

# 从胃食管反流病角度分析胃与五窍的关系

唐秋双, 白兴华

北京中医药大学 针灸推拿学院, 北京 100029

**摘要:** **目的** 从胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 角度分析传统中医 (traditional Chinese medicine, TCM) 中胃与五窍 (口、舌、鼻、目、耳) 关联的机制和典型病案。 **方法** 梳理现代医学有关 GERD 导致五窍病症的文献, 以及古代文献中论述胃和五窍相关的病机和病案内容, 从 TCM 角度分析胃食管导致五窍病症的机制。 **结果** 现代医学认为胃在结构上与五窍相通, 胃内容物经食管逆行通过这些腔道引起五官疾患, 其发生机制与 TCM 脾胃气机升降失调基本相符。TCM 的主流观点认为五脏对应五窍, 但也有胃与五窍相关的理论, 脾胃气机升降失调是 GERD 的基本病机。TCM 认为胃气浊, 以降为顺, 五窍为清窍, 胃中浊气上干清窍是 GERD 导致五窍病症的主要病机; 脾气清, 以升为健, 脾不升清, 不能上荣清窍, 也是反流导致五窍疾病的因素。古代医案中有一些反流导致五官病症的案例, 但由于受五脏五窍理论影响, 有错误辨证的情况。 **结论** 从 GERD 角度分析胃与五窍的关系, 不仅是对 TCM 五脏五窍理论的有益补充, 而且进一步诠释了脾胃气机失调导致五窍病症的理念, 为五窍疾病的辨证提供新思路, 避免误诊误治。

**关键词:** 胃食管反流病; 五窍; 食管外症状; 胃通五窍; 清窍; 浊气上逆

中图分类号: R766

文献标志码: A

文章编号: 1673-3770(2024)03-0102-07

**引用格式:** 唐秋双, 白兴华. 从胃食管反流病角度分析胃与五窍的关系 [J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2024, 38(3): 102-108.

TANG Qiushuang, BAI Xinghua. Analysis of the association between the stomach and five orifices through gastroesophageal reflux disease [J]. Journal of Otolaryngology and Ophthalmology of Shandong University, 2024, 38(3): 102-108.

## Analysis of the association between the stomach and five orifices through gastroesophageal reflux disease

TANG Qiushuang, BAI Xinghua

School of Acu-Moxibustion and Tuina, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

**Abstract: Objective** To use gastroesophageal reflux disease (GERD) to interpret the pathogenesis of the association between the stomach and the five orifices (mouth, tongue, nose, eyes, and ears) in traditional Chinese medicine (TCM). **Methods** To analyze the pathogenesis of gastroesophageal reflux-related conditions in the five orifices from the perspective of TCM, we examined modern medical literature for the disorders of the five orifices caused by gastroesophageal reflux, and ancient Chinese medical records and documents on the pathogenesis and association of GERD with the stomach and the five orifices. **Results** In modern medicine, the stomach is considered structurally connected to the five orifices; therefore, the regurgitation of its contents through the esophagus can cause diseases in these orifices. This pathogenesis is consistent with the abnormal flow of the spleen and stomach Qi in TCM. While TCM generally associates the five zang organs with the five orifices, it also associates the stomach with these orifices. Hence, an abnormal flow of the spleen and stomach Qi is the basic pathogenesis of GERD-related disorders of the five orifices. TCM considers the stomach Qi to be turbid and naturally flowing downward; the mouth, tongue, nose, eyes, and ears to be clean orifices; and an upward flow of the turbid Qi to be the primary cause of GERD-related diseases of the five orifices. Furthermore, it views the spleen Qi to be clean and naturally flowing upward, but if the clean Qi cannot flow upward or flows downward instead, the five orifices will fail to be nourished. Although ancient medical records described some cases of five orifice conditions associated with gastroesophageal reflux, practitioners might have misidentified their patterns influenced by the theory of the five zang organs corresponding to the five orifices. **Conclusion** An analysis of the relationship between the stomach and the five orifices through GERD will not only serve as a valuable addition to the theory of the five zang organs corresponding to the five orifices in TCM but will also provide a further interpretation of the concept of abnormal flow of the spleen and stomach Qi leading to disorders of the five orifices. Moreover, it will present novel insights for identifying disorders of the five orifices and avoiding their misdiagnosis and mis-treatment.

