

- 律分析[J].河北中医,2014,36(8):1127-1129.
- [13] 陈维铭,潘璐,孙静云.王馨然运用经方治疗失眠经验[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(15):32-34.
- [14] 丁红伟,吕征,黄海量,等.基于中医传承辅助系统的中医药治疗血管性认知功能障碍方剂组方规律分析[J].中医药信息,2014,31(5):76-78.
- [15] 梁坤,邵元欣,王兴臣.巧用乌梅丸治疗不寐[J].中医药通报,2016,15(3):52-53.
- [16] 胡玉琳,林亚明.经方治疗失眠的研究进展[J].中国民族民间医药,2016,25(19):91-93.
- [17] 张文砚,冯学功.经方治疗胃不和型失眠案举隅[J].中华中医药杂志,2014,29(9):2847-2849.
- [18] 翁小容.酸枣百合汤治疗血亏阴虚型更年期失眠临床疗效观察展[J].四川中医,2016,35(6):180-182.

(收稿日期:2018-01-18)

(本文编辑 王雅洁)

自拟止痛祛瘀解毒方治疗紧张性头痛的临床疗效及对脑血流变化的影响

邓毅,刘霄



摘要:目的 探讨自拟止痛祛瘀解毒方治疗紧张性头痛的临床疗效及对脑血流变化的影响。方法 选择2016年2月—2017年5月我院收治的100例紧张性头痛病人为研究对象,按照随机数字表法分为对照组(50例)和治疗组(50例)。对照组给予布洛芬胶囊1粒,每日2次;治疗组在对照组治疗基础上给予自拟止痛祛瘀解毒方口服治疗,两组均治疗4周。观察两组病人的临床疗效、中医证候积分和疼痛持续时间,采用视觉模拟评分法(VAS)评价疼痛强度,汉密顿抑郁量表(HAMD)和汉密顿焦虑量表(HAMA)评分评价病人的抑郁和焦虑状态,经颅多普勒超声(TCD)测定大脑中动脉(MCA)、大脑后动脉(PCA)和前动脉(ACA)血流速度。结果 治疗组总有效率为94.00%,明显高于对照组的78.00%,差异有统计学意义($\chi^2=5.316, P=0.021$)。治疗后,治疗组头痛、失眠多梦、心烦易怒、心情抑郁、倦怠乏力等症候积分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗组的疼痛持续时间和VAS评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗组HAMD和HAMA评分显著低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗组的大脑MCA、PCA和ACA均显著低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 自拟止痛祛瘀解毒方可提高紧张性头痛病人的临床疗效,降低中医证候积分,减轻疼痛时间和强度,改善病人抑郁和焦虑状态,降低大脑血流速度。

关键词:紧张性头痛;止痛祛瘀解毒方;脑血流;疼痛;焦虑;抑郁

中图分类号:R747.2 R259 **文献标识码:**B **doi:**10.12102/j.issn.1672-1349.2019.07.038

紧张性头痛为神经科常见病,为头痛的主要临床类型,临床主要表现为头颈等部位的压迫、钝痛及紧束感。随着社会压力的增加,患病率逐年上升,病人多会伴有抑郁、焦虑等不良情绪,严重影响病人的日常生活^[1-2]。紧张性头痛发病机制复杂,病因不明,西医治疗主要以非甾体消炎镇痛药为主,临床疗效欠佳,易反复发作^[3-4]。中药治疗疾病具有多环节、多靶点等特点,具有活血止痛、化瘀解毒功效的止痛祛瘀解毒方,可用于胸闷头晕、气短乏力等^[5]。本研究旨在探讨止痛祛瘀解毒方对紧张性头痛的临床疗效及脑血流变化的影响。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2016年2月—2017年5月我院收治的痰瘀阻络证紧张性头痛病人100例为研究对象,所有对象均符合紧张性头痛诊断标准^[6],伴有精神

