

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.06.005

针灸联合通窍活血汤加减治疗血瘀型偏头痛的临床观察

杜晓苒

大连市金州区中医医院脑病二科, 辽宁大连 116100

偏头痛为头痛中较为常见的一种类型,可发生于各年龄段,反复和持续的疼痛影响患者日常生活及心理状态,可诱发抑郁症;对于中老年患者而言,反复的偏头痛可增加其脑卒中及认知障碍类疾病的患病风险^[1]。偏头痛的西医机制复杂,临床多采用对症镇痛治疗,但收效局限。中医对于偏头痛有着深入的理解,不仅可以利用中药辨证施治,还可以应用针灸缓解症状减轻疼痛。尤其针灸治疗偏头痛具有见效快、操作便利、成本低廉等特点,逐渐成为了治疗本病的主流疗法。笔者采用针灸联合通窍活血汤加减治疗血瘀型偏头痛患者取得了较好的疗效,现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 2 月—2019 年 6 月本院诊治的血瘀型偏头痛患者 67 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组。观察组 33 例,其中男 18 例,女 15 例;年龄(55.74±5.28)岁,年龄范围为 45~75 岁;病程(12.68±9.25)年,病程范围为 1~22 年。对照组 34 例,其中男 17 例,女 17 例;年龄(56.58±6.14)岁,年龄范围为 45~74 岁;病程(13.54±8.83)年,病程范围为 1~23 年。2 组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《中国偏头痛诊断治疗指南》^[2]中相关标准,分为无先兆型与有先兆型。中医证候标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]中偏头痛瘀血头痛证相关的证候标准:主症为头痛如刺,经久不愈,固定不移;次症为舌质紫暗,或有瘀斑、瘀点,苔薄白,脉沉细或细涩。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准:①符合上述诊断标准;②入组患者均处在头痛期;③年龄 45 岁及以上;④患者及家属均自

愿签署相关知情同意书,并经过本院伦理委员会批准。

排除标准:①其他中医证型;②处于头痛间歇期;③年龄<45 岁;④中途接受其他止痛、激素类药物或中医、中西医结合治疗;⑤合并心脑血管严重功能障碍;⑥精神障碍者;⑦恐针,无法进行治疗者;⑧凝血功能异常者。

1.4 治疗方法

对照组患者予以通窍活血汤加减,药物组成为赤芍 10 g,川芎 15 g,桃仁 10 g,红花 15 g,生姜 10 g,麝香 1.5 g(冲服),檀香 5 g(后下),当归尾 10 g,地龙 10 g,葛根 15 g;上述药物水煎取汁,每日 1 剂,分早晚 2 次温服。观察组患者在对照组治疗基础上,予以针灸治疗,选穴百会、头维、太阳、内关、血海、气海、悬颅、外关、率谷、足临泣;穴位定位及针刺方法以文献^[4]为标准,泻法行针,以患者自觉酸麻胀感为宜,留针 25~30 min。2 组患者均连续治疗 21 d。

1.5 观察指标及疗效判定标准

①头痛指数 参照文献^[5]计算头痛指数,等于每次发作的疼痛积分乘以每次疼痛持续时间积分之积相加,分数越高代表头痛程度越重;②中医证候积分 根据症状的无、轻、中、重度,分别计 0、1、2、3 分,总分越高代表症状越重;③HAMD 抑郁评分 利用汉密尔顿抑郁量表进行评价,总分越高代表抑郁程度越重,>17 分视为存在抑郁。

疗效指数 = $\frac{[(\text{治疗前头痛指数} - \text{治疗后头痛指数}) / \text{治疗前头痛指数}] \times 100\%}{}$ 。根据疗效指数进行临床疗效判定:痊愈 $90\% \leq \text{疗效指数} \leq 100\%$;显效 $55\% \leq \text{疗效指数} < 90\%$;有效 $20\% \leq \text{疗效指数} < 55\%$;无效 $\text{疗效指数} < 20\%$ 。临床治疗总有效率 = $\frac{[(\text{痊愈} + \text{显效} + \text{有效}) \text{例数} / \text{总例数}] \times 100\%}{}$ 。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料

