

镇静安神法针刺配合胃降逆中药治疗脾 肾阳虚型顽固性呃逆临床研究^{*}

李晓玲¹ 张庆梅^{2**} 任媛媛³ 刘敏⁴ 郭学斌⁵

(1. 丹凤县中医医院, 陕西 商洛 726200; 2. 大荔县妇幼保健院, 陕西 渭南 715100;

3. 西安市中医院, 陕西 西安 710021; 4. 陕西省中医院, 陕西 西安 710003;

5. 汉中市中心医院, 陕西 汉中 723000)

摘 要: **目的** 探讨脾肾阳虚型顽固性呃逆(intractable hiccup, IH)患者予以镇静安神法针刺配合胃降逆中药煎剂治疗的临床有效性。**方法** 选取2019年1月—2021年1月本院脾胃病科门诊收治的脾肾阳虚型IH患者60例作为研究对象,根据治疗方法分成对照组和治疗组,各29例,31例,其中对照组单纯予以镇静安神法治疗,治疗组予以镇静安神法针刺配合胃降逆中药煎剂治疗,将两组各项数据纳入SPSS21.0软件处理,比较临床治疗的有效性。**结果** ①治疗组治疗后3天、7天及2周时的呃逆症状评分均低于对照组($P < 0.05$)。②治疗组的呃逆、脘腹胀满、泛吐清水、呼吸困难、胸胁满闷及手足不温、失眠等主要症状疗效显著高于对照组($P < 0.05$)。③对照组不良反应发生率13.79%,治疗组3.23%,治疗组不良反应发生率(3.23%)与对照组(13.79%)相比更低($P < 0.05$)。**结论** 镇静安神法针刺配合胃降逆中药煎剂治疗脾肾阳虚型IH的临床疗效与单纯的镇静安神法针刺更好,安全性更高,不良反应发生率更低。

关键词: 针刺;胃降逆中药煎剂;顽固性呃逆;脾肾阳虚;镇静安神法

中图分类号: R256.31 **文献标识码:** A

文章编号: 1672-0571(2023)01-0105-05

DOI: 10.13424/j.cnki.mtcm.2023.01.020

顽固性呃逆是膈肌持续痉挛导致的,呃逆不能停止就属于顽固性呃逆。据统计^[1]男性发生率与女性相比显著更高,高发年龄多超过50岁。中医理论^[2-3]认为,呃逆的病因与胃失肃降、隔间气机不利、气逆发于喉间有关,病名来自于《景岳全书》。针刺、胃降逆中药煎剂在近年来的呃逆治疗方面取得一定成效,陈嘉琪等^[4]的荟萃分析(meta)证实,针刺、耳穴压丸、艾灸、电针等中医外治法治疗的患者治愈率较传统疗法显著更高,呃逆症状评分、精神状态评分、饮食积分、睡眠积分等疗效指标同样较传统疗法的病患更优,但其复发率、安全性等与传统疗法相比并未得到确切佐证。段诗瑶等^[5]发现,相较于传统疗法,针刺、胃降逆中药煎剂联合能更好的提升呃逆症状评分,改善临床疗效。故探析针刺配合胃降逆中药煎剂

治疗脾肾阳虚型IH的临床有效性有其可行性。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 样本来源:本院脾胃病科门诊,60例脾肾阳虚型IH患者,纳入时间:2019年1月—2021年1月。对照组29例,男19例,女10例,年龄18~80岁,平均 (59.46 ± 5.62) 岁;治疗组31例,男20例,女11例,年龄18~80岁,平均 (59.58 ± 5.76) 岁;两组年龄、性别等常规资料相比差异不显著($P > 0.05$),有可比性。课题符合《赫尔辛基宣言》^[8]医学研究准则。伦理学批号201906。

1.1.1 西医纳入标准 ①呃逆持续时间超过48小时,无间断,昼夜不停;②因周围性(反流性食管炎、消化性溃疡等)原因持续不停的呃声、IH症状

* 基金项目:汉中市中心医院院级科研基金中标项目(YK2032)

