

刘建博辨治胃食管反流性咳嗽经验

王鹏¹ (指导: 刘建博²)

(1. 广州中医药大学第一临床医学院, 广东广州 510405; 2. 广州中医药大学第一附属医院, 广东广州 510405)

摘要: 总结刘建博教授治疗胃食管反流性咳嗽的经验。刘建博教授认为胃食管反流性咳嗽的主要病位在肺、胃, 并与脾、肝、肾密切相关。外邪、饮食不节、情志失调、体虚等均可成为其病因。虽最终病理变化总不离“胃失和降, 肺失宣降”, 但病机有脾虚痰湿、肝气犯胃、肾虚水泛之不同; 可分脾虚痰湿证、肝气犯胃证、肾虚水泛证3型辨治, 分别以健脾化痰、调肝和胃、培肾制水为治法, 相应采用香砂六君子汤、柴胡疏肝散合左金丸、肾气丸合旋覆代赭汤加减; 根据临床病症表现佐以降气止咳之炙枇杷叶与旋覆花药对、制酸止痛之海螵蛸与煅瓦楞子药对及下气消积之枳实与厚朴药对, 同时可配合穴位按摩, 可取得满意疗效。

关键词: 胃食管反流性咳嗽; 脾虚痰湿; 肝气犯胃; 肾虚水泛; 炙枇杷叶; 旋覆花; 刘建博

中图分类号: R256.11

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)06-1265-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.06.033

Experience of LIU Jianbo in Treating Gastroesophageal Reflux Cough

WANG Peng¹ (Advisor: LIU Jian-Bo²)

(1. The First Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China;

2. The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China)

Abstract: The experience of Professor LIU Jian-Bo in treating gastroesophageal reflux cough (GERC) was summarized. Professor LIU Jian-Bo believes that the disease of gastroesophageal reflux cough involves the lung and stomach, and is closely correlated with the spleen, liver and kidney. Exogenous pathogenic factors, improper diet, emotional disorder, deficiency of body physique contribute to its etiology. The pathogenesis of gastroesophageal reflux cough is usually characterized by the stomach failing in sending chyme downward and the lung failing in dispersing and descending, and can be differentiated as spleen deficiency with phlegm and dampness, liver-qi attacking stomach, and edema due to kidney deficiency. Correspondingly, gastroesophageal reflux cough can be classified into the syndrome types of spleen deficiency with phlegm and dampness, liver-qi attacking stomach, and edema due to kidney deficiency. The three syndrome types of gastroesophageal reflux cough can be separately treated by the methods of invigorating spleen and resolving phlegm, regulating the liver and harmonizing the stomach, and invigorating the kidney to restrict water (relieve edema) with the modification of *Xiang Sha Liujunzi* Decoction, *Chaihu Shugan* Powder plus *Zuojin* Pills, *Shenqi* Pills plus *Xuanfu Daizhe* Decoction, respectively. According to the specific clinical manifestations, the treatment can be assisted by herbal pair of prepared *Folium Eriobotryae* and *Flos Inulae* for descending qi to relieve cough, by herbal pair of *Endoconcha Sepiae* and calcining *Concha Arcae* for suppressing acid and relieving pain, and by herbal pair of *Fructus Aurantii Immaturus* and *Cortex Magnoliae Officinalis* for descending qi and removing food retention. The combination of acupoint massage during the treatment can often achieve satisfactory curative effects.

Keywords: gastroesophageal reflux cough; spleen deficiency with phlegm and dampness; liver-qi attacking stomach; edema due to kidney deficiency; prepared *Folium Eriobotryae*; *Flos Inulae*; LIU Jian-Bo

收稿日期: 2020-07-10

作者简介: 王鹏(1993-), 男, 在读硕士研究生; E-mail: 977737822@qq.com

通讯作者: 刘建博(1965-), 男, 教授, 硕士研究生导师; E-mail: 13538759071@163.com

基金项目: 广州市科创委民生科技攻关项目(编号: 201803010053); 刘小虹广东省名中医传承工作室(粤中医办函[2018]5号)

