

## 针刺联合中西药治疗肝风挟瘀型偏头痛的疗效观察

焦恩虎, 曹伟

(枣庄市中医医院, 枣庄 277000)

**【摘要】** 目的 观察针刺联合熄风化痰定痛汤、西药治疗肝风挟瘀型偏头痛的临床疗效。方法 将 188 例肝风挟瘀型偏头痛患者随机分为甲组、乙组、丙组与丁组, 每组 47 例。甲组给予常规西药治疗, 乙组给予针刺联合常规西药, 丙组给予熄风化痰定痛汤联合常规西药, 丁组给予针刺联合熄风化痰定痛汤、常规西药。观察治疗前 1 个月、治疗第 3 个月的头痛发作情况[头痛发作次数、持续时间、发作时视觉模拟量表(VAS)评分], 治疗前后中医证候积分及血清 $\beta$ -内啡肽( $\beta$ -EP)、内皮素-1(ET-1)、5-羟色胺(5-HT)、降钙素基因相关肽(CGRP)水平变化, 并比较 4 组临床疗效及不良反应发生情况。**结果** 治疗第 3 个月 4 组头痛发作情况均较治疗前 1 个月降低( $P < 0.05$ ), 丁组低于甲组、乙组、丙组( $P < 0.01$ ), 乙组和丙组均低于甲组( $P < 0.05$ ), 乙组和丙组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后 4 组的中医证候积分均较治疗前降低( $P < 0.05$ ), 丁组低于甲组、乙组、丙组( $P < 0.01$ ), 乙组和丙组均低于甲组( $P < 0.05$ ), 乙组和丙组差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。4 组治疗后血清 $\beta$ -EP、5-HT 水平较治疗前升高( $P < 0.05$ ), 血清 ET-1、CGRP 水平均较治疗前降低( $P < 0.05$ ); 丁组治疗后血清 $\beta$ -EP、5-HT 水平高于甲组、乙组、丙组( $P < 0.01$ ), 乙组和丙组均高于甲组( $P < 0.05$ ), 乙组治疗后和丙组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 丁组治疗后血清 ET-1、CGRP 水平低于甲组、乙组、丙组( $P < 0.01$ ), 乙组和丙组治疗后均低于甲组( $P < 0.05$ ), 乙组和丙组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。丁组总有效率高于甲组、乙组、丙组( $P < 0.01$ ), 甲组、乙组、丙组组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。4 组不良反应发生率比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 针刺联合熄风化痰定痛汤、西药疗法治疗肝风挟瘀型偏头痛患者可明显改善头痛发作情况、减轻病情, 并可有效提高血清 $\beta$ -EP、5-HT 水平及降低血清 ET-1、CGRP 水平, 疗效显著。

**【关键词】** 针刺疗法; 针药并用; 偏头痛障碍;  $\beta$ -内啡肽; 内皮素-1; 5-羟色胺; 降钙素基因相关肽

**【中图分类号】** R246.6 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2022.07.0667

**Efficacy Observation of Acupuncture Combined with Chinese and Western Medications for Migraine Due to Liver Wind Carrying Stasis** JIAO Enhu, CAO Wei. Zaozhuang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zaozhuang 277000, China

**[Abstract]** **Objective** To observe the clinical efficacy of acupuncture plus *Xi Feng Hua Yu Ding Tong Tang* and Western medication in treating migraine due to liver wind carrying stasis. **Method** A total of 188 patients with migraine due to liver wind carrying stasis were randomized into group A, group B, group C, and group D, with 47 cases in each group. Group A was offered routine Western medication, group B was given acupuncture plus routine Western medication, group C was given *Xi Feng Hua Yu Ding Tong Tang* plus routine Western medication, and group D was intervened by acupuncture plus *Xi Feng Hua Yu Ding Tong Tang* and routine Western medication. The details of the headache attack (headache attack times, duration, and visual analog scale (VAS) score at onset) were observed one month before the treatment and at the 3rd month of treatment. Before and after the treatment, the symptoms score

基金项目: 山东省中医药科技发展计划项目(2019-0644)

