自拟芎芷汤治疗偏头痛疗效观察

黄龙坚 吕 艳 \* 广西中医药大学附属瑞康医院 530011 南宁市华东路10号

摘 要 目的：观察芎芷汤治疗偏头痛的疗效 。方法：将纳入观察的80例偏头痛患者随机分为治疗组42例 和对照组38例 。治疗组口服中药芎芷汤，对照组口服氟桂利嗪胶囊 。两组治疗4周后观察临床疗效，并于治疗前 后分别测定患者血浆β-EP含量 。结果：治疗组治疗4周后疗效优于对照组（P<0.05），治疗后β-EP含量升高较对 照组明显（P<0.05）。结论：芎芷汤治疗偏头痛具有较好的疗效，机制可能与提高患者血浆β-EP含量有关。

关键词 芎芷汤；偏头痛；中医药疗法

中图分类号：R255.9 文献标识码：A 文章编号：1003-0719（2013）03-0019-02

偏头痛是临床常见病和多发病， 是以反复发作的偏侧或双侧头痛为特 征的神经、血管功能障碍性疾病，严重 影响人们的日常学习和生活。近年来， 笔者采用自拟芎芷汤治疗偏头痛取得 了较好疗效，现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 80例患者来自于2010 年6月至2012年12月广西中医药大学 附属瑞康医院神经内科收治的偏头痛 患者，随机分为治疗组42例和对照组 38例。治疗组男性22例，女性20例；年 龄42.3±11.5岁；病程6.8±2.5年。对照组 男性18例，女性20例；年龄45.5±10.3 岁；病程7.0±2.9年。两组年龄、性别、病 程等比较差异无统计学意义（P＞0.05）， 具有可比性。

1.2 纳入标准 ①诊断符合国际头痛 协会制定的标准［ 1 ］及中医头风病诊断 标准［2］；②年龄18～65岁，首发年龄<50 岁；③发作次数每月≥2次，病程≥ 1 年；④签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①不符合上述纳入标 准者；②妊娠或哺乳期的患者；③合并 心脑肾等系统严重并发症者；④近1月 服用预防偏头痛药物者；⑤特殊类型 的偏头痛（无头痛的典型先兆、家族性 偏瘫型偏头痛、基底型偏头痛等）患者。

|  |  |
| --- | --- |
| 2 治疗方法2.1 治疗组 口服芎芷汤（自拟）。药 物组成：川芎、白芷、白芍、延胡索、夏 枯草、蔓荆子、柴胡各10 g，防风5 g，细 辛3 g，葛根15 g 。服用方法：每日1剂， 水煎至400 ml，分2次早晚温服。2.2 对照组 服用氟桂利嗪胶囊（西 安杨森制药有限公司，批号071120467）5 mg，每日1次睡前服，在观察期间不 服用其他止痛剂。两组疗程均为4周。治疗结束后分 别测定两组患者血浆的β-EP的含量， 比较两组疗效。2.3 血浆β-EP测定 所有受试者于 空腹抽取静脉血2 ml，注入加有1%肝 素20 μl、抑肽酶1 000单位的试管中， 混匀，低温离心（3 000 rpm，10 min）。 取血浆置于-20 ℃冰箱中保存，集中待 测。治疗结束后复测，采用放射免疫分 析法测定。2.4 统计学方法 数据以均数±标准 | 差（x±s）表示，应用SPSS16.0软件，两组 间比较采用t检验，疗效比较采用Ridit 分析，以P<0.05为差异有统计学意义。3 疗效观察3.1 疗效标准 参照《中药新药临床 研究指导原则》（中华人民共和国卫生 部，1955.）中的相关疗效标准评定。头 痛及伴随症状消失为临床痊愈；疼痛 强度及伴随症状明显减轻，发作次数 减少，持续时间减少2/3以上为显效； 头痛有所减轻，发作间隔时间延长，持 续时间减少1/3以上为有效；疼痛无显 明变化或加重，发作次数增加，持续时 间延长为无效。3.2 结果3.2.1 两组疗效比较 见表1。3.2.2 两组治疗前后血浆β-EP含量的 比较 见表2。4 讨 论偏头痛是一种由神经-血管功能 |

