芒針治療頑固性呃逆的臨床療效觀察

Clinical observation on the treatment of refractory hiccup with awn acupuncture

金 澤[1] 崔怡萍[2] *JIN Ze, CUI Yiping*

（1.黑龍江中醫藥大學附屬第二醫院；2. 黑龍江中醫藥大學）

1. The Second Affiliated Hospital Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine Harbin 150001, China; 2. Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China

[摘要] 目的 觀察芒針治療頑固性呃逆的臨床療效。方法 選取42例患者，並用隨機的方法將其分為治療組和對照組，每一組都是21例，其中對照組單純使用毫針針刺治療，治療組在對照組的基礎上加以芒針針刺治療。治療後，觀察分析並比較兩組臨床療效。結果 兩組患者在治療後和隨訪兩周後的呃逆症狀評分與治療前比較差異均具有統計學意義（P<0.01）；治療組患者治療後和隨訪兩周後的呃逆症狀評分與對照組比較差異均具有統計學意義（P<0.01）；兩組的有效率分別為95.2%和81.0%，比較兩組差異具有統計學意義（P<0.05）。結論 芒針治療頑固性呃逆是一種有效的治療方法。

[關鍵詞] 芒針；芒針透刺；頑固性呃逆；膻中；梁門；膈俞

呃逆又為稱膈肌痙攣，是指由飲食不節、情志抑鬱、體虛病後所致的氣由膈下從下向上沖逆、喉間有呃忒聲、難以自忍的一種胃腸病症[1]。此病症通常在48小時內可緩解，如果連續48小時以上，甚至一個月者，則稱為頑固性呃逆[2]。近年來，因為人們生活習慣的改變，飲食不節、過食辛辣熱煎炒、肥甘厚味、大量飲酒等，本病的發病率也越來越高，再者長時間的發病可嚴重影響到人們的生活、工作[3]。因此，我們要提高對本病的有效治癒率。故採用芒針透刺配合毫針治療頑固性呃逆患者21例，並與常規毫針針刺治療21例相比較。現報導如下。

1 臨床資料

1.1 一般資料

42例患例均是來自於2016年6月至2018年9月期間在黑龍江中醫藥大學附屬第二醫院針灸五門診就診醫治的患者，按就診先順序次採用查亂數字表法將患者隨機分為治療組和對照組。治療組21例，其中男患14例，女患7例；對照組21例，其中男患13例，女患8例。兩組患者性別、年齡及病程相比，差異無統計學意義（P>0.05），具有可比性。詳盡見表1

表1 兩組一般資料比較

組別	例數	性別（例）男	女	平均年齡（±s，歲）	平均病程（±s，年）
治療組	21	14	7	53±11	1.5±0.5
對照組	21	13	8	53±11	1.6±0.4

1.2 診斷標準

1.2.1 中醫診斷標準

根據《中醫內科學》[4]中呃逆的診斷標準，胃氣上逆動膈，證見喉間呃呃連聲，聲短而頻，不能自制為呃

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

逆。

1.2.2 西醫診斷標準

參照《最新消化系統疾病臨床診斷治療實用技術手冊》[5]頑固性呃逆的診斷標準。以呃逆持續時間超過48小時，呃逆聲或高或低，可自行停止30-60min 後復起，嚴重者呃聲頻作，無間隙，晝夜不息。

1.3 納入標準

①符合診斷標準；②年齡30~80歲；③患者生命體征正常，意識神志清楚。④自願簽署知情同意書，參與臨床試驗。

1.4 排除標準

符合以下任一情況標準者，即排除臨床試驗

① 心腦血管疾病導致的中樞性呃逆；

② 心、肝、腎、腦、血液系統等嚴重原發性疾病；

③ 病情不穩定、意識障礙、或有精神病史患者；

④ 近期參加其他臨床試驗或使用其它藥物治療者

⑤ 其它不適針刺患者。

2 治療方法

2.1 對照組

常規針刺治療

依據中國中醫藥出版社出版的「十三五」教材《針灸治療學》[6]，採用常規針刺治療。

取穴：膈俞、膻中、中脘、內關、足三里、胃俞、內庭、太沖。

操作方法：取0.30*40mm華佗牌毫針，在常規消毒局部皮膚後，按《經絡腧穴學》[7]毫針常規刺，針刺各個腧穴到一定深度，得氣後行平補平瀉法待患者有酸脹時，留針30min，每日1次，每星期5次。

