

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2021.24.006

梅核气诊断标准的应用现状分析与思考

梁永辉^{1,2}, 李灿东¹✉, 靖媛¹, 王章林¹, 林雪娟¹, 王洋¹, 高碧珍¹

1. 福建中医药大学中医证研究基地, 福建省福州市闽侯上街邱阳路1号, 350122; 2. 福建中医药大学附属第三人民医院

[摘要] **目的** 调查当前梅核气诊断标准的应用现状, 分析梅核气诊断标准的演变与制定思路, 为梅核气的诊断标准制定及相关研究提供依据。**方法** 检索1981年1月1日至2020年12月31日国内发表的引用梅核气诊断标准的临床研究文献, 归纳诊断标准的名称、制定时间、组织(制定者)、内容及被引频次, 分析各梅核气诊断标准的异同点。**结果** 共检索出临床研究文献60篇, 得到梅核气中医诊断标准11个, 其中2个为“郁证”诊断标准; 9篇临床研究文献同时设置了西医诊断标准, 其中1篇参考“瘰疬症”诊断标准, 8篇参考“咽异感症”诊断标准。各诊断标准在梅核气症状方面认识较为一致, 但在体征描述方面存在差异。现有梅核气诊断标准存在临床实用性差, 与梅核气现代研究结果不符等问题。**结论** 当前梅核气诊断缺乏统一的标准, 通过梅核气理论溯源及现代研究明确该病的内涵及外延, 在局部体征描述形成共识, 逐步完善诊断标准的框架及内涵, 是梅核气诊断统一标准的关键。

[关键词] 梅核气; 诊断标准; 咽异感症; 非器质病变

梅核气是以咽中异物感如梅核梗阻, 咯之不出, 咽之不下, 时发时止为主要特征的疾病, 属中医临床常见病。中医药治疗梅核气的历史由来已久, 早在《素问·咳论篇》已有“喉中介介如梗”症状的记载。1960年第一版中医学院适用教材《中医喉科学讲义》^[1]首次将“梅核气”作为一个单独疾病正式纳入教材。由于咽喉结构深在, 不易窥视, 故而长期以来梅核气主要以症状为诊断依据。近年来, 随着疾病谱的丰富及内镜检查的普及, 梅核气诊断在以症诊病的基础上, 增加了对体征的描述, 但至今没有统一的认识和标准^[2]。因此, 本文通过分析目前梅核气诊断标准的应用现状, 探讨梅核气诊断标准的演变与制定思路, 分析其中的不足, 为梅核气的诊断标准制定及局部辨证应用研究提供依据。

1 文献检索与资料提取

1.1 文献检索

计算机检索中国知网(CNKI)、万方数据库、维普数据库, 文献发表时间限定为1981年1月1日到2020年12月31日; 采取主题词和自由词相结合

的检索方式, 根据具体的数据库调整检索策略。检索词: 1) “梅核气”; 2) “诊断标准” OR “诊断要点”。检索方式: 1) AND 2)。

手工查阅涉及梅核气诊断标准的教材、行业标准等专著。

1.2 文献纳入标准

1) 梅核气相关临床研究文献; 2) 明确标识了梅核气诊断标准; 3) 所参考梅核气诊断标准为完整的、公开发表的临床实践指南、诊疗规范、专家共识及教材; 4) 诊断标准正确引用了参考文献; 5) 若所参考的梅核气诊断标准进行过修订, 明确注释了修订时间及修订组织(或制定人)。

1.3 文献排除标准

1) 诊断标准不完整、不确切, 或仅提及证型诊断标准的文献; 2) 重复发表的文献纳入最先发表的一篇, 其余排除; 3) 标准解读、个案、评述、综述等文献; 4) 制定者为单一个人及单位, 制定后未通过权威主体进行发布, 或未经正规出版单位发表的相关标准。

1.4 资料提取

制定统一的文献信息采集表, 由两位研究者独立阅读文献后提取数据, 对提取结果进行交叉核

✉ 通讯作者: fjzylcd@126.com

对,若意见结果不一致,通过讨论或交由第三位研究员协商解决。

提取内容主要包括诊断标准的名称、制定人/组织、制定时间及内容等;将获得的梅核气诊断标准与对诊断标准发表的源文献进行对比,总结分析各个梅核气诊断标准的异同点;对纳入文献在CNKI中进行二次检索,检索日期截至2021年5月1日。得到引用相应诊断标准所发表文献的被引频次。采用WPS(10.1.0.7565)表格建立数据库,录入数据并对其进行管理和分析。

