

眼针及体针联合西药治疗脑卒中后呃逆 30例临床研究

罗媛媛 杨森

(辽宁中医药大学附属医院, 辽宁沈阳 110032)

摘要 目的:观察常规西药治疗基础上加用眼针结合体针治疗脑卒中后呃逆的临床疗效。方法:将60例脑卒中后呃逆患者随机分为治疗组和对照组,每组30例。2组均予阿司匹林肠溶片口服,治疗组联合眼针及体针治疗,对照组联合巴氯芬口服。2组均治疗10 d为1个疗程。比较2组患者临床疗效及治疗前后呃逆伴随症状评分。结果:治疗组总有效率为86.7%,明显优于对照组的60.0% ($P<0.05$)。治疗组治疗后睡眠、进食、焦虑症状评分及总分均较治疗前明显降低 ($P<0.05$),其中进食、焦虑症状评分及总分均明显低于对照组 ($P<0.05$)。结论:常规西药治疗基础上加用眼针结合体针治疗脑卒中后呃逆患者有效,能减少患者呃逆发病时间及发作次数,改善睡眠、进食、焦虑伴随症状,提高生活质量。

关键词 眼针;呃逆;脑卒中并发症;针刺疗法;阿司匹林片

中图分类号 R246.6 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2020) 01-0073-03

脑卒中是临床常见病、多发病,有较高的致残率及死亡率,而呃逆是脑卒中后常见的并发症,影响着病情的预后。呃逆是以喉间呃呃连声,声短而频,难以自制为主要表现的病证。轻者可自愈,重者

可持续数日、数月,甚至迁延不愈,影响患者的呼吸、进食、睡眠,降低患者的生活质量。目前西医治疗脑卒中后呃逆主要应用抗精神病类药、抗癫痫药、骨骼肌松弛药、平滑肌解痉药等,虽治疗方法较多,但

于对照组的75.68% ($P<0.05$)。表明西医治疗基础上加用翳风穴梅花针放血联合针刺治疗亨特氏面瘫急性期患者有效,能更快地促进面神经功能的恢复。临床治疗亨特氏面瘫应秉持针灸治疗为基础,尤其强调对急性期神经水肿的治疗,除了抗病毒、激素治疗等,急性期翳风穴刺络放血具有明显优势,可见中医外治法与西药联合治疗,能够缩短疾病病程,促进疾病向愈。下一步拟探索刺络放血治疗亨特氏面瘫的具体作用机制,并观察远期疗效。

参考文献

- [1] ZHOU X G, YANG C, YANG L X, et al. Meta-analysis on acupoint sticking therapy for facial paralysis[J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2005, 25 (11): 797.
- [2] 许芹.周围性面瘫致病相关因素分析[D].北京:北京中医药大学, 2013.
- [3] 贾建平.神经病学[M].北京:人民卫生出版社, 2013: 339.
- [4] 贝政平.2000个国内外最新实用内科诊断标准[M].上海:同济大学出版社, 1991: 342.
- [5] 姚乃礼.中医症状鉴别诊断学[M].北京:人民卫生出版社, 2000: 153.

- [6] 刘旭龙.基于红外热像图的Bell面瘫客观评估与选穴方法研究[D].秦皇岛:燕山大学, 2013.
- [7] 李健东.面神经评分标准[J].国际耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 29 (6): 391.
- [8] 程丑夫, 王钟林.实用内科手册[M].长沙:湖南科学技术出版社, 1995: 635.
- [9] 吕建军, 周立亮, 李伟伟, 等.颈椎正骨联合针刺治疗周围性面神经麻痹31例临床研究[J].江苏中医药, 2018, 50 (11): 66.
- [10] 梁洁玲.刺络放血治疗面瘫急性期的临床研究[J].中医临床研究, 2011, 3 (14): 65.

第一作者:吕建军(1984—),男,医学博士,副主任中医师,研究方向为面瘫、膝关节骨性关节炎、脊柱相关性疾病等。

通讯作者:薛明新,医学博士,主任中医师。
jshtcmxm@sina.com

修回日期: 2019-07-25

编辑:强雨叶

效果不明显,且副作用较大。眼针疗法为我院彭静山教授在潜心研究《内经》《证治准绳》等典籍中有关眼与五脏六腑、十四经脉关系的基础理论,及华佗“观眼识病”学术思想基础上首创的,通过眼的白睛脉络变化反映脏腑的疾病,从而针刺眼周八区十三穴调整脏腑,治疗各种疾病的微针疗法^[1]。我们临床在常规西药治疗基础采用眼针联合体针治疗脑卒中后呃逆患者取得较好疗效,现将相关研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2018年1月至12月我院病房脑卒中后呃逆患者60例,采用随机数字表法分为治疗组和对照组,每组30例。治疗组男16例,女性14例;年龄42~73岁,平均年龄(56.25±3.26)岁;病程4~20 d,平均病程(8.70±2.50) d。对照组男17例,女13例;年龄40~75岁,平均年龄(56.67±3.73)岁;病程3~22 d,平均病程(8.73±2.32) d。2组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 脑卒中诊断标准参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[2]拟定;呃逆诊断标准参照《中医内科学》^[3]拟定。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准者;年龄40~75岁者;脑卒中后出现呃逆持续24 h以上者;脑卒中前无呃逆病史者;签署知情同意书者。

1.4 排除标准 脑卒中后出现严重并发症,如消化道出血、心肌梗死、恶性心律失常等;合并消化道肿瘤者;药物引起的呃逆;妊娠及哺乳期患者;既往晕针者。

2 治疗方法

2组患者均予阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司,药品批号:3J41715)口服,100 mg/次,1次/d。

2.1 治疗组 采用眼针联合体针治疗。眼针选穴取肝胆区、脾胃区及中焦区。取穴方法:双眼向前方平视,经过瞳孔的中心做1条水平线并延伸过目内眦和目外眦,再经由瞳孔中心做1条该水平线的垂直线并延伸过上下眼眶,这样将眼部区域分成4个象限,再将每1个象限分成2个相等的区,即8个象限,此8个相等区就是8个穴区,顺时针排列,分别对应肺大肠、肾膀胱、上焦、肝胆、中焦、心小肠、脾胃、下焦^[4]。针刺方法:患者取仰卧位,双目平视,双眼肝胆区、脾胃区、中焦区常规消毒,采用安迪牌0.25 mm×13 mm一次性毫针眶外横刺,即在距眼眶

内缘2 mm的眼眶上,从经区的一侧进针,斜向另一侧刺入3~5 mm,通过真皮到达皮下,不穿越穴区范围。体针取穴:攒竹、内关、足三里、太冲、合谷。针刺方法:患者取仰卧位,穴位常规消毒,采用安迪牌0.25 mm×25 mm一次性毫针,攒竹斜刺0.5寸,余穴均直刺0.5寸。眼针及体针针刺得气后留针30 min,不行任何手法。每日针刺1次。

2.2 对照组 予巴氯芬(卫达化学制药股份有限公司,药品批号:701711)口服,5 mg/次,3次/d。

2组均以10 d为1个疗程,治疗1个疗程后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 治疗前后对2组患者呃逆伴随症状睡眠、焦虑、进食3个方面进行评分。睡眠时间 ≥ 6 h,记0分,睡眠时间3~6 h记1分,睡眠时间1~3 h记2分,睡眠时间 ≤ 1 h记3分;食量正常记0分,食量略少记1分,食量为正常食量的1/2记2分,食量 $<$ 正常食量的1/2记3分;无焦虑记0分,轻度焦虑记1分,中度焦虑记2分,重度焦虑记3分^[5]。

3.2 疗效判定标准 参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[6]拟定。治愈:呃逆停止,伴随症状消失;有效:呃逆发作次数减少或持续时间缩短,伴随症状好转;无效:呃逆持续时间及发作次数无明显改变,伴随症状无好转,甚至加重。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行数据分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用成组 t 检验,疗效比较采用Wilcoxon秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后呃逆伴随症状评分比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后呃逆伴随症状评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	睡眠		进食		焦虑		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	1.30±0.62	0.70±0.35 [*]	0.95±0.51	0.40±0.15 ^{##}	1.45±0.75	0.68±0.32 ^{##}	3.70±1.30	1.80±1.04 ^{##}
对照组	30	1.35±0.60	0.72±0.46 [*]	0.88±0.46	0.81±0.35	1.42±0.78	0.97±0.42 [*]	3.65±1.09	2.40±0.82 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,## $P<0.05$ 。

3.4.2 2组患者临床疗效比较 见表2。

表2 治疗组与对照组临床疗效比较 单位:例

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效率/%
治疗组	30	13	13	4	86.7 ^{##}
对照组	30	3	15	12	60.0

注:与对照组比较,## $P<0.05$ 。

4 讨论

呃逆是脑卒中后常见并发症,若呃逆持续不缓解,可引起患者睡眠障碍、无法进食、焦虑,进而出现脱水、电解质紊乱等情况,进一步加重脑卒中,甚者导致死亡,是急性脑卒中患者病情严重及预后不佳的重要标志。现代医学认为呃逆是由于膈肌不自主地痉挛性收缩,吸气时声门突然关闭而产生短促而响亮的特别声音,其反射中枢与脑干多个神经核团和结构有关^[7],故脑卒中后容易发生呃逆。

脑卒中相关性呃逆即中风后呃逆,是在中风病的基础上发生的呃逆。中风病病因病机较为复杂,多因患者年老体衰,气血亏虚,气血运行不畅,痰瘀内生,壅阻经络,或肝肾亏虚,阴不制阳,阳亢化风,血随气逆,夹痰横窜经络而发。呃逆,中医古称为“哕”,《素问·宣明五气》曰:“胃为气逆,为哕”,指出了呃逆的病机为胃气上逆。中风与呃逆在病因病机上存在着内在联系,均为气机不畅,与肝脾肾相关。中风后患者肝失疏泄,脾失升清,肾失摄纳,导致胃失和降,继而出现呃逆。正如《景岳全书·呃逆》云:“然致呃之由,总由气逆,气逆于下,则直冲于上,无气则无呃……此病呃之源,所以必由气也”,指出了呃逆的病机为气机上逆,治疗当调畅气机。

眼针疗法是我院彭静山教授创立的在眼眶周围进行针刺的一种微针疗法,以经络为基础,八廓理论为圭臬,将眼睛与五脏六腑联系起来,并将眼部划分为八个穴区,其理论核心为“眼针八区十三穴络脑通脏腑”,通过刺激穴区,可以调理脏腑,调畅气血,治疗疾病有立竿见影之功、针入病除之效^[8]。眼针具有较明显的理气功能,可使气机调畅,胃气平降,呃逆自除。眼针取穴依据脏腑取穴原则,呃逆病位在膈,与肝脾肾有关,取肝胆区、脾胃区、肾膀胱区;按三焦取穴原则,膈肌、肝、脾胃均属中焦,取中焦区。现代研究表明眼针治疗脑卒中可以改善病灶局部血流量,通过抑制炎症因子的表达,改善缺血再灌注损伤,发挥脑保护作用^[9-10]。体针所选穴位中,攒竹为治疗呃逆的经验穴,位于足太阳膀胱经上,能疏泄膀胱经之气,使经络通畅,气血调和,起到降逆止呃的作用。现代研究表明针刺攒竹即刺激穴下眶上神经及面神经分支,通过神经反射弧传导使迷走神经兴奋性受到抑制,从而缓解膈肌的痉挛,达到治呃之效^[11]。内关为手厥阴心包经穴,足三里为足阳明胃经的下合穴,二者共奏健脾益气、和胃降逆之功效。现代研究表明针刺刺激足三里穴,可以增强胃肠道蠕动及规律,促进多种胃消化酶的分泌^[12]。同时配合大肠经原穴合谷及肝经原穴太冲,调理脏腑

气血,通畅三焦气机,起到降逆止呃的作用。眼针及体针相互配合,协同发挥调畅三焦气机,降逆止呃之功效。

本研究结果显示,治疗组总有效率为86.7%,明显优于对照组的60.0% ($P<0.05$)。治疗组治疗后进食、焦虑症状评分及总分均明显低于治疗前和对照组治疗后 ($P<0.05$)。表明常规西药治疗基础上加用眼针联合体针治疗脑卒中后呃逆患者有效,能减少呃逆发病时间及发作次数,改善睡眠、进食、焦虑伴随症状,提高生活质量,且操作简单,无副作用。但目前眼针治疗脑卒中后呃逆的相关基础理论研究较少,下一步拟研究其具体作用机制,并开展随访,观察远期预后情况。

参考文献

- [1] 车骥,田维柱.眼针分区定穴方案的形成、发展及变化[J].中国针灸,2005,25(4):287.
- [2] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J].中华神经科杂志,2018,51(9):669.
- [3] 周仲瑛.中医内科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2011:222.
- [4] 张威,海英,黄春元,等.田维柱教授眼针分区定穴经验总结[J].中华中医药学刊,2015,33(1):59.
- [5] 王家晓,荣震,薛庭新.健脾益气中药对晚期肿瘤脾虚病人生活质量的影响[J].中医药临床杂志,2004,16(1):34.
- [6] 中国人民解放军总后勤部卫生部.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,1987:319.
- [7] 张军,刘德铭.消化病症状鉴别诊断学[M].北京:科学出版社,2009:62.
- [8] 王鹏琴,杨森.辽宁彭氏眼针流派临床经验全图解[M].北京:人民卫生出版社,2018:16.
- [9] 张立德,于丹,曲怡,等.眼针对脑缺血再灌注损伤大鼠脑组织细胞间黏附因子-1表达的影响[J].针刺研究,2011,36(6):413.
- [10] 王哲,马贤德,刘慧慧,等.眼针对急性脑缺血再灌注损伤模型大鼠脑组织AQP4表达的影响[J].中国针灸,2011,31(8):731.
- [11] 郭玉璞,王文志,李允德.中国脑血管病治疗专家论集[M].沈阳:沈阳出版社,1995:369.
- [12] 金香兰,尹岭,姚斌,等.针刺足三里穴中枢作用机制的研究[J].中国康复理论与实践,2003,9(3):185.

第一作者:罗媛媛(1983—),女,医学硕士,主治医师,研究方向为眼针治疗中风病。13840296800@163.com

修回日期:2019-07-08

编辑:强雨叶