

# 自拟祛湿止痛汤治疗风湿外袭型偏头痛 59 例临床观察

张捷 叶文平 刘云雅

(广东省惠州市仲恺高新区人民医院 惠州 516029)

**摘要:**目的:观察自拟祛湿止痛汤治疗风湿外袭型偏头痛的临床疗效。方法:将 115 例风湿外袭型偏头痛患者随机分为治疗组与对照组,对照组 56 例予常规西医治疗,治疗组 59 例在对照组基础上加用自拟祛湿止痛汤治疗,统计患者治疗前后头痛持续时间、头痛发作次数和头痛指数的变化并评估临床疗效。结果:治疗组头痛持续时间、头痛发作次数和头痛指数均较对照组下降更明显,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组总有效率 84.75%,对照组总有效率 71.43%,两组疗效比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:在常规西医治疗基础上,加用自拟祛湿止痛汤治疗风湿外袭型偏头痛疗效确切。

**关键词:**偏头痛;风湿外袭型;自拟祛湿止痛汤

中图分类号:R747.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.005

偏头痛是临床常见头痛类型,其典型临床特征为单侧或者双侧头部血管搏动性痛,伴恶心呕吐、畏光、声响恐惧,在身体活动、情绪变化或睡眠障碍时症状加重。该病反复发作,迁延难愈,患者备受疾病折磨,世界卫生组织已将严重偏头痛归属为致残的慢性疾病之一,类同于四肢瘫痪、痴呆及严重精神病<sup>[1-2]</sup>。现阶段由于对本病的发病机制尚不十分清楚,对于顽固性偏头痛无根治性措施,现代医学多以对症治疗为主,疗效不理想且治疗费用昂贵。中医中药对头痛的治疗有悠久的历史,而且历经临床实践检验疗效确切,为了探讨对偏头痛治疗的有效方法,笔者自 2013 年 10 月~2014 年 6 月应用自拟祛湿止痛汤治疗风湿外袭型偏头痛 59 例,取得良好疗效。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 诊断标准** 西医诊断标准参照国际头痛学会(HIS)修订的偏头痛诊断标准<sup>[3]</sup>,中医诊断、证候分类标准参照田德禄主编《中医内科学》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》,辨证为风湿外袭型偏头痛。主症:头痛如裹,次症:肢体困重,身热不扬,胸闷纳呆,小便不利,大便溏薄,舌质淡红,舌苔白腻,脉濡滑。

**1.2 一般资料** 115 例均为本院门诊患者,中西医诊断均符合上述标准,随机分为祛湿止痛治疗组(治疗组)和常规治疗对照组(对照组),所有病例均排除可逆性脑缺血发作、颅内占位、脑血管意外以及严重心、肝、肾功能损害。对照组 56 例中,男 10 例,女 46 例;年龄 17~32 岁,平均(25.16± 3.72)岁;病程 1~5 年,平均(1.56± 0.33)年。治疗组 59 例中,男 11 例,女 48 例;年龄 18~39 岁,平均(27.80± 5.61)岁;病程 1~6 年,平均(1.54± 0.32)年。两组患者性别、年龄、发病时间、病情、病程经统计学分析,无显著差异

( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 1.3 治疗方法

**1.3.1 对照组** 采用常规西医治疗:吸氧、避光、安静环境、改善微循环、营养脑细胞、对症支持等,必要时临时予甘露醇快速静滴,甘露醇具有快速脱水的作用,可减轻血管扩张、高血流灌注及血管壁的无菌性炎症,并清除因脑缺血缺氧产生的自由基,保护脑细胞,从而达到止痛的效果<sup>[4]</sup>。

**1.3.2 治疗组** 在对照组基础上加用自拟祛湿止痛汤治疗,组成:羌活 10 g、防风 15 g、茯苓 20 g、党参 30 g、柴胡 15 g、川芎 10 g、当归 10 g、红花 12 g、桃仁 12 g、陈皮 10 g、乌药 10 g、天南星 10 g、桂枝 10 g、炙甘草 6 g,每日 1 剂,使用自动煎药机煎煮成 400 ml,抽真空包装入袋,每袋 200 ml,每天 2 袋,早晚各口服 1 袋,4 周为 1 个疗程。比较两组患者治疗前后头痛发作持续时间、头痛发作次数和头痛指数的变化,并评估临床疗效。

**1.4 观察指标** (1)头痛持续时间。(2)头痛发作次数。(3)头痛指数为头痛持续时长×头痛强度。头痛强度分为 0~4 级:0 级 = 无头痛,1 级 = 轻度头痛,2 级 = 中度头痛,3 级 = 严重头痛,4 级 = 剧烈头痛。(4)不良反应。

**1.5 疗效评价** 参照《中药新药临床研究指导原则》关于“中药新药治疗头痛的临床研究指导原则”的标准<sup>[5]</sup>。临床治愈:头痛及伴随症状消失;显效:疼痛强度减轻 2 级,伴随症状减轻,发作次数或疼痛持续时间减少 2/3 以上;有效:疼痛强度减轻 1 级,发作时间或头痛持续时间缩短不足 2/3 但超过 1/2;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。

**1.6 统计学方法** 获得数据采用 SPSS13.0 进行统计分析,计数资料采用卡方检验,计量资料采用  $t$

检验,  $P < 0.05$  为差异有显著性意义。

## 2 结果

### 2.1 两组临床疗效比较 见表 1。

组别	n	临床治愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
对照组	56	10	23	12	11	80.36
治疗组	59	15	25	15	4	93.22*