**Key words:** Gastroesophageal reflux disease; Five orifices; Extraesophageal manifestations; Stomach connecting with the five orifices; Clean orifices; Upward flow of the turbid Qi

收稿日期: 2023-02-24

基金课题: 世界针灸学会联合会针灸治疗胃食管反流临床实践指南 (WFASRP202001-SC09)

通信作者: 白兴华. E-mail: baixinghua@bucm.edu.cn

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃内容物反流入食管及以上部位引起的相关症状或并发症的一种疾病<sup>[1]</sup>。除了反酸、烧心等典型症状,以及胸骨后疼痛、上腹痛、上腹部烧灼感、嗝气等不典型症状外,还有许多食管外症状,五官症状就是常见的一组,中国医疗保健国际交流促进会胃食管反流病学会发布的《中国胃食管反流病多学科诊疗共识 2022》中描述了鼻后滴流/鼻塞、吭吭鼻子、口苦/口酸/口臭、口腔溃疡、牙腐蚀、中耳炎、耳鸣/听力下降等病症<sup>[2]</sup>。有学者对常熟地区 253 例 GERD 患者的症状按部位进行归类发现,五官部位症状占全部症状的 19.96%,其中口腔部位症状占 13.47%,耳部症状占 3.57%,鼻部症状占 1.68%,眼部症状占 1.24%<sup>[3]</sup>。GERD 的食管外症状具有很大的差异性和非特异性,而且存在多种因素影响及多种疾病交互的情况,诊断上尚无统一的“金标准”,特别是许多食管外症状为主的 GERD 患者往往缺乏典型反流,被称为静息性反流,临床医生只能依靠一些症状评分量表及自身经验进行评估判断,而现有与反流相关的症状体征评分量表并未纳入与鼻、耳、目等相关内容,增加了反流导致五官病症的诊断难度和误诊的可能性。五官科医生对胃食管反流病的认识不足也是导致这些病症容易被误诊的另一个原因。Lechien 等<sup>[4]</sup>调查了 403 例咽喉反流患者的咽喉反流(laryngopharyngeal reflux, LPR)症状和体征情况,并将其与耳鼻喉科医生估计的最常见的 LPR 相关症状和体征的流行情况进行比较,结果发现大多数咽喉返流症状和喉部体征被耳鼻喉科医生高估,而一些非喉部表现则被低估。由于长期得不到有效治疗,严重影响患者生活质量并且加重了经济负担。近些年采用中医中药和针灸等治疗胃食管反流病取得一定进展,但也存在一些问题,如中医将耳、鼻、眼、口、舌概括为五窍,并认为五窍分别对应五脏,依据此理论对胃食管反流导致五窍疾病进行辨证,就容易出现误辨的情况<sup>[5]</sup>。本文首先从西医角度分析胃食管反流物对口腔、鼻、耳、眼睛和舌的影响,再探究传统中医对胃与五窍的认识,并结合古代文献中有关胃食管反流导致五窍疾病的病案予以说明,补充和丰富中医脏腑与五窍相关的理论,为临床工作者诊疗五窍疾病提供新思路,避免对胃食管反流导致五窍疾病的误诊和误治。

## 1 胃食管反流对五官的影响

### 1.1 口

胃通过食管与口腔相通。食管下括约肌的压力

远高于胃内压力,这样的构造是防止胃内容物从胃逆流到食管,当胃内压力增大或食管下括约肌压力减小时,就可能发生胃食管反流的现象。生理状态下的食管咽部呈鸟嘴状,向上有约 3 cm 长的生理性关闭,当反流物沿着食管逆流至咽部时,如果压力达到一定程度时(高于上食管括约肌的正常压力 6.7~13.3 kPa/50~100 mmHg),便可经咽溢出、呕出或喷射进入口腔,能导致牙釉质侵蚀、口腔干燥、口腔溃疡、口臭、牙周炎等。牙釉质临界 pH 值 5.5, pH 值低于临界值的酸都可以溶解牙釉质中羟基磷灰石晶体,胃酸 pH 值在 1~3 之间,因而胃内容物反流到口腔时,极易侵蚀牙齿。一项对非洲尼日利亚某所学校的本科生胃食管反流症状调查结果显示,在 647 份有效问卷中,32.8% 的学生有胃食管反流症状,这部分人群中的 32.0% 是以食管外症状表现为主,包括口腔和咽喉症状(如口臭、口干、吞咽困难、复发性喉痛、频繁清喉等)、牙齿侵蚀及肺部症状,其中牙齿侵蚀占到了食管外症状的 36.2%<sup>[6]</sup>。欧洲一项关于胃食管反流病患者的牙齿侵蚀相关因素的调查发现,在 263 例胃食管反流病患者中,21.3% 的患者有牙齿中度或重度侵蚀症状,远高于该症状在非胃食管反流病患者中的发生率<sup>[7]</sup>。Shimazu 等<sup>[8]</sup>通过构建慢性酸性反流性食管炎大鼠模型观察反流物对口腔及牙齿的影响,实验进行到 10 周时牙周黏膜有胃酸反流的炎性细胞浸润,20 周后出现牙釉质腐蚀及牙本质暴露,同时舌后段黏膜可见炎性细胞浸润,意味着胃酸反流可能引起口腔糜烂、牙周炎及舌炎。Silva 等<sup>[9]</sup>通过形态测量检测到胃食管反流与腭黏膜的纤维改变有关,反流程度越严重的患者其口腔黏膜结缔组织的反应越明显,成纤维细胞的数量越高。王磊等<sup>[10]</sup>通过口咽 pH 值监测及酶联免疫法对 98 例鼾症患者夜间反流情况进行研究,结果发现夜间睡眠 pH 值>7.5 的患者有 33 例,晨起唾液中胰蛋白酶含量检测结果有 17 例异常增高,提示存在碱性物质反流至口腔的可能性。

