

董氏指压法治疗小儿呕吐的临床观察研究

刘 斐¹ 林 洁² 王霞芳² 封玉琳²

(1 江苏省无锡市中医医院,无锡,214000; 2 上海市中医医院,上海,200071)

摘要 目的:观察董氏指压法治疗小儿呕吐的临床疗效。方法:72例患儿随机分为试验组和对照组,试验组采用董氏指压法治疗,对照组采用口服多潘立酮混悬液(吗丁啉)治疗,15 d为1个疗程。治疗前后观察患儿的临床症状、体征及胃电图变化(胃体及胃窦餐后正常频率百分比、正常能量百分比、离散度)。结果:董氏指压法总有效率为96.9%,吗丁啉总有效率为90.0%,胃电图显示:董氏指压法可以有效改善胃体餐后正常频率百分比,胃体餐后离散度,胃窦餐后离散度,与对照组的差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:董氏指压法可以有效治疗小儿呕吐,调节胃肠功能,值得临床推广。

关键词 小儿呕吐;董氏指压法;胃电图

Clinical Observation of Dong's Acupressure Therapy on Vomiting in Children

Liu Fei¹, Lin Jie², Wang Xiafang², Feng Yulin²

(1 Wuxi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuxi 214000, China; 2 Shanghai Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200071, China)

Abstract Objective: To observe the clinical effect of Dong's acupressure therapy in children with vomiting. **Methods:** Totally 72 patients were randomly divided into an experimental group and a control group; the experiment group was provided with Dong's acupressure therapy, the control group oral administration of Domperidone Suspension (domperidone), a course treatment of 15 days. Before and after treatment, the clinical symptoms and signs of the patients were observed, as well as the changes of the gastric antrum (normal frequency percentage, normal energy percentage, and the degree of dispersion) after the meal. **Results:** The total efficiency of Dong's acupressure was 96.9%, while that of Domperidone was 90%, $P < 0.05$. Gastric electrocardiogram showed that Dong's acupressure could effectively improve the percentage of normal frequency of gastric body after meal, postprandial dispersion and postprandial dispersion of gastric antrum, which was statistically significant compared with the control group. **Conclusion:** Dong's acupressure can effectively treat vomiting in children and regulate Gastric function, worthy of promotion.

Key Words Vomiting in children; Dong's acupressure; Gastric electrocardiogram

中图分类号:R272 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.12.044

呕吐是儿科常见的原因复杂的症状,表现为胃内容物经食管由口腔排出,有时是部分饮食物,严重时则是全部。呕吐可见于西医学的多种疾病,如消化道功能紊乱、胃炎、溃疡病、胆囊炎、胰腺炎、胆道蛔虫、急性阑尾炎、肠梗阻等消化系统疾病,肝炎等一系列急性传染性疾病,或颅脑疾患、尿毒症,以及中暑、药物、食物影响等。在罗马 II 标准中,与呕吐有关的儿童功能性胃肠疾病包括婴儿返流、婴儿反刍综合征、周期性呕吐综合征。中医学认为,呕吐总由胃失和降,气逆于上而致,其发生无明显的年龄和季节限制,如能及时治疗,预后尚好。但经常或长期反复呕吐,则易损伤胃气,而致胃纳失常,津液耗损,导致气血亏虚,严重时甚至会影响患儿的生长发育。董氏指压法是“儿科泰斗”董廷瑶教授创立的独特治疗手法,治疗小儿功能性呕吐,临床应用多年,依

从性好,疗效显著。近来我们采用随机对照的方法,并通过胃电图等客观检查观察其手法对患儿胃肠功能的影响情况,以期进一步探索其手法的取效机制,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究采用 excel 表生成随机数字表,根据随机数将 72 例患者分别纳入试验组和对照组,试验组 36 例采用董氏指压法治疗,对照组 36 例采用口服多潘立酮混悬液(吗丁啉)治疗。试验数据统计人员处于盲态。

