

中医针灸治疗气血瘀滞型头痛的临床观察*

庞智文 周方园#

(河南中医药大学第三附属医院 郑州 450003)

摘要:目的:探讨中医针灸治疗气血瘀滞型头痛的临床效果。方法:选取 2017 年 1 月~2018 年 12 月收治的 70 例气血瘀滞型头痛患者为研究对象,根据随机采样法分为对照组和观察组,各 35 例。对照组给予口服西药治疗,观察组在对照组基础上加用中医针灸治疗,对比两组治疗后头痛症状评分、疼痛程度、治疗总有效率。结果:治疗后观察组疼痛评分明显低于对照组,且头痛发作次数、头痛持续时间、头痛发作程度、伴随症状评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗总有效率高,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:中医针灸治疗气血瘀滞型头痛效果明显,症状缓解显著。

关键词:头痛;气血瘀滞型;针灸

中图分类号:R747.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.06.021

气血瘀滞型头痛和西医学“偏头痛”症状表现一致,临床表现为心烦失眠、头晕头痛、口舌糜烂、感冒声嘶等,对生活、工作影响较为严重。近年来,我国社会不断发展,社会竞争愈演愈烈,现代人生活节奏越来越快,在高压生活、快节奏生活中,亚健康已然成为一种常态,肝火旺、血瘀、气血亏虚,如不及时调理、治疗,易转化为周期性头痛^[1-2]。针灸治疗气血瘀滞型头痛以调理人体气血为主要目的,是一种对人体影响最小的治疗方法,近年来得到了医疗界的高度认可。本研究旨在探讨中医针灸治疗气血瘀滞型头痛的临床效果。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 1 月~2018 年 12 月收治的 70 例气血瘀滞型头痛患者为研究对象,根据随机采样法分为对照组和观察组,各 35 例。对照组男 20 例,女 15 例;年龄 20~46 岁,平均年龄(25.7 ± 7.6)岁;病程 1~8 年,平均病程(4.1 ± 1.7)年。观察组男 18 例,女 17 例;年龄 19~45 岁,平均年龄(27.6 ± 8.7)岁;病程 1~7 年,平均病程(3.6 ± 2.4)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。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 入组标准 纳入标准:符合《中医病证诊断疗效标准》^[3]中有关气血瘀滞型头痛的诊断标准;头痛症状为不规律性发作,表现为单侧疼痛、太阳穴疼痛或头顶部疼痛,发病时如同锥刺或掣痛,时而绵绵作痛;头痛间歇期如常人,病程大多较长;头痛为情绪波动、饮食调整、过度劳累引发,经过短暂休息、睡眠后可缓解或恢复正常;患者症状不归其他疾病;患者及其家属知晓本研究,并签署知情同意书。排除标准:更年期、青春期因内分泌失调导致气血失调患者;存在严重心脑血管、肝脏疾病、肾脏疾病、精神疾

病患者;妊娠期或哺乳期女性;生活不能自理者;高血压、脑内器质性病变、脑外伤后综合征患者;正参与其他用药试验或临床治疗试验的患者;病史资料不全、不同意本研究患者;研究过程中出现严重并发症、不良反应患者;严重晕针或不按规定配合者。

1.3 治疗方法 对照组给予西药布洛芬缓释胶囊(国药准字 H19983137)口服,早、晚服用,0.3 g/次,若患者头痛难忍,症状严重,于头痛发作时可多服用 1 粒。观察组在对照组基础上给予针灸治疗。(1)针刺治疗:患者取仰卧位,采用长度 25~40 mm、直径 0.25 mm 一次性无菌针,取合谷穴、百会穴、太阳穴、太冲穴、足三里穴、归来穴、印堂穴、关元穴。百会穴、太阳穴、印堂穴平刺 0.7 寸,关元穴、归来穴、足三里穴刺入 1.2 寸,太冲穴、合谷穴刺入 0.7 寸。进针得气后,以“提插捻转”的方式施针,留针 30 min,每隔 10 min 提针 1 次,每日针灸治疗 1 次,治疗完成后以无菌棉签按压出针。(2)艾灸治疗。选择热敏灸艾条(国药准字 Z32020252),取患者关元穴、太阳穴,无菌针灸同时予以艾条施灸,艾条施灸 30 min,每天艾灸治疗 1 次。两组均治疗 60 d,遵医嘱配合治疗,保证所有临床观察结果可完整记录。60 d 治疗完成后,随访 40 d,随访以电话访谈为主。

