

• 中医药研究 •

〔文章编号〕 1007-0893(2022)03-0071-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.03.022

从“乱气”理论探讨难治性胃食管反流病的辨治体会

黄飞霞 邓明 裴霞 张水艳 翁庚民

(香港大学深圳医院, 广东 深圳 518053)

〔摘要〕 从《黄帝内经》的“乱气”理论出发, 探讨难治性胃食管反流病 (RGERD) 的辨治思路。RGERD 的关键病机为“气机逆乱、胃失和降”, 与肝气不疏、肺气失宣、脾气不升密切相关, 治疗应着眼于调畅气机、通降胃浊, 具体从疏肝、宣肺、升脾三方面论治, 最终达到胃气和降、气机顺畅。

〔关键词〕 胃食管反流病; 黄帝内经; 乱气

〔中图分类号〕 R 573 〔文献标识码〕 B

Discussing the Experience of Syndrome Differentiation and Treatment of Refractory Gastroesophageal Reflux Disease from the Perspective of “Chaotic Qi” Theory of Chinese Medicine

HUANG Fei-xia, DENG Ming, PEI Xia, ZHANG Shui-yan, WENG Geng-min
(The University of Hong Kong - Shenzhen Hospital, Guangdong Shenzhen 518053)

〔Abstract〕 Based on the theory of "chaotic qi" in The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine, this paper discusses the idea of the diagnosis and treatment of refractory gastroesophageal reflux disease (RGRED). The key pathogenesis of RGRED is inversion of qi, stomach disharmony, which is closely related to the liver qi stagnation, the loss of dispersal lung qi, and the inability of spleen qi to rise. Treatment should focus on regulating qi and removing turbidity in the stomach. Specifically, the treatment is based on three aspects, soothing the liver, dispersing the lung, and raising the spleen. In the end, the stomach qi drops and qi movement is smooth.

〔Keywords〕 Gastroesophageal reflux disease; The yellow emperor's classic of internal medicine; Chaotic Qi

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 的患病率逐渐增高, 临床上有 10% ~ 40% 患者使用双倍剂量的质子泵抑制剂 (proton pump inhibitor, PPI) 8~12 周后, 烧心和 (或) 反流等症状无明显改善, 称为难治性胃食管反流病 (refractory GERD, RGERD)^[1]。目前 RGRED 患病率不清, 致病机制十分复杂, 约占 GERD 的 40%^[2]。中医目前对 RGERD 病因病机的认识仍尚无统一的认识, 大多数医家认为“气机逆乱、胃失和降”是其基本病机。笔者近年来尝试从《黄帝内经》“乱气”的角度来研究 RGERD 的病因病机, 并以“乱气则调之”来论治此病, 疗效尚可, 以兹同道。

1 “乱气”的理论来源

《灵枢·阴阳清浊》中提到“清浊相干, 名曰乱气”。那何为清? 何为浊? “受谷者浊, 受气者清。清者注阴, 浊者注阳。浊而清者, 上出于咽, 清而浊者, 则下行……黄帝曰: 夫阴清而阳浊, 浊者有清, 清者有浊, 别之奈

何? 岐伯曰: 气之大别, 清者上注于肺, 浊者下流于胃”。《素问·阴阳应象大论》曰“清阳为天, 浊阴为地; 清阳出上窍, 浊阴出下窍; 清阳发腠理, 浊阴走五脏; 清阳实四肢, 浊阴归六腑”。清阳浊阴与人体的天地相应, 依据五脏和六腑的属性来区分。五脏六腑, 皆以受气, 营气归五脏, 五脏受清气, 故清者为营, 卫气归阳腑, 阳腑受浊谷, 故浊者为卫。清阴营血, 浊阳卫气各行其道, 阴阳相随乃得天和, 反之为逆为乱。“何谓逆而乱?” “清浊相干, 是谓乱。” “清气在阴, 浊气在阳。营气顺脉, 卫气逆行。清浊相干, 乱于胸中, 是谓大悞。” 若“营卫相随, 阴阳已和, 清浊不相干”。清升而浊降, 这是清浊活动的正常规律, 也是人体气机“升降出入”的最主要的内容和形式。在正常情况下清气升而浊气降, 阴阳调和, 各循其道, 脏腑可以发挥正常的生理功能。但是在病理情况下, 清浊升降的正常活动受到影响, 导致清阳不升、浊阴不降, 甚或反其道而行之, 这种清阴营气、浊阳卫气相逆、相犯, 运行顺序紊乱, 清浊升降出入的紊乱即

