

国内针刺对照西药治疗脑卒中后呃逆疗效比较的系统评价*

林小苗¹ 杜元灏^{2,3} 熊俊¹ 陈元武¹ 肖丽¹ 高翔¹

摘要

目的:比较国内针刺与西药治疗脑卒中后呃逆的临床疗效。**方法:**电子检索 CBM(1978—2008)、CNKI(1979—2008)、VIP(1989—2008)、WF(1998—2008),收集相关文献,根据纳排标准筛选合格文献,由两名评价员独立评价文献质量,并采用 RevMan4.2.8 软件对纳入研究结果进行 Meta 分析。**结果:**6 篇文献符合纳入标准,共 497 例患者。Meta 分析显示:针刺疗法对照西药,治愈率的组间比较有显著性差异[合并 $RR=2.16, 95\%CI(1.80, 2.60), P<0.00001$];膻穴注射对照西药,治愈率的组间比较有显著性差异[合并 $RR=2.48, 95\%CI(1.93, 3.19), P<0.00001$];针刺或配合西药对照西药,治愈率的组间比较有显著性差异[合并 $RR=1.81, 95\%CI(1.38, 2.38), P<0.0001$]。**结论:**针刺治疗脑卒中后呃逆安全、有效,优于常规西药。因纳入文献数量有限且部分质量较低,需更多高质量随机对照研究来进一步验证。**关键词** 针刺;膻穴注射;脑卒中后呃逆;随机对照试验;系统评价**中图分类号:**R245,R743 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2010)-04-0353-04

脑卒中后呃逆是脑卒中一个常见的并发症,表现为呃逆声短而频发,连续不断,不能自止。持续性呃逆可加重患者饮食困难,导致疲劳和精神萎靡,引起吸入性肺炎、营养缺乏、水电解质紊乱、体质量下降、抑郁和呼吸抑制等,使脑血管病患者的恢复期显著延长,甚至加重原发病^[1]。其原因较复杂,可能由于脑卒中后脑部的病变,尤其是下丘脑、脑干处的损伤,导致内脏植物神经功能紊乱,迷走神经兴奋性增强,及继发的胃肠道缺血等因素刺激膈神经引起。

西医治疗本病以抗精神病类药物、M 胆碱受体的抗胆碱药、胃肠促动药、骨骼肌松弛药等为主镇静、解除平滑肌的痉挛、降低迷走神经兴奋性,从而松弛膈肌。然而这些药物肌注剂量较大,维持时间短,副作用大。有报道肌注复方氯丙嗪出现不同程度的意识障碍^[2]。针刺病谱研究显示:针刺治疗脑血管病临床报道频次高,在神经系统针刺病谱中居第一位^[3]。针刺可兴奋中枢,及对神经递质和神经元影响,如升高中枢单胺类神经递质^[4],可使交感神经兴奋性增强,迷走神经兴奋性降低,膈肌松弛。

本文基于现有针刺对照西药治疗脑卒中后呃逆随机对照试验证据进行系统评价,旨在比较针刺与西药治疗脑卒中后呃逆的疗效和安全性,为脑卒中后呃逆的针刺治疗提供依据。

1 资料与方法

1.1 研究资料

纳入标准:①研究设计:纳入随机对照试验(RCT),不限是否采用盲法和语种。②试验对象:符合有明确“脑血管病”临床公认的诊断标准(按照全国第四届脑血管病学术会议通过的脑血管疾病诊断标准为参考^[5]),出现呃逆症状的患者,性别、年龄、病程、病例来源不限。③干预措施:针刺治疗(包括针刺、膻穴注射,其选穴、实施手法、留针时间及疗程不限)或配合基础药物(2组的基础药物在同一研究中必须相同),对照组则用基础药物治疗作对照。对照组采用常规西药,药品种类不限。④结局指标:主要结局指标为临床症状及体征改善的治愈率。排除标准:其他基础疾病(消化系统、呼吸系统及神经系统肿瘤、肾功能衰竭及电解质紊乱等)引起呃逆的针刺治疗研究;不同针刺手法、不同针刺工具或不同选穴组方对照研究;重复的临床试验,不同语种的相同临床试验。

1.2 检索策略

计算机检索 CBM(1978—2008)、CNKI(1979—2008年)、VIP(1989—2008)、万方数据库(1998—2008),不能获取的文献通过天津中医药大学图书馆手工检索获得。检索日期均截至 2008 年 12 月 31 日。中文检索词包括脑卒中、脑血管病、中风、呃逆、针刺、针灸等。使用 MeSH 和自由词联合检索,不限

