

SOUTH BAYLO UNIVERSITY

Research progress of Acupuncture Therapy for Post-Stroke Hiccups

针刺治疗中风后呃逆的研究进展

by

Wenzhong Tang

**A RESEARCH PROJECT SUBMITTED
IN PARTIAL FULILLMENT OF THE
REQUIREMENTS FOR THE DEGREE**

Doctor of Acupuncture and Oriental Medicine

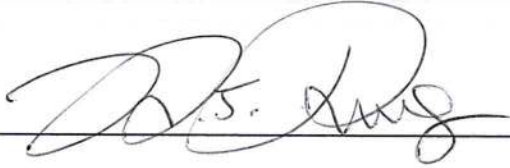
ANAHEIM, CALIFORNIA

March 2018

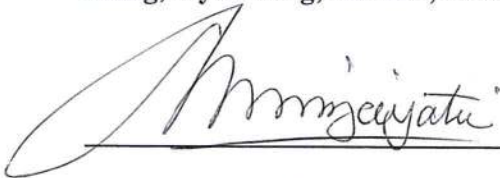
**THE RESEARCH PROJECT OF WENZHONG TANG
APPROVED BY DOCTORAL RESEARCH COMMITTEE**



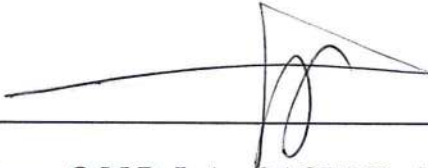
Melen, Pia, O.M.D, L.Ac, Academic Dean



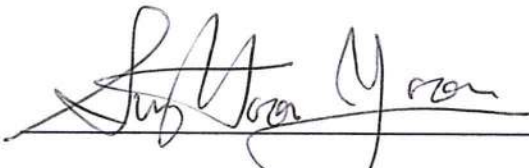
Kang, Hyo Jeong, DAOM, L. Ac, Director of SBU Clinic/Faculty



Sandjaya Tri, M.D., DAOM, L.Ac, Clinic Supervisor/Faculty



Li, Sheng, O.M.D, L.Ac, DAOM Clerkship Coordinator/Faculty



Yoon, Sunghoon, Ph.D, L.Ac, Doctoral Research Coordinator/Faculty

SOUTH BAYLO UNIVERSITY

ANAHEIM, CALIFORNIA

MARCH 21, 2018

Copyright

By

Wenzhong Tang

2018

ACKNOWLEDGEMENTS

In the past two years of learning in the South Baylo University of DAOM Program, thank you for your guidance and help, as well as the patience instruction and support from Dr. Xi, helping me finish this research project. Thanks to our meeting and help me to further improve and grow on the road to study Acupuncture and Oriental Medicine, I hereby express my special thanks.

Research progress of Acupuncture therapy for Post-Stroke Hiccups

针刺治疗中风后呃逆的研究进展

Author: Wenzhong Tang

SOUTH BAYLO UNIVERSITY at ANAHEIM, 2018

Research Advisor: JunFeng Xi, OMD, L.Ac.

ABSTRACT

The overall objective of this study was to assess the effectiveness and safety of acupuncture in the treatment of the post-stroke hiccups. Since hiccups is a common symptom with a stroke, hiccup treatment using acupuncture therapy without treating western medicine has been currently attracting the increasing clinical attention. Literature published during the past 10 years has been searched using Pubmed and four Chinese Medical databases. Thirteen of Chinese research papers with the design of randomized controlled clinical trials (RCT) were found and examined in order to compare acupuncture effectiveness with western medicinal therapy in the treatment of stroked patients with the symptom of hiccups. It was found that the acupuncture was more effective than the western medicine in the treatment of stroke hiccups. Commonly used acupuncture points, selected based on the holism and pattern differentiation of the Chinese medicine, were Zusani (ST36), Neiguan (PC6), Zhonwan (CV12), Geshu (BL17), Tanzhong (RN17), Zanzu (BL2), and Taichong (LR3). In addition, the acupuncture treatments have been often combined with herbal formula such as Xuan Fu Dai Zhe Tang and Ding Xiang Shi Di Tang. As a conclusion, the acupuncture therapy was

safer and more effective in the treatment of post-stroke hiccupps than the western medical therapy.

Keywords: Acupuncture post-stroke hiccupps, Acupuncture therapy, stroke convalescence reviews, RCT

TABLE OF CONTENTS

I.	INTRODUCTION	1
II.	LITERATURE REVIEW	4
III.	MATERIALS AND METHODS	12
IV.	RESULT	15
V.	DISCUSSION	32
VI.	CONCLUSION	35
VII.	REFERENCES	37
	APPENDIX	41

I. INTRODUCTION

呃逆是中风病的常见并发症之一，针刺疗法具有疏通经络，调和气血，扶正祛邪，活血化瘀等作用。疗效显著，副作用小，在脑卒中恢复期的运用有大量的临床报道，在中国为普遍认可而有效的方法。现在美国针刺疗法也被广大的患者所接受，尤其在针刺止痛上效果显著，广受欢迎。但是在中风呃逆方面，普遍存在认识不足，需要进一步推广运用。

呃逆俗称“打嗝”，以气逆上冲，喉间呃呃连声，声短而频，连续或间断发作，令人不能自制为主症⁽¹⁾，常伴有胸腹痞闷，胃脘不适，情绪不安等。中风后呃逆是中风的一个常见并发症，呃逆频繁持续超过 48 小时的为顽固性呃逆。针刺疗法在治疗中风后呃逆的运用有大量的临床报道，并对于中风后肢体偏瘫，语言障碍，吞咽困难，便秘，呃逆，抑郁状态、失眠、排尿障碍等取得了满意的疗效。

从西医角度分析呃逆多是由于患者的膈神经，膈肌中枢或者迷走神经受到外界刺激而造成膈肌一次或者双侧发生间断性痉挛，同时在吸气期患者声门出现突然关闭⁽²⁾。中风后并发症中以呃逆比较多见。由于患者脑干以及下丘脑等部位的损伤，造成其内脏植物功能出现紊乱，当迷走神经兴奋性增强，刺激膈神经而诱发呃逆⁽³⁾，或者胃黏膜出血等因素刺激膈神经而引起⁽⁴⁾。

中风是当今世界危害人类生命健康最主要的疾病之一，美国疾病控制和预防中心称该病为美国第五大死亡原因。每年约 12.9 万美国人死于中风。随着人口老

龄化的增多，脑卒中发病率日益上升，虽然现代化医学的发展大大降低了脑中风急性期的死亡率，但脑中风后往往留有较多的功能障碍⁽⁵⁾。

美国新泽西 Rutgers University 公共卫生学院博士 Dr. Joel Swerder 等在 1995 年至 2014 年间采用了超过 22.5 万个中风患者的研究数据，并对出生于不同年代的相同年龄时段发病率进行了比较。研究人员研究了 1995 年至 1999 年间，然后又对比了 2010 年至 2014 年 35 岁至 39 岁人群的中风率，结果显示年轻一代的中风率偏高，主要危险因素前三位是吸烟，血脂异常，高血压。年青一代 35 岁至 39 岁人群中风发病率上升近 2.5 倍，40 岁到 44 岁人群中风发病率增加 2 倍，45 岁至 54 岁人群中风发病率增加约 68%，但 55 岁以上人群的中风发病率都呈现下降。他表示是受益于降压和降胆固醇药物的使用。此外这一类人肥胖和 2 型糖尿病情况不严重，而年轻的一代肥胖和 2 型糖尿病比较严重，这些均造成中风的年轻化趋势。根据世界卫生组织对一些国家和地区的调查资料表明，脑卒中的发病率波动在 15~287/10 万之间，其中以日本的秋田县和丹麦的哥本哈根最高，非洲的尼日利亚和伊巴丹最低。脑卒中死亡率以保加利亚最高，其次为日本，泰国最低。中国脑卒中发病率高于欧美，与日本相近。中风成为中国民众的第一死因，以每年递增速度 9% 增长，平均 63 岁至 65 岁发病。每年新发脑血管病患越过 270 万，特别是北方农村地区，因此研究治疗中风以及相关的功能复健等都是临床的一个重大课题⁽⁶⁾。

