

综 述

中医药治疗偏头痛进展

倪世秋¹ 王继明²

主题词 偏头痛/中医药疗法

偏头痛又称为血管神经性头痛,是以头痛剧烈,或左或右,反复发作作为特征的一种临床常见病、多发病。流行病学调查表明^[1],我国偏头痛的患病率为 985.2/10 万,年发病率为 79.7/10 万。本病反复发作,迁延难愈,因而给患者造成精神和肉体上的极大痛苦。中医药在治疗本病方面积累了丰富的经验。本文就近几年来的文献综述如下。

1 临床研究

1.1 以辨证论治为主治疗:许多学者以中医理论为指导,以辨证论治为原则,采用内服中药法,对大宗病例进行了临床观察,探讨出了偏头痛的辨证论治规律。王秀玲等^[2]将本病分为 4 型:肝气不舒型以柴胡舒肝散加减;肝阳上亢型以羚角钩藤汤加减;肝肾阴虚型以六味地黄丸加减;气虚血瘀型以补阳还五汤加减。杨瑞平^[3]认为本病急性发作期应重在散风、祛痰、清火、化瘀,缓解疼痛;缓解期要标本兼顾,重在益气养阴。采用自拟川芎止痛汤(川芎、细辛、羌活、柴胡、牛蒡子、白芍、甘草),分肝阳上亢、肝气郁滞、痰浊上泛、血瘀阻络、肝肾阴虚、气血两虚、风寒外袭 7 型加减药物,共治疗偏头痛 86 例,总有效率为 91.5%。虽然各家辨证分型不尽相同,但其病因仍不外乎外感与内伤两端,病理上总不离风、火、痰、瘀、虚,因此治疗上仍可分为风寒外袭、肝气郁结、肝阳上亢、肝肾阴虚、气血两虚、痰浊上扰、阳虚寒凝、瘀血阻络等型辨证施治。

1.2 古方、基本方加减治疗:关于偏头痛的治疗,历代医家积累了丰富的经验。近年来,许多学者师承前人,运用古方、基本方加减治疗,在临床运用中取得了非常显著的疗效。代表方剂有补阳还五汤、血府逐瘀汤、通窍活血汤、天麻钩藤饮、川芎茶调散、散偏汤、柴胡舒肝散等。欧钰萍^[4]以通窍活血汤加减治疗瘀阻脑络型偏头痛 50 例,对照组 40 例以尼莫地平片和西比灵胶囊治疗。两组治疗前后均经多普勒超声诊断仪测定颅内主要动脉血流速度。结果治疗组总有效率 92%,对照组总有效率 67.5%,差异有显著性($P < 0.01$)。治疗组颅内动脉平均血流速度治疗前后比较差异有非常显著性($P < 0.01$)。郑心潮^[5]以补阳还五汤加葛根、三七粉、水蛭粉治疗气虚血瘀型偏头痛 130 例,总有效率 91%。杨学峰等^[6]宗王清任血府逐瘀汤理气化瘀之旨,在方中重用川芎 20~30g,以白芍易赤芍并加用蜈蚣、全蝎以祛风止痉,治疗偏头痛 52 例,西医对照组 52 例,以地巴唑

20mg、维生素 B₁20mg、颅痛定 30mg,每日 3 次口服,结果治疗组总有效率为 88.5%,对照组总有效率 63.3%。路志贤等^[7]以散偏汤(清·陈士铎《辨证录》)加减治疗血管性头痛 83 例,方药组成为川芎、白芷、白芍、白芥子、柴胡、香附、郁李仁、甘草,总有效率 98.9%。

1.3 自拟方药治疗:丁超等^[8]认为本病在临床上多为外感兼内伤,故治疗上亦应内外兼顾,以祛风为主,通络为要。采用自拟祛风通络汤(防风、荆芥、白芷、羌活、细辛、川芎、白芍、白附子、蜈蚣、全蝎)为主,随症加减,治疗偏头痛 258 例,总有效率为 96.1%。

