



• 临床与药物 •

腕踝针配合药物治疗 52 例长期鼻饲所致的顽固性呃逆的临床疗效观察

林沁辉, 李 星

(福州市中医院 350001)

摘要: 目的: 观察腕踝针配合药物治疗长期鼻饲所致的顽固性呃逆患者。方法: 选取我科在 2016 年 4 月~2017 年 4 月确诊的患者。本研究是一共选取了 52 个长期鼻饲所致的顽固性呃逆患者为研究对象, 并将其随机分配为治疗组和对照组两组, 每组各 26 例; 两组均给予每日一次上午进行甲氧氯普胺 10mg 肌肉注射, 并随机配对将 52 例的长期鼻饲所致的顽固性呃逆患者分为治疗组 26 例及对照组 26 例。在治疗组开展腕踝针针刺相应皮部, 两天一次, 隔天进行, 连续 5 次为 1 个疗程。结果: 经过整个治疗过程观察及数据分析后发现治疗组的病例治疗效果总有效的所占比重为 88.46%, 而对照组的有效的比重为 50.00%, 2 组对比, 可见有显著差异性 ($P < 0.01$)。结论: 甲氧氯普胺肌肉注射联合腕踝针刺相应皮部的治疗方法有效改善长期鼻饲所致的顽固性呃逆的症状。且此项操作患者配合度高, 还减少了药物治疗的依赖性, 临床疗效显著, 适合于临床治疗选择, 值得推广应用。

关键词: 顽固性呃逆、腕踝针、长期鼻饲

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2017) 19-106-02

呃逆是指由于横膈膜、膈肌、肋间肌肉等受到某些刺激后引起一种间歇的不能自主控制的痉挛并收缩, 其发作通常表现为阵发性持续性发作, 有节律性并有着周期性反复频繁发作的特点。在呃逆发作过程中时通常表现为吸气期时声门关闭, 同时发出短促而响亮呃呃声。其发病原因主要可分为四类: 中枢性 (如脑部疾病)、反射性 (如膈肌病变)、代谢障碍性 (如电解质紊乱等) 和精神性 (如情绪紧张)。在临床上发生持续的呃逆时间在 48 小时以上又或者使用呃逆的针对性治疗仍无效者就可称为顽固性呃逆。在中医上呃逆是指胃气向上逆行、浊气无法下沉从而犯膈。呃逆古称“哕”, 又称“噎逆”。首见《内经》提出本病病位在胃, 并与肺有关; 致病机理是气逆, 多与寒气入体有关。《素问·宣明五气篇》中就写到: “胃为气逆为哕”, 说的就是上述这个原因。临床上长期留置胃管后一些病人会出现不同程度的呃逆而且多为顽固性呃逆。本研究采用腕踝针配合药物治疗长期留置鼻饲后顽固性呃逆, 取得良好效果。

1 资料与方法:

1.1 一般资料

病例均选用我院神志病科 2016 年 4 月~2017 年 4 月确诊的患者。采用随机单盲对照试验方法, 将 52 个确诊患者设为被试, 随机分为 2 个组, 治疗组和对照组, 每组 26 例。治疗组: 男 17 例, 女 9 例, 年龄 58~84, 平均 71.5 岁, 病程 8~24 周, 平均 12 周。对照组 26 例, 男 13 例, 女 13 例, 年龄 58~85, 平均年龄 73.3 岁, 病程 8~24 周, 平均 11.7 周。治疗组和对照组在性别、平均年龄、平均病程上不存在明显的差异 ($P < 0.01$), 该实验具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 诊断标准: (1) 受试病例长期留置鼻饲达 4 周以上 (2) 长期鼻饲后才出现呃逆, 症状持续超过 48 h, 而且症状没有出现自行好转。

1.2.2 排除标准所有入选患者都经胸部正侧位片、CT、腹部彩超、心电图、生化全套、血常规检查排除有颅脑、膈、胸膜等引起呃逆的器质性病症,

1.3 治疗方法:

两个组均采用甲氧氯普胺 10mg 肌肉注射, 每日一次, 治疗组根据腕踝针病症分区的理论, 呃逆病症在胃, 进针点选择双侧上 1、上 2、上 3。使用 30 号 1.5 寸毫针, 约在腕横纹上二横指 (相当于内关穴) 一圈处按进针。使用 75% 酒精进行皮肤消毒后, 用拇指、食指、中指持针柄, 使 30 号毫针的针体与腕部皮肤呈 30° 角, 用拇指轻捏针柄, 使针尖快速穿透皮肤。在皮下挑起了一个约 0.2cm 大小的皮丘,