胃食管反流性咳嗽(gastroesophageal reflux cough, GERC)是由胃酸或其他胃内容物反流,甚或非酸反流(如胆汁反流)等引起的以咳嗽伴反流症状为主要表现的疾病^[1]。胃食管反流性咳嗽属于胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)的一种类型。目前西医治疗胃食管反流性咳嗽多采用促胃肠动力、减少胃酸分泌、抗反流手术等方法治疗,但药物治疗中出现不良反应屡见报道,如潘勇娜、普燕芳等^[2-3]报道长期使用奥美拉唑可引起胃肠多发息肉,何海涛^[4]发现长期使用质子泵抑制剂(PPI)可致肠道菌群紊乱;手术治疗较少用,且其疗效和安全性尚待证实^[5]。刘建博教授从事呼吸系统疾病的临床治疗30余年,对顽固性咳嗽、哮喘、肺间质纤维化、慢性阻塞性肺疾病、呼吸衰竭等呼吸内科常见病及疑难病的中西医结合诊治积累了较为丰富的经验,对胃食管反流性咳嗽的中医药辨治尤有体会。笔者有幸跟师刘建博教授,现将其采用中医药辨治胃食管反流性咳嗽的经验总结如下。

1 辨病求本, 审明病因病机

胃食管反流性咳嗽多伴反流症状,众医家将其归于“胃咳”范畴,多从胃论治。刘建博教授从祖国医学的经络理论和五行生克理论入手,对胃食管反流性咳嗽的中医病因病机提出了自己的见解。刘建博教授认为,胃食管反流性咳嗽可归属于“咳嗽”“久咳”范畴,病因无外乎外邪入侵、饮食不节、情志失调、素体体虚等。证候有“脾虚痰湿”“肝气犯胃”“肾虚水泛”之不同,不论何种病因病机,最终病理结果均为“胃失和降,肺失宣降”。病位看似在肺、胃,实则与脾、肝、肾密切相关。

1.1 脾虚痰湿(土不生金)《灵枢·经脉》曰:“脾足太阴之脉……,入腹,属脾,络胃,上膈,夹咽”,可见脾、胃与肺系之咽喉一脉相连。若脾胃不振,内生痰湿、中焦气逆可循脾经殃及太阴;外邪侵袭,亦可从鼻咽等肺之门户循脾经入传于肺及脾胃。《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”;又根据五行生克理论,可知脾土生肺金,脾为肺母。若脾受病,势必母病及子。临床上,若患者平素饮食不节,或烟酒无度,伤及脾胃,脾

不能为胃行其津液,酿生痰湿,痰浊中阻,加之食滞、邪气犯胃,浊气不得通降,导致痰浊停饮上干肺气而作咳,正如张锡纯《医学衷中参西录》所描述“……中气不旺,胃气不能息息下降,而乘虚上干,致痰涎并随逆气上并,以壅塞贲门,而生噎膈反胃者”^[6]。诸多医家认为脾胃虚弱是胃食管反流性咳嗽的主要病机^[7],而刘建博教授提出的脾虚痰湿之病机更切合临床实际。

1.2 肝气犯胃(肝木克土)《灵枢·经脉》曰:“肝足厥阴之脉,……,循喉咙之后,……,夹胃,属肝,络胆,上贯膈,布胁肋,……,其支者,复从肝别贯膈,上注肺”。《素问·奇病论》曰:“夫肝者,中之将也,取决于胆,咽为之使。”肝与肺胃位置毗邻,经络相通,关系密切。肝主升,肺主降,二者共同调节全身气机;肝属木,胃属土,胃土为肝木所克之腑,且肝与胃位置接近,故肝受病,易横逆犯胃;肺属金,为克木之脏,肝木太盛或肺金不足,易出现木火刑金的病理现象。刘建博教授将此种情况下出现的咳嗽总结为“木克土刑金”。清代名医李冠仙在其著作《知医必辨》中有过类似记载^[8]:“人之五脏,惟肝易动而难静……肝气一动,即乘脾土……又或上而侮肺……所谓木击金鸣也”。当今社会,生活节奏加快,人们承受的压力较大,若情志不舒,肝气失于畅达,甚至肝郁化火,横逆犯胃,使胃气不降反升,则致肺失肃降而作咳。

