

文章编号: 1005-0957 (2022) 05-0489-06

· 临床研究 ·

# 针药并用治疗紧张性头痛的疗效观察及对患者脑血流量、心理状态的影响

黄文喜, 刘小琴, 姜锦林

(湖北民族大学附属民大医院, 恩施 445000)

**【摘要】 目的** 观察针药并用治疗紧张性头痛的临床疗效及对脑血流量、心理状态的影响。**方法** 将 153 例紧张性头痛老年患者随机分为联合组 51 例、针刺组 50 例及中药组 52 例。中药组给予芎芷全蝎汤加味治疗, 针刺组给予针刺治疗, 联合组予以针刺联合芎芷全蝎汤加味治疗。观察 3 组治疗前后视觉模拟量表(VAS)评分、中医证候积分、头痛发作频率及持续时间、脑血流动力学[大脑前动脉(ACA)、大脑中动脉(MCA)、大脑后动脉(PCA)血流速度]、心理状态[简版老年抑郁量表(GDS-15)、沃里克—爱丁堡积极心理健康量表(WEMWBS)]、对周围刺激的相关反应的变化, 并比较 3 组的临床疗效。**结果** 联合组临床疗效明显高于针刺组及中药组( $P < 0.05$ ); 针刺组及中药组临床疗效比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。3 组治疗后 VAS 评分、中医证候积分、头痛发作频率及持续时间均较治疗前降低( $P < 0.05$ ); 联合组低于针刺组及中药组( $P < 0.05$ ), 针刺组及中药组比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。3 组治疗后 ACA、MCA、PCA 血流速度均较治疗前降低( $P < 0.05$ ); 联合组低于针刺组及中药组( $P < 0.05$ ), 针刺组及中药组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。3 组治疗后 GDS-15 评分均较治疗前降低( $P < 0.05$ ); 联合组低于针刺组及中药组( $P < 0.05$ ), 针刺组及中药组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。3 组治疗后 WEMWBS 评分则较治疗前升高( $P < 0.05$ ), 联合组高于针刺组及中药组( $P < 0.05$ ), 针刺组及中药组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。联合组治疗后对单独视觉刺激、单独听觉刺激及双重刺激反应的准确率均较治疗前升高( $P < 0.05$ ), 且高于针刺组及中药组( $P < 0.05$ )。**结论** 针药并用治疗紧张性头痛效果显著, 不仅能改善患者脑血流速度, 还能提升心理健康水平, 提高患者视听刺激反应能力。

**【关键词】** 针刺疗法; 针药并用; 紧张型头痛; 血流动力学; 心理状态

**【中图分类号】** R246.6 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2022.05.0489

**Efficacy Observation of Acupuncture Medication Combined in Treating Tension Headache and Its Effect on Cerebral Blood Flow and Psychological State** HUANG Wenxi, LIU Xiaoqin, JIANG Jinlin. Hubei University for Nationalities Minda Hospital, Enshi 445000, China

**[Abstract] Objective** To observe the clinical efficacy of acupuncture medication combined for tension headache and its effect on cerebral blood flow and psychological state. **Method** One hundred and three elderly patients with tension headache were randomized to a combination group (51 cases), an acupuncture group (50 cases) and a Chinese herbal medicine group (52 cases). The Chinese herbal medicine group was treated with modified *Xiongzhong Quanxie* decoction; the acupuncture group, with acupuncture therapy; the combination group, with acupuncture plus modified *Xiongzhong Quanxie* decoction. The visual analog scale (VAS) score, the TCM syndrome score, headache attack frequency and duration, cerebral hemodynamics (blood flow velocities of anterior cerebral artery (ACA), middle cerebral artery (MCA) and posterior cerebral artery (PCA)), psychological state [15-item geriatric depression scale