〔收稿日期〕 2021-10-23

〔基金项目〕 广东省中医药局科研项目 (20202155); 深圳市名中医药专家翁庚民传承工作室项目 (2019 年)

〔作者简介〕 黄飞霞, 女, 副主任医师, 主要研究方向是中西医脾胃病。

称为“清浊相干”，也就是“乱气”。

《难经》曰：“气者，人之根本也”。按照气的来源、组成部分、分布部位和功能特点等的不同，主要分为以下：元气、宗气、营气、卫气、脏腑经络之气。气是构成人体的最基本的物质基础，也是人体生命活动的最基本物质。人体的各种生命活动均需要通过气的运动变化来实现。由此，营卫之气的清浊相干可看作是狭义的“乱气”，而人体所有气之间的运行升降出入失常可看作广义的“乱气”。正如《左传·僖公十五年》曰：“乱气狡愤，阴血周作，张脉僨兴，外强中乾。”这里的“乱气”可泛指人体一切逆乱之气，也包括一切气机升降出入运行异常。

2 从“乱气”论治 RGERD 的理论基础

“百病皆生于气”，人体出现“乱气”时，气机升降失常，清浊相干，可发生种种病证。《灵枢·五乱篇》：“气乱于心，则烦心密默，俯首静伏；乱于肺，则俯仰喘喝，接手以呼；乱于肠胃，则为霍乱；乱于胫臂，则为四厥；乱于头，则为厥逆，头重眩仆。”所以乱气可发生在全身，中、下三焦，可涉及人体五脏六腑。而清浊相干之“乱气”，却最常发生于胃肠，如《素问·阴阳应象大论》云“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生膜胀”。《诸病源候论·霍乱病诸候》曰：“阴阳清浊二气，有相干乱之时。其乱在于肠胃之间者，因遇饮食而变，发则心腹绞痛。”《济生方》亦云“脾气停滞，清浊不分，中焦为之痞塞，遂成呕吐之患焉”。可见所有胃肠疾病的发生机理均可责于清浊相干，即气机升降逆乱之“乱气”。

所以 GERD 的形成也是由“乱气”所生，只是乱气在中上焦（食管、胃），“清浊相干，气机逆乱，胃失和降”为其基本病机，病位在食管和胃，与肝、胆、肺、脾等脏腑功能失调密切相关。中上焦乱气，清浊相干，浊气在上不降，气逆而上则吐酸、嗝气、呃逆、呕吐、腹胀等，气逆化火，火热攻冲心胸则心慌胸闷、胸中灼热、胸骨后疼痛，部分病人气逆夹火热上冲至咽部则可见咳嗽、咽部不适。清气不升，见于下则出现泄泻、肠鸣、小便异常等。若治疗及时有效，气机升降恢复正常，则可清浊不相干，而阴阳相随病情缓解。若治疗不当，病情进一步发展，可出现上下逆乱、表里出入紊乱、痰瘀互结的 RGERD，最终病情反复，缠绵难愈。

3 从“乱气则调之”初探 RGERD 的辨证论治

3.1 肝气犯胃，胃气上逆—疏肝（胆）和胃

反酸、烧心为 GERD 的常见症状，与肝胆关系密切。对此，历代医家多有论述，如《素问·至真要大论》曰：“少阳之热，热客于胃，烦心心痛，目赤欲呕酸善饥。”《临证备要·吞酸》云：“胃中泛酸，嘈杂有烧灼感，多因于肝气犯胃。”高鼓峰《四明心法·吞酸》说：“凡为

吞酸尽属肝木，曲直作酸也……然总是木气所致。”肝为脏，胃为腑，肝主疏泄，胃主通降，肝失疏泄，肝气逆乱，肝气升发太过，下降不及，横逆犯胃，而可致胃失和降，胃气上逆，而表现为反酸、呕吐、嗝气等。

