

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2019.06.002

中图分类号: R 246.6 文献标志码: A

毫火针联合温针灸治疗原发性头痛 40 例*

辜红炜^{1,2△}, 楼雅荟², 彭唯娜¹, 黄石玺^{1✉}(¹中国中医科学院广安门医院针灸科, 北京 100053; ²北京中医药大学, 北京 100029)

[摘要] 目的: 初步验证毫火针联合温针灸治疗原发性头痛的临床疗效, 并且明确其即刻止痛效果。方法: 40 例原发性头痛患者, 穴取阿是穴、太阳、阳上、风池、支沟、太冲、三阴交, 结合毫火针、温针灸治疗, 留针 50 min。隔日 1 次, 每周治疗 3 次, 治疗 2 周, 观察首次治疗后即刻、1 h、2 h 以及治疗结束后与治疗前头痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分的变化; 2 周后随访 VAS、头痛积分、头痛患者生活质量影响六项测试 (HIT-6 量表) 与治疗前的变化。结果: 患者首次治疗后即刻、1 h、2 h 以及治疗结束后 VAS 评分均低于治疗前 (均 $P < 0.05$); 随访 2 周时, VAS、头痛积分各分项和综合积分、HIT-6 量表评分均优于治疗前 (均 $P < 0.05$)。结论: 毫火针与温针灸联合疗法在改善原发性头痛患者头痛程度、发作频率、持续时间、伴随症状和生活质量方面均有效, 并且具有安全、快速起效、镇痛持久的临床效果。

[关键词] 原发性头痛; 毫火针; 温针灸

原发性头痛是指血管神经调节障碍所引起的一种反复发作性的疼痛。原发性头痛一般为功能性, 在成人活动性头痛的总患病率约为 46%^[1]。最常见的原发性头痛是紧张性头痛 (tension type headache, TTH) 和偏头痛 (migraine headache, MH), 约半数 TTH 患者和几乎所有 MH 患者认为头痛发作影响其生活质量^[2-3]。药物治疗停药后易复发, 而且不良反应大, 不宜长期应用。笔者根据多年治疗原发性头痛的经验, 总结出一套起效迅速、作用持久的毫火针与温针灸联合疗法。本课题旨在评价此疗法治疗原发性头痛的临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部病例均为中国中医科学院广安门医院针灸科门诊招募的头痛患者, 从 2017 年 12 月至 2018 年 5 月共招募符合纳入标准的 TTH 和 MH 患者 40 例。其中 TTH 患者 17 例, MH 患者 23 例; 男 10 例, 女 30 例; 年龄最小 18 岁, 最大 60 岁, 平均 41 岁; 病程最短半年, 最长 46 年, 平均 11 年。

1.2 诊断标准

采用国际头痛协会 2004 年“头痛疾患国际分类第二版 (ICHD-2)”所制定的原发性头痛 (TTH 和 MH) 诊断标准^[4]。主要表现为头痛程度或轻或重,

头痛持续时间或长或短, 头痛性质多种多样, 如刺痛、胀痛、灼痛、跳痛、紧压痛等, 伴或者不伴恶心、呕吐、畏光、畏声等症状。

1.3 纳入标准

符合 TTH 或 MH 诊断标准; 年龄 18~60 岁; 治疗前 2 周内未服用过治疗头痛的药物, 包括解热镇痛药、中枢性止痛药等; 自愿接受本治疗方案并签署知情同意书。

1.4 排除标准

哺乳期、妊娠期妇女; 有精神病、情志异常的患者, 有酒精或者其他药物性依赖者; 由于高血压、脑外伤、颅内病变或者其他明确疾病导致的头痛患者; 治疗前 3 个月内使用过抗焦虑抑郁药或抗精神病类药物者; 近 2 周内使用过其他治疗原发性头痛的药物或接受其他治疗手段者; 治疗过程中依从性差, 不配合治疗者; 药物、酒精等戒断所导致的头痛患者; 试验开始后, 若发现受试者不符合本研究的病例纳入标准或符合排除标准者。

