

项丛刺治疗偏头痛 50 例临床观察

齐丽珍

上海市针灸经络研究所, 上海 200030, 中国

【摘要】 目的: 观察项丛刺治疗偏头痛的临床疗效。方法: 对 50 例诊断明确的偏头痛患者采用项丛刺治疗, 并于入选时和治疗 2 个月后分别采用简化 McGill 疼痛问卷(short-form of McGill pain questionnaire, SF-MPQ)和抑郁自评量表(Self-rating depression scale, SDS)进行临床评定。结果: 患者治疗前后选词阳性项目数、疼痛分级指数(pain rating index, PRI)感觉分、PRI 情绪分、PRI 总分、视觉模拟量表评分(visual analogue scale, VAS)、现时疼痛强度(present pain intensity, PPI)差异均有统计学意义(均 $P < 0.01$); 治疗前 SDS 评分为(56.42±8.12)分, 治疗后为(41.08±5.73)分, 治疗前后 SDS 评分差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗结束后总有效率为 86.0%; 病程短的患者疗效优于病程长者($P < 0.05$); 轻中度头痛患者疗效优于重度头痛患者($P < 0.01$); 不伴抑郁的患者总有效率优于伴抑郁的患者, 但疗效差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 项丛刺治疗偏头痛疗效确切, 对患者头痛和抑郁程度有明显的改善作用。

【关键词】 针刺疗法; 刺法; 项丛刺; 偏头痛; 疼痛测定; 抑郁

【中图分类号】 R246.6 **【文献标志码】** A

偏头痛是一组反复发作性的血管机能和神经功能失调所引起的血管性头痛, 表现为发作性、搏动性一侧头痛, 也可波及双侧, 常伴恶心呕吐及视觉障碍, 于换季、停药及感染等情况下头痛发作, 可伴有多种植物神经功能失调表现。临床发现本病有诸多诱发因素, 其中紧张、焦虑、抑郁等占诱发因素的 56%~75%^[1]。反复发作的头痛严重影响患者的正常工作和生活, 给患者造成极大的困扰。因此, 安全有效地治疗偏头痛有重要的临床和社会意义。笔者采用项丛刺治疗偏头痛 50 例, 现将临床观察结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照国际头痛协会(International Headache Society, IHS)制定的《头痛疾患的国际分类》第 2 版(international classification of headache disorders, ICHD-II)偏头痛的诊断标准, 包括无先兆偏头痛和有先兆偏头痛的分类标准^[2]。

1.2 纳入标准

符合上述诊断标准; 年龄 18~65 岁; 每次发作 >4 h, 发作频率 1~6 次/月; 病程 1 年以上, 首次发病时年龄低于 50 岁; 神经系统检查阴性, 颅内 CT 扫描 或 MRI 检查显示无异常; 无心血管或高血压等疾病;

1.3 排除标准

由脑出血、脑梗死、血管畸形、动脉炎引起的头痛; 由颅内压增高引起的头痛; 丛集性头痛; 痛性眼肌麻痹等疾病引起的头痛。

1.4 头痛程度分级法

轻度: 头痛, 但不影响工作及日常生活。

中度: 头痛, 影响工作及日常生活。

重度: 头痛, 影响工作及日常生活, 并需要卧床休息。

1.5 一般资料

50 例患者均为 2007 年至 2013 年上海市针灸经络研究所门诊患者, 其中男 11 例, 女 39 例; 年龄最小 24 岁, 最大 55 岁, 平均年龄 38 岁; 病程最短 12 个月, 最长 72 个月, 平均病程 39 个月, 病程 < 36 个月 29 例, 病程 > 36 个月 21 例; 有先兆偏头痛 11 例, 无先兆偏头痛 39 例; 轻度头痛 6 例, 中度头痛 26 例, 重度头痛 18 例; 伴抑郁偏头痛 33 例, 不伴抑郁偏头痛 17 例。

1.4 统计学方法

全部数据经 SPSS 11.0 统计软件进行统计分析。计量资料均采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 治疗前后比较采用配对 t 检验; 计数资料采用 Ridit 分析或卡方检验。