2 结果

2.1 梅核气各中医诊断标准的归纳总结

根据检索策略,共检索到相关文献108篇,其中学术期刊论文96篇,学位论文6篇,会议论文6篇。进一步阅读全文,剔除文献48篇,其中重复发表文献5篇,理论研究2篇,个案报告1篇,诊断标准参考文献不准确39篇,1篇描述为“患者均符合《仁斋直指方》中关于梅核气的诊断标准”,予以剔除。最终纳入文献60篇(扫描本文二维码获取文献清单)包括学位论文4篇、会议论文3篇、期刊论文53篇。共得到相关梅核气中医诊断标准11个,详见表1^[3-13]。

2.2 各梅核气中医诊断标准异同点比较

11个梅核气诊断标准在症状表现及影响因素方面描述较为一致:1)咽部异物堵塞感,吐之不出,咽之不下;2)发病与情志密切相关;3)空咽时症状明显,进食时反而消失,不碍饮食。其不同点主要体现在对体征的描述:1)1986年《实用中医内科学》^[4]、2003年《中医内科学》^[7]将梅核气纳入郁证范畴,描述为“各系统检查和实验室检查正常,除外器质性疾病”,引用相应诊断标准所发表文献的总被引频次为21次。2)1985年^[3]、2003年^[8]、2007年^[9]、2008年^[10]、2012年《中医耳鼻咽喉科学》^[11-12]体征描述为“咽喉各部所见正常”,论文引用总频次为32次。3)1994年^[5]、2001年《中医耳鼻咽喉口腔科学》^[6]₅₈₃₋₅₉₆及2012年行业标准^[13],描述为“对咽喉、食道及其他有关器官检查,均无器质性病变”,论文引用总频次为170次。

2.3 梅核气各西医诊断标准的归纳总结

最终纳入的60篇文献中,9篇(15%)亦参考了西医诊断标准,其中学位论文1篇,会议论文2篇,期刊论文6篇,共涉及5种西医诊断标准。2017年1篇学位论文^[14]在梅核气的诊断中,西医

诊断标准参考“瘰疬症”,其余均参考西医疾病“咽异感症”诊断标准,详见表2^[15-19]。

2.4 梅核气参考西医疾病诊断标准异同点归纳

梅核气参考各西医诊断标准在症状方面认识较为一致,分歧主要集中在对疾病内涵及体征的描述。1997年版《实用耳鼻咽喉科学》^[15]、2008年版《实用耳鼻咽喉头颈外科学》^[17]“咽异感症”诊断标准中描述“需排除隐蔽在咽部、颈部、上呼吸道、上消化道等部位的器质性病变后,方可诊断为咽异感症”,引用相应诊断标准所发表文献的总被引频次为8次。2004年版^[16]、2010年版^[19]《耳鼻咽喉头颈外科学》“咽异感症”诊断标准中描述认为本证实为一症状,为局部或全身疾病的症状表现之一,而非一独立疾病,对病史、症状、检查的全部资料进行综合分析后方可作出诊断,引用相应诊断标准所发表文献的总被引频次为12次。在诊断中要注意区分器质性病变和功能性(精神性)因素,注意区分全身性因素和局部因素。2008年《罗马Ⅲ功能性胃肠病》“瘰疬症”诊断标准描述为“无胃食管反流导致该症状的证据;无吞咽困难或吞咽疼痛;无组织病理学依据的食管动力障碍;诊断前症状出现至少6个月,近3个月符合以上诊断标准”^[18],未检索到引用相应诊断标准所发表的文獻。

