DOI:10.12174/j.issn.2096-9600.2026.05.07

基于“亢则害,承则制”理论探讨从肝论治反流性食管炎*

郭慕瑶[1],李昊霖[2],刘冬梅[3]
1 临沂正直医院,山东 临沂 276002;
2 山东中医药大学,山东 济南 250014; 3 山东中医药大学附属医院,山东 济南 250014

[摘 要] 以《素问》“亢则害,承乃制”为理论核心,系统阐释反流性食管炎的肝胃失衡病机及相应治则,为临床从肝论治反流性食管炎提供理论依据与思路。重点强调机体通过相互制约维持动态平衡,若一方过亢则为害,须依赖承制之力恢复协调。据此提出反流性食管炎从肝论治四法:伐肝益胃法适用于肝气犯胃证,化痰疏肝法针对痰气交阻证,清肝泻热法用于肝胃郁热证,活血柔肝法用于久病入络之血瘀证,以达祛邪扶正之目的。

[关键词] 反流性食管炎;亢则害;承则制;从肝论治
[中图分类号] R256.31 [文献标识码] A [文章编号] 2096-9600(2026)05-0028-04

方中逍遥散疏肝养血健脾,加栀子清热泻火,牡丹皮清热凉血治有汗骨蒸。配合青蒿鳖甲汤养阴透热,方中青蒿、鳖甲滋阴清热、内清外透;地骨皮、秦艽清热凉血,治骨蒸潮热;枸杞、女贞子滋阴补肾,防相火妄动。因该患者属情志不舒,肝郁化火,伤阴耗液,属心脾两虚,心神不宁证,故又选甘麦大枣汤,该方出自《金匮要略》,主治:“妇人脏躁,喜悲伤欲哭,象如神灵所作,数欠伸”,具有补益心脾,宁心安神之功,恰合本案病机。二诊时,去青蒿、醋鳖甲,加百合加重解郁安神之效。三诊时去清虚热秦艽、焦栀子、地骨皮,加桂枝温通经脉,助阳化气,治疗3个月症状消失。

5 小结

总之,张琪强调内外相引而九气怫郁致郁,以“调十二官之郁”为纲,明辨“因病致郁”与“因郁致病”,认为病机为“虚在脏腑、实在痰瘀”,治用大方复法应对各脏虚实。其论丰富了治疗郁证的内涵,为临床诊治抑郁提供了指导。

参考文献

[1] 过伟峰,曹晓岚,盛蕾,等.抑郁症中西医结合诊疗专家共识[J].中国中西医结合杂志,2020,40(2):141-148.
[2] 李飞,陈泽林,柴田莉,等.中西医治疗焦虑症的研究进展[J].西部中医药,2023,36(6):145-148.
[3] 徐向青,曲淼.“因郁致病”与“因病致郁”理论溯源及临证思考[J].北京中医药大学学报,2022,45(9):878-881.
[4] 余赟楠,宋咏梅.阳气怫郁理论探析[J].中华中医药杂志,2022,37(8):4470-4473.
[5] 邓萍,赵吉超,章文春,等.《儒门事亲》气学说研究[J].中华中医药杂志,2022,37(4):2169-2171.
[6] 李冬春,王亚丽,梁新,等.王亚丽从肝心论治抑郁症经验[J].中医药导报,2022,28(6):130-132.
[7] 王炎杰,潘洋,张琪.国医大师张琪教授治疗胃病特色初探[J].时珍国医国药,2018,29(10):2503-2504.
[8] 周生花.国医大师张琪教授临证运用东垣代表方剂经验[J].中医研究,2014,27(10):40-41.
[9] 张凯,李静,康静怡,等.从“胆虚”论治抑郁症探析[J].浙江中医药大学学报,2020,44(3):226-229.
[10] 刘峰,黄晓红,龚小钢,等.心主刍议[J].医学与哲学,2016,37(12A):84-86.
[11] 郭艳红.叶天士辨治神志异常证治规律研究[D].南昌:江西中医药大学,2020.
[12] 李玉波,于眉,李君玲,等.痰瘀同病的理论内涵及其临床应用[J].世界中医药,2022,17(21):3061-3064.
[13] 张琪.张琪临证经验荟要[M].张佩清,整理.北京:中国中医药出版社,1992.173-175.
[14] 张传龙,张曦元,恩格尔,等.基于《伤寒杂病论》“证同法异”探讨辨病避误思路[J].中华中医药杂志,2022,37(9):4932-4935.
[15] 王今朝,张佩青,李淑菊.张琪教授运用大方复治法治疗慢性肾脏病的经验浅析[J].中医药信息,2007,24(5):38-39.
[16] 陈飞,柳成刚,常佳怡,等.国医大师张琪教授大方、复法临证要诀[J].中华中医药杂志,2018,33(1):136-138.
[17] 许琳洁,郑瑀,许凤全.女性更年期抑郁障碍临床特征及中医证候分析[J].河北中医药学报,2020,35(4):20-23.
[18] 程孟祺,刘瑞,姜菊玲,等.复法大方治疗恶性肿瘤经验[J].中华中医药杂志,2021,36(7):4082-4084.

