

邓虹教授运用“川芎 - 佛手”药对治疗胃食管反流病的经验撷萃

石秉思^{1*}, 赵娅娟², 邓 虹^{3#}

¹云南中医药大学第三附属医院脾胃肝病科, 云南 昆明

²云南中医药大学第三附属医院急诊科, 云南 昆明

³云南中医药大学第三附属医院(昆明市中医医院)教学管理科, 云南 昆明

收稿日期: 2026年6月21日; 录用日期: 2026年7月15日; 发布日期: 2026年7月22日

摘 要

总结邓虹教授运用“川芎 - 佛手”药对治疗胃食管反流病的临床经验。笔者通过跟师学习, 收集整理邓虹教授门诊治疗胃食管反流病的典型医案, 结合中医理论分析, 总结该药对的配伍特点、临床应用规律及加减心法。邓虹教授认为胃食管反流病的核心病机为脾胃虚弱、肝气郁结、气血不畅、胃失和降。“川芎 - 佛手”药对气血同调、肝胃同治, 适用于肝胃郁热证、气郁痰阻证及中虚气逆证兼肝郁者, 临床随证加减, 疗效显著。“川芎 - 佛手”药对配伍精当, 体现了邓虹教授“气血同调、肝胃同治”的学术思想, 值得临床推广应用。

关键词

胃食管反流病, 川芎, 佛手, 药对, 邓虹

Professor Deng Hong's Summarized Clinical Experience in Using the “Chuanxiong-Foshou” Herbal Combination for the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease

Bingsi Shi^{1*}, Yajuan Zhao², Hong Deng^{3#}

¹Department of Spleen-Stomach and Hepatology, The Third Affiliated Hospital of Yunnan University of Chinese

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 石秉思, 赵娅娟, 邓虹. 邓虹教授运用“川芎佛手”药对治疗胃食管反流病的经验撷萃[J]. 临床医学进展, 2026, 16(7): 1838-1846. DOI: 10.12677/acm.2026.1672708

Medicine, Kunming Yunnan

²Department of Emergency, The Third Affiliated Hospital of Yunnan University of Chinese Medicine, Kunming Yunnan

³Clinical Teaching Office, The Third Affiliated Hospital of Yunnan University of Chinese Medicine (Kunming Hospital of Traditional Chinese Medicine), Kunming Yunnan

Received: June 21, 2026; accepted: July 15, 2026; published: July 22, 2026

Abstract

This article summarizes Professor Deng Hong's clinical experience in utilizing the herbal combination of Chuanxiong (*Ligusticum chuanxiong*) and Foshou (*Citrus aurantium*) for treating gastroesophageal reflux disease. Through learning under his mentorship, the author collected and organized typical clinical cases of Professor Deng Hong's outpatient treatment of this condition, combined with analyses based on Traditional Chinese Medicine theory, to delineate the compatibility characteristics, clinical application principles, and modification techniques of this formula. Professor Deng Hong posits that the core pathogenesis of gastroesophageal reflux disease involves spleen-stomach deficiency, liver qi stagnation, impaired qi and blood circulation, and impaired stomach descent function. The "Chuanxiong-Foshou" combination regulates both qi and blood while simultaneously addressing liver and stomach disorders, making it particularly suitable for conditions such as liver-stomach heat stagnation syndrome, qi stagnation with phlegm obstruction syndrome, and middle-jiao deficiency with qi rebellion accompanied by liver stagnation. Clinical adjustments tailored to specific patterns yield significant therapeutic efficacy. The precise compatibility of this formula embodies Professor Deng Hong's therapeutic philosophy of "simultaneous regulation of qi and blood and integrated treatment of liver and stomach", making it worthy of widespread clinical application.

Keywords

Gastroesophageal Reflux Disease, Chuanxiong, Buddha's Hand, Drug Combination, Deng Hong

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃内容物反流入食管引起不适症状和(或)并发症的一种慢性疾病,临床以反酸、烧心、胸骨后疼痛为主要表现[1]。GERD 的临床表现多样,严重影响人们的生活质量。GERD 的全球患病率一直在稳步上升,不同的地理区域之间存在很大差异[2]。在西方国家,患病率估计为成年人口的 10%~20%,而在亚洲,患病率为 2.5%~7.8% [3]。GERD 在中国的总体患病率为 8.7%,呈逐年上升趋势,且西部和东部的患病率高于中部[4]。西医治疗以质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)或新型抑酸药钾离子竞争性酸阻滞剂(potassium channel acid blocker, P-CAB)为首选,虽能迅速缓解症状,但存在停药后复发率高、长期用药不良反应多等局限[5]。中医药治疗 GERD 具有辨证精准、个体化强、副作用小、复发率低等优势,尤其在改善患者整体状态、调节胃肠功能方面疗效确切[6]。