然后将针放平, 循躯干方向沿着皮下缓慢进针, 毫针刺入长度一般为 35mm, 将针体留在皮下组织的浅表层, 以患者不出现痛、麻、酸、胀等感觉为度。固定针柄, 留针 30min 以上, 一般不超过 24 小时。隔日治疗 1 次, 连续 5 次为 1 个疗程。腕踝针治疗长期鼻饲后所致的顽固性呃逆时应该注意以下事项: (1) 使用 30 号毫针进针过程中, 毫针在皮下组织中如遇到较粗的血管要将进针点进行适当移位调整。(2) 针刺时, 应以行针者感觉到针下松软, 而患者却没有出现的任何特殊感觉为宜。反之, 如果医者感觉针下有阻力, 或患者反应痛、麻、酸、胀等感觉, 就表明针刺深度不宜, 此时应及时退出针尖, 使其回到皮下, 重新进入相对表浅的部位。(4) 需要进行留针操作时, 通常不使用捻转或提插等行针手法。

1.4 疗效评定:

治愈: 呃逆消失; 治愈后 1 周无复发; 有效: 呃逆发作的次数有显著减少及呃逆发作持续的时间显著缩短, 或者在呃逆消失后的 1 周内仅偶有复发; 无效: 完成一个疗程的治疗后呃逆发作次数和持续时间都未见明显减少。

1.5 统计学处理 经过使用 SPSS18.0 软件对所有数据进行具体分析。计量资料采取“ $\bar{x} \pm s$ ”表示, 组间的比较采用 t 检验; 计数的资料用例数 (n) 表示, 计数资料组间率 (%) 的比较采用 χ^2 检验。最后得出的分析结果为 $P < 0.01$, 此差异具有统计学意义。

2 结果:

2.1 两组临床疗效对比 见表 1。两组对比, 经 Ridit 分析, $u=2.61$, $p < 0.01$, 其差别具有明显统计学意义。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效 率%
治疗组	26	13	10	3	88.46
对照组	26	5	8	12	50.00

2.2 不良反应:

在临床治疗中对治疗组和对照组的患者进行生化全套、血常规等检查, 结果均显示无明显毒副作用, 未发现不良反应。

3 讨论:

呃逆俗称打嗝, 喉间频繁呃呃作声, 且声音急促, 这在生理上是一种的常见现象, 主要是由于人体的横膈膜及膈肌、肋间肌肉频繁的痉挛并且快速收缩造成的。在中医上, 呃逆称为“哕”, 也称“噎逆”。临床上的病因主要有饮食不当 (如进食过快过饱), 情志不遂 (如恼怒郁结), 脾胃虚弱 (如中气亏损或素体不足) 等引起的。长期鼻饲



•临床与药物•

患者的顽固性呃逆通常是呃声时断时续,呃声低长,气出无力,属于元气衰败、胃气将绝的重症,而且长期并反复发作的顽固性呃逆常为返流性呃逆,此病症可能导致病患出现腹胀、吸入性肺炎、胃潴留等并发症,严重者甚至会出现胃出血。从而致使患者病情加重,增加病痛,很大程度上加重了患者的经济负担。目前临床上常使用甲氧氯普胺肌肉注射治疗为主,但患者长期使用可能出现昏睡、烦躁不安、疲惫无力、肌肉震颤、发音困难、共济失调等锥体外系副反应。腕踝针是一项传统中医,可用于治疗多种的病症的针刺疗法,它是从腕关节和踝关节按十二皮部来选取特定部位为进针点,从而进行皮下针刺治疗。

本疗法将全身各部的病症表现的出来部位具体分为6个纵区,分别分布在身体两侧,在两侧的腕关节和踝关节各定6个进针点,以横膈膜即膈肌为界线,按区选取进针点来治疗。以起到疏通经络,调和脏腑功能的作用。长期鼻饲患者的顽固性呃逆在中医上认为病变于胃是胃气不升、浊气不降造成的,在西医上认为是横膈膜痉挛收缩造成的。因此在治疗长期鼻饲所致顽固性呃逆取进针点上1:在小拇指侧的尺骨缘前方,用大拇指端按压的手腕内侧的最凹陷处,上2:在腕

前方的中央,约为内关处,掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。上3:靠桡动脉的外侧。腕踝针通过刺激上述3个进针点所相对应的十二皮部以达到治疗长期鼻饲所致的顽固性呃逆的作用。因此在长期鼻饲所致的顽固性呃逆的治疗中,采用甲氧氯普胺肌肉注射联合腕踝针刺相应皮部的治疗方法,可减少长期应用甲氧氯普胺肌肉注射治疗的不良反应,并可减少并发症,缓解患者病情,减轻患者痛苦,大大降低了患者及家属的经济负担。