### 1.2 鼻

鼻腔外侧壁自上而下有 3 个突向鼻腔的鼻甲,中、下鼻甲间的中鼻道是前筛窦和中筛窦的开口,筛窦是位于鼻腔外侧壁上部与两眶间筛骨迷路内的气体小房,中鼻道经筛漏斗与位于额骨眉弓深部的额窦相通。胃内容物反流到鼻咽,借冲击力穿过鼻后孔进入鼻腔,通过中鼻道、筛漏斗等可进入筛窦或额窦,可导致嗅觉异常、鼻炎、鼻窦炎等。Florou 等<sup>[11]</sup>发现反流物可能会导致嗅觉异常或嗅觉障碍。Ozmen 等<sup>[12]</sup>对 33 例鼻窦炎患者鼻内镜手术后进行

24 h 双探头 pH 值监测,并进行鼻灌流液胃蛋白酶含量的荧光剂分析,20 例无鼻窦炎的患者为对照,发现在鼻窦炎患者中反流事件的发生率为 88% (29/33),明显高于对照组的 55% (11/20),胃蛋白酶分析结果与监测结果一致,其敏感性和特异性分别为 11% 和 92.5%,证明慢性鼻-鼻窦炎患者的鼻分泌物内存在胃液中的胃蛋白酶。Phipps 等<sup>[13]</sup>应用双通道 pH 记录仪监测慢性鼻-鼻窦炎儿童 24 h 食管和鼻咽的 pH 值,结果发现 63% (19/30) 的患儿在食管记录到异常胃酸,其中 6 人 (6/19, 32%) 同时在鼻咽部检测到异常胃酸。有些学者对反流导致鼻部炎症的机制进行了研究,如 Kowalik 等<sup>[14]</sup>发现胃蛋白酶通过影响碳酸酐酶和 Sep70 蛋白质来消化蛋白质,影响上呼吸道细胞的功能,引起喉、鼻咽部及鼻腔的炎症。胃酸会改变鼻腔内的酸环境,pH 值变化影响呼吸道黏膜纤毛的运动,胃酸直接接触鼻腔和鼻咽黏膜,引起黏膜炎症和黏膜纤毛清除受损,导致窦口梗阻和复发性感染<sup>[15]</sup>。

### 1.3 耳

胃通过咽鼓管与耳相通。咽鼓管咽口位于鼻腔外侧壁的下鼻甲后方约 1 cm 处,咽鼓管与中耳的鼓室相通,鼓室与外耳道以鼓膜相隔,与内耳以前庭窗和蜗窗相隔,鼓室内有传递声波信号的听小骨链。咽鼓管咽口平时关闭,当吞咽或用力张口时,空气通过咽鼓管进入鼓室,维持鼓膜两侧的压力平衡。反流入口腔的胃内容物,可能通过咽鼓管进入鼓室,导致中耳炎症,使听小骨粘连或韧带硬化,从而影响听力。Brunworth 等<sup>[16]</sup>用 pH 探针 24 h 实时监测鼻咽后壁咽鼓管圆枕处的 pH 值,测得咽鼓管功能障碍组的平均 pH 值为 6.90,正常人组平均 pH 值为 7.07,虽然两者无差异,但观察组在鼻咽部反流事件的发生次数及反流检查得分却比对照组高,由此推测鼻咽部的酸反流可导致咽鼓管功能障碍。徐冰等<sup>[17]</sup>使用免疫印迹实验法在 40 例成年单侧分泌性中耳炎患者的中耳积液样本中检测到 31 例样本存在胃蛋白酶,占 77.5%。Buyruk 等<sup>[18]</sup>在分泌性中耳炎患儿的中耳化脓性积液中检测出胃蛋白酶原,浓度高达 275.3 ng/mL,远远高于血清中的平均浓度 (102.6 ng/mL),为支持胃内容物的胃蛋白酶原反流到中耳提供了依据。Al-saab 等<sup>[19]</sup>发现,在 25 例分泌性中耳炎患者的腺样体中胃蛋白酶原信使核糖核酸缺失的情况下,胃蛋白酶原免疫反应性依然高于对照组,并且 84% 的中耳积液样本中检测到胃蛋白酶原,其浓度高出血清的 1.86~12.5 倍不等,腺样体中胃蛋白酶原信使核糖核酸缺失,表明腺样体无法合成胃蛋白酶,意味着