呃逆是中风后常见并发症，引起呃逆的病因甚多，所以对其病因诊断应根据病史，临床表现，体检，并结合必要的实验室检查和其他辅助检查来完成。

呃逆需要做的化验检查有以下二点：

1. 发作中胸部透视可判断膈肌痉挛为一侧性或双侧性，必要时做胸部 CT，排除膈神经受刺激的疾病，做心电图判断有无心包炎和心肌梗塞。中区神经病变做头部 CT，MIR，脑电图等。
2. 疑有消化系统病变时，进行腹部 X 透视，B 超，胃肠造影，必要时做腹部 CT 和肝胰功能检查。

西药在治疗中风后呃逆常因副作用的产生，导致患者不愿意继续使用。因此针刺和中药在美国被作为替代疗法，因疗效显著，副作用少，在临床中有期广大发展前景。

II. LITERATURE REVIEW

中风是临床上一种常见病和多发病，几千年来中医药在中风预防和治疗上发挥了重要作用，对降低病死率，减轻致残率都有突出贡献。针灸是中医学重要组成部分，作为有效的非药物治疗手段，因其具有疗效确切，便于操作，副作用小，安全等特点，所以在现代医学飞速发展的今天，针灸仍然有着旺盛的生命力。历代中医书籍汗牛充栋，关于中风防治方面的大量有效经验，多以零散的形式存在其中，不便于查询，也无法在临床上得以广泛应用，针灸治疗中风呃逆方面亦是如此。本文从历史文献中分析了中风呃逆病名的历史演进过程，从最初的只有类似症状的描述，直至病名确立脑卒中的诊断，中西医诊断的临床应用，以及在中风后呃逆的症状表现和病因病机进行文献整理。随着循证医学（Evidence based medicine, EBM）的引入和发展，中国针灸临床也采用公认的随机试验（RCT），在针灸的穴位刺激方法，以及病人的状态，疗效的评价标准化方面，为针灸的国际化和标准化的发展有了进一步的提高。通过针刺为主治疗中风后呃逆的随机临床研究，求证针刺治疗的有效性，安全性，和科学性等都有着重大的意义。

1. 西医学对中风合并呃逆的认识。

呃逆继发在中风病后，表现为呃逆者短而频，连续不断，严重者不能自止，是中风病患者的临床常见症状。其表现轻重不一，轻者呃逆时间短可自行停止，重者昼夜不息，甚至连续四十八小时而成为顽固性呃逆。当患者出现持续的呃逆时，可能会出现精神疲惫，严重者影响患者进食，继而出现营养不良，电解质紊乱。若

患者出现误吸现象，可能会发生吸入性肺炎。若病情加重可能危及患者生命。由于中风后呃逆是继发在中风病以后，故其可能加重患者脑血管病情，延长病程，影响脑血管病预后，最终影响病人的生活质量。目前认为中风后呃逆是由于脑部损伤引起，病灶集中在下丘脑和脑干附近，由于中枢神经系统受到损害，迷走神经的兴奋性反射性增强，出现应激性消化道溃疡。在这些因素的影响下，患者的膈肌异常兴奋，出现了呃逆现象⁽⁶⁾。此现象往往出现在严重的脑血管病之后，如大面积脑梗死，脑出血，脑干梗死，或多发性脑梗死等，当呃逆现象出现往往预示疾病加重。

1.1 非药物治疗法

1.1.1 基础治疗：

急性期以镇静调整血压，降低颅内压，补充热量和水电解质平衡，必要时手术治疗。

恢复期有康复理疗，物理治疗以及功能锻炼等。

1.1.2 呃逆治疗：

1.1.1.1 简易法：

如分散注意力的交谈，疼痛或其他不适刺激，喝冷水，用纸袋或塑料罩于口鼻外做重复呼吸，和大口唾液分次吞下。做 Valsalva 动作（即深吸气后屏气，用力做呼气动作）以阻断呃逆反射弧⁽⁷⁾。

1.1.1.2 机械刺激法：

可用牵舌法（使患者伸舌头用纱布包住向外牵引 3-5 分钟，同时作深吸气，屏气动作）或通过鼻腔插入软导管，一般插入 8-12 厘米，来回移动导管以刺激咽部，由于阻断呃逆反射环，常可使呃逆停止⁽⁷⁾。

1.1.1.3 指压法：

治疗者双手拇指按压患者双侧眼眶上，相当于眶上神经处，以患者耐受为限，双拇指交替转 2-4 分钟，并嘱患者间断屏气⁽⁷⁾。

1.1.1.4 揉压双眼球法：

患者闭目，医生将双手大拇指置于患者双侧眼眶上，按顺时针方向适度揉压眼球上部直到呃逆停止。若心率忽然下降到 60 次/分以下应停止操作。青光眼及高度近视者忌用，心脏病者慎用⁽⁷⁾。

1.2 药物治疗法

1.2.1 胃复安 10mg 静脉注射。以后每 6 小时口服或肌肉注射 10mg⁽⁸⁾。

1.2.2 氯丙嗪 25mg 口服或肌肉注射，每日 3 次⁽⁹⁾。

1.2.3 苯妥英钠 200mg 缓慢静脉注射（5mins），以后 100mg 口服，每日 4 次⁽¹⁰⁾。

1.2.4 盐酸丙咪嗪开始每次 25mg，每日 3 次，后逐渐加重，一般增至 225mg/天时呃逆停止⁽¹¹⁾。

1.2.5 钙阻滞剂，尼群地平 60mg，硝苯啶 10mg，每日 3 次⁽¹²⁾。

1.2.6 东莨菪碱，每次 0.3-0.6mg 肌肉注射，6-12 小时 1 次，直至呃逆停止⁽¹³⁾。

1.2.7 利他林，治疗呃逆机理尚不清楚，可能是通过中枢-内脏神经的调节作用，或膈神经过度兴奋而达到抑制状态。肌肉注射每次 20mg，2 小时重复，呃逆反复发作者可重复应用⁽¹⁴⁾。

1.2.8 华蟾素，具有细胞保护和免疫调节作用，对呃逆作用机理尚不清楚。2-4ml 肌肉注射，每日 2-3 次。对脑血管意外伴呃逆者有较明显疗效⁽¹⁵⁾。

1.2.9 利多卡因，首先给与 100mg 静脉注射，后以每分钟 2-3mg 静脉滴注，效果不佳者半小时后再给 100mg 加入 murphy 滴管。必要时可重复 3 次。呃逆控制后，维持静脉点滴 1-2 日。作用机理可能与外周和中枢神经传导阻滞有关⁽¹⁶⁾。

2. 中医对中风合并呃逆的认识

中风病是由于正气亏虚，饮食，情志，劳倦内伤等引起的气血逆乱，产生风，火，痰，瘀，导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外为基本病机，以突然昏仆，半身不遂，口舌歪斜，言语不利或不语，偏身麻木为主要临床表现的病症。根据脑髓神经受损

程度的不同，有中经络，中脏腑之分，有相应的临床表现。本病多见于中老年人，四季皆可发病，但以冬春两季多常见。

《内经》虽没有明确提出中风病名，但所记述的“大厥”，“薄厥”，“扑击”，“偏枯”，“风痲”等病证。与中风病的卒中昏迷期和后遗症期的一些临床表现相似。对本病的病因病机也有一定认识，如《灵枢·刺节真邪》：“虚邪偏客于身半，其入深，内居营卫，营卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯。”此外，还认识到本病的发生与个人的体质，饮食，精神刺激等有关。如《素问·通评虚实论》明确指出：“扑击，偏枯……肥贵人则膏粱之疾也”。还明确指出中风的病变部位在头部，是气血上逆所导致。如《素问·调经论》说：“血之与气，并走于上，则为大厥，厥则暴死”。

对中风病的病因病机及其治法，历代医家论述颇多。从病因学的发展来看，大体分为两个阶段。唐宋以前多以“内虚邪中”立论，治病上一般多采用祛风散邪，补益正气的方法。如《金匱要略》正式把本病命名为中风，认为中风病之病因为络脉空虚，风邪入中，其创立的分证方法对中风病的诊断，治疗，判断病情转重和估计预后很有帮助。唐宋以后，特别是金元时代，许多医家以“内风”立论，可谓中风病因学说上一大转折。其中刘河间为主“肾水不足，心火暴甚”；李东恒认为“形盛气衰，本气自病”；朱舟溪主张“湿痰化热生风”。元代王履从病因学角度将中风病分为“真中”，“类中”。明代张景岳提出“非风”之说，提出“内伤积损”是导致本病的根本原因。明代李中梓又将中风病明确分为闭，脱二证，现在临床仍然使用。