收稿日期:2025-12-08
*基金项目:黑龙江省中医药管理局“省级名中医专家传承工作室建设项目”(黑中科教便函〔2019〕1号);江柏华名中医传承工作室(118-02)。

作者简介:杜松毫(1995—),男,硕士学位,医师。研究方向:中医药治疗呼吸系统疾病。
△通讯作者:江柏华(1963—),男,主任医师,教授,硕士研究生导师。研究方向:中医药治疗呼吸系统疾病,Email:jiangbaihua2007@sohu.com。

Exploring the Treatment of Reflux Esophagitis from the Liver Based on the Theory of "Excess Causes Harm, Restriction Brings Balance"

GUO Muyao[1], *LI Haolin*[2], *LIU Dongmei*[3]
1 Linyi Zhengzhi Hospital, Linyi 276002, China;
2 Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250014, China;
3 Affiliated Hospital to Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250014, China

Abstract Based on the core theoretical principle of "excess causes harm, while restriction brings balance" from *Su Wen*, this study systematically elucidates the pathogenesis of liver-stomach disharmony in reflux esophagitis (RE) and its corresponding therapeutic principles, thereby providing a theoretical basis and clinical approach for treating RE from the liver. Emphasis is placed on the body's maintenance of dynamic balance through mutual checks and balances, wherein an excess in any one aspect leads to harm and must rely on the regulatory force of "restriction" to restore coordination. Accordingly, four therapeutic methods for treating RE from the liver are proposed: (1) the method of suppressing the liver and benefiting the stomach, applicable to the pattern of liver *Qi* invading the stomach; (2) the method of resolving phlegm and soothing the liver, targeting the pattern of phlegm-*Qi* stagnation; (3) the method of clearing the liver and draining heat, used for the pattern of liver-stomach depressive heat; and (4) the method of activating blood and softening the liver, indicated for the blood stasis pattern resulting from prolonged illness affecting the collateral channels. These four methods aim to eliminate pathogenic factors and support healthy *Qi*.

Keywords reflux esophagitis; excess causes harm; restriction brings balance; treatment from the liver

