

针刺督脉、背俞穴联合麦粒灸治疗无先兆偏头痛痰浊上扰证临床研究

王薪景, 周磊, 施文兴

空军杭州特勤疗养中心疗养三区中医科, 浙江 杭州 310000

[摘要] 目的: 观察针刺督脉、背俞穴联合麦粒灸治疗无先兆偏头痛痰浊上扰证的临床疗效。方法: 选取100例无先兆偏头痛痰浊上扰证患者, 采用随机数字表法分为观察组和对照组各50例。对照组给予盐酸氟桂利嗪胶囊治疗, 观察组在对照组基础上采用针刺督脉、背俞穴联合麦粒灸治疗。比较2组临床疗效、头痛发作次数、头痛持续时间、头痛评分、中医证候积分及脑血流速度。结果: 治疗后, 观察组临床疗效总有效率96.00%, 高于对照组80.00% ($P < 0.05$)。治疗后, 2组头痛发作次数均较治疗前减少, 头痛持续时间均较治疗前缩短, 头痛评分均较治疗前降低, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组头痛发作次数少于对照组, 头痛持续时间短于对照组, 头痛评分低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组头痛胀重、胸闷脘胀、呕恶痰涎积分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 观察组头痛胀重、胸闷脘胀、呕恶痰涎积分均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组大脑前动脉 (ACA)、大脑中动脉 (MCA)、大脑后动脉 (PCA)、椎动脉 (VA) 及基底动脉 (BA) 血流速度均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 观察组 ACA、MCA、PCA、VA 及 BA 血流速度均低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在盐酸氟桂利嗪胶囊治疗基础上使用针刺督脉、背俞穴联合麦粒灸治疗可降低无先兆偏头痛痰浊上扰证患者的脑血流速度, 改善临床症状, 提高临床疗效。

[关键词] 无先兆偏头痛; 痰浊上扰证; 针刺; 督脉; 背俞穴; 麦粒灸; 中医证候; 脑血流速度

[中图分类号] R747.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2023) 10-0117-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.10.024

Clinical Study on Acupuncture at Governor Vessel and Beishu Points Combined with Moxibustion with Seed-Sized Moxa Cone for Migraine Without Aura with Syndrome of Upward Harassment of Phlegm Turbidity

WANG Xinjing, ZHOU Lei, SHI Wenxing

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of therapy of acupuncture at governor vessel and Beishu point combined with moxibustion with seed-sized moxa cone on migraine without aura with syndrome of upward harassment of phlegm turbidity. **Methods:** A total of 100 patients with migraine without aura with syndrome of upward harassment of phlegm turbidity were selected and divided into the observation group and the control group according to the random number table method, with 50 cases in each group. The control group was given Flunarizine Hydrochloride Capsules for treatment, and the observation group was additionally treated with acupuncture at governor vessel and Beishu points combined with moxibustion with seed-sized moxa cone based on the treatment of the control group. The clinical effects, onset times of headache, duration and scores of headache, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores and cerebral blood flow rates were compared between the two groups. **Results:** After treatment, the total clinical effective rate was 96.00% in the observation group, higher than that of 80.00% in the control group

[收稿日期] 2022-12-08

[修回日期] 2023-02-13

[作者简介] 王薪景 (1983-), 女, 主治医师, E-mail: wangxinjing83@163.com。

[通信作者] 施文兴 (1972-), 男, 副主任医师, E-mail: PLANSWX@126.com。

($P < 0.05$). After treatment, the onset times of headache in the two groups were decreased when compared with those before treatment; the duration of headache were shorter than those before treatment, the scores of headache were decreased when compared with those before treatment, differences being significant ($P < 0.05$); the onset times of headache in the observation group was less than that in the control group, the duration of headache was shorter than that in the control group, and the score of headache was lower than that in the control group, differences being significant ($P < 0.05$). After treatment, the scores of pain and fullness and heaviness in head, chest discomfort and distention in stomach, vomiting and nausea and phlegm drool in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the above 3 scores in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the blood flow rates of anterior cerebral artery (ACA), middle cerebral artery (MCA), posterior cerebral artery (PCA), vertebral artery (VA) and basilar artery (BA) in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the blood flow rates of ACA, MCA, PCA, VA and BA were lower than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Based on the treatment of Flunarizine Hydrochloride Capsules, the application of acupuncture at governor vessel and Beishu points combined with moxibustion with seed-sized moxa cone can decrease the cerebral blood flow rate of patients with migraine without aura with syndrome of upward harassment of phlegm turbidity, and improve the clinical symptoms and clinical effect.

