

# 活血通络法治疗血瘀型偏头痛 85 例临床观察

毛燕 李立华

(北京中医医院顺义医院,北京,101300)

**摘要** 目的:活血通络法治疗血瘀型偏头痛的临床疗效。方法:选取2014年1月至2015年8月在北京中医医院顺义医院就诊的血瘀型偏头痛患者85例,随机分为观察组45例和对照组40例,观察组用救脑汤,对照组口服芬必得。均以28d为1个疗程。结果:观察组共45例,治愈10例,显效22例,有效11例,无效2例,总有效率95.5%;对照组40例,其中治愈3例,显效11例,有效19例,无效7例,总有效率82.5%,2组总有效率比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );2组患者治疗后总评分均低于本组治疗前( $P < 0.05$ ),且治疗后组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗前2组头痛症状积分、中医证候评分差异无统计学意义(均 $P > 0.05$ )。观察组治疗后头痛症状积分、中医证候评分均低于对照组( $P < 0.05$ )。2组不良反应发生率差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论:活血通络法治疗血瘀型偏头痛具有较好的疗效,不良反应少,能够减轻患者头痛症状。

**关键词** 活血通络法;芬必得;血瘀证;救脑汤;偏头痛

**Clinical Observation on Treatment of 85 Migraine Cases Blood Stasis by Blood-Activating Collateral-Dredging Method**

Mao Yan, Li Lihua

(Beijing Shunyi Hospital of Beijing Chinese Medicine Hospital, Beijing 101300, China)

**Abstract Objective:** To investigate the clinical effect of treating migraine with blood stasis by blood-activating and collateral-dredging method. **Methods:** A total of 85 patients were randomly divided into treatment group (45 cases) and control group (40 cases), the treatment group was treated with Jiunao decoction, the control group with fenbid. And 28 days was regarded as one course of treatment. **Results:** Among the 45 cases in the treatment group, 10 cases were cured, 22 cases markedly effective, 11 cases effective, 2 cases ineffective, the total effective rate was 95.5%; among the control group's 40 cases, 3 cases were cured, 11 cases markedly effective, 19 cases effective, 7 cases ineffective, the total effective rate was 82.5%. The total effective rates of the two groups were significantly different ( $P < 0.05$ ); the total score of the two groups after treatment were lower than those before treatment in treatment group ( $P < 0.05$ ), and there were significant differences in the score between the two group ( $P < 0.05$ ). Before treatment, two groups' headache symptoms score, TCM syndrome score didn't have significant different (all  $P > 0.05$ ). After the treatment, the scores of treatment group were lower than the control group ( $P < 0.05$ ). The incidence of adverse reactions in the two groups was not significantly different ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** The clinical effect of treating migraine with blood stasis by blood-activating and collateral-dredging method is satisfactory, with less adverse reaction and relief of the headache

**Key Words** Blood-activating and collateral-dredging method; Fenbid; Blood stasis syndrome; Jiunao Decoction; Migraine

中图分类号:R256.29 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.02.027

偏头痛为临床常见的特发性头痛,是指反复发作的一侧或两侧搏动性头痛。它是一种原发性神经功能调节失常和颅内血管运动所引起的反复发作性疾病,具有病程缠绵,容易复发、难以治愈等特点。近年来的发病率呈现年轻化及逐年上升的趋势。偏头痛极其影响患者的生活质量,超过半数患者的头痛会影响学习或工作,近1/3的患者可因剧烈头痛而缺工或缺课<sup>[1]</sup>。2001年世界卫生组织(WHO)发布的世界卫生报告按健康寿命损失年(Years Lived-with Disability, YLD)将常见疾病进行排列<sup>[2]</sup>,偏头

痛位列前20位,并将严重偏头痛定为最致残的慢性疾病<sup>[3]</sup>,类同于四肢瘫痪、痴呆和严重精神病<sup>[4]</sup>。偏头痛除去自身造成的损害外,还可导致其他损害。迄今已有多项基于大宗人群的关于偏头痛和脑卒中相互关系的研究<sup>[5]</sup>,研究结果提示偏头痛是脑卒中的一项独立的危险因素<sup>[6]</sup>。早期合理治疗对缓解患者病情有益,并能改善预后<sup>[7]</sup>。典型偏头痛急性发作可分为4个阶段:1)前驱症状期,2)先兆期,3)头痛期,4)恢复期。故偏头痛早期接受规范治疗具有重要意义。

