

国内偏头痛急性发作期针灸治疗现状评述^{*}

★ 郑倩华¹ 李瑛² (1. 成都中医药大学针灸推拿学院针灸英语七年制 2002 级 成都 610075; 2. 成都中医药大学针灸推拿学院针灸临床教研室 成都 610075)

摘要:目的:介绍近 10 年来国内文献关于针灸治疗偏头痛急性发作期的方法。方法:通过查阅相关文献,对偏头痛的发病机制、国内现有急性发作期针灸临床治疗方法的相关文献进行综述。结果:针灸治疗偏头痛急性发作期是简便易行、安全有效的方法。

关键词:急性发作期;偏头痛;针灸疗法;综述

中图分类号:R 747.2 **文献标识码:**A

Domestic Recent Research on Acupuncture for Treating Acute Migraine Attack

Zheng Qian-hua¹, Li Ying².

1. The English Acupuncture 2002, Acupuncture and Tuina Collage, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu 610075

2. The Clinic Research Department of Acupuncture and Tuina Collage, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu 610075

Abstract: Objective: This paper made a introduce of the domestic acupuncture therapeutic methods of acute migraine attack in recent 10 years. Method: It is reviewed from the theoretic study and acupuncture therapeutic application of acute migraine attack. Conclusion: The present acupuncture therapeutic methods are convenient and effective ones.

Key Words: Acute; Migraine; Acupuncture; Literature Review

偏头痛是一种良性的反复发作性的搏动性头痛或(和)神经功能障碍。为神经内科的常见病、多发病。经流行病学调查,其患病率高居所有神经系统疾病的首位。1989 年我国男性偏头痛的患病率为 392.9/10 万,女性为 1579.2/10 万^[1]。在美国,约 6% 的男性和 18% 的女性曾有偏头痛发作^[2]。本文意在总结近 10 年来,我国文献报道中关于偏头痛急性发作的针灸治疗情况。

1 偏头痛的发病机制

偏头痛属中医“头痛”、“头风”、“脑风”、“偏头风”等范畴。多由于风邪侵袭,上犯巅顶络脉;或情志不遂,肝阳上亢,上扰清窍;或脾不升清,痰浊内生,蒙蔽清窍;或气滞血瘀,瘀血阻络,不通则痛;或肝肾阴虚,脑失所养而发头痛。偏头痛目前的发病机制还不是十分清楚,目前现代医学认为常见的发病机制^[3]有:血管学说、神经学说、三叉神经血管假说、皮质扩散性抑制(Cortical Spreading Depression, CSD)假

说、离子学说及遗传学说等。

2 针灸治疗

针灸治疗偏头痛在临床上应用广泛。目前国内观察针灸治疗急性偏头痛发作即时疗效的文献数量较少,现综述如下。

2.1 毫针刺 张舒雁^[4]等选用头部阿是穴邻点透刺配合颤针震颤法对照单纯服用止痛药(散利痛 1 片/次),前者治疗瘀血型偏头痛在针刺后 1 h 镇痛作用显著($P < 0.01$)。具体操作方法是选用 40 mm 毫针,如痛点在颞部,以 10°~15°的角度,从丝竹空穴向阿是穴透刺;痛点在眉棱部,以相同的角度从攒竹穴横透至阿是穴。得气后,向右捻转针柄 180°~360°,使软组织轻轻缠绕针尖,然后行 200~250 次/min 的震颤法 1 min,留针 5 min;如此反复操作 5 次后出针。总时间为 30 min。刘波^[5]等选用双侧太阳穴、风池,进针后捻转 1 min,留针 15 min,并每隔 5 min 行针一次,治疗后 1 h 的即时

* 基金项目:四川省教育厅自然科学重点项目(07ZZ008)