1.3 肾虚水泛(土壅水侮)《灵枢·经脉》曰:“肾足少阴之脉……,其直者,从肾上贯肝、膈,入肺中,循喉咙,夹舌本。其支者,从肺出,络心,注胸中”;《素问·水热穴论篇》所论“肾者胃之关也,关门不利,故聚水而从其类也”,指出了肾对胃中水液代谢的调节作用。《仁斋直指方·喘嗽方论》中的“肾气亏虚,下元不固,藏纳失职,气不归元,致气升上逆……,或阳虚水犯为痰,上逆于肺致咳致喘也”^[9],更加详细地揭示了肾虚水泛致咳的机理。肾与胃分属先天和后天,胃为火府,依赖肾阳之温煦以维持受纳腐熟及通降的功能;胃运得当,则肾精、肾气得以充养,从而相互为用。若年老久病、房劳过度致肾气、肾精不足,则肾阳化生亦少,日久火不暖土,脾胃阳虚,终致胃之受纳腐熟及通降功能失常,加之肾阳不足,无以化气行水,则痰饮内停。胃为

饮食、水谷受承之首，故水饮易停于胃府。土为水犯，其气上逆，影响肺气肃降，故出现咳嗽。

2 分型论治，方随证立

对于胃食管反流性咳嗽的辨治，刘建博教授提出首辨病位，次辨寒热虚实，继而分型论治的方法。分别治以“健脾化痰”“调肝和胃”“培肾制水”之法，灵活选方，常选经方治疗本病。胃食管反流性咳嗽的分型证治如下：

2.1 脾虚痰湿证 症见咳嗽，咳少许白黏痰，晨起受凉或进食生冷、油腻、甘甜、辛辣食物可诱发，胸闷脘痞，胸骨后烧灼感，温温欲吐甚至吐出清水痰涎，肢体倦怠，纳少，食后易腹胀，大便不成形，舌淡红，苔白腻，脉濡滑。

治疗上，刘建博教授抓住“脾虚”和“痰湿”的基本病机，以健脾化痰为主。《景岳全书·杂证谟·痰饮》言：“盖痰涎之化，本由水谷，使脾强胃健，则随食随化，皆成血气，焉得留而为痰”^[10]，故“健脾”与“化痰”二者，尤以前者为要。刘建博教授常用香砂六君子汤为主方加减。方中党参、白术、炙甘草健脾益肺，培土生金；陈皮、半夏燥湿化痰；茯苓利水，分消水湿；木香、砂仁健脾行气化湿，两药相配，可奏健脾、运脾、醒脾之功效^[11]。刘建博教授认为木香、砂仁为全方画龙点睛之药对，既能补益脾胃，阻滞痰湿内生，又能健运脾胃，使中轴运转，促进痰湿之邪的转化。现代研究^[12-13]表明香砂六君子汤能显著促进胃排空，减少胃潴留。此外刘建博教授结合叶天士“脾宜升则健，胃宜降则和”的理论，认为用药还应注重恢复脾之升清与胃之降浊的功能，常配伍黄芪、升麻、葛根、紫苏子、炙枇杷叶等升降之品。若饮酒或进食辛辣热烫食物诱发咳嗽，伴有心烦喜呕、口干口苦、胃脘嘈杂等症，是痰湿郁久化热之象，宜加黄连、枳实、竹茹；若患者天凉饮冷后出现咳嗽，伴有恶寒、不欲饮水、胃脘冷痛等症，为脾虚痰湿证基础上的复感寒邪之象，宜加藿香、厚朴、生姜。

2.2 肝气犯胃证 症见咳嗽，干咳、吐酸为主，甚至咳出血丝，咳嗽多因情绪抑郁、恼怒而诱发，伴有嗝气、口苦、胁痛、脘腹胀满，善太息，胃中嘈杂，伴反酸、烧心等症状，舌红苔黄、脉弦数。

治疗以“调肝和胃”为主。此类咳嗽多发生于平素精神压力大，情绪不佳，肝失疏泄者。《素问·六元正纪大论》云：“木郁达之”；《素问·至真要大论》曰：“诸呕吐酸，皆属于热”，故治疗往往疏肝与泄热并举。刘建博教授常用柴胡疏肝散合左金丸加减。方中柴胡、香附主入肝经，疏肝气、散郁结，恢复肝主疏泄的机能；白芍养阴敛肝，补肝之体，以利肝主疏泄之用，深合“肝体阴而用阳”之理；枳壳、陈皮理气行滞和胃；黄连清热泻火；炙甘草调和诸药。《金镜内台方议》称吴茱萸“能下三阴之逆气”^[14]，用辛热之吴茱萸，既能降逆止呕，又能防止诸疏散寒凉药物的耗气伤阳，故刘建博教授认为吴茱萸温寒而无气逆之弊、降逆而无遏阳之忧，以为佐使之药。前方重在疏肝理气，后方重在增强降泄肝火之作用。近年来的研究证实柴胡疏肝散具有较好的促进胃肠蠕动的作用^[15]，在2017年版的《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见》^[16]中该方被推荐为治疗肝胃不和证的主方。左金丸在临床上治疗具有相同发病机制的反流性食管炎也取得了较好疗效^[17]。若见咳吐血丝，是肝火太旺，灼伤肺胃之络脉，可加用主归肺、肝、胃经之藕节炭、大叶紫珠以凉血止血，同时酌加黄芩、栀子等清热泻火解毒之品。