基金项目:高才达国家级名老中医药专家传承工作室项目

作者简介:毛燕(1983.10—),女,硕士,主治医师,北京市中医管理局第一批“薪火传承3+3工程”高才达工作室学术继承人,室站负责人;高才达国家级名老中医药专家工作室秘书,研究方向:中医药治疗脑病,E-mail:63945340@qq.com

偏头痛属于中医学“脑风”“头痛”范畴,急性发作时以风、痰、瘀、热为主,多兼有血瘀<sup>[8]</sup>,是临床常见病多发病,可以单独出现,也见于多种疾病的过程中,其病因病机复杂。本文所选的救脑汤一方,出自清代医家陈士铎所著《辨证录》,笔者在临床中对救脑汤进行化裁,在北京中医医院顺义医院脑病一科门诊及病房运用救脑汤治疗偏头痛血瘀证<sup>[9-10]</sup>,对患者的疗效进行总结,并与口服芬必得加以对照,报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年1月至2015年8月北京中医医院顺义医院脑病一科门诊及病房收治的偏头痛患者85例,随机分为2组。观察组45例患者中男15例,女30例,年龄18~57岁,平均年龄(45.1±1.3)岁;病程16个月至15年,平均病程(13.0±0.6)年。对照组40例患者中男13人,女性患者27人,年龄19~65岁,平均年龄(46.5±1.2)岁;病程13个月至14年,平均病程(13.2±0.6)年。一般资料2组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。所有患者均签署知情同意书。

### 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照2004年国际头痛学会制定的先兆性偏头痛、无先兆偏头痛诊断标准拟定<sup>[11]</sup>。

1.2.2 中医证候诊断标准 主症:偏侧头痛,头痛如刺,固定不移,经久不愈;次症:舌质紫暗,或有瘀点、瘀斑,苔薄白,脉细涩或沉细。符合主症和2个以上次症辨证为偏头痛病,血瘀证<sup>[12]</sup>。

1.3 纳入标准 首次偏头痛急性期发作的年龄≤50岁,且年龄18~65岁;符合偏头痛急性期的的中医证候诊断标准;发作时间持续4~72h;近3个月发作≥6次;急性期出现恶心、呕吐或畏光、畏声;表现为单侧、搏动性、中度或重度疼痛、常在体力活动后加剧;头颅CT或MRI正常<sup>[13]</sup>。

1.4 排除标准 每个月头痛≥15d;由于上呼吸道感染、鼻窦炎、高血压病所引起的头痛,颈头部CT器质性病变者;特殊类型的偏头痛;合并心、脑、肝、肾、造血系统等其他严重原发病患者;妊娠或准备妊娠妇女,哺乳期妇女;精神疾患及未按疗程治疗者;过敏体质或对多种药物过敏者。

1.5 治疗方法 观察组给予救脑汤加减:川芎30g、当归30g、辛夷9g、蔓荆子6g、细辛3g、金钱白花蛇1条;久痛不止,瘀阻脉络者,加蜈蚣1条、水蛭3g、全蝎5g。1剂/d,水煎300mL(我院药剂科统

一煎制),早晚温服,4周为1个疗程。对照组给予芬必得(天津中美史克制药有限公司,国药准字H10900089)300mg,头疼时服用。4周为1个疗程。治疗期间不加服其他相关中、西药物,共观察3个月。

### 1.6 观察指标

1.6.1 头痛影响程度测定(HIT-6)量表分数测定 该量表测定头痛对日常生活的影响程度<sup>[1]</sup>。将所有答案的得分累加得到总积分:积分范围为36~78,得分越高说明头痛对生活影响的程度越大。2组患者治疗前后均常规监测血常规、肝肾功,包括AST、ALT、BUN、Cr等。