3 梅核气诊断标准应用现状分析

3.1 梅核气诊断标准引用存在不严谨现象

根据本研究所设定的检索策略,最初检索到文献108篇,将各文献所引用诊断标准与诊断标准源文献进行对比,发现诊断标准引用不准确的文献有39篇(36.11%),说明部分临床研究引用诊断标准时缺乏对源文献的认真阅读。如有14篇论文提出参考了1991年中华全国中医耳鼻喉科学会杭州会议《中医耳鼻咽喉口腔疾病诊断和疗效标准(讨论稿)(一)》^[20](也有称《中医耳鼻喉科部分疾病诊断疗效标准》《中医耳鼻咽喉口腔疾病诊断和疗效标准》)的梅核气诊断标准,这14篇论文在CNKI中又被引用了44次。但在讨论稿原稿^[20]及《中医耳鼻咽喉口腔科学》附录所收录的“中国中医耳鼻咽喉科学会1991年杭州会议修订《中医耳鼻咽喉口腔疾病诊断和疗效标准》”^[6]₁₀₉₃₋₁₁₀₉所列的25个疾病中,均未发现“梅核气”一病。

3.2 梅核气诊断标准的演变及分歧

宋代杨士瀛《仁斋直指方》曰:“梅核气者,

表1 纳入60篇文献所引用的梅核气中医诊断标准总结

出版或发表年份	文献名称	著者	诊断标准内容	被引用为诊断要点的论文篇数	引用相应诊断标准所发表文献的被引频次
1985年	中医耳鼻喉科学 ^[3]	王德鉴, 干祖望	1) 症状: 以咽内异物感为主要症状, 但不碍饮食, 症状的轻重与情志的变化有关。2) 检查: 咽内无异常表现。	1	0
1986年	实用中医内科学 ^[4]	方药中, 邓铁涛, 李克光, 等	1) 以忧郁不畅, 情绪不宁, 胸胁胀满疼痛, 或咽中如有炙脔, 咯之不出, 咽之不下为主症。多发于青中年女性。2) 病史: 患者大多数有忧愁、焦虑、悲哀、恐惧、愤懑等情志内伤的病史。并且郁病病情的反复常与情志因素密切相关。3) 各系统检查和实验室检查正常, 除外器质性疾病。	1	7
1994年	中医病证诊断疗效标准 ^[5]	国家中医药管理局	1) 以咽中似有梅核或炙脔, 或其他异物梗塞感, 并随情志波动而发作为主要症状。2) 一般见于成人, 多见于女性。3) 对咽喉、食道及其他有关器官检查, 均无器质性病变。	39	162
2001年	中医耳鼻咽喉口腔科学 ^[6]	王永钦	1) 多有精神或情志不畅病史。2) 咽部异物堵塞感, 吐之不出, 咽之不下。3) 空咽时症状明显, 进食时反而消失, 不碍饮食。4) 食管、咽喉、颈部及其周围组织详查无器质性病变。	1	2
2003年	中医内科学 ^[7]	周仲瑛	1) 以忧郁不畅, 情绪不宁, 胸胁胀满疼痛, 或易怒易哭, 或咽中如有炙脔, 咯之不出, 咽之不下为主症。多发于青中年女性。2) 病史: 患者大多数有忧愁、焦虑、悲哀、恐惧、愤懑等情志内伤的病史。郁病病情的反复常与情志因素密切相关。3) 各系统检查和实验室检查正常, 除外器质性疾病。	2	14
2003年	中医耳鼻咽喉科学 ^[8]	王士贞	1) 临床症状: 以咽部异物阻塞感为主要症状。其状或如梅核, 或如炙脔, 或如贴棉絮, 或如虫扰, 或如丝如发, 或如痰阻, 或如球如气, 咯之不出, 咽之不下, 不痛不痒, 不碍饮食及呼吸, 多于情志不舒、心情郁闷时症状加重。2) 检查: 咽喉各部所见正常, 纤维喉镜及食道钡餐或食道镜检查亦无异常表现。	3	10
2007年	中医耳鼻咽喉科学 ^[9]	王士贞	同2003年版 ^[8]	7	19
2008年	中医耳鼻咽喉科学 ^[10]	熊大经	1) 病史: 可有情志波动或精神创伤病史。2) 临床症状: 以咽部异物阻塞感为主要症状。其状或如梅核, 或如炙脔, 或如贴棉絮, 或如痰阻, 咯之不出, 咽之不下, 不碍饮食及呼吸, 多在情志不舒、心情郁闷时症状加重。3) 局部检查: 咽喉部黏膜无充血、肿胀, 无异物及新生物, 吞咽及发音活动无障碍。	1	1
2012年	中医耳鼻咽喉科学 ^[11]	阮岩	1) 症状: 咽部异物感、阻塞感, 状如梅核、炙脔, 咯之不出, 咽之不下, 但不碍饮食, 无碍呼吸; 其症状轻重多与情志有关, 情志不畅时加重。2) 检查: 咽部无异常。	2	0
2012年	中医耳鼻咽喉科学 ^[12]	熊大经, 刘蓬	1) 临床症状: 以咽部异物阻塞感为主要症状, 其状或如梅核, 或如炙脔, 或如贴棉絮, 或如痰阻, 或如球如气, 咯之不出, 咽之不下, 不痛不痒, 不碍饮食及呼吸。多于情志不舒、心情郁闷时症状加重。2) 检查: 咽喉各部所见正常, 纤维喉镜及食道钡餐或食道镜检查亦无异常表现。	1	2
2012年	中医病证诊断疗效标准 ^[13]	国家中医药管理局	1) 以咽中似有梅核或炙脔, 或其他异物梗塞感, 并随情志波动而发作为主要症状。2) 一般见于成人, 多见于女性。3) 对咽喉、食道及其他有关器官检查, 均无器质性病变。	1	6