邓虹教授为全国第七批名老中医药专家学术继承人、云南吴氏扶阳学术流派第四代学术继承人,从事中西医结合脾胃病临床、教学工作数十载,好学经典,博采众长,临床擅用经方化裁治疗脾胃病,尤

其在 GERD 诊疗方面经验丰富, 疗效显著。笔者有幸随师学习, 发现邓师治疗 GERD 时高频运用“川芎-佛手”药对, 配伍精当, 特色鲜明, 兹总结如下。

2. 邓虹教授对 GERD 病因病机的认识

2.1. 病位在胃, 涉及肝脾

GERD 是现代医学病名, 中医无相应的病名。根据反酸主要症状, 可以将本病命名为“吐酸”。根据烧心、胸痛或食管外症状, 可以将“食管瘕”作为 GERD 的中医病名[7]。邓师认为, GERD 病位主要在胃, 与肝、脾密切相关。胃主受纳腐熟, 以降为和; 脾主运化升清, 以升为健。脾胃同居中焦, 为气机升降之枢纽。若脾胃功能失调, 升降失司, 则胃气不降反升, 发为反酸、嗳气、烧心等症。

2.2. 脾虚为本, 肝郁为标, 气血不畅为核心病机

邓师指出, GERD 发病多因脾胃虚弱, 运化失司, 水湿内生, 气机阻滞; 加之现代人情志不畅、压力过大, 易致肝气郁结, 横逆犯胃。肝郁则气机不畅, 气滞则血行瘀阻, 气血同病, 胃络不通, 胃失和降, 故见胃脘胀痛、反酸烧心、嗳气频作等症。正如《素问·至真要大论》[8]所言: “诸呕吐酸, 暴注下迫, 皆属于热。”然此热多由郁而生, 非实火也。肝郁化火, 横逆犯胃, 或脾虚湿阻, 郁久化热, 均可形成寒热错杂、本虚标实之证。

2.3. 健脾益气、疏肝和胃、气血同调为治疗总则

基于上述对 GERD 病因病机的深入认识, 邓师临证之际, 始终把握“脾虚为本、肝郁为标、气血不畅为枢”的核心环节, 从而确立三大治疗法则, 三者相辅相成, 不可偏废。脾胃为后天之本, 气血生化之源。邓师认为, GERD 患者无论临床表现如何繁杂, 脾胃虚弱实为发病之根由。脾主运化, 胃主受纳, 若脾失健运, 则水谷精微无以化生, 气血亏虚, 脏腑失养; 胃失和降, 则浊阴上逆, 发为反酸、嗳气、烧心诸症。且脾虚则运化无权, 水湿内停, 湿浊困阻中焦, 气机壅滞, 更易招致肝木乘克, 形成本虚标实、虚实夹杂之候。故健脾以助运化, 使气血生化有源。肝主疏泄, 性喜条达而恶抑郁。若情志不畅, 忧思恼怒, 则肝气郁结, 疏泄失司, 横逆犯胃, 致胃失和降、气逆于上, 此所谓“木郁克土”也。疏肝与和胃二者相辅相成, 疏肝以解其郁, 和胃以降其逆, 肝气条达则胃不受克, 胃气和降则气不上逆, 标本兼顾, 肝胃同治。气血者, 人身之根本, 气行则血行, 气滞则血瘀。邓师认为, GERD 病程缠绵, 反复发作, 久病入络, 气血同病。气血同调以通其枢, 使胃络通畅、胃腑得养。如此三法合用, 则脾虚得补、肝郁得疏、气血得畅, 中焦升降复常, GERD 诸症自可渐平。

3. 学术源流与比较

3.1. 历代医家对 GERD 的论述

在中医古代文献中并无 GERD 的具体病名, 古代医家通常将其归为“吐酸”“吞酸”“嘈杂”“胸痛”等范畴[9]。历代医家对此类病证的认识经历了一个由简趋繁、由症状描述向病机辨证深化的过程。

