doi: 10. 3969 / j. issn. 1002 – 2619. 2020. 11. 003

潘树和应用焦膜及表证理论治疗喉痹经验※

王庆武　陈会茹△　潘树和[1]
（广西壮族自治区皮肤病医院康复理疗科，广西　南宁　530007）

【摘　要】 潘树和从焦膜及六经皆有表证理论出发，认为喉痹患者的病所在上焦焦膜，以焦膜出现阻塞不畅为病机，临床以风湿热痹阻上焦焦膜的表证居多，可分为风热为主和湿为主 2 种证型，其次为风寒郁热上焦焦膜，分别采用银翘马勃散、上焦宣痹汤及小柴胡汤为主方，重在疏通少阳之上焦焦膜，治以辛凉开宣，透营化湿，随症加减，疗效颇佳。

【关键词】 喉痹；中医疗法；焦膜；表证；名医经验；潘树和
【中图分类号】 R766. 14；R249　【文献标识码】 A　【文章编号】 1002 – 2619（2020）11 – 1613 – 04

潘树和，河北省首届名中医，第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，师从江西省名中医、伤寒名家姚梅龄教授，系统学习了姚教授“三焦焦膜病辨证理论”及“六经皆有表证理论”。笔者有幸随潘老师学习，兹将其运用焦膜及表证理论治疗喉痹经验介绍如下。

1　对焦膜及表证的认识

三焦乃六腑中的一腑，是人体中的大网膜，其遍布于腹腔和胸腔中，有腹膜、膈膜、肋膜、胸膜等，所有脏腑均可得到其包裹和保卫，心包络与三焦互为表里，而这些三焦之腑的膜组织称之为焦膜[1]，为水火升降之道路，在运行水液的历程中产生“上焦如雾”“中焦如沤”“下焦如渎”的生理现象。咽喉表面的膜属于焦膜的一部分，焦膜与膜原最相近，关于膜原的描述最为精准的是明代医家张景岳，描述“膜，犹幕也，凡肉理脏腑之间，其成片联络薄筋，皆谓之膜，所以屏障血气者也。凡筋膜所在之处，脉络必分，血气必聚，故又谓之膜原，亦谓之脂膜”。可见膜原是分布于人体内外各个组织中一种膜状组织系统。潘老师认为，“焦膜”与“膜原”表述一致，而“焦膜”一词将膜与三焦的关系描述的更准确清晰。现代医学研究亦证明该脏腑真实存在，2018 年 Petros 首次提出，将人体内所有的间质组织归总为一个完整器官，执行特殊任务，其具有自己的解剖结构和生理作用，其内部有高速流动的液体。姚梅龄教授据多年的临床实践提升了焦膜理论，形成了比较完整的焦膜病的辨证体系[2-3]，《素问·六微旨大论》云“少阳之上，火气治之”，可见少阳三焦，主宣通津液气血，故其病理变化绝大部分出现水饮不循常道停聚或水饮动力下降，形成肿胀[1]。

所谓“表证”，是归属脏腑外的五官、五体、腠理、毫毛、十二经脉及其分支的病变[4]。潘老师认为，少阳病在《伤寒论》里，少阳半表半里是相对于太阳病和阳明病而言，而这里的表证是相对于十二经脉中的脏腑病变之外的，都可归到十二经表证里，这是从不同角度阐释疾病。《灵枢·经脉》指出“三焦手少阳之脉……其支者，从膻中上出缺盆，上项，系耳后”。《伤寒论》少阳病提纲“少阳之为病，口苦咽干目眩也”。从其经脉循行和少阳病提纲来看，咽喉与三焦关系密切。《素问·灵兰秘典论》指出“三焦者，决渎之官，水道出焉”，可见三焦是水液代谢和生成的通路。咽喉为气机升降的通道，三焦亦依赖该通道升降气机[5]，咽喉为外邪如风寒湿等所累，就会出现咽喉红肿疼痛等症状。故三焦表证的病所之一为咽部，在临床上治疗咽喉病变须重视三焦的焦膜变化。

2　对喉痹及焦膜的认识

喉痹，即现代医学的急慢性咽炎，是以咽部痒、干燥不适，或有异物感，咽部红肿、疼痛为主要表现的一种咽部疾病。黏膜下的结缔组织病变，

※ 项目来源：第六批全国老中医药专家学术经验继承工作项目（编号：2017125）

△ 通讯作者：广西壮族自治区皮肤病医院真菌科，广西　南宁　530007
1　河北省承德市中医院，河北　承德　067000
作者简介：王庆武（1975—），男，副主任中医师，硕士。研究方向：中医内科。