镇痛作用较单纯口服尼莫地平更佳($P < 0.01$)。孔德清^[6]选用患侧风池、完骨、率谷、太阳、上星及百会为主穴,再配以辨证取穴,使用平补平泻手法,得气后留针 30 min,对照口服尼莫地平,治疗后 24 h 止痛效果针刺组较口服药物组更优,存在统计学差异($P < 0.05$)。陈雷^[7]采用神庭、双侧内关、三阴交为主穴,配以双侧合谷、太冲,患侧头维、阳白、攒竹、丝竹空、四白,进针后采用轻刺激,得气后留针 20 min,并配合王不留行籽贴压耳穴之交感、神门、心、内分泌穴。其与单纯常规针刺配穴虽在治疗术毕、治疗后 30 min 对偏头痛急性头痛期的止痛效果无明显差异,但治疗后 24 h 前者镇痛效果远胜于后者($P < 0.01$)。廖志山^[8]等利用全息生物学理论在第二掌骨之头穴针刺治疗偏头痛急性发作对照肌注镇痛,30 min 后针刺组有效率高于肌注组,存在显著差异($P < 0.05$)。取单穴治疗有操作简便、副作用小、起效作用快的优势。单纯应用毫针刺,其针刺的手法、辨证、选用的穴位非常重要。偏头痛多发生在头侧部,依据“经脉所过,主治所及”,头维、率谷、太阳,皆位于头侧部,可以疏通脑络,使脉络通畅,通则不痛。头侧部主要为少阳经循行区域,风池是足少阳经的大穴,功能疏风散邪,通络止痛,故风池穴为治疗少阳头痛之要穴。而阿是穴的作用也非常重要。再根据肝阳上亢、痰浊上扰、气滞血瘀、肝肾阴虚等辨证分型,给予疏肝解郁、平肝潜阳、健脾利湿、化痰降浊、化瘀通络、滋养肝肾等加减治疗。

2.2 电针刺 郭丽^[9]等选择印堂、百会、率谷、头维、太阳、风池穴,并根据中医辨证加减远道取穴进行针刺,并要求得气,选择患侧风池、率谷接电针仪,选用疏密波,频率以病人耐受为度,并留针 20 min,并在治疗结束后 0.5、2、4、24、48 h 和 72 h 分别观察疼痛缓解情况,其总有效率达 90%。王舒^[10]等选择率谷、头维、太阳、风池,并使用中医辨证选穴加减,针刺得气后头维、率谷接电针仪,选用疏密波,频率以病人耐受为度,留针 30 min,并在治疗结束后 0.5、2、4、24 h 和 72 h 分别观察头痛缓解情况,其结果表明治疗后各时段头痛情况较治疗前都有所缓解。贾春生^[11]等选择双侧丘墟,进针捻转得气后使用 100 Hz 疏密波连续刺激 30 min,该方法存在即时镇痛效应($P = 0.039$)。王苏焱^[12]选用患侧太阳、率谷、颌厌、曲鬓,配双侧风池、内关、合谷,针刺得气后使用 60~80 Hz 连续波,留针 30 min,随后在患侧颈部风池、天柱穴处用七星针扣刺至皮肤微红,其中 26 例急性发作期的患者治愈 6 例,占 23.1%,明显好转 14 例,占 53.8%,显效 6 例,占 23.1%。杨军^[13]等在临床治疗偏头痛急性发作时,治疗组采用神庭、双侧内关和神门为主穴,双侧合谷、太冲、风池、列缺、太阳,患侧头维、丝竹空、率谷为配穴,并辨证加减。以上穴位进针得气后主穴使用疏密波连续刺激 30 min,频率以病人耐受为度,其他穴位每隔 10 min 行针一次,使用平补平泻手法。对照组选用治疗组中的配穴,两组在首次治疗后 24h 的即刻止痛效果无统计学差异($P > 0.05$),说明两种方法都有即时治疗作用。临床治疗在毫针的基础上加用电针仪以增加镇痛的作用,但也有文献指出阴性结果。如张敏尚^[14]等选用患侧丝竹空透率谷,颌厌透曲鬓,配双侧风池,

健侧外关、临泣,针刺得气后连接电针仪,选用 60 Hz 连续波,并留针 30 min。其治疗后观察头痛减轻等情况的即时疗效与对照组单纯口服西比灵不存在统计学差异($P > 0.05$)。

2.3 刺络放血疗法 王峰^[15]等选用太阳、尺泽等,配合随症加减,使用中号三棱针刺破各穴浅表的血络,以每穴出血量 5~10 ml,一次出血总量 50~100 ml 为度作为刺血组,对照选用太阳、百会、率谷等穴位常规针刺,在治疗结束后 30min,前者即时疗效优于后者($P < 0.05$)。李永凯^[16]等选用双侧风池、太阳、率谷、合谷,百会、印堂、阿是穴,进针采用平补平泻手法,后选用高频连续波连续刺激,并另选 1~2 个痛点用三棱针点刺出血。该治疗方法较单纯使用电针在施术后 3 日内即时效应更优($P < 0.05$)。中医认为偏头痛的主要病机就是瘀血,三棱针局部刺络放血疗法具有除菀陈之意,瘀得祛而痛立止,起效迅速,是针灸临床治疗本病的有效疗法。