中耳积液中的胃蛋白酶原是由胃内容物通过咽鼓管进入到中耳导致的。

### 1.4 眼

胃通过鼻咽部及鼻泪管与眼睛产生联系。鼻泪管位于上颌窦内侧壁内,下口与鼻腔相通,上口连接泪囊,它与泪点、泪小管和泪囊共同作用,在下鼻道收集泪液并将其排入鼻腔。此外,开口于上鼻道的后筛窦与视神经管相邻,后筛窦感染易引起视神经炎。Magliulo 等<sup>[20]</sup>通过高分辨率 X 射线计算机断层成像显示,人群中约 29.3% 的泪囊和鼻泪管中存在空气,与胃内容物通过咽鼓管进入中耳的机制相似,含有胃蛋白酶和胃蛋白酶原的气雾状反流物通过腔隙可到达角膜前膜,胃蛋白酶直接作用于鼻窦黏膜引起鼻泪管周围黏膜水肿和黏液纤毛功能障碍,导致窦口堵塞和炎症,最终引起鼻泪管狭窄且溢泪。Iannella 等<sup>[21]</sup>采用酶联免疫吸附法对 20 例咽喉反流患者的泪液进行测定,结果在 4 例患者的泪液中检测出胃蛋白酶。Plateroti 等<sup>[22]</sup>研究咽喉反流与眼表症状的关系时发现,64% (32/50) 的咽喉反流患者的泪液中检测到胃蛋白酶,对照组无一例,在眼表改变的患者中,眼部瘙痒占 38%,眼睛发红占 56%,眼睛异物感占 40%;还发现泪液中胃蛋白酶水平越高,泪膜稳定性值越低,眼部感染的概率也越大,支持了胃蛋白酶可以通过鼻泪管到达角膜前膜的观点。

### 1.5 舌

舌是口腔内的重要器官。胃内容物反流至口腔,会影响味觉,并导致舌体炎症、舌体烧灼感等。舌是味觉器官,胃酸逆流至舌头时口中会产生酸味或苦味,这也是判断胃食管反流病患者口腔黏膜状态的重要标准<sup>[23]</sup>。Kabadi 等<sup>[24]</sup>将味觉障碍纳入对胃食管反流患者使用的调查问卷中,结果显示 40% 的胃食管反流病患者及 52.2% 同时患反流和胃轻瘫的患者有味觉改变,那些注意到味觉变化的胃食管反流病患者,有 20% 报告甜味和苦味变化,40% 报告咸度的变化和 50% 的酸味。Masthan 等<sup>[25]</sup>在纳入研究的 192 例胃食管反流患者中,发现有 2% 的人表现舌炎症状。Lechien 等<sup>[26]</sup>发现,有 93.8% (76/81) 的口腔/舌头烧灼感患者发生大于 1 次的反流事件,通过胃蛋白酶唾液测量的 38 例患者中,86.8% 的患者呈阳性结果,证明口腔或舌面烧灼感等症状与胃内容物反流至口腔有很大关系。Hakeem 等<sup>[27]</sup>对佛罗里达大学牙科学院口腔医学诊所 2009 年至 2014 年间确诊为原发性灼口综合症的 64 例患者的临床记录进行了回顾性检索,发现有 50% 的患者有胃食

管反流。Akinola 等<sup>[28]</sup>的研究表明,除上述口腔症状外,胃内容物的逆流还能导致舌苔厚腻。

## 2 中医学对胃与五窍的认识

中医学对于五窍的认识,主要是从整体观思想出发,以五行理论为指导,将五窍与五脏相对应,即肺开窍于鼻、心开窍于舌、肝开窍于目、脾开窍于口、肾开窍于耳。除了五脏五窍理论,古代医家也尝试从脾胃气机升降角度分析五官九窍与脾胃的关联。耳(双)、目(双)、口、鼻(双)为上窍,前后二阴为下窍。上窍又被称为清窍,下窍被称为浊窍。《素问·阴阳应象大论》说:“清阳出上窍,浊阴出下窍”,清代叶天士《临证指南医案·卷一·眩晕》华岫云注:“头为六阳之首,耳目口鼻,皆系清窍。”脾胃居中焦,为清浊之气升降的枢纽,脾主升清,胃主降浊,脾气上升将水谷精微输送到头部濡养官窍,胃气下降将浊气推至大肠小肠,使浊气通过前后二阴排出体外,清浊各行其道,则目能视、耳能闻、鼻能嗅、舌知味、溲便通利。相反,如果中焦气机逆乱,清阳之气不能上升甚或下陷,胃中浊气不能下降甚或上逆,就会出现头面五窍和前后二阴的问题。《素问·阴阳应象大论》云:“清气在下,则生飧泄;浊气在上,则生腹胀”,“腹胀”是浊气不降阻滞在中焦,如果逆而上行至头面,就会导致头面诸窍的问题。《素问·通评虚实论》说:“头痛耳鸣,九窍不利,肠胃之所生也”,首先提出九窍之病与胃肠有关。《灵枢·口问》:“胃中空则宗脉虚,虚则下溜,脉有所竭,故耳鸣”,更是直接点明胃虚引起耳鸣的病机,宗脉是汇聚于耳与目的脉络名称,依靠胃化生的精微之气濡养,胃气虚宗脉无所养所以耳鸣。补土派代表李东垣受《内经》清浊之气与五官九窍的关系影响最深,认为“耳目口鼻,为清气所奉于天”<sup>[29]</sup>,病理上提出“胃气一虚,耳目口鼻,俱为之病”<sup>[29]</sup>,并且在《脾胃论》一书中列专篇“脾胃虚则九窍不通论”,详解脾胃与九窍的联系。李东垣在临证时也经常运用此理论分析由胃引起口、鼻等官窍不利的病机,如《东垣试效方》云:“若因饥饱劳役损伤,脾胃生发之气即弱,其营运之气不能上升,邪害空窍,故不利而不闻香臭也”<sup>[30]</sup>。叶天士在《内经》及李东垣思想的影响下首次明确提出“九窍不和,都属胃病”。《临证指南医案·卷三·脾胃》记载:“王,数年病伤不复,不饥不纳,九窍不和,都属胃病。”对于胃与五窍的病理联系,《内经》和李东垣主要认为脾胃虚清气不升不能上荣清窍,也有一些医家从胃中浊气上扰清窍的角度分析,如明代周慎斋《周慎斋遗书》说:“清气不