《素问·至真要大论》[8]首提“诸呕吐酸, 暴注下迫, 皆属于热”, 言其病机与热、肝相关; 《素问·宣明五气》[10]谓“脾为吞”, 指明病位在脾胃。隋·巢元方《诸病源候论》[11]立“噯醋候”, 认为吞酸可因上焦停痰、脾胃虚寒, 补充寒证之说。朱丹溪《丹溪心法·吞酸》[12]折衷寒热, 提出吞酸多属“湿热郁遏肝木, 伏于肺胃”, 创茱萸丸治之; 明·张介宾《景岳全书》[13]系统分寒热二型, 强调“治吞酸不可不先顾脾气”。嘈杂病名始见宋代, 朱丹溪主“嘈杂是痰因火动”, 强调郁热、痰湿为患, 后世补充肝郁、食积、胃虚等兼夹。清·李用粹《证治汇补·吞酸》[14]进一步阐明: “大凡积滞中焦, 久郁成热,

则本从火化，因而作酸者，酸之热也；若客寒犯胃，顷刻成酸，本无郁热，因寒所化者，酸之寒也”，确立了吐酸寒热辨证的完整框架。清代《类证治裁》[15]等进一步丰富了肝胃不和、胃热、胃寒等兼夹证型的辨治内容。

3.2. “川芎－佛手”配伍思路的文献追溯

川芎，辛，温。归肝、胆、心包经。功效为活血行气，祛风止痛。《本草汇言》[16]：“川芎，上行头目，下调经水，中开郁结，血中气药。”佛手，辛、苦、酸，温。归肝、脾、胃、肺经。功擅疏肝理气，和胃止痛，燥湿化痰。《本草便读》[17]：“佛手，理气快膈，惟肝脾气滞者宜之。”理气而不伤阴，疏肝兼能和胃，为理气药中平和之品。古代方书中未见“川芎－佛手”作为固定药对的明确记载，属邓虹教授基于经典理论化裁之临床经验。但其组方思路渊源有自：其一，气血同调、疏肝配活血之思想源于《景岳全书》[13]中的柴胡疏肝散(柴胡、川芎、香附、枳壳、陈皮等)，以川芎行血中之气，配疏肝理气药治疗肝郁气滞兼血瘀之胃脘痛，《临证指南医案》[18]进一步提出胃痛“初病在经，久痛入络”“辛香理气、辛柔和血”，为气滞血瘀型胃疾用川芎配理气药提供了理论依据。其二，佛手配疏肝理气和胃药在古代多用于肝胃气滞、痰气互结证，常与香附、陈皮、苏梗、半夏同用，少与活血药相配。邓师将川芎与佛手相伍，实质是取柴胡疏肝散“川芎活血行气助疏肝”之意，易柴胡为佛手——佛手疏肝和胃、理气化痰且不燥不峻，更契合 GERD 患者肝胃同病、本虚标实、不宜过于辛燥之特点，针对“肝郁气滞兼胃络瘀滞”核心病机形成新对药组合。

综上，“川芎－佛手”药对虽不见于古代成方，但其立法上承历代“气血同调、肝胃同治”之学术思想，结合佛手药性特色创新运用于 GERD，体现了名老中医在继承基础上的用药发挥。

3.3. 配伍机理

3.3.1. 气血同调，相辅相成

川芎辛温，走血分，长于活血行气；佛手辛苦酸温，走气分，善于疏肝理气。气为血之帅，血为气之母，气行则血行，血行则气畅。二者配伍，气血同调，相辅相成，共奏行气活血、通络止痛之功。针对 GERD 肝气郁结、气血瘀滞之核心病机，尤为贴切。正如《素问·至真要大论》[19]所云“疏其血气，令其调达，而致和平。”《血证论》[20]云“肝属木，木气冲和条达，不致遏郁，则血脉得畅。”

3.3.2. 肝胃同治，标本兼顾

川芎、佛手皆入肝经，共奏疏肝解郁之效。佛手兼入脾胃经，和胃降逆、理气止痛；川芎上行头目，通络止痛，能引药上行至胸膈。二者合用，既治肝郁之本，又和胃降逆之标，肝胃同治，标本兼顾。

