中醫「梅核氣」與西醫「癔球症」比較研究

A comparative study on the historical conceptualization of the “Plum-Pit Qi” and the “Globus Sensation” in Chinese and Western medicine

陳陸茵 指導老師：華何與博士 *CHEN Luk Yan, HUA Heyu*

（香港中文大學中醫學院）

（School of Chinese Medicine, The Chinese University of Hong Kong）

[摘要] 本文通過系統梳理中醫學「梅核氣」與西醫學「癔球症」在歷史認識演變中的異同，分析兩者在病名形成、病因病機理解上的發展脈絡與關鍵轉折。研究以歷代醫學典籍及現代學術成果為依據，回顧中醫學自《黃帝內經》至清朝對「梅核氣」理論體系的建構，並對照西醫學從古希臘婦科病理學說出發，歷經精神分析理論的心理學介入，至近代腦-腸軸理論的跨學科發展過程。結果表明，中醫學已建立較完整的梅核氣理論體系，而西醫學對癔球症的理解則隨科技進步而多次轉型，病理認知從婦科定位轉向心理與神經功能障礙。雖兩者病機理解存在差異，但均揭示情志失調與功能障礙之間的緊密聯繫。本研究首次系統性比較中西醫學對喉間異物感疾患的認識進程，填補現有文獻缺口，為後續探索治療策略異同及推動中西醫臨床整合提供理論依據。

[關鍵詞] 梅核氣；癔球症；比較研究；認識過程；醫學史比較；歷史認識演變；中西醫整合

中醫學「梅核氣」是因情志內傷、肝鬱脾虛、肺腎陰虛所引起的一種咽部感覺異常的形神失和類神志疾病，症狀輕重多與情志有關[1]。學界多認為「梅核氣」相當於西醫學的「癔球症」[1][2]。本文嘗試從歸納歷史不同時期中醫學對「梅核氣」的認識及西醫學對「癔球症」的認識出發，分析兩者認識過程的異同。

1 現存最早的認識

1.1 現存最早對「梅核氣」的認識

比起婦人病，《黃帝內經》對本病的認識為：「形苦志苦，病生於咽嗌，治之以百藥。」根據《重廣補注黃帝內經素問》註解，「形苦，謂修業就役也。然脩業以為就役而作，一過其用則致勞傷」，是指形體上的辛勞，例如勞役、過度操勞地研習學問。《黃帝內經》又曰：「肝者，罷極之本」、「膽者，筋其應。」肝耐受疲勞，勞役又以筋勞為主，故形苦與肝胆之勞相關。而志苦則是「結慮深思」，可以導致「榮衛乖否，氣血不順」。

志苦亦與膽勞相關。《黃帝內經》曰：「病名曰膽癉。夫肝者中之將也，取決於膽，咽為之使。此人者，數謀慮不決，故膽虛氣上溢。」又曰：「肝者，將軍之官，謀慮出焉。膽者，中正之官，決斷出焉。」根據《說文解字》，「癉，勞病也」。由此可見，此膽勞之病來自於謀慮不決。謀慮太過，導致肝氣鬱結，氣機不暢。慮而不決，失於疏泄，與膽稟少陽之氣，喜愛條達的本性相逆。與志苦者結慮深思，氣血不順的特徵相符。日久則膽虛。

因此，「形苦志苦，病生於咽嗌」所指的是，過度操勞，結慮深思而不決斷，導致膽勞成疾，膽虛而失於疏泄，循足少陽膽經上逆於咽嗌。具體表現為：「善太息，口苦，嘔宿汁，心下淡淡，恐人將捕之，嗌中吩吩然數唾。」

根據《康熙字典》，「吩」即「箇」。在《說文解字》中：「箇：竹枚也」、「枚：榦也」、「榦：築牆耑木也」、「耑：物初生之題也。上象生形，下象其根也。」因此，「吩」可以被理解為初生竹幹的根部。

根據《赤水玄珠》，「嗌即咽之低處也。」《黃帝內經》曰：「天氣通於肺，地氣通於嗌」、「喉主天氣，咽主地氣。故陽受風氣，陰受濕氣」。由此可見，咽嗌是地氣的通道，容易受濕濁所犯。天氣通於肺，為天之

