

化瘀通窍汤治疗血瘀型偏头痛 的临床疗效观察※

● 熊 云* 赵丹凤 胡 洁 郭楠楠 胡 鹏

摘 要 观察化瘀通窍汤治疗瘀血型偏头痛的临床疗效。方法:采用口服化瘀通窍汤与西药对照(口服盐酸氟桂利嗪胶囊)治疗瘀血型偏头痛,对比接受两种疗法后患者在疗效、症状积分等方面的改善情况。结果:两组在治愈率、显效率以及疗效方面差异有显著意义($P < 0.05$);且在治疗前后症状积分差值、治疗后症状积分等方面差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论:口服“化瘀通窍汤”治疗血瘀型偏头痛疗效优于口服盐酸氟桂利嗪胶囊,且对改善瘀血型偏头痛症状疗效较好。

关键词 化瘀通窍汤 偏头痛 瘀血阻络

偏头痛是一种临床常见病,头痛多在一侧,也可双侧,伴有恶心、畏光等。中医称为“偏头风”,其痛暴发,痛势甚剧,或左或右,或连及眼、齿,痛止则如常人。本病以女性较多见,多始于青春期,60%患者有家族史。发作前常有一定诱因,如月经来潮、情绪波动、疲劳等。目前临床治疗方法多种多样,但尚无完善的治疗方案。在中国中医科学院“名医名家传承”项目的推动下,笔者于2012年7月~2013年7月经名老中医吴幼卿教授指导运用化瘀通窍汤治疗偏头痛60例,并与西药治疗(口服盐酸氟桂利嗪胶囊)的60例作对比观察,取得了良好的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2012年7月至2013年7月,在中国中医科学院望京医院内科专家门诊、神经内科门诊患者符合本研究诊断标准及纳入标准的患者120例,随机分为治疗组和对照组,每组各为60例。采用统计学完全随机设计方法,由随机数字表^[1]第

5行第6列依次读取3位作为随机数字记录于相应的编号下;然后分别将随机数字从小到大编序号(数据相同的按先后顺序编序号)。规定:序号1~60的为治疗组,序号61~120的为对照组。其中治疗组女性37例,男性23例;对照组女性32例,男性28例。两组性别、年龄比较均无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照中国疼痛医学杂志2011年转发国际头痛协会的无先兆偏头痛诊断标准^[2]:(1)至少5次疾病发作符合标准B-D。(2)每次疼痛持续4~72小时(未治疗或治疗无效)。(3)至少具有下列之中两个特征:①单侧性;②搏动性;③程度为中度或重度(日常活动受限或停止);④因日常的体力活动加重,或导致无法进行日常运动(如走路或爬楼梯)。(4)发作期间至少具有下列的一项:①恶心和/或呕吐;②畏光和怕声。(5)不能归因于另一疾病。

1.2.2 中医证候诊断标准 中医辨证分型标准参考中华中医药学会发布(ZYYXH/T43-2008)的《中医内科常见病诊疗指南》^[3]关于头痛之瘀血阻络证。主症:①头痛经久不愈,痛处固定不移,痛如锥刺;②舌质紫暗;③脉细或细涩,舌面有瘀斑、瘀点。

1.2.3 纳入标准 (1)符合无先兆的(普通型)偏头痛疾病诊断标准及瘀血阻络证辨证诊断标准。

※基金项目 中国中医科学院“名医名家传承”项目(No:CM20121016)

*作者简介 熊云,男,医学硕士,副主任医师。中国中医科学院名老中医吴幼卿教授学术继承人。主要从事中西医结合神经内科的临床与科研工作。

• 作者单位 中国中医科学院望京医院(100102)

(2)处于头痛期。

1.2.4 排除标准 (1)特殊类型的偏头痛,如眼肌麻痹型偏头痛、偏瘫型偏头痛、视网膜性偏头痛、基底动脉性偏头痛。(2)其它器质性疾病如高血压、脑外伤后综合征及脑内病变引起者。(3)合并心脑血管、肝、肾、造血系统等严重疾病,精神病患者。(4)就诊前24小时内曾服用过任何镇痛药者。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 治疗组患者予化瘀通窍汤口服,药物组成:丹参15g,赤芍15g,川芎10g,桃仁6g,红花6g,白芷15g,葛根12g,钩藤15g,大枣15g,鲜生姜5片、葱白3寸、黄酒1两(自备)。煎服时先以水500ml煎上药,水开后兑入葱、姜、黄酒,转小火再煎15分钟,每晚入睡前1小时顿服,每日1剂。

