

中医综合方案治疗气滞血瘀痰阻型偏头痛的临床观察

薛伟伟¹ 刘 强²

(1. 泰安市中医医院急诊科, 山东 泰安 271000; 2. 泰安市中医医院脑病科, 山东 泰安 271000)

摘要:目的 观察中医综合方案治疗气滞血瘀痰阻型偏头痛的临床效果。方法 将80例气滞血瘀痰阻型偏头痛患者随机分为西药组39例(脱落1例), 中医综合组40例; 西药组给予盐酸氟桂利嗪胶囊治疗, 中医综合组在西药组基础上给予通窍止痛汤+针刺+穴位贴敷治疗。观察2组治疗4周及停药3个月后的临床效果及焦虑自评量表(SAS)、头痛影响测试问卷(HIT-6)、偏头痛残疾程度评估问卷(MIDAS)评分情况。结果 中医综合组治疗4周后总有效率为95.00%(38/40), 高于西药组的74.36%(29/39), 差异均有统计学意义($P<0.05$); 中医综合组停药3个月后随访的总有效率为92.50%(37/40), 高于西药组的58.97%(23/39), 差异均有统计学意义($P<0.05$)。中医综合组治疗后及停药3个月后随访的临床症状和SAS、HIT-6、MIDAS评分改善情况较西药组好, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。中医综合组停药3个月后随访的临床症状、SAS、HIT-6、MIDAS评分与本组治疗4周后的对比, 差异无统计学意义($P>0.05$); 西药组停药3个月后随访的临床症状、SAS、MIDAS评分与本组治疗4周后的对比, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 中医综合治疗方案对气滞血瘀痰阻型偏头痛效果显著, 同时也有较好的远期预防效果。

关键词: 头风; 偏头痛; 气滞血瘀痰阻证; 中医综合方案

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2023.24.038

文章编号: 1672-2779(2023)-24-0119-04

Comprehensive Program of Traditional Chinese Medicine in Treating Migraine of Qi Stagnation, Blood Stasis and Phlegm Obstruction Type

XUE Weiwei¹, LIU Qiang²

(1. Emergency Department, Taian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Taian 271000, China;

2. Encephalopathy Department, Taian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Taian 271000, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of comprehensive program of traditional Chinese medicine in treating migraine of qi stagnation, blood stasis and phlegm obstruction type. **Methods** Eighty patients with migraine of qi stagnation, blood stasis and phlegm obstruction type were randomly divided into Western medicine group (39 cases, 1 case fell off) and TCM comprehensive group (40 cases). The Western medicine group was treated with flunarizine hydrochloride capsule, and the TCM comprehensive group was treated with Tongqiao Juantong decoction, acupuncture and acupoint application based on the Western medicine group. The clinical effects and scores of self-rating Anxiety Scale (SAS), Headache Impact Test Questionnaire (HIT-6) and Migraine Disability Assessment Questionnaire (MIDAS) were observed in 2 groups after 4 weeks of treatment and 3 months of discontinuation. **Results** After 4 weeks of treatment, the total effective rate of TCM comprehensive group was 95.00%(38/40), which was higher than that of western medicine group (74.36%, 29/39), and the difference was statistical significance ($P<0.05$). The total effective rate of TCM comprehensive group was 92.50%(37/40) after 3 months of withdrawal, which was higher than that of western medicine group (58.97%, 23/39), and the differences were statistically significant ($P<0.05$). The clinical symptoms and the improvement of SAS, HIT-6 and MIDAS scores in TCM comprehensive group after treatment and 3 months after withdrawal were better than those in western medicine group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). There was no significant difference in clinical symptoms, SAS, HIT-6 and MIDAS scores in the TCM comprehensive group after 3 months of discontinuation compared with that after 4 weeks of treatment ($P>0.05$). The clinical symptoms, SAS and MIDAS scores of the western medicine group after 3 months of withdrawal were compared with those of the Western medicine group after 4 weeks of treatment, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The comprehensive treatment of TCM has a significant effect on migraine of qi stagnation, blood stasis and phlegm obstruction type, and has a good long-term preventive effect.