作者简介: 焦恩虎(1979—), 男, 副主任医师, 硕士, Email: jiao19791@163.com

通信作者: 曹伟(1976—), 女, 副主任医师, Email: ib3ikc@163.com

of traditional Chinese medicine (TCM) and the levels of serum  $\beta$ -endorphin ( $\beta$ -EP), endothelin-1 (ET-1), 5-hydroxytryptamine (5-HT), and calcitonin gene-related peptide (CGRP) were also observed. The clinical efficacy and adverse reactions were compared among the four groups. **Result** At the 3rd month of treatment, the headache attack severity reduced compared with that one month before the treatment in the four groups ( $P < 0.05$ ); group D was lower than groups A, B, and C ( $P < 0.01$ ), groups B and C were lower than group A ( $P < 0.05$ ), and group B and group C were statistically equal ( $P > 0.05$ ). The TCM symptoms score dropped after the treatment in all four groups ( $P < 0.05$ ) and was lower in group D than in groups A, B, and C ( $P < 0.01$ ), lower in groups B and C than in group A ( $P < 0.05$ ), while there was no significant difference between groups B and C ( $P > 0.05$ ). The serum levels of  $\beta$ -EP and 5-HT increased after the treatment in all four groups ( $P < 0.05$ ), and the serum levels of ET-1 and CGRP declined ( $P < 0.05$ ). After the treatment, group D was higher than groups A, B, and C comparing the serum levels of  $\beta$ -EP and 5-HT ( $P < 0.01$ ), groups B and C were higher than group A ( $P < 0.05$ ), and groups B and C were statistically equal ( $P > 0.05$ ). Group D was lower than groups A, B, and C comparing the serum levels of ET-1 and CGRP after the treatment ( $P < 0.01$ ), groups B and C were lower than group A ( $P < 0.05$ ), and there was no significant difference between groups B and C ( $P > 0.05$ ). The total effective rate in group D was higher than that in groups A, B, and C ( $P < 0.01$ ), and there were no significant differences across groups A, B, and C ( $P > 0.05$ ). There were no significant differences in the adverse reaction rate among the four groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** In the treatment of migraine due to liver wind carrying stasis, acupuncture combined with *Xi Feng Hua Yu Ding Tong Tang* and Western medication can notably improve the headache attack, reduce the severity, and effectively up-regulate the serum levels of  $\beta$ -EP and 5-HT and down-regulate the serum levels of ET-1 and CGRP, producing significant efficacy.

**[Key words]** Acupuncture therapy; Acupuncture medication combined; Migraine disorders;  $\beta$ -endorphin; Endothelin-1; 5-hydroxytryptamine; Calcitonin gene-related peptide

偏头痛是神经内科常见疾病, 又称作血管神经性头痛, 具有发病率高、患病时间长、周期性和遗传性等特征<sup>[1]</sup>。该病主要表现为反复发作的阵发性、搏动性头痛, 常伴有头晕、呕吐、畏光、心悸等不良症状。目前该病的病理与发病机制尚未明确, 临床多采用 $\beta$ 受体阻滞剂、钙离子拮抗剂等药物治疗, 可有效减轻患者症状, 促进病情缓解, 但单一西药治疗复发率高, 且长期用药可引发各种副作用, 难以获得理想治疗结局<sup>[2]</sup>。近年来, 中医疗法(中药、针刺等)已在临床偏头痛的防治中得以广泛应用且获得较好成效<sup>[3]</sup>。中医学认为偏头痛病因主要以风、火、痰、瘀、虚为主, 其中肝风挟瘀型偏头痛是临床常见的中医证型<sup>[4]</sup>。熄风化痰定痛汤方中天麻、钩藤具有平肝潜阳、祛风通络的功效, 当归、川牛膝可活血化瘀; 针刺百会、合谷、风池等穴可起到通调督脉、平肝熄风、活血止痛的作用。因此, 为提高肝风挟瘀型偏头痛患者的临床治疗效果, 促进预后改善, 本研究特将针刺、熄风化痰定痛汤与西药联合应用于肝风挟瘀型偏头痛患者中, 通过分组对照试

