

## 平肝息风通络并涌泉穴药贴法治疗偏头痛临床研究

何祖旺 黄景瑞 王强

(江西省黎川县中医院 黎川 344600)

**摘要:**目的:观察平肝息风通络中药汤剂合涌泉穴药贴治疗偏头痛的临床疗效。方法:将 86 例偏头痛患者随机分为两组,治疗组(n=43),在对照组治疗基础上采用平肝息风通络中药汤剂合吴茱萸贴敷涌泉穴治疗;对照组(n=43),口服氟桂利嗪胶囊、谷维素片治疗。两组均治疗 4 周为 1 个疗程,并进行疗效比较。结果:治疗组总有效率为 90.70%,对照组总有效率为 60.46%。随访 6 个月疗效,治疗组总有效率为 64.10%,对照组总有效率为 34.62%。治疗组与对照组比较,差异均有显著性( $P<0.01$ )。经颅多普勒检查大脑前动脉(ACA)和基底动脉(BA)的平均血流速度治疗组比对照组明显减慢,两组比较差异均有显著性( $P<0.01$ )。治疗组疗效明显优于对照组。结论:平肝息风通络中药汤剂合涌泉穴药贴治疗偏头痛疗效确切,值得推广。

**关键词:**偏头痛;中西医结合疗法;平肝息风通络法;涌泉穴药贴法;氟桂利嗪胶囊;谷维素

中图分类号:R 747.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)05-0015-03

近年来,我们采用中西医结合方法治疗偏头痛 43 例,并与单纯西药治疗的 43 例进行疗效对照观察。现报道如下:

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择我院 2005 年 6 月~2007 年 6 月内科门诊偏头痛患者 86 例,诊断符合国际头痛学会 2004 年制订的国际头痛分类及诊断标准<sup>[1]</sup>,其发作程度及频率均具有该病特点,全部病例均经颅脑 CT 检查未见异常,并根据病史、体格检查及相关检查排除其它病因所致头痛。根据就诊次序随机分为两组,治疗组 43 例,其中男 11 例,女 32 例,年龄 17~58 岁,平均 33.2 岁,有先兆头痛 10 例,无先兆头痛 33 例,病程 6 个月~20 年,平均 4.6 年;对照组 43 例,其中男 12 例,女 31 例,年龄 16~57 岁,平均 32.8 岁,有先兆头痛 11 例,无先兆头痛 32 例,病程 7 个月~19 年,平均 4.8 年。根据中医病证诊疗标准分型<sup>[2]</sup>,治疗组 43 例中肝阳上亢型 15 例,痰浊上扰型 7 例,瘀阻脑络型 12 例,气血亏虚型 4 例,肝肾阴虚复发率较高<sup>[3]</sup>。复发性胫肉的再次手术是一个十分棘手的问题,因为复发性胫肉与下方角膜和巩膜有严重粘连,这种粘连甚至可侵及角膜深基质层,加之复发性胫肉失去了初发性胫肉的结构特点,头、颈、体三部分的界限不易分辨,部分患者角巩膜还可能变薄,经验不足的医生可能为切除得尽量干净而导致眼球穿破。

翼状胫肉的复发除与个体差异、手术方式、切除是否彻底、围手术期用药是否合理、术后刺激是否消除有关外,有证据表明,它还可能与角膜缘干细胞功能不全密切相关。在行常规胫肉切除术后,可认为在角膜局部形成了角膜缘缺失和局部干细胞缺乏<sup>[4]</sup>。采用干细胞移植,不但能为病变区角膜缘提供健康的上皮来源,使角膜恢复正常透明性,同时,这种含有干细胞的角膜缘组织可形成一道“堤坝”,阻止胫肉切除术后被切断的角膜上皮组织向角膜生长<sup>[5]</sup>,有效避免了胫肉的复发。

我们对 50 例 50 眼复发性胫肉行胫肉切除联合角膜缘干细胞移植,46 例 46 眼行单纯胫肉切除术,术后随访(28±3.2)个月,前者仅有 4 只眼复发,复发率为 8.00%,后者有 15 只眼复发,复发率为 32.61%,经统计学处理,两者复发率有显著性差异。这表明,采用干细胞移植,确实可有效地减少复发性胫肉再次手术后的复发问题。

