

# 针灸治疗顽固性呃逆的临床随机对照研究

陈静雅<sup>1</sup>, 潘华山<sup>1</sup>, 冯毅坤<sup>1</sup>, 张蕊<sup>2</sup>

(<sup>1</sup> 广州中医药大学针灸康复临床医学院, 广东 广州 510405; <sup>2</sup> 西安市东郊第一职工医院针灸科, 陕西 西安 710043)

**[摘要]** 目的: 观察针灸治疗顽固性呃逆的临床疗效。方法: 将 60 例门诊患者随机分为治疗组和对照组, 每组 30 例, 治疗组予以针灸治疗, 对照组给予口服西沙必利胶囊治疗, 治疗 7 d 后观察疗效。结果: 治疗组总有效率为 96.67%, 对照组总有效率为 66.67%, 两组疗效差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 针刺治疗顽固性呃逆的疗效优于口服西沙必利胶囊治疗。

**[关键词]** 顽固性呃逆; 针灸疗法; 药物疗法; 随机对照试验

**[中图分类号]** R246.1

**[文献标志码]** B

**[文章编号]** 1007-4368(2013)04-532-03

doi: 10.7655/NYDXBNS20130425

呃逆古称“哕”, 俗称“打嗝”, 西医称“膈肌痉挛”, 是由膈肌和其他呼吸肌突发的、不自主而强有力的痉挛性收缩所引起, 继而出现延迟、突然的声门关闭而终止, 伴发短促而有特征性的声音<sup>[1]</sup>。呃逆发作持续时间超过 48 h 统称为顽固性呃逆<sup>[2]</sup>。中医认为呃逆是胃失和降, 胃气上逆, 袭肺动膈冲喉而成<sup>[3]</sup>。西医认为呃逆是由于膈肌不自主的间歇性收缩运动所出现的一种症状。针灸治疗顽固性呃逆效果好, 现将研究结果报告如下。

## 1 对象和方法

### 1.1 对象

#### 1.1.1 样本含量计算<sup>[4]</sup>

根据前期预实验, 针灸治疗顽固性呃逆的有效率为 97%, 口服西沙必利胶囊有效率为 64%。设  $U_{\alpha}$  (0.05)=1.65,  $U_{\beta}$  (0.10)=1.28; 则本实验所需样本量为:  $n = (1.65 + 1.28)^2 \times 2 \times 0.805 \times (1 - 0.805) / (0.97 - 0.64)^2 = 27$  (例), 即试验每组 27 例, 根据临床研究目的、实际可操作性以及样本脱落 10% 计算, 每组需要 30 例, 两组共计观察 60 例。

#### 1.1.2 受试者来源

60 例顽固性呃逆患者均为西安市东郊第一职工医院 2011 年 1 月~2012 年 7 月针灸门诊患者。本研究采用前瞻性、随机、开放、平行对照设计, 按 1:1 对照原则分为试验组和对照组。通过简明统计分析软件, 将样本量 60 例及分组数 2 输入计算机, 产生随机种子数及随机分组数, 制成随机分配卡, 装入依次编号的信封, 信封上的编号与卡片上的顺序号相同, 合格的患者按就诊的先后顺序依照信封编

号, 拆封取卡, 严格按照卡片规定分组处理。60 例患者全部完成试验, 中途没有脱落病例。

以《中医内科学》<sup>[5]</sup>中呃逆为诊断标准。纳入标准: ①符合诊断标准者; ②呃逆持续发作超过 48 h; ③严重影响工作和休息; ④签署知情同意书。排除标准: ①孕妇或哺乳期妇女; ②脑出血急性期及青光眼患者; ③合并有严重心、肝、肾等严重原发性疾病者; ④过敏体质者; ⑤高热、癫痫等意识障碍或有精神病史的患者。终止及脱落标准: ①未严格按照试验方案进行者; ②出现严重不良事件或不良反应者; ③试验期间使用了与本病相关的、本研究方案之外的其他治疗方法者; ④研究过程中出现严重其他并发症者。盲法: 随机分组者、评估者、数据统计者均为不参与诊疗的研究人员。分别在治疗前和治疗结束后对患者情况进行评估, 评估者为 1 名不参与诊疗的研究人员, 评估人员尽量减少与受试者交流与评估无关的问题。结局指标的统计分析由不知道试验设计者实施。

#### 1.1.3 组间基线分析

治疗组年龄最小 27 岁, 最大 69 岁, 病程最短 2 d, 最长 16 d。对照组年龄最小 30 岁, 最大 65 岁, 病程最短 3 d, 最长 15 d。两组患者平均年龄、病情, 经  $\chi^2$  检验, 无显著性差异 ( $P > 0.05$ ), 提示两组资料具有均衡性 (表 1)。