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.04.015

* 基金项目:国家“十一五”科技支撑计划项目(2006BAI12B01); 1 天津中医药大学,天津 300193; 2 天津中医药大学第一附属医院

3 通讯作者

作者简介:林小苗,女,硕士研究生;收稿日期:2009-05-04

语种。

1.3 文献筛选与质量评价

文献筛选由两名评价者独立阅读所获文献题目和摘要,如果为随机对照试验则阅读全文,所有文献是否纳入由两名评价者共同决定,如有不同意见通过讨论或经第三人裁定解决分歧。

文献质量评价按 Cochrane 系统评价手册 4.2.6 版推荐的简单法评价 RCT 的质量:①随机方法是否正确;②是否隐蔽分组;③盲法的使用情况;④失访或退出描述情况,有无采用意向性(ITT)分析,以上质量标准中,如所有标准均为“充分”,则发生各种偏倚的可能性很小;如其中一条为不清楚,则有发生相应偏倚的中等度可能性;如其中一条为“不充分”或“未采用”,则有发生相应偏倚的高度可能性。同时采用 Jadad 质量记分法进行评分^[6]。

1.4 资料提取与统计学分析

由两名评价者独立提取资料,不同意见通过讨论或由第三人裁定解决。资料提取内容包括研究设计、干预措施、结局测量与评价、结果、方法学内容如隐蔽分组和盲法等。由第三位评价员核对数据的一致性,如果所需资料不全,尽可能与原作者联系获得。

纳入研究有足够相似性时,采用 Cochrane 协作网提供的 RevMan 4.2.8 进行 Meta 分析。对结果测量的度量衡单位相同的连续变量采用权重均数差 WMD (weight mean difference)、分类变量采用相对危险度 RR (relative risk),及其 95%CI 表示疗效效应量。各研究间的异质性检验采用 χ^2 检验, $P>0.10$,采用固定效应模型分析结果; $P<0.10$,采用随机效应模型合并结果^[7]。

2 结果

2.1 一般情况

按检索策略和资料收集方法,共查到相关文献 97 篇。经阅读标题、摘要、全文,排除与本系统评价目的不符、综述、临床单样本无对照的研究、无对照的随访或重复发表文献后,剩下 6 篇纳入文献,全部为期刊文献。1 篇^[12]研究采用抽签随机法,2 篇^[10-11]研究采用按就诊顺序随机方法,余未提及随机具体方法。1 篇^[8]提及失访退出描述,均采用了 ITT 分析,均未提及盲法使用情况和分配隐藏方法;6 篇 RCT 均报道基线可比(见表 1)。

纳入的 6 篇 RCT 中,有 1 篇^[2]报道的是腧穴注射、针刺分别对照西药治疗脑卒中后呃逆,有 3 篇^[2,8-9]报道的是腧穴注射和西药比较,有 3 篇^[2,10-11]报道的是针刺和西药比较,有 1 篇^[12]报道的是针刺配合西药和西药比较。各纳入研究的基本特征见表 2。

2.2 Meta 分析结果

本研究对等级资料只统计临床治愈率,Meta 分析结果如下:6 篇^[2,8-12]RCT 评价临床治愈率,因对照组药理作用及使用评价方法各异,异质性检验显示 $P=0.004$,故采用随机效应模型进行 Meta 分析。结果提示,针刺与西药比较进行治疗脑卒中后呃逆有显著性差异 [$RR=2.16, 95\%CI (1.80, 2.60), P<0.00001$](图 1)。

3 篇^[2,8-9]RCT 评价腧穴注射临床治愈率,因对照组药理作用及使用评价方法各异,异质性检验显示 $P=0.04$,故采用随机效应模型进行 Meta 分析。结果提示,腧穴注射与西药比较进行治疗脑卒中后呃逆有显著性差异 [$RR=2.48, 95\%CI (1.93, 3.19), P<0.00001$](图 2)。

4 篇^[2,10-12]RCT 评价针刺或配合西药临床治愈率,因对照

表 1 纳入随机对照试验的方法学质量

研究	随机方法	分配隐藏	盲法	失访/退出	随访	ITT 分析	基线情况	Jadad
马平 ^[8]	随机字样	未提及	未提及	4 例死亡	未提及	是	一致	1
熊涛 ^[9]	随机字样	未提及	未提及	未提及	未提及	是	一致	1
林春光 a ^[2]	随机字样	未提及	未提及	未提及	未提及	是	一致	1
林春光 b ^[2]	随机字样	未提及	未提及	未提及	未提及	是	一致	1
张晓彤 ^[10]	就诊顺序	未提及	未提及	未提及	未提及	是	一致	1
苏昌明 ^[11]	就诊顺序	未提及	未提及	未提及	未提及	是	一致	1
严艳 ^[12]	抽签	未提及	未提及	未提及	未提及	是	一致	2