3.3.3. 辛散苦降，复中焦升降之常

川芎辛温升散，能疏肝行气、升发清阳；佛手苦酸降泄，能和胃降逆、下气除满。一升一降，一散一收，调畅中焦气机，恢复脾胃升降之常。此正合《素问·藏气法时论》[19]“辛散、酸收、甘缓、苦坚、咸软”之旨。

3.3.4. 寒温适宜，性味平和

川芎、佛手皆为温性，但温而不燥，热而不烈。川芎辛温行散，佛手苦温理气，二者配伍，无过燥伤阴之弊，适用于 GERD 寒热错杂、本虚标实之复杂病机。即便兼见胃热者，配伍黄连、黄柏等苦寒之品，亦可寒温并用，归于平和。

3.4. 与当代名老中医经验之横向比较

当代名老中医治疗 GERD 多从疏肝和胃、辛开苦降或化瘀生肌切入，与邓虹教授“川芎－佛手”药

对相较各有侧重。徐景藩[21]教授重视“久病入络”，常在疏肝和胃基础上加用丹参、三七、莪术等化瘀生肌，偏重黏膜修复，且其总结出“糊剂卧位服药法”，能更好的使药物直达“病所”，更好地促进黏膜的修复；单兆伟[22]教授认为本病的发生必责“气机”的失常，在治疗本病时尤其重视调理气机升降，从肝、脾、肺、胃分而论治，用方多以柴胡疏肝散合左金丸为主，重在疏肝理气、清肝泻火，少用活血入络之品；谢晶日[23]教授主张从“开郁，降火，通腑”论治，用药上立足于“肝脾同调”，气郁兼痰结可选用佛手、香橼疏肝和胃，燥湿化痰，血瘀可选用川芎、佛手养血活血。

上述经验鲜见将川芎配佛手作为针对 GERD “肝郁 - 气滞 - 血瘀” 核心病机的固定对药。邓虹教授“川芎 - 佛手”药对承柴胡疏肝散气血同调之意，取佛手疏肝和胃不燥之特长，精简为小量对药配合辨证复方使用，突出轻清活血、肝胃同治、兼顾胃气，较适合早中期肝郁兼胃络瘀滞者长期服用，填补了此类轻清疏肝活血对药之空白，具有一定的临床特色与创新性。

4. 临床应用经验

邓师运用“川芎 - 佛手”药对治疗 GERD，并非简单堆砌，而是紧扣病机、明辨证型、灵活配伍、随证化裁，形成了独具特色的用药心法。笔者随师临证，悉心揣摩，将其临床经验总结为以下几个方面。

4.1. 核心病机与辨证要点

“川芎 - 佛手”药对并非通治 GERD 之万能配伍，邓师强调，其运用必有明确之机括。该药对核心指向之病机，乃肝气郁结、气血不畅、胃失和降三者交织之证。具体而言，需具备以下病机要素：

其一，肝郁气滞。患者通常有情志不畅之诱因，或长期压力过大，或突发恼怒抑郁，表现为胸胁胀闷、情志抑郁、善太息、嗳气频作，且症状随情绪波动而增减。此为运用该药对之先决条件，无肝郁则不必强用疏肝活血之品。

其二，气血不畅。肝郁日久，气滞则血行瘀阻，或病久入络，胃络瘀滞。表现为胃脘胀痛或刺痛，痛有定处，拒按或喜按，进食后加重，或伴面色晦暗、舌有瘀点瘀斑、脉弦涩。此气血同调之药对方能切中病机。

其三，胃失和降。胃气上逆之征明显，如反酸、烧心、嗳气、恶心、呕吐等，且以上症状因气郁加重，得嗳气或矢气稍舒。

邓师辨证，尤重舌脉合参。肝郁气血不畅者，舌多淡红或暗红，苔薄白或薄黄，边有齿痕或瘀点；脉以弦脉、弦细脉、弦涩脉为主，弦为肝郁，细为脾虚，涩为血瘀，三者并见，则肝郁脾虚血瘀之机昭然。

