

风池穴“气至病所”针刺法对针刺治疗偏头痛疗效的影响

陈萌¹, 许华强², 李璐³, 詹明洁³, 李星凌³, 王超³, 陈晓军^{1,3}

1. 浙江中医药大学第三临床医学院, 浙江 杭州 310053

2. 绍兴市中医院, 浙江 绍兴 312009

3. 浙江中医药大学附属第三医院, 浙江 杭州 310005

[摘要] 目的: 观察风池穴“气至病所”针刺法对针刺治疗偏头痛临床疗效的影响。方法: 将60例偏头痛患者按随机数字表法分为治疗组和对照组各30例。对照组取双侧太阳、丝竹空、率谷、风池、外关、侠溪穴, 予以常规针刺治疗。治疗组取穴同对照组, 风池穴在揣穴的基础上快速进针, 缓慢调整针尖方向及针刺深度进行搜气, 直至患者自觉头颞部有酸胀感, 余穴操作同对照组。2组均连续治疗4周。比较2组首次治疗前后视觉模拟评分法(VAS)评分, 以及治疗前、治疗4周后偏头痛特异性生活质量问卷(MSQ)和头痛症状积分, 评价2组临床疗效。结果: 首次治疗后, 2组VAS评分均较治疗前降低($P<0.05$), 治疗组VAS评分低于对照组($P<0.05$)。治疗4周后, 2组MSQ评分均较治疗前降低($P<0.05$), 组间比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗4周后, 2组头痛发作次数、头痛程度、头痛时长、伴随症状积分及总分均较治疗前降低($P<0.05$), 上述评分组间比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗组总有效率90.00%, 对照组总有效率86.67%, 2组比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。结论: 2种方法均能减轻偏头痛患者疼痛, 改善其生活质量, 但风池穴“气至病所”针刺法可提高即时镇痛效果。

[关键词] 偏头痛; 针刺; 风池; 气至病所; 即时镇痛

[中图分类号] R246.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2024) 19-0152-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2024.19.030

Curative Effect of "Arrival of Qi at the Location of Disease" Acupuncture Method at Fengchi Point on Migraine

CHEN Meng¹, XU Huaqiang², LI Lu³, ZHAN Mingjie³,

LI Xingling³, WANG Chao³, CHEN Xiaojun^{1,3}

1. The Third School of Clinical Medical, Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou Zhejiang 310053, China;

2. Shaoxing Hospital of Chinese Medicine, Shaoxing Zhejiang 312009, China; 3. The Third Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou Zhejiang 310005, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of "arrival of qi at the location of disease" acupuncture method at *Fengchi* (GB 20) point on migraine. **Methods:** A total of 60 migraine patients were divided into the treatment group and the control group, with 30 cases in each group according to the random number table method. The control group received routine acupuncture treatment at *Taiyang* (EX-HN5) point, *Sizhukong* (SJ 23) point, *Shuaigu* (GB 8) point, *Fengchi* (GB 20) point, *Waiguan* (SJ 5) point, and *Xiaxi* (GB 43) point on both sides. The treatment group selected the same points as the control group, and quickly inserted needles into the *Fengchi* (GB 20) point based on touching, then slowly adjust the

[收稿日期] 2023-05-11

[修回日期] 2023-07-06

[基金项目] 浙江省中医药科技计划项目 (2021ZB152); 浙江省基础公益研究计划项目 (LQ20H270011)

[作者简介] 陈萌 (1998-), 女, 硕士研究生, E-mail: chengmeng802366@163.com。

[通信作者] 陈晓军 (1978-), 男, 副教授, 主任医师, E-mail: cxj1019@sina.com。

direction and depth of the needle tip to search for qi until the patient feels a sense of soreness and swelling in the head and temporal area, and the remaining points were operated the same as the ones in the control group. Both groups received continuous treatment for four weeks. The Visual Analogue Scale (VAS) scores before and after the first treatment, and the scores of Migraine-Specific Quality of Life Scale (MSQ) and headache symptom before and after four weeks of treatment were compared between the two groups. Evaluated the clinical efficacy of the two groups. **Results:** After the first treatment, the VAS scores in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the VAS score in the treatment group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). After four weeks of treatment, the MSQ scores in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), there was no significant difference between the two groups ($P > 0.05$). After four weeks of treatment, the scores of frequency, severity, duration and accompanying symptom and total scores of headache attacks in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$). There was no significant difference in the above scores between the two groups ($P > 0.05$). The total effective rate was 90.00% in the treatment group, and 86.67% in the control group, there being no significant difference between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Both methods can alleviate the pain of migraine patients and improve their quality of life, but the “arrival of qi at the location of disease” acupuncture method at *Fengchi* (GB 20) point can improve the immediate analgesic effect.