1.4 观察指标 (1)两组头痛程度评分比较,采用视觉模拟评分法(VAS),0~10 分,0 分表示无疼痛,1~2 分为轻微疼痛(偶尔发作),3~4 分为轻度疼痛感(频繁发作),5~6 分为较重疼痛(频繁发作),7~8 分为难以忍受的疼痛(持续性发作),9~10 分为剧痛。(2)两组头痛症状比较,以《中药新药临床研究指导原则》(试行)^[4]中关于气血瘀滞型头痛的评价标准,对头痛发作程度、头痛持续时间、头痛发作次数、伴随症状进行评分,每个单项总分为 15 分,分值越高则代表症状越严重;(3)两组临床疗效比较,根

* 基金项目:河南省中医药科学研究专项课题(编号:2019ZY2071)

通信作者:周方园, E-mail: 76350037@qq.com

据《中药新药临床研究指导原则》(试行)判断临床疗效。头痛症状基本消失,无其他病症表现,90 d 内未复发,症状积分降低>70%为显效;头痛症状明显好转,其他症状消失,症状积分降低 40%~70%为有效;未达到上述标准,即无效。总有效=显效+有效。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件分析处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 VAS 评分比较 治疗前,两组 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组 VAS 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 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	35	7.64± 1.31	4.67± 1.71	8.156 8	0.000 0
观察组	35	7.76± 1.24	2.41± 1.35	17.266 8	0.000 0
t		0.393 6	6.136 9		
P		0.695 1	0.000 0		

2.2 两组头痛症状评分比较 治疗后,观察组头痛发作次数、疼痛持续时间、头痛发作程度、伴随症状评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组头痛症状评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	头痛发作次数	头痛持续时间	头痛发作程度	伴随症状
对照组	35	7.51± 0.87	6.42± 1.14	4.31± 0.92	2.23± 0.43
观察组	35	4.71± 1.12	3.21± 1.25	2.13± 1.17	1.64± 0.97
t		11.680 3	11.225 3	8.665 1	0.769 7
P		0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.444 2

2.3 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率高 于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组临床疗效比较					
组别	n	无效(例)	有效(例)	显效(例)	总有效[例(%)]
观察组	35	3	12	20	32(91.4)
对照组	35	10	10	15	25(71.4)
χ^2					3.967 3
P					0.046 4

3 讨论

中医认为气、血、津液均为人体脏器活动中的产物,同时气、血、津液也是维持脏器活动的基础。《难经·八难》记载:“气者,人之根本也。”《素问·六节藏象论》云:“气和而生,津液相成,神乃自生。”气在生命活动过程中,是促进脏器活动的重要精微物质,正如《灵枢·营卫生会》中记载:“血者,神气也。”这也指出了“血”是维持人体精神活动的精微物质,只有在气血充盈情况下,脏器才能和谐运作,精力足够旺

盛,若人体气血不足、气血瘀滞,就会出现失眠、多梦、头痛、头晕等问题^[5-6]。近年来,中医认为气血瘀滞是头痛 / 偏头痛的主要病因,因外伤、气血不畅、瘀血内阻,影响气血流转,气血下注冲任、阻滞脑窍。《儒门事亲》记载:“额角上痛,俗呼为偏头痛者,是少阳经也。”《丹溪心法》云:“偏头痛者,头半边痛者是也。”患者发病胀痛、刺痛、跳痛,痛势较剧,一侧头痛,或左或右,或连及眼齿,且多数患者反复发作,经年不愈。因此,中医治疗气血瘀滞型头痛主要方针就是舒经通络,促进气血运转。本研究所用针灸治疗为活血化瘀法,该治疗方法最早可溯源至汉医家张仲景所著医典,有研究表明,活血化瘀通络法能够降低患者血清中 5-HT、ET-1、CGRP 水平,以改善头痛症状,促进患者脑部血液循环。