1.3.2 对照组 对照组患者予口服盐酸氟桂利嗪胶囊5mg,每日睡前1粒。

以上两组治疗均以7天为1疗程,连续治疗2个疗程后观察并评价疗效。

1.4 观察指标

1.4.1 视觉模拟评分(Visual Analogue Scal, VAS)^[4] 在一支10厘米长(0为不痛,10为最剧烈的疼痛)的标尺上,让患者读出最能代表自己头痛强度的位置,最后由医生判定疼痛的程度进行评分。见图1。

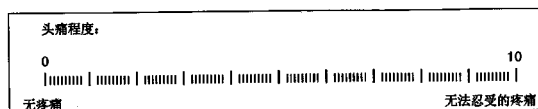


图1 视觉模拟评分图

1.4.2 症状计分法 (1)主症:①头痛发作次数:0分:无发作。3分:每月发作2次以下(≤ 2 次)。6分:每月发作3~4次。9分:每月发作5次以上(≥ 5 次)(注:如果头痛在上次缓解后48小时内重新出现,应视为1次发作)。②头痛持续时间计分法^[5]:1分:数分钟到2小时(含2小时)。2分:2小时到6小时(含6小时)。3分:6小时到24小时(含24小时)。4分:24小时到72小时(含72小时)。5分:

大于72小时。③头痛程度分级^[6]:0分:不痛;3分:VAS测定数字 ≤ 3.5 ;6分:VAS测定数字 ≥ 3.5 且 ≤ 6.5 ;9分:VAS测定数字 > 6.5 且 ≤ 10 。④头痛伴随症状计分:0分:无。1分:伴有恶心、呕吐,畏光、怕声其中1项。2分:伴有恶心、呕吐,畏光、怕声其中2项。3分:伴有恶心、呕吐,畏光、怕声其中3项。⑤治疗前及治疗后在0.5小时、4小时时间点患者的头痛伴随症状之恶心、呕吐、畏光、畏声等情况:无为0,有一项为1,采用计分制。(2)次症:其余症状,按项计算。无症状为0分,有症状为1分。计算以上积分之和。主症总评分最高为30分,最低0分,次症有症状记1分,无症状为0分,合计为总分。

1.5 疗效判断标准 对头痛发作次数、持续时间、分级程度及伴随症进行量化积分,分数越高表明偏头痛越严重。改善指数=治疗后评分-治疗前评分;治疗后评分改善率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分 $\times 100\%$ 。通过改善指数可反映患者治疗前后偏头痛的改善情况,通过改善率可了解临床治疗效果。改善率还可对应于通常采用的疗效判定标准:改善率 $\geq 90\%$ 时为治愈,改善率大于70%为显效,30%~70%为有效,小于30%为无效。

1.6 统计方法 采用SAS8.0统计软件进行统计分析:计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,等级资料用Ridit检验。显著性检验水准 $\alpha = 0.05$, P 值取双侧值。

2 结果

2.1 两组疗效比较 治疗组60例中治愈29例,占48.33%,显效20例,占33.33%,有效7例,占11.67%,无效4例,占6.67%,总有效率93.33%。对照组60例中治愈22例,占36.67%,显效14例,占23.33%,有效19例,占31.67%,无效5例,占8.33%,总有效率91.67%。经Ridit检验,治疗组的临床疗效明显优于对照组,疗效差异有显著性意义($P < 0.05$)。两组治愈率和显效率比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组疗效比较(n·%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效 (%)
治疗组	60	29(48.33)*	20(33.33)*	7(11.67)	4(6.67)	93.33
对照组	60	22(36.67)	14(23.33)	19(31.67)	5(8.33)	91.67