窒碍于咽喉之间, 咯之不出, 咽之不下, 如梅核之状者是也。”从古文献到1960年《中医喉科学讲义》第一次将“梅核气”作为一个单独疾病正式纳入中医学教材^[1], 梅核气只有以描述症状为主的定义诠释, 尚无诊断标准的形式出现。由于症状并不能高度概括疾病的变化规律及特点, 单纯“以症诊病”可能会导致中医症、病概念的混淆以及疾病本

质再探索的缺失^[21], 缺乏鉴别方案, 难以起到诊断标准的作用。

近年随着内窥镜临床应用的普及以及疾病谱的丰富, 在“以症诊病”的基础上, 梅核气的诊断标准中增加了对局部体征的描述以及疾病范畴归属的探索, 但各诊断标准演变的分歧也主要集中在这部分: 1) “咽喉、食道及其他有关器官检查均无器质

表2 纳入60篇文献所引用的梅核气西医诊断标准总结

出版或发表年份	文献名称	著者	诊断标准	被引用为诊断要点的论文及篇数	引用相应诊断标准所发表文献的被引频次
1997年	实用耳鼻咽喉科学 ^[15]	樊忠, 王天铎	咽异感症: 根据病史、症状、检查的全部资料仔细加以分析, 排除隐藏在咽部、颈部、上呼吸道、上消化道等部位的器质性病变后, 方可诊断为咽异感症。	3	6
2004年	耳鼻咽喉头颈外科学 ^[16]	田勇泉	咽异感症: 对病史、症状、检查的全部资料进行综合分析后方可作出诊断。诊断中注意区分器质性因素和功能性因素; 区分全身性因素和局部因素。	2	10
2008年	实用耳鼻咽喉头颈外科学 ^[17]	黄选兆, 汪吉宝, 孔维佳	咽异感症: 凡表现症状与体征不符者, 应仔细检查鼻咽、口咽、咽喉有无黏膜充血、肿胀、增生、干燥、萎缩、瘢痕等, 有无颈部淋巴结及甲状腺肿大。对邻近器官, 可应用颈部B超、X线食管钡餐透视或摄片、颈椎摄片等检查, 排除器质性病变后方可诊断为咽异感症。	1	2
2008年	罗马Ⅲ功能性胃肠病 ^[18]	Drossman DA	癔球症: 1) 持续性或间断性的、非疼痛性的咽喉部哽咽感或异物感; 2) 感觉在餐间出现; 3) 无胃食管反流导致该症状的证据; 4) 无吞咽困难或吞咽疼痛; 5) 无组织病理学依据的食管动力障碍。诊断前症状出现至少6个月, 近3个月符合以上诊断标准。	1	0
2010年	耳鼻咽喉头颈外科学 ^[19]	孔维佳	咽异感症: 对病史、症状、检查的全部资料进行综合分析后方可作出诊断。在诊断中要注意以下几点: 1) 注意区分器质性病变和功能性因素, 只有排除了咽部、颈部、上呼吸道、上消化道等部位的隐蔽性病变后, 始可诊断为功能性感觉异常。2) 注意区分全身性因素和局部因素, 许多全身性疾病(如某些急性慢性传染病、血液系统疾病和内分泌系统疾病等) 常常表现有咽部症状。	2	2

