基于“风药开玄”理论探讨胃食管反流性咳嗽的辨治

杨自业[1] 刘一诚[2]（通讯作者）

1.成都中医药大学 四川 成都 610075

2.内江市中医医院 四川 内江 641000

【摘 要】：胃反流性咳嗽（gastroesophageal reflux-related cough，GERC）是以咳嗽为突出或唯一表现，常伴反酸、烧心、嗳气等，病程多反复，临床处理棘手。玄府为气机升降出入、气血津液流通之细微门户，贵开通而忌闭阖。GERC在中医属于“胃咳”范畴，肺胃玄府开阖失司、浊气上干贯穿其发病全过程，并将其病机演变归纳为玄府失枢（胃浊上干）、玄府失通（痰瘀阻络）、玄府失养（正虚邪恋）三阶段。GERC治疗以“风药开玄”为核心：发作期启玄降浊、宣肺和胃；迁延期畅玄化浊、祛痰通络；缓解期养玄固本、升清降浊。临证风药须与和胃降浊之品相伍，升降相因，用量宜轻，以复肺胃玄府开阖之常，为GERC的临床辨治提供新思路。

【关键词】：胃食管反流性咳嗽；胃咳；玄府；风药；风药开玄

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.088

Abstract: Gastroesophageal reflux-related cough(GERC)presents with cough as the predominant or sole manifestation,often accompanied by acid regurgitation,heartburn,and belching;its course is frequently recurrent and clinically challenging to manage.Xuanfu is the fine portal for the ascending,descending,exiting,and entering of qi movement and for the circulation of qi,blood,and body fluids,favoring opening and abhorring closure.GERC falls under the category of “stomach cough” in traditional Chinese medicine.Dysfunction of the opening and closing of lung-stomach Xuanfu and upward invasion of turbid qi run through the entire course of its pathogenesis,and its pathogenic evolution can be summarized into three stages:loss of the pivot function of Xuanfu(upward invasion of gastric turbidity),blockage of Xuanfu(phlegm and blood stasis obstructing the collaterals),and lack of nourishment of Xuanfu(vital qi deficiency with lingering pathogen).Treatment centers on“wind medicinals opening Xuanfu”:in the attack stage,activating Xuanfu,descending turbidity,diffusing the lung,and harmonizing the stomach;in the protracted stage,unblocking Xuanfu,resolving turbidity,eliminating phlegm,and dredging collaterals;in the remission stage,nourishing Xuanfu,consolidating the root,raising the clear,and descending the turbid.Clinically,wind medicinals should be combined with stomach-harmonizing and turbidity-descending agents,with ascending and descending mutually coordinated and with a light dosage,so as to restore the normal opening and closing of lung-stomach Xuanfu and provide new insights for the clinical diagnosis and treatment of GERC.

Keywords:gastroesophageal reflux cough;stomach cough;Xuanfu;wind medicinals;wind medicinals opening Xuanfu

胃食管反流性咳嗽（gastroesophageal reflux-related cough，GERC）是胃十二指肠内容物反流至食管或口腔，导致以咳嗽为突出或唯一表现的临床综合征，为胃食管反流病（gastroesophageal reflux disease，GERD）的特殊类型，也是慢性咳嗽的常见原因。目前抑酸药物是GERC的一线治疗，其余还包括调整生活方式、促动力药等[1,2]。中医学根据其临床表现可将其归于“胃咳”“内伤咳嗽”范畴，历代医家从肺肝胃等脏腑作为切入点，或配伍制酸止痛、利咽止咳等药物，取得了一定疗效[3]。玄府之名始于《黄帝内经》，经刘完素拓展为“无物不有”的广义微观结构，为气机升降出入、气血津液流通之细微门户，贵开通而忌闭阖[4]。近年来“风药开玄”理论已成功应用于咳嗽变异型哮喘（cough variant asthma，CVA）、感染后咳嗽（post-infectious cough，PIC）等肺系疾病[5,6]。本文以“风药开玄”为纲，探讨GERC的病机演变与分期辨治思路。

