

川芎茶调散加减配合针刺治疗偏头痛急性发作期 (风痰阻络证)及对神经血管源性活性介质的影响

李聪, 胡纪可, 郭耀光, 宋剑英*
(成都中医药大学附属医院, 成都 610072)

[摘要] 目的:观察川芎茶调散加减配合针刺治疗偏头痛急性发作期(风痰阻络证)的疗效及对神经血管源性活性介质的影响。方法:将134例符合要求的患者按随机数字表法分成对照组和观察组67例。研究期间对照组脱落、失访2例,剔除2例,完成63例;观察脱落、失访3例,完成64例。两组患者基础治疗,口服布洛芬缓释片,1片/次,2次/d;和佐米曲普坦片,2.5 mg/次,1次/d,症状缓解后停用。对照组给予针刺治疗,1次/d,口服正天丸,6 g/次,2次/d。观察组针刺治疗同对照组,并给予川芎茶调散加减内服,1剂/d。两组疗程均为连续治疗10 d。分别于治疗前、治疗后1 d(2,4,12,24 h)和治疗后2~10 d,各评价1次疼痛视觉模拟评分(VAS);进行治疗前后头痛持续时间和程度、伴随症状、头痛发作次数、风痰阻络证和偏头痛特异性生活质量量表(MSQ)评分;检测治疗前后一氧化氮(NO),内皮素1(ET-1),降钙素基因相关肽(CGRP),5-羟色胺(5-HT)和 β 内啡肽(β -EP)水平。结果:观察组临床疗效优于对照组($Z=2.115, P<0.05$);治疗后2,4 h两组患者的VAS评分逐渐下降,组间VAS评分差异无统计学意义;治疗后12,24 h两组患者的VAS评分均较前一时间点升高($P<0.01$),观察组在治疗后12,24 h的VAS评分均低于对照组($P<0.01$);两组疼痛起效时间、治疗后2 h的疼痛有效率和治疗后3 d的疼痛消失率组间差异无统计学意义;观察组疼痛缓解时间短于对照组($P<0.01$);观察组头痛程度、头痛持续时间、头痛发作次数和伴随症状评分均低于对照组,MSQ量表各因子评分和MSQ总分均高于对照组($P<0.01$);对照组和观察组在治疗后24 h后疼痛复发率分别为36.51%(23/63)和18.75%(12/64),观察组疼痛复发率低于对照组($P<0.05$);观察组治疗后5和10 d的疼痛消失率分别为70.31%(45/64)和90.63%(58/64),分别高于对照组的52.38%(33/63)和76.19%(48/63)($P<0.05$);观察组NO, β -EP,5-HT水平均高于对照组($P<0.01$),CGRP和ET-1水平均低于对照组($P<0.01$)。结论:川芎茶调散加减内服联合针刺治疗偏头痛急性发作期患者,在快速缓解疼痛方面效果相当,但具有止痛作用,效果持久,复发率低,疼痛缓解率和消失率高的优点,还能调节神经血管源性活性介质,更有效控制偏头痛的急性发作情况,提高患者生活质量。

[关键词] 偏头痛;急性发作期;风痰阻络证;川芎茶调散;针刺;生活质量;神经血管源性活性介质

[中图分类号] R289;R245;R247.9 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2020)24-0122-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20200634

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20200410.1258.003.html>

[网络出版日期] 2020-4-10 14:40

Effect of Addition and Subtraction Therapy of Chuanxiong Chatiaosan Combined with Acupuncture on Acute Migraine Attack with Syndrome of Wind Phlegm Blocking Collaterals and Neurovascular Active Medium

LI Cong, HU Ji-ke, GUO Yao-guang, SONG Jian-ying*

(The Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu 610072, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the efficacy of addition and subtraction therapy of Chuanxiong Chatiaosan combined with acupuncture for acute migraine attack with syndrome of wind phlegm blocking collaterals and to investigate its effect on neurovascular active medium. **Method:** One hundred and thirty-four

[收稿日期] 20190612(007)

[基金项目] 四川省中医药管理局科学技术研究专项(2018LC017)