Keywords: Migraine without aura; Syndrome of upward harassment of phlegm turbidity; Acupuncture; Governor vessel; Beishu points; Moxibustion with seed-sized moxa cone; Traditional Chinese medicine syndrome; Cerebral blood flow rate

偏头痛是一种原发性血管性头痛,常表现为发作性的偏侧搏动性头痛,伴恶心、呕吐及羞明畏光,反复发作且经久不愈^[1-2]。偏头痛分为无先兆偏头痛和先兆偏头痛,其中无先兆偏头痛是指无先兆症状的偏头痛,临床治疗以缓解急性发作期的疼痛为主。目前,西医常以盐酸氟桂利嗪治疗偏头痛,但长期服药可能会出现抑郁症或锥体外系症状^[3]。中医学认为,偏头痛是因机体感受外邪,导致脏腑功能失调、气血津液运化失司,水湿停聚,聚湿成痰,痰湿内蕴,上蒙清窍引起。治疗应以化痰开窍、祛风通络、调理气机为原则。针刺与麦粒灸均为中医特色治疗手段,刺或灸特定穴位可调理脏腑、祛湿化痰、疏通经络。有研究表明,以针灸为主的非药物治疗方法在偏头痛的防治中发挥重要作用^[4]。督脉经穴是治疗偏头痛的常用穴位,背俞穴与五脏六腑相通,针刺背俞穴可有效调理五脏六腑气机。本研究观察针刺督脉、背俞穴联合麦粒灸治疗无先兆偏头痛痰浊上扰证的临床疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《中国偏头痛诊断治疗指南》^[5]中无先兆偏头痛的诊断标准。头痛至少发作5次,头痛发作持续4~72 h,在头痛发作的过程中,至少符合下列2项中的1项,包括恶心与呕吐,畏声与畏光,并且头痛的特点符合至少下列4项中的2项,包括单侧、搏动性、中重度头痛,日常体力活动可以加重头痛或因头痛而避免日常活动。

1.2 辨证标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[6]中头风的辨证标准辨为痰浊上扰证。症见头痛胀重,或兼目眩,胸闷脘胀,呕恶痰涎,舌苔白腻,脉弦滑。

1.3 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准;参与研究前2周内未接受偏头痛相关治疗;处于发作期;对本研究内容知晓并同意,签署知情同意书。

1.4 排除标准 存在认知障碍或沟通交流异常者;存在重要脏器功能病变者;脑血管疾病、颅内动脉瘤和占位性病变等颅内器质性病变;妊娠期或哺乳

期妇女;对本研究治疗方案存在禁忌证者。

1.5 一般资料 选取2019年3月—2022年3月在空军杭州特勤疗养中心治疗的100例无先兆偏头痛痰浊上扰证患者,按随机数字表法分为观察组和对照组各50例。观察组男22例,女28例;年龄22~48岁,平均 (34.94 ± 6.01) 岁;病程1~5年,平均 (2.94 ± 0.92) 年。对照组男19例,女31例;年龄21~48岁,平均 (34.41 ± 6.25) 岁;病程1~6年,平均 (2.98 ± 1.03) 年。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予盐酸氟桂利嗪胶囊(西安杨森制药有限公司,国药准字H10930003,规格:5 mg/粒)口服治疗。每次10 mg,每天1次,连续治疗4周。

