Advances in Clinical Medicine 临床医学进展, 2025, 15(10), 217-222
Published Online October 2025 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/acm
https://doi.org/10.12677/acm.2025.15102747

Hans汉斯

针灸治疗顽固性呃逆的现状与展望

崔皓然[1]，宋春华[2*]

[1]黑龙江中医药大学研究生院，黑龙江 哈尔滨
[2]黑龙江中医药大学附属第二医院门诊针灸科，黑龙江 哈尔滨

收稿日期：2025年8月26日；录用日期：2025年9月19日；发布日期：2025年9月28日

摘 要

顽固性呃逆是指持续时间超过48小时的病理性打嗝，通常对常规治疗方法无效。该病症可由中枢神经系统病变、代谢紊乱、胃肠道疾病或药物等多种因素引起，严重影响患者的生活质量。近年来，随着对顽固性呃逆发病机制的研究深入和新疗法的探索，临床治疗取得了显著进展。本文通过查询知网、万方、维普网等专业数据库，对近年来中医针灸领域内众多医学专家在顽固性呃逆治疗方面的经验进行了系统的梳理和总结，为针灸临床治疗顽固性呃逆提供借鉴与参考。

关键词

顽固性呃逆，针刺，电针，研究进展，综述

The Current Status and Prospects of Acupuncture and Moxibustion in the Treatment of Refractory Hiccup

Haoran Cui[1], Chunhua Song[2*]

[1]Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang
[2]The Outpatient Acupuncture Department, The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: August 26, 2025; accepted: September 19, 2025; published: September 28, 2025

Abstract

Stubborn hiccups refer to pathological hiccups that persist for more than 48 hours and are usually ineffective with conventional treatment methods. This condition can be caused by various factors

*通讯作者。

文章引用: 崔皓然, 宋春华. 针灸治疗顽固性呃逆的现状与展望[J]. 临床医学进展, 2025, 15(10): 217-222.
DOI: 10.12677/acm.2025.15102747

such as central nervous system disorders, metabolic disorders, gastrointestinal diseases, or medications, which seriously affect the patient's quality of life. In recent years, with the deepening of research on the pathogenesis of refractory hiccup and the exploration of new therapies, significant progress has been made in clinical treatment. This paper systematically combs and summarizes the experience of many medical experts in the field of acupuncture and moxibustion in the treatment of intractable hiccup in recent years by querying the professional databases such as CNKI, Wanfang, and VIP, providing reference for the clinical treatment of intractable hiccup with acupuncture and moxibustion.

Keywords

Stubborn Hiccups, Acupuncture, Electroacupuncture, Research Progress, Review

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.
This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).
http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
Open Access

1. 引言

呃逆是一种常见的生理现象，通常短暂且无害。然而，当其持续时间超过 48 小时并影响正常生活时，则被定义为顽固性呃逆，此类病例较为罕见，但病因复杂，涉及中枢神经系统、消化系统及全身性疾病等多个方面。由于顽固性呃逆常伴随严重的不适感，甚至可能导致脱水、营养不良和体重下降等并发症，因此及时有效的治疗至关重要[1]。近年来，随着医学技术的发展，包括药物治疗、神经调控、手术干预在内的多种新型治疗策略逐步应用于临床，并显示出良好的疗效。针灸以其安全有效、毒副作用小在顽固性呃逆的治疗中具有显著优势。本文整理了近几年有关针灸治疗顽固性呃逆的临床观察研究成果，现总结如下，以供参考。

2. 呃逆的病因病机

中医学将呃逆称之为“哕”。《黄帝内经》灵枢·口问篇曰：“黄帝曰：人之哕者，何气使然？岐伯曰：谷入于胃，胃气上注于肺，今有故寒气与新谷气，俱还入于胃，新故相乱，真邪相攻，气并相逆，复出于胃，故为哕。”；《黄帝内经》素问·宣明五气篇曰：“胃为气逆，为哕，为恐”。《黄帝内经》用精简的语言描述出呃逆的病机为“胃失和降，胃气上逆动膈”也就是指胃的升降功能失常，胃气不能向下运行，反而向上冲逆，气流触动膈肌引发呃逆。