** 通讯作者:张庆梅,副主任医师。E-mail:xmayga@163.com

表现昼夜不止;上述西医诊断标准均参照《最新消化系统疾病临床诊断治疗适用技术手册》拟定^[6];中医诊断标准:①主症:隔间气逆上冲,喉间呃声连连,频率不一,不能自制;②次症:因情志不畅所致,伴灼热嘈杂、腹胀暖气等症状;③舌脉:脉弦,舌淡苔薄白;上述中医诊断标准参照《上海市中医病证诊疗常规》拟定^[7];纳入标准:①符合上述中西医诊断标准;②呃逆(短暂停止后反复发作)发病时间超过 2 天(48 h);③年龄 18~80 岁,生命体征相对稳定;④意识清醒,精神正常;⑤胃及食管无器质性病变;⑥自愿参与本课题并签署《知情同意书》,各项临床资料完整、有效、无破损、残缺。

1.1.2 排除标准 ①患高血压、糖尿病、高血脂等基础性病变者;②入组前参与其他实验或入组前 1 周内使用与 IH 相关手术、药物治疗而可能影响疗效评定者;③针刺不耐受及胃降逆中药煎剂过敏者。

1.2 治疗方法

1.2.1 基础治疗方法 两组均结合脾肾阳虚型 IH 患者具体病情予以常规康复治疗,如纠正电解质、酸碱平衡,必要的营养干预等。

1.2.2 对照组 基础治疗+单纯予以镇静安神法针刺治疗:①选穴:根据《针灸技术操作规范^[9]》选单侧穴:百会、中脘、攒竹,双侧穴:安眠、内关、神门、三阴交、阳陵泉;②操作方法:仰卧位,对所选穴位周围的皮肤进行常规消毒(75%酒精)后针刺(毫针:由苏州医疗用品有限公司生产,华佗牌,0.35 mm×40 mm;),其中平刺穴位为百会(深度:0.5~1.0 寸,捻转补法)、攒竹(深度:0.5~0.8 寸,入穴后快速提插捻转,强刺至得气),安眠、中脘、内关、神门、三阴交、阳陵泉等六个穴位均采用平补平泻法。上述所纳入穴位均在得气后分别留针 0.5 小时,首次留针时间为 40 分钟,起针后用无菌棉球轻压针孔 1 分钟左右。隔天 1 次,1 周为 1 疗程,共 2 个疗程。

1.2.3 治疗组 基础治疗+镇静安神法针刺(与对照组同)配合胃降逆中药煎剂治疗。胃降逆中药煎剂:方剂名称及含量:白术、茯苓各 20 g,厚朴、陈皮、竹茹、枳实各 15 g,砂仁、紫苏、甘草各 10 g,其中砂仁与紫苏均后下。脘腹胀满,脾虚气滞者

加木香、香附,久病及肾、肾失摄纳,呃声难续者加肾气丸。加适量水煎服(共煎煮 2 次),300 mL·剂⁻¹,分早中晚三次服用,各 100 mL·次⁻¹,均于饭前 0.5 h 加温开水兑服,呃逆停止后方可在医师指导下停药。1 周为 1 个疗程,共 2 个疗程。

1.2.4 疗程及其他 两组均持续治疗两个疗程。注意事项:两组的基础治疗、分组治疗期间均遵医嘱或积极配合健康教育手册:忌食生冷制品、海鲜、辛辣或刺激性强的食品、食物,饮食以粥品或易消化食物为主。

1.3 观察指标 ①呃逆症状积分:参照刘效娟^[10]研究将呃逆症状积分分成正常(0 分)、轻度呃逆(1~3 分)、中度呃逆(4~6 分)、重度呃逆(7~9 分)、胃胀(1~2 分)、反酸/烧心(1~2 分),得分越高呃逆越严重。②不良反应:如表 1 所述。③临床疗效:采用症状评分下降指数(symptom score reduction index,SSRI)和段诗瑶^[3]的疗效标准表(描述)将临床疗效分成治愈、显效、好转(有效)及无效等 4 级,主要中医症状参照王森^[11]分成呃逆、脘腹胀满、泛吐清水、呼吸困难、胸胁满闷、食少乏力、手足不温、失眠等 8 项:治愈(SSRI≥95.00%:呃逆完全停止,各主要中医症状恢复正常,随访 1 周无复发)、显效(60.00%≤SSRI<95.00%:偶发呃逆,各主要中医症状基本正常,随访 1 周无加重)、有效(20.00%≤SSRI<60.00%:时有发生呃逆,各主要中医症状明显好转,随访 1 周内偶发)和无效(SSRI<20.00%:治疗前后的各主要中医症状无改善迹象,甚至加重),痊愈率=治愈例数/总例数×100%,SSRI 计算公式=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%。