1.6.2 头痛症状积分 分别在治疗前后对偏头痛症状积分进行评价。头痛发作次数:以月计算,每月发作>5次计3分,3~4次计2分,1~2次计1分;头痛持续时间:持续>24h计3分,持续12~24h计2分,持续<12h计1分;伴随症状:伴恶心、呕吐、畏光、畏声等3项或以上为3分,2项为2分,1项为1分。统计患者头痛发作次数、持续时间及伴随症状。偏头痛症状积分:严重头痛:积分≥10分;中度头痛:积分5~10分;轻度头痛:积分≤5分。评分越高提示患者的偏头痛症状越严重。

1.6.3 中医证候评分 1)头痛如刺,经久不愈,固定不移;2)面色黧黑或眼眶周围皮肤暗黑;3)皮肤晦暗无光泽,或肤质粗糙,易脱屑甚至肌肤甲错;4)口唇紫暗;5)口干燥,但欲漱水不欲咽;6)入暮潮热;7)健忘;8)失眠多梦;9)心悸怔忡;10)头发干枯,易脱落;11)舌质紫暗,或有瘀斑、瘀点,苔薄白;12)脉弦涩、弦紧或细涩,上述证候重度记3分,中度记2分,轻度记1分,无此症状或症状消失记0分。评价患者血瘀证的中医证候情况<sup>[12]</sup>。

1.7 疗效判定标准 临床治愈:疗程结束时无发作性偏头痛症状或停药3个月不发病;显效:治疗后头痛影响程度测定(HIT-6)量表积分减少50%以上;有效:治疗后头痛影响程度测定(HIT-6)量表积分减少21%~50%;无效:头痛影响程度测定(HIT-6)量表积分减少小于20%<sup>[1]</sup>。

1.8 统计学方法 使用SPSS 17.0统计分析软件,计量资料数据采用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,计数资料使用 $\chi^2$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组临床疗效比较 结果显示,观察组总有效率高于对照组( $P<0.05$ )。见表1。

表1 2组临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	45	10(22.2)	22(48.9)	11(24.4)	2(4.5)	95.5%*
对照组	40	3(7.5)	11(27.5)	19(47.5)	7(17.5)	82.5%

注:与对照组比较,\* $P=0.006<0.01$ 。

表2 2组治疗前后偏头痛症状积分、发作次数、持续时间及伴随症状比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	偏头痛症状积分(分)	发作次数(次)	持续时间(h)	伴随症状(项)
观察组 $n=45$	治疗前	10.52±1.69	5.16±1.22	18.19±3.35	4.26±0.54
	治疗后	4.51±0.63* <sup>△</sup>	1.27±0.18* <sup>△</sup>	6.38±2.18* <sup>△</sup>	1.05±0.35* <sup>△</sup>
对照组 $n=40$	治疗前	10.48±1.71	5.28±1.16	17.07±3.58	4.17±0.66
	治疗后	7.31±0.96*	3.51±0.34*	11.05±3.27*	2.34±0.63

注:与本组治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ 。

2.2 2组治疗前后症状积分、头痛发作次数、持续时间及伴随症状比较 治疗前2组偏头痛症状积分、头痛发作次数、持续时间及伴随症状比较差别不大(均 $P>0.05$ )。2组治疗后上述各指标均比治疗前改善,且观察组改善优于对照组(均 $P<0.05$ )。见表2。

2.3 2组患者治疗前后中医证候积分比较 与对照组比较,观察组中医证候评分明显降低,其差异有统计学意义( $P<0.05$ ),且治疗后组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表3。

表3 2组患者治疗前后中医证候积分比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	中医证候评分		$P$
	治疗前	治疗后	
观察组	21.48±3.144	10.24±2.107	0.004
对照组	20.09±3.096	19.15±4.236	0.975

2.4 2组治疗后安全性指标比较 于治疗后对患者进行血常规及肝肾功能检查,2组患者均无不良反应。

### 3 讨论

头痛一证首见于《黄帝内经》,称为“头痛”“首风”“脑风”<sup>[14]</sup>,指头部经脉绌急或失养,清窍不利所引起的头部疼痛为特征的一种病证,是临床常见病,可以单独出现,亦见于多种疾病的过程中。其病因不外乎内感与外伤2种。如《素问·奇病论》云:“帝曰:人有病头痛以数岁不已,此安得之?名曰何病?岐伯曰:当有所犯大寒,内至骨髓,髓者以脑为主,脑逆故令头痛”。《素问·五脏生成篇》云:“头痛巅疾,下虚上实,过在足少阴、巨阳,甚则入肾”。《素问·举痛论》云:“寒气入经而稽迟,泣而不行,客于脉则气不通,故猝然而痛。”现代医学中提到的顽固性头痛多见于西医的血管神经性头痛、偏头痛等,西医治疗多以对症止痛为主,笔者在临床辨治头