为确保手术成功,笔者认为有几点必须予以重视:(1)对于复发性胫肉需再次手术者,必须在初次手术后至少 6 个

型 5 例;对照组 43 例中肝阳上亢型 14 例,痰浊上扰型 6 例,瘀阻脑络型 13 例,气血亏虚型 5 例,肝肾阴虚型 5 例。两组病人性别、年龄、病程、头痛类型以及中医辨证分型比较均无显著性差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 对照组:口服氟桂利嗪胶囊(国药准字 H10930003),每次 10mg,每日 1 次,睡前服;谷维素片 20mg,每日 3 次。治疗组:在对照组基础上加用中药平肝息风通络,基本方:天麻 10g,生白芍 15g,生甘草 10g,川芎 10g,丹参 15g,僵蚕 10g,全蝎 6g,延胡索 15g。加减:肝火上炎加黄芩 10g,夏枯草 15g;痰浊上扰加陈皮 10g,法半夏 10g;气血亏虚加党参 10g,当归 10g;肝肾阴虚加女贞子 15g,枸杞子 10g。水煎取汁 300mL,早晚分服,同时于每晚睡前温水泡脚,揩干后用拇指罗纹面在涌泉穴上揉按,至局部发热酸胀,然后用吴茱萸粉末以醋调成糊状,敷于双侧涌泉穴,用布包裹,次晨取下。两组均治疗 4 周为 1 个疗程,治疗期间两组均不再使用,等炎症反应完全静止后方可行再次手术,否则,再次手术可导致更为严重的疤痕增生。(2)手术必须在手术显微镜下进行,因为只有显微镜下才能使损伤减小,才能在手术中更好地分清各种组织与清除胫肉。(3)术后应局部联合应用强力的抗炎药物,以便尽量减轻术后的炎症反应。(4)胫肉组织应尽量切除干净,但不可切得太深。病理学显示,胫肉的生长一般只侵至角膜的前弹力层<sup>[6]</sup>。因此,角膜上的剖切不应伤及角膜基质,尤其是在取角膜缘上皮时,深度不要超过前弹力层。(5)在将胫肉切除干净的同时尽量减少对健康角膜缘的破坏,范围最好小于 1/4 圆周。(6)取植片时应避免为取到角膜缘干细胞而过深或过多地损伤角膜缘,从而引发角膜缘缺陷、角膜缘功能失代偿症或引起新的假性胫肉形成。

### 参考文献

- [1]刘祖国,王华.努力提高我国翼状胫肉的手术水平[J].中华眼科杂志,2007,44(10):865-867
- [2]李松峰.翼状胫肉的手术治疗现状[J].临床眼科杂志,2000,8(2):151
- [3]Tseng SCG,Prabhasawat P,Barton K.Amniotic membrane transplantation with or without Limbal allografts for corneal surface reconstruction in patients with Limbal stem cell deficiency[J].Arch ophthalmol,1998,116:434-441
- [4]Hatlu FM,Sobaci G,Tatar T,et al.A comparative study of recurrent pterygium surgery[J].Ophthalmol,1999,106:817-821
- [5]Seifect P,Eckert J,Spitznaz M.Topological-histological investigation of pterygium[J].Graefes Arch clin Exp ophthalmol,2001,239:288-293

(收稿日期:2008-06-02)

用其它镇静止痛药物,每周记录 1 次变化,治疗前及治疗结束均查经颅多普勒(TCD)。

1.3 疗效评价

1.3.1 疗效标准 按中华人民共和国卫生部 1993 年颁布的《中药新药临床研究指导原则》制定的标准<sup>[3]</sup>:临床治愈:头痛及伴随症状消失;显效:头痛强度减轻 2 级,伴随症状减轻或发作次数、疼痛持续时间减少 2/3 以上;有效:疼痛强度减轻 1 级,或发作间隔时间延长或头痛持续时间缩短不足 2/3;无效:疼痛强度减轻不足 1 级或头痛持续时间缩短不足 1/3,或疼痛加重,持续时间延长。

1.3.2 疼痛分级标准<sup>[4]</sup> 0 度无头痛;1 度为轻度疼痛,不影响日常生活;2 度为中度疼痛,影响日常生活;3 度为严重疼痛,需卧床休息。