[第一作者] 李聪,医师,从事中医康复临床工作,E-mail:229037355@qq.com

[通信作者] *宋剑英,主治医师,从事中医康复临床工作,E-mail:1069300741@qq.com

patients were randomly divided into control group (67 cases) and observation group (67 cases) by random number table. During the treatment, 63 patients completed the study in control group (loss to follow-up in 2 cases, and elimination in 2 cases). 64 patients completed the study in observation group (loss to follow-up in 3 cases). Patients in both groups got ibuprofen sustained release tablets, 1 tablet/time, 2 times/day, Zolmitriptan tablets, 2.5 mg/time, 1 time/day, which were stopped when symptoms got relieved. Patients in control group got acupuncture treatment, 1 time/day, and Zhengtian pills by oral administration, 6 g/time, 2 times/day. Based on the treatment of acupuncture in control group, patients in observation group additionally received addition and subtraction therapy of Chuanxiong Chatiaosan, 1 dose/day, with a treatment course of 10 days in both groups. Before treatment, at the first day (2, 4, 12, 24 h) and second to tenth day after the treatment, scores of pain visual analoguescale (VAS) were graded; before and after treatment, scores of duration and degree of headache, concomitant symptoms, number of headache attacks, syndrome of wind phlegm blocking collaterals, migraine specific quality of life scale (MSQ) were graded. Levels of nitric oxide (NO), endothelin-1 (ET-1), calcitonin gene-related peptide (CGRP), 5-hydroxytryptamine (5-HT), and β endorphin (β -EP) were detected before and after treatment. **Result:** The clinical efficacy in observation group was better than that in control group ($Z=2.115$, $P<0.05$). At the second and fourth hour after treatment, VAS scores were decreased in both groups, but there was no statistically significant difference between two groups. At the 12th and 24th hour after treatment, VAS scores were increased as compared with those at the previous time point ($P<0.01$), and VAS scores in observation group at the 12th and 24th hour were lower than those in control group ($P<0.01$), but there was no statistically significant difference in onset time for pain, effective rate for pain at second hour after treatment and the disappearance rate of pain at the third day after treatment. Time to pain relief in observation group was shorter than that in control group ($P<0.01$). Degree of headache, duration of headache, number of headache attacks and accompanying symptoms were all lower than those in control group, while scores of MSQ and the total score of MSQ were all higher than those in control group ($P<0.01$). Recurrence rate of pain in observation group was 18.75% (12/64), lower than 36.51% (23/63) in control group at the 24th hour ($P<0.05$). Disappearance rate of pain in observation group was 70.31% (45/64) and 90.63% (58/64) at the fifth day and tenth day after treatment, higher than 52.38% (33/63) and 76.19% (48/63) in control group ($P<0.05$). Levels of NO, β -EP and 5-HT were higher than those in control group ($P<0.01$), while levels of CGRP and ET-1 were lower than those in control group ($P<0.01$). **Conclusion:** Chuanxiong Chatiaosan combined with acupuncture in the treatment of acute migraine attack in patients, has equivalent effect in terms of rapid pain relief, but with advantages of long-lasting analgesic effect, low recurrence rate, high pain relief rate and disappearance rate. In addition, it can also regulate neurovascular active mediators, more effectively control acute migraine attack, and improve the quality of life of patients, with a better clinical efficacy.

[Key words] migraine; acute attack; syndrome of wind phlegm blocking collaterals; Chuanxiong Chatiaosan; acupuncture; quality of life; neurovascular active medium

偏头痛的患病表现为反复发作的、单侧(或双侧)搏动性剧烈头痛,发作时可伴自主神经系统功能障碍^[1]。偏头痛是一种进展性疾病,可导致脑白质病变、认知功能下降、脑梗死及其他精神症状,被认为是全球第6大致残性疾病,严重影响工作和学习。但迄今为止,偏头痛的发病机制尚不明确,目前无法根治措施,现在的治疗原则是缓解伴发症状,预防头痛复发,提高生活质量,但西医治疗和防治措施虽然种类繁多,副作用大,禁忌证多,临床防

治难度仍然较大^[1-3]。

本病属于中医头痛、头风等范畴,其致病因素在于风、火、痰、瘀、虚诸端,其中“风”是主要病机,风痰(瘀)阻络、络脉失和是病机关键,中医治疗本病有独特的成效,获得了中西医学者的认可^[1,4]。针刺可调节中枢神经系统,改善脑血流量,能调节血管内皮功能,调节血管收缩相关的神经递质及神经肽,从而达到止痛的效果,是临床防治中医偏头痛安全、有效措施^[5]。风邪犯表,稽留不去,风邪入络,

