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*

柳红良[1]，董斐[2]，陶夏平[1]

1. 中国中医科学院广安门医院脾胃病科，北京 100053；2. 北京中医药大学疫病研究院，北京 100029

摘要：胃食管反流病病机无非寒、热二端，正如朱丹溪《局方发挥》言："吐酸，《素问》曰，明以为热，东垣又言为寒。"该病临床以热证多见，其病机可以《黄帝内经》中"诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热"概之，辨证大抵分为肝热、郁热以及湿热，张仲景与朱丹溪论述甚详，刘完素与张从正次之。此外，该病临床以寒证为本者亦不少见，其病机可以朱丹溪《局方发挥》中"诸坚痞，腹满急痛，吐腥秽，皆属于寒"概之，辨证大抵分为虚热、寒热错杂以及虚寒，张仲景与李东垣论述甚详。治疗上，当辨明寒热为先，察实热与虚寒之异以及脏腑之别，方可灵活用药。

关键词：胃食管反流病；张仲景；金元四大家；《伤寒杂病论》；《局方发挥》；肝热致病；郁热致病；湿热致病；寒热错杂致病；虚寒致病

DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2025.06.194

中图分类号：R256.3　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674－8999(2025)06－1205－05

Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease from Classics of *Shang Han Za Bing Lun* and Four Great Masters in Jin and Yuan Dynasties

LIU Hongliang[1], DONG Fei[2], TAO Xiaping[1]

1. Department of Spleen and Stomach Diseases, Guang′anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing China 100053; 2. Institute of Epidemic Diseases, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing China 100029

Abstract: The pathogenesis of gastroesophageal reflux disease can be attributed to Cold and Heat Evil Factors, as Zhu Danxi stated in *Ju Fang Fa Hui*: "the cause of Vomiting acid is considered Heat in *Su Wen* while Dong Yuan refered to it as Cold." Clinically, Heat syndrome is more commonly seen in this disease, which can be summarized in *Huang Di Nei Jing*" as follows: "All of the cases of vomiting acid and violently diarrhea is due to Heat". The syndromes are mainly divided into three types: Liver Heat, stagnant Heat, and Dampness Heat, as discussed in most details by Zhang Zhongjing and Zhu Danxi, followed by Liu Wansu and Zhang Congzheng. On the other hand, Cold syndrome is also not uncommon in clinical settings, and its mechanism can be summarized by Zhu Danxi in *Ju Fang Fa Hui* as follows: "all of the various cases of hardened distensions, abdominal fullness with acute pain and vomiting foul substance belongs to Cold". The syndromes are mainly divided into three types: vacuous Heat, mixed Cold and Heat, and vacuous Cold, which was discussed in great detailed by Zhang Zhongjing and Li Dongyuan. In treatment, it is essential to first clarify the distinctions between Cold and Heat, observe the differences between excess Heat and vacuous Cold, as well as the distinctions among the Zang and Fu, in order to apply medications flexibly.

Key words: gastroesophageal reflux disease; Zhang Zhongjing; Four Great Masters in Jin and Yuan Dynasties; *Shang Han Za Bing Lun*;

* **基金项目**：中国中医科学院广安门医院护航工程——骨干人才培育项目(9323024)；中华中医药学会雏鹰计划中医临床青年人才研修项目(9524007)

Ju Fang Fa Hui; disease caused by Liver Heat; disease caused by stagnant Heat; disease caused by Dampness Heat; disease caused by mixed Cold and Heat; disease caused by vacuous Cold

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)指胃内容物反流入食管或者以上部位(咽部、口腔或肺),从而引起反流相关不适症状和(或)并发症的一种疾病[1]。烧心和反流是 GERD 最常见的典型症状,亦是存在病理性食管酸暴露患者最常见的症状,部分 GERD 患者并无烧心和反流的症状,可表现为胸痛、上腹痛、上腹部烧灼感、嗳气等不典型症状。我国流行病学调查显示,每周至少发作 1 次烧心症状的发病率为 1.9% ~7.0%[2],我国胃食管反流病的发病率约为 3.1%[3]。可以说,胃食管反流病属于消化系统临床常见病、多发病,严重危害人类的身心健康和生活质量,给社会及家庭亦造成了较大的负担。