4.2. 适用证型与辨治心法

邓师运用“川芎 - 佛手”药对，主要适用于以下三种证型，各证型之辨治心法有所不同。

4.2.1. 肝胃郁热证——清肝和胃，气血同调

此证型为“川芎 - 佛手”药对之首选适应证。患者多因情志不畅，肝气郁结，郁久化热，横逆犯胃，致胃失和降、气逆于上。

证候特点：烧心、反酸频作，胃脘灼痛或胀痛，胁肋胀闷，口苦口干，心烦易怒，嘈杂善饥，大便偏干或调。舌红，苔薄黄或黄腻，脉弦数。

用药心法：此证肝郁化热，气血壅滞，胃热上逆。邓师以“川芎 - 佛手”为核心，疏肝行气、活血通络，使气血畅达，肝郁得疏；配伍左金丸(黄连、吴茱萸)，清肝泻火、降逆止呕。黄连苦寒，清泻肝胃实火，降逆和胃；吴茱萸辛热，疏肝下气，引热下行，且制黄连之寒，使清热而不伤胃。川芎与吴茱萸相伍，辛温行散，疏肝活血；佛手与黄连相配，苦降和胃，清热理气。四药合用，气血同调，寒温并施，肝

胃同治。

常用加减：胃脘灼痛甚者，加白芍、甘草，酸甘化阴，柔肝缓急；胁肋胀痛明显，加柴胡、香附，增强疏肝理气；反酸频作，加海螵蛸、瓦楞子，制酸和胃；口干口苦、心烦失眠，加栀子、淡豆豉，清宣郁热；大便秘结，加枳实，通腑降逆。

4.2.2. 气郁痰阻证——疏肝化痰，行气活血

此证型多见于 GERD 非典型表现者，以食管外症状为主，如咽中异物感、慢性咳嗽、声音嘶哑等。患者情志不畅，肝气郁结，津液输布失常，聚湿生痰，痰气互结，阻滞胸膈；兼之气血不畅，胃络瘀阻，胃失和降。

证候特点：咽中如有物梗，咯之不出、咽之不下，胸膈满闷，反酸、嗝气频作，情志不畅或进食时加重，或伴声音嘶哑、吞咽不适、夜间呛咳。舌苔白腻或薄腻，脉弦滑。

用药心法：此证痰气交阻，气血不畅，病位偏上，涉及咽喉胸膈。邓师“川芎－佛手”为核心，疏肝行气、活血通络，使气行痰消、血畅结散；配伍半夏厚朴汤(半夏、厚朴、茯苓、生姜、苏梗)，行气散结、降逆化痰。半夏辛温，燥湿化痰、降逆止呕，为治痰气互结之要药；厚朴苦辛，下气除满、燥湿消痰；茯苓甘淡，健脾渗湿，杜生痰之源；生姜辛散，和胃止呕，制半夏之毒；苏梗辛温，宽胸利膈，行气化痰。川芎与苏梗相伍，上行头目，疏通胸膈之气血；佛手与半夏、厚朴相配，理气化痰、和胃降逆。全方气血痰并治，升降相因，使痰消气顺、血畅胃和。

常用加减：痰多黏稠，加陈皮、枳壳，理气化痰；咽中异物感明显，加射干、山豆根，利咽散结；胸膈满闷甚，加瓜蒌、薤白，宽胸理气；反酸明显，加煅瓦楞子、海螵蛸，制酸和胃；兼脾虚便溏，加白术、党参，健脾益气。

4.2.3. 中虚气逆证兼肝郁——健脾疏肝，气血双调

此证型为 GERD 病程日久，或素体脾虚，或过用寒凉攻伐，致脾胃虚弱，中气不足，运化失司，升降失调；兼之情志不畅，肝气郁结，横逆犯胃，形成本虚标实、虚实夹杂之候。

证候特点：反酸、嗝气、胃痞胀满，进食后加重，神疲乏力，食欲不振，大便溏薄，情志抑郁或烦躁，胸胁胀闷。舌淡或淡暗，苔薄白，脉细弦或细涩。

用药心法：此证脾虚为本，肝郁为标，气血不畅为枢。纯补则碍肝郁，纯疏则伤脾气，攻补两难。邓师以“川芎－佛手”为佐使，轻疏肝气、活血和胃，使补而不滞、疏而不伤；主以六君子汤(党参、白术、茯苓、甘草、陈皮、半夏)健脾益气、和胃降逆。党参、白术、茯苓、甘草，四君子之意，培补中州，恢复运化；陈皮、半夏，理气化痰、降逆和胃。川芎与党参、白术相伍，补气行血，使补而不壅；佛手与陈皮、半夏相配，理气和中，使降逆而不伤正。全方健脾为主，疏肝为辅，气血双调，升降相因，使脾胃健和、肝畅气顺。

