

高频电针联合卡马西平治疗三叉神经痛 32 例临床观察

刘坤 郭锦华 王丽娟 王飞 王爱丽 沈艳 吕鹤群

(盐城市中医院脑病科, 江苏盐城 224001)

摘要 目的:观察高频电针联合卡马西平治疗三叉神经痛的临床疗效。方法:63 例患者按就诊顺序随机分为 2 组。治疗组 32 例用高频电针联合口服卡马西平治疗,对照组 31 例口服卡马西平治疗,连续治疗 28d。观察比较 2 组临床疗效、复发率及药物安全性。结果:治疗组痊愈 18 例,显效 7 例,有效 3 例,无效 4 例,总有效率 87.50%;对照组痊愈 13 例,显效 5 例,有效 6 例,无效 7 例,总有效率 77.42%。治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。治疗组复发率低于对照组($P<0.05$),不良反应少于对照组($P<0.05$)。结论:高频电针联合卡马西平治疗三叉神经痛疗效优于单纯卡马西平药物治疗,且用药量少,不良反应少,复发率低。

关键词 三叉神经痛 电针 卡马西平

中图分类号 R745.110.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)05-0068-02

文献报告,每 10 万人中有 4.3~8 人患有三叉神经痛,其中有 0.3% 患者将终身不愈^[1]。该病病因尚不明确,目前以口服抗癫痫药物为主要治疗手段,其中以卡马西平为首选。但有研究认为虽然卡马西平疗效确切,并不能治愈本病,且须长时间服药才能维持疗效,随着时间的延长,副作用发生率逐渐增高^[2];手术仅作为药物无效后的补充治疗手段,手术方式亦会带来如听力下降、复视、面部麻木等永久副作用^[3]。电针作为传统中医学方法与现代技术的结合,已广泛应用于临床,并被证明是治疗三叉神经痛的一种安全有效、副作用小的治疗方法。笔者采用高频电针联合卡马西平治疗本病,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

2013 年 5 月至 2014 年 8 月盐城市中医院门诊患者共 63 例,按门诊就诊时间顺序随机分为 2 组。治疗组 32 例:男性 17 例,女性 15 例;年龄最小 20 岁,最大 79 岁;病程最短 4 个月,最长 7.5 年;服药时间 3 个月~5 年;纳入本研究前使用卡马西平剂量 300~1500mg/d。对照组 31 例:男性 15 例,女性 16 例;年龄最小 18 岁,最大 76 岁;病程最短 5 个月,最长 8.5 年;服药时间 4 个月~6 年;纳入本研究前使用卡马西平剂量 300~1200mg/d。2 组患者性别、年龄、病程、服用卡马西平时间及剂量等一般资料差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究所收病例符合文献[6]诊断标准,且均排除肿瘤、急性期感染、脑血管病等因素。

2 治疗方法

2.1 治疗组 (1)高频电针:三叉神经第 1 支疼痛

针刺患侧太阳、头维等穴,第 2 支痛针刺四白、下关、颧髎等穴,第 3 支痛针刺颊车、承浆等穴,另可配阳白、瞳子髎、下关、风池、合谷、太冲等穴。上穴接 6895-III 型电针综合治疗仪(福建省医疗器械厂生产),通电 20~30min,脉冲强度及频率以引起患侧面肌收缩或患者能耐受为宜,每日治疗 1 次。(2)卡马西平:0.1~0.2g,口服,3 次/d,如服药中间或晚上疼痛加剧,可加服 0.1~0.2g。

2.2 对照组 口服卡马西平,剂量、方法均同治疗组。2 组疗程均为 28d。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 痊愈:痛止,诸症消失,随访半年以上未复发;显效:痛止,诸症基本消失,虽在 3~6 个月内复发,但症状较前减轻,再治疗仍有效;有效:疼痛减轻,发作间歇期明显延长,症状改善;无效:疼痛程度及发作次数减轻不明显或症状无改善。

3.2 统计学方法 使用 SPSS11.70 统计软件,计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,均数间比较采用 t 检验。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组临床疗效比较 见表 1。

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	32	18	7	3	4	87.50*
对照组	31	13	5	6	7	77.42

注:*与对照组比较, $P<0.05$ 。

3.3.2 2 组痊愈患者复发率比较 治疗结束后 0.5~1 年内随访 2 组痊愈患者以比较复发率,结果治疗组复发率低于对照组($P<0.05$)。详见表 2。

基金项目:盐城市医学科技发展计划项目(YK2010030)

表2 治疗组、对照组复发率比较 例

组别	例数	未复发	复发	复发率%
治疗组	18	15	3	14.29*
对照组	13	8	5	38.46

注:*与对照组比较, P<0.05。

3.4 2组药物安全性比较 见表3。从药物安全性比较表可以看出:治疗组不良反应明显少于对照组。各药物不良反应持续时间3~7d,绝大多数患者未经干预症状可自行消失,仅对照组1例皮炎患者症状较重,经药物治疗2周后症状消失。

