头痛舒宁方加味治疗瘀血阻络型偏头痛的临床研究

任宏伟[1,2]，李林[1*]，樛秀俊[2]，张楠[1]，尤晓苗[1]，孙丹雨[1]，董冠中[1]，史宗康[1]
（1. 内蒙古医科大学，内蒙古 呼和浩特 010100；2. 呼伦贝尔市中蒙医院，内蒙古 呼伦贝尔 021000）

摘要　目的：分析头痛舒宁方加味治疗偏头痛瘀血阻络证的效果。方法：回顾性分析 2022 年 12 月—2023 年 12 月呼伦贝尔市中蒙医院诊疗的 80 例偏头痛患者资料，根据治疗方式分组，其中接受偏头痛常规治疗的 40 例患者纳入对照组，接受头痛舒宁方加味治疗的 40 例患者纳入观察组。通过医院电子病历系统，记录并比较主要结局指标，结局指标包括整体疗效、治疗前后的疼痛程度[采用数字疼痛分级法（NRS）评估]、脑血流速度[患侧大脑前动脉（ACA）、中动脉（MCA）、后动脉（PCA）收缩期最大血流速峰值（V_{ACA}、V_{MCA}、V_{PCA}）]、炎症因子[白细胞介素 -6（IL -6）、超敏 C 反应蛋白（HS - CRP）水平]、治疗期间的不良反应发生情况。结果：观察组有效率高于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，两组患者 NRS 评分均降低，V_{ACA}、V_{MCA}、V_{PCA} 均升高，且观察组 NRS 评分较对照组低、V_{ACA}、V_{MCA}、V_{PCA} 均较对照组高，差异均有统计学意义（$P<0.01$）。治疗后，两组患者 IL -6、HS - CRP 水平均下降（$P<0.01$），且观察组较对照组低，差异有统计学意义（$P<0.05$，$P<0.01$）。组间不良反应发生率比较无差异（$P>0.05$）。结论：瘀血阻络证偏头痛患者应用头痛舒宁方加味治疗，能提高整体疗效，改善患者的脑血流速度、降低炎症水平，患者急性发作时疼痛程度缓解效果好，且联合药物治疗并不会增加不良反应，安全性理想。

关键词　偏头痛；瘀血阻络证；头痛舒宁方；脑血流速度
中图分类号：R255　　**文献标识码**：A　　**文章编号**：1002 - 2392（2025）03 - 0082 - 05
DOI：10.19664/j.cnki.1002 - 2392.250058

偏头痛为神经内科常见疾病之一，患者发作时症状为以头颞处发生搏动性的中度疼痛为主，常伴有畏声惧光、恶心、呕吐等自主神经功能系统紊乱，严重影响患者日常生活。临床上常通过生活干预及急性期药物干预以减少偏头痛发作次数，缓解患者症状，但由于偏头痛疗程长，属于慢性疾病，疾病治疗疗程相对较长，西药的长期使用可能导致耐药、安全性等问题，整体治疗效果仍相对有限。对此，建议联合中药治疗。中医学将偏头痛归为“头风”范畴，瘀血阻络是该病主要证型，中医认为瘀血在偏头痛的发生中起重要作用，气机不畅、瘀血阻络是该病致病关键，故治疗应以平肝息气、活血通络为主要原则[1]。头痛舒宁方加味是内蒙古自治区名中医樛秀俊主任自拟方剂，以刺蒺藜、僵蚕、川芎、白芍等中草药为主，具有平肝息风、活血止痛之效，符合瘀血阻络证偏头痛的治则，考虑与常规西药联合使用，或能提高疾病整体治疗效果。由于头痛舒宁方加味是呼伦贝尔市中蒙医院自拟方剂，检索并未找到相关研究，若研究能证实头痛舒宁方加味与常规治疗联合对偏头痛的实际获益，或可以指导偏头痛治疗新思路并在其他地区推广。基于此，本研究将重点探讨头痛舒宁方治疗偏头痛瘀血阻络证的效果。

1　资料与方法

1.1　一般资料

回顾性分析 2022 年 12 月—2023 年 12 月于呼伦贝尔市中蒙医院脑病科诊疗的 80 例偏头痛患者资料。根据不同治疗方式分组，将接受偏头痛常规干预治疗的 40 例患者纳入对照组，接受头痛舒宁方加味治疗的 40 例患者纳入观察组。其中观察组男 14 例，女26 例；年龄 35 ~ 45 岁，平均年龄（40.25 ± 3.14）岁；病程 2 ~ 8 年，平均病程（5.22 ± 1.88）年；发作时头痛位置：左侧 23 例，右侧 17 例。对照组男 15 例，女 25 例；年龄 35 ~ 46 岁，平均年龄（40.87 ± 3.29）岁；病程 2 ~ 9 年，

