

理论探讨

谈 嘔 逆

湖北中医学院 李培生

一、寻 源

嘔，《说文》“气偕也”。又“偕，逆也”，此解亦见于《说文》。故《玉篇》：“嘔，逆气也”。《唐韵》：“嘔，于月切，音颰”，故吾鄂医者多嘔音如“月”。惟《集韵》颰又“音郁”，与《诗·庭燎》“鸾声嘒嘒”之读为颰、《玉篇》所谓“见外切，鸟语也”者不同。是嘔有郁音，并有郁义。故《礼·内则》“不敢嘔、噫、嚏、咳”，以四者相提并论。盖机体气机不和，逆而上行，冲击气道则为咳，出于鼻腔而为嚏，若胃气上逆，则为噫、为嘔。然嘔逆究竟是如何病症，此则当求之于方书而探求所以然者。

二、定 义

嘔逆是什么证象，古医书中认识分歧，约有四说：一、以嘔为干呕。王海藏云：“吐属太阳，有物无声，乃血病也”；“呕属阳明，有物有声，气血俱病也”；“嘔属少阳，无物有声，乃气病也”（《此事难知》卷上）。至朱丹溪直以“有声有物谓之呕吐，有声无物谓之嘔”。故江篁南云：“嘔者，即干呕也”（《名医类案》卷四）。后世杂病方书，多宗载之。实则干呕条文，《伤寒论》、《金匱》书中多见。否则既云干呕，又云嘔逆，一名两用，定义不妥，仲景当不致轻率若此，故此说难以成立。二、以嘔为干呕之甚者。王安道云：“干呕与嘔，东垣视为一，仲景分为二。由夫一而殒之，固皆声之独出者也；

由为二而观之，则干呕乃嘔之微，嘔乃干呕之甚。干呕者，其声轻小而短；嘔者，其声重大而长。长者虽有微甚之分，盖一证也”（《溯涧集》）。按干呕为呕类。《金匱》云：“似喘不喘，似呕不呕，似哕不哕”。又云：“干呕、哕”，明示干呕与哕属于两个不同症状，自不能从微甚而分。并参见上段。三、以嘔为咳逆。朱肱云：“咳逆者，仲景所谓嘔者也”。又云：“伤寒嘔逆，此证极恶，仲景书中不载。孙真人云：‘咳逆遍寻方论，无此名称，深究其状，咳逆者，嘔逆之名，盖古人以咳逆为嘔耳’。大抵咳逆者，古人所谓嘔是也”（《类证活人书》卷十一）。按《礼·内则》“不敢嘔、噫、嚏、咳”，是咳即咳嗽，嘔是嘔，古人已经说明属于两个不同症状，不可混为一谈，自相纠缠不清。四、以嘔为呃逆。王肯堂云：“呃逆，即《内经》所谓嘔也”（《证治准绳》卷三）。张景岳云：“《内经》诸篇，并无呃逆之证。观此节治嘔三法，皆所以治呃逆者。是古所谓嘔者，即呃逆无疑矣”（《类经》针刺类五十三）。巢氏《诸病源候论》云：“伏热在胃，则令人胸满，胸满则气逆，气逆则嘔。若大下已后，饮水多，胃内虚冷，亦令嘔也”（卷九·热病嘔候）。又云：“呕嘔之病者，由脾胃有邪，谷气不治所为也。胃受邪则呕，脾受邪气，脾胀气逆，遇冷折之，气不通，则嘔也”（卷二十一·呕嘔候）。按巢氏论热病嘔逆之病源甚精，其云胸满气逆，又云气不通，是皆气郁而不能畅达之象，与嘔之本义甚合，是嘔为呃逆，又可为一证。若干呕或为呃逆，则不可为训矣。

三、审 机

综上所述,是哕逆之病变中心在胃,其发生机理当为胃气不和、气机上逆所致。故《内经》谓“胃为气逆、为哕”(《素问·宣明五气篇》),可谓一语破的。又云:“谷入于胃,胃气上注于肺。今有故寒与新谷气俱还入于胃,新故相乱,真邪相攻,气并相逆,还出于胃,故为哕”(《灵枢·口问篇》)。亦是进一步探究胃寒气逆而发为哕之故。若“肺主声为哕”(同见上篇),是因气病于胃而主于肺,结合上段经义自明。然哕逆之发,有平人食物下咽之后,一时胃气不和,逆而为哕,有一发吃吃然数十声,不经治疗而自愈者。如不愈,《内经》外治三法,“以草刺鼻嚏,嚏而已;无息而疾引之,立已;大惊者,亦可已”(《灵枢·杂病篇》)。殊有良好的疗效。然此为一般轻证而言。若哕逆重症之证治,则当求之于《伤寒论》《金匱》之中。又哕逆有危重之证,《内经》“病深者,其声哕”(《素问·宝命全形论》),可谓已发其端。若“热病不可刺者有九,一曰汗不出,大颧发赤,哕者死”(《灵枢·热病篇》)。此则属于热病末期之危证,《伤寒论》中,亦有此种类似证候之描述,可互相参看。

四、辨 证

(一)《伤寒论》论哕逆

今将《伤寒论》中有关哕逆一证的条文,汇集于此,并综释于下:

“得病六七日,脉迟浮弱,恶风寒,手足温。医二、三下之,不能食,而胁下满痛,面目及身黄,颈项强,小便难者,与柴胡汤,后必下重。本渴饮水而呕者,柴胡汤不中与也,食谷者哕”(宋本 98 本条)。

“阳明病,不能食,攻其热必哕。所以然者,胃中虚冷故也。以其人本虚,攻其热必哕”(194 条)。

“若胃中虚冷,不能食者,饮水则哕”(226

条)。

“伤寒大吐大下之,极虚、复极汗者,其人外气怫郁,复与之水,以发其汗,因得哕。所以然者,胃中寒冷故也”(380 条)。

“伤寒哕而腹满,视其前后,知何部不利,利之即愈”(381 条)。

“阳明中风,脉弦浮大,而短气,腹都满,胁下及心痛,久按之气不通,鼻干不得汗,嗜卧,一身及目悉黄,小便难,有潮热,时时哕。耳前后肿,刺之小差。病过十日,脉续浮者,与小柴胡汤”(231 条)。

“脉但浮,无余证者,与麻黄汤。若不尿,腹满加哕者,不治”(232 条)。

“太阳病中风,以火劫发汗,邪风被火热,血气流溢,失其常度。两阳相熏灼,其身发黄。阳盛则欲衄,阴虚小便难,阴阳俱虚竭,身体则枯燥,但头汗出,剂颈而还,腹满微喘,口干咽烂,或不大便。久则谵语,甚者至哕,手足躁扰,捻衣摸床,小便利者,其人可治”(111 条)。

按:1. 上条文 98、194、226、380 均属胃中虚冷证。其形成原因,或因素质胃中虚寒,或因阳虚饮停,或伤寒汗下过当,以致胃阳虚弱,阴寒凝滞,胃气上逆,而发为哕。2. 381 条“哕而腹满”,自是实证所据,但有两种病况,当用两种不同的治法处理:一种见大便秘利,当是胃实热盛,可用泻腑实通大便法;一种见小便不利,当是中焦水停致哕,可用宣气化饮通利小便之法。3. 231、232 两条当作一条读。病属三阳合并病范畴。病邪弥漫,胃热气郁致哕。如病势进一步发展,可能成为不治之证。111 条是热病末期阳盛阴虚危重之证,其所云发黄、衄血、手足躁扰、捻衣摸床、谵语、哕逆,均属热病中坏症的常见症状。仲景如实描述,具见匠心。特别是结语指出以小便利否,判津液之存亡,决病情之生死,以启叶氏“热邪不燥胃津、必耗肾液”之说,最有胜义。

(二)《金匱要略》论哕逆

“病人胸中似喘不喘,似呕不呕,似哕不哕,彻心中懊憹然无余者,生姜半夏汤主之”。

“干呕、哕，若手足厥者，橘皮汤主之”。

“哕逆者，橘皮竹茹汤主之”。(上三条均见《呕吐哕下利病脉证治第十七》)

按：《金匱》治哕四条，除“哕而腹满”一条，与大论相同外，其用生姜半夏汤是治寒饮上逆之哕；橘皮汤治气郁而厥、逆而为哕；橘皮竹茹汤治中虚有热气逆为哕。所述重点是在杂病之类，自与《伤寒论》有所不同。