紧张、劳累过度等病史。排除标准:药物过敏史;心、肝、肾等重要器官器质性疾病;伴有颅脑血管、神经等严重病变病人;哺乳期或妊娠妇女。按照随机数字表法分为对照组和治疗组。对照组50例,男21例,女29例;年龄31~57(43.52±4.45)岁,病程0.5~16.0(4.76±2.71)年。治疗组50例,男22例,女28例;年龄32~60(44.62±5.16)岁;病程0.5~15.0(4.62±2.59)年。两组病人临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均给予心理辅导、物理治疗等对症治疗措施。对照组给予布洛芬胶囊1粒(规格0.3g,中美天津史克制药有限公司,生产批号:20151213),每日2次。治疗组在对照组治疗基础上给予自拟止痛祛瘀解毒方口服治疗,组方:延胡索20g,丹参20g,当归15g,金银花20g,柴胡10g,白芍10g,川芎15g,桃仁10g,天麻10g,全蝎3g,红花6g,甘草10g。药材加水煎煮,加水煎煮至200mL,分2次服用,每日1剂,5剂/周。两组病人均治疗4周。

1.3 观察指标 临床疗效:头痛失眠等症状消失且无发作为治愈;头痛频次降低70%,疼痛程度和持续时间明显改善为显效;头痛频次降低35%~70%以上,疼痛程度和持续时间缓解为有效;头痛频次、临床症状

作者单位 大连大学附属新华医院(辽宁大连 116021), E-mail: dengyi123123@21cn.com

引用信息 邓毅,刘霄.自拟止痛祛瘀解毒方治疗紧张性头痛的临床疗效及对脑血流变化的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(7):1086-1088.

无改善甚至恶化为无效。参照《中药新药临床研究指导原则》进行疼痛、瘙痒、乏力、低热、纳差中医证候积分,每项积分为 0 分~3 分,分值越高,表示病情严重^[7]。采用疼痛视觉模拟评分(VAS)法评估疼痛程度,无痛为 0 分,难以忍受最剧烈疼痛为 10 分,分数越高提示疼痛程度越重。采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)和汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评价抑郁和焦虑程度,HAMD 和 HAMA 分值越大,抑郁和焦虑情况越差^[8]。经颅多普勒超声(TCD)测定大脑中动脉(MCA)、大脑后动脉(PCA)和前动脉(ACA)血流速度,病人休息 0.5 h,仰卧位涂耦合剂于颞窗,手持 2 MHz

探头于颞窗,探测左右大脑中动脉;侧卧位下颌抵胸,探头置于颈项中线,对准枕骨大孔,左右移动探头,检测血流速度。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 19.0 软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗组总有效率 94.00%,明显高于对照组的 78.00%,差异有统计学意义($\chi^2 = 5.316, P = 0.021$)。详见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	50	19(38.00)	12(24.00)	8(16.00)	11(22.00)	39(78.00)
治疗组	50	23(46.00)	14(28.00)	10(20.00)	3(6.00)	47(94.00)

注:两组总有效率比较, $\chi^2 = 5.316, P = 0.021$

2.2 两组中医证候积分比较 治疗前两组头痛、失眠多梦、心烦易怒、心情抑郁、倦怠乏力证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后治疗组头痛、失

眠多梦、心烦易怒、心情抑郁、倦怠乏力等症候积分均显著低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	时间	头痛	失眠多梦	心烦易怒	心情抑郁	倦怠乏力
对照组	50	治疗前	2.51±0.43	2.47±0.39	1.71±0.25	2.39±0.46	1.58±0.32
		治疗后	1.89±0.41 ¹⁾	1.73±0.37 ¹⁾	1.15±0.24 ¹⁾	1.54±0.41 ¹⁾	1.16±0.30 ¹⁾
治疗组	50	治疗前	2.53±0.47	2.45±0.45	1.69±0.24	2.42±0.44	1.63±0.34
		治疗后	0.81±0.32 ¹⁾²⁾	0.76±0.33 ¹⁾²⁾	0.69±0.21 ¹⁾²⁾	0.72±0.37 ¹⁾²⁾	0.65±0.24 ¹⁾²⁾