常用加减：气虚甚，加黄芪，补中益气；肝郁明显，加柴胡、香附，增强疏肝；反酸频作，加吴茱萸、黄连，左金丸意，清肝制酸；便溏日久，加薏苡仁、山药，健脾渗湿；胃脘冷痛，加干姜、桂枝，温中散寒。

4.3. 临证加减

邓师运用“川芎－佛手”药对时，随证灵活加减。兼胃热炽盛者，加黄连、吴茱萸，清肝泻火，降逆止呕；兼脾胃虚寒者，加干姜、附子、肉桂，温中散寒，行气活血；兼痰湿中阻者，加半夏、厚朴、陈皮，燥湿化痰，理气和中；兼脾虚气弱者，加白术、茯苓、甘草，健脾益气；瘀血明显者，加丹参、郁金、延胡索，活血化瘀，通络止痛；疼痛剧烈者，加白芍、甘草，柔肝缓急，活血止痛；嗝气频作者，加

旋覆花、赭石，降逆止呕，下气化痰；失眠多梦者，加合欢皮、酸枣仁，疏肝解郁，养心安神；咽中异物明显者，加苏梗、射干，宽胸利膈，利咽散结；大便溏薄者，加薏苡仁、山药，健脾渗湿，止泻和胃。

5. 典型医案

患者，男，54岁，2025年11月21日就诊。主诉：反酸1年，加重伴咽中异物感2月。现病史：患者自诉1年前无明显诱因开始出现反酸，未系统诊治，自服铝碳酸镁片可暂时缓解，未予重视。近2月因工作压力大、经常熬夜，反酸加重，每日5~6次，伴咽中如有物梗，咯之不出、咽之不下，胸膈满闷，暖气频作，情志不畅或进食后加重。无恶心、呕吐，无腹痛、腹泻、黑便等症状，纳眠可，二便调。曾于外院就诊，完善电子胃镜提示：反流性食管炎(A级)，慢性非萎缩性胃炎伴糜烂，胆汁反流；自行服用PPI类药物，效果不显。为求中医系统诊治，遂来就诊。刻下症见：反酸，每日5~6次，酸水泛至胸骨后，咽中如有痰梗，咯吐不出，吞咽不下，胸膈满闷，暖气频作，情志不畅或进食后加重，无声音嘶哑，无夜间呛咳，纳眠可，二便调。舌淡，苔薄白，脉弦滑。西医诊断：反流性食管炎(A级)。中医诊断：食管瘕(气郁痰阻证)。治法：疏肝解郁，化痰散结，行气活血，和胃降逆。处方：疏肝和胃降逆方加减。组成：酒吴茱萸10g，细辛3g，酒黄连5g，北柴胡10g，四炙香附10g，姜半夏15g，姜厚朴10g，陈皮20g，桂枝10g，茯苓30g，生姜15g，川芎10g，佛手10g，肉桂10g，盐黄柏10g，砂仁15g，黑顺片(开水先煎2小时)30g，海螵蛸10g，丹参30g，黄芩10g。7剂，水煎服，日1剂，分两次餐后温服。

二诊(2025年11月28日)：患者诉反酸减至每日2~3次，咽中异物感明显减轻，咯痰减少，胸膈满闷缓解，暖气减少，纳眠可，二便调。舌淡，苔薄白，脉沉滑。药已中的，痰气渐消，肝郁得疏，但脾虚之象渐显，湿盛未除。上方加党参15g、薏苡仁30g，健脾益气，渗湿化痰。7剂，煎服法同前。