其痛或偏或正,时发时止,头痛日久不愈,休作无时,即为头风,川芎茶调散出自《太平惠民和剂局方》,功能疏风止痛、清利头目,能治诸风上攻,头目昏重,偏正头痛等证,前期课题组治疗偏头痛收到了较好效果^[6]。孙达等^[7]学者观察到本方用于偏头痛具有良好的镇痛作用,并可刺激5-羟色胺(5-HT), β 内啡肽(β -EP)表达、降低P物质(SP)。本研究以川芎茶调散加减配合针刺治疗风痰阻络证偏头痛,并从神经血管源性活性介质方面探讨了其作用机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经成都中医药大学附属医院伦理委员会审查批准(批号2017CZYKY011034-02)。共纳入的134例患者,均来源于2018年1月至2019年8月医院神经内科和针灸科,采用随机按数字表法分为对照组和观察组各67例。对照组,男/女(20/47);年龄19~54岁,平均(30.77±4.53)岁;病程6个月~8年,平均(4.22±0.47)年。观察组,男/女(17/50);年龄18~52岁,平均(31.05±4.59)岁;病程11个月~10年,平均(4.47±0.49)d。研究期间对照组脱落、失访2例,剔除2例,完成63例;观察组脱落、失访3例,完成64例。两组患者基线资料比较,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 ①偏头痛西医诊断标准,参照《中国偏头痛诊断治疗指南》^[8]中“有先兆的典型偏头痛和无先兆的偏头痛”的诊断标准进行诊断。②风痰阻络证诊断标准,参照《中药新药临床研究指导原则》标准,常因外感、情志因素诱发,头痛突然出现,呈晕痛、胀痛,头痛如裹,胸胁满闷,呕吐痰涎,口淡食少,舌淡苔白腻,脉弦滑。

1.3 纳入标准 ①符合有先兆的典型偏头痛和无先兆的偏头痛诊断标准;②发作期,疼痛视觉模拟评分(VAS)≥5分;③病史≥6个月,近3个月发作≥6次;④符合风痰阻络证诊断标准;⑤年龄18~60岁,性别不限;⑥患者知晓本研究方案,并取得其签署的知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并脑血管疾病,血管炎,癫痫,脑外伤患者;②家族性偏瘫性偏头痛、基底型偏头痛、散发性偏瘫性偏头痛等其他特殊类型的偏头痛者;③合并脑部器质性病变者;④妊娠或哺乳期妇女;⑤乙醇或药物滥用者;⑥合并严重肝、肾、心、肺功能不全,合并凝血功能障碍者;⑦肿瘤、精神病患者,沟通或认知功能障碍者;⑧严重过敏体质,对本研究已知药物过敏或有晕针史者。

1.5 治疗方法 两组患者基础治疗,均口服布洛芬

缓释片(上海医药有限公司信谊制药总厂,国药准字H20000627),1片/次,2次/d;和佐米曲普坦片(杭州康恩贝制药有限公司,国药准字H20080830),2.5 mg/次,1次/d,症状缓解后停用。对照组采用针刺治疗,取百会,神庭,太阳,头维,角孙,印堂,风池,合谷等穴位;方法选用1.5~3寸的毫针(苏州医疗用品厂有限公司),针与头皮呈30°夹角,快速将针刺入头皮下,当针尖达到帽状腱膜下层时,指下感到阻力减小,使针与头皮平行,继续捻转进针,根据不同穴区可刺入相应深度,捻转速度200次/min左右,进针后持续捻转2~3 min,留针20~30 min,1次/d,5次/周;口服正天丸(华润三九医药股份有限公司,国药准字Z44020711),6 g/次,2次/d。观察组针刺措施同对照组;并内服川芎茶调散加减加治疗,药物组成有川芎15 g,荆芥10 g,薄荷10 g^(后下),羌活10 g,细辛3 g,白芷12 g,甘草片5 g,防风10 g,法半夏10 g,天麻10 g,延胡索10 g,徐长卿15 g;随证加减,头痛剧烈者加全蝎6 g,僵蚕10 g;痛在侧头者加柴胡、黄芩片各10 g;痛在前额眉棱加葛根15 g,知母10 g;痛在项枕部加蔓荆子、钩藤各10 g;胸胁满闷加枳实、厚朴各10 g;1剂/d,饮片由医院中药房提供,经梁晋川副主任药师签定以上药材为合格。采用煎药机加入常规水煎煮2次,混合药液至300 mL,分早晚2次温服;两组疗程均连续治疗10 d。

