

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.11.004

朱生樑辨治气郁痰阻型胃食管反流病经验

闫秀丽¹, 于小雨¹, 张秀莲²✉ 指导: 朱生樑¹

1. 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院, 上海市虹口区甘河路110号, 200437; 2. 上海中医药大学附属宝山医院

[摘要] 介绍朱生樑教授治疗气郁痰阻型胃食管反流病(GERD)的学术特色与临证经验。认为该病核心病机为肝、胆、脾、胃功能失调, 痰、瘀互结为患, 基本病机可概括为肝胆失于疏泄, 胃失和降, 胃气上逆。临证倡导调气为先、化痰为要、活血为助、和胃降逆贯穿始终的治疗原则, 自拟疏肝和胃化痰方, 全方以疏肝理气、开郁散结、化痰祛瘀、和胃降逆为法, 并强调随症灵活加减, 注重顾护胃气。

[关键词] 胃食管反流病; 气郁痰阻; 名医经验; 朱生樑

朱生樑(1948—), 教授, 主任医师, 博士研究生导师, 第六、七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 全国名老中医药专家传承工作室导师, 上海市名中医。从医近50载, 擅长中医药治疗胃食管反流病、萎缩性胃炎、溃疡性结肠炎、急性胰腺炎等疾病。临证主张“通化宣平, 护胃气为根; 圆执活变, 重临床实效”, 在胃食管反流病诊治上具独到见解和学术创新, 总结胃食管反流病辨治十法, 临床效果显著。

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是临床常见的消化道疾病之一, 是指胃及十二指肠内容物反流入食管引起的症状和(或)并发症^[1]。其典型症状包括烧心和反流, 亦可引起咽喉、气道等食管邻近组织损害, 出现相关食管外症状。部分患者可能以食管外症状为首表现, 包括咽喉不适、咽喉异物感、声嘶、咳嗽、哮喘等^[2]。目前GERD主要分为非糜烂性反流病(NERD)、反流性食管炎(RE)和Barrett食管(BE)三大临床类型^[3]。一项Meta分析显示, 我国GERD的总体患病率为8.7%, 近20年来, 我国GERD患病率从6.0%上升至10.6%, 西部和东部患病率高于中部^[4]。质子泵抑制剂(PPI)或新型抑酸药钾离子竞争性酸阻滞剂(P-CAB)是现代医学治疗GERD的首选药物, 但约50%的NERD患者对PPI治疗无

应答^[2]。

根据GERD症状特征, 可将其归于中医学“吐酸”“食管瘴”“梅核气”等范畴。朱生樑教授认为, “食管瘴”更符合其中医病名。诸多医家对GERD病机的认识主要集中在寒热虚实的不同^[5], 朱老师针对不同病机引起的GERD在遣方用药方面形成了自己的特色, 且临床疗效显著^[6]。《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》^[3]将GERD证型分为肝胃郁热证、胆热犯胃证、气郁痰阻证、瘀血阻络证、中虚气逆证和脾胃湿热证。朱老师认为, 当代人由于高压快节奏、久坐少动、过食肥甘厚腻, 故临床上气郁痰阻者甚多。现就朱老师对气郁痰阻型GERD的诊疗特色作介绍, 以飨同道。

1 肝胆失于疏泄、胃失和降、胃气上逆为GERD基本病机

朱老师认为, 本病的病位在食管和胃, 与肝、胆、脾、肺关系密切, 其基本病机概括为肝胆失于疏泄, 胃失和降, 胃气上逆。而导致胃气上逆的机制又不尽相同, 或由于情志不遂, 思虑过度, 以致肝胆失于疏泄, 横逆犯胃; 或由于饮食不节, 烟酒无度损伤脾胃; 或平素脾胃虚弱, 木气恣横无制, 肝木乘克脾土, 胆木逆克胃土, 导致肝胃、肝脾或胆胃不和; 气郁日久, 化火生热, 肝胆邪热犯及脾胃, 脾气当升不升, 胃气当降不降, 肝不随脾升, 胆不随胃降, 以致胃气挟火热上逆; 肝火上炎侮