张仲景在《金匮要略》中将呃逆分为三种证型：“干呕哕，若手足厥者，橘皮汤主之；哕逆者，橘皮竹茹汤主之；湿家，其人但头汗出，背强，欲得被覆向火，若下之早则哕”。《景岳全书·呃逆》中提到：“然致呃之由，总由气逆。”“呃之大要，亦为三者而已，一曰寒呃，二曰热呃，三曰虚脱之呃”；《证治准绳·杂病》曰：“呃逆，即《内经》所谓哕也。”“圣人之言胃气逆为哕者，非由一因而逆，缘王太仆用《灵枢》之意，竟作肾寒逆上之病注之，由是后代方论，或用热剂治寒，或用辛温散气。安知脾与胃，一阴一阳也，二者不和亦逆。肾肝在下，相凌亦逆，且肾之逆，未可便谓之寒也”。有关针灸治疗，在《普剂方·针灸门》中提到：“治卒哕：穴膻中、中府、胃管(灸数十壮)、尺泽、巨阙(各灸七壮)”。文中提到通过艾灸膻中、中府、胃脘、尺泽、巨阙等穴位，可以治疗突然发作的呃逆。《针灸集成》曰：“呕吐：中脘、内关并针，三阴交留针，神效”此处虽然描述的是呕吐，但中脘、内关等穴也是治疗呃逆的常用穴位，对呃逆伴呕吐的治疗可以起到一定的参考价值。

3. 针灸治疗呃逆的作用机制

现代医学认为，呃逆的发生本质是膈肌运动的神经调节通路异常激活，涉及“外周刺激→神经传导→中枢调控→膈肌效应”的完整链条，任何环节的异常均可诱发呃逆，由此可见呃逆的发生可能与中枢神经系统、外周神经系统以及膈肌本身相关[2]。基于现代医学以及神经解剖学，膈肌的运动由膈神经(C3~C5 脊神经前支)控制，其活动受“呃逆中枢”调控，同时受到交感神经与迷走神经的协同影响。因此，根据发病部位的不同，针灸治疗的作用机制也体现在不同方面。例如：针对中风后呃逆，针灸治疗可以通过“神经可塑性”机制，促进受损脑区(如延髓、岛叶、前额叶)的突触再生与神经网络重构，恢复岛叶(内脏感觉整合中枢)、前额叶(高级运动调控)对“呃逆中枢”的下行抑制作用[3]；外周神经受损导致的呃逆，例如胃炎、胸膜炎等，则可以通过刺激外周特定穴位(如内关、足三里、中脘)，激活穴位处的机械感受器和化学感受器，产生正常的神经冲动[4]；此外，针灸还可以通过影响自主神经与内分泌系统，改善全身内环境，间接缓解呃逆。中医认为，呃逆的病位在胃，与肝、脾、肾、肺密切相关，经络则以足阳明胃经、手厥阴心包经、足厥阴肝经为主。虽然中西医的理论体系有所差别，但是对于呃逆的认知有相似之处。例如：中医的“胃失和降”对应西医中胃肠道功能紊乱刺激迷走神经；中医的肝气犯胃对应西医中情绪通过自主神经影响膈肌运动；中医的肝阳上亢对应西医中脑血管疾病导致的呃逆中枢受损等。基于以上机制，结合呃逆的病因，病程，患者的身体状况，可以得出不同的针灸治疗方案。例如中枢性顽固性呃逆以调神醒脑、疏肝理气为主，治疗以头针为主，配穴取足阳明胃经、手厥阴心包经等要穴；外周性顽固性呃逆以疏通局部气机为主，佐以和胃散寒，治疗取中脘、足三里、内庭等足阳明胃经要穴，配穴可根据辨证论治选取，如胃寒取公孙，痰饮取丰隆，食积取梁丘等。同时应考虑患者的病程以及是否存在基础疾病，根据以上条件调整治疗方案，使针灸治疗更具针对性，缩短治疗所需周期。