反流性食管炎（reflux esophagitis，RE）是胃酸、胆汁及胰液等胃和十二指肠内容物逆流入食管导致食管黏膜充血、水肿、糜烂或溃疡的一种炎症性病变，可归属于内镜阳性的胃食管反流病[1]。RE临床上以烧心、反酸、胸骨后烧灼或疼痛为主要症状，是消化科常见的胃肠动力障碍性疾病，近些年的发病率呈逐年递增趋势，由于病情易反复，严重影响患者生活质量，与炎症性肠病患者相似[2]。如果治疗不及时，则有可能引起糜烂、溃疡、食管狭窄、上消化道出血，甚至发展为Barrett食管、食管腺癌，不仅给患者带来健康威胁，还增加了医疗费用及精神压力，因此早期治疗及预防极为重要。西医认为RE的发病机制包括食管抗反流防御机制减弱、食管清除作用降低、食管黏膜屏障功能降低[3]，其危险因素与高龄、肥胖、吸烟、饮酒、NSAID、情绪因素等[4]有关，一般选用抑酸剂、促胃动力剂、胃黏膜保护剂等药物疗法，例如质子泵抑制剂，可以减少胃酸产生，虽然疗效尚可，但易复发，长期使用易造成肺炎、肠道感染、维生素B_{12}缺乏症、低镁血症、痴呆[5]。目前中医药治疗RE优势独特，根据临床症状，可将本病归为“吐酸病、食管痹、嘈杂”等范畴，其病机概括为肝失疏泄，胃失和降，气逆于上，证型可分多种，但总与肝气有关，可见RE发病与肝胃有关。

一 “亢害”理论渊源

“亢则害，承乃制”即亢害承制论，源自《素问·六微旨大论篇》。亢，即亢盛。承，乃抵御之义。制，为克制或抑制。《黄帝内经·素问》载：“亢则害，承乃制，制则生化，外列而盛衰，害则败乱，内生化大病。非其位则邪，当其位则正，邪则变甚，正则微。”意为过亢而为害者，须抵御而令其节制，用以解释人体生理平衡的调节。“亢害承制”强调当某一因素过亢时，即为害，需要通过相应制约机制来恢复平衡，表明人体内部之间阴阳平衡、相互制约，唯有制衡有序，方能维持正常的生化不息；若制约失效，则生机衰败、病变丛生。《黄帝内经·素问》进一步以六气相乘阐释这一规律，提出“相火之下，水气承之；水位之下，土气承之；土位之下，风气承之；风位之下，金气承之；金位之下，火气承之；君火之下，阴精承之”，展现了五行、六气之间环环相扣、互为承制的平衡关系。

生理方面，亢害承制是脏腑气血维持稳态的核心保障。人体五脏分属五行，彼此存在相生、相克联系。肝木疏泄有度，赖于肺金之制约；心火温煦正常，赖于肾水之滋润；脾土运化有常，赖于肝木之疏泄；肺金清肃通顺，赖于心火之温煦；肾水藏精充盛，赖于脾土之运化。正常状态下，五脏之气盛衰均衡，无过亢亦无不及，维持着“阴平阳秘”的精神状态，实现气血津液的正常运化和脏腑功能的协调运转，正如明代医家张介宾言“造化之机，不可无生，亦不可无制。无生则发育无由，无制则亢而为害”。

唐代医家王冰以自然现象解释五行之间可通过承制关系调节系统平衡[6]。金元时期著名医家

刘完素指出运气的相互承制是自然界正常运行的必要条件。明代医家李中梓则运用此理论分析复杂的脏腑虚实病证，极大拓展了中医治法内容[6]。肝体阴而用阳，胃体阳而用阴，以及阴阳五行中的木克土理论均表明肝胃相对；肝气顺承则胃气和降，肝气过亢则乘克胃腑。若仅有生而无克，势必亢盛之极而为害，因此应该抵御过亢之气，令其节制，才能维持气血阴阳的正常协调。