**基金项目:**湖北省卫生健康委员会联合基金项目(WJ2019H144)

**作者简介:**黄文喜(1979—),女,主治医师,Email:NEWNEW090@163.com

**通信作者:**姜锦林(1965—),男,主任医师,硕士,Email:1207735699qq@163.com

(GDS-15) and Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS)] and related responses to peripheral stimuli were observed in the three groups before and after treatment. The clinical therapeutic effects were compared between the three groups. **Result** The clinical therapeutic effect was better in the combination group than in the acupuncture and Chinese herbal medicine groups ( $P < 0.05$ ) and had no statistically significant difference between the acupuncture and Chinese herbal medicine groups ( $P > 0.05$ ). After treatment, the VAS score, the TCM syndrome score, and headache attack frequency and duration decreased in the three groups compared with before ( $P < 0.05$ ), were lower in the combination group than in the acupuncture and Chinese herbal medicine groups ( $P < 0.05$ ) and had no statistically significant difference between the acupuncture and Chinese herbal medicine groups ( $P > 0.05$ ). After treatment, ACA, MCA and PCA blood flow velocities decreased in the three groups compared with before ( $P < 0.05$ ), were lower in the combination group than in the acupuncture and Chinese herbal medicine groups ( $P < 0.05$ ) and had no statistically significant difference between the acupuncture and Chinese herbal medicine groups ( $P > 0.05$ ). After treatment, the GDS-15 score decreased in the three groups compared with before ( $P < 0.05$ ), was lower in the combination group than in the acupuncture and Chinese herbal medicine groups ( $P < 0.05$ ) and had no statistically significant difference between the acupuncture and Chinese herbal medicine groups ( $P > 0.05$ ). After treatment, the WEMWBS score increased in the three groups compared with before ( $P < 0.05$ ), was higher in the combination group than in the acupuncture and Chinese herbal medicine groups ( $P < 0.05$ ) and had no statistically significant difference between the acupuncture and Chinese herbal medicine groups ( $P > 0.05$ ). After treatment, the accuracy rates of responses to visual stimulus alone, auditory stimulus alone and dual stimuli increased in the combination group compared with before ( $P < 0.05$ ) and were higher than in the acupuncture and Chinese herbal medicine groups ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Acupuncture medication combined has a marked therapeutic effect on tension headache. It can improve not only cerebral blood flow velocity but also psychological health levels and the ability to respond to audio-visual stimuli in the patients.

**[Key Words]** Acupuncture therapy; Acupuncture medication combined; Tension-type headache; Hemodynamics; Psychological state

紧张性头痛为临床常见疾病,好发于女性群体,其发病与压力、情绪等因素相关,具有反复发作、迁延难愈等特点<sup>[1]</sup>。抗抑郁药是目前西医治疗紧张性头痛的首选方法,但不良反应较多,老年患者可不耐受<sup>[2]</sup>。中医疗法在头痛治疗中发挥良好疗效,且具有良好的安全性<sup>[3]</sup>。针灸在紧张性头痛治疗中具有较大优势,可通过刺激局部穴位,发挥舒经活络、调和气血、协调阴阳的作用,达到镇痛效果<sup>[4]</sup>。目前,芍芷汤在镇痛治疗中已得到广泛应用<sup>[5]</sup>。本研究也根据紧张性头痛症状特点自拟芍芷全蝎汤,并结合证候予以加味治疗紧张性头痛,并与单纯中药或针刺治疗相比较,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

选取2019年2月至2020年10月湖北民族大学附属民大医院156例紧张性头痛老年患者为研究对象,

采用随机数字表法分为联合组、针刺组及中药组,每组52例。因依从性差、未按要求完成治疗者3例,最终纳入联合组51例,针刺组50例,中药组52例。联合组中男14例,女37例;年龄60~72岁,平均 $(66 \pm 4)$ 岁;病程1~9年,平均 $(4.05 \pm 0.96)$ 年;轻度12例,中度29例,重度10例。针刺组中男15例,女35例;年龄60~71岁,平均 $(66 \pm 4)$ 岁;病程1~8年,平均 $(3.97 \pm 0.92)$ 年;轻度13例,中度31例,重度6例。中药组男16例,女36例;年龄60~71岁,平均 $(66 \pm 4)$ 岁;病程1~8年,平均 $(3.89 \pm 0.90)$ 年;轻度14例,中度31例,重度7例。3组一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 1.2 诊断标准

#### 1.2.1 西医诊断标准

符合国际头痛协会发布《国际头痛疾病分类第3版》中紧张性头痛的诊断标准<sup>[6]</sup>。

### 1.2.2 中医辨证标准

符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>中痰瘀阻络证,主证为头痛如裹、胸脘满闷、呕吐痰涎;次证为口淡、食少、舌胖大、舌苔白腻、脉弦滑。

