

● 针推医学 ●

升降针法治疗脑卒中后呃逆20例临床观察

张登雪¹, 管志敏^{2,3}

(1. 黔东南民族职业技术学院临床医学系, 贵州 黔东南, 556000;

2. 浙江中医药大学附属嘉兴市中医院, 浙江 嘉兴, 314001;

3. 贵州省黔东南州中医院, 贵州 黔东南, 556000)

[摘要] 目的: 观察升降针法治疗脑卒中后呃逆的临床疗效。方法: 将40例脑卒中后呃逆患者随机分为治疗组和对照组各20例, 2组均采用西医常规治疗, 治疗组在西医常规治疗的同时加用升降针法治疗, 对照组在西医常规治疗的同时加胃复安治疗。比较2组综合疗效和呃逆症状评分。结果: 总有效率治疗组为90.0%, 对照组为60.0%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组呃逆症状评分治疗前与治疗第4、7天组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 升降针法能有效治疗脑卒中后呃逆, 并可降低不良反应的发生。

[关键词] 脑卒中; 呃逆; 针灸疗法; 升降针法

[中图分类号] R277.739 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.12.22

顽固性呃逆(Intractable hiccup, IH)是脑卒中常见的并发症之一, 其主要表现为呃逆声短而频发, 连续不断, 不能自止^[1]。本病病程较长, 严重者可使脑血管病患者的恢复期显著延长, 甚至加重原发病^[2]。笔者运用升清降浊的思路指导针刺治疗脑卒中后呃逆20例, 收到较好疗效, 并与单用西医常规治疗的20例作对照观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择黔东南州中医院就诊的脑卒中后呃逆患者40例, 随机分为治疗组和对照组各20例。治疗组中, 男17例, 女13例; 平均年龄(55.24 ± 2.34)岁; 平均病程(5.86 ± 3.45)d; 其中脑梗死25例, 脑出血5例。对照组中, 男16例, 女14例; 平均年龄(57.37 ± 1.98)岁; 平均病程(7.57 ± 2.87)d; 其中脑梗死19例, 脑出血11例。2组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]拟定。1) 经现代医学明确诊断为脑血管病变, 在发病后出现呃逆; 2) 呃逆持续发作, 超过24h; 3) 非胃肠道导致的呃逆。

1.3 纳入标准 1) 符合上述诊断标准; 2) 处于脑血管病恢复期或后遗症期, 病情平稳; 3) 同意采用升降针法治疗。

1.4 排除标准 1) 不接受针刺治疗; 2) 对胃复安过敏; 3) 非脑血管病导致的呃逆。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 2组均采用西医常规治疗。包括控制血压、纠正电解质紊乱、脱水降颅压等神经内科常规治疗。

2.2 治疗组 采用升降针法治疗。选取呃逆1穴(拇指螺纹中央), 操作上向下直刺透过拇指指间关节; 呃逆2穴(第二掌骨桡侧的中点), 操作上针刺使针体透过掌面, 抵达第五掌骨的中点, 与后溪穴相对。针刺得气后留针30min, 每天1次。

2.3 对照组 采用胃复安治疗。胃复安(江苏鹏鹞药业有限公司生产, 批准文号: 国药准字H32021715)10mg 肌肉注射, 每天1次。

2组均以7d为1个疗程, 1个疗程结束后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 参照美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)^[4]对2组治疗前及治疗第1、4、7天呃逆症状进行评分。0分: 未出现呃逆; 3分: 呃逆低于5次/h, 且患者可以忍受; 6分: 呃逆在6~10次/h, 或低于6次但患者不能忍受, 影响其进食; 9分: 呃逆大于10次/h, 患者不能忍受, 无法进食。

基金项目: 贵州省中医药管理局中医药、民族医药科学技术研究课题(编号: QZYY-2016-040)

第一作者: 张登雪, 女, 医师, 助教, 研究方向: 针灸的临床和教学研究

通讯作者: 管志敏, 男, 医学硕士, 医师, 研究方向: 针灸治疗神经系统病症的临床研究, E-mail: 315251429@qq.com

3.2 疗效标准 参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[5]拟定。痊愈:呃逆消失或呃逆症状评分<3分;有效:呃逆明显减轻,3分<呃逆症状评分≤6分;无效:呃逆未见明显缓解。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0统计学软件进行数据分析,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布者,多组计量资料采用单因素方差分析,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为90.0%,对照组为60.0%,组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效
治疗组	20	10(50.0)	8(40.0)	2(10.0)	18(90.0) ^a
对照组	20	4(20.0)	8(40.0)	8(40.0)	12(60.0)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后呃逆症状评分比较 2组治疗第4、7天的呃逆症状评分与治疗前组内比较及组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后呃逆症状评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗第1天	治疗第4天	治疗第7天
治疗组	20	7.36±1.17	5.80±1.24	3.88±0.82 ^{ab}	0.63±0.22 ^{ab}
对照组	20	7.12±1.23	6.37±1.36	5.22±0.71 ^a	2.59±0.76 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨论