1.6 观察指标

1.6.1 主要疗效指标 ①头痛转归情况,采用VAS评分^[8],分别于治疗前、治疗后1 d(2, 4, 12, 24 h)和治疗后2~10 d各评价1次,由患者根据自己头痛程度,填写于“疼痛日志卡”。记录疼痛起效时间,即VAS下降50%为起效;记录疼痛缓解时间,即VAS<2分的时间;疼痛有效率,治疗后2 h VAS下降50%为有效;疼痛复发情况,24 h后VAS评分达到或超过治疗前水平,视为复发;记录疼痛消情况,VAS评分<1分,且持续时间24 h,视为疼痛消失,比较治疗后3, 5, 10 d的疼痛消失情况。②头痛持续时间和程度,6分,持续2 d;4分,持续12 h至2 d,2分,<12 h。6分,头痛发作时需要卧床休息;4分,头痛发作时影响工作、学习;2分,头痛发作时不影响工作、学习;于治疗前后各评价1次。

1.6.2 次要疗效指标 ①伴随症状,有呕吐、恶心、畏光、畏声3项或以上记3分,2项2分,1项1分,无0分;于治疗前后各评价1次。②随访1个月,记录头痛发作次数参照文献^[9],6分,每月发作≥5次;4分,每月发作3~4次;2分,每月发作1~2次;0分,

无发作;于治疗前后各评价1次。③风痰阻络证评分,各症状按无(0分),轻(1分),中(2分),重(3分)4级进行分级与评分;于治疗前后各评价1次。④生活质量,采用偏头痛特异性生活质量量表(MSQ)^[6],MSQ包括角色限制维度(RR)7个条目、角色妨碍维度(RP)4个条目和情感功能维度(EF)3个条目,每个条目1~6分,得分越高表示生活质量越好;于治疗前后各评价1次。⑤外周血管活性介质,检测治疗前后一氧化氮(NO),内皮素-1(ET-1),降钙素基因相关肽(CGRP), β 内啡肽(β -EP)和5-羟色胺(5-HT)水平,以改良硝酸盐还原法检测NO,放射免疫法检测ET-1,酶联免疫吸附CGRP, β -EP,5-HT,试剂盒(南京建成科技有限公司,批号分别为201810245,201809026,201809802,201901061,201811092)。

1.7 疗效标准 临床治愈为无偏头痛发作,风痰阻络证评分减少>90%;显效为无偏头痛发作,70%≤风痰阻络证评分减少<89%;有效为偏头痛减轻、持续时间减少,30%≤风痰阻络证评分减少<69%,无效为偏头痛发作程度或持续时间无明显改善,或加重,风痰阻络证评分减少<30%。

1.8 统计学处理 采用SPSS 21.0统计分析软件进行数据管理,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,均以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组临床疗效优于对照组,比较差异有统计学意义($Z=2.115, P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者临床疗效比较

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效
对照	63	32	16	10	5
观察	64	44	14	5	1

2.2 两组患者治疗后2,4,12,24 h的VAS评分比较 治疗后2,4 h两组患者的VAS评分均逐渐下降,比较差异无统计学意义($P<0.01$);治疗后12,24 h两组患者的VAS评分均较前一时点升高($P<0.01$);观察组患者在治疗后12,24 h的VAS评分均低于对照组($P<0.01$)。见表2。

2.3 两组患者疼痛起效时间和疼痛缓解时间比较 观察组患者疼痛起效时间略长于对照组,但组间比较,差异无统计学意义;观察组患者疼痛缓解时间短于对照组($P<0.01$)。见表3。

表2 两组患者治疗后2,4,12,24 h的VAS评分比较($\bar{x}\pm s$)

Table 2 Comparison of scores of VAS at 2^h, 4^h, 12^h, 24^h hour after treatment in two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	时间/h			
			2	4	12	24
对照	63	6.52±0.69	3.39±0.40 ¹⁾	2.25±0.35 ¹⁾	3.11±0.39 ¹⁾	3.77±0.44 ¹⁾
观察	64	6.49±0.70	3.52±0.43 ¹⁾	2.41±0.31 ¹⁾	2.76±0.36 ^{1,2)}	3.15±0.41 ^{1,2)}

