

运用调神开窍法治疗卒中后呃逆重症探析

刘翔宇¹, 马 钰¹, 王 冠^{2*}

¹天津中医药大学研究生院, 天津

²天津中医药大学第二附属医院脑病科, 天津

收稿日期: 2025年12月2日; 录用日期: 2025年12月26日; 发布日期: 2026年1月7日

摘 要

卒中后顽固性呃逆(PSH)伴格拉斯哥昏迷量表(GCS) ≤ 8 分重度意识障碍是脑卒中常见并发症, 现代医学药物副作用突出, 传统中医针灸多聚焦轻度意识障碍者, 难及“窍闭神匿, 神不导气”核心病机。本文基于《灵枢》“治神”理论及石学敏院士学术思想, 构建以翳风为主穴、攒竹等为配穴的“调神开窍”针刺方案, 简化为实、虚、中性3类辨证倾向, 主穴操作不变, 仅微调配穴补泻适配急救场景。临床案例(GCS 7分患者)显示, 治疗后30分钟内止呃, 连续6日无复发, 且无药物相关副作用。结果表明, 该方案精准契合核心病机, 验证了中医急救辨证施治的有效性, 为此类病症提供新诊疗思路。

关键词

卒中后顽固性呃逆, 意识障碍, 针刺, 调神开窍法

An Analysis of the Application of the Method of Regulating the Spirit and Opening the Orifices in Treating Severe Post-Stroke Hiccups

Xiangyu Liu¹, Yu Ma¹, Guan Wang^{2*}

¹Graduate School, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin

²Department of Neurology, Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin

Received: December 2, 2025; accepted: December 26, 2025; published: January 7, 2026

*通讯作者。

文章引用: 刘翔宇, 马钰, 王冠. 运用调神开窍法治疗卒中后呃逆重症探析[J]. 中医学, 2026, 15(1): 174-180.
DOI: 10.12677/tcm.2026.151025

Abstract

Post-stroke Intractable hiccups (PSH) accompanied by severe consciousness impairment (Glasgow Coma Scale ≤ 8) represent a common complication of stroke. Modern medical treatments often carry significant side effects, while traditional Chinese acupuncture primarily targets patients with mild consciousness impairment, failing to address the core pathogenesis of “obstructed orifices, concealed spirit, and spirit failing to guide qi”. This paper develops an acupuncture protocol for “regulating spirit and opening orifices” based on the “Treating the Spirit” theory from the *Lingshu* and the academic insights of Academician Shi Xuemin. It employs Yifeng (TE17) as the primary point and Zanzhu (BL2), among others, as auxiliary points. The protocol simplifies diagnosis into three patterns—excess, deficiency, and neutral—while maintaining the primary point unchanged. Only the auxiliary points are slightly adjusted for tonification or dispersion to suit emergency scenarios. A clinical case (GCS 7 patient) demonstrated cessation of hiccups within 30 minutes post-treatment, with no recurrence over six consecutive days and no drug-related side effects. These results confirm the protocol’s precise alignment with the core pathogenesis, validating the efficacy of TCM emergency diagnosis and treatment based on syndrome differentiation, and offering a novel therapeutic approach for such conditions.

Keywords

Post-Stroke Intractable Hiccups, Consciousness Disturbance, Acupuncture, Method of Regulating the Spirit and Opening the Orifices

Copyright © 2026 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

卒中后顽固性呃逆(Post-stroke Intractable Hiccups, PSH)是脑卒中后常见且棘手的并发症之一,其定义为呃逆持续超过 48 小时或常规治疗无效。当 PSH 与格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分 ≤ 8 分的严重意识障碍并存时,临床管理面临极大挑战。此类患者不仅因脑干、丘脑等关键中枢受损导致呃逆反射弧异常兴奋[1],更因意识障碍,无法配合治疗,极大地增加了吸入性肺炎、营养不良、电解质紊乱等风险,显著影响原发病的预后与生存质量[2]。

现代医学对于此症的治疗常陷入两难境地。一线药物如甲氧氯普胺、氯丙嗪等,虽能暂时抑制呃逆,但其镇静、低血压、锥体外系反应等副作用在重症患者中尤为突出,甚至因禁忌症而被迫停用[3][4]。而神经阻滞术等有创操作则风险较高,难以普及。中医针灸在此领域展现出独特潜力,其安全、便捷、副作用少的优势显著[5]。然而,现有文献研究多聚焦于意识清醒或轻度障碍的 PSH 患者,治疗思路大多因循“护胃、化痰、理气”的传统范式[6]。针对重度意识障碍这一特殊背景下,“神”的功能失用与“气”的逆乱之间内在关联的系统性理论探讨与针对性治疗方案的构建,目前研究还在少数。