1.3.3 脑动脉血流速度观测 采用南京迈特电子有限公司生产的 MT-3001 型彩色经颅多普勒,经颞窗探测大脑中动脉(MCA)、大脑前动脉(ACA)、大脑后动脉(PCA),经枕窗探测椎动脉(VA)和基底动脉(BA),重点检测血流平均速度,治疗前后分别检查 1 次 TCD,观察血流速度变化。

1.3.4 随访疗效标准<sup>[5]</sup> 治愈:随访期(6 个月)内头痛未再发作;好转:随访期内发作时头痛程度减轻,持续时间明显缩短,发作频率减少 70%以上;有效:随访期内发作时头痛程度减轻,发作频率减少 50%~70%;无效:随访期内发作时头痛程度、持续时间及发作频率无明显变化。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗组临床治愈率为 32.56%,显效率为 37.21%,有效率为 20.93%;总有效率为 90.70%;对照组临床治愈率为 16.28%,显效率为 23.26%,有效率为 20.93%;总有效率为 60.46%。两组总有效率比较差异有显著性(P<0.01),见表 1。

表 1 两组偏头痛患者临床疗效比较 例

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	43	14	16	9	4	90.70
对照组	43	7	10	9	17	60.46

2.2 两组远期疗效比较 6 个月后随访,治疗组随访 39 例,失访 4 例,治愈率为 20.51%,好转率为 30.77%,有效率为 12.82%;总有效率为 64.10%;对照组随访 26 例,失访 17 例,治愈率为 7.69%,好转率为 15.38%,有效率为 11.54%;总有效率为 34.62%。两组总有效率比较差异有显著性(P<0.01),见表 2。

表 2 两组远期疗效比较 例

组别	n	治愈	好转	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	39	8	12	5	14	64.10
对照组	26	2	4	3	17	34.62

2.3 两组治疗前后脑动脉血流速度比较 治疗前两组各部位脑动脉平均血流速度差异均无显著性,治疗后两组各部位脑动脉平均血流速度与治疗前比差异均有显著性(P<0.05 或 P<0.01),且治疗组 ACA 和 BA 的平均血流速度比对照组有显著的减慢作用(P<0.01),见表 3。

2.4 不良反应 治疗组与对照组均未出现明显不良反应。

3 讨论

偏头痛为一组常见的血管性头痛,表现为阵发性发作的

表 3 两组治疗前后脑动脉血流速度比较 (X±S) cm/s

测定项目	治疗前		治疗后	
	治疗组	对照组	治疗组	对照组
MCA	83.5± 11	82.1± 9	63.1± 12	62.7± 11
ACA	63.7± 10	60.5± 11	51.2± 12	54.1± 13
PCA	47.1± 12	46.2± 12	43.4± 10	42.4± 9
BA	51.2± 11	52.7± 13	40.1± 11	45.2± 13
VA	37.5± 8	36.7± 8	36.1± 8	36.6± 7

偏侧或双侧搏动性头痛,伴有恶心、呕吐及羞明,经过一段间歇期后再次发病,在安静、黑暗环境内或睡眠后头痛缓解。在头痛发生前或发作时可有神经、精神功能障碍,约 50%病人有家族史。流行病学调查表明,我国偏头痛的患病率为 985.2/10 万,年发病率为 79.7/10 万<sup>[6]</sup>。偏头痛可发生在任何年龄,女性发病约为男性的 2~4 倍。其发病机制尚未完全明了,可能与遗传、内分泌及代谢等因素有关,也可能与颅内血管功能失调及多种神经递质活动有关,5-羟色胺既是神经递质,又是体液介质,对神经和血管均有影响,在偏头痛中起重要作用<sup>[7]</sup>。此外,有研究表明,偏头痛的发作与免疫反应、自主神经功能紊乱等有一定关系<sup>[8]</sup>。偏头痛型血管性头痛患者经颅多普勒表现与非偏头痛型血管性头痛患者的经颅多普勒表现基本相同,主要表现为单支或多支血管的收缩期流速增高的高流速多普勒频谱,显示单支或多支血管痉挛<sup>[9]</sup>。近年来钙离子拮抗剂氟桂利嗪和植物神经调节剂谷维素治疗偏头痛,国内已有不少报道。氟桂利嗪是一种选择性钙离子拮抗剂,可溶性强,易透过血脑屏障,能阻断各种原因引起的钙离子过量跨膜进入细胞,防止血管平滑肌痉挛收缩,因而抑制血小板内钙离子浓度升高,使血小板活性及聚集性降低,5-羟色胺释放减少,防止脑血管痉挛,纠正缺氧状态,保护脑细胞,改善红细胞的变形性和血液黏度,缓解和消除继发性颅外血管扩张,从而达到防治偏头痛的目的;谷维素有调节植物神经功能,改善植物神经失调的作用,还可维持内分泌平衡。

