

# 穴位按压并揸针治疗脑卒中患者顽固性呃逆的疗效对比观察

The observation of acupoint massage and press-needle in treatment of stubborn hiccup after stroke

谭瑛

TAN Ying

(四川省自贡市第四人民医院,四川 自贡 643000)

**【摘要】** 目的 观察穴位按压并揸针治疗脑卒中后顽固性呃逆的临床疗效。方法 将 90 例脑卒中后顽固性呃逆患者分为 A、B、C 三组各 30 例。A 组采用单纯肌肉注射氯丙嗪, B 组单纯针灸, C 组穴位按压并揸针治疗。治疗 10 d 后观察三组的疗效。结果 A 组总有效率为 70.0%, B 组总有效率为 73.3%, C 组总有效率为 96.7%。C 组效果明显优于 A 组及 B 组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 脑卒中后顽固性呃逆采用穴位按压并揸针治疗, 较单纯肌肉注射或针灸的临床疗效更好。

**【关键词】** 脑卒中; 顽固性呃逆; 穴位按压; 揸针治疗

**【中图分类号】** R246.6

**【文献标志码】** B

**【文章编号】** 1672-6170(2017)04-0234-02

呃逆, 中医古称为“哕”, 以气逆上冲, 喉间呃呃连声, 声短而频, 难以自制为主要临床表现。现代医学称为膈肌痉挛。呃逆是脑卒中后较常见的并发症, 常因病灶直接或间接影响呼吸中枢引起, 轻者持续数分钟或数小时, 严重者持续数天或更久。顽固性呃逆是指呃逆持续 48 h 以上且影响说话、进食及睡眠者, 少数顽固性呃逆还常常是病情危重的征兆。严重的顽固性呃逆<sup>[1]</sup>, 尤其频发者, 常因严重影响患者的饮食和正常的呼吸运动以及精神和躯体的沉重负担而给患者带来很大痛苦, 不利于患者脑卒中的治疗及康复。正确认识和处理呃逆, 可以更好地配合卒中的治疗和康复, 提高患者的生活质量。我科运用中医的理论和方法以穴位按压并揸针治疗顽固性呃逆, 取得良好的临床效果, 现总结报道如下。

表 1 三组患者的一般资料比较

组别	例数	男/女 (n)	年龄(岁)	呃逆持续 时间(h)	脑卒中类型(n)			
					脑出血	脑血栓形成	脑栓塞	腔隙性梗死
A 组	30	19/11	56.6±15.2	90.1±6.2	10	7	8	5
B 组	30	21/9	57.9±13.6	95.3±6.5	12	10	4	4
C 组	30	18/12	52.5±15.3	93.4±6.4	10	9	7	4

**1.2 治疗方法** 各组患者的注射剂量、针刺穴位、操作手法及治疗时间相同, A 组: 患者取卧位, 常规肌肉注射氯丙嗪 25 mg, 1 次/天。B 组: 单纯针灸治疗, 取穴: 中脘、膻中、合谷、内关、足三里、太冲, 1 次/天。C 组: 护士采用点按法按压穴位, 每次每穴约 1 分钟。在按压后采用揸针(日本清铃, 0.2 mm×1.5 mm) 进行埋针治疗, 选用穴位同 B 组, 用碘伏进行常规消毒后, 将揸针贴按在所选穴位上, 每穴 1 个, 每日护士用手按压埋针处 3 至 5 次, 每次每穴约 1 分钟。留针 2d, 中间间隔 1d 后进行第 2 次治

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2013 年 10 月至 2016 年 10 月在本院神经内科住院的脑卒中患者 586 例, 其中治疗过程中或治疗后出现呃逆并入组的共 90 例, 均符合以下标准: ①均符合第四届全国脑血管病学术会议通过的脑卒中诊断标准及呃逆的诊断标准, 并且均经颅脑 CT 和(或) MRI 检查明确诊断; ②脑卒中后期呃逆的患者, 呃逆时间 2~7 天, 每天发作数次, 频率每分钟 12 次以上。其中男 58 例, 女 32 例, 年龄 39~81 岁; 脑出血 32 例, 脑血栓形成 26 例, 脑栓塞 19 例, 腔隙性梗死 13 例。按照随机数字表法将患者分为 A、B、C 三组各 30 例, 三组患者性别、年龄、呃逆持续时间、脑卒中类型及病情变化等比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性, 见表 1。

疗。10 d 为一个疗程, 一个疗程后观察治疗效果。

**1.3 疗效评定标准**<sup>[2]</sup> 治愈: 症状完全消失, 且 1 个月内无复发者。显效: 症状完全消失, 一周后复发, 但呃逆频率减少, 经治疗后又完全消失者。好转: 仍有呃逆, 但症状有所减轻, 频率减少。无效: 呃逆频率无改变, 症状无改善或加重。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。安全性指标: 观察使用揸针过程中有无晕针、断针、局部皮下血肿、皮肤破损等不良事件。

**1.4 统计学方法** 应用 SPSS 19.0 统计学软件进

行数据处理。计量资料以率表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

本组结果显示,C组有效率明显优于A组及B组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。所有患者均未发生晕针、断针、血肿、皮肤破损等不良事件。

表2 三组患者临床治疗效果对比

组别	总例数	痊愈(n)	显效(n)	好转(n)	无效(n)	总有效率(%)
A组	30	6	8	7	9	70.0
B组	30	7	9	6	8	73.3
C组	30	17	9	3	1	96.7*

