

doi: 10.3969/j.issn.1005-0264.2021.02.025

揸针疗法在失代偿期肝硬化合并顽固性呃逆患者中的应用

许金钗¹ 刘建阳² 徐桂花¹

1. 浙江省衢州市中医医院 (浙江 衢州, 324000) 2. 浙江省衢州市人民医院

关键词 揸针疗法; 失代偿期肝硬化; 顽固性呃逆; 生活质量

中图分类号 R256.42; R246

文献标志码 B

呃逆俗称打嗝,又称“哕”“嗝逆”,是指胃气上逆动膈,气逆上冲,喉间呃呃连声,声短而频,机体自身难以控制为主要表现的一种临床病症^[1]。若呃逆症状持续时间超过 24 h,发作频繁,症状顽固,且一般的临床治疗无特效时则被称为顽固性呃逆。顽固性呃逆作为失代偿期肝硬化合并症之一,若未能得到有效的控制,则会影响到患者的生活、学习、工作、睡眠及情绪等,进而严重影响患者的生活质量。笔者采用揸针疗法辅助治疗失代偿期肝硬化合并顽固性呃逆,在临床疗效、临床症状改善时间、提高患者生活质量等方面疗效显著,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取我院 2018 年 1 月至 2019 年 10 月收治失代偿期肝硬化且合并顽固性呃逆的患者 64 例。采用随机抽样法分为观察组和对照组,每组各 32 例。观察组患者男 22 例,女 10 例;年龄 35~70 岁,平均(58.7±11.2)岁;病程 7~18 年;其中乙型肝炎肝硬化 20 例,丙型肝炎肝硬化 6 例,酒精性肝硬化 3 例,原发性胆源性肝硬化 2 例,血吸虫性肝硬化 1 例。对照组患者男 23 例,女 9 例;年龄 34~70 岁,平均(59.3±13.5)岁;病程 8~16 年;其中乙型肝炎肝硬化 21 例,丙型肝炎肝硬化 5 例,酒精性肝硬化 4 例,原发性胆源性肝硬化 1 例,血吸虫性肝硬化 1 例。两组患者年龄、性别、病程、病因等比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 诊断标准 参照 2006 年全国病毒性肝炎会议修订的失代偿期肝硬化诊断标准^[2];纳入标准:①失代偿期肝硬化合并顽固性呃逆者;②年龄 30~75 岁;③患者自愿参与,同意签署知情告知书者。排除标准 ①合并心、脑、肾等重要器官衰竭、肝性脑病及上消化道出血的患者;②中枢神经系统性疾病易致呃逆者;③因使用某些药物所致的呃逆患者;④纵膈肿瘤或肿瘤转移至纵膈者;⑤有精神疾病或伴有意识障碍者;⑥施针处皮肤红肿、破损、溃烂、瘢痕者;⑦晕针或对针刺治疗存在恐惧或抗拒者;⑧依从性差者。

1.3 研究方法 两组患者采用均衡膳食、情志疏导及避免相关因素的刺激等治疗。对照组患者采用胃复安针(上海华氏

制药有限公司天平制药厂;国药准字 H31021439,10 mg/支)肌肉注射,主管医生根据患者呃逆的频率及程度确定剂量及频率,必须严格掌握胃复安使用的剂量,严防椎体外系反应的发生。患者治疗期间所用药物,均由本院住院药房统一发放。观察组患者在对照组基础上增加揸针疗法治疗。向患者及家属解释使用揸针疗法治疗本病的目的、意义、方法及相关注意事项,取得患者及家属的配合。取穴:膈俞、胃俞、内关、中脘、足三里五穴。先定位并对所取的穴位进行消毒,再将揸针(清铃牌:0.2×1.2 mm)埋在穴位上,在贴片上轻压以确保针支已插入皮肤内,每 1~2 h 按揉 1 次,每次 1~2 min,操作者可根据患者发生呃逆的频率及程度增加按揉的次数及时间,每 24 h 更换 1 次,1 周为 1 个疗程。

1.4 观察指标 2 个疗程后比较两组患者临床疗效、临床症状缓解所需时间、患者生活质量改善情况。

1.4.1 疗效判定标准 参照《国家标准应用中医内科疾病诊疗常规》^[3]。痊愈:呃逆完全消失。显效:呃逆频率降低 $\geq 1/2$,发作间隔时间延长 ≥ 2 倍。有效:呃逆频率降低 $\geq 1/4$,发作间隔时间延长 ≥ 1 倍。无效:呃逆频率治疗前后无变化或者治疗后呃逆频率升高,发作间隔时间无变化或治疗后发作间隔时间缩短。总有效率 = [(痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数] × 100%。

1.4.2 临床症状缓解所需时间 观察并记录患者治疗后腹胀缓解所需时间及呃逆缓解所需时间。

1.4.3 肝病患者的生活质量评定 参照 Younossi 等^[4]编制、吴创鸿等^[5]翻译和修订的 CLDQ 问卷进行评分,主要用于评估患者在过去 2 周内肝病相关症状对患者日常生活的影响,可以特异性的评价慢性肝病患者的生活质量,患者填写问卷分值越高说明患者生活质量越高。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件对数据进行分析,符合正态分布的计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	例数	痊愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 [例(%)]
观察组	32	10	13	6	3	29(90.6) [△]
对照组	32	2	8	12	10	22(68.8)

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

2.2 治疗后两组临床症状缓解所需时间及患者生活质量改善情况比较 见表 2。

表 2 治疗后两组临床症状缓解所需时间与生活质量改善情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	临床症状缓解所需时间(d)		CLDQ 项目均分(分)	
		腹胀缓解时间	呃逆缓解时间	治疗前	治疗后
观察组	32	0.74 ± 0.32 [△]	0.63 ± 0.22 [△]	4.24 ± 0.35	5.98 ± 0.51 [△]
对照组	32	1.76 ± 0.43	1.87 ± 0.56	4.22 ± 0.45	4.54 ± 0.62

