◆临证医案◆

内外并施辨治顽固性呃逆医案3则

陈静

鄂州市中医医院，湖北 鄂州 436000

［关键词］顽固性呃逆；中医；肿瘤；脑梗死；腹部手术
［中图分类号］R249 ［文献标志码］B ［文章编号］0256-7415（2023）22-0215-04
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.22.043

顽固性呃逆属现代医学的膈肌痉挛，西医治疗多使用镇静剂、促胃动力药等，但临床运用和治疗效果存在局限性，疗效一般[1]。中医学认为本病“胃气上逆动膈”，病因为饮食不节、情志内伤、正气虚弱等；病位在胃、膈，与肺、脾、肝、肾密切相关[2]。胃气以降为顺，本病治则为“和胃降逆”。笔者在临床工作中接诊多例顽固性呃逆患者，运用中药内服配合外治疗法，取得了一定疗效。现整理总结医案3则，以飨同道。

1 肝气犯胃案

余某，男，41岁，2021年10月24日初诊。主诉：呃逆5天，加重3天。患者5天前行肝癌介入治疗的当晚出现呃逆，2小时1次，经西药治疗改善不明显，后办理出院返回当地。近3天呃逆加重、呈持续性、呃声响亮。故来本科室住院治疗。自幼乙型肝炎病毒携带状态；发现肝癌、乙肝肝硬化、低蛋白血症病史1周；否认其他特殊病史。诊见：持续性呃逆、呃声响亮，稍进食则因频繁呃逆而反复呕吐，入睡后呃逆症状才能稍有减轻；肢软乏力明显。舌下络脉迂曲、舌淡红、苔薄黄，脉弦。西医诊断：肝恶性肿瘤。中医诊断：呃逆病，肝气犯胃证。治以清肝泻胃、降逆止呃。内治用方选左金丸合旋覆代赭汤加减，处方：黄连9 g，吴茱萸5 g，代赭石15 g，干姜、公丁香各6 g，旋覆花、法半夏、苦杏仁、枳壳、茯苓、炒白术、紫苏梗、大腹皮、牡丹皮各10 g。3剂，每天1剂，医院代煎，分3次服用。外治处方：①穴位贴敷。行气散（广木香、肉桂、细辛、丁香各5 g），凡士林调匀后涂抹于纱布条上，贴敷上脘、中脘、下脘、神阙穴，并用胶布固定。每天1次，贴敷4 h。②艾箱灸。灸下脘、神阙穴20 min，每天2次。③穴位注射。双侧足三里穴，胃复安针，每穴5 mg，穴位注射，每天1次。

2021年10月28日二诊：治疗4天后，患者呃逆好转。但觉腹胀明显，腹水彩超提示腹腔积液（中度），患者拒绝腹腔穿刺抽液检查，中药内服方守初诊内服方化裁，加泽兰10 g，白茅根30 g。3剂，每天1剂，煎服方法同前。

随访10个月未见呃逆发作。

按：患者乙肝病毒侵袭肝体多年，肝失疏泄、肝气郁结，气滞血瘀、肝络不通，积聚渐成、耗伤气血。日久瘀毒内结、积聚恶变，发为肝癌，进一步加重肝脏气滞血瘀。患者介入治疗后肝郁化火、气机疏泄不利，横逆犯胃、肝胃郁热，胃失和降、胃气上逆动膈、发为呃逆。初诊内服组方以左金丸合旋覆代赭汤加减。君药为黄连、吴茱萸，取左金

［收稿日期］2023-02-07
［修回日期］2023-09-27
［作者简介］陈静（1991-），女，医学硕士，主治医师，E-mail：1070842227@qq.com。

丸方义，清肝泻胃。旋覆花、代赭石取旋覆代赭汤君药降逆化痰；半夏、干姜、公丁香温中降逆，与黄连相合辛开苦降、使气机得复；共为臣药。苦杏仁开宣肺气，枳壳健脾理气，一宣一降，畅通胸膈气机；茯苓、炒白术健脾和胃；紫苏梗宽胸利膈，大腹皮行气宽中；牡丹皮清热凉血化瘀。外治选穴方面，上脘、中脘、下脘、神阙穴都隶属任脉穴位。而任脉为人体阴脉之海、调节阴经气血，刺激相关穴位可间接调节足太阴脾经运行、促进脾胃功能恢复。中脘穴是胃经募穴，调理一切脾胃问题。穴位贴敷通过药物和穴位双重叠加、发挥穴药效应，使药气通过经络运行布散周身、经过神经系统的反射与传导、反馈性调节胃肠及膈肌的自主神经功能，抑制膈肌痉挛以达到解除呃逆的作用[3]。其中行气散组方中广木香行气健脾，肉桂活血通经，细辛辛温通窍，丁香温中降逆，四药制散外用可行气通络、降逆止呃。艾箱灸通过艾柱的燃烧作用理气血、逐寒湿、温通行气，不仅能促进胃肠功能恢复，还有利于行气散更好地发挥行气、降逆、止呃作用。足三里穴属于足阳明胃经，具有调理脾胃、补中益气、通经活络的功效。临床研究发现，胃复安穴位注射双侧足三里，可以显著提高顽固性呃逆的临床效果，疗效显著优于肌肉注射[4]。二诊时呃逆症状好转，腹胀考虑与水湿内停有关，故加泽兰化瘀利水；且热病后易耗伤阴液，故加白茅根清热养阴利水，使利水而不伤阴、平治于权衡。该案肿瘤患者，内服与多种外治法联用，故能及时呃止症消。

2 脾胃阳虚兼夹肺热案

潘某，男，54岁，2019年11月21日初诊。主诉：呃逆半月，加重3天。患者半月前在脑梗死治疗期间出现呃逆，近3天呃逆症状频繁。2019年9月首次脑梗死，2019年10月再发脑梗死。症见：持续性呃逆，呃声低缓，进食后症状加重，并呕吐、非喷射状，呕吐物为胃内容物及痰涎，头部胀痛，间断咳嗽咳痰、口干明显。舌淡红、苔白，脉细数。入院前全腹部及盆腔CT提示双肾内低密度影，考虑为囊肿，建议必要时进一步检查。双肺及纵膈CT提示肺部感染；双侧胸膜肥厚；心包少许积液。西医诊断：呃逆；脑梗死恢复期；肺部感染。中医诊断：呃逆病，脾胃阳虚证。中医治以温补中阳、降逆止呃、清泄肺热为治法。内服用方选丁香柿蒂散、旋覆代赭汤、竹叶石膏汤加减，处方：公丁香5 g，柿蒂、旋覆花各6 g，代赭石20 g，淡竹叶12 g，太子参、石膏、枇杷叶、竹茹、枳壳各10 g。3剂，每天1剂，医院代煎，分3次服用。外治处方：①穴位贴敷。行气散贴敷上脘、中脘、神阙，每天1次，贴敷4 h。②穴位注射。取双侧足三里穴，胃复安针，每穴5 mg，穴位注射，每天1次。③针刺治疗。双侧攒竹、膻中、印堂、内关、合谷、太冲、足三里、公孙，行泻法，每天1次。

2019年11月25日二诊：患者呃逆减轻，舌脉同前。治疗同前。

2019年11月30日三诊：患者呃逆好转，守方续予3剂。

后于12月2日办理出院，随访2年未见呃逆复发。

按：患者年过六八、阳气衰竭于上，既往多次脑卒中，大病过后正气未复，脾胃虚弱、脾失健运，痰浊内生、阻滞气道，胃气和降受阻、上逆动膈，发生呃逆。脑卒中患者多合并吞咽障碍、易引起胃食管反流或吸入性肺炎，引起呃逆、呕吐症状；而反复呃逆、呕吐又会使气道阻塞、加重误吸风险，最终肺气上逆、间断咳嗽，胃气不降、呃逆频发。肺经循行“还循胃口，上膈”，叶天士《临证指南医案·呃》[5]载有：“肺气郁痹及阳虚浊阴上逆，亦能为呃。每以开上焦之痹及理阳祛阴，从中调治为法。”肺气郁闭、气机不畅，使脾阳不升、胃浊不降，气逆致呃。肺失宣降、肺气不利则气郁化热，故发热。

一诊内服组方君药取丁香柿蒂散、旋覆代赭汤两方君药组成，温补中阳、降逆止呃。臣药太子参、竹叶、石膏取竹叶石膏汤义清热生津、益气和胃。患者虽兼夹肺热，但不宜过用苦寒、以免损伤中阳，用药宜透热外达、才可抽薪揭盖，故用枇杷叶、竹茹轻清之品清降肺气，枳壳理气宽中。外治法选穴均为治疗呃逆病常用穴位；任脉、胃经、肝经、心包经都与膈有关，故多选取相关经络穴位。研究发现，针刺治疗呃逆的常用穴位为足三里、内关、中脘、膻中、太冲，常用四肢部与胸腹部的远近配穴法、上下配穴法[6]。攒竹可通过反射至眼睛周围神经、促进放松横膈膜、缓解膈肌痉挛。膻中穴是八会穴当中的气会，专司理气、顺气，气顺则呃

止。印堂作为经外奇穴，可调诸阳经之气，宽胸开膈、和胃降逆。内关作为八脉交会穴之一，循行上胸膈、理气和胃。合谷穴是手阳明大肠经原穴，“下入缺盆、络肺、下膈”，揉按刺激该穴能抑制膈肌不自主地间歇性收缩，达到止呃的效果。太冲为肝经输穴、原穴，平冲降逆。足三里穴疗诸虚百损，善调理中焦气机。公孙属足太阴脾经，八脉交汇穴，通冲脉。诸穴相配，自能顺气降逆。

二诊呃逆减轻，效不更方，故守前方巩固治疗。三诊时呃逆好转，守方巩固。本案运用温、清、消、补多法，脾、胃、肺同治，中焦脾阳得升、胃腑浊阴得降，肺胃气机通畅，故呃逆可止。

3 气阴两虚案

曹某，男，74岁，2021年9月15日初诊。主诉：间断腹痛、排便异常1周，呕吐3天。诉近1周间断腹痛、排便异常，腹痛部位以右侧中上腹部为主，呈胀痛不适；排便异常表现为腹泻与便秘交替出血，肛门间断排气，便秘时使用开塞露大便始出、但排出量少，近3天以便秘为主，大便未见赤白黏液，近3天频繁呕吐，呕吐物为胃内容物，未见鲜血及咖啡样物。既往四十余年前因十二指肠球部溃疡行胃大部切除术；15年前因胆管癌于武汉市同济医院切除胆囊、胰头；2018年发现双肺恶性肿瘤，规律行周期免疫治疗。2021年5月因肠梗阻住院治疗。有颈椎病、前列腺增生病史。否认其他慢性病史。入院完善全腹部及盆腔CT提示：胆囊未见显示、胰头缺如、肝脏内胆管及胰管扩张，考虑为术后改变，建议必要时增强检查。症见：频繁呃逆、恶心欲呕，胸骨柄至上腹部嘈杂不适，间断腹痛、头晕、口干明显，间断干咳、肢软乏力，舌红少苔，脉细。西医诊断：恶性肿瘤终末期维持治疗；胆管占位性病变(术后)；手术后胃瘫综合征；肠痉挛；肺占位性病变(双肺)；肺部感染；营养不良；前列腺增生。中医诊断：呃逆病，气阴两虚证。治以益气养阴、降逆止呕。内服用方选益胃汤合旋覆代赭汤加减，处方：北沙参、党参、麦门冬、旋覆花、苦杏仁、陈皮、白术、白芍、防风、建曲各10 g，葛根、薏苡仁、代赭石各15 g，炙甘草5 g。3剂，每天1剂，水煎，分3次服用。外治处方：①穴位贴敷。行气散贴敷中脘、神阙，右侧梁门、天枢，每天1次，贴敷4 h。②艾箱灸。灸中脘、神阙穴，右侧梁门、天枢穴，各20 min，每天2次。③穴位注射。取双侧足三里穴，胃复安针，每穴5 mg，穴位注射，每天1次。④针刺治疗。双侧攒竹、膻中、印堂、内关、合谷、太冲、足三里、公孙，行泻法，每天1次。

2021年9月21日二诊：患者呃逆减轻，夜间受凉后出现发热，体温最高38.1 ℃，间断咳嗽咳痰，完善痰培养，予头孢哌酮钠舒巴坦钠针抗感染治疗。患者发热后肢软乏力明显，要求暂停中药内服治疗，予停服。患者发热，停艾灸治疗；患者表示畏惧针灸治疗，停针刺治疗。呃逆治疗以外治法为主，予穴位贴敷及穴位注射改善症状。

2021年9月25日三诊：患者呃逆、发热好转，进食后间断恶心欲呕，肢软乏力改善，大便通畅。间断咳吐白色泡沫样痰。痰培养回报提示正常菌群生长。舌红、苔薄白腻、脉细。中药内服方调整为：北沙参15 g，旋覆花、代赭石各9 g，紫苏子、紫苏叶、苦杏仁、茯苓、建曲、葛根、炒白术各10 g，细辛3 g，干姜、甘草各5 g。3剂。