1.2 诊断标准 参照罗马 II 标准婴儿返流病、周期性呕吐综合征及中医儿科学呕吐章节制定:1)每天出现 3 次或 3 次以上急性剧烈发作的恶心和不间断的呕吐,持续数天至数周。2)无干呕、呕血、吸入性肺炎、呼吸暂停、发育障碍或被迫体位。3)无可解释

基金项目:中医药三年行动计划第二期(编号:ZY3-CCCX-1-1005)——董氏儿科中医流派学术经验传承

作者简介:刘斐(1985.11—),女,医学博士,住院医师,研究方向:中医药防治肺脾系疾病,E-mail:liufeicindy@163.com

通信作者:林洁(1968.01—),女,硕士,主任医师,研究方向:中医药防治小儿脾系疾病,E-mail:13621971821@163.com

这些症状的代谢、胃肠或中枢神经系统疾病的证据。

1.3 纳入与排除标准 纳入标准:1)年龄在3~14岁;2)临床表现符合《中医病证诊断疗效标准》制定:呕吐食物残渣,或清水痰涎,或黄绿色液体,甚则兼夹少许血丝,一日数次不等,持续或反复发作,可伴有恶心,纳谷减少,胸脘痞胀,或胁肋疼痛;包括消化功能紊乱所致的呕吐,如功能性消化不良、胃食管反流症、食管痉挛等。

排除标准:1)各类中枢感染、颅内病变、胃肠道器质性病变及各类急性感染、肠套叠等所致呕吐;2)呕吐伴恶寒发热、腹泻等全身症状者;3)化学药物、食物等中毒所致呕吐者。

1.4 治疗方法 对照组给予多潘立酮混悬液(吗丁啉,西安杨森制药有限公司生产,生产批号:150302485,1 mL:1 mg)治疗,3~10岁:口服,按体重300 μg/(kg·次),1次/8 h;10岁以上:口服,10 mL/次,3次/d,餐前服。试验组给予董氏指压法治疗,治疗步骤:医者剪净指甲,双手用抗菌洗手液清洗3次,左手四指托住患儿下颌,拇指按压在患儿的下牙床上,右手食指指头呈弓状弯曲伸入患儿舌根部,迅速按压在“火丁”上(解剖位置为会厌软骨部位),加压瞬间即退出,如此完成1次手法。患儿于进食2 h后方能施用本法,指压1 h后方能进食,1次/5 d,3次为1个疗程。

1.5 疗效判定标准

1.5.1 临床疗效 治疗结束后1个月,根据《中医病证诊断疗效标准》进行疗效评价:治愈:呕吐控制,症状消失,实验室检查正常。好转:呕吐次数减少,或间歇时间延长,部分症状消失,实验室检查有改善。未愈:症状无改善或加重。

1.5.2 实验室检查 主要是对胃功能的观察,治疗前与治疗结束后分别对患儿进行胃电图检测,观察其胃功能情况。

2 结果

2.1 试验组与对照组脱落率比较 2组脱落率经Fisher精确概率法检验无统计学意义($P=0.478$),

合计脱落率小于20%。

表1 2组脱落率的比较(n)

组别	例数	未脱落	脱落	脱落率(%)	P
试验组	36	33	3	4.2	0.478
对照组	36	30	6	8.3	
合计	72	63	9	12.5	—

2.2 试验组与对照组性别、年龄和病程均衡性比较 组间性别比较采用 χ^2 检验,年龄和病程采用t检验,2组在性别、年龄和病程方面差异均无统计学意义(性别: $\chi^2=0.02, P=0.885$,年龄: $t=-0.35, P=0.724$,病程: $t=-0.41, P=0.686$)。见表2。

表2 2组性别、年龄和病程比较($n, \bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别		年龄	病程
		男	女		
试验组	33	17	16	5.48 ± 2.12	2.23 ± 1.44
对照组	30	16	14	5.30 ± 2.00	2.10 ± 1.14
合计	63	33	30	5.40 ± 2.05	2.17 ± 1.30
统计量	—	$\chi^2=0.02$		$t=-0.35$	$t=-0.41$
P	—	0.885		0.724	0.686