《灵枢·经脉》提到：“肝足厥阴之脉……属肝络胆”。厥阴肝经夹胃，布胁肋，循喉咙，故肝气疏泄不利时，可出现咽部灼热、胃脘不适、胸胁隐痛等症状。可见吞吐酸水、烧心等症状，虽出于胃，实当责之于肝，此为肝气逆乱犯胃，肝火随胃气上逆心胸所致，治当平肝疏肝和胃降逆。仅仅是单纯的肝气逆乱，可选用越鞠丸、四逆散化裁。但 RGERD 一般病机复杂，常出现气滞化火、气滞痰阻、气滞血瘀等变证。若是肝郁气滞化火，上腹部胀满、呃逆、反酸、口干口苦、烦躁明显的，可选用大柴胡汤和栀子厚朴汤加减。气滞痰阻、痰热结胸而胸痛、大便黏滞、舌苔厚腻的可合用小陷胸汤；气滞日久瘀血内生，胸痛部位固定，舌紫、舌下络脉迂曲的可选用血府逐瘀汤化裁。临床中有部分 RGERD 的病人反酸烧心症状多发生在夜间，凌晨 1~3 时（丑时）为厥阴经主旺“欲解时”，顾植山教授曾提出此时症状加重的患者，基本可以考虑病位在厥阴经^[3]，所以临床中症状发生或症状在夜间加重，病情呈现寒热错杂、虚实夹杂的 RGERD，笔者常选用乌梅丸化裁。

3.2 肺气不宣，胃失肃降—宣肺降胃

肺为华盖，居上焦，司呼吸，主宣降。《素问·六节藏象论篇》曰：“肺者，气之本。”《素问·五藏生成篇》也说：“诸气者，皆属于肺”。《决气篇》曰：“万物之所以生者必由气，肺不主肃清，则一身之气皆滞也，故肺为气之总管。凡治气者，皆当论肺。”可见气机的升降与肺的关系密切。由于肺在诸脏腑中位置最高，虽然肺主宣发，但人体整体气机运行来看，肺以降为主^[4]。肺主宣发肃降，胃主降浊，肺胃之气皆以下降为和，并可互为影响。胃气不降可致肺气上逆，如《四圣心源》曰：“胃逆则肺金不降，浊气郁塞而不纳”；同时肺气上逆亦可促使胃气上逆，如《医部全录·呃门》所云：“阳明所受谷气，欲从肺而达表，肺气逆还于胃，气并相逆，复出于胃，故为啰。”若肺失宣降、脾胃升降失职，中焦气机阻滞则清浊相干而成乱气，乱于水谷之道而出现咽中梗塞如有痰凝、咳嗽气促、胸闷气窒、胸骨后背灼热疼痛、反酸嗝气、痞满呕恶等中上焦乱气的 RGERD。

食管属胃所主，为容纳食物的通道，叶天士《临证指南医案》卷四有云：“气阻脘痹，饮下作痛，当开上焦。”若中上焦郁热结聚出现咽痛、咽中梗塞如有痰凝、吞咽不利、咳嗽、胸中灼热的 RGERD 患者，可宣发肺气而解中上焦郁热，使上焦气机宣畅，选用吴鞠通的上焦宣痹汤。若是胸中窒而烦躁失眠的，可合栀子豉汤；上腹胀满而烦躁的，可合用栀子厚朴汤；胸闷胸痛、舌

苔厚腻的，可合小陷胸汤……治疗总的目的是使肺气得宣，胃气得降，升降有序则肺胃气逆之症除。

3.3 脾气不升，胃气不降—升清（脾）降浊（胃）

叶天士在《临证指南医案》中指出：“脾宜升则健，胃宜降则和”，脾胃为气血生化之源，也是周身之气运行的枢纽，脾主升清，胃主降浊，脾胃之病于升降二字尤为重要^[5]。李杲在《脾胃论》所说“内伤脾胃，百病由生”。《脾胃论·长夏湿热胃困尤甚用清暑益气汤论》云：“脾胃既虚，不能升浮……清气不升，浊气不降，清浊相干。”《医宗必读》也曰：“大抵气血亏虚，复因悲思忧患，脾胃受伤，血液渐耗，郁气而生痰，痰则塞而不通，气则上而不下，妨碍道路，饮食难进，噎塞所由成也。”可见脾胃虚损，脾胃气机升降逆乱，上犯食管，可导致 GERD 的发生，GERD 是脾胃病中动力障碍性疾病^[6]。《神农本草经疏》曰：“虚则气逆。”说明脾气不升，则胃浊不降，导致胃气上逆而出现反酸、嗝气、呕吐等症状。因此，升清（脾）降浊（胃）对于恢复气机升降十分重要。在临床中，笔者常用补中益气汤或黄芪建中汤来补益中焦、升举脾气，根据情况稍佐少量枳实、厚朴等以通降胃气，再配合麦芽、神曲等以化中焦胃浊。升中有降，以升代降，促进脾胃气机运行正常。