## 1.2 方法

### 1.2.1 治疗组

患者先取坐位, 用 1 cm 毫针刺双侧膈俞穴, 轻捻转, 平补平泻刺激 1 min, 再取卧位, 主穴取内关、中脘、足三里、攒竹 (此穴不灸), 凡便秘者加上巨

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	男	女	年龄(岁)
治疗组	30	14	16	49.10 ± 16.62
对照组	30	17	13	49.30 ± 14.87

虚,经常消毒后,将华佗牌 28 号 1.0~2.5 寸毫针刺入穴位,得气后以捻转手法强刺激 1 min。每隔 10 min 行针 1 次,每次行针 1 min,每次行针嘱患者作深长和缓的腹式呼吸,然后麦粒灸或点刺。

胃中寒冷者,主穴以泻法,针后麦粒灸主穴加梁门、胃俞;胃火上逆者,主穴加内庭、陷谷平补平泻,加厉兑点刺出血;胃阴不足者,主穴平补平泻,加人迎、脾俞、胃俞、三阴交以补法;气滞痰阻者,主穴加太冲、期门、阳陵泉、丰隆平补平泻,如有热,诸穴以泻法,加大敦、厉兑点刺出血;脾阳虚者,主穴加脾俞、阳陵泉以补法,针后麦粒灸诸穴;肾阳虚者,主穴加肾俞、命门、复溜以补法,针后麦粒灸诸穴。

麦粒灸:将艾绒做成麦粒大小之棱形艾炷,预先在选好部位上抹万花油使之粘着,用线香点燃,任其自燃,患者感觉烫热难以忍受就拿开,每穴 5 壮。术后如起泡,嘱患者不可扎破灸泡,让其自然吸收。

点刺方法:取华鸿牌 28G 放血针,以拇、食、中指持针柄,把针尖对准选穴的穴位、经络段等部位,常规消毒后,要稳、准、轻快地点刺出血,出血量为 3~5 滴血。

### 1.2.2 对照组

予口服西沙必利胶囊(锦州九泰药业有限责任公司出品,国药准字 H20060928)。主要用于功能性消化不良,X 线、内窥镜检查为阴性的上消化道不适,症状为早饱、饭后饱胀、食量减退、胃胀、嗝气过多、食欲缺乏、恶心、呕吐或溃疡;用法:每天 3 次,每

次 2 片。

两组均 7 d 为 1 个疗程,共治疗 1 个疗程。

### 1.2.3 疗效判断标准

参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[6]</sup>制定呃逆症状疗效评分表:呃逆 < 5 次/h 且患者能耐受,不影响进食记 3 分;6~10 次/h 或 < 5 次/h 但患者难以耐受,影响进食记 6 分;> 10 次/h 或 < 10 次/min,但不能进食或呃逆时伴胃食管返流记 9 分。以每小时最高呃逆频率计算,记录治疗前及治疗 7 d 后患者的呃逆症状评分。

参考《临床疾病诊断依据治愈好转标准(第 2 版)》<sup>[7]</sup>,显效:症状评分减少 6 分以上或呃逆消失,愈后 2 周无复发;有效:症状评分减少 3 分或呃逆持续时间及发作次数明显减少,或愈后 2 周内偶有复发;无效:症状评分无改善或呃逆持续时间及发作次数无明显减少。有效率 = [(显效例数 + 有效例数) / 总例数] × 100%。

### 1.3 统计学方法

采用 SPSS17.0 软件进行数据录入与管理,每份病例报告表上的数据均双人录入,对不一致的结果值逐项核对原始数据予以更正。整个数据库数据经修改、确认后,对其进行锁定、封盲,然后由专业统计人员独立进行统计分析,计数资料采用  $\chi^2$  检验,  $P \leq 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

治疗组治疗后治愈 23 例,有效 6 例,无效 1 例,总有效率为 96.67%;对照组治疗后治愈 9 例,有效 11 例,无效 10 例,总有效率为 66.67%。经统计学处理,两组间治愈率、有效率及总有效率对比差异有统计学意义( $P < 0.01$ ,表 2)。

表 2 两组患者临床疗效比较

[n(%)]

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	23(76.67)	6(20.00)	1(3.33)	96.67
对照组	30	9(30.00)	11(36.67)	10(33.33)	66.67

## 3 讨 论

现代医学认为呃逆受延髓呼吸中枢控制,是由膈肌不自主的间歇收缩运动引起的,是一种神经反射动作,其反射弧向心路径是迷走神经、膈神经及第 6~12 胸交感神经向心纤维;中枢是第 3~5 颈髓的膈神经、脑干的呼吸中枢、延髓网状结构和下视丘间相互作用;离心路径是膈神经、声门及呼吸辅

