

# 针灸联合自拟止呃汤治疗脑卒中后呃逆的临床疗效观察

石锋

(贵州省职工医院 550000)

**摘要:**目的:探究针灸联合自拟止呃汤治疗脑卒中后呃逆的临床疗效及应用价值。方法:该研究为回顾性研究,研究时段为2020年4月-2021年7月,抽取我院70例脑卒中后呃逆患者并分组,其中对照组33例给予常规西药治疗,观察组37例实施针灸联合自拟止呃汤治疗;观察临床疗效、治疗前后患者呃逆证候积分、发作频率、持续时间改善情况以及治疗后生活质量。结果:临床疗效,观察组总有效率为97.2%,对照组为78.7%,两组比较 $P=0.05(X^2=5.9036)$ 。与对照组相比,观察组患者呃逆证候积分较低,呃逆发作频率较少且持续时间较短,两组相比, $P<0.05$ ;在生活质量改善方面,观察组患者的生理机能、情感职能、社会功能等指标分值较对照组高,两组相比 $P<0.05$ 。结论:针灸联合自拟止呃汤在改善脑卒中后患者呃逆症状及生活质量方面的临床疗效优于常规西药治疗,具有临床应用价值。

**关键词:**脑卒中;呃逆;针灸;止呃汤;呃逆证候积分;生活质量

脑卒中是现阶段临床常见的一种脑血管疾病,死亡率较高。多因素的联合作用下,呃逆发展成为脑卒中后常见的一种并发症<sup>[1]</sup>。随着西医研究的深入,认为脑卒中后呃逆的发生,与患者延髓、神经损伤等病理变化密切相关,而呃逆的出现,会直接影响患者的吞咽、进食以及机体营养状况,长期以往则会大量消耗患者机体能量;部分老年脑卒中后出现顽固性呃逆的患者严重者甚至存在死亡风险<sup>[2]</sup>。西医治疗呃逆,短时间内可有效控制呃逆症状,但远期疗效并不确切,且此类疾病患者多数为老年人,会导致患者出现不同程度的毒副作用<sup>[3]</sup>。

呃逆属于神经科常见症状,不仅会影响患者的进食、休息,还会致使颅内压增高,继而导致患者出现呼吸抑制等症状。经过前期临床观察,针灸联合自拟止呃汤治疗脑卒中后呃逆疗效肯定。

## 1、资料与方法

### 1.1 临床资料

回顾性方式展开此研究,研究时段限制在2020年4月-2021年7月,抽取我院70例脑卒中后呃逆患者并分组,其中对照组33例:男、女分别为15、18例,年龄55-85(70.78±6.33)岁;呃逆发作时间3~10(6.78±2.47)d。观察组37例:男、女分别为20、17例,年龄56-85(70.36±6.78)岁;呃逆发作时间2~10(6.15±2.36)d。两组患者在性别、年龄及呃逆发作时间等基线资料方面无差异,具有可比性, $P>0.05$ 。

### 1.2 纳排标准

纳入标准:(1)患者年龄、呃逆发作时间以及既往病史等临床资料完整;(2)经CT、MRI检查证实为脑卒中<sup>[4]</sup>;(3)脑卒中后呃逆症状发作时间超过48h;(4)在我院接受治疗者;(5)呃逆表现无法自控;(6)呃逆的出现,直接影响患者的正常进食和日常睡眠;(7)认知、沟通无障碍;(8)患者和家属对此研究知情且签署知情同意书;(9)该研究获得伦理审核批准。

排除标准:(1)合并严重并发症;(2)血流动力学不稳定;(3)中途退出者;(4)生命体征不平稳者;(5)肝肾功能异常者;(6)合并严重肺源性心脏病者;(7)合并存在其他传染性疾病;(8)存在酒精、药物滥用史者。

### 1.3 治疗方法

此研究所用药物具体信息:氯丙嗪片:常州康普药业,国药准字H32022161。盐酸甲氧氯普胺注射液:成都倍特药业,国药准字

H32021539。

对照组:常规西药治疗:完善临床各项检查,根据检查结果指导患者口服12.5mg氯丙嗪片,12.5mg/次,3次/天;后肌肉注射10mg盐酸甲氧氯普胺注射液,10mg/次,3次/天<sup>[5]</sup>。