验探讨其疗效及价值, 以期为临床治疗提供参考, 现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

研究经枣庄市中医医院伦理委员会批准后(批号 2018—1102), 选取枣庄市中医医院 2019 年 2 月至 2021 年 3 月收治的 188 例肝风挟瘀型偏头痛患者, 采用随机数字表法分为甲组、乙组、丙组与丁组, 每组 47 例。甲组中男 20 例, 女 27 例; 年龄 28~54 岁, 平均(36±7)岁; 病程 1~8 年, 平均(3.86±0.71)年; 病情轻度 18 例, 中度 20 例, 重度 9 例。乙组中男 18 例, 女 29 例; 年龄 26~52 岁, 平均(36±7)岁; 病程 1~7 年, 平均病程(3.72±0.73)年; 病情轻度 16 例, 中度 19 例, 重度 12 例。丙组中男 17 例, 女 30 例; 年龄 30~61 岁, 平均(37±7)岁; 病程 2~8 年, 平均病程(3.90±0.68)年; 病情轻度 18 例, 中度 19 例, 重度 10 例。丁组中男 21 例, 女 26 例; 年龄 29~57 岁, 平均(38±7)岁; 病程 2~7 年, 平均(3.94±0.65)年; 病情轻度 17 例, 中度 21 例,

重度 9 例。4 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

## 1.2 纳入标准

①符合国际头痛协会制定的《国际头痛协会关于偏头痛分类》<sup>[5]</sup>。②符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[6]</sup>中头痛肝风挟瘀型证候诊断标准。主症为头部胀痛, 或如刺如擎, 反复发作, 持续数小时或数日; 次症为头晕目眩, 心烦易怒, 失眠, 目赤, 畏光; 舌质暗红、紫暗, 或有瘀斑、瘀点, 苔薄白, 脉弦或弦涩。③偏头痛病史 $\geq 1$ 年。④近 3 个月头痛发作 $\geq 6$ 次。⑤知晓并签署知情同意书。

## 1.3 排除标准

①合并脑血管、肝脏、肾脏、造血系统等严重疾病者; ②高血压、感染、外伤、肿瘤及其他病变所致的头痛者; ③合并精神病者; ④妊娠或哺乳期者; ⑤长期应用止痛药物者; ⑥对本研究中药物过敏者; ⑦合并皮肤病者。

## 2 治疗方法

### 2.1 甲组

给予常规西药治疗, 盐酸氟桂利嗪胶囊(遂成药业股份有限公司, 国药准字 H20067316, 规格 5 mg/粒)口服, 每次 10 mg。每日 1 次, 晚间睡前服用, 连续治疗 3 个月。

### 2.2 乙组

给予针刺联合常规西药(同甲组)。选取百会、太阳、印堂、头维、率谷、风池、头临泣、水沟、四神聪、外关、合谷、太冲、血海穴, 患者取仰卧位, 常规消毒局部腧穴, 采用 0.35 mm $\times$ 40 mm 规格毫针刺刺腧穴, 由上到下依次进针, 频率和强度以患者耐受为宜。采用平补平泻法刺入太阳、印堂、头维、合谷和太冲穴; 运用捻转泻法刺入百会、率谷、风池、头临泣、水沟、四神聪、外关、血海穴。以患者酸胀感为佳, 留针 50 min。每日 1 次, 连续治疗 3 个月。

### 2.3 丙组

给予熄风化痰定痛汤联合常规西药(同甲组), 熄风化痰定痛汤组成为天麻 20 g, 钩藤 20 g, 石决明 15 g, 延胡索 12 g, 川芎 12 g, 当归 12 g, 地龙 12 g, 川牛膝 12 g, 白芷 10 g, 茯苓 10 g, 柴胡 10 g, 白芍 10 g, 羌活 10 g, 三七 10 g, 炙甘草 6 g, 以上诸药水煎服, 取汁 300 mL, 均分 2 等份, 早晚分服、温服。每日 1 剂,

连续治疗 3 个月。

### 2.4 丁组

给予针刺联合熄风化痰定痛汤和常规西药治疗, 具体方法与疗程分别同甲组、乙组与丙组。

## 3 治疗效果

### 3.1 观察指标

#### 3.1.1 头痛发作情况

观察治疗前 1 个月、治疗第 3 个月头痛发作情况, 包括头痛发作次数、持续时间及发作时头痛程度, 头痛程度采用视觉模拟评分法(visual analog scale, VAS)<sup>[7]</sup>进行测评, 分值 0~10 分, 0 分为无痛, 10 分为剧烈疼痛, 评分越高表示疼痛越明显。

