

● 医案医话 ●

引用:姚轶男,潘永清. 针刺治疗卒中后顽固性呃逆验案 1 则[J]. 湖南中医杂志,2023,39(8):80-81.

针刺治疗卒中后顽固性呃逆验案 1 则

姚轶男,潘永清

(天津中医药大学第一附属医院/国家中医针灸临床医学研究中心,天津,300193)

【关键词】 中风后遗症;卒中;顽固性呃逆;针刺;验案

【中图分类号】R277. 733 【文献标识码】B DOI:10. 16808/j. cnki. issn1003-7705. 2023. 08. 020

卒中后顽固性呃逆是脑卒中常见的并发症之一,表现为喉间呃呃连声,声音短促,频频发出,不能自制。顽固性呃逆可持续性发作超过 48 h,具有病程长、易反复发作的特点,同时还可引起失眠、脱水、电解质紊乱、情绪烦躁,使患者病情进一步加重,甚至导致死亡^[1]。因此,探求治疗本病行之有效的方法具有重要的临床意义。笔者(第一作者)跟随导师潘永清主任医师采用针刺治疗卒中后顽固性呃逆,疗效满意,现将验案 1 则报告如下。

患者,男,72 岁,2021 年 10 月 14 日初诊。因“左侧肢体活动不利 4 年,伴频繁呃逆 7 d”就诊。病史:患者于 7 d 前无明显诱因突发呃逆,昼夜不止,无恶心呕吐、脘腹不适,左侧肢体活动不利,伴左角口喎斜,语言欠流利等。当时无头晕头痛、胸闷憋气、二便失禁等症,就诊于外院急诊科。查颅脑 CT:缺血灶及软化灶,除外急性脑血管病。遂转诊于消化科,予口服雷贝拉唑钠肠溶片及健胃消炎颗粒(具体用量不详),经治后症状未见明显改善。患者为求进一步治疗,遂就诊于我院针灸科。刻下症:神清、精神欠佳,呃逆频作,语言欠流利,左侧肢体活动不利,左口角喎斜。纳可,寐差,二便调。舌质老、苔白腻,脉弦细。西医诊断:中枢性呃逆;中医诊断:呃逆。治则:调神导气。选穴:上星、百会、印堂、内关、攒竹、前廉泉、中脘、足三里、合谷、太冲,以及咽后壁。针刺操作:嘱患者取仰卧位,局部常规消毒。主穴:上星向百会方向透刺 2.0~2.5 寸,施以强刺激捻转泻法,捻转约 200 次/min,

持续捻转 2~3 min,使针感沿正中中线及两侧颞部传导,放射至后头部;印堂,向鼻根方向斜刺 0.5~0.7 寸,以局部酸胀感为宜。辅穴:内关,直刺 1 寸,采用提插捻转泻法,两手同时操作,施手法 1 min,使针感沿腕部上下放射;攒竹,平刺 0.5~0.8 寸,平补平泻以得气为度;前廉泉,直刺 1.5 寸,得气后施术者用中指抵住针根部,使针体弯曲,针尖刺向舌根部,施以捻转提插泻法约 3 s,促使针感扩散至口咽部,以咽喉局部有酸胀感及放射感为度,运用舌针时,当以小指作为持针支撑点,方可稳健操作;足三里,直刺 1~1.5 寸,施捻转提插补法 2 min,使针感向足部和胃脘部发散;中脘,直刺 2.0~2.5 寸,针刺得气后,令患者随其口令做深而长的呼吸,施呼吸补泻之补法,并配合捻转提插补法,使针感向腹部放射,行针 1 min。合谷、太冲,直刺 1 寸,行捻转提插泻法。留针 50 min。咽后壁点刺,选用 0.25×75 mm 的一次性针灸针,令患者张大口,轻发“啊”声,以毫针在咽后壁轻轻点刺 3~5 次,速刺不留针,以不出血为度。按上法针刺 1 次后,呃逆即止,当天未再发。为进一步巩固治疗,继续针刺治疗 7 d。随访 3 个月,病情未反复。

按语:现代医学认为呃逆的产生机制尚未明确,与中枢和外周神经系统内的多种神经递质和解剖结构有关。呃逆反射弧由三部分组成:1)传入神经包括迷走神经、交感神经纤维(由 T6~T12 水平发出);2)反射中枢包括 C3~C5 颈髓,呼吸中枢、脑干网状结构和下丘脑;3)传出神经为膈神经以及支