### 1.3 纳入标准

①病程>6个月;②年龄≥60岁;③签署知情同意书。

### 1.4 排除标准

①既往神经精神病史;②酗酒史、药物成瘾史;③高血压、脑动脉硬化、颈椎病等疾病所致头痛;④伴肝肾、造血系统等重要器官功能障碍。

### 1.5 剔除标准

①依从性差;②治疗中途退出;③失访。

## 2 治疗方法

### 2.1 中药组

给予芎芷全蝎汤加味治疗,组成为川芎 30 g,葛根 20 g,羌活、威灵仙各 12 g,白芷 10 g,全蝎 6 g,甘草 5 g,细辛 3 g;兼肝郁者加白芍、合欢皮各 15 g;兼瘀证者加鸡血藤 15 g,乳香 10 g。每日 1 剂,加 800 mL 水煎至 200 mL,分 3 次温服。

### 2.2 针刺组

给予针刺治疗。采用 0.35 mm×40 mm 华佗牌毫针,患者取俯卧位,取丰隆、足三里、太阳、头维、百会、风池、颈夹脊、神门、太冲穴,常规消毒后,丰隆穴直刺 1.0~1.5 寸,足三里直刺 1.0~2.0 寸,太阳穴直刺 0.3~0.5 寸,百会穴平刺 0.5~1.0 寸,头维穴平刺 0.5~0.8 寸,风池向鼻尖方向斜刺 0.8~1.2 寸,神门直刺 0.3~0.5 寸,太冲直刺 0.5~1.0 寸,颈夹脊穴直刺 0.3~0.5 寸。得气后以平补平泻手法,留针 30 min。每日 1 次,连续治疗 6 d 后休息 1 d。

### 2.3 联合组

采用针刺联合芎芷全蝎汤加味治疗,方法同上。

3 组均 7 d 为 1 个疗程,共治疗 4 个疗程。

## 3 治疗效果

### 3.1 观察指标

#### 3.1.1 疼痛程度

采用视觉模拟评分法(visual analog scale, VAS)<sup>[8]</sup>评估,总分 0~10 分,得分越高,疼痛越严重。轻度为不影响工作及生活;中度为影响工作与生活,但未

中断工作,生活能自理;重度为严重影响工作与生活,不能坚持工作,自理能力差。

#### 3.1.2 中医证候积分

根据各项主证及次证严重程度,分别计 0~6 分。

#### 3.1.3 头痛发作频率及持续时间

观察并记录患者头痛发作的频率及每次发作的持续时间。

#### 3.1.4 脑血流动力学

采用经颅多普勒仪(美国通用电气公司)检测大脑前动脉(ACA)、大脑中动脉(MCA)、大脑后动脉(PCA)血流速度。

#### 3.1.5 心理状态

采用简版老年抑郁量表(15-item geriatric depression scale, GDS-15)<sup>[9]</sup>评估抑郁状态,总分为 0~15 分,得分越高,抑郁越严重;采用沃里克-爱丁堡积极心理健康量表(Warwick-Edinburgh mental well-being scale, WEMWBS)<sup>[10]</sup>评估积极心理状态,总分 14~70 分,得分越高,积极健康心理水平越高。

#### 3.1.6 对周围刺激的相关反应

在安静且光线舒适的房间进行测试,使用 Presentation 心理实验软件(美国 Neurobehavioral Systems 公司),测试单独视觉刺激、单独听觉刺激及双重刺激(同时包含视觉刺激、听觉刺激),并要求被试者对需要按键的刺激尽可能快而准确地进行按键,记录患者对刺激反应的准确率。

### 3.2 疗效标准<sup>[11]</sup>

根据患者症状严重程度变化情况进行疗效评价。

痊愈:头痛及伴随症状完全消失。

显效:疼痛程度减轻 2 级,伴随症状减轻,或头痛发作频率及持续时间较治疗前减少>2/3。

有效:疼痛程度减轻 1 级,或头痛发作频率及持续时间较治疗前减少>1/3 且≤2/3。

无效:疼痛程度减轻不足 1 级,或头痛发作频率及持续时间较治疗前减少≤1/3,或疼痛加剧。

总有效率=[(痊愈+显效+有效)例数/总例数]×100%。

### 3.3 统计学方法

采用 SPSS19.0 软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差表示,多组间比较采用单因素方差分析,两两比较采用 LSD-*t* 检验;计数资料以例(率)表示,比较采用卡方检验或 Fisher 精确检验;

