

- [9] 刘一强,杜丽娟,等. 肿瘤介入治疗患者发生医院感染的临床研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2016,26(12):2724-2726.
- [10] 许珺文,张芹,胡明,等. 恶性肿瘤患者感染调查及相关因素分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2016,26(11):2526-2528.
- [11] 王菊吾,申屠敏姣,张晓霞. 改进术前备皮法的效果分析[J]. 中华护理杂志, 2007(11):1039-1040.
- [12] 王霞,陈茂君. 不同备皮方式对开颅手术患者术后恢复情况的影响[J]. 安徽医药, 2017,21(9):1734-1736.
- [13] 贺曦. 脱毛剂在神经内科介入术前备皮的应用[J]. 当代护士(下旬刊), 2017,13(10):47-48.
- [14] LEAPER D, BURMAN-ROY S, PALANCA A, et al. Prevention and treatment of surgical site infection; summary of NICE guidance[J]. BMJ, 2008, 337:a1924.
- [15] 杨楠,王伟,杨素红. 手工压迫止血与动脉压迫止血器在脑血管介入术后止血效果的比较[J]. 广东医学, 2015,36(12):1952-1953.
- [16] 刘德秀,王正芸,李家瑜. 不同皮肤准备方法术后切口感染的研究及预防[J]. 中国感染与化疗杂志, 2014,14(2):121-126.
- [17] 张晓,张建超,李伟华. 急诊肿瘤晚期感染患者的病原菌分布及炎性指标变化的意义分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2017,27(23):5348-5351.
- [18] 陈珂,胡鸿涛,冯雯雯,等. 肝脏肿瘤患者介入术后医院感染影响因素分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2019,29(7):1064-1068.
- [19] ELWARD A M, MCANDREWS J M, YOUNG V L. Methicillin-sensitive and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: preventing surgical site infections following plastic surgery[J]. Aesthet Surg J, 2009,29(3):232-244.

(收稿日期:2019-06-22 修回日期:2019-09-14)

• 临床护理 •

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.02.040

网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20191204.1701.018.html>(2019-12-06)

循经刮痧对肝阳上亢型偏头痛的疗效观察

王芬芬¹,殷虹²,籍曾洋^{1△}

(1. 浙江省长兴县中医院 313000; 2. 浙江省湖州市第一人民医院 313000)

【摘要】 目的 探讨循经刮痧对肝阳上亢型偏头痛的干预效果及其机制。方法 80例研究对象按就诊顺序分为治疗组和对照组,每组40例,治疗组采用循经刮痧疗法干预,对照组采用盐酸氟桂利嗪治疗,两组疗程均为8周,疗程结束后观察两组治疗前后头痛中医证候分、视觉模拟评分(VAS)、头痛影响测定-6(HIT-6)得分,并进行疗效评定。结果 治疗后两组头痛中医证候分、VAS和HIT-6得分较治疗前均降低($P < 0.05$)。与对照组比较,治疗组得分降低更明显($P < 0.05$)。治疗组总有效率优于对照组(87.5% vs. 72.5%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 循经刮痧能缓解肝阳上亢型偏头痛患者的临床症状并改善生活质量。

【关键词】 循经刮痧;肝阳上亢;偏头痛

【中图法分类号】 R248.1

【文献标识码】 B

【文章编号】 1671-8348(2020)02-0335-04

偏头痛是临床多发、常见的原发性头痛,其多表现为发作性、偏侧中重度的搏动样头痛^[1]。随着社会越来越快,人们的生活节奏也不断加快,工作、学习带来了较大压力,生活习惯变得不规律,饮食、体质、环境因素导致偏头痛的发病率越来越高^[2]。有研

究表明偏头痛发病率有增高趋势,且反复发作造成焦虑、抑郁、失眠的发病率高达18.8%~42.0%^[3-5]。同时,反复发作的偏头痛又会造成治疗效果减退,导致药物过度使用及耐药性的出现。笔者结合临床经验并查阅相关文献发现,循经刮痧在治疗原发性头痛中