清代医家叶天士，陈金鳌，尤在泾，王清任等丰富了中风病的治法和方药，形成了比较完整的中风病治疗法则。明清及近代医家张伯龙，张山雷，张锡纯进一步认识到本病的发生主要是阴阳失调，气血逆乱，直冲犯脑，致此对中风病因病机的认识及其治疗日趋完善。近代对中风病的预防，诊断，治疗，康复，护理等方面逐步形成了较为统一的标准和规范，治疗方法多样化，疗效也有了较大的提高。

呃逆是指胃气上逆动膈，以气逆上冲，喉间呃呃连声，声短而频，令人不能自主为临床表现的病症。呃逆古称“哕”，又名“哕逆”。呃逆继发于中风之后，故除其呃逆的一般特点之外，尚有其特殊之处。

古代医家认为本病病位在胃，并于肺有关，病机为气逆，与寒有关。如《素问·宣明玉气篇》谓：“胃为气逆为哕”。《灵枢·口问》曰：“谷入于胃，胃气先注于肺，今有故寒气与新谷气，俱还入于胃，新故相乱，正邪相攻，气并相逆，复出于胃，故为哕”。《金贵要略·呕吐哕下利病脉证治》将其分成属寒，属虚，属实，三证论治，为后世按寒热虚实辩证论治奠定了基础。

目前对中风后呃逆的病机并未形成统一认识。普遍认为以下六方面造成：1. 心脑受损，神不导气；2. 肝克脾土，胃气上逆；3. 痰湿中阻，胃失和降；4. 阴虚燥热，胃火上扰；5. 气虚血瘀，胃失和降；6. 脾肾阳虚，胃气上逆。

针刺穴位选择的机理：

励志英⁽¹⁷⁾认为素髻穴能够宣发上焦，有利于宣降中焦，有通窍利气之功效，故通过刺激素髻穴，使针感达到脑部，起到抑制迷走神经的异常兴奋，解除膈肌痉挛的作用，临床疗效显著。

郑德松等⁽¹⁸⁾认为风，火，痰浊，瘀血等病邪上扰，清窍而致脑络阻滞，神失其用，加之正虚邪盛，有形之邪阻滞，中焦气机失调，胃失和降，胃气上逆动膈，故而发生中风后呃逆症状。临床选取水沟，中脘，膈俞，膻中穴以醒脑开窍，和胃降逆，宽胸利膈。运用该方法治疗中风后呃逆患者 48 例，观察治疗前后患者血氯（cl），钙（ca²⁺）及症状评分情况，研究结果表明：针刺治疗中风呃逆疗效显著，且副作用少，易于被患者接受，值得临床推广应用。

申治富等⁽¹⁹⁾认为肺处膈上，胃居膈下，肺，胃，膈三则通过静脉紧密练习，故从肺论治呃逆，主取尺泽，行泄法，重刺激，余穴取中脘，双侧足三里，内关，公孙，太冲，合谷，常规针刺，平补平泻，经治疗呃逆症状明显好转。

刘永等⁽²⁰⁾认为经外奇穴对一些疑难病具有显著疗效，要比一般腧穴针灸疗效更加突显，往往能够出奇制胜，并且操作方法简单便宜行，极少有不良反应，安全可靠。还可以协同其他疗法进行综合治疗。其所论述经外奇穴有四缝穴，中魁穴，正光穴，攒眉穴，鱼腰穴，华佗夹脊穴，上廉泉，董氏奇穴等。经临床证实这些经外奇穴对中风后呃逆均具有良好疗效。

魏超博⁽²¹⁾认为肾不纳胃气，则会导致胃气上逆而发生呃逆等症状，涌泉为肾经的井穴，主降，有收敛浮越之阳的功能。故选取涌泉治疗中风后呃逆，以引气归元，降逆止呃，疗效颇佳。

中医临床采用针灸中药以及各种综合疗法达到标本兼治，补虚泻实，调理气血，和顺脾胃的功能。

本研究是在对过去十年来针刺治疗中风后呃逆的随机对照试验的部分临床文献进行文献综述，通过对其症状改善方法的有效性和针刺治疗的最佳处方，对进一步的临床研究针刺治疗中风呃逆的探讨提供参考，并提供今后的研究发展方向。

III. MATERIALS AND METHODS

检索方法:

通过对五个电子数据库进行文献检查, 五个数据库分别为: 一个英文资料库 (Pubmed) 和四个中文数据库 (中国知网数据库, 中文科技期刊数据, 维普网, 和万方数据库)

所有包含的研究都是以针刺治疗中风呃逆的随机对照试验。检索时间为 2007 年 4 月——2017 年 9 月。

关键词: 针灸治疗, 中风后呃逆, 随机对照试验

治疗方法:

该研究治疗方法的设置。治疗组是“针刺 (特别手法)”, “针刺+中药”, “针刺+中药+穴位注射”, “针刺 (特殊部位)+体针”, “针刺 (特别手法)+颈夹脊穴”, “针刺+穴位注射”, “针刺+刺络拔罐”, “头针+体针”, “腹针+体针”, “穴位注射”等。对照组中的 RCT 病患会接受西药治疗, 单纯体针, 单纯穴位注射等。

资料提取和分析方法:

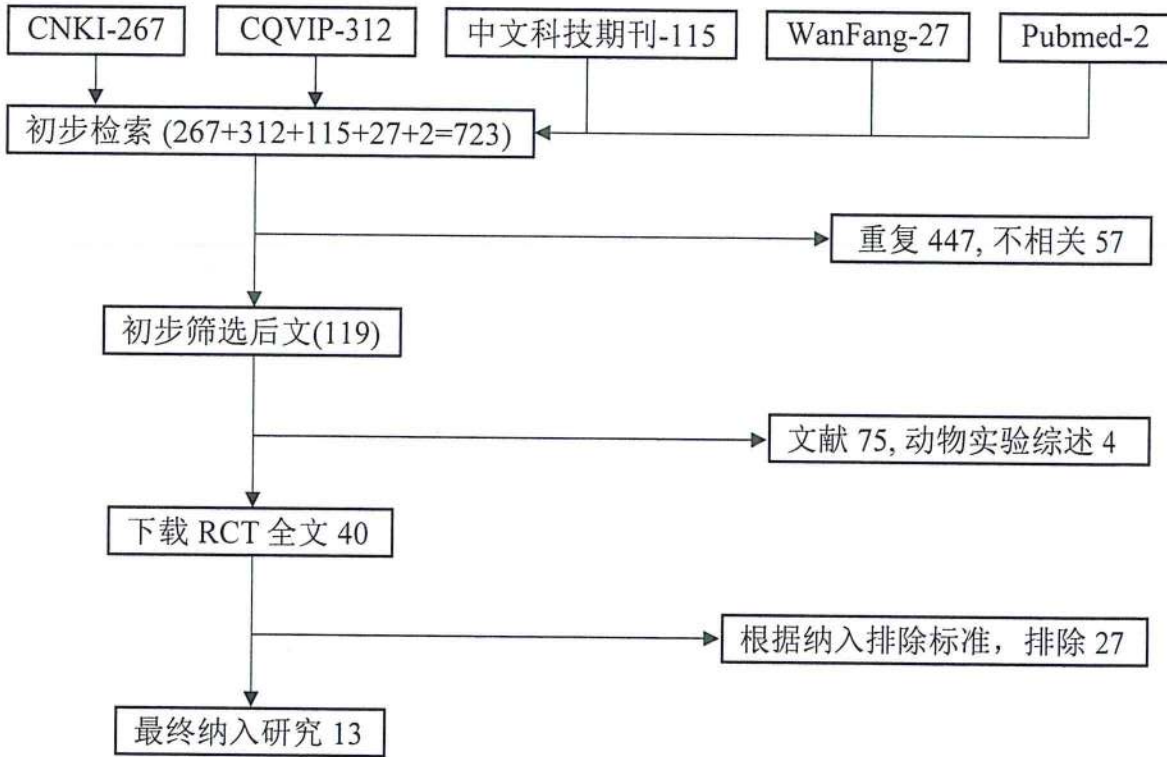
文献纳入标准:

1. 以针刺治疗为主的中风后呃逆的随机对照试验临床研究, 病例报告, meta 分析等。
2. 针刺配合中药治疗中风后呃逆的随机对照试验临床研究, 病例报告, meta 分析等。
3. 样本数量超过 20 例的临床随机观察研究报告

