白色点点，所以经常混在烂喉痹、烂喉风或烂乳蛾一类病种里论述。此外如鱼鳞风、鱼鳞癣中，甚至咽喉恶疮中，肯定也有本病混入。

〔症状及检查〕

此症多发生于扁桃体表面，但咽扁桃体、舌扁桃体及咽后壁的淋巴滤泡也常显示出有病变，间可延及喉部。

此病首先发现咽部有白色或淡黄色粒粒点子。如其出现在咽部者，可能有不快感或异物感。如发生于舌根部者，可刺激会厌软骨而产生咳嗽。以上病变能在数星期内自行消退，但也容易再度发作。也有为期很长，可维持数个月，甚至数年者。

局部检查可见，扁桃体隐窝口及其表面，有孤立性的小突起物，呈乳白色或淡黄色，大小从针头到米粒大，突出于表面。顶端有尖刃感，诚如《喉科指掌》的描写“白斑点不一”，如芥子大，或绿豆大，点上生芒针”。

用探针或压舌板触之，性质坚硬，且不易除去，与扁桃体的渗出物绝不相同。周围粘膜并无充血现象。

本症，多发于女性。因无一切自觉症状，所以往往在检查时方始发现。

〔诊断〕

在咽或扁桃体上，有白色或黄白色的坚硬米粒大小的栓塞，点点孤立性存在。这种栓塞一半深埋在内，与基底紧密粘连。一半曝露在外。周围一无病变可见者，即可诊断为此病。

〔常见证因〕

脾胃湿浊上蒸。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

凡角化点偏黄，有口臭，或者异物感，大便偏干者，属胃经湿浊。

凡角化点色白，一无感觉，大便偏稀者，为脾虚内湿自生，湿蒸化浊，上凌清道。

舌诊、脉诊，没有参考价值。

（二）论治要点

1.内治法：事实上不须治疗。应向病人进行解释，使无杞人之忧。

进药则实证，清胃化浊，可用藿香正气散，或用芦根、茅根、佩兰、藿香泡茶代药。

虚证，健脾胜湿，可用参苓白术散。

2.外治法：可将角化栓逐个拔除。也可用小刮匙将白色物刮去，然后喷以冰硼散。

局限在扁桃体者，可施行扁桃体摘除手术。

〔调护〕

1.少吃辛热辣物及烟、酒。

2.多进容易消化的食物。

3.保持大便通畅。

干咳（喉源性咳嗽）

本病的特点，是咽喉作痒之后即咳。咳时很不爽快，而且连续地咳，除非饮水，否则咳无休止。无痰。病程漫长，从几个月至几年。这种咳病，不是新病种，过去并不多见。解放之后，各种重用糖浆的冲剂、膏剂滥用于伤风感冒之后，因而本病日渐增多。

〔症状及检查〕

阵发性喉头奇痒毛涩，随之即作干咳。咳量连续性，甚至痉挛性。自己也可以感到，咳的起点在声门之上。连接不断的咳，愈咳愈不舒服（这与一般的咳嗽，咳后即舒服绝对不同）。同时一经作咳，即无休止，很少有痰。这样阵发性干咳，每天常有七八次之多，严重的可以一小时咳十多次。少数患者，发音嘶哑。

胸透正常。

局部检查：咽峡、声门轻度充血。

〔诊断〕

不论新久干咳，往往先由喉头作痒所导至，而且从声门以上咳出者。如咳前有感冒史，及进服甜味药者，可以诊断此病。

〔常见证因〕

由于感冒外邪，不予疏解，求之于甜味药品，以致浮邪不泄，作困兽于肺经。也有相火偏旺，浮扬上凌者。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

属于甜药阻遏，浮邪入表者，必然起于感冒之后，而重用甜味药以治疗。舌、脉、胸透，俱无异常。

相火浮越者，必然咽干喉燥，善饮求润。咽峡、声门充血严重，后壁淋巴滤泡增生污红。舌红少液。

（二）论治要点

1.内治法：邪被甜药所遏，致成困兽者，仍宜解围开门，逐邪外出为是。当用宣肺一法，常用代表方为三拗汤加味。这虽然是亡羊补牢，但东隅既失，尚有桑榆之收。

相火浮越，必需潜阳育阴，常用代表方为知柏八味汤。

2.外治法：局部吹药，以西瓜霜最佳。每当无法控制的狂咳时，一吹西药霜，可以立止。

〔调护〕

1.有感冒，切忌用甜味的糖浆制剂。

2.既病之后，忌烟、酒、辛辣品。

3.食品宜低糖、低盐。

紧喉（喉脓肿）

《潘氏·喉科心法》：“紧喉风、哑瘴喉风、弄舌喉风，此三症，亦缠喉风类也，症候大同小异。因其锁紧咽喉，故名紧喉。因其口紧牙紧，不能出声，故名哑喉。因其舌胀出口不缩，时时搅动，故名弄舌。皆险症也”。根据潘氏叙述，完全符合于喉脓肿。因为喉脓肿是喉的任何一部分的粘膜下面局限性发炎而脓液的积滞，当然可以引起喉头窒息、发音障碍及舌体被挤压等一联串症状了。此外，如《咽喉经验秘传》、《喉科秘旨》等书的缠风，《喉科杓指》的内外肿喉，基本上也有迹近本病。

〔症临及检查〕

全身不适，恶寒发热，体温升高，甚至上达40摄氏度者。局部表现：

- 1.疼痛：喉部疼痛及压痛，严重的可以波及耳的深部。在吞咽食物时，更严重。所以《咽喉经验秘传》强调“咽喉疼痛”。
- 2.嘶哑及窒息：因会厌显著肿胀，则声音当然改变。病及声带时，则产生嘶哑失音。当声带受害到一定程度，使声门缩小，也就呼吸障碍。故称哑瘴喉风。障碍更严重，舌体即失去正常运动能力，便是弄舌喉风。
- 3.吞咽困难：喉头一病，本身及周围组织，产生肿胀，饮食即感困难。
- 4.肿及颈外：甲状软骨的病变，可致喉外部出现红肿。故而《重楼玉钥》有“外颈红肿至咽喉”、《尤氏喉科秘书》有“颈如绞转，热结于内，肿绕于外”的描写。

5.颈部与颌下淋巴结多数肿大。

局部检查，常因会厌肿胀而不能全部暴露。如果得能看到的话，则可见声带广泛性充血。如环杓关节发生强直，则该侧声带固定不动。也能见到被损害粘膜的脓性分泌物。

血检：白细胞大多增加。中性明显增高，常在80%以上。血沉或可增速。

〔常见证因〕

热毒之邪较盛，壅结声门。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

一般都是热毒壅滞。但初期有全身症状者，当伴有风邪。

疼痛严重，或大便秘结者，则偏之于热毒。脉必大而数。

（二）论治要点

1.内治法：在初起之际，当取清热解毒剂。常用代表方为黄连解毒汤或银花解毒汤。仙方活命饮也可考虑，但需除去山甲、角针。

有风邪者，加用解表药，如薄荷、荆芥之类。痰多者，加天竺黄、莱菔子、胆星等。便秘者，加大黄、元明粉。必要时用六神丸。

如其出现毒入心胞现象，取紫雪丹或至宝丹。犀角地黄汤，当然是适应的，可惜药缺难配。

2.外治法：吹药用消肿散或开关散。后期用绛雪散。用三棱针，刺少商、商阳两穴，泄血。

〔转归及预后〕

预后尚可，唯需治疗得宜与及时，护理得法。

〔调护〕

同脓菌性咽喉炎。

〔文献摘录〕

- 1.时邪：《喉科指掌》：“肺感时邪，风痰上壅，阴阳闭结”。
- 2.风痰：《喉科紫珍集》：“风痰壅于喉膈之间”。
- 3.痰毒：《喉科秘制》：“聚毒痰涎，凝结而成”。
- 4.湿热：《咽喉脉证通论》：“风痰湿热，久积于内”。
- 5.心经积热：《喉科紫珍集》：“热毒积于心经”。
- 6.心中躁急：《喉科秘本》：“因心中躁急而发”。
- 7.阴阳相结：《喉科秘旨》：“由肺胃二经，阴阳相结，内塞不通”。
- 8.酒色劳力：《焦氏喉科枕秘》：“因风热蕴结，或酒色劳力”。

走马喉风（喉梗阻）

喉腔受到各种病变的影响发生急性阻塞或收缩狭窄，以致喉部通气困难，称喉梗阻或喉阻塞。此时最突出的表现是呼吸困难，甚至窒息。若不及时抢救，随时可以引起死亡，而且从发病到死亡为时极短。所以中医习惯上称走马喉风。走马言其快速，风雷火电以风来喻其凶猛善变。

《喉科指掌》：“内肿锁喉风，因肺胃两经阴阳相结，内塞不通，外无形迹，喉间痰喘”。《喉科心法（潘氏）》：“缠喉风，即是走马喉风，阳症之中，最急最恶者也。突然而起，……声音不能出，汤水不能入，痰涎壅塞闭胀，势如绳索绞喉，故名缠喉风。不急治，能杀人。治之者，必飞骑去救，故名走马”。根据以上叙述，完全符合于本症。

以喉梗阻言，内含许多病种，但先天性畸形、声带麻痹、喉外伤、喉肿瘤四者导致者，不在本文讨论之例。本文所讨论者，为偏于风的喉痉挛、偏重于痰的喉水肿和偏重于热的急性炎性疾病所导致的三者。但临床上更有许多白云苍狗的变化，不可能用刻舟求剑的办法来对号入座。

历代名称：中医自《内经》的讨论喉痹之后，两千年来留下了不少名称，除一些俚言鄙语之外，大致如下：喉痹《内经》马喉痹《诸病源候论》咽中闭塞《伤寒明理论》咽喉闭《世医得效方》聚毒塞喉风《奇效良方》真正锁喉风《景岳全书》呛食喉风、内外喉肿、声哑喉、走马喉痹、内肿锁喉风、匝舌喉风《喉科指掌》肺绝喉风《咽喉经验秘传》叉喉风、夺食风、鱼口风《重楼玉钥》哑瘴喉风《喉科

杓指》走马喉风、紧喉风、弄舌喉风《喉科心法》喉闭、呛喉风
《喉科秘旨》吹舌咭风《喉科紫珍集》风火喉《喉科金钥全书》。

以上名称过于庞杂，要之，均可称之为急喉风。

〔症状及检查〕

本病主要症状为：

- 1.呼吸困难：大多为吸气困难，鼻翼扇动，甚至锁骨上窝、下窝，肋间隙，剑突下窝，都发生吸气性凹陷。一如《景岳全书》所描述的“喉窍紧塞，息难出入，……面青目瞳，伸颈挣命，求救不堪之状，甚可怜也”。这是“十六绝症”中“鼻扇唇青”一绝。
- 2.声音改变：常见的为发言无音，所以有“声哑喉”“哑瘴喉风”等称。在呼吸时可以发出哮吼声或吹笛声。这是“十六绝症”中的“哑喉呛食”一绝。
- 3.喘鸣：为吸入的气流通过狭窄的声门而发出的。一般阻塞愈重则喘鸣愈响。这是“十六绝症”中的“声如锯锉”一绝。
- 4.缺氧：因吸入的氧气不足以维持其需要，因之病人即四肢厥冷，面青唇绀，冷汗淋漓等。这是“十六绝症”中的“汗出如珠”一绝。
- 5.正气告竭：经过严重的折磨，终至正气告竭，表现脉搏由细数而到摸不到，呼吸由没有节奏而到慢慢停止，全身进入瘫痪松弛，终至衰竭而虚脱。这是“十六绝症”中“脉细身凉”“六脉沉细”“天柱倒折”的三绝。

