

# 中医针灸治疗顽固性呃逆的临床疗效观察

杨真真 李慧鑫

(河南推拿职业学院附属医院, 河南 洛阳 471000)

**【摘要】**目的: 研究分析对顽固性呃逆中医针灸治疗的临床作用及疗效。方法: 选取 80 例本院于 2018 年 3 月~ 2020 年 4 月期间收治的顽固性呃逆患者, 应用计算机数字随机排序的方式将患者分为对照组 (40 例, 给予常规 + 西医药物治疗) 和研究组 (40 例, 给予常规 + 中医针灸治疗), 对比两组患者不同时段呃逆症状积分, 治疗总有效率及不良反应发生率。结果: 开展治疗前, 两组患者呃逆症状积分差异不明显, 无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 治疗后 1d, 研究组积分高于对照组, 而 3d 和 7d 后, 研究组积分低于对照组, 在疗效及不良反应方面, 研究组患者治疗有效率为 95.00%, 高于对照组的 77.50%, 不良反应发生率为 7.50% 低于对照组的 25.00%, 上述指标差异显著, 有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 通过对顽固性呃逆患者采取中医针灸治疗, 能有效缓解呃逆症状, 并降低术后不良反应的发生率, 进而提高治疗的有效率, 具有较高的临床应用价值。

**【关键词】** 中医针灸; 顽固性呃逆; 症状积分; 治疗有效率; 不良反应发生率

呃逆即打嗝, 是一种消化内科常见的临床症状, 而顽固性呃逆则是一种持续 48h 以上并反复发作的呃逆病症表现, 若长时间无法止住呃逆临床表现, 则会对患者生活及工作造成严重影响。一般顽固性呃逆并非由饮食不当引起, 而是多因神经性疾病引起, 因此需要在常规呃逆治疗的基础上联合其他更为有效的治疗措施。既往采取的西医药物治疗手段虽有一定成效, 但长期服用药物易导致患者耐药性提升并出现一系列不良反应, 从而影响治疗效果<sup>[1]</sup>。为解决上述问题, 本次研究将中医针灸疗法结合常规治疗应用于顽固性呃逆的治疗中, 并分析其临床疗效及应用价值, 研究的方法及结果如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 80 例本院于 2018 年 3 月~ 2020 年 4 月收治的顽固性呃逆患者, 应用计算机数字随机排序的方式将患者分为两组, 对照组 40 例, 男性 24 例, 女性 16 例, 年龄 42~71 岁, 平均年龄 (50.6±5.1) 岁, 病程 49~76h, 平均病程 (55.7±5.2) h; 研究组 (40 例), 男性 22 例, 女性 18 例, 年龄 41~73 岁, 平均年龄 (50.3±5.2) 岁, 病程 50~74h, 平均病程 (55.4±5.4) h。上述患者一般资料差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 存在可比性。本次临床研究符合赫尔辛基宣言, 并已通过医院伦理委员会审核并批准。

### 纳入标准:

入组患者均符合《中风病的诊断与疗效评定标准》中<sup>[2]</sup>关于中风病的相关诊断标准。

入组患者呃逆症状持续或间歇性发作均超过 48h。

入组患者既往无呃逆发病史, 均为首次发病。

入组患者及家属均知晓本次研究内容并已签署知情同意书。

### 排除标准:

合并严重心血管疾病, 肝肾等脏器功能不足, 恶性肿瘤患者。

对研究所用西药药物存在药物过敏的患者。

存在皮肤过敏, 不宜使用针灸治疗的患者。

存在严重精神疾病, 依从性较差的患者。

一般资料缺失或中途退出者。

### 1.2 方法

两组患者入院后均采用常规治疗的方式, 常规治疗包括: 让患者进行深呼吸, 在用力屏气后再缓慢呼气, 多次重复此呼

吸方式, 并向其喂服大量温水, 亦可采用惊吓的方式, 通过上述方法帮助患者暂时止住呃逆。

对照组患者采取西药药物盐酸氯丙嗪片 (常州康普药业有限公司, 国药准字 H32022161, 规格: 25mg×100s), 药物用法及剂量为: 通过口服的方式, 首日使用 25mg/次, 3 次/d, 根据患者呃逆症状适当增加用量, 每次不超过 75mg。

研究组患者则加用中医针灸法治疗, 治疗方式包括:

