

头痛汤联合针灸治疗血管神经性头痛的临床研究

王瑞敏

(河南省信阳市中心医院 信阳 464000)

摘要:目的:探讨头痛汤联合针灸治疗血管神经性头痛的临床效果。方法:将 2018 年 1 月至 2019 年 11 月收治的门诊或住院治疗血管神经性头痛患者 72 例,按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组 36 例。两组入院后均给予常规西医对症处理,对照组在此基础上采用头痛汤口服治疗,治疗组在对照组基础上给予针灸治疗。比较两组临床疗效,治疗前后头痛发作频次、头痛程度、头痛发作持续时间、负面情绪及用药安全性、复发情况。结果:治疗组总有效率为 91.67%,高于对照组的 72.22%($P<0.05$)。治疗前,两组头痛发作频次、头痛发作持续时间及头痛程度比较,无显著性差异($P>0.05$);治疗 4 周后,治疗组头痛发作频次及头痛程度均低于对照组,头痛发作持续时间短于对照组($P<0.05$)。治疗前,两组汉密尔顿焦虑表(HAMA)、焦虑自评表(SAS)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)及抑郁自评量表(SDS)评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,治疗组 HAMA、SAS、HAMD 及 SDS 评分均低于对照组($P<0.05$)。治疗组胃肠道不适发生率及复发率均明显低于对照组($P<0.05$);两组一过性头晕及低血压发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:头痛汤联合针灸治疗血管神经性头痛疗效显著,能够有效改善患者的临床症状,缓解其负面情绪,且安全性较高。

关键词:血管神经性头痛;头痛汤;针灸;不良反应

中图分类号:R747.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.04.008

血管神经性头痛又名偏头痛,多以阵发性一侧或两侧剧烈头痛为主,疾病迁延难愈,且易在情绪波动及温度、体位变化等诱因下加重,严重者甚至合并胃肠不适及视物模糊等症状,对日常生活、工作及健康状况造成一定影响^[1]。目前临床治疗血管神经性头痛西医多采用药物治疗,虽能缓解临床症状,但长时间西药治疗会产生一定毒副反应,整体治疗效果不佳^[2]。血管神经性头痛归属于中医学“头痛、头风”等范畴,发病与肝、脾、肾密切相关^[3]。有学者分别采用针灸与头痛汤治疗血管神经性头痛,取得了满意效果。本研究探讨针灸联合头痛汤治疗血管神经性头痛的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经医院医学伦理委员批准。选取 2018 年 1 月至 2019 年 11 月收治的门诊或住院治疗血管神经性头痛患者 72 例为研究对象。纳入标准:(1)符合西医血管神经性头痛诊断标准,参考《中国偏头痛诊断治疗指南》^[4];符合中医头痛诊断标准,参考《中药新药临床研究指导原则》^[5],患者头痛症状频繁出现,每次持续 10 min 或数小时,疼痛部位一般在颅脑单侧或双侧、全头,疼痛性质为针刺

样痛或胀、跳痛,严重时伴胃肠道反应。(2)经脑电图、头颅 CT 或 MRI 检查无器质性病变。(3)有一定的语言理解能力,意识清楚,无认知、精神障碍。(4)对本研究内容知情并签署知情同意书。(5)临床资料完整。排除标准:(1)妊娠及哺乳期女性。(2)伴精神类疾病者。(3)过敏体质者。(4)其他疾病原因引起的头痛者。(5)无法配合本研究或中途退出者。将 72 例患者按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组 36 例。治疗组男女比例 14:22,年龄 32~73 岁,平均(57.51± 6.85)岁,病程 1~4 年,平均(2.28± 0.60)年;对照组男女比例 15:21;年龄 35~70 岁,平均(55.51± 6.71)岁;病程 1~5 年,平均(2.30± 0.54)年。两组一般资料比较,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组入院后均给予西医常规对症治疗:盐酸氟桂利嗪胶囊(国药准字 H10930003)口服,5 mg/次,每晚 1 次;谷维素片(国药准字 H44020613)口服,1~3 片/次,3 次/d;维生素 B₁片(国药准字 H42020611)口服,1 片/次,3 次/d。对照组在此基础上给予头痛汤口服治疗。方剂组成:天麻 9 g、僵蚕 9 g、钩藤 9 g、菊花 12 g、蔓荆子 12 g、生白