注:与本组前时一点比较¹⁾ $P<0.01$;与同期对照组比较²⁾ $P<0.01$ 。

表3 两组患者疼痛起效时间和疼痛缓解时间比较($\bar{x}\pm s$)

Table 3 Comparison of onset time for pain and time to pain relief in two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	疼痛起效	疼痛缓解
对照	63	2.85±0.35	64.15±9.04
观察	64	3.02±0.38	52.77±8.63 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P<0.01$ 。

2.4 两组患者疼痛有效率和疼痛复发率比较 两组患者治疗后2 h的疼痛有效率分别为41.27%(26/63)和37.50%(24/64),组间比较差异无统计学意义;在治疗24 h后,观察组的疼痛复发率为18.75%(12/64),低于对照组的36.51%(23/63)($\chi^2=5.014, P<0.05$)。见表4。

表4 两组患者疼痛有效率和疼痛复发率比较

Table 4 Comparison of pain response rate and recurrence rate in two groups

组别	例数	疼痛有效率	疼痛复发率
对照	63	26(41.27)	23(36.51)
观察	64	24(37.50)	12(18.75)

2.5 两组患者治疗后3,5,10 d的疼痛消失情况比较 两组患者治疗后3 d的疼痛消失率,组间比较差异无统计学意义;在治疗后5 d和10 d,观察组患者的疼痛消失率为70.31%(45/64)和90.63%(58/64),分别高于对照组的52.38%(33/63)和76.19%(48/63)($\chi^2=4.307, \chi^2=4.792, P<0.05$)。见表5。

表5 两组患者比较治疗后3,5,10 d的疼痛消失情况

Table 5 Comparison of disappearance of pain at third, fifth, tenth days after treatment in two groups

组别	例数	治疗后/d		
		3	5	10
对照	63	11(17.46)	33(52.38)	48(76.19)
观察	64	10(15.63)	45(70.31)	58(90.63)

2.6 两组患者治疗前后头痛程度、头痛持续时间、头痛发作次数和伴随症状评分比较 治疗后两组

患者头痛程度、头痛持续时间、头痛发作次数和伴随症状评分均明显降低($P<0.01$);治疗后观察组头

痛程度、头痛持续时间、头痛发作次数和伴随症状评分均低于对照组($P<0.01$)。见表6。

表6 两组患者治疗前后头痛程度、头痛持续时间、头痛发作次数和伴随症状评分比较($\bar{x}\pm s$)

Table 6 Comparison of scores of degree of headache, duration of headache, number of headache attacks and accompanying symptoms in two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	头痛程度	头痛持续时间	头痛发作次数	伴随症状
对照	治疗前	63	4.31±0.46	4.29±0.44	4.16±0.42	2.26±0.28
	治疗后		1.13±0.18 ¹⁾	1.22±0.21 ¹⁾	1.18±0.19 ¹⁾	0.72±0.10 ¹⁾
观察	治疗前	64	4.28±0.45	4.26±0.46	4.20±0.45	2.30±0.25
	治疗后		0.64±0.12 ^{1,2)}	0.61±0.10 ^{1,2)}	0.45±0.09 ^{1,2)}	0.33±0.07 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P<0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P<0.01$ (表7,8同)。

2.7 两组患者治疗前后MSQ量表评分比较 治疗后两组患者RR,RP,EF评分和MSQ总分均显著升

高($P<0.01$);治疗后观察组患者RR,RP,EF评分和MSQ总分均高于对照组($P<0.01$)。见表7。

表7 两组患者治疗前后MSQ量表评分比较($\bar{x}\pm s$)

Table 7 Comparison of scores of MSQ scale in two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	RR	RP	EF	MSQ总分
对照	治疗前	63	17.28±2.14	12.38±1.52	6.41±0.79	36.41±4.53
	治疗后		31.91±3.79 ¹⁾	16.93±1.76 ¹⁾	14.25±1.70 ¹⁾	63.16±7.28 ¹⁾
观察	治疗前	64	17.65±2.18	12.29±1.48	6.38±0.68	36.49±4.47
	治疗后		37.48±4.24 ^{1,2)}	21.33±2.24 ^{1,2)}	16.81±1.84 ^{1,2)}	75.34±8.38 ^{1,2)}

2.8 两组患者治疗前后CGRP,ET-1, β -EP,5-HT,NO水平比较 治疗后两组患者NO, β -EP,5-HT水平均有显著升高($P<0.01$),CGRP和ET-1水平均有