\*与A组比较 $\chi^2 = 6.405$ , $P = 0.026$ ;与B组比较 $\chi^2 = 7.68$ , $P = 0.012$

## 3 讨论

西医认为呃逆是由于迷走神经反射或直接刺激膈神经、膈肌,使膈肌与肋间肌不自主地同步突然收缩伴声带闭合,从而发生特殊吸气声及不适感的一种临床症状<sup>[3]</sup>。多因脑卒中的病灶直接或间接地影响呼吸中枢脑干的迷走神经和延髓;急性期甘露醇的使用加上进食减少,使钙、镁等离子重吸收及摄入减少,患者又常伴发糖尿病、高血压、冠心病等基础疾病,引起酸碱平衡失调及电解质紊乱,而低钙、低镁是引发顽固性呃逆的重要原因<sup>[4]</sup>。患者长时间卧床,胃肠蠕动减弱,胃液潴留,亦可使迷走神经受刺激引起反射性呃逆<sup>[5,6]</sup>。中医学认为呃逆是以气逆上冲,喉间呃呃连声,声短而频,令人不能自控为特点的病证<sup>[7]</sup>。本病的病机为脑髓受损,元神受累,脏腑气机失调,气血逆乱,胃气上逆,动膈而成,治疗当降逆止呃<sup>[8]</sup>。

氯丙嗪是治疗顽固性呃逆最常应用的药物,其作用机制是阻断延髓多巴胺受体,阻断网状结构上行激活系统的作用,从而降低膈神经的兴奋性,使呃逆得到控制<sup>[9]</sup>。氯丙嗪易导致低血压,影响脑灌注,其明显的镇静作用也会影响对中枢神经系统疾病患者意识状态的判断,使用时需要严密监测不良反应。单纯的针灸治疗虽然优于药物治疗,但对于某些顽固性呃逆,有时不能一次消除症状,既或暂时缓解,治疗结束后又易复发,穴位刺激没有持久性。

揞针埋针方法是以特制的小型针具固定于腧穴的皮内或皮下进行较长时间埋藏的一种方法,又称埋针法<sup>[10]</sup>,是由《灵枢·官针》篇中所记载的“十二刺”中的“浮刺”针法发展而来。揞针疗法是皮部理论和腧穴理论相结合的具体运用,其埋针治疗疾病,通过神经末梢的传导,可产生持续而稳定的刺激,不断地促进经络气血的有序运行,激发人体正气,从而

达到祛除病邪的目的,而且在埋针期间,不影响患者活动,辅以适当运动,达到行气活血、通经活络的作用。临床运用中,首先揞针产品使用时需要重压外壳,而重压外壳的压力会使受压区的压觉神经细胞兴奋,从而围成了有外壳压力感受的压觉屏蔽区,使人体无法感受到揞针刺入人体的感觉;其次,揞针外形如极小的图钉,针体直径仅为0.25 mm、针长仅为2 mm短,大多数不会直接刺及痛觉神经末梢,故不会产生痛觉神经兴奋痛觉(只有大约1~2%的极少数直接刺及痛觉神经末梢的针才会产生痛觉);且揞针不会刺及内脏和深部组织,所以治疗时十分安全;另外因皮下的神经及毛细血管丰富是针刺产生最佳电化效应部位、是针刺疗效最佳的部位,而深部肌肉器官的神经及毛细血管并不丰富,针刺的疗效并不大,因此揞针会收到极佳的疗效。此外由于揞针埋针作用时间长,且在埋针时随着运动又增加了机体局部的自身协调、增加了血循修复,因此大大增加了穴位的治疗作用,从而使得其能收到极佳的疗效。C组按压操作对穴位有较强的刺激作用,可以解膈肌痉挛,胃降气止逆,神门镇静,交感抑制膈肌兴奋,降低了大脑皮层的兴奋灶,有效抑制了迷走神经和膈神经的兴奋,使痉挛的膈肌松弛,呃逆很快减轻或者消失,揞针留针可起到持续性刺激,又方便操作,起到了巩固疗效和防止复发的功能,值得临床推广使用。

## 【参考文献】

- [1] 史继学. 顽固性呃逆[M]. 内科难治疾病现代治疗. 山东: 济南出版社, 1992: 153.
- [2] 杨琼. 中医针灸治疗顽固性呃逆患者的临床疗效观察[J]. 中国社区医生, 2016, 10(5): 116-117.
- [3] 费建美. 急性脑卒中伴顽固性呃逆的病因分析及干预[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(11): 1019-1021.
- [4] 邵利敏, 王瑜兰. 脑卒中后顽固性呃逆 73 例原因分析及护理[J]. 中国乡村医药, 2012, 19(3): 72.
- [5] 费建美. 急性脑卒中伴顽固性呃逆的病因分析及干预[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(11): 1019-1021.
- [6] 马小琦, 任艳. 急性脑卒中后继发顽固性呃逆患者 90 例临床分析[J]. 大家健康(学术版), 2013, 7(13): 48-49.
- [7] 郝娅芳. 穴位注射治疗顽固性呃逆 34 例的临床研究[J]. 医学信息, 2013, 26(5): 382-383.
- [8] 杨洁, 蔡文栋. 针灸治疗脑卒中后顽固性呃逆 49 例[J]. 陕西中医, 2015, 36(3): 359-360.
- [9] 彭祥来, 林志忠, 柳淑仪. 氯丙嗪双侧内关穴位注射治疗脑卒中顽固性呃逆临床研究[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 8(5): 39-40. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5110.2015.05.021.
- [10] 冯雯琪, 廖堂宇, 赵泳超. 揞针疗法联合激光治疗原发性肋间神经痛临床观察[J]. 实用医院临床杂志, 2015, 12(3): 107-108.

(收稿日期: 2017-04-05; 修回日期: 2017-04-30)