表 1 呃逆耐受程度评估

耐受程度	描述	发作频次	计分(分)
不能忍受	无法进食或伴有胃食管返流	10 次/h 或 <10 次/h	9
难以忍受	影响进食	6~10 次/h 或 <5 次/h	6
能忍受	对进食无影响	5 次/小时	3

1.4 统计学方法 建立 Excel 数据库,将各基线资料、研究数据纳入 SPSS 21.0 软件处理。计数资料用 χ^2 检验。满足参数检验前提条件及球对称检验(H-F 条件)的定量资料则用重复测量方差分析,若部分满足参数检验前提条件时,需适当变换

变量或用混合模型分析,两个及两个以上样本均数差异的显著性检验用变异数分析(F 检验),以($\bar{x} \pm s$)表示。差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 两组呃逆症状评分比较 两组治疗前的呃逆症状评分相比差异不显著($P > 0.05$),治疗组治疗后 3 天、7 天及 2 周时的呃逆症状评分均低于对

照组($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 两组主要症状疗效比较 治疗组的呃逆、脘腹胀满、泛吐清水、呼吸困难、胸胁满闷及手足不温、失眠等主要症状疗效显著高于对照组($P < 0.05$),食少乏力与对照组相比差异不显著($P > 0.05$)。见表 3。

表 2 两组呃逆症状评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后			F	P
			3 d	7 d	2 w		
对照组	29	8.12 ± 2.34	6.11 ± 1.82	4.67 ± 1.25	2.91 ± 1.24	47.57	0.000
治疗组	31	8.09 ± 2.27	4.86 ± 1.35	2.31 ± 1.86	1.02 ± 0.32	114.48	0.000
t		0.050	3.035	5.728	8.204		
P		0.960	0.004	0.000	0.000		

表 3 两组主要症状疗效比较

中医症状	组别	n	治疗后主要症状疗效					χ^2	P
			治愈	显效	有效	无效	总有效[n(%)]		
呃逆	对照组	29	16	5	4	4	25(86.21)	7.161	0.007
	治疗组	31	21	6	3	1	30(96.77)		
脘腹胀满	对照组	29	14	5	4	6	23(79.31)	14.476	0.000
	治疗组	31	20	7	3	1	30(96.77)		
泛吐清水	对照组	29	13	6	5	5	24(82.76)	5.575	0.018
	治疗组	31	19	7	2	2	29(93.55)		
呼吸困难	对照组	29	17	4	4	4	25(86.21)	14.811	0.000
	治疗组	31	22	6	3	0	31(100.00)		
胸胁满闷	对照组	29	23	2	2	2	27(93.10)	7.147	0.007
	治疗组	31	25	5	1	0	31(100.00)		
食少乏力	对照组	29	13	5	5	1	28(96.55)	0.008	0.931
	治疗组	31	19	8	3	1	30(96.77)		
手足不温	对照组	29	12	8	3	6	23(79.31)	14.476	0.000
	治疗组	31	19	8	3	1	30(96.77)		
失眠	对照组	29	13	7	4	5	24(82.76)	10.682	0.001
	治疗组	31	21	5	4	1	30(96.77)		

2.3 两组不良反应比较 对照组不良反应发生率 13.79% (4/29),治疗组 3.23% (1/31),治疗组

不良反应发生率显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组不良反应比较(n)

