

盐酸氟桂利嗪联合电针对偏头痛患者头痛程度、频率的影响

常滢乐

(河南省汝阳县人民医院神经内科 汝阳 471200)

摘要:目的:分析盐酸氟桂利嗪联合电针对偏头痛患者头痛程度、频率的影响。方法:选取 2018 年 1 月~2019 年 6 月收治的偏头痛患者 150 例为研究对象,采用双盲法分成对照组与治疗组,每组 75 例。对照组接受盐酸氟桂利嗪治疗,治疗组接受盐酸氟桂利嗪联合电针治疗。比较两组患者头痛程度、头痛频率、血清学指标及不良反应发生情况。结果:治疗后治疗组疼痛评分、头痛发作频率及血清基质金属蛋白酶-9、D-二聚体水平低于对照组,5-羟色胺水平高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:盐酸氟桂利嗪联合电针治疗偏头痛,能减轻患者头痛程度,减少头痛频率,改善血清学指标,且安全性较好。

关键词:偏头痛;盐酸氟桂利嗪;电针;不良反应

中图分类号:R747.2 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.027

偏头痛是临床常见疾病,病机较复杂,与遗传、情志不畅、环境改变关系较密切^[1]。既往研究认为^[2],偏头痛是一组由脑血管收缩功能异常引起的头痛,其中 5-羟色胺(5-HT)、基质金属蛋白酶-9(MMP-9)及血小板功能参与头痛的发生及发展。偏头痛临床症状表现为头痛反复发作,严重影响患者精神状态,病情严重者甚至会出现自残、自杀行为。药物是治疗偏头痛的重要方法。目前临床将药物治疗分为急性期偏头痛治疗及预防性用药。急性期偏头痛药物治疗目的是尽快解除患者疼痛。预防性用药目的是减缓及减少偏头痛发生次数及头痛程度,减少急性期用药。盐酸氟桂利嗪是一种钙通道阻滞剂^[3],属于预防性用药的一种。电针治疗偏头痛效果较明显,在降低头痛程度、提升患者生活质量上有重要价值^[4]。本研究旨在探讨盐酸氟桂利嗪联合电针对偏头痛患者头痛程度、频率的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月~2019 年 6 月收治的偏头痛患者 150 例为研究对象,采用双盲法分成对照组与治疗组,每组 75 例。对照组男 41 例,女 34 例;年龄 18~75 岁,平均年龄(62.87 ± 3.74)岁;病程 1~28 年,平均病程(15.82 ± 3.91)年。治疗组男 43 例,女 32 例;年龄 18~76 岁,平均年龄(62.75 ± 3.79)岁;病程 1~29 年,平均病程(15.72 ± 3.93)年。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入组标准 (1)诊断标准:符合第五届全国颅脑超声学术会议制定的偏头痛相关诊断标准^[5]。(2)纳入标准:经 CT 检查确诊;签署知情同意书;对治疗药物无过敏史;间歇性、反复发作性头痛。(3)排除标准:脑出血患者;脑梗死患者;抑郁症患者;妊娠期哺乳期患者;恶性肿瘤患者;免疫功能紊乱患者。

1.3 治疗方法 对照组患者接受盐酸氟桂利嗪胶囊(国药准字 H10930003)治疗,10 mg/次,口服,1 次/d,连续用药 15 d。治疗组患者接受盐酸氟桂利嗪联合电针治疗。盐酸氟桂利嗪治疗同对照组。电针选穴:患侧头维、太阳、率谷、完骨、风池。常规消毒后使用 30 号 1~1.5 寸毫针,针刺得气后开启电针仪,使用疏密波,刺激强度以患者耐受为主,通电 30 min,15 min 捻转运针 1 次,采用平补平泻手法,1 次/d。连续治疗 15 d。

1.4 观察指标 (1)头痛程度:治疗前、治疗 7 d、治疗 14 d 采用视觉模拟评分法(VAS)评价患者头痛情况,分值越高痛感越强。(2)血清学指标:治疗前后抽取患者肘静脉血 3 ml,离心处理取血清,采用酶联免疫吸附法检测 5-HT、MMP-9;采用全自动血凝仪发光法检测 D-二聚体(D-D)水平。(3)头痛频率:治疗前、治疗 7 d、治疗 14 d 统计患者单日头痛次数,计算单日头痛频率。(4)不良反应:统计患者治疗期间出现的不良反应(嗜睡、食欲减退、皮肤红肿)。