2.2 治療組

在對照組的基礎上加以芒針針刺治療，其中膈俞、中脘、膻中腧穴部位的毫針治療被芒針取代。

選穴：膻中，梁門，膈俞

操作方法：待患者體征在平穩狀態時，先使患者坐位，醫生于患者右側，採用華佗牌0.40*125mm芒針，用75%度酒精消毒局部皮膚和針體，然後用雙手進針法，在腰部的兩側的膈俞穴進針，分別透刺向胃俞穴，期間通過肝俞、膽俞、脾俞腧穴，當患者有酸脹感時即為得氣，得氣後再讓患者緩慢仰臥位，並同時屈膝，此時再用雙手進針法在胸部的膻中穴進針透刺至腹部的中脘穴，期間包含中庭、鳩尾、巨闕、上脘腧穴，在腹部兩側則從梁門穴透刺至天樞穴，中間通過了關門、太乙、滑肉門腧穴，得氣後用小幅度撚轉、提插瀉法1分鐘。其它部位按照對照組針刺治療。留針30min，每日1次，每星期治療5次。

3 治療效果

3.1 觀察指標

觀察兩組治療前後呃逆症狀的變化狀況，參考《中醫病證診斷療效標準》[8]進行評分。其中患者呃逆症狀發作頻次高於每小時10次為重度，記3分；患者呃逆症狀發作頻次每小時5~10次為中度，記2分；患者呃逆症狀發作頻次每小時低於5次為輕度，記1分；患者無呃逆，記0分。以2個療程為一個週期進行比較。

3.2 療效標準

根據《中藥新藥臨床研究指導原則》[9]中相關的標準及療效指數評定療效。

治癒：當時治療呃逆停止，2周內隨訪無復發，療效指數為75%~100%；

顯效：當時治療呃逆停止，隨訪時偶有復發，療效指數為50%~75%；

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

有效：呃逆頻次明顯減少，療效指數為25%~49%；

無效：治療前後呃逆發作次數沒有減輕甚至加重者，療效指數<25%。

3.3 統計學方法

對所有數據採用SPSS22.0進行數據分析。以均數和標準差表示滿足正態性的計量資料，應用t檢驗比較兩組評分；以百分比表示計數資料，應用卡方檢驗。

3.4 治療結果

3.4.1 兩組治療前後呃逆症狀評分比較

由表2顯示，兩組治療前的呃逆症狀評分比較差異無統計學意義（P>0.05）；比較兩組治療後呃逆症狀和治療後隨訪2周有無復發情況評分，差異均具有統計學意義（P<0.01）。治療組治療後呃逆症狀評分和治療後隨訪2周有無復發情況評分與對照組比較差異均具有統計學意義（P<0.01）。對此闡明了治療組明顯優於對照組。

表2 兩組治療前後呃逆症狀評分比較（±s,分）

組別	例數	治療前	治療後	隨訪兩周後
治療組	21	3.1±0.5	1.5±0.5 [1) 2)]	0.7±0.4 [1) 2)]
對照組	21	3.5±0.3	2.0±0.5 [1)]	1.2±0.3 [1)]

注：與同組治療前比較，[1)]P<0.01；

與對照組比較，[2)]P<0.01

3.4.2 兩組臨床療效比較

由表3顯示，治療組的總有效率為95.2%，對照組的有效率為81.0%。兩組相比較，差異具有統計學意義（P<0.05）。治療組明顯是優於對照組。

表3 兩組臨床療效比較 [例(%)]

組別	例數	治癒	顯效	有效	無效	總有效率%
治療組	21	9 (42.9)	8 (38.1)	3 (14.3)	1 (4.7)	95.2[1)]
對照組	21	5 (23.8)	6 (28.6)	6 (28.6)	4 (19.0)	81.0

注：與對照組比較，[1)] P<0.05

4 討論

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

目前現代醫學對於頑固性呃逆的治療還沒有特定有效的治療方法，而副作用少或者無副作用的治療越來越受人們的重視，因此現金對於呃逆的針刺治療的研究和方法也日益紛呈，但在臨床上沒有將呃逆進行明確的分級及評定，也沒有對有效穴進行系統的針對性研究，對針刺方法也沒有進行統一化，所以只能在原有的基礎上探索更高效更健康的治療方法[10]。西醫認為由於膈肌中樞神經和膈神經在受到物理和化學等刺激後引起迷走神經興奮造成膈肌陣發性痙攣，使膈肌不自在收縮，引起吸氣時聲門突然關閉，從而使機體發出一種特殊的短促的聲音[11]。因此，西醫常用氯丙嗪、阿米替林、東莨營堿等抗精神興奮性的鎮靜藥和緩解膈肌痙攣的解痙藥[12]。但效果不明顯，且副作用大，長期服用也容易產生耐藥性。故選用安全有效的針刺治療是目前所提倡的方法。