2 治疗方法

取穴: 主穴: 阿是穴 (痛点)、太阳 (患侧)、阳上 (太阳穴直上 1.2 寸, 发际边缘, 患侧); 配穴: 双侧头维、风池、支沟、太冲、三阴交。穴位定位参照第 2 版《针灸学》^[5]。操作: 患者取坐位或仰卧位, 常规皮肤消毒后, 采用 0.30 mm × 40 mm 毫针, 阿是穴向下与皮肤呈 60°角斜刺, 进针约 15 mm; 太阳直刺, 进针约 20 mm; 阳上向下与皮肤呈 60°角斜刺, 进针约

*国家中医药管理局中医药科学技术研究专项项目: 2017ZY01ZYLC

✉通信作者: 黄石玺, 主任医师。E-mail: hshixi@163.com

△辜红炜, 北京中医药大学硕士研究生。E-mail: ghweizj@163.com

表 1 40 例原发性头痛患者治疗前与疗程结束后 2 周头痛积分、HIT-6 量表评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

时间	例数	头痛积分					HIT-6
		总分	发作次数	头痛程度	持续时间	伴随症状[M(QR)]	
治疗前	40	14.72 ± 2.87	5.05 ± 1.57	4.50 ± 1.26	4.25 ± 1.71	1.00 (1.75)	63.95 ± 10.93
随访	40	7.56 ± 2.28 ¹⁾	2.80 ± 1.49 ¹⁾	2.50 ± 0.99 ¹⁾	2.25 ± 0.81 ¹⁾	0.00 (0.00) ¹⁾	44.05 ± 10.51 ¹⁾

注:与治疗前同项目比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

15 mm; 风池针尖对准鼻尖方向针刺, 进针约 15 mm; 头维向上平刺, 进针约 15 mm; 支沟、太冲、三阴交均直刺, 进针约 20 mm, 均行平补平泻; 得气后进行毫火针点刺, 即用 2 支 0.35 mm × 25 mm 毫针烧红后点刺阿是穴、太阳、阳上, 进针 2 mm, 要求针体要烧红, 快速直刺毫针进针点旁 0.3 cm 范围内, 点刺后快速出针, 如有出血即刻用消毒干棉球按压止血。毫火针点刺完毕后, 于阿是穴、阳上穴行温针灸, 即在针柄上穿置一艾段 (长约 2 cm, 直径 1.7 cm), 在近皮肤端点燃, 距皮肤约 2.5 cm, 燃尽后去灰, 灸两壮完毕后起针, 注意按压针孔以防出血。治疗时间全程约 50 min, 每周一、三、五各治疗 1 次, 治疗周期为 2 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

(1) 视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS)^[6]: 对患者头痛程度进行评分。建立一条长为 10 cm 的模拟视觉类比等分刻度尺, 尺的两端为“0”和“10”, 0 为无痛, 10 为剧烈疼痛。患者根据头痛程度标出相应点的刻度, 即为 VAS 评分的数值。评价时点分别为治疗前, 首次治疗后即刻、1 h、2 h, 治疗结束后以及治疗结束后 2 周随访。

(2) 头痛积分^[7]: 对头痛发作次数、疼痛程度、持续时间及伴随症状进行评分。头痛发作次数: 按月计算, 每月发作 5 次及以上为 6 分, 3~4 次为 4 分, 2 次及以下为 2 分。头痛发作程度: 发作时须卧床为 6 分, 发作时影响工作为 4 分, 发作时不影响工作为 2 分。头痛持续时间: 持续 2 d 以上为 6 分, 持续 12 h~2 d 为 4 分, 少于 12 h 为 2 分。伴随症状: 伴有恶心、呕吐、畏光、畏声其中 3 项或以上为 3 分, 2 项为 2 分, 1 项为 1 分。评价时点为治疗前和治疗结束后 2 周。