基金项目:上海市卫生健康委员会卫生行业临床研究专项(202340073);上海市医院协会医院管理研究课题(2024119);国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教[2022]75号)

✉ 通讯作者:634848404@qq.com

肺,克伐肺金,消灼津液,肺失宣肃而见咳逆上气;或素罹胆病,胆邪犯胃,湿热中阻,以致浊阴不降,胃气反逆而形成本病。

1.1 气机失调,肝胃失和

《素问·举痛论篇》谓“百病生于气”,说明了气机失调在发病中的作用。朱老师认为本病初病在“气”,忧愁思虑,喜怒无常,或饮食不节、寒温失宜等因素均可引起气郁。气郁首责于肝,肝病及脾,脾胃气滞,升降失常,浊邪上犯,见吞酸吐苦、胸膈痞闷等症;肝气郁滞,失于疏泄,气滞则血行不畅,可见胸部胀闷疼痛、胁肋胀痛等症;郁久化火,则见反酸、胸骨后灼烧感、口干苦等;脾气损伤,运化失司,聚湿生痰或食滞不化,可见呕恶痰涎、嗝气酸腐等。

朱震亨在《丹溪心法》中完善“六郁”理论,提出“六郁为先,气郁为本”,强调气郁可衍生痰、湿、食、火、血诸郁,明确气郁则痰生、痰阻则气结。朱老师从“六郁”论治反流性食管炎^[7],认为本病多六郁相间为病,或气结痰凝,或气郁湿阻,或气滞血瘀,或痰瘀互结,或痰蕴食积,或瘀热并存,非一法一治所能万全,临证治疗提倡以畅达气机为要。

1.2 脾虚湿阻,痰气互结

朱老师认为本病气郁为始,痰阻为中。痰湿多因嗜食膏粱厚味、饮酒无度,导致脾胃损伤,脾不能运化水湿,聚湿生痰或水湿久留,邪热自生,灼津成痰,如《医方论》所云“多食浓厚,则痰湿俱生”。内伤七情,脏腑气机失调,肝气郁滞、失于疏泄;木旺乘土,脾失运化,脾不散精,肺失宣肃,如此津液不能归于正化,湿聚痰蕴。痰为阴邪,其性黏滞,难以速去。既为气郁之病理产物,复能阻滞气机,形成气郁生痰、痰阻气滞之病理循环。《证治准绳》谓:“七情内伤,郁而生痰。”明代李用粹在《证治汇补》中进一步细化痰气交阻的临床表现,言:“梅核气者,窒碍于咽喉之间,咯之不出,咽之不下,如梅核之状,此痰气之所为也”,精准概括了痰气交阻于咽喉的典型症状,与气郁痰阻型GERD的咽部异物感类似。

1.3 久病入络,痰瘀互结

朱老师认为,GERD迁延日久,可由气滞、气虚而致瘀,或郁久化热,耗伤阴血,津枯血燥而致瘀。临床常表现为吞咽食物梗阻,伴胸部或胸骨后胀满刺痛,嗝气不舒,纳少乏力,甚则食入即吐、水饮难下,大便干结;舌质暗、舌边有瘀点,脉细

涩。叶桂在《临证指南医案》中提出“久病入络,久痛入络”,强调慢病迁延不愈,必致脉络瘀阻,痰浊与瘀血相搏,结为痰瘀互结之顽证。《丹溪心法》指出:“痰之为物,随气升降,无处不到”,并提出“痰挟瘀血,遂成窠囊”,说明痰与气滞、血瘀之间存在相互影响的关系。因此,对于难治性GERD,朱老师主张以疏肝降逆、化痰祛瘀为主要治法。

