

王邦才论治霉菌性食管炎经验介绍

华龙佳¹, 王培劼² 指导: 王邦才²

1. 浙江中医药大学研究生联合培养基地, 浙江 宁波 315010

2. 浙江中医药大学附属宁波市中医院, 浙江 宁波 315010

[摘要] 介绍王邦才教授论治霉菌性食管炎的临床经验。霉菌性食管炎作为消化系统常见病之一, 王邦才教授提出脾胃虚弱为本病的基础, 湿阻气滞为发病关键, 寒热错杂为进展要素。治疗当以健脾祛湿理气、平调寒热为法, 即健脾护胃固本、祛湿理气治标, 兼平调寒热以防病情反复, 健脾益气固本常用香砂六君或参苓白术散; 化湿泄浊以去邪常据时而定, 或因人而异, 多用分消三焦之法, 方选三仁汤化裁; 平调寒热常用经方小柴胡汤、半夏泻心汤等方化裁治疗, 结合个体化差异, 随证加减, 获效良好。

[关键词] 霉菌性食管炎; 湿邪; 健脾祛湿理气; 平调寒热; 经方; 王邦才

[中图分类号] R249; R379; R655.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 12-0128-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.12.021

Introduction to WANG Bangcai's Experience in Treating Mycotic Esophagitis

HUA Longjia¹, WANG Peijie² Instructor: WANG Bangcai²

1. Joint Training Base for Postgraduates, Zhejiang Chinese Medical University, Ningbo Zhejiang 315010, China; 2. Ningbo Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Zhejiang Chinese Medical University, Ningbo Zhejiang 315010, China

Abstract: This paper introduces the clinical experience of Professor WANG Bangcai in the treatment of mycotic esophagitis. As one of the common digestive system diseases, mycotic esophagitis is considered by Professor WANG Bangcai to be based on spleen-stomach deficiency, with dampness obstruction and qi stagnation as the key pathogenesis, and intermingled cold and heat as the factor for disease progression. The treatment should follow the principles of strengthening the spleen, eliminating dampness, and regulating qi, as well as harmonizing cold and heat, that is, strengthening the spleen and protecting the stomach to consolidate the root cause, eliminating dampness and regulating qi to treat the branch, and harmonizing cold and heat to prevent recurrence. For strengthening the spleen and boosting qi to consolidate the root, Xiangsha Liujun Decoction or Shenling Baizhu Powder is commonly used. For eliminating dampness and resolving turbidity to expel pathogens, the treatment is determined according to the season or individual constitutions, mostly adopting the method of dispersing pathogens in the triple energizer, with modified Sanren Decoction selected. For harmonizing cold and heat, modified classical prescriptions such as Xiaochaihu Decoction and Banxia Xiexin Decoction are frequently applied. Combined with individual constitutions, modifications are made in accordance with syndromes, thus achieving satisfactory curative effects.

Keywords: Mycotic esophagitis; Dampness pathogen; Strengthening the spleen, eliminating dampness, and regulating qi; Harmonizing cold and heat; Classical prescription; WANG Bangcai

[收稿日期] 2025-11-19

[修回日期] 2026-04-25

[作者简介] 华龙佳 (2001-), 女, 硕士研究生。

[通信作者] 王邦才 (1962-), 男, 主任中医师, 教授, 硕士研究生导师。

王邦才教授为浙江省名老中医,从事消化系统疾病临床诊疗工作40余年,对霉菌性食管炎有着独特的见解。王邦才教授认为,食管虽为本病病位,但本病的基础在脾胃,现代快节奏的生活方式及不良饮食习惯导致脾胃常年处于虚弱状态,脾喜燥恶湿,脾虚则水谷精微运化无力,湿浊内生,霉菌滋生多喜潮湿环境。故王邦才教授总结其发病关键在于“湿浊内生”。脾虚失运,湿浊内生,气机不畅,可随体质寒化热化,而呈现寒热错杂之状,治疗上当以健脾护胃固本、祛湿化浊顾标,兼平调寒热,临床验之,疗效显著。笔者有幸师从王教授,侍诊于侧,现将王邦才教授论治霉菌性食管炎之经验介绍如下。