表 2 纳入研究的特征

纳入试验	例数(n)		疗程(d)	干预措施		结局指标
	试验组	对照组		试验组	对照组	
马平 ^[8]	33	33	5d	腧穴注射	地西洋、阿托品	痊愈率
熊涛 ^[9]	85	85	未提及	腧穴注射	氯丙嗪	痊愈率
林春光 a ^[2]	25	25	未提及	腧穴注射	氯丙嗪	痊愈率
林春光 b ^[2]	25	25	未提及	针刺	氯丙嗪	痊愈率
张晓彤 ^[10]	32	31	7d	针刺	巴氯芬	痊愈率
苏昌明 ^[11]	40	40	5d	针刺	胃复安	痊愈率
严艳 ^[12]	23	20	10d	针刺+巴氯芬	巴氯芬	痊愈率

组药理作用及使用评价方法各异,异质性检验显示 $P=0.04$,故采用随机效应模型进行 Meta 分析。结果提示,针刺或配合西药与西药比较进行治疗脑卒中后呃逆有显著性差异 [$RR=1.81, 95\%CI(1.38, 2.38), P<0.0001$](图 3)。

2.3 不良反应

1 篇^[2]RCT 显示膻穴注射组、针刺组患者治疗前后无不良反应。肌注复方氯丙嗪组治疗后有 25 例出现不同程度的意识障碍,比较差异极显著($P<0.01$)。小剂量复方氯丙嗪内关穴封闭起效快,作用维持久,效果明显,且无肌注常规剂量复方氯

丙嗪的不良反应。

3 讨论

本研究共纳入 6 篇 RCT,本次系统评价纳入 6 个随机对照试验,共计 497 例患者,均为中文文献,可能存在文献收录不全。所有研究虽均为随机对照试验,但纳入的 RCT 试验样本量偏小,随机分配方案的隐藏方法不明确,盲法实施情况较差,论证强度较差。

Meta 分析结果提示针刺疗法、膻穴注射、针刺或配合药

图 1 针刺治疗脑卒中后呃逆对照西药治愈率比较



图 2 膻穴注射治疗脑卒中后呃逆对照西药治愈率比较

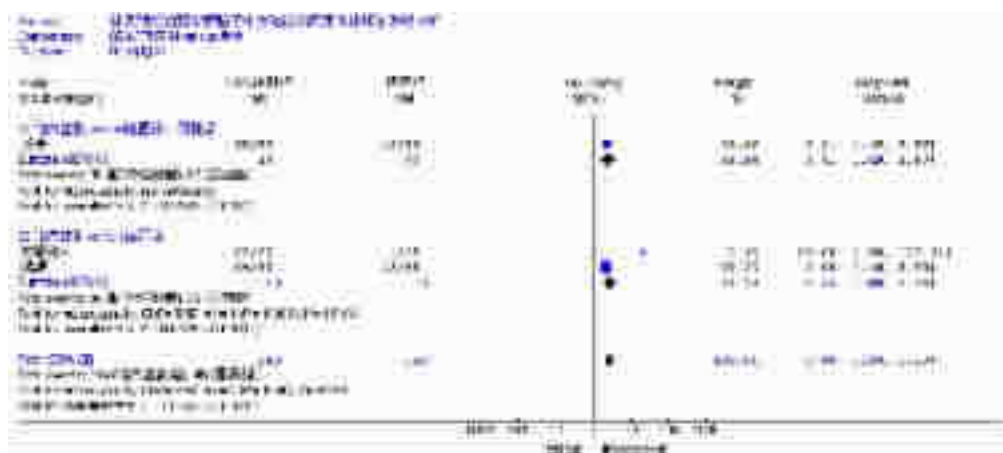
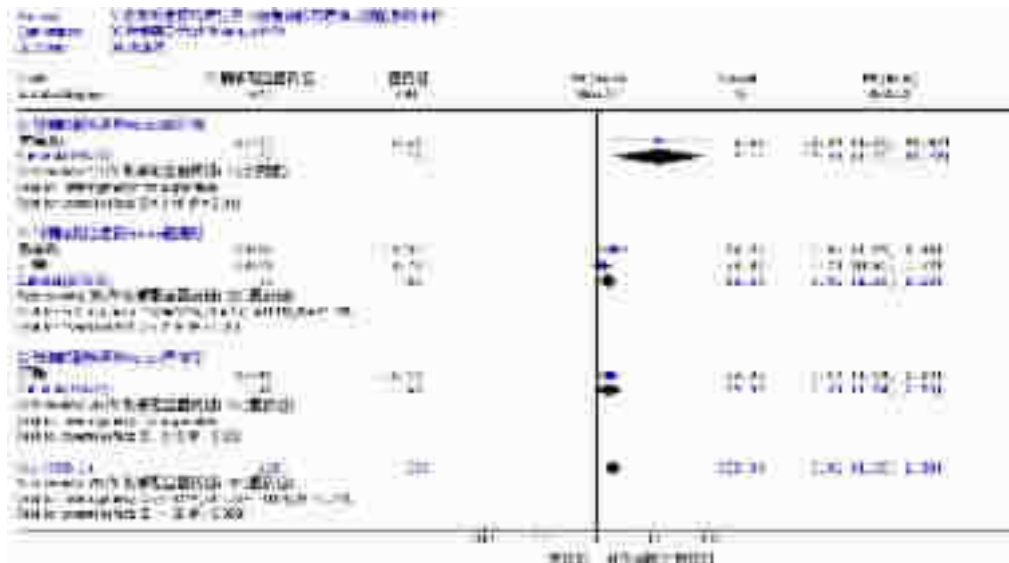