2.3 试验组与对照组总体疗效的比较 试验组总有效率为96.9%,对照组总有效率为90.0%,2组疗效按等级秩和检验试验组优于对照组($Z=-2.11, P=0.035 < 0.05$)。见表3。

表3 2组总体疗效的比较(n)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	Z	P
试验组	33	10	19	3	1	96.9	-2.11	0.035
对照组	30	4	17	6	3	90.0		
合计	63	14	36	9	4	—	—	—

2.4 胃电图变化情况的比较

2.4.1 试验组与对照组治疗前胃电图各变量比较

2组经t检验,差异无统计学意义,2组均衡性好,具有可比性。见表4。

2.4.2 试验组与对照组治疗后胃电图各变量比较

2组经t检验,胃体餐后正常频率百分比,胃体餐后离散度,胃窦餐后离散度,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表5。

表4 试验组与对照组治疗前胃电图各变量的变化比较($\bar{x} \pm s$)

参数	试验组(n=33)	对照组(n=30)	t	P
胃体餐后正常频率百分比(%)	35.39 ± 14.78	39.48 ± 12.71	1.17	0.246 > 0.05
胃体餐后正常能量百分比(%)	21.73 ± 16.24	21.95 ± 13.03	0.06	0.952 > 0.05
胃体餐后离散度%	18.48 ± 2.00	17.83 ± 2.26	-0.43	0.684 > 0.05
胃窦餐后正常频率百分比(%)	38.29 ± 18.63	37.77 ± 20.14	-1.11	0.915 > 0.05
胃窦餐后正常能量百分比(%)	19.64 ± 12.18	20.26 ± 13.31	0.19	0.847 > 0.05
胃窦餐后离散度%	19.98 ± 2.49	19.34 ± 2.91	-0.34	0.748 > 0.05

表5 2组治疗后胃电图各变量变化的比较($\bar{x} \pm s$)

参数	试验组(n=33)	对照组(n=30)	t	P
胃体餐后正常频率百分比(%)	57.34 ± 18.69	49.09 ± 15.85	-2.21	0.031 < 0.05
胃体餐后正常能量百分比(%)	31.01 ± 22.24	32.04 ± 17.77	0.14	0.892 > 0.05
胃体餐后离散度%	6.25 ± 0.75	10.01 ± 2.20	-2.85	0.029 < 0.05
胃窦餐后正常频率百分比(%)	49.80 ± 17.51	51.73 ± 16.84	0.37	0.716 > 0.05
胃窦餐后正常能量百分比(%)	28.72 ± 17.80	30.59 ± 16.47	0.25	0.801 > 0.05
胃窦餐后离散度%	5.75 ± 0.51	10.51 ± 2.06	-2.93	0.026 < 0.05

2.5 不良反应及并发症发生率 本研究无不良反应或并发症发生。

3 讨论

小儿作为一个特殊的群体,有着特有的消化系统解剖特点,这些解剖特点造成小儿易发生呕吐的生理病理基础:新生儿及婴幼儿口腔黏膜薄嫩,血管丰富,唾液腺发育不够完善,唾液分泌少,口腔黏膜干燥,易受损伤和局部感染;口腔是消化道的起端,具有吸允、吞咽、咀嚼、消化、味觉、感觉和语言等功能。一旦家长喂养不当,很容易造成小儿口腔损伤和感染,造成会厌反射,出现呕吐。新生儿和婴儿的食管呈漏斗状,黏膜纤弱、腺体缺乏、弹力组织及肌层尚不发达。下食管括约肌发育不成熟,控制能力差,常发生胃食管反流。婴儿吸奶时常吞咽过多空气,易发生溢奶。新生儿胃容量约为30~60 mL,后随年龄而增大,1~3个月时90~150 mL,1岁时250~300 mL,5岁时为700~850 mL,成人约为2 000 mL。故年龄愈小每日喂食的次数愈多。但哺乳且不久幽门即开放,胃内容物陆续进入十二指肠,故实际胃容量不完全受上述容量限制。因此若家长一味填塞,极易造成小儿胃肠负担,导致小儿呕吐。婴儿胃呈水平位,当开始行走时其位置变为垂直;胃平滑肌发育尚未完善,在充满液体食物后易使胃扩张;由于贲门和胃底部肌张力低,幽门括约肌发育较好,故易引起幽门痉挛出现呕吐。在母体内,胎儿的肠道是无菌的,生后数小时细菌即从空气、奶头、用具等经口、鼻、肛门入侵至肠道;主要分布在结肠和直肠。正常肠道菌群对侵入肠道的致病菌有一定的拮抗作用。婴幼儿肠道正常菌群脆弱,易受许多内外界因素影响而致菌群失调,引起消化功能紊乱而致呕吐。杨磊等^[1]对302例婴儿呕吐病例分析中发现非感染性疾病中,以喂养不当及胃食管返流居多。方英莲等^[2]则发现长期呕吐患儿中胃食管返流和滑动型食管裂孔所占比率较高为71.9%。万宏等^[3]回顾性分析非感染因素引起的长期、反复呕吐超过15 d的318例婴儿的临床资料。结果318例中,内科疾