文献排除标准:

1. 中风后呃逆作为治疗兼症的文献
2. 以中药为主, 未涉及针灸治疗文献
3. 2006 年之前发行文献
4. 样本数量不足 20 例的临床研究报告
5. 动物试验类文件

示意选择研究资料的过程：



所研究的主要结局指标：

根据诊断和评估准则，通过痊愈率，显效率，有效率，无效率，症状改善进行评分，以及随访观察复发情况等作为研究指标。

IV. RESULTS

最终筛选出十三篇研究，从结果看针刺根据患者的临床症状采用局部取穴，远道取穴及辨证取穴符合中医的整体观念，辨证论治。多采用体针配合头针，腹针，穴位注射，中药等两种以上的方法同时使用提高疗效。针刺治疗展现出了临床应用改善疗效率的优势，并且避免了患者使用西药时担心副作用的危害性。

文献主要特征

一，样本量

所选RCT研究中，有534位患者参加治疗组，另外451位病人参加对照组。

样本最大研究有78位患者。样本量小的有23位患者。13项所进行的分析中，有7项研究报告描述了样本的可比较性和确定使用方法（正确与否）。没有一项报告详细描述了样本量和样本量计算方法。

二，诊断标准

13篇研究中，8篇采用中国中华医学会1995年修订的《各类脑血管疾病诊断要点》，3篇采用中国中医管理局1994年颁布的《中医病症诊断疗效标准》，2篇采用中国卫生部2002年制定发布的《中药新药临床研究指导原则》。见表1。

表 1. 13 篇研究的诊断标准情况

诊断标准	研究篇数	百分比 (%)
1. 《各类脑血管疾病诊断要点》 (中国中华医学会1995年修订)	8	61.54
2. 《中医病症诊断疗效标准》 (中国中医管理局1994年颁布)	3	23.08
3. 《中药新药临床研究指导原则》	2	15.38
总计	13	100.00

三、治疗方法使用情况

13篇研究的治疗方法使用情况：李智⁽²²⁾，张松⁽²³⁾，李兰媛⁽²⁴⁾，白艳杰⁽²⁵⁾采用针刺配合中药与西药的对比。佟媛媛⁽²⁸⁾采用醒脑开窍针刺法加颈夹脊穴与常规体针的对比。王家鹏⁽³¹⁾采用针刺中药穴位注射与常规西药的对比。刑姝玲⁽³⁰⁾采用针刺中药与单纯体针的对比。刘茜⁽³⁴⁾采用穴位注射配合中药与单纯穴位注射的对比。辛善栋⁽³²⁾采用针刺合刺络拔罐与西药的对比。龙肖洁⁽³³⁾采用穴位注射与西药肌注的对比。丁明桥⁽²⁶⁾采用头针合体针与单纯体针的对比。刘彦廷⁽²⁷⁾采用腹针合体针与单纯体针的对比，闰晓瑞⁽²⁹⁾采用醒脑开窍针刺法与西药的对比。

表2. 治疗方法分类表

治疗方法	研究篇数	百分比 (%)
1. 针刺 + 中药 vs 西药	4	30.78
2. 针刺（特殊部位，头针，腹针）+ 体针 vs 体针	2	15.39
3. 针刺（特殊手法+颈夹脊穴）vs 体针	1	7.69
4. 针刺（特殊手法）vs 西药	1	7.69
5. 针刺 + 中药 vs 针刺	1	7.69
6. 针刺 + 中药 + 穴位注射 vs 西药	1	7.69
7. 针刺 + 刺络拔罐 vs 西药	1	7.69
8. 穴位注射 vs 西药	1	7.69
9. 穴位注射 + 中药 vs 穴位注射	1	7.69

四，疗效标准

13篇研究报告的疗效标准：8篇参照国家管理局《中医病症诊断疗效标准》，4篇参照《中药新药临床研究指导原则》，有将呃逆症状指定疗效评分表，记录患者在治疗前及治疗后1，3，5，7天患者的呃逆症状评分。1篇采用《实用内科学》。见表3.

表3. 13篇研究的疗效评分标准

疗效标准	研究篇数	百分比 (%)
1. 《中医病症诊断疗效标准》	8	61.54
2. 《中药新药临床研究指导原则》	4	30.77
3. 《实用内科学》	1	7.69
总计	13	100.00

五、疗效评定

(一)、针刺配合中药与西药的比较

1. 李智⁽²²⁾取患者穴位百会, 膻中, 膈俞, 中脘, 双太冲, 双内关, 双足三里及双神门等为主进行常规针刺, 并结合其自拟中药降逆止呃汤加减内服, 具体处方: 黄芪 9g, 甘草 9g, 麦冬 9g, 沉香 10g, 太子参 12g, 旋复花 12g, 陈皮 15g 及代赭石 24g, 可达燥湿除满, 行气消积, 以及降逆止呃之效。用该法治疗中风后呃逆患者 54 例, 治疗组痊愈 30 例, 占 55.56%, 显效 10 例, 占 18.52%, 有效 10 例, 占 18.52%, 无效 4 例, 占 7.41%。连续三天为一个疗程, 临床治疗总有效率 92.6%。对照组 54 例, 给与常规西药治疗, 连续三天为一个疗程。观察比较两组临床疗效, 对照组痊愈 24 例, 占 44.44%, 显效 8 例, 占 14.82%, 有效 10 例, 占 18.52%, 无效 12 例, 占 22.22%, 临床治疗总有效率为 77.8%。治疗组临床效果明显优于对照组。比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 针药合用治疗中风后呃逆可实现中西医优势互补, 强化止呃疗效, 值得推广。

2. 张松⁽²³⁾ 中医综合治疗组 54 例，使用中风醒脑口服液 30ml 鼻饲或口服 tid，针刺治疗 q12h+内科基础治疗取患者穴位百会，膻中，膈俞，中脘，双太冲，双内关，双足三里及双神门等为主进行常规针刺，并结合其自拟中药降逆止呃汤加减内服，具体处方：黄芪 9g，甘草 9g，麦冬 9g，沉香 10g，太子参 12g，旋复花 12g，陈皮 15g 及代赭石 24g，可达燥湿除满，行气消积以及降逆胃气之效。用该法治疗中风后呃逆患者 54 例，痊愈 30 例，占 55.56%，显效 10 例，占 18.52%，有效 10 例，占 18.52%，无效 4 例，占 7.41%。临床治疗总有效率 92.6%。西医对照组 25 例，使用内科基础治疗+氯丙嗪 25mg im q12h。其中痊愈 6 例，占 24.00%，有效 12 例，占 48.00%，无效 7 例，占 28.00%。临床治疗总有效率为 72.00%。疗效判定：呃逆症状积分的增减。对二组病例基线资料进行比较，观察治疗过程中可能的不良反应。用 SPSS15.0 软件包对资料进行分析处理。结果：(1)二组病例在性别、年龄、病灶部位、既往病史积分、伴发症状积分、NIHSS 积分、格拉斯哥评分(GCS)、呃逆出现的时间及入组前的呃逆症状评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$)，基线具有可比性；(2)二组病例治疗 1 天后呃逆症状评分比较无明显差异($P>0.05$)；(3)治疗 3 天时，中医综合方案治疗组在改善呃逆症状评分方面的疗效优于西医治疗方案组($P<0.01$)；(4)治疗 5 天、7 天时，中医综合方案组在改善呃逆症状评分方面的疗效优于西医治疗方案组($P<0.01$)；(5)二组均未出现严重不良反应。结论：中医综合方案对比西医治疗方案，在治疗脑卒中后并发呃逆的疗效优于西医治疗组。中医综合方案是一个方便易行，疗效确切的治疗脑卒中后并发呃逆的最佳方案。