痛病,推崇脏腑与经络辨证相结合的方法。头为诸阳之会,脑为髓海所在,凡五脏精华之血、六腑清阳之气皆上注于头。头痛发病,标在巅顶,本在五脏,症状发为头痛,其实关联脏腑。其原因,既不离风、火、痰、瘀等有形之邪流窜经络,又不免气、血、阴、阳等五脏失养。故六淫之邪外袭上犯巅顶,阻遏清阳、邪气滞留或内伤诸疾导致气血逆乱、脑失所养、瘀阻脉络而产生头痛。若头痛迁延不愈,反复发作,便产生“久病必瘀”和“久病入络”的病理改变。故在临床上采用救脑汤化裁治疗血瘀型偏头痛,疗效满意。

HIT-6量表<sup>[15]</sup>测定的是头痛对日常生活的影响程度。涉及的6个问题分别覆盖疼痛、认知功能、社会角色功能、心理异常及活动力等方面。HIT-6量表可较好地评价与头痛相关的生命质量,也可以用作疗效观察。

救脑汤一方,出自清代名医陈敬之所著《辨证录》一书头痛篇,书中言可治头痛连脑,双目赤红,如破如裂之“真头痛”。方由当归、川芎、细辛、蔓荆子、辛夷花五味药组成<sup>[17-18]</sup>,其中当归、川芎要重用至30g。临床患者有久痛不止瘀阻脉络者,加金钱白花蛇1条;加水蛭3g、蜈蚣1条、全蝎5g,每每疗效满意。头为诸阳之会,巅顶之上惟风药可至,故治头痛多用祛风之品。“头痛非芎不开”,方中川芎辛温,祛风止痛颇佳,善行血中之气,祛血中之风,上行巅顶头目,并能引药入络直达病所,为治头痛之要药。《神农本草经》云:“川芎主中风入脑头痛。《本草汇言》提到:“川芎,上行头目,……非第治血有功,而治气亦神验也……味辛性阳,气善走窜而无阴凝黏滞之态,虽入血分,又能去一切风,调一切气。”该药上行头目,下行血海、走而不守,既可活血化瘀,又可行气止痛。故李东垣言:“头痛须用川芎”。现代药理研究表明,川芎<sup>[19]</sup>含生物碱、挥发油、阿魏

酸、川芎嗪等,可扩张血管,降低血管阻力,直接影响脑及肢体血流量,并能通过血脑屏障,在脑干分布尤多。可改善脑组织的供血状态,改善脑血管舒缩功能,有镇痛、镇静、镇痉作用。此外还能降低血小板表面活性,抑制血小板凝集,预防血栓的形成。当归性甘、辛、温,功专养血活血,通经止痛。《本草纲目》云:“治头痛,心腹诸痛……和血补血”。本方旨在辅川芎增强止痛之效,抑川芎辛窜太过之弊。现代药理研究表明<sup>[20]</sup>,当归含阿魏酸、挥发油等<sup>[21]</sup>,有抗血栓和抗血小板凝集、镇痛、镇静、抗缺氧、抗炎等作用。细辛、辛夷、蔓荆子气浓芳香,性善走窜,有祛风通络止痛之功。《辨证录》中提到“细辛、蔓荆子治头痛之药也,……,得辛夷之导引则入之矣。但三味皆耗气之味,同川芎用之,……,然而过于辛散,邪气散而真气散矣。故加入当归补气血,则气血周通于一身,邪不能独留于头上矣。”再加入全蝎、蜈蚣、水蛭搜风剔络,有解除血管痉挛之效。诸药合用有除风养血、解痉通络止痛之作用,更以随症加味,所以治偏头痛效果颇佳。