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

是咽部的黏膜、黏膜下及淋巴组织的炎症[6]，累及到病变部位结缔组织的黏膜，说明喉痹与上焦焦膜的病理关系密切。《素问·缪刺论》曰“夫邪之客于……邪客于手少阳之络，令人喉痹舌卷，口干心烦，臂外廉痛，手不及头”。《灵枢·经脉》曰“三焦手少阳之脉……是动则病耳聋浑浑焞焞，嗌肿，喉痹”。这些论述都说明喉痹与三焦关系密切。痹者，闭也，指阻塞不畅之意[7]。机体在受到外邪侵袭时，其外在腠理会起到保护作用，腠理是三焦的一部分，三焦是气津流通的通道[8]。《素问·阴阳应象大论》曰“清阳发腠理”，清阳之气从腠理中升发，腠理虽有保护作用，但其本身亦易受邪，其清阳之气为风寒、湿热及痰浊等所阻，就会波及到上焦焦膜的重要部位咽部，从而形成喉痹。

潘老师认为，喉痹病所在上焦焦膜，多在感受外邪后起病，属外感时病的表证范畴，且以实证多见，据其近 10 年的病例统计显示，喉痹证型以风湿热痹阻上焦焦膜的表证居多，该证型分为以风热为主和夹湿为主，其次为寒风郁热上焦焦膜。潘老师总结焦膜病特点：三焦焦膜为水液出入的道路，若被痰饮水湿等邪郁滞于里，津液停聚，有形之邪增加，焦膜没有与外界直接相通的孔道。临床表现为胀、痛、闷、堵，胀、闷、堵均为患者自觉症状，自内向外的膨出为胀，自外向内的挤压为闷，上下不通为堵；病情持续，迁延不愈；因“少阳之上，火气治之”，生理性相火变为病理性相火，少火变为壮火，出现咽干、口苦、头眩。

3 喉痹的病因病机

临床发现喉痹患者多见于以下情况：①久处湿热环境，加之吹风贪凉；②因误治失治，经抗生素或辛凉解表、苦寒泻火药物治疗后，咽痛虽减，然未除尽；③过食煎炙或辛热食品，或误进温补中药。

3.1 从焦膜理论认识 潘老师认为，患者感寒化热，成为热证的原因在于，少阳本火标阳，从本，少阳三焦是相火之腑，少阳无寒证，即标本从化的结果，使任何一种外邪作用于三焦时，从火化而成热邪；同时人体通过焦膜将水谷精微和津液敷布周身，当此功能下降时，在上焦所敷布的物质会停聚而成湿邪；湿郁化热，与原来的风邪合而为害，故可导致上焦气机持续性郁阻不通，咽痛、咽阻，咽中如有异物。潘老师认为，病邪在上焦焦膜之内，即咽部的咽后壁膜内，并不在直接通于体外的喉头及气道，故患者虽自觉咽中为物所阻，又难以咳咯排出。

3.2 从外感六淫角度认识 潘老师认为，热邪燔灼咽部之营分，则咽部红肿热痛，或有脓点；风热犯营，可出现舌边、舌尖红；风热之邪与卫气交争，可有发热、自汗、脉浮数；风湿之邪干扰卫气之卫外温煦功能，可有恶风或恶寒；湿痹于咽及郁阻上焦气机，则咽有异物感或咽阻感，胸闷太息；若热邪煎熬津液，湿热相聚，向下波及手太阴肺脏，而成热痰，咯黄痰。潘老师对湿热合邪患者，治疗切忌反复用辛凉苦寒中药及抗生素，虽热势可折，但助长湿邪，造成病势缠绵。寒邪也参与喉痹发病，上焦焦膜为水液通路，寒邪可伤人阳气，亦能郁阳，可使水湿内停，同时三焦为相火游行之路，寒邪往往夹风邪客于焦膜，郁遏气机，郁而化火，从而聚湿化热而成病。综上所述，本病主要为风寒湿热犯咽，郁阻上焦气机，兼有干扰营卫之机。