历代医家认为“久病入络”、“久病必有瘀”,因此活血化瘀法治疗本病受到广泛重视。笔者对 1995~1999 年治疗偏头痛方药进行统计,发现川芎、丹参、桃仁、红花、延胡索、牛膝、赤芍、当归等活血化瘀药列在前 20 位,其中尤以川芎应用最为广泛。同时也可看出,近 5 年来,虫类药在头痛症的治疗中逐渐受到重视。叶天士《临证指南医案》云:“病初在经在气,久病入络入血,气血瘀痹而头痛者,用虫蚁搜逐血络”。杜兴民等^[9]以三甲散加减(穿山甲、土鳖虫、全蝎、鳖甲、龟甲、牡蛎、僵蚕、蝉蜕、当归、川芎、赤芍、白芍、甘草)治疗瘀血头痛效果显著。

肝为风木之脏,肝阳上亢、肝火上炎、肝风上扰、肝气郁结皆可阻遏清阳而导致头痛的发生。因此平肝熄风是治疗本病的重要方法。卢明等^[10]运用自拟平肝通络汤(白芍、石决明、天麻、钩藤、丹参、川芎、白蒺藜、全蝎、山楂、延胡索、甘草)治疗偏头痛 30 例,疗效优于晕痛定对照组。

许多学者认为,脾失健运,聚湿生痰为偏头痛发生的主要病机,因此采用化痰通络法,若偏于痰湿化热则重在清热化痰。张宏启^[11]采用化痰通络,平肝清热法治疗血管性头痛 29 例,方药组成为陈皮、半夏、茯苓、白术、天麻、川芎、丹参、黄芩,总有效率 96.5%。

温经散寒法治疗头痛始于仲景《伤寒论》。目前持阳虚头痛观点者认为,偏头痛迁延难愈,反复发作,常因寒袭经络而诱发,故当温通阳气,散寒通脉。颜淑娥等^[12]采用自拟温经散寒汤(炙川乌、吴茱萸、细辛、柴胡、白芷、川芎、当归、干姜、延胡索、葛根、白芍、甘草),治疗偏头痛 21 例,总有效率 92%。

1.4 中药外治法:经过多年的临床研究,中药治疗偏头痛的剂型有了许多改进,除了口服汤剂外,还创立了嗅吸剂、散剂、丸剂、膏剂、胶囊、滴鼻剂、片剂等多种剂型。在用法上除了口服之外,还提出了许多行之有效的外治法,如嗅吸法、塞鼻法、外涂穴位法、吹鼻法等。杜廷海等^[13]根据“纳鼻而通十二经”、“内病外治”的理论研制成头痛一嗅宁(由川芎、细辛等 6 味药组成),交替塞鼻嗅吸,治疗血管神经性头痛 261 例,并与颅痛定每次

1 南京中医药大学 36 号信箱,南京市汉中路 282 号(210029)

2 河北省石家庄市开发区医药研究所

收稿日期:1999-12-27;修回日期:2000-02-02

60mg, 口服 3 次随机对照, 结果表明治疗组总有效率 95.02%, 疗效明显高于对照组 ($P < 0.01$)。孙国宇等^[14]自制加味清心膏(川芎、炙甘草、柴胡、黄连、羌活等), 贴于两侧太阳穴、印堂穴、合谷穴, 每日 1 次, 27 例患者治疗 1~2 个疗程, 总有效率 97.5%。郭传安^[15]采用羚羊吹鼻散(羚羊角粉 1g, 川芎 3g, 藜芦 1g 共为细末), 左痛吹右, 右痛吹左, 全头痛吹双鼻孔, 治疗血管性头痛 56 例, 其中 51 例头痛消失, 随访 3 年未见复发。

1.5 中医综合疗法: 综合疗法治疗本病逐渐显出其优势。赵方美^[16]以中药汤剂内服, 外用膏剂兼穴位注射法治疗偏头痛 164 例。具体方法为: 外感型采用川芎茶调散加减; 肝风型用清空膏或散偏汤加减; 湿浊型采用五苓散加味; 血瘀型采用通窍活血汤。外用头风膏(《亲献中药外治偏单秘方》), 涂于患侧太阳穴, 每日 1~2 次。穴位注射取患侧中渚穴, 以七号针头注入川芎嗪注射液 0.2ml。结果总有效率 100%。赵韶光^[17]采用中药熏吸并口服治疗偏头痛 86 例, 方药组成为苍耳子、辛夷、川芎、当归、红花、细辛等, 并随证加减药物。用法上先用汤液蒸气口鼻熏吸 30 分钟, 再待药液煎好后, 取药汁 100ml 口服, 每日 1 剂, 总有效率 96.5%。