表 1 两组疗效比较 （例）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 组 别 | n | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 |
| 治疗组 | 42 | 18 | 10 | 10 | 4 |
| 对照组 | 38 | 10 | 8 | 11 | 9 |

注：两组疗效比较，经Ridit分析，u=1.9292，P<0.05，治疗组优于对照组

基金项目：广西中医药大学自然科学基金资助项目（编号：P2012052）

\*通讯作者

广西中医药 2013 年 6 月第 36 卷第 3 期

（总 145 ）· 19 ·

表 2 两组治疗前后血浆 β-EP 含量的比较 （ng/L，x±s）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 组 别 | n | 治疗前 | 治疗后 |
| 治疗组 | 42 | 165.23±30.19 | 253.35±33.61① ② |
| 对照组 | 38 | 166.49±32.25 | 198.35±35.96① |

注：与同组治疗前比较，①P<0.01；与对照组治疗后比较，②P<0.01

|  |  |
| --- | --- |
| 障碍所引起的以反复发作的偏侧或双 侧头痛为特征的疾病。偏头痛的发生 与颅内外血管调节不稳定及某些血管 活性物质如5-羟色胺、儿茶酚胺、血管 活性肽等活性物质改变有关。β-EP是 其中最重要的一种血管活性肽，主要 分布在丘脑、垂体、肾上腺等组织中， 是对疼痛通路进行调节的最重要的抑 制性递质，其水平的提高可增强突触 前膜对中枢疼痛通路的抑制作用，从 而起到镇痛作用［3］。偏头痛属于中医学“头痛”“头风” 等范畴。其病机与风、火、痰、瘀等因素 有关，病性为本虚标实，内有伏邪，遇 外邪诱发。有学者提出从肝从风论治 偏头痛，认为是情志不遂，气郁伤肝， 肝失疏泄，气逆上犯头部，使头部气血 不畅成瘀，瘀阻脑络，发为头痛［4］。故 治当以平肝祛风，行气止痛，活血祛瘀 通络为法。川芎、白芷是治疗偏头痛的 常用药物，研究证实不同配比、不同剂 型的川芎-白芷药对可通过影响单胺类 递质的释放来而改善偏头痛的症状［5］。 参照上述组方思想， 结合偏头痛病因 病机，笔者自拟芎芷汤来治疗偏头痛。 方中川芎活血化瘀、祛风止痛为君药； 白芷、白芍、葛根为臣药；蔓荆子、柴 胡、细辛、防风、延胡索、夏枯草为佐使 药；全方共奏平肝潜阳、活血通络之 功。研究证实，川芎主要成分川芎嗪能 缓解血管平滑肌痉挛，改善脑血流及 神经系统功能障碍［6］；白芷中的挥发 油可促进β-EP的前体物质前阿黑皮 素（POMC）mRNA的表达，通过增加内 源性镇痛物质含量来激活内源性镇痛 机制而发挥镇痛作用［5］，葛根能抑制 5-HT的释放［7］。笔者临床观察发现， 80例偏头痛 患者采用芎芷汤治疗4周后取得了较 好的疗效，同时，血浆β-EP水平也显 著升高，与氟桂利嗪比较差异有统计 | 学意义（P<0.01），提示芎芷汤治疗偏 头痛的机制可能与提高血浆中具有镇 痛作用的β-EP含量有关。综上所述， 芎芷汤治疗偏头痛疗效较好，无明显 不良反应，值得临床推广应用。参考文献［1］ Headache classification subcommitte of the international headache society. The international classification of headache disorders and edition［J］. Cephalalgia，2004，24（Suppl 1）：9.［2］全国脑病急症协作组．头风诊断与疗 效评定标准［J］．北京中医药大学学 报，1993，16（3）：69.［3］Dionne R A，Mueller G P，Young R E. Contrast medium causes the apparentincrease in 3-endorphin levels in hu- man，brospinal fluid following brain stimulation［J］．Pain，1984（20）：313 - 327.［4］李乐军，邵凤扬，陈丽萍，等．芎芷煎 方治疗偏头痛62例［J］．中国实验方 剂学杂志，2011，17（17）：246-248.［5］聂红，沈映君．白芷总挥发油对疼痛 模型大鼠的β-内啡肽、促肾上腺皮 质激素、一氧化氮及前阿黑皮素的 影响 ［J］． 中国中药杂志， 2002，27 （9）：690.［6］张兆辉，卫涛涛，余绍祖，等．川芎嗪 的抗氧化机制对缺血性脑损伤的保 护作用［J］．中国临床康复，2004，34 （8）：7742.［7］高崇凯，吴雁，王勇，等．白芍总苷粉 针剂的抗炎镇痛作用［J］．中国新药 与临床药理，2002，13（3）：163.（2013－04－12 收稿/编辑 陈明伟） |