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

3 讨论

《素问·宣明五气》曰“胃为气逆,为哕”,认为呃逆乃中焦受邪,胃失和降,其气上逆,发为哕,俗称“打嗝”。现代医学称呃逆为“膈肌痉挛”,失代偿期肝硬化合并顽固性呃逆从西医学角度分析其发病机制:由于病毒血症、内毒素血症、胆酸刺激、情志不畅等导致膈肌强烈性痉挛所致;而从中医学角度分析:可能与机体久病正气亏虚、浊毒上犯动膈;恼怒伤肝、气机不利、肝气犯胃;胃失和降、胃气上逆动膈等因素有关。从中医发病机制来看,临床的治疗应以“和胃降逆,调畅气机,宽胸利膈”为原则。本文笔者采用揞针疗法治疗失代偿期肝硬化合并顽固性呃逆,正是从中医的辨证施护着手,故所取得的临床疗效也较为显著。

揞针又被称之为图钉型皮内针^[6],即微型针灸之一,它是皮部理论和腧穴理论相结合的具体运用^[7],亦是中医外治方法之一。揞针在埋入皮下后,通过给皮肤和络脉产生持续而稳定的针刺刺激,从而持续促进经络气血的有序运行,调整经络脏腑功能,激发人体正气,以达到防治疾病的目的^[8]。本研究选取膈俞、胃俞、内关、中脘、足三里五穴行揞针治疗失代偿期肝硬化合并顽固性呃逆。其中膈俞穴为血会,位于第 7 胸椎棘突旁,其具有宽胸利膈、理气活血、降逆止呃之功效,是治疗呃逆的主穴^[9]。顽固性呃逆其病位在膈,但病变脏腑主要在胃,中医学认为胃俞穴主治胃的气机紊乱,具有理胃气之用^[10],故针灸胃俞可起到和胃理气之功效。内关穴为手厥阴心包经之络穴,亦为八脉交会穴之一,其通于三焦经,可疏利三焦之气机,具有宽胸理气、和胃降逆之功效^[11]。中脘穴为六腑之募穴,属胃之募穴,可通过六腑降低胃逆,从而到达健脾和胃理气之功^[12]。足三里为足阳明胃经之合穴,属胃的下合穴,针之此穴能有调理脾胃,扶正培元,调理气血,升清降浊,和胃降逆之效^[13]。故上述诸穴联合使用揞针疗法,共奏和胃降逆,调畅气机,宽胸利膈之功,从而能够有效的控制呃逆及相应的

临床不适症状。

揞针疗法在治疗失代偿期肝硬化合并顽固性呃逆上以中医外治法为基础,取得了显著的临床疗效,这与杨旭晖^[14]中医针灸治疗顽固性呃逆中得出的结论相一致;与此同时,揞针疗法在失代偿期肝硬化合并顽固性呃逆上的运用亦能迅速的缓解患者因呃逆引起的临床不适症状;且在治疗 2 周后治疗组的 CLDQ 项目均分提高情况优于对照组($P < 0.05$),这说明揞针疗法在失代偿期肝硬化合并顽固性呃逆中的应用一定程度上也改善了患者的生活质量。

参考文献

- [1] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 492.
- [2] 唐春翊, 郭晓楠, 高庆伟. 乙型肝炎后肝硬化并发顽固性呃逆的临床表现与治疗[J]. 中国肝脏病杂志(电子版), 2010, 2(2): 16-17.
- [3] 朱文锋. 国家标准应用中医内科疾病诊疗常规[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1999: 304-305.
- [4] Younossi ZM, Guyatt G, Kiwi M, et al. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease[J]. Gut, 1999, 45(2): 295-300.
- [5] 吴创鸿, 邓启文, 纪晓抒, 等. 慢性肝病问卷在慢性乙型肝炎患者中的试用[J]. 中国临床心理学杂志, 2003, 11(1): 60-62.
- [6] 中华人民共和国国家标准——针灸技术操作规范第 8 部分: 皮内针(GB/T21709.8-2008) [S]. 北京: 中国标准出版社, 2008: 10.
- [7] 何玲. 论皮内针疗法的临床应用[J]. 上海针灸杂志, 2003, 22(2): 38-39.
- [8] 徐纬, 周日花. 电针丛刺配合揞针治疗带状疱疹后遗神经痛 27 例[J]. 中国中医药科技, 2014, 21(1): 9.
- [9] 洪珍梅. 膈俞穴位注射治疗顽固性呃逆 30 例[J]. 江苏中医药, 2011, 2(43): 69.
- [10] 奚永江. 针灸灸法学. 高等院校教材[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 6.
- [11] 邓陈英, 刘建武, 吴玉婷. 针灸干预呃逆从肺论治[J]. 江西中医药, 2016, 6(47): 64-65.
- [12] 黄晓东. 顽固性呃逆患者运用中医针灸治疗的临床价值探索[J]. 中国社区医师, 2017, 33(32): 96-97.
- [13] 由丽娜, 魏童, 黄伍奎. 针灸治疗原发性肝癌患者经导管动脉化疗栓塞术后呃逆 37 例[J]. 中医外治杂志, 2017, 1(26): 33-35.
- [14] 杨旭晖. 中医针灸治疗顽固性呃逆的临床疗效分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 21(34): 3152-3153.

引证本文 许金钗, 刘建阳, 徐桂花. 揞针疗法在失代偿期肝硬化合并顽固性呃逆患者中的应用[J]. 中西医结合肝病杂志, 2021, 31(2): 186-187.

(修回日期: 2020-07-15 编辑: 高翔)