#### 3.1.2 中医证候积分

治疗前后评估中医证候积分, 按严重程度, 主症分别计 0、2、4、6 分, 次症与舌脉分别计 0、1、2、3 分, 总积分=主症+次症+舌脉评分。

#### 3.1.3 血清因子水平

治疗前后采集空腹静脉血 5 mL, 离心后收集血清, 采用酶联免疫吸附法测定血清 $\beta$ -内啡肽( $\beta$ -endorphin,  $\beta$ -EP)、内皮素-1(endothelin-1, ET-1)、5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)、降钙素基因相关肽(calcitonin gene-related peptide, CGRP)水平, 试剂盒均购自上海宝曼生物科技有限公司, DNM-9602G 酶标仪(北京普朗公司)、洗板机(北京普朗公司配套)进行检测, 严格按照试剂盒说明书操作。

#### 3.1.4 不良反应发生情况

观察并记录治疗期间不良反应发生情况, 盐酸氟桂利嗪胶囊的常见不良反应有嗜睡、胃部不适等; 熄风化痰定痛汤的常见不良反应有皮肤瘙痒等; 针刺的常见不良反应有头晕等。

### 3.2 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[6]</sup>拟定。

临床痊愈: 头痛症状及伴随症状均消失且超过 6 个月无复发。

显效: 疼痛明显减轻, 减轻强度为 2 级, 或者头痛发作次数、持续时间明显减少超过 2/3。

有效: 疼痛减轻, 减轻强度为 1 级, 或者头痛发作的间隔延长, 或者头痛持续时间减少不足 2/3。

无效:疼痛减轻强度不到 1 级,或者头痛持续时间增加,程度加重,或者头痛持续时间减少不足 1/3。

### 3.3 统计学方法

以 SPSS26.0 统计学软件行统计学分析。符合正态分布的计量资料采用均数±标准差描述,多样本比较采用单因素方差分析和 SNK-*q* 检验;计数资料采用率描述,组间比较采用卡方检验;等级分布资料比较采用秩和检验。检验标准  $\alpha=0.05$ ;多样本中的每两样本计数资料比较需要调整检验标准,  $\alpha' = \alpha/k \times (k-1)/2$ , 其中  $\alpha=0.05, k=4$ 。

表 1 4 组治疗前后头痛发作次数、持续时间、VAS 评分比较

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	头痛发作次数(次/月)		持续时间(h/次)		VAS 评分(分)	
		治疗前 1 个月	治疗第 3 个月	治疗前 1 个月	治疗第 3 个月	治疗前 1 个月	治疗第 3 个月
甲组	47	4.92±0.84	2.67±0.50 <sup>1)</sup>	3.43±0.62	2.93±0.53 <sup>1)</sup>	5.88±0.94	3.13±0.58 <sup>1)</sup>
乙组	47	4.75±0.91	2.46±0.48 <sup>1)2)</sup>	3.17±0.59	2.71±0.51 <sup>1)2)</sup>	5.95±1.12	2.86±0.51 <sup>1)2)</sup>
丙组	47	4.82±0.86	2.42±0.43 <sup>1)2)</sup>	3.28±0.60	2.68±0.47 <sup>1)2)</sup>	6.21±0.87	2.91±0.48 <sup>1)2)</sup>
丁组	47	5.14±0.97	1.87±0.33 <sup>1)3)4)5)</sup>	3.35±0.64	1.55±0.24 <sup>1)3)4)5)</sup>	6.07±0.96	1.88±0.32 <sup>1)3)4)5)</sup>
<i>F</i>	-	1.690	28.306	1.522	88.680	0.770	62.505
<i>P</i>	-	0.171	<0.001	0.210	<0.001	0.546	<0.001

注:与同组治疗前 1 个月比较 <sup>1)</sup> $P<0.05$ ;与甲组比较 <sup>2)</sup> $P<0.05$ , <sup>3)</sup> $P<0.01$ ;与乙组比较 <sup>4)</sup> $P<0.01$ ;与丙组比较 <sup>5)</sup> $P<0.01$

### 3.4.2 4 组治疗前后中医证候积分比较

治疗前,4 组中医证候积分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后,4 组中医证候积分均较治疗前降低( $P<0.05$ ),丁组治疗后低于甲组、乙组、丙组( $P<0.01$ ),乙组和丙组治疗后均低于甲组( $P<0.05$ ),乙组和丙组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。详见表 2。

### 3.4.3 4 组临床疗效比较

4 组临床疗效分布比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ),丁组总有效率高于甲组、乙组、丙组( $P<0.01$ ),甲组、乙组、丙组比较差异无统计学意义