性病变”, 这是迄今为止引用最为广泛的论述^[5-6,13]。2) “咽喉各部所见正常”, 或伴“纤维喉镜及食道钡餐或食道镜检查亦无异常表现”^[3,8-12]。3) 纳入“郁证”^[4,7]。4) 按照西医疾病“咽异感症”的诊断标准^[16-19]。这些演变是对梅核气诊断体系的发展, 在一定程度上推动了临床对梅核气疾病内涵及外延的探索, 弥补了单纯“以症诊病”的弊端。

3.3 现有梅核气诊断标准与其现代研究认识不符

“器质性病变”为现代医学名词。马文元主编的《护理学辞典》提出“目前认为在电镜下有改变的才可称为器质性病变”^{[22]508}, “一般说来凡是在光镜下无异常即无病理解剖变化者而仅有功能方面异常的称非器质性病变”^{[22]136}。龚树生主编的《耳鼻咽喉头颈外科学》在“咽异感症”章节对器质性病变和非器质性病变两种病因进行了详细的列举: 1) 器质性病变: 咽部疾病、邻近器官疾病、神经肌肉痉挛性疾病、咽肿瘤、喉癌、食管癌、贲门癌早期。阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征、全身性疾病。2) 非器质性疾病: 主要由精神因素引起, 如咽部神经症, 癔症、焦虑状态、精神分裂症、恐癌症等^[23]。

行业标准中梅核气诊断需排除器质性病变, 势必将梅核气纳入非器质性病变的神志疾病范畴, 即“郁证”。《中医耳鼻喉科学》^[3]、《中医耳鼻咽喉科学》教材^[8-12]延续梅核气体征“咽喉各部所见正常”, 或伴“纤维喉镜及食道钡餐或食道镜检查亦无异常表现”的描述, 虽然和“除外器质性病变”存在字面上的差异, 但达到严格的“所见正常”标准, 仍需要排除前述“器质性病变”。综上, 当前梅核气中医诊断标准均有将梅核气纳入“无器质性病变”的单纯情志疾病范畴的倾向。

《金匱要略·妇人杂病脉证并治》中有述“妇人咽中如有炙脔, 半夏厚朴汤主之”。现代学者通过对梅核气经典代表方剂半夏厚朴汤理法方药进行研究, 认为梅核气与现代医学的“咽喉反流”密切相关^[24], 也有学者提出“中医梅核气的实质是胃食管反流病在食管外咽部异物感症状的体现”^[25]。咽喉反流在基于喉镜检查的反流体征量表(RFS)中可有阳性表现, 如假声带沟、喉室消失、红斑/充血、声带水肿、弥漫性喉水肿、后联合增生、肉芽肿、喉内黏稠黏液附着等^[26]。基于以上理论, 我们前期研究借鉴反流体征量表指标直接对梅核气电子喉镜咽喉征象进行阳性体征采集, 发现梅核气不

同中医证型咽喉部可表现出不同程度的阳性体征,其中痰气互结证梅核气与咽喉反流关系密切^[27]。《护理学辞典》在“无器质性病变”定义中解释:随着检查手段的改进,许多目前认为无器质性病变者,将来有可能发现有器质性病变^{[22]508}。综合现代研究成果可发现,梅核气是非器质性病变、器质性病变共存的一类疾病。所以,将梅核气体征描述为“所见正常”“无异常”“除外器质性病变”,或者单纯纳入“郁证”,均失之偏颇。

3.4 目前教材诊断标准与临床实际矛盾

随着电子喉镜光学数字技术的利用,高清晰度画质使咽喉细微的异常都能清晰可见,故除了婴儿,现实临床中无论患者还是健康人,咽喉部能达到严格意义的“所见正常”或“无器质性病变”者寥寥无几,这势必减弱了诊断标准的实用价值。既往《中医耳鼻喉科学》^[3]、《中医耳鼻咽喉科学》教材^[8-12]将梅核气咽喉部描述为“所见正常”,不能排除受到了早期喉镜清晰度欠佳的影响。