2 实验研究

现代医学认为^[18], 偏头痛的发生与血小板聚集力增高有关, 同时聚集的血小板释放出 5-羟色胺, 去甲肾上腺素, 花生四烯酸等血管活性物质, 引起血管舒缩异常。研究表明^[19], 偏头痛病人血小板内钙含量、ADP 和 ATP 含量增多, 但是单胺氧化酶在偏头痛病人可能有缺陷。这些均可导致偏头痛呈周期性发作。基于偏头痛的现代研究, 国内许多学者对治疗偏头痛有效的单味中药及复方进行了药理及实验研究。从现代医学角度进一步验证了中医药防治偏头痛的优势。

2.1 单味及复方中药的药理、实验研究: 目前对治疗本病有效的单味药已进行了相当多的药理及实验研究, 但复方的药理实验研究较少。王宝祥等^[20]的观察表明, 偏头痛的发生与血浆 ET、NO、5-HT_{1D} 受体基因表达有关, 新正天丸能通过降低 ET、NO 含量, 抑制 5-HT_{1D} 受体基因表达达到治疗偏头痛的目的。张大方等^[21]对头痛灵(由牛黄、川芎、细辛等组成)治疗血管性头痛的作用机理进行了动物实验研究, 实验表明, 本方可明显降低小鼠脑内 5-羟色胺、去甲肾上腺素及多巴胺含量, 与对照组比较有显著性差异。吕受刚等^[22]研究表明, 川芎口服液可抑制 ADP 诱导的血小板聚集, 抑制脑缺血时血小板激活, 有明显的血小板解聚作用。同时川芎有类似 Ca²⁺拮抗剂作用, 能促进血管内皮细胞分泌 PGI₂, 抑制 TXA₂ 合成酶活性, 并减少 5-HT 释放, 扩张周围血管。药理学研究也表明, 活血化瘀药有扩张血管, 减少血管阻力, 改善微循环, 调节代谢失调及抗变态反应作用。全蝎、蜈蚣等虫类息风药有镇静止痛作用, 对中枢神经系统有较强的抑制作用。总之, 通过药理及实验研究, 多数学者认为中药治疗偏头痛的主要机理在于能够扩张脑血管, 改善微循环, 增加脑血流量, 舒张头颈部血管平滑肌, 抑制 ADP 诱导的血小板聚集, 降低脑内 5-HT、去甲肾上腺素等物质含量, 达到解痉、镇静、止痛作用。

2.2 微量元素与偏头痛: 近年来不少学者研究镁与偏头痛的

关系, 认为镁的缺乏能影响到偏头痛的发作。罗盛等^[23]的研究表明偏头痛患者血清镁及红细胞镁均降低, 通过补钙可以缓解偏头痛。同时国内有人^[24]报道应用口服硫酸镁或其注射液治疗偏头痛能有效镇痛。陈正兰^[25]认为常用健脑中药桃仁、红花、赤芍、柴胡、牛膝、地龙等含有较高的镁, 可以改善循环, 软化血管, 镇静降压。为中医药防治偏头痛提供了新的思路。

3 讨论与展望

综上所述, 近年来中医药治疗偏头痛展现出较为广阔的前景。无论是临床还是实验方面都取得了一些可喜的进展, 印证了中医理论与治疗结果的一致性。今后应从以下几个方面着手, 更进一步提高本病的临床疗效。

在诊断及疗效标准方面, 目前中医对本病的诊断与疗效标准尚未统一, 影响了疗效评价的客观性。近年来虽然以脑电图、脑血流图、血液流变学等检查手段作为本病诊断的辅助指标, 但作为对偏头痛本身具有特异性的检测手段和指标, 仍然显得不足。今后应进行大量的临床及实验研究, 设立出合理的、统一的诊断和疗效标准。

在剂型方面, 目前治疗本病的剂型很多, 今后的研究方向应着重于对诸多剂型进行筛选, 利用现代制药手段研制出应用简便、疗效确切的新剂型。同时对于临床验证有效的外治及综合疗法, 应进一步进行科研设计, 以利于开发出更为有效的新方法。

在临床研究方面, 多数资料样本例数较少, 且未设立对照组, 仅单纯停留在临床观察水平, 缺乏严密的科研设计和系统的前瞻性研究。今后应进行大宗病例的研究, 遵循随机化的原则, 若有条件, 可采用双盲法观察, 进行科学评价, 提高其可重复性。

在实验研究方面, 中医药在改善偏头痛患者的某些实验室指标方面有独特作用, 但目前尚无统一的认识, 今后应探讨出具有特异性的实验室指标。对于微量元素与偏头痛的关系尚待进一步验证, 以达到宏观与微观的有机结合, 开拓出治疗偏头痛的新途径。目前动物实验与药理实验研究仍显得不足, 实验技能与方法还需进一步提高, 尤其缺乏特异性的动物模型, 今后应探索合理的造模方法。

参考文献

- 1 郭述苏. 中国偏头痛流行病学调查, 临床神经病学杂志, 1991, 4(2): 65-67.
- 2 王秀玲, 李二军. 血管神经性头痛辨治体会. 山西中医, 1999, 15(2): 55.
- 3 杨瑞平. 川芎止痛汤治疗偏头痛 86 例. 山东中医杂志, 1997, 16(10): 448.
- 4 欧钰萍. 通窍活血汤加减治疗偏头痛疗效观察. 广西中医药, 1999, 22(3): 5-7.
- 5 郑新潮. 补阳还五汤加味治疗偏头痛 130 例. 广西中医药, 1996, 19(1): 10.
- 6 杨学峰, 陈玉英, 薄振东. 血府逐瘀汤加减治疗偏头痛 52 例临床观察. 河南中医药学刊, 1997, 12(4): 32-34.
- 7 路志贤, 路志宽. 散偏汤治疗血管性头痛 83 例. 四川中医, 1999, 17(5): 28.

- 8 丁超,周继成.自拟祛风通络汤治疗偏头痛 258 例.安徽中医临床杂志,1998,10(3):130-131.
- 9 杜兴民,蒋建云.三甲散治疗血瘀头痛.四川中医,1995,13(10):24.
- 10 卢明,刘祖貽,周慎.偏头痛从肝论治初探.湖南中医杂志,1997,13(1):2、28.
- 11 张宏启.化痰通络汤治疗血管性头痛.山西中医,1995,11(2):52.
- 12 颜淑娥,徐成祥,刘晓晶.自拟温经散寒汤治疗偏头痛.中医药学报,1996,(1):53-54.
- 13 杜廷海,吕久省,吕靖中.头痛一嗅宁治疗血管神经性头痛的临床和实验研究.中国医药学报,1997,12(1):6-8.
- 14 孙国宇,肖海山,华桂云,等.加味清空膏穴位外敷治疗神经性头痛.时珍国药研究,1995,6(3):10.
- 15 郭传安.羚羊吹鼻散治疗血管性头痛.中国中医急症,1997,6(5):239.
- 16 赵方美.中药薰吸并口服治疗偏头痛 86 例疗效观察.中国乡村医生,1999,(1):29.
- 17 赵韶光.中医综合治疗偏头痛 164 例.中国中医药信息杂志,1999,(1):48-49.
- 18 侯熙德主编.神经病学,第 3 版,北京:人民卫生出版社,1998:185.
- 19 阎海主编.偏头痛诊治大成,北京:学苑出版社,1996:75.
- 20 王宝祥,陈宝田,谢炜,等.新正天丸对偏头痛患者 5-HT_{1D}受体基因、ET、NO 含量影响的研究.中药药理与临床,1997,13(4):42-43.
- 21 张大方,李超英,赵惠.头痛灵对脑血管神经性头痛作用机理研究.长春中医学院学报,1998,(3):54.
- 22 吕受刚,李更生,洪素兰,等.川芎口服液对兔血小板聚集的作用.中药药理与临床,1997,13(2):38-39.
- 23 罗盛,苏闻,高平,等.镁和偏头痛发病机制的研究.中国神经精神疾病杂志,1999,25(4):193-194.
- 24 张作禄,孙继洲,姜宏.镁制剂治疗偏头痛 77 例疗效观察.中级医刊,1990,25(8):464.
- 25 陈正兰.健脑中药配伍原则探索.陕西中医,1997,18(2):88-89.

草仙乙肝胶囊并用胸腺肽对慢性乙肝患者 HBV 抗原阴转疗效观察

李惠琳*

我院于 1999 年采用草仙乙肝胶囊并用胸腺肽治疗 21 例慢性乙型肝炎患者,并通过随访观察其 HBV 抗原系统阴转情况,取得一定疗效,现报道如下。

1 临床资料

21 例病人均为男性住院病人。年龄 22~66 岁,平均 35 年。所有病例均符合 1995 年(北京)病毒性肝炎防治方案所订慢性乙型肝炎诊断标准。其中 6 例 ALT 在正常值 3 倍内,9 例在 10 倍内,6 例超出正常值 10 倍以上;10 例胆红素在正常值 2 倍内,6 例在 5 倍内,3 例超出正常值 5 倍。A/G 倒置 3 例,属轻、中、重度各 1 例。ALT/AST 倒置 9 例。全部病人 HBV 抗原抗体系统检测:15 例 HBsAg、HBeAg、抗 HBc 均为阳性。2 例 HBsAg、抗 HBc、抗 HBe 均为阳性。HbsAg 及抗 HBc 阳性者 2 例。HbsAg 及 HbeAg 阳性者 2 例。

2 方法与结果

全部病例除适当休息,低脂饮食,适当补充蛋白质及维生素外,均采用草仙乙肝胶囊加胸腺肽综合疗法。草仙乙肝胶囊(吉林省龙井制药厂生产,主要成分为猪苓、白花蛇舌草、黄芪、淫羊藿、甘草、五味子、山豆根、虎杖)7.2g/日,分 3 次口服,3 个月为 1 个疗程;胸腺肽(南京医科大学生物制品所生产)60mg/日,静脉滴注,连用 1 个月,改 20mg/日,肌肉注射,每日 1 次,连用 1~2 月。治疗间每隔半月左右复查肝功能。1 个疗程结束后复查患者 HBV 抗原抗体系统阴转情况。

结果全部病例经治疗后肝功能均复常。HBV 抗原抗体系统阴转情况如下:15 例(HBsAg、HBeAg、抗 HBe 阳性者)中全部阴转者 2 例;二抗原阴转三抗体阳转者 3 例;HBeAg 转阴、抗

HBe 转阳者 7 例;未转者 3 例。2 例(HBsAg、抗 HBc、抗 HBe 阳性者)中 1 例 HBsAg 阴转;1 例三抗体阳性。2 例(HBsAg、HBeAg 阳性者),转三抗体阳性 1 例;HBeAg 转阴,抗 HBe 转阳 1 例。2 例(HBeAg 及抗 HBc 阳性者)中三抗体阳转者 1 例,HBsAg 转阴,抗 HBs 阳转 1 例。全部病例中 14 例 HBeAg 转阴,阴转率达 82%,9 例 HBsAg 转阴,阴转率达 43%。

3 讨论

慢性乙型肝炎(尤其是中、重度慢性乙型肝炎),临床尚无特效疗法,其治疗多采用抗病毒,调节机体免疫力,控制炎症,改善微循环及保肝护肝等综合疗法。在这些综合治疗中,抗病毒及调节机体免疫力无疑当属重点。慢性乙肝患者往往免疫功能低下,造成病毒在体内长期存在并时而复制。胸腺肽作为免疫调节剂可诱导 T 淋巴细胞分化成熟,增强淋巴细胞对丝裂原的应答,增强细胞因子生成及抗体生成与应答,并有使 HBeAg 阴转功能。草仙乙肝胶囊方中,猪苓、白花蛇舌草、黄芪、淫羊藿等中药具有增强机体免疫力,促进吞噬细胞功能,诱生干扰素等功能,具有抗病毒作用,甘草、五味子、山豆根等药具有降酶功效,丹参可活血化瘀改善肝脏微循环,甘草还可缓解炎症,虎杖可退黄。诸药合用,既可调节机体免疫力,并具抗病毒效果,又可降酶降脂,改善肝脏微循环,促进受损肝组织修复并达保肝护肝目的。

21 例慢性乙型肝炎患者经上二药合用其 HBV 抗原阴转结果表明,上述二药合用达到了抗病毒与调节机体免疫力之目的。该疗法简单、方便、实用、无毒副作用,且价廉。但单用胸腺肽确实也可使部分患者 HBV 抗原阴转,然停药后不少患者 HBV 抗原又可重现阳转,而我们所观察的病例中,除 1 例停药后不久 HBV 抗原重现阳性,续用草仙乙肝胶囊 1 个疗程,抗原又转阴,随访至 2000 年 5 月未复阳,余均疗效稳定。

* 江苏省吴县市中医院感染科,吴县市木渎镇苏福公路北侧(215101)

收稿日期:2000-05-30