中医偏头痛又称偏头风,头为诸阳之会,清阳之府,又为髓海之所在,居于人体最高位,五脏精华之血,六腑清阳之气皆上注于头,于是,六淫邪气、脏腑之逆均可导致头痛。偏头痛病因虽多,但与肝阳偏亢、肝经风火上扰关系最为密切。偏头痛的治疗多以平肝清热息风通络为法<sup>[10]</sup>,平肝息风药以平息肝风、止痉挛为主要作用<sup>[11]</sup>,如方中天麻平肝息风,通络止痛;白芍平抑肝阳,与甘草配合缓急止痛;僵蚕、全蝎息风止痉,通络止痛。动物实验研究表明大多数活血化瘀药物对血管壁都有直接扩张作用<sup>[12]</sup>,方中川芎活血行血,开郁止痛,能上行头目,下行血海,行血中之气,祛血中之风、走而不守,故常为治疗偏头痛之首选药物;丹参通行血脉,活血祛瘀;延胡索苦降温通,既入血分、又入气分,能行血中之气,又能行气中之血,盖气郁则痛,血滞亦痛,气行血活,通则不痛,故为活血利气止痛之良药。“脑为髓海”、“肾主骨生髓通于脑”,足心涌泉穴为足少阴肾经的井穴,《韩氏医通》指出:“多病善养者,每夜令人擦足心(涌泉穴),至发热,甚有益。”吴茱萸辛热燥烈,其作用于涌泉穴,通过经络的兴奋传导或激动相应器官,可使功能得以恢复,达到疏通经络、活血化瘀、上病下取、引邪下行的作用。本研究表明,以平肝息风通络中药并涌泉穴药贴为主的中西医结合方法治疗偏头痛,其临床疗效以及对

# 氯沙坦与培哌普利对高血压引起左室肥厚逆转作用的比较

徐海娜

(浙江省杭州市长庆潮鸣社区卫生服务中心 杭州 310003)

关键词: 高血压; 左室肥厚; 氯沙坦; 培哌普利; 对比研究

中图分类号: R 544.1

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0017-02

原发性高血压常引起左室肥厚, 治疗高血压的药物不仅是为了控制血压, 更重要的是能保护靶器官, 延缓和逆转心室肥厚, 降低心血管事件的发生率和死亡率。血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)能逆转左室肥厚(LVH), 在国内外已有较多报道<sup>[1]</sup>。本文对氯沙坦是否也能逆转高血压患者的LVH作一初步探讨。

## 1 对象与方法

1.1 对象 选择 2005~2007 年来本院就诊的原发性高血压患者 172 例, 随机分为两组, 氯沙坦组(A组)87 例, 培哌普利组(B组)85 例。诊断均符合 WHO 高血压诊断标准, 未经降压治疗或停药降压药 2 周以上, 排除继发性高血压、糖尿病及其他器质性心脏病。两组病人年龄及血压等无显著性差异, 具有可比性。

1.2 方法 A 组病人服用氯沙坦 50mg, qd; B 组病人服用培哌普利 4mg, qd。治疗期间不再服用其他降压药, 2 周后如血压控制不理想, 剂量加倍, 如血压仍不满意, 可加服氢氯噻嗪 12.5~25mg/d, 服药前及服药后 6 个月分别检测血压并作二维超声心动图。超声心动图采用 HP1000 型彩色多普勒血流仪, 探头频率 2.5MHz, 由专人测定。所测指标: (1)舒张末期室间隔厚度(IVS); (2)舒张末期左室后壁厚度(PWT); (3)舒张末期左室腔内径(LVDd); (4)左室重量指数(LVMI)。LVMI(g/m<sup>2</sup>)=LVMI/BSA; 体表面积(BSA)=[0.006×身高(cm)+0.0128×体重(kg)]-0.1529<sup>[2,3]</sup>。