表 3 4 组临床疗效比较

[例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
甲组	47	6(12.8)	8(17.0)	17(36.2)	16(34.0)	66.0
乙组	47	12(25.5)	14(29.8)	10(21.3)	11(23.4)	76.6
丙组	47	13(27.7)	13(27.7)	11(23.3)	10(21.3)	78.7
丁组	47	19(40.4)	18(38.3)	8(17.0)	2(4.3)	95.7 <sup>1)2)3)</sup>
$Z/\chi^2$	-			11.915		9.483
<i>P</i>	-			0.003		<0.001

注:与甲组比较 <sup>1)</sup> $P<0.01$ ;与乙组比较 <sup>2)</sup> $P<0.01$ ;与丙组比较 <sup>3)</sup> $P<0.01$

### 3.4 治疗结果

#### 3.4.1 4 组治疗前后头痛发作次数、持续时间、VAS 评分比较

治疗前 1 个月 4 组头痛发作情况(头痛发作次数、持续时间、发作时头痛 VAS 评分)比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗第 3 个月,4 组的头痛发作情况均较治疗前 1 个月降低( $P<0.05$ ),丁组均低于甲组、乙组、丙组( $P<0.01$ ),乙组和丙组均低于甲组( $P<0.05$ ),乙组和丙组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。详见表 1。

( $P>0.01$ )。详见表 3。

表 2 4 组治疗前后中医证候积分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
甲组	47	9.51±1.65	6.08±1.19 <sup>1)</sup>
乙组	47	10.32±2.11	5.58±1.05 <sup>1)2)</sup>
丙组	47	9.67±1.68	5.49±1.06 <sup>1)2)</sup>
丁组	47	10.17±2.12	4.51±0.84 <sup>1)3)4)5)</sup>
<i>F</i>	-	1.959	18.652
<i>P</i>	-	0.122	<0.001

注:与同组治疗前比较 <sup>1)</sup> $P<0.05$ ;与甲组比较 <sup>2)</sup> $P<0.05$ , <sup>3)</sup> $P<0.01$ ;与乙组比较 <sup>4)</sup> $P<0.01$ ;与丙组比较 <sup>5)</sup> $P<0.01$

### 3.4.4 4 组治疗前后血清β-EP、ET-1、5-HT、CGRP 比较

治疗前,4 组血清β-EP、ET-1、5-HT、CGRP 比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,4 组血清β-EP、5-HT 水平较治疗前升高( $P<0.05$ ),血清 ET-1、CGRP 水平较治疗前降低( $P<0.05$ );丁组血清

β-EP、5-HT 水平高于甲组、乙组、丙组( $P<0.01$ ),乙组和丙组均高于甲组( $P<0.05$ ),乙组和丙组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );丁组治疗后血清 ET-1、CGRP 水平低于甲组、乙组、丙组( $P<0.01$ ),乙组和丙组均低于甲组( $P<0.05$ ),乙组和丙组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。详见表 4 和表 5。

表 4 4 组治疗前后血清β-EP、ET-1 水平比较

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	β-EP(pg/mL)		ET-1(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
甲组	47	230.62±27.67	277.95±30.94 <sup>1)</sup>	98.65±12.87	84.09±11.52 <sup>1)</sup>
乙组	47	221.65±28.24	291.26±31.17 <sup>1)2)</sup>	99.13±13.09	79.21±10.89 <sup>1)2)</sup>
丙组	47	234.58±27.86	294.34±31.28 <sup>1)2)</sup>	98.82±12.66	78.64±10.77 <sup>1)2)</sup>
丁组	47	226.93±28.13	329.45±32.89 <sup>1)3)4)5)</sup>	99.33±13.12	59.48±9.26 <sup>1)3)4)5)</sup>
<i>F</i>	-	1.818	22.774	0.026	48.962
<i>P</i>	-	0.145	<0.001	0.994	<0.001

注:与同组治疗前比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ ;与甲组比较<sup>2)</sup> $P<0.05$ ,<sup>3)</sup> $P<0.01$ ;与乙组比较<sup>4)</sup> $P<0.01$ ;与丙组比较<sup>5)</sup> $P<0.01$