行,则邪浊之气,得充塞于空窍之际而为害。”<sup>[31]</sup>与周慎斋同时代的医家赵献可也认为:“脾胃之气一虚,不能上升,而下流于肾、肝,故阳气者闭塞,地气者冒明,邪害空窍,令人耳目不明。”<sup>[32]</sup>

依据现代解剖学的认识,胃在结构上与五窍相通,它们的关系十分密切。胃内容物经食管反流能直接刺激口腔和鼻腔,或通过咽鼓管和鼻泪管进入中耳和眼部,可对五窍造成严重损害,其发生机制与中医脾胃气机升降失调基本相符。胃食管反流病的病位在胃与食管,与脾的关系最为密切。胃主受纳,其气浊,以降为顺。清代黄元御《素灵微蕴·卷四·噎膈解》说:“胃以下行为顺,上行为反。上行之久,习为自然,食停即吐,永不顺降,故曰胃反。”胃食管反流物是浊气,在反流物中,不仅胃酸,举凡胃蛋白酶、胆盐甚至食物的细微颗粒,都属于浊气的范畴,反酸和暖气都是胃中浊气上逆的典型表现。五窍为清窍,赖脾所升之清气滋,如果胃中浊气沿着食管上行至口腔和鼻腔,并侵袭咽鼓、鼻泪管,就可能对五窍造成伤害。脾主运化,其气清,以升为健。脾气升清与胃气降浊是一个互相协同的过程,《临证指南医案·卷四·便秘》说:“脾宜升则健,胃宜降则和”,脾气健运则胃之浊气才能顺降,而胃之浊气顺降才能不碍脾气升清。从多数情况看,胃气上逆和中焦痞结都是表象,是标,本质还是脾之气虚、阳虚,《临证指南医案·卷五·暑》:“从来头面都是清窍,既为邪蒙,精华气血不肯流行,诸窍失司聪明矣。”

## 3 古代医籍中的胃食管反流导致五窍病案分析

胃食管反流病是现代医学对胃内容物逆行至食管及以上部位所导致一系列病症的命名,它是一种古老的疾病,虽然在古代医书中没有与之相对应的病名,但有许多与胃食管反流相关的病案,依据主要症状不同而散见于“吐酸”“吞酸”“暖气”“胃反”“反胃”“嘈杂”“梅核气”“胸痹”“噎膈”“咳嗽”“哮喘”“不寐”“虚劳”等相关篇章中,其中就有以五窍病症为主的胃食管反流病案。明代江瓘《名医类案·卷五·虚损》辑录了汪石山的一个病案:“一人年逾三十,质弱而色苍,初觉右耳时或冷气呵呵如箭出,越两月余,左耳气出如右。早则声哑,胸前有块攒热。饭后声嘶稍开,攒热暂息。少间攒热复尔,或嗽恶酸水,小溲频赤,大溲溇泄,虽睡熟亦被嗽而寤,哆恶二三声,胸腹作胀,头脑昏痛不堪,时或发热,浑身疼痛,天明前症少息,惟攒热弗休,且近来午后背甚觉寒,两腿麻冷。”此病案中,“胸前有块攒热”即胸骨

后灼热,“恶酸水”是典型的反流表现;右耳先发病、晨起声音嘶哑、夜间因咳嗽而觉醒,也都符合胃食管反流的发生特点;嗝气、腹胀、后背寒凉等,可作为诊断胃食管反流病的佐证。在病机上,反酸和烧心是胃中浊气上逆,还表现在头昏痛、胸腹胀满。胃气上逆胸中导致肺金不降,上逆而为咳喘,《素问·咳论》云:“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,并且说“胃咳之状,咳而呕”。脾气虚运化失司,则大便溏薄甚至完谷不化;脾失健运水湿内停,则小便短少,《灵枢·口问篇》说:“中气不足,溲便为之变”。脾胃虚气血不能上荣温煦耳窍,加之胃中浊气上扰,则见两耳“冷气呵呵如箭出”。清代马寿安在日本大阪开业行医,其著作《北山医案》记载一例病案:“冈村氏,壮岁患头痛,不食,吞酸,上气,或胸痛四肢冷,耳右聋左鸣,目昏,足膝麻痹,或舌强咽干,眩晕吐痰,健忘遗精,或小便溏浊,脉上部弱数,下部似滑。”本病案中有反流典型症状吞酸,也是右耳的症状比左耳严重。