芍 15 g、熟地黄 15 g、白蒺藜 12 g、白芷 6 g、丹参 15 g、桃仁 6 g、红花 6 g、川芎 6 g。随症加减,头痛严重者加蜈蚣、全蝎、地龙;气血不足者加枸杞、当归、黄芪;肝阳上亢者加丹皮、石决明、夏枯草;气滞甚者加香附、玫瑰花、木香;肝肾亏损者加山萸肉、何首乌;痰浊甚者加胆星、竹茹。将上述药物用水浸泡 30 min 后,水煎 20 min 取汁,每日 1 剂,后分 5 次(每次 100 ml)温服,2 周为一个疗程,共治疗 2 个疗程。治疗组在对照组基础上给予针灸治疗。(1)取穴:根据患者疼痛部位不同选择相应穴位,如额顶疼痛取印堂、攒竹、阳白、头维;巅顶疼痛取百会、四神聪;枕部疼痛取玉枕、天柱、风府、风池;颞部疼痛取丝竹空、率谷、太阳、外关。(2)针刺:医师指导患者取理想坐位,随后采用碘酒对术区进行消毒。使用一次性无菌毫针沿督脉经循行方向朝后平刺,进针与皮肤表面呈 15° 夹角,后手持 1.5 寸毫针斜刺 0.5~0.8 寸,确保气至病所。留针时间为 30 min,每 10 分钟行针 1 次,实证用泻法,虚证用补法;头面部和四肢分别采用捻转手法与提插捻转手法。1 次/d,连续治疗 5 d 后中断 2 d,此为一个疗程,共治疗 2 个疗程。

1.3 观察指标 比较两组临床疗效,治疗前后头痛发作频次、头痛程度、头痛发作持续时间及焦虑、抑郁评分。其中头痛程度采用模拟评分量表(VAS)评估,分值 0~10 分,得分越高,疼痛越显著。焦虑评分经汉密尔顿焦虑表(HAMA)^[6]、焦虑自评表(SAS)^[7]评定,其中 HAMA 量表 0~56 分,得分越高,焦虑越严重;SAS 量表 0~80 分,得分越高,焦虑越严重。抑郁评分经抑郁自评量表(SDS)^[8]、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)^[9]评估。SDS 评分:正常,53 分以下;轻度抑郁,53~62 分;中度抑郁,63~72 分;重度抑郁,72 分

以上。HAMD 评分:严重抑郁症>35 分;肯定有抑郁症为 20~35 分;可能有抑郁症为 8~20 分;正常<8 分。比较两组用药安全性(胃肠道不适、一过性头晕、低血压发生情况)及复发情况。

1.4 疗效评价标准 参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》^[10]制定疗效标准,分为显效、有效、无效。显效,症状均已消失;有效,症状好转;无效,头痛症状不达上述标准。总有效率=(有效例数+显效例数)/总例数×100%。

1.5 统计学方法 本研究数据采用 SPSS23.0 软件处理。总有效率、不良反应等计数资料以%表示,行 χ^2 检验;头痛发作频次、头痛发作持续时间、头痛程度及 HAMA、SAS、HAMD、SDS 评分等计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,行 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比 治疗组总有效率为 91.67%,高于对照组的 72.22% ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比					
组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
治疗组	36	20	13	3	33(91.67)
对照组	36	14	12	10	26(72.22)
χ^2					12.785
P					<0.05