有较好疗效,且操作简单、无不良反应,易被患者接受。有研究表明肝阳上亢型偏头痛较多^[6],故本研究使用循经刮痧对 40 例肝阳上亢型偏头痛患者进行干预取得了良好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 10 月至 2018 年 10 月在湖州市第一人民医院针推科、中医科、神经内科就诊的肝阳上亢型偏头痛患者 80 例。纳入标准:(1)符合偏头痛中西医诊断标准和肝阳上亢证诊断,偏头痛西医诊断符合 2013 年国际头痛分类标准(第 3 版)^[7]中无先兆偏头痛和先兆偏头痛诊断标准,偏头痛中医诊断符合《中医病症诊断与疗效标准》^[8]中“头风”的诊断标准。证型根据《中药新药临床指导原则》^[9]中肝阳上亢型表现,即主症:头痛而胀,心烦易怒,目赤口苦;次症:面红口干,舌红苔黄,脉弦或弦数;(2)病史在 3 个月以上,近 3 个月内每个月发作至少 2 次;(3)CT 检查排除颅内器质性病变;(4)自愿受试,签署知情同意书。排除标准:(1)脑血管病变、脑外伤、动脉炎、高血压或低血压者;(2)由全身性疾病,如全身炎症、发热、咳嗽等,以及外界环境干扰因素引起头痛者;(3)妊娠期或哺乳期妇女;(4)酗酒,药物滥用或依赖的患者;(5)凝血功能障碍者;(6)病情危重的患者;(7)沟通障碍者;(8)已使用其他药物或方法治疗偏头痛且有效者。所有患者按照就诊顺序采用信封抽签的方式分为治疗组和对照组,每组 40 例。治疗组中男 9 例,女 31 例;年龄 26~60 岁,平均(41.9±7.9)岁;病程 1~7 年,平均(3.3±1.7)年。对照组中男 11 例,女 29 例;年龄 21~58 岁,平均(39.7±9.1)岁;病程 1~9 年,平均(4.1±1.9)年。两组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗组

循经刮痧疗法:患者取坐位,用铜制刮痧板直接(头部不用刮痧油)在经络处由前向后、先上后下,先左后右刮拭,刮痧板与皮肤保持 30°~45°,单手握刮痧板,以肘关节为轴心,前臂节奏稳定地刮拭,刮拭力度由轻到重,至皮肤和头皮微红为止,不必强求出痧。步骤:(1)循督脉刮拭,印堂穴向上刮至百会穴,重点刮拭百会穴,循督脉刮至大椎,再从大椎刮至脊中穴,肝阳上亢型重点刮拭筋缩和中枢;(2)循足太阳膀胱经刮拭,肝阳上亢型重点刮拭肝俞、胆俞、肾俞、魂门、阳纲穴、志室穴;(3)循足少阳胆经刮拭,瞳子髎穴刮

拭至风池穴,重点刮拭率谷穴和风池穴,向下刮拭至肩井穴,并重点刮拭肩井穴;刮痧结束后嘱患者注意保暖,避免风寒,4 h 内勿洗澡;每周治疗 1 次(如痧未完全褪去则延后),4 次为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

1.2.2 对照组

采用盐酸氟桂利嗪胶囊(西比灵,西安杨森制药有限公司,国药准字 H10930003,规格:5 mg)口服治疗,10 mg/d,4 周为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

1.2.3 观察指标

1.2.3.1 头痛中医证候分

参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]偏头痛评分方法,进行量化评分,主要包括头痛发作次数、头痛程度、头痛持续时间和伴随症状。评分越高表示偏头痛越严重,反之则越轻。

1.2.3.2 疼痛评分

采用视觉模拟评分(visual analog scales, VAS)^[10]进行评估。使用长 10 cm 的 VAS 尺,“0”刻度表示不痛,“10”刻度表示最痛。偏头痛患者根据疼痛程度将刻度移至相应部位,研究人员进行记录。

1.2.3.3 头痛影响测定-6(HIT-6)

HIT-6 由 6 个问题组成,分别覆盖疼痛、认知功能、社会角色功能、活力及心理异常等方面^[11]。患者 2 min 内可完成,评价 4 周内头痛对患者的影响程度,得分范围为 36~78 分,分数越高表示对生活的影响越大。

1.2.4 疗效标准

根据《中药新药临床研究指导原则》^[9]中的头痛治疗标准进行判定,临床治愈:证候分减少大于或等于 90%;显效:证候分减少 70~<90%;有效:证候分减少 30~<70%;无效:证候分减少小于 30%。

治疗有效率=[(治愈例数+显效例数+有效例数)/治疗例数]×100%。

1.3 统计学处理

采用 SPSS21.0 软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,当服从正态分布且方差齐性时采用 t 检验,不满足时采用非参数检验;计数资料以频数或百分率表示,比较采用 χ^2 检验;有序分类变量采用 Ridit 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后两组中医证候分比较

