科大学出版社,2008.578-609

[2]Pritchard RS,Anthony SP.Chemotherapy plus radiotherapy compared with radiotherapy alone in the treatment of locally advanced, unresectable, non-small-cell lung cancer: A meta-analysis [J].Ann Intern Med,1996,125(9):723-729

[3]Bunn PA Jr,Kelly K.New combinations in the treatment of lung cancer: a time for optimism[J].Chest,2000,117(4 Suppl 1):138-143

[4]Zalloukal P,Petruzelka L,Zemanova M,et al.Concurrent versus sequential chemoradiotherapy with cisplatin and vinorelbine in locally advanced non-small-cell lung cancer: a randomized study[J].Lung Cancer,2004,46(1):87-98

[5]Semrau S,Bier A,Thierbach U,et al.Concurrent radiochemotherapy with vinorelbine plus cisplatin or carboplatin in patients with locally advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC) and an increased risk of treatment complications. Preliminary results [J].Strahlenther Onkol,2003,179(12):823-831

[6]马剑波,季斌,仇晓军,等.NP 方案同步化疗加放射治疗局部晚期非小细胞肺癌[J].陕西医学杂志,2004,33(11):1 024-1 125

[7]Cü neyt Ulutin H,Pak Y.Preliminary results of radiotherapy with or without weekly paclitaxel in locally advanced non-small-cell lung cancer[J].J Cancer Res Clin Oncol,2003,129(1):52-56

[8]Ratanatharathorn V,Lorvidhaya V,Maoleekoonpairoj S,et al.Phase II trial of paclitaxel, carboplatin, and concurrent radiation therapy for locally advanced non-small-cell lung cancer[J].Lung Cancer,2001,31(2-3):257-265

[9]Robert F,Spencer SA,Childs HA 3rd,et al.Concurrent chemoradiation therapy with cisplatin and paclitaxel for locally advanced non-small-cell lung cancer: long-term follow-up of a phase I trial[J].Lung Cancer,2002,37(2):189-199

(收稿日期:2014-06-26)

性反应明显高于单纯放疗或续贯放化疗^[4-6]。放射性食管炎是同步放化疗的主要限制因素之一,尤其多见于每周方案同步放化疗^[7-8]。本实验组放射性食管炎反应轻、恢复快,无远期Ⅲ级以上放射性食道梗阻,明显优于每周方案同步放化疗。本实验组急性放射性肺炎Ⅲ~Ⅳ级 17.5%, 远期放射性肺损伤Ⅲ级 2.9%, 与 Robert 等^[9]报道的结果相似。本组病例采用科内制剂补肺散结方联合 EP 方案同步放化疗方法治疗局部晚期 NSCLC, 近期疗效与对照组比较无统计学意义, 但毒副反应较对照组相比有所减轻。两组治疗过程中的主要不良反应为骨髓抑制、胃肠道反应、放射性食管炎以及放射性肺炎, 实验组Ⅲ~Ⅳ级骨髓抑制、胃肠道反应、放射性食管炎发生率低于对照组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。研究结果表明补肺散结方可以降低依托泊苷 + 顺铂联合同步放疗治疗局部晚期非小细胞肺癌的毒副作用, 使患者的生存质量得到提高。因此对于非小细胞肺癌难以耐受同步放化疗的患者, 采用补肺散结方是一个新的治疗手段, 值得临床进一步探索应用。

参考文献

[1]殷蔚伯,余子豪,徐国镇,等.放射肿瘤治疗学[M].北京:中国协和医

穴位注射治疗肿瘤患者顽固性呃逆临床疗效观察

李龙芬¹ 尹国良¹ 杨毅红²

(1 湖北省鄂州市中心医院 鄂州 436000; 2 湖北省中医院 武汉 430061)

摘要:目的:探讨穴位注射治疗顽固性呃逆的疗效。方法:将 40 例顽固性呃逆患者随机分为治疗组和对照组各 20 例;根据中医辨证取穴,对照组予单纯针刺治疗,治疗组则予穴位注射治疗,1 次/d,共 7 d;观察并比较两组的治疗效果。结果:治疗组总有效率为 95.0%,对照组为 85.0%,两组间疗效有显著性差异, $P < 0.05$ 。结论:在治疗顽固性呃逆方面,穴位注射较单纯针刺更为有效。