表 5 4 组治疗前后血清 5-HT、CGRP 水平比较

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	5-HT(ng/mL)		CGRP(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
甲组	47	108.13±15.43	130.25±19.34 <sup>1)</sup>	85.84±11.53	66.45±9.44 <sup>1)</sup>
乙组	47	106.59±14.97	140.17±20.11 <sup>1)2)</sup>	86.66±11.32	61.89±9.37 <sup>1)2)</sup>
丙组	47	107.41±15.68	138.13±18.68 <sup>1)2)</sup>	86.39±10.73	62.32±9.90 <sup>1)2)</sup>
丁组	47	108.07±16.04	162.56±21.32 <sup>1)3)4)5)</sup>	87.03±10.81	46.53±7.54 <sup>1)3)4)5)</sup>
<i>F</i>	-	0.100	22.845	0.096	43.448
<i>P</i>	-	0.960	<0.001	0.962	<0.001

注:与同组治疗前比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ ;与甲组比较<sup>2)</sup> $P<0.05$ ,<sup>3)</sup> $P<0.01$ ;与乙组比较<sup>4)</sup> $P<0.01$ ;与丙组比较<sup>5)</sup> $P<0.01$

### 3.5 4 组不良反应发生情况比较

( $P>0.05$ )。详见表 6。

4 组不良反应发生率比较差异无统计学意义

表 6 4 组不良反应发生情况比较

[例(%)]

组别	例数	头晕	嗜睡	胃部不适	皮肤瘙痒	总发生率/%
甲组	47	0(0.0)	1(2.1)	2(4.3)	0(0.0)	6.4
乙组	47	1(2.1)	1(2.1)	1(2.1)	1(2.1)	8.5
丙组	47	0(0.0)	2(4.2)	1(2.1)	2(4.3)	10.6
丁组	47	2(4.3)	1(2.1)	3(6.4)	1(2.1)	14.9
校正 $\chi^2$	-	0.637	0.008	0.192	0.316	0.768
<i>P</i>	-	0.465	1.000	0.727	0.602	0.523

## 4 讨论

偏头痛是由于血管舒缩功能障碍导致的慢性头痛,其发作频繁、迁延难愈,严重影响患者的身心健康以及生活质量。偏头痛病因与发病机制较为复杂,目前尚未

有一致结论,随着研究深入已产生多种学说,有血管源学说、神经血管学说、扩散性抑制学说、神经介质体液学说等<sup>[8]</sup>。现代医学治疗偏头痛还没有标准的治疗方案,盐酸氟桂利嗪胶囊属于钙离子拮抗剂,是当前临

床治疗此类患者的常用药物,可抑制  $\text{Ca}^{2+}$  内流,缓解脑血管痉挛,保护脑神经元,对治疗偏头痛有良好的镇痛效果。但是单纯的药物治疗多以缓解症状为主,治疗效果局限,病情难以彻底控制<sup>[9]</sup>。因此,积极探究防治偏头痛更加有效的治疗手段具有重要的临床意义。

本研究显示治疗后 4 组的头痛发作情况(头痛发作次数、持续时间、发作时头痛 VAS 评分)、中医证候积分均较治疗前降低,丁组均低于甲组、乙组、丙组,且丁组总有效率明显高于甲组、乙组、丙组,提示针刺联合熄风化痰定痛汤、西药治疗肝风挟瘀型偏头痛可有效缓解患者的头痛发作情况,临床治疗效果显著。偏头痛属于中医学“头风”“偏头风”“厥头痛”范畴。中医学认为本病病因不外乎外感六淫,病机为肝、脾、肾等脏腑功能失调、六淫邪气上犯于顶,脑络痹阻,清窍蒙蔽,不通则痛,由此发为头痛<sup>[10]</sup>。肝风挟痰瘀型偏头痛多系肝阳上亢,痰瘀互结,或浊邪上犯,而致脑络闭阻、清窍蒙蔽,治疗则以平抑肝阳,活血通络,通利脑窍为基本法。熄风化痰定痛汤方中的天麻、钩藤可平肝熄风、祛风通络、熄风止痉,石决明可平肝潜阳,川芎可辛散温通、活血行气,以上四药合为君药,共奏活血通络、平肝潜阳之效;当归可活血化瘀、缓急止痛,地龙可定惊通络,川牛膝可活血祛瘀,延胡索可活血散瘀、利气止痛,以上皆为臣药,达到通络止痛的功效;白芷、羌活祛风止痛,茯苓镇静安神,柴胡清肝泻火,白芍化阴敛阳,三七活血化瘀,共为佐药;炙甘草调和诸药,为使药。以上诸药合用,切中病机,可起到痰瘀消散、通血活络、风阳内熄的作用。现代药理研究<sup>[11-12]</sup>表明,天麻中天麻素可扩张血管,降低脑血管阻力,并有镇痛抗炎作用;钩藤含多种生物碱,具有抑制血小板聚集、镇静等作用;川芎中川芎嗪成分可抑制血管收缩,解除血管痉挛;石决明含有碳酸钙等,具有镇静作用;当归可改善血液循环;川牛膝可增强机体免疫功能。针刺疗法是目前临床治疗偏头痛常用的方法,根据临床证型选取相应穴位,可发挥疏通经脉、激发经气及调和阴阳的作用<sup>[13]</sup>。百会穴归属督脉,别名“三阳五会”,百脉于此交会,是治疗头痛的重要穴位,针刺百会,可疏通经络、通调脏腑、醒神开窍;四神聪为奇穴,有通经活络、安神开窍的作用;水沟为督脉穴,有开窍醒神的功效,与百会、四神聪配合起到增强安神定志的作用;风池为足少阳胆经、阳跷、阳维之会穴,自古是治疗偏头痛的重要穴位,有祛风止痛、行气活血的作用;合谷