假如有办法检查喉部的话，偏重于痰者，披裂、会厌皱襞都呈严重水肿，灰青色或青蓝色，分泌物奇多。偏于热毒者，严重充血，分泌物

稠粘色黄。偏重于风者，水肿充血，俱不严重，甚至很不明显。但纯风型的殊为少见。

总之，此病发作仓猝，发展迅速，来势凶猛，病情危险。

〔诊断〕

根据症状，详询病史。应检查咽、喉、颈部，旁及胸膈。如有可能作喉头检查。

〔常见证因〕

喉梗阻的原始致病因素较多，这里已经把常见的先天性畸形、喉外伤、喉肿瘤、声带麻痹四者排除出之外，常以风、热、痰三为多，更其是痰症与热毒。所以可以引用《喉科心法》语，谓：“乃实火为患，脏腑积热，热甚生风。风火迅速，鼓激痰涎，堵塞咽喉隘地”。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

凡偏重于风者，不论全身症状或局部症状，除呼吸困难之外，都比较轻微。但三者之中偏于风者最少见。

偏重于痰的，局部病变以水肿为重点，痰涎也多，常可潴留于喉头而足以增加堵塞。舌白腻苔，或滑腻如傅粉。脉多濡滑。

偏重于热的，局部必有严重的充血，口中并有浓郁的臭气。全身症状有高烧，大便闭结，小溲红赤，神烦不宁……等等。舌黄腻苔或糙黄苔。脉多洪、大、速。

不过这三者，经常同时存在。而且更相互作用、相互因果而转化。它的后果，很快地出现在吸气时锁骨上窝、下窝，肋间隙甚至剑突下窝，向内凹陷。面呈急性病容，伴以挣扎的表情。

最后，呼吸失去均匀，由一阵浅、急之后转为缓慢而停止。脉搏由结代等不驯而至沉细、微弱而到伏脉消失。嘴唇、指甲青绀。从额角起冒出油汗而至面部表情消失。这是《素问·生气通天论》的“阴阳离决，精气乃绝”，所以继之而来的是昏迷、虚脱、死亡。

（二）论治要点

1.内治法：治疗本病，的确是“飞骑急救”，争取时间。第一要务是解除呼吸困难，祇要能有一息可通者，即可生存。同时更切忌临场慌乱，手足无措。或死扣条文，延误时机。

为了急救，所以汤药已无用武之地。先将病人取半坐位。如重病人，则旁人可以扶持。急用巴豆油捻子，如法泡制使用，使病人吐出大量粘痰，暂时得到片刻的缓解。同时另取雄黄解毒丸，急急吞服，每次一点五公分，开水送下。必要时每隔六小时服一次。但每天不能超过三公分。

经过内外施治，呼吸必然暂时缓解可通，然后才谈到取用水药。

水剂汤药，凡偏重于痰者，当消痰退肿以利咽。常用代表方有麻杏石甘汤合蝉衣、徐长卿、马勃、干地龙、天竹黄、胆星等。如偏重于热者，当清热解毒、消痰利咽法。常用代表方有黄连解毒汤合导痰汤共进。如偏重于风者，当熄风消痰利咽法。常用代表方为导痰汤合三虫散同用。

总之，本病的内服药，力求药力猛、见效快，而且还要拿来即用，不允许在时间的蹉跎。

六神丸，也是常用药。但用量较一般的加倍。也就是成人每次20粒，每六小时一次。最好不是吞服而是噙化。雄黄解毒丸非专科喉医，恐非常备药品，那末取控涎丹暂代。用量每次1.5~3克。小儿，可用鲜竹沥。每次1~3毫升。每隔2小时一次。猴枣（并非猴枣散），每天3次，每次0.3克。但需研到极细的粉末，开水送服。

2.外治法：与用内服药一样，力争急速。因豆油捻子，往往在吐掉大量痰涎之后，喉部的堵塞可以缓解。从鼻腔里喷通关散，在治疗上也可起到一定作用。也可三棱针刺少商、商阳出血，或用擎拿法，以缓解喉部阻塞，局部喷黄氏消肿散。如无效，可转西医气管切开。

〔转归及预后〕

治疗稍有失时或不当，即可引起死亡。

〔调护〕

- 1.严密观察，主要在呼吸、脉象及一切烦躁的表现。
- 2.取尽口中义齿。
- 3.周围环境保持安静，光线适宜，空气新鲜通风，但避免直接吹风。
- 4.冬天火炉，不宜置于近处。包括空调与水汀。
- 5.卧位一般取头高足低位。但不能垫高枕头，应垫高床脚。
- 6.忌甜食及脂肪。
- 7.观察大便，常保持通畅。如有便秘，可灌肠。

8. 不论水剂或研细的成药，应少量地徐徐喂饲。在听到药物咽下声之后，再喂第二匙。
9. 牙关紧闭者，可使用开口器，但切忌粗暴。
10. 如用鼻饲，水份比例宜多，使吞下顺利。
11. 发现昏迷，急刺人中、十宣。同时急在鼻腔喷开关散。待苏醒之后，然后再作其他处理。
12. 以难于进食而出现不支者，可静注葡萄糖以维持营养。
13. 极度衰弱，忌擎拿。
14. 必要时，考虑气管切开手术。

〔文献摘录〕

1. 风：《景岳全书》：“风邪闭塞喉窍”。
2. 风热：《医方类聚》：“肺脾二经，积蓄风热，则经络不利，气道壅塞。邪毒之气，致于咽喉”。
3. 风痰：《喉科杓指》：“肺感时邪，风痰上壅”。
4. 风毒：《普济方》：“风毒客于喉间，气结壅结而生热，故喉肿塞而痹痛”。
5. 火：《喉科指掌》：“此像急症，肝脾火闭不通”。
6. 热毒：《诸病源候论》：“热毒之气，结于喉间”。
7. 毒：《奇效良方》：“喉关聚毒”。

8.厚味：《喉科紫珍集》：“因食厚味，受风热而起”。

9.心肺有邪：《喉证明辨》：“邪热客于心肺”。

10.多因素的：《喉科心法》：“乃实火为患，脏腑积热，热甚生风。风火迅速，鼓激痰涎，堵塞咽喉隘地”。

喑病（嘶哑与失音）

嘶哑或失音，在一般文献上（是指西医的）除《中国医学百科全书·耳鼻咽喉科学》之外没有作为一个独立病名而加以专门讨论的。但中医则不然，从《内经》开始，一直就作为一个病种来使用。仅仅一部《内经》，提到本病者，计七八处之多。

《史记·仓传》有“使人喑”的记述，索隐谓：“喑者，失音也”。《史记·刺客列传》：“吞炭为哑”，《国策》认为：“哑，变其音”。《后汉书·王莽传》：“莽为人，大声而嘶”。颜注：“嘶，声破也”《脉因证治》：“嘶喉，俗名声散也”。由此可知，嘶哑是发音低沉、微弱或粗砺，失音是完全没有声音。

在这里必提醒一下，嘶哑、失音和发音障碍，是有其区别。因为发音障碍症中尚有舌喑、失语症包括在内，已不属本文所讨论的对象。

《医述》已解释清楚，谓，“失音者，舌能转运，喉中则寂然无声也。不能言者，舌强不能转运，喉中格格难出，其声自在也”。至于正常人的声音，也有高有低，有大有小。例如《偃曝谈余》：“石崇声似鼓”，以及《古事比》：“孙休时，能响言，声闻十数里外”，这是声音的高亢者。又如《后汉书·王莽传》：“大声而嘶”，和《齐书·萧垣之传》：“语声嘶，时人号为萧哑”。这是音色相当差的了。

《东医宝鉴》把声音分配五行谓：“金声响，土声浊，木声长，水声清，火声燥”，在理论上固然言之凿凿，但临床上我们也难以分辨。

《张氏医通》：“有禀赋不足，不能言者。有乳母五志之火遗儿，重闭清道，不能言者”。这是先天性，不在本文讨论之内。

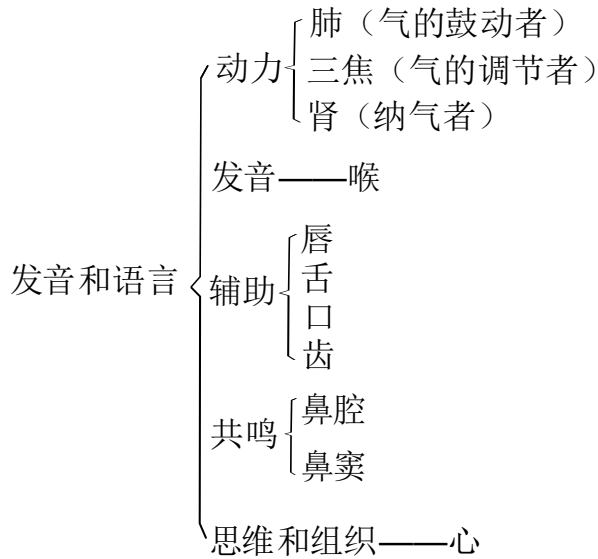
《脾胃论》：“声者、天之阳，音者、天之阴。在地为五律，在人为喉之窍，在口乃三焦之用。肺与心合而为言，出于口也，此口心之窍开于舌为体，三焦于（与）肺为用。又不可不知也”。李氏已把发音的机制，解释得十分清楚。人的发出声音，当然在喉，但与口腔的辅助发音、肺的鼓动气流，外腑三焦主持诸气、君主之官心的主宰组织语言都不可缺一的。例如《灵枢·忧恚无言篇》的“喉咙者气之所以上下者也。会厌者，音声之户也。口唇者，音声之扇也。舌者，音声之机也。悬雍重者，音声之关也。颞颥者，分气之所泄也”。以及“则发气疾，其开阁利，其出气易……则开阁难，其出气迟”等等，都阐说这个道理。

《素问·玄机原病式》的：“凡诸发语声者，由其形（属体）、气（属用）之鼓击也”。则更进一步阐明了喉、口、舌、唇、齿等是器质的“体”，三焦与肺是功能的“用”，“体”通过“用”的作用，才能完成一整套发言的动作。

《东医宝鉴》引《得效》谓：“嘶者，喉破也，非咽门病也”。他第一次把咽喉不分家的笼统模糊概念，澄清起来。《医学入门》：“鼈，鼻塞貌”。《新辟海》：“鼈，鼻道阻塞，发音不清”。这是由共鸣的失常而造成的阻塞性鼻音。《景岳全书》：“声音之病，虽由五脏，而心之神、肺之气、肾之精，三者为之主耳”。这是在心、肺之外，又加上了肾在发音方面的职责和作用。自《古今医统》的：“有内热痰郁、窒塞肺金而声哑及不出者，及有咳嗽久远伤气而散者”到《类证治裁》的“夫金空则鸣。失音一症，亦如金实则暗，金碎则哑”的280年中总结出“金实不鸣，金破不鸣”致哑八个字。这八字定律，沿用了四百年到现在取用科学检查喉头内景，已感到捉襟见肘地不敷应用了。