2.3 肾虚水泛证 症见咳嗽，时有清稀痰液，畏寒，气短甚或气促，脚肿，腰膝酸软，常伴有心下痞硬、嗝气不除，纳差，呕恶难止，甚至呕吐清水痰涎，小便不利，舌淡胖，边有齿痕，苔白滑，脉沉弱。

治疗当以“培肾制水”为治法。此型咳嗽多发生于久病多病、年老体衰之人，咳嗽只是水饮上犯的一个表现，病机根本在于肾气亏虚，火不暖土，以致脾胃运化失常，水液上犯。《医宗金鉴》曰：“所云火生土者，即肾家之少火，……，若命门火衰，少火几于熄也，欲暖脾胃之阳，必先温命门之火”^[18]，故治疗重在培补肾气。《素问·阴阳应象大论》曰：“壮火食气，气食少火，壮火散气，少火生气”。刘建博教授借鉴《金匱要略》中“阴中求阳”“微微生火，化生肾气”的思想，治疗时常选用肾气丸合旋覆代赭汤加减。方中熟地黄、山茱萸、山药补肝肾以化生精气；熟附子、桂枝温补命门之火以激发肾气；牡丹皮清热

凉血，活血化瘀；泽泻、茯苓利水渗湿，与熟地黄、山茱萸相配，寓补于泻，除旧生新之意；生姜、法半夏温胃降逆止呕；“诸花皆升，旋覆独降”，故取质地轻清而药性沉降之旋覆花，专降肺胃之逆气；代赭石质重性降，能重镇降逆、下气消痰，此二者为旋覆代赭汤之君药，如此上下相应，花石相引，以达降逆气、痰浊之效。现代医家亦不乏用旋覆代赭汤治疗难治性胃食管反流者^[19-20]。肾气丸可治咳嗽之本，旋覆花、代赭石针对咳嗽之标，如此则标本兼顾，咳嗽得以控制。

3 配伍经验药对

3.1 降气止咳之炙枇杷叶与旋覆花药对 胃食管反流性咳嗽患者最终病理结果不外乎胃失和降、肺失宣降，遣方用药时，应重视调节肺、胃之气机。枇杷叶和旋覆花主降肺胃之气，动物实验研究亦表明二药既能止咳又能增加胃肠蠕动作用^[21-23]。刘建博教授常选用此二药来降泄肺胃之气。炙枇杷叶味苦性寒，适用于胃食管反流性咳嗽属热证者，旋覆花味苦、辛、咸，性微温，较适用于胃食管反流性咳嗽属寒证者，但与大量清热化痰之品配伍时也可用于热证者。

3.2 制酸止痛之海螵蛸与煅瓦楞子药对 部分胃食管反流性咳嗽患者伴有胃酸过多导致的反流症状如胃痛、反酸、烧心、暖气等，此时中和胃酸不仅是制止咳嗽的关键，也是减轻胃脘部不适的重要一环。海螵蛸和瓦楞子在历代医籍中均有“制酸止痛，治疗胃痛吐酸”的记载，故刘建博教授在治疗本病时多在方剂中加入这两味药。现代医学研究证实，煅瓦楞子和海螵蛸均为富含碳酸盐及磷酸盐的贝壳类药物，能中和胃酸，显著升高胃液酸碱度和降低胃黏膜溃疡指数^[24-25]。

3.3 下气消积之枳实与厚朴药对 胃为六腑之一，主司食物的受纳与腐熟，并将食糜下传肠道。胃气下降是其主要生理特性，故保持胃的通降功能正常有助于胃食管反流性咳嗽的治疗。《药品化义》曰：“枳实专泄胃实，开导坚结，消痰癖……祛停水，逐宿食，破结胸，通便闭，非此不能也”；《医学衷中参西录》云：“厚朴，治胃气上逆，恶心呕哕，胃气郁结胀满疼痛，为温中下气之要药”。若患者兼有腹满、暖气、呃逆、大便不畅等表现，刘建博教授常酌用枳实、厚朴二药，

