

蛎、龟板、白芍等潜阳降逆，柔肝熄风；辅以玄参、天冬滋阴清热，壮水涵木；肝喜条达而恶抑郁，纯用重镇之品以强制之，势必影响其条达之性，故用茵陈、川楝子、生麦芽清泻肝热，疏肝理气，以利于肝阳的平降镇潜，均为佐药。甘草能调和诸药，与生麦芽相配和胃调中，以防金石类药物碍胃之弊，故为使药。本方重用镇潜诸药，配伍滋阴之品，镇潜以治其标，滋阴以治其本，标本兼顾。诸药成方，共奏镇肝熄风、滋阴潜阳之效。而脉象与血压的波动有密切的关联性，脉象、症状越严重，收缩压及舒张压越高；脉象平和，血压亦可逐步达到正常水平<sup>⑥</sup>。张锡纯指出类中风脉象大而硬，或弦长而有力者，宜服镇肝熄风汤，数剂后其脉渐缓和，后仍接续服之其脉与常脉无异，中风之根蒂始除<sup>⑦</sup>，肯定了镇肝熄风汤对中风患者的脉象控制及治疗有显著作用。

本研究表明，治疗后，观察组血压值低于对照组( $P < 0.05$ )，术后再出血率低于对照组( $P < 0.05$ )。提示在常规西医疗法基础上应用镇肝熄风汤治疗肝阳上亢型高血压性脑出血术后患者，可以使脉象平和，有效控制患者的血压，有效预防术后再出血的发生，对脑功能的恢复有一定的促进作用。

#### [参考文献]

- [1] 汪复. 多重耐药铜绿假单胞菌与鲍曼不动杆菌严重感染的防治策略[J]. 中国感染与化疗杂志, 2007, 7(3): 230-232.
- [2] 杨友松. 国内外脑出血基础研究及治疗现状和今后发展的方向[J]. 临床内科杂志, 2007, 24(6): 365-367.
- [3] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中国实用内科杂志, 1997, 17(5): 312.
- [4] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 24.
- [5] 吕圭源, 劳洁. 中药抗高血压药理研究现状与展望[J]. 中国药理学与毒理学杂志, 2016, 30(12): 1301-1311.
- [6] 周宝宽, 张明雪. 200例正常高值血压中医症状与血压关系的路径分析[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(1): 49-51.
- [7] 米庆海. 浅谈张锡纯治疗类中风病经验[J]. 天津中医学院学报, 1998, 17(2): 3-4.

(责任编辑: 吴凌)

## 中西医结合治疗脑血管病引起顽固性呃逆临床观察

朱碧宏

台州市第一人民医院神经内科, 浙江 台州 318020

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗脑血管疾病引起顽固性呃逆患者的临床疗效。方法: 选取脑血管疾病引起顽固性呃逆患者90例, 随机分为2组各45例。对照组采用甲氧氯普胺肌肉注射治疗, 观察组在对照组治疗方案的基础上联合丁香柿蒂汤治疗, 比较2组治疗效果及药物不良反应发生率的情况。结果: 治疗7天, 总有效率观察组97.78%, 对照组77.78%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组治疗3天、5天、7天及14天后呃逆症状积分均低于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗7天后, 观察组药物不良反应发生率低于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 脑血管病引起顽固性呃逆患者在甲氧氯普胺肌肉注射基础上联合丁香柿蒂汤治疗效果理想, 药物安全性较高。

[关键词] 顽固性呃逆; 脑血管疾病; 中西医结合疗法; 甲氧氯普胺; 丁香柿蒂汤

[中图分类号] R256.31 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2017)07-0037-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.07.012

### Clinical Observation of Integrated Chinese and Western Medicine Therapy for Intractable Hiccup Caused by Cerebrovascular Disease

ZHU Bihong

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of integrated Chinese and western medicine therapy for intractable

[收稿日期] 2016-10-12

[作者简介] 朱碧宏(1984-), 男, 在职博士研究生, 主治医师, 主要从事神经内科临床工作。

hiccup caused by cerebrovascular disease. **Methods**: Selected 90 cases of patients with intractable hiccup caused by cerebrovascular disease into two groups randomly, 45 cases in each group. Both groups were treated with intramuscular injection of Metoclopramide, while the observation group was additionally treated with Dingxiang Shidi tang. Compared the curative effect and the incidence of adverse reaction in both groups. **Results**: After seven days of treatment, the total effective rate was 97.78% in the observation group and 77.78% in the control group, the difference being significant ( $P < 0.05$ ). After three days, five days, seven days and fourteen days of treatment, the symptom scores of hiccup in the observation group were all lower than those in the control group, differences all being significant ( $P < 0.05$ ). After seven days of treatment, the incidence of adverse reaction in the observation group was lower than that in the control group, the difference being significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion**: The therapy of intramuscular injection of metoclopramide combined with Dingxiang Shidi tang for intractable hiccup caused by cerebrovascular disease has ideal curative effect and high safety.