2 治疗方法

2.1 取穴

采用项丛刺，纵向取下脑户(位于枕骨下正中凹陷中)、风府 Fengfu (GV 16)、哑门 Yamen (GV 15)，横向自风府至完骨 Wangu (GB 12) 作 6 等份，每 1 等份为 1 个穴位，左右两侧为 12 个穴，共计 15 个穴。详见图 1。

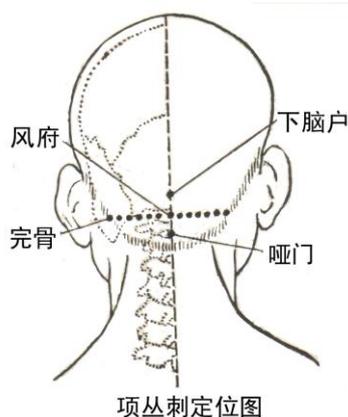


图 1 穴位图

2.2 方法

患者俯伏坐位或俯卧位，穴位皮肤常规消毒后，选用直径 0.30 mm，长 40 mm 不锈钢毫针，直刺进针 1 寸左右，轻度提插，以术者手下沉紧、患者感觉局部酸胀为度，留针 30 min。每星期 2 次，治疗 2 个月观察疗效。

3 治疗效果

3.1 量表评分

入选偏头痛患者在入选时和治疗 2 个月后分别采用简化 McGill 疼痛评分表(short-form of McGill pain questionnaire, SF-MPQ)^[3]和抑郁自评量表(Self-rating depression scale, SDS)^[4]进行疗效评定。

3.1.1 SF-MPQ

SF-MPQ 评分由 3 部分组成，一是疼痛分级指数 (pain rating index, PRI) 总分，含 11 个感觉性词 (PRI 感觉分) 和 4 个情绪性词 (PRI 情绪分)。程度分无痛、轻度、中度、重度，分别以 0、1、2、3 分表示。二是视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)，为 1 条长 100 mm 的直线，标“0”的一端代表无痛，标“100”的一端代表剧痛，从标“0”的一端到患者自己划定的代表疼痛程度的线段之间的距离为疼痛程度评分。三

是现时疼痛强度(present pain intensity, PPI)，分无痛、轻度不适、难受、苦难、可怕的疼痛、极为痛苦 6 级，分别以 0、1、2、3、4、5 分表示。

3.1.2 SDS

SDS 由 20 个提问条目组成，每一个条目相当于一个有关症状，按 1~4 级评分，即没有或很少发生为 1 分，小部分时间为 2 分，相当多时间为 3 分，绝大部分或全部时间为 4 分。20 项中第 2、5、6、11、12、14、16、17、18、20 题为反向题，即评分越高，症状越轻。标准分 > 50 分为抑郁。

3.2 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》中偏头痛的疗效标准^[5]。

痊愈：临床症状全部消失，恢复正常学习、生活、工作。

显效：症状明显减轻，能坚持学习和工作。

有效：症状减轻，发作次数减少。

无效：症状无改变。

3.3 治疗结果

3.3.1 总体疗效

50 例患者经 2 个月项丛刺治疗，痊愈 4 例，显效 19 例，有效 20 例，无效 7 例，总有效率为 86.0%。

3.3.2 治疗前后患者 SF-MPQ 评分比较

治疗后 50 例患者选词阳性项目数、PRI 感觉分、PRI 情绪分、PRI 总分、VAS 和 PPI 评分均与治疗前有统计学意义 (均 $P < 0.01$)，表明项丛刺对偏头痛患者的疼痛有明显的改善作用，能明显减轻患者的头痛程度，减少发作次数 (表 1)。

3.3.3 治疗前后患者 SDS 评分比较

治疗前 50 例偏头痛患者中 SDS 评分 > 50 分者 33 例，提示抑郁发生率为 66.0%。50 例偏头痛治疗前 SDS 评分为 (56.42 ± 8.12) 分，治疗后 SDS 评分为 (41.08 ± 5.73) 分，治疗前后比较 $t = 16.59$, $P < 0.01$ ，提示偏头痛患者经项丛刺治疗后抑郁程度有明显改善。

3.3.4 不同病程治疗效果比较

病程 < 36 个月者总有效率为 93.1%，病程 > 36 个月者总有效率为 76.2%，两组疗效经 *Ridit* 分析， $u = 2.631$, $P < 0.05$ 。表明病程短的患者针刺疗效优于病程长者 (表 2)。

