

针灸配合心理干预治疗顽固性中枢性呃逆

喻澜,柯志钢

【摘要】 目的:探讨针灸配合心理干预治疗顽固性中枢性呃逆的临床疗效。方法:顽固性中枢性呃逆患者 73 例随机分为 2 组, A 组 37 例给予头针及体针治疗, B 组 36 例加用放松训练及音乐治疗等心理干预。结果:治疗 4d 后, B 组痊愈率及总有效率均明显高于 A 组 ($P < 0.05$); 且 B 组 1 及 2d 的治愈率明显优于 A 组 ($P < 0.05$)。治疗 4d 后, 2 组 SAS 及 SDS 评分均较治疗前明显下降 ($P < 0.05, 0.01$), 且 B 组更低于 A 组 ($P < 0.05$)。结论:心理干预能改善患者焦虑抑郁情绪, 与针灸配合能显著提高顽固性中枢性呃逆治疗的临床疗效。

【关键词】 顽固性中枢性呃逆; 头针; 体针; 心理干预

【中图分类号】 R49; R256.31 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2012.05.007

Treatment of refractory central hiccough by acupuncture combined with psychological intervention YU Lan, KE Zhigang. Department of Rehabilitation Medicine, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

【Abstract】 Objective: To observe the therapeutic effects of acupuncture combined with psychological intervention for refractory central hiccough. Methods: Seventy-three patients with refractory central hiccough were divided into two groups randomly. The patients in group A ($n=37$) and group B ($n=36$) were treated by scalp and body acupuncture, and those in group B were given psychological intervention additionally, including relaxation training and music therapy. Results: After treatment for 4 days, the healing rate and total effective rate in group B were significantly higher than in group A ($P < 0.05$). The one and two-day healing rate in group B was significantly higher than in group A ($P < 0.05$). After treatment for 4 days, the scores of SAS and SDS in two groups were significantly reduced as compared with those before treatment ($P < 0.05, P < 0.01$), and those in group B were significantly lower than in group A ($P < 0.05$). Conclusion: Psychological intervention can effectively alleviate the symptoms of anxiety and depression of the patients, and its combined use with acupuncture therapy can significantly increase the curative effect on refractory central hiccough.

【Key words】 refractory central hiccough; scalp acupuncture; body acupuncture; psychological intervention

呃逆的发病原因很多, 消化系统疾病及脑卒中、脑外伤、尿毒症、手术等均可引起呃逆, 而其中继发于脑卒中、脑外伤等颅内病变的呃逆为中枢性呃逆。中枢性呃逆呈顽固性发作, 严重影响患者的生活质量, 甚至加重原发病, 影响其预后^[1]。近年来我科采用针灸配合心理干预治疗顽固性中枢性呃逆取得了满意的疗效, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009~2011 年在我院各科住院会诊的顽固性中枢性呃逆患者 73 例, 均符合顽固性呃逆的诊断标准^[2], 均为脑卒中或脑外伤、脑瘤术后患者,

并经头颅 CT 确诊。73 例患者各项生命体征平稳; 意识清楚, 无认知功能障碍; 头针治疗的部位无手术切口及颅骨缺损; 排除大面积脑出血或合并心、肾功能衰竭及存在膈肌周围病变的患者。患者随机分为 2 组, ① A 组 37 例, 男 21 例, 女 16 例; 年龄 (39.4 ± 16.7) 岁。② B 组 36 例, 男 22 例, 女 14 例; 年龄 (37.6 ± 20.5) 岁。2 组病程均 $> 48h$ 。2 组患者一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 2 组均给予针灸治疗, B 组配合心理干预治疗。① 针灸治疗: 患者仰卧位, 头针, 选取双侧胃区和胸腔区, 常规消毒后针身与头皮呈 30° 快速刺入皮下, 当达到帽状腱膜下层时, 指下感到阻力减小, 将针与头皮平行继续捻转进针, 快速推进至胃区或胸腔区, 深度 1cm, 行捻转手法, 120r/min, 持续 1min, 每 10min 行针 1 次; 体针, 取攒竹、内关、合谷、膻中、中腕、足三里、三阴交、太冲等穴, 除膻中、中腕穴外, 均为双侧取穴, 行常规针刺方法, 根据辨证适度提插捻转补

收稿日期: 2012-05-20

作者单位: 华中科技大学同济医学院附属同济医院康复医学科, 武汉 430030

作者简介: 喻澜 (1968-), 女, 主治医师, 主要从事神经系统疾病的传统康复方面的研究。

泻。内关及足三里穴接 G9805-C 型电脉冲治疗仪,疏密波,强度以患者能耐受为度,头、体针均留针 30min,每日 1 次。②心理干预:放松训练,指导患者进行呼吸及放松训练,在指导语录音播放中,嘱患者逐渐达到全身肌肉放松、思想情绪放松;音乐治疗,曲调以轻松活泼为宜。通过和谐优美的音乐,对患者的心理和生理进行调节,30min,每日 1 次。