收稿日期：2024 - 07 - 24　　**修回日期**：2024 - 12 - 14
基金项目：内蒙古自治区自然科学基金项目（2024ZD33）；内蒙古自治区卫生健康委中医药（蒙医药）科技计划项目（ZMY - 2024118）；内蒙古自治区第四批老中医药（蒙医药）专家学术经验继承工作项目[内卫中（蒙）传承字〔2022〕161 号]；内蒙古自治区卫生计生科研计划项目（201701107）
作者简介：任宏伟（1986 - ），男，硕士研究生，主治医师，从事中医脾胃、心脑血管相关研究。
*通信作者：李林（1965 - ），男，硕士，教授，博士生导师，从事中医脾胃、心脑血管相关研究。

平均病程(5.17 ± 2.04)年;发作时头痛位置:左侧 22 例,右侧 18 例。两组上述资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经呼伦贝尔市中蒙医院伦理协会审核批准(2024SZM - LW004)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

西医诊断符合《中国偏头痛诊治指南》[2]中偏头痛诊断标准。①头痛发作时间在 4 ~ 72 h;②符合头痛的特点:包括跳痛、重度疼痛、日常活动加重头痛;③具有恶心呕吐、畏声畏光等偏头痛伴随症状;④影像学显示神经系统没有定位体征。

1.2.2 中医诊断

中医诊断参考《中医内科学》[3],患者辨证为瘀血阻络证,主症:偏侧头痛、反复频发、缠绵难愈;次症:痛如锥、疼如刺,痛有定处,面色晦暗;舌脉:舌质暗紫,边有瘀斑或瘀点,脉细涩。

1.3 纳入及排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准;②就诊前 1 个月发作至少 2 次;③发作时为单侧头痛(左侧或右侧);④患者临床资料完整;⑤患者对本次研究采集并使用其病历资料知情同意。

1.3.2 排除标准

①由脑外伤、癫痫、颅内血管畸形等疾病造成的头痛患者;②合并心肺功能障碍者;③中枢神经系统受损者;④合并血液性疾病者;⑤对研究过程中使用的药物过敏或不耐受者;⑥合并严重高血压患者。

1.4 治疗方法

全部患者入院就诊并确诊后给予常规治疗干预。(1)健康教育:告知患者规律作息、定期锻炼、均衡营养、保证充足睡眠;向患者普及相关知识,帮助患者建立科学的预防观念与目标,并建立切合实际的期望;嘱咐患者避免过度使用镇痛药物,鼓励患者记录头痛日记。(2)急性期药物治疗:告知患者头痛发作时可使用琥珀酸舒马普坦片(湖南九典制药股份有限公司,国药准字 H20040699,规格:50 mg)口服,50 mg/次。若首次服用后症状持续可再加服 1 次;若服用后症状消失,但之后又复发,应待前次给药 24 h 后方可再次用药。单次口服的最大剂量为 100 mg,24 h 内总剂量不超过 200 mg。

在常规治疗基础上观察组联合头痛舒宁方加味治疗,药方由刺蒺藜 20 g,僵蚕 20 g,川芎 10 g,白芍 15 g,延胡索 15 g,土鳖虫 10 g,吴茱萸 6 g,焦栀子 15 g,荷叶 15 g,茯苓 15 g,炙甘草 6 g 组成,在此基础上加丹参 20 g,鸡血藤 10 g,地龙 15 g。加水 1 500 mL 煎至 200 mL 为 1 剂,1 剂/日,别于早晚饭后 30 min 服用。