针对 GERD 抗反流防御机制减弱及反流物刺激等致病因素,西药主要采用质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)、促胃肠动力药物等治疗,为了达到更理想的症状控制或食管炎愈合状态,PPI 的疗程至少应为 8 周。其中,约 40% 的 GERD 患者对每日 1 次标准剂量 PPI 治疗部分或完全缺乏反应[4]。而且,长期应用 PPI 提高胃内 pH 值,可能促进肠道菌群增生,从而增加难辨梭状芽孢杆菌的感染率[5]。对于 PPI 治疗有效但需长期服药的患者,可考虑 GERD 的内镜治疗[6]或外科腹腔镜下胃底折叠术治疗[7],但内镜治疗 GERD 的长期有效性有待进一步证实[8]。对于难治性 GERD,目前仍然缺乏相对有效的手段。中医药作为一种综合治疗手段,通过辨病与辨证论治相结合的方法对该病进行治疗,具有一定的特色优势。中医认为,胃食管反流病归属于“吐酸”“食管瘅”等范畴。GERD 病位在食管,其病机无非寒、热二端,正如朱丹溪《局方发挥》言:“吐酸,《素问》曰,明以为热,东垣又言为寒。”其中,证候以热证居多[9],但寒证亦不少见。笔者基于《伤寒杂病论》及金元四大家经典视角,将 GERD 辨治思路系统阐述如下。

1　“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”

酸证,据临床表现可分为吐酸、吞酸和泛酸。其中,GERD 若症见典型的病理性食管酸暴露,反流一般会伴有反酸、烧心的症状,这便是中医的“吐酸”。其蕴含的信息有二:一是胃酸分泌过多;二是胃酸伴随胃气上逆而吐出的过程。正如《素问·至真要大论》言:“诸逆冲上,皆属于火。”程度较轻者,称为“吞酸”,即酸水随胃气上逆流入食管、咽喉或口腔,但又随即咽下的过程[10]。因此,“吐酸/吞酸”总的病机符合《素问·至真要大论》“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”之描述,其病理因素大抵分为肝热、郁热及湿热。

1.1　肝热致病　刘河间《素问玄机原病式》言:“酸者,肝木之味也。由火盛制金,不能平木,则肝木自甚,故为酸。”朱震亨《丹溪心法》认为:“吞酸者,湿热郁积于肝而出,伏于肺胃之间……宜用炒吴茱萸,顺其性而折之,此反佐之法也,必以炒黄连为君……使苍术、茯苓为辅佐。”2 位医家皆认为,肝热犯胃是吐酸的主要病机,朱丹溪因此创制了经典名方左金丸,重用黄连以清热,反佐吴茱萸疏肝,二者比例为 6∶1,则肝火自平从而达到佐金平木之功[11],后世被广泛用来治疗肝木化火导致的呕吐吞酸等症。笔者在临床中治疗此类 GERD 常遵丹溪之法,用左金丸辅以苍术、茯苓燥湿,疗效确切。

另有吐酸患者,反酸的同时会伴有胸部拘紧感,甚至胸痛的症状。此为肝热犯胃病机的基础上,往往合并气机郁阻不通。针对此病机,张仲景的大柴胡汤最为合适,常有桴鼓之效。《伤寒杂病论》中关于大柴胡汤的论述共有 4 条,其中,关于 GERD 诱发胸部拘紧感甚至胸痛的症状,有“呕不止,心下急,郁郁微烦”“心下满痛”“热结在里”“心中痞硬”的描述,其治疗便是“此为实也,当下之,宜大柴胡汤”。笔者在临床上针对肝热犯胃导致吐酸伴有胸痛不适的患者,常用大柴胡汤疏肝清热,行气消痞,辅以苍术、茯苓燥湿,疗效确切。