治疗前两组中医证候分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组中医证候分比治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后两组中医证候分

比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 治疗前后两组中医证候分比较 ($n=40, \bar{x} \pm s$, 分)

项目	治疗前	治疗后
头痛发作次数		
治疗组	4.050±1.154	1.950±1.154 ^{ab}
对照组	4.200±1.265	2.550±1.358 ^a
头痛程度		
治疗组	4.150±1.051	1.650±1.350 ^{ab}
对照组	4.000±1.359	2.950±1.011 ^a
头痛持续时间		
治疗组	4.200±1.091	1.650±1.424 ^{ab}
对照组	3.950±0.846	2.250±1.032 ^a
伴随症状		
治疗组	1.700±0.648	0.750±0.707 ^{ab}
对照组	1.680±0.656	1.230±0.891 ^a
中医证候分		
治疗组	14.280±1.679	6.250±3.477 ^{ab}
对照组	13.980±1.928	8.930±3.269 ^a

^a: $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ^b: $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较。

2.2 治疗前后两组 VAS 比较

治疗前两组 VAS 比较,差异无统计学差异($P > 0.05$);治疗后两组 VAS 比治疗前降低,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后两组 VAS 比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 治疗前后两组 VAS 比较 ($n=40, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
治疗组	5.530±0.877	2.480±0.816 ^{ab}
对照组	5.280±1.261	3.700±0.823 ^a

^a: $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ^b: $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较。

2.3 治疗前后两组 HIT-6 得分比较

治疗前两组 HIT-6 得分比较,差异无统计学差异($P > 0.05$);治疗后两组 HIT-6 得分比治疗前降低,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后两组 HIT-6 得分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

2.4 两组临床疗效比较

2 个疗程结束后,治疗组总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 3 治疗前后两组 HIT-6 得分比较 ($n=40, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
治疗组	57.33±4.768	48.93±3.540 ^{ab}
对照组	56.65±5.077	51.33±3.292 ^a

^a: $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ^b: $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较。

表 4 两组临床疗效比较 [$n=40, n(\%)$]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	6(15.0)	13(32.5)	16(40.0)	5(12.5)	35(87.5) ^a
对照组	1(2.5)	7(17.5)	21(52.5)	11(27.5)	29(72.5)

^a: $P < 0.05$, 与对照组比较。

3 讨论

偏头痛属于中医中的“头痛”“头风”“偏头风”“厥头痛”范畴,如《素问·风论篇》^[12]曰:“风气循风府而上,则为脑风”“风善行而数变……新沐中风,则为首风”。《黄帝内经》中论及头痛病因有外感六淫,内伤五脏和情志失调,均可使脑窍失养,脑络阻痹、清阳被遏、清窍受扰从而导致头痛。内伤头痛中肝阳上亢型最为常见,肝主疏泄、调达,一方面可以调达情志,另一方面可以疏通和条达全身气血津液,如情志失调、起居失常和季节变化均可使肝脏疏泄条达失常,气机郁结,并可生风、化火导致头痛^[13]。

刮痧疗法是《素问·异法方宜论》中古中医六法中的“砭法”,是目前常用的中医护理适宜技术之一^[14]。循经刮痧是刮痧疗法的一种,依据经络学原理,运用刮痧手法调节经络气血,从而起到行气血、开腠理、通经络、除邪气之功效,其作用多为泻法,根据《素问·三部九候论》中“虚则补之、实则泻之”理论,针对肝阳上亢的实证型偏头痛对证。现代医学也证明刮痧有抗炎、抗氧化、神经调节等作用,可通过刺激体表,提高皮肤温度和血流灌注,以皮下血管充血、出血产生的“痧”为刺激源,激活各种信号通路,产生生物学效应,达到镇痛和治疗的效果^[15-16]。