观察组:针灸联合自拟止呃汤治疗:(1)针灸治疗:选取双侧“关元、足三里、三阴交、膈俞、内关和中脘”穴位,以“平补平泻手法”针刺,得气后留针20min,后每隔10min运针1次。(2)自拟止呃汤:熟地30g,生牡蛎、白芍、旋覆花、芡实各25g,代赭石20g,桃仁、生麦芽12g,韭菜子、牡丹皮各10g,红花、生地、当归、牛膝各9g,赤芍、甘草、枳壳各6g,桔梗、川芎各5g,柴胡3g。以上药材加水750ml煎煮至250mL后服用,每日1剂,早晚分服。两组患者坚持用药2周。

### 1.4 观察指标

临床疗效:与治疗前相比,经药物治疗后患者呃逆症状基本消失,7d内未见复发视为“显效”。药物治疗后患者呃逆症状出现改善,7d内发作次数明显减少视为“无效”。与治疗前相比,经药物治疗后患者呃逆状况无明显改善,部分患者呃逆症状发作更为频繁视为“无效”。

治疗前后患者呃逆证候积分、发作频率以及持续时间改善情况:严格按照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>制定并评价呃逆证候积分,采用1-4级评分法,得分越高表示患者呃逆越重。

治疗后生活质量<sup>[7]</sup>:用SF-36问卷评价(分值0-100分),内含生理机能、情感职能以及社会功能等八项内容,评分高表示患者生活质量高。

### 1.4 统计学内容

数据处理软件为SPSS22.0,当 $P<0.05$ 时表示差异有统计学意义。计量资料用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,计数资料用例数或百分数表示。计量资料先进行正态性和方差齐性检验,若数据满足条件,组内比较为配对样本t检验,组间比较为独立样本t检验;不满足条件则用非参数检验;计数资料比较用卡方检验,两组等级资料比较用Wilcoxon秩和检验。

## 2、结果

### 2.1 临床疗效

临床疗效,观察组总有效率为97.2%,对照组为78.7%,两组比较 $P=0.05(X^2=5.9036)$ 。见表1。

表1:两组临床疗效比较

组别	显效	有效	无效	总有效率(n%)
观察组(n=37)	26	10	1	36(97.2)
对照组(n=33)	13	13	7	26(78.7)
$\chi^2$	--	--	--	5.9036
P	--	--	--	$P<0.05$

### 2.2 治疗前后呃逆证候积分、发作频率以及持续时间改善情况

与对照组相比,观察组患者呃逆证候积分较低,呃逆发作频率较少且持续时间较短,两组相比, $P<0.05$ 。见表2。

表 2: 两组治疗前后呃逆证候积分、发作频率以及持续时间比较

组别	呃逆证候积分 (分)		发作频率 (次/d)		持续时间 (min)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=37)	3.12 ± 0.33	1.02 ± 0.11**	6.56 ± 2.36	1.22 ± 0.45**	55.23 ± 9.56	13.56 ± 1.10**
对照组 (n=33)	3.11 ± 0.35	1.69 ± 0.23 <sup>#</sup>	6.55 ± 2.14	2.36 ± 0.69 <sup>#</sup>	55.14 ± 9.44	20.23 ± 2.36 <sup>#</sup>
t	0.1229	15.8165	0.0184	8.2724	0.0395	15.4248
P	P > 0.05	P < 0.05	P > 0.05	P < 0.05	P > 0.05	P < 0.05

注: 组内治疗前后对比, \*P < 0.05, 治疗后与对照组对比, <sup>#</sup>P < 0.05

### 2.3 治疗后生活质量

在生活质量改善方面, 观察组患者的生理机能、情感职能、社会功能等指标分值较对照组高, 两组相比, P < 0.05。见表 3。

表 3: 两组治疗后生活质量比较

组别	生理机能	情感职能	社会功能	躯体疼痛	精神健康	精力	生理职能	总体健康
观察组 n=37	80.14 ± 3.22**	77.85 ± 3.22**	82.36 ± 3.45**	65.23 ± 3.58**	72.52 ± 2.35**	66.56 ± 2.22**	75.25 ± 2.36**	85.23 ± 2.33**
对照组 n=33	71.36 ± 3.45	72.33 ± 2.35	75.55 ± 2.33	58.56 ± 2.22	68.45 ± 2.44	60.66 ± 2.45	70.33 ± 2.52	80.52 ± 2.25
t	11.0111	8.1063	9.5572	9.2322	7.1039	10.5707	8.4331	8.5799
P	P < 0.05							