4 典型病历

病案 1：蔡某，女，20 岁，2018 年 4 月 7 日初诊。主诉：“上腹胀痛、反酸、烧心 2 年，加重 3 月”。2 年前出现上腹胀痛、反酸烧心，西医诊断为 GERD，间断服用奥美拉唑肠溶胶囊，症状反复。近 3 月情绪不佳后症状加重，刻下见：上腹胀痛，反酸、烧心，胸部灼热感，嗝气呃逆，烦躁，口干口苦，入睡困难，每晚仅仅睡 2~3 h，睡眠浅易醒，食欲差，大便略干，小便正常，舌红苔黄略腻，脉弦。西医考虑存在焦虑症，给予口服抗焦虑西药及质子泵抑制剂艾司奥美拉唑镁肠溶片（阿斯利康制药有限公司，国药准字 H20046379），每次 20 mg，每日 2 次，治疗约 2 月余，症状改善不明显。西医诊断：RGERD。中医诊断：胃痛；吐酸。辨证分型：肝气犯胃，胃气上逆。中医治法：疏肝理气，和胃降逆。处以大柴胡汤合栀子厚朴汤合栀子豆豉汤加减，处方如下：柴胡 15 g，法半夏 10 g，黄芩 10 g，枳实 10 g，生姜 5 g，酒大黄 3 g，赤芍 10 g，党参 10 g，栀子 10 g，厚朴 10 g，豆豉 10 g，石膏 20 g（免煎颗粒中药，5 剂，每日 1 剂，每剂温水冲 300 mL 分早晚服用）。另外继续服用艾司奥美拉唑镁肠溶片，每次 20 mg，每日 2 次。2018 年 4 月 12 日二诊，患者上腹胀痛减半，烦躁减轻，口干口苦减轻，无反酸烧心，睡眠改善不明显。大便顺畅。原方继续服用 5 剂。2018 年 4 月 19 日三诊，患者上腹胀明显减轻，饱餐后仍有少许饱胀感，烦躁减轻，轻微口干

口苦，无诉反酸烧心，大便略软，睡眠仍差。改柴胡加龙骨牡蛎汤化裁 7 剂。停用奥美拉唑肠溶胶囊。2018 年 4 月 26 日四诊，患者上腹胀进一步减轻，但夜间有胸骨后灼热、梗阻感，平卧时觉腹胀满，自觉气上冲，口干略口苦，睡眠改善不明显，多于凌晨 2 点钟醒来，醒后难以入睡，自觉乏力，转乌梅丸合栀子厚朴汤、栀子豆豉汤加减 7 剂，患者诸症明显减轻，睡眠改善。后间断门诊调治 2 月，病情基本控制。

按：患者西医诊断为 RGERD 明确，西药治疗效果欠佳。究其病因，当是情志不畅而导致肝气郁滞失于疏泄，肝气横逆犯胃，导致胃气不降反升而出现：上腹胀、反酸烧心、嗝气呃逆等症状，肝郁久而化火，故出现烦躁、口干口苦、失眠等肝胃郁热的表现。这里出现的乱气是肝胃气机失调。大柴胡汤为治疗少阳阳明合病的方子，具有疏肝利胆清胃降逆之功效，合用栀子厚朴汤、栀子豆豉汤以加强清降阳明、降逆消痞除烦的功用。治疗后“上腹胀、反酸烧心、嗝气呃逆”等症状减轻，但夜间睡眠改善不明显，多于凌晨 2 点易醒，气上冲症状明显，有乏力症状，结合患者病程久，病情复杂，已非单纯的阳证，虽然是年轻女性，却时常觉得乏力，结合“气上冲胸”、厥阴病欲解时加重，考虑病在厥阴经，改用乌梅丸联合栀子厚朴汤、栀子豆豉汤化裁，三方合用可疏肝平冲降逆除烦、平调阴阳寒热虚实，诸症减轻。