霉菌性食管炎,属消化道念珠菌病,又称白色念珠菌食管炎,是指由白色念珠菌入侵食管黏膜所导致的溃疡性伪膜性食管炎症,特征为食管黏膜表面附着有乳酪、豆渣样白色物^[1]。患者临床无特征性症状,多表现为上消化道不适,如胃胀、打嗝暖气等,少数患者有咽喉疼痛、吞咽困难等与食管黏膜损伤相关症状,故临床易被误诊、漏诊。本病多见于免疫力低下、抵抗力减弱等体弱患者,或长期大量使用细胞毒性药物、激素、免疫抑制剂、强力抑酸剂的患者^[2]。近年来,由于抗生素、激素的大量使用,胃肠镜等检查技术的不断成熟,本病发病率明显呈上升趋势。霉菌性食管炎属中医胃痞、噎膈、胃痛等范畴,临床实践证明中医在治疗本病时可以明显改善症状,缓解患者不适感,同时逆转病理,复发率及耐药产生率远低于西医治疗,远期疗效更优^[3]。

1 王邦才教授对本病发病与病机的认识

1.1 脾胃虚损、健运失司为发病基础 王邦才教授认为,中年老年后,脾胃功能下降,胃纳减少,脾运不济,脾不散精,气血精微生化

无源,食管失于濡养,抗击病邪能力下降,故中老年人霉菌性食管炎的好发人群。《黄帝内经》有云:“正气存内,邪不可干。”脾胃为后天之本,气血生化之源,若胃纳物脾运化功能协调,胃气降脾气升运动有序,胃喜润脾喜燥关系平衡时,水谷精微得以运化,脾为胃行其津液,四肢百骸得以濡养,机体正气充足。若脾胃虚弱,胃纳失常,脾失健运,则气血生化无源,又因“脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱”,脾胃虚弱无法正常输布津液,易出现水湿内停,聚而成痰成饮,内生的湿浊之邪又进一步阻碍脾气运行,致使津液输布失常,形成恶性循环,导致病情反复难愈。故王邦才教授认为脾胃虚弱、运化失职是本病的发病基础。临床症状上大多数患者常伴神疲乏力,面色少华,形体消瘦的虚弱表现,以及胃脘作胀、纳谷不香等脾运不健表现。

1.2 湿浊内生、痰气交阻为发病关键 王邦才教授指出,在临床上霉菌性食管炎患者多有胸闷、咽喉异物感,进食不适等症状,此乃脾胃虚弱,运化失司,湿浊内结、痰气交阻所致。湿性重浊黏滞,最易导致气机不畅,痰饮内生。《三因极一病证方论》将湿邪称为“万恶之邪”,认为其致病范围最广且缠绵难愈,提出“千寒易除,一湿难去”的观点。湿邪壅盛困阻中焦脾胃,或因平素喜食肥甘厚腻,助湿生热,酿成痰浊,阻滞气机;或因情志不畅,则津行失常,阻碍气机;或因居湿热之地,湿与热结,内生湿热,气机不畅;或脾阳不健,阴寒内结,与湿相合,化为寒湿,气机失调。霉菌性食管炎初起症状不明显,反复迁延后,患者常有咽喉异物感、吞咽不利、胸闷痞满等不适,多由其病日久,脾胃虚弱,湿浊内蕴,气机郁滞,痰气交阻。而病发日久又进一步损耗正气,气血阴阳失调,脏腑机能失