等级资料比较采用 *Wilcoxon* 秩和检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 3.4 治疗结果

#### 3.4.1 3组临床疗效比较

联合组临床疗效明显高于针刺组及中药组 ( $P <$

0.05); 联合组的总有效率为 92.2%, 高于针刺组的 78.0% 和中药组的 71.2% ( $P < 0.05$ ); 针刺组和中药组的临床疗效和总有效率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。详见表 1。

表 1 3组临床疗效比较

[例(%)]

| 组别         | 例数 | 痊愈        | 显效        | 有效       | 无效        | 总有效率/%             |
|------------|----|-----------|-----------|----------|-----------|--------------------|
| 联合组        | 51 | 19 (37.3) | 20 (39.2) | 8 (15.7) | 4 (7.8)   | 92.2               |
| 针刺组        | 50 | 11 (22.0) | 19 (38.0) | 9 (18.0) | 11 (22.0) | 78.0 <sup>1)</sup> |
| 中药组        | 52 | 13 (25.0) | 18 (34.7) | 6 (11.5) | 15 (28.8) | 71.2 <sup>1)</sup> |
| $Z/\chi^2$ | -  |           | 6.274     |          |           | 7.475              |
| $P$        | -  |           | 0.043     |          |           | 0.024              |

注: 与联合组比较 <sup>1)</sup>  $P < 0.05$

#### 3.4.2 3组治疗前后 VAS 评分、中医证候积分、头痛发作频率及持续时间比较

频率及持续时间均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ); 联合组低于针刺组及中药组 ( $P < 0.05$ ), 针刺组及中药组比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。详见表 2。

表 2 3组治疗前后 VAS 评分、中医证候积分、头痛发作频率及持续时间比较

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

| 组别  | 例数 | VAS (分)     |                             | 中医症状 (分)     |                              | 头痛发作频率 (次/周) |                             | 头痛持续时间 (h)  |                             |
|-----|----|-------------|-----------------------------|--------------|------------------------------|--------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|
|     |    | 治疗前         | 治疗后                         | 治疗前          | 治疗后                          | 治疗前          | 治疗后                         | 治疗前         | 治疗后                         |
| 联合组 | 51 | 5.49 ± 1.02 | 1.71 ± 0.45 <sup>1)</sup>   | 32.41 ± 3.98 | 8.91 ± 2.35 <sup>1)</sup>    | 3.94 ± 0.72  | 1.12 ± 0.45 <sup>1)</sup>   | 3.65 ± 0.92 | 0.78 ± 0.24 <sup>1)</sup>   |
| 针刺组 | 50 | 5.27 ± 1.17 | 2.29 ± 0.68 <sup>1)2)</sup> | 31.87 ± 4.02 | 12.04 ± 3.36 <sup>1)2)</sup> | 3.85 ± 0.64  | 1.51 ± 0.59 <sup>1)2)</sup> | 3.49 ± 0.87 | 1.18 ± 0.41 <sup>1)2)</sup> |
| 中药组 | 52 | 5.21 ± 1.11 | 2.42 ± 0.61 <sup>1)2)</sup> | 31.72 ± 4.05 | 13.01 ± 3.17 <sup>1)2)</sup> | 3.79 ± 0.69  | 1.60 ± 0.55 <sup>1)2)</sup> | 3.55 ± 0.85 | 1.25 ± 0.35 <sup>1)2)</sup> |
| $F$ | -  | 22.761      |                             | 12.763       |                              | 7.338        |                             | 6.092       |                             |
| $P$ | -  | <0.001      |                             | <0.001       |                              | 0.001        |                             | 0.003       |                             |

注: 与同组治疗前比较 <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ; 与联合组比较 <sup>2)</sup>  $P < 0.05$

#### 3.4.3 3组治疗前后脑血流动力学比较

0.05), 针刺组及中药组比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。详见表 3。

3组治疗后 ACA、MCA、PCA 血流速度均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ); 联合组低于针刺组及中药组 ( $P <$