1“风药开玄”理论概述

1.1 玄府与玄府失司

玄府之名首载于《素问·水热穴论》：“所谓玄府者，汗空也。”狭义之玄府即汗孔。金代刘完素在《素问玄机原病式》中将其拓展为广义玄府：“玄府者，无物不有……乃气出入升降之道路门户也”，并谓其为“精神荣卫，血气津液出入流行之纹理”[7]，认为玄府是密布于脏腑、经络、皮毛、肌肉、骨髓等处、具有开阖性的微细结构，主宣通气机、渗灌气血、转输神机，兼具结构与功能双重内涵。现代玄府学说进一步提出“五脏六腑皆有玄府”，肺之玄府与肺气血屏障、气道黏膜微细结构密切相关，是气道气血津液交换及神经－免疫信息传递的微观场所[8]。玄府以通利为贵，闭塞为逆，“热气怫郁，玄府闭密，而气液、血脉、荣卫、精神不能升降出入故也”。玄府郁闭，气液壅滞，则百病丛生，故开玄通郁为玄府病治疗之总则。

1.2 风药与“风药开玄”

“风药”之名源于张元素《医学启源》，其以“药类法象”将“味之薄者，阴中之阳”者归诸“风生升”之属；李东垣《脾胃论》倡“味薄风药，升发以伸阳气，则阴气不病，阳气生矣”；徐大椿《神农本草经百种录》广其义曰：“凡药之质轻而气盛者，皆属风药。”风药是一类具有风木属性的药物，多味辛质轻、气盛性升，具有升、散、透、窜、通、燥、动七性[9]，可归为祛外风、熄内风、搜风、温熄肝风及其他祛风之品[10]。现代研究表明，辛味药“能散能行”的传统功效与 TRPV 通道参与的温度感知、疼痛传导、炎症等病理过程高度契合，通过激活或脱敏 TRPV 通道可系统阐释辛味药温热感、止痛、抗炎、抗癌、止痒和神经保护等作用，为风药开通玄府提供了科学依据[11]。“风药开玄”乃基于风药“风生升”之功能与玄府贵开忌阖的特性相契合而立，即借风药轻灵辛散之性，开阖腠理、调畅气机、通达郁闭、开通玄府，使气血津液运行复常，在 CVA、PIC 等咳嗽类疾病辨治中显示出独特优势[12]。

2 肺胃玄府失司贯穿 GERC 发病始终

GERC 属中医“胃咳”范畴。《素问·咳论》言：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”，又谓“此皆聚于胃，关于肺”，并立“胃咳之状，咳而呕”之名。从经络而言，“肺手太阴之脉，起于中焦，下络大肠，还循胃口，上膈属肺”，肺胃经脉相连、气机相通；从门户而言，《难经·四十四难》以贲门、幽门等为“七冲门”，贵在开阖有序，则水谷顺降而浊气不逆。食管为胃之系，贲门为胃之上口，实为肺胃气机交接之要冲。脾胃居中焦，为气机升降之枢，脾主升清，胃主降浊；肺主气司呼吸，其气肃降有赖胃气下降之顺承。若饮食不节（如嗜食寒凉、肥甘、酸辣、酒酪等）、情志失调、劳倦内伤，损伤脾胃，中焦枢机不利，则胃失和降，浊气挟酸腐水饮不降反升，循经上干于肺，肺胃玄府开阖失司，肺失宣肃，气逆而咳。故 GERC 患者咳嗽多作于日间、立位及进食之后，或夜间平卧加重，干咳或咳少量白色黏痰，可伴反酸、胸骨后烧灼感及嗳气，进食酸性、油腻食物中医学根据其临床表现可将其归于“胃咳”“内伤咳嗽”范畴，易诱发或加重，恰合“浊气随胃气上逆”之机[13]。可见，GERC 病位在肺胃，病机重心在中焦浊气上逆、肺胃玄府开阖失司，玄府失司贯穿其发病全过程。