病147例,占46.2%,其中胃食管反流103例(占32.4%)、糜烂性胃炎23例(占7.2%)、喂养不当12例(占3.8%)。

古代文献中对本病早有记载,古人谓有声有物谓之呕,有物无声谓之吐,有声无物谓之嘔,如《颅凶经》云“小儿嘔逆吐,皆胃气虚,逆气客于脏气而作,当和胃养气”。隋唐时期呕吐已作为单独的病名出现,如《诸病源候论·小儿杂病诸候》认为“儿啼未定,气息未调,乳母匆遽以乳饮之,其气尚逆,乳不得下,停滞胸膈,则胸满气急,令儿呕逆变吐。又,乳母将息取冷,冷气入乳,乳变坏,不捻除之,仍以饮儿,冷乳入腹,与胃气相逆,则腹胀痛,气息喘急,亦令呕吐。”并且其提出呕吐的病因责之于喂养。宋朝随着辨证论治体系的形成,呕吐已分型论治。至明清时期,对呕吐的病因病机及治疗已趋于完善。如《幼科证治准绳》曰“若呕吐不乳,困倦自汗,或自利腹胀者,脾胃气虚也。伤乳吐乳下婴儿,乳哺太过,或儿睡着而更衔乳,岂有厌足,以致脾不能运,胃不能受满而溢,故令呕吐。”《保婴撮要·卷六·呕吐乳》云“呕吐皆主脾胃,古人谓脾虚则呕,胃虚则吐是也。呕者有声无物,吐者有物无声也。盖乳哺过饱,则胃不能受而溢出,衔乳多食睡,则脾不能运而作泻,脾胃渐伤,疾病缠绵,甚至慢惊之患矣。”《幼幼集成·卷三·呕吐证治》“夫呕吐者,阳明胃气下行则顺,今逆而上行,故作呕吐。其证有声有物谓之呕;有物无声谓之吐;有声无物谓之嘔,又曰干呕,久病见此者死。盖小儿呕吐,有寒有热有伤食,然寒吐热吐,未有不因于伤食者,其病总属于胃。复有溢乳、哕乳、呕嘔,皆与呕吐相似,而不可以呕吐治之。更有寒热拒隔之证,又有虫痛而吐者,皆当详其证而治之。凡治小儿呕吐,先宜节其乳食,节者,减少之谓也。凡呕吐多渴,不可与之茶水,水入复吐,终不能止,必强忍一二时久,而后以米汤与之,吐自止矣。”综上可知,呕吐的病位在胃,病机为胃气上逆,病因多责之于寒热失调,喂养失宜。盖胃为水谷之海,主受纳和腐熟水谷,胃气上逆则受纳失司,呕