2016 年刘蓬主编的《中医耳鼻咽喉科学》中梅核气诊断要点将咽喉及食道检查描述由既往教材的“所见正常”“无异常”修改为“无明显异常”^[28],具有一定的现实意义,但“无明显异常”如何界定,这些“不明显的异常”对梅核气诊断及辨证有何意义,教材未予详细分析。另外,此教材进一步叙述“进行梅核气的诊断前,应对咽喉及食道进行详细检查,排除喉痹、乳蛾、咽喉及食道肿瘤等器质性疾病”,实质上仍将梅核气定义为非器质性疾病。

3.5 梅核气直接将西医疾病诊断标准作为西医诊断标准

最终纳入文献 60 篇中,9 篇兼有参考西医疾病“咽异感症”或“咽异感症(癔球症)”诊断标准。西医教材在“咽异感症”病因部分均阐明“器质性病变”和“非器质性病变”都可导致“咽异感症”^[15-17,19],这在一定程度上也间接反映了器质性、非器质性病变均可导致梅核气,但在诊断标准部分仍存在分歧,如:1) 咽异感症实为一症状,而非一独立疾病,在诊断中只需区分器质性病变和功能性(精神性)因素,全身性因素和局部因素,指导在治疗中针对病因进行治疗^[16,19]。这是梅核气参照咽异感症诊断标准引用频次最多的类型。如果完全照搬此诊断,将所有引起“咽异感症”症状的疾病均纳入梅核气体系,同样会造成中医病症混淆,疾病体系混乱。如食管型颈椎病、冠心病均可表现为“咽部异物

感”,但根据“治病求本”原则,临床诊治应归于“项肩痛”及“胸痹”。2) “咽异感症”诊断“需排除隐蔽在咽部、颈部、上呼吸道、上消化道等部位的器质性病变后,方可诊断为咽异感症”^[15,17]。3) 2012 年《梅核气(咽异感症)中医临床路径》^[29]直接参考了 2008 年《罗马Ⅲ功能性胃肠病》中癔球症诊断标准。排除器质性病变的“咽异感症”与咽异感症中的非器质性病变“癔球症”均将梅核气限定为情志病变。《中医耳鼻咽喉科学》^[28]梅核气定义部分虽称:“西医学的咽部神经官能症或癔球症可参考本病进行辨证施治”,但诊断直接参照“咽部神经官能症或癔球症”等西医疾病的诊断标准,值得商榷。

4 制定梅核气诊断标准的思考

当前梅核气诊断标准众多,无论是中医诊断或参考西医疾病的诊断,均存在争议点,尚无完整、统一、公认的标准。这要求我们对制定梅核气诊断标准的思路进行思考。

4.1 制定人/组织构成

当前梅核气主要被《中医耳鼻咽喉科学》《中医内科学》教材纳入。为统一认识,梅核气诊断标准的制定需要中医耳鼻喉科学、中医内科学(脾胃病、脑病)、中医诊断学、电子内镜检查操作人员等多学科、多领域的专家和代表共同参与,统一规划,科学设计,整体完成,以增加标准的普适性、权威性和科学性。

4.2 制定策略

由于当前梅核气疾病的内涵及外延尚未完全明确,诊断标准的制定应分两步进行:1) 制定诊断标准框架;2) 丰富诊断标准内涵。

4.2.1 制定诊断标准框架 梅核气诊断标准框架首先需要摒弃“梅核气实为一症状,为局部或全身疾病的症状表现之一,而非一独立疾病”的论点,在此前提下,采用包容态度将梅核气疾病的传统认识、现代研究及喉镜诊断技术整合到框架中,相对“模糊化”地定性梅核气。

当前梅核气诊断标准框架制定仍需从症状、影响因素、体征三方面入手,由于症状及影响因素已形成共识,梅核气咽喉局部体征表现形成统一描述成为构建诊断标准框架的关键。通过文献梳理及代表方剂现代研究分析发现,梅核气是一种非器质性病变、器质性病变共存的独立疾病,与情志因素密切相关,疾病发展过程可能存在“咽喉反流”因