根据本团队前期对陈可冀等整理的《清宫医案集成》中光绪二十四年的光绪帝病案的研究,基本可以确诊这一年光绪帝的主要疾病为胃食管反流病,且以五官症状最突出,各症状累计共 400 次。其中眼部症状出现次数最多(153 次),主要包括“目带血丝”“视物眯蒙”“视物干涩”“眼胞发胀”“目眦胀赤”。口部症状位列第二(138 次),涉及口角、口腔、牙齿、舌、上腭等多个部位,症状相对较多,依次为“口干渴”“口角小泡”“牙痛”“腭间粟泡”“舌起粟粒/口疮”“口黏”。耳部病症位居第三(88 次),主要表现为“耳内烘声”“耳内蝉鸣”“偶有幻听”“耳周疼痛”。鼻部病症次数最少(42 次),主要包括“鼻中干燥”“涕带血丝”“鼻内肿痛”“鼻塞”“鼻流清涕”<sup>[33]</sup>。受制于时代的局限,古代医家不可能对胃与五窍的结构关联有明晰的认识,加之受五脏五窍理论的影响,虽然有脾胃气机清浊升降的理论,还是很容易对反流造成的五窍疾病误辨误治。以耳鸣听力下降为例,太医们就又囿于五脏五窍的理论,多从肝肾立论,如光绪某年五月十二日<sup>[34]</sup>,太医陈秉钧请脉:“耳内由响而蒙,由蒙而堵,甚至听音不真。古贤以《内经》详病:精虚则为蒙,属肾。气逆则为堵,属胆。胆与肝为表里,肾与肝为乙癸。所以肝火化风,一时俱升。”由于辨证错误,尽管长期调理,除了内服药物,还采用了外耳塞药方法,但对耳部症状并无明显改善,成为长期困扰光绪并影响其生活质量的一个主要病症。

同样地,根据《清宫医案集成》整理的病案,在

光绪六年的 1 年时间里,慈禧共请脉 324 d,参与诊疗的太医及各地应征的名医高达 13 位,每次都是以会诊形式诊脉,最少时 3 人,最多时达 9 人,多数情况下 4 至 6 人。通过对这一年慈禧主要症状分析,基本可以确定她所患病症为胃食管反流病,且以咽喉反流为主,五窍症状很典型,包括“口干/渴”“口中五味”“口中血沫”“口中黏涎”“鼻干/痛”“鼻窍不利”“鼻塞”“鼻流涕”“嗅觉异常”“鼻涕自咽下坠”“鼻酸”“嗅觉异常”“眼目干涩”“目视欠清”“目眦干痛”“耳鸣”“耳干痛”“耳闷”等<sup>[35]</sup>。从这一年的慈禧病案看,咽喉味觉异常或口中五味是影响其生活质量的一个主要症状,据江苏应征太医马文植在日记中记载<sup>[36]</sup>,八月初四日请脉时,“皇太后问:喉间时有五味之气,何故?奏云:五味出于五脏,脏有虚热,蒸腾于上,而出于喉,故喉间有此气味”。马培植对口五味病机的分析完全是基于五脏五味理论,但是如果从胃食管反流发生的机制看,咽喉及口腔的这种异常味觉显然是胃内容物上溢的结果,是浊气上干清窍的表现而非五脏虚热。

## 4 小 结

本文从现代医学角度探讨胃与五官在结构上直接相通,胃内容物可反流至口腔、鼻、耳、眼、舌且直接作用于这些器官,引起多种五官症状。从中医角度分析胃食管反流引起五窍病症的机制,口、鼻、耳、目、舌为清窍,依靠脾胃化生的水谷之气之濡养及胃气降浊、脾气升清的功能濡养,脾胃气机升降失调,胃中浊气上逆,脾主升清亦受影响,五窍就会因失于濡养闭塞不通出现诸症。因五脏五窍理论影响广泛,五官因胃引起的病症易出现误诊的情况,从胃食管反流病的角度理解胃与五窍的关系,不仅是对中医五脏五窍理论的有益补充,也进一步诠释了五窍疾病与脾胃升降清浊失调相关的理念,为从中医学角度诊治胃食管反流病导致五官疾患提供理论支持,避免对这些病症误诊误治。

## 参考文献:

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(5): 321-326. doi: 10.3969/j.issn.1671-038X.2017.05.01
- [2] 中国医疗保健国际交流促进会胃食管反流病学会. 中国胃食管反流病多学科诊疗共识 2022(一)[J]. 中华胃食管反流病电子杂志, 2022, 9(2): 51-86. doi: 10.3877/cma.j.issn.2095-8765.2022.02.001
- [3] 黄晓文, 潘炜炳, 范乾, 等. 常熟地区 253 例胃食管反