助肌的离心纤维<sup>[8]</sup>。当外周刺激经迷走神经或膈神经的感觉纤维传入中枢,或者中枢疾病使膈神经的运动纤维传出冲动增多,均可引起呃逆<sup>[9]</sup>。止呃穴位置在第 7 胸椎沿脊柱两侧,针刺胸段穴处的肌肉筋膜,其感受器可将刺激的兴奋沿布于胸膜、心包、胆道和部分腹膜的膈神经的感觉纤维,逐层向上传递到膈肌的发生部(中心部)颈部,影响、调节、抑制颈 3~5 脊髓灰质到前迷走神经的过度兴奋,整合迷

走神经功能,降低膈神经的兴奋,解除膈肌痉挛<sup>[10]</sup>。另外,针刺配合腹式呼吸法,一方面通过反射弧,刺激大脑皮层,抑制了迷走神经,恢复交感神经与迷走神经之间的平衡;另一方面,通过兴奋呼吸中枢,反射性地抑制了邻近部位的呃逆中枢,起到了一定的协同作用<sup>[11]</sup>。

中国古代医学把呃逆称为“嘔”,早在内经中就曾提到,以气逆上冲,喉间呃呃连声,声短而频,令人不能自控为特点<sup>[12]</sup>。认为呃逆分寒热虚实,病因虽繁,病机关键在于胃失和降,胃气上逆动膈,治当和胃降逆,调畅气机,宽胸利膈<sup>[13]</sup>。本研究取穴中,中脘为胃的募穴及八会穴之一的腑会,同时又是任脉与手太阳、少阳、足阳明经交会穴,专调胃理气。针灸此穴可使胃蠕动增强,幽门迅速开放,有疏通胃肠之气,降逆止呃之功。攒竹穴早在《针灸心悟》记载“攒竹穴,能泄膀胱经之气”,其为脏腑背俞穴,位于足太阳膀胱经上,针刺此穴,能疏泄膀胱经之气进而达到调理全身脏腑气机,使经络通畅,气血调和。内关,属八脉交会穴,据《内经》、《难经》、《奇经八脉考》等记载内关通过心包经和阴维脉,针刺此穴可以通过两经的交通及会合关系,达到两经同调的作用,可宽胸利气则呃逆自止。足三里是足阳明胃经的下合穴,“合治内腑”示明阳经的合穴属土,本穴为土经中之土穴,故有健脾养胃、补中益气的功效,脾胃是气血生化之源,针灸此穴可补中气,理脾胃。膈俞穴位于足太阳膀胱经穴,第7胸椎棘突旁,能调理脾胃,和中降逆,是临床治疗呃逆之要穴,此处有相应脊髓侧角细胞的纤维经前根自交通支进入椎旁交感神经节,刺激膈俞可以抑制交感神经的兴奋,缓解膈肌痉挛<sup>[14-15]</sup>。此外,有研究发现<sup>[16]</sup>,麦粒灸具有集热疗、光疗、药物气味刺激与特定腧穴刺激于一体的作用。艾叶燃烧后产生的芳香气味对患者脑内的情感中枢有镇静的作用,从而使烦躁心情明显地改善。由于逆腾之“浊阴”顺降六腑,使心神不受“浊阴”上扰,胃和则卧安,从而使睡眠改

善。综上所述,针灸治疗顽固性呃逆能取得良好的疗效,较西药效果更确切且方法简单、实用,且无明显不良反应,易于推广使用。

#### [参考文献]

- [1] Rousseau P. Hiccups[J]. South Med J, 1995, 88: 175-181
- [2] Kumar A, Dromerick AW. Intractable hiccups during stroke rehabilitation[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1998, 79: 697-699
- [3] 于铁成, 高文铸. 全科中医学[M]. 北京: 华夏出版社, 2000: 266
- [4] 刘 勖. 临床实验设计与数据处理(四)[J]. 疑难病杂志, 2003, 2(1): 85
- [5] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2003: 232
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 54-61
- [7] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 2版. 北京: 人民军医出版社, 1998: 319-320
- [8] 姜道新. 顽固性呃逆的发病机制及药物治疗进展[J]. 临床荟萃, 1998, 13(9): 401
- [9] 韩肿岩, 丛志强, 唐盛孟. 神经病治疗学[M]. 上海: 上海科学出版社, 1995: 1416
- [10] 中国医科大学. 人体解剖学(全国高等医药院校试用教材)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1978:
- [11] 孙舟红. 针刺配合腹式呼吸法治疗顽固性呃逆 120 例[J]. 江苏中医药, 2002, 23(11): 47
- [12] 赵金铎. 中医证候鉴别诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 189
- [13] 石学敏. 针灸治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 60-606
- [14] 巫祖强. 水针治疗脑血管意外引起呃逆 60 例[J]. 上海针灸杂志, 2002, 21(4): 32
- [15] 杨腊芝, 刘建国, 张红星. 电针配合针刺治疗顽固性呃逆临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2009, 31(8): 67
- [16] 李 宁, 吴 滨, 张永玲. 针灸疗法治疗术后呃逆症的临床随机对照研究[J]. 中国针灸, 2003, 23(12): 702-704

[收稿日期] 2012-11-10