常。是故王邦才教授认为湿浊内生，痰气交阻是本病的发病关键^[4]。

1.3 寒热错杂、毒瘀内积为进展要素 王邦才教授认为，霉菌性食管炎患者起初多认识不清，多重治疗，致食管菌群失调，霉菌滋生，脾虚失运，湿浊内生，气机失调，升降逆乱，病移日久，湿浊之邪可随体质从化，且湿性黏滞，缠绵日久，多呈寒热错杂、毒瘀内积，病情进展，反复不愈。王邦才教授结合本病特征提出：“寒热错杂”不可拘与虚寒与实热胶结，本病缠绵难愈需着眼于湿。《温病条辨》亦有云：“湿之中焦，有寒湿，有热湿。”寒邪凝滞，湿邪黏滞，寒与湿合，困阻脾胃，则气机阻滞，脾阳不升，湿愈重；《黄帝内经》有云：“故凡病湿者多自热生，而热气尚多以为兼证，当云湿热。”气机不畅，内热自生，阻碍水液代谢，聚而成湿，湿与热合，又使热邪不得透达而内郁，形成“湿遏热伏”之局部郁热的病理状态。且内滞之湿易随体质从化，叶天士曾云：“阳旺之躯，胃热恒多；阴盛之体，脾湿亦不少。”故王邦才教授认为，霉菌性食管炎疾病的进展关键为寒热错杂。而湿浊日久内蕴，久病入络，气血瘀结，浊毒内生，故本病日久常虚、湿、浊、瘀、寒、热相互兼夹，多种病理因素相互胶结导致霉菌性食管炎迁延难愈。

2 王邦才教授治疗用药特色

2.1 健脾益气固本，脾健邪自去 脾为孤脏，主四时，居中央，主运化，四周布散以“灌四傍”，为人体气机调节、水液代谢的枢纽，若脾虚失健，则水湿难去，湿浊内蕴。故王邦才教授对本病在治疗上强调应健脾以固本，脾健则水谷精微得以运化，痰饮水湿浊毒难以停聚。

王邦才教授临床处方用药多关注恢复脾胃

功能，以求兼顾胃纳物脾运化、胃气降脾气升、胃喜润脾恶湿等生理特性。常用香砂六君或参苓白术散为底方以健脾化湿，遵叶天士“胃虚益气而用人参，非半夏之辛、茯苓之淡，非通剂也”之旨。用参、芪、术健脾益气；同时根据患者个体差异加入砂仁、木香、陈皮等理气，如平素夜寐欠安者，可多用砂仁安神醒脾；茯苓、苍术、薏苡仁、半夏等化湿，如形体丰满者伴脂肪肝者，可加入苍术以燥湿健脾；纳谷不香、打嗝暖气、肠鸣或矢气频者，可加入麦芽、六神曲、山楂等以健脾助运，务使脾运得健，湿邪自去。避免用药过于苦寒或燥热以损伤脾胃，导致外邪暂去而脾胃虚弱，内邪自生。

2.2 化湿泄浊以去邪，湿浊去气自畅 王邦才教授认为，本病多湿，湿为阴邪，易伤脾阳，脾阳虚则运化无力，水液代谢失常，难以正常输布，留于五脏六腑经络，阻碍气机，导致气机升降失常。中焦脾土与湿性相合，故临床中焦湿阻证最多，本病也正如此，故患者多有纳谷不香、脘腹胀满、大便黏溏、小便频数等不适。升降出入是气运动的四种基本形式，以此维持机体的生命活动，实现温煦、防御、固摄等各项基本功能。湿邪内阻气机，气滞则气血津液代谢异常，从而引起脏腑功能失调。脾胃虚弱则水湿代谢失常，湿阻气滞中焦则困阻脾胃，两者相互困扰，导致疾病迁延难愈。

在治疗上，王邦才教授提出需抓住主要病理因素——湿浊。去湿之法，常据时而定，或因人而异，多用分消三焦之法，三仁汤加减以达宣上、畅中、渗下之效；夏季暑热，常用芳香化湿之法，予藿香、厚朴、半夏、茯苓、佩兰出入；冬日则多用温化寒湿之法，常用苍术、紫苏叶、干姜、草果、薏苡仁、半夏、青皮、陈皮；寒热兼夹则辛开苦降，半夏泻心汤

或小柴胡汤加减为主。

同时需要注意“肝脾同调”，肝主疏泄、调畅气机，可促进脾胃运化与津液的运行输布，从五行来说，肝木为脾土所不胜，肝木乘脾土或脾土侮肝木均不利于疾病好转，王邦才教授多加入柴胡、陈皮、苏梗、厚朴等行气之物，以求肝木疏土助其运化之功，脾土营木利其疏泄之用。五脏六腑本为一体，病理上相互影响，应以健脾护胃固本、祛湿理气调和为要。

2.3 反激逆从调寒热、祛瘀毒，病去难反复

王邦才教授治疗疑难杂病常遵国医大师裘沛然所创“反激逆从，理偏求和”之法。王邦才教授认为霉菌性食管炎全程与湿浊之邪密切相关，治疗应以健脾祛湿为重，但湿浊之邪易兼杂寒邪、热邪，或生痰瘀浊毒，临床多见寒热错杂、虚实互见之象。霉菌性食管炎病程较长，病情易反复，患者长期处于阴阳失衡的病理状态，初期症状相对较轻，多无特征性表现，多为脾虚湿浊内生之证。随着患病日久，正气日损，脾阳不健，湿浊生毒成瘀，毒瘀内阻；或失治误治，误用攻下，伤及中阳，虚寒内生，同时少阳之邪热乘虚内陷；或患者本身体质导致的“从化”。故王邦才教授提出霉菌性食管炎病程发展中湿常与寒、热、瘀、痰等多种因素相互结合，从而表现为寒热错杂、虚实互见之证^[5]。因此，在诊疗过程中，王邦才教授通过恶寒与否、是否喜饮热水、四肢温否、舌脉等四诊合参来辨别病邪的寒热偏向，虚实的轻重。

常用经方小柴胡汤、半夏泻心汤、柴胡桂枝干姜汤、半夏厚朴干姜人参汤等方化裁，结合个体体质及病情调整全方中燥湿之品与清热、祛寒之药的配伍及剂量，补虚与泻实的比例，熟练运用相反相成，反激逆从的方法，以达理偏求和，邪祛正安的目的。在临床诊疗霉

菌性食管炎时，王邦才教授强调标本兼顾、个体化治疗，选方用药需健脾护胃以治本、祛湿行气以治标，兼顾平调寒热虚实。同时，考虑个体化差异，对久病入络，瘀毒内积者，常选加莪术、丹参、九香虫、白花蛇舌草、香茶菜等品；多思多虑者辅以疏肝理气之法，多加入柴胡、香附、枳壳、玫瑰花、芙蓉叶等以调理气机；夜寐难安者则可加入合欢花、酸枣仁、茯神等以宁心安神。王邦才教授临证根据患者个体特性，灵活化裁处方，充分体现了中医诊疗的优势。

3 病案举例

唐某，女，70岁，2025年6月2日初诊。主诉：胃脘饱胀不适2年余。患者于2年前无明显诱因出现胃脘部胀满，食后明显加重，未予重视及特殊治疗。2个月前查胃镜示：霉菌性食管炎，慢性萎缩性胃炎。遂至王邦才教授门诊就诊。症见：胃脘胀满，食后加剧，咽喉异物感，肢体沉重、神疲乏力，时有打嗝暖气，纳谷不香，晨起口苦干明显，无反酸烧心感，夜寐尚可，平素多思多虑，小便调，大便成形质黏。舌淡边齿痕、苔薄腻稍黄，脉沉。既往2型糖尿病10年余，直肠癌术后1年余，化疗8次(具体不详)。西医诊断：霉菌性食管炎，慢性萎缩性胃炎，直肠恶性肿瘤术后。中医诊断：胃痞（脾虚湿阻气滞，郁而化热证）。治以健脾祛湿理气、平调寒热法。方选半夏泻心汤合平胃散加减，处方：姜半夏15g，黄连6g，干姜6g，薏苡仁30g，仙鹤草30g，白花蛇舌草30g，莪术15g，浙贝母10g，紫苏梗10g，陈皮10g，炒麦芽20g，生甘草3g，黄芩10g。14剂，每天1剂，常规水煎服，分早、晚2次服用。

2025年6月16日二诊：服药后症减，纳便调，夜寐安，舌红、苔薄，脉细数。患者已

无明显不适，守初诊方治疗以固疗效，续服14剂。嘱注意饮食及生活日常调护，3~6个月后复查胃镜。3个月后复查胃镜示：慢性浅表性胃炎。

按：患者为老年女性，又经直肠癌手术及多次化疗，正气亏虚，脾胃受损，此为本病之根。脾胃居中州，为气机升降之枢，脾胃一虚，升降失司，则清阳不升，浊阴不降，壅滞中焦，发为痞满，故常感胃脘胀满、食后加剧、时有嗳气反酸。脾胃又为后天之本，运化水谷精微，脾胃运化失常，则水湿内停，阻遏中焦，故见肢体困重、大便黏腻；湿浊久羁，郁而化热，加之化疗余毒未清，故见晨起口苦、口干、苔薄黄。舌淡边有齿痕、神疲乏力多见于脾虚；湿阻于里故见苔腻脉沉。四诊合参，辨证属本虚标实、寒热错杂之候，以脾虚为本，湿阻、气滞、郁热为标，病位在中焦脾胃。治当以扶正祛邪、调和寒热为总则，立健脾化湿、理气和胃、佐以清热之法。处方选用半夏泻心汤合平胃散之意化裁。以姜半夏、干姜之辛开，配伍黄连、黄芩之苦降，“辛开苦降、平调寒热”，复其脾胃升降之枢，此乃仲景治痞之精髓。然患者湿象显著，取平胃散之意，以陈皮理气燥湿，更以大量薏苡仁代替苍术健脾渗湿，佐紫苏梗代厚朴增强行气宽中之效，共奏燥湿运脾之功。患者既往癌病，淤毒内积，加入莪术以破血行气、消积止痛；白花蛇舌草清热解毒，现代药理证实有抗肿瘤、抗炎之效；浙贝母清热散结，针对性治疗霉菌性食管炎之局部郁热结聚。选用仙鹤草，寓补于攻，扶正补虚，与白花蛇舌草相配，则扶正不

留邪，祛邪不伤正。炒麦芽消食和胃，以醒脾开纳；生甘草调和诸药。标本兼顾，攻补兼施，然患者病久根深，正气已亏，非旦夕可功，嘱其耐心调摄。二诊守初诊方，因患者症状改善明显，且初诊方标本兼顾，选方上既考虑当前所患霉菌性食管炎，又考虑到患者既往癌病病史，扶正祛邪同步进行，故守方续服。

4 结语

王邦才教授在霉菌性食管炎的诊疗中强调着眼于核心致病因素——湿邪，结合患者个体差异施治，选方用药以健脾护本，祛湿祛邪为原则，标本兼顾，并辅以平调寒热，以防病程迁延难愈。因本病临床症状无特征性，王邦才教授常告诫患者应注意饮食，勿暴饮暴食或过度节食，应三餐有时，营养合理；勿多思多虑，过度关注自身，应调畅情志，“不以物喜，不以己悲”；平素应适当锻炼，增强体质。浙江地处江南地区，四季多湿，故王邦才教授常询问患者久居何处，结合地域特征，因地制宜，因人制宜，因病制宜。

[参考文献]

- [1] 黄小华, 张利军, 高慧双. 念珠菌性食管炎诊疗专家共识[J]. 临床检验杂志, 2023, 41(4): 241-246.
- [2] 李翌萌, 白长川. 中医辨证论治霉菌性食管炎[J]. 中医临床研究, 2019, 11(26): 65-66.
- [3] 文玉利, 侯雪玥, 李阳, 等. 任顺平从湿论治霉菌性食管炎之经验[J]. 江苏中医药, 2023, 55(12): 11-14.
- [4] 童周子彬, 孙俊, 顾梦宇. 半夏泻心汤在消化系统疾病中的临床研究进展[J]. 新疆中医药, 2025, 43(2): 126-128.
- [5] 戴朝明, 靳松. 平调寒热法治疗寒热错杂型肠易激综合征40例[J]. 江西中医药, 2015, 46(5): 35-37.

[责任编辑: 刘淑婷, 蒋维超(英文)]