表 3 3组治疗前后各大脑动脉血流速度比较

( $\bar{x} \pm s$ , cm/s)

| 组别  | 例数 | ACA          |                              | MCA          |                              | PCA          |                              |
|-----|----|--------------|------------------------------|--------------|------------------------------|--------------|------------------------------|
|     |    | 治疗前          | 治疗后                          | 治疗前          | 治疗后                          | 治疗前          | 治疗后                          |
| 联合组 | 51 | 65.35 ± 6.39 | 49.22 ± 6.05 <sup>1)</sup>   | 81.49 ± 7.29 | 63.94 ± 7.05 <sup>1)</sup>   | 53.39 ± 6.82 | 40.36 ± 5.39 <sup>1)</sup>   |
| 针刺组 | 50 | 64.71 ± 6.51 | 54.81 ± 6.33 <sup>1)2)</sup> | 80.76 ± 8.11 | 71.45 ± 7.92 <sup>1)2)</sup> | 52.24 ± 6.49 | 44.65 ± 6.08 <sup>1)2)</sup> |
| 中药组 | 52 | 64.59 ± 6.44 | 56.02 ± 5.96 <sup>1)2)</sup> | 80.63 ± 7.69 | 72.59 ± 6.89 <sup>1)2)</sup> | 52.44 ± 5.97 | 46.02 ± 5.89 <sup>1)2)</sup> |
| $F$ | -  | 10.520       |                              | 12.084       |                              | 8.466        |                              |
| $P$ | -  | <0.001       |                              | <0.001       |                              | <0.001       |                              |

注: 与同组治疗前比较 <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ; 与联合组比较 <sup>2)</sup>  $P < 0.05$

#### 3.4.4 3组治疗前后心理状态比较

3组治疗后 GDS-15 评分均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ); 联合组低于针刺组及中药组 ( $P < 0.05$ )。3组治

疗后 WEMWBS 评分则较治疗前升高 ( $P < 0.05$ ), 联合组高于针刺组及中药组 ( $P < 0.05$ )。针刺组与中药组各指标比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。详见表 4。

表 4 3 组治疗前后 GDS-15、WEMWBS 评分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别       | 例数 | GDS-15    |                           | WEMWBS     |                            |
|----------|----|-----------|---------------------------|------------|----------------------------|
|          |    | 治疗前       | 治疗后                       | 治疗前        | 治疗后                        |
| 联合组      | 51 | 8.15±0.93 | 5.48±0.78 <sup>1)</sup>   | 45.28±7.15 | 55.92±5.39 <sup>1)</sup>   |
| 针刺组      | 50 | 7.98±0.84 | 6.24±0.80 <sup>1)2)</sup> | 46.15±6.92 | 51.36±6.12 <sup>1)2)</sup> |
| 中药组      | 52 | 7.95±0.82 | 6.45±0.81 <sup>1)2)</sup> | 46.22±7.05 | 50.93±6.41 <sup>1)2)</sup> |
| <i>F</i> | —  | 14.092    |                           | 6.453      |                            |
| <i>P</i> | —  | <0.001    |                           | 0.002      |                            |

注:与同组治疗前比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ ;与联合组比较<sup>2)</sup> $P<0.05$

3.4.5 3 组治疗前后对周围刺激反应的准确率比较

联合组治疗后对单独视觉刺激、单独听觉刺激及双重刺激反应的准确率均较治疗前升高( $P<0.05$ ),且高于针刺组及中药组( $P<0.05$ )。针刺组和中药组治疗

后对周围刺激反应的准确率较治疗前无显著变化( $P>0.05$ ),针刺组和中药组治疗后对周围刺激反应的准确率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。详见表 5。

表 5 3 组治疗前后对周围刺激反应的准确率比较

[例(%)]

| 组别       | 例数 | 单独视觉刺激   |                        | 单独听觉刺激   |                        | 双重刺激     |                        |
|----------|----|----------|------------------------|----------|------------------------|----------|------------------------|
|          |    | 治疗前      | 治疗后                    | 治疗前      | 治疗后                    | 治疗前      | 治疗后                    |
| 联合组      | 51 | 40(78.4) | 49(96.1) <sup>1)</sup> | 39(76.5) | 50(98.0) <sup>1)</sup> | 40(78.4) | 50(98.0) <sup>1)</sup> |
| 针刺组      | 50 | 39(78.0) | 41(82.0) <sup>2)</sup> | 40(80.0) | 42(84.0) <sup>2)</sup> | 41(82.0) | 42(84.0) <sup>2)</sup> |
| 中药组      | 52 | 40(76.9) | 41(78.9) <sup>2)</sup> | 39(75.0) | 40(76.9) <sup>2)</sup> | 40(76.9) | 41(78.9) <sup>2)</sup> |
| $\chi^2$ | —  | 0.036    | 7.001                  | 0.380    | 10.020                 | 0.143    | 8.907                  |
| <i>P</i> | —  | 0.982    | 0.030                  | 0.827    | 0.007                  | 0.931    | 0.012                  |

