

耳后取穴为主电针治疗原发性三叉神经痛 32 例 临 床 观 察

王 红¹ 陈晓霞²

(1.大连医科大学附属第一医院,辽宁大连 116011; 2.大连市长春路社区卫生服务中心,辽宁大连 116011)

摘 要 目的:观察耳后取穴为主电针治疗原发性三叉神经痛的临床疗效。方法:将 64 例原发性三叉神经痛患者随机分为治疗组和对照组各 32 例,治疗组采用耳后取穴为主电针治疗,对照组采用常规取穴电针治疗。治疗 3 个疗程后统计疗效。结果:总有效率治疗组为 93.75%,优于对照组的 78.13%。结论:耳后取穴为主电针治疗原发性三叉神经痛具有较好疗效。

关键词 三叉神经痛 电针 耳后取穴

中图分类号 R246.6

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)03-0062-02

近年来,笔者采用耳后取穴为主电针治疗原发性三叉神经痛 32 例,并与采用常规取穴电针治疗的 32 例作对照,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 64 例均为大连医科大学附属第一医院门诊患者,按就诊先后顺序编号并分组,单号为治疗组,双号为对照组。治疗组 32 例:男性 12 例,女性 20 例;年龄最小 38 岁,最大 75 岁;病程最短 7d,最长 8 年;发于左侧 9 例,右侧 23 例;发于眼支、上颌支 2 例,上颌支 9 例,上颌支、下颌支 15 例,下颌支 6 例。对照组 32 例:男性 10 例,女性 22 例;年龄最小 41 岁,最大 77 岁;病程最短 10d,最长 7 年;发于左侧 10 例,右侧 22 例;发于眼支 1 例,眼支、上颌支 3 例,上颌支 7 例,上颌支、下颌支 13 例,下颌支 8 例。2 组患者的性别、年龄、病程、发病部位等无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 全部病例均符合《神经病学》^[1]中三叉神经痛的诊断标准。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)能积极配合本治疗方法并签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)继发性三叉神经痛者;(2)已经接受其他方法治疗,可能影响本项研究者;(3)合并其他疾病引起的血液病变及恶性肿瘤、精神病者;(4)无法完成治疗及无法随访而资料不全者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 以患侧耳后取穴为主:风池,脑空,完骨,翳风,头窍阴,均取扳机点、合谷(对侧)。眼支痛加阳白、太阳;上颌支痛加颧髁、迎香;下颌支痛加颊车、夹承浆。以上穴位常规消毒后,用 0.30mm×40mm 毫针快速针刺,待局部有酸胀、沉紧、麻木感或沿神经走行方向有触电样针感后留针,留针期间用华佗牌电针治疗仪的 2 路导线连接耳后穴,另一路导线连接

面部穴,低频连续波型,频率 80~100 次/min,使患部有麻木和抽动感,电流强度以患者能够忍受为度。留针 30min,每日 1 次,10 次为 1 个疗程。

2.2 对照组 常规取穴:眼支痛取患侧攒竹、阳白、头维、太阳、率谷,上颌支痛取患侧四白、颧髁、迎香、人中,下颌支痛取患侧颊车、下关、地仓、夹承浆,均取扳机点、合谷(对侧)。电针操作及疗程同治疗组。

2 组患者均口服维生素类营养神经药物,在治疗初期个别痛甚者口服止痛解痉类药 3~7d(递减)。所有患者最多治疗 3 个疗程后判断疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[2]进行疗效评定。临床治愈:疼痛停止,面部感觉等功能正常,随访 3 个月无复发;显效:疼痛停止后,3 个月内复发,但发作频次较前减少 50%以上;有效:疼痛发作频次较前减少 25%~50%;无效:疼痛发作频次较前减少小于 25%。

3.2 治疗结果 2 组临床疗效比较见表 1。2 组之间的差异具有统计学意义,提示治疗组疗效优于对照组。

表 1 治疗组、对照组临床疗效比较 例

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	32	10	13	7	2	93.75*
对照组	32	5	7	13	7	78.13

注:*与对照组比较, $P<0.05$ 。

4 讨论

三叉神经痛是在面部三叉神经分布区内发生的短暂、反复发作的、阵发性难以忍受的剧痛,是临床常见病之一。多数学者认为该病主要原因是邻近血管压迫三叉神经根所致。原发性三叉神经痛属中医学“面痛”范畴。据笔者临床所见,多

基金项目:江苏省农村优秀中医临床人才培养资助项目(苏中医政[2009]66 号)

艾灸治疗骨科术后尿潴留 23 例临床观察

徐书英

(扬州市中医院, 江苏扬州 225002)