《灵枢·本神》曰:“凡刺之法,先必本于神”,确立了“神”在针灸诊疗中的根本地位。“神”既是生命活动的外在体现,更是内在气机运行的主宰。石学敏院士亦指出,中风病核心病机在于“窍闭神匿,神不导气”,治疗首重“醒脑调神”[7]。这一论述为重症中风病的治疗指明了方向。现代研究亦证实,PSH 与严重意识障碍共享“中枢调控失常”的病理基础,与调控中枢(如延髓)及丘脑-皮质环路的损伤密切相关[8][9]。这恰好与中医学中“脑为元神之府”“神能驭气”的理论相呼应。基于此,本文旨在

将石学敏院士“醒脑开窍”思想与 PSH 的特定症状相结合,系统构建以“调神开窍为先”的理论与针刺实践体系,以期为该类神经重症的诊疗提供新的理论框架与实践路径。

2. “调神”理论的历史源流与在此重症中的核心价值

“调神”思想贯穿于中医学,尤其是针灸学理论体系的始终。其内涵丰富,远不止于安神定志,更核心的是指调节人体生命活动的主宰功能,使之恢复对周身气血、脏腑、经络的统驭能力。

2.1. “调神”理论的经典内涵

“神”的概念源于《内经》。《灵枢》云:“神气舍心,魂魄毕具,乃成为人。”明确指出“神”是构成完整生命体的标志。《素问》记载:“一曰治神,二曰知养身……”将“治神”列为治病之首务。由此可见,“神”在中医诊疗体系中占据着至高无上的地位。它具体表现为三个方面:一是主持精神意识思维活动;二是统领脏腑经络功能活动;三是司管感觉运动和应激反应[10]。其中,“神”对“气”的统帅作用是“调神”理论能够指导 PSH 伴意识障碍治疗的关键。正如《类经》所说:“神由精气而生,然所以统驭精气而为运用之主者,则又在吾心之神”,深刻揭示了神气之间“神能驭气,气随神行”的内在联系。

2.2. 从“神气关系”解读重症病机

卒中后,风火痰瘀等病理因素上扰清窍,毒邪内生,导致脑窍闭塞[11]。此“窍”既指解剖结构的脑窍,亦指功能层面的神识出入之通道。“窍闭”则“神匿”,此处的“神匿”,并非指神的不存在,而是指其神的功能被严重抑制或隔绝,无法正常外现和发挥作用,反映于临床,即表现为严重的意识障碍(神匿于内)。神为一身自主,神失统领则气机失调,胃气上逆动膈,发为顽固性呃逆,形成“窍闭→神匿→气逆”的病理关联。这一关联恰好解释了为何传统“理气和胃”疗法治疗重度意识障碍患者疗效有限的根本问题。其治疗只局限于“调气”,未能触及“窍闭神匿,神不导气”这一病机本源。因此,治疗的关键在于调神,即“调神开窍为先,调理气机为次”。

2.3. 现代神经科学对“调神”理论的佐证

现代神经科学的发展,为“调神开窍”这一理论提供了新的视野。研究表明,意识障碍与丘脑-皮质环路的损伤密切相关[8]。而呃逆的反射机制与调控中枢(如延髓)调控异常损伤相关[9]。有趣的是,通过特定穴位(如翳风)的深部刺激,所产生的神经冲动不仅可以通过抑制延髓的膈神经核团来终止呃逆,更可能通过调节脑干网状结构的活动,进而影响整个大脑皮层的兴奋性,这或许是“调神开窍”能够实现“促醒”与“止呃”双重效应的现代神经生理学机制[12]-[14]。这种从微观机制上与宏观理论的契合,极大地增强了“调神”理论在现代医学环境下的说服力。

3. 病机辨析:以脑窍为中心,多脏腑功能失调的复合病机

传统上,卒中后呃逆多从“胃气上逆”立论,病位主要责之中焦。然而,当 PSH 与严重意识障碍并存时,其病机远非中焦脾胃所能概括。我们认为,此类重症的病位呈现出“核心在脑窍,标象在三焦”的复合特征。

