

呃逆症 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/308/2021\\_2022\\_\\_E5\\_91\\_83\\_E9\\_80\\_86\\_E7\\_97\\_87\\_c22\\_308059.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E5_91_83_E9_80_86_E7_97_87_c22_308059.htm) 名称呃逆症所属科室消化内科病理 健康人可发生一过性呃逆，多与饮食有关，非凡是饮食过快、过饱，摄入很热或冷的食物饮料、饮酒、饮碳酸饮料等，外界温度变化和过度吸烟亦可引起。按病变部位其病因分为：1.中枢性：呃逆反射弧抑制功能丧失，器质性病变部位以延脑最重要，包括脑肿瘤、脑血管意外、脑炎、脑膜炎，代谢性病变有尿毒症、酒精中毒，其它如多发性硬化症等。2.外周性：呃逆反射弧向心路径受刺激。膈神经的刺激包括纵隔肿瘤、食管炎、食管癌、胸主动脉瘤等。膈肌四周病变如肺炎、胸膜炎、心包炎、心肌梗死、膈下脓肿、食管裂孔疝等，迷走神经刺激有胃扩张、胃炎、胃癌、胰腺炎等。3.其它：药物、全身麻痹、手术后、精神因素等，内耳及前列腺病变亦可引起呃逆。检查 1.有关部位和脏器的X线透视、拍片与造影，CT或B型超声检查。2.血尿常规化验。3.临床生化：包括血尿素氮、肌酐、血糖、肝功能、淀粉酶、电解质等。4.电生理工科：包括心电图、脑电图、膈神经传导速度等诊断 首先要判别是生理性还是器质性疾病引起，如疑有器质性疾病则按以下顺序检查。一、临床表现 1.全身及神经系表现 注重生命体征、局部体征和脑膜刺激征的有无。2.局部表现 头颈部、胸部、腹部体征，各部位炎症和肿瘤的有无。二、辅助检查 发作中胸部透视可判定膈肌痉挛为一侧性或两侧性，必要时做胸部CT，排除膈神经受刺激的疾病，做心电图判定有无心包炎和心肌梗塞。疑中枢神经病变时可做头部CT、磁共振、脑电图等。疑有消化系统病变时，进行

腹部X线透视、B型超声、胃肠造影，必要时做腹部CT和肝胰功能检查，为排除中毒与代谢性疾病可做临床生化检查。疑有消化系统病变时，进行腹部X线透视、B型超声、胃肠造影，必要时做腹部CT和肝胰功能检查，为排除中毒与代谢性疾病可做临床生化检查。治疗原则首先为去除病因，并阻断呃逆反射弧。

一、非药物治疗

1. 简易法 如分散注重力的交谈，疼痛或其它不适刺激，喝冰水、用纸袋或塑料袋罩于口鼻外做重复呼吸，喝大口水分次咽下，做Valsalva动作（即深吸气后屏气，用力做呼气动作），以阻断呃逆反射弧。
2. 机械刺激法 可用牵舌法（使患者伸舌用纱布包住向外牵引3~5min，同时作深吸气、摒气动作）或通过鼻腔插入软导管，一般插入8~12cm，往返移动导管以刺激咽部，由于阻断呃逆反射环，常可使呃逆停止。
3. 指压法 治疗者双手拇指按压患者双侧眼眶上，相当于眶上神经处，以患者耐受为限，双拇指交替旋转2~4min，并嘱患者节奏屏气，张文义以此法治疗数百例，疗效显著。
4. 揉压双眼球法 患者闭目，医生将双手大拇指置于患者双侧眼眶上，按顺时针方向适度揉压眼球上部直到呃逆停止。若心率忽然下降到60次/分以下应停止操作，青光眼及高度近视者忌用，心脏病者慎用。
5. 吞食烟雾法 取一较长的圆形硬纸空盒，一端开口，把用火点燃之纸屑放入盒中，使其熄灭产生烟雾，立即将纸盒开口一端紧压口周，留出鼻孔，嘱患者张口做进食动作，把烟雾吞咽下去，忌用抽吸，吞咽1~2min，呃逆可止。章文亮以此法治疗顽固性呃逆20余例，均获良效。
6. 音频电疗法 使用音频电疗机，患者取仰卧位，两极板包数层湿纱布置于两肋弓下的上腹部。操作电流调节旋扭，调至患者有难以忍受的腹部抽动感为