图3 针刺或配合西药治疗脑卒中后呃逆对照西药治愈率比较



物、治疗脑卒中后呃逆临床治愈率优于常规药物治疗。1 篇 RCT 报道针灸无不良反应,具体未描述。

本研究 6 篇 RCT 评价针刺对照西药治疗脑卒中后呃逆的疗效。从上述分析结果来看,针刺在改善临床治愈率优于西药。其中 1 篇 RCT 提及针刺起效快,作用维持久,无不良反应。

由于纳入文献质量偏低,无高质量 RCT,这在一定程度上影响了结果的论证强度。此外,现有的试验设计中还存在如下不足:①缺乏严格的诊断和疗效标准;②极少描述针刺作用及维持时间;③远期疗效上未进行随访;④不良反应报道少等。因此,需高质量的随机对照试验来证实针刺治疗脑卒中后呃逆疗效和安全性。本系统评价主要从针刺及膈穴注射角度评价针刺治疗脑卒中后呃逆的疗效,今后,我们还将从针刺和膈穴注射的穴位选择、针刺和膈穴注射的深浅、刺激量和疗程,以及膈穴注射药物的选择、剂量等不同方面更进一步探讨针刺治疗脑卒中后呃逆的疗效。

参考文献

[1] 毕建忠,朱正寓. 脑卒中后呃逆[J]. 山东医药, 2008, 48(22): 107—108.

[2] 林春光. 小剂量复方氯丙嗪内关穴封闭治疗脑卒中后顽固性呃逆临床观察[J]. 右江民族医学院学报, 2005, 27(39): 329—329.

[3] 杜元灏,李晶,孙冬伟,等. 中国现代针灸病谱研究[J]. 中国针灸, 2007, 27(5): 373—378.

[4] 杜元灏,石学敏. 中华针灸临床诊疗规范[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2007. 105—105.

[5] 王维治. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 142—148.

[6] Jadad AR, Moore RA, Carroll D, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary [J]? Control Clin Trials, 1996, 17(1): 1—12.

[7] 李幼平. 循证医学[M]. 北京: 高等教育出版社, 2003. 50—66.

[8] 马平,冀同振. 氯丙嗪穴封治疗脑中风所致呃逆 33 例[J]. 医学理论与实践, 1995, 8(2): 84—84.

[9] 熊涛. 氯丙嗪穴位注射治疗中风所致呃逆 85 例[J]. 中国中医急救, 2005, 14(8): 713—713.

[10] 张晓彤. 针刺治疗脑梗死后顽固性呃逆 63 例临床观察 [J]. 四川中医, 2006, 24(3): 105—105.

[11] 苏昌明,刘波. 针刺治疗脑卒中后顽固性呃逆的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(9): 1312—1312.

[12] 严艳. 脑卒中后顽固性呃逆的针灸治疗 [J]. 中国临床康复, 2004, 8(19): 3887—3887.