根据以上先哲们提供对发音的诸多论说，总括起来一句话，是并非一脏一腑或单独一个器官所能胜任。即使最简单的语言，也需通过不少脏腑及许多器官的统力协作才能发出的，如表14。

表14



根据这示意图的内容，本文所讨论的病变，都是在于“动力”与“发音”两个部门。

历代名称：喑、言无音《内经》失音《史记·索隐》廝、沙、喝《方言》喑《说文》嘶嘎《释名》声破《后汉书·王莽传·颜注》失声、声嘶《诸病源候论》声干《直指方》喑症《儒门事亲》嘶喉、声散《脉因证治》郑声《丹溪手镜》喉喑《医学纲目》哑风《古今医鉴》音喑、《本草纲目》卒喑、暴喑《名医类案》音哑、声喑《景岳全书》喉音不清《丹台医案》哑劳《简明医彀》声哑《疡医大全》喑哑《古今医案按》失音不语《鲍氏验方新编》哑喉《梅氏验方新编》。

本文所讨论的，属于嘶哑失音疾患，除外特殊性感染如白喉、猩红热、狼疮、结核、麻风、梅毒以及肿瘤、喉炎、声门和它的邻近组织炎而影响发音者的发音不能正常的病患。

（一）急性嘶哑或失音

绝大多数为伤风、感冒、急性咽炎的并发或继续。中医向称暴暗或卒暗。

〔症状及检查〕

首先咽喉部发痒、微痛、干涩、烧灼及异物感等不舒感觉，但也有无一切先驱症状者。很快出现声音嘶哑，可以从轻度音色粗砺到完全失音。间接喉镜下：可见粘膜充血，声带呈淡红色或红艳色。但也有一片苍白色者。闭合大多正常。脉浮数或浮紧。舌薄苔，大多薄白或薄黄。

〔病因〕

1. 风寒：风寒之邪外侵，肺先受之。于是郁闭腠理，客于清道，致声门气血滞留，开合不利，卒然声嘶。
2. 风热：既可直中风热，更可原来的风寒转化为热。于是这种风热客于咽喉。
3. 寒凉直折，致声门生气肃然，音难畅豁。

〔辨证〕

风寒为患，兼有咽喉稍痛，作痒，咳嗽，鼻塞流涕。严重的可畏寒头痛，无汗或少汗。局检，咽峡、声门有充血。舌薄白苔，脉浮紧。

风热为患，咽痛伴有灼热感，发热头痛，口干善饮，大便闭结。局检，咽峡、声带充血。舌薄黄，脉浮数。

寒凉直折者，大多在极度严重着凉之后，卒然言出无声。全良症状及一派寒证。局检所见，咽峡正常，声带、室带苍白。舌白苔、脉细小。

〔论治〕

风寒者，应疏风散寒，宜通肺气。常用代表方为三拗汤加味或加减六味汤之类。

风热者，应疏风清热，解毒扬声。常用代表方有疏风清热汤，再加利咽之品。

寒凉直折者，应温中祛寒，开窍扬声。常用代表方为桂枝汤，加细辛、紫苏等等。所有嘶哑，很少取用外用药，仅仅慢性患者，可参用些噙化剂。

（二）女子临经失音

临经发音音色失常，往往每次临经必作。本症最多现于文艺工作者的女性，如报幕员、讲解员、歌唱者、演员等。在月经潮过之后，即自行恢复正常。

〔病因〕

可以引用《医述》的话，是“室女有无故而喑者，瘀月闭也，亦胞脉绝也。重身有胞脉绝者，月闭亦有胞脉绝著。皆瘀血阻塞，少阴通舌本之道也”。因之可知，它的病理机制相仿于妊娠期失音。

〔论治〕

治疗原则是调经。一般，血热者，清热凉血，常用代表方有荆芥四物汤加减。寒凝血瘀者，温经活血，常用代表方有温经汤加减，气血双虚者，当益气补血，常用代表方有人参养营汤加减。肝气郁结者，当疏肝解郁、和血调经，常用代表方有逍遥散加减。

（三）妊娠期失音

中医称为子喑，它是妊娠期间尤其是在临产期迫近的时候出现声音嘶哑，甚至不能发出声音。即使不加治疗，但分娩后即可恢复。

〔病因〕

因孕后胎儿渐长，经脉胞络受阻，因而肾气不营于舌本使发音的功能暂时性的丧失。

〔论治〕

一般没有其他病变者，不需予以治疗。必要时可取养胎益肾之品，切忌取用开发宣窍药物。

（四）癔性失音

本病多见于青年的女性，其发作常是突然的。病人往往受到精神上的刺激或过度紧张、悲愤、恐惧、忧郁、忿怒及过度疲劳之后，即失去了正常发音的能力。即使发出一些的话，也是很微弱的耳语，但也很少到无声的程度。

本病常为反复发作的。有些病人发音骤然恢复，但在某种情况下又重复发作。

〔症状及检查〕

常发作于情绪紧张与精神刺激之后，突然言不成声。也有在早晨起床后失音，仅能发出极微弱的耳语，即中医所谓的郑声。即使使用极大的气力来发音，也不能辨别出说话内容。但在哭、笑和咳嗽之际，则笑声、哭声和咳嗽声，完全正常。

检查时：在发音时喉结部摸不到声带的颤动感。声带无明显病变，少数病例可呈苍白。呼吸时声带活动正常，发音时，闭合不密。

〔病因〕

由于心肝血虚，兼以情志抑郁，血躁肝急所致。

〔论治〕

它是一种不能自主的脏躁症，所以当取养心安神和中缓急的甘麦大枣汤最为贴切。

同时主要的可用暗示疗法，首先建立起病人有治愈的信心。了解其思想情况，因势利导，纠正对病症的不正确观念，促其消除紧张，打消

顾虑。

可采用针刺疗法，取舌背中线，中后1/3处交界的聚泉穴，用三寸毫针作45~55°斜刺入，作捻转反轻捣。在针刺时嘱病人发音。

此外，可用火柴一根，划出火后，急吹熄。在尚有红色火焰时急切刺合各穴，男左女右，每隔12小时一次。但灼刺处，用纱布保护，免遭感染。

（五）音带充血

风热、风寒型的充血，已如上述。这里谈的是长期嘶哑，其余没有病变的声带充血。

〔症状及检查〕

无全良症。发音长期粗砺干枯。

局检：声带充血，或一侧或双侧，未见新生物，运动及闭合良好。

〔病因〕

一为五志之火内燃。二为瘀阻声门。

〔辨证〕

全身性辨证，仅供参考，以局检为依据。

凡充血呈红艳者，属五志之火。呈晦暗者，为瘀证。

〔论治〕

五志之火，宜清化。同时更需要参考全身症状，区别来之何脏？

总的处方，为五味消毒饮。

偏于心火者，加茅根、木通、竹叶、灯心等。偏于肝火者，加夏枯草、山栀等。偏于肺火者，加桑白皮，黄芩等。偏于肾火者，加川柏、知母等。偏于胃火者，加芦根、生石膏、甘中黄等。瘀证，宜化瘀活血，常用代表方有通窍活血汤之类。

（六）声带水肿或肥厚

长期嘶哑，声带必然出现肥厚。

〔症状及检查〕

无全身症状，局部可出现胀感或紧张感，也可能有异物感。

检查所见，声带肥厚，严重的可呈圆柱状。如其肥厚而呈鱼鳃样者（水汪汪），称水肿。不过肥厚或水肿，大多伴有充血。其他当未见新生物、麻痹及结节等等。

〔辨证〕

水肿，为属风痰。肥厚，为顽痰凝滞。肥厚或水肿，伴以充血者，参阅上节。“声带充血。”不过水肿者，很少与瘀证结合。

〔论治〕

风痰证，宜疏风消痰，常用代表方为荆芥二陈汤加天虫。

顽痰凝滞者，实证当攻坚化痰，常用代表方有涤痰汤之类。虚证当益气化痰，常用代表方有六君子汤。为了加强消痰的工作，方中酌加白芥子、莱菔子、天竺黄……消痰药，但六君子汤不能加莱菔子。

此外，罕见的突发性失音，来势凶猛，喉头痰声辘辘，水肿严重者，为寒凝痰积，当祛寒豁痰法，重用桂枝汤加控涎丹。

（七）声带小结

长期嘶哑病中，小结此例最多。

〔症状及检查〕

局检：早期可在声带游离缘前、中1/3交接处见到粘膜不光滑，伴有粘液聚集，并有针头样白色突起，大多为对称性。晚期小结硬化，突起更明显，所以，妨碍声门的闭合。有时在对称的规律中也可一大一小。

〔病因〕

可以借用《外科启玄·担肩瘤》原文：“非营气不从之所生，乃因负重于肩，……畜而有之。”小结的形成，也是非营气不从之所生，乃因负重于声带前，中1/3处，畜而有之。当然，积之成形，形而一久，也难免有气血的凝滞可能。

〔论治〕

首重声带休息。内服化痰利咽方物，如黛芩化痰丸、清音丸之类。

（八）息肉

它是喉部常见病，多发病之一，嘶哑程度，因息肉大小和位置的不同而不同。它往往病在一侧，双侧者极为少见。

〔症状及检查〕

初起，在声带边缘出现局部水肿，血管扩张。早期常呈鲜红色，之后变为苍白水肿样半透明赘物，多数为单个，有蒂。有时也可为多发性，如为多发性者，嘶哑更为严重。

〔病因〕

多为多言损气，气损生痰，久则由无形之痰气，凝成有形之积赘。

〔论治〕

当然以手术摘除为最有效的手段。但也有种种原因而不能手术者，即用《金匱要略》之桂枝茯苓丸。但尚需配合昆布、海藻、瓦楞子、白芥子、莱菔子等化痰软坚药及木香、乌药、青皮等理气药。

（九）血性息肉、声带粘膜下血及血管瘤

以西医理论来说，这三种病是截然不同的病科，但以中医理论体系来作准绳，则可以相提并论的。以病因、机转、辨证、论治完全一样。

〔症状及检查〕

1.血性息肉：基本和息肉相同，唯一特异之处，乃息肉为色呈红色或暗红色。声带粘膜下出血。突然出现发音困难，轻度声嘶，有疼痛感，不耐多言。局检可见，声带上有不规则的鲜红色或紫红色斑块，似乎附丽在声带上的血块。之后，逐渐变成深紫、黑褐、棕色、淡黄而至消退。

2.血管瘤：喉部血管瘤比较少见，有的话，大多在于声带。局部检查可见有蒂或无蒂的红色或略紫的圆形肿物，大小不一。

〔病因〕

败血离经，滞滞于膜里。少则平低如斑，多则隆然突起。

〔论治〕

血性息肉以摘除为宜。血管瘤也宜手术，唯粘膜下出血，只能取得保守疗法。药治取活血化瘀法。常用代表方有通窍活血汤或会厌逐瘀汤。为了加强药力，可再加入王不留行，泽兰、苏木、落得打，益母草等较猛的药物，必要时地鳖虫也很好。