2021年9月30日患者诸症好转，办理出院，守3诊内服方药带药出院巩固，随访3个月未见呃逆复发。

按：老年肿瘤患者，既往消化道胃、胆囊、胰腺多次手术，损失气血、元气大伤，肺脾俱虚；气血津液生化乏源，胃失和降，胃气上逆动膈故频繁呃逆、恶心欲呕、呕吐。脾失健运，土虚木乘，肠道传导失常，水湿不化、偏走肠道或气血亏虚、肠道传导无力，故见腹泻与便秘交替出现；入院后全腹部及盆腔CT已排除肠梗阻及肠道占位性病变。胃阴不足、失于濡养，故口干。组方用药上北沙参、党参、麦门冬益气养阴、和胃生津；旋覆花、代赭石降逆止呃、祛痰止呕；共为君药。苦杏仁开宣肺气，陈皮健脾理气，气行则湿阻得化；共为臣药。白芍缓解止痛，白术健脾渗湿，葛根、防风升阳化湿；薏苡仁淡渗利湿；健曲健脾和胃；炙甘草调和诸药。外治处方，选取任脉穴位中脘、神阙以调足太阴脾经运行，选取足阳明胃经穴位梁门、天枢，四穴共用以达健脾气、降胃逆、调肠运的功效。三诊观察舌苔虽已新生、胃气较前恢复，但患者脾胃虚弱、胃失受纳、胃气失降，故进食后恶心欲呕。患者素体肺脾不足，肺恶性肿瘤免疫治疗后，更损

伤正气，外感引动、肺失宣降、酿湿生痰、痰饮内伏，内外病邪犯肺，故间断咳吐白色泡沫样痰。调整中药内服方，治以降逆止呕、清肺化饮。北沙参清肺化痰、益胃生津；旋覆花、代赭石和胃降逆化痰；三药共为君药。“肺为贮痰之器”，紫苏子、紫苏叶降气化痰；苦杏仁开提肺气；茯苓、干姜、细辛取苓姜五味姜辛汤之义，原方去性收涩的五味子以防敛邪难出。张仲景《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》曰：“冲气即低，而反更咳，胸满者，用桂苓五味甘草汤去桂加干姜、细辛，以治其咳满。”即苓甘五味姜辛汤，该方为温肺化饮的经典方剂；干姜既能温肺散寒以化饮，又能温化脾阳以化湿。细辛取辛散之性，助干姜温肺散寒化饮；茯苓益气健脾、淡渗利湿、化饮利水。“脾为生痰之源”，脾运得健，则水湿可散、痰饮难成。故加建曲健脾和胃消食，葛根、防风升阳化湿，共为佐药。炙甘草调和诸药。

4 结语

中医治疗顽固性呃逆辨证方面需注意以下方面：望诊，观察患者有无抬肩耸脊、呃逆频频、面色少华，有无少气懒言、气不相接；闻诊需注意听呃声响亮或低沉。问诊需明确患者既往病史、有无饮食不节或情志不畅诱发。切诊方面，呃逆患者初期脉象多弦滑有力之实象，而病久脉象多呈沉细无力、虚弱之象。通过详细采集病史，详审病机及传变脏腑，先安未受邪之地，辨病位不可只拘泥于脾胃两脏。病症在外必责之于内，以上顽固性呃逆案例，通过中西医结合治疗，辨证论治、内外并施、双管齐下，针、药、穴多措并举，加强协同作用，故疗效显著。

[参考文献]

[1] 杨星星，秦晓光，杨小芳，等. 近5年中医药治疗顽固性呃逆的研究概况[J]. 中医研究，2022，35(1)：76-79.
[2] 刘越美，丁淑强. 顽固性呃逆的病因及中医治疗进展[J]. 中华针灸电子杂志，2022，11(1)：22-24.
[3] 樊茵迪，郑玉香，朱翠勤. 穴位贴敷配合注射治疗危重病患者顽固性呃逆疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志，2010，19(10)：1217.
[4] 刘丽华，殷琼. 中药胃复安穴位注射足三里治疗顽固性呃逆[J]. 中国康复，2006，21(6)：395.
[5] 叶天士. 临证指南医案[M]. 艾军，戴铭，点校. 北京：中国中医药出版社，2008：274.
[6] 刘江，韩玉静，赵天易，等. 基于复杂网络分析针刺治疗呃逆腧穴配伍规律[J]. 针刺研究，2019，44(10)：766-771.

（责任编辑：刘淑婷）