三诊(2025年12月05日)：患者诉上述症状明显减轻，予前方7剂巩固疗效。随访至今，未再复发。

按语：本案患者年逾五旬，工作压力长期不释，情志不畅，肝气郁结，津液输布失常，聚湿生痰，痰气互结于咽喉，故见咽中如有物梗、胸膈满闷；肝气横逆犯胃，胃失和降，胆气随之上逆，故见反酸频作、暖气频作。舌淡、苔薄白、脉弦滑，为气郁痰阻之象。胃镜示反流性食管炎(A级)、慢性非萎缩性胃炎伴糜烂、胆汁反流，乃胃失和降、胆气上逆之佐证。邓师辨为气郁痰阻，兼寒热错杂，治以疏肝解郁、化痰散结、行气活血、和胃降逆。方以川芎、佛手为核心药对，气血同调，肝胃同治。川芎辛温，走血分，疏通胸膈之气血；佛手辛苦温和，走气分，疏肝理气，和胃化痰。二者相伍，气行痰消，血畅结散。配伍半夏厚朴汤行气散结、降逆化痰，左金丸清肝泻火、降逆止呕，柴胡、香附增强疏肝解郁之力，附子、桂枝、肉桂温肾助阳、散寒止痛，砂仁化湿醒脾，海螵蛸制酸止痛，丹参活血祛瘀。全方寒温并用，升降相因，气血痰并治，体现了邓师“寒温并用、辛开苦降、肝脾同调之”特点。“川芎-佛手”药对虽处大方之中，然气血同调之旨贯穿始终，使全方补而不滞、疏而不伤。二诊痰气渐消，反酸、咽中异物感减轻，但脾虚之象渐显，加党参、薏苡仁健脾益气，渗湿化痰。三诊诸症明显减轻，守方巩固，随访未复发。此案充分体现了邓师治疗GERD“健脾益气，扶正固本；疏肝和胃，降逆止呕；气血同调，标本兼治”之总则。患者舌淡苔薄白，脉弦滑而非弦数，故以疏肝化痰、温阳散寒、行气活血、寒热并用为治，方证相应，故收良效。

6. 讨论

“川芎-佛手”药对是邓虹教授基于“气血同调、肝胃同治”学术思想治疗GERD的核心经验，但在临床应用中需严格把握其适应证、时机及禁忌，才能确保疗效与用药安全。

6.1. 适用人群与最佳干预时机

该药对的核心病机为“肝气郁结、气血不畅、胃失和降”。因此，其最佳适用人群应具备以下特征：

一是有情志失调史(如工作压力大、焦虑抑郁),症状随情绪波动增减;二是除反酸、烧心外,兼有胸胁胀痛、嗳气频作等肝郁表现,或胃脘刺痛、舌暗有瘀点等血瘀征象。

在干预时机上,该药对尤其适用于两类情况:一是 GERD 反复发作超过 3 个月,常规疏肝理气药(如柴胡、香附单用)疗效不佳,提示病势已由气分深入血分,胃络瘀滞;二是内镜提示食管黏膜充血糜烂但程度较轻(如 A/B 级),此时介入活血行气药物,有利于改善局部微循环,促进黏膜修复。对于单纯的初发型、动力障碍型 GERD,仍以调理气机为主,不必急于使用该药对。

6.2. 禁忌证与注意事项

尽管川芎、佛手皆为温性且相对平和,但仍需警惕其温燥及活血之性带来的潜在风险。首先,阴虚内热证者禁用或慎用。若患者表现为胃脘灼热隐痛、饥不欲食、口干咽燥、舌红少苔或无苔、脉细数,此为胃阴亏虚之象。川芎辛温香燥,佛手苦温理气,误用极易耗伤胃阴,导致虚火更旺,出现口干加重、胃痛加剧等“动火”现象。其次,出血倾向者忌用。GERD 合并食管糜烂、消化性溃疡活动期,或有呕血、黑便史及凝血功能障碍者,应禁用川芎,以免加重出血。此外,妊娠期妇女慎用。川芎为活血行气之品,为妊娠慎用药物,孕妇使用需严格权衡利弊。

6.3. 特殊证型的调整策略

针对临床常见的“气郁化火、灼伤胃阴”或“中虚气逆兼胃阴不足”的复杂证候,不可拘泥于原方,必须进行化裁调整。若患者以阴虚内热为主(舌红少津),应采用“减味 + 反佐”法。一方面,减少川芎用量(由原方 10 g 减至 5~6 g),或改用丹参、赤芍等凉性活血药替代川芎,以减轻温燥之性;另一方面,配伍养阴生津药物,如沙参、麦冬、石斛、玉竹等,取益胃汤之意,使全方温而不燥、活血不伤阴。若患者寒热错杂明显(既有反酸烧心,又见胃脘怕冷、便溏),则可保留川芎、佛手,但需加大干姜、桂枝等温中药物的配比,体现“寒温并用”的原则,防止佛手、川芎之温助火,亦防大量温药伤阴。