4. 针刺治疗

刘家斌、蔡俊、田克瑶等[5]进行随机对照试验，将就诊的 70 位患者分为治疗组 35 例以及对照组 35 例。对照组患者对照组行咽反射治疗，试验组在对照组基础上毫针针刺足三里、内关、中脘、合谷，均治疗 4 周记录两组治疗前后症状评分、中医症候积分，试验组均明显低于对照组，治疗后两组生活质量评分均明显升高，且试验组均显著高于对照组($P < 0.05$)。可以得出：毫针针刺联合咽反射治疗可以降低脑卒中后顽固性呃逆患者呃逆程度。晋延玲，林忆平，李靖等[6]选择 60 例符合纳入标准的顽固性呃逆患者并随机分为对照组与治疗组，每组 30 例，治疗组采用颈夹脊输刺治疗，对照组采用常规针刺治疗，7 次为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。治疗后患者症状较前均有所好转，治疗组总有效率 96.7%明显优于对照组 83.3%，2 组数据比较($P < 0.05$)，差异具有统计学意义。张兰芳、吴晓云等[7]对 82 例卒中后顽固性呃逆患者进行随机对照试验，每组 41 例。对照组给予常规现代医学治疗，具体方法为：首先对患者进行鼻腔和咽喉的味觉和感觉刺激。其次，嘱患者屏息一定时间，后正常呼吸。之后在患者平静状态下对患者惊吓。最后根据以上试验可以明确呃逆出现的原因，选择相对应的药物进行治疗。例如：氯丙嗪和异丙嗪等镇静类药物，可以作用于患者的神经系统以控制呃逆。甲氧氯普胺和多潘立酮等药物可以通过促进胃肠的蠕动，治疗因消化系统病变而引起的呃逆。在保证以上治疗方案的同时，根据患者自身基础疾病提供对症治疗，治疗时间为 7 天；治疗组在对照组的基础上给予患者针灸治疗。得气后采用补泻手法对患者行针 1 次，时间为得气后 10 分钟，治疗时间为 7 天。对比两组临床治疗有效率可得：对照组有效率为 80.49%，治疗组有效率为 97.56%。得出结论：治疗组与对照组对于治疗顽固性呃逆均有疗效，且治疗组的治疗有效率显著高于对照组($P < 0.05$)。

5. 灸法治疗

王绍霞，李丽，赵明月等[8]选取 76 例由脾胃虚寒引起的顽固性呃逆患者，采用随机数表法分为对照组与治疗组，每组 38 例。对照组采用常规治疗方案，治疗组采用隔姜艾灸加耳穴压豆治疗，观察二组试验数据发现，治疗组治疗结束后 4 周的复发率(1.3%)低于对照组(4.0%)，二组数据对比(P < 0.05)，说明该疗法治疗脾胃虚寒型顽固性呃逆有较好疗效。卢建[9]将 30 例中风后顽固性呃逆患者按随机数表法分为治疗组与对照组，每组各 15 人，对照组采用常规西药治疗，治疗组在对照组的基础上采用温针灸治疗，通过对比二者治疗后数据发现，治疗组在治愈率(86.67%)方面明显高于对照组的治愈率(66.67%)，说明温针灸结合药物在治疗脾胃虚寒型顽固性呃逆方面具有十分明显的优势(P < 0.05)。朱亚楠[10]将 30 例患者分为治疗组与对照组，对照组使用口服药物等常规西医方法治疗，治疗组在对照组的基础上结合温针灸治疗，具体操作为在患者的中脘和下脘两个穴位进行温针灸治疗，同时给予患者常规针刺治疗，对比治疗有效率结果显示；治疗组有效率为 86.67%，对照组有效率为 66.67%，治疗组明显高于对照组(P < 0.05)，可以得出结论，温针灸对于治疗中风后顽固性呃逆是一种具有较好的临床疗效的方法。

6. 穴位注射治疗

穴位注射是使用注射器将液体药物注入穴位内部以治疗相关疾病的一种中西医结合治疗手段。韩星[11]将 60 例顽固性呃逆患者，采用随机数表法分为常规治疗组与观察治疗组，各 30 例。常规治疗组采用常规针刺治疗，观察治疗组则采用常规针刺治疗加穴位注射综合治疗，比较 2 组患者治疗后临床效果后得出：常规治疗组有效率为 83.3%，观察治疗组有效率为 96.7%。观察治疗组有效率明显高于常规治疗组(P < 0.05)。刘哲，纪俊青，李振花[12]将 60 例顽固性呃逆患者随机均分成治疗组与对照组，每组各 30 例。对照组采取常规针刺治疗，治疗组在对照组的基础上，增加穴位注射氯丙嗪联合揿针治疗，观察两组患者的治疗效果并评价疗效。结果：治疗组总有效率为 96.67%，对照组总有效率为 80.00%，治疗组治愈率为 73.33%，对照组的治愈率为 50.00% (P < 0.05)。2 组呃逆症状评分均降低，且治疗组低于对照组(P < 0.05)。由此可得出结论：氯丙嗪穴位注射联合揿针治疗顽固性呃逆是一种有效的治疗手段。