(十) 喉淀粉样变性

中医本身，根本没有这种疾病的资料，我们在临床上仅仅根据西医的诊断，同时运用中医理论来类推试治的。

〔症状与检查〕

主症为嘶哑，伴以干燥毛涩，干咳少痰。严重的可使呼吸受阻。

局检所见，在声带、喉室或声门下腔，有暗红色或桔红色的小结节。通过活检，可以明确诊断。

〔辨证〕

痰气相凝，赘生疣目。可以说是顽痰的胶结。

〔论治〕

除手术之外的药治法，只有消痰一途。曩昔蹲鸱丸为有效药物，但近来因药价过廉，药厂以亏本而停止生产。笔者即采用食疗法，嘱病家储备大量芋艿，每天进食4—6两左右（约250克左右），煮熟进食。调味则淡、咸、甜不拘，佐餐、闲食俱可。笔者在解放后，仅治过两例，俱食芋艿半年后告愈。

(十一) 声带闭合不密

在嘶哑病中，声带闭合不密者，为数极多。一般通过药治，多少可以改善。唯中1/3处的巨大梭缝，疗效渺茫。

〔症状及检查〕

发音低沉无力。

检查所见，大体有以下三种类型：

第一，闭合不致密。

第二，前1/3处与后1/3处，稍感不密或基本正常，唯中1/3处有裂隙，呈两头尖中间宽的梭子型。

第三，为后1/3处，呈三角型裂隙，洞开不闭。

以上三者，治疗结果以第一种疗效最好，第二、第三两种则很难治。

〔病因〕

由于肾合命门，命门为“呼吸之门”、“元气之所系”。肾上连肺脏，其脉上贯于膈，入肺中。呼吸出入与发音，其主在肺，而根在肾。一旦肾气虚怯，不能摄纳肺气，于是声带闭合无能而出现裂隙。所以这种病人，多有脉细无力。

〔论治〕

对付方法，当然是补肾纳气，常用代表方有六味地黄汤加五味子、诃子肉、胡桃肉、补骨脂等药品。

(十二) 声带瘫痪

声带瘫痪引起的嘶哑，在临床上也占有一定的字数，其疗效常不能使人满意。

〔症状及检查〕

单侧不完全瘫痪者，主要为患侧声带外展障碍症状不显著，偶可发音稍低，常在体检时偶然发现。间接喉镜检查，吸气时声带居近中线位，不能外展，而发声时仍可内收使声门闭合。单侧完全瘫痪者，则外展及内收功能完全丧失。间接喉镜检查，声带固定于旁正中线位。

〔辨证〕

首先区别其虚实，除借助于包括脉诊、舌诊在内的全身症状外，还要观察声带的紧张度。一般松弛外展者多虚，紧张内收者多实。

〔论治〕

实证，宗痹症处理，取祛风散寒利湿法，常用代表方有防风汤之类。

虚证，宗痿症处理，取补益肝肾法，常用代表方有虎潜丸之类。

(十三) 喉肌无力症

虽然这病在祖国医学中历来就统归于“暗”，但其性质则并非一般“暗”症。

〔症状及检查〕

发音低沉无力，易疲劳。唱高音困难。有时饮食及唾涎常被吸入气管，引起反射性咳嗽。局部检查可见，声带内收及外展运动正常，发音时声带松弛而缩短。用力呼吸时，声带可随气流上下而摆动。如用力将环状软骨向后推挤，则音色即好转。

〔病因〕

乃津枯液竭，肌肉失于濡养而松弛。

〔论治〕

取生血补气，温肌养肉方法，常用代表方有天真丸之类。

(十四) 喉关节炎

患者大多向有多发性关节炎病史。也不是真正的“暗”症，而是属于“历节”、“痛风”一类的疾病。

〔症状及检查〕

主要是喉头产生异物感及疼痛，在吞咽和说话时加重，其痛可沁及耳部。其次是声嘶、气急、喉鸣和偶有喉阻塞症状。一般喉部症状多在其他关节病痛之后。间歇间一如常人。

局检可见，声带闭合或外展略受限制。当急性发作时，杓部红肿，声带不能活动。

〔病因〕

一般初期的，多为风寒湿邪，侵袭关节，流注声门。

久则气血拖虚，肝肾受损。

〔论治〕

初期的，应祛风散理湿，常用代表方有加减薏苡仁汤之类。

久病的，应气血双补，填扶肝肾法，常用代表方有三痹汤之类。

(十五) 增生性喉炎与喉厚皮病

这是最难治而又是没有危险性的两个喉科慢性病。常见于一些患有慢性咽炎而又不加注意治疗者。各种外在因素如高声狂叫，嗜烟酗酒等等，也常是致病的诱发因素。

〔症状及检查〕

1.增生性喉炎：症状同于一般慢性喉炎，主要也是嘶哑，且在喉部有胀感及难以用语言来表达的不舒服感。局部检查可见喉部粘膜增生性肥厚，两侧声带肥肿如球。常可覆盖于声带上面，有盖去1/3者2/3者，甚至声带全部被肿胀的室带所淹没，形成双重的声带。

2.喉厚皮症：此病比增生性喉炎要少见得多，好发于30—60岁的男性。病灶局限于后部。局部可见杓间区明显隆起。位于声带突者，对称性呈结状隆起。

〔病因〕

瘀滞声门，胶凝难化。也有夹杂气滞与痰凝者。

〔辨证〕

凡充血呈晦暗型者，主要为瘀滞。凡充血不明显而呈淡白苍血者，为痰气相凝。而且，它的痰之凝、气之滞、血之瘀，已达到了冥顽不灵的地步。如充血红艳者，为急性发作期间。

〔论治〕

瘀证，宜活血化瘀，但以其顽固，故用药不嫌猛峻，可用加减三甲散，偏于痰者，加昆布、海藻及控涎丹。气滞严重的，加木香、乌

药、大腹皮或槟榔。

〔调护〕

〔预防与护理〕

- 1.急性发作时，注意保暖，多饮开水。更注意的是休息。
- 2.严格执行声带休息。最禁忌的是长时间谈话与高声叫喊。
- 3.绝对禁食烟、酒、辣等刺激性的食物。
- 4.尽量少进多糖的甜食品与多盐的过咸食物。
- 5.不宜进食过冷过热的食品。盛夏季节更禁忌冷饮，以免阴寒直逼，使气之凝更凝，血之瘀更瘀。
- 6.清晨应在空气新鲜的环境中锻炼或活动。
- 7.服药要有恒心，抱有锲而不舍的精神。

〔文献摘录〕

- 1.局部感染：《伤寒论》：“少阴病，咽中伤生疮，不能言语，声不出者”。
- 2.受凉当风、风寒外袭：《诸病源候论》：“中冷声嘶者，风冷伤于肺之所为也。肺生气，气为阳，若温暖则阳气和宣，其声通畅。风凉为阴，阴邪搏于阳气，使气不调流，所以声嘶也”。
- 3.醉卧当风：《类证治裁》：“醉卧当风，邪干肺窍”。
- 4.风痰客肺：《张氏医通》：“喉中声嘶者，则又喉暗，此风痰阻塞，使气道不通，故声不能发而无音也”。

- 5.痰：《医学入门》：“痰塞不语”。
- 6.痰湿：《张氏医通》：“肥人痰湿壅滞，气道不通而声暗者”。
- 7.痰热：《类证治裁》：“痰热客肺，喘急上气，致失音”。
- 8.火：《类证治裁》：“火邪伤肺，咽痛声哑”。
- 9.湿：《名医类案》：“凡新宅壁皆湿，地亦阴多，人乍来，阴气未散，……毛窍皆开，阴湿之气，从而乘心经。心经既虚，而湿又乘之，所以不能语”。
- 10.虫：《存存斋医话藁》：“陆氏子，患咳失音，医治殆遍，不得效。乌程汪谢城孝廉，司铎会稽，因求诊。曰此虫嗽症也，为疏杀虫方，分量颇轻，并命服榧果。旬日全愈”。
- 11.酒色：《杂病广要》：“酒色过度，肾脏亏伤，不能纳气归元，气奔咽隘，……致气乏失音者”。
- 12.酒肉：《名医类案》：“……食酒肉，遂厥气走喉，病暴暗”。
- 13.饱食伤胃：《古今医案按》：“饮食骤饱，倦卧半响，醒后忽暗哑不言，……劳倦伤脾，饥饱伤胃，阳明之气遏而不升，津液不行，贲门拥涩，语言不能出耳”。
- 14.逆气号叫：《类证治裁》：“其逆风叫号，致伤会厌者”。《包氏·喉科指掌》：“迎风损肺”。这型嘶哑，小儿最为多见。
- 15.惊：《直指方》：“大惊入心，则败血。顽痰填塞心窍，故暗”。
《鲍氏验方新编》：“因受惊吓，失音不语”。部分癔性失音，大多来之于惊。

16.冬令特别严寒者：《素问·气交变大论》：“岁火不及，寒乃大行，民病暴暗”。

17.肺气过实：《张氏医通》：“失音大都不越于肺，然须以暴病得之，为邪郁气逆”。

18.大肠燥结：《医述》：“大肠之脉散舌下，大肠燥结，热气上蒸心肺，肺与大肠相表里”。

19.窍闭：《景岳全书》：“实者，其病在标，因窍闭而暗也”。

20.多言损气：《包氏喉科指掌》：“本原不足，诵读太急”。这型病人，以外语院校的低年级学生最多。《医统》：“因歌唱伤气而声不出。此不内外因也。养息自愈”。最多见者为演员、歌唱家等，唯一的好办法，就是声带休息。

21.痛哭叫骂：《景岳全书》：“有号叫歌唱悲哭，……但知养息，沸药可愈”。《张氏医通》亦有叫骂声嘶而喉破失音者”。

22.月经期失音：《医参》：“室女有无故而暗者，月闭也，亦胞脉绝也，……皆瘀血阻塞，少阴通舌本之道也”。

23.妊娠期失音：《女科经纶》：“人有重身九月而暗，此何为也。……胞络者系于肾，少阴之脉贯肾，系舌本，故不能言”。

24.痰火失音：《红炉点雪》：“火病失音，唯痰火声嘶，则与绝症大异。何也？以水涸火炎，熏烁肺窍，金为火烁而损”。这是结核病导致的失音。

25.厉风失音：《解围元藪》：“哑风，此症音哑无声，风邪触于关户，橐钥闭塞，激动痰火。轻则声嘶而喉破，重则语哑而失音”。

26.结毒失音：《霉疮秘录》治验第26案：“喉闭声哑，余谓：毒气壅于肺道，以至音声不出”。

27.误治误药：《临证指南》：“久嗽失音，必由药误。麦冬，五味，此失音之灵丹也。服之久，无不失音者”。

28.后遗症：《景岳全书》：“凡患风毒或病喉痹，病既愈而声则暗者，此其悬痈已损。虽暗无害也，不必治之”。

29.邪气：《素问·宣明五气篇》：“五邪所乱，搏阴则为暗”。

30.肝急脏躁：《素问·大奇论》：“肝脉惊暴，有所惊骇，脉不至。若暗，不治自己”。

31.忧思：《景岳全书》：“凡忧思过度，致损心脾而为暗”。

32.过敏性：《金子久医案》：“张左，吸入洋油气味，陡然咽喉癢痒，旋即声音失扬，绵延已有二月”。

33.伤气：《医统》：“有咳嗽久远，伤气而散者”。

34.阳气衰：《脾胃论》：“多言之故，皆阳气衰弱，不得舒伸”。

35.元气不足：《医统》：“凡病人久嗽声哑，乃是元气不足，肺气不滋”。

36.血虚受热：《杂病广要》：“咳嗽声嘶者，此血虚受热也”。

37.虚损：《世医得效方》：“虚损憔悴，气血不足，失声久暗”。

38.肾虚：“《直指方》：“肾虚为病，不能纳诸气以归元，故气逆而上咳，……则其声愈干矣”。

39.肾怯：《钱乙指迷篇》：“乃肾怯，不能上接于阳故也”。

40.肝火犯肺：《百病辨证录》：“火过于大旺，未免刑金太甚，锻炼销烁，唯有化焚之形”。

41.肝旺肺燥：《临证指南》：“有肺金燥甚，木火上炎，咽干喉痹而暗也”。

42.津枯血槁：《张氏医通》：“久病得之，津枯血燥”。

43.五脏皆可病：《医述》：“凡五脏之病，皆能为暗。忧思积虑，久而致暗者，心病也。惊恐愤郁，卒然致暗者，肝病也。风寒外袭，火燥型金，咳嗽而致暗者，肺病也。饥饱疲劳，致败中气，而喘息为暗者，脾病也。酒色过伤，欲火燔灼，以致阴亏而盗气于阳，精竭而移槁于肺，肺燥而嗽，嗽久而暗者，肾水枯涸也”。

44.阴阳俱绝：《难经》：“病人阴阳俱绝，失音不语”。

45.精气内夺：《素问·脉解篇》：“内夺而厥，则为暗俳，此皆虚也”。

梅核气（瘕性咽喉异感症）

不论瘕性咽喉异感症也好，咽喉神经官能症也好，瘕球也好，都是没有梅核气一名的广泛传流、家喻户晓。

《冯氏锦囊秘录》中也有“梅核”（19卷）其名，但不是指此病而是属于颈部淋巴结炎或结核性颈淋巴结炎。

本症好发于女子，所以《金匱要略》就专指“妇人”。但男子也未始没有，故《女科经纶》谓：“妇人血分受寒，多积冷结气，最易得此病。男子亦间有之”。

《金匱要略》的“妇人咽中，如有炙脔，半夏厚朴汤主之”。有人认为是咽喉异感症的第一篇论著。其实真正第一个论述的，是《灵枢·邪气藏腑病形篇》的“心脉大甚为喉介”。丹波元简解释谓：“脉经作喉介，介、乔古通，乃芥蒂之芥，喉间有物，有妨碍之谓”。

如以《易·兑》：“介疾有喜”的介字来领会，也未始不可。盖介者，隔也。

历代名称：喉介《灵枢》咽中如有炙脔《金匱要略》咽中如炙肉脔《诸病源候论》喉介介《甲乙经》喉介《脉经》梅核气《南阳活人书》喉节《喉科紫珍集》回食单、旬气《喉科枕秘》梅核膈《外证医案汇编》。

〔症状及检查〕

大多陡然于无意中发现，既无全身性病变，更无前驱症状。唯感到喉头有异物感，诚如《诸病源候论》所谓：“如有炙肉脔”。故而病人常

作咳嗽或吞咽动作来想排除它。但在事实上愈作吞咽，而哽介之感也愈加明显。

这种异物感，往往在工作紧张时或睡着时或专心欣赏文娱时，完全可以消失。一待空暇无事之际，则又明显起来，在疲劳或情绪不快时更重。

当吞咽口涎或流汁或空咽时，哽觉十分明显。但进食干饭、馒头、饼干等硬食时，反而毫无感觉，通过顺利。

很多病人，十分恐惧是喉癌或食道癌，致思想包袱十分沉重。

作种种检查，包括钡餐透视，并无器质性的病变发现。但多数病人的软腭反射，常常迟钝、消失，或相反地过甚敏感。

〔诊断〕

把一切器质性病变，明确排除以后，才可作出诊断。所以诊断并不困难。但也防止，不加郑重考虑，草率从事地诊断为本病。

〔常见证因〕

本症大多偏于实证，常见于临床者，有：

- 1.六郁所致。
- 2.痰气相凝。事实上也属郁症，唯独偏于痰郁与气郁两者。
- 3.肝气失之条达，不论什么原因导致肝气横逆，于是乘土犯胃，胃气失降，当然咽喉部哽介不舒了。
- 4.肝急脏躁。

〔辨证论治〕

（一）辨证要领

在详细检查后，排除了一切其他病患下，即可考虑几种致病因素。但局检殊少参考价值，祇有依赖于全身症状。

凡六郁为因的，各方面都有运行不畅的感觉。加以叹息，可以苟安片刻。脉多沉涩，舌有腻苔，食欲不振，但却无虚象。凡痰气相凝者，舌苔白腻滑润，口干而不思饮水。胸膈不畅而闷。脉多沉滑。凡因于肝气者，大多消化机能紊乱，伴以头眩、易怒、胸闷、胁痛、吐酸、厌食……等等。脉多弦劲。

来之于脏躁者，以更年期的女子为最多。常有精神忧郁、幻觉、感情易于激动、知觉不是过敏便是迟钝，善于胡思乱想。想得最多的为自己生了癌症。脉舌变化，无一定规律。

（二）论治要点

六郁所致者，应取解结开郁法。常用代表方为越鞠丸。但还应针对偏重于某一种郁而多用些针对此郁的用药。如重于痰郁者，重用化痰药。重于热郁者，重用清热药。重于食郁者，重用消食宽中药。

由于痰气相凝者，当行气开郁、降逆化痰法。常用代表方为半夏厚朴汤。《和济局方》加上大枣，改称四七汤，作用相同。为了加重份量，可加以胆星、天竺黄、枳壳等品。

由于肝气者，当疏肝利气。常用代表方有逍遥散。由于脏躁导致者，当缓肝润躁，首推甘麦大枣汤最为适当。

〔转归及预后〕

预后良好。

（调护）

- 1.语言应特别注意，使病人少生猜疑。
- 2.饮食恣意取食，但不能过量。不必忌口。
- 3.情绪不愉快时不要进食。进食时及其饭前切弗动怒。
- 4.加重工作量或出门游览，尽量不使病人独居一室而予以胡思乱想的机会。
- 5.多阅读有益的书报，能书画的可书画。
- 6.锻炼身体，或做气功。

〔文献摘录〕

- 1.寒气：《女科经纶》：“气为积寒所伤，不与血和。血中之气溢，而浮于咽干，得水温之，气而凝结难移。妇人血分受寒，多积冷结气，最易得此病”。
- 2.痰气郁结：《诸病源候论》：“此胸膈痰结，与气相搏，逆上咽喉之间结聚”。
- 3.肝气：《临证指南》：“肝气之逆，久之则诸气均逆而三焦皆变，不特胃当其冲矣”。
- 4.阴气不足、肾气上冲：《女科要旨》：“阴气不足，而肝反郁热，甚则结寒微动，挟肾气上冲，咽喉塞噎也”。

5.阴阳之气痞结：《女科百问》：“阴阳之气痞结，咽膈噎塞，状若梅核”。

6.心理作用：《慎斋遗书》：“妖本虚无，总由人心所致”。

谷贼（异物）

咽、喉部异物病例的报导，以及食道、气管异物，在祖国是很早的。

《礼·内则注》中“食之哽人”的“哽”和《说文》中的“鯁”，都是异物。

东晋《肘后备急方》的误吞钗、误吞钉、误吞箭、误吞金针、吞珠、吞钗、误吞钱、吞环等，已有许多治疗的方法。隋《诸病源候论》有“谷贼”。

至于异物的种类，也无奇不有，除了常见的鱼骨、猪骨、鸡鸭鹅骨、钮扣、竹刺、豆类等之外，更有如《备急灸法》的碁子，《儒门事亲》的麦芒，《疡医大全》的螺厝，《喉科心法》的烟袋，《喉科杓指》的烟筒，……真是林林总总。至于1985年12月28日《羊城晚报》的广东省人民医院替妇女伍某在喉部取出4厘米长的蚂蝗；1978年

《江苏医学》第五期介绍的3x1.5x0.5厘米桃树枝由左耳轮脚前插入而成为咽部异物，历三年而取出。这两宗罕见的咽部异物，也可谓奇事了。

取出异物的手段，早在《肘后备急方》及《历代名医蒙求》中，已介绍了多例，其中有的到现在还有其使用价值。

历代名称：哽《礼·内则注》 鯁《说文》 谷贼《诸病源候论》。

〔症状及检查〕

咽部异物的主要症状，为咽部疼痛，故饮食感到困难。位于梨状窝的异物，更可妨碍饮食，以致唾液外溢。刺入咽壁的异物，有时可发生咽部脓肿或颈深部感染，甚至食管异物穿孔而引起死亡。1957年《中华耳鼻喉科学杂志》第五卷、第二期就有过这样的一个报导。

凡异物已咽入而并不嵌顿，可以直入胃部，但曾于咽部发生擦伤者，也常感到咽部疼痛，似乎仍有异物存在的幻觉。不过这种刺激症状，约于24小时后，可以消失。

喉部异物，更为危险，大的物体可以堵塞喉部而引起窒息缺氧致死。较小异物常引起声嘶或失音、咳嗽、咯血、呼吸困难、喘鸣及喉部疼痛等症状。当然，以上症状的轻重程度，还是根据异物的种类、大小、位置而决定。

咽异物，应详细检查咽部，包括鼻咽部。更宜注意各隐蔽等处。如扁桃体表面及其下部、会厌豁、梨状窝等处。较大的异物，容易发现。小鱼刺则最难找寻，因为一则以其异物深刺在组织里面，再则是半透明而与人体组织呈同样颜色，但可用探针或手指头探索，能够触到的。金属异物，可摄取X线照片，确定位置。

喉异物，在喉镜检查下可发现。但也有偶然隐藏于喉室而不易见到者。也可借助于X线照片。对不透明物质，也有些帮助。现在都乐用钡絮检查。

〔辨证论治〕祇有唯一的办法，是取出。

中医过去，大多采用丹方来“消”它，除了不少在医学书籍中所介绍之外，于历代杂文散记中也有许多记载，但以未经实验，不敢妄加评议。

现在常用者，为威灵仙30克，水煎，慢慢喝燕，在半小时至一小时内，服完一剂。此外，《外科全生集》的双砂汤，也可试用。以有甜味，更受儿童们的欢迎。

另有单方：

- 1.白凤仙花草（全草）120克，捣汁，慢慢吞咽服下。
- 2.鲜印度黄芩，一撮，洗净。放口中慢嚼，慢咽。
- 3.鸭肫皮6克，炒焦后研细末，分两次吞服。

〔调护〕

- 1.进食时不讲话。禁止平卧时进食。
- 2.小儿最好不要吃鱼。
- 3.养成儿童不把小玩意向口中送的习惯。
- 4.鲮后，及时取出。
- 5.异物摘去之后，少言语讲话。