注:与同组治疗前比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ ;与联合组比较<sup>2)</sup> $P<0.05$

4 讨论

紧张性头痛在中医学领域属“头风”“头痛”“脑风”等范畴,多由内外之邪或脏腑失调,致邪阻经络,或脑失所养,或情志影响,其中内伤居多,患者脾失健运,痰浊阻滞<sup>[12]</sup>。故本研究以痰瘀阻络为病机,自拟芎芷全蝎汤,其中川芎活血行气、祛风止痛,上行头目,为君药;辅以葛根解肌退热、生津升阳,羌活、白芷、细辛祛风散寒、除湿止痛;全蝎熄风镇痉、通络止痛;佐以威灵仙通经活络、散结止痛;甘草为使药,调和药性;诸药合用则祛风散寒、通络止痛。并对肝郁者加用白芍柔肝止痛,合欢皮解郁和血;瘀证者则加用鸡血藤通络活血,乳香活血止痛,以缓解患者兼证。

现代医学发现<sup>[13]</sup>,针刺捻转刺激皮肤及肌肉感受器,通过脊神经将神经冲动传入脊髓灰质,激活内源性神经元,诱导内啡肽等神经内分泌物质释放,阻断疼痛信号传入大脑,达到镇痛效果。本研究针灸疗法选丰隆、足三里、太阳、头维、百会、风池、颈夹脊、神门、太冲,其中丰隆属足阳明胃经,具有和胃气、化痰湿作用,是化痰要穴;足三里为胃经合穴,具有调理脾

胃、燥化脾湿,是健脾胃要穴,与丰隆共同针刺治疗则可燥湿化痰,治痰瘀阻络之本;风池为头痛治疗要穴,是阳维与督脉之会穴,百会也属督脉,督脉总督一身阳气,针刺可调节阳气,升阳益气,醒脑凝神;太阳、头维、风池均为治疗头痛常用穴位,在缓解脑血管痉挛中发挥一定作用<sup>[14]</sup>;神门属少阴心经,针刺之可宁心安神;太冲针刺可平肝潜阳、疏肝利胆、通经活络;颈夹脊深层有椎动脉,且神经末梢丰富,针刺可疏通局部气血,缓解颈部肌肉筋膜,到达镇痛效果<sup>[15]</sup>。

本研究结果显示,3 组治疗后 VAS 评分、中医证候积分、头痛发作频率及持续时间均较治疗前降低。提示,单一针灸及汤药治疗对紧张性头痛均有一定治疗效果。本研究中,联合组治疗后 VAS 评分、中医证候积分、头痛发作频率及持续时间低于针刺组及中药组,临床疗效也明显高于单一治疗的两组。说明针刺联合芎芷全蝎汤加味治疗,能进一步缓解患者头痛。

另据文献报道,紧张性头痛患者脑血流速度减慢或加快,使双侧血流速度不均,故调节脑血流速度也是治疗紧张性头痛的关键环节<sup>[16]</sup>。本研究中,3 组治疗后

ACA、MCA、PCA 血流速度均较治疗前降低,且联合组低于针刺组及中药组。说明针刺联合芎芷全蝎汤加味治疗还能调节患者脑血流速度,优于单一治疗。该结果与中药及针刺疗法能促进机体血流通畅,改善局部血液循环有关<sup>[17]</sup>。另外,老年患者身体机能退化,在受疾病困扰时,易出现低落、抑郁等情绪,并伴排斥治疗、依从性不良等现象<sup>[18]</sup>。本研究发现,3 组治疗后 GDS-15 评分较治疗前降低,WEMWBS 评分则较治疗前升高。说明单一治疗及联合治疗均对提升心理健康水平有利。且联合组治疗后 GDS-15 评分低于单一治疗组,WEMWBS 评分高于单一治疗组。提示针刺联合芎芷全蝎汤加味治疗,患者心理状态也得到有效改善。该结果与联合治疗后患者头痛得到显著缓解,日常生活得以自理,心理负担减轻,而重建正性情绪有关。此外,紧张性头痛、偏头痛等疾病还能引起患者对外界刺激的反应性变差,影响患者日常生活<sup>[19]</sup>。本研究也发现,联合组治疗后对单独视觉刺激、单独听觉刺激及双重刺激反应的准确率均较治疗前升高,且高于同期单一治疗组,提示针刺联合芎芷全蝎汤加味治疗对改善患者对外界刺激的反应性有利,能减轻疾病对患者日常生活的影响。因此,联合治疗不仅能纠正生理疼痛,还能缓解心理压力。