- 流病患者临床特点及疗效分析[J]. 光明中医, 2022, 37(14): 2467-2472. doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2022.14.001
- HUANG Xiaowen, PAN Weibing, FAN Qian, et al. Analysis on the clinical characteristics and curative effect of 253 patients with gastroesophageal reflux disease in Changshu area[J]. *Guangming Journal of Chinese Medicine*, 2022, 37(14): 2467-2472. doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2022.14.001
- [4] Lechien JR. Do otolaryngologists over- or underestimate laryngopharyngeal reflux symptoms and findings in clinical practice A comparison study between the true prevalence and the otolaryngologist-estimated prevalence of symptoms and findings[J]. *J Clin Med*, 2022, 11(17): 5192. doi:10.3390/jcm11175192
- [5] 白兴华. 胃食管反流病: 一种很容易被误辨的疾病[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(5): 14-19. doi:10.16305/j.1007-1334.2019.05.004
- BAI Xinghua. Gastroesophageal reflux disease: an easily misidentified disorder[J]. *Shanghai Journal of Traditional Chinese Medicine*, 2019, 53(5): 14-19. doi:10.16305/j.1007-1334.2019.05.004
- [6] Akinola MA, Oyedele TA, Akande KO, et al. Gastroesophageal reflux disease: prevalence and Extraesophageal manifestations among undergraduate students in South West Nigeria[J]. *BMC Gastroenterol*, 2020, 20(1): 160. doi:10.1186/s12876-020-01292-1
- [7] Picos A, Lasserre JF, Chisnoiu AM, et al. Factors associated with dental erosions in gastroesophageal reflux disease: a cross-sectional study in patients with heartburn[J]. *Med Pharm Rep*, 2020, 93(1): 23-29. doi: 10.15386/mpr-1332
- [8] Shimazu R, Yamamoto M, Minesaki A, et al. Dental and oropharyngeal lesions in rats with chronic acid reflux esophagitis[J]. *Auris Nasus Larynx*, 2018, 45(3): 522-526. doi:10.1016/j.anl.2017.08.011
- [9] Silva MA, Damante JH, Stipp AC, et al. Gastroesophageal reflux disease: new oral findings[J]. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2001, 91(3): 301-310. doi:10.1067/moe.2001.111139
- [10] 王磊, 李保卫, 王刚, 等. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者夜间碱反流初步研究[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2023, 37(6): 75-79. doi: 10.6040/j.issn.1673-3770.0.2022.138
- WANG Lei, LI Baowei, WANG Gang, et al. A preliminary study on nocturnal alkali reflux in OSAHS patients[J]. *Journal of Otolaryngology and Ophthalmology of Shandong University*, 2023, 37(6): 75-79. doi: 10.6040/j.issn.1673-3770.0.2022.138
- [11] Florou V, Karkos PD, Marini K, et al. Laryngopharyngeal reflux and olfaction disorders. is there any connection A scoping review[J]. *Maedica (Bucur)*, 2022, 17(2): 471-480. doi:10.26574/maedica.2022.17.2.471
- [12] Ozmen S, Yücel OT, Sinici I, et al. Nasal pepsin assay and pH monitoring in chronic rhinosinusitis[J]. *Laryngoscope*, 2008, 118(5): 890-894. doi:10.1097/MLG.0b013e318165e324
- [13] Phipps CD, Wood WE, Gibson WS, et al. Gastroesophageal reflux contributing to chronic sinus disease in children: a prospective analysis[J]. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2000, 126(7): 831-836. doi:10.1001/archotol.126.7.831
- [14] Kowalik K, Krzeski A. The role of pepsin in the laryngopharyngeal reflux[J]. *Pol Otolaryngol*, 2017, 71(6): 7-13. doi:10.5604/01.3001.0010.7194
- [15] Sella GCP, Tamashiro E, Anselmo-Lima WT, et al. Relation between chronic rhinosinusitis and gastroesophageal reflux in adults: systematic review[J]. *Braz J Otorhinolaryngol*, 2017, 83(3): 356-363. doi: 10.1016/j.bjorl.2016.05.012
- [16] Brunworth JD, Mahboubi H, Garg R, et al. Nasopharyngeal acid reflux and Eustachian tube dysfunction in adults[J]. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2014, 123(6): 415-419. doi:10.1177/0003489414526689
- [17] 徐冰, 王采集, 陈敏, 等. 单侧 SOM 患者中耳积液中胰蛋白酶和胃蛋白酶检测结果分析[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2022, 30(4): 363-365. doi: 10.3969/j.issn.1006-7299.2022.04.005
- XU Bing, WANG Caiji, CHEN Min, et al. Analysis of detection results of trypsin and pepsin in middle ear effusion of unilateral SOM patients[J]. *Journal of Audiology and Speech Pathology*, 2022, 30(4): 363-365. doi: 10.3969/j.issn.1006-7299.2022.04.005
- [18] Buyruk A, Osma Ü, Y Imaz MD, et al. Pepsinogen identification in the middle ear fluid of children with otitis media with effusion[J]. *J Ear Nose Throat*, 2016, 26(2): 73-78. doi:10.5606/kbbihtisas.2016.83669
- [19] Al-Saab F, Manoukian JJ, Al-Sabah B, et al. Linking laryngopharyngeal reflux to otitis media with effusion: pepsinogen study of adenoid tissue and middle ear fluid[J]. *Le J D'oto Rhino Laryngol De Chir Cervico Faciale*, 2008, 37(4): 565-571
- [20] Magliulo G, Plateroti R, Plateroti AM. Gastroesophageal reflux disease and the presence of pepsin in the tears[J]. *Med Hypotheses*, 2013, 80(2): 129-130. doi:10.1016/j.mehy.2012.11.008
- [21] Iannella G, di Nardo G, Plateroti R, et al. Investigation of pepsin in tears of children with laryngopharyngeal reflux disease[J]. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2015, 79(12): 2312-2315. doi:10.1016/j.ijporl.2015.10.034