本研究运用的循经刮痧主要针对督脉、足太阳膀胱经和足少阳胆经进行刮拭^[17]。头部重点刮拭督脉百会穴可止痛醒脑、刮拭胆经率谷穴和风池穴可疏通经络、活血化瘀、醒脑开窍,达到“通则不痛”之疗效,刮拭肩井穴有行气活血,改善气机郁滞的作用。循督脉和膀胱经重点刮拭筋缩、中枢、肝俞、胆俞、魂门、阳纲穴等穴位,筋缩穴在第 9 胸椎棘突下凹陷中,与足太阳膀胱经肝俞穴、魂门穴平齐,刮拭此 3 个穴位有益肝降火、行气止痛、疏肝理气、养肝明目等作用^[18],可改善心烦易怒,目赤口苦等肝阳上亢型偏头痛中医证候。肝胆互为表里,同时配合中枢穴、胆俞穴和阳纲穴刮拭有加强改善肝阳上亢证中医证候的作用。肝俞、胆俞是足太阳膀胱经上对应脏腑的背俞穴^[19-20],背俞穴是脏腑气血输注的部位,与相应脏腑之间有气血灌注、内外相应的关系,刮拭背俞穴能直接调理肝阴不足或肝气郁结所致的肝阳上亢等证,改

善患者体质,从而缓解肝阳上亢所引起的偏头痛。本研究表明,两组偏头痛患者治疗后较治疗前均有好转,但采用循经刮痧治疗 2 个疗程后在证候分、VAS 和 HIT-6 得分降低程度优于盐酸氟桂利嗪治疗,最终临床疗效更优,表明在治疗肝阳上亢型偏头痛中,循经刮痧较药物治疗在改善患者肝阳上亢中医证候、降低头痛中医证候、减轻疼痛、改善生活质量上更有优势,发挥了中医外治法标本兼治的优点。

综上所述,刮痧作为常用的中医适宜技术,通过对证的选经取穴可治疗肝阳上亢型偏头痛,降低头痛程度,减少头痛持续时间,减轻伴随症状并改善生活质量,临床疗效较好,与药物治疗比不良反应小,有“简、便、验、廉”的优点,值得临床推广。但本研究尚存在病例数少、观察周期短和生物学机制研究不够深入等局限性,结果仍需深入探讨。

参考文献

[1] 中华医学会疼痛学分会头面痛学组,中国医师协会神经内科医师分会疼痛和感觉障碍专委会. 中国偏头痛防治指南[J]. 中国疼痛医学杂志, 2016,22(10):721-727.

[2] 偏头痛诊断与防治专家共识组. 偏头痛诊断与防治专家共识[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(8): 694-696.

[3] 张元元,李艳平. 偏头痛与脑梗死的相关分析[J]. 中国实用医药, 2013,8(35):44.

[4] 王玮,全亚萍,陈园桃. 偏头痛与相关性疾病中西医机制探讨[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(2):262-263.

[5] 吴海波,吕慧慧,张永康,等. 偏头痛与隐源性卒中的相关性研究进展[J]. 临床内科杂志, 2018, 35(8):519-521.

[6] 朱明瑾. 肝阳上亢型偏头痛中医症状特征及相关因素分析[D]. 济南:山东中医药大学, 2009.

[7] 冯智英,邹静,华驾略,等. 国际头痛疾患分类第 3 版(试用版)——原发性头痛部分解读[J]. 神

经病学与神经康复学杂志, 2013, 10(2): 121-140.

- [8] 国家中医药管理局. 头风的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(10):165.
- [9] 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.
- [10] HUSKISSON E C. Measurement of pain[J]. Lancet, 1974, 2(7889):1127-1131.
- [11] 李舜伟,李焰生,刘若卓,等. 中国偏头痛诊疗指南[J]. 中国疼痛医学杂志, 2011, 17(2): 65-86.
- [12] 王冰. 黄帝内经素问[M]. 北京:人民卫生出版社, 1963.
- [13] 陈日兰,吴思远,甘礼盈,等. 刺血疗法配合耳穴治疗肝阳上亢型偏头痛的疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(5):507-510.
- [14] 胡慧,徐桂华. 中医护理学基础[M]. 北京:中国中医药出版社, 2016.
- [15] 王莹莹,杨金生. 痧证文献整理与刮痧现代研究[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2015.
- [16] 吴智聪,刘诗雅,李良慧,等. 中医刮痧渗出物中免疫成分及含量的研究[J]. 广州中医药大学学报, 2017, 34(2):209-212.
- [17] 陈蒋楠,颜威,潘飞,等. 刮痧疗法的临床应用进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(8): 148-150.
- [18] 丁习益. 肝俞穴临床应用[J]. 上海针灸杂志, 2000, 19(S1):34-35.
- [19] 耿慧瑶. 头痛经络穴位辨证施治规律的文献研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2011.
- [20] 颜辉. 先秦—明清医家关于经络辨证治疗头痛的研究[D]. 沈阳:辽宁中医药大学, 2013.

(收稿日期:2019-06-20 修回日期:2019-09-12)