与本组治疗前比较,1) $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,2) $P < 0.05$

2.3 两组疼痛持续时间、VAS 评分比较 治疗前两组疼痛持续时间和 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后治疗组的疼痛持续时间和 VAS 评分显著低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组疼痛持续时间和 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	疼痛持续时间(h)	VAS 评分(分)
对照组	50	治疗前	2.36±0.41	7.28±0.89
		治疗后	1.21±0.29 ¹⁾	3.78±10.72 ¹⁾
治疗组	50	治疗前	2.42±0.39	7.33±0.78
		治疗后	0.47±0.18 ¹⁾²⁾	1.27±0.41 ¹⁾²⁾

与本组治疗前比较,1) $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,2) $P < 0.05$

2.4 两组 HAMD、HAMA 评分比较 治疗前两组 HAMD、HAMA 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

治疗后治疗组 HAMD、HAMA 评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 4。

表 4 两组 HAMD、HAMA 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	时间	HAMD	HAMA
对照组	50	治疗前	42.23±8.21	38.12±6.89
		治疗后	31.31±7.22 ¹⁾	25.78±5.03 ¹⁾
治疗组	50	治疗前	42.61±7.89	38.29±6.59
		治疗后	17.58±4.53 ¹⁾²⁾	12.63±4.26 ¹⁾²⁾

与本组治疗前比较,1) $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,2) $P < 0.05$

2.5 两组 MCA、PCA 及 ACA 比较 治疗前两组 MCA、PCA 及 ACA 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后治疗组 MCA、PCA 及 ACA 低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 5。

表 5 两组 MCA、PCA 和 ACA 比较 ($\bar{x} \pm s$)

cm/s

组别	例数	时间	MCA	PCA	ACA
对照组	50	治疗前	77.41±4.12	49.42±2.64	57.31±1.91
		治疗后	70.13±3.67 ¹⁾	44.11±2.29 ¹⁾	52.64±1.75 ¹⁾
治疗组	50	治疗前	77.56±3.96	50.03±2.75	57.29±1.89
		治疗后	64.13±2.53 ¹⁾²⁾	39.62±1.87 ¹⁾²⁾	48.63±1.57 ¹⁾²⁾

与本组治疗前比较, 1) $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, 2) $P < 0.05$

3 讨论

紧张性头痛占头痛病人的比例较高, 发病机制尚不明确, 可能与头颈部肌肉紧张、脑动脉缺血痉挛、心理应激、皮层兴奋性增加等因素有关。紧张性头痛易反复发作, 发作频繁, 虽然疼痛多为一过性轻度、中度疼痛, 但往往严重影响病人的生活质量^[9]。西医治疗药物有止痛剂、肌松剂、抗脑血管痉挛剂等, 但病人的临床疗效较差。紧张性头痛属中医“头痛”“脑风”“头风”“郁证”等范畴, 因头为清阳之府, 汇聚六腑之清气、五脏之阴血, 五脏六腑病变均可伴随头痛, 六淫外袭, 上犯清窍, 头络阻闭, 神机受累, 脑失所养等皆可导致头痛, 治宜活血止痛、化痰通络, 坚持急则治标, 缓则治本的原则^[10-11]。