以恢复胃之通降之性。

4 辅以腧穴按摩，内外合治

腧穴是脏腑经络之气输注于体表的特殊部位，具有沟通脏腑、联系内外、运行气血、防病保健、抗御病邪等作用。刘建博教授在治疗胃食管反流性咳嗽时，除用内服中药辨证治疗外，还主张平素行腧穴按摩治疗以调理脏腑功能。常选用尺泽、太渊以调理肺气之宣降；选用内关、中脘、足三里以调和胃气；选用期门、膻中、太冲以疏解肝气；选用太溪、涌泉及督脉背段来补肾助阳。另外，按压降泄胃气之特效穴攒竹及化痰之特效穴丰隆、三阴交，配合顺时针方向摩腹可促进胃肠蠕动。腧穴按摩可使华盖得通，腑气得降，肾气得充，全身气机得以调畅，从而增强中药内服的效果。

5 验案举隅

5.1 脾虚痰湿证 患者张某，男，43岁，2018年1月15日首诊。主诉：反复咳嗽2年余，再发加重2个月。患者自诉平素反复干咳，伴有轻微反酸、暖气，未予重视，两个月前在哈尔滨旅游，因受寒而感冒，回广州后反复咳嗽，晨起明显，鼻塞流涕，伴有剑突上胸骨后隐痛，反酸水，暖气。于当地诊所行血分析、支原体抗体、胸片检查等，未见明显异常，未行胃镜检查，予口服枸橼酸喷托维林片(25 mg, tid)，服后咳嗽可止，药停病复。刻下症见：咳嗽，少许白痰，自觉怕风，轻微鼻塞流涕，诉因来就诊时逆风而行，中途咳嗽加剧，呕出清水痰涎，无发热，语声低沉，剑突上胸骨后不适，频频暖气，胃脘胀闷，按之稍痛，不欲饮食，肢体倦怠乏力，大便每4~5日1次，小便清长。舌淡，苔白润，脉浮滑。辅助检查：2018年1月16日胃镜检查示反流性食管炎(轻度)，心电图未见明显异常。西医诊断：胃食管反流病性咳嗽。中医诊断：咳嗽(脾虚痰湿证)。予香砂六君子汤加减。方药：熟党参30 g，炒白术20 g，茯苓30 g，化橘红15 g，法半夏15 g，砂仁15 g，木香15 g，黄芪20 g，姜厚朴10 g，枳实10 g，荆芥10 g，防风10 g，炙甘草6 g。共7剂，每日1剂，水煎至250 mL，早晚分两次饭后温服。2018年1月24日复诊，自诉咳嗽较前明显缓解，

偶有暖气、胃痞，呕吐痰涎明显减少，无鼻塞流涕，大便通畅，余无不适，纳眠可，二便调。舌淡红，苔白，脉滑。予前方去荆芥、防风、枳实，改姜厚朴为厚朴，再服7剂，患者再次复诊时诉诸症已不明显。

按：本病案患者既往长期慢性咳嗽，伴有胃反流症状，因在北方受寒后病情加重。初诊时一派脾气虚弱、痰湿水饮之征象；怕风、鼻塞流涕为表邪未去之表现；大便不通为脾气虚与中焦气滞共同作用的结果。故在香砂六君子汤基础上加黄芪益气，加荆芥、防风解表，加枳实、姜厚朴降气燥湿温中。服用7剂后诸症缓解，表证得解，大便已通，故减去相应药物。