2.4 穴位注射 叶德宝^[17]使用 10% 当归注射液 2cc 注射双侧内关穴,再配合头部阿是穴远点透刺法治疗偏头痛发作期有效,有效率达 97%。韩亚梅^[18]等使用胞二磷胆碱 1ml 注射天容穴,较口服麦角胺咖啡因 1mg 治疗急性期头痛效果好,前者的总有效率为 96.87%。穴位注射在针灸临床上运用广泛,其不仅能够起到针刺刺激的作用,选用的药物可以达到增强穴位刺激及药物本身的治疗作用。对于常规药物治疗头痛发作时症状控制不理想,严重依赖药物或出现不良反应的患者,程秀兰^[19]等使用 A 型肉毒毒素在头部前额、颞部和枕部及随机位点,即头痛部位重点或有明显压痛点进行注射治疗,治疗头痛总有效率达 98%。其治疗的机制在于令毒素作用于神经纤维,使感受器的配体受到阻滞,打破偏头痛的循环,同时降低 P 物质和参与疼痛传播的其他的配体的释放^[20]。

2.5 耳穴疗法 单秋华^[21]等同时使用耳穴中的颞(枕)、胰胆、神门、交感、皮质下、内分泌穴点刺,并且进行耳背静脉放血,并以自身血进行双侧风池、阳陵泉的注射,有即时止痛作用,治疗前后的止痛效果优于单纯口服麦角胺咖啡因片($P < 0.01$)。该法是一个以耳背放血、自血穴注、耳穴点刺综合而成的治疗方法。耳背放血治疗具有疏通经络、调和气血、祛瘀生新的作用,同时使用自身血液注射于风池、阳陵泉,可通过经络的调整作用通畅气血、调节阴阳平衡,并且可以增强经络刺激效应的强度。再选用耳穴,共奏通经活络、解痉止痛、镇静安神之功效。

3 讨论与思考

西医治疗偏头痛急性发作多选用口服药物,如解热镇痛抗炎药、镇痛药和麦角胺类药物,以及用在急性发作初期的 5-羟色胺(5-HT)受体激动剂等。这些口服药物尽管使用比较方便,但是作为化学药物它们均带来了一些临床毒副作用。如反复使用解热镇痛抗炎药可能出现恶心、呕吐、胃黏膜出血、胃溃疡等消化道症状,以及抗血小板作用所致的出血倾向及症状。使用镇痛药物易出现耐受性和依赖性,而出现药物依赖性头痛。口服麦角胺类药物有许多不良反应,包括恶心、呕吐、头痛加重、麻痹、头晕、口干等。对于麦角胺和

双氢麦角胺对于患有缺血性心脏病、心肌梗塞、间歇性跛行、高血压和怀孕的患者来说是不能使用的。另外,5-HT受体激动剂的曲普坦类药物却因为价格昂贵而成为治疗偏头痛的高端药品,其具有收缩血管的作用,故高血压病且血压未得到控制、脑或周围血管疾病、冠状动脉病变患者,发生过心肌梗死、变异性心绞痛和冠状动脉痉挛的病人不应使用。

针灸作为非药物的自然疗法,越来越受到世人的关注。针灸治疗偏头痛的历史十分久远,它不仅临床疗效肯定、安全^[22,23],减少了部分化学药品带来的毒副作用,而且具有良好的社会效益^[24]。临床治疗本病多选用头部穴位再配合辨证远道取穴以达到疏风通络、活血止痛的作用。在针灸治疗偏头痛的机制研究文献^[25-27]中,针刺前后通过经颅多普勒超声(TCD)可以发现脑血管扩张,血流阻力降低和循环改善的情况,同时对脑组织血氧饱和度、血清镁、血液流变学指数、血小板、血小板激活因子(PAF)等含量、血浆5-HT、血浆一氧化氮(NO)、血浆内皮素(ET-1)水平、血管活性物质都存在影响,并对自主神经(ANS)功能存在调节作用,从而达到治疗作用。

4 结语

目前国内关于针灸治疗偏头痛急性发作期即时效应的研究并不多,特别缺少大样本、多中心的随机对照试验。目前不少临床疗效观察尚未完全遵循随机化原则,亦缺乏统一规范的诊断标准和疗效判定标准,但是就现有证据而言,已有随机对照的临床研究表明了针灸在偏头痛急性期的治疗,疗效是肯定的。此外,偏头痛具有反复发作的临床特点,针灸治疗不仅可以缓解急性期的疼痛,而且可以从本论治,减少偏头痛发作的次数,提高患者的生活质量,同时减少化学药物的毒副作用。在近期和长期疗效方面,针灸治疗都具有较大的优势。