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

清氣。地氣通於嗌，為水穀之濁氣，從咽嗌入胃。《黃帝內經》又曰：「清者其氣滑，濁者其氣澀，此氣之常也。」濁氣流動滯澀，若膽失疏泄，干犯胃氣，胃失和降，濁氣不降，而反上注於咽嗌，滯澀不利，患者便會感覺到咽嗌之中有物，數欲唾之，卻如竹幹扎根般堅固不移。由於病機在於氣機鬱結，膽失疏泄，膽氣上逆，故患者多數時時嘆息、感到不安與恐懼，亦可以伴有其他相關的軀體證候表現，例如口苦、反酸等。

1.2 現存最早對「癔球症」的認識

從時間發展而言，西醫學現存對本病最早的記載在古希臘時期（相當於春秋時期），比中醫學現存最早的《黃帝內經》（戰國時期）更早。

古希臘時期，西方醫學之父希波克拉底指出，癔球症是以癔症作為前提的症狀[3]。而癔症本身則作為婦人病而為人所知[4]。在更早的古埃及時期（相當於夏朝），人們認為子宮是有自主性、自由浮動的生物，癔症是子宮向上遊走所致的疾病[5]。作為治法，古人使婦人吞嚥或吸入臭物，並在陰唇放置香料，引導子宮往下行走[5]。希波克拉底以此為基礎，對癔症的病因病機進行補充，認為成年女性缺乏性生活，使子宮焦躁不安，向上遊走，導致情緒過激，以及一系列身體不適[5]，當中包括「由癔症與子宮異常所致的喉間腫塊」，即癔球症[3]。由此衍生出對子宮熏蒸消毒、在腰部纏上緊身繃帶、結婚的治法[5]。

2 清朝以前的認識

2.1 清朝以前對「梅核氣」的認識

而在中醫學理論體系中，經過歷朝歷代的發明，對本病的認識直至明朝已經臻至完善。後世典籍多以漢朝《金匱要略·婦人雜病篇》的「婦人咽中如有炙臠，半夏厚朴湯主之」作為主流觀點。根據《金匱要略新世紀一版教材》，該條文病機為痰凝氣結，導致咽中仿似有乾肉的感覺[6]。半夏厚朴湯方藥性溫，辛散鬱結，降氣化痰。茯苓利水滲濕，引痰濕下行，其餘皆為辛溫散結之品：半夏善於化痰散結，厚朴苦能降逆，生薑溫中散寒、祛濕，蘇葉芳香而宣通鬱氣，色紫入血，使氣血和，不複上浮。

建基於《金匱要略·婦人雜病篇》的認識，隋朝《諸病源候論》指出病機為「胸膈痰結，與氣相搏，逆上咽喉之間。」唐朝《備急千金要方》補充此物特點為「吐之不出，咽之不下。」南宋《婦人大全良方》補充了病因：「婦人情性執著，不能寬解，多被七氣所傷，遂致氣填胸臆，或如梅核上塞咽喉」，並在婦人群體中發現「產婦尤多此證。」可見本病乃情志影響氣機，七情之氣結聚、上逆致病。從《黃帝內經》的角度來看，「情性執著，不能寬解」，類同於結慮深思的志苦表現，導致氣機不暢，「咽中如有炙臠」即「嗌中吩吩然數唾」的喉間異物感表現。

南宋《仁齋直指方》指出異物感可以「如絮如膜，甚如梅核」，反映出疾病的輕重與轉變過程。異物感可以堅硬如梅核，也可以輕軟如棉花，視乎氣結程度。又主張「觸事勿怒，飲食勿冷」作為日常調護之法。書中亦記載「男女或有胸喉間梅核作恙者」，可見本病並非婦人獨有，只因「婦人情性執著，不能寬解，多被七氣所傷」，較男子多有情志不暢，而更常病發於婦人。

本病亦出現在《金匱要略·水氣病篇》：「病者苦水，面目身體四肢皆腫，小便不利，脈之不言水，反言胸中痛，氣上衝咽，狀如炙肉，當微痙喘。」《金匱要略新世紀一版教材》認為病機是水寒互結，陽衰陰盛，沖氣上逆，導致喉間異物感[6]。然而，金元時期以前，一直以《金匱要略·婦人雜病篇》的觀點為主流。