Keywords: Migraine; Acupuncture; *Fengchi* (GB 20); Arrival of qi at the location of disease; Immediate analgesic

偏头痛是以神经系统、胃肠道和自主神经变化为组合症状的原发性发作性头痛，临床常表现为反复发作的单侧搏动性头痛，发作时可伴有畏声、畏光、恶心和呕吐等症状^[1-2]。超过半数的偏头痛患者生活质量明显下降^[3]。研究显示，偏头痛在中年妇女和青壮年人群中更为多见，是导致神经障碍的第二大原因^[4]。现代医学治疗偏头痛常采用非甾体类抗炎药、麦角胺及 β -受体阻滞剂等药物。这些药物虽在一定程度上减轻了偏头痛的发作症状，但易引起消化道不良反应，且部分患者存在禁忌证^[5]。中医常采用针刺治疗偏头痛，在镇痛方面显示出良好的临床疗效^[6]。《针刺手法一百种》^[7]中指出“气至病所”针刺法是根据脏腑经脉相关理论，通过施行一定的手法促进针感循经传导至病变部位，感传愈显著，疗效愈好。风池穴是治疗偏头痛的常用穴位之一^[8]，取风池穴行“气至病所”针刺法应可获得更好的临床疗效。本研究采用以风池穴为主的标准针刺处方，比较风池穴“气至病所”针刺法和常规针刺法治疗

偏头痛的临床疗效，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《国际头痛疾病分类》^[2]中偏头痛的诊断标准。包括无先兆性偏头痛和有先兆性偏头痛。无先兆性偏头痛：头痛发作时间在4~72 h之间(未治疗或治疗效果不佳)；至少符合单侧、搏动性、中重度头痛，日常体力活动加重头痛，或因头痛而避免日常活动(如行走或上楼梯)中的2项；发作过程中，至少符合恶心和(或)呕吐、畏光和畏声中的1项；无法被诊断为国际头痛分类(ICHD)-3中的其他疾病。符合上述标准，至少发作5次。有先兆性偏头痛：至少有1个可完全恢复的先兆症状[视觉、感觉、言语和(或)语言、运动、脑干、视网膜]；至少符合下列6项中的3项(至少有1个先兆症状持续超过5 min；2个或更多的症状连续发生；每个独立先兆症状持续5~60 min；至少有1个先兆症状是单侧的；至少有1个先兆症状是阳性的；与先兆症状伴发或在先兆症状出现60 min内出现头痛)；至少有

2次发作符合上述标准且无法被诊断为ICHD-3中的其他疾病。

1.2 纳入标准 符合诊断标准；年龄18~65岁；偏头痛病程≥1年；处于偏头痛发作期，且视觉模拟评分法(VAS)评分≥4分；参加本研究前1个月内没有服用过与预防或治疗偏头痛有关的药物；自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.3 排除标准 合并其他系统严重疾病或精神疾病；妊娠期或哺乳期妇女；患有大脑器质性病变；同时参加其他临床研究，且可能对本研究结果产生影响；对针刺不耐受或有晕针史。

1.4 剔除、脱落标准 受试者主动退出研究；前期隐瞒资料可能影响试验结果或影响受试者安全；因突发事件终止试验。

1.5 一般资料 选取2021年3月—2022年3月于浙江中医药大学附属第三医院被诊断为偏头痛且符合本试验各项要求的门诊患者共60例，采用随机数字表法分为治疗组和对照组各30例。治疗组男13例，女17例；平均年龄(43.36±8.74)岁；平均病程(47.80±20.24)个月；头疼部位：单侧18例，双侧12例；有先兆性偏头痛9例，无先兆性偏头痛21例。对照组男11例，女19例；平均年龄(40.80±9.15)岁；平均病程(48.73±16.54)个月；头疼部位：单侧21例，双侧9例；有先兆性偏头痛7例，无先兆性偏头痛23例。2组一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经浙江中医药大学附属第三医院医学伦理审查委员会审核批准(审批号：ZSLL-KY-2021-003-01)。