中药饮片来自呼伦贝尔市中蒙医院中药房,煎药单位为呼伦贝尔市中蒙医院的门诊煎药室。全部患者均持续治疗 1 个月。

1.5 观察指标及疗效判定标准

1.5.1 临床疗效

根据中医证候积分评估疗效[4]。中医症候积分评估标准:3 项主症状(偏侧头痛、反复频发、缠绵难愈)及 4 项次症状(痛如锥、疼如刺、痛有定处、面色晦暗),均采用 4 级评分法,主症、次症包括无、轻、中、重,对应赋分分别为 0、2、4、6 分,0、1、2、3 分,总分 30 分,疗效指数 = [(治疗前证候积分 - 治疗后证候积分)/治疗前证候积分] × 100%。显效:偏头痛症状改善,发作周期较治疗前延长,发作时疼痛程度减轻,疗效指数 > 75%;有效:偏头痛症状稍有改善,发作时疼痛程度有一定减轻,疗效指数 50% ~ 75%;无效:治疗后疼痛无缓解,甚至加重,且发作仍频繁,疗效指数 < 50%。总有效率 = (显效例数 + 有效例数)/总例数 × 100%。

1.5.2 疼痛程度

于治疗前、治疗 1 个月后,采用数字疼痛分级法(Numerical Rating Scale, NRS)评估患者急性发作时疼痛程度,该量表由 FARRAR 等[5]编制、由万丽等[6]汉化,评估方法:用 0 ~ 10 的数字代表不同程度的疼痛,0 为无痛、10 为剧烈的疼痛,让患者圈出一个最代表疼痛的数字,分数越高,疼痛程度越剧烈。

1.5.3 脑血流速度

治疗前后,使用经颅多普勒超声仪(德力凯医疗设备股份有限公司,型号:EMS - 9UA)检查患者颅内主要动脉血管,测定患侧大脑前动脉(Arteria cerebri rostralis, ACA)、大脑中动脉(Middle cerebri rostralis, MCA)和大脑后动脉(Posterior cerebri rostralis, PCA)收缩期最大血流速峰值,分别为 V_{ACA}、V_{MCA}、V_{PCA}。探头频率设置为 2.0 MHz。

1.5.4 炎症因子

抽取患者空腹静脉血 3 mL,使用低速离心机(湖南安君研仪器有限公司,型号:A4K - B)经 1 000 r/min离心 10 min 后,取上层血清冷冻保存待检,采用酶联免疫吸附实验检测白细胞介素 - 6(Interleukin - 6, IL - 6)、超敏 C 反应蛋白(Hypersensitive C - reactive protein, hs - CRP)水平。检测试剂盒购自上海酶联生物科技有限公司。

1.5.5 不良反应

统计患者嗜睡、疲乏、恶心呕吐等不良反应发生情况。

1.6 统计学方法

采用 SPSS25.0 统计软件分析数据。计量资料经 Kolmogorov – Smirnov 正态性检验，符合正态分布者以平均数 ± 标准差（$\bar{x} \pm s$）描述，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对样本 t 检验；计数资料以例数（百分率）表示，二分类资料或样本构成比采用 χ^2 检验；等级资料采用秩和检验；$P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

经比较，观察组治疗总有效率高于对照组（$P < 0.05$）。见表 1。

表 1 两组偏头痛患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	40	11(27.50)	15(37.50)	14(35.00)	26(65.00)
观察组	40	18(45.00)	16(40.00)	6(15.00)	34(85.00)
Z/χ^2 值			$Z = 2.125$		$\chi^2 = 4.267$
P 值			0.034		0.039

2.2 疼痛程度

治疗前，两组患者 NRS 评分比较无明显差异（$P > 0.05$）；治疗后，两组患者 NRS 评分均下降（$P < 0.01$），且观察组低于对照组，差异有统计学意义（$P < 0.01$）。见表 2。

表 2 两组偏头痛患者 NRS 评分比较（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	40	7.12 ± 1.34	5.95 ± 1.13	4.222	0.000
观察组	40	7.62 ± 1.21	4.78 ± 1.46	9.472	0.000
t 值		1.752	4.008		
P 值		0.084	0.000		

2.3 脑血流速度

治疗前，两组患者 V_{ACA}、V_{MCA}、V_{PCA} 比较无明显差异（$P > 0.05$）；治疗后，两组患者 V_{ACA}、V_{MCA}、V_{PCA} 均升高（$P < 0.01$），且观察组高于对照组（$P < 0.01$）。见表 3。

表 3 两组偏头痛患者脑血流速度比较（$\bar{x} \pm s$，cm/s）

组别	例数	V_{ACA}		t 值	P 值	V_{MCA}		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
对照组	40	80.56 ± 3.71	83.17 ± 3.42	3.271	0.002	105.04 ± 4.16	109.24 ± 4.25	4.467	0.000
观察组	40	80.24 ± 3.52	86.22 ± 3.86	7.240	0.000	105.31 ± 4.29	113.16 ± 4.17	8.299	0.000
t 值		0.396	3.740			0.286	4.164		
P 值		0.693	0.000			0.776	0.000		