吐哕逆交作均责之于胃。

已故儿科泰斗董廷瑶教授,家中世代业医,幼承庭训,治学严谨,行医80年,不计私利,不图虚名,常以“幼吾幼以及人之幼”为主旨,全心全意为患儿服务,为中医事业以及儿童健康贡献一生,曾任中医文献馆馆长,荣获国务院颁发的特殊津贴和奖状。董廷瑶教授在对众多患儿诊察中发现呕吐症与患儿咽喉之“火丁”有关。“火丁”是指舌根部与悬雍垂相对的部位,局部突起,甚至高耸,董师谓:此因浊邪火热熏蒸形成,乃胃失通降,秽浊之气循经而上,咽喉不适引发呕吐,犹如频繁的鹅毛抵咽探吐之状,致使呕吐反复难愈。董氏指压法是董廷瑶教授为婴儿吐乳证创立的独特治疗手法,患儿自出生后即频频吐乳,一日数度,喂乳后烦躁不宁,时时转颈并腿,有即刻就吐或者食后0.5~1h左右自吐,量多呈喷射状,吐后患儿安静。患儿无器质性病变或感染性病变,病因多责之于寒热失调、食积、喂养不当,临床使用中西药治疗,疗效均不佳,况且患儿年龄较小,依从性差,配合程度低,在此种情况下,董老经过临床不断的观察,发现吐乳的患儿咽喉部会厌软骨处有局部突起,甚至高耸坚硬,称之为“火丁”,此因浊邪火热熏蒸所成,致使胃失通降,秽浊之气循经而上,咽喉不适引起反射性呕吐,董老认为“火丁”可以作为一良效治疗点,尝试以指压法按压“火丁”治疗婴儿吐乳证,大多数患儿经过治疗后即可痊愈^[4]。汪永红等^[5]使用董氏指压法治疗婴儿吐乳症进行随机对照临床研究,总有效率达到94.2%。

我们经过临床观察发现,董氏指压法不仅适用于婴儿吐乳证,还可适用于任何功能性呕吐。呕吐病机总属胃失和降,胃气上逆。“火丁”部位是足阳明胃经循喉咙,足太阴脾经连舌本,散舌下的必经之路,根据针灸学原理,凡内脏功能失调,沿其经络系统所产生的反应点亦即具有良效的治疗点。呕吐既是脾胃疾患,“火丁”之部位正是足太阴脾经、足阳明胃经在体内循行所过之处,经云:“足太阴之脉属脾,络胃,上膈,挟咽,连舌本,散舌下”“足阳明之脉……循喉咙,入缺盆,下膈,属胃,络脾。”董氏认为脾气宜升,胃气宜降,“火丁”高突,胃气上逆引起呕吐,按压“火丁”可作为一良效治疗点,促使脾胃气机调畅,通降复常而奏平逆降浊止呕之效。采用本法可使胃内容积扩大,犹如盛物之杯具由小变大,胃气上逆之势被遏,通降下行之能渐趋恢复,故按压时短暂,却可持之以恒。至于引起“火丁”突起之浊邪火热,因胃得通降,秽浊已无滋生之源,不专祛邪而

“火丁”自复也。

总之,按压“火丁”可以降胃气,调脾胃,止呕吐。而且火丁部位亦是迷走神经的分布之处,迷走神经对胃具有抑制和兴奋的双重调节作用。与呕吐相关的一种胃肠运动—逆向移行巨大收缩(RGC),实验证明:在切断人和动物双侧迷走神经后,可使其胃的容受性舒张遭到破坏,胃的膨胀性变小,胃蠕动的力量减弱甚至消失,胃排空减慢。按压“火丁”可以直接刺激迷走神经,一方面使胃容受性舒张,另一方面大量释放ACH,兴奋消化道平滑肌,使胃蠕动加快,加速胃排空,从而止住呕吐^[4]。