五、论 治

从《伤寒论》哕证的条文来进行分析，是哕逆之证，有虚寒、实热两大类型；治法虚寒者温补之，如吴茱萸汤、甘草干姜汤或理中汤丸。并可酌加镇降逆气之品，如代赭石、旋复花之类。喻嘉言医案，对此证甚有心得，堪可师法。实热之哕，因腑实燥结、大便不通者，三承气汤选用。若胃有停饮，小便不利，则宜通阳化饮渗利小便之法，如五苓散、茯苓甘草汤之类。至于热病末期阳盛阴虚之哕，自是危重症候，仲景未出方治，惟从“小便利者，其人可治”句来探索其义，则育阴滋阴熄风镇逆之法，后世温病方书，可以补其未备。又杂病之哕，《金匱》治哕三方，如痰郁者宣化之，气结者温散之，可供参用。至于血瘀者活血，食停者消积，活法在人，不可尽述。

六、治 验

患者李××，某年夏，因胃病特来就诊。因其直系亲属数人，死于消化道癌症，因此忧心忡忡，请求一决。愚视其舌苔黄厚，诊脉滑数，口中气臭，胃脘部疼痛拒按，不能纳食，强食则稍倾吐出，呃忒连声，小溲黄，大便不畅。行年四十，而月事量少。细询发病原因，始知平素酷嗜辛辣，又因家境不顺，久郁积热，化痰生火，火热结于中焦，致成此证。缠绵年余，诸治无效。此时救治，拟用清降镇逆之法，以作和胃解结之用。遂与小陷胸汤(瓜蒌仁、法半夏、炒黄连)加炒竹茹、枳实、橘红、枇杷

叶、代赭石、旋复花、鲜芦根。服五剂，病势依然如故。因思本病症结在胃，胃气以下行为顺。气郁火结，阻其和降之机，故脘部不通则痛；气逆火炎，肆其冲激之势，故纳食入口则吐，频频作哕。《内经》谓“诸逆冲上，皆属于火”，可为此病之最好说解。而《金匱》“食已即吐者，大黄甘草汤主之”，当可为治法之重要依据。遂与前方中，加酒洗川大黄12克，炙甘草6克。又两剂，大便通畅，脘部自觉甚快，吐势少止，呃声亦稀，略能进食。前方再去大黄，仍与前方数剂服之，遂愈。

某年初夏，有徐××同志，胃痛大发，不能食，食即呕，痛益甚。当时西医会诊，断为幽门狭窄症。令其来省住院医治，徐未允。遂劝其暂服中药试治，延诊：愚视其舌苔白而质淡，脉弦而缓，呃逆频作，得食即呕，胃脘时发剧痛，得食益甚，得温暖稍快，大便不爽，小便尚可，盖由平素胃阳虚寒，又因客居吃饭条件过差，遂兼冷食阻滞，以致胃痛发而加剧，上逆而为呕、哕也。当主用温中和胃降逆止呕之法，而兼消食导滞之品为治。方用旋复代赭汤减生姜增代赭石用量，并加干姜、炒枳实、焦三仙。服两剂，痛势缓和，呕哕随止。再诊：仍用温中和胃降逆消导之法，只将前方略予加减，以善其后。

热病末期及久病见哕，均属危重之证，甚或成为不治，但间有可治者。忆愚初学医时，族人李××之父，年逾花甲，体素弱，并有哮喘宿疾。某年冬，喘嗽复发，杂治数月无效，并从喘促中出现呃逆数声，医皆束手，后请某老医诊治，处方用《金匱》肾气丸少佐黑锡丹与服，数服有小效，后去黑锡丹，用肾气丸加胡桃肉、补骨脂、五味子、蒸牛膝、煅磁石、橘红等药，以温纳镇摄，坚持半载，始告痊愈。但此是阳虚而寒之证。阳虚水泛而为痰嗽，阳不归根，则为喘、为哕，故治法如此。若据愚以后历年所治此证，似以仲景所言阳盛阴虚者为多。如邻村李××老翁，某年春，患温，卧床两月，病已危殆。其子坚请愚往一诊，至则见患者神情恍惚，语声低微，气息似不相接续。

并闻现呃逆数声，虚象显然。而五心时热，舌干少津，唇焦齿槁，耳聋不食，脉象细数，自是阴虚有热而非阳虚而寒之证。视从前服方，大抵皆温燥之剂。此证胃津既竭，肾液又伤。此时救治之法，纯用滋肾，则有膩膈壅逆之嫌；稍涉温燥，恐有戕胃伤津之弊。拟用金水相生法，胃肾兼顾为治。方用六味地黄汤去泽泻加白薇、玉竹、麦冬、五味子。又因患者月余未进米粒，胃气受损太甚，并用参燕冰糖饮（西洋参6克，燕窝15克，橘饼三枚，冰糖适量，饭上蒸熟）时时呷服，以苏醒胃气、补救津液

为治。服药十剂后，病情逐渐好转，热势亦和，渐能纳食。因啰声仍时作，遂于前方中去白薇、玉竹加酥炙龟板、煅磁石、蒸牛膝、橘红，以潜镇摄纳，随服参燕冰糖饮如前。使用以上两方加减调理约两月，而病痊愈。惟耳聋终不能复。啰证治法，愚从临床实践治疗之观点来进行分析，常谓实证重点在胃；虚实兼夹证治兼及脾；若虚证及危重之证，则胃肾并治。此说未知当否，谨供方家验证。又啰逆重症，并非以单纯症状出现，而与其他证候综合伴见，此点必须说明。

止血煎治疗上消化道出血 75 例观察

中国人民解放军空军沈阳医院内一科 陶文洲

上消化道出血是常见的内科急症之一，及时有效地止血是保证抢救成功的关键。我们选择中药马勃、大黄制成煎剂，取名止血煎。经动物实验研究证明，对出血的胃肠粘膜有较强的粘附、收敛作用，止血效果较好。1984年4月至1988年2月，用止血煎治疗上消化道出血患者75例，兹介绍如下：

一、一般资料：75例中，男63例，女12例。年龄20~30岁25例，31~40岁20例，41~50岁15例，51~60岁12例，61~70岁2例，71~80岁1例。

二、出血原因：呕血、便血患者入院后经纤维内窥镜检查证实，十二指肠球部溃疡44例，胃溃疡7例，出血性胃炎8例，应激性溃疡1例，出血性十二指肠肠炎5例，肝硬化食道静脉曲张2例，胃癌2例，胃息肉3例，马凡氏综合征1例，十二指肠癌1例，十二指肠球后溃疡1例。

三、出血情况：出血量在400毫升以下（黑便成形）者14例，400~1000毫升之间（黑便不成形）者37例，1000毫升以上（大便稀薄色黑）者24例。

四、治疗方法：取马勃100克，大黄50克，用水浸泡马勃2小时，然后加水1000毫升，煎煮至300毫升时加入大黄，再煎煮至200毫升时倒出药液，用4号纱布滤过，加入甘油15毫升以延缓鞣酸分解，置冰箱内贮存。治疗方法分口服和内镜下给药两种。一次口服50毫升，24小时后做内镜镜检查，观察止血

情况，共40例。在内窥镜下，于活检钳孔插入塑料管，将止血煎注于出血病灶处，一次用量20~40毫升，共35例。

五、止血效果：口服药后24小时内内镜镜检查，已止血者，或内镜下喷药，直视观察3~4分钟内立即止血者共75例，即刻止血率为100%。经72小时观察，72例未再出血，另3例再次呕血或有其他活动性出血征象，其中十二指肠癌1例，十二指肠球后溃疡1例，肝硬化食道下段静脉曲张1例。

六、体会：通过我院实验研究表明，止血煎对家兔实验性胃粘膜创伤性溃疡出血，可显著减少出血量和缩短出血时间。在临床应用中同样可以观察到内镜下喷洒止血煎后，出血病灶处立即呈现暗红色凝块，有即刻止血效果。本组病例中，有十二指肠癌和十二指肠球后溃疡各1例，分别在即刻止血后48及60小时再次大呕血转外科手术，似说明止血煎对癌肿出血和球后溃疡出血只能达到暂时止血而不能防止再出血。口服止血煎40例中，除1例无效外全部止血成功。本组72小时内止血率为96%，与其他方法相比，本法止血效果较好。止血煎无毒副作用，无禁忌症，但应注意：在内窥镜下喷洒时，最后需用生理盐水20毫升冲洗塑料管，可防止药液滴入活检管道损伤内镜。由于药液与血液作用后形成凝块，粘稠性强易污染镜面，要注意彻底清洗。