病案 2：陈某某，女，33 岁，2020 年 2 月 24 日初诊，主诉：“咳嗽 2 月”。2 月前无明显原因出现咳嗽，干咳为主，无发热，西医查胸部计算机断层扫描（computed tomography, CT）未见异常，2019 年新型冠状病毒基因检查阴性，服用西药对症处理，咳嗽稍减轻。刻下见：咳嗽，阵发性发作，夜间咳嗽加重，干咳痰少色黄，口干，咽痒，咽部异物感，咽部灼热，上腹部闷胀，胸闷，烦躁，无反酸烧心，无恶心呕吐，大便粘滞不爽，小便调，食欲尚可，睡眠不实。舌尖红苔黄略腻，脉滑。既往有 GERD、反流性咽炎病史，按消化科医生建议已服用奥美拉唑片每日 2 片已 2 月余，患者间断服用多潘立酮片。西医诊断：RGERD，反流性咽炎。中医诊断：咳嗽、胸闷。辨证分型：湿热阻滞，胃气不降，肺气失宣。中医治法：清热化湿，和胃降逆，宣肺止咳。处以焦宣痹汤合小陷胸汤合栀子豆豉汤加减，处方如下：射干 10 g，淡豆豉 10 g，郁金 12 g，枇杷叶 15 g，通草 5 g，黄连 5 g，瓜蒌仁 30 g，法半夏 10 g，枳实 10 g，杏仁 10 g，栀子 10 g。（免煎颗粒中药，5 剂，每日 1 剂，每剂温水冲 300 mL 分早晚服用。）停用西药。2020 年 3 月 11 日二诊患者咳嗽咳嗽明显减轻，偶咳，上腹胀、胸闷减轻，咽部异物感、咽部灼热感仍有，大便较前顺畅。查舌尖红苔薄黄腻苔减，脉滑。前方续服 7 剂。2020 年 4 月 3 日三诊，患者咳嗽缓解，偶有上腹胀、咽部异物感、

胸闷，口略干，大便通畅。舌尖红减少苔薄黄，脉细。处以上焦宣痹汤加麦冬 15 g、枳实 10 g，共 10 剂，患者诸症缓解。

按：本例患者胃食管反流以非酸性及弱酸性为主，病程较长，反酸烧心不明显，以咳嗽、咽喉部不适症状为主，伴见上腹胀、胸闷，病因是湿热阻滞气机，导致肺胃气机失司、清浊相干。吴鞠通《温病条辨》上焦篇云：“太阴湿温，气分痹而哕者，宣痹汤主之。上焦清阳遏郁，亦能致哕，治法故以清宣肺痹为主”。叶天士《临证指南医案》云：“气阻凝痰聚膈，当以宣降泄剂”。而上焦宣痹汤由郁金、枇杷叶、射干、通草、香豆豉组成，可化湿清热宣畅气机，宣发上焦肺气，加用杏仁则肺气宣有利于胃气降逆。《伤寒论》：“小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之。”小陷胸加枳实汤则可清热化痰，宽胸散结、和胃降浊。临床中大部分 RGERD 的病人多合并有焦虑症状，合用栀子豉汤除烦安神有助于改善焦虑症状。

病案 3：卢某某，女，53 岁，2020 年 4 月 11 日初诊，主诉：“上腹胀痛 2 年，加重 1 周”，2 年前出现上腹胀痛，严重伴胸骨后疼痛，胸骨后烧心感，曾胃镜检查提示：慢性非萎缩性胃炎，反流性食管炎（A 级）。长期服用抑酸药（埃索美拉唑）及促动力药物（多潘立酮片），服药期间症状可稍减轻，但停药后反复。也曾间断中医治疗，服用理气止痛之品，效果欠佳。近 1 周上腹胀痛再发，服用西药症状改善不明显，欲求助中医。刻下：上腹胀痛，胸骨后疼痛、胸骨后灼热感，反酸烧心，进食后暖气呃逆，偶有心慌胸闷，口干，喜欢温水，大便稀，小便不黄，食欲尚可，入睡困难，平素怕冷，手足易冰凉，动则汗出。易疲乏。查体型偏胖，脸色萎黄，颜面浮肿，腹部略饱满，按之松软。皮肤肌肉松弛。舌淡红胖大苔薄白有齿印，脉细沉无力。西医诊断：RGERD。中医诊断：胃痛；胸痹。辨证分型：脾气虚弱，脾气不升，胃气不降。中医治法：健脾升清补气，和胃理气止痛。处以黄芪当归建中汤合桂枝人参汤合桂枝生姜枳实汤加减，处方如下：黄芪 20 g，桂枝 10 g，赤芍 20 g，大枣 15 g，生姜 10 g，枳壳 10 g，党参 15 g，干姜 3 g，甘草 6 g，炒白术 15 g，当归 10 g，炒麦芽 30 g（免煎颗粒中药，5 剂，每日 1 剂，每剂温水冲 300 mL 分早晚服用）。2018 年 4 月 24 日二诊，患者上腹胀痛明显减轻，胸骨后疼痛、胸闷、暖气反酸减轻，但口干加重，大便成形，原方去干姜、减生姜为 5 g、加淡竹叶 15 g，继续服药 7 剂。2020 年 5 月 2 日三诊，患者上腹胀痛基本缓解，胸骨后疼痛、反酸烧心时有，口干减轻，大便成形，睡眠仍欠佳。前方加茯苓 30 g，间断调理约 3 月，患者诸症控制，仅饱餐后偶有发作上腹胀、暖气反酸，精神睡眠好转。