多潘立酮(吗丁啉)为多巴胺受体拮抗剂,拮抗多巴胺对胃肠平滑肌的抑制作用,直接作用于胃肠壁,可增加食管下部括约肌张力,防止胃-食管反流,加速胃排空,还可使幽门舒张期直径增大,具有明显的止吐作用,还可协调胃窦、十二指肠的运动。赵海霞^[6]认为多潘立酮治疗小儿呕吐的效果显著,缩短呕吐时间和腹胀时间,改善胃潴留时间,加快患儿的恢复。李华等^[7]利用多潘立酮治疗新生儿呕吐,发现其疗效优于碳酸氢钠洗胃治疗,呕吐停止时间、胃潴留改善时间、腹胀消失时间均明显少于碳酸氢钠洗胃治疗。但是由于婴幼儿代谢和血脑屏障的功能尚未发育完全,不能完全排除多潘立酮对神经系统的作用如头痛、头晕、嗜睡、倦怠、神经过敏、张力障碍性反应等。胃电图是记录胃肠慢波的一种重要手段。所有的细胞都具有一个跨膜电位差,称为静息膜电位^[8]。静息膜电位是细胞产生动作电位所必须的^[8]。大部分可兴奋组织的静息膜电位是相当稳定的,但胃肠平滑肌的静息膜电位可随时间而变化^[8]。静息膜电位的波动称为慢波(也称基本电节律),它是胃肠平滑肌所特有的,是一种缓慢的、自发的、节律性的去极化波,其正常范围为2.4~3.7cpm。慢波由间质细胞产生,该细胞具有成纤维细胞以及平滑肌细胞的特性。它存在于纵行肌和环形肌之间,与纵行肌和环形肌细胞形成缝隙连接,慢波通过这些缝隙扩散至胃肠道的所有平滑肌。当慢波的峰值超过该细胞产生动作电位的阈值时,就可以在此慢波上爆发一个或多个动作电位。无动作电位的慢波引起平滑肌的轻微收缩,在慢波上产生的动作电位引起很强的平滑肌收缩。发生在慢波上的动作电位越多,引起的平滑肌收缩就越强。

1922年Alvarez首次以皮肤表面电极从人的腹壁体表记录到胃电活动,称为胃电图(elec tro gastro graphy, EGG),由于胃电信号十分微弱,变化十分

缓慢,功能性胃肠疾病临床医师尚不够重视,胃电图检查一直发展缓慢,但是近十年来,随着电子技术和计算机的迅猛发展,胃电图检查已被广泛地应用于临床诊断胃动力性疾病,准确反应胃的电生理活动。胃电信号较弱,动作电位持续时间较慢波时间短,胃电图并不能捕捉到动作电位,所以胃电图记录的是慢波。慢波一方面可以促发动作电位的产生,另一方面慢波去极化超过收缩阈值时,胃平滑肌即发生收缩。慢波去极化的程度越大,时间越长,胃收缩的力量就越强。Jonderk 等^[9]研究也证实,通过对不同时间测得胃电图分析显示,胃电图反映胃电慢波参数有很好的可重复性。因此,胃慢波的频率、离散度间接反应了胃的蠕动情况及节律规整情况。近年来,儿科同事们做了大量的研究,发现围生期窒息的新生儿喂奶时出现的拒乳、腹胀、呕吐等症状,可能与其胃电节律异常有关^[10]。Uscinowicz M 等^[11]研究显示胃电图对小儿胃炎的诊断与作为“金标准”的胃镜诊断相符率为 90% 左右。朱有玲等^[12]亦证实胃食管反流性疾病患者餐前餐后胃电节律异常,胃排空功能延迟。胃电节律能良好地反映中医药治疗胃肠疾病疗效的调节水平^[13]。董梅等^[14]利用胃电图纪录反复呕吐患儿的胃电活动,发现 CVS 的患儿均有胃电活动异常,存在胃电节律紊乱。