3. 李兰媛⁽²⁴⁾取穴用足三里，内关，中脘，膈俞，脾俞，胃俞，翳风，攒竹。患者仰卧位先针刺双侧足三里，施提插泻法使针感下传足背；次针双侧内关，施提插捻转泻法使针感达手指尖，再针中脘，双侧翳风，双侧攒竹，施小幅度捻转使局部产生酸胀感，留针 20 分钟。出针后侧卧位斜刺双侧膈俞，脾俞，胃俞，针尖向脊柱方向施捻转补法，使局部出现酸胀感，留针 20 分钟。每日针刺一次。结合中药丁香 5g，柿蒂 10g，党参 15g，吴茱萸 5g，白芍 20g，甘草 10g，生姜 4g，大枣 4 枚，水煎服 300 毫升，分 4-6 次频服，合并吞咽困难患者，可鼻饲，每日一剂。方剂以丁香柿蒂汤，吴茱萸汤，芍药甘草汤化裁，共治疗 45 例。其中痊愈 25 例，占 55.55%，有效 17 例，占 37.78%，无效 3 例，占 6.67%，七天一个疗程，临床治疗总有效率为 93.33%。对照组 45 例，西药使用氟哌啶醇 5mg，口服 3 次/日。胃复安 10mg，口服 3 次/日，七天一个疗程。其中痊愈 16 例，占 35.56%，有效 18 例，占 40.00%，无效 11 例，占 24.44%。临床治疗总有效率为 75.56%。SPSS 1.7 统计软件，卡方检验， $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

4. 白艳杰⁽²⁵⁾将 105 例中风后呃逆患者随机分为 2 组。对照组 53 例给予常规西药胃复安，巴氯芬片等。治疗组 52 例针刺和中药内服治疗。针刺穴位取膻中，膈俞，中脘，双太冲，双内关，双足三里，太冲。针刺手法，平补平泻法。中药以旋复代赭汤化裁，每日一剂。2 组患者均以治疗 3 天为一疗程。3 疗程后对比 2 组疗效，结果：治疗组 52 例痊愈率 37 例，占 71.15%，有效 11 例，占 21.16%，无效 4 例，占 7.69%。治疗组临床治疗总有效率 92.31%。对照组 53 例，其中痊愈 26

例，占 49.05%，有效 12 例，占 22.65%，无效 15 例，占 28.30%。对照组临床治疗总有效率为 71.70%。SPSS 1.7 统计软件，卡方检验， $P < 0.05$ 差异有统计学意义。结论：针刺是以局部疏通经络，中药调节机体内部气机，优势互补，强化降逆止呃疗效。

以上四种针刺配合中药与西药疗效比较，见表 4。

表4. 针刺配合中药与西药的疗效的比较

作者	针刺 + 中药				西药				P值
	例数	痊愈	有效	有效率(%)	例数	痊愈	有效	有效率(%)	
李智	54	30	20	92.60	54	24	18	77.80	<0.05
张松	54	30	20	92.60	25	6	12	72.00	<0.05
李兰媛	45	25	17	93.33	45	16	18	75.56	<0.05
白艳杰	53	37	11	92.31	52	26	12	71.70	<0.05

(二)，针刺（特殊部位）配合体针与单纯体针的疗效对比

丁明桥⁽²⁶⁾采用针刺百会，胃区和胸腔区配合内关，中脘，足三里，膈俞等常规体针。治疗观察组78例，五天为一疗程观察，痊愈36例，占46.15%。好转37例，占47.43%。无效5例，占6.41%。治疗组临床治疗总有效率为93.58%。对照组30例，以单纯体针同上治疗，五天为一疗程观察，痊愈5例，占16.67%。好转19例，

占63.33%。无效6例，占20%。对照组临床治疗总有效率为80.00%。经统计数据处理 $P<0.05$ 。组间差异明显，治疗组在即时疗效起效时间均优于对照组， $P<0.05$ 。治疗组对于防止顽固性呃逆的复发效果及改善患者的生活质量方面明显优于对照组 $P<0.05$ 。两周后随访观察，结论，头部百会，胃区和胸腔区配合体针疗效确切，痊愈率显著无明显毒副作用。

刘彦廷⁽²⁷⁾采用腹针结合体针与体针的疗效对比，腹针取中脘（浅刺），下脘（浅刺），气海（深刺），关元（深刺），阴都（双侧浅刺），滑肉门（双侧中刺）。体针取内关，天突，攒竹，足三里，三阴交。患者取仰卧位，常规消毒后，用0.35x50mm毫针浅刺中脘，下脘，阴都，直刺深度达皮下浅筋膜，中刺滑肉门，直达腹直肌。深刺气海，关元，直刺深度达腹横肌深处，均选用提插捻转手法，再以0.25x40mm毫针刺穴位，得气后施平补平泻手法，留针30分钟，间隔15分钟，用提插捻转手法行针一次，一天一次。治疗组30例，平均疗程3天，治疗组痊愈22例，占73.33%，好转7例，占23.33%，无效1例，占3.33%。治疗组临床治疗总有效率为96.67%。对照组30例用传统体针方法治疗，平均疗程3天，痊愈18例，占60.00%，好转6例，占20.00%，无效6例，占20.00%。对照组临床治疗总有效率为80.00%。差异显著（ $P<0.05$ ）。治疗结果2周后随访，疗效稳定，无复发。结论，腹针结合体针优于单纯体针。

（三），针刺（特殊手法加颈夹脊穴）和单纯体针的对比。

佟媛媛等⁽²⁸⁾认为中风所致的呃逆是由于窍闭神匿，神不导气，致使胃气不降，气逆上冲，醒脑开窍针法具有调神降气之功效，临床治疗患者23例取穴内关，人中，中脘，膈俞，内庭，太冲，以及颈部夹脊穴施醒脑开窍针刺法以降逆止呃，宽胸利膈，三天为一疗程，连续两个疗程。其中痊愈12例，占52.17%，显效6例，占26.09%，有效3例，占13.04%，无效2例，占8.70%，其总有效率为91.3%。对照组23例，针刺内关，攒竹，足三里，中脘穴，三天为一疗程，连续两个疗程。其中痊愈8例，占34.78%，显效6例，占26.09%，有效4例，占17.39%，无效5例，占21.70%，其总有效率为78.3%。研究结果表明：显示治疗组总有效率明显优于对照组，两组比较差异有统计学意义（ $P < 0.01$ ）。结论醒脑调神针法可有效治疗中风后顽固性呃逆。

（四），针刺（特殊手法）和西药的对比

闰晓瑞⁽²⁹⁾采用醒脑开窍针刺法治疗脑卒中后顽固性呃逆 24 例，对照组 24 例行西药常规治疗，丙戊酸钠片，209 T.I.D.。治疗组在西药常规治疗基础上，在双侧内关，水沟穴行醒脑开窍针刺法，先刺双侧内关，刺 0.5—1 寸，后刺人中向鼻中沟方向斜刺 0.3—0.5 寸，重雀啄法，眼球湿润或流眼泪为止留针 3 分钟，日 1 次，7 天为一疗程，比较两组治疗前后呃逆症状评分，结果两组治疗后呃逆症状评分较治疗前明显降低（ $P < 0.01$ ）。治疗组较对照组降低更明显（ $P < 0.01$ ），治疗组

24 例中痊愈 11 例，占 45.83%，显效 7 例，占 29.16%，有效 5 例，占 20.81%，无效 1 例，占 4.20%，总有效率为 95.8%。对照组 24 例中痊愈 7 例，占 29.17%，显效 4 例，占 16.67%，有效 5 例，占 20.83%，无效 8 例，占 33.30%，总有效率为 66.7%。结论，醒脑开窍针刺法取穴少，效果明显，且无副作用，是治疗脑卒中后呃逆安全有效方法之一，值得推广运用。

（五），针刺合中药与单纯针刺的对比

刑姝玲⁽³⁰⁾取穴膈俞，内关，中脘，胃俞，足三里，太冲，内庭伴气逆痰阻配肺俞，丰隆，胃阴不足配脾俞，平补平泻针法留针 20 分钟，每日 1 次，连续针 10 天。中药以旋复代赭汤为基础加减。药物组成：旋复花 15g，代赭石 15g，沉香 15g，陈皮 15g，枳实 15g，紫苏子 15g。竹茹 10g，干姜 10g，柿蒂 10g，共治疗 30 例，五天一疗程，连续两个疗程。对照组只采取单纯体针治疗 30 例，针刺穴位，同样五天一疗程，连续两个疗程。结果：治疗组 30 例中痊愈 11 例，占 36.70%，有效 15 例，占 50.00%，无效 4 例，占 13.30%，总有效率 86.70%。对照组 30 例中，痊愈 5 例，占 16.70%，有效 16 例，占 53.30%，无效 9 例，占 30.00%，总有效率 70.00%。统计学处理 $P < 0.05$ 。有显著性差异。结果认为中药汤剂从整体调整脏腑，针刺从局部疏通经络，二者配合相得益彰，可以取得明显效果。