(3) 头痛患者生活质量影响六项测试 (headache impact test-6, HIT-6 量表)^[8]: 6 个问题中每个的相应选项是: 从未 (得分计为 6 分), 很少 (8 分), 有时 (10 分), 非常经常 (11 分) 和总是 (13 分), 总分为 36~78 分。如果 ≥ 50% 的问题得到回答, 总分将从

回答问题的平均分中推断出来。如果 < 50% 的问题得到回答, 分数将被设定为缺失。评价时点为治疗前和治疗结束后 2 周。

3.2 安全性评价

记录患者治疗期间是否发生疼痛、出血、淤青、晕针、烧烫伤、其他不良事件及处理情况。

3.3 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计软件对数据进行统计分析, 对于符合正态分布的计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 治疗前后采用配对样本 t 检验比较; 不符合正态分布则以中位数 (四分位间距) [M(QR)] 表示, 采用非参数检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

(1) 患者治疗前后各时间点 VAS 评分比较

与治疗前 VAS 评分 (7.48 ± 1.92) 相比, 患者首次治疗后即刻 (1.18 ± 1.53)、1 h (2.03 ± 2.42)、2 h (1.98 ± 2.36), 治疗结束后 (0.88 ± 1.59) 以及随访 2 周 (1.70 ± 2.43), VAS 评分均降低 (均 $P < 0.05$)。首次治疗后即刻 VAS 评分低于治疗后 1 h ($P < 0.05$); 首次治疗后 1 h 患者 VAS 评分与治疗后 2 h 比较, 差异无统计意义 ($P > 0.05$); 治疗结束后 VAS 评分低于随访 2 周时 ($P < 0.05$)。提示毫火针联合温针灸可以快速减轻头痛程度, 即刻镇痛效果明确, 且镇痛作用持久。

(2) 患者治疗前后头痛积分和 HIT-6 量表评分比较

治疗结束后 2 周随访患者头痛积分、HIT-6 量表评分与治疗前比较均明显降低 (均 $P < 0.05$)。提示毫火针联合温针灸可以改善头痛积分和生活质量。见表 1。

(3) 安全性分析

研究过程中, 无患者出现局部血肿、断针、遗针、晕针、局部感染和脓肿、烫伤、过敏, 以及针灸后其他不适感 (如恶心、呕吐、心悸、头晕等), 说明此疗法安全性高。

4 体会

原发性头痛目前尚缺乏可视性检查方法及安全有效的治疗药物^[9]。使用止痛药虽然有暂时止痛的效

果,但停药后易复发,有较大的药物不良反应,不宜长期服用。王银浩^[10]采用口服丙戊酸钠与阿米替林治疗原发性头痛,存在不良事件的发生。静脉滴注丙戊酸钠治疗原发性头痛,首次治疗效果有限,且有恶心呕吐、嗜睡、肝功能损害等不良事件发生^[11]。中药治疗原发性头痛能有效缓解头痛程度,于永国^[12]观察通络止痛汤治疗原发性头痛疗效显著,但未对安全性做具体说明。大量的国内临床研究表明,中医针灸对于原发性头痛有明确的疗效^[13]。

本研究结果表明,毫火针联合温针灸治疗原发性头痛温通效果好,即刻止痛作用强,能快速缓解患者头痛程度,且镇痛效果持久;能改善患者头痛程度,降低头痛发作频率,减少持续时间,减轻伴随症状,改善生活质量。

原发性头痛多属中医“头风”的范畴。头为“诸阳之会”“清阳之府”,《临证指南医案》叶天士、邹时乘按:“头痛一症,皆由清阳不升,火风乘虚上入所致”。阳气不足,则内邪易生、外邪易扰,阴阳失调,气血凝滞,阻于经络,犹如污物堆积于沟渠,唯有疏通方可水到渠成。温补阳气、宣通阳气、开门祛邪,以使气血调达、阴阳调和,头痛之疾自除。