现代医学认为,IH的基本病因是由膈肌的传入或者传出神经或其延髓中枢受刺激所引起。脑卒中的呃逆一经发生,多呈顽固性,提示预后较差^[6-7]。

气机升降理论是《黄帝内经》核心学术思想之一。中医学认为,IH是风、痰、瘀等有形实邪上扰清窍,使得清阳不能上升头脑;而正虚邪盛,中焦气机失调,胃失和降是IH的重要诱因。正气亏虚是导致病理产物的基本原因,气机升降失调是主要的病理因素,故调理升降对治疗脑卒中后IH具有重要的指导意义。基于此,在“气机升降”理论指导下,运用全息理论,创立“升降针法”,主要选取呃逆1穴(拇指螺纹中央)、呃逆2穴(在手背,第二掌骨桡侧的中点)治疗该病。全息理论认为,呃逆1穴对应人体的中焦脾胃,中焦是气机升降的中枢,向下直刺透过拇指指间关节,是导气下行,降其浊阴的过程;呃逆2穴亦是对应人体的中焦脾胃,针刺

时,针体透过掌面,抵达第5掌骨的中点,与后溪穴相对。取类比象,运用的是以中治中的思想,因后溪穴通督脉,故该穴在调中的同时也在升发人体的清(阳)气。针刺该2穴,可使清阳上升,浊阴下降,清升浊降,则气机调和,呃逆自止。

参考文献

- [1] 冯海燕,刘云峰,王立峰.肌电图定位膈神经电刺激治疗脑卒中后顽固性呃逆的临床观察[J].中国康复医学杂志,2014,29(3):274-275.
- [2] 毕建忠,朱正寓.脑卒中后呃逆[J].山东医药,2008,48(22):107-108.
- [3] 全国脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(5):379.
- [4] Brott TG,Adams lip Jr,Olinger CP,et al. Measurements of acute cerebral infarction:a clinical examination scale[J].Stroke,1989(20):864,870.
- [5] 孙传兴.临床疾病诊断依据治愈好转标准[M].北京:人民军医出版社,1998:319.
- [6] 高维滨.针灸六绝——神经病针灸现代疗法[M].北京:中国医药科技出版社,2008:250.
- [7] 张占英,康小红,姬文排.穴位注射治疗脑卒中后顽固性呃逆116例[J].时珍国医国药,2007,18(8):1814.

(收稿日期:2019-01-08)

易感冒人群这三招快学起来(一)

每年冬季,流感相对高发,老人、儿童和体质虚弱者是易感人群。广州中医药大学第一附属医院治未病科副主任医师邝秀英提醒,易感人群更应注意未病先防,除了日常的起居、饮食多加防范,以下这三招简单、易学的预防法不妨学一学。

茶饮法

姜枣茶 组成:生姜5片,红枣10枚,煎汤,趁热饮。功效:温中散寒,适合气虚质、阳虚质、脾胃虚寒人群。

橘皮茶 组成:新鲜橘皮50g,冰糖适量,温水冲泡代茶饮。功效:健脾化湿、生津理气,适合素体脾虚兼痰湿人群。

按摩法

鼻部按摩 方法:右手拇指和食指捏住鼻梁,上下按摩50~60次,下止鼻根两侧。用力适度,缓慢,不宜过重过急,早晚各1次。功效:疏散风热、通利鼻窍,适于易感冒、患慢性鼻炎、过敏性鼻炎等人群。

耳廓按摩 方法:以拇指和食指合力由上而下按揉耳廓,共5~6次,最后拉耳垂3下,每天2~3次。功效:耳与脏腑有密切关系,按摩耳穴,对相应脏腑有一定调治作用。耳廓按摩能增强体质,对预防流感有一定辅助作用。(http://paper.cntcm.com.cn/html/content/2019-11/25/content_620285.htm)