直至金元時期，在熱病流行的時代背景下，《丹溪心法》指出：「痰結核在咽喉中，燥不能出入，用化痰藥，加咸藥軟堅之味。栝蔞仁、杏仁、海石、桔梗、連翹，少佐朴硝，以薑汁蜜和丸，噙服之。」保留了痰結於咽嗌的觀點，認為吐之不出，咽之不下是燥熱之象。治以清熱潤燥、降氣化痰，又用鹹寒之品，軟堅散結。明朝《醫學入門》指出：「氣痰，七情郁成，咯之不出，咽之不下，形如破絮，或如梅核，四七湯。久者，換蘇子，加黃芩、山梔、海石、三仙丸、千金指迷丸。」表示本病之初可以採用《金匱要略·婦人雜病篇》的觀點，以溫藥治療，日久化熱，則採用《丹溪心法》的清熱之法。其後，本病在《赤水玄珠》中得名「梅核氣」，反映了異物堅固不移、氣無實體的特點。

在「梅核氣」正式命名後，明朝開始出現更多元化的觀點。例如，《萬病回春》提出「飲食之時，觸犯惱

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

怒」的可能。咽屬胃家，為納食之通道，以降為順。怒則氣上，水穀之氣隨之而上犯咽喉。加入消食藥治療。又例如，《痰火點雪》認為本病為大腸本虛標熱。從其使用升麻、葛根、豆豉，宣發、升提清陽之氣的治法中，可以推敲出「大腸本虛，腑氣不降而成標熱，濁氣不降，清氣不升」的診治思路。以上兩種觀點並非主流，而皆以濁氣上逆為大方向。

此外，針對思慮過多、勞碌、氣滯不通者，《痰火點雪》提倡以導引術作為日常保健養生之法，使氣血暢通，精神內固，臟腑強健，又指出在導引術之外，人們應保持清心寡慾、作息有時的生活習慣。

2.2 清朝以前對「癔球症」的認識

古羅馬時期（相當於漢朝至南北朝），解剖學的出現，使「子宮遊走」的理論被推翻，癔症被歸因到子宮疾病、更年期、流產等其他婦人生殖系統問題[5]。又指癔症常見於無性經驗的女性、寡婦，故以定期進行性行為作為治法[5]。

到了中世紀前期至中期（相當於南北朝至金元時期），疾病被賦予宗教色彩，癔症被視為「被惡魔擁有」的象徵，治法演變為祈禱、驅魔等宗教行為[5]。直至中世紀後期與文藝復興時期（相當於金元後期至明朝），獵巫活動盛行，患者被視作女巫，以法律審判、宗教懲罰的方式處置[5]。而在文藝復興後期（相當於明朝），科學主義與人道主義發展，使癔症的定位由「宗教與魔法」重新回到「自然疾病」[5]。

因此，從結果而論，西醫學在此期間對癔症，乃至於癔球症的認識並無明顯進展。惟在17世紀初（相當於明朝晚期），法國御醫Charles Lepois指出，癔症的病因是強烈的情感（passions），而非子宮或靈魂的問題[5]。患者的屍檢結果亦無發現死後子宮病理表現（postmortem uterine pathology）[5]。

3 清朝時期的認識

3.1 清朝時期對「梅核氣」的認識

因訓詁學的流行，清朝著作對梅核氣的記載多偏向於整合歷代的主流與非主流觀點，加以闡明。醫家雖已對本病達成大部份的共識，卻仍有些歷代不解的爭議。

最具爭議的，當屬本病日久會否堵塞咽喉，影響飲食、二便。北宋《太平聖惠方》將「咽中如有炙臠」獨立於其他「噎塞不下食」、「津液難嚥，發渴疼痛」等證候條文，認為此病不影響飲食、不疼痛。清朝《馮氏錦囊秘錄》亦認為本病不因有形之物、胃腸病變所致，不會影響進食、二便。而北宋《聖濟總錄》、明朝《外科正宗》、清朝《喉科心法》卻認為梅核氣會導致咽喉噎塞不通，清朝《彤園醫書》更認為會導致二便秘結。