注:与对照组比较,  $\chi^2=4.191$ , \* $P=0.041 < 0.05$ 。

### 2.2 两组治疗前后头痛持续时间、头痛发作次数和头痛指数比较 见表 2。

组别	时间	头痛时长(h)	头痛发作次数(次)	头痛指数
对照组	治疗前	10.43±0.62	3.64±0.75	30.95±4.29
	治疗后	9.30±0.46*	2.50±0.53*	25.73±3.19*
治疗组	治疗前	10.89±0.58 <sup>△</sup>	3.73±0.80 <sup>△</sup>	31.27±4.48 <sup>△</sup>
	治疗后	8.74±0.51**	1.82±0.42**	17.43±2.42**

注:与治疗前比较, \* $P < 0.05$ ; 与对照组治疗前比较, <sup>△</sup> $P > 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, \*\* $P < 0.05$ 。

2.3 不良反应 治疗期间, 治疗组有 1 例患者出现食欲下降、恶心欲呕的消化道症状, 观察 1 周后症状消失, 未停药。对照组中有 1 例患者出现血小板轻度下降, 未做特殊处理, 1 周后复查血常规转为正常。两组患者治疗前后复查肝肾功能和心电图均无异常波动。

## 3 讨论

偏头痛属于原发性头痛范畴, 是临床上常见病, 发作时症状较重, 患者难以忍受, 影响正常的生活工作, 严重者甚至可以造成劳动能力丧失。目前随着经济的快速发展, 生活节奏的加快, 个人压力增大, 此病发病呈上升趋势, 近年来的流行病学资料显示, 偏头痛的全球患病率约为 10%, 终生患病率约为 14%<sup>[6]</sup>, 女性较男性相比更为多见, 有家族遗传史的患者占其中近半数。迄今为止偏头痛的发病机制仍无明确定论, 大多数学者认为比较常见的有血管源学说、皮质扩散性抑制、三叉神经血管学说等, 血管源学说认为偏头痛是颅内血管收缩扩张及血小板功能障碍的结果<sup>[7]</sup>。目前西医治疗偏头痛的药物主要有钙离子拮抗剂、5-HT 拮抗剂、抗抑郁药、 $\beta$ 受体阻滞剂、抗癫痫药、维生素类等, 虽然对偏头痛治疗有一定的效果, 但由于容易产生共济失调、过敏、依赖性等毒副作用, 患者常常不能坚持服用而停药。所以, 充分发挥中医药的优势, 从中医方面探求治疗偏头痛的有效的中医中药方法势在必行。

偏头痛属于中医学“头痛、头风、首风、偏头风”等范畴。中医学认为引起头痛的原因很多, 如外感

六淫之邪外袭, 直犯清空, 或内伤诸疾, 瘀血、痰浊, 七情过极等, 均可使阴阳失调, 经气壅遏不行; 或正气内虚, 清阳不升, 脑脉失养, 从而引起头痛的发生。风湿外袭型偏头痛是由于“风为百病之长”, 风性趋上, 易袭高位, 风邪易侵袭巅顶清窍, 若同时携带湿邪, 湿困清阳, 蒙蔽脑络, 脉络失养或细急, 头痛乃发。湿性重着, 故见头痛如裹, 肢体困重; 湿邪阻碍经气运行, 阳气被遏, 故身热不扬; 风湿之邪困于中州, 脾胃运化失司, 水湿运化能力减退, 故见胸闷纳呆、小便不利、大便溏薄等症。广东位处岭南地区, 滨海傍水, 湖泊鱼塘密布, 雨水充足, 较内陆其他地区更容易受到风湿之邪的侵袭, 我们在长期的临床工作中观察到, 偏头痛属风湿外袭型的患者所占比例较高。

自拟祛湿止痛汤以省风散为主方加减而成, 原方出自《朱氏集验方》卷一, 主治“风寒湿邪外客, 手足麻痹, 头重偏疼, 起居眩晕, 四肢倦怠, 足胫缓弱, 掣痛无时”。针对风湿外袭型偏头痛, 治则以祛风渗湿、活血止痛为主, 方中羌活配合防风解表; 柴胡解表清里, 通透外邪; 党参、茯苓配伍天南星, 健脾豁痰祛湿; 当归养血活血; 川芎、红花、桃仁活血通络, 降低血黏度; 桂枝调和营卫; 陈皮、乌药理气, 补而不滞, 增强止痛之功; 诸药合用, 共奏解表祛湿止痛之功效。本研究结果表明, 自拟祛湿止痛汤治疗风湿外袭型偏头痛后, 患者头痛发作时持续时间缩短, 一个月内头痛发作次数减少, 头痛指数明显下降, 以上各指标下降情况较对照组更明显, 有显著性差异 ( $P < 0.05$ )。且治疗组总有效率明显高于对照组, 不良反应发生率与对照组比较, 差异无统计学意义。综上所述, 自拟祛湿止痛汤治疗风湿外袭型偏头痛疗效确切, 可减轻患者痛苦, 且使用安全方便, 无明显不良反应, 能有效提高患者生活质量, 值得推广。

### 参考文献

- [1]刘春梅, 周俊山. 偏头痛的国际分类、诊断标准、发病机制与防治研究进展[J]. 疑难病杂志, 2010, 9(12): 953-955
- [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]Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine: diagnostic criteria[J]. J Vestib Res, 2012, 22(4): 167-172
- [4]付春霞. 甘露醇治疗偏头痛 28 例临床观察[J]. 黑龙江医学, 2005, 29(12): 959-960
- [5]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第 2 辑)[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994. 199-201
- [6]吴江. 神经病学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013. 314
- [7]代春靖, 刘齐. 天麻素联合甘露醇治疗重度偏头痛的疗效[J]. 中国医药指南, 2010, 8(7): 60-61

(收稿日期: 2014-11-06)