Keywords: intermittent headache; migraine; syndrome of qi stagnation, blood stasis and phlegm obstruction; comprehensive program of traditional Chinese medicine

偏头痛归属于中医学“偏头风”“头风”“头痛”等范畴, 临床上常迁延不愈。在《The Lancet》发布的致残疾病中, 偏头痛以14.3%的发病率在所有疾病中排名第三^[1]。并且偏头痛可与多种疾病共患, 成为严重的慢性功能障碍性疾病, 严重影响患者的工作、学习和生活。本研究通过中医综合方案治疗偏头痛, 取得较好效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年1月—2021年8月在泰安市中医医院门诊治疗的80例辨证属于气滞血瘀痰阻型偏头痛患者, 采用随机数字表法分为中医综合组40例和西药组39例(脱落1例)。2组患者在性别、年龄、病程、诱发因素、病史、家族史、生活方式等方面比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。见表1。



表1 2组气滞血瘀痰阻型偏头痛患者一般资料对比

项目		中医综合组(40例)	西药组(39例)	t/χ^2 值	P值
性别/[例(%)]	男	15(37.50)	11(28.21)	0.773	0.379
	女	25(62.50)	28(71.79)		
年龄/($\bar{x} \pm s$,岁)		40.70 $\pm$ 9.38	41.14 $\pm$ 10.09	0.201	0.841
病程/($\bar{x} \pm s$,月)		18.56 $\pm$ 5.89	19.25 $\pm$ 4.91	0.565	0.574
偏头痛家族史/[例(%)]		8(20.00)	14(35.90)	2.484	0.115
饮酒史/[例(%)]		11(27.50)	8(20.51)	0.001	0.994
吸烟史/[例(%)]		7(17.50)	5(12.82)	0.336	0.562
收缩压/($\bar{x} \pm s$,mm Hg)		125.34 $\pm$ 13.18	124.25 $\pm$ 12.26	0.380	0.705
舒张压/($\bar{x} \pm s$,mm Hg)		75.41 $\pm$ 10.17	73.96 $\pm$ 9.94	0.641	0.524
合并高血压病/[例(%)]		5(12.50)	4(10.26)	0.099	0.754
合并冠状动脉粥样硬化性心脏病/[例(%)]		2(5.00)	1(2.56)	0.321	0.571
合并糖尿病/[例(%)]		3(7.50)	2(5.13)	0.187	0.665
合并高脂血症/[例(%)]		6(15.00)	7(17.95)	0.124	0.724
合并脑梗死/[例(%)]		4(10.00)	3(7.69)	0.130	0.718
生活工作压力/[例(%)]	大	25(62.50)	22(56.41)	0.304	0.581
	小	15(37.50)	17(43.59)		
生活方式/[例(%)]	作息规律	14(35.00)	16(41.03)	0.304	0.581
	作息不规律	26(65.00)	23(58.97)		
偏头痛发作前有无先兆/[例(%)]	有先兆	16(40.00)	17(43.59)	0.105	0.746
	无先兆	24(60.00)	22(56.41)		
诱发因素/[例(%)]	情志不畅	29(72.50)	34(87.18)	2.635	0.105
	精神紧张	28(70.00)	30(76.92)	0.485	0.486
	思虑过度	15(37.50)	16(41.03)	0.103	0.748
	睡眠差	12(30.00)	10(25.64)	0.187	0.666
	劳累	14(35.00)	11(28.21)	0.422	0.516
	饮酒	11(27.50)	8(20.51)	0.528	0.468
	月经周期	13(32.50)	15(38.46)	0.307	0.580
	饮食偏嗜	8(20.00)	9(23.08)	0.111	0.739

注:1 mm Hg $\approx$ 0.133 kPa。

1.2 诊断标准 西医偏头痛诊断标准:参照《中国偏头痛诊断治疗指南》^[2]。头痛病诊断标准:参照《实用中医内科学》^[3]。中医气滞血瘀痰阻型头痛诊断标准:参照国家中医药管理局全国脑病急症协作组制定的《头风诊断与疗效评定标准》^[4]以及国家中医药管理局脑病急症科研协作组制定的《头风病证候诊断标准》^[5]。

1.3 入选标准 纳入标准:年龄18~66周岁,且首次偏头痛发作的年龄 $\leq$ 50岁;近1个月来,头痛发作1~8次(含1次和8次);病程 $\geq$ 1年;知情同意,并签署知情同意书。