本研究针灸选穴方案是综合参考多年中医针灸治疗文献所得,从中医针灸活血通络的整体观念出发,以“活血行气”的方式,促进患者体内气血通畅,并让其气血达到平衡状态,故取合谷穴、百会穴、太阳穴、太冲穴、足三里、归来穴、印堂穴、关元穴。合谷穴有镇静安神、舒经通络的效果,《长桑君天星秘诀》记载:“脾病血气先合谷”,合谷穴是调理人体气血的“要穴”;百会穴是督脉重要穴位,医典《针灸资生经》记载:“百会,百病皆主”,该穴位督领全身阳气,病理学研究认为,针刺百会穴,可直接释放人体内的内啡肽,以促进人体血液循环;太阳穴是传统中医治疗头痛的重要穴位,有止痛、明目、醒脑开窍之功效,病理学研究认为,针刺太阳穴能够缓解头部血管痉挛情况;太冲穴在诸多医典中都有相关记载,如《医宗金鉴》《难经本义》《素问病机气宜保命集·药略》,记载内容和头痛、气血相关;足三里是人体足阳明经脉的合穴,可改善食欲不振症状;印堂穴为人体“神明之府”,偏头痛者脑神受损,针刺印堂,有宁心安神、清头熄风之功效^[7]。

本研究结果显示,治疗后观察组 VAS 评分明显 低于对照组,且头痛发作次数、头痛持续时间、头痛 发作程度、伴随症状评分低于对照组,观察组治疗总 有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。根据临床观察结果,对照组出现几例恶心、呕吐、胃 烧灼感或轻度消化不良反应患者,观察组则无不良 反应情况发生,进一步证实中医针灸治疗的安全性。 综上所述,中医针灸治疗气血瘀滞型头痛效果显著, 值得临床推广应用。

参考文献

[1]赵永烈,王良叶,蔡英丽,等.偏头痛、紧张性头(下转第 72 页)

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	60	36 (60.00)	20 (33.33)	4 (6.67)	56 (93.33)
对照组	60	31 (51.67)	17 (28.33)	12 (20.00)	48 (80.00)
χ^2					4.615
P					0.032

2.2 两组凝血功能指标比较 治疗前,两组凝血功能指标无明显差异 ($P>0.05$); 治疗后, 两组 PT、APTT 指标均有明显下降, Fib 含量、D-D 含量明显升高, 且观察组变化幅度更大 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组凝血功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	PT (s)	APTT (s)	Fib (g/L)	D-D ($\mu\text{g/ml}$)
观察组	60	治疗前	18.19 $\pm$ 0.93	31.62 $\pm$ 3.49	1.37 $\pm$ 0.54	0.95 $\pm$ 0.27
		治疗后	12.22 $\pm$ 0.61 ^{##}	26.54 $\pm$ 2.87 ^{##}	4.24 $\pm$ 1.06 ^{##}	2.51 $\pm$ 0.82 ^{##}
对照组	60	治疗前	18.06 $\pm$ 0.85	31.58 $\pm$ 3.42	1.31 $\pm$ 0.58	1.02 $\pm$ 0.31
		治疗后	15.53 $\pm$ 0.72 [*]	28.37 $\pm$ 3.05 [*]	3.62 $\pm$ 0.73 [*]	1.44 $\pm$ 0.46 [*]

注: 与同组治疗前相比, ^{*} $P<0.05$; 与对照组治疗后相比, ^{##} $P<0.05$ 。

2.3 两组炎症介质水平比较 治疗前,两组炎症介质水平均无明显差异 ($P>0.05$); 治疗后, 两组炎症介质水平均明显降低, 且观察组降低幅度更大 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组炎症介质水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	CRP (mg/L)	IL-6 (ng/ml)	IL-8 (ng/ml)
观察组	60	治疗前	40.58 $\pm$ 6.27	67.39 $\pm$ 13.28	52.16 $\pm$ 11.63
		治疗后	19.76 $\pm$ 3.52 ^{##}	30.12 $\pm$ 8.43 ^{##}	24.30 $\pm$ 7.04 ^{##}
对照组	60	治疗前	40.63 $\pm$ 6.22	67.45 $\pm$ 13.19	52.23 $\pm$ 11.72
		治疗后	23.51 $\pm$ 4.05 [*]	36.59 $\pm$ 10.06 [*]	29.64 $\pm$ 7.83 [*]

注: 与同组治疗前相比, ^{*} $P<0.05$; 与对照组治疗后相比, ^{##} $P<0.05$ 。

3 讨论

上消化道出血主要与胃酸分泌过多相关, 抑制胃酸分泌, 使胃内 pH>6 是快速止血的关键所在。奥曲肽可抑制胃酸和胃泌素的分泌, 减少胃蛋白酶释放, 迅速提高胃内 pH 值。另外, 奥曲肽能收缩血管, 使血小板迅速聚集形成血痂, 发挥止血效果, 对食管黏膜起到保护作用^[7]。泮托拉唑是临床上常见抑酸药物, 同时还可促进纤维蛋白形成, 实现有效止血^[8]。本研究结果显示, 观察组临床总有效率明显高于对照组, 提示联合用药对上消化道出血有更好的疗效, 可在 72 h 内快速止血, 避免患者持续出血造成生命体征恶化。

PT、APTT 可以检测外源性、内源性凝血系统是否正常; Fib 含量增加有利于增强血小板聚集, 加快

止血; D-D 是交联纤维蛋白的特异性降解产物, 可防止血液流失, 减少出血^[9]。本研究显示, 治疗后观察组 PT、APTT 指标明显低于对照组, Fib、D-D 含量明显高于对照组, 提示联合用药可显著增强上消化道出血患者凝血功能, 减少出血。

上消化道出血患者多伴有不同程度的炎症反应, 炎症介质水平直接反映了患者病情严重程度。CRP 是检测全身炎症反映较敏感的指标, 在组织受损初期其表达水平就会明显升高; IL-6 是重要的促炎因子, 能进一步促进多种炎症介质的释放, 使炎症反应扩大; IL-8 可诱导中性粒细胞迁移, 促进炎症细胞聚集, 增加组织受损程度。本研究显示, 治疗后, 观察组 CRP、IL-6 及 IL-8 水平均明显低于对照组, 提示联合用药可有效降低炎症介质表达水平, 使疾病转归。分析可能的原因是, 联合用药能促进血小板聚集, 改善凝血功能, 实现快速止血, 同时可明显提高胃液 pH 值, 阻止已形成血痂的二次脱落, 从而避免炎症反应进一步扩大。

综上所述, 采用奥曲肽联合泮托拉唑治疗上消化道出血, 可明显改善患者凝血功能, 减轻炎症反应, 提高临床疗效。

参考文献

[1]李心群,洪广亮,林碎钗,等.危险性上消化道出血救治模式重塑及效果评价[J].中华急诊医学杂志,2020,29(4):585-588.
[2]张明清,涂家红,王海英,等.急性上消化道出血的病因及相关因素分析[J].临床急诊杂志,2017,18(9):673-676.
[3]马晓红.上消化道出血内镜止血治疗与药物治疗疗效观察[J].中国妇幼保健研究,2017,28(S1):369-370.
[4]陈彩林.生长抑素与泮托拉唑联合治疗急性上消化道出血疗效及安全分析[J].现代消化及介入诊疗,2018,23(4):522-524.
[5]牛懿,李胜昔.联合应用泮托拉唑与奥曲肽治疗急性上消化道出血临床疗效研究[J].实用药物与临床,2019,22(3):293-295.
[6]朱清,卜全慧,周怿,等.联合应用奥曲肽及奥美拉唑治疗非静脉曲张型上消化道出血的疗效分析[J].贵州医药,2017,41(12):1271-1272.
[7]杨松涛,何琴,彭刚.奥曲肽辅助胃镜介入治疗消化性溃疡伴上消化道出血的疗效[J].中国临床研究,2018,31(9):1194-1197.
[8]贺金凯,贺翠婷,刘鹰,等.质子泵抑制剂泮托拉唑的研究进展[J].中国药房,2016,27(26):3732-3735.
[9]黄俊强,熊元元,李威,等.凝血功能异常与颅脑外伤患者伤情严重程度及预后的关系[J].临床神经外科杂志,2017,14(2):145-148.

(收稿日期: 2020-12-22)

(上接第 44 页)痛病人焦虑抑郁状态及中医证型的特点分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(8):1012-1014.
[2]郭明福.加味散偏汤治疗气滞血瘀型偏头痛 112 例临床观察[J].内蒙古中医药,2018,37(8):13-14.
[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.
[4]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中

国医药科技出版社,2002.
[5]高义崧,刘建武,黄晓飞.不同针灸方法干预“输”穴对气滞血瘀型头痛的临床疗效观察[J].江西中医药,2018,49(4):57-59.
[6]丁永国,孙建民,李昌盛,等.针灸治疗气滞血瘀型三叉神经痛疗效观察[J].双足与保健,2019,28(22):21-22.
[7]肖蕾,王炎,王胜,等.电针针刺锥体区治疗偏头痛临床研究[J].中国中医药信息杂志,2018,25(1):19-22.

(收稿日期: 2020-10-18)