1.3 评定标准 ①临床疗效:痊愈,呃逆消失,愈后 2 周无复发;有效,呃逆持续时间及发作次数明显减少或愈后 2 周内偶有复发;无效,呃逆持续时间及发作次数无明显改变^[3]。②治愈时间:比较 2 组患者治愈的时间。③焦虑及抑郁状况:采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)和抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)进行评定^[4-5],2 个量表均为 20 项,按 1、2、3、4 级评分,得分越高,焦虑和抑郁程度越重。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计学软件进行分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, t 检验。计数资料采用百分率表示, χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

治疗 4d 后, B 组痊愈率及总有效率均明显高于 A 组;且 B 组 1 及 2d 的治愈率明显优于 A 组。见表 1。

2 组治疗前 SAS 及 SDS 评分比较差异无统计学意义。治疗 4d 后, 2 组 SAS 及 SDS 评分均较治疗前明显下降, 且 B 组明显低于 A 组。见表 2。

表 1 2 组治疗后临床疗效及治愈时间比较

组别	n	临床疗效(例)				治愈时间(例, %)			
		治愈	有效	无效	总有效率%	1 d	2 d	3 d	4 d
A 组	37	27	3	7	73.0	81.1	3(11.1)	9(33.3)	7(25.9)8(29.6)
B 组	36	33	2	1	91.7 ^a	97.2 ^a	8(24.2) ^a	14(42.4) ^a	9(27.3) 2(6.1)

与 A 组比较, ^a $P < 0.05$

表 2 2 组治疗前后 SAS 及 SDS 评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	SAS		SDS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	37	68.42 $\pm$ 7.14	51.37 $\pm$ 9.23 ^a	52.13 $\pm$ 4.34	32.36 $\pm$ 7.05 ^a
B 组	36	69.91 $\pm$ 8.25	30.07 $\pm$ 5.61 ^{b,c}	54.27 $\pm$ 5.21	21.64 $\pm$ 6.55 ^{b,c}

与治疗前比较, ^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$; 与 A 组比较, ^c $P < 0.05$

3 讨论

中枢性呃逆多见于多种原因引起的脑干损害特别是延髓损害,影响了脑干网状机构及网状脊髓束导致呃逆中枢受激惹,进而影响膈神经,使其兴奋性增强,从而引起膈肌反射性痉挛^[6-7]。中医称呃逆为“嘔”,是由于各种原因导致胃气上逆而形成的。有医家将中

枢性呃逆主要归结于心、脑,认为由于脑髓受病,元神受累,神机受伤,神经失统,血脉瘀阻、痰结、热郁、毒生,经络失和;因心主血脉,脉舍神,脑病后上不能统下,下不能应上,以致心脑神机失调,营卫失和,不能托邪外出,欲使邪外出,心气不舒,暖气而舒之^[8-9]。本文中所用的头针胃区和胸腔区是根据大脑皮层的功能定位理论在头皮上的相应区域划分治疗区,与大脑皮层相应的功能定位相符合。胃区和胸腔区与食道下段、膈、胃等内脏器官相对应,当针刺位于头皮部位的胃区、胸腔区时,引起头皮神经和骨膜效应,可使传入的神经冲动传达至大脑皮层,皮层在针刺激下发出相应神经冲动,从而调整膈神经的生理状态,达到止呃之目的。同时,头针疗法可以改善相关区域大脑皮层的血液循环,有利于建立相应侧支循环,使该局部脑血流状况得以改善,使相应部位脑细胞功能恢复,从而更好地控制膈神经而止呃逆。

中医认为中枢性呃逆主要归结于心、脑,与神志关系密切,本文治疗前 2 组 SAS 及 SDS 评分明显高于其标准分(均 > 50 分),提示 2 组患者均存在不同程度的焦虑抑郁状态。本文 B 组加用了心理干预,为患者提供应对焦虑抑郁的技巧,如放松训练、呼吸训练、音乐训练等方法,以改善其心理应对能力,使其从被动无助的状态转换到积极配合治疗的状态。本文发现,针灸配合心理干预治疗顽固性中枢性呃逆较单纯用针灸治疗效果更加明显,为临床上快速减轻患者痛苦,提高疗效,缩短疗程,提供了一种有效的方法。

【参考文献】

- [1] Kumar A, Dromerick AW. Intractable hiccups during stroke rehabilitation [J]. Arch Phys Med Rehabil, 1998, 78(6): 697-699.
- [2] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008, 424-425.
- [3] 祝波, 焦杨. 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, 20(1): 125-126.
- [4] Zung Wwk. A rating instrument for anxiety disorders[J]. Psychosomatics, 1971, 24(12): 371-379.
- [5] Zung Wwk. A self-rating depression scale[J]. Arch Gen Psychiatry, 1965, 8(3): 63-70.
- [6] 贺亚辉, 刘雪娥. 电针治疗呃逆 54 例临床观察[J]. 南华大学学报·医学版, 2006, 5(1): 735-736.
- [7] 王旭慧, 付丹. 中风后呃逆针刺治疗进展[J]. 江西中医药, 2008, (1): 70-72.
- [8] 龚晓强, 王梅花, 苏永立, 黄涛. 头针配合电针治疗顽固性呃逆 54 例[J]. 河南中医, 2009, 29(12): 1218-1219.
- [9] 林四发. 脑卒中后顽固性呃逆相关因素分析[J]. 中国康复, 2009, 24(6): 397-397.