2.2 观察组 在对照组基础上给予针刺督脉、背俞穴联合麦粒灸治疗。①针刺。取督脉经穴(风府、百会)、背俞穴(双侧脾俞、肺俞、肝俞、肾俞),对穴位常规消毒后,使用0.25 mm×60 mm的环球牌不锈钢毫针进行针刺。先针刺督脉经穴,患者取伏案位,头微前倾,放松颈项肌肉,风府斜刺0.5~0.8寸,百会平刺0.5~0.8寸,留针25~30 min,均采用泻法。然后针刺背俞穴,患者取俯卧位,放松背部肌肉,脾俞、肺俞、肝俞、肾俞均斜刺0.5~0.8寸,留针25~30 min,均采用平补平泻法。②麦粒灸。取双侧脾俞、肺俞、肝俞、肾俞、足三里、阳陵泉、三阴交穴。取3 mg艾绒,制作炷高3 mm、腹径2.5 mm的麦粒型艾炷。在穴位上涂抹医用凡士林,保证艾炷可黏附于皮肤表面。用线香从艾炷尖部点燃,患者烧灼感明显时,施术者用镊子将未燃尽的艾炷移去,更换艾炷再灸第2壮,共灸5~7壮,先取俯卧位灸背俞穴,后取正坐位灸足三里、阳陵泉、三阴交。隔天治疗1次,3次为1个疗程,每个疗程间隔2 d,连续治疗4个疗程。麦粒灸与针刺治疗间隔30 min进行。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②头痛发作次数、持续时间及头痛程度。头痛程度以视觉模拟评分法(VAS)评估,总分0~10分,分值越高表示疼痛越强烈。③中医证候积分。参考文献[7]对头痛胀重、胸闷脘胀、呕恶痰涎进行计分,总分0~9分,具体计分标准见表1。④脑血流速度。采用经颅多普勒超

声检测双侧大脑前动脉(ACA)、大脑中动脉(MCA)、大脑后动脉(PCA)、椎动脉(VA)及基底动脉(BA)的血流速度。

表1 中医证候分级量化表

项 目	0分	1分	2分	3分
头痛胀重	无	轻微头痛,时作时止	头痛难忍,持续不止	头痛难忍,上冲巅顶
胸闷脘胀	无	轻微胸部憋闷	胸闷明显,时见太息	胸闷如窒
呕恶痰涎	无	恶心,偶见痰涎清稀	干呕时吐痰涎如唾	呕吐痰涎量多

3.2 统计学方法 采用SPSS21.0统计学软件分析数据。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对 t 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治疗4周后,参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]制定疗效标准。显效:与治疗前比较,头痛、胸闷、呕恶痰涎等临床症状明显改善,中医证候积分减少 $\geq 70\%$;有效:与治疗前比较,上述临床症状均有好转,中医证候积分减少30%~69%;无效:与治疗前比较,上述临床症状无明显改善,甚或加重,中医证候积分减少 $<30\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表2。治疗后,观察组临床疗效总有效率96.00%,高于对照组80.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组临床疗效比较

组 别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	50	31(62.00)	17(34.00)	2(4.00)	48(96.00)
对照组	50	19(38.00)	21(42.00)	10(20.00)	40(80.00)
χ^2 值					6.061
P 值					0.014

4.3 2组治疗前后头痛发作次数、持续时间及头痛评分比较 见表3。治疗前,2组头痛发作次数、持续时间及头痛评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组头痛发作次数均较治疗前减少,头痛持续时间均较治疗前缩短,头痛评分均较治疗前降低,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组头痛发作次数少于对照组,头痛持续时间短于对照组,头痛评分低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.4 2组治疗前后中医证候积分比较 见表4。治疗前,2组头痛胀重、胸闷脘胀、呕恶痰涎积分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组头痛胀重、胸闷脘胀、呕恶痰涎积分均较治疗前降低($P<0.05$),观察组头痛胀重、胸闷脘胀、呕恶痰涎积分均低于对照组($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后头痛发作次数、持续时间及头痛评分比较($\bar{x}\pm s$)							
组别	例数	头痛发作次数(次)		头痛持续时间(d)		头痛评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	5.29±1.32	1.91±0.26 ^①	2.11±0.14	0.94±0.32 ^①	6.87±1.12	2.47±1.26 ^①
对照组	50	5.16±1.17	1.64±0.47 ^①	2.16±0.17	1.26±0.24 ^①	6.91±1.07	3.17±1.12 ^①
<i>t</i> 值		0.521	5.924	1.605	5.657	0.183	2.936
<i>P</i> 值		0.603	<0.001	0.112	<0.001	0.855	0.004