组别	例数	V_{PCA}		t 值	P 值
		治疗前	治疗后		
对照组	40	72.61 ± 4.17	76.24 ± 4.33	3.819	0.000
观察组	40	72.25 ± 4.66	80.31 ± 4.19	8.124	0.000
t 值		0.364	4.354		
P 值		0.717	0.000		

2.4 炎症水平

治疗前，两组患者 IL – 6、HS – CRP 水平比较无差异（$P > 0.05$）；治疗后，两组 IL – 6、HS – CRP 水平均下降（$P < 0.01$），且观察组低于对照组（$P < 0.05$，$P < 0.01$）。见表 4。

2.5 不良反应

两组间不良反应发生率比较无明显差异（$P > 0.05$）。见表 5。

表 4 两组偏头痛患者炎症水平比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	例数	IL – 6/(pg/mL)		t 值	P 值	hs – CRP/(mg/L)		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
对照组	40	16.27 ± 3.81	7.69 ± 2.36	12.108	0.000	21.72 ± 5.82	10.63 ± 2.95	10.749	0.000
观察组	40	16.63 ± 3.69	6.44 ± 2.16	15.073	0.000	20.06 ± 6.38	6.32 ± 3.12	12.236	0.000
t 值		0.429	2.471			1.216	6.348		
P 值		0.669	0.017			0.228	0.000		

表 5 两组偏头痛患者不良反应发生率比较[例(%)]

组别	例数	嗜睡	疲乏	恶心呕吐	总发生率
对照组	40	2(5.00)	2(5.00)	1(2.50)	5(12.50)
观察组	40	1(2.50)	0	0	1(2.50)
χ^2 值					1.623
P 值					0.203

3 讨论

中医学将“偏头痛”归为“偏头风”范畴,认为偏头痛发病与多种病理因素夹杂有关,以瘀血阻络型多见。樛秀俊主任认为瘀血阻络型偏头痛初期多因情绪改变,肝失疏泄,气郁阳亢,化火亢逆而生风,肝阳、肝风上扰而发头痛,加之气郁日久以致血瘀,瘀血入络,导致该病反复发作,经久不愈。故针对此型偏头痛的治疗,应以平肝息风、活血止痛为则。

自拟头痛舒宁方加味中刺蒺藜、僵蚕为君,刺蒺藜苦降辛散,入肝,可平抑肝阳,疏肝解郁;僵蚕主入肝经,可息肝风而止头痛,两药合用共奏平肝息风、止头痛之功;施今墨[7]运用两药治疗各种内伤头痛。白芍阴柔补血之品与辛香之川芎相配,动静相宜,能补肝之血,行肝之气,即所谓“治风先治血,血行风自灭”,故两药同用,加强君药平肝息风之功,又可活血化瘀而止痛,故为臣。延胡索活血止痛之良药,能加强臣药活血化瘀止痛;土鳖虫寓意有二,一是与僵蚕共用,搜剔通络,二是其可破血逐瘀,辅佐臣药除瘀血;肝郁日久可化火,用苦寒之焦栀子以泻肝火;吴茱萸能疏肝气之郁滞,又为厥阴头痛引经药;为防肝病日久伤脾故加茯苓以健脾;荷叶辛散轻清而载药上行,共为佐药;炙甘草与白芍相配可舒缓神经、止头痛,又调和诸药,为佐使;加丹参、鸡血藤、地龙以加强行血活络、息风止痛作用,全方加减共奏平肝息风、活血止痛之效,辨证施治,契合偏头痛瘀血阻络证的病机特点。本研究结果显示,观察组总有效率高于对照组,表明头痛舒宁方加味治疗偏头痛瘀血阻络证,能提高整体获益,可见其治疗价值。