摘要 目的:观察艾灸气海、关元和中极穴治疗骨科术后尿潴留的临床疗效。方法:将 46 例骨科术后尿潴留患者随机分为治疗组和对照组各 23 例。治疗组使用艾灸盒温灸气海、关元和中极穴,对照组采用常规护理诱导排尿,2 组中干预无效者给予导尿。结果:治疗组尿潴留疗效优于对照组。结论:艾灸气海、关元和中极穴能提高骨科术后尿潴留的治疗效果。

关键词 骨科术后 尿潴留 艾灸 气海穴 关元穴 中极穴

中图分类号 R694.550.5

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)03-0063-02

我院骨伤科近几年来采用艾灸气海、关元和中极穴的方法治疗术后尿潴留 23 例,疗效显著,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2011 年 2 月至 2012 年 11 月间在我院骨伤科行手术治疗,术前排尿正常,术后出现排尿不畅,诊断为尿潴留者,共 46 例。将入选患者随机分为治疗组和对照组。治疗组 23 例:男 13 例,女 10 例;年龄最小 24 岁,年龄最

大 68 岁,平均年龄 42.87 岁;腰椎手术 5 例,股骨颈骨折或股骨粗隆间骨折行人工股骨头置换术 3 例,四肢骨折切开复位内固定术 15 例。对照组 23 例:男 12 例,女 11 例;年龄最小 23 岁,年龄最大 66 岁,平均年龄 44.32 岁;腰椎手术 6 例,股骨颈骨折或股骨粗隆间骨折行人工股骨头置换术 2 例,四肢骨折切开复位内固定术 15 例。2 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。本研究经医院伦理委

为风寒、风热之邪袭于面部阳明、少阳经脉,筋脉、气血运行受阻,痹阻不通而致面痛。现代研究表明,在针刺过程中,针刺信号可以到达许多脑区,激发多种中枢递质的释放,如 5-羟色胺、吗啡类物质、乙酰胆碱等,这些递质的释放都可加强针刺镇痛效果^[1]。另外,针刺穴位能刺激人体神经末梢释放“内啡肽”类物质以提高痛阈,降低人体对痛觉的敏感性,并调节神经功能^[4]。在神经干面部走行处取穴,旨在祛风止痉,活血通络止痛。

迄今为止,导致原发性三叉神经痛的原因未明,近年多数学者认为机械性压迫为三叉神经痛的重要原因。Taarnhj 报告绝大多数为动脉压迫,其压迫的部位多在神经进入脑桥的入口处,因此国内也认为血管压迫三叉神经根是所谓原发性三叉神经痛的最主要原因^[2],故西医近来开展了三叉神经根显微血管减压术治疗取得了较满意的疗效,通常于患侧乳突后横切口,于显微镜下进入桥小脑角区将责任血管隔离,从而改善症状。由于西医微创手术需要开颅,有一定风险,开颅术后时有并发症,术后复发率还较高^[3],费用也高,患者一般首选保守治疗。受此启发,笔者着重在耳后病变体表部选取相关穴位,如风池、脑空、完骨、翳风、头窍阴等,电针刺以增强疏经活络之功效,改善局部的供血状况,使三叉神经系统的缺血得以改善,受损的神经得以修复,从而发挥镇痛作用^[7]。

本研究中用穴以近取为主,意在活血通络以改善局部的缺血状况,修复受损的神经,配合面部取穴,意在祛风止痉、散寒止痛,运用电针以增强止痛、活血之功效,从而使面部气

血调和,达到更好的止痛效果。

本观察结果显示,耳后取穴为主电针治疗原发性三叉神经痛与常规治法相比,见效快,无副作用,疗效持久,且简便易行,是临床治疗原发性三叉神经痛较为理想的一种方法。早发现,早治疗,一般疗效好且不易复发。若病程长,病情较重者,只要坚持治疗也能减轻病痛,收到好的疗效。

5 参考文献

- [1] 杨期东.神经病学.北京:人民卫生出版社,2002:233
- [2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则.北京:中国医药科技出版社,1995:204
- [3] 王彦青.大鼠伏隔核内多巴胺受体与电针镇痛的关系.中国药理学报,1997,18(6):490
- [4] 王友京.垂体肾上腺皮质系统在针刺中的作用研究概况.针刺研究,1988,增(3):24
- [5] 何家荣,马云祥.实用神经医学.天津:天津科技翻译出版公司,1992:6
- [6] 王忠诚.神经外科手术学.北京:科学出版社,2000:478
- [7] 朱博婧.深刺久留针针刺法治疗原发性三叉神经痛 40 例临床观察.黑龙江医药,2010,23(3):253

第一作者:王红(1966-),女,本科学历,主任医师,从事中西医结合、针灸治疗各种痛症及神经系统疾病的临床研究。

收稿日期:2013-11-18

编辑:华 由 王沁凯