5.2 肝气犯胃证 患者胡某，女，35岁，2018年5月14日首诊。主诉：胁痛、口苦半年，加重伴咳嗽1个月。患者半年前与家人吵架后闷闷不乐，持续1周每日饮酒，不久后出现胁肋部与乳房胀痛、口苦、善太息，近1个月加重，有剧烈的刺激性干咳，情绪抑郁时明显，伴胃脘嘈杂、吐酸、烧心等症。2018年4月28日外院胃镜检查提示：(1)反流性食管炎；(2)慢性浅表性胃炎。尿素C-13呼气试验(+)；双乳彩超结果提示：双侧乳腺增生。予莫沙必利+艾司奥美拉唑+阿莫西林+呋喃唑酮四联抗幽门螺杆菌治疗14d，不效，遂来诊治。刻下症见：干咳，极少量白黏痰，口干口苦，双侧胁肋及乳房胀痛，伴胃脘嘈杂、吐酸、烧心等症；纳眠欠佳，大便干稀不调，小便短少色黄；舌红，苔黄，脉弦滑。西医诊断：(1)反流性食管炎；(2)慢性浅表性胃炎；(3)幽门螺旋杆菌感染；(4)乳腺增生。中医诊断：咳嗽(肝气犯胃证)。嘱患者注意保持心情舒畅，继续口服抑酸剂和促胃肠动力药，同时予柴胡疏肝散合左金丸加减。方药：柴胡10g，陈皮10g，川芎10g，香附10g，白芍15g，吴茱萸6g，黄连9g，黄芩6g，海螵蛸20g，煅瓦楞子15g，甘草6g，大枣6g。共7剂，每日1剂，水煎至250mL，早晚分两次饭后温服。2018年5月22日二诊，自诉咳嗽明显改善，已无明显口干口苦，胃脘嘈杂、烧心、吐酸等症较前有明显减轻，胁肋及乳房胀痛如前，纳可，眠仍欠佳，二便调，舌淡红，苔白，脉弦。原方基础上去黄连、黄芩，加延胡索15g、郁金15g、合欢皮9g，更服14剂，随访症状渐趋

好转。

按：本病案患者因情志不遂诱发咳嗽，为肝郁化火，刑金克木所致，乳房胀痛、吐酸、烧心、口苦、尿赤等皆为肝热之象，故予柴胡疏肝散合左金丸疏肝泄热，加黄芩增清热燥湿解毒之功，加海螵蛸、瓦楞子制酸，加甘草、大枣顾护脾胃，防止诸药败胃伤中。7剂后患者症状改善，肝热已减，气机得降，但胁肋及乳房胀痛犹在，眠仍差，是肝郁犹存之象，若不加强疏肝，咳嗽、吐酸诸症可旋即再起。故在前方的基础上去黄连与黄芩，加延胡索、郁金、合欢皮等药以行气止痛、疏肝解郁。

5.3 肾虚水泛证 患者王某，男，74岁，2019年4月26日首诊。主诉：反复咳嗽4个月余。患者平素常感腰膝酸软、头晕耳鸣、记忆力减退、四肢不温。既往胃食管反流病病史10余年，5年前诊断为慢性阻塞性肺疾病(重度阻塞)，半年前不慎跌倒致右侧胫骨骨折，于2018年1月行髓内针内固定术，术后骨折愈合缓慢。4个月前，无明显诱因出现咳嗽，现咯稀白痰，伴有胃脘痞硬、频频暖气、恶心、食欲不振等症，活动后心慌、气喘，甚至呕出清水，腰膝酸软、头晕耳鸣、记忆力减退、四肢不温症状如前，小便不利，双下肢轻度浮肿，舌淡暗，边有齿痕，苔白滑，脉沉细。于2019年4月26日来诊时完善血分析、血气、胸片等检查，结果未见明显异常。西医诊断：(1)胃食管反流病；(2)右侧胫骨骨折术后；(3)慢性阻塞性肺疾病伴或不伴慢性肺源性心脏病。中医诊断：咳嗽(肾虚水泛证)。以“培土治水，兼温阳利水”为治法。予肾气丸合旋覆代赭汤加减。方药：熟地黄30g，山茱萸15g，山药30g，泽泻10g，牡丹皮10g，茯苓20g，桂枝15g，熟附子15g，旋覆花6g，代赭石6g，炒白术15g，白芍10g，生姜10g，补骨脂10g，枸杞子15g，煅瓦楞子6g，甘草6g。共14剂，每日1剂，水煎至250mL，早晚分两次饭后温服。同时口服呋塞米片(10mg，qd)、螺内酯片(10mg，qd)以利尿。2019年5月12日二诊，自诉咳嗽较前有所改善，胃痞、暖气、恶心、气喘、呕吐清水等症状均有所减轻，水肿、小便不利明显改善，但腰膝酸软、头晕耳鸣、记忆力减退、四肢不温等症状大致同前。嘱其停用呋塞米片、螺内酯片，在原方