按：本案例患者“上腹胀满、胸骨后疼痛、胸闷、暖气反酸烧心”当是胃气不降、胃气上逆的表现，而治疗本病当是以降为要，但观患者“虽腹胀满而腹部松软，面色萎黄、皮肤松弛，长期乏力怕冷，大便稀”，深究其病因，当是脾气虚弱，脾气不升所导致“虚则气逆”而胃气不降。清代何梦瑶在《医碥》中论述：“欲降之，必先升之而后得降也”。治疗当升脾气为主、降胃气为辅。《伤寒论》曰：“伤寒，阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛，先与小建中汤”。小建中汤具有健脾温中止痛的功效，加用黄芪、当归可加强益气养血补虚。《金匱要略》曰“胸痹心中痞，留气结在胸，胸满，胁下逆抢心，枳实薤白桂枝汤主之，人参汤亦主之”，对于脾气虚导致的“心中痞满，胸闷，邪气壅结于胸”选用人参汤加重健脾益气。又云“心中痞，诸逆心悬痛，桂枝生姜枳实汤主之”。桂枝生姜枳实汤方中桂枝温阳益气平冲逆，联合生姜、枳实可降胃消痞。故全方升中有降，降中有升，以升促降，平调中焦气机，气机顺畅则痞满胀痛除。

5 结 语

RGERD 的西药治疗效果不理想，且易迁延难愈。中医认为本病病位在食管、胃，与肝胆脾肺相关，其病因病机多为饮食不节或情志不调而致气机失调，符合《黄帝内经》的“乱气”。此病清浊相干在中上焦，气机逆乱为本，酸水上逆、灼伤食管为标，故治疗当以调气顺气为本，制酸止痛以治其标。《黄帝内经》云“清浊相干者，以数调之”。也就是说气机逆乱者，当通过辨证论治，辨别哪个脏腑出现气机失常，通过调节气机升降，不使气机升降太过或不及而导致内生乱气。若乱气在胃、食管，如肝气郁，则调肝疏肝；如肺气逆，则宣肺理肺；如脾气虚，则健脾补脾。最终使得气行和顺、胃气和降，清浊不相干，乱气不乱，病自除。

〔参考文献〕

- (1) 中华医学会消化病学分会. 2014 年中国胃食管反流病专家共识意见 (J). 胃肠病学, 2015, 20(3): 155-168.
- (2) Fass R. Proton pump inhibitor failure--what are the therapeutic options? (J). American Journal of Gastroenterology, 2009, 104(Suppl 2): S33-S38.
- (3) 陶国水. 顾植山谈六经病“欲解时”及临床应用 (J). 时珍国医国药, 2017, 28(7): 1707-1709.
- (4) 谭方, 李晓君, 周蕾. 脏腑气机升降出入理论探微 (J). 北京中医药大学学报, 2009, 16(1): 29-31.
- (5) 赵昂, 刘华一. 刘华一教授从气机升降治疗脾胃病经验 (J). 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(5): 222-224.
- (6) 陈思, 李享, 邓晋妹, 等. 从“气机升降失常”论治胃食管反流病 (J). 时珍国医国药, 2015, 26(10): 2460-2462.