3.3.5 不同头痛程度治疗效果比较

轻中度头痛患者总有效率为 93.8%，重度头

痛患者总有效率为 72.2%，两组疗效经 *Ridit* 分析， $u=3.638$ ， $P<0.01$ 。表明轻中度头痛患者针刺疗效优于重度头痛患者（表 3）。

3.3.6 有无抑郁与疗效关系

伴抑郁患者总有效率为 81.8%，不伴抑郁患

者总有效率为 94.1%，不伴抑郁患者总有效率优于伴抑郁患者，然两组疗效经 *Ridit* 分析， $u=-1.526$ ， $P>0.05$ （表 4）。表明项丛刺对不伴抑郁偏头痛患者的疗效有优于伴抑郁者的趋势。

表 1. 治疗前后患者 SF-MPQ 评分比较 ($n=50$, $\bar{x} \pm s$, 分)

McGill 评分	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
选词阳性项目数	7.96±0.81	3.98±1.67	15.62	<0.01
PRI 感觉分	10.52±1.73	2.82±1.66	25.44	<0.01
PRI 情绪分	6.54±1.11	2.22±1.74	17.89	<0.01
PRI 总分	17.06±2.42	5.04±3.30	24.94	<0.01
VAS	6.64±1.03	3.02±1.58	18.91	<0.01
PPI	2.72±0.88	1.14±0.50	11.77	<0.01

表 2. 不同病程治疗效果比较 (例数)

病程	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
<36 个月	29	4	13	10	2	93.1
>36 个月	21	0	6	10	5	76.2

表 3. 不同头痛程度治疗效果比较 (例数)

头痛程度	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
轻中度	32	4	16	10	2	93.8
重度	18	0	3	10	5	72.2

表 4. 有无抑郁与疗效关系比较 (例数)

有无抑郁	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
伴抑郁	33	1	13	13	6	81.8
不伴抑郁	17	3	6	7	1	94.1

4 讨论

偏头痛是神经系统常见疾病之一，是一种慢性神经、血管紊乱性疾病，发病机制迄今不清楚，可能与遗传、内分泌、血管因素、神经递质、免疫因素等有关。中医学认为，头为诸阳之会，清阳之腑，凡五脏之精华、六腑清阳之气皆上注于头。故外感六淫之邪，上犯颠顶，邪气稽留，阻遏清阳；或内伤诸疾，导致气滞血瘀或痰浊阻络，脑失所养，脑脉拘急，均可发生偏头痛。

本研究采用的项丛刺是已故针灸名家华延龄老师创导的一种刺法^[6]，它可用于治疗很多与脑有关的疾病，具有补益脑髓、调督安神的作用。项丛刺所取部位主要为督脉、足太阳膀胱经以及足少阳胆经循行部位。督脉贯脊属肾，其支脉络肾贯心，其气通于元神之府，故可治元神之府产生的病患，具有安神益志、健脑调神的功效。督脉又是人体诸阳经之总汇，具有统摄全身阳气的作用，针刺之还有壮阳气、益精髓、补脑养神之

效。偏头痛疼痛部位在头，主要为足少阳经循行部位，与足少阳胆经关系密切。因而采用与督脉、足太阳、足少阳关系密切的项丛刺治疗偏头痛能取得满意效果。

现代医学认为偏头痛发生是由多种因素引起的头颅部血管舒缩功能不稳定，并与调节血管运动的中枢神经部分功能失调有关。针刺能够良性调整脑血管的舒缩功能，改善脑血流情况，调节血流不对称性。有学者利用脑血管超声多普勒提供的数据，观察针刺头部穴对椎基底动脉供血不足呈低流速型病人的影响，结果显示针刺后即刻、20 min、24 h 的舒张血流速、收缩血流速、平均血流速，分别与针前相比，血流加速，血流量增加^[7]。另有文献报道，针刺风池穴（项丛刺中包括该穴）能使椎基底动脉供血不足高流速型血流速降低，低流速型血流速提高，显示针刺能够对脑血管的收缩与舒张通过动脉系统肾上腺素与胆碱能神经纤维的调节作用而具有双

