

# 中西医结合治疗中枢性呃逆的临床观察

李 荣 黄财富 梁琦姿

1995年8月~2000年12月,我院采用中西医结合治疗中枢性呃逆41例,取得满意效果,现报道如下。

## 资料与方法

1 诊断标准 参照文献(贾民谊主编.症状鉴别诊断科学.天津:科学技术出版社,2000:504)并具有以下特点:在严重的脑病变基础上,出现顽固性呃逆,并排除周围性因素,如胃潴留、膈肌周围病变等。

2 一般资料 82例均为我科住院患者,按入院顺序单双数随机分组,单数为中西医结合治疗组(简称治疗组),双数为单纯西医治疗组(简称对照组)。治疗组41例,男27例,女14例;年龄21~74岁,平均 $(62.4 \pm 3.1)$ 岁;病程0.5~9天,平均3.8天;其中自发性脑出血21例,脑肿瘤术后4例,重型颅脑损伤16例。对照组41例,男性28例,女性13例;年龄21~75岁,平均 $(61.5 \pm 3.0)$ 岁;病程0.5~8天,平均3.6天;其中自发性脑出血22例,脑肿瘤术后4例,重型颅脑损伤15例。从原发病发作至呃逆出现的时间为2h~9天,平均4.4天。经统计学处理,两组资料比较差异无显著性,具有可比性( $P > 0.05$ )。

3 治疗方法 对照组对顽固呃逆同时表现为兴奋、烦躁者,予冬眠合剂(氯丙嗪和异丙嗪各50mg)肌肉注射,每4~8h重复应用1次;对表现为抑制状态或上述药物无效者,用利他灵(Ritalin)10~20mg肌肉注射或静脉滴注,每天1~2次,有高血压、心脏病者慎用。使用上述药物时应缓慢注射,注意观测呼吸和血压。治疗组在同样西医治疗的基础上,加用瓜蒂汤(邱渚襄,廖文满主编.颅脑损伤.成都:四川科技出版社,1995:315)治疗。柿蒂9g,丁香3g,南沙参12g,肉桂6g,栝蒌皮

12g,沉香1.5g,甘草6g。共3剂,每日1剂,水煎服,昏迷不能口服者,置胃管鼻饲。疗程:治疗组1~6天,平均4.5天,对照组2~13天,平均8.2天。统计学方法采用 $\chi^2$ 检验。

## 结 果

1 疗效判断 治愈:症状完全消失无复发;有效:症状缓解;无效:用药后无反应;复发:症状一度消失后又出现。

2 两组疗效比较 治疗组治愈39例(95.1%),复发2例(4.9%)。对照组治愈28例(68.3%),无效1例,复发12例(29.3%)。治疗组疗效明显优于对照组( $\chi^2 = 7.62, P < 0.01$ )。两组病例均未见明显毒性反应。

讨 论 中枢性呃逆是神经内外科的常见症状,是由于中枢性病损如颅脑损伤、脑出血、脑梗塞等致呃逆中枢受激惹,使其呈浅抑制或浅兴奋状态,从而引起的一种反射性膈肌间源性痉挛。往往呈顽固性发作,临床上有时难予控制。频繁的呃逆常干扰患者的正常呼吸功能,影响气体交换,可使血氧饱和度和氧分压下降,加重脑水肿,甚至影响患者的预后。因此,在对原发病进行积极治疗的基础上,应及时控制呃逆。

西医针对病因,采用相反的措施即兴奋或抑制的方法来治疗。抑制药用冬眠合剂(氯丙嗪和异丙嗪),兴奋药用利他灵。单纯西药治疗具有操作方便、部分患者显效快等优点;但作用时间短,易复发(对照组29.3%)。中医学理论则认为肝、肾阴虚,燥热内盛,气郁痰阻,肝阳偏亢引动内风,上乘肺胃,导致胃气挟痰上逆动膈而发呃逆。治疗宜平肝息风,行气止呃。瓜蒂汤治疗的优点是疗效较好,副作用小,不易复发,但中药也有工序多,显效稍慢,难应急使用等不足。本组将中西医结合应用,取各自之长,并弥补了不足,达到了良好的疗效,疗程明显缩短。总之,中西医结合是治疗中枢性呃逆的有效方法。

(收稿 2001-03-28 修回 2001-06-04)