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$

表4 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$)								分
组别	例数	头痛胀重		胸闷脘胀		呕恶痰涎		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
观察组	50	2.22±0.55	0.78±0.42 ^①	1.97±0.53	0.92±0.57 ^①	2.32±0.59	0.84±0.71 ^①	
对照组	50	2.24±0.48	1.18±0.44 ^①	2.07±0.55	1.76±0.53 ^①	2.18±0.61	1.88±0.63 ^①	
<i>t</i> 值		0.194	4.650	0.926	7.631	1.167	7.747	
<i>P</i> 值		0.847	<0.001	0.357	<0.001	0.246	<0.001	

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$

4.5 2组治疗前后脑血流速度比较 见表5。治疗前,2组ACA、MCA、PCA、VA及BA血流速度比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组ACA、MCA、PCA、VA及BA血流速度均较治疗前降低,观察组ACA、MCA、PCA、VA及BA血流速度均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表5 2组治疗前后脑血流速度比较($\bar{x}\pm s$)						cm/s
项目	时间	观察组 (例数=50)	对照组 (例数=50)	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	
ACA	治疗前	62.35±3.59	63.15±3.64	1.106	0.271	
	治疗后	49.32±3.21 ^①	52.32±2.32 ^①	5.356	<0.001	
MCA	治疗前	85.14±5.21	84.95±4.96	0.187	0.852	
	治疗后	56.21±5.26 ^①	59.65±4.68 ^①	3.455	<0.001	
PCA	治疗前	54.26±5.23	53.69±5.61	0.526	0.600	
	治疗后	41.26±4.02 ^①	44.37±3.98 ^①	3.887	<0.001	
VA	治疗前	41.65±3.55	40.98±4.16	0.866	0.388	
	治疗后	31.21±2.95 ^①	34.67±2.32 ^①	6.519	<0.001	
BA	治疗前	46.54±4.29	45.98±2.71	0.780	0.437	
	治疗后	37.62±3.62 ^①	39.54±2.84 ^①	2.951	0.004	

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$

5 讨论

盐酸氟桂利嗪胶囊为钙通道阻滞剂,可有效防

止因缺血引起的细胞病理性钙超载,抑制细胞损伤,易透过血脑屏障,缓解脑血管痉挛,可有效缓解头痛症状^[8-9]。西医临床常用其治疗无先兆偏头痛,但因其具有一定不良反应,且长期服用可能会产生耐药性,影响治疗效果,不能持续使用,临床一般在头痛症状得到控制后进行停药观察。有研究指出,单独使用盐酸氟桂利嗪治疗偏头痛仍有部分患者治疗效果欠佳^[10]。针灸是中医特色疗法,笔者在临床上常用此法治疗偏头痛,临床疗效较好。本研究以针刺督脉、背俞穴联合麦粒灸治疗无先兆偏头痛痰浊上扰证,旨在提高临床疗效。

偏头痛归属于中医学头风范畴。中医学认为,头为“诸阳之会”“清明之府”,居人体最高之处,脾虚运化失职,痰浊中阻,清阳之气难以升达头目,脑窍蒙蔽而致病。治疗应以化痰开窍、祛风通络止痛为主。本研究针刺取穴督脉经穴与背俞穴,督脉为奇经八脉之一,为“阳脉之海”,具有调节阳经气血、醒脑开窍的作用。本研究取风府、百会穴,其中刺激风府可疏风解表、化痰开窍,百会居巅顶,为诸阳之会,针刺此穴有熄风醒脑、调理气机的作用。背俞穴分布于足太阳膀胱经上,与五脏