3.1. 窍闭神匿为该病的根本

卒中,中医称之为“中风-中脏腑”,其病位在于脑。《素问》记载到:“头者,精明之府”,明确将脑与神明功能相联系。卒中直接损伤脑络,瘀血、痰浊等病理产物壅塞清窍,导致元神失其所居,不

能司主神明，神不导气，导致三焦气机逆乱，表现为呃逆。现代医学也证实，脑干、丘脑、皮层等关键中枢的梗死或出血，是同时引发意识障碍与顽固性呃逆的共同病理基础[8][9]，这与“窍闭”的定位高度吻合。

3.2. 三焦逆乱为该病的表现

随着病机的发展，神匿于内则气失统帅，引发三焦气机全面逆乱。具体表现为：上焦失宣，肺气不降：肺主宣发肃降，肺气失于肃降，则气壅于上，不仅无法制约下逆之气，反而加重了整体的气逆之势。中焦失枢，胃气上逆：胃主腐熟水谷，泌别清浊，其气主降。胃气失于和降，反而上逆冲动膈肌，是为呃逆的直接原因。下焦失摄，肾气不纳：肾为气之根，司摄纳。下焦元气亏虚，肾气失于摄纳，则气浮于上，根基不固，使得上逆之胃气难以平复。三者相互作用，共同促成顽固性呃逆[15]。而呃逆的持续不止，作为一种强烈的、耗气的病理活动，又会进一步消耗人体的精微物质，阻碍清阳之气上荣于脑，从而加重“窍闭”，形成一个恶性循环。并且意识障碍患者多为长时间卧病在床，以虚证为主，如《医林改错》所言“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”，最终呈现本虚标实、虚实夹杂的复杂病候。

4. “调神开窍”针方构建

基于上述深刻的病机认识，本团队构建了以“调神开窍为先，调理气机为次，兼顾扶正固本”为治则的针刺治疗方案。该方案非穴位的简单堆砌，而是一个君臣佐使分明、协同作战的有机整体。

4.1. 主穴：翳风

翳风穴作为手足少阳经交会穴[16]具有“通调三焦、醒脑开窍”的双重功能，高度契合本病“窍闭神匿、气机逆乱”的复合病机。从经络理论看，少阳主枢，其经脉“上抵头角，下耳后”，循行联系窍，王富春教授临床经验表明[17]翳风可引经气上行巅顶、清利神窍，实现调神开窍之效；同时，该穴又为调理三焦气机之要穴，能疏利脏腑、平逆降呃，契合“调神为先，调气为次”的治疗思路。现代解剖学研究进一步支持其作用机制：翳风穴深部分布有迷走神经耳支及舌咽神经分支，针刺可直接影响延髓呼吸中枢与膈神经核团，抑制呃逆反射弧[13][14]；同时刺激迷走神经可影响脑干核团活动，调节大脑神经网络的兴奋性[12]，有助于促醒改善意识，为“调神开窍”提供了神经科学依据。方美善等研究报道[18]，针刺翳风穴治疗顽固性呃逆可取得良好效果，有效率较高，验证了其作为主穴的临床合理性。

4.2. 配穴

配穴体系以“调神开窍、调理气机、顾护正气”为目标，选用临床验证有效的穴位，与主穴形成功能互补。

攒竹：足太阳膀胱经穴，其经络循行“从巅入络脑”。与翳风相配，既能借助足太阳经气辅助翳风穴清利脑窍、强化醒脑促醒效果，极大程度上强化了君穴的力量。同时，攒竹是历代医家验证的止呃经验效穴，能疏通局部气血，舒缓膈肌痉挛，与翳风穴形成“标本兼治”的效果。

内关：按照廉玉麟教授治疗呃逆的“调神导气”法的经验[6]，此穴作为手厥阴心包络穴且通阴维脉，也是醒脑开窍针法的主穴之一，其核心功效为调畅心气、宽胸理气，与翳风穴、攒竹穴联用，可达成了神与气的内部关联，推动了神调气机的效果。

合谷：阳明经多气多血，主通降。合谷擅长行气止痛，通调腑气，助脾胃恢复其升降之常，从而协助平降上逆之胃气。

足三里：足阳明胃经之合穴、下合穴。此穴既是健脾益气的要穴，又能和胃降逆，尤其适配患者卒

中后气血亏虚的兼夹病机，常被用作穴位注射治疗呃逆的核心靶点[19][20]，既能为元神恢复提供气血物质基础，又能增强止呃疗效。

综上所述，主配穴组合使用，构建出“调神开窍、调理气机、顾护正气”强力组合，起到了标本兼治的治疗效果，这也是针方在临床中取得显著疗效的关键所在。

4.3. 急救场景下的辨证倾向与适配操作

鉴于本病患者多为重度意识障碍(GCS 评分 ≤ 8 分)，四诊信息不全，治疗以“快速止呃，防控急症”为核心，基于此制定适配方案，简化辨证分型，兼顾效率与安全性，具体如下见表 1：