关键词:顽固性呃逆;针刺;穴位注射

中图分类号:R246.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.023

顽固性呃逆大多继发于肿瘤、脑血管等疾病,表现为呃逆发作持续常超过 48 h^[1],严重影响患者说话、饮食及睡眠。针刺是临床上治疗呃逆的有效方法,但效果常难维持。穴位注射针感刺激强度大,作用较为持久,故在治疗顽固性呃逆方面越来越受重视,笔者自 2010 年 2 月~2013 年 5 月应用穴位注射法治疗顽固性呃逆 20 例,取得较单纯针刺更为理想的效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 40 例研究病例均来自鄂州市中心医院住院部患者。入选标准:呃逆频发或间歇发作持续 48 h 以上,并能配合针灸治疗者。将患者随机分为治疗组(穴位注射组)和对照组(针刺组)各 20 例,两组患者在性别、年龄、呃逆程度等方面比较,差异无显著性意义, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 辨证取穴 主穴取攒竹(双)、内关(双)、天突、翳风(双)、中脘、膻中、膈俞、足三里(双)、太冲(双)、涌泉(双)、关元。配穴随症选用:外伤血瘀者配血海、气海;食滞或痰阻者配胃俞、建里、丰隆、内庭;气机阻滞者取气海、天枢、支沟等。

1.2.2 操作方法 对照组:选用苏州医疗用品厂生产的“华佗牌”一次性无菌 0.35 mm× 40 mm 毫针,穴位常规消毒后,常规针刺,行强刺激施手法,均以得气为度。针刺治疗每次留针 30~50 min。治疗组:穴位常规消毒,以 5 mL 注射器套 7 号针头,抽取 100 mg 维生素 B₁、50 mg 维生素 B₆,垂直刺入穴位,得气后回抽无血快速推药,每穴注射 1.5 mL。两组均每天治疗 1 次,共治疗 7 d。

1.3 注意事项 所有患者同时进行原发病对症支持治疗,维持水、电解质及酸碱平衡等治疗。治疗期间,指导患者养成良好的生活习惯,进流质易消化的

食物,忌食生冷、辛辣食物。

1.4 疗效标准 参照国家中医药管理局 1994 年颁布《中医病证诊断疗效标准》^[2]。痊愈:呃逆症状完全消失,愈后 2 周不复发;显效:呃逆症状消失,但 2 周内偶有复发,持续时间及发作次数明显减少或轻微的呃逆;有效:呃逆症状减轻;无效:呃逆仍持续,稍有不明显改善或无改善。

1.5 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件,对两组治疗数据行卡方检验。 $P < 0.05$ 示差异有统计学意义。

1.6 结果 治疗组总有效率为 95.0%, 对照组为 85.0%, 两组比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。治疗组效果明显优于对照组。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例 (%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	20	4(20.0)	9(45.0)	6(30.0)	1(5.0)	95.0
对照组	20	2(10.0)	6(30.0)	9(45.0)	3(15.0)	85.0

2 讨论

呃逆指胃气上逆,出于喉间,呃呃连声,声短而频,有声无物,不能自制的病症。《灵枢·口问》篇说:“谷入于胃,胃气上注于肺……新故相混,真邪相干,气并相逆于胃,而胃腑不受,复出于胃,故呃逆也。”中上二焦为产生呃逆部位。因于胃气上逆动膈,寒气蕴蓄,燥热内盛,气郁痰阻,气血亏虚等方面;此外肺气失于宣通,在发病过程中也产生一定作用。手太阴肺经脉,还循胃口上膈属肺,肺胃之气又同主降,两脏腑在功能上互相促进,病理上互相影响,且膈居肺胃之间,当各种致病因素侵袭肺胃,致膈间之气不畅,引起呃逆。《景岳全书·呃逆》篇说:“凡杂症之呃,虽由气逆,然有兼寒者,有兼热者,有因食滞而逆者,有因气滞而逆者,有因中气虚而逆者,有因阴气竭而逆者。”对于反复发作的顽固性呃逆,多由严重器质性疾病所致。年老体弱和危重病患者出现呃逆,往往是胃气衰败、病情加重之象^[4]。中医学认为“得胃气者生,无胃气者死”,而呃逆是胃肠功能障碍的警钟。