2 治疗方法

2.1 治疗组 选穴参考《针灸治疗学》^[9]中少阳型头痛的针灸标准处方，取双侧太阳、丝竹空、率谷、风池、外关、侠溪穴。操作：除风池穴使用0.30 mm×40 mm的针灸针外，其余穴位均使用0.25 mm×25 mm的针灸针进行针刺。患者取俯卧位，所有穴位皮肤进行常规消毒，太阳穴斜刺0.5~0.8寸，丝竹空、率谷穴平刺0.5~0.8寸，外关穴直刺0.5~0.8寸，侠溪穴直刺0.3~0.5寸，均以局部酸胀得气为度。风池穴进针前先揣穴，即按揉风池穴稍向外上方靠近枕骨下缘处，当患者感头颞部有酸胀感时快速进针，缓慢调整针尖方向及针刺深度进行搜气，直至患者自觉头颞部有酸胀感，留针30 min。隔天1次，每周

3次，连续治疗4周。

2.2 对照组 取穴同治疗组。操作：风池穴直刺(针体与后枕部皮肤切面呈90°角垂直进针)0.8~1.2寸，余穴操作同治疗组，均以患者自觉局部酸胀得气为度。留针时间、治疗频次及疗程均同治疗组。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①VAS评分。治疗前和首次治疗结束后采用VAS评估头痛程度，总分0~10分，分数越高表示疼痛越难忍。②偏头痛特异性生活质量问卷(MSQ)评分。治疗前和治疗4周后采用MSQ评估生活质量。该问卷包含功能受限、功能障碍、情感影响三大领域，共14条问题。从来没有计1分，很少时候计2分，有些时候计3分，大多数时间计4分，绝大多数时间计5分，所有时间计6分。总分14~84分，分数越高表示偏头痛对受试者的生活质量影响越大。③头痛症状积分。治疗前和治疗4周后评估头痛发作次数、头痛程度、头痛时长及伴随症状，其中头痛发作次数、头痛程度、头痛时长根据重度、中度、轻度、无或消失分别计6、4、2、0分，伴随症状根据≥3项、2项、1项、无伴随症状分别计3、2、1、0分，总分0~21分，分数越低表示偏头疼程度越轻。④临床疗效。⑤不良事件。

3.2 统计学方法 采用SPSS20.0统计学软件分析数据。计量资料符合正态分布以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用成组样本 t 检验，同组治疗前后比较采用配对样本 t 检验；计数资料以百分比(%)表示，采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治疗4周后根据疗效指数评估临床疗效。疗效指数=(治疗前头痛症状积分-治疗后头痛症状积分)/治疗前头痛症状积分×100%。临床治愈：偏头痛未再发作；显效：疗效指数≥50%；有效：20%<疗效指数<50%；无效：疗效指数≤20%。总有效率=(临床治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

4.2 2组治疗前及首次治疗后VAS评分比较 见表1。治疗前，2组VAS评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。首次治疗后，2组VAS评分均较治疗前降低($P<0.05$)，治疗组VAS评分低于对照组($P<0.05$)。

4.3 2组治疗前、治疗4周后MSQ评分比较 见表2。

治疗前,2组MSQ评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗4周后,2组MSQ评分均较治疗前降低($P<0.05$),组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

4.4 2组治疗前、治疗4周后头痛症状积分比较 见表3。治疗前,2组头痛发作次数、头痛程度、头痛

时长、伴随症状积分及总分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗4周后,2组头痛发作次数、头痛程度、头痛时长、伴随症状积分及总分均较治疗前降低($P<0.05$),上述评分组间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