综上所述,采用甲氧氯普胺肌肉注射联合腕踝针刺相应皮部的治疗方法,患者配合度高,还减少了药物治疗的依赖性,临床疗效显著,适合于临床治疗选择。

参考文献:

- [1]黄帝内经素问(公元前722~前221年?),23
- [2]张心曙 实用腕踝针疗法 人民卫生出版社2002,16
- [3]孙瑜 中国腕踝针疗法 1999,94
- [4]周须宏 手法按摩和穴位注射治疗顽固性呃逆 中国冶金工业医学杂志 2006,121
- [5]滕国志 脑卒中鼻饲患者顽固性呃逆与消化道出血相关性分析 2008,13

(上接第105页)

3 讨论

反流性胃炎在临床消化内科中十分常见,多发于胃部手术后,影响患者自身的健康和生活质量。胆汁中的胆酸对胃黏膜具有较大的损伤[3-5],反流性胃炎主要是由于胆汁和肠液混合,通过幽门,逆流到胃,从而刺激胃黏膜产生的炎症。反流性胃炎的病因主要是做过胃大部切除的胃空肠吻合术后,幽门功能性失常和慢性胆道疾病等[6]。若迁延不治,可能会转为胃溃疡、胃穿孔甚至胃癌。近年来,我国反流性胃炎患者的数量在逐渐上升,对患者的生活和工作带来不利影响,需要引起临床重视,采取有效的措施对其进行诊治,帮助患者尽早康复。

促进胃动力多潘立酮是外周多巴胺受体拮抗剂中的一种,主要作用为外周多巴胺受体,可对人体胃肠道产生直接作用,对患者的胃肠道蠕动和张力可进行有效促进,多用于反流性胃炎、消化性溃疡、胃轻瘫及各种恶心呕吐等病状[7]。多潘立酮对椎体反应较少,因为该药物不容易通过血脑屏障,对于消化道疾病的治疗具有良好效果。多潘立酮可有效作用于胃肠道近端,改善患者的十二指肠动力、调节胃功能和促进幽门括约肌功能恢复[8-10],可显著减少胆汁反流,且不容易穿透血脑屏障,临床治疗的不良反应情况较少。

本实验研究发现,观察组多潘立酮药物治疗有效率为89.28%,明显高于对照组的治疗有效率57.14%,经比较, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。

综上所述,临床药物治疗主要是促进胃动力、保护胃黏膜、抑制

胆酸的合成及抑制胃酸分泌等,可控制症状,减少复发和防止并发症。多潘立酮药物治疗反流性胃炎的临床疗效明显,具有临床应用价值。

参考文献:

- [1]林金坤,胡品津,李初俊,等.原发性胆汁反流性胃炎诊断的探讨[J].中华内科杂志,2003,42(2):81-82.
- [2]徐晓玲,曹丽,沈琴,等.细胞周期蛋白D1在胆汁反流性胃炎和胃癌中的表达及其意义[J].胃肠病学,2014,19(2):235-237.
- [3]何显养,黎曙光,张龙,等.雷贝拉唑、铝碳酸镁和莫沙必利联合治疗胆囊切除术后胆汁反流性胃炎的临床观察[J].新医学,2014,(4):275-277.
- [4]苏斌,林瑞典.胆汁反流性胃炎通过铝碳酸镁联合多潘立酮治疗的效果分析[J].北方药学,2016,13(11):107-108.
- [5]冯博,李桂财,张飞,等.多潘立酮药物治疗反流性胃炎的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘:连续型电子期刊,2015(64):11-12.
- [6]陈和军.多潘立酮和铝碳酸镁联合用药治疗胆汁反流性胃炎的临床疗效[J].中国现代药物应用,2015,30(19):1003-1004.
- [7]应梦灿.多潘立酮及铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎多中心临床探讨[J].医学美容美容旬刊,2015(2):360-361.
- [8]黄海燕,吴祥,周跃峰,等.度洛西汀联合认知行为干预治疗胆汁反流性胃炎并抑郁患者疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(1):19-21.
- [9]田觉贤.多潘立酮联合用药治疗胆汁反流性胃炎疗效观察[J].医学信息,2016,29(10):76-77.
- [10]李千迅.多潘立酮联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎的临床疗效观察[J].中国继续医学教育,2015,7(15):147-148