明显降低($P<0.01$);治疗后观察组患者NO, β -EP,5-HT水平均高于对照组($P<0.01$),CGRP和ET-1水平均低于对照组($P<0.01$)。见表8。

表8 两组患者治疗前后CGRP,NO,ET-1, β -EP,5-HT水平比较($\bar{x}\pm s$)

Table 8 Comparison of levels of CGRP, NO, ET-1, β -EP and 5-HT in two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	CGRP/ng·L ⁻¹	NO/ μ mol·L ⁻¹	ET-1/ng·L ⁻¹	β -EP/ng·L ⁻¹	5-HT/ng·L ⁻¹
对照	63	治疗前	18.76±2.03	51.53±5.68	82.72±8.89	44.69±5.27	238.91±26.74
		治疗后	13.64±1.58 ¹⁾	57.37±6.25 ¹⁾	70.42±7.26 ¹⁾	70.55±7.82 ¹⁾	264.70±30.15 ¹⁾
观察	64	治疗前	18.62±2.11	52.11±5.79	83.05±8.77	45.13±5.36	236.76±25.07
		治疗后	10.43±1.39 ^{1,2)}	64.35±6.67 ^{1,2)}	61.36±6.59 ^{1,2)}	82.24±9.91 ^{1,2)}	301.26±35.43 ^{1,2)}

3 讨论

偏头痛急性期治疗包括非特异性和特异性药物,前者主要是采用非甾体抗炎药治疗,对于轻、中度的偏头痛发作可被视为一线药物首选,其持续时间短,需要反复给药,具有导致药物过度使用性头痛的风险^[8-9]。曲坦类药物是5-HT受体激动剂,能特异地控制偏头痛,佐米曲普坦可透过血脑屏障,口服后1h左右起效,生物利用度高,血药浓度可维持4~6h,治疗24h内头痛复发率高达15%~40%^[1,8]。目前对于偏头痛无根治办法,发作期应根据分层法或阶梯疗法选用不同的药物,但要注意用药适度,防治药物滥用,注意药物不良反应^[9]。

朱丹溪指出“头痛多主于痰”如在《丹溪心法》

所言:“风痰上厥,眩晕头痛”,内风挟痰,上扰清窍致,出现头痛、眩晕^[10]。针刺止痛治疗偏头痛被认为具有安全、有效、不良反应小的方法,Meta分析显示针刺能有效减轻偏头痛急性发作期的疼痛程度^[11]。针刺可起到祛风熄风、清头明目、通络止痛之功。川芎茶调散可降低血液黏度、改善脑循环,具有中枢性镇痛作用,能够有效治疗偏头痛^[12],方中川芎活血行气、散风止痛,羌活解表散寒、祛风除湿、止痛,白芷祛风、燥湿、止痛,荆芥、薄荷、防风疏风散风、清利头目,细辛具有祛风散寒、止痛,徐长卿具有祛风止痛、活血,延胡索行气、活血、止痛,天麻平肝熄风,法半夏燥湿化痰,甘草片解毒调和诸药。全方共奏疏风熄风、化痰燥湿、活血止痛之功。

本组资料显示治疗后2,4 h两组间VAS评分差异无统计学意义,观察组治疗后12,24 h的VAS评分均低于对照组,两组疼痛起效时间、治疗后2 h的疼痛有效率和治疗后3 d的疼痛消失率组间差异无统计学意义,观察组疼痛缓解时间短于对照组,治疗后5和10 d的疼痛消失率均高于对照组,治疗后24 h后疼痛复发率低于对照组,头痛程度、头痛持续时间、头痛发作次数和伴随症状评分均低于对照组,RR,RP,EF评分和MSQ总分均高于对照组,观察组临床疗效优于对照组,结果表明川芎茶调散加减联合针刺其止痛作用效果更持久,复发率低,疼痛缓解率和消失率高的优点,并可有效控制疼痛发作持续时间和次数,明显减轻伴随症状。