1.2　郁热致病　朱丹溪言:“气血冲和,百病不生,一有怫郁,诸病生焉,故人生诸病多生于郁。”其弟子戴思恭进一步补充:“郁者,结聚而不得发也,当升者不得升,当降者不得降,当变化者不得变化也,此为传化失常。”郁证致病,升降不得,结聚不发,非常符合脾胃疾病的病理特点,故朱丹溪《丹溪心法·六郁》曰:“凡郁皆在中焦,以苍术、抚芎开提其气以升之。”因此,郁证形成,中焦致郁者多,然“久郁则蒸热,郁久必生火”,这也是朱丹溪重要观点“气有余便是火”的重要源头。因此,六郁之中朱丹溪最重视气郁和火郁,治疗皆当以疏解气郁为先,郁久则兼以清火。观其经典方剂六郁汤(越鞠丸)亦

是如此，朱丹溪言："苍术、抚芎总解诸郁，随证加入诸药。"也就是说，苍术、川芎这两味药是六郁汤的核心药物，在这个基础上，其他药物实际上是朱丹溪"六郁"理论的加减法，如"气郁，香附、苍术、川芎……热郁，青黛、香附、苍术、川芎、栀子"。同时，参考刘完素提出"热郁致酸"的观点[12]，笔者在临床治疗郁热诱发 GERD 吐酸的症状，常用方剂便是朱丹溪治疗"热郁"的六郁汤。

GERD 的典型症状是烧心和反流，若有明确的病理性食管酸暴露，可能存在胃酸反流入口，遂可见吐酸症状。但是，40% 左右的患者没有"吐酸"症状[9]，即异常食管酸暴露，有烧心症状却表现为呕苦，也就是伴有胆汁反流[13]，一般来说，该类 GERD 患者胃镜下常表现为胃底黏液湖及附壁黏液颜色多有黄染，甚至呈现黄绿色[14]。这其中蕴含的信息亦有二：一是胆汁反流入胃；二是胃液同胆汁伴随胃气上逆而吐出的过程。《灵枢・四时气》曰："邪在胆，逆在胃，胆液泄则口苦，胃气逆则呕苦。"其病机为肝胆木郁，故治疗原则取"木郁则达之"之意。《伤寒论》言："少阳之为病，口苦，咽干，目眩。"张仲景创立的小柴胡汤是治疗肝胆郁热诱发 GERD 的经典方剂，用于治疗热郁少阳、枢机不利之证，遣方用药旨在清散并用，以畅枢机。

1.3　湿热致病　《黄帝内经》曰："饮食自倍，肠胃乃伤。"《丹溪治法心要》言："食郁者，嗳酸腹饱，不能食。"刘完素《素问玄机原病式》言："又如酒之味苦性热，饮之则令人色赤气粗，喜怒如狂，烦渴呕吐，皆热证也。其吐必酸，为热明矣。"此类 GERD 患者往往具有相同的体格特征，望诊可见大腹便便，头面部油腻，舌体多胖大，舌苔多黄腻等。其人或暴饮暴食，宿食停胃，聚湿化热；或忙于应酬，饮酒过多，致使湿热内蕴；或嗜食肥甘，酸湿生热，从而戕害脾胃。《丹溪心法・吞酸》言："吐酸……湿中生热，故从火化，遂作酸味。"

笔者针对湿热痰浊导致的 GERD，常选用张仲景小陷胸汤合平胃散治疗，该法具有宽胸散结、清热燥湿之功。《伤寒论》言："小陷胸病，正在心下，按之则痛，其脉浮滑者，小陷胸汤主之。"尤其对于湿热型 GERD 伴有胸痛或心前区不适的症状，应用频率很高。若宿食停胃，湿浊过盛，可以效法张从正"土郁夺之"之法，即"祛陈莝洁肠胃"，从而达到保护胃气的目的[15]。张从正《儒门事亲》云："《内经》曰脾为之使，胃为之市。人之食饮酸咸甘苦百种之味，杂凑于此，壅而不行，荡其旧而新之，亦脾胃之所望也。"脾主运化，胃主消磨，总以通畅为贵，又"盖伤宿食恶食……故凡宿食在胃脘，皆可下之"。针对痰热食滞过盛的患者，在具体用药上，笔者多效仿"祛陈莝洁肠胃"之法，在小陷胸汤合平胃散基础上，可酌加大黄、牵牛子之品。

2　"诸坚痞，腹满急痛，吐腥秽，皆属于寒"