本研究发现, 治疗组总有效率明显高于对照组, 说明自拟止痛祛瘀解毒方可提高紧张性头痛的临床疗效。治疗组的头痛、失眠多梦、心烦易怒、心情抑郁、倦怠乏力等证候积分均显著低于对照组, 说明自拟止痛祛瘀解毒方可降低中医证候积分。止痛祛瘀解毒方中延胡索行气止痛、活血散瘀, 丹参活血化瘀, 当归补血活血, 金银花宣散风热、清热解毒, 柴胡升阳举陷、疏肝解郁, 白芍补血养血、柔肝止痛, 川芎理气开郁、活血止痛, 桃仁和红花活血化瘀, 天麻和全蝎通络止痛, 甘草调和诸药, 全方活血止痛、化痰解毒, 显著缓解病人证候。治疗组的疼痛持续时间和 VAS 评分显著低于对照组, 提示止痛祛瘀解毒方可减轻紧张性头痛病人的疼痛时间和强度。与止痛祛瘀解毒方川芎可明显改善心血管以及平滑肌痉挛, 对中枢神经系统具有明显的镇静作用有关^[12]。治疗组的 HAMD、HAMA 评分显著低于对照组, 说明止痛祛瘀解毒方可改善紧张性头痛病人抑郁和焦虑状态, 方中当归挥发油有镇静、催眠、镇痛、麻醉等作用, 增强人体免疫功能及保护脑缺血损伤; 天麻有镇静、镇痛、抗惊厥作用能增加脑血流量, 降低脑血管阻力, 轻度收缩脑血管, 增加冠状血管流^[13-14]。治疗组的大脑 MCA、PCA 和 ACA 均显著低于对照组, 提示止痛祛瘀解毒方可改善紧张性头痛病人的大脑血流。方中桃仁能增加脑血流量, 增加犬股

动脉的血流量, 降低血管阻力, 改善血流动力学, 丹参活血化瘀扩大血流量, 全方具有改善血液循环的作用^[15]。

综上所述, 自拟止痛祛瘀解毒方可提高紧张性头痛病人的临床疗效, 降低中医证候积分, 减轻疼痛时间和强度, 改善病人抑郁和焦虑状态, 降低大脑血流速度。

参考文献:

- [1] 吉冬华. 联用养血清脑颗粒和氟哌噻吨美利曲辛片治疗紧张性头痛的效果研究[J]. 当代医药论丛, 2016(2):99-100.
- [2] 向慧, 潘英, 李现亮, 等. 广州医科大学本科生偏头痛及紧张型头痛的调查[J]. 广州医科大学学报, 2016, 44(1):19-22.
- [3] 王界成, 杨鹏飞. 养血清脑颗粒联合非甾体类抗炎药在慢性紧张性头痛中的应用效果[J]. 陕西中医, 2017, 38(4):419-420.
- [4] 邢潇, 张莉芳, 崔林华, 等. 燕赵高氏调督通络针法治疗紧张性头痛疗效研究[J]. 河北中医, 2017, 32(2):51-53.
- [5] 龚昌银. 脑心通联合养血清脑颗粒治疗紧张性头痛的疗效分析[J]. 系统医学, 2016, 1(6):69-71.
- [6] 中村友纪, 徐万鹏. 紧张型头痛的分类和诊断标准[J]. 日本医学介绍, 2007, 28(1):8-11.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:4.
- [8] 黄远桃, 李梅芳, 李萍, 等. 乙哌立松联合氟哌噻吨美利曲辛治疗慢性紧张性头痛患者的疗效及对焦虑抑郁量表评分的影响[J]. 中国医师杂志, 2016, 18(4):597-599.
- [9] 徐亮. 头痛宁胶囊联合黛力新与乙哌立松治疗紧张性头痛临床疗效分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(2):40-42.
- [10] 贾玉勤, 郑文玲, 冯乐燕, 等. 中医汤药治疗紧张性头痛临床疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(11):17-18.
- [11] 侯克魁. 宁神定痛汤治疗紧张性头痛合并失眠[J]. 光明中医, 2017, 32(5):621-623.
- [12] 罗宝生. 当归与川芎药理作用研究进展及对比[J]. 中国处方药, 2016, 14(5):20-22.
- [13] 宫文霞, 周玉枝, 李肖, 等. 当归抗抑郁化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2016, 47(21):3905-3911.
- [14] 周慧君. 天麻有效成分的药理作用与临床应用研究进展[J]. 中医临床研究, 2016, 8(22):56-58.
- [15] 薛猛. 疏肝活血止痛法对紧张性头痛患者临床症状及经颅多普勒指标的影响[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(2):152-153.

(收稿日期: 2017-08-16)

(本文编辑 王丽)