

- 3 吕少文,赵丽君,李红,等. 人体红外热图像分析技术的应用原理和意义. 中国体视学与图像分析,2002,7:150-153.
- 4 李锦香,申秀丽,王蓉蓉,等. 应用红外热扫描成像技术诊断早孕分析. 中国妇幼保健,2002,17:203.
- 5 张华,陈平,高淑敏,等. 彩色多普勒超声与红外线透照检查联合应用对乳腺肿瘤的诊断. 中国初级卫生保健,2003,17:73.
- 6 陈彬,李丽. 红外热像技术在肿瘤诊断中的应用. 西藏医药杂志,2002,23:27.
- 7 邵雪辉,薄爱华. 红外线和低强度激光作用原理及临床应用概述. 张家口医学院学报,2003,20:75.
- 8 李惠军,刘兆平,张美娜. 红外热成像诊断新增生、炎症和癌症的临床价值. 中国医学影像技术,2001,17:681.

(修回日期:2003-08-01)

(本文编辑:熊芝兰)

电针和穴位注射治疗呃逆的疗效分析

周国赢

2000 年 1 月~2002 年 12 月我院采用电针和穴位注射治疗呃逆患者 196 例,疗效满意。报道如下。

资料和方法

一、一般资料

我院门诊和住院呃逆患者共 196 例,经查随机数字表^[1]随机分为 A(单纯电针治疗)、B(单纯穴位注射治疗)、C(先电针治疗,然后穴位注射治疗)、D(先穴位注射治疗,然后电针治疗)4 个组,每组 49 例。

A 组:门诊患者 20 例,住院患者 29 例;男 20 例,女 29 例;年龄<35 岁 19 例,35~55 岁 20 例,>55 岁 10 例;病程<10 d 20 例,10 d~1 个月 20 例,>1 个月 9 例;已经治疗 38 例,未经治疗 11 例;有明显诱因 21 例,其中脑血管病继发 14 例,腹部手术继发 5 例,肝癌继发 2 例,无明显诱因发病 28 例;慢性呃逆(持续或反复发作达 7 d 以上,多有器质性疾病的基础^[2]) 17 例,急性呃逆(持续时间短,不超过 7 d,易缓解或临床治愈,多见于健康人群)32 例。

B 组:门诊患者 22 例,住院患者 27 例;男 27 例,女 22 例;年龄<35 岁 17 例,35~55 岁 18 例,>55 岁 14 例;病程<10 d 23 例,10 d~1 个月 18 例,>1 个月 8 例;已经治疗 31 例,未经治疗 18 例;有明显诱因 28 例,其中慢性胃炎、胃溃疡继发 10 例,喉癌术后继发 3 例,胸部手术继发 8 例,脑炎、脑膜炎继发 7 例,无明显诱因发病 21 例;慢性呃逆 13 例,急性呃逆 36 例。

C 组:门诊患者 18 例,住院患者 31 例;男 25 例,女 24 例;年龄<35 岁 21 例,35~55 岁 19 例,>55 岁 9 例;病程<10 d 24 例,10 d~1 个月 16 例,>1 个月 9 例;已经治疗 25 例,未经治疗 24 例;有明显诱因 24 例,其中胃肠道内窥镜检查继发 7 例,胃、十二指肠溃疡继发 11 例,格林-巴利综合征继发 5 例,一氧化碳中毒继发 1 例,无明显诱因发病 25 例;慢性呃逆 19 例,急性呃逆 30 例。

D 组:门诊患者 23 例,住院患者 26 例;男 29 例,女 20 例;年龄<35 岁 22 例,35~55 岁 19 例,>55 岁 8 例;病程<10 d 22 例,10 d~1 个月 22 例,>1 个月 5 例;已经治疗 30 例,未经治疗 19 例;有明显诱因 26 例,其中食管癌手术后继发 12 例,

膈下脓肿继发 1 例,介入治疗继发 5 例,溃疡性结肠炎继发 3 例,心血管病继发 5 例,无明显诱因发病 23 例;慢性呃逆 16 例,急性呃逆 33 例。

4 组患者在治疗地点、性别、年龄、病程、诱因、性质等方面差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

所有患者在治疗前 3 d 停止原有针对呃逆的治疗,在积极治疗原发病的基础上进行分组治疗。A 组连续电针治疗 6 次;B 组连续穴位注射治疗 6 次;C 组先行电针治疗 3 次,然后采用穴位注射治疗 3 次;D 组先行穴位注射治疗 3 次,然后采用电针治疗 3 次。