综上,笔者认为针灸治疗偏头痛可为广大患者提供一条简便、有效、安全的临床治疗途径。

参考文献

- [1]郭述苏.中国偏头痛流行病学调查[J].临床神经病学杂志,1991,4(2):65.
- [2]Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, et al. Prevalence of migraine in the United States[J]. JAMA, 1992, 267: 64.
- [3]陈宝田,朱成全.头面部疼痛诊断治疗学[M].北京:北京科学技术出版社,2003:90-101.
- [4]张舒雁,马泽云,金国利.邻点透刺加电针震颤法治疗瘀血型偏头痛急性发作疗效观察[J].中华中医药学刊,2007,2(25):401-403.
- [5]刘波,邱丽敏.针刺“头四关穴”治疗偏头痛的临床研究[J].辽宁中医杂志,2006,33(11):1484-1485.
- [6]孔德清.针刺治疗偏头痛临床观察[J].江西中医药杂志,2006,37(10):48.
- [7]陈雷.调神为主针刺治疗偏头痛30例[J].上海针灸杂志,2005,

- 10(24):7-8.
- [8]廖志山,赖洪康.第二掌骨全息针刺治疗偏头痛40例疗效观察[J].新中医,2003,3(35):46.
- [9]郭丽,樊小农,陈祥芳,等.针刺治疗60例急性期偏头痛疗效观察[J].上海针灸,2006,11(25):24-25.
- [10]王舒,陈祥芳,郭琳,等.针刺治疗偏头痛60例急性期临床疗效评价[J].辽宁中医杂志,2006,33(11):1489-1490.
- [11]贾春生,石晶,马小顺,等.不同穴位电针治疗偏头痛效果及其影响因素的研究[J].中国针灸,2007,8(27):557-561.
- [12]王苏焱.电针合刺络治疗偏头痛38例临床观察[J].中国实用医学研究杂志,2003,6(2):356-357.
- [13]杨军,崔卫东,韩虹虹.镇静安神针刺法治疗偏头痛60例[J].天津中医药大学学报,2006,9(25):175-176.
- [14]张敏尚,王秋景,王山.针刺治疗偏头痛30例疗效观察[J].四川中医,2005,23(1):91-92.
- [15]王峥,郭泽新,马雯.三棱针刺血治疗偏头痛的临床观察[J].上海针灸杂志,2002,6(21):11-12.
- [16]李永凯,王裕贤,刘兰兰.局部刺血治疗血瘀型偏头痛临床观察[J].新疆中医药,2007,25(5):54-55.
- [17]叶德宝.穴注内关穴加针刺阿是穴治疗偏头痛急性发作150例临床研究及其机理初探[J].针灸临床杂志,1996,12(2):17-19.
- [18]韩亚梅,朱艳梅.胞二磷胆碱穴位注射治疗急性偏头痛32例[J].河南医药信息,1995,10(3):32-33.
- [19]程秀兰,程秀梅.A型肉毒毒素治疗发作期偏头痛50例[J].郑州大学学报(医学版),2006,9(41):1004-1005.
- [20]Blumenfeld AM, Birlider W, et al. Procedures for administering botulinum toxin type A for migraine and tension-type headache[J]. Headache, 2003, 43(8):884-886.
- [21]单秋华,杨佃会,贾真,等.耳穴综合疗法治疗发作期普通偏头痛即刻疗效观察[J].山东中医药大学学报,2006,5(30):201-203.
- [22]周建伟,赵菁菁,张颜.针灸治疗偏头痛临床研究的现状与评价[J].中国中医急症,2006,9(15):1022-1024.
- [23]张璐,刘保延,晋志高.针灸治疗头痛的国内文献评价[J].中国针灸,2003,23(11):633-636.
- [24]Liguori A, Petti F, Bangrazi A, et al. Comparison of pharmacological treatment versus acupuncture treatment for migraine without aura-analysis of socio-medical parameters[J]. J Tradit Chin Med, 2000, 20(3):231-240.
- [25]晁明杰,刘志顺.针刺治疗偏头痛的机制[J].中国康复,2005;8(20):242-243.
- [26]Zhong Rensun, Yan Jingwu, Xiao Jieli. Study on the clinical effect of acupuncture on migraine and its biochemical mechanism[J]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation, 2004, 8(10):1994-1995.
- [27]郭丽.针刺治疗偏头痛机理的临床及实验研究进展[J].针灸临床杂志,2006;22(3):49-50.

(收稿日期:2009-01-10)

欢 迎 投 稿 ! 欢 迎 订 阅 !