2.1 玄府失枢、胃浊上干是 GERC 始动因素

七冲门开阖有序则水谷顺降，贲门尤为胃之玄府开阖之要冲。饮食、情志、劳倦诸因伤中，中焦斡旋失司，胃之玄府开阖失枢，贲门失于固约，现代医学之下食管括约肌松弛及一过性松弛即其类也[2]。胃失和降，酸腐浊气上逆，循“还循胃口，上膈属肺”之径冲激气道，肺之玄府随之失枢，宣降失职，气逆而咳。气逆既久，扰动生风，风盛则气道挛急，故患者常见咽痒即咳、呛咳阵作之“风咳”之象[14]；若遇冷空气、油烟、异味等引触，内外相合，两风相搏，咳愈频剧。现代研究表明，GERC 发病与食管－支气管反射、气道神经源性炎症等机制密切相关，迷走神经介导的反射恰与玄府-神机调控之理相合[15]，食管、气道黏膜微观孔隙开阖失司，则气液代谢紊乱、神经源性炎症丛生。此期患者多表现为进食后咳嗽、反酸嗳气、胸骨后烧灼感，咳声呛急，咽痒不适。

2.2 玄府失通、痰瘀阻络是 GERC 迁延进展之关键

GERC 迁延不愈，浊气反复上逆，气液壅滞日甚，玄府由失枢而渐至失通。一则水谷不化精微，津停为饮，凝而为痰，痰随气逆，痰气互结于胸膈咽喉，故患者咽中如有物阻、胸部憋闷，咳吐白色黏痰；二则肺为娇脏，“不耐邪侵……最畏火风”，酸浊之邪反复熏灼，郁而化热，气道玄府受灼，郁闭愈甚，神经源性炎症缠绵不去，咳嗽顽固难愈；三则气滞则血不行，久病入络，瘀血内生，痰瘀同属阴邪，同气相求，胶着成窠，所谓“痰挟瘀血，遂成窠囊”，窠臼深伏，玄府闭塞更甚，此即临证当“透窠囊”之所在。此外，部分患者之反流为弱酸、弱碱等非酸反流，刺激隐匿缠绵[13]，亦属浊邪胶滞玄府之列。此期患者多表现为咳嗽持久不消、反复发作，或伴咳吐黏痰、胸部憋闷、咽痒咽堵。

2.3 玄府失养、正虚邪恋是 GERC 后期转归因素

GERC 日久，肺胃玄府郁闭，气血津液渗灌不畅，玄府失于濡养，病性由实转虚，虚实夹杂。久咳耗伤肺气，土不生金，脾虚则肺愈弱，肺脾气虚，卫外不固，玄府失养，开阖无度，故咳嗽遇劳、遇冷即发，缠绵反复。中气愈虚，升举无权，则贲门愈失固约，反流愈频；反流愈频，刺激愈甚，咳嗽愈剧，形成“愈虚愈逆、愈逆愈滞”的恶性循环。素体阳虚或贪食寒凉伤中者，中阳不运，玄府失于温煦，浊邪凝滞愈甚，症见泛吐清水、畏寒肢冷、纳差腹胀；郁热伤阴者，玄府失于濡润，症见干咳少痰、咽干口燥。故 GERC 后期多呈本虚标实、寒热错杂之象，扶正固本、养玄御邪遂为转归之关键。

3 从“风药开玄”论治 GERC

玄府失司贯穿 GERC 发病始终，治则总纲当以恢复肺胃玄府开阖升降之常为先，以通为用，升降相因。风药轻灵辛散、宣通透达，其用于 GERC 有三妙：一曰宣肺启玄，开肺之玄府，透达气道郁闭；二曰升清助运，升发脾胃清阳，复中焦斡旋之职，清阳得升则浊阴自降，此李东垣风药运用之妙谛[16]；三曰通络畅玄，行气活血、搜剔通络以消窠臼。此亦与“风药开玄”补虚开玄、理气开玄、剔痰开玄、活血开玄等诸法一脉相通。然 GERC 以胃气上逆为核心病机，风药升散之性与胃气上逆之势相逆，故临证必以风药与和胃降浊之品相伍，使宣肺不助逆、降胃不留邪；且风药用量宜轻，取其轻可去实、调畅枢机之意，中病即止，以防辛燥耗气、升散太过。