7. 电针治疗

电针疗法是指：采用特定的治疗仪器产生各种波形的电流，将电流通过金属针灸针作用于特定穴位从而治疗疾病的一种治疗方法。王琛琛，章慧，谢威等[13]将 80 例胃癌术后出现顽固性呃逆的患者随机分为对照组和治疗组各 40 例。对照组采用盐酸甲氧氯普胺注射液肌内注射治疗，治疗组予电针针刺双侧足三里、双侧膈俞、双侧内关进行治疗。记录两组患者治疗前后顽固性呃逆频率、治疗顽固性呃逆起效时间、顽固性呃逆症状评分、治疗有效率、生活质量情况及不良反应情况。治疗结束后对两组试验结果进行数据分析并得出结论。结果：经治疗，治疗组总有效率为 92.50%，对照组总有效率为 72.50% (P < 0.05)。治疗后治疗组顽固性呃逆频率、治疗顽固性呃逆起效时间、顽固性呃逆症状评分及生活质量评分均优于对照组(P < 0.05)。结论：盐酸甲氧氯普胺注射液肌内注射和电针治疗均可有效缓解胃癌术后顽固性呃逆的临床症状，电针在降低顽固性呃逆频率、呃逆评分改善情况、患者生活质量情况、呃逆起效时间、治疗有效率等方面均优于盐酸甲氧氯普胺注射液肌内注射。

8. 其他综合疗法

8.1. 针刺联合中药

钟芸舒[14]采用针刺结合血府逐瘀汤治疗顽固性呃逆患者 30 例。治疗组应用针刺结合血府逐瘀汤加减，对照组采用常规针刺治疗，结果发现，治疗组治愈率(70.0%)高于常规组(43.3%)，且治疗组复发率明

显低于常规组(P < 0.05)，表明针刺结合中药治疗顽固性呃逆有较好的效果。李长来[15]采用针灸联合止呃汤治疗脑卒中后呃逆患者 46 例，治疗组应用针刺结合口服止呃汤，对照组采用常规针刺治疗，结果显示，治疗组的有效率为 93.5%，对照组的有效率为 76.1%，说明治疗组治愈率高于常规组(P < 0.05)。满斌等[16]将旋覆代赭汤与调神降逆针法相结合，用于治疗中风后呃逆患者共 42 例，通过数据表明，治疗组总有效率为 97.62%，对照组总有效率为 83.33%，针药组优于对照组(P < 0.05)，可得出结论：调神降逆针法联合旋覆代赭汤治疗中风后呃逆具有良好的临床疗效。

8.2. 耳穴贴压

杨思奇等[17]运用耳穴贴压治疗脑卒中后顽固性呃逆，将 60 例患有脑卒中后顽固性呃逆的患者按随机数表法分为对照组和治疗组，各 30 例，对照组采用常规治疗，包括口服枸橼酸莫沙必利分散片、刺激迷走神经、屏气伸舌等，治疗组在对照组的基础上，采用耳穴贴压，具体穴位为神门穴，按压 15 秒左右，出现酸胀感后停止，治疗 24 h 后，治疗组与对照组患者的呃逆发生率均有所下降，且治疗组的呃逆发生率明显低于对照组，说明耳穴贴压治疗脑卒中后顽固性呃逆疗效确切，能够有效抑制病情，降低复发率。