第一作者:姚轶男,女,2021 级硕士研究生,研究方向:针灸治疗中风及后遗症

通信作者:潘永清,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:针灸治疗中风及后遗症,E-mail:pan. yongqing@ 163. com

配三角肌前部与肋间肌的躯干神经^[2]。呃逆反射弧的任一环节受到刺激均可引起呃逆。脑卒中后顽固性呃逆与颅内病变部位有关,病灶多累及脑干的后颅窝,为直接刺激呃逆中枢所致^[3]。其具体表现为:兴奋到达膈神经,导致膈肌产生强烈的节律性收缩,使呼吸暂停;另一方面兴奋自迷走神经运动纤维传至咽喉肌肉,产生喉头痉挛^[4]。目前西医以对症治疗为主,多选用丙戊酸钠、胃复安等药物,尚无特效手段。中医学认为呃逆的病位在膈,病机关键在于胃失和降,胃气上逆动膈。中风所致的顽固性呃逆,病源在脑,是由于窍闭神匿,神不导气,致使胃气不降,气逆上冲。脑为诸神之聚,脑神御气控精,调控全身气血运行。脑神为治,则“水火济济,阴平阳秘”,气血得畅,机体气机升降平衡。因此在治疗上,针对病机遵“制其神,令气易行”之经旨,调神导气以治本,“经脉所过,主治所及”,针对呃逆的病位和归经,采用循经、局部取穴降逆止呃以治标。上星、百会、印堂为调神主穴,取其疏通督脉、调理神机之功。督脉是人体经络中唯一一条既络肾又贯心,既属脑又络脑的经脉。

心者,君主之官,神明出焉;脑为元神之府,故通督可以调神。内关为手厥阴心包经之络穴,《灵枢·经脉》载:“下膈,历络三焦”,又为八脉交会穴通阴维脉,至咽喉合于任脉,具降逆止呃、宽胸利膈之功。攒竹属足太阳膀胱经经穴,因膀胱经夹脊,故与膈、胃相连,《针灸甲乙经》言刺之可调气降气。中脘为胃之募穴,腑之会穴,与胃经下合穴足三里相配可健运中焦、和胃降逆。前廉泉、咽后壁点刺是局部刺激,通过穴位的近治作用,使经气传至咽

喉,两穴均可促进唾液分泌,使患者不自主做吞咽动作,从而干扰正常呼吸,终止呃逆发作。现代医学则认为咽喉诸肌群局部的相应腧穴可直接刺激迷走神经,使兴奋传入上运动神经元,从而修复和重建呃逆反射弧。“四关穴,即两合谷、两太冲是也。”合谷、太冲为手阳明、足厥阴之原穴,二穴秉承二经原气,阳明为三阳之枢,厥阴为三阴之转,两阳合明谓之阳明,两阴交尽谓之厥阴,故四关能转枢阴阳,交通内外,调畅气机。诸穴合用,共奏调神健脑、理气降逆之效。在治疗中,谨守病机,以醒脑调神为重,旨在恢复神调气机之功能,局部穴位要求针感强烈,气至病所。《灵枢·九针十二原》载:“气至而有效。”而针刺手法正是获得“气至”的关键。施治过程中,医者应高度集中注意力,着意于针尖,细心体察指下经气之往来,做到“知其往来,要与之期”,并关注患者呼吸频率及腹部起伏动度,遵守针刺手法量学标准,但不应拘泥于数,在动静消息间凝神体会和精确微调针刺深浅与刺激量,从而因势利导以调气。

参考文献

- [1] 杨柳,蔡玲玲,金铭,等. 中医药治疗中风后顽固性呃逆研究进展[J]. 山西中医, 2020, 36(6): 58-60.
- [2] 许经纬,代维,葛峻岭,等. 呃逆的发病机制及诊治策略研究进展[J]. 中国医刊, 2017, 52(6): 17-20.
- [3] 陈嘉琪,王革生,王雷,等. 中医外治法治疗卒中后顽固性呃逆 Meta 分析[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(3): 122-128.
- [4] 魏俊杰. 脑卒中后呃逆临床研究进展[J]. 人民军医, 2015, 58(5): 579-581.

(收稿日期:2023-04-17)

[编辑:韩晗]