**Keywords**: Intractable hiccup; Cerebrovascular disease; Integrated Chinese and western medicine therapy; Metoclopramide; Dingxiang Shidi tang

呃逆,主要是由于膈肌或其他呼吸肌突发痉挛收缩引起,在脑血管疾病患者中发生率较高。患者发病后常伴有吸气声门关闭,从而引起短促的特殊声响。对痉挛持续时间超过48 h以上者,临床上将其称为顽固性呃逆。患者发病后如果不采取积极有效的方法治疗,将会影响其生活、工作,部分患者甚至出现呼吸功能障碍<sup>[1]</sup>。常规方法主要以西药治疗为主,但是治疗后复发率较高,药物不良反应较复杂,难以达到预期的治疗效果。为探讨中西医结合在脑血管疾病引起顽固性呃逆患者中的临床效果。笔者运用中西医结合疗法治疗并观察2015年1月—2016年7月本院收治脑血管疾病引起顽固性呃逆患者,结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 ①符合《内科学》<sup>[2]</sup>中脑血管疾病引起顽固性呃逆临床诊断标准;②符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[3]</sup>中脑血管疾病引起顽固性呃逆的临床诊断标准;③患者呃逆持续时间 $\geq 48$  h。

1.2 排除标准 ①不符合临床诊断标准和纳入标准者;②合并有影响效应指标观测判断其他生理或病理者;③合并严重心、肝、肾功能异常者;④合并传染性感染及意识不清或存在精神障碍者。

1.3 纳入标准 ①年龄32~68岁;②均符合中医诊断标准及西医诊断标准;③无精神意识障碍性疾病;④能按照研究计划完成相应治疗。

1.4 一般资料 观察病例为台州市第一人民医院神经内科收治脑血管疾病引起顽固性呃逆患者,共90例,随机分为2组各45例。对照组男26例,女19例;年龄32~68岁,平均(43.6 $\pm$ 2.5)岁;患者中14例脑干梗死,20例脑出血,11例脑挫裂伤合并脑出血。观察组男24例,女21例;年龄31~70岁,平均(44.9 $\pm$ 2.9)岁;患者中15例脑干梗死,18例脑出血,12例脑挫裂伤合并脑出血。2组性别、年龄及脑血管疾病类型等经统计学处理,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具

有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 患者肌肉注射10~20 mg 甲氧氯普胺[上海现代哈森(商丘)药业有限公司,国药准字H20044996],每天1次,每天最大剂量不能超过0.5 mg/kg,连续肌肉注射7天为1疗程,连续治疗2疗程。

2.2 观察组 在对照组治疗方案的基础上联合丁香柿蒂汤治疗,处方:丁香、柿蒂、党参各15 g,法半夏、生姜、旋复花各10 g,代赭石(先煎)8 g,五味子、麦冬各5 g。每天1次,每次250 mL,分早、晚服用,连续服用7天为1疗程,连续治疗2疗程。

根据患者恢复情况增减药物剂量及药物类型。2组患者用药期间禁止饮食辛辣食物,戒烟、戒酒,尽可能避免饮食高热量、高蛋白的食物。对于意识模糊、昏迷的患者给予鼻饲喂食。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①呃逆症状积分:观察2组治疗前、治疗后3天、5天、7天及14天呃逆症状积分情况,总分9分,得分越高,提示治疗效果越差<sup>[4]</sup>。②治疗效率:观察2组治疗7天临床疗效情况。③不良反应发生率:观察2组治疗7天后药物不良反应发生率情况,包括:头晕、血压异常、乏力及其他症状。

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0软件处理,计数资料行 $\chi^2$ 检验,采用例(%)表示;计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行 $t$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>,对2组治疗7天的疗效进行评定。显效:治疗7天后患者症状消失,1周内未复发。好转:治疗7天后患者症状得到改善,1周内偶有复发。无效:治疗后症状变化不明显或需要调整其他方案治疗。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组97.78%,

对照组 77.78%，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	例(%)			总有效
		显效	好转	无效	
观察组	45	29(64.44)	15(33.33)	1(2.22)	44(97.78) <sup>①</sup>
对照组	45	21(46.67)	14(31.11)	10(22.2)	35(77.78)