向性^[8]。唐胜修等^[9]对偏头痛患者采用头部穴针刺，于针刺后检测缩血管因子血浆内素(endothelin, ET)、舒血管因子一氧化氮(nitric oxide, NO)值，并与正常人的ET和NO值比较，对偏头痛患者随访半年，结果针刺使偏头痛患者异常的ET、NO值恢复正常，起到理想的调节作用。针刺还可影响到与情绪反应有关的边缘系统和基底神经节中的一些重要核团，通过它们与其他主要镇痛结构的联系来减轻痛觉情绪反应，提高痛阈和痛觉耐受力^[10]。项丛刺能使局部血管舒缩及神经功能紊乱获得调节，使经络通畅，气血调和，通则不痛，从而达到缓解痉挛和镇静止痛作用。临床观察表明，项丛刺治疗偏头痛总有效率为86.0%。且病程短患者针刺疗效优于病程长者($P<0.05$)；轻中度头痛患者疗效优于重度头痛患者($P<0.01$)；不伴抑郁患者总有效率优于伴抑郁患者。

SF-MPQ 是一种多因素疼痛调查评分方法，综合了患者的认知、情感、生理感觉等多方面因素设计而成，重点观察疼痛及其性质、特点、强度、伴随状态和疼痛治疗后患者所经历的各种复合因素及其相互关系，能较准确地评价疼痛的强度与性质。PRI 与程度分级相结合，既可反映疼痛性质，又能定量描述疼痛程度。VAS 可精确测量到 1 mm，即把疼痛程度分为 100 个等级，具有足够的灵敏度，且让患者自划线段避免了暗示对结果的影响。PRI、VAS、PPI 一并使用是有效可行的，其指标均为定量，便于计算机处理，又为临床疼痛研究提供了方便^[3]。本研究 50 例患者治疗前后选词阳性项目数、PRI 感觉分、PRI 情绪分、PRI 总分、VAS、PPI 比较差异均有统计学意义(均 $P<0.01$)，表明项丛刺对偏头痛患者头痛有明显的改善作用。

SDS 有较好的信度和效度，且简便易行，能全面、准确、迅速地反映被试者抑郁状态的有关症状及其严重程度和变化，因此在临床上被广泛应用^[4]。治疗前，本研究纳入的 50 例偏头痛患者中 SDS 评分 >50 分者有 33 例，抑郁发生率为 66.0%。经项丛刺治疗后患者 SDS 评分较治疗前明显下降($P<0.01$)，表明偏头痛患者经项丛刺治疗后抑郁程度有明显改善。

本研究结果提示项丛刺能明显改善偏头痛患者的疼痛程度，减轻患者的抑郁心境，值得临床应用。

参考文献

- [1] Xu C. 偏头痛的危险因素分析. 世界最新医学信息文摘, 2015, (5): 45, 49.
- [2] Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. Cephalgia, 1998, 8(Suppl17): 1-96.
- [3] 罗跃嘉. 简化 McGill 疼痛评分表的临床应用评价. 中国康复, 1992, 7(4): 160-164.
- [4] 张明园. 精神科评定量表手册. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998: 35-42.
- [5] Ministry of Health of the People's Republic of China. Guiding Principles for Clinical Study of New Chinese Medicines. Beijing: China Medical Science Press, 2002: 109.
- [6] 齐丽珍. 华延龄老师学术经验拾零. 上海针灸杂志, 1995, 14(3): 97-98.
- [7] Wang LP, Zhou W, Zhang YQ, Guo LZ. 针刺后项穴对椎基底动脉影响的临床研究. Zhongguo Zhen Jiu, 1998, 18(4): 205-207.
- [8] Yuan XJ, Hao XS, Lai ZP, Zhao H, Liu WY. 针刺风池对脑血流的影响. 中医杂志, 1996, 37(5): 285-288.
- [9] Tang SX, Xu ZH, Tang P, Luo MF. Clinical study on acupuncture regulating vasoconstrictive factor and vasodilatory factor in the patient of migraine. Zhongguo Zhen Jiu, 2004, 24(2): 103-104.
- [10] 石学敏. 针灸治疗学. 上海科学技术出版社, 1998: 286.

作者: 齐丽珍, 学士, 主任医师