（六），针刺 + 中药 + 穴位注射与西药的对比

王家鹏⁽³¹⁾采用针刺联合中药治疗中风后顽固性呃逆 32 例，对照组采用西药治疗 32 例。观察组针刺膈俞，攒竹，足三里，中脘，公孙，内关，留针 40 分钟。每日 1 次。中药通腑降气法进行治疗，其治疗药方为丁香 6g 厚朴 10g 木香 10g 代赭石 30g（先下）大黄 10g（后下）枳实 9g 白芝麻 20g 其中，伴呕吐者加姜半夏 10g 竹茹 15g 口舌少苔加生地 10g 玄参 10g；口苦舌红加黄芩 10g 黄连 6g 神昏加郁金 15g 石菖蒲 20g，每日 1 剂。水煎服后取汁 300ml，早晚分服。10 天为一疗程。穴位注射患者取仰卧位，取中脘穴，双侧足三里穴和内关穴进行常规消毒后，使用 5ml 注射器抽取 3ml 维生素 B1 注射液、1.5ml 山莨菪碱注射液、3ml 维生素 B6 注射液、混合均匀后注入中脘穴、双侧内关穴，或者中脘穴、双侧足三里穴各 2.5ml，每天一次，5 天为一疗程。对照组西药治疗法：西沙必利胶囊 10mg，Bid；巴氯芬片 5mg，Tid。均口服并观察治疗前后两组患者的呃逆发作频率，持续的时间及复发的情况，5 天为一疗程。资料采用 SPSS17.0 软件对所得数据进行统计分析。结果：研究组 32 例中痊愈 13 例，占 40.63%，显效 9 例，占 28.13%，有效 8 例，占 25.00%，无效 2 例，占 6.25%，总有效率为 93.75%。对照组 32 例中痊愈 9 例，占 28.13%，显效 10 例，占 31.25%，有效 5 例，占 15.62%，无效 8 例，占 25.00%，总有效率为 75.00%。两组患者疗效比较，差异有统计学意义(P<0.05)。结论：针刺疗法，中药，和穴位注射合使用，能最大限度将中医治疗的优势充分发挥。针药联合治疗中风后顽固性呃逆的临床疗效甚好，且能有效改善患者生活的质量，缩短其康复的时间。

（七），针刺合刺络拔罐与西药的对比

辛善栋⁽³²⁾认为中风后顽固性呃逆患者肝肾不足，气血亏损，风火相煽，肝阳上亢，肝气犯胃，胃失和降，应补虚泻实，调理气血，和顺脾胃。故采用针刺配合刺络放血拔罐治疗，选取膻中，攒竹（双侧），内关（双侧），足三里（双侧），太冲（双侧）。攒竹穴内关穴进行常规针刺治疗，结束后在背部膈俞穴局部刺络拔罐放血，以清血热，调血气，加强刺激。临床运用该法治疗中风后顽固性呃逆患者，经观察治疗组 23 例中痊愈 14 例，占 60.86%，显效 5 例，占 21.73%，有效 3 例，占 13.04%，无效 1 例，占 4.34%，七天一疗程，总有效率 95.63%。对照组 23 例，采用西医内科常规治疗，脑梗死予以抗凝，抗血小板聚集、调控血压、控制血糖、改善循环及对症处理，不采用其他的治疗。其中痊愈 6 例，占 26.08%，显效 6 例，占 26.08%，有效 6 例，占 26.08%，无效 5 例，占 21.73%，七天一疗程，总有效率 78.24%。两组资料比较差异有统计学意义，具有可比性，(P<0.05)。统计学处理应用 SPSS16.0 统计软件分析，观察研究结果说明，针刺配合刺络放血疗法治疗中风后顽固性呃逆起效快，疗效显著。

（八），穴位注射与西药肌注的对比

龙肖洁⁽³³⁾用穴位注射氯丙嗪治疗中风后顽固性呃逆 45 例。应用生理盐水与氯丙嗪注射液行双侧足三里、内关穴位注射。对照组 40 例，予氯丙嗪注射液 25mg 行肌肉注射治疗。两组均以 3 天为一个疗程，1 个疗程后比较 2 组的疗效，结果：3 天后，观察组 45 例中痊愈 24 例，占 53.33%，显效 19 例，占 42.23%，无效 2 例，占 4.44%，总有效率 95.56%。对照组 40 例中，痊愈 18 例，占 45.00%，显效 13 例，占 29.40%。无效 9 例，占 22.50%，总有效率 77.50%，两组相比临床疗效有显著差异(P<0.05)。结论：在中风后顽固性呃逆患者中应用氯丙嗪穴位注射治疗，能有效缓解呃逆。

（九），穴位注射配合中药与单纯穴位注射的对比

刘茜⁽³⁴⁾采用针药合用治疗顽固性呃逆 43 例，观察组用利他林注射液 20mg，在双侧足三里穴行常规消毒后，选用 7 号穿刺针头以执笔式持针刺入穴位，深约 0.5~1 寸，待针感强烈后抽无回血时将药液注入，左右各 1ml。观察治疗组在穴位注射同时加服自拟中药益气养阴降逆方，水煎服，每日 1 剂。昏迷者胃管鼻饲，六天一疗程。拟方如下：党参 15g，白术 10g，茯苓 10g，竹茹 10g，制半夏 10g，旋覆花 10g(包煎)，代赭石 10g，麦门冬 20g，天门冬 20g，广木香 10g，炙甘草 10g。治疗结果：治疗组痊愈 24 例，占 55.80%，缓解 16 例，占 37.20%，无效 3 例，占 6.90%，总有效率达 90.00%。对照组：痊愈 19 例，占 44.20%，缓解 13 例，占

30.20%，无效 11 例，占 25.60%，总有效率为 74.40%。两组比较，观察治疗组明显优于对照组。X=546，P<0.05。

(十)，中药方剂使用不同的对比

13篇研究中，李智⁽²²⁾，张松⁽²³⁾，李兰媛⁽²⁴⁾，白艳杰⁽²⁵⁾，刑姝玲⁽³⁰⁾，刘茜⁽³⁴⁾的观察治疗组均使用配合中药，现比较和对比他们的不同。见表5。

表5. 中药方剂使用不同的对比

作者	方剂	中药
李智	降逆止呃汤	黄芪9g 甘草9g 麦冬9g 沉香10g 太子参12g 旋复花12g 陈皮15g 代赭石24g
张松	降逆止呃汤	同上
李兰媛	丁香柿蒂汤加减	丁香5g 柿蒂10g 党参15g 吴茱萸5g 白芍20g 甘草10g 生姜4g 大枣4枚
白艳杰	旋复代赭汤	旋复花15g 代赭石15g 沉香15g 陈皮15g 枳实15g 紫苏子15g 竹茹10g 干姜10g 柿蒂10g
刑姝玲	旋复代赭汤	同上
刘茜	益气养阴降逆方	党参15g 白术10g 茯苓10g 竹茹10g 制半夏10g 旋复花10g 代赭石10g 麦门冬20g 天门冬20g 广木香10g 炙甘草10g

中药的使用频率依次为：旋复花4，代赭石4，竹茹4，甘草4，麦冬3，陈皮3，

沉香3，党参2，柿蒂2，干姜2，太子参2，丁香1，黄芩1，吴茱萸1，白芍1，枳实1，紫苏子1，制半夏1，天门冬1，广木香1。

常用穴位评定

13 篇研究中，常用穴位使用评论统计结果如下：足三里使用 10，太冲使用 9，内关使用 9，中脘使用 9，膈俞使用 9，攒竹使用 5，膻中使用 3，百会使用 2，水沟使用 2。见表 6。

表6. 常用穴位使用频率表

作者	足三里	内关	膻俞	太冲	中腕	攒竹	膻中	水沟	百会
李智	√	√	√	√	√	√	√		
张松	√	√	√	√	√		√		
李兰媛	√	√	√	√		√	√		
丁明桥	√	√	√	√			√		
刘彦廷			√	√	√		√		
佟媛媛		√						√	√
白艳杰	√	√	√	√		√			
刑姝玲	√		√	√		√			
王家鹏	√	√	√	√	√				
辛善栋	√	√	√	√	√	√		√	
闰晓瑞		√						√	√
龙肖洁	√								
刘茜	√								
合计	10	9	9	9	5	5	5	3	2