1.3 统计学处理 相关资料分析比较用  $\gamma$  检验, 计量数值( $\bar{X} \pm S$ )表示。

## 2 结果

A 组与 B 组降压效果的比较, 见表 1。A 组与 B 组逆转左室肥厚的比较, 见表 2。两组药物治疗前后降压效果和各项超声心动图指标在组间差别无显著性差异( $P>0.05$ )。

## 3 讨论

高血压长期作用可导致左室肥厚, 近年来的研究表明脑动脉血流速度改善均明显优于单用西药治疗。说明中西医结合治疗方法有明显的协调作用, 各自发挥独特的优势, 疗效确切, 值得推广。

### 参考文献

- [1]陈灏珠.实用内科学[M].第12版.北京:人民卫生出版社,2006. 2 714-2 717
- [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京中医药大学出版社,1994.22-23
- [3]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].第2版.北京:中国医药科技出版社,1993.200
- [4]邵福源,黄流清,吴萍嘉,等.口服舒马曲坦治疗偏头痛 93 例[J].新药与临床,1994,13(4): 194-195
- [5]杨森,王虎,王琦,等.小剂量西比灵治疗偏头痛的临床研究[J].中华

表 1 两组治疗前后降压疗效比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) mmHg

组别	血压	治疗前	治疗后
A 组	SBP	173± 11	137± 6*
	DBP	105± 7	91± 6*
B 组	SBP	172± 7	135± 4*
	DBP	103± 9	83± 3*

注:与治疗前比较,\* $P<0.01$ 。表 2 两组治疗前后超声心动图指标比较 ( $\bar{X} \pm S$ )

组别	左心室指标	治疗前	治疗后
A 组	IVS	13.30± 1.21	10.10± 1.11*
	PWT	12.18± 0.83	8.81± 1.13*
	LVDd	48.63± 3.86	45.82± 3.42*
	LVMI	136.84± 17.78	93.52± 41.8*
B 组	IVS	13.43± 1.62	9.66± 1.54*
	PWT	12.69± 0.93	8.71± 0.95*
	LV Dd	48.69± 3.88	45.73± 4.09*
	LVMI	137.03± 17.40	92.20± 22.75*

注:与治疗前比较,\* $P<0.01$ 。

高血压合并 LVH 者心肌缺血、心律失常、心力衰竭发生率较无 LVH 者增加, 其猝死发生率也明显升高。LVH 现已作为一项独立的心血管病危险因素, 它与心血管病的发生率和死亡率密切相关, 严重影响高血压病患者的临床预后, 因此高血压的治疗已不仅仅是为了降低血压, 更重要的是保护靶器官, 降低心血管意外的发生率<sup>[4]</sup>。AngII 与高血压性左室肥厚密切相关, 它通过 AT<sub>1</sub> 受体促进心肌增生和 LVH 形成。氯沙坦是血管紧张素 II(AngII)受体阻滞剂, AngII 受体阻滞剂是一类对 AngII 受体亚型 AT<sub>1</sub> 受体有特异性亲和力的药物, 能特异性拮抗 AngII 的所有生物学活性。因此, 氯沙坦具有降压和逆转 LVH 的作用, 其机制主要有: (1)降低血压, 改善血流动力学, 减轻心室壁张力; (2)间接刺激 AT<sub>1</sub> 与 AT<sub>1</sub> 受体结合, 促进局部内皮细胞生成一氧化氮而抑制心肌细胞生成<sup>[5]</sup>; (3)选择性阻断 AT<sub>1</sub> 受体, 减少体内 AT<sub>1</sub> 水平, 抑制心肌细胞蛋白质合成; (4)降低交感神经活性, 减少儿茶酚胺分

现代内科学杂志,2006,3(3): 66

- [6]郭述苏.中国偏头痛流行病学调查[J].临床神经病学杂志,1991,4(2): 65-67
- [7]张秀峰,边建超.偏头痛的遗传流行病学研究进展[J].国外医学·遗传病分册,2005,28(1): 41
- [8]牟善初,郑秋甫.新编内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.1 381
- [9]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, 1993.82
- [10]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003.309
- [11]成都中医学院.中药学[M].上海:上海科学技术出版社,1978.176
- [12]余永敏.活血化瘀法临床应用与研究[M].西安:陕西科学技术出版社,1979.100

(收稿日期: 2008-03-07)