6.4. 用药原则

遵循“中病即止”原则。一旦患者肝郁得疏、胃络通畅(表现为疼痛消失、舌暗转红、脉象由涩转缓),应及时调整处方,减少或停用川芎,转为健脾和胃、调理善后为主,避免过度活血耗气伤阴。所以在临床运用“川芎 - 佛手”药对治疗 GERD 时,必须做到精准辨证。临床医师需厘清其适用边界,针对阴虚等特殊体质进行灵活化裁,方能最大化发挥其临床价值,规避潜在风险。

7. 小结

邓虹教授治疗 GERD,以“脾虚为本、肝郁为标、气血不畅为枢”立论,善用“川芎 - 佛手”药对,气血同调,肝胃同治。川芎辛温活血行气,佛手辛苦疏肝和胃,二者相伍,气行血畅,胃降肝疏。临床随证化裁,或配左金丸清肝泻火,或合半夏厚朴汤化痰降逆,或佐六君子汤健脾益气,寒温并用,升降相因。其用药体现了“健脾益气、疏肝和胃、气血双调”之总则,方证相应,疗效确切,值得临床推广和深入研究。

参考文献

- [1] Labenz, J., Borkenstein, D.P., Müller, M. and Labenz, G. (2020) Gastroösophageale Refluxkrankheit—Update 2021. *Der Internist*, **61**, 1249-1263. <https://doi.org/10.1007/s00108-020-00890-1>
- [2] Tanvir, F., Nijjar, G.S., Aulakh, S.K., Kaur, Y., Singh, S., Singh, K., *et al.* (2024) Gastroesophageal Reflux Disease: New Insights and Treatment Approaches. *Cureus*, **16**, e67654. <https://doi.org/10.7759/cureus.67654>
- [3] El-Serag, H.B., Sweet, S., Winchester, C.C. and Dent, J. (2013) Update on the Epidemiology of Gastro-Oesophageal

- Reflux Disease: A Systematic Review. *Gut*, **63**, 871-880. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-304269>
- [4] Lu, T., Li, S., Zhang, J. and Chen, C. (2022) Meta-Analysis on the Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease in China. *World Journal of Gastroenterology*, **28**, 6410-6420. <https://doi.org/10.3748/wjg.v28.i45.6410>
- [5] 张北华, 周秉舵, 唐旭东. 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.
- [6] 王凤云, 吕咪, 周秉舵, 等. 胃食管反流病中医药研究现状、难点及辨治策略[J]. 中医杂志, 2026, 67(4): 392-396.
- [7] 谢胜, 刘礼剑, 黎丽群, 等. 胃食管反流病中西医协同诊疗共识意见[J/OL]. 世界中医药: 1-23. <https://link.cnki.net/urlid/11.5529.R.20260206.1646.002>, 2026-06-07.
- [8] 王长荣. 《内经》病机十九条辨析[M]. 厦门: 厦门大学出版社, 1997.
- [9] 韩玲娜, 孙志广. 孙志广治疗胃食管反流病经验举隅[J]. 江西中医药, 2026, 57(6): 39-42.
- [10] 王冰. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2024.
- [11] 巢元方. 诸病源候论[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2015.
- [12] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 北京: 中版集团数字传媒有限公司, 2020.
- [13] 张介宾, 古典医籍编辑部. 景岳全书上[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2023.
- [14] 李用粹. 证治汇补[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2011.
- [15] 林佩琴. 类证治裁[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008.
- [16] 倪朱谟, 戴慎, 陈仁寿, 等. 本草汇言[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2005.
- [17] 张秉成. 本草便读[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2015.
- [18] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京: 中版集团数字传媒有限公司, 2021.
- [19] 黄帝, 李郁, 任兴之, 等. 黄帝内经[M]. 西安: 三秦出版社, 2018.
- [20] 唐容川. 血证论[M]. 北京: 人民军医出版社, 2007.
- [21] 陆为民, 徐丹华, 周晓波, 等. 徐景藩教授胃食管反流病证治规律总结[C]//中华中医药学会脾胃病分会. 中华中医药学会第二十二届全国脾胃病学术交流会暨 2010 年脾胃病诊疗新进展学习班论文汇编. 2010: 751-753.
- [22] 王帆, 徐艺. 浅述单兆伟从气机升降论治胃食管反流病[J]. 中医临床研究, 2022, 14(10): 108-110.
- [23] 钱坤, 谢晶日. 谢晶日以“开郁, 降火, 通腑”三法治疗胃食管反流病经验[J]. 中国中医药信息杂志, 2025, 32(8): 172-175.