1.5 统计学方法 本研究数据采用 SPSS22.00 统计学软件分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组头痛程度比较 治疗前两组疼痛评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后治疗组疼痛评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组头痛程度比较(分, $\bar{x}\pm s$)			
组别	n	治疗前	治疗后
对照组	75	6.81± 1.74	4.51± 0.63
治疗组	75	6.93± 1.76	2.57± 0.63
t		0.047	19.627
P		0.957	<0.001

2.2 两组血清学指标比较 治疗前两组血清 5-HT、MMP-9、D-D 水平比较无明显差异 ($P>$

0.05); 治疗后治疗组血清 MMP-9、D-D 水平低于对照组, 5-HT 水平高于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组血清学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前			治疗后		
		5-HT (ng/L)	MP-9 (μg/L)	D-D (mg/L)	5-HT (ng/L)	MMP-9 (μg/L)	D-D (mg/L)
对照组	75	200.26± 36.58	261.25± 41.26	8.26± 2.01	211.74± 32.68	185.27± 32.74	6.57± 1.61
治疗组	75	200.58± 36.52	261.87± 41.29	8.32± 2.03	226.58± 32.64	141.63± 32.92	3.74± 1.68
t		0.274	0.651	0.043	48.651	65.243	14.264
P		0.651	0.495	0.847	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组头痛发作频率比较 治疗前两组头痛发作频率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后治疗组头痛发作频率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组头痛发作频率比较 (次/d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	75	4.69± 0.32	3.57± 0.71
治疗组	75	4.78± 0.35	1.65± 0.73
t		0.495	27.514
P		0.746	<0.001

2.4 两组不良反应发生情况比较 两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 4。

表 4 两组不良反应发生情况比较 [例 (%)]

组别	n	嗜睡	食欲减退	皮肤红肿	总发生
对照组	75	3 (4.00)	6 (8.00)	2 (2.67)	11 (14.67)
治疗组	75	3 (4.00)	7 (9.33)	3 (4.00)	13 (17.33)
χ^2					2.541
P					0.653

3 讨论

偏头痛发生机制较复杂^[6-7]。西医认为偏头痛发生及发展与血管及神经损伤有关。三叉神经血管及中枢神经系统内源性镇痛系统功能缺陷是导致偏头痛的重要因素^[8-10]。盐酸氟桂利嗪能改善偏头痛患者脑血流供给, 抑制血管痉挛收缩, 减少局部血小板聚集, 进而改善头痛, 但不良反应较多, 长期用药不理想。中医认为, 偏头痛属于“头风”范畴, 以外感、内伤为主要发病因素^[11]。其中外感会导致患者风阳之邪上受, 正气不足, 又或者饮食不节、情志不畅、疲倦, 引起经气不足、脉络堵塞。中医认为针刺能疏通受阻经络, 补足阳气, 气血和顺, 消肿止痛^[12]。而电刺患侧穴位能改善偏头痛患者脑部血液循环, 减少头痛, 提升治疗效果。头维属足阳明胃经, 在头部一侧, 发际上 0.5 寸, 头正中线旁开 4.5 寸。电刺头维能改善头痛、眩晕、目痛。太阳穴耳廓前面, 前额两, 电刺患侧太阳穴可活血化瘀, 消肿止痛。率谷位于足太阳、少阳之会, 属足少阳胆经。电刺率谷能解除头痛, 目眩, 耳鸣, 具有止痛、止吐、抗癫痫之效。完骨属足少阳胆经, 位于耳后乳突的后下方凹陷处。电刺完骨可消肿止痛, 活血化瘀, 消炎。风池属足少阳胆经,