从本研究结果来看,试验组在总体疗效上远远好于对照组,可见董氏指压法可以有效的改善患儿的临床症状,治疗呕吐。胃电图检查显示试验组与对照组均可以增加胃体及胃窦餐后正常频率百分比、餐后正常能量百分比,减少离散度。正常频率百分比增加意味着 2 组均能增加胃体及胃窦正常慢波的频率,慢波促发动作电位的产生,这样就减少了无效的慢波,增大了动作电位发生的概率。正常能量百分比增加意味着 2 组均能使胃电节律趋于整齐性,这样可以减少兴奋在胃平滑肌上传导时落在不应期的概率。离散度的减少意味着 2 组均可以调节胃电节律的规整性,使其动作电位正常传导,防止其产生逆向动作电位,引起反流。食物由胃进入十二指肠的过程称为胃排空 (gastric emptying)。胃排空直接动力是幽门两侧的压力差,原始动力为胃运动产生的胃内压增高^[28]。2 组通过增加胃体及胃窦的正常节律,增加了胃平滑肌的收缩概率,胃收缩增加,胃部运动产生的压力就会增加。且 2 组还可增加胃窦部节律的整齐性,这样就增加了兴奋的有效传导率,直接增加胃窦部收缩,胃窦部的收缩有利于

幽门两侧压力差的形成,因此,2 组通过改变胃部节律,增加胃部收缩,促进胃排空。

试验组在胃体餐后正常频率百分比,胃体餐后离散度,胃窦餐后离散度等数据上与对照组的差异有统计学意义,而在胃窦餐后正常频率百分比,胃体餐后正常能量百分比,胃窦餐后正常能量百分比等数据上还未看出差别。可见,董氏指压法优点在于刺激迷走神经直接调节胃部的运动节律,使其趋于规整,减小胃部电活动的离散度,尤其是胃体部分,可以增加此部的有效慢波频率,防止产生逆向、横向等其他方向的动作电位,促进胃的正常蠕动。

董氏指压法凭借对迷走神经的刺激,对胃肠道的功能具有调节作用,治疗小儿呕吐,直达病所,有着立竿见影的效果,安全价廉,操作简单,值得全面推广。

参考文献

- [1] 杨磊,胡赤军. 302 例婴儿呕吐病因分析[J]. 中国医疗前沿(上半月),2010,5(21):37,91.
- [2] 方英莲,乔永贤,李炳植. 57 例小儿呕吐临床分析[J]. 延边大学医学学报,2008,31(4):312.
- [3] 万宏,万盛华,李香莲. 婴儿长期反复呕吐 318 例病因分析[J]. 实用临床医学,2012,13(10):94-95.
- [4] 余晓霞,吴鸿,陈学新. 中国隆菌蚊属三新种记述(双翅目:菌蚊科)[J]. 昆虫分类学报,2008,30(1):45-49.
- [5] 汪永红,张亦群,王霞芳,等董氏指压法治疗婴儿吐乳症随机对照临床研究[J]. 上海中医药杂志,2006,40(8):44-45.
- [6] 赵海霞. 多潘立酮治疗小儿呕吐的临床分析[J]. 中国卫生标准管理,2015,6(5):241-241,242.
- [7] 李华,安海霞. 多潘立酮悬浊液治疗新生儿呕吐临床观察[J]. 当代医学,2012,18(29):55.
- [8] 梅岩艾,王建军. 生理学原理[M]. 4 版. 北京:高等教育出版社,2008:19-344.
- [9] Jonderko K, Kasicka-Jonderko A, Krusiec-Swidergoń B, et al. How reproducible is cutaneous electrogastrigraphy? An in-depth evidence-based study[J]. Neurogastroenterol Motil,2005,17(6):800-809.
- [10] 张辉. 胃电图及其研究进展[J]. 河北医药,2005,27(8):629-630.
- [11] Uscinowicz M, Jaročka-Cyrta E, Kaczmarski M. Electrogastrigraphy in children with functional abdominal pain and gastritis[J]. Pol Merkur Lekarski,2005,18(103):54-57.
- [12] 朱有玲,罗金燕,王学勤,等. 胃电图和胃排空检测对 GERD 的动力学研究[J]. 基础医学与临床,2001,21(z1):45.
- [13] 安朋朋,唐明. 胃电图在中医药领域中的应用现状[J]. 医学综述,2009,15(24):3765-3767.
- [14] 董梅,宋红梅,邱正庆,等. 小儿周期性呕吐胃肠动力特点和发病机制探讨[J]. 临床儿科杂志,2003,21(12):770-772.