2 RE发病与肝胃的关系

RE病因较为复杂，常与外感六淫、饮食不节、情志不畅、劳倦内伤等各种因素相关。朱生樑等[7]认为本病病位主要在于肝胆脾胃；病机可以概括为肝胆气机疏泄失常，胃气失于和降，胃气上逆；证型可分多种，但总与肝之气机有关。《医学求是》载："肝木不升则克脾土，胆木不降则克胃土"，可知肝胆之气升发是气机运行的根本。酸味为肝之味，而吐酸或吞酸属木火内郁。肝主疏泄，喜条达，主调畅脾胃气机升降，疏利胆汁于肠道，以促进脾胃运化；若情志抑郁不舒，或忧思恼怒过度损及肝脏，或邪在肝胆，肝气侮土，脾气当升不升，胃气当降不降，肝不随脾升，胆不随胃降之时，则会造成肝气郁结，肝失疏泄，气郁日久化火，郁火乘胃，从而胃失和降，气逆于上，出现胆胃之液上逆，侵犯食管的一系列临床症状。然《四圣心源》中载："中气衰则升降窒"，即脾主运化，升则健，胃主受纳，降则和；肝随脾升，胆随胃降，诸脏和谐，纳运有常，升降协调，疏泄正常，脾胃才能正常运化。脾胃生理功能正常，纳运协调，升降相因，经络气血运化生精，则肝得以濡养而疏泄正常。若脾胃升降失职，或情志不舒、忧思过度，导致肝胆失于疏泄，横逆犯胃；饮食不节、烟酒无度灼伤胃腑；或素患胆病，胆邪犯胃，湿热中阻，以致浊阴不降，胃气反逆，亦可发为本病。综上，本病总与肝胃相关，可因木郁土壅、土壅木郁所致，故临床应以疏利肝胆气机、补益中焦脾胃为基本治则。

2.1 肝与胃相对而生

2.1.1 *五行相克* 中医学认为，五行配五脏，即木对应肝，土对应胃，二者相生相克，生克相辅相济，才能维持整体平衡。《黄帝内经》载："五脏受气于其所生，传之于其所胜，肝受气于心，传之于脾"，依据正常相克法则，木克土，即肝克胃。《杂病源流犀烛·胃病源流》载："胃病，邪干胃脘病也……惟肝气相乘为尤甚，以木性暴，且正克也"，说明胃病与肝密切相关，二者相互促进，相互制约。

2.1.2 *经脉相连* 根据经络循行，肝与胃密切关系。《灵枢·经脉》篇载："肝足厥阴之脉，起于大指丛毛之际，上循足跗上廉，去内踝一寸……环阴器，抵小腹，夹胃，属肝，络胆，上贯膈，布胁肋"，指出肝经循行夹胃腑，且足厥阴肝经与足阳明胃经都循行于阴器。表明肝胃经络间存在相互贯通、相互络属的关系[8]。

2.1.3 *气机相和* 肝与脾胃同居中焦，肝主疏通调节气机，舒畅精神情志，协调中焦脾胃升降稳定有序。正如《素问·全形论篇》载："土得木则达"，《血证论》载："肝之性，主于疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之，而水谷乃化。"反之脾胃运化功能健旺，则气血生化有源，"土为万物之母""木植于土"，肝胆得脾胃运化之精微不断滋养，疏泄功能方可保持正常。即脾胃气血冲和，则肝脏得养，肝气条达，全身气机通而不滞，散而不郁[9]。

2.2 肝与胃亢害演变

2.2.1 *木郁土壅* 木克土太过为木乘土。《血证论脏腑病机论》载："木之性主于疏泄，食气入胃，全赖肝木以疏泄之，而水谷乃化；肝之清阳不升，则不能疏泄水谷，渗泄中满之症，在所不免。"因情志不畅，致肝疏泄不及则肝气郁滞，木不疏土，导致木郁土壅；《素问·玄机原病式》载："酸者，肝木之味也，由火盛制金，不能平木，则肝木自甚，木旺乘土，故为酸也。"说明吐酸与气机升降密切相关，肝乃木脏，木曰曲直，有升发、条达、舒畅作用；肝主升，胃主降，升降协调，故对全身气机调畅、气血调和有重要调节作用。肝胃升降失职，则中焦脾胃气机逆乱，胃失和降，气逆于上。因此肝须正常疏泄，畅达全身气机，才能促进并协助中焦脾胃的升降运动，从而协助脾胃进行正常的生理功能[10]。