复习思考题

- 1.风热喉痹有哪几种西医名称的证型。
- 2.试述风热喉痹（急性单纯性咽炎）的症状？及其辨证、论治？
- 3.试述风热喉痹（溃疡膜性咽峡炎）如何检查诊断？如何辨证论治？
- 4.试述风热喉痹（粒细胞缺乏性咽峡炎）的症状及检查？如何诊断？如何辨证？如何论治？以及预后情况？
- 5.了解风热喉痹（传染性单核细胞增多性咽峡炎）传染情况？
 - ①简述本病的症状表现有哪几种？
 - ②本病的常见证因？是什么？

③本病的分型辨证有哪些？

6.试述风热喉痹（脓菌性咽峡炎）的病因？

①简述本病的症状检查？及其诊断。

②本病如何辨证？有哪些治疗方法？

7.试述慢性咽炎的临床证状？以及引起本病的病因？本病的辨证及治法有哪些？

8.简述虚火喉痹（慢性喉炎）的症状、检查及诊断？

①谈谈本病的病因与辨证？

②本病治法的用药法则如何理解？

9.试述虚火喉痹（干燥性咽喉炎、萎缩性咽喉炎）的致病原因，及其辨证？

①临床检查本病如何区分其不同证型？

②详述本病的论治要点？及其治法规律？

10.试述帝中风（悬雍垂过长）的辨证论治？

11.谈谈口疮（咽部疱疹）的病因及治法？

12.试述飞疡喉（咽粘膜下出血）的诊断及其治法？

13.风热乳蛾（急性扁桃体炎）有几种症状分类？怎样诊断？有哪些治法？

14.乳蛾与风热乳蛾有何辨别？

15.乳蛾有几种类型？

16.试述乳蛾的病因及辨证论治？

17.石蛾（扁桃体结石）的症状应如何诊断？

18.试述鼻塞（咽扁桃体肥大）的病因及症状？

19.试述喉痹（扁桃体周围脓肿）的病因病机及症状？

①本病有哪些分期辨证？

②本病的治疗方法有哪些？

20.试述鱼鳞风（咽角化症、扁桃体角化症）的辨证论治？

21.试述干咳（喉源性咳嗽）的证治？

22.风热喉痹（喉脓肿）有哪些症状表现？用哪些治疗方法？

23.试述走马喉风（喉梗阻）的病因及其证状变化？

①本病有哪些主证状？

②对本病的急救措施应如何处理？

24.试述失音的病因有哪些？失音的症状检查有哪些表现？

25.试述梅核气（癔性咽喉异感症）的病因病机？以及诊断、治疗？

26.谷贼（异物）应怎样检查？有哪些治疗措施？

常见证治方剂索引&

二画

十全大补汤（《太平惠民和剂局方》）

人参 肉桂 川芎 地黄 茯苓 白术 甘草 黄芪 当归 白芍

八珍汤（《六科准绳方》）

党参 白术 茯苓 川芎 当归 白芍 熟地 甘草 生姜 大枣 水煎服。

人参养营汤（《和剂局方》）

当归 白芍 熟地 人参 白术 茯苓 黄芪 肉桂 炙甘草 五味子 远志 陈皮 生姜 大枣

三画

三拗汤（《太平惠民和剂局方》）

甘草 麻黄 杏仁

三痹汤（《校注妇人良方》）

续断 杜仲 防风 桂心 细辛 人参 茯苓 当归 炒白芍 炒黄芪 牛膝 炙甘草 秦艽 生地 川芎 独活 生姜

三虫散《经验方》

全蝎 蜈蚣 白僵 等分研末

三子金灯汤《经验方》

挂金灯 胆星 白芥子 莱菔子 鸡内金 山豆根 甘草

大补阴丸（《丹溪心法》）

黄柏 知母 熟地 龟板 猪脊髓

四画

六君子汤（《和剂局方》）

人参 白术 茯苓 甘草 半夏 陈皮 生姜 大枣

六味地黄汤（《小儿药证直诀》）

熟地 山萸肉 山药 丹皮 茯苓 泽泻

六神丸（雷氏方）

犀黄 珠粉 麝香 冰片 腰黄 蟾酥 作丸。

六味汤（《喉科指掌方》）

桔梗3克 生甘草3克 防风6克 荆芥6克 僵蚕6克 薄荷3克（后入）

五味消毒饮（《医宗金鉴》）

金银花 野菊花 蒲公英 紫地丁 紫背天葵

月华丸（《医学心悟》）

天冬 麦冬 生地 熟地 山药 百部 沙参 川贝 阿胶 茯苓 獭肝 广三七 白菊花 桑叶

月石散（经验方）

硼砂 人中白 川连 冰片

月白珍珠散（《外科正宗》）

珠粉 煅人中白 月石 冰片

午字号吹药（《咽喉经验秘传》）

川连 明矾 牙皂

牛蒡解肌汤《疡科心得集》

牛蒡子 薄荷 荆芥 连翘 山梔 丹皮 石斛 元参 夏枯草

牛黄化毒丸（经验方）

牛黄 琥珀 血竭 大黄 雄黄 米砂 白藓皮 川甲 乳香 木香 蝉衣 乳香 没药
川贝

天真丸（《医门法律》）

精羊肉 当归 山药 肉苁蓉 天冬 黄芪 人参 白朮 无灰酒

元参解毒汤《喉科秘要》

元参 银花 生地 甘草 大贝母 花粉 土茯苓 川连 射干（体实者加大黄、
元明粉）

太乙紫金锭（鹤亭集方，即玉枢丹）

山茨菇100克 五倍子50克 大戟75克 朱砂12克 雄黄9克 麝香9克

中白散（《外科正宗》）

人中白煨100克 孩儿茶50克 黄柏 薄荷 青黛各20克 冰片1.5克（一方川连15克硼砂20克）

化坚汤（经验方）

三棱 莪术 海浮石 香附 槟榔 瓦楞子 五灵脂

巴豆油燃子（古方）

巴豆油，摊纸作燃子，点火吹灭，以烟熏鼻中，即时口鼻流涎，牙关自开。

五画

四妙汤

党参 当归 银花 甘草

四七汤（《和剂局方》）

半夏 厚朴 茯苓 苏叶 生姜 大枣

四海六君子汤（《妇人良方》加减）

党参 白术 陈皮 半夏 茯苓 海藻 海浮石 海蛤粉 毛慈姑 海蜇 甘草

玉女煎（《景岳全书》）

石膏 熟地 麦冬 知母 牛膝

玉竹膏《全国中药成药处方集》

玉竹 冰糖

玉钥匙散（《三因极一病证》）

西瓜霜 西月石 朱砂 僵蚕 冰片

左归饮（《景岳全书》）

熟地 山药 枸杞 茯苓 山萸肉 炙甘草

甘麦大枣汤（《金匱要略》）

甘草 小麦 大枣

甘桔汤（《焦氏喉科枕秘方》）

甘草 桔梗 天花粉 连翘 栀子 黄连 生地黄

半夏厚朴汤（《金匱要略》）

半夏 厚朴 茯苓 苏叶 生姜

仙方活命饮（《外科准绳方》）

穿山甲 皂角针 归尾 甘草 银花 赤芍 乳香 没药 花粉 防风 贝母 白芷 陈皮

卯字号吹药（《咽喉经验秘传》）

雄精 甘草 鸡内金 枯矾 青黛 元明粉 川连 川柏 月石 铜青 人中白 鹿角霜 冰片

申字号吹药（《咽喉经验秘传》）

元明粉 雄黄

归脾汤（《校注妇人良方》）

人参 白术 黄芪 茯苓 当归 龙眼肉 远志 酸枣仁 木香 炙草 生姜 大枣 冰硼散（《医宗金鉴》）

元明粉15克（风化） 朱砂2克 硼砂（炒） 15克 冰片1.2克 共研极细末，吹喉。

加减养阴清肺汤（《重楼玉钥》）

生地 元参 麦冬 川贝母 丹皮 白芍 甘草 薄荷（加土牛膝根）

养阴清肺汤加减：喉间肿甚者加煅石膏，大便燥结数日不通者加元明粉、青宁丸，胸下胀闷者加神曲、焦山查，小便短赤加木通、泽泻、知母，燥渴加天冬、马兜铃，面赤身热或舌苔黄者加银花、连翘。