素。在此基础上,咽喉局部体征应避免狭义的“排除器质性病变”或者“咽喉所见正常”,应选择兼顾非器质性病变、器质性病变,并表现中医临证特点的描述。

有学者认为,器质性疾病应指任何原因引起的机体某一器官或某一组织系统发生了疾病,而造成该器官或组织系统永久性的损害^[30]。本课题组基于时间之矢视角对中医学病势进行了研究,认为中医药对疾病的认识及治则、治法的设立是以疾病的可逆性作为理论起点及理论模型的^[31]。所以,本课题组提出将梅核气诊断标准的体征描述修改为“排除咽喉部不可逆病变”或“排除咽喉部永久性的损害”的框架意见,“可逆”则“疾可为也”,这符合中医遣方用药的前提条件,有利于节约医疗资源及精准诊疗。但咽喉部不可逆病变的定义及范畴仍需要进一步探讨及临床验证。

4.2.2 诊断标准内涵建设 中医整体观念重视人体局部病变与整体性病理反应的统一性,通过观察形体、官窍、舌脉等来推测内部的病理变化^[32]。咽喉是官窍,同时作为梅核气主要发病部位,咽喉局部信息的采集及中医内涵分析,对梅核气疾病诊断以及辨证的意义重大。探究梅核气在咽喉的具体病位,筛选、量化观察指标,然后采集、提取诊断标准框架内梅核气患者咽喉部局部征象,分析征象与疾病诊断及中医辨证的相关性,可作为下一步梅核气诊断标准指标筛选及量化的依据。

5 总结与展望

规范、统一的诊断标准有利于指导医疗实践、提高诊疗水平,进而引导中医药有序发展,促进中医药的科学化和国际化。梅核气当前诊断仍无统一认识,且各标准存在争议,为梅核气基础及临床研究带来不便。不断完善梅核气诊断标准,更新临床诊疗体系,需要基于梅核气理论溯源及现代临床研究明确疾病的内涵及外延,在局部体征描述形成共识,逐步完善诊断标准的框架及内涵。本课题组针对诊断标准框架提出以下设想:1)症状:以咽内异物感为主要症状,不影响进食、呼吸,症状的轻重与情志变化有关。2)检查:排除咽喉部不可逆病变。由于梅核气理论的复杂性,此设想具体内涵在今后的研究中仍需进一步讨论,更全面、深入的标准制定方法还有待继续探索。

致谢

感谢中华中医药学会耳鼻咽喉科分会副主任委员兼秘

书长、南京中医药大学严道南教授提供 1991 年中华全国中医耳鼻喉科学会杭州会议《中医耳鼻咽喉口齿科疾病诊断和疗效标准》讨论稿原稿,感谢河南中医药大学申琪教授对论文思路的指导。

参考文献

- [1]广州中医学院喉科教研组. 中医喉科学讲义[M]. 北京:人民卫生出版社,1960:38.
- [2]周家璇,王浩,陈晓宇,等. 中医对梅核气的认识、治疗思路和研究现状[J]. 中国医药科学,2012,2(22):25-27.
- [3]王德鉴,干祖望. 中医耳鼻喉科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1985:85-86.
- [4]方药中,邓铁涛,李克光,等. 实用中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1986:433.
- [5]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:115.
- [6]王永钦. 中医耳鼻咽喉口腔科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001.
- [7]周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2003:392.
- [8]王士贞. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2003:187-191.
- [9]王士贞. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社,2007:182.
- [10]熊大经. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2008:176.
- [11]阮岩. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:175.
- [12]熊大经,刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:184-186.
- [13]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京:中国医药科技出版社,2012:115.
- [14]周晔. 疏降和胃Ⅱ号方治疗肝胃不和、气郁痰阻型梅核气(瘰疬症)的临床研究[D]. 福州:福建中医药大学,2017.
- [15]樊忠,王天铎. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,1997:474-475.
- [16]田勇泉. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 6版. 北京:人民卫生出版社,2004:69.
- [17]黄选兆,汪吉宝,孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2008:366.
- [18]DROSSMAN DA. 罗马Ⅲ功能性胃肠病[M]. 柯美云,方秀才,译. 北京:科学出版社,2008:780.
- [19]孔维佳. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2010:373.
- [20]浙江省中医学会中医耳鼻喉科分会. 中医耳鼻咽喉口