与对照组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

4.3 2 组治疗各时间段呃逆症状积分情况比较 见表 2。治疗前，2 组呃逆症状积分比较，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )；观察组治疗 3 天、5 天、7 天及 14 天后呃逆症状积分，均低于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 2 组治疗各时间段呃逆症状积分情况比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗 3 d 后	治疗 5 d 后	治疗 7 d 后	治疗 14 d 后
观察组	45	6.49 ± 2.10	5.21 ± 2.03 <sup>①</sup>	4.08 ± 1.73 <sup>①</sup>	3.09 ± 1.52 <sup>①</sup>	0.53 ± 0.12 <sup>②</sup>
对照组	45	6.50 ± 2.13	6.21 ± 2.09	5.78 ± 1.99	4.32 ± 1.89	2.12 ± 1.03

与对照组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

4.4 2 组治疗 7 天后药物不良反应发生率比较 见表 3。治疗 7 天后，观察组药物不良反应发生率低于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 3 2 组治疗 7 天后药物不良反应发生率比较 例(%)

组别	n	头晕	血压异常	乏力	其他	总发生
观察组	45	1(2.22)	1(2.22)	1(2.22)	0	3(6.67) <sup>①</sup>
对照组	45	2(4.44)	3(6.67)	2(4.44)	1(2.22)	8(17.8)

与对照组比较， $P < 0.05$

## 5 讨论

脑血管疾病是临床上的常见疾病，其类型较多，包括：脑干梗死、脑出血、脑挫裂伤合并脑出血等，该类疾病具有死亡率高、致残率高及治愈率低等特点，如果得不到有效治疗，将会产生呃逆。现代医学认为，呃逆主要是由机体不自主的膈肌痉挛引起，主要发生在脊髓颈段，通过迷走、交感、颅内神经传入，传入神经支配的肌肉，从而诱发呃逆。同时，脑血管病患者发病后由于脑部组织发生明显的刺激，当刺激到膈肌神经后，将会造成膈肌发生痉挛，从而增加呃逆发生率。常规方法主要以西药治疗为主，如：甲氧氯普胺等，该药物虽然能改善患者症状，但是药物安全性较差，患者治疗时缺乏针对性，导致预后较差<sup>⑥</sup>。本研究中观察组治疗 7 天总有效率 97.78%，对照组 77.78%，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )，提示观察组治疗 7 天总有效率高于对照组。

本病属中医学呃逆范畴，由胃气上逆动膈引起，引起气逆上冲、胃失和降。丁香柿蒂汤是临床上常用的治疗汤药，方中丁香性温、味苦，具有补肾阳、抗菌、暖肾等功效；柿蒂具有

降逆下气、清热润肺、健脾化痰等功效；党参具有补中益气、养血、生津等功效；法半夏具有燥湿化痰、降逆止呕、消痞散结等功效；生姜具有止血、利水、祛风散寒、提高患者食欲等功效；旋复花性温，味咸，具有祛痰平喘、去痰止咳之效；代赭石具有化痰、平肝、止血等功效，主要用于呕吐痰涎、嗝气呃逆等疾病；五味子味苦，性微寒，具有敛肺止咳、涩精止泻及生津敛汗等功效；麦冬味苦，性微寒，具有滋阴润肺、润肺清心、养阴生津等功效，诸药共奏，发挥祛瘀止痛、调节神经、理气开郁及降逆止呃等功效。本研究中，观察组治疗 3 天、5 天、7 天、14 天呃逆症状积分，均低于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

临床上，脑血管病引起顽固性呃逆患者在甲氧氯普胺肌肉注射基础上联合丁香柿蒂汤治疗效果理想，能发挥中药、西药临床优势，并且药物的联合使用并未增加药物安全风险率，能根据每一位患者临床表现实施中医辨证治疗，且能发挥西药快速改善症状的优势<sup>⑦</sup>。观察组治疗 7 天药物不良反应发生率低于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。临床上脑血管病引起顽固性呃逆患者在中西医治疗基础效果不理想者，则应该及时调整中药药物组成及剂量，密切观察患者的生命体征，了解患者病情变化情况，善于根据患者恢复情况增减药物剂量及类型，对于出现药物不良反应者，则应立即停止用药，找出不良反应发生原因，从而更好地发挥中医辨证及西药治疗的优势，提高患者治疗的依从性，促进患者早期恢复。

## [参考文献]

- [1] 薛晴, 吴琦. 头体针结合中药治疗中风后胃热型呃逆的临床疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(35): 86-87.
- [2] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [4] 彭祥来, 林志忠, 柳淑仪. 氯丙嗪双侧内关穴位注射治疗脑卒中顽固性呃逆临床研究[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(7): 39-40.
- [5] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 6.
- [6] 刘效娟. 针刺联合穴位注射在中风后呃逆治疗中应用的疗效观察[J]. 中国医药导刊, 2015, 17(1): 42-43.
- [7] 来艳辉, 胡雅萍, 韦菲楠, 等. 超声波治疗脑卒中后顽固性呃逆的临床观察[J]. 河北医药, 2015, 37(13): 2026-2027.

(责任编辑: 刘淑婷)