对于酸证，另一临床常见表现是"泛酸"，在《诸病源候论》中亦称为"嗌醋"。泛酸是指本无吞酸吐酸之证，口中呈现泛泛不宁者，或偶因呕吐而出，或酸或苦，及不堪之味，皆因胃肠痰饮积聚所化[16]。其蕴含的信息有二：一是泛酸属于水湿痰饮的范畴；二是泛酸多不伴随胃气上逆的过程。朱丹溪《局方发挥》言："自气成积，自积成痰，此为痰、为饮、为吞酸之由也。"口中泛酸大多属于不堪之味，名为"腥秽"。因此，泛酸总病机符合朱丹溪《局方发挥》所言："诸坚痞，腹满急痛，吐腥秽，皆属于寒。"其病理因素大抵分为虚热、寒热错杂以及虚寒。

通过前述，可以清楚地看到朱丹溪对于酸证的认识，既有热亦有寒，而李东垣认为酸证的病机当属于寒，谓："吐酸者，甚则酸水浸其心，令上下牙酸涩，不能相对，以辛热疗之必减……杂病醋心，浊气不降，欲为中满，寒药岂能治乎？"其实，两位金元大家所论的病机之寒，后世《四明心法・吞酸》更有详论，言："凡是吞酸，尽属肝木曲直作酸也。河间主热，东垣主寒，毕竟东垣言其因，河间言其化也[17]。"因此，泛酸之证属于本虚标实，其本为脾胃虚弱或虚寒；其标为虚热，张仲景在《伤寒论》中描述为"客热，胃中虚冷"。

2.1　虚热致病　《伤寒论》言："发汗吐下后，虚烦不得眠，若剧者，必反复颠倒，心中懊侬，栀子豉汤主之……发汗若下之，而烦热胸中窒者，栀子豉汤主之……伤寒五六日，大下之后，身热不去，心中结痛者，未欲解也，栀子豉汤主之。"张仲景关于栀子豉汤的论述，有几个关键词是很值得推敲的，如"虚烦""烦热""胸中窒""心中结痛"。"虚烦"是总的证候名称。烦者，有二层含义：一指病因，邪热内扰所致，即"烦热"；二指病症，确有心烦，指病症为热扰心神而生，亦可造成客观的躯体症状，如"胸中窒""心中结痛"。另外，"虚"字说明病变的性质，非指正气虚，而是指本证无实邪之谓，此与陷胸证有形之"实"邪（上文所述的湿热、痰浊之邪）相对。综上，无形邪热留扰胸膈，但并未形成水与痰结等有形实邪，邪热蕴郁上焦，故称为虚烦。

上述症状如“虚烦”“胸中窒”等，都与 GERD 诱发的胸部不适症状息息相关。在现代医学中，食管反流监测是 GERD 的有效检查方法，为诊断 GERD 提供了客观证据，包括食管 pH 监测、食管阻抗－pH 监测和无线胶囊监测等[2]。很多胸部不适的 GERD 患者，不存在明显的病理性酸暴露，有的患者食管阻抗－pH 监测提示存在弱酸或弱碱反流，有些食管阻抗－pH 监测却表现为阴性。这一类 GERD 患者，大多应用常规 PPI 治疗效果不佳，可能存在食管的高敏感，且多伴有情志因素。《伤寒论》中治疗“虚烦”的栀子豉汤，尤其适用于非食管刺激因素（如情绪因素）诱发 GERD 的证治[18]。虚烦虽无实邪，却有火热之郁，故亦可称“郁烦”，轻者症见心烦不得眠；若重者，“必反复颠倒，心中懊侬”。很多 GERD 患者夜间出现胸部不适，坐卧不宁等症状，但没有监测到明显的病理性酸反流，心中烦乱，莫可名状，此时便可应用张仲景栀子豉汤，清宣郁热，以除虚烦。笔者在应用栀子豉汤的基础上，常常合用石菖蒲、郁金以增加宽胸除痞、清热除烦之功并辅用苍术、茯苓健脾燥湿。

2.2　寒热错杂致病　《伤寒论》云：“伤寒五六日……但满而不痛，此为痞，宜半夏泻心汤。”《金匮要略》云：“呕而肠鸣，心下痞者，半夏泻心汤主之。”半夏泻心汤清热燥湿，兼有补中益气之功，为后世辛开苦降、寒温并用、阴阳互调的代表方剂[19]。“痞满”“心下痞”等症状与泛酸总病机中的“诸坚痞，腹满急痛，吐腥秽”是一致的。张仲景在论述痞满病机时，言：“若心下满而硬痛者，此为结胸也，大陷胸汤主之；但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤……按之自濡，但气痞耳。”实际上，这里的“气痞”与栀子豉汤中的“虚烦”一样，有两层意思：一是与陷胸证有形之“实”邪（上文所述的湿热、痰浊之邪）相对，“但气痞耳”；二是此火亦为虚火，张仲景称为“客热，胃中虚冷”，柴胡剂不适用，明代张介宾称之为“虚痞”。

半夏泻心汤方中半夏降逆止呕为君药，干姜之辛热配伍黄芩、黄连之苦寒，寒热并用。然寒热错杂，又缘于中虚失运，故方中又以人参、甘草、大枣甘温益气补脾。李东垣言：“杂病醋心，浊气不降，欲为中满，寒药岂能治乎？”尤其对于泛酸之证，脾胃虚弱为本，切勿一味用寒药。即使应用泻火之品，亦要遵李东垣《脾胃论·脾胃胜衰论》“脾胃中泻火之亢甚，是先治其标，后治其本”的法度。李东垣《脾胃论》将治疗脾胃之本的中药称为“辛甘温药”，是除烦热之圣药。即使有虚热、郁滞的标象，也要在辛甘温药的基础上酌用苦药，如《脾胃论·随时加减用药法》言：“于正药中加青皮、陈皮、益智、黄柏。”其中的“正药”便是辛甘温药。因此，治疗 GERD 属于寒热错杂证时，一定要标本兼顾，半夏泻心汤的寒温并用之法，很好地契合这类 GERD 的病机，在临床中得到了大量运用[20-21]。相关实验研究表明，半夏泻心汤可以降低胃酸浓度、胆汁酸含量，抑制胃内容物反流，减轻食管黏膜损伤，促进胃动力[22]。

2.3　虚寒致病　胃液的分泌属于中医“津液”范畴。《素问·经脉别论》云：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道。”若脾胃津液代谢异常，部分 GERD 患者便可见口中泛泛不宁，甚至口吐腥秽，此皆属于痰饮之疾。这一类 GERD 患者大多没有典型的反流症状[23]，但常伴有食管外症状，包括咳嗽、咽喉异物感等，这类咳嗽称为胃食管反流性咳嗽或反流性咳嗽综合征[24]。反流造成的慢性咳嗽很常见，约占慢性咳嗽病因的 11.8%[25]。胃食管反流性咳嗽不属于外感，而属于内伤。《素问·咳论》有“此皆关于胃，聚于肺”的记载，同时又论述了完整的病机，云：“寒饮食入胃，从胃脉上至于肺，则肺寒。肺寒则外内合邪，因而客之，则为肺咳。”关于治法，张仲景《金匮要略》载有“病痰饮者，当以温药和之”的原则，对于虚寒导致的胃食管反流性咳嗽，笔者常用张仲景小半夏汤合苓甘五味姜辛汤加减，往往有确切疗效。

3　结语

GERD 是常见的消化系统疾病，烧心和反流是其典型症状，同时亦常见胸痛、上腹痛、上腹部烧灼感、嗳气等不典型的症状以及咳嗽、咽部不适等食管外症状。

该病临床以热证为多见，其病机遵循《黄帝内经》中“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热”。但并非反酸均由热引起，寒证亦不少见，其病机遵循朱丹溪《局方发挥》中“诸坚痞，腹满急痛，吐腥秽，皆属于寒”。治疗上，当辨明寒热为先，察实热与虚寒之异以及脏腑之别，方可灵活用药。GERD 病机无非寒、热二端，正如《景岳全书·吞酸》言：“盖察病者，当察以理，差理者，当察以真。即如饮食之酸由乎热，似近其理。然食在釜中，使能化而不能酸者，此以火力强而速化无留也。若起置器中，必久而后酸，此停积而酸，非因热而酸也。”

参考文献：

[1] HUNT R, ARMSTRONG D, KATELARIS P, et al. World gastroenterology organisation global guidelines[J]. J Clin Gastroenterol, 2017, 51(6): 467 – 478.