1.4 治疗方法 西药组患者单纯给予盐酸氟桂利嗪胶囊(西安杨森制药有限公司,国药准字H10930003,规格:5 mg)口服,每日5 mg,睡前服用。

中药综合组患者同时给予通窍蠲痛汤+针刺+穴位贴敷治疗。通窍蠲痛汤组方:川芎30 g,白芍15 g,白芷10 g,

白芥子10 g,法半夏10 g,石菖蒲10 g,柴胡15 g,郁李仁6 g,醋香附10 g,全蝎10 g,蜈蚣2条,天麻10 g,卷柏15 g,酸枣仁30 g,蔓荆子15 g,延胡索15 g,生甘草6 g。选用颗粒剂,中药颗粒由北京康仁堂药业有限公司提供;每次1袋,每日2次,于早晚饭后0.5~1 h温开水送服。

普通针刺治疗:(1)取穴:腧穴定位及具体操作规范参照《针灸学》^[6]内容。主穴取太阳、风池、百会、头维、率谷,配穴取合谷、丰隆、阴陵泉、血海、三阴交、阿是穴,以上均为患侧取穴。(2)操作:嘱患者取仰卧位,头转向健侧或向健侧侧卧,使用碘伏消毒针刺部位;取华佗牌0.3 mm $\times$ 40 mm一次性无菌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司,苏械注准20162270970),太阳直刺1 cm,风池向鼻尖方向斜刺2 cm,百会平刺1.5 cm,头维、率谷向疼痛处平刺1.5 cm,合谷直刺2 cm,丰隆直刺3 cm,阴陵泉直刺0.4 cm,三阴交直刺3 cm,血海直刺3 cm,阿是

表2 2组气滞血瘀痰阻型偏头痛患者治疗4周后临床疗效对比

[例(%)]

组别	例数	基本治愈	显效	有效	无效	总有效
中医综合组	40	8(20.00)	20(50.00)	10(25.00)	2(5.00)	38(95.00)
西药组	39	2(5.13)	2(5.13)	25(64.10)	10(25.64)	29(74.36)
χ^2 值						6.531
P值						0.011

表3 2组气滞血瘀痰阻型偏头痛患者停药3个月后随访临床疗效对比

[例(%)]

组别	例数	基本治愈	显效	有效	无效	总有效
中医综合组	40	7(17.50)	21(52.50)	9(22.50)	3(7.50)	37(92.50)
西药组	39	1(2.56)	1(2.56)	21(53.85)	16(41.03)	23(58.97)
χ^2 值						12.151
P值						0

穴平刺1.5 cm; 血海、三阴交行平补平泻法, 余穴位结合提插捻转的泻法, 持续行针1 min左右, 留针30 min后出针。每日1次, 周日休息, 连续治疗4周。

穴位贴敷: 组方: 川芎、白芍、白芷各5 g, 全蝎、蜈蚣各3 g, 薄荷2 g, 冰片1 g, 细磨成粉, 最后兑入冰片, 蜂蜜调匀, 贴敷于太阳穴双侧6~8 h后撕下, 每日1次。此方由泰安市中医医院统一购置, 由药剂科统一制成。

1.5 观察指标 (1) 临床疗效: 参照1988年国际头痛协会确定的疗效评定标准评判临床疗效^[7]: 临床症状学积分=(头痛发作次数+平均每次头痛持续时间+头痛程度分级+伴随症状)分数。疗效积分(尼莫地平法)=(治疗前症状积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。①治疗4周后的临床效果评价标准: 疗程结束无发作性偏头痛症状为基本治愈; 治疗后疗效积分减少>50%为显效; 治疗后疗效积分减少21%~50%为有效; 治疗后疗效积分减少≤20%为无效。总有效率=(基本治愈+显效+有效)例数/总例数×100%。②停药3个月后的临床疗效评价标准: 停药3个月后无发作性偏头痛症状为基本治愈; 停药3个月后积分减少>50%为显效; 停药3个月后积分减少21%~50%为有效; 停药3月后积分减少≤20%为无效。

(2) 采用焦虑自评量表(SAS)、头痛影响测定(HIT-6)、偏头痛残疾程度评估问卷(MIDAS)进行评分, 最终得分分别参照各量表评分标准计算。

1.6 统计学方法 数据采用SPSS 17.0统计学软件进行分析, 计数资料以率(%)表示, 行 χ^2 检验; 等级资料行秩和检验; 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 符合正态分布者行t检验, 不符合正态分布者行秩和检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者临床疗效对比 治疗4周后, 中医综合组的总有效率为95.00%(38/40), 高于西药组的74.36%(29/39), 差异有统计学意义($P<0.05$)。停药3个月后随访, 中医综合组的总有效率为92.50%(37/40), 高于

西药组的58.97%(23/39), 差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2、表3。

2.2 2组患者治疗前后临床症状、SAS、HIT-6、MIDAS评分对比 中医综合组治疗4周后的临床症状和SAS、HIT-6评分改善情况优于西药组, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 且中医综合组停药3个月后随访临床症状和SAS、HIT-6、MIDAS评分改善情况优于西药组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。中医综合组停药3个月后随访的各评分与治疗4周后的对比, 差异无统计学意义($P>0.05$); 西药组停药3个月后随访的临床症状、SAS、HIT-6评分与治疗4周后的对比, 差异有统计学意义($P<0.05$)。见表4~表6。

表4 2组气滞血瘀痰阻型偏头痛患者治疗前后

及停药3个月后随访的临床症状评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗4周后	停药3个月后
中医综合组	40	21.98±3.69	9.53±2.13 ¹⁾	10.05±2.18 ¹⁾
西药组	39	22.05±3.71	13.05±2.45 ¹⁾	15.23±2.53 ¹²⁾
t值		0.084	6.820	9.757
P值		0.933	0	0

注: 与同组治疗前对比, ¹⁾ $P<0.05$; 与同组治疗4周后对比, ²⁾ $P<0.05$ 。

表5 2组气滞血瘀痰阻型偏头痛患者治疗前后

及停药3个月后随访的SAS评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗4周后	停药3个月后
中医综合组	40	54.20±5.23	43.76±4.27 ¹⁾	45.00±4.41 ¹⁾
西药组	39	53.87±5.47	46.50±4.78 ¹⁾	49.51±4.30 ¹²⁾
t值		0.274	2.688	4.601
P值		0.785	0.009	0

注: 与同组治疗前对比, ¹⁾ $P<0.05$; 与同组治疗4周后对比, ²⁾ $P<0.05$ 。

3 讨论

目前国内对于中医药治疗偏头痛, 仍是一方一药对某一证的观察研究居多, 缺乏对有效的综合治疗方案体

表6 2组气滞血瘀痰阻型偏头痛患者治疗前后及停药3个月后随访的HIT-6、MIDAS评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	HIT-6			MIDAS	
		治疗前	治疗4周后	停药3个月后	治疗前	停药3个月后
中医综合组	40	59.72±6.46	45.45±4.08 ¹⁾	45.07±4.21 ¹⁾	15.27±3.47	7.23±2.15 ¹⁾
西药组	39	58.63±6.13	50.18±5.28 ¹⁾	52.34±5.24 ¹⁾²⁾	14.98±3.58	10.37±2.53 ¹⁾
t值		0.769	4.462	6.807	0.366	5.950
P值		0.444	0	0	0.716	0

注:与同组治疗前对比,¹⁾ $P<0.05$;与同组治疗4周后对比,²⁾ $P<0.05$ 。

系的研究。前期研究^[8]已经证实,通窍止痛汤治疗气滞血瘀痰阻型偏头痛取得较好效果,在此基础上加入普通针刺和穴位贴敷组成中医综合方案,突出中医特色,发挥非药物疗法优势,从而提高临床效果。本课题证实,中医综合治疗方案对气滞血瘀痰阻型偏头痛效果显著,2组对比差异有明显统计学意义($P<0.05$)。且中医综合组停药3个月后随访的临床症状、SAS、MIDAS、HIT-6评分与治疗4周后对比,差异无统计学意义($P>0.05$),说明中医综合组远期疗效基本维持了治疗4周后的效果;而西药组停药3个月后随访的临床症状、SAS、HIT-6评分与治疗4周后对比,差异有统计学意义($P<0.05$),说明西药组远期疗效在某些指标方面有反复,提示中医综合治疗方案也有较好的预防性效果。

通窍止痛汤中君药川芎、白芍、白芷行气活血止痛;臣以白芥子、法半夏、石菖蒲燥湿化痰,柴胡、香附、郁李仁行气解郁;佐以蔓荆子清热疏肝、搜风止痛,延胡索行气止痛,全蝎、蜈蚣活血通络止痛,天麻、卷柏祛风化痰、活血通络止痛,酸枣仁养血安神,炙甘草调和诸药。针刺、穴位贴敷通过刺激和调节穴位来连接整体、促进人体营卫气血运行。解剖上穴位与头面部神经血管之间具有密切的联系,风池的浅层与深层分布有丰富的神经网络,如刺激风池可以疏通头部经络,促进头面部血流通畅、改善机械痛阈及热敏痛阈^[9]、调节降钙素基因相关肽(CGRP)的释放^[10]以及调节血管舒缩功能^[11]。太阳是三叉神经汇集之处,传导头面部感觉,是对痛觉最敏感的脑神经,刺激该穴位对血管及神经具有重要的调节作用;另外,刺激太阳也可以调节CGRP、一氧化氮(NO)等神经递质引起的血管扩张。王晶^[12]认为,针刺可以通过促进血液循环、加速炎性渗出物吸收和抑制致痛物质抑制疼痛中枢,达到止痛的目的。穴位贴敷具有止痛、抗炎、消肿、调节免疫功能等作用,以中医理论为依据,结合经络学说及临床辨证施治,取得了不错疗效^[13]。

偏头痛久治无效,患者往往产生负面情绪。本课题引进SAS、HIT-6、MIDAS,强调疗效评价中加入人文关怀,充分体现了生物-心理-社会医学模式的基本内容,从仅关注“病”,上升到关注“社会人”。观察治疗前后患者情绪、生活的改变,使患者回归社会、实现自我价值,更好地提高患者的生活质量。乌欣蔚等^[14]研究发现,除偏头痛发作频率、病程等,焦虑状态是偏头痛慢

性转化的独立危险因素,可见精神情绪因素对疾病的进展有着重要影响。

本研究整个方案紧紧围绕气滞血瘀痰阻的病机,选择中药、针刺及穴位贴敷综合应用,针对同一病机,可起到协同提高的作用,这是临床研究中临床总疗效提高,患者的SAS、HIT-6、MIDAS评分降低的中医理论基础。从偏头痛痰瘀互结、拘挛作痛、久病不愈、缠绵难解的临床实际出发,中药、针刺及穴位贴敷综合利用,更能解决偏头痛患者的临床痛苦,提高患者生活质量,获得良好的近期和远期预防性疗效。

参考文献

- [1] VOS T, FLAXMAN A D, NAGHAVI M, et al. Years lived with disability(YLDs)for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010:a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010[J]. Lancet, 2012, 380(9859):2163-2196.
- [2] 中华医学会疼痛学分会头痛学组. 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] 王永炎, 严世芸. 实用中医内科学[M]. 2版. 上海:上海科学技术出版社, 2009:612-631.
- [4] 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, 17(5):69.
- [5] 国家中医药管理局脑病急症科研协作组. 头风病证候诊断标准[J]. 北京中医药大学学报, 1997, 20(4):48-49.
- [6] 王华. 针灸学[M]. 北京:高等教育出版社, 2008:213-216.
- [7] 史玉泉. 实用神经病学[M]. 2版. 上海:上海科学技术出版社, 1994:1085-1090.
- [8] 刘强, 薛伟伟. 通窍止痛汤治疗气滞血瘀痰阻型偏头痛临床研究[J]. 光明中医, 2020, 35(12):1851-1854.
- [9] 潘常玉. 缓解期偏头痛大鼠模型建立及针刺风池穴对其行为学的效应机制[D]. 北京:首都医科大学, 2014.
- [10] 裴培, 陈怀珍, 王艳昕, 等. 电针对偏头痛大鼠中脑导水管周围灰质5-羟色胺7受体和血浆降钙素基因相关肽表达的影响[J]. 针刺研究, 2017, 42(6):510-513.
- [11] 周培娟, 李柏, 王爱成, 等. 风池穴对偏头痛模型大鼠脑膜中动脉肌浆球蛋白轻链激酶表达的影响[J]. 中医药学报, 2014, 42(5):82-84.
- [12] 王晶. 傍针刺加电法治疗背肌筋膜炎临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(11):1742-1743.
- [13] 孙占学, 李曰庆, 张丰川, 等. 中医外治法源流[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(11):4416-4419.
- [14] 乌欣蔚, 罗龙, 杨晓苏. 偏头痛慢性转化的临床危险因素分析[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2019, 46(6):609-613.

(本文责编:王蕊 本文校对:杨静静 收稿日期:2022-03-11)