2 疏肝理气、开郁散结、化痰祛瘀、和胃降逆为GERD基本治则

秉承前贤论治气郁痰阻型GERD之要义,结合多年临床实践,朱老师提出气郁痰阻型GERD的核心病机为脾、胃、肝、胆四脏功能失调,又兼痰、瘀为病。肝失疏泄则气机郁滞,脾失健运则痰湿内生,胃失和降则浊气上逆,胆气失疏则枢机不利,日久痰浊凝滞、血行不畅,遂致痰瘀互结、壅滞中焦,胃气逆乱而发为反酸、烧心、胸骨后痞闷、咽部异物感等诸症。据此病机特点,朱老师在辨证论治基础上,提出“调气为先、化痰为要、活血为助、和胃降逆贯穿始终”的治疗原则,确立以疏肝理气、开郁散结、化痰祛瘀、和胃降逆为核心的治法体系。临证以疏肝理气、开郁散结调畅三焦气机,疏解肝郁以断痰瘀化生之源;以化痰祛瘀涤除痰浊、消散瘀滞,疏通脉络壅阻以复气血之常;以和胃降逆恢复脾胃升降之职,平抑上逆之胃气以缓反流之标。诸法协同,标本兼顾,使肝木条达、胆气疏利、脾运复健、胃气得降,痰化瘀散、气机调畅,则诸症自除。

2.1 创制方药,对症治疗

朱老师自拟疏肝和胃化痰方治疗。组成:旋覆梗9g,赭石15g,姜半夏9g,陈皮6g,茯苓12g,厚朴12g,黄连3g,吴茱萸3g,丹参15g,郁金6g,煅瓦楞子30g,北柴胡9g,香附9g,浙贝母9g,枳壳9g,白芍12g。

方中柴胡、香附、旋覆梗、赭石为君。柴胡、香附疏肝解郁、理气行滞,主调气,以解肝气郁结之根本,恢复气机升降枢机;旋覆梗下气消痰,赭石重镇降逆,二者相伍专和胃降逆,平抑上逆之胃气,直折反酸、嗝气、胸骨后痞满之标。四药合用,以调气为先、降逆为要,共为君药,扼守本病核心病机。姜半夏、陈皮、茯苓、厚朴、浙贝母、枳壳为臣。姜半夏、陈皮、茯苓取二陈汤意,燥湿健脾、理气化痰,专攻化痰,既除已成之痰浊,又

杜生痰之源；厚朴、枳壳行气消胀、宽中除满，助君药增强调气之功，使气顺痰消；浙贝母清热化痰、开郁散结，增强化痰散结之力。诸药相协，化痰与调气并行，辅佐君药畅气机、化痰浊。丹参、郁金、黄连、吴茱萸、煅瓦楞子、白芍以活血、清热、制酸、柔肝为佐，兼顾痰瘀郁热与肝体阴用。丹参、郁金活血祛瘀、行气通络，解气滞日久痰瘀互结之弊；黄连配吴茱萸为左金丸，清肝泻火、降逆止呕；煅瓦楞子制酸止痛^[8]，三者佐助君药降逆和胃、制酸护膜^[9]。白芍养血柔肝、缓急止痛，与疏肝理气药同用，使调气而不伤阴、散结而不耗血。郁金、白芍兼具使药之用。郁金行气活血，引诸药入肝胃二经，调畅气血；白芍柔肝和营，调和诸药，使全方升降相宜、散收兼顾、气血同调，协调全方润燥、升降、补泻之性。全方以君药调气降逆为核心，臣药化痰行气为关键，佐药活血祛瘀、制酸和胃为辅助，使药调和气血、引药归经。

全方以疏肝调气为先导，化痰散结为核心，活血祛瘀为辅助，和胃降逆为贯穿主线，四法并举、协同发力。既疏肝理气、健脾化痰以断痰瘀内生之源，又活血通络、和胃降逆以消痰瘀互结之标，紧扣气郁痰阻型 GERD 肝、胆、脾、胃功能失调，痰气瘀互结的病机特点，实现辨证与论治的高度统一，共奏疏肝理气、开郁散结、化痰祛瘀、和胃降逆之功效，对该病具有针对性的治疗作用。

2.2 源于经方，灵活加减

朱老师自拟方源于半夏厚朴汤、旋覆代赭汤、左金丸、柴胡疏肝散等经方，既契合古方法理，又不拘泥于古，临证时紧扣病机，随症加减，灵活运用。咽部异物感明显者，加玄参、木蝴蝶、金荞麦，利咽化痰、解毒散结；反酸、烧心明显者，加海螵蛸、浙贝母，白及制酸止痛^[10]、散结化痰；胸胁胀痛明显者，加延胡索、香橼、佛手，增强疏肝理气之力；痰湿偏重见痰黏者，加苍术、薏苡仁，健脾祛湿化痰；咽中痰阻者，加竹茹、化橘红、香附行气消痰；情绪低落、悲伤易哭者，加甘麦大枣汤养心安神、益气解郁；对伴发胸闷不适者，加薤白、桂枝，温通胸阳，行气散寒化痰。