以率(%)表示,采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

治疗后,观察组患者临床治疗总有效率为 93.94%,显著高于对照组的 76.47% ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 头痛指数、中医证候积分、HAMD 抑郁评分比较

治疗前,2 组患者头痛指数、中医证候积分、HAMD 抑郁评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗后,2 组患者头痛指数、中医证候积分、HAMD 抑郁评分均较治疗前明显下降,且观察组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者临床疗效比较(例,%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	34	5	9	12	8	26(76.47)
观察组	33	12	15	4	2	31(93.94) [△]

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

3 讨论

偏头痛是一种神经内科常见的反复发作性、原发性、脑血管功能紊乱性疾病,临床上主要表现为头部偏侧中至重度搏动性疼痛,多为单侧,可连续疼痛数小时,严重者甚至可持续疼痛 1~3 d,并常伴有恶心、呕吐、畏光、畏声等症状,影响患者学习、工作及生活。偏头痛的病因及具体发病机制尚未定论,目前多认为本病的发作主要是由于颅脑神经损伤、血管异常收缩或扩张所引起,其西医治疗以非甾体抗炎药、巴比妥类镇静药、曲坦类药物、麦角胺类药物、降钙素基因相关肽受体拮抗剂等药物为主^[2],虽可在短期内取得效果,但远期疗效较差,且易使患者产生依赖性,毒副作用明显,长期使用不仅不能有效控制疾病,还可使患者因过度使用镇痛药而产生较为严重的并发症。

偏头痛可归属于中医学“头痛”“头风”范畴,是指

由于外感或内伤,致使脉络拘急或失养,清窍不利所引起的以头部疼痛为主要临床表现的疾病。病机可分为“不通则痛”与“不荣则痛”。其中瘀血证的头痛与气的运行密不可分,气行则血行,气滞则血瘀,血液的运行依靠气的运化功能。《沈氏尊生》中言道:“气运乎血,血本随气以周流,气凝则血亦凝矣。”气虚不运则必然瘀血内生,此外,风邪、痰浊、寒凝、湿邪等也是导致瘀血产生或加重的因素,风中经络、瘀血内阻、肝经火盛、阴虚阳亢、痰浊蒙蔽等均可使头部气血经脉循行不畅而致头痛。

王清任是中国清代一位十分注重实践的医学家,他对祖国医学中活血化瘀治则方面有独特的贡献。本研究所用的通窍活血汤就是其《医林改错》中重要的经验方,功效为通窍活血、化瘀通络。方中桃仁、红花为活血化瘀之良品,祛瘀生新之基础,是王清任在各活血方中经常出现的配伍组合;赤芍清热凉血,散瘀止痛,苦微寒,可通畅血脉,行血中之瘀,与桃仁、红花配合使活血之效发挥极致,方中仅用 10 g,体现王清任在此方中用赤芍辅以活血化瘀,使血活而瘀自除,此外赤芍性凉,可借此缓和其他温燥之药不至太过。川芎为血中之气药,行气活血之要药,与桃仁、红花、赤芍合用以增强活血的功效,与麝香合用可增强通窍行气的功效,朱丹溪称之为气血阴阳双通之品。方中麝香开窍醒神、通络散瘀,为通窍活血汤之精髓,笔者加上檀香 5 g 与之配伍,增强其通窍行气之效。当归尾以活血通络著称,上行头目以通头部气血,且当归尾为当归中挥发油含量最高的部位,其活血力效最强。地龙通络活络、化瘀活血,可用于心脑血管疾病的治疗,疗效显著^[6]。葛根退热解肌,以除项背疼痛。诸药相合,共奏活血祛瘀、通络止痛、开窍醒脑之功。

针灸选穴配伍遵循活血止痛、通络行气之原则,百会开窍醒脑,对于头痛疗效确切;头维可维系头部气血运行,各经络之气血经气均通过此穴上输至头部,故针刺此穴;太阳、悬颅、率谷三穴为治疗偏头痛之重点穴位,可通络、止痛、醒神;内关、外关取其远端