表1 2组治疗前及首次治疗后VAS评分比较($\bar{x}\pm s$) 分					
组别	例数	治疗前	首次治疗后	t 值	P
治疗组	30	6.43±0.98	2.87±0.93	25.671	<0.001
对照组	30	6.23±0.87	3.55±1.08	22.609	<0.001
t 值		0.862	2.600		
P 值		0.392	0.012		

表2 2组治疗前、治疗4周后MSQ评分比较($\bar{x}\pm s$) 分					
组别	例数	治疗前	治疗4周后	t 值	P
治疗组	30	52.60±11.45	33.70±8.94	9.995	<0.001
对照组	30	54.37±8.94	37.87±8.24	11.757	<0.001
t 值		0.666	1.887		
P 值		0.508	0.064		

表3 2组治疗前、治疗4周后头痛症状积分比较($\bar{x}\pm s$) 分							
组别	时间	例数	头痛发作次数	头痛程度	头痛时长	伴随症状	总分
治疗组	治疗前	30	4.37±1.45	4.20±1.42	3.47±1.41	2.17±0.75	14.20±3.07
	治疗4周后	30	2.67±0.99 ^①	2.53±1.14 ^①	2.47±1.04 ^①	0.90±0.66 ^①	8.57±2.34 ^①
对照组	治疗前	30	4.10±1.35	4.10±1.35	3.30±1.39	1.83±0.65	13.33±2.31
	治疗4周后	30	3.00±1.17 ^①	2.87±1.11 ^①	2.57±0.86 ^①	0.93±0.58 ^①	9.37±2.11 ^①

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$

4.5 2组临床疗效比较 见表4。治疗组总有效率90.00%,对照组总有效率86.67%,2组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表4 2组临床疗效比较 例						
组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	0	5	22	3	90.00
对照组	30	0	3	23	4	86.67
χ^2 值						0.771
P 值						0.441

4.6 不良事件 试验期间,治疗组皮下血肿5例,对照组皮下血肿4例,及时按压并嘱受试者24 h内先冷敷,24 h后局部热敷,未对后续治疗产生不良影响。2组受试者均未出现滞针、弯针、断针、晕针、不能耐受的疼痛和局部感染等情况。

5 讨论

偏头痛归属于中医学中头痛、头风等范畴。多因风邪、寒邪、肝郁、痰凝、瘀血、气血不足等因素导致气机逆乱,经脉不通,气血不得上荣于头面而发病^[10]。因偏头痛发作一般位于侧头部,故遵循经脉所过、主治所及之治法,临床上多选用少阳经,尤其是足少阳胆经的穴位进行治疗。在所有足少阳

胆经穴位中,风池穴乃历代医家治疗偏头痛的首选穴。《扁鹊神应针灸玉龙经》云:“偏正头风有两般,风池穴内泻因痰。”《针灸大成》载“风池主洒淅寒热……目眩苦,偏正头痛”;《医学入门》载“风池主肺中风,偏正头风”。赵凌等^[11]分析历代针灸治疗偏头痛的用穴特点发现,风池穴是治疗偏头痛频次较高的穴位之一。韩鹏等^[12]检索近10年关于针灸治疗偏头痛的临床文献时也发现风池穴的累计运用频次最高。现代医学研究表明,针刺风池穴时可影响脑血管血流速度,缓解血管痉挛,改善脑部血液循环;影响偏头痛发作时三叉神经脊束核和脑神经核的反射弧,通过控制炎症发生、调节内分泌达到镇痛作用^[13-15]。

气至病所是指在得气的基础上通过一定的手法,使已得气的针感向病变方向传导。气至病所一词最早出自窦汉卿《针经指南·真言补泻手法》“捻针,使气下行至病所”。《金针赋》中记载“直待气至,以龙虎升腾之法,按之在前,使气在后,按之在后,使气在前。运气走至疼痛之所……”《针灸大成·经络迎随设为问答》中指出“有病道远者,必先使气直达病所”。可见古人在针灸治病时推崇气至病所。现代医学研究从结缔组织功能角度分析,认为针刺