2.2.2 *土壅木郁* 寒湿犯胃反侮肝，为脾土太过反侮肝木。《张氏医通》载："胃中有湿邪，湿邪生内热……内热从木化火而吐酸。"《黄帝内经》曰："寒气客于肠胃……而呕。"体外湿气侵入人体，脾的运化功能异常，湿浊在体内停留，导致痰湿中阻，与气搏结，痰气交阻，影响肝的疏泄功能，因而气机逆乱冲上。故应克制土，使木克土达到平衡状态。

饮食伤胃肝乘之，此为土虚木乘，应培土抑木。《丹溪心法》载："吞酸者，湿热郁积于肝而出，伏于肺胃之间……噫气吞酸，此系食郁有热，火气冲上。"清代黄元御《四圣心源·卷三·脉法解·浮沉大小》中指出："木生于水而长于土，土气冲和，则肝随脾升，胆随胃降，木荣而不郁。土弱而不能达木，则木气郁塞，肝病下陷而胆病上逆。"因饮食不节，损伤脾胃，脾胃虚加重病理产物的产生，正如冯楚瞻所言："中气虚则实，实则痰凝气滞。"所以应重视补益脾胃，中焦气机枢纽恢复正常。

3 从肝论治RE

3.1 伐肝益胃 《素问·玄机原病式篇》载："酸者，肝木之味也，由火盛不能平木……故为酸也。"《临证备要·吞酸》载："胃中泛酸……多因肝气犯胃。"研究表明，反流性食管炎与精神心理因素密切相关，故情志抑郁型患者常发此病，表现为烧心反酸、胸骨后疼痛、嗳气频、反流、情绪不畅、胸闷喜太息等症状，治疗选用经典方剂柴胡疏肝散加减。本方以疏肝理气为主，疏肝之中兼以养肝，理气之中兼以调血和胃。若反酸症状明显，可加乌贝散，以海螵蛸、浙贝母、陈皮共奏制酸止痛、收敛之功。现代研究发现，临床联合应用抗抑郁药治疗，疗效更加明显[11-12]。

3.2 化痰疏肝 《颐松园医镜》载："吞酸因胃中湿热，郁遏肝火所致。盖湿郁则热，热郁则酸；以酸为肝木之味，故责之肝火……其有因伤食吞酸，因痰饮吐酸者，以消食消痰为主……有老人胃气虚弱，口吐酸水不止者，宜补胃气为主。"患者平素饮食不节，过食肥甘厚味之品易酿生痰湿，阻碍脾胃升降，致痰浊内停，与气相互搏结于食道，痰气交阻，发为RE。此时脾胃虚是重要原因，佐以理气，治疗上应选用半夏泻心汤加减，以辛开苦降，消痞散结，配伍柴胡、枳壳等疏肝理气药，协助肝调节中焦气机。若素体脾胃虚弱，应当补益脾胃，可联合补中益气汤加减，以恢复脾胃正常功能，从而标本兼治。

3.3 清肝泻热 RE最常见的证型为肝胃郁热型，正如《素问·至真要大论篇》所载："诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。"《寿世保元》提出："湿热在胃口上，饮食入胃，被湿热郁遏，食不得化，故作吞酸。"《证治汇补》提出："大凡积滞中焦，久郁成热，则本从火化，因而作酸。"感受寒、湿、热等邪气，由表入里或直中脾胃，损伤脾胃阳气，邪气蕴结于中焦，致脾不升清，胃不降浊，发为RE。应选用化肝煎合左金丸加减，本方重在泄肝胃之郁热、降胃中之气逆，佐以益气养阴；苦寒降泄而固护脾胃，补脾胃气阴而不壅滞，是为"通补"之法；诸药合用，标本兼顾，用药刚中配柔，柔中有刚，补中有通，使正安而邪去，共奏清肝泻热、和胃降逆之功[13]。方中黄连配伍吴茱萸，寒热并用，增强疏肝清热功效。若反流明显可根据"腑以通为用"理论，通腑气以降胃气，用旋覆花、代赭石以重镇降逆，疗效更佳。