偏头痛发作的重要机制之一在于神经血管失调,CGRP在三叉神经节、脊髓后根神经节中分布广泛,具有强力的扩张脑血管作用,偏头痛发作时,其大量释放,血管通透性增加,血浆蛋白渗出,刺激各种炎症介质释放和聚集作用,引起神经源性炎症反应,偏头痛发生,其释放与头痛相平行,并且其浓度与头痛强度高度相关^[2,13]。脑血管的舒缩功能障碍是偏头痛发生的直接原因,而ET-1和NO体内最主要的一对血管舒缩因子,前者具有强烈的血管收缩效应,后者作用相反,具有血管舒张作用,偏头痛患者的ET-1,NO比例失衡是发病重要机制^[14]。 β -EP作为内源性阿片肽类神经递质,可影响到中枢疼痛通路,而产生镇痛作用,当释放减少时,产生痛觉过敏; β -EP降低还可使脑干蓝斑的抑制减弱,血管收缩舒张失调,引起偏头痛发作时脑血管舒缩功能紊乱^[15]。5-HT是对神经和血管均有影响的神经递质和体液介质,偏头痛急性发作时,因5-HT急剧下降,血管继发性出现扩张而出现头痛^[16];外周系统中5-HT为强烈的镇痛物质,镇痛药物可通过增加外周5-HT的水平从而起到镇痛作用^[7]。本组资料显示治疗后观察组患者NO, β -EP,5-HT水平均高于对照组,CGRP和ET-1水平均低于对照组,提示了川芎茶调散加减联合针刺通过抑制CGRP,ET-1表达,增加NO, β -EP,5-HT表达,调节神经血管源性活性介质而发挥其镇痛效应。

综上,川芎茶调散加减联合针刺治疗偏头痛急性发作期患者,具有止痛作用效果持久,复发率低,疼痛缓解率和消失率高的优点,并能调节神经血管源性活性介质,更有效控制偏头痛的急性发作情况,提高患者生活质量。

[参考文献]

- [1] 中华医学会疼痛学分会头痛学组. 中国偏头痛防治指南[J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(10): 721-727.
- [2] 蒋仙国. 偏头痛发病机制及治疗新进展[J]. 神经病学与神经康复学杂志, 2019, 15(2): 80-88.
- [3] 聂玲辉, 伍志勇. 偏头痛发病机制及治疗的研究进展[J]. 中国民间疗法, 2018, 26(14): 106-108.
- [4] 蔡之幸, 王重卿. 偏头痛从“风”论治初探[J]. 上海中医药大学学报, 2017, 31(2): 10-12.
- [5] 朱永政, 郑慧玲, 贾红玲, 等. 近10年针刺治疗偏头痛机制研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(4): 77-80.
- [6] 王敏博, 张庆, 杨旭红. 杨旭红教授运用川芎茶调散防治偏头痛经验举隅[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(7): 96-98.
- [7] 孙达, 许保海. 川芎茶调散治疗偏头痛的疗效观察及对 β 内啡肽、5羟色胺的影响[J]. 中国中医急症, 2016, 25(11): 2117-2119.
- [8] 中华医学会疼痛学分会·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.
- [9] 韩芳, 李双, 孙凡, 等. 偏头痛的现代医学治疗现状[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(1): 42-47.
- [10] 梁雪松, 项颖, 李桦, 等. 天麻半夏方治疗前庭性偏头痛[J]. 吉林中医药, 2018, 38(12): 1390-1393.
- [11] 蒲圣雄, 谭戈, 王达岩, 等. 针刺对偏头痛急性发作期止痛疗效Meta分析[J]. 重庆医学, 2016, 45(10): 1353-1356.
- [12] 王国有, 王云, 张雪, 等. 川芎茶调散的现代研究概况[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(13): 228-234.
- [13] 杨小艳, 石国霁, 曾利, 等. 天麻素对偏头痛患者外周血CGRP, NO和ET-1表达的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2017, 33(1): 23-25.
- [14] 张宇叶, 赖小燕, 吴双, 等. 针刺治疗偏头痛的血管源学说机制研究进展[J]. 医学研究生学报, 2016, 29(3): 305-308.
- [15] 顾静, 吴红彦, 李海龙, 等. 头痛安对偏头痛模型大鼠 β -EP, CGRP, ET的影响[J]. 中药新药与临床药理, 2019, 30(1): 14-19.
- [16] 裴培, 陈怀珍, 王艳昕, 等. 电针对偏头痛大鼠中脑导水管周围灰质5-羟色胺7受体和血浆降钙素基因相关肽表达的影响[J]. 针刺研究, 2017, 42(6): 510-513, 556.

[责任编辑 何希荣]