Table 1. Differential diagnosis and adaptive operations in emergency scenarios
表 1. 急救场景下的辨证与适配操作

辨证倾向	极简判断指标(1 项主征 + 1 项辅征即可)	适配操作方案(主穴操作统一，仅微调配穴)
实证倾向	主症：呃逆声粗浊、频率 ≥ 10 次/分； 次症：喉中痰鸣、面色晦暗、肢体僵硬、脉滑/涩	主穴(翳风，双)：直刺 0.5~1 寸，捻转泻法(力求深部得气，见面部轻微抽搐)；配穴(足三里，双)：直刺 1~1.5 寸，捻转泻法，120 次/分捻转 10 秒；其余配穴(合谷、攒竹、内关)：攒竹向下斜刺 0.3 寸，内关、合谷直刺 0.5 寸，平补平泻法。
虚证倾向	主症：呃逆声低弱、时断时续；次症：汗出肢冷、面色苍白、肢体松软、脉沉弱无力	主穴(翳风，双)：操作同上；配穴(足三里，双)：改为捻转补法，60 次/分捻转 10 秒；其余配穴(攒竹、内关、合谷)：操作同上。
中性倾向	主症：呃逆声强弱不均、频率 5~10 次/分；次症：无明显痰鸣/汗出，面色平和、脉象平。	主穴(翳风，双) + 所有配穴(攒竹、内关、合谷、足三里)：操作同上，均平补平泻法。

4.4. 急救场景下的辨证倾向与适配操作

- 本方案中主穴翳风的深刺操作存在一定潜在风险，需重点关注并做好防范：
1. 潜在风险：翳风穴深部毗邻面神经干、颈内动静脉等重要解剖结构，深刺若角度或深度不当，可能造成面神经损伤，引发面瘫；或刺破颈内动静脉，导致局部血肿、出血，对于凝血功能异常的卒中重症患者，出血风险会显著升高。
 2. 禁忌症：① 局部皮肤存在感染、破溃、肿瘤者；② 患者合并严重凝血功能障碍；③ 颈内动脉严重狭窄或动脉瘤患者。
 3. 防范措施：① 操作前精准定位，以耳后乳突下端前方凹陷为标准，避开明显血管搏动处；② 严格控制进针深度与角度，直刺深度不超过 1 寸，进针时缓慢捻转，避免提插；③ 操作前评估患者凝血功能、生命体征，术中密切监测面色、心率、血压变化；④ 若出现面部抽搐过度、出血等异常，立即退针并采取对应处理(如局部按压止血、营养神经药物干预)；⑤ 全程在多参数监护仪监测下进行。

5. 临床举隅

韩某，男，41 岁，因“脑干出血术后 2 月，意识不清伴顽固性呃逆”入院。2025 年 8 月 2 日就诊于我院，查体：昏迷状态，GCS 评分 7 分，无诱因持续呃逆，频率 10~20 次/分，面色苍白，牙关紧闭，大便不成型，舌未见，脉沉弱无力。辅助检查：CT 示：1. 左侧开颅术后改变；2. 脑干、枕叶梗死。西医诊断为多发性脑梗死、卒中后顽固性呃逆。中医诊断为中风(中脏腑)、呃逆(窍闭神匿证)。入院排除非中

枢性因素诱发呃逆后,给予氯丙嗪肌肉注射,并联合常规针刺(攒竹、内关、足三里等),患者呃逆虽暂缓,但次日复发。半个月后,患者呃逆发作,因出现低血压(90/60 mmHg)而无法继续使用氯丙嗪,常规针刺20分钟无缓解。本团队使用“调神开窍”针方。取穴:翳风(双)、攒竹(双)、内关(双)、合谷(双)、足三里(双)。留针40分钟,期间行针1次。疗效观察:行针过程中,患者呃逆频率即显下降,留针至30分钟时,呃逆完全停止。起针后持续观察6小时,未见复发。此后每日治疗1次,连续6日,呃逆未再发作。