基础上予口服补肾健脾膏方2个月。随访半年,患者未诉咳嗽、胃部不适等症状未再加重。

按:结合患者年龄、既往病史及日常状况,不难看出患者有肾精不足的基础情况。患者本次发病过程中,咳、悸、喘、肿、呕俱为肾虚水泛之征象,遂在肾气丸合旋覆代赭汤的基础上,加炒白术、白芍、生姜等,与附子、茯苓配伍合温阳利水之真武汤之意,同时予补骨脂、枸杞子补肝肾,则肾气得充,死水得化,咳嗽自平。服用14剂后,考虑患者肾精不足实难充养,遂予益肾健脾膏方加强疗效,后病情渐趋稳定,足见疗效。

综上,胃食管反流性咳嗽因其反复发作、缠绵难愈,且因长期西药治疗不良反应明显、手术治疗效果和安全性难以保障等,故患者常选用中医药治疗。刘建博教授治疗胃食管反流性咳嗽主张首辨病位、次辨寒热虚实、分型论治,主要分3种证型(脾虚痰湿证、肝气犯胃证、肾虚水泛证)辨治,灵活选用经方,结合特色药对,配合穴位按摩等外治手段,疗效确切,其辨治方法丰富了胃食管反流性咳嗽的中医诊疗思路,值得借鉴。

参考文献:

- [1] 赖克方. 咳嗽的诊断与治疗指南(2015)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(5): 323-354.
- [2] 潘勇娜, 常月锋, 支珊. 奥美拉唑致胃多发息肉1例[J]. 河北北方学院学报(自然科学版), 2017, 33(10): 35-37.
- [3] 普燕芳, 韦风华. 奥美拉唑致胃肠多发息肉1例[J]. 医药导报, 2015, 34(12): 1677.
- [4] 何海涛. 长期使用质子泵抑制剂对老年GERD患者肠道菌群的影响[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2018.
- [5] 魏德胜, 徐建峰, 周军庆, 等. 胃食管反流病的治疗进展[J]. 中华胸部外科电子杂志, 2020, 7(1): 45-50.
- [6] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 石家庄: 河北人民出版社, 1974: 121-122.
- [7] 李军祥, 谢胜, 唐旭东, 等. 消化系统常见病胃食管反流病中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(6): 2995-2998.
- [8] 李冠仙. 知医必辨[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1984: 33-34.
- [9] 杨士瀛. 仁斋直指方[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2006: 257-258.
- [10] 张景岳. 景岳全书·杂证谟选读[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 1988: 140-143.
- [11] 朱光. 辨健脾、运脾、醒脾[N]. 中国中医药报, 2017-09-14.
- [12] 张哲华. 香砂六君子汤药理研究与临床应用概述[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(5): 245-247.
- [13] 祁志娟. 香砂六君子汤联合四联疗法治疗脾胃气虚型功能性消化不良的疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20(9): 23-24.
- [14] 许宏. 金镜内台方议[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986: 129-130.
- [15] 李雪萍, 张桢, 雷鸣. 柴胡疏肝散对便秘模型大鼠便秘及肠道蠕动功能的影响[J]. 吉林中医药, 2014, 34(3): 282-285.
- [16] 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.
- [17] 郭育慧. 左金丸加减治疗肝胃不和型反流性食管炎的临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2019, 40(3): 45-47.
- [18] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 646-648.
- [19] 王高峰, 朱生樑. 朱生樑辨治难治性胃食管反流病经验撷英[J]. 上海中医药杂志, 2020, 54(1): 30-32.
- [20] 刘凡, 杜念龙, 时昭红. 时昭红治疗难治性胃食管反流病经验举隅[J]. 湖北中医杂志, 2018, 40(3): 17-20.
- [21] 钟赣生. 中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 304-326.
- [22] 王建华, 侯艳鹏, 蔡少青, 等. 旋覆花素镇咳祛痰作用的实验研究[A]/ 中国国际中医药博览会论文集[C]. 北京: 2003.
- [23] 冯航. 枇杷主要药效成分及药理作用研究进展[J]. 西安文理学院学报(自然科学版), 2015, 18(2): 14-16.
- [24] 方皓, 鄢玉芬, 陶明宝, 等. 瓦楞子及不同炮制品对大鼠急性胃溃疡的保护作用比较研究[J]. 中药药理与临床, 2018, 34(6): 116-121.
- [25] 范意淇, 赵嫣虹. 海螵蛸的研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2016, 25(4): 47-48.

【责任编辑: 贺小英】