为手阳明原穴,太冲为肝经原穴,也是治头部疾患的要穴,针刺可平肝潜阳、通利气机,辅以外关、太阳、印堂、头维共奏通络止痛的功效;率谷穴属足少阳胆经,具有活血止痛、通经疏络的作用;头临泣属足少阳胆经,配风池、太阳、百会穴,有疏风止痛的作用;血海属足太阴脾经,具有活血化瘀的作用。诸穴相配,使瘀血得化,气血通畅,经脉调和,脑有所养,则神明安定,头痛得以解除。现代研究<sup>[14]</sup>表明,偏头痛多与各种因素作用于血管和神经造成中枢神经伴血管功能失调有关,针刺可平衡阴阳,调节神经血管功能和恢复脏腑功能,缩短发作时间、减轻头痛程度以及降低发作频率等,从而有效改善患者生活质量。因此,本研究将针刺与熄风化痰定痛汤联合应用于肝风挟瘀型偏头痛患者中,针刺与中药协同发挥作用,增强了治疗力度,从而有利于临床疗效。

本研究中治疗后 4 组的血清  $\beta$ -EP、5-HT 水平均较治疗前升高,丁组明显高于甲组、乙组、丙组;治疗后 4 组血清 ET-1、CGRP 水平均较治疗前降低,丁组明显低于甲组、乙组、丙组,提示针刺联合熄风化痰定痛汤、西药应用于肝风挟瘀型偏头痛患者中可有效提高血清  $\beta$ -EP、5-HT 水平,降低血清 ET-1、CGRP 水平。研究<sup>[15]</sup>表明,偏头痛与人体生物物质的改变及血管收缩有密切关系,血清  $\beta$ -EP 释放减少时引起血管收缩舒张失调,使血流发生变化导致偏头痛;偏头痛发作时血小板可释放 5-HT,出现一过性的 5-HT 水平升高,但随后明显下降导致血管扩张性头痛;血清 ET-1 是血管收缩因子,可引起脑血管痉挛而导致偏头痛;血清 CGRP 具有强烈的扩血管作用,并刺激炎症作用,与搏动样头痛症状密切相关。现代药理研究<sup>[16-17]</sup>表明,天麻中含有天麻素,可调节 5-HT 等神经递质水平,改善神经功能,起到良好的镇痛作用;川芎中有效成分可通过调节血清 ET-1、CGRP 等血管舒缩因子发挥镇痛作用;白芷主要成分有香豆素,可提高偏头痛患者的 5-HT 水平,具有明显的解痉作用;当归能减轻疼痛的作用机制也与调节血清 CGRP、ET-1 的浓度有关。此外,针刺可调节内源性阿片肽的合成释放,引起血清  $\beta$ -EP 升高,发挥吗啡样止痛作用;且针刺可有效降低血小板的聚集率,调节血管活性肽的合成与释放,降低血清 ET-1、CGRP 水平,改善脑部血液循环和血管舒缩功能,发挥止痛作用<sup>[18-19]</sup>。因此,采用针刺、熄风化痰定痛汤联合西药治疗可取得更为满意的治疗效果。此外,本研究 4 组不良