其次，是本病有否涉及外邪入侵。北宋《太平聖惠方》提出「內有肺脾壅滯，外有風熱之邪，兩者相搏，壅塞經絡，上攻咽喉」的可能，觀點亦為清朝《重樓玉鑰續編》、《金匱方歌括》所錄。然而，清朝《馮氏錦囊秘錄》則認為本病不因外邪所致，亦不應有寒熱等表證。

3.2 清朝時期對「癔球症」的認識

直至17世紀，相當於清朝，本病正式得名「癔球症」（globus hystericus）[3]。西醫學對癔症，乃至於癔球症的認識開始迅速發展，並產生了不少分歧。

英國醫學之父Thomas Sydenham保留了Charles Lepois提出的「情感」觀點，加以闡發，認為癔症的病因是突然、劇烈的情緒，包括憤怒、恐懼、悲傷，而女性則由於神經系統脆弱而天生容易得病[5]。然而，在癔球症的定義上，則保留了古希臘時期流傳下來的「婦人病」觀點，認為「由於子宮窒息，導致內臟向上移動至喉間」[3]。其他醫生亦開始在婦科角度以外提出不同觀點，例如：「頸部肌肉壓迫甲狀軟骨」、「食道逆行運動」等等[3]。

然而，在18世紀末，有精神科學者認為，癔症是由於性放縱，使女性生殖器血液膨脹所致[5]。因此，19世紀的理論主要圍繞婦科與精神科發展。德國著作《精神病理學和治療學》將癔症定義為一連串非常消極的性格特徵，包括：衝動、情緒化、性慾亢進等等，而非生理症狀[5]。婦科醫生則認為癔症是子宮、陰道和卵巢的局部病變，以及月經、分娩等生殖生理缺陷，從子宮的神經叢傳遍全身所致[5]。治療方法包括：沖洗生殖器官、陰蒂燒灼術、雙側卵巢切除術等等[5]。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

直至19世紀後期，法國臨床神經學家Jean-Martin Charcot駁斥了以上理論，認為癔症是中樞神經系統功能障礙，由遺傳性神經退化傾向和環境因素（例如：身體或情緒衝擊）共同造成的神經病變，導致一系列以感官異常為特點的癔症症狀[5]。但由於是體質性、退化性病變，所以對治療不抱有希望，認為無法治癒[5]。踏入20世紀，耳鼻喉科學者Gustav Killian又提出食道上括約肌痙攣導致癔球症的可能[3]。然而，受科技發展所限，不同科別假設的器質性病變皆無法證實，學者開始從心理學的角度研究癔症症狀[5]。

20世紀上半葉，人們對癔症症狀的認識以精神分析學為主導[5]。精神分析學由弗洛伊德所創，以癔症理論為首，研究症狀形成的心理活動機制[5]。他認為癔症是具有類軀體症狀（quasi-physical symptoms）的心理疾病，源於心理防衛機制對於創傷記憶的壓抑（repression）[5]。這些創傷記憶與性相關，但其意義在於心理層面上的情慾（psychosexuality），而非生殖生物學意義上的「性」[5]。由於無法有意識地表達這些記憶，負面情緒會在無意識之中透過軀體表現出來，成為癔症症狀[5]。因此，作為癔症症狀，癔球症具有象徵意義，是身體以無意識的方式，表達被壓抑的本能衝動[5]。他又列舉了男性患者的病例，證明癔症是創傷經歷所致的精神疾病，而非婦人病[4]。

在治法方面，弗洛伊德從他人的治療經驗中，得知患者在準催眠狀態下，能將癔症症狀追溯到過去特定的情緒困擾事件，透過回憶，將事件帶入意識之中，導致症狀消失[5]。他以此為基礎，加以改良，發展出「自由聯想技術」[7]。即：分析者需要與患者建立密切、個人化的關係，從患者的游離思緒之中，揭示無意識的心理意象，將被壓抑至潛意識的事件帶到意識之中，使症狀消失，又名「宣洩法」[5]。後來的精神分析學者保留其理論，認為癔球症是被壓抑的想法的物化（materialization）[8]，並以性心理發展的口腔期作為研究焦點[5]。