特殊手法取穴（内关，水沟）

醒脑开窍针法：双侧内关，水沟

特殊区域取穴

头针：胃区，胸腔区，百会

腹针：中腕，下腕，气海，关元，阴都，滑肉门

疗程和随访情况

根据对13篇研究的分析，疗程时间长短的报告如下：王家鹏⁽³¹⁾，刑姝玲⁽³⁰⁾，研究疗程以10天为观察。辛善栋⁽³²⁾，闰晓瑞⁽²⁹⁾，张松⁽²³⁾以7天为一疗程观察。刘茜⁽³⁴⁾，佟媛媛⁽²⁸⁾，李兰媛⁽²⁴⁾以6天为一疗程观察。丁明桥⁽²⁶⁾以5天为一疗程观察。龙肖洁⁽³³⁾，李智⁽²²⁾，刘彦廷⁽²⁷⁾，白艳杰⁽²⁵⁾为3天一疗程观察。详细信息如表7。

表7. 13篇研究的治疗疗程以及随访情况

疗程观察天数	研究篇数	随访记录
10天	2	有
7天	3	有
6天	3	有
5天	1	有
3天	4	有

定性分析：

在所有13篇纳入研究中，只有5篇王家鹏⁽³¹⁾，闰晓瑞⁽²⁹⁾，张松⁽²³⁾，刘茜⁽³⁴⁾，白艳杰⁽²⁵⁾采用呃逆症状的评分作为疗效对比观察指标。其余8篇研究均以症状减轻的百分率为观察指标。所有的研究中都有随访。有些是2周后随访，有的是一个月后随访。

V. DISCUSSION

呃逆的发病机制，呃逆的反射弧由三部分组成：传入神经，中枢，传出神经。传入神经是膈神经和迷走神经的感觉支，以及T6~T12节段背侧的交感神经链的传入纤维；传出神经主要为膈神经，此外还可能有吞咽神经和副神经，以及支配三角肌前部和肋间肌的躯体神经；而呃逆中枢的部位近学年研究可能位于脑干。颅内病变直接或间接的呃逆中枢造成影响，从而出现顽固性呃逆。呃逆是一种反射活动，胃黏膜接受刺激后，兴奋主要通过迷走神经到达延髓的呼吸中枢，然后一方面兴奋沿网状脊髓束到达膈神经，使膈肌产生强烈节律性收缩，同时呼吸暂停；另一方面兴奋自迷走神经运动纤维传至咽喉肌肉，产生喉头痉挛。在这反射弧上的任何病变均有可能引起呃逆。中风后脑部病变，尤其是下丘脑，脑干的损伤，导致内脏植物神经功能紊乱，迷走神经兴奋性增加，及继发的胃黏膜出血等因素刺激膈神经而引起⁽³⁵⁾。

引起呃逆的因素大致可归纳为以下几点：① 健康人也可能发生过呃逆，其中多与饮食有关，特别是饮食过快、过饱，摄入很热或很冷的食物、酒、碳酸饮料等。② 中枢器质性病变：如颅内肿瘤、脑血管意外、脑炎、尿毒症、乙醇中毒等。③ 外因性：呃逆反射弧受刺激，膈神经的刺激，如纵隔肿瘤、食管炎、食管癌、肺炎、心包炎、心肌梗死、膈下脓肿等；迷走神经刺激，如胃扩张、胃炎、胃癌等。④ 药物：兴奋剂、磺胺类药、地塞米松、利眠宁、甲基多巴、巴比妥酸盐、安定等都可能引起呃逆。⑤ 其他：诸如手术中普通麻醉处理和麻醉的并发症，外科手

术中对膈神经的处理，还有精神压力等因素。

现代医学研究证实，针灸刺激足三里穴，可使胃肠蠕动有力而规律，并能提高多种消化酶的活力，增进食欲，帮助消化；在神经系统方面，可促进脑细胞机能的恢复，提高大脑皮层细胞的工作能力；在循环系统、血液系统方面，可以改善心功能，调节心律，增加红细胞、白细胞、血色素和血糖量；在内分泌系统方面，对垂体-肾上腺皮质系统功能有双向性良性调节作用，提高机体防御疾病的能力。曲梅等⁽³⁷⁾研究发现，刺激中脘穴会增加胃的蠕动，表现为幽门开放，使食物进入十二指肠的连接面。胃下缘轻度升高而达到疏通气机，和胃降逆之功效。此穴能提高机体免疫能力，使巨噬细胞的吞噬活性增强。中脘属胸8，主治消化系统，胸8-9疾患。经络穴位的分布形式在很大程度上与同节神经支的关系一致。而各经穴的主治证候，绝大部分与节段反射联系相一致。但是经络是区别于周围神经的另一个特殊系统⁽³⁶⁾。

中药方剂方面的来源

旋复代赭汤，来自《伤寒论》功用降逆化痰，益气和胃，方中旋复花下气消痰，降逆止呃，代赭石镇逆气，开胸膈，化痰浊，止呕吐，共为君药。半夏辛散温燥，降逆和胃，祛痰止咳，散结除痞。生姜温胃散寒，化痰饮，止呕吐，二药配伍，即能降逆气，止呕吐，又能散水气，化痰结，共为臣药；人参，大枣，甘草健脾益胃，即补中气之不足，又绝其生痰之源，为方中之佐使，诸药配合，共达降逆化痰，益气和胃之功。

丁香柿蒂汤，出自《病因脉治》，功用温中益气，降逆止呕。本方所治之呃逆是因胃气虚寒。胃失和降，气逆于上而致。方中丁香温胃散寒，下气止呃；柿蒂为止呃逆之专药，人参益气补虚，生姜温胃降逆。诸药合用，则使胃寒去，逆气平，胃虚复，呃逆自止。

VI. CONCLUSION

1. 单纯针刺疗效肯定，但临床上多采用两种以上方法配合使用，提高疗效，或在使用西药疗效不明显时，针刺治疗确实是一个好的选择。
2. 针刺治疗中风呃逆的取穴常用足三里，内关，中脘，膈俞，太冲，百会，攒竹，水沟等。究其原因，中风后呃逆属病情渐重之征。中医认为凡重症，怪症有“入络”趋势，常用方法难以奏效，而运用毫针刺刺激可实现较大刺激强度治疗，有利于更好的舒畅气机，针刺大多以毫针为主，配合穴位注射，中药，头针，刺络拔罐，腹针等提高疗效。
3. 针刺治疗呃逆配合中药的方剂常用旋复代赭汤，丁香柿蒂汤等。在临床中普遍使用从而提高了治疗的疗效。

展望

1. 本研究在中国大陆地区的医疗机构，医院诊所里广泛使用。在西方以及北美也有更多的患者愿意尝试。针灸师的责任旨在提高自己的技能，推广使用让更多的患者受益。
2. 针刺方法的量化问题，刺激量的大小，时间长短，疗程的天数不一，以及取穴的准确性。疗效的观察都缺乏统一标准，期待制定详细的标准方法。

3. 对于未来的 RCT 设计和研究，要遵照严格的国际认可标准，为针灸走向世界提供确信度。

不足

1. 本研究纳入分析的文献的数量有限。
2. 针刺临床试验治疗方法报告缺乏标准，对照组的设定对比性不足。
3. 研究文献的随机对照试验没有提到针刺和西药的安全性或副作用

VIII. REFERENCES

1. 张鸿, 针药联合治疗中风后顽固性呃逆 38 例疗效观察【J】, 河北中医, 2012, 34 (7) : 1041-1042
2. 刘朝阳, 针刺治疗中风后顽固性呃逆临床观察【J】, 中国中医药现代远程教育, 2009, 7 (2) : 56-57
3. 祝波, 焦阳, 头针为主治疗中风后顽固性呃逆临床体会【J】, 中国中医急症, 2010, 19 (1) : 125-126
4. 孟迎春, 中风后呃逆针刺治疗研究进展【J】, 针灸临床杂志, 2004, 20 (4) : 57
5. www.wenxuecity.com, News, 5.3.2017.
6. 美国心脏学会杂志【J】, 2016. (11) : 25-28
7. Norton J. Greenberger, MD, The Medical Book of Lists: Aprimer of Differential Diagnosis in Internal Medicine, 1983, 157
8. 朱相来等, 针灸配合穴位注射规范化治疗顽固性呃逆的临床探讨【J】, 中国中西医结合急救杂志, 2014, 11 (21) : 420-421
9. 高志波, 氯丙嗪治疗中枢疾病伴顽固性呃逆的疗效观察【J】, 现代中西医结合杂志, 2008, 17 (15) : 2413-2414
10. www.doctorpda.cw, News, 11.7.2017
11. 付芙蓉等, 顽固性呃逆的药物治疗【J】, 中华实用医药杂志, 2009, 2 (9) : 15-16