循经感传能够改善微循环的物质运输,在针刺治疗时发挥显著的镇痛效果^[16-17]。高昆^[18]结合近代针灸临床研究发现,循经感传与针刺疗效及针刺镇痛关系密切,气至病所是获得针刺疗效的关键所在。在治疗枕神经炎时,取风池穴进行感传探索,发现其能够显著减少疼痛发作,改善临床症状^[19]。由此可见,对于痛症的治疗,“气至病所”针刺法确有其独特优势。

本研究结果显示,首次治疗后2组VAS评分均较治疗前降低,且治疗组VAS评分低于对照组,表明风池穴“气至病所”针刺法与常规针刺法均能明显减轻患者疼痛,治疗组的即时镇痛效果优于对照组。2组治疗4周后的MSQ评分、头痛症状积分均较治疗前降低,但组间比较,差异均无统计学意义;2组总有效率比较,差异无统计学意义,表明上述2种治疗方案均能减轻偏头痛患者的头痛症状,有效改善其生活质量,且疗效相近。

综上所述,风池穴“气至病所”针刺法治疗偏头痛能有效缓解患者的头痛症状,改善其生活质量,在即时镇痛方面效果优于常规针刺法。

[参考文献]

- [1] SILBERSTEIN S D. Migraine[J]. Lancet, 2009, 363(9418): 381-391.
- [2] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)[J]. Cephalalgia, 2013, 33(9): 629-808.
- [3] 中华医学会疼痛学分会头痛学组. 中国偏头痛诊断治疗指南[J]. 中国疼痛医学杂志, 2011, 17(2): 65-86.
- [4] GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016[J]. Lancet Neurol, 2019, 18(5): 459-480.
- [5] 郭承承. 偏头痛的药物治疗及作用机制[J]. 医学信息, 2022, 35(9): 81-83.
- [6] 贾菁楠, 闫超群, 齐晓环, 等. 基于功能磁共振初探针刺对偏头痛患者默认模式网络的影响[J]. 中国针灸, 2021, 41(10): 1074-1078.
- [7] 陆寿康, 胡伯虎, 张兆发. 针刺手法一百种[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1988: 12.
- [8] 陈勤, 梁繁荣, 郑晖, 等. 针灸治疗偏头痛的腧穴分类应用研究[J]. 浙江中医杂志, 2013, 48(6): 442-445.
- [9] 高树中, 杨骏. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 25-26.
- [10] 范香瀛, 文玉茵, 杨春滢, 等. 偏头痛辨证分型与针刺疗效的关系分析[J]. 中国针灸, 2020, 40(1): 96-102.
- [11] 赵凌, 任玉兰, 梁繁荣. 基于数据挖掘技术分析历代针灸治疗偏头痛的用穴特点[J]. 中国针灸, 2009, 29(6): 467-472.
- [12] 韩鹏, 温静, 吴慧慧, 等. 基于复杂网络探析针灸治疗偏头痛的腧穴配伍规律[J]. 针刺研究, 2022, 47(2): 171-176.
- [13] 康咪, 屈箫箫, 邵娣, 等. 电针风池穴对实验性偏头痛大鼠脑血流影响研究[J]. 云南中医中药杂志, 2019, 40(5): 70-72.
- [14] 袁晓军, 郝喜书, 赖仲平, 等. 针刺风池穴对脑血流的影响[J]. 中医杂志, 1996, 37(5): 285-286, 260.
- [15] 郑淑美, 陈玉静, 崔海. 基于大鼠中脑SP及其受体变化探讨针刺治疗偏头痛作用机制[J]. 世界中医药, 2014, 9(7): 961-964.
- [16] 杨书蔚, 马铁明. 经络循经感传与结缔组织相关性研究概况[J]. 实用中医内科杂志, 2018, 32(2): 74-77.
- [17] 余晓佳, 丁光宏, 姚伟, 等. 穴位处胶原纤维在针刺大鼠“足三里”镇痛过程中的作用[J]. 中国针灸, 2008, 28(3): 207-213.
- [18] 高昆. 循经感传现象与临床疗效[J]. 云南中医学院学报, 2001, 24(4): 37-38, 50.
- [19] 马小允, 张志深. 风池穴循经感传治疗枕神经炎102例[J]. 河北中医, 2000, 22(3): 206.

(责任编辑: 钟志敏, 刘迪成)