4 民國時期及之後的認識

4.1 民國時期及之後對「梅核氣」的認識

從民國時期開始，歷代中醫學著作中最具爭議性的「堵塞咽喉，影響飲食、二便」已被排除，僅成為「梅核氣」鑒別診斷的要點[1]。《梅核氣中醫診療指南》指出本病需要與虛火喉痹、噎嗝、乳蛾作出鑒別，而感受外邪，內外相合致病的觀點則沒收錄在內[1]。

4.2 民國時期及之後對「癔球症」的認識

20世紀初（相當於中國民國時期），西醫精神科學者Edmund Jacobson利用影像學技術，觀察癔球症患者，發現食道肌肉痙攣，認為是情緒波動所致的現象[3]。20世紀中期，耳鼻喉科學者發現大部分患者具有器質性病變、胃食道逆流、上消化道功能失常，認為本病不一定與癔症有關，故又得名喉球症(globus pharyngeus)[3]。20世紀後期，精神科學者提出本病是由壓抑的情緒所致的轉換障礙（conversion disorder）[3]。胃腸病學者發現，患者在面對壓力時，環咽括約肌較常人容易出現異常[3]。耳鼻喉科學者亦發現患者多具有高評分的神經質、疑病特徵，有機會將正常的食道收縮誤解為病態[3]。1998年，維也納醫科大學對患者進行臨床研究，認為消化系統與心理因素皆能影響癔球症的發展[3]。

由此可見，現代科技發展，使歷代學者的假設得以證實或證偽，繼而提出更多假設、作出更多驗證，很大程度地推動了西醫學認識本病的進程。目前西醫學界對癔球症的共識是：患者多伴有顯著高的焦慮評分[9]、癔症評分[10]，也有更頻繁的胃食道逆流[10]。主張軀體疾病論的學者認為，本病或與耳鼻喉科、甲狀腺、食道疾病有關[11]，或因周圍神經過於敏感、異常症狀轉介（aberrant symptom referral）[12]。主張精神疾病論的學者認為，本病應與腸胃系統、喉部系統、神經系統等疾病作鑒別診斷[13]。然而，兩種主張皆無法完全解釋所有臨床患者的情況[9]。因此，近年出現了第三種主張，認為本病與腦-腸軸障礙有關，即：心理問題影響自主神經，繼而造成食道括約肌功能失常，導致喉間異物感，並非心理問題直接導致喉間異物感，亦非單純的生理問題[14]。時至今日，西醫學對本病的病因病機仍在探索中[15]。

5 結語

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

對比現存最早的認識：中醫學認為本病由過度操勞及情志不暢所致，與膽的關係密切。西醫學則認為本病是缺乏性生活所致的婦人病，情志不暢作為伴隨症狀而出現。

對比清朝以前的認識：中醫學從《黃帝內經》情志致病的框架中發展，繼而發現婦人易得本病；又在氣逆上咽的框架之中，在情志致病以外，發展出其他病因的理論。西醫學一直在古希臘時期的婦科框架之中發展，期間癔症一度脫離醫學框架；明朝晚期開始出現以「強烈的情感」作為病因的說法。

對比清朝的認識：中醫學諸多醫家已達成大部份的共識，存在些許爭議。西醫學的認識主要遊走在婦科、精神科、神經學之間，又受科技所限，無法證實或證偽各科提出的假設，無法達成共識；故以精神分析學為首，轉至心理學方向研究，探討本病與心理創傷、負面情緒之間的關聯，深入了解背後的心理活動機制。

對比民國時期及之後的認識：隨着時代的發展、科技的進步，中醫學對梅核氣的認識已成體系，因機證治頗為完整。而西醫學時至今日，對本病的病因病機仍存爭議，以精神疾病論為多數。

本文透過歸納分析中西醫學各自的認識過程，不禁展開思索：中醫學對「梅核氣」及西醫學對「癔球症」，兩者治療方法上有無異同，可否有臨床協作治療的可能性？

參考文獻

[1] T/CACM**-2021, 梅核氣中醫診療指南[S].北京：中華中醫藥學會, 2021.