加减三黄凉膈散（《喉科紫珍集方》）

黄连 甘草 川芎 黄芩 黄柏 栀子 赤芍 薄荷 青皮 陈皮 花粉 射干 银花 当归 元参（加大黄）

加减紫珍连翘散（《喉科紫珍集》）

连翘 葛根 黄芩 赤芍 炒山栀 桔梗 麦冬 牛蒡子 甘草 木通 淡竹叶

加味平胃散（《太平惠民和剂局方》）

苍术 厚朴 陈皮 甘草 生姜 大枣

加减三甲散（《温疫论》）

鳖甲 龟板 穿山甲 蝉蜕 僵蚕 牡蛎 当归 白芍 甘草 麝虫

加减六味汤（经验方）

荆芥 防风 薄荷 僵蚕 桔梗 甘草 陈皮 半夏 天竺黄

加減黑膏汤（丁甘仁方）

淡豆豉 薄荷 连翹壳 炙僵蚕 鲜生地 生石膏 赤芍 蝉衣 鲜石斛 生草 象贝母 浮萍 鲜竹叶

加減清解透表汤（经验方）

荆芥 垂丝柳 连翹 牛蒡子 银花 蝉衣 升麻 葛根 马勃

加減银翹散（《温病条辨》方加減）

银花 连翹 竹叶 薄荷 豆豉 芦根 甘草 桔梗

加減清喉汤（经验方）

黄芩 山梔 大黄 元明粉 川连 银花 生石膏 马勃 桔梗 甘草

加減牛蒡解肌汤（《疡科心得集》）

牛蒡子 薄荷 防风 荆芥 连翹 元参 马勃 桔梗 甘草

加減保真汤（《证治准绳》方加減）

党参 黄芪 白术 山药 甘草 熟地 生地 麦冬 五味子 白芍 地骨皮

加味生脉散（《景岳全书》）

红参 麦冬 五味子 石菖蒲 甘草

六画

百合固金汤（《医方集解》）

生地 熟地 麦冬 贝母 百合 当归 芍药 甘草 元参 桔梗

百草霜散（经验方）

百草霜 禹余粮 花蕊石

防风汤（《备急千金要方》）

防风 川芎 白芷 牛膝 狗脊 萆薢 白术 羌活 葛根 附子 杏仁 麻黄 生姜
石膏 薏苡仁 桂心

防风羌活汤（《证治准绳》）

防风 羌活 升麻 连翘 牛蒡子 夏枯草 川芎 黄芩 昆布 海藻 薄荷 僵蚕 甘
草

至宝丹（《和剂局方》）

生犀角 朱砂 雄黄 生玳瑁 琥珀 麝香 龙脑 金箔 银箔 牛黄 安息香

安宫牛黄丸（《温病条辨》）

牛黄 郁金 犀角 黄芩 黄连 雄黄 山梔 朱砂 梅片 麝香 真珠

竹沥葶苈汤（经验方）

葶苈子 礞石 山豆根 生石膏 麻黄 大黄 鲜竹沥

导痰汤（验方）

陈皮 半夏 茯苓 甘草 胆星 枳实 木香 香附 生姜

导赤散

生地 木通 竹叶 生草梢

会厌逐瘀汤（《医林改错》）

桃仁 红花 赤芍 甘草 生地 当归 元参 柴胡 枳壳 桔梗

冲和膏（《赤水玄珠》）

紫荆皮250克炒 独活150克 赤芍100克 白芷150克 石菖蒲75克 共为细末，葱汤热酒，俱可调敷。

七画

沙参麦冬汤（《温病条辨》）

沙参 玉竹 生甘草 桑叶 麦冬 生扁豆 花粉

利咽土茯苓汤（经验方）

土茯苓 银花 生甘草 紫地丁 连翘 制川军 马齿苋

吹喉去腐散

编者自制经验方（成药）。

陈氏喉痹吹药（《霉疮秘录》）

西黄 冰片 珍珠 硃砂 象牙屑 龙骨

八画

参苓白术散（《和剂局方》）

人参 茯苓 白术 白扁豆 山药 砂仁 薏苡仁 桔梗 莲子肉 炙甘草

参附汤（《正体类要》）

人参 炮附子

参梅含片

编者自制经验方，南京中医学院附属医院成药。

虎潜丸（《丹溪心法》）

黄柏 龟板 知母 熟地 陈皮 白芍 锁阳 虎骨 干姜

知柏八味汤

熟地 山药 山萸肉 泽泻 丹皮 茯苓 知母 黄柏

金鉴鼠粘子五苓散（《医宗金鉴》）

牛蒡子 花粉 射干 生地 大贝母 茯苓 泽泻 猪苓 白术 竹叶 甘草

两仪膏（经验方）

人参 熟地

九画

荆防败毒散（《证治准绳》）

荆芥 防风 羌活 独活 前胡 柴胡 枳壳 桔梗 赤苓 川芎 人参 甘草 生姜

荆防二陈汤（《和剂局方》加减）

荆芥 防风 陈皮 半夏 茯苓 甘草

荆防四物汤（《和剂局方》加减）

荆芥 防风 熟地 白术 川芎 当归

茵陈蒿汤（《伤寒论》）

茵陈 栀子 大黄

张氏洗喉方（湖南省醴陵市张氏名喉科方）射干 山豆根 薄荷 牙皂 细辛 甘草张氏开关散《湖南省醴陵市张氏名喉科方》

硼砂 青黛 僵蚕 马勃 甘草 蒲黄 牙皂 毛慈姑 牙硝 明雄 胆草 麝香 冰片

养阴生肌散

编者自制经验方，南京中医学院附属医院成药。

十画

桂枝汤（《伤寒论》）

桂枝 芍药 炙甘草 生姜 大枣

桂枝茯苓丸（《金匱要略》）

桂枝 茯苓 丹皮 桃仁 芍药

神应消风散（《外科正宗》）

当归 生地 防风 蝉衣 知母 苦参 胡麻 木通 荆芥 苍术 牛蒡子 石膏 甘草

凉膈散（《和剂局方》）

连翘 大黄（酒浸） 芒硝 甘草 黑山栀 酒芩 薄荷 竹叶 生蜜

海藻消石汤

昆布 海藻 川山甲 红花 桃仁 甘草 白芥子 元明粉 鸡内金 山豆根

益胃汤（《温病条辨》）

沙参 麦冬 生地 玉竹 冰糖

珠黄散（经验方）

熟石膏15克 腰黄6克 人中白（煨）10克 硼砂15克 冰片1.5克 共研极细末，吹喉。

健脾丸（《证治准绳》）

白术 木香 黄连 甘草 白茯苓 人参 神曲 陈皮 砂仁 麦芽 山楂 山药 肉叩

桑菊饮（《温病条辨》）

桑叶 菊花 桔梗 连翘 杏仁 薄荷 芦根 甘草

秦艽鳖甲散（《卫生宝鉴》）

地骨皮 柴胡 秦艽 知母 当归 鳖甲 乌梅 青蒿

通窍活血汤（《医林改错》）

赤芍 川芎 桃仁 红花 老葱 鲜姜 红枣 麝香

通用消肿散

编者自制经验方，南京中医学院附属医院成药。

消肿散

编者自制经验方，南京中医学院附属医院成药。

逍遥散（《和剂局方》）

柴胡 白术 茯苓 当归 白芍 甘草 陈皮 薄荷 煨姜

十一画

麻杏石甘汤（《伤寒论》）

麻黄 杏仁 甘草 石膏

清咽利膈汤（《喉科紫珍集方》）

连翘（去心） 生栀子 黄芩 薄荷 防风 荆芥 元明粉 桔梗 银花 元参 大黄 甘草 黄连

清咽凉膈散（《咽喉经验秘传方》）

连翘 山栀 黄芩 薄荷 牛蒡子 防风 荆芥 元明粉 银花 元参 大黄 甘草 桔梗 川连

清音丸（经验方）

诃子肉 川贝母 甘草 百药煎 乌梅肉 花粉 葛根 茯苓

清咽养荣汤（《疫喉浅论方》）

西洋参 生地 麦冬 花粉 白芍 元参 茯神 天冬 桔梗 甘草 知母

清咽栀豉汤（《疫喉浅论方》）

生山栀 豆豉 银花 薄荷 牛蒡子 甘草 蝉衣 僵蚕 犀角 连翘壳 桔梗 马勃

控涎丹（《三因方》）

甘遂（去心） 大戟（去皮） 白芥子 等分为末，作丸。

黄连解毒汤（崔氏方）

黄连 黄芩 黄柏 栀子

黄氏白喉方

编者自制经验方，南京中医学院附属医院成药。

疏风清热汤（经验方）

荆芥 防风 牛蒡子 甘草 金银花 连翘 桑白皮 赤芍 桔梗 黄芩 玄参 天花粉 浙贝母

绿袍散（《景岳全书》）

青黛 黄柏 冰片

绛雪散（《医宗金鉴》）

石膏 硼砂 火硝 胆凡 元明粉 冰片

猪肤膏《温病条辨》

猪肤 白蜜 白米粉

十二画

雄黄解毒丸（《医宗金鉴》）

雄黄 玉金 巴豆

温经汤（《金匱要略》）

吴茱 当归 芍药 川芎 人参 桂枝 阿胶 丹皮 甘草 半夏 麦冬 生姜

换肌丸（《外科正宗》）

葳灵仙 石菖蒲 何首乌 苦参 牛膝 苍术 大胡麻 天花粉 甘草 川芎 当归

善后养正汤（《时疫白喉捷要方》）

玉竹 怀山药 生地 熟地 麦冬 首乌 女贞子 甘草 茯苓 白芍（或加当归）

紫雪丹（《和剂局方》）

石膏 寒水石 磁石 滑石 犀角 羚羊 青木香 沉香 元参 升麻 甘草 朴硝 硝石 当门子 朱砂

犀角地黄汤（《千金方》）

犀角 生地 芍药 丹皮

犀连承气汤（《伤寒论》方加减）

犀角 赤芍 丹皮 大黄 元明粉 连翘

十三画

解肌透痲汤（丁甘仁方）

荆芥穗 蝉衣 射干 生甘草 葛根 牛蒡子 马勃 桔梗 前胡 连翘 僵蚕 淡豆豉 竹茹 浮萍

十四画

银花解毒汤（《疡科心得集》）

金银花 地丁 犀角 赤苓 连翘 丹皮 川连 夏枯草

银翘散（《温病条辨》）

连翘 银花 苦桔梗 薄荷 竹叶 生甘草 荆芥穗 淡豆豉 牛蒡子 鲜芦根

十五画

增液汤（《温病条辨》）

元参 麦冬 生地

醉仙散《卫生宝鉴》

胡麻子 牛蒡子 枸杞子 蔓荆子 苦参 白蒺藜 防风 瓜蒌根 轻粉

十六画以上

黛芩化痰丸（经验方）

青黛 黄芩 天冬 瓜蒌 浮海石 桔红 山茨菇 桔梗 芒硝 香附 连翘 射干

锡类散（《金匱翼》）

象牙屑（焙） 珍珠各1克 青黛2克 冰片0.1克 壁钱二十个 犀黄 人指甲
各0.2克

藿香正气散（《和剂局方》）

藿香 紫苏 白芷 大腹皮 茯苓 白术 陈皮 半夏 厚朴 桔梗 炙甘草 生姜 大
枣

蹲鸱丸

毛芋芳 晒干研粉发丸。

自学·答疑·实践·拜师

---谈光明中医函大的办学方法

光明中医函授大学副校长兼教育长

白永波

[编者按]本文是本刊创刊号发表的《继承·探索·改革·创新》一文的姐妹篇，是作者根据前文提出的办学思想，具体的论述办学方法。本文在函大第一次分校校长会议期间作了充分讨论，得到与会代表的赞许和补充。

光明中医函大的创办，是一次探索和尝试，我们希望得到广大学员和有志于中医教育改革的师友们大力支持，献计献策，使我们的办学方法日臻完善。

光明中医函授大学开学了，摆在我们面前最迫切、最实际的问题是什么呢？我想，不外乎三个问题：第一，学员如何学？第二，教师如何教？第三，校方如何组织教学工作？这是全校师生员工和社会上赞助光明中医函大的同志们普遍关心的问题。只有采取适宜的组织教学的方式和方法，才能体现光明中医函大的办学思想，才能达到预期的目标。因此，在开学之际，有必要做个说明。其中有些不够成熟的意见，希望大家纠正和补充。

一、自学

光明中医函大是一所全国性的函授大学，其教学方法是以函授为主，面授辅导为辅，那么，自学就成为主要的学习方法。靠自学是一定能

够学好中医的，这是古往今来毋庸置疑的事实。

自学，对于有些同志和长期靠课堂接受知识的学员，开始有些不习惯、不适应，因为他们对老师满堂灌、自己坐下去听讲，已习以为常了。所以，要想坚持自学，首先必须解决认识问题。要设法使学员认识到：依靠自学完全可以学到比较扎实的知识。其次，要引导学员逐渐摸索自学方法。自学的方法可以在借鉴别人经验的基础上，结合自己的实践，逐步摸索、总结出来。这就要求学员对于教材做到：一看懂；二质疑（提出不懂的问题）；三归纳要点并理解其精神。这个过程，是独立思考的过程，是培养分析问题、解决问题能力的过程。俗语说：“师傅领进门，修行靠个人。”意思是说，学生要做学习的主人。因此，学员要充分发挥主观能动性，既有求知的强烈愿望，又有求知的习惯和方法。只有这样，才能掌握与运用正确的自学方法。

学习中医，只要有一套完整、系统的教材，好的辅导材料，必要的工具书，以及临床实践的机会，就是广大学员学成中医条件。有了条件，加上毅力，是完全可以“登堂入室”的。同时，本校的教学内容、顺序、进度和方法，又是指引学员走向成才的一条道路。这就说明自学中医成才的条件和道路，已经展现在广大学员面前，因此，只要有坚强的毅力，通过自学就完全可以学好中医。