中医治疗以降逆和胃、宽膈调气作为主要治疗原则, 取患者攒竹穴、膻中穴、膈俞穴、内关穴、足三里穴、中脘穴等为主穴, 并在胃部、膈部等位置配置耳针。

应用中医辨证的方式进行分型, 若为气虚类型者, 则需加针刺气海穴; 若为肝郁气逆者, 则需加针刺太冲穴, 以达疏肝理气之效果; 若为胃寒积滞、胃火上逆、取胃俞穴; 阳虚者, 则需加脾俞穴和胃俞穴。

上述穴位中若患者针刺穴位为内关穴、足三里穴等穴位, 则可以通过平补平泻法作深刺处理, 留针时间在 15~20min 左右; 根据上述中医辨证分析的结果, 对中脘穴采取不同的针灸方法, 若患者为胃火上逆型, 需采取 130mm 芒针, 从 45° 角度入针, 在中脘穴两侧天枢穴方向刺入, 成功入针后实施小幅度、高频率的捻转, 并选择提插泻法作留针处理, 避免在饱胀、饭后 2h 后实施针灸治疗, 与耳穴的胃、膈配合针灸, 点刺出血后作不留针处理; 若患者分型为寒邪动膈类型, 于中脘穴通过 130mm 芒针, 通过 15° 角顺着皮透向上横刺直到膻中穴, 得气后, 实施捻转补法操作, 禁止做提插操作, 与胃部远红外线照射互相配合, 同时在耳穴的胃、膈进针, 进行 20min 的留针处理。每次针灸时协助患者选取仰卧位, 并给予患者常规针刺, 1 次/d。

### 1.3 疗效标准

对比两组患者不同时段呃逆症状积分、治疗总有效率及不良反应发生率。本次时段分为治疗前, 治疗后 1d、3d 及 4d, 症状积分越高, 患者呃逆症状越明显; 治疗有效率可分为显效、有效和无效 3 项, 若患者经 7d 治疗后, 呃逆症状表现完全消失, 观察其心功能和脑部无异常症状, 且后再无复发情况, 则判定为显效; 若治疗后患者呃逆次数及每次发病持续时间减少, 但治疗 7d 内仍有发作且治愈后有复发倾向, 则判定为有效; 若治疗后患者临床症状改善不明显或病情加重, 则判定为无效; 治疗总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总患者数 × 100%; 不良反应主要统计患者治疗后出现头痛、全身乏力、心血管功能

异常3项。

1.4 统计学方法

应用SPSS19.0软件分析上述指标,计量资料比较采用t检验,并以( $\bar{x} \pm s$ )表示,率计数资料采用 $\chi^2$ 检验,并以率(%)表示,( $P < 0.05$ )为差异显著,有统计学意义。

2 结果

表 1 患者不同时段呃逆症状积分对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后 1d	治疗后 3d	治疗后 7d
研究组	40	5.5 ± 2.3	4.6 ± 2.5	2.2 ± 1.8	0.9 ± 1.7
对照组	40	5.4 ± 2.5	3.5 ± 2.1	3.1 ± 2.2	2.8 ± 2.4
t	-	0.186	2.131	2.004	4.086
P	-	0.853	0.036	0.049	0.001

2.2 患者治疗总有效率对比

经组间对比后可知,研究组患者治疗总有效率高于对照组,差异显著,有统计学意义( $P > 0.05$ ),见表2。

表 2 患者治疗总有效率对比 [n, (%) ]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	40	25(62.50)	13(32.50)	2(5.00)	38(95.00)
对照组	40	14(35.00)	17(42.50)	9(22.50)	31(77.50)
$\chi^2$	-	6.054	0.853	5.165	5.165
P	-	0.014	0.356	0.023	0.023

2.3 患者不良反应发生率对比

经组间对比后可知,研究组患者不良反应发生率低于对照组,差异显著,有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表3。

表 3 患者不良反应发生率对比 [n, (%) ]

组别	例数	头痛	全身乏力	心血管功能异常	发生率
研究组	40	1(2.50)	2(5.00)	0(0.00)	3(7.50)
对照组	40	4(10.00)	3(7.50)	3(7.50)	10(25.00)
$\chi^2$	-	1.920	0.213	3.117	4.501
P	-	0.166	0.644	0.077	0.034

3 讨论

既往有关呃逆的常规治疗方法主要为惊吓法、大量喝水法、吸气后屏气法、刺激鼻子法等,但上述这些方法大多用于治疗症状较轻的呃逆,在顽固性呃逆的疗效改善中效果不佳,甚至可能出现一定副作用,使其累及多个器官后导致更为严重的症状<sup>[3-4]</sup>。