天突为任脉腧穴、任脉阴维脉交会穴,主治气道不宣、肺气升降出入失常之证。攒竹穴属太阳膀胱

经,《灵枢·经脉》述足太阳膀胱经“贯脊抵腰中”、“下夹脊”。脊与膈、脾密切相连,且其表里经肾经循喉咙,故针刺攒竹穴可借助于气街之气,宣泄太阳经气,调整脏腑气机的升降出入,降逆止呃。攒竹透鱼腰可增强针感,为顽固性呃逆、呕吐经验用穴。翳风为手少阳三焦经腧穴,有疏通三焦之气的功能^[5]。中脘为胃之募穴及腑会,又是任脉与手太阳、手少阳、足阳明交会穴,具有升胃阳、助腐化、止呃逆的作用。且为中气之会,故可调理中气、解郁和肝脾。内关为手厥阴心包经之络穴,又为八脉交会穴之一,通阴维脉,其脉“起于胸中,出属心包络,下膈,历络三焦”,有宁心安神、疏通经络、活血化瘀镇痛等作用。足三里为回阳九针穴之一,是强壮要穴,本穴位有补中气、健脾胃的作用,在和胃降逆同时益气健中。膈俞、胃俞皆为病变脏腑的背俞穴,神经病变所在,从西医学角度来看都具有缓解膈肌痉挛作用。太冲为肝经原穴,有疏肝理气、降逆和胃之功。膻中,八会穴之气会,具有理气降逆的作用。

顽固性呃逆为膈神经受刺激所致,西医多采用肌注胃复安、氯丙嗪等治疗,却常不能缓解呃逆。维生素 B₁ 在糖代谢中发挥重要作用,维持心脏、神经和消化系统的正常功能;维生素 B₆ 在体内形成吡哆醛磷酸脂,参与氨基酸代谢,可治疗各种原因造成胃肠道反应所引起的呕吐,对危重病人没有任何潜在的危险与禁忌证。单纯针刺在临床具有简便易行、疗效快的特点,但往往持续时间不够长的缺点,病情易反复。我们在辨证取穴的基础上,采用穴位注射西药法治疗呃逆,即可达到单纯针刺效果,药物在穴位内物理刺激又可使针刺作用持久;而联合维生素 B₁、维生素 B₆ 等西药可达到提高和巩固治疗呃逆的目的。

参考文献

- [1]Kumar A,Dromerick AW.Intractable hiccups during stroke rehabilitation[J].Arch Phys Med Rehabil,1998,79(6):697-699
- [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.23
- [3]祁相焕,张冬惠.针刺治疗危重病患者顽固性呃逆临床观察[J].上海针灸杂志,2013,32(6):491-492
- [4]王启才.针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2007.2.117
- [5]王瑞峰,王新明.针刺攒竹穴为主治疗呃逆 32 例[J].实用中医内科杂志,2011,25(4):109

(收稿日期:2014-06-19)

(上接第 20 页)项免疫系统,使其产生镇痛物质,最终达到镇痛的作用^[4]。

本研究结果显示,观察组总有效率为 98.3%,明显优于对照的 91.7%。说明采用针刀配合推拿治疗神经根型颈椎病效果显著,可明显提升治愈率,且观察组治疗时间明显少于对照组,因此,针刀配合推拿治疗神经根型颈椎病具有明显优势,值得临床广泛

使用。

参考文献

- [1]蔡广耀.刀针结合推拿治疗神经根型颈椎病的临床观察[D].南京中医药大学,2011
- [2]邹波.推拿治疗神经根型颈椎病的临床和机理研究[D].山东中医药大学,2005
- [3]戴文良.推拿治疗神经根型颈椎病的文献研究[D].北京中医药大学,2007
- [4]张慧方.针刀治疗神经根型颈椎病、落枕技术操作标准化的文献研究[D].北京中医药大学,2010

(收稿日期:2014-03-20)