反应发生率比较无明显差异,提示针刺、熄风化痰定痛汤和西医疗法联合应用于肝风挟瘀型偏头痛患者中不会显著增加患者的不良反应。

综上所述,采用针刺联合熄风化痰定痛汤、西药治疗肝风挟瘀型偏头痛可以提高临床治疗效果,明显改善患者的头痛发作情况,减轻临床症状,同时还可有效提高血清 $\beta$ -EP、ET-1 水平,降低血清 5-HT、CGRP 水平,效果显著且安全。

### 参考文献

- [1] EIGENBRODT A K, ASHINA H, KHAN S, *et al.* Diagnosis and management of migraine in ten steps[J]. *Nat Rev Neurol*, 2021, 17(8):501-514.
- [2] 董艳华. 盐酸氟桂利嗪预防性治疗偏头痛的临床疗效与安全性评价[J]. *世界复合医学*, 2020, 6(8):162-164.
- [3] 徐榛敏, 贾敏, 梁晓, 等. 偏头痛中医临床实践指南专题·偏头痛中医临床实践指南(征求意见稿)[J]. *中国中药杂志*, 2020, 45(21):5057-5067.
- [4] 冯思玲, 曾红文, 李昕豪. 火针联合放血治疗肝阳上亢型偏头痛的临床观察[J]. *广州中医药大学学报*, 2020, 37(4):661-64.
- [5] 董钊. 国际头痛协会关于偏头痛分类[J]. *中国现代神经疾病杂志*, 2013, 13(10):896.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:45-46.
- [7] 万丽, 赵晴, 陈军, 等. 疼痛评估量表应用的中国专家共识(2020 版)[J]. *中华疼痛学杂志*, 2020, 16(3):177-187.
- [8] ANDREOU A P, EDVINSSON L. Mechanisms of migraine as a chronic evolutive condition[J]. *Headache Pain*, 2019, 20(1):117.
- [9] 魏竞竞, 梁晓, 付国静, 等. 全球药物治疗成人偏头痛指南的系统评价[J]. *中国循证医学杂志*, 2020, 20(11):1316-1325.
- [10] 林立君, 米建平. 刺络放血配合解结针法治疗偏头痛的临床经验[J]. *针灸临床杂志*, 2019, 35(3):63-66.
- [11] 曹冰倩, 谭峰. 谭峰治疗肝阳化风型偏头痛经验[J]. *广州中医药大学学报*, 2020, 37(5):969-973.
- [12] 李伟霞, 唐于平, 王晓艳, 等. 基于 PLS-DA 和多指标综合指数法研究当归-川芎药对急性血瘀大鼠血清中血管活性物质和黏附分子的影响[J]. *药学学报*, 2019, 54(11):1909-1917.
- [13] 范香瀛, 文玉茵, 杨春滢, 等. 偏头痛辨证分型与针刺疗效的关系分析[J]. *中国针灸*, 2020, 40(1):96-102.
- [14] 贾敏, 张允岭, 鲁岳, 等. 针刺对比氟桂利嗪治疗偏头痛有效性及安全性评价:随机对照试验的系统评价及 Meta 分析[J]. *中国中药杂志*, 2020, 45(21):5083-5092.
- [15] 周涛, 余恒. 川芎清脑颗粒配合氟哌噻吨美利曲辛片治疗偏头痛疗效及对血小板 5-羟色胺、 $\beta$ -内啡肽、神经降压素水平的影响[J]. *现代中西医结合杂志*, 2019, 28(15):1661-1664.
- [16] 顾静, 吴红彦, 李海龙, 等. 头痛安对偏头痛模型大鼠  $\beta$ -EP, CGRP, ET 的影响[J]. *中药新药与临床药理*, 2019, 30(1):14-19.
- [17] 宋丹宁, 王雪, 周磊, 等. 复方当归川葛颗粒对偏头痛大鼠血浆 NO, NOS, CGRP, ET 及脑组织 5-HT, DA 的影响[J]. *吉林中医药*, 2019, 39(12):1635-1637.
- [18] 高纪林, 董长勇, 颜义, 等. 元胡止痛方联合温针灸对偏头痛急性发作患者 5-HT, ET-1 的影响[J]. *中国中医急症*, 2020, 29(11):1996-1998.
- [19] 梁晓瑜, 张中平, 谭景斐. 基于核转录因子- $\kappa$ B 信号通路探讨针灸四关穴治疗偏头痛的机制[J]. *世界中医药*, 2020, 15(8):1205-1209.

收稿日期 2021-12-12