3 病案举隅

患者，女，51 岁，2025 年 6 月 8 日就诊。主诉：咽部异物感 6 个月。现病史：患者自述 6 个月前因家庭矛盾，情绪焦虑出现暖气、反酸、烧心症状，咽部异物感时作，胃胀反复，严重时半夜食管

中上段连及咽喉灼烧不适，偶有呛咳。去某医院就诊行胃镜检查，结果示：反流性食管炎（A 级），慢性胃炎伴糜烂；病理：炎症（++）、活动性（-）、萎缩（-）、肠化（+）、幽门螺杆菌（-）。予以雷贝拉唑联合莫沙必利治疗 3 个月，反酸消失，烧心减轻，胃胀、暖气症状缓解，咽部异物感无改善。停药后反酸又作，伴烧心、暖气，咽部异物感反复加重。刻下症见：咽部异物感明显，反酸，烧心，暖气时作，喉中有痰难排出，情绪焦虑时症状加重，纳差，脘腹部胀满不适，大便日一行、黏滞不爽；舌质暗红、苔白腻，脉弦滑。西医诊断：反流性食管炎（A 级）；中医诊断：食管瘕（气郁痰阻型）。治法：疏肝理气，开郁散结，化痰祛瘀，和胃降逆。处方：疏肝和胃化痰方加减。组成：旋覆梗 9 g，赭石 15 g，姜半夏 9 g，陈皮 6 g，茯苓 15 g，厚朴 15 g，黄连 3 g，吴茱萸 3 g，丹参 15 g，郁金 6 g，北柴胡 9 g，煅瓦楞子 30 g，浙贝母 9 g，竹茹 9 g，枳壳 9 g，生姜 3 g。14 剂，水煎服，每日 1 剂。同时，停用雷贝拉唑和莫沙必利，嘱患者畅情志，忌食甜腻、辛辣、生冷之品，餐后勿平卧。

2025 年 6 月 22 日二诊：患者咽部异物感减轻，痰多能排出，反酸消失，烧心缓解，暖气减少，胃纳改善，情绪焦虑反复发作，脘腹部胀满不适减轻，大便日 1 次、黏滞症状缓解；舌苔中根部腻，脉弦滑。原方去煅瓦楞子，加佛手 9 g、香附 9 g，增强疏肝理气之功，14 剂，煎服法同前。

2025 年 7 月 5 日三诊：患者咽部异物感明显减轻，情绪焦虑改善，痰少易排出，反酸、烧心均消失，暖气少，胃纳改善，脘腹部胀满不适消失，偶有大便黏滞症状；舌苔白稍腻，脉弦滑。二诊方加炒薏苡仁 15 g，增强健脾化湿之功，续服 14 剂，煎服法同前。

2025 年 7 月 19 日四诊：患者咽部异物感基本消失，情绪较稳定，无痰，胃纳渐佳，大便调；舌苔转薄白，脉弦。调整处方为：旋覆梗 9 g，北柴胡 9 g，枳壳 9 g，白芍 12 g，姜半夏 9 g，陈皮 6 g，茯苓 15 g，厚朴 9 g，郁金 6 g，太子参 12 g，麸炒白术 12 g。14 剂，每日 1 剂，水煎服，以健脾和胃、疏肝理气巩固疗效。

患者停药后每 3 个月随访 1 次，最后一次随访时间为 2026 年 1 月 20 日，患者诸症悉平，未见复发，纳眠可，二便调，情志舒畅，无暖气反酸、胃胀暖气、喉中痰阻等不适，舌脉平和。嘱慎食调护。