按语:本案患者属“虚中夹瘀”,按虚证倾向调整足三里为补法,既保证了止呃效果,又避免耗伤正气,契合重症患者“本虚标实”的病机特点。本案治疗进程中的疗效反转,深刻揭示了“调神开窍”理论指导下的针方,相较于常规疗法的根本优势。治疗初期,患者采用氯丙嗪联合攒竹、内关等常规止呃穴位干预时,但出现症状极易反复的情况,其核心症结在于常规方案未触及“窍闭神匿,神不导气”的根本病机。从中医诊疗逻辑分析,攒竹、内关等穴位虽具开窍醒神、调和气血、疏理气机之效,但其对中枢的调控作用需经多环节间接传导,对调神开窍的治疗力度不足;而氯丙嗪虽可通过中枢抑制实现止呃效果,却引发低血压不良反应,因禁忌症被迫停用,尤其在常规针灸干预20分钟仍无缓解的情况下,更凸显“开窍”的力度不足的短板,难以改变严重意识障碍“窍闭神匿”的状况。

翳风穴的介入同时强化了组穴中“调神、理气”的力量,使疗效实现质的飞跃,其优势源于中医理论与现代机制的双重支撑。从中医理论层面,作为手足少阳经交会穴,翳风穴兼具“通脑窍、调三焦”双重功效,使其能精准针对“窍闭神匿”病机,来恢复元神对气机的主导,这与《灵枢》“凡刺之法,先必本于神”的核心思想高度契合。从现代医学机制而言,该穴深层毗邻迷走神经耳支、舌咽神经等呃逆反射弧关键结构,针刺刺激可直接传导抑制信号至延髓膈神经核,较攒竹穴通过面神经间接作用中枢的路径[21]更短、靶向性更强。在临床实际诊疗中,患者因低血压无法耐受氯丙嗪的困境十分棘手,使用针刺调神治疗,全程未引发任何药物相关不良反应,恰好适配此类重症患者的安全治疗需求,也为卒中后顽固性呃逆伴严重意识障碍的“窍闭神匿,神不导气”核心病机提供了扎实的临床佐证。

6. 讨论

本研究基于“窍闭神匿,神不导气”病机,构建了以翳风穴为核心的“调神开窍”组穴方案,用于治疗卒中后顽固性呃逆伴严重意识障碍患者。该个案研究显示,该方案可在30分钟内止呃,在西药禁忌症的情况下,疗效持续且无相关不良反应,提示其在神经重症并发症管理中具有潜在价值。

与现有治疗相比,本方案在理论依据和操作技术方面均具特色。国内外对于卒中后呃逆的治疗,西医多采用甲氧氯普胺、氯丙嗪等药物为主,但常因镇静、低血压等副作用受限[3][4];中医针灸则多从“和胃降逆”入手,取穴以攒竹、内关、足三里等为主[6],对于伴严重意识障碍者,“调神”力度常显不足。本研究将病机核心上移至“脑窍”,以翳风为主穴,突出“调神以导气”的治疗理念,既继承了石学敏院士“醒脑开窍”理论,也与神经科学中“脑干-皮层调控”机制有所呼应[8][12]。在操作上,针对重症患者信息获取受限的特点,简化辨证为三类,既保持中医辨证灵魂,又符合急救场景的时效性要求,具有一定创新性与实用性。

然而,本研究仍存在明显局限。首先,研究结论基于单一个案,证据等级较低,外推性有限。其次,对“调神开窍”机制的阐述主要基于理论与现代解剖,虽具合理性,但缺乏电生理或影像学的直接证据,机制探讨仍属推测。此外,简化辨证模型虽便于操作,但其与传统辨证体系的对应关系及精确度尚待验证。

未来研究可在以下方向深入:首先,开展小样本病例系列研究,初步验证本方案的可重复性与安全性;进而设计前瞻性队列或随机对照试验,与常规药物或针灸方案比较,获取高级别循证证据。机制方面,可结合功能磁共振(fMRI)或脑电图(EEG),动态观察治疗前后脑网络与脑干功能变化,实证“调神开窍”的神经调控通路。通过不断优化,最终形成规范化、可推广的中医急救针灸方案。

7. 总结

“窍闭神匿，神不导气”是调神论治卒中后顽固性呃逆伴严重意识障碍的核心病机。脑窍瘀闭、三焦气逆，二者相互交织，构成此类重症呃逆发生发展的关键环节。在临床治疗中，基于此理论确立“调神开窍为先，调理气机为次”的治则，构建以针刺翳风穴为核心，配伍攒竹、内关等穴位的针方，旨在调神开窍、调理气机、顾护正气，力达“神复导气，逆降呃平”之效，为治疗同类病症提供新的诊疗思路。

声 明

本病例报告中的所有治疗及数据使用严格遵守国际医学伦理准则。在撰写前，我们已向患者明确告知其临床资料可能用于学术研究或论文发表，并对其个人信息做匿名化处理。经过沟通，该患者已知情同意。

基金项目

天津市卫生健康委员会中医中西医结合基金(2023026); 天津市教委科研项目(2024kJ046)。

参考文献

- [1] Rouse, S. and Wodziak, M. (2018) Intractable Hiccups. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, **18**, Article No. 51. <https://doi.org/10.1007/s11910-018-0856-0>
- [2] 王春杨, 邵国兴, 杨力军, 等. 卒中后顽固性呃逆的康复治疗探讨[J]. 中国临床康复, 2003(25): 3509-3510.
- [3] 梁晓. 氯丙嗪治疗顽固性呃逆致休克 1 例[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(35): 46, 48.
- [4] 张芹, 李红粉, 李超. 中枢性呃逆的研究进展[J]. 中国卫生标准管理, 2023, 14(7): 195-198.
- [5] 刘曦, 韦伟, 伍玉兰. 呼吸促进技术配合针刺对卒中后顽固性呃逆的疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(2): 121-122.
- [6] 韩晓慧, 李军, 廉玉麟. 廉玉麟教授针刺治疗呃逆经验介绍[J]. 新中医, 2008(2): 10-11.
- [7] 石学敏. 中风病与醒脑开窍针刺法[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2000: 113-117.
- [8] 秦旭秋, 缪星宇. 中央环路模型在意识障碍中的研究进展[J]. 中华神经医学杂志, 2024, 23(6): 638-643.
- [9] Itabashi, R., Endo, K., Saito, T., Fukuma, K. and Yazawa, Y. (2019) Supratentorial Infarcts Accompanying Hiccup. *Brain and Behavior*, **9**, e01439. <https://doi.org/10.1002/brb3.1439>
- [10] 王雪颖, 张斌杰, 冉俐, 徐芳, 王泓午, 步怀恩. 中医神理论对健康状态的辨识[J]. 天津中医药大学学报, 2019, 38(4): 341-344.
- [11] 金典, 吴圣贤. 吴圣贤从“毒损脑络”论治缺血性脑卒中[J]. 长春中医药大学学报, 2025, 41(9): 970-975.
- [12] 黄美红. 迷走神经电刺激联合音乐疗法对微意识状态患者促醒效果的临床研究[C]//中国老年保健协会. 长者“护航计划”——第三届中西医融合助力现代医学发展会议论文集. 南宁: 广西壮族自治区江滨医院, 2025: 73-75.
- [13] 姜雪梅, 高彦平, 黄泳. 翳风穴的形态学特征及其临床意义[J]. 中国针灸, 2005(11): 33-35.
- [14] 周建军, 吴雪芳. 呃逆的中西医结合治疗疗效观察[J]. 中医临床研究, 2019, 11(36): 24-25, 36.
- [15] 赵晓磊, 刘晨, 杜红根. 导引调气法配合苏子降气汤和三拗汤加减治疗中风后顽固性呃逆验案一则[J]. 中国乡村医药, 2024, 31(17): 34-35.
- [16] 骆方, 张东旭. 翳风浅述[J]. 浙江中医学院学报, 1996(6): 41.
- [17] 徐晓红, 郑鹏. 王富春教授运用特效穴治疗老年病经验举隅[J]. 中国医药指南, 2012, 10(35): 296-297.
- [18] 方美善, 冯桂梅, 富琦. 针刺翳风穴治疗顽固性呃逆 20 例[J]. 白求恩医科大学学报, 1997(4): 95.
- [19] 张茹梦, 吴鸣, 许鹏, 等. 针刺联合足三里穴位注射治疗持续性呃逆的疗效观察[J]. 中华全科医学, 2024, 22(5): 859-862.
- [20] 梅丽霞. 足三里穴位注射甲氧氯普胺结合攒竹穴指按治疗中风后呃逆疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(10): 1300-1301.
- [21] 王碧君, 肖金龙, 葛宝和. 顽固性呃逆验案 1 例[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(71): 312.