

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2014.18.013

帽状腱膜下针刺法治疗慢性紧张性头痛 26 例临床观察

宣雅波, 王麟鹏*

(首都医科大学附属北京中医医院, 北京市东城区美术馆后街 23 号, 100010)

摘要 **目的** 观察帽状腱膜下针刺法治疗慢性紧张性头痛的临床疗效。**方法** 将 50 例慢性紧张性头痛患者随机分为治疗组 (26 例) 和对照组 (24 例)。治疗组采用帽状腱膜下针刺法, 主穴: 百会、神庭、头维 (双侧)、太阳 (双侧)、风池 (双侧)、太冲 (单侧), 头部穴位先斜刺到帽状腱膜下再平刺, 进针 0.5~0.8 寸, 并捻转, 头痛不发作时采用中度刺激, 头痛发作时采用重度手法捻转; 其他穴位直刺, 采用平补平泻法, 留针 30 min。对照组取穴同治疗组, 头部穴位平刺 0.3~0.5 寸, 其他穴位直刺, 均采用平补平泻手法, 留针 30 min。两组均每周治疗 3 次, 共治疗 12 周, 24 周时随访。于治疗前后及随访时进行头痛程度评分、头痛持续时间评分, 计算头痛指数, 并观察临床疗效。**结果** 两组治疗后和随访时头痛程度评分、疼痛持续时间评分、头痛指数均较本组治疗前明显降低 ($P < 0.05$); 治疗组治疗后和随访时头痛程度评分、疼痛持续时间评分、头痛指数均低于同时间点对照组 ($P < 0.05$)。治疗组临床疗效总有效率为 92.3%, 对照组为 83.3%, 两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 帽状腱膜下针刺法治疗慢性紧张性头痛能明显改善头痛程度及持续时间, 较常规进针法为优。

关键词 紧张性头痛; 针刺疗法; 膜状腱膜

我国门诊以头痛为主诉就诊的患者中, 有 12.74%~28.18% 是紧张性头痛患者^[1]。根据头痛发作的时间和颅周肌肉疾患将紧张性头痛分为发作性紧张型头痛和慢性紧张型头痛, 慢性紧张性头痛指每个月至少有 15 天的头痛发作, 并持续 3 个月^[2]。目前西医治疗多采用温和的非麻醉性止痛药 (如非类固醇性抗炎类药物) 及肌松弛药和较缓和的镇静药, 亦可应用抗抑郁药^[3]。我们采用帽状腱膜下针刺手法治疗慢性紧张性头痛, 现报道如下。

1 资料

1.1 一般资料

50 例患者均来源于 2012 年 10 月到 2013 年 12 月于首都医科大学附属北京中医医院针灸中心门诊就诊的慢性紧张性头痛患者。采用随机数字表将患者分为治疗组及对照组。治疗组 26 例中男 12 例, 女 14 例; 年龄 21~61 岁, 平均 (34.23 ± 4.34) 岁; 病程 1~9 年, 平均 (4.21 ± 1.23) 年。对照组 24 例中男 11 例, 女 13 例; 年龄 23~64 岁, 平均 (35.34 ± 4.13) 岁; 病程 1~10 年, 平均

(4.53 ± 1.61) 年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断及辨证标准

西医诊断标准参照《国际头痛疾病分类 (第 2 版)》(ICHD-II)^[4] 中慢性紧张性头痛的诊断标准。

中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[5]。①气血亏虚: 主症: 头痛隐隐反复, 遇劳加重; 次症: 心悸, 食少纳呆, 自汗, 气短, 神疲乏力, 面色苍白, 舌质淡, 苔薄白, 脉沉细而弱。②肾虚: 主症: 头痛而空, 眩晕, 腰酸膝软, 五心烦热; 次症: 神疲乏力, 耳鸣, 舌质红, 少苔, 脉沉细无力。③痰浊上扰: 主症: 头痛如裹, 胸脘满闷, 呕恶痰涎; 次症: 口淡, 食少, 舌胖大, 舌苔白腻, 脉弦滑。④瘀血内停: 主症: 头痛如刺, 经久不愈, 固定不移; 次症: 舌质紫暗, 或有瘀斑、瘀点, 苔薄白, 脉沉细或细涩。⑤肝阳上亢: 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。