- 齿科疾病诊断和疗效标准(讨论稿)(一)[C]. 杭州:中华全国中医耳鼻喉学术委员会, 1991:1-27.
- [21]梁永辉,李灿东,陈谦峰,等.论中医“症状性病名”的合理性[J].天津中医药,2020,37(2):162-164.
- [22]马文元,李长贵,宋洪礼.护理学辞典[M].长春:吉林科学技术出版社,1991.
- [23]龚树生,华清泉.耳鼻咽喉头颈外科学[M].2版.南京:江苏科学技术出版社,2018:285-286.
- [24]刘静.“妇人咽中如有炙脔”考析[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(8):1015,1060.
- [25]吕林,唐旭东,王风云,等.基于胃食管反流病探讨中医梅核气本质[J].中国中医基础医学杂志,2017,23(7):967-969.
- [26]李进让,Belafsky PC,张立红.中国喉科医师应用反流体征评分量表的信度研究[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2012,19(7):388-390.
- [27]梁永辉,王魁花,林津津,等.基于喉镜检查探讨梅核气喉部体征表现与中医辨证的相关性[J].中国中医药科技,2019,26(6):815-818.
- [28]刘蓬.中医耳鼻咽喉科学[M].北京:中国中医药出版社,2016:140-142.
- [29]中华中医药学会耳鼻喉科分会,世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会.梅核气(咽异感症)中医临床路径[C]//中华中医药学会耳鼻喉科分会,世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会.2012年“中华中医药学会耳鼻喉科分会第18届学术交流会暨世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会第4届学术年会”中西医结合耳鸣耳聋新进展学习班论文集.乌鲁木齐:中华中医药学会耳鼻喉科分会,世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会,2012:3.
- [30]周爱谊.何谓“器质性”“功能性”疾病[N].中国老年报,2002-07-31(003).
- [31]梁永辉,陈谦峰,夏淑洁,等.基于时间之矢视角探讨辨病势“可为与不可为”的意义[J].医学与哲学,2021,42(8):72-76.
- [32]夏淑洁,李灿东.基于整体观念的五辨论治思维探析[J].天津中医药,2020,37(2):158-161.

Analysis of the Application Status of the Diagnostic Criteria for Plum-stone *Qi* (Globus Hystericus)

LIANG Yonghui^{1,2}, LI Candong¹, JING Yuan¹, WANG Zhanglin¹, LIN Xuejuan¹, WANG Yang¹, GAO Bizhen¹

1. Research Base of Traditional Chinese Medicine Syndrome, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, 350122; 2. The Third People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT Objective To investigate the current application status of the diagnostic criteria for plum-stone *qi* (globus hystericus), and to analyze its evolution discipline and development idea, thereby providing a basis for future related researches. **Methods** Clinical researches published in China from January 1st, 1981 to December 31st, 2020, which cited the diagnostic criteria of plum-stone *qi* were included, and the data on the names, issuing time, issuing organization, contents and citation frequency of diagnostic criteria were summarized for analysis on the similarities and differences between different diagnostic criteria. **Results** A total of 60 clinical research papers were included, and 11 diagnostic criteria were obtained, of which two were the diagnostic criteria of "constraint syndrome"; nine clinical research papers also cited the diagnostic criteria of western medicine, one of which referred to the diagnostic criteria of "globus hystericus" while others referred to the diagnostic criteria of "paraesthesia pharynx". All the diagnostic criteria had the same understanding in the symptoms of plum-stone *qi*, but there were differences in the description of signs. The existing diagnostic criteria of plum-stone *qi* had certain problems, such as poor practicality and inconsistency with the modern research results. **Conclusion** At present, there is no unified criteria for the diagnosis of plum-stone *qi*. Through tracing the origin of the theory and exploring the connotation and extension of plum-stone *qi*, the consensus on the description of local signs may be obtained, and the framework and connotation of the diagnostic criteria can be gradually perfected, which is the key to unify the diagnostic standard of plum-stone *qi*.

Keywords plum-stone *qi* (globus hystericus); diagnostic criteria; pharyngeal paraesthesia; non-organic disease

(收稿日期: 2021-06-24; 修回日期: 2021-07-29)

[编辑: 焦 爽]