六腑密切相关,针刺背俞穴可调理五脏六腑之气机,达到固本培元之效^[11]。脾主运化,喜燥恶湿,脾虚则无力运化,水湿停聚而酿痰内阻,清阳、浊阴不得升降,清窍受蒙引发头痛。痰液的形成责之于脾,也与肺、肾、肝密切相关,肺失宣降则津液不布,肾阳不足则水液不得蒸化,肝失疏泄则气机郁滞,三者均可助生痰饮。取脾俞、肺俞、肝俞、肾俞穴行麦粒灸治疗,以温补中气、蒸化津液、祛痰疏经。足三里为足阳明胃经合穴,灸之可调理脾胃、祛风化湿;阳陵泉属足少阳胆经,是八会穴之筋会,具有活血通络、疏调经脉的功效;三阴交属足太阴脾经,为肝、脾、肾3条阴经的交会处,具有活血祛风、疏肝健脾、行气和胃的功效。在针刺刺激穴位的基础上联合麦粒灸以火促通、以温补虚,具有扶正祛邪、通补兼施的作用,两者共奏健脾益气、化痰开窍、祛风通络、止痛之效,可有效缓解痰浊上扰引起的偏头痛。

本研究结果显示,治疗后,观察组头痛评分、中医证候积分均低于对照组,观察组临床疗效总有效率高于对照组。提示在盐酸氟桂利嗪胶囊基础上加用针刺督脉、背俞穴与麦粒灸治疗无先兆偏头痛痰浊上扰证,可有效改善患者的临床症状,提高临床疗效。有研究表明,颅内血流状态与疾病的发生、发展有密切关系,大脑血流速度加快,引起脑血管痉挛,诱发偏头痛^[12]。治疗后,观察组脑血流速度比对照组降低更明显。提示针刺督脉、背俞穴与麦粒灸联合应用可有效降低无先兆偏头痛痰浊上扰证患者的脑血流速度。考虑原因为,先针刺后麦粒灸,对激发人体正气的作用更强,可通过深度刺激穴位来调节脑血管的舒张及收缩功能,且麦粒灸可使患者出现一过性的灼痛感,造成血管快速扩张,具有“通脉”的作用^[13]。

综上所述,针刺督脉、背俞穴联合麦粒灸治疗可进一步改善无先兆偏头痛痰浊上扰证患者的临床症状,降低脑血流速度,提高临床疗效。

[参考文献]

- [1] 张伟,李爱红. 盐酸氟桂利嗪联合阿司匹林对偏头痛患者临床症状及血管活性因子的影响[J]. 中南医学科学杂志, 2018, 46(4): 428-430.
- [2] 高倩倩,陈日兰,谢桂鑫,等. 电针联合天灸治疗瘀阻脑络型偏头痛的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(7): 1364-1369.
- [3] 郑冰如,王虹,殷为勇,等. 盐酸氟桂利嗪致锥体外系反应3例分析[J]. 药物流行病学杂志, 2016, 25(11): 740-741.
- [4] 于生元,万琪,王伟,等. 偏头痛非药物防治中国专家共识[J]. 神经损伤与功能重建, 2021, 16(1): 1-5.
- [5] 中华医学会疼痛学分会. 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.
- [6] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994: 22-23.
- [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: 105-109.
- [8] 张绿明,邱石,李芹,等. 盐酸氟桂利嗪治疗偏头痛的临床疗效及其对血浆降钙素基因相关肽水平的影响[J]. 实用心脑血管病杂志, 2020, 28(3): 106-108.
- [9] 鲁文琴,尹航. 盐酸氟桂利嗪胶囊的临床研究与药理作用[J]. 中国现代药物应用, 2012, 6(19): 130-131.
- [10] 沈晓英,张力,李鑫,等. 自拟祛风化痰止痛方加减治疗偏头痛急性发作(风痰上扰证)的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31(1): 101-104.
- [11] 刘安利,杜培学,袁周萍. 针刺背俞穴配合中医汤药治疗慢性疲劳综合征临床疗效[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(4): 171-174.
- [12] 邓凯峰,李雪,陆惠玲,等. 针刺对偏头痛患者疼痛及脑血流动力学的影响:随机对照研究[J]. 中国针灸, 2021, 41(2): 115-120.
- [13] 蔡慧倩,栗胜勇,蒋芳杏,等. 壮医药线灸结合麦粒灸治疗偏头痛的远期疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(7): 36-40.

(责任编辑:刘迪成,蒋维超)