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 两组治疗前后症状积分比较 对两组治疗后症状积分进行比较,差异有显著性意义($P < 0.05$);对两组治疗前后症状积分差值进行比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后症状积分改善情况比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	治疗前积分	治疗后积分	治疗前后积分差值
治疗组	60	24.72 ± 0.38	5.83 ± 0.67*	18.88 ± 0.80*
对照组	60	24.02 ± 0.44	7.83 ± 0.81	16.42 ± 0.83

注:与对照组比较, * $P < 0.05$

3 讨论

偏头痛中医又称“偏头风”,多因患者情志不遂、肝失条达,肝气郁结,气滞血瘀,加之外感风邪,头窍经络阻滞不通,“不通则痛”而发病。可见本病的病机主要为气滞血瘀、经络阻滞不通。气血是人体生命活动的物质基础,必须依赖经络的灌注才能运行气血、输布周身,以温养濡润全身脏腑,维持机体的正常功能。正如《黄帝内经》所强调“人之所有者,惟血与气耳”。“血气不和,百病变化而生”,“疏其气血,令其(气血)调达而致和平。”清代名医王清任曾言:“气通血活,何患不除?”说明行气活血在瘀血病证的治疗中有重要的意义。

王清任在《医林改错》中指出:“立通窍活血汤治头面四肢、周身血管血瘀之症。”可见通窍活血汤

为治疗头面血瘀痛证之首方。吴幼卿教授根据《医林改错》通窍活血汤方,结合自己数十年的临床经验,总结创立化瘀通窍汤,本方以桃仁、红花、川芎、赤芍活血化瘀,葛根解肌通络,钩藤镇静安神,白芷代替麝香,祛风除湿,为治头痛之要药,生姜、葱白、黄酒温经通络,大枣缓和药性,扶助正气,共奏活血化瘀、通窍止痛之作用。通过与口服盐酸氟桂利嗪胶囊相比,“化瘀通窍汤”治疗血瘀型偏头痛在治愈率、显效率均优于对照组,并在改善患者头痛症状方面,尤其对头痛发作次数、持续时间、分级程度等方面的改善优势明显,且避免了口服西药可能带来的副作用,有必要在临床推广使用,并进一步观察其远期疗效。

参考文献

- [1] 方积乾. 医学统计学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:540.
- [2] 李舜伟,李焰生,刘若卓,等. 中国偏头痛诊断治疗指南[J]. 中国疼痛医学杂志,2011,02:65-86.
- [3] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南中医病证部分[S]. 北京:中国中医药出版社,2003:126-128.
- [4] 郝双林. 临床疼痛的测定方法及其评价[J]. 国外医学麻醉学与复苏分册,1993,14(4):228-230.
- [5] 国家中医药管理局全国脑病急诊协作组. 头风诊断与疗效评定标准[S]. 北京中医药大学学报,1993,16(3):69.
- [6] Huskisson bc, Jone, Scottpj. Application of visual analogue scales to the measurement of functional capacity[J]. Rheumatology and Rehabilitation,1976,15:185.

(上接第 45 页)

显效。因此得出结论:应用四味宁舒散局部热敷,可缓解脑卒中后患肢肌张力增高,同时具有操作便捷、安全无毒副作用的优点。

参考文献

- [1] 中华医学会第四届全国脑血管病学术会议. 各项脑血管病诊断要点(1995)[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):376-381.
- [2] 郭铁成,卫小梅,陈小红. 改良 Ashworth 量表用于痉挛评定的信度研究[J]. 中国康复医学杂志,2008,23(10):906-909.
- [3] 毕胜,纪树荣,顾越,等. Fugl-Meyer 上肢运动功能评分与上肢运动功能状态评分的响应性研究[J]. 中国康复医学杂志,2006,21

- (2):118-119.
- [4] 张世洪,吴波,谈颂. 卒中登记研究中 Barthel 指数和改良的 Rankin 量表的适用性与相关性研究[J]. 《中国循证医学杂志》,2004,4(12):871-873.
- [5] Bakheit AM, Fheodoroff K, Molteni F. Spasticity or reversible muscle hypertonia. Rehabil Med. 2011,43(6):556-557.
- [6] 李东,刘伟,汪家琮. 巴氯芬治疗脊髓损伤后肌痉挛疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2011,(1):39-40.
- [7] 清·黄元御著. 孙洽熙校注. 四圣心源[M]. 北京:中国中医药出版社,2009,111-114.