注: 治疗后与对照组对比, \*P < 0.05

### 3、讨论

脑卒中是临床常见且典型的一种脑血管疾病, 老年患者出现顽固性呃逆的风险明显比年轻患者大。

西医研究认为, 脑卒中后呃逆的发病机制由脑部病变所致<sup>[9]</sup>。西医治疗该病, 临床用于价值不高。中医在脑卒中后呃逆的治疗方面有独到效果<sup>[10]</sup>。

针灸是中医治疗的特色手段。此研究中的观察组, 接受针灸治疗后临床疗效高达 97.2%, 对照组为 78.7%, 两组数据对比, P < 0.05。证实了针灸是治疗脑卒中后呃逆的有效手段。

方中旋覆花下气降逆止噎; 代赭石质重而沉降, 善镇冲逆, 两者共为君药治胃气上逆而噎气呕吐; 枳壳配桔梗一升一降, 行气宽中; 柴胡疏肝解郁, 升达清阳, 与枳壳、桔梗同用, 尤善理气行滞, 使气行则血行, 共为臣药; 红花配桃仁活血化瘀; 当归配生地滋阴养血, 川芎行气活血; 牛膝活血通经, 引血下行; 赤芍配牡丹皮活血祛瘀; 熟地补血养阴, 填精益髓。牡蛎平肝潜阳功效显著。白芍养血敛阴, 平抑肝阳; 芡实益肾固精; 生麦芽疏肝解郁; 韭菜子温补肝肾共为佐药; 甘草补脾益气, 调和诸药, 是为使药。以上诸药合用, 在清升浊降的同时健运中焦, 补益下焦精血, 因此治疗后的观察组患者, 呃逆证候积分较低, 呃逆发作频率较少且持续时间较短, 生活质量指标分值较高, 两组数据相较, P < 0.05。

综上所述, 针灸联合自拟止呃汤治疗脑卒中后呃逆效果显著且应用价值较高, 值得临床推广并借鉴。

#### 参考文献

[1] 吕昌明, 孙丽. 化痰通遂汤联合针灸治疗脑卒中肌张力增高

的疗效及对表面肌电图的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(24):5.

[2] 张斐雪, 郑书林, 张锡萍, 等. 针灸联合注射用鼠神经生长因子对脑卒中患者认知水平及神经功能的影响[J]. 陕西中医, 2021, 42(10):4.

[3] 陈安, 曹霄, 张慧林, 等. 针灸辅助治疗对急性缺血性脑卒中患者外周血炎症因子水平及神经功能的影响研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(03):331-335.

[4] 张红星. 脑卒中防治指南[M]. 湖北科学技术出版社, 2012.

[5] 张大尉, 张虎. 微通法联合温通法治疗脑卒中后顽固性呃逆的临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(17):2912-2913.

[6] 李乃杰, 李磊, 苏现伟. 自拟通络散定向透药疗法配合针灸治疗脑卒中痉挛性偏瘫的应用效果[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(11):4.

[7] 台杰, 刘俊娥, 郑英. 补阳还五汤配合针灸治疗脑卒中偏瘫患者的效果及其对康复期肢体恢复的影响[J]. 中国当代医药, 2021, 28(29):4.

[8] 罗媛媛, 杨森. 眼针及体针联合西药治疗脑卒中后呃逆 30 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2020, 52(1):3.

[9] 王亚南, 贺媛, 杨冠男, 等. "高氏项针"结合电刺激改善脑卒中后吞咽障碍的疗效及对颊下肌群 sEMG 的影响[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(9): 29-34.

[10] 董建萍, 王丹丹, 蔡磊, 等. 头针配合理线治疗中风后顽固性呃逆的疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2020, 27(5):4.