2.2 两组头痛发作频次、头痛发作持续时间及头痛程度对比 治疗前,两组头痛发作频次、头痛发作持续时间及头痛程度比较,无显著性差异 ($P>0.05$);治疗 4 周后,治疗组头痛发作频次及头痛程度均低于对照组,头痛发作持续时间短于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组头痛发作频次、头痛发作持续时间及头痛程度对比($\bar{x} \pm s$)													
组别	n	头痛发作频次(次/月)				头痛发作持续时间(h)				头痛程度(分)			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	36	4.72±0.75	1.67±0.58	3.331	0.000	3.66±0.67	1.44±0.48	3.986	0.000	6.11±1.86	2.43±1.09	6.752	0.000
对照组	36	4.81±0.83	2.58±0.66	7.877	0.000	3.51±0.80	1.97±0.62	8.919	0.000	6.24±1.90	3.19±1.21	8.994	0.000
t		0.011	4.802			0.127	4.056			0.293	2.800		
P		>0.05	<0.05			>0.05	<0.05			>0.05	<0.05		

2.3 两组焦虑评分对比 治疗前,两组 HAMA、SAS 评分比较,无显著性差异 ($P>0.05$);治疗后,治

疗组 HAMA、SAS 评分均低于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组焦虑评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	HAMA		SAS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	36	24.36± 4.32	11.38± 2.06	60.25± 5.60	45.20± 4.86
对照组	36	24.40± 4.18	14.48± 2.02	60.48± 5.92	49.46± 4.96
t		0.042	6.796	0.179	3.880
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组抑郁评分对比 治疗前, 两组 HAMD、SDS 评分对比, 无显著性差异 ($P>0.05$); 治疗后, 治疗组 HAMD、SDS 评分均低于对照组 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组抑郁评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	HAMD		SDS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	36	29.25± 4.65	10.25± 1.30	58.35± 7.25	39.56± 5.25
对照组	36	29.02± 4.25	19.60± 2.58	58.40± 6.95	48.95± 6.85
t		0.035	7.616	0.856	22.655
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 两组用药安全性和复发情况对比 治疗组胃肠道不适发生率及复发率均明显低于对照组 ($P<0.05$); 两组一过性头晕及低血压发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 5。

表 5 两组用药安全性和复发情况对比[例(%)]

组别	n	胃肠道不适	一过性头晕	低血压	复发
治疗组	36	1 (2.78)	1 (2.78)	1 (2.78)	0 (0.00)
对照组	36	6 (16.67)	1 (2.78)	1 (2.78)	4 (11.11)
χ^2		3.956	1.000	1.000	4.235
P		<0.05	>0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

头痛属于一类临床常见疾病, 其中血管神经性头痛是临床常见的慢性神经血管功能失调性疾病, 主要症状为单侧或者双侧搏动性头部剧烈疼痛, 同时多出现在偏侧头部, 患者常伴随恶心、呕吐和害怕光声刺激等一系列症状, 中青年以及女性群体属于疾病高发人群^[11-12]。当前, 该病发病机制仍未完全明确, 临床多认为与激素、运动以及天气等有关。寻找有效的治疗方案对改善患者生活质量有着重要意义。目前西医治疗血管神经性头痛通常以药物为主, 但单一用药效果不佳, 且易出现不良反应, 复发率高。

现代医学认为血管神经性头痛与神经功能不稳定导致的脑供血异常有关, 并认为这些异常表现是由于脑部两侧血黏度高、供血不平衡所致。中医学将偏头痛划分为头痛、头风以及偏头风等范围内, 是机体外感或内伤诸因, 使得脉络拙急、阻塞或失养, 清窍不利进而致病。头部产生不适症状均与脉络不通或脑部失养密不可分, 该类症状产生是枢经气血津液无法正常运行或气机失衡造成, 治疗时应以通经活络、化瘀活血为原则^[13]。头痛汤方中, 天麻甘平柔润、平肝熄风、祛风通络, 是治疗头痛要药; 僵蚕、钩藤、菊花可平肝潜阳、解痉止痛; 蔓荆子引药上行, 可清利头目; 生白芍能养血敛阴; 熟地黄可滋阴补血; 白蒺藜、白芷可祛风解表、胜湿止痛、疏肝解郁; 丹参、桃仁与红花、川芎合用有加强补益精血、搜风通络、活血止痛之功, 且川芎性善疏通, 能上升头面, 外达肌肤^[14]。诸药合用, 旨在健运脾胃、辛开苦降、补气养血, 兼能平肝熄风, 祛痰止痛, 一举多得, 配伍严谨, 从而发挥理想的止痛效果, 方简效宏。针灸治疗, 根据患者疼痛部位选取风池、太阳、百会等气穴流通重要穴位进行针刺, 能起到清头目和止眩晕的效果。同时针灸可加快药物吸收与利用, 能缩短患者病程, 提升其疗效^[15]。