1.3 纳入标准

符合上述诊断及辨证标准者; 年龄 18~65 周

* 通讯作者: wlp5558@sina.com, (010) 52176644

岁; 签署知情同意书。

1.4 排除标准

合并有严重基础疾病, 包括控制不佳的高血压病、糖尿病及心、肝、肾脏疾患; 妊娠及哺乳期妇女; 合并感染及严重免疫系统疾病者; 有认知障碍及精神病者; 参与其他临床研究者。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组采用帽状腱膜下针刺法, 主穴: 百会、神庭、头维 (双侧)、太阳 (双侧)、风池 (双侧)、太冲 (单侧)。辨证取穴: 气血亏虚加三阴交、足三里、气海; 肾虚加太溪、气海; 痰浊上扰加丰隆、膻中、天枢; 瘀血内停加血海; 肝阳上亢加蠡沟、印堂。操作: 采用苏州医疗用品厂有限公司生产的华佗牌一次性使用无菌针灸针, 规格 0.35 mm × 40 mm, 批号 120180。头部穴位先斜刺到帽状腱膜下再平刺, 进针 0.5 ~ 0.8 寸, 并捻转, 头痛不发作时采用中度刺激 (捻转幅度 180°, 频率 120 次/min), 头痛发作时采用重度手法 (捻转幅度 360°, 频率 180 次/min), 使患者胀痛得气, 术者须感到针下明显阻力。其他穴位直刺, 风池穴进针时, 使针尖向鼻尖方向进针 0.8 ~ 1 寸, 使患者得气。除头部穴位外, 其他部位穴位平补平泻法, 留针 30 min。

对照组取穴以及辨证取穴同治疗组, 操作: 头部穴位平刺 0.3 ~ 0.5 寸, 其他穴位直刺, 均采用平补平泻手法, 留针 30 min。

两组均每周治疗 3 次, 共治疗 12 周, 24 周时随访。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 头痛程度 采用视觉模拟评分法 (VAS) [6]: 在一支 10 cm 长的尺子上, 一端标记为“不痛”, 另一端标记为“最激烈的痛”, 患者根据自己所感受的疼痛程度, 在尺子上某一点作记号以表示疼痛的程度。计分方法: ≤ 2 cm 计 1 分; > 2 cm 但 ≤ 4 cm 计 2 分; > 4 cm 但 ≤ 6 cm 计 3 分; > 6 cm 但 ≤ 8 cm 计 4 分; > 8 cm 但 ≤ 10 cm 计 5 分。

2.2.2 疼痛持续时间 [7] 疼痛持续时间 < 2 h 者计 1 分, 3 ~ 6 h 者计 2 分, 7 ~ 24 h 者计 3 分, 25 ~ 72 h 者计 4 分, > 72 h 者计 5 分。

2.2.3 头痛指数 [7] 每次发作的疼痛程度计分 × 每次疼痛持续时间计分之积相加。

2.2.4 临床疗效 [7] 疾病疗效指数 = [(治疗前

头痛指数 - 治疗后头痛指数) / 治疗前头痛指数] × 100%。临床痊愈: 疗程结束 3 个月内无头痛发作, 伴随症状全部消失, 疾病疗效指数 ≥ 90%; 显效: 头痛程度、次数、疼痛持续时间明显减少, 疾病疗效指数 ≥ 50% 但 < 90%; 有效: 头痛程度、次数、疼痛持续时间减少, 疾病疗效指数 ≥ 20 但 < 50%; 无效: 头痛程度、次数、疼痛持续时间等无变化, 疾病疗效指数 < 20%。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 11.5 统计学软件进行数据处理。计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 前后比较采用配对 *t* 检验, 组间比较采用独立样本 *t* 检验; 两组疗效比较采用 χ^2 检验。

3 结果

治疗组 26 例, 对照组 24 例, 全部完成治疗方案。随访时对照组因未能取得联系, 失访 1 例。

3.1 两组患者头痛程度评分、疼痛持续时间评分、头痛指数比较

表 1 示, 两组治疗后和随访时头痛程度评分、疼痛持续时间评分、头痛指数均较本组治疗前明显降低 ($P < 0.05$); 治疗组治疗后和随访时头痛程度评分、疼痛持续时间评分、头痛指数均低于同时点对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 两组慢性紧张性头痛患者头痛程度评分、疼痛持续时间评分、头痛指数比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	头痛程度评分 (分)	疼痛持续时间评分 (分)	头痛指数
治疗组	治疗前	26	4.47 ± 1.42	1.45 ± 0.09	169.71 ± 122.92
	治疗后	26	1.27 ± 0.41* [△]	1.10 ± 0.36* [△]	36.10 ± 30.09* [△]
	随访时	26	1.32 ± 0.48* [△]	1.13 ± 0.11* [△]	38.86 ± 37.03* [△]
对照组	治疗前	24	4.51 ± 1.45	1.60 ± 0.06	173.12 ± 118.62
	治疗后	24	1.35 ± 0.56*	1.25 ± 0.13*	40.53 ± 33.70*
	随访时	23	1.34 ± 0.42*	1.35 ± 0.17*	41.69 ± 35.25*

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组同时时间点比较, $\Delta P < 0.05$

3.2 两组患者临床疗效比较

表 2 示, 治疗组临床痊愈率、显效率均高于对照组 ($P < 0.05$), 但两组总有效率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 2 两组慢性紧张性头痛患者临床疗效比较 例 (%)

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	26	6(23.1)	12(46.2)	6(23.1)	2(7.7)	24(92.3)
对照组	24	2(8.3)	9(37.5)	9(37.5)	4(16.7)	20(83.3)

4 讨论

慢性紧张性头痛在中医学文献中散在于记录各

类头痛的章节中,既往关于头痛的针刺文献,多是在强调辨证求因的不同思路以及取穴的不同^[8-9],很少有文献专门论述操作手法的不同之处。我们在临床多年实践中体会到,在治疗紧张性头痛的治疗中操作手法十分重要,对于头部诸穴的操作记述也大多为“平刺”、“斜刺”等简短描述。我们根据头部皮肤的解剖组成,提出局部取穴时应将针斜刺到帽状腱膜下后再平刺,并行捻转手法治疗。

头部软组织由浅入深依次分为五层:皮肤、浅筋膜、帽状腱膜及颅顶肌(额、枕肌)、腱膜下疏松结缔组织和颅骨外膜。其中,浅部三层紧密连接,难以将其各自分开,因此,常将此三层合称“头皮”。深部两层连接疏松,较易分离。帽状腱膜为一厚而坚韧的腱膜,前连枕额肌的额腹,后连枕腹,在正中向后突出附着于枕骨隆凸,在两侧作为耳上肌和耳前肌的起点,并逐渐变薄,续于颞浅筋膜,附着于颧弓。因此,不管枕肌或额肌,还是两部分都紧张,均可引起整个头皮紧张的感觉。慢性紧张型头痛患者会出现帽状腱膜紧张、挛缩,其他颅肌也不同程度出现紧张、挛缩^[10]。刘凤强^[11]运用帽状腱膜松解术治疗紧张性头痛获得较好疗效。通过对紧张的帽状腱膜进行操作,可以使局部血液疏通,从肌肉以及血管两方面缓解帽状腱膜的紧张、挛缩。

本研结果显示,治疗组患者治疗后在头痛程度、疼痛持续时间方面均较治疗前明显缓解,并且其改善程度优于对照组。虽然临床疗效总有效率方面两组无明显差异,但是在患者的临床痊愈率和显

效率方面治疗组仍优于对照组。说明帽状腱膜下针刺法治疗慢性紧张性头痛能明显改善患者临床症状,并有较好的临床疗效。

参考文献

- [1] 刘妍,王建生. 神经内科门诊 1160 例头痛患者临床分析 [J]. 吉林医学, 2010, 31(33): 6082.
- [2] 程学英,王剑锋,刘奔. 原发性头痛的最新国际分类 [J]. 神经疾病与精神卫生, 2005, 5(5): 398-400.
- [3] 吉中国,庞月玖. 原发性头痛的病因及其治疗 [J]. 山东医药, 2011, 51(27): 108-110.
- [4] Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain [J]. Cephalalgia, 1988(Suppl 7): 1-96.
- [5] 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, 2012: 105-109.
- [6] 宗行万之助. 疼痛的估价: 用特殊的视觉模拟评分法作参考(VAS) [J]. 疼痛学杂志, 1995, 2(4): 153.
- [7] 曾令渠,陈友族. 中西医结合治疗血管痉挛性头痛 35 例 [J]. 中医药导报, 2009, 15(9): 13-14.
- [8] 孙丽. 从头痛证的归经辨治看经络学说在针灸治疗中的指导作用 [J]. 中国医药指南, 2008, 6(23): 306-307.
- [9] 易光强,韦林,方洁森,等. 针灸治疗紧张性头痛的临床概况 [J]. 针灸临床杂志, 2011, 27(4): 68-70.
- [10] 陈日含,陈日立,陈日锋. 针刺帽状腱膜筋结点治疗慢性紧张性头痛疗效观察 [J]. 中国针灸, 2013, 33(3): 219-222.
- [11] 刘凤强. 帽状腱膜松解术治疗慢性紧张性头痛 1 例 [J]. 苏州大学学报(医学版), 1997(3): 441.

A Clinical Observation on Subgaleal Acupuncture for 26 Cases of Chronic Tension Headaches

XUAN Yabo, WANG Linpeng

(Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010)

ABSTRACT Objective To observe the efficacy of subgaleal acupuncture for chronic tension headache. **Methods** Fifty cases of chronic tension headache were randomized into the treatment group of 26 cases and control group of 24 cases. The treatment group was given subgaleal acupuncture. The control group was given common acupuncture. The acupoints such as Baihui (GV20), Shenting (GV24), Touwei (ST8, bilateral), Taiyang (EX-HN5, bilateral), Fengchi (GB20, bilateral) and Taichong (LR3, unilateral) were selected as the main points in both groups. Both groups were treated 3 times weekly for 12 weeks. In the 24th week, the patients were followed up. The headache severity score and headache duration score were observed. The headache index was calculated and the clinical efficacy was observed. **Results** The headache severity score, headache duration score and headache index were significantly decreased in both groups after treatment ($P < 0.05$), especially in the treatment group ($P < 0.05$). The total effective rate of the treatment group and control group was 92.3% and 83.3% respectively, with no significant difference between groups ($P > 0.05$). **Conclusion** Subgaleal acupuncture for chronic tension headache is superior to common acupuncture in relieving headache severity and headache duration.

Keywords tension headache; acupuncture; membranous fascia

(收稿日期: 2014-04-27; 修回日期: 2014-05-21)

[编辑: 邓媛]