[2] 王笑娜, 卜平.癔球癥的中西醫結合研究進展[J].國際中醫中藥雜志, 2007, 29(06): 343-344.

[3] Lechien JR, Baudouin R, Hans S, et al. History of Otolaryngology: Globus Pharyngeus as "Globus Hystericus" [J]. Otolaryngol Head Neck Surg. 2023, 168(4): 889-892.

[4] Gilman, Sander L. Performing Hysteria: Images and Imaginations of Hysteria [M], edited by JOHANNA BRAUN, Leuven University Press, 2020.

[5] MICALE, M. S. Approaching Hysteria: Disease and Its Interpretations [M], Princeton University Press, 1995.

[6] 范永升主編. 新一版本科規劃教材 金匱要略選讀[M]. 北京：中國中醫藥出版社. 2003.

[7] Brenner C. An Elementary Textbook of Psychoanalysis [M]. United States: Anchor Books, 1974.

[8] Wilson JA, Deary IJ, Maran AG. Is globus hystericus? [J]. Br J Psychiatry. 1988(153): 335-339.

[9] Young-Hoon Joo. Globus Pharyngeus : The Psychiatric Perspective [J]. Journal of The Korean Society of Laryngology Phoniatrics and Logopedics 2016, 27(2): 84-86

[10] Bouchoucha M, Girault-Lidvan N, Hejnar M, et al. Clinical and psychological characteristics of patients with globus [J]. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2019(5): 614-622.

[11] Zerbib F, Rommel N, Pandolfino J, et al. ESNM/ANMS Review. Diagnosis and management of globus sensation: A clinical challenge [J]. Neurogastroenterol Motil. 2020(9): e13850.

[12] Chen CL, Szczesniak MM, Cook IJ. Evidence for oesophageal visceral hypersensitivity and aberrant symptom referral in patients with globus [J]. Neurogastroenterol Motil. 2009(11): 1142- e96.

[13] Pang L, Sareen R, Gorecki A. Medical and psychiatric differential diagnoses of pediatric globus sensation: A case study with review discussion [J]. Clin Child Psychol Psychiatry. 2021, 26(4): 1053-1061.

[14] Rommel N, Van Oudenhove L, Arts J, et al. Esophageal Sensorimotor Function and Psychological Factors Each Contribute to Symptom Severity in Globus Patients [J]. Am J Gastroenterol. 2016(10): 1382-1388.

[15] Baghdadi, K., Lefebvre, P., & Lagier, A. Globus pharyngeus : etiologies, diagnosis and management. A narrative review [J]. Revue medicale de Liege. 2023, 78(5-6), 289–295.

Abstract: This study systematically analyzes the historical evolution and conceptual differences between “Plum-Pit Qi” in traditional Chinese medicine and “Globus Sensation” in Western medicine. It focuses on the development of disease nomenclature, etiological theories, and key turning points. Based on an extensive review of classical medical texts and contemporary research, the study traces the theoretical construction of Plum-Pit Qi from the Huangdi Neijing through the Qing dynasty, and compares it with the development of Western medical understanding, from ancient Greek gynecological pathology to the psychological intervention of psychoanalytic theory, and later proceeds to the interdisciplinary brain-gut axis model. The results indicate that Chinese medicine has established a relatively coherent theoretical system for Plum-Pit Qi, while Western medicine’s understanding of Globus Sensation has undergone multiple paradigm shifts, moving from a gynecological framework toward psychological and neurological dysfunctions. Despite differences in pathophysiological interpretations, both theoretical frameworks highlight a strong link between

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

emotional dysregulation and functional disorders. This study offers the first systematic comparative synthesis of these developments, filling a gap in existing literature and providing a theoretical foundation for future comparative research on treatment strategies and interdisciplinary clinical integration.

Key Words: Plum-Pit Qi; Globus Sensation; Comparative Study; Conceptual Evolution; Medical History Comparison; Historical Development of Medical Concepts; Integration of Chinese and Western Medicine

（編委：繆江霞審校2025.07.25）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved