

文章编号:0255-2930(2014)06-0583-02

中图分类号:R 246.6 文献标志码:A

临 证 经 验

通腑降逆针刺法治疗顽固性呃逆 91 例

焦 琳 迟振海 张 伟

(江西中医药大学附属医院针灸科,南昌 330000)

[关键词] 顽固性呃逆;针刺疗法;通腑降逆法

呃逆是临床上常见的一个症状,针灸治疗本病疗效确切,大多是基于和胃降逆的基本认识而选取相应的穴位来治疗^[1]。笔者在临床中发现,多数呃逆的患者伴有大便不通的症状,故自 2000 年起在通腑降逆治则的启发下采用针刺治疗顽固性呃逆,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

91 例患者均为 2000 年至 2010 年我院门诊及住院病人,其中男 74 例,女 17 例;年龄最小 22 岁,最大 77 岁,平均 51 岁;病程最短 3 天,最长 2 个月,平均 31.5 天;辨证为实证(呃逆初起,呃声响亮,气冲有力,连续发作,脉弦滑者多为实证)71 例,虚证(呃声时断时续,呃声低长,气出无力,脉虚弱者,多为虚证)20 例;中枢性呃逆(继发于颅内感染或其他颅内疾患,表现为呃声频频,时断时续,时间超过 24 h 者)15 例,反射性呃逆(继发于胃肠、胸膜、腹膜、膈肌等病变,表现为呃声连连,声短而频,时间超过 24 h 者)76 例。

1.2 诊断标准

参照《最新消化系统疾病临床诊断治疗实用技术手册》^[2]诊断:呃逆持续时间超过 24 h,呃声或高或低,可自行停顿 30~60 min 后复发,严重者呃声频作,无间隙,昼夜不停。

2 治疗方法

取穴:主穴取内关、中脘、天枢、足三里、上巨虚、下巨虚、膻中、合谷、太冲;失眠加印堂、四神聪、太阳、神门,呕吐加天突、上脘、下脘,咳嗽加列缺。操作:患者取仰卧位,选用规格为 0.30 mm×40 mm、0.30 mm×50 mm 无菌针灸针,针刺前引导患者全身放松,全神贯注配合治疗。进针前,先对医者手及患者穴位局部进行常规消毒,四肢穴位均直刺,进针深度为 15~25 mm;头部及胸部穴位平刺,进针

深度为 20~30 mm,行平补平泻手法,每 5 分钟行针 1 次,留针 30 min。治疗初期每日治疗 2 次,上、下午各 1 次,3 天后每天上午治疗 1 次,共治疗 6 天,治疗结束后随访 2 周观察结果。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

痊愈:经治疗后呃逆停止,无复发;有效:经治疗后呃逆持续时间及发作次数减少;无效:治疗前后呃逆症状无变化。

3.2 治疗结果

呃逆患者临床疗效比较(见表 1)

表 1 不同类型顽固性呃逆患者临床疗效比较 例

类型	例数	痊愈	有效	无效	痊愈率(%)
实证	71	71	0	0	100.0 ¹⁾
虚证	20	15	0	5	75.0
中枢性	15	12	0	3	80.0
反射性	76	74	0	2	97.3 ²⁾

注:与虚证比较,¹⁾ $P<0.01$;与中枢性呃逆比较,²⁾ $P<0.01$ 。

由表 1 可知,91 例患者,痊愈 86 例,无效 5 例,痊愈率为 94.5%。其中实证患者痊愈率为 100.0%,虚证患者痊愈率为 75.0%;中枢性呃逆患者痊愈率为 80.0%,反射性呃逆患者痊愈率为 97.3%。提示通腑降逆针法治疗实证呃逆的效果优于虚证($P<0.01$),治疗反射性呃逆效果优于中枢性呃逆($P<0.01$)。

4 典型病例

患者,男,70 岁。就诊时间:2002 年 5 月 26 日。因胃癌于 2002 年 5 月 19 日入住我院消化科,入院后行手术治疗,术后出现呃逆,经利他林、氯丙嗪等肌肉注射治疗,效果不明显,患者经受手术和顽固性呃逆的双重折磨而痛苦不堪,又因呃逆导致腹部伤口不能愈合。呃逆发病后 3 天经我科会诊,刻下症见:呃逆连连、声短而频、咳嗽时作,腹痛、胸胁胀痛,纳差、眠差、便秘,舌质暗红、苔黄厚腻,脉弦滑。选用通腑降逆针法的主穴,加印堂、神门、四神聪、列缺针刺。前 3 天每日治疗两次,分别于上午 10:00、下

第一作者:焦琳(1977-),女,副主任中医师。研究方向:针灸治疗内分泌疾病。E-mail:jl0809@126.com

午 4:00 各 1 次,后 3 天每日 1 次(上午 10:00),共治疗 6 天。第 1 天治疗结束后,患者呃逆发作时间减少,频率降低,感觉胸部轻松,食欲及精神较前好转;治疗 3 天后,呃逆明显减轻,发作时间明显减少,胃部有明显的饥饿感,腹痛、胸胁胀痛明显减轻,咳嗽亦不明显,有自主排便,夜间可以安睡;治疗 6 天后痊愈,痊愈后 8 日伤口愈合而出院。

5 体会

呃逆是膈肌和肋间肌等辅助呼吸肌的阵挛性不随意挛缩,声门闭锁,空气迅速进入气管内发生的特征性声音^[3]。其发病机制目前尚不清楚,但呃逆的神经反射弧已经明确^[4]。其传入神经为迷走神经、膈神经及第 6~第 12 胸交感神经向心纤维;中枢是第 3~5 颈髓的膈神经、脑干的呼吸中枢、延髓网状结构和下丘脑共同组成的综合体;传出神经为膈神经、声门及呼吸辅助肌的离心纤维。在反射弧的任何路径发生病变或受到刺激均可诱发膈肌痉挛,当外周刺激经迷走神经或膈神经的感觉神经纤维传入中枢,或中枢疾病使膈神经的运动纤维传出冲动增多,均可引起呃逆。

顽固性呃逆以呃逆频繁、症状顽固、持续时间超过 24 h、常规治疗方法无效为特点,多为器质性病变所致,是一种病因十分复杂的消化系统临床综合征。现代医学将顽固性呃逆的病因大体分为中枢性和反射性两种,中枢性者可见于脑炎、脑血管意外、脑瘤,还可见于尿毒症、乙醇中毒、糖尿病酮症、代谢性、中毒性疾病以及癔病等;反射性者常由胸、腹部疾病引起,胸部疾病如肿瘤、心肌梗死、肺炎等,腹部疾病如胃扩张、腹膜炎、肠梗阻等,此外腹部手术后留置胃管或膈肌下引流管等刺激也可引起。

古人对于呃逆早有论述,如《素问·宣明五气》

说:“胃为气逆为嘔……”,究其病因,有虚实之不同,实证者多是由于肝气犯胃,胃寒、胃热、痰浊内阻所致;虚证者多是由于脾胃虚弱、脾胃气虚或阳虚所致。以上各种原因最终导致胃气不降,上逆胸膈,气机逆乱而发呃逆。六腑的功能特点是“以通为用”,胃的生理功能是以“通降”为主要特点,故有“脾升胃降”之说。《灵枢·本输》有言“大肠小肠皆属于胃”,其意是指胃气通降的功能会影响大肠、小肠的功能,呃逆时胃气上逆,胃气通降不利,从而影响大肠小肠的通降功能,所以呃逆的病人多有大便不通的症状。大便不通又可以加重胃气上逆,使呃逆症状加重。由以上得知,通腑降逆是治疗呃逆的中心环节。本针法选取的穴位,中脘是胃的募穴,足三里是胃的合穴,两穴同用可以调整胃腑功能;内关和中解郁;天枢是大肠的募穴,上巨虚、下巨虚是大、小肠的下合穴,三穴配伍可以通降腑气;合谷、太冲属四关穴,可以宽胸理气、通降胃肠。诸穴合用,共奏和胃气、通腑气、降逆止呃的功效。

本研究结果表明,通腑降逆针法治疗各类型呃逆均有满意的疗效,其中实证呃逆及反射性呃逆效果更佳。通腑降逆针刺法治疗顽固性呃逆,疗程短、起效快、无不良反应,值得推广应用。

参考文献

- [1] 李鸿友,杨文犀.毫针刺治疗呃逆的疗效观察[J].天津中医药,2011,28(1):66.
- [2] 陈洪宾.最新消化系统疾病临床诊断治疗实用技术手册[M].北京:北京科大电子出版社,2004:45.
- [3] 韩仲岩,丛志强,唐盛孟.神经病治疗学[M].上海:上海科学技术出版社,1996:14.
- [4] 孙平,朱慧.呃逆的发病机理及治疗[J].陕西医学杂志,1996,25(2):99-101.

(收稿日期:2013-09-08,杨立丽发稿)

《中国针灸》杂志对研究性论文中引用参考文献的要求

参考文献是科学研究论文中不可缺少的组成部分,国家标准(GB 7713-87)中明确规定科研文章的主体部分包括引言、正文、结论、致谢、参考文献。事实上,一项科学研究从开始选题到研究论证、最终撰写研究报告,都要参阅和利用大量的文献,吸取他人的研究成果,才有可能通过本项研究产生新的研究成果。因此,认真著录所引用的参考文献不仅能够全面反映一项研究工作立题的必要性、研究过程的可靠性、研究结果和结论的准确性,而且还反映了作者的科研道德和科研水平。另外,期刊发表论文,不只是单纯地“发表”研究成果,更重要的是在“发表”中进行“评价”,以促进学术交流。但是,近年来,针灸论文撰写中存在着忽视参考文献引用和著录的现象,直接导致了论文学术水平的下降,削弱了期刊的学术评价功能。参考文献的引用使论文和期刊具有学术评价功能,同时,期刊编辑也要通过引用参考文献的程度评价学术论文的质量。因此,《中国针灸》杂志要求,凡是投给《中国针灸》杂志的稿件,必须要著录参考文献,4 000 字以上论文要求参考文献 15 条以上。参考文献选择的标准是,以作者亲自阅读过的、近期刊文献为主,请尽量少引用书籍文献。