综上所述,针刺联合芎芷全蝎汤加味治疗能调节紧张性头痛患者脑血流速度,减轻临床症状,提升患者对外界刺激的反应性,改善心理状态。

### 参考文献

- [1] ASHINA S, LIPTON R B, BENDTSEN L, *et al*. Increased pain sensitivity in migraine and tension-type headache coexistent with low back pain: A cross-sectional population study[J]. *Eur J Pain*, 2018, 22(5): 904-914.
- [2] KAHRIMAN A, ZHU S. Migraine and tension-type headache[J]. *Semin Neurol*, 2018, 38(6): 608-618.
- [3] 张秋香, 宋银芳, 柳迎春, 等. 养血平肝汤治疗顽固性头痛临床研究[J]. *国际中医中药杂志*, 2019, 41(2): 138-140.
- [4] 邓赣, 罗晓舟, 王梓楠, 等. 针灸治疗紧张性头痛的临床疗效及安全性分析[J]. *中国老年学杂志*, 2018, 38(12): 2936-2940.
- [5] 王桂玲. 经方配合贺氏三通法治疗原发性三叉神经痛体会[J]. *中华中医药杂志*, 2019, 34(3): 1045-1047.
- [6] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version)[J]. *Cephalalgia*, 2013, 33(9): 629-808.
- [7] 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: 205-211.
- [8] 陆虞荪, 宗蕾, 侯文光, 等. 输络结合刺法为主治疗类风湿关节炎疗效观察[J]. *中国针灸*, 2019, 39(1): 49-53.
- [9] 邱萌, 李明慧, 朱昀, 等. 老年住院患者抑郁症状与血液生化指标的关系[J]. *中国心理卫生杂志*, 2019, 33(3): 187-191.
- [10] 赵必华, 郭俊俏, 张鑫, 等. 沃里克-爱丁堡积极心理健康量表中文版在中学生群体中的信效度[J]. *中国临床心理学杂志*, 2019, 27(2): 286-289, 423.
- [11] 瞿梦媛, 周叶. 乌灵胶囊联合乙哌立松对频发紧张性头痛患者的临床疗效[J]. *中成药*, 2019, 41(6): 1285-1288.
- [12] 李晓刚, 刘刚, 曹峰, 等. 归脾汤加减治疗慢性紧张性头痛临床疗效及影响因素的 Logistic 回归分析[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2018, 24(12): 1720-1722, 1789.
- [13] 王佳, 杨燕, 李雪, 等. 浅析针刺捻转补泻之“向左为补、向右为泻”[J]. *中国针灸*, 2018, 38(8): 847-851.
- [14] 刘道龙, 褚雪菲, 萨仁. “眩晕十针”结合脏腑经络辨证治疗眩晕[J]. *长春中医药大学学报*, 2019, 35(3): 498-499, 595.
- [15] 高海威. 颈痛穴配合颈夹脊穴针刺治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. *中国全科医学*, 2018, 21(S2): 190-191.
- [16] 朱金刚, 陈春友, 王琳琳. 头痛宁胶囊治疗老年紧张性头痛痰瘀阻络证 51 例临床观察[J]. *中医杂志*, 2018, 59(8): 686-689.
- [17] 王雪, 胡志高, 戴春花, 等. 针灸及功能锻炼对脑中风瘫痪恢复期疗效及脑血流, 功能恢复的影响[J]. *中华中医药学刊*, 2019, 37(11): 2588-2591.
- [18] 吴杰, 曾范慧, 高亢. 围术期心理干预对行 TURP 治疗的老年晚期前列腺癌患者心理状态、术后恢复的影响[J]. *现代肿瘤医学*, 2019, 27(18): 3288-3293.
- [19] ZHOU J, CHENG S, YANG H, *et al*. The brain structure and function alterations in tension-type headache: A protocol for systematic review and meta analysis[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2020, 99(24): e20411.

收稿日期 2021-09-11