电刺本穴可阳热风气, 平痉, 止痛。针刺诸穴可使脉络通畅, 气血和顺, 熄风止痛, 祛风化瘀, 从而达到平痉、止痛、明目之效。本研究结果显示, 治疗后治疗组疼痛评分及头痛发作频率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。说明盐酸氟桂利嗪联合电针治疗偏头痛能明显缓解患者头痛情况。这是由于盐酸氟桂利嗪能抑制脑血管收缩, 电刺头维、太阳、率谷等能减少脑部疼痛, 联合使用能提升治疗效果。偏头痛过程中三叉神经末梢会释放一些血管活性物质引起神经源性炎症, 而 5-HT、MMP-9、D-D 又会增加偏头痛病情, 引起血管痉挛, 促使脑血管收缩^[13-14]。5-HT、MMP-9、D-D 通过影响血管收缩诱导头痛发生及发展。D-D 水平反映血液黏稠度及新血栓形成情况。MMP-9 能对血管壁细胞外基质进行降解, 促进血管损伤。5-HT 诱导血管收缩进而快速分解而引起颅内血管扩张导致头痛发作。减少抑制 5-HT、MMP-9、D-D 释放能改善偏头痛临床症状, 促进康复。本研究结果显示, 治疗后治疗组血清 MMP-9、D-D 水平低于对照组, 5-HT 水平高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。说明盐酸氟桂利嗪联合电针治疗偏头痛既能减少炎性细胞因子释放, 又能阻止血栓形成。此外, 两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。说明盐酸氟桂利嗪联合电针穴位治疗安全性较高。综上所述, 盐酸氟桂利嗪联合电针穴位治疗偏头痛患者效果较好, 值得临床应用。

参考文献

[1]张伟,李爱红.盐酸氟桂利嗪联合阿司匹林对偏头痛患者临床症状及血管活性因子的影响[J].中南医学科学杂志,2018,46(4):124-126.
[2]李嘉琪,汪洋,熊海.头痛宁联合盐酸氟桂利嗪对无先兆性偏头痛的防治效果分析[J].现代预防医学,2019,36(8):415-416.
[3]刘莉,杨同聚,王玉秋,等.荣脑通络益智颗粒配合盐酸氟桂利嗪胶囊对慢性脑供血不足认知功能的影响[J].国际中医中药杂志,2018,40(5):394-397.
[4]陈元星,孙勃,彭新,等.神经电刺激治疗前庭性偏头痛患者的临床疗效观察[J].中国听力语言康复科学杂志,2018,16(4):259-261.
[5]吴烽芳,廖军,黄志伟,等.盐酸氟桂利嗪胶囊联合前庭康复治疗前庭性偏头痛[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2019,14(10):147-149.
[6]于生元,陈小燕.偏头痛发生机制的神经影像学进展[J].武警医学,2014,25(1):1-4.

(下转第 74 页)

2.2 两组抗结核方案更改及不良反应发生率比较
观察组患者抗结核方案更改率、不良反应发生率均

明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组抗结核方案更改及不良反应发生率比较

组别	n	抗结核方案更改			不良反应				
		部分停药(例)	终止治疗(例)	总计[例(%)]	发热(例)	WBC 下降(例)	PLT 下降(例)	消化道反应(例)	总发生[例(%)]
观察组	50	2	1	3(6.0)	3	1	2	4	10(20.0)
对照组	50	10	5	15(30.0)	6	4	4	7	21(42.0)
χ^2				9.756 1					5.656 8
P				<0.05					<0.05

2.3 两组肝功能指标、HBV-DNA 结果比较
治疗后观察组 ALT、AST、TBil 与 HBV-DNA 明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组肝功能指标、HBV-DNA 结果比较($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	观察组	对照组	t	P
ALT(U/L)	治疗前	110.52± 7.23	110.63± 8.02	0.072 0	>0.05
	治疗后	89.14± 9.21	107.62± 3.71	13.160 6	<0.05
AST(U/L)	治疗前	125.34± 4.49	124.67± 3.82	0.803 6	>0.05
	治疗后	98.32± 8.97	122.77± 3.46	17.982 6	<0.05
TBil(μmol/L)	治疗前	127.01± 2.39	127.23± 3.51	0.366 3	>0.05
	治疗后	104.32± 7.53	124.34± 2.62	17.755 8	<0.05
HBV-DNA (× 10 ³ 拷贝/ml)	治疗前	3.45± 0.68	3.60± 0.02	1.559 1	>0.05
	治疗后	0.97± 0.61	2.99± 0.05	23.337 4	<0.05

3 讨论

肺结核是由结核分枝杆菌引起的慢性传染病,目前临床治疗肺结核合并慢性乙型肝炎的方法有很多^[6],但最为常用的还是给予患者如异烟肼片、乙胺丁醇片、烟酰胺片、利福平胶囊、拉米呋啶片等抗结核药物进行治疗。虽然应用以上抗结核药物治疗可以在临床治疗初期起到清除患者体内结核杆菌的目的,但有研究表明,在临床治疗肺结核合并慢性乙肝的过程中,频繁对患者应用异烟肼片、乙胺丁醇片、异烟酰胺片、利福平胶囊、拉米呋啶片等抗结核药物会对患者肝功能造成损害,因抗结核药物在服用后均由肝脏代谢,给患者的肝脏带来极大的压力。还有研究表明,恩替卡韦片、谷胱甘肽片联合用药可以将患者机体的有毒物质转化为对机体无害的物质,有效减少其他药物对患者肝脏的损伤,使患者的肝功能保持良好状态,同时显著减少在治疗过程中的不良反应^[7-8]。