12. 王伯清等, 脑卒中后呃逆中医治疗进展【J】, 山东中医杂志, 2012, 37 (9) : 688-690
13. 梁永耀, 东莨菪碱治疗呃逆 60 例【J】, 广州医药, 1996, 27 (1) , 20-22
14. 郗日升, 利他林治疗顽固性呃逆 74 例【J】, 实用内科杂志, 1987, 7 (3) : 148
15. 陈次和, 华蟾素治疗顽固性呃逆【J】, 中华内科杂志, 1987, 26 (2) : 103
16. 余德文, 利多卡因治疗顽固性呃逆 65 例临床观察【J】, 中国综合临床杂志, 2003, 19 (5) : 423
17. 励志英, 中风后呃逆案【J】, 中国针灸, 2014, 34 (2) : 1188-1188
18. 郑德松等, 针刺治疗中风后呃逆临床观察【J】, 上海针灸杂志 2016, 35 (4) : 419-420
19. 申治富, 冒冬冬, 郭保君等, 尺泽治疗顽固性呃逆验案一例【J】, 亚太传统医药, 2016, 12 (2) : 77-77
20. 刘永, 张彤, 经外奇穴治疗呃逆概况【J】, 山东中医杂志, 2014, 33 (10) : 847-849
21. 魏超博, 独取涌泉治疗中风后呃逆【J】, 中国针灸, 2015, 35 (3) : 220-220
22. 李智, 针药合用治疗中风后呃逆患者临床疗效观察【J】, 人民军医, 2014, 57 (2) : 156-157

23. 张松, 中医综合方案治疗中风后呃逆 25 例《成都中医药大学》2010, 5(4): 89-109
24. 李兰媛, 赵红, 针药并用治疗脑卒中后顽固性呃逆 32 例临床观察【J】, 天津中医药 2014, 4 (31): 220-221
25. 白艳杰, 针药合用治疗 52 例中风后呃逆疗效观察【J】, 新中医, 2012, 9 (44): 89-90
26. 丁明桥, 头体针并用治疗中风后呃逆疗效观察【J】, 上海针灸杂志, 2009, 28 (9): 537-537
27. 刘彦廷, 腹针疗法结合体针治疗中风后呃逆的临床观察【J】, 辽宁中医药大学, 2012, 15 (8): 78-79
28. 佟媛媛, 吕建明, 石学敏, 醒脑调神针法治疗中风后呃逆 46 例【J】, 陕西中医, 2014, 35 (2): 219-220。
29. 闰晓瑞, 醒脑开窍针法治疗中风后呃逆临床观察【J】, 光明中西 2012, (1) 27: 211-217。
30. 刑姝玲, 针药合用治疗中风后呃逆疗效观察【J】, 吉林中医药 2008, 8 (28) 8: 100-101
31. 王家鹏等, 《中外医学研究》第 12 卷, 第 9 期, (总第 233 期), 2014, (3) 5: 25-43
32. 辛善栋, 针刺配合刺络疗法治疗中风后顽固性呃逆 23 例【J】, 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12 (9): 1055-1056

33. 龙肖洁, 穴位注射治疗中风后呃逆临床观察【J】, 健康必读(下旬刊) 2013, 6(2): 256-263。
34. 刘茜, 针药合用治疗顽固性呃逆 43 例, 《浙江中医学大学学报》2010, 6(3), 38-45
35. 王海泉, 中风后呃逆针刺治疗研究进展【J】。针灸临床杂志, 2004, 20(4): 57
36. 骆永珍著, 《针灸与免疫》。2002(7), 294
37. 曲梅等, 穴位注射和针刺治疗脑卒中呃逆观察【J】, 医学信息, 2013, 26(11): 593

APPENDIX

1. 足三里：足阳明胃经穴。足阳明胃经的下合穴。主治胃痛，呕吐，腹胀，腹泻，消化不良，下肢痿痹、泄泻、便秘、痢疾、疝积、癫狂、中风、脚气、水肿、下肢不遂、心悸、气短、虚劳羸瘦。此穴主治甚广，为全身强壮要穴之一，能调节改善机体免疫功能，有防病保健作用。它具有调理脾胃，补中益气，通经活络，疏风化湿，扶正祛邪之功能。
2. 内关：手厥阴心包经络穴，八脉交会穴之一。主治：心痛、心悸、胸痛、胃痛、呕吐，呃逆，失眠，眩晕，中风，郁证，热病，肘臂挛痛等。内关穴可以疏通经络治疗心包经及前臂诸疾，凡邪犯心包影响心脏的神志病和气滞脉中心络瘀阻所致病征皆取本穴。情志失和、气机阻滞而致肺气上逆，胃气上逆以及气滞经络，气滞血瘀等病征亦属本穴主治范围，内关通于阴维脉，阴维脉联系足太阴、少阴、厥阴经并会于任脉还与阳明经相合，以上经脉都循行于胸脘胁腹，故内关又善治胸痛、胁痛、胃痛、心痛、结胸、反胃、胸脘满闷、肋下支满、腹中结块以及疟疾等。
3. 中脘：属奇经八脉之任脉。主治疾病为：消化系统疾病，如腹胀，腹泻，腹痛，呕吐，吞酸，黄疸等。此外对一般胃病，食欲不振，目眩，神经衰弱也很有效。中脘为胃经募穴，八脉交会穴之腑会，手太阳，少阳，足阳明，任脉之会。
4. 膈俞是足太阳膀胱经第十七穴，因本穴内应横膈，故名膈俞，又因在第七胸椎棘突下，故又名七焦之间。该穴疗效明显，刺灸该穴可起到养血和营、理气止

痛作用。膈俞为血之会，故诸经之血皆从膈膜而上下，心位膈上，肝位膈下，在上为心俞，心主血，在下为肝俞，肝藏血，故取之可交通于膈膜治疗血症，食道下行，亦由膈肌穿过，故膈俞治胃脘痛，反胃，呕吐，呃逆，积气，食不干，胀满，支肿等。

5. 攒竹属足太阳膀胱经。布有额神经内侧支和额动、静脉。主治头痛，目眩，目翳，目赤肿痛，迎风流泪，眼睑瞤动，面神经麻痹等。攒竹穴属鼻针的胸穴，中医认为肺居胸中主气，主宣发肃降，对维持人体的升降出入起重要作用。膈位于胸，腹腔之间，胃气上逆引起膈肌痉挛，必然导致气机的升降失调。攒竹穴具有调节气机升降出入，降逆止呃的显著功效，故临床上常用于呃逆。
6. 太冲是足厥阴肝经的原穴和五输穴的输穴。太冲穴具有疏肝解郁，行气止痛，平肝熄风，降逆止呃，滋养肝阴，补益肝血，清利下焦湿热之功效，是治疗肝胆疾病的要穴之一，在这里太冲常与内关配合治疗呃逆。
7. 百会为督脉经穴，意指手足三阳经及督脉的阳气在此交会。穴居巅顶，联系脑部，是调节大脑功能的要穴。主治头病，眩晕，中风，休克，高血压，脱肛等。常与水沟，内关，风池配合治疗中风达到醒脑开窍，调节阴阳，能够使患者血液流变学的各篇指标得到改善，使脑组织细胞有一定恢复，对中风偏瘫患者的大脑皮层中枢生物电活动有良好的调节作用，改善脑组织氧合血红蛋白饱和度及血流量，起到活血通络的功效。
8. 膻中为任脉经穴，心包募穴，气会。主治胸痹心痛，心悸，呃逆，咳嗽，气喘等。该穴具有调理人身气机之功能。可用于一切气机不畅之病变。为理气降逆

的要穴，临床上被广泛运用。

9. 水沟为督脉经穴，为督脉与手足阳明之会。其功能醒脑开窍，清热熄风。主治昏迷，晕厥，急慢惊风，为中医抢救危重病人的急救穴之一。布有眶下神经的分支和上唇动静脉，针刺人中发生的作用是眶下神经传入脊髓，并在脊髓的腹侧部传至高级中枢，醒脑开窍针法取水沟，内关治疗中风或配合膻俞，膻中和胃降逆。宽胸利膈。