此法治疗原发性头痛注重局部取穴,毫火针点刺以阿是穴为主,“腧穴所在,主治所及”,直达病所;温针灸以阿是穴、阳上穴通阳为主,阳上穴为经验穴,应指有动脉搏动,通络止痛的功效甚强,加以温针灸,更加强通络止痛之功效。头维是足阳明、足少阳之会,风池是足少阳、阳维之会,振奋阳气、温阳通脉、通利疏窍。支沟为三焦经经穴,激发经气,疏利三焦,使清阳之气上行。太冲为足厥阴肝经原穴,三阴交为足三阴经交会之处,从阴引阳,提供物质基础。《灵枢·经脉》云:“治在燔针劫刺,以知为数,以痛为输。”痛在头部,不通则痛,故以火针点刺局部,通利枢窍、开郁散结。因传统火针针体较粗,笔者将火针针具改良为统一规格的毫火针,用细小不锈钢毫针替代火针针具,可减少传统火针的某些不足,如①易烧针,减轻火针后的疼痛及患者的恐惧心理,患者易接受;②损伤少:进针后针孔小,对皮肤损伤轻,减少局部感染的危险;③进针准:针体短小,进针操作时,取穴准;④少出血:针刺后出血少,基本不晕针;⑤一次性使用:采用无菌针,避免传统火针一针反复使用导致交叉感染的风险;⑥易普及:普通针灸针作

为针具,便于普及应用等^[14]。毫火针疗法符合目前的医疗发展及医疗环境,厂家先进的制针技术,保证了针具的质量。《千金翼方》曰:“凡病皆由气血壅滞,不得宣通;针以开导之,灸以温通之。”故以温针灸宣通阳气、温阳止痛。毫火针联合温针灸温通除痛作用强,通行其气,通则痛解。重视局部取穴的同时,结合远端取穴,既能够即刻有效止痛,又能够调整自身状态使镇痛作用持久。

参考文献

- [1] Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide[J]. Cephalalgia, 2007, 27(3): 193-210.
- [2] Bekkelund SI, Albrechtsen C. Evaluation of referrals from general practice to a neurological department[J]. Fam Pract, 2002, 19(3): 297-299.
- [3] Rasmussen BK. Epidemiology of headache[J]. Cephalalgia, 1995, 15(1): 45-68.
- [4] Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd Edition[J]. Cephalalgia, 2004, 24(Suppl 1): 1-160.
- [5] 石学敏. 针灸学[M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007.
- [6] Huskisson EC, Jones J, Scott PJ. Application of visual analogue scales to the measurement of functional capacity[J]. Rheumatol Rehabil, 1976, 15(3): 185-187.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 105-109.
- [8] Pryse-Phillips W. Evaluating migraine disability: the headache impact test instrument in context[J]. Can J Neurol Sci, 2002, 29(Suppl 2): 11-15.
- [9] Locker T, Mason S, Rigby A. Headache management are we doing enough? An observational study of patients presenting with headache to the emergency department[J]. Emerg Med J, 2004, 21(3): 327-332.
- [10] 王银浩. 丙戊酸钠与阿米替林联合治疗原发性头痛的临床疗效[J]. 北方药学, 2017, 14(8): 21.
- [11] 李旭环. 静脉滴注丙戊酸钠治疗原发性头痛[J]. 中国医药指南, 2017, 15(5): 146-147.
- [12] 于永国. 通络止痛汤治疗原发性头痛的临床疗效评价[J]. 北方药学, 2016, 13(12): 85.
- [13] 邢潇, 王宏刚, 谢静, 等. 近十年来 VAS 法评价针灸治疗原发性头痛的分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(25): 2844-2848.
- [14] 黄石玺. 火针针具及临床操作改良[J]. 中国中医基础医学杂志, 2007, 13(3): 231-232.

(收稿日期: 2018-07-09, 编辑: 杨立丽)