中医学认为“痛则不通、通则不痛”,气血畅通则身体无痛感,疼痛发作说明患者气血不通,故瘀血阻络证偏头痛患者或因脑内血管血流不畅,导致疼痛频发[8]。本研究结果显示,治疗后,观察组 V_{ACA}、V_{MCA}、V_{PCA} 均高于对照组,且急性发作时 NRS 评分低于对照组,表明头痛舒宁方加味在偏头痛中的应用,可有效缓解患者急性发作时的疼痛程度,可能的机制为改善患者脑部血流速度。分析原因,樛秀俊主任针对此类证型阳亢风动兼瘀血的核心病机,以调肝为主,运用头痛舒宁方加味,具有平肝息气、活血止痛之效,能调节体内气血运行,使阴阳平衡,气血宣通,脉络通畅,能促进血液流通,改善脑内血流速度,在临床中取得显著疗效。且经药理研究证实,头痛舒宁方加味中川芎富含黄酮类化合物、多糖等成分,具有扩张血管、解痉之效,对恢复血流有利[9];白芍中的有效成分白芍总苷有改善脑部供血,舒缓脑神经作用[10];僵蚕富含蛋白多肽类、甾体类、黄酮类等,具有抗凝、抗血栓、保护神经、改善脑供血作用[11];而土鳖虫中含有脂肪酸、氨基酸等成分,能够保护血管内皮细胞,使内皮细胞不受损伤,减轻内皮细胞内炎症水平,从而减轻血管内阻力,促进血流速度改善[12]。当患者脑血管内血流通畅,血行则意味着气行,气血不畅得到改善,疼痛程度随之缓解,故 NRS 评分降低。

张艳华[13]认为,炎症因子在偏头痛的发生发展中有一定作用,偏头痛患者可见炎性介质高表达,同时炎性因子的过度释放也将促进偏头痛的发生。hs-CRP 是肝脏合成的全身性炎症反应非特异性标志物,可用于评估全身炎症水平[14];IL-6 是功能广泛多效应细胞因子,参与抗感染免疫反应[15]。本研究结果显示,经治疗后,观察组 hs-CRP、IL-6 水平均低于对照组,表明头痛舒宁方加味治疗偏头痛能减轻炎症水平。现代药理证实,茯苓中主要成分茯苓酸能调节应激反应,阻断炎症介质分子花生四烯酸衍生物的产生,从而起到抗炎的作用[16];川芎中挥发油成分则能够拮抗氧自由基,调节细胞环境中的氧化-抗氧化状态,减轻炎症反应[17];白芍中主要成分白芍苷,可以抑制患者体内过氧化物的生成,减少血液中前列腺素的合成,从而降低炎症反应[18];再加上头痛舒宁方加味中土鳖虫可以保护血管内皮细胞,减轻氧化应激、炎症反应对血管内皮的损伤,继而抑制炎症因子的释放,从而减轻炎症程度[19];白蒺藜中皂苷类、黄酮类化合物,具有抗炎、抗氧化作用,可减轻患者炎症反应,并且该药能调节患者免疫功能,激活体内免疫细胞活性,抑制炎症因子的释放[20];诸药合用,故抗炎效果佳,患者炎症因子水平显著降低。本研究还观察了药物应用的安全性,结果显示,组间不良反应发生率差异无统计学意义,表明头痛舒宁方加味治疗偏头痛并不会带来安全性风险。

综上所述,瘀血阻络证偏头痛患者应用头痛舒宁方加味治疗,能提高整体疗效,改善患者的脑血流速度、降低炎症水平,且联合药物治疗并不会增加不良反应,安全性理想。

参考文献:

[1] 韦紫君,李萌青,张云云. 中医治疗偏头痛的临床研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(17):2804-2809.