中醫學對呃逆早有認識，在《素問·宣明五氣篇》和《金匱要略·嘔吐噦下利》中名為「噦」，而呃逆最早被正式作為病症的使用是在元代朱震亨所撰的《丹溪心法》中。中醫認為，頑固性呃逆多由肝鬱氣滯、肝胃失和、胃失和降、胃氣上逆所致，還有情志不舒、飲食不節、體虛病後、寒氣上逆等病因。在《素問·宣明五氣篇》中提到「胃為氣逆、為噦、為恐。」指出胃氣上逆的病機。在《景岳全書·呃逆》中曰：「皆其胃中有火，所以上沖為呃。」進一步說明胃氣上逆動膈為頑固性呃逆的主要病機[13]。《靈樞·口問》曰：「谷入於胃，胃氣上注於肺……氣並相逆，復出於胃，故為噦。」指出寒邪入裡，使胃中寒氣與穀氣相互鬥爭，正邪交戰，致使胃氣上逆，從而形成呃逆。《傷寒論》曰；「得病六七日，脈遲浮弱，惡風寒，手足溫，……，柴胡不中與之也，食穀者噦。」「若胃中虛冷，不能食者，飲水則噦。」「傷寒，噦而腹滿，視其前後，知何部不利，利之即愈。」闡明了胃中虛寒，胃氣上逆是呃逆的病機，胃中虛寒指的是胃氣虛、胃陰虛和胃陽虛，以此同時可伴見水穀不能受納，且飲水則噦的症狀[14]。

芒針是一種特製的長針，是由古代九針之一的長針演變而來，因為他的形狀似如麥芒，故後稱為芒針[15]。芒針的治療特點是「疏彈趨動，技巧術行」。《內徑》也指出：「九針之名，各不同形……八曰長針……」刺「深邪遠裨」和《靈樞·癲狂》提到：「內閉不得溲，刺足少陰、太陽與骶上以長針。」說明芒針可以疏通機體深層的血脈及經絡，從而有效的治療深部組織器官的疾病和一些頑固性疾病。芒針的主要作用是調節作用，《內經》中也說到「通其經脈，調其氣血」和「調虛實」等作用。芒針針刺時，增強胃腸蠕動功能，胃納遞增，胃腸功能日趨正常，機體得以改善，對消化系統的各種痙攣性疾病有非常好的治療效果。芒針同時對迷走神經-胰島素系統有雙向調節作用，通過抑制迷走神經興奮，減緩膈肌痙攣，治療頑固性呃逆[16]。本研究採用芒針橫刺透刺法，又叫沿皮橫刺。芒針透刺一方面可擴大感應面，使針感易於傳導擴散；另一方面可以精簡用血，避免多穴進針，以減少患者的痛苦。先選足太陽膀胱經自膈俞透刺至胃俞，膈俞穴是膈膜外輸膀胱經之穴，此穴下有進入椎旁交感神經的神經纖維，刺激膈俞穴可抑制交感神經興奮，緩解膈肌痙攣。呃逆的發生與肝、脾、胃、腎、肺和三焦密切相關，背俞穴在治療相應臟腑和有關的組織器官上有重要作用，透刺過程刺激到肝俞、膽俞、脾俞和胃俞，通過相應手法能使針感擴散至整個背俞穴，調節各個臟腑功能，使其相互協調，從而治療頑固性呃逆[17]。再者選任脈膻中透刺至中脘，膻中穴為八會穴之氣穴，位於胸中，主一身之氣機[18]。胃之募穴是中脘穴，又為八會穴之腑會，有補充胃腑氣血的作用，中脘穴也是任脈、手太陽小腸經、手少陽三焦經和足陽明胃經之交會穴，不但能調節脾胃的升降功能，還能調節三焦氣機的升降出入[19]。同時所屬的經脈任脈行于胸腹正中，經過食道、胃部。因此能起到宣導利氣、寬胸利膈、和胃降逆的作用[20]。以治療氣機不暢、胃失和降的頑固性呃逆。最後選足陽明胃經的梁門穴透刺至天樞穴。呃逆的病位在胃，其次是膈，主要病機是腑氣不通，胃氣上逆。足陽明胃經是多氣多血之經，循行為；「胃足陽明之脈……其支者……下膈，屬胃，絡脾。……下挾臍……其支者，起於胃口，下循腹裡。」梁門穴位於胃部上，有健脾和胃，理氣導滯之功[21]。天樞穴是大腸募穴，是大腸經氣血的主要來源之處，有健脾和胃，調理腸腑導滯之功[22]。募穴是臟腑之氣輸注之處，在主治上與背俞穴有相同之處，俞募配穴可治療臟腑病證。針刺過程是逆行經絡循行方向進行透刺，在治療頑固性呃逆上有降逆和胃，理氣導滯的作用。

本研究的結果表明，治療組的治療後的總有效率及改善頑固性呃逆評分方面，均明顯高於對照組($P<0.05$)，提示芒針治療頑固性呃逆是一種有效的治療方法。然而本研究方法還存有許多的不足之處，比如由於芒針針體過長，患者對其的不耐受的可能性大，可能影響治療效果；另外以兩星期為一個治療週期，只觀察了兩周後的

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

一個情況，但對於停止治療或大於兩周後的治療效果沒有跟隨調查。因此，在以後的研究過程中，應減少患者的不耐受性和加大研究週期，並做好患者的跟診工作，為臨床服務。

參考文獻：

[1] 吳笛. 穴位埋線治療頑固性呃逆32例臨床觀察[J]. 上海針灸雜誌, 2006, 25(12):17-18.