4 喉痹的主要临床表现与鉴别诊断

喉痹主症：咽痛，咽中异物感或阻塞感（二症中必有一症或两症均俱），但吞咽食物无阻碍；咽后壁红而肥厚，或咽后壁红且有淋巴滤泡增生凸起。伴见症：咽痒、咽干，口渴，饮不多，偶可胸闷，刷牙时易干呕，扁桃体亦红肿，舌边尖红，脉浮数。或然症：或咽痛甚，自汗盗汗，或恶寒，或骨节疼痛，或小儿发热、烦哭，或伴微呕，或咯黄痰或灰黄色痰，或伴耳闭耳鸣，或舌苔浮黄厚腻，或脉寸关弦。潘老师强调，喉痹之风湿热表证的主要临床症状与梅核气、足少阴风热表证、手太阴风热表证等症状均有相似之处，容易混淆，需进行鉴别排除疑似证候，以获得准确的辨证结果。

4.1 与“梅核气”鉴别 二者均有咽中异物感和阻塞感，咯之不出、咽之不下。潘老师认为，梅核气患者咽中异物感和阻塞感多为阵发性，无咽部疼痛，咽部不见实质性肿块；喉痹患者咽部异物感和阻塞感为持续性，往往伴随咽痛，咽常红肿，或咽后壁肥厚，咽后壁淋巴滤泡增生。

4.2 与足少阴风热表证鉴别 足少阴风热表证，潘老师认为，肾足少阴之脉循行是循喉咙挟舌本，其素体常有肾阴不足，阴不制阳，阴虚火旺，同时风热之邪于少阴经之表，循经累及咽喉，故足少阴表证亦有咽部症状。因少阴风热表证存在肾阴不足，咽部干红而肿不明显，咽后壁无淋巴滤泡增生，其脉不浮，甚至脉略沉细数；患者常伴腰疼，两足痿弱、口干、颧红等肾阴不足症状，阴虚火旺者，

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

可有潮热、盗汗或颧红等症。

4.3　与手太阴风热表证相鉴别　本病与手太阴风热表证均有咽部红肿热痛，以及出现恶风、自汗、脉浮数等症。潘老师认为，手太阴风热表证，多有鼻痒、喷嚏、流涕、咳嗽，热重者可流出黄浓涕，扁桃体红肿疼痛而非咽后壁漫肿和淋巴滤泡增生，咽喉部痒并出现咳嗽，可有痰排出，邪气郁闭肺气，严重者可有气喘，而无胸闷症状，无因咯之不出而造成的频频喜咯之症。

5　从焦膜辨证论治

5.1　风湿热痹阻上焦焦膜（以风热为主）　辨证要点：咽部有阻塞感或异物感，喜咯，却无物排出，进食水无障碍，咽部疼痛，咽痒，咽干，稍发热，热势不高，微恶风，口渴但饮水不多，胃口尚可，小便黄，扁桃体红肿，咽部色红稍肿，或咽后壁红而肥厚，或咽后壁红而且有较多淋巴滤泡增生凸起，舌尖边红，脉浮数，或右手寸脉和关脉浮。治宜利咽清热，燥湿疏风。予银翘马勃散。药物组成：连翘、金银花、牛蒡子、射干、马勃。银翘马勃散来源于清代名医吴鞠通《温病条辨》："湿温喉阻咽痛，银翘马勃散主之。"银翘马勃散以连翘、金银花为主药，辛凉入营分，疏透风热，同时连翘还可散结；牛蒡子消肿利咽，散热疏风；射干消肿散结，利咽祛痰；马勃（包煎）苦燥清宣，燥湿清热。此 5 味药使风热得以疏散，咽利湿去，全方契合本证病机，故为主方。潘老师认为，临床中患者病情相对复杂，本方常须酌情加味，疗效更佳。若咽喉疼痛剧烈，热化火毒，燔灼营血，加黄芩、栀子、山豆根、僵蚕等，《神农本草经》记载黄芩味苦性平，而非苦寒，具有泻少阳上焦之火毒兼燥湿而不伤胃气，可适当加大剂量；若咽痒耳鸣明显，为风胜夹火上扰清窍，可加薄荷、菊花、蝉蜕、防风以增加疏散风热之力，并加黄芩疏泄少阳之火；若咽阻明显而兼胸闷，湿邪偏重，上焦气郁，可加走上焦透湿理气的瓜蒌皮、通草、郁金、白豆蔻等；咽部痛不明显，但梗阻感较甚者，加滑石、桔梗、芦根加强化湿利咽作用。若滑石和芦根于温热夹湿之证中同用，芦根尚有防滑石利水过多伤阴之弊的作用；若湿邪痹阻手少阳经脉，出现耳聋、头部昏朦等清窍蒙蔽，可加佩兰、蔓荆子散湿；若脉滑而咯黄痰者，宜加川贝母、枇杷叶、瓜蒌皮助焦膜之痰排出；若恶风明显，汗出不彻，甚至有恶寒，可加桂枝、藿香、防风散风寒。潘老师指出，可直接到达上焦焦膜的常用药物有马勃、射干、郁金、淡豆豉及瓜蒌皮等，这些药物为治疗上焦焦膜病的专用药物。

5.2　湿热痹阻上焦焦膜（以湿为主）　辨证要点：咽部有持续阻塞感，喜咯却无物咯出，无吞咽障碍，咽部不痛或轻微疼痛，咽干，不喜饮水；病程较长，常反复发作，睡眠和胃口尚可，胸闷，或干呕（刷牙时明显），小便正常或偏黄；咽后壁或咽之侧面有淋巴滤泡的增生，或咽后壁充血肥厚，舌质微红，舌苔厚腻，脉滑数。治宜轻清宣透，化湿除邪。予上焦宣痹汤加味。药物组成：枇杷叶、郁金、射干、通草、淡豆豉、川贝母、山慈姑、牡蛎。上焦宣痹汤来源于《温病条辨·上焦》："太阴湿温，气分痹郁而哕者，宣痹汤主之。"该方适用于因上焦之气失于宣化，出现胸闷、呃逆等症状的相关疾病，有化湿解郁泄热、轻清宣透之功。枇杷叶质轻而润味苦，轻浮入上焦，清热降气，助肺通调水道；射干味苦性寒，化痰利咽，散水湿；郁金味苦辛性寒，活血行气，解郁透湿，其气可升可降，开上焦郁滞；通草性味甘淡，导湿热下行；淡豆豉清香性温味苦，解郁开胃以利运湿。潘老师认为，此方以湿为主的湿热郁痹上焦焦膜为病机，上焦宣痹汤之 5 药配合以开上焦之痹，加川贝母、牡蛎、山慈姑以散上焦咽部焦膜之所结有形之邪。

5.3　风寒郁热上焦焦膜　辨证要点：咽部有持续梗阻感，喜咯但无物咯出，食物下咽无障碍，轻微咽痛，咽部微红，咽干；微发热恶风，或微发热恶寒，或往来寒热、口苦、干呕、纳差；小便色黄，或咽后壁或其侧面淋巴滤泡增生，或咽后壁黏膜充血，舌质微红，舌苔薄白，脉弦略数。治宜祛风散寒，透热利咽。予小柴胡汤加味。药物组成：柴胡、黄芩、半夏、人参、生姜、大枣、甘草、郁金、桔梗、防风、羌活。小柴胡汤出自汉代张仲景《伤寒论》，《神农本草经》指出"柴胡味苦平，治寒热邪气，推陈出新"，其入少阳经，气质清轻，升发少阳之气，疏达焦膜气机；黄芩味苦，可泻焦膜郁火。潘老师认为，风寒之邪，犯表传至少阳三焦，三焦为津液运行通道，津液停聚，化为湿邪，少阳之上，火气治之，少阳相火，郁于三焦之腠理，正邪相争，则生寒热，二者为和解少阳之邪的重要药对；羌活、防风、生姜之辛配合大枣之甘，辛甘发散为阳，以助柴胡升散阳气，风寒自除；人参、甘草、大枣益气扶正，顾护正气，正气复，邪自除；半夏降逆和中，针对少阳之呕吐不欲饮食，生姜助半夏降逆止呕；桔梗载药上行，散结滞，消肿硬，化凝郁，疗咽痛，还可下冲逆[9]；郁金、射干为上焦焦膜之要药，化湿解郁

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

利咽,祛除咽部持续异物感。此方透表清里,祛风散寒化湿,透热利咽理气,使焦膜开达,上焦通利,喉痹自然缓解。

6 结 语

喉痹之病所在上焦焦膜,以焦膜出现阻塞不畅为病机,潘老师从焦膜及六经皆有表证理论出发,多年临床观察认为,风湿热痹阻上焦焦膜的表证居多,可分为风热为主、湿为主 2 种证型,其次为风寒郁热上焦焦膜,分别采用银翘马勃散、上焦宣痹汤及小柴胡汤为主方,重在疏通少阳之上焦焦膜,治宜辛凉开宣,透营化湿。潘老师认为,除辨证用药外,护理亦很重要,本病证病因多为风、湿、热邪,慎用性偏温燥之药,服之可助热化火,加重病情; 禁滋阴养阴药物治疗; 发热时忌用冷敷、湿敷; 禁忌电烙、激光、冷冻等方法,否则转变成更为顽固的“湿痰郁热,痹阻胸咽”; 避免过度用嗓,以使咽部得到休息; 饮食忌辛辣及肥腻食物,忌食性热之物,忌酒,忌食过多牛奶及水果。

参考文献

[1] 姚荷生,姚梅龄,姚芷龄. 三焦焦膜病辨治 [J]. 江西中医学院学报,2007,19(4):1-5.

[2] Petros C Benias,Rebecca G Wells,Bridget Sackey-Aboagye,et al. Structure and Distribution of an Unrecognized Interstitium in Human Tissues [J]. Sci Rep,2018,8(1):4947.

[3] 姚荷生,姚梅龄,姚芷龄. 三焦辨证—焦膜病辨治 [J]. 江西中医药,2009,40(1):5-9.

[4] 孙寅翔,张光荣. 基于姚梅龄教授病例分析的少阳病表里论治 [J]. 时珍国医国药,2017,28(9):2260-2262.

[5] 王剑歌,李岩,李瑞超,等. 咽喉病位属少阳刍议 [J]. 四川中医,2014,32(4):39-41.

[6] 熊大经,刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学 [M]. 沈阳: 辽宁大学出版社,2012: 149.

[7] 王东方,陈国丰,干祖望. 喉痹病名考证 [J]. 辽宁中医杂志,1997,24(10):441-442.

[8] 刘舟,张卫华,陈钢. 论腠理与三焦的关系 [J]. 四川中医,2011,29(12):48-50.

[9] 高向军. 桔梗汤用药临证分析 [J]. 实用医技杂志,2020,27(3):369-370.

(收稿日期: 2020-06-16)

(本文编辑: 习 沙)

(上接 1612 页)

[3] 静进. 儿童注意缺陷多动障碍诊疗进展 [J]. 实用儿科临床杂志,2012, 27(12): 965-970.

[4] 宋春兰,夏晓玲. 儿童注意缺陷多动障碍的研究进展 [J]. 中国实用神经疾病杂志,2010,13(5):90-92.

[5] 赵日双. 儿童注意缺陷多动障碍致病因素及治疗研究进展 [J]. 中国儿童保健杂志,2013,21(6):620-622.

[6] 韩新民,马融,雷爽,等. 中医儿科临床诊疗指南: 儿童多动症(修订) [J]. 中医儿科杂志,2017,13(5):1-6.

[7] 师翠云. 小儿多动症的致病因素及治疗探讨 [J]. 临床合理用药杂志,2012,5(20):127-128.

[8] 武峻艳,王杰,张俊龙. 从督脉的循行和作用谈“脑为元神之府” [J]. 中医杂志,2015,56(8):636-639.

[9] 郑金龙,吴永明,舒斯云,等. 人脑顶叶在空间记忆认知功能中的作用 [J]. 天津医药,2008,36(2):81-83.

[10] 李滋平. 针刺百会、神庭穴为主治疗失眠症 110 例临床观察 [J]. 针灸临床杂志,2006,22(9):38-39.

[11] 王丹,苏文. 头针疗法为主治疗抽动-秽语综合征的临床研究概况 [J]. 湖北中医杂志,2017,39(12):51-54.

[12] 赵玉敏. 小儿多动症中医分型论治的临床效果分析 [J]. 实用医技杂志,2017,24(11):1251-1252.

[13] 针刺加梅花针叩刺治疗抽动秽语综合征 [J]. 中华全科医学,2009,7(12):1331-1332.

[14] 刘敏. 耳穴按压治疗儿童多动症 40 例临床观察 [J]. 浙江中医杂志,2007,42(9):533.

[15] 杜杨,刘淑华,郭海燕,等. 综合治疗儿童多动症的临床疗效分析 [J]. 中国医药指南,2016,14(34):97-98.

[16] 潘陇霞,雒成林.《针灸甲乙经》针刺“治神”理论的临床运用探析 [J]. 中华中医药杂志,2020,35(3):1399-1401.

(收稿日期: 2020-06-06)

(本文编辑: 石 康)

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net