按语：本案患者以咽部异物感、反酸、烧心、

喉中有痰难排出、情绪焦虑时症状加重为核心症状,结合舌脉,辨为气郁痰阻型反流性食管炎,契合《金匮要略》“咽中如有炙脔”的梅核气表现,以及《丹溪心法》“气郁生痰”的病机。朱老师以经方化裁为疏肝和胃化痰方,对应气郁痰阻型GERD之核心病机,采用疏肝理气、开郁散结、化痰祛瘀、和胃降逆的治法对症治疗。二诊患者咽部异物感减轻,情绪焦虑反复发作,反酸消失,余症均减轻,胃纳改善,原方基础上需进一步缓解焦虑,故去煅瓦楞子,加佛手配香附,加强疏肝理气解郁之功效。三诊患者咽部异物感明显减轻,情绪焦虑改善,胃纳改善,偶有大便黏滞症状,舌苔白稍腻,脉弦滑。在原方基础上需加强健脾化湿力度,故加炒薏苡仁以助健脾化湿。四诊患者咽部异物感基本消失,情绪稳定,余证无殊,逆乱之气机得以平降和顺,达到治疗目的。本患者经疏肝理气、化痰祛瘀、和胃降逆治疗后,肝脾气机调畅,痰瘀得化,胃气得降,中焦升降复常,病情获临床痊愈,体现了朱老师“护胃气为根”的学术思想。

参考文献

[1]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.胃食

管反流病中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J].中国中西医结合消化杂志,2025,33(3):217-229.

[2]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(2023)[J].中医杂志,2023,64(18):1935-1944.

[3]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.

[4]LU T L, LI S R, ZHANG J M, et al. Meta-analysis on the epidemiology of gastroesophageal reflux disease in China [J]. World J Gastroenterol, 2022, 28(45): 6410-6420.

[5]柳红良,董斐,陶夏平.基于《伤寒杂病论》及金元四大家经典视角探讨胃食管反流病辨治思路[J].中医学报,2025,40(6):1205-1209.

[6]闫秀丽,朱生樑,程艳梅,等.中医辨证治疗胃食管反流病疗效观察[J].辽宁中医杂志,2018,45(5):991-994.

[7]王宏伟,朱生樑.朱生樑从“六郁”论治反流性食管炎经验[J].上海中医药杂志,2008,42(2):38-40.

[8]国家药典委员会.中华人民共和国药典(2025年版):一部[M].北京:中国医药科技出版社,2025:74.

[9]孙晶晶,刘洁.常用保护胃黏膜中药的作用机制研究进展[J].中国民间疗法,2023,31(19):114-118.

[10]万大群,赵仁全,刘海,等.白及的成分、药理作用和临床应用研究进展[J].中国药业,2017,26(2):93-96.

Professor ZHU Shengliang's Clinical Experience in Differentiating and Treating Gastroesophageal Reflux Disease with *Qi* Constraint and Phlegm Obstruction Syndrome

YAN Xiuli¹, YU Xiaoyu¹, ZHANG Xiulian²

1. Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 200437; 2. Baoshan Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT This paper summarizes professor ZHU Shengliang's academic idea and clinical experience in treating gastroesophageal reflux disease (GERD) with *qi* constraint and phlegm obstruction syndrome. It is believed that the core pathogenesis of GERD is the dysfunction of the liver, gallbladder, spleen and stomach, with binding of phlegm and stasis. The basic pathogenesis is the liver and gallbladder failing to dredge and disperse, the stomach failing to harmonize and descend, and the stomach *qi* counterflowing upward. In clinical practice, the treatment principle of regulating *qi* as the priority, resolving phlegm as the key, and activating blood as the assistant is applied, with harmonizing the stomach and directing counterflow downward throughout the whole process. A self-made *Shugan Hewei Huatan Formula* (疏肝和胃化痰方) is employed with the function of soothing the liver and rectifying *qi*, opening constraint and dissipating knot, dissolving phlegm and dispelling stasis, harmonizing stomach and directing counterflow downward, with an emphasis on flexible modification according to the syndrome as well as careful protection of stomach *qi*.

Keywords gastroesophageal reflux disease; *qi* constraint and phlegm obstruction; experience of famous doctors; ZHU Shengliang

(收稿日期: 2026-03-25; 录用日期: 2026-04-08; 修回日期: 2026-04-12)

[编辑: 贾维娜]