本研究结果显示,观察组抗结核方案更改率、不良反应发生率均明显低于对照组;治疗后观察组病

灶吸收、痰菌转阴、HBV-DNA 阴转率高于对照组,结核耐药发生率低于对照组;治疗后观察组 ALT、AST、TBil 与 HBV-DNA 明显低于对照组。说明采用恩替卡韦联合用药对肺结核合并慢性乙肝病患进行治疗,可以很大程度上降低病患的肝功能损伤情况,同时具有较为理想的安全性。恩替卡韦片在抗病毒方面药效明显,能够保障治疗的整体水平,同时联合谷胱甘肽片可以提高机体代谢水平,确保细胞膜以及线粒体膜更加完整,提升肝脏酶的活性,避免药物治疗造成肝脏受损,保障肝脏功能。综上所述,对于肺结核合并慢性乙肝患者,通过应用恩替卡韦片联合用药治疗,可以有效降低对患者肝功能的损伤,减少结核耐药,促进患者病情好转,且具有较高的安全性,值得在临床治疗中推广应用。

参考文献

[1]张宝柱.恩替卡韦在慢性乙肝合并肺结核患者治疗中的应用分析[J].河南医学研究,2016,25(9):1665-1666.
[2]周外民,赵富明.硫普罗宁注射液联合恩替卡韦对肺结核合并慢性乙肝患者临床治疗效果[J].公共卫生与预防医学,2019,30(4):124-127.
[3]刁士琦,吴昊.恩替卡韦联合用药在肺结核合并慢性乙肝治疗中的作用及安全性探讨[J].中国药物与临床,2018,18(7):1208-1209.
[4]兰小华.恩替卡韦治疗肺结核合并慢性乙型肝炎患者疗效观察[J].中国民康医学,2018,30(13):42-43.
[5]刘秀丽,陈润柱,徐凤.恩替卡韦治疗高病毒量 HBV 感染并肺结核肝损害的临床效果研究[J].北方药学,2019,16(7):44-45.
[6]陈润柱,徐凤,刘秀丽,等.恩替卡韦对肺结核病 HBV 感染者的作用及意义[J].中国医学创新,2019,16(4):114-117.
[7]陈彩兰,苏广普.恩替卡韦对肺结核合并乙肝病毒感染患者治疗的影响[J].中国实用医药,2018,13(33):95-97.
[8]朱红娟.乙肝合并肺结核患者治疗中应用恩替卡韦的价值评析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(87):14.

(收稿日期: 2020-06-20)

(上接第 60 页)

[7]郇雪芬,于明.太冲透刺涌泉配合体针治疗月经性偏头痛的临床疗效[J].西安交通大学学报:医学版,2019,62(5):834-838.
[8]周宁,赵钧.刺睛通窍疗法治疗瘀血阻络型偏头痛 0 临床观察[J].中华中医药学刊,2018,17(11):841-842.
[9]王文慧,沈燕.针刺预防性治疗偏头痛的机制研究进展[J].中华中医药杂志,2019,34(1):229-232.
[10]Brevern M V,Lempert T.Vestibular Migraine: Treatment and Prognosis[J].Seminars in Neurology,2019,17(14):841-842.

[11]于秀凤,田立军.循经针刺对偏头痛的即刻疗效及其机制探讨[J].世界中医药,2019(6):1581-1585.
[12]王丹,文亚,文玉茜,等.针刺预防性治疗偏头痛穴位优选现状及思考[J].中国针灸,2019,36(8):896-900.
[13]Mayans L,Walling A.Acute Migraine Headache: Treatment Strategies[J].American family physician,2018,97(4):243-251.
[14]Gazerani P.Current Evidence on Potential Uses of MicroRNA Biomarkers for Migraine: From Diagnosis to Treatment[J].Molecular Diagnosis & Therapy,2019,36(1):741-742.

(收稿日期: 2020-05-20)