[2] 金曉仙, 高暘. 頑固性呃逆研究進展[J]. 河南中醫, 2014, 34(5):987-989.

[3] 董建萍,陳立發.頭針結合腹針治療中風後呃逆 55 例臨床觀察[J].黑龍江中醫藥，2018,61（4）:86-88.

[4] 陳湘君.中醫內科學[M].上海：上海科學技術出版社，2013:6.

[5] 陳洪賓. 最新消化系統疾病臨床診斷治療實用技術手冊[M].北京：北京科大電子出版社，2004：7.

[6] 高樹中，楊駿.針灸治療學[M].北京：中國中醫藥出版社，2016：8.

[7] 劉清國，胡玲.經絡腧穴學[M]. 北京：中國中醫藥出版社，2012.8.

[8] 中醫病證診斷療效標準[S]. 中華人民共和國中醫藥行業標準.

[9] 鄭筱萸. 中藥新藥臨床研究指導原則[S].北京：中國中醫藥科技出版社，2002:3.

[10] 王美麗. 近10年針灸治療呃逆的進展[J]. 世界最新醫學資訊文摘, 2018,18(11):34-36

[11] 馬楠楠. 分析中醫針灸法治療頑固性呃逆的臨床療效[J]. 世界最新醫學資訊文摘, 2016, 16(14):124-125.

[12] 張治業, 劉軍, 王金虎.膈肌痙攣的針灸治療[J]. 世界最新醫學資訊文摘,2015,15(51):140.

[13] 聞斐斐,李振華.呃逆病因病機探析[J].環球中醫藥,2013,6(7):529-531.

[14] 李濟宇. 針灸治療呃逆的古今國內文獻對比研究[D].遼寧中醫藥大學,2014.

[15] 陸鶴, 趙衛鋒, 賈成文, 等. 芒針透刺法對中風後偏癱肌張力及運動功能的影響[J]. 陝西中醫, 2015(11):1518-1519.

[16] 黃泰康.中醫芒針治療學[M].北京：中國醫藥出版社，2002.1.

[17] 董曼, 劉穎, 邵明璐,等. 針灸治療呃逆取穴規律初探[J]. 河南中醫, 2014, 34(7):1396-1397.

[18] 李偉洪, 白淩軍. 針刺攢竹及天鼎穴為主治療頑固性呃逆30例[J]. 中國中醫藥現代遠端教育, 2018,16(10):128-129.

[19] 李玥鑫，王正飛.基於資料採擷針刺治療頑固性呃逆選穴規律探析[J]. 中國中醫藥圖書情報雜誌,2018,58(5): 23-29.

[20] 廖成靜,遊先菊,廖章渝等. 針刺治療頑固性呃逆48例臨床觀察[J]. 中國民間療法,2018,26(10):21-22.

[21] 王立東, 戴明, 吳煥淦,等. 足陽明胃經與胃的相關性研究進展[J]. 長春中醫藥大學學報, 2014, 30(3):558-561.

[22] 程瑋.經穴探源[M].北京：學苑出版社.2008.6

Abstract: Objective Observing the clinical efficacy of awn acupuncture in the treatment of intractable hiccup. **Method** Forty-two patients were enrolled and randomized into a treatment group and a control group, with 21 in each group. The control group was treated with acupuncture alone, and the treatment group was treated with acupuncture on the basis of the control group. After treatment, the clinical effects of the two groups were observed and compared. **Result** The hiccup symptom scores of the two groups after treatment and two weeks after follow-up were compared with those of the same group before treatment, differences are statistically significant ($p<0.01$). The hiccup symptom scores in the treatment group after treatment and two weeks after follow-up were statistically significant compared with the control group. ($ρ<0.01$). The effective rates of the two groups were 95.2% and 81.0%, respectively., the difference between the two groups was statistically significant ($ρ<0.05$). **Conclusion** Acupuncture treatment of intractable hiccup is an effective treatment.

Key words: Acupuncture needle; Awning needle thorn; Intractable hiccup; Danzhong; Liangmen; Yushu

（編委：陳雷審校2022.01.03）

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved