

理气活血通络法治疗气滞血瘀型偏头痛疗效分析

王宁 朱莉莉 谈友芬
(南京中医药大学附属医院 江苏南京 210029)

关键词:偏头痛;气滞血瘀型;理气活血通络法

中图分类号:R 747.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0019-02

偏头痛是临床常见病。2005 年 2 月~2007 年 4 月我们运用中医理气活血通络法辨证治疗偏头痛证属气滞血瘀型 77 例,并运用 TCD 检测观察经该法治疗后患者脑血流动力学改变及临床疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 77 例患者中男性 22 例,女性 55 例;年龄 18~46 岁,平均年龄(36.4±2.5)岁;病程 6 个月~22 年,平均病程 8.4 年。均排除紧张性头痛、高血压头痛及外伤、青光眼所致的头痛。

1.2 诊断标准 77 例患者均符合西医偏头痛诊断标准:(1)具有典型的头痛症状:多位于颞额、眶部,呈搏动性跳痛或胀痛;(2)伴恶心、呕吐或畏光、畏声;(3)为发作性头痛^[1]。中医证型:属中医气滞血瘀型,头痛发作频繁,痛有定处,胀痛或钝痛或锥刺样,心烦易怒,舌质暗红或有瘀点,脉弦或弦涩^[2]。

1.3 疗效评定 采用积分法:(1)头痛发作次数以日计算,每日发作 5 次以上计 6 分,3~4 次为 4 分,2 次以下计 2 分。(2)头痛程度:发作时需卧床为 6 分,发作时影响工作为 4 分,发作时不影响工作为 2 分。(3)头痛持续时间:持续 2d 以上计 6 分,持续 12h~2d 计 4 分,小于 12h 计 2 分。(4)伴随症状:伴头昏、恶心、呕吐、畏光、畏声等,三项或三项以上计 3 分,二项计 2 分,一项计 1 分。

1.4 疗效判断标准 (1)临床控制:发作消失(停止)。(2)显效:治疗后积分减少 50%以上。(3)有效:治疗后积分减少 20%~50%。(4)无效:治疗后积分减少 20%以下。

2 治疗与检测方法

2.1 治疗方法 该组均以理气活血通络法治疗。自拟处方:醋柴胡、川芎、赤芍、延胡索各 10g,蜈蚣 2 条,全蝎 5g,僵蚕

15g,丹参 30g,蔓荆子 10g,细辛 3g。肝阳上亢者加珍珠母、石决明各 30g;眉棱骨痛加白芷 10g;眼涩、面赤者加杭菊 10g,钩藤 30g;兼心烦、失眠者加炒山栀、连翘各 10g,夜交藤 30g。上方加水煎至 400mL,分 2 次早晚口服,14d 为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程。治疗中停用各类止痛剂及血管扩张剂。

2.2 检测方法 治疗前后分别对患者临床症状及体征进行评估,同时进行 TCD 检测。采用维迪公司 EME2020 型经颅多谱勒检测仪,用 2MHz 探头探测颈内动脉系统即大脑前动脉(ACA)、大脑中动脉(MCA)、大脑后动脉(PCA)、基底动脉(VA)的收缩峰及舒张末期流速。

2.3 统计方法 数据均以($\bar{X} \pm S$)表示,计量资料采用配对检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

3 结果

3.1 TCD 检测结果比较 TCD 检测参照《经颅多谱勒检测与临床》^[3]制定的正常值标准,治疗前后结果见表 1。

表 1 治疗前后 TCD 结果比较 ($\bar{X} \pm S$) cm/s									
n	收缩峰值流速(Vp)				舒张末期流速(Vd)				
	ACA	MCA	PCA	VA	ACA	MCA	PCA	VA	
治疗前	73	138±2.3	135±1.8	137±2.4	73±1.5	75±1.9	77±2.3	78±1.3	55±2.3
治疗后	73	102±2.6	104±3.1	104±2.8	51±3.6	52±2.2	49±2.3	53±2.7	25±1.9

注:与治疗前比较,P 均 <0.05,有统计学意义。

3.2 临床症状评估 本组 77 例患者治疗前均有不同程度的头痛,其中重度 45 例,中度 22 例,轻度 10 例。治疗后头痛完全缓解者 26 例,仍有头痛者 47 例,脱落 4 例,其中重度 5 例,中度 11 例,轻度 31 例。有效率为 93.15%,其症状均有不同程度的减轻。

3.3 治疗前后积分比较 治疗前头痛积分(14.27±2.8)分,治疗后积分(5.68±1.72)分,治疗后积分较治疗前积分减少, $P < 0.05$,有统计学意义。

而有效地改善大脑和全身内环境的紊乱。

参考文献

[1]中华医学会呼吸病学分会.慢性阻塞性肺病诊治规范[J].中华结核和呼吸杂志,1997,20(4):199
[2]崔祥宾,王鸣歧.实用肺脏病学[M].上海:上海科学技术出版社,1994.588-600
[3]陈天锋,董晨明.纳洛酮对心肺脑复苏作用的评价[J].急诊医学,2000,9(1):5-7
[4]季容,何权瀛.内源性阿片肽在呼吸调控的作用[J].中华结核和呼吸杂志,1999,22(7):440
[5]孟宪芳.纳洛酮在临床急诊中的应用进展[J].综合临床医学,1997,12(6):500
[6]孟庆学.纳洛酮的药理与临床应用研究[J].中国急救医学,1994,14(1):1
[7]江明性.药理学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,1995.141
[8]孔凡清,王其超.中西医结合治疗肺心病急性加重期 56 例[J].实用中医药杂志,2006,22(5):58-59

(收稿日期:2008-01-14)

挥强有力地兴奋中枢神经和呼吸的作用^[4],从而改善肺性脑病的通气,提高 PO₂,降低 PCO₂,减轻脑组织缺氧和脑水肿,逆转脑缺氧所致的神经功能障碍和继发性脑损伤,使临床症状明显改善。其次,纳洛酮还可稳定细胞膜上的 Na⁺-K⁺-ATP 酶,使脑细胞功能得到保护和恢复,从而使患者迅速苏醒^[5]。此外,纳洛酮是纯粹的阿片受体拮抗剂,其本身无明显药理效应和毒性^[6]。而复方丹参注射液的成分为丹参和降香,具有活血行气散瘀作用,可以抑制血栓素 A₂ 的合成,减少血细胞的聚集,增加毛细血管的开放,改善微循环与血液流变异常,也有利于降低肺动脉压^[7],增加人体组织血液供应,提高机体对缺氧的耐受性,促进组织恢复,调节免疫功能。纳洛酮与复方丹参注射液合用能显著改善微循环,有效消除病理状态下产生的各种毒性物质,减轻肺性脑病状态下的人体缺氧和二氧化碳蓄积对中枢神经系统的损伤,提高机体应激能力,从

推拿治疗颈源性头痛临床观察

黄海燕

(浙江省宁波市第一医院 宁波 315010)

关键词:颈源性头痛;风池穴;推拿

中图分类号:R 681.55

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)04-0020-02

头痛是临床常见的一种症状,引起的原因非常复杂,颈源性头痛是由于颈部骨骼、肌肉、神经等原因引起的头痛症状。笔者自 2002 年 5 月~2006 年 12 月采用推拿手法治疗颈源性头痛患者 40 例,与对照组 40 例对比观察,有显著差异。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 两组 80 例均为我院 2002 年 5 月~2006 年 12 月的门诊患者,随机分为两组。治疗组 40 例中,男 22 例,女 18 例,年龄最大 56 岁,最小 18 岁,平均 37.6 岁,病程最短 5d,最长 5 年,平均 4 个月。对照组 40 例中,男 21 例,女 19 例,年龄最大 53 岁,最小 19 岁,平均 36.5 岁,病程最短 3d,最长 6 年,平均 5 个月。两组性别、年龄、病程等资料经统计学处理差异无显著性意义($P>0.05$),有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医病症诊断疗效标准》中的有关标准拟定。主要症状表现为枕、颈、肩部疼痛向头部放射或整个头部呈闷、胀痛、刺痛或烧灼样痛,发作为持续性或间歇性,伴有头晕、汗出、手指麻木、耳鸣、恶心、烦躁不安等症状。检查:全部病例头颈部均有压痛点或头痛激发点,大部分患者转头可诱发疼痛、眩晕,甚至转头障碍,椎间孔挤压试验(+)或臂丛牵拉试验(+). X 线检查:颈椎均有不同程度的退行性变,颈椎曲度改变或椎间关节不稳等症状。MRI 检查:颈椎可见不同程度的膨出、突出。

1.3 排除标准 (1)颅内占位病变、脑疝、蛛网膜下腔出血、颅内血肿及感染等引起的头痛、血管神经性疼痛、偏头痛、丛集性头痛等;(2)焦虑症、抑郁症引起的头痛;(3)长期服用其它有关的治疗药物(如芬必得、布洛芬等),不能立即停用者;

4 讨论

偏头痛以反复发作的偏侧或双侧头部搏动样头痛为特征,常伴有恶心、呕吐及畏光、畏声、头昏等临床症状。现代医学认为偏头痛发病多与三叉神经、血管系统缺陷及遗传因素有关^[4],并与颅内、外血管的异常收缩与舒张有关。而脑血管的异常舒缩可能与下丘脑和边缘系统内的 5-HT、激肽 A 等神经递质水平异常有关,头痛发作期又常伴有血液流变学的异常^[5]。治疗目的在于减轻或终止头痛发作,缓解伴发症状,预防头痛发生^[6]。中医认为:气滞血瘀型偏头痛多由郁积所致,忧郁恼怒,情志不遂,肝失疏泄,气机不畅,导致肝气郁结;肝郁气滞,气滞血瘀,瘀血阻窍而发头痛。治疗当以疏肝理气、活血化瘀、通络止痛为主。方中柴胡、川芎疏肝理气止痛;赤芍、丹参活血化瘀止痛;蜈蚣、全蝎、僵蚕搜风通络止痛;细辛、蔓荆子温经散寒止痛。现代药理认为:川芎、丹参、赤芍等有扩张脑血管、降低血管外周阻力、缓解脑血管痉挛、增加脑血流量、改善血管舒缩功能障碍、改善脑组织对缺血

(4)合并肝肾功能或造血系统等严重原发性疾病、精神病患者;(5)因耳部、眼部、齿部疾病而致头痛的患者;(6)属于中医辨证分型中因六淫之邪而致外感头痛的患者;(7)治疗期间有情绪激动等干扰因素者;(8)年龄小于 18 岁或大于 65 岁者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 重点是在风池穴用强刺激手法,联合其它推拿手法治疗。手法推拿治疗隔天 1 次,重症每天 1 次。

2.1.1 颈肌松解法 患者坐位,术者在患侧颈肩部寻找压痛点、结节或条索状物,用拇指在阳性反应点稍用力按压 3~5 次,由轻到重,每次持续 3~5s,然后在条索状物上用拇指做与肌纤维垂直方向来回弹拨 10~15 次。再以揉法、指揉、拿捏等手法,沿颈部脊柱正中和旁开 2cm 处,从上到下松解颈肩部痉挛的软组织,以充分放松颈部肌肉。

2.1.2 重按风池穴 患者坐位,术者一手扶住患者前额部,另一手拇指在患侧风池穴轻揉 1min,然后用力垂直按入,双手同时对抗用力,直至患者感觉疼痛、酸胀得气,有向巅顶方向传导为度,维持半分钟左右,然后再轻揉 1min,再重按,反复 3~5 次,患者往往感觉舒服,头痛缓解明显。若双侧头痛,则依法施术于另一侧。

2.1.3 整理手法 患者坐位,颈肩部自然放松,轻揉寰枕部,理顺肌肉,同时在术者配合下,患者作颈部前屈、后伸、侧屈、旋转等运动,手法轻柔。

2.2 对照组 口服西比灵胶囊,每次 10mg,每天 1 次,睡前服;消炎痛,每次 25mg,3 次/d;维生素 B₆片,每次 20mg,每天 3 次。两组均以 10d 为 1 个疗程,2 个疗程后统计疗效。

缺氧的耐受能力、抑制或减少神经递质、防止钙离子内流等作用^[7]。本研究结果显示:经理气活血通络类中药治疗气滞血瘀型偏头痛患者,脑血流速度较治疗前明显减慢,提示理气活血剂有缓解脑血管痉挛、改善大脑供血供氧、缓解临床症状的作用。但其远期疗效有待进一步观察。

参考文献

[1]蒋雨平.临床神经疾病学[M].上海:上海医科大学出版社,1999. 8-15
[2]周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003.303-304
[3]顾慎为.经颅多普勒检测与临床[M].上海:上海医科大学出版社, 1993.70
[4]匡培根,吴卫平.偏头痛发病机理及治疗与预防的新进展[J].中国疼痛医学杂志,2002,7(4):1-4
[5]刘焯霖,梁秀龄.偏头痛神经遗传病学[M].北京:人民卫生出版社, 1988.249
[6]王维治,罗祖明.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2001. 242
[7]阴健.中药现代研究与临床应用[M].北京:中国古籍出版社,1993. 650-658

(收稿日期:2008-04-01)