组别	n	轻微头晕	全身乏力	腹泻	腹痛	χ^2	P
对照组	29	0	1	2	1	7.161	0.008
治疗组	31	1	0	0	0		

3 讨论

辨证施治是中医学的理论精髓。通过检索既往文献不难发现,针灸(针刺)与中药煎剂单独治疗呃逆是相对常见的两种方法,疗效相对理想。通常而言,生理性呃逆大多无需治疗既可自行缓解,病理性呃逆则需采取必要的药物治疗或物理治疗^[12]。脾肾阳虚型 IH 伤害性极大,轻则致使病患出现精神萎靡、饮食困难等症,重则可能引起机体水电解质紊乱、抑郁、失眠等症。甚至有研究^[13]证实脾肾阳虚型 IH 可导致病患因反流而窒息。

通过本文研究数据来看,治疗组治疗后的 3 天、7 天及 2 周时的呃逆症状评分较对照组更低,呃逆、脘腹胀满、泛吐清水、呼吸困难、胸胁满闷及手足不温、失眠等主要症状的临床疗效改善较对照组更高,不良反应发生率较对照组更低($P < 0.05$)。提示,镇静安神法针刺配合胃降逆中药煎剂治疗脾肾阳虚型 IH 的临床疗效较单纯的镇静安神法针刺治疗效果更好。与段诗瑶^[3]研究结果相近。原因有以下几点:首先,镇静安神法针刺以百会、神门和三阴交等三穴为主,目的在于沟通脾肾阳虚型 IH 患者的阴阳,调和气血,安神镇静。在上述主穴的基础上配合中脘、攒竹、安眠、内关、神门、阳陵泉等穴位,起辅助作用。内关穴有调理脾胃气机、化痰利膈、合中解郁、降逆止呃之功效;针刺内关穴有和中降逆、祛瘀解挛^[14-15]。现代医学研究^[16]发现针刺中脘穴海通增强脾肾阳虚型 IH 患者的胃肠蠕动抑制呃逆的传导通路异常表达,调节胃肠功能;攒竹穴与肺、胃、膈等机体组织相连,针刺攒竹穴既可疏通经络,也可调节全身各脏腑气机,对脾肾阳虚型 IH 患者降逆止呃,而现代病理学研究发现^[17],针刺攒竹穴能兴奋 IH 患者的大脑皮层,抑制迷走神经,缓解痉挛。阳陵泉穴舒筋,安眠穴安神定志,中脘穴通经活血,神门穴安神镇静^[18-21]。诸穴合刺,标本兼治。其次,胃降逆中药煎剂来源于降逆和胃方,乃名医名方,以竹茹、枳实为君药,二者配伍,消痞止呃,清胆和胃,紫苏和胃止呃、理气行气,茯苓培补脾土,顾护脾胃,白术甘温补中,健脾益气,陈皮健脾燥湿,理气化痰,砂仁开胃健脾,甘草补胃气,利通降,可起到调和上述诸药之目的,此煎剂共奏温补脾胃、降逆

止呃。针刺与胃降逆中药煎剂配合,前者可调节脾肾阳虚型 IH 患者的气血经络运行^[22-25],后者和胃降逆、温中理气、宣肺健脾,二者互补,可缓解膈肌的阵发性痉挛,温而不燥、补而不滞,共奏止呃之效。

综上所述,镇静安神法针刺配合胃降逆中药煎剂治疗脾肾阳虚型 IH 的临床疗效与单纯镇静安神法针刺比更好,安全性更高,不良反应发生率更低。但本课题依旧存在不足,一是样本量偏小,二是缺乏长期随访数据,对镇静安神法针刺配合胃降逆中药煎剂治疗脾肾阳虚型 IH 的远期疗效无法判定。故希望未来有机会开展多中心、大样本及与远期疗效相关的综合性研究,提高针刺配合胃降逆中药煎剂在脾肾阳虚型 IH 治疗中的权威性,促进病患机体康复,拓展脾肾阳虚型 IH 治疗途径。