本研究结果示,治疗后观察组中医证候积分、总有效率均优于对照组,提示救脑汤组治疗血瘀型偏头痛的临床疗效确切;救脑汤组通过行气止痛、活血化瘀来改善机体的免疫状态及脑组织的血供而发挥功能,活血通络,益气养血,缓解疼痛;治疗后2组患者不良反应比较无明显差别,说明药物安全性好。

综上所述,救脑汤能改善血瘀型偏头痛患者头痛症状,改善患者预后。

#### 参考文献

- [1] 头痛学组. 中国偏头痛诊断治疗指南[J]. 中国疼痛医学杂志, 2011, 17(2): 65-86.
- [2] Malkki H. Migraine. Long screen time exposure could increase the risk of migraine[J]. Nat Rev Neurol, 2016, 12(1): 4.
- [3] Fiala JL, Lowery D. Patent watch: Migraine therapies targeting the CGRP pathway: intellectual property landscape[J]. Nat Rev Drug Discov, 2016, 15(1): 8-9.
- [4] Sillanpää M, Saarinen M. Infantile colic associated with childhood migraine: A prospective cohort study[J]. Cephalalgia, 2015, 35(14): 1246-1251.
- [5] Vetvik KG, Benth JS, MacGregor EA, et al. Menstrual versus non-menstrual attacks of migraine without aura in women with and without menstrual migraine[J]. Cephalalgia, 2015, 35(14): 1261-1268.
- [6] Xie W, He M, Liu R, et al. The second to fourth digit ratio (2D:4D): a risk factor of migraine and tension-type headache[J]. J Headache Pain, 2015, 16: 11.
- [7] 曹磊. 针刺治疗急性期无先兆偏头痛疗效观察[J]. 中国医药导报, 2011, 8(28): 99-100.
- [8] 杨春艳, 刘慧林, 张圆, 等. 针刺治疗偏头痛急性期文献质量评价[J]. 中国循证医学杂志, 2012, 12(3): 365-370.
- [9] Chi XL, Shi MJ. The Score Model Containing Chinese Medicine Syndrome Element of Blood Stasis Presented a Better Performance Compared to APRI and FIB-4 in Diagnosing Advanced Fibrosis in Patients with Chronic Hepatitis B[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2015, 16(2): 374.
- [10] Luo J, Wang AL, Zhao W, et al. Practical Diagnostic Criterion of Blood Stasis Syndrome: Introduction, Reliability, and Validity[J]. Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine, 2015, 35(8): 950-956.
- [11] Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International of Headache Disorders[J]. Cephalalgia, 2004, 24: 1-160.
- [12] 郑筱萸. 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: 105-109.
- [13] 常小荣, 陈选, 严洁, 等. 针刺少阳经特定穴对偏头痛患者远期VAS计分和头痛强度及MSQ评分的临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(8): 2415.
- [14] 王永炎. 中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2003: 256-263.
- [15] Shaik MM, Hassan NB, Tan HL, et al. Validity and reliability of the Malay version of the Structured Migraine Interview (SMI) Questionnaire[J]. J Headache Pain, 2015, 16: 22.
- [16] Gasparini CF, Sutherland HG, Maher B, et al. Case-control study of ADARB1 and ADARB2 gene variants in migraine[J]. J Headache Pain, 2015, 16: 511.
- [17] 杨素娟, 杨绍俊. 救脑汤化痰治疗血管性头痛240例[J]. 陕西中医, 2003, 24(8): 708-709.
- [18] 孙宗平. 救脑汤加减治疗顽固性头痛62例[J]. 实用中医药杂志, 2007, 23(6): 357-357.
- [19] 高学敏. 中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 365.
- [20] 张翠兰, 文德鉴. 当归对血液及造血系统药理作用研究进展[J]. 湖北民族学院学报: 医学版, 2002, 19(4): 34-35, 38.
- [21] Li HM, Zheng YF, Zhi XL, et al. Comparison of activated carbon and ultrafiltration technique in the production process of huoxue tongluo injection[J]. Journal of Chinese Medicinal Materials, 2012, 35(12): 2012-2015.

(2016-11-03 收稿 责任编辑: 王明)