1. 电针治疗:取中脘、内关(双侧)、足三里(双侧)、膈俞(双侧)、天突、膻中等穴。胸腹部手术患者可取单侧耳穴胃、膈、神门替代中脘、膈俞、膻中。实证患者可以加针刺公孙、胃俞;虚证患者可以加灸气海、针刺太溪。局部消毒后,中脘、内关、足三里直刺,膈俞向脊柱方向斜刺,天突先直刺 0.1 寸,再向下方沿皮刺;膻中向下方沿皮刺。针刺得气后,除天突穴,其余穴位均采用上海产 G 6805 型电针治疗仪进行治疗,采用疏密波,疏波频率 4 Hz,密波频率 60 Hz,耐受限,每 5 min 行针 1 次。每日治疗 1 次,每次治疗 30 min。

2. 穴位注射治疗:取足三里(双侧)、膈俞(双侧)、内关(双侧),每次选取 1 个穴位,3 穴轮流选取。用 2 ml 注射器及 6 号针头抽取 0.5 mg 阿托品注射液,局部消毒,直刺进针,上下提插使患者得气,回抽无血后注射 0.25 mg,剩余液体注入另一侧,每日 1 次。

三、疗效标准

临床治愈:呃逆完全停止;有效:呃逆发作次数或发作持续时间减少超过 50%;无效:呃逆发作次数或发作持续时间减少不超过 50%。各组均在治疗 3 d 和 6 d 后进行疗效评定。

四、统计学方法

对疗效进行 Ridit 分析,求得各组治疗前、治疗 3 d 和 6 d 后的平均 R 值及 95% 可信区间,并进行组内、组间可信区间大小交叠比较。

结 果

一、各组治疗前、后对比

作者单位:453100 卫辉,新乡医学院第一附属医院康复中心针灸科

表 1 可见,4 组在治疗后其 $\bar{R}$ 值 95% 可信区间均远远高于治疗前(4 组在治疗前 $\bar{R}$ 值 95% 可信区间为 0.030 ~ 0.195),且无交叠,说明无论是电针治疗还是穴位注射治疗呃逆均有效。

表 1 各组疗效比较(例)

组别	治愈	有效	无效	$\bar{R}$ 值	95% 可信区间
A 组($n=49$)					
治疗 3 d 后	21	19	9	0.537	0.454 ~ 0.620
治疗 6 d 后	39	8	2	0.724	0.642 ~ 0.807
B 组($n=49$)					
治疗 3 d 后	38	2	9	0.671	0.589 ~ 0.754
治疗 6 d 后	43	4	2	0.756	0.673 ~ 0.839
C 组($n=49$)					
治疗 3 d 后	18	20	11	0.500	0.418 ~ 0.583
治疗 6 d 后	44	4	1	0.770	0.688 ~ 0.853
D 组($n=49$)					
治疗 3 d 后	37	3	9	0.663	0.581 ~ 0.746
治疗 6 d 后	41	6	2	0.740	0.658 ~ 0.823

二、各组内治疗后对比

A 组治疗 3 d 和治疗 6 d 后 $\bar{R}$ 值 95% 可信区间相比,前者小于后者,且无交叠,说明电针疗效会随着治疗次数的增加而显著提高,疗效与治疗次数呈正相关;B 组治疗 3 d 和治疗 6 d 后 $\bar{R}$ 值 95% 可信区间相比,前者小于后者,但两者有交叠,说明穴位注射治疗的疗效不随着治疗次数的增加而显著提高,疗效与治疗次数不呈正相关;C 组在治疗 3 d 和治疗 6 d 后 $\bar{R}$ 值 95% 可信区间相比,前者小于后者且无交叠,说明在电针治疗的基础上进行穴位注射治疗可以取得显著疗效;D 组在治疗 3 d 和治疗 6 d 后 $\bar{R}$ 值 95% 可信区间相比,前者小于后者,但两者有交叠,说明在穴位注射治疗的基础上进行电针治疗,不能取得显著疗效。

三、各组间治疗后对比

各组在治疗 3 d 后其 $\bar{R}$ 值 95% 可信区间均有交叠,但 B 组和 D 组明显大于 A 组和 C 组,且 B 组和 D 组非常接近,A 组和 C 组非常接近,说明在 3 d 的治疗时间内进行穴位注射治疗,疗效会好于电针治疗,但差异无显著性意义;各组在治疗 6 d 后 $\bar{R}$ 值 95% 可信区间均有交叠,且 4 组非常接近,说明最终疗效差异无显著性意义,但电针加穴位注射治疗疗效稍好一些。