本研究中所用头痛汤与针灸均为中医典型疗法, 结果显示治疗组治疗总有效率为 91.67%, 比对照组的 72.22% 更高, 且治疗后治疗组头痛发作频次及头痛程度均低于对照组, 头痛发作持续时间比对照组更短 ($P<0.05$)。这提示头痛汤联合针灸治疗血管神经性头痛效果显著, 能够有效改善患者临床症状。治疗组胃肠道不适及复发率均明显低于对照组 ($P<0.05$), 说明头痛汤联合针灸治疗安全性较佳。头痛患者由于症状迁延难愈, 症状反复发作容易产生焦虑抑郁等症状, 治疗组治疗后 HAMA、SAS、HAMD、SDS 评分均明显低于对照组, 表明头痛汤联合针灸可有效改善患者负面情绪。

综上所述, 头痛汤联合针灸治疗血管神经性头痛疗效显著, 能够有效改善患者的临床症状, 缓解患者负面情绪, 且安全性较高。但本研究所选样本量少, 观察时间短, 下一步将扩大样本量, 进行长期观察研究。
(下转第 46 页)

代医学理论中, 确认了银翘散当中多种药材如金银花、牛蒡子、连翘、甘草等均有对流感病毒抑制的效果, 又以连翘的对抗效果最为突出^[11]。银翘散能够降低人体下丘脑组织当中环磷酸腺苷(cAMP)含量, 其机制可能是通过调整中枢发热介质来达到退热的效果, 同时还能够降低致热源对于温度敏感神经元的影响, 属于中枢性解热效应, 在作用原理方面和解热镇痛类药物之间存在一定的差异^[12-14]。此外在用药干预期间也重视对于机体的保护效果, 针对小儿群体而言具有重要意义^[15]。

综上所述, 加味银翘散结合单磷酸阿糖腺苷治疗儿童发热性上呼吸道感染性疾病, 可更迅速、有效地控制发热, 减轻炎症反应, 较单一西药治疗可获得更好的临床疗效。

参考文献

[1]赵昕,何彦瑶,田静.小儿柴桂退热颗粒辅助治疗急性上呼吸道感染儿童体征及免疫功能的影响[J].河北医学,2020,26(10):1746-1750.
[2]付平,刘冠彬,陈敬.喜炎平注射液联合小儿豉翘清热颗粒治疗急性上呼吸道感染患儿的临床疗效研究[J].实用心脑血管病杂志,2021,29(5):85-91.
[3]王天玥,冯晶,程琪,等.小儿咽扁颗粒联合头孢克洛治疗疑似细菌性急性上呼吸道感染的临床观察[J].国际儿科学杂志,2021,48(10):720-722.
[4]邵端,钞丁祥,石月强.柴胡桂枝汤加减联合西药治疗小儿急性上呼吸道感染临床疗效及安全性观察[J].贵州医药,2021,45(7):1131-1132.
[5]陈旭东,詹继东,郭亚岚,等.阿奇霉素联合氨溴索治疗小儿上呼吸

(上接第 33 页)

参考文献

[1]王毅,金晓晓,吴政,等.基于经络电测定诊断技术针刺治疗血管神经性头痛疗效观察[J].上海针灸杂志,2016,35(9):1056-1058.
[2]彭元华.活血祛风通络汤配合针灸治疗血管神经性头痛疗效分析[J].实用中医药杂志,2015,31(3):178-180.
[3]邓铁涛,陈群,郭振球.中医诊断学[M].上海:上海科学技术出版社,2007.10.
[4]中华医学会疼痛学分会头痛学组,解放军总医院神经内科.中国偏头痛诊治指南[J].中国疼痛医学杂志,2011,17(2):65-86.
[5]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:人民卫生出版社,1993.46-50.
[6]邢潇,张莉芳,崔林华,等.调督通络针法治疗原发性头痛的即刻镇痛效果观察[J].针灸推拿医学(英文版),2017,15(5):366-370.
[7]许彬.针药结合治疗血管神经性头痛临床研究[J].河南中医,2015,35(10):2507-2509.
[8]魏韬,张树森,鲁凌云,等.针刺治疗慢性紧张型头痛临床疗效与期

道感染的疗效及对患儿血清炎症细胞因子水平的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(3):588-591.
[6]刘霞,沈红,星学花,等.小儿金翘颗粒联合喜炎平注射液治疗小儿上呼吸道感染的临床疗效研究[J].中华中医药学刊,2019,37(9):2133-2136.
[7]姚力.太少灌肠退热方治疗小儿急性上呼吸道感染(风热证)230例临床观察[J].浙江中医药大学学报,2019,43(12):1377-1379.
[8]秦莉,肖向丽.柴葛解肌汤治疗小儿上呼吸道感染的临床效果及对高热炎症反应和免疫应答的影响[J].世界中医药,2019,14(11):2964-2968.
[9]石冰心,翟娟.蒲地蓝消炎口服液联合α-干扰素治疗小儿急性上呼吸道感染的疗效分析[J].解放军预防医学杂志,2019,37(12):33-34.
[10]诸晓红,徐小娟,孙海英.小儿柴桂退热颗粒和小儿豉翘清热颗粒治疗急性上呼吸道感染的疗效比较[J].中国妇幼保健,2021,36(17):4006-4008.
[11]李梅芳,胡思源,李新民,等.小儿热速清糖浆治疗小儿急性上呼吸道感染表里俱热证随机对照多中心研究[J].中医杂志,2020,61(18):1617-1622.
[12]李佳,姜华,任文娟,等.红霉素与阿奇霉素序贯疗法治疗小儿上呼吸道感染支原体感染临床疗效及安全性观察[J].贵州医药,2020,44(10):1580-1581.
[13]李英会,张瑾,杨环玮,等.加味取渊汤治疗小儿上呼吸道感染风热夹痰证的临床疗效及对血清肿瘤坏死因子-α与白细胞介素-6水平的影响[J].长春中医药大学学报,2020,36(6):1197-1200.
[14]周丛笑,王俊宏,陈竹,等.小儿风热清合剂治疗小儿急性上呼吸道感染(风热感冒证)的多中心临床研究[J].药物评价研究,2020,43(12):2450-2456.
[15]任亚方,张靖,齐玉敏,等.黄栀花口服液联合阿莫西林克拉维酸钾治疗小儿急性上呼吸道感染的临床研究[J].现代药物与临床,2021,36(1):76-79.

(收稿日期: 2021-12-24)

待值的相关性研究[J].世界中医药,2018,13(7):1588-1591.
[9]肖卫,高不为.头痛宁胶囊联合麻黄附子细辛汤治疗偏头痛临床效果及对患者血清相关指标的影响[J].陕西中医,2019,40(1):37-39.
[10]国家食品药品监督管理局.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.346.
[11]潘华,李越,张银华.活血宁痛汤对血瘀型偏头痛患者临床疗效、证候积分及血液流变学的影响[J].解放军医药杂志,2020,32(12):94-97,102.
[12]彭逢春,殷严,梁向新.地黄汤加减对偏头痛病人疼痛发作情况及血管内皮功能的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(14):2337-2340.
[13]刘文瑜,易志红,陈利江,等.针刺联合散偏汤对偏头痛患者血清CGRP、5-HT及NOS水平的影响[J].上海针灸杂志,2020,39(1):15-19.
[14]王释亮,伍大华.伍大华运用芎芷头痛汤加减联合都梁软胶囊治疗紧张型头痛[J].河南中医,2021,41(3):379-383.
[15]王珏,曹征,陆萍.热敏灸结合针刺治疗偏头痛寒凝血瘀挟风证的随机对照研究[J].实用中西医结合临床,2019,19(10):43-46.

(收稿日期: 2021-12-21)