3.1 发作期：启玄降浊，宣肺和胃

发作期胃浊上干，肺胃玄府失枢，治当以启玄降浊为本，

宣肺和胃为枢。启玄首在宣肺祛风，选轻灵之风药展布肺玄府：荆芥、防风疏风利咽，蝉蜕、僵蚕祛风解痉，直折气道挛急；桔梗、杏仁一升一降，复肺气开阖之常，可合止嗽散意[17]。降浊重在和胃：以旋覆花、代赭石、姜半夏、生姜降逆化痰，旋覆花“诸花皆升，旋覆独降”，与风药相伍，一升一降，斡旋中焦气机；紫苏叶辛散宣肺而又理气宽中、和胃降逆，一药而肺胃双调，尤合本病病机，临证不可缺。随证化裁：反酸烧心明显、肝胃郁热者，加左金丸辛开苦降，佐栀子、浙贝母、海螵蛸制酸护膜[18]，风药选柴胡、薄荷轻清疏透；咳而遇寒加重、泛吐清涎，脾胃虚寒者，加干姜、吴茱萸温中降浊，少佐蜜麻黄宣肺启玄，咽痒甚者加木蝴蝶、牛蒡子利咽开玄。

3.2 迁延期：畅玄化浊，祛痰通络

迁延期玄府失通，痰瘀互结成窠，治当以畅玄为首，在启玄基础上增化痰、祛瘀、通络之品。痰气交阻者，以半夏厚朴汤行气散结、降逆化痰，方中紫苏叶、生姜即寓风药开玄、宣散痰气之妙；风药胜湿运脾，“诸风药能胜湿”，以防风、苍术、白术、陈皮健脾燥湿，脾运得健则痰浊无由以生；藿香、石菖蒲芳香化浊开玄，宣通气液。痰瘀阻络者，以川芎行气活血，“上升、下降、外达、内透无所不至”，化瘀畅玄；窠臼深伏、久咳入络者，宗《医宗必读》“治血先治风，风去血自通”之旨，参透窠囊之法，投地龙、僵蚕、水蛭、全蝎等虫类搜风剔络之品，走窜剔络以消窠臼，无微不入，现代研究亦证实虫类药具有抑制气道炎症、缓解气道痉挛等作用[19]。腑气不通、大便秘结者，加枳实、槟榔、莱菔子通降阳明，腑气通则浊气降，亦寓“通腑开玄”之义；并可佐升麻、枳壳，升降相因，表里玄府俱畅。

3.3 缓解期：养玄固本，升清降浊

久咳不已，玄府失养，缓解期当以益气养玄为纲，健脾助运为要。肺脾气虚者，玉屏风散合六君子汤化裁，黄芪、白术、防风益气固表、御风实卫，卫气充则玄府开阖有度。中气下陷、贲门失约而反流频作者，宗补中益气汤意，重用黄芪，配升麻、柴胡升举清阳[20]，柯琴所谓“补中之剂，得发表之品而中自安；益气之剂，赖清气之品而气益倍”，少佐防风助参、芪运补而不呆滞；风药升阳，有助复贲门开阖固摄之职，清升浊降而反流自减。脾胃阳虚者，加桂枝、干姜、吴茱萸温中助运，少佐风药通阳化气以行津，恢复玄府渗灌之职；兼阴津不足者，配麦冬、乌梅、白芍、五味子等酸甘之品，养阴敛肺，兼制风药辛燥之性。尤当遵李杲“少佑之”之训，风药量宜轻灵，取其调畅舒展之功。此外，调护亦不可忽视：忌食寒凉、肥甘、酸辣，勿过饱，餐后勿即卧，睡眠时适当抬高床头，调畅情志，慎避风寒及油烟异味刺激，使玄府开阖有节，以杜复发[2]。