止，再稍回调至能忍受的毫安数为最大耐受电流（多在40~80mA）。每次治疗25min，每日2次，4天为一疗程。赵惠珍治疗严重呃逆37例，有效率为94.6%。

### 7. 颈交感神经节封闭法

在胸锁乳突肌内缘与胸锁关节上3~3.5cm交界处进针，垂直并稍向内刺入3~4cm，针尖可触及第六颈椎体前外侧，然后退针2~3cm，注入0.25%普鲁卡因20~25ml，注重勿损伤四周组织，如成功可能出现同侧Horner综合征，这可能与阻断神经传导有关，此法适用于各种原因所致的呃逆。

### 二、针灸或穴位注药疗法

1. 针灸 内关、合谷、中脘、膈俞、足三里、三阴交等穴。
2. 维生素素B1、维生素B6内关穴位注射用5ml注射器，7号针头，抽吸以上两药各2ml（剂量分别为100mg、50mg），垂直刺入内关穴，有针感后，回抽无血即快速注药，每穴注射2ml，无效者2h后重复1次。
3. 阿托品、爱茂尔内关穴注射 用阿托品0.2mg、爱茂尔0.5ml混合液作内关穴注射，方法同上，若效果差，6h后在对侧重复注射，青光眼及前列腺肥大者慎用。
4. 阿托品足三里穴位注射 常规消毒皮肤将阿托品0.5mg分注两侧足三里，方法是直刺穴位1.5~2cm用强刺激法，使患者感酸胀后缓注。

### 三、药物治疗

1. 胃复安 10mg静脉注射，以后每6h口服或肌肉注射10mg。
2. 氯丙嗪 25mg口服或肌肉注射，每日3次。
3. 苯妥英钠 200mg缓慢静脉注射（5min以上），以后100mg口服，每日4次。
4. 盐酸丙咪嗪 开始每次25mg，每日3次，后逐渐加量，一般增至225mg/d时呃逆停止。
5. 钙阻滞剂 尼群地平60mg、硝苯啉10mg，每日3次。
6. 东莨菪碱 每次0.3~0.6mg肌肉注射，6~12h1次，直至呃逆停止。
7. 利他林 治疗呃逆机理尚不清楚，可能是通过中枢-内脏神经的调节作用，或使膈神经过度兴奋而达到抑制

状态。肌肉注射每次20mg，2h后重复，呃逆反复发作者可重复应用。8.华蟾素具有细胞保护和免疫调节作用，对呃逆作用机理尚不清楚。2~4ml肌肉注射，每日2~3次。对胃癌、肝癌、冠心病、肺心病、脑血管病伴呃逆者有较明显疗效。9.利多卡因首先给予100mg静脉注射，后以每分钟2~3mg静脉滴注，效果不佳者半小时后再给100mg加入Murphy滴管，必要时可重复3次，呃逆控制后，维持静脉点滴1~2日。作用机理可能与其对外周和中枢神经传导阻滞有关。

四、体外膈肌起搏活动 应用体外膈肌起搏器，以中等刺激每分钟9次，每日30~45min，直至呃逆停止。复发者可每日治疗1次。该方法可能通过反馈作用抑制呃逆反射中枢，使膈肌有规律地收缩。

五、中医中药 祖国医学认为呃逆是由于胃气上逆所致。可分为：

- 胃寒证：即寒邪内阻，胃气不降。治法为温中散寒。方用丁香柿蒂汤加减，常用公丁香、柿蒂、高良姜、香附、荜拨、干姜、陈皮等；
- 胃热证：即阳明热盛，胃火上冲。治法为清胃泄热，方用竹叶石膏汤加减，常用竹叶、石膏、麦冬、法半夏、竹茹、芦根、枇杷叶、沙参等；
- 气滞证：即肝气犯胃，胃失通降。治法为顺气降逆。方用五磨饮加减，常用木香、枳壳、槟榔、乌药、沉香、佛手、青皮、陈皮、代赭石、丁香等；
- 阳虚证：即脾肾阳虚、胃气失降。治法为温补脾肾，和胃降逆。方用附子理中汤、旋覆代赭汤加减，常用附子、干姜、白术、党参、姜半夏、旋覆花、代赭石、公丁香等；
- 阴虚证：即胃阴耗伤、气失和降。治法为养胃生津、和中降逆，方用益胃汤、橘皮竹茹汤加减，常用沙参、麦冬、石斛、玉竹、柿蒂、橘皮、竹茹、刀豆子、枇杷叶、生姜汁、甘草等。

100Test 下载频道开通，各类

考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)