[2] 陈旻湖, 侯晓华, 肖英莲, 等. 2014 年中国胃食管反流病专家共识意见[J]. 中华消化杂志, 2014, 34(10): 649 – 661.

[3] HE J, MA X, ZHAO Y, et al. A population – based survey of the epidemiology of symptom – defined gastroesophageal reflux disease: the Systematic Investigation of Gastrointestinal Diseases in China[J]. BMC Gastroenterol, 2010, 10: 94.

[4] CICALA M, EMERENZIANI S, GUARINO M P, et al. Proton pump inhibitor resistance, the real challenge in gastro – esophageal reflux disease[J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(39): 6529 – 6535.

[5] BAVISHI C, DUPONT H L. Systematic review: the use of proton pump inhibitors and increased susceptibility to enteric infection[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2011, 34(11/12): 1269 – 1281.

[6] 中国医师协会消化医师分会胃食管反流病专业委员会, 中华医学会消化内镜学分会食管疾病协作组. 2020 年中国胃食管反流病内镜治疗专家共识[J]. 中华消化内镜杂志, 2021, 38(1): 1 – 12.

[7] 中华医学会消化病学分会. 2020 年中国胃食管反流病专家共识[J]. 中华消化杂志, 2020, 40(10): 649 – 663.

[8] ROUPHAEL C, PADIVAL R, SANAKA M R, et al. Endoscopic treatments of GERD[J]. Curr Treat Options Gastroenterol, 2018, 16(1): 58 – 71.

[9] 张声生, 朱生樑, 王宏伟, 等. 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.

[10] 朱丽红, 王宗殿. 浅议吐酸与吞酸[J]. 湖南中医学院学报, 2004, 24(6): 40 – 41.

[11] 朱丹溪. 丹溪心法[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 336.

[12] 高翔, 陶琳. 胃食管反流病食管动力障碍的中西医研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(4): 392 – 394.

[13] 王树强. 加味大柴胡汤治疗胆汁反流性胃炎 81 例[J]. 山东中医杂志, 2012, 31(1): 32.

[14] 姚萍, 郭学刚. 内镜下胆汁反流与胃黏膜损害关系探讨[J]. 中国内镜杂志, 2011, 17(4): 354 – 357.

[15] 李成文. 金元四大家的脾胃观[J]. 河南中医, 2004, 24(5): 3 – 5.

[16] 张介宾. 张景岳医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 1141 – 1142.

[17] 高鼓峰. 四明心法, 四明医案[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1991: 89 – 90.

[18] HO C E, GOH Y L, ZHAO X X, et al. GERD: an alternative perspective[J]. Psychosomatics, 2016, 57(2): 142 – 151.

[19] 王宏. 半夏泻心汤应用中的审病机辨证[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 19(10): 1225 – 1226.

[20] 刘洪武, 龚潇坤, 岑前丽, 等. 半夏泻心汤加减治疗食管相关疾病的研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(7): 1171 – 1174.

[21] 郑敏, 唐艳萍. 半夏泻心汤为主治疗反流性食管炎的 Meta 分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(5): 610 – 614.

[22] 李萌, 于靖文, 王少丽, 等. 半夏泻心汤治疗反流性食管炎临床与实验研究进展[J]. 吉林中医药, 2020, 40(9): 1257 – 1260.

[23] 杨莹莹, 杜斌. 从寒论治反流性食管炎[J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(10): 816 – 818.

[24] 陈志勤, 金小晶. 金小晶从寒从积论治胃食管反流性咳嗽经验[J]. 四川中医, 2016, 34(12): 9 – 11.

[25] 赖克方, 陈如冲, 刘春丽, 等. 不明原因慢性咳嗽的病因分布及诊断程序的建立[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(2): 96 – 99.

收稿日期：2024 – 12 – 13

作者简介：柳红良(1986 –)，男，山东烟台人，医学博士，副主任医师，研究方向：中医药治疗消化系统疾病的临床与基础研究。

通信作者：陶夏平(1970 –)，医学博士，主任医师，研究方向：中医药治疗消化系统疾病的临床与基础研究。E – mail: taoxiaping@163.com

编辑：孙铮