9. 小结

综上所述，针灸治疗顽固性呃逆的方法多种多样，疗效不一，相较于西医方法，针灸治疗更加注重个体差异和整体调理。在穴位的选择上，针灸治疗顽固性呃逆同样依靠中医辨证施治原则辩证选穴，根据患者不同的症候表现，选取相应穴位，根据患者的具体体质和病情进行个性化治疗，从而更好地促进疾病的康复。在治疗方法上，采用多种治疗手段相结合的综合治疗方法，往往能够取得比单一疗法更佳的治疗效果。此外，由于针灸是一种自然疗法，它不需要使用药物，因此避免了药物可能带来的不良反应。总的来说，针灸治疗顽固性呃逆是一种安全、有效且个性化的疗法，它结合了中医的整体观和辨证论治的优势，为患者提供了一种全新的治疗选择。但是针灸治疗顽固性呃逆确实面临一些挑战和局限性。首先，现有研究多为小样本、单中心的观察性研究，少见大规模、随机对照试验(RCT)，可能会对研究结果的准确性和普遍性产生影响。其次，缺乏足够的对比研究设计，这使得难以准确评估针灸与其他治疗方法之间的效果差异。此外，临床疗效评判标准不统一，不同的研究可能采用不同的评判指标和方法，且对“辨证分型”(如寒、热、虚、实)、穴位选择(如是否加用膈俞、攒竹)、刺激参数(如针刺深度、艾灸时长)的标准不统一，导致不同医家的疗效差异大，难以形成“普适性方案”，这使得跨研究之间的结果难以进行有效比较。最后，目前对于不同治疗方法的深入了解和文献资料相对不足，很多研究仍然依赖于先前学者的总结和经验，特别是在治疗机制上，需要更多的创新性研究来探索和验证，提示未来需要通过更严格的大样本随机对照试验来验证针灸治疗顽固性呃逆的疗效和科学依据。

参考文献

[1] 刘越美, 丁淑强. 顽固性呃逆的病因及中医治疗进展[J]. 中华针灸电子杂志, 2022, 11(1): 22-24.

[2] 姜道新. 顽固性呃逆的发病机制及药物治疗进展[J]. 临床荟萃, 1998(9): 400-401.

[3] 薛强, 曹雯丽, 付连浩. 自拟涤痰汤联合盐酸文拉法辛缓释胶囊对短暂性脑缺血发作和急性缺血性脑卒中的疗效研究[J]. 世界临床药物, 2022, 43(5): 596-601.

[4] 王冉, 王新, 齐锡友, 等. 涤痰汤联合大承气汤加减辅助西医常规治疗缺血性卒中痰蒙清窍证合并顽固性呃逆的临床研究[J]. 河北中医, 2024, 46(10): 1608-1611+1616.

[5] 刘家斌, 蔡俊, 田克瑶, 等. 毫针针刺联合咽反射治疗对脑卒中后顽固性呃逆患者症状评分、生活质量的影响[J]. 中国医学创新, 2024, 21(13): 69-73.

[6] 晋延玲, 林忆平, 李靖, 等. 颈夹脊输刺治疗顽固性呃逆的临床研究[J]. 云南中医中药杂志, 2024, 45(4): 89-91.

[7] 张兰芳, 吴晓云. 针灸标准化治疗卒中后顽固性呃逆的效果分析[J]. 中国标准化, 2024(18): 241-244.
[8] 王绍霞, 李丽, 赵明月, 等. 隔姜艾灸加耳穴压豆治疗脾胃虚寒型顽固性呃逆[J]. 中医学报, 2019, 34(9): 1989-1992.
[9] 卢建. 温针灸治疗中风后顽固性呃逆临床疗效研究[J]. 人人健康, 2020(13): 144.
[10] 朱亚楠. 温针灸治疗中风后顽固性呃逆临床疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(12): 155-156.
[11] 韩星. 针刺联合穴位注射治疗顽固性呃逆 30 例[J]. 光明中医, 2023, 38(23): 4643-4645.
[12] 刘哲, 纪俊青, 李振花. 氯丙嗪穴位注射联合揿针治疗顽固性呃逆 30 例[J]. 湖南中医杂志, 2023, 39(11): 70-72+115.
[13] 王琛琛, 章慧, 谢威, 等. 电针治疗胃癌术后顽固性呃逆的临床观察[J]. 中医药导报, 2022, 28(8): 65-68.
[14] 钟芸舒. 血府逐瘀汤治疗激素引起顽固性呃逆临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(21): 75-77.
[15] 李长来. 针灸联合自拟止呃汤治疗脑卒中后呃逆的临床效果[J]. 河南医学研究, 2020, 29(23): 4357-4359.
[16] 满斌, 王琪, 许军峰. 调神降逆针法联合旋覆代赭汤治疗中风后呃逆效果观察[J]. 山东医药, 2020, 60(19): 30-33.
[17] 杨思奇, 李沛, 王丽芬. 耳穴贴压在脑卒中后顽固性呃逆治疗中的应用观察[J]. 现代中医药, 2020, 40(1): 50-52.