- [22] Plateroti R, Sacchetti M, Magliulo G, et al. Evidence of pepsin-related ocular surface damage and dry eye (PROD syndrome) in patients with laryngopharyngeal reflux[J]. *Life (Basel)*, 2020, 10(9): E202. doi:10.3390/life10090202
- [23] Budylina SM, Dmitrieva LA, Kostina NV, et al. Taste perception during clinical symptom complex of gastroesophageal reflux disease [J]. *Patol Fiziol Eksp Ter*, 2015, 59(2): 51-56
- [24] Kabadi A, Saadi M, Schey R, et al. Taste and smell disturbances in patients with gastroparesis and gastroesophageal reflux disease[J]. *J Neurogastroenterol Motil*, 2017, 23(3): 370-377. doi:10.5056/jnm16132
- [25] Masthan K, Vinesh E, Kumar MS, et al. A clinicopathologic study of oral changes in gastroesophageal reflux disease, gastritis, and ulcerative colitis[J]. *J Contemp Dent Pract*, 2016, 17(11): 943-947. doi:10.5005/jp-journals-10024-1959
- [26] Lechien JR, Hans S, De Marrez LG, et al. Prevalence and features of laryngopharyngeal reflux in patients with primary burning mouth syndrome [J]. *Laryngoscope*, 2021, 131(10): E2627-E2633. doi:10.1002/lary.29604
- [27] Hakeem A, Fitzpatrick SG, Bhattacharyya I, et al. Clinical characterization and treatment outcome of patients with burning mouth syndrome[J]. *Gen Dent*, 2018, 66(3): 41-47
- [28] Akinola MA, Oyedele TA, Akande KO, et al. Gastroesophageal reflux disease: prevalence and Extrasophageal manifestations among undergraduate students in South West Nigeria[J]. *BMC Gastroenterol*, 2020, 20(1): 1-6. doi:10.1186/s12876-020-01292-1
- [29] 李东垣. 脾胃论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005
- [30] 李杲. 东垣试效方[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 111
- [31] 周之干. 慎斋遗书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 71
- [32] 赵献可. 医贯[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 90
- [33] 周娟, 白兴华, 郭盛楠, 等. 光绪帝胃食管反流病案研究(续)[J]. *中国民间疗法*, 2022, 30(3): 6-9. doi:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2022.0303
- [34] 陈可冀. 清宫医案集成[M]. 北京: 科学出版社, 2009: 820
- [35] 白兴华, 郭盛楠, 周娟, 等. 光绪六年慈禧病案: 一个不典型性胃食管反流病的典型案例(上)[J]. *中国民间疗法*, 2021, 29(23): 11-15. doi:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2021.1204
- BAI Xinghua, GUO Shengnan, ZHOU Juan, et al. The case of Cixi in Guangxu six years: a typical case of atypical gastroesophageal reflux disease (I)[J]. *China's Naturopathy*, 2021, 29(23): 11-15. doi:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2021.1204
- [36] 马文植. 纪恩录[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 105

(编辑:王磊)

(上接第 92 页)

- [14] Chen JW, Hu B, Qin P, et al. Altered brain activity and functional connectivity in unilateral sudden sensorineural hearing loss[J]. *Neural Plast*, 2020: 9460364. doi:10.1155/2020/9460364
- [15] 侯学思, 赵吉平, 白鹏, 等. 浅析“形气相合”对针灸临床诊治的指导作用[J]. *针灸临床杂志*, 2018, 34(3): 1-4. doi:10.3969/j.issn.1005-0779.2018.03.001
- HOU Xuesi, ZHAO Jiping, BAI Peng, et al. Application of “coordination of physics and qi” in acupuncture and moxibustion [J]. *Journal of Clinical Acupuncture and Moxibustion*, 2018, 34(3): 1-4. doi:10.3969/j.issn.1005-0779.2018.03.001
- [16] Chandrasekhar SS, Do BST, Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: sudden hearing loss (update)[J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2019, 161(1\_suppl): S1-S45. doi:10.1177/0194599819859885

(编辑:曾婕)