4 小结

综上，玄府为气机升降出入、气血津液流通之细微门户，GERC属“胃咳”范畴，肺胃玄府开阖失司、浊气上干贯穿其发病全过程，病机演变可归纳为玄府失枢（胃浊上干）、玄府失通（痰瘀阻络）、玄府失养（正虚邪恋）三阶段。治疗以“风药开玄”为核心：发作期启玄降浊、宣肺和胃，迁延期畅玄化浊、祛痰通络，缓解期养玄固本、升清降浊。与CVA之“风咳”重在伏风内潜不同，GERC病机重心在中焦浊气上逆、贲门失约，故风药开玄必与和胃降浊、升清助运相伍，升降相因，方合“聚于胃、关于肺”之旨。风药辛散温燥，用量宜轻，中病即止，以防耗气伤阴、升散助逆。今后可借助现代科学技术，围绕食管－支气管反射、气道神经源性炎症等机制，深入阐释风药开玄论治GERC的科学内涵，开展规范的临床研究加以验证等，以期提高GERC的临床疗效。

参考文献：

[1] Chinese Medical Association.中国咳嗽基层诊疗与管理指南(2024年)[J].中华全科医师杂志,2024,23(8):793.

[2] Katz P O,Dunbar K B,Schnoll-Sussman F H,et al.ACG clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease[J].American Journal of Gastroenterology,2022,117(1):27-56.

[3] 张硕,安磊,顾祝同,等.中西医角度论治胃食管反流性咳嗽研究进展[J].光明中医,2025,40(4):820-824.

[4] 向圣锦,路雪婧,张富文,等.中医玄府理论研究述评[J].中华中医药杂志,2020,35(8):3803-3807.

[5] 周晓青,陈佳玲,周林水,等.从“风药开玄”探析咳嗽变异型哮喘的辨治思路[J].中医杂志,2025,66(8):800-803.

[6] 金朝阳,徐新毅.“风药开玄”论治感染后咳嗽的理论探析与临床应用[J].中国民族民间医药,2026,35(6):13-17.

[7] 余海龙,张馨月,江玉.玄府理论与应用研究[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(9):1512-1514.

[8] 陆鹏,任凤艳,潘迪,等.肺玄府络脉与气血屏障论[J].中医杂志,2016,57(16):1433-1435.

[9] 叶俏波,江花,江玉,等.风药未必尽祛风,升散透泄用无穷——玄府学派名家论风药[J].成都中医药大学学报,2020,43(3):4-7.

[10] 牛学恩,李振华.风药运用新识[J].时珍国医国药,2014,25(11):2741-2743.

[11] 王佳佳,杨志军,杨秀娟,等.基于TRPV通道的辛味中药药理作用研究进展[J].药学学报,2025,60(3):679-692.

[12] 胡宇,叶臻,叶俏波,等.风药开玄现代药理机制研究与临床应用进展[J].中国实验方剂学杂志,2026,32(14):70-83.

[13] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.咳嗽的诊断与治疗指南(2021)[J].中华结核和呼吸杂志,2022,45(1):13.

[14] 李际强,云芯芯,张忠德,等.应用晁恩祥风咳理论治疗病毒感染致气道高反应的研究思路[J].中国中医急症,2014,23(8):1479-1481.

[15] Morice A H,Millqvist E,Bieksiene K,et al.ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children[J]. European Respiratory Journal,2020,55(1):1901136.

[16] 刘钟阳,姜婧,张钰欣,等.易水学派医家李杲“风药”理论的渊源、含义及功用探析[J].环球中医药,2022,15(11):2150-2153.

[17] 张利,谭慧月,金云姣,等.陈天然教授从“开通玄府”论治咳嗽临证经验[J].亚太传统医药,2026,22(2):137-140.

[18] 俞珂频,胡珏,许佳烨,等.陈健教授从“风药开玄”论治儿童上气道咳嗽综合征经验[J].浙江中医药大学学报,2025,49(3):300-303.

[19] 白融,贾宗月,蔡佩良,等.虫类药治疗感染后咳嗽的中西医研究进展[J].中国民间疗法,2024,32(18):126-129.

[20] 白岩,王波.基于“脾胃玄府学说”慢传输型便秘证治探析[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(10):24-26.