[2] 中国医师协会神经内科医师分会,中国研究型医院学会头痛与感觉障碍专业委员会. 中国偏头痛诊治指南(2022 版)[J]. 中国疼痛医学杂志,2022,28(12):881 - 898.
[3] 张伯礼,吴勉华. 中医内科学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社,2017:114 - 117.
[4] 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,2002:105 - 109.
[5] FARRAR J T, YOUNG J P, LAMOREAUX L, et al. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11 - point numerical pain rating scale[J]. Pain, 2001, 94(2): 149 - 158.
[6] 万丽,赵晴,陈军,等. 疼痛评估量表应用的中国专家共识(2020 版)[J]. 中华疼痛学杂志,2020,16(3):177 - 187.
[7] 余瀛鳌,高益民. 施今墨的临床经验[J]. 首都医药,2005(7):17 - 36.
[8] 肖许珍. 杨文明运用疏风豁痰、化瘀通络法治疗偏头痛经验[J]. 中医杂志,2021,62(23):2042 - 2045.
[9] 张晓娟,张燕丽,左冬冬. 川芎的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中医药信息,2020,37(6):128 - 133.
[10] 沈子芯,牟春燕,周雪儿,等. 白芍及其化学成分的药理作用研究进展[J]. 江苏中医药,2024,56(8):76 - 79.
[11] 姜秋,王玲娜,刘燕,等. 僵蚕的炮制历史沿革、化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国中药杂志,2023,48(12):3269 - 3280.
[12] 韩迪,程永现,晏永明. 土鳖虫药理作用研究进展[J]. 中国现代中药,2022,24(12):2501 - 2513.
[13] 张艳华. 偏头痛与 Willis 环变异和炎症的关联性研究[J]. 辽宁医学杂志,2023,37(3):38 - 40.
[14] 钱安民. 血清高敏 C 反应蛋白和半乳糖凝集素 - 3 对偏头痛的诊断[J]. 脑与神经疾病杂志,2019,27(8):467 - 470.
[15] 程云龙,于林,李双法,等. 人血清白细胞介素 6 水平稳定性研究[J]. 检验医学,2019,34(2):185 - 186.
[16] 左军,祁天立,胡晓阳. 茯苓化学成分及现代药理研究进展[J]. 中医药学报,2023,51(1):110 - 114.
[17] 陈照宇,庄丽,郑昆,等. 川芎真空蒸汽润药制备工艺优化及其抗炎镇痛活性研究[J]. 国际中医中药杂志,2021,43(12):1234 - 1239.
[18] 张燕丽,田园,付起凤,等. 白芍的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中医药学报,2021,49(2):104 - 109.
[19] 王少平,赵一慕,李盼盼,等. 基于网络药理学的土鳖虫破血逐瘀作用机制研究[J]. 中国现代中药,2021,23(3):457 - 469.
[20] 葛诗慧,黄敬文,安丽凤,等. 蒺藜在皮肤科的药理作用机制及临床应用进展[J]. 医学研究杂志,2024,53(5):182 - 185.

Clinical Study on the Treatment of Blood Stasis Obstructing Collaterals - Type Migraine with Modified Toutong Shuning Decoction

REN Hongwei[1,2], LI Lin[1], JIU Xiujun[2], ZHANG Nan[1], YOU Xiaomiao[1], SUN Danyu[1], DONG Guanzhong[1], SHI Zongkang[1]

(1. *Inner Mongolia Medical University*, *Hohhot* 010100, *China*;
2. *Hulunbuir Zhongmeng Hospital*, *Hulunbuir* 021000, *China*)

Abstract Objective: To analyze the therapeutic effect of modified Toutong Shuning Decoction for treating migraine with blood stasis obstructing collaterals syndrome. Methods: A retrospective analysis was conducted on 80 migraine patients treated at Hulunbuir Zhongmeng Hospital from December 2022 to December 2023. The patients were divided into two groups based on treatment: 40 patients in the control group received conventional migraine treatment, while 40 patients in the observation group received modified Toutong Shuning Decoction. The primary outcomes, including overall efficacy, pain severity (assessed using the Numeric Rating Scale, NRS), cerebral blood flow velocity [peak systolic velocity (VACA, VMCA, VPCA) of the affected anterior cerebral artery (ACA), middle cerebral artery (MCA), and posterior cerebral artery (PCA)], and levels of inflammatory factors [interleukin - 6 (IL - 6) and high - sensitivity C - reactive protein (hs - CRP)], as well as the incidence of adverse reactions during treatment, were recorded and compared. Results: The overall efficacy in the observation group was significantly higher than in the control group ($P < 0.05$). After treatment, both groups showed a reduction in NRS scores and an increase in VACA, VMCA, and VPCA. The observation group had lower NRS scores and higher VACA, VMCA, and VPCA than the control group, with significant differences ($P < 0.01$). IL - 6 and hs - CRP levels decreased in both groups, and were significantly lower in the observation group ($P < 0.05$, $P < 0.01$). The incidence of adverse reactions was similar between the two groups ($P > 0.05$). Conclusion: Modified Toutong Shuning Decoction can improve the overall efficacy in treating migraine with blood stasis obstructing collaterals syndrome, enhance cerebral blood flow, reduce inflammation, and effectively alleviate acute pain during migraine attacks. Additionally, the combination therapy does not increase adverse reactions, demonstrating ideal safety.

Key words Migraine; Blood stasis obstructing collaterals syndrome; Toutong Shuning Decoction; Cerebral blood flow velocity