二、答疑

启发式教学，要贯穿在各个教学环节，这是本校教学方针所决定的。在教学过程中，学员必然要遇到一些不懂的问题。这些问题，属于普遍性的，由我们在本刊“解惑答疑”专栏上进行辅导讲解；属于个别性的，采用书信的形式辅导。我们的分校和函授站在组织面授辅导时，不是从头到尾地按教材上大课，也无必要照搬全日制大学的课堂教授方法。理由很简单，因为我们是函授教育，没有可能也不必要效

尤全日制中医院校。那种片面追求面授时数，忽视教学实际效果的倾向，是不可取的。所以，贯彻启发式教学方法，就有其特殊重要的现实意义。学员开动脑筋，才能钻进知识中去。答疑是老师的任务，而辅导的目的又在于答疑，那么，只有先搜集学员不懂的问题，再进行针对性的辅导，或组织专题辅导讲座（以至几个专题对整个教材内容的学习进行启发与引导），才能花较少的面授时数，收到较好的辅导效果。这种事半功倍的做法，应该提倡和发扬。

学员带着自学中遇到的难点、疑点阅读本刊和听辅导课，教师在辅导时进行集体答疑。无论是本刊作答，还是老师辅导，我们都力求做到：不仅给学员一个正确的答案，还要针对难点、疑点引导学员举一反三，培养学员独立思考问题和解决问题的能力。

光明中医函大的面授辅导要真正让学员感到“解渴”，对校方和老师提出了更高的要求，这就要求老师下一番功夫备课。特别值得注意的是，本校的课程内容与其他中医院校使用的教材内容不尽相同，教学要求的侧重点也不很一致。这就是说，不能把为其他中医函授班准备的辅导方法和教材照抄照搬到光明中医函大来。希望参加面授辅导的教师按照光明中医函大的办学思想，对学员送行面授辅导时要具体解决学员在学习中的困难，在探索函授教学方法的过程中，为中医教育改革、培养中医人才做出贡献。

三、实践

中医学是个实践性很强的学科，仅仅在课堂上是学不了、也学不好的。仅在课堂或书本上学习，只能是纸上谈兵。中医需要理论研究人员，也需要教学人员，但中医队伍的主体应该是能够防病治病的医生。要想成为合格的医生，要从自学中医之始，就高度重视临床实践，并尽力创造条件参加实践。

当然，要掌握中医理论体系并不容易。所以，要求自学者一方面要有文史哲的基础，一方面要有临床辩证论治的体验。有些理论，依靠读书或老师讲授是弄不通的。但是，一到临床，或经老师临证指点，或自己亲手诊治，其中的道理就迎刃而解了。中医是一门古老的医学，它阐述理论的方法和文字，由于年代久远，与当代科学迥然不同。因此，光靠字面上论长论短是远远不够的，必须通过临床实践加以阐述、验证、补充。通过亲眼看过、亲手治过有效的病例，才能理解中医理论，才能真正坚定学好中医的信心。

四、拜师

早临床、多临床是学好中医必要的条件之一。函大学员分散在全国各地，这就为临床实习带来了很大困难。这一点，正是中医函授教育的薄弱环节，也是当前中医教育普遍存在的困难。因此，我们倡议：入学之初，凡是有条件的学员，都应该“投亲靠友，就近拜师”。中医的理论和经验，除在古今医籍中记载的以外，还存在于广大在职中医、民间中医之中，这是宝贵的财富，我们的学员要充分利用一切条件，把这笔财富挖掘出来。因此，在职中医、民间中医、个体医、座堂医，都可以作为我们的老师。就近拜师，就可以使不同职业的学员在业余时间里，经常向老师求教，在参观——见习——实习的过程中，从接触中医诊治病人获得的感性认识入手，逐渐加深对中医理论的理解，逐步丰富临床辩证论治等知识。学到的理论和知识，又可从临床实践中不断得到巩固和提高。

拜师也好，师带徒也好，都是中医的传统教学方法，也是行之有效的方法。依靠师带徒这个形式，过去出了不少名医。古今中外，许多学科的研究生和其他人材，都少不了老师的指导。所以，光明中医函大采用这种方法，是完全正确的。

总之，要想保证函授教育的质量，学员要有正确的自学方法，教师要搜集自学中的难点、疑点、重点作为解惑答疑的内容，校方强调学员打好基础、就近拜师和临床实践的重要性，并采取相应措施，保证教学质量。我们要以开拓和进取的精神，广开思路，打破框框；又要以老老实实的科学态度，把我们的教学思想和方法落到实处。决不能搞大哄大嗡，也不能搞“一刀切”，这就是我们函大校风中的“务实”精神。只有这样，才能在探索中改革，在改革中前进，才能使教与学双方，为了一个共同的目标，努力办好光明中医函授大学。

以上为光明中医函大在创立之初，白永波校长关于函大办学方法的文章，发表于当时的校刊杂志《光明中医》。文中提到自学、答疑、实践、拜师是函大办学方法的四大特点，这是光明函大分校校长会议及与会代表充分讨论的结论，供光明教材学习者参考。

光明教材电子化公益项目

项目介绍

光明中医教材是原光明中医函授大学在1985年成立后，由当时诸多顶尖中医专家齐心协力编写而成，在中医界一直享有崇高的地位，是难得的中医学习资料，得到李可老中医的强烈推荐。光明中医学院2005年闭校后，范竹雯老师是教材主要保管人。

现原版纸质教材只剩下几十套，因保存的时间长，已有部分破损。为避免教材失传，光明中医网校在范竹雯老师的指导下，进行了光明中医教材电子化工作。

编写光明中医教材时，各位编者老师为了传承中医，都是义务奉献，未收取报酬。因此电子化后的教材也是公益性的，向社会免费开放，大家可以广为传播。我们希望中医学习者能人手一套教材用于学习。

本项目于2019年8月开始，到2021年1月，完成20门主要课程，近800万字。明细如下：

《05实用中医文献学》 《06中医学概论》 《07方剂口诀》 《07口诀浅释》 《08中医临证程序与辨证思维方法》 《10黄帝内经讲解》
《11伤寒论讲解》 《12金匱要略讲解》 《13温病条辨讲解》 《14本草备要讲解》 《15中医内科学》 《16中医外科学》 《17中医骨伤科学》 《18中医眼科学》 《19中医妇科学》 《20中医儿科学》 《21针灸学》 《22中医喉科学》 《23名医医案选读》 《25历代医籍选介》 《方剂讲解》

组织人员

范竹雯：指导

于云：顾问

张建德、金卓如：监督

戴金鳌：协助

李文强、高明哲：组织协调

何克敏：联络

分工

范竹雯老师及光明中医杂志社提供了光明中医原版教材，以及很多珍贵的历史资料。

于云老师是85届学员，优秀的光明中医毕业生，执业中医师，有30多年的行医经验，在山东烟台造福一方。在《针灸学》教材的电子化过程中，于老师指出了88年版本和94年版本的区别。根据于老师的建议，最终依据88年版本进行了电子化。

张建德、金卓如两位老师也是85届学员，优秀的光明中医毕业生，执业中医师。张建德老师执业于北京；金卓如老师执业于江苏。两位老师也对教材的电子化过程提出了很多优秀建议！

戴金鳌、李文强、高明哲为范竹雯老师弟子。整个教材电子化项目由李文强提出并主导实施，高明哲、戴金鳌协助组织人员、收集资料等工作。

这里向大家一并表示感谢!

工作人员及志愿者

具体实施电子化的人员如下:

小易、江东东、小何、朱明轩、小童、李文强、罗金群、李海燕、
精修风敬、粟晓雪、肖肖、贾俨、王岐伯、林杰承、王莹莹、
YXW、魏胜周、刘荣、张德、施前锋、浔浔、黄河、林沛桦、子
木、夏至、刘书青、王凤池、陈以明

大家非常辛苦的做了大量工作，做了利国利民的大好事!

这里，我们代表光明中医前辈以及广大中医从业者、爱好者向以上人员致以诚挚的谢意，感谢大家的无私奉献!

纠正录入错误

电子化过程中难免出现错误，为了让电子版更完善，如果有录入错误的地方请按照链接中的方式反馈给我们，我们会在下一个版本发布的时候更正。点击[这里](#)

进度详情

计划分四个阶段完成:

第一阶段: 概论、本草、方剂、针灸，口诀，口诀浅析

第二阶段: 内经、伤寒、金匱、温病

第三阶段: 内科、外科、妇科、儿科

第四阶段：其他科目。

[详情点击这里](#)

如何系统学习中医？

任何学科的学习都是一个由浅入深的过程，学写文章要先学写字，做数学难题要先学加减乘除。学中医也是如此，一定要打好基础。现在社会上看似有很多中医爱好者，其中有人自称学习中医5年、10年，但是实际上能登堂入室者，百无一人。究其原因，就是没有进行系统学习，没有打好中医基础。

那什么是中医的基础呢？中医的基础就是阴阳平衡、寒热虚实、扶正祛邪、天人合一、三阴三阳、五运六气、气血精神、脏腑经络、升浮沉降、四气五味、君臣佐使等基本概念。这些概念对中医而言，就像文字对语文的作用一样，是最基础的东西，必须理解清楚。一个中医学习者如果对这些基本概念还模模糊糊，是不合格的，是很难学习和应用中医的！

中医发展最大的问题就是教材对概念的讲解都是抽象、模糊的，不够具体，导致学习者理解困难。而概念不清，自然无法应用，所以很多学习者半途而废，有人甚至转变到中医的对立面。在诸多中医教材中，虽然以光明教材口碑最好，但也有这个问题。好在光明教材非常重视经典，编写者又都是临床经验非常丰富的中医大家，所以在这些概念的讲解上，虽不完全清晰明了，但内涵也表达了十之八九。因此学习者在学完全部课程后，经过进一步的体悟，能理解中医的道理。将之应用于临床，行之有效，就成为了合格的中医师。所以光明中医教材受到很多中医的推荐。

一位85届光明中医学员讲他当年的学习体会时说：“开始学习《概论》、《本草》的时候也有很多不懂的地方，直到后来学完四大经

典，才豁然开朗，大部分疑问都得以解决。之后再学习内、外、妇、儿等课程，就如高屋建瓴、势如破竹。“网校的学员也是如此反馈，在前期学习的时候，很多人觉得很困难，大量不懂的概念阻碍了学习的进度，有的人因此半途而废。能坚持学完四大经典的学员，收获则很明显，真正达到了中医入门的程度，能治疗家人的一些疾病。

由此可见，想学成中医首先要有较大的毅力，要坚持学习，不要因为遇到困难就停止，等学完四大经典，就可融会贯通。

其次，要有解决学习疑问的办法。最好在附近找一位合格的中医老师，这样既可在遇到学习问题时请老师帮助答疑，又可以跟随老师学习一些实践经验。如果实在找不到合适的老师，也可在网校报名，请网校来帮您解决学习中的疑问。

中医的学习是有规律的，没有什么捷径。实践证明，越是想走捷径，反而越浪费时间。所以要尊重中医的规律，按照正确的学习流程打好中医基础，认真学完四大经典，再多加实践，学成中医不是难事!

A decorative border with intricate floral and scrollwork patterns in a dark brown color, framing the central text.

中医喉科学

光明中医函授大学