表 2 2 组患者头痛指数、中医证候积分、HAMD 抑郁评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	头痛指数	中医证候积分	HAMD 抑郁评分
对照组	34	治疗前	15.77 $\pm$ 4.72	16.82 $\pm$ 1.71	19.93 $\pm$ 2.01
		治疗后	8.12 $\pm$ 3.81*	11.78 $\pm$ 2.82*	13.45 $\pm$ 2.97*
观察组	33	治疗前	16.15 $\pm$ 4.63	17.15 $\pm$ 1.65	20.44 $\pm$ 1.78
		治疗后	4.45 $\pm$ 3.63* [△]	8.27 $\pm$ 2.90* [△]	5.68 $\pm$ 2.41* [△]

与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

取穴之功效,意在通络止痛;针刺血海以活血祛瘀;气海意在补气行气;足临泣为治疗头风之要穴。本研究结果显示,针灸联合通窍活血汤加减治疗血瘀型偏头痛疗效明显,患者疼痛症状明显缓解,头痛指数、HAMD 抑郁评分、中医证候积分及疗效判定均显示观察组优于对照组,与崔旻等^[7-8]的研究结果相似,提示针灸联合通窍活血汤加减治疗血瘀型中老年偏头痛确有疗效。

综上所述,针灸联合通窍活血汤加减治疗血瘀型偏头痛患者疗效确切,能够显著缓解疼痛程度,改善临床症状,降低 HAMD 抑郁评分,值得推广应用。

参 考 文 献

- [1] 吴海波,吕慧慧,张永康,等. 偏头痛与隐性性卒中的相关性研究进展[J]. 临床内科杂志,2018,35(8):519-521.

- [2] 中华医学会疼痛学分会头面痛学组. 中国偏头痛诊断治疗指南[J]. 中国疼痛医学杂志,2011,17(2):65-86.
[3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:105-109.
[4] 石学敏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007.
[5] 国家中医药管理局全国脑病急症协作组. 头风诊断与疗效评定标准[J]. 山东中医学院学报,1993,16(3):69.
[6] 刘文雅,王曙东. 地龙药理作用研究进展[J]. 中国中西医结合杂志,2013,33(2):282-285.
[7] 崔旻,刘继霞,李秀英,等. 针灸联合中药治疗偏头痛的临床疗效分析[J]. 中国现代药物应用,2015,9(3):226-227.
[8] 付晓芳. 平肝通络汤联合西药治疗肝风血瘀型偏头痛的临床观察[J]. 中西医结合研究,2018,10(6):314-315,318.

(收稿日期:2019-07-09)

《中西医结合研究》编委会名单

名誉主编:陈可冀

主 编:黄光英

副 主 编:吴伟康 陆付耳 沈 霖

编 委(以姓氏笔画为序):

文秀英	方建国	王 平	王 伟	王 阶	王文健	王汉祥	王胜利	王硕仁	左新河
史载祥	刘 平	刘文励	刘行稳	刘沛霖	刘艳娟	刘鲁明	向 楠	吕志平	吕爱平
许先金	许树强	齐清会	余南才	吴 刚	吴伟康	吴根诚	吴献群	宋恩峰	张 英
张东友	张玉环	张红星	张京春	张明敏	张莹雯	李大金	李天望	李廷谦	李建武
李显筑	杜 建	杨明炜	杨胜兰	杨艳萍	沈 霖	连 方	陆付耳	陈 广	陈 琢
陈小野	陈 刚	陈家旭	陈海龙	陈维养	郑翠红	范 恒	金志春	金建年	易 屏
施 静	段逸群	胡少明	胡永红	胡思专	胡随瑜	胡家才	赵映前	赵健雄	唐旭东
夏仁云	涂胜豪	涂晋文	高 进	高思华	崔乃强	曹洪欣	梁晓春	黄 熙	黄世林
黄光英	黄冬梅	董竞成	谢 晶	谢纪文	雷 燕	蔡定芳	蔡贤华	穆大伟	魏军平

编 辑:刘 琼 钟志艳