根据既往研究可知,一般顽固性呃逆的成因并非是由饮食不当引起,而更多是与神经性疾病有关,故在常规西医治疗当中,会在常规治疗基础上应用像盐酸氯丙嗪片一类的多巴胺受体阻断药进行治疗,该类药物主要可以阻断中脑边缘系统及中脑皮层通路的多巴胺受体有关。

对多巴胺受体、5-羟色胺受体、M-型乙酰胆碱受体、肾上腺素受体均有阻断作用,进而帮助患者改善呃逆的症状。但从实际临床表现来看,这类西医药物疗效虽好,但长期用药不仅会导致患者身体耐药性增加,同时也会累积药物毒副作用,进而影响呃逆的疗效<sup>[5]</sup>。

我国传统中医认为呃逆主要是因气逆上冲到喉咙、胃邪上逆动膈等因素所致,故治以“舒膈宽胸”“降逆调理”以及“和胃顺气”。本次研究将我国传统中医针灸应用于顽固性呃逆的治疗中,通过从调整经络功能入手,对患者气血运行、经络进行调整与疏通,从而使脏腑平衡、气血阴阳,最终起到治疗的效果。针刺穴位主要选择为中脘、双侧内关、足三里以及关元等,

2.1 患者不同时段呃逆症状积分对比

通过组间对比可知,治疗前两组患者呃逆症状积分差异不明显,无统计学意义( $P > 0.05$ ),治疗后1d,研究组患者症状积分高于对照组,而治疗3d及7d后,研究组患者症状积分低于对照组,差异显著,有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

中脘穴为胃部的募穴,足三里为胃经合穴,再辅以其他穴位进行针灸可共奏健脾和胃、疏通经络、通畅气血等功效,以达到疏膈宽胸、顺气驱寒、温和宽胃之效果,进而对患者的呃逆症状起到有效地缓解与治疗作用<sup>[6]</sup>。

将本次研究的结果与蒋来华、刘兵的专家<sup>[7-8]</sup>研究成果进行联合分析后可知,从呃逆不同时段症状积分情况分析后可知,治疗前两组患者呃逆症状积分差异不明显,无统计学意义( $P > 0.05$ ),治疗后1d,研究组患者症状积分高于对照组,而治疗3d及7d后,研究组患者症状积分低于对照组,差异显著,有统计学意义( $P < 0.05$ )分析原因在于由于西医药物起效较快,在患者用药后短时间内呃逆症状便得到有效地抑制,这也就是对照组患者在治疗后1d症状积分低于研究组的原因,但越到后期药效表现越差,而中医针灸则相反,由于该治疗方式虽然较为保守,但对患者躯体副作用小,同时由于属于外治方式,因此基本不会出现药效降低的情况,进而能使其相关疗效更加稳定,这与蒋来华的研究成果一致。

从在疗效及不良反应方面,研究组患者治疗有效率高于对照组,不良反应发生率低于对照组,上述指标差异显著,有统计学意义( $P < 0.05$ )。分析原因在于对照组患者持续应用西医治疗,使得西医药物毒副作用累积并作用于患者身体,进而导致病症诸多并发症发生,上述结果与蒋来华、刘兵的专家研究成果一致。

综上所述,通过对顽固性呃逆患者采取中医针灸治疗,能有效缓解呃逆症状,并降低术后不良反应的发生率,进而提高治疗的有效率,具有较高的临床应用价值,因此在治疗中值得推广应用。

参考文献:

- [1] 马楠楠. 分析中医针灸法治疗顽固性呃逆的临床疗效[J]. 中国医药指南, 2017,15(27):186.
- [2] 王晓峰. 分析中医针灸法治疗顽固性呃逆的临床疗效[J]. 《中国医药指南》, 2018,16(13):216-217.
- [3] 李徽. 中医针灸治疗顽固性呃逆的临床疗效分析[J]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2017,17(64):88-89.
- [4] 张明珠, 焦莹, 王玉君, 等. 中药灌肠治疗中风急性期顽固性呃逆36例的疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2019,34(3):1290-1292.
- [5] 王建华, 谭凤. 分析中医针灸治疗顽固性呃逆的临床疗效[J]. 中国卫生标准管理, 2018,9(19):120-121.
- [6] 汤剑. 中医针灸治疗顽固性呃逆患者的临床效果[J]. 医药前沿, 2018,8(2):352-353.
- [7] 蒋来华. 中医针灸治疗顽固性呃逆的临床疗效分析[J]. 双足与保健, 2017,7(165):166+168.
- [8] 刘兵. 中医针灸治疗顽固性呃逆的临床分析[J]. 光明中医, 2020,35(4):562-564.