房颤即心房纤颤，其发病率仅次于 早搏。房颤按发作情况来划分，可分为急 性房颤与慢性房颤，慢性房颤又可再分 为持续性房颤、阵发性房颤和永久性房 颤［ 1］。2010年1月至 2012年12月，笔者采 用炙甘草汤加减配合胺碘酮治疗慢性房 颤患者30例，并设胺碘酮治疗组对照观 察，取得了较好的临床疗效，现报道如 下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2010年1月至 2012年12 月，我院内二科共收治60例患者，在治疗 前均已确诊为阵发性房颤，并经心电图 证实。随机分为治疗组和对照组各30例。 治疗组 男 18 例 、 女 12 例 ， 年龄36～87 （50.45±3.5）岁，病程2～10（3.5±1.2）年；对 照组男17例、女13例，年龄40～76（51.02± 4.5）岁，病程1～9（3.2±1.5）年。两组一般资 料经统计学处理，差异无显著性（P＞0.05）， 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准［2 ］ 体征：心音强 弱不等、心律绝对不规则、脉搏短绌且搏 动次数明显少于心跳；心电图：P波消失， 代之以f波；心室律不规则，每分钟可达 120～180次。排除严重的冠心病、高血压 病、心瓣膜病、心肌病以及甲状腺功能亢 进症等。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医病证 诊断疗效标准》［3 ］ 中“ 心悸”的证候分类 标准拟定。阳虚湿痰型：劳累后心悸加 重，面部苍白水肿，眩晕，气短，畏寒肢 冷，咳吐泡沫痰涎，舌胖淡苔薄白，脉弦 雀啄；气阴两虚型：劳累后心悸自汗加 重，失眠多梦，烦热耳鸣，舌红苔薄，脉细 雀啄；血瘀型：心悸、怔忡，胸闷时痛，唇、 面发绀，舌紫瘀斑，脉涩雀啄。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服，胺碘酮，每次0.2 g， 每日3次；复律后改为胺碘酮每次0.2 g， 每日1次。

2.2 治疗组 胺碘酮服用方法同对照 组，在此基础上加用炙甘草汤加减治疗。 基本方：炙甘草18 g，党参15 g，生地、桂 枝、麦冬、麻仁、生姜各10 g，阿胶6 g（烊 化），大枣8枚。阳虚湿痰型加瓜蒌皮、竹 茹、半夏、白术各10 g；气阴两虚型加黄 芪、玉竹各10 g；血瘀型加黄芪、乳香、没 药各10 g 。加酒、水各半煎服，每日1剂， 分2次服。

两组均治疗4周。

· 20 ·（总 146 ） 广西中医药 2013 年 6 月第 36 卷第 3 期