讨 论

呃逆是一种复杂而广泛的神经异常反射现象,是各种原因引起的膈肌痉挛,在不同情况下可有多种称谓,如暂时性呃逆、持续性呃逆^[3]、急性呃逆、慢性呃逆、顽固性呃逆、医源性呃逆、家族性呃逆、特发性呃逆^[2]、中枢性呃逆、周围性呃逆、反射性呃逆等^[4]。呃逆常见于:①健康人群,如进食过饱过快、食物过冷过热、气温剧烈变化、恐惧、大笑、过度兴奋都可引发^[5];②特定群体,如在母体中的胎儿^[6];③可由胃肠道内窥镜检查、胸腹部手术、介入治疗诱发^[7];④可以是药物过敏、抑郁症、癌病、食管癌的首发症状;⑤可见于其它疾病,如脑血管病、心血管病、周围神经系统疾病、癌症、休克、肾功能不全、肠胀气、膈下脓肿、胸部疾病、中毒、感染等。轻者可在数小时

内自愈,重者发作频繁,影响呼吸、谈话、进食、睡眠,给患者造成极大痛苦。研究发现,当患者血液中的二氧化碳浓度降低时可出现呃逆,反之则抑制呃逆^[8]。

对于呃逆的治疗,现无特效方法,主要是对症治疗。电疗、磁疗、针灸、按摩、神经节阻滞、吞食二氧化碳气体、屏气等治疗方法都在临床中应用。针灸是有效的治疗方法之一,且已被广泛承认,其中电针和穴位注射疗法被广为采用。本研究也证实了针灸治疗呃逆确有疗效这一论点。

从治疗结果看,电针和穴位注射最终治疗疗效差异无显著性意义,主要是因为二者均是刺激穴位,激发人体潜在机能而纠正呃逆的。具体来说,中脘、足三里清热降气、益气温中,内关和中解郁,膈俞利膈镇逆,天突、膻中宽胸降气,诸穴合用,降胃气利胸膈而止呃逆。在治疗中期电针疗效差于穴位注射,主要是因为电针的刺激主要是针体的机械刺激及电刺激,人体对电刺激有逐渐适应性,刺激相对弱,引起机体反应和针灸效应的时间相对较长;穴位注射除了针体的机械刺激之外,还有药物的作用,药物浓度在局部不断增大,作用范围不断扩散,刺激相对较强,引起机体反应和针灸效应的时间相对较短。穴位注射治疗中期和治疗结束时疗效差异无显著性意义,原因在于这种强刺激缩短了针灸效应的潜伏期和上升期,使其在短时间内达到了高峰期,迅速进入下降期;电针治疗对针灸效应曲线中的各期无影响,针灸效应是逐步累加的,故治疗中期和治疗终期疗效差异有显著性意义,疗效与治疗次数呈正相关。在穴位注射治疗的基础上进行电针治疗无显著疗效,在于机体已经适应了水针这种强刺激,对小于这种强刺激的电针治疗不再起明显反应,没有治疗效应;而在电针治疗的基础上进行穴位注射治疗可以有显著效应,其原因与前者正好相反。

以上研究结果可以有效指导运用针灸治疗呃逆。要短期内取得明显治疗效果,可以采用穴位注射来治疗;如果时间允许,可以用电针治疗;要想得到最佳疗效,可以在电针治疗的基础上进行穴位注射治疗。但要避免穴位注射治疗后马上加用电针治疗或长时间运用穴位注射治疗,结果不仅无效,而且浪费医疗资源,增加患者的经济负担。至于电针和穴位注射治疗 3 d 后疗效差别不显著,可能是由于观察例数不足所致,值得我们进一步研究。

参 考 文 献

- 林平,申杰,夏祖昌,等. 中医临床科研选题、设计、分析. 开封:河南大学出版社,1990. 308.
- 牟善初. 急性及慢性呃逆. 国外医学老年医学分册,1999,1:1-2.
- 尉挺,主编. 现代内科治疗学. 北京:人民军医出版社,1994. 1266.
- 张季平. 临床内科学(上). 天津:天津科学技术出版社,1999. 1651.
- 王文静,侯军华,申小青. 喉癌术后顽固性呃逆的护理. 中华护理杂志,2001,36:456-457.
- 罗世香,刘云霞. B 超及胎心监护下的胎儿呃逆. 中华围产医学杂志,2000,3:29.
- 韩照予,马显振,张耀男. 穴位注射治疗肝癌介入术后呃逆 33 例. 中国中西医结合杂志,2001,21:50.
- 姜道新. 顽固性呃逆的康复治疗. 中华理疗杂志,2000,23:58-59.

(收稿日期:2003-04-12)

(本文编辑:阮仕衡)