3.4 活血柔肝 RE日久则生瘀，主因肝气犯胃，胃气上逆，久病入络，形成血瘀。治疗应以活血化瘀、柔肝养阴为原则，选用活血通降方加减[14]，方以通为降，活血行气，使瘀去而病自愈。久病成瘀可加重阴伤，治疗应加用当归、白芍柔肝养阴。若体内瘀积较重，应疗毒不伤本，化瘀的同时适当配伍三七，以达到祛瘀不伤正的目的。

4 小结

RE缠绵难愈，其病因病机概括为胃失和降，胃气上逆。气机不畅致肝火旺克制土，横逆犯胃，气有余便是火，灼伤胃之津液，中焦脾胃失和，或久郁成瘀，成虚。病机总属脾胃升降失常，治疗应以伐肝益胃、化痰疏肝、清肝泻热、活血柔肝为法，从而调畅中焦脾胃气机，使脾胃和调、胃气顺畅。

参考文献

[1] 陈静，曹正民，徐蕾，等. 中医药治疗反流性食管炎作用机制研究进展[J]. 中华中医药学刊，2022，40(7)：177-181.

[2] RICHTER J E，RUBENSTEIN J H. Presentation and epidemiology of gastroesophageal reflux disease[J]. Gastroenterology，2018，154(2)：267-276.

[3] CLARRETT D M，HACHEM C. Gastroesophageal reflux disease (GERD)[J]. Mo Med，2018，115(3)：214-218.

[4] 陈旻湖，侯晓华，李延青，等. 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.

[5] 朱峰，李杨，张鹏，等. 益气除痞汤治疗反流性食管炎的效果及对患者胃肠动力、白细胞介素-17(IL-17)、白细胞介素-23(IL-23)的变化影响[J]. 中华中医药学刊，2022，40(8)：193-196.

[6] 刘维. 从"亢害承制"论系统性红斑狼疮因机治要[J]. 中华中医药杂志，2013，28(7)：2004-2007.

[7] 朱生樑，马淑颖，王晓素，等. 丁香降气汤治疗反流性食管炎50例临床观察[J]. 上海中医药杂志，2005，39(1)：19-20.

[8] 马金鑫，唐旭东，王凤云，等. 从脾论治功能性腹泻机制探析[J]. 中华中医药杂志，2020，35(8)：3828-3830.

[9] 陈諠，王帅. 从肝论治脾胃病[C]//中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 第二十九届全国中西医结合消化系统疾病学术会议论文集. 北京，2017：911-913.

[10] 庞立健，梁元钰，郑洪新，等. 郑洪新教授调气论治胃脘痛[J]. 中华中医药学刊，2022，40(10)：95-98.

[11] 陈前，刘冬梅，邹阳，等. 从木郁达之谈反流性食管炎伴广泛性焦虑障碍的治疗[J]. 环球中医药，2021，14(4)：616-619.

[12] 张励航，窦丹波. 六郁汤治疗反流性食管炎临床疗效观察[J]. 西部中医药，2024，37(6)：107-110.

[13] 岳胜利，陆为民. 徐景藩运用泄肝和胃方治疗反流性食管炎经验[J]. 辽宁中医杂志，2016，43(3)：476-478.

[14] 李淑红，唐艳萍. 活血通降法联合穴位贴敷治疗瘀血阻络型反流性食管炎临床观察[J]. 中国中西医结合消化杂志，2019，27(11)：854-857.

收稿日期：2025-12-19

***基金项目**：山东省自然科学基金(ZR2017LH064)。

作者简介：郭慕瑶(1996—)，女，硕士学位。研究方向：中医药防治消化系统疾病。Email：347780586@qq.com。