参考文献

- [1] 王贝,姜淑君. 顽固性呃逆的中医治疗进展[J]. 中西医结合研究,2019,11(6):316-318.
- [2] 曹婉琛,李园,薄荣强,等. 基于《中医方剂大辞典》中治疗呃逆的组方规律研究[J]. 世界中西医结合杂志,2020,15(9):1638-1642.
- [3] 何涛,刘建和,王行宽. 王行宽教授运用柴胡连苏饮辨治呃逆经验[J]. 湖南中医药大学学报,2022,42(8):1347-1350.
- [4] 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.
- [5] 段诗瑶. 针刺联合胃降逆中药剂对比镇静安神法针刺治疗肝胃不和型顽固性呃逆[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2020.
- [6] 陈洪宾. 最新消化系统疾病临床诊断治疗实用技术手册[M]. 北京:北京科大电子出版社,2004.
- [7] 上海市卫生局. 上海市中医病证诊疗常规[M]. 上海:上海中医学院出版社,2003.
- [8] 吴文瑶,张谨,张咸伟,等. 世界医学协会《赫尔辛基宣言》:涉及人类受试者的医学研究伦理原则[J]. 中华疼痛学杂志,2020,16(2):92-95.
- [9] 陈仲杰,霍金,王小语,等. 国际行业组织标准《针灸技术操作规范编写通则》研制必要性及要点解析[J]. 中国针灸,2021,41(5):549-552.
- [10] 刘效娟. 针刺联合穴位注射在中风后呃逆治疗中应用

- 的疗效观察[J]. 中国医药导刊,2015,19(1):42-43.
- [11]王森. 丁香柿蒂汤配合穴位按压及屏气法治疗顽固性呃逆(脾胃虚寒证)的临床研究[D]. 长春:长春中医药大学,2017.
- [12]吴旭浩,徐成贺,郑其进. 运用经方辨治呃逆临证摘要[J]. 江苏中医药,2020,52(2):53-55.
- [13]宋卓原. 针灸治疗顽固性呃逆系统评价[D]. 成都:成都中医药大学,2016.
- [14]徐开全,周娃妮,仝乐,等. 董氏奇穴针刺法配合养心安神祛痰汤在痰湿内蕴型失眠中应用价值[J]. 中华中医药学刊,2022,40(5):99-103.
- [15]贾军峰,李文萍. 和胃降逆饮联合西药及针刺治疗残胃引起的反流性食管炎的疗效及对血清胃动素的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志,2020,28(12):944-948.
- [16]张绪峰,蒋丽元,王慧. 不同刺法针刺中脘穴治疗顽固性呃逆[J]. 针灸临床杂志,2016,32(3):55-58.
- [17]任琳,任学芳. 中枢性顽固性呃逆的治疗与护理干预进展[J]. 护理学报,2016,23(9):26-29.
- [18]黄玉婷. 镇静安神法针刺为主治疗中风后顽固性呃逆的临床研究[D]. 长春:长春中医药大学,2016
- [19]马俊,于倩,王亚华,等. 针刺至阳八阵穴联合巴氯芬治疗原发性肝癌介入术后顽固性呃逆患者的临床观察[J]. 中西医结合肝病杂志,2022,32(1):4.
- [20]甘朵,刘颖,毕成玉,等. 针刺干预对肝癌患者 TACE 术后顽固性呃逆的护理效果观察[J]. 四川中医,2020,38(8):210-213.
- [21]李泽鑫,秦懿因,杜元灏. 杜元灏教授针刺治疗顽固性呃逆经验[J]. 天津中医药,2021,38(12):1577-1580.
- [22]许金钗,刘建阳,徐桂花. 撒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.
- [23]凡国华,孙静云,徐兴祥,等. 撒针耳穴联合膻穴在肺癌化疗致顽固性呃逆中的应用效果[J]. 实用临床医药杂志,2021,25(18):42-45.
- [24]陈秋燃,王南,刘敏,等. 喜炎平注射液致顽固性呃逆 1 例[J]. 中国现代应用药学,2020,37(18):2279-2280.
- [25]田兴琴,吕光辉. 磷酸奥司他韦颗粒致儿童顽固性呃逆 1 例[J]. 中国药师,2021,25(2):178-181.
- (修回日期:2022-11-28 编辑:蒲瑞生)