表3 治疗组、对照组药物安全性比较 例

组别	例数	恶心	口干	便秘	出汗	嗜睡	皮炎	头痛	头晕	ECG [▲]	肝功能 [#]	不良反应率(%)
治疗组	32	3	0	2	3	3	3	0	2	1	1	34.36*
对照组	31	9	7	6	8	11	7	3	11	8	5	61.29

注:*与对照组比较, P<0.05;▲窦性心动过速;#ALT轻度增高。

4 讨论

三叉神经痛的发病机制尚不明确,有“点火”说、降钙素基因相关肽异常说及中枢神经病变说等,其中以“点火”假说最受认可,认为与三叉神经根及其感觉神经元的病理改变有关。这些神经轴突受损后出现兴奋性异常增高,异常放电产生疼痛^[9]。通过现代影像学手段发现,绝大多数患者在高分辨MRA下可见有血管压迫三叉神经;被压迫神经在长期受压后可发生脱髓鞘改变,电子显微镜下可观察到被血管压迫周围,脱髓鞘神经排列紧密,在血管搏动持续刺激下,当刺激量超过阈值时即产生电冲动,并且相邻的脱髓鞘神经间可形成异常的传导通道,一处脱髓鞘神经出现异常放电,即可迅速传导到周围其他神经^[7-9]。电针一方面可通过神经细胞内相应受体,增加抑制性神经递质的释放,减少兴奋性神经递质的释放,使异常放电的产生及传导受到抑制^[9],另一方面,可减轻因压迫而导致的神经根脱髓鞘,改善轴突过度紧密排列的状况^[10]。此外,电针除能抑制痛觉的产生,还可改善血流动力学,实现血压正负效应的调节,以减轻血管对神经的压迫^[11-12]。

针刺的效果受刺激量及刺激时间影响,研究表明,相较于低频电刺激,高频电刺激止痛效果更加明显^[13]。本研究中以大范围区域性高频集束式刺激,通过神经反射和经络传导,使大脑皮质和受损神经获取充分的高频良性调节信息,从而调整阴阳气血的偏盛偏衰以达到治疗三叉神经痛的目的。最终结果显示高频电针联合卡马西平的疗效明显优于单纯卡马西平治疗。并且治疗组复发率明显低于对照组,这可能与高频电针刺刺激停止后,已经产生的抑制性递质不会很快降低,而会在一段时间内持续发挥作用有关^[14]。本研究采用高频电针配合卡马西平对三叉神经痛在短期内能有效控制,也为耐药性的自然消退争取了时

间,提高了药物再次使用的疗效,从而使三叉神经痛能较长时间得到有效控制,具有临床实用意义。

综上所述,高频电针联合卡马西平治疗三叉神经痛疗效好,复发率低,不良反应少,不良反应程度轻。但由于条件及时间所限,缺乏客观评价指标,未能观察患者长期情况,在今后研究中应注意加入客观指标,并延长随访时间。

参考文献

- [1] CAMPERO A, AJLER P, CAMPERO AA. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia, report of 36 cases and literature review [J]. Surg Neurol Int, 2014, 5(suppl 11): S441.
- [2] CRUCCU G, GRONSETH G, A-LKSNE J, et al. AAN-EFNS guidelines on trigeminal neuralgia management [J]. Eur J Neurol, 2008, 15(10): 1013.
- [3] ZAKRZEWSKA J M, MCMILLAN R. Trigeminal neuralgia; the diagnosis and management of this excruciating and poorly understood facial pain [J]. Postgrad Med J, 2011, 87: 410.
- [4] 周振坤, 王威岩, 刘军, 等. 电针透穴刺法治疗原发性三叉神经痛30例临床观察 [J]. 中国中医药科技, 2014, 21(6): 643.
- [5] 王红, 陈晓霞. 耳后取穴为主电针治疗原发性三叉神经痛32例临床观察 [J]. 江苏中医药, 2014, 46(3): 62.
- [6] Headache Classification Committee of the International Headache. The international Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) [J]. Cephalalgia, 2013, 33: 629.
- [7] ZAKRZEWSKA J M, LINSKEY M E. Trigeminal Neuralgia [J]. BMJ, 2014, 348: g474.
- [8] Marinković S, Gibo H, Todorović V, et al. Ultrastructure and immunohistochemistry of the trigeminal peripheral myelinated axons in patients with neuralgia [J]. Clin Neurol Neurosurg, 2009, 111(10): 795.
- [9] 韩晶, 王晓燕. 腺苷及腺苷受体与针刺镇痛的相关性研究评述 [J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(6): 77.
- [10] 徐贵锋, 高令军. 电针对盘源性神经根损伤保护机制的实验研究 [J]. 上海中医药大学学报, 2015, 29(3): 81.
- [11] 程翔, 王志强, 林青梅, 等. 经皮穴位电刺激对人流患者BIS及VAS的影响 [J]. 中国针灸, 2010, 30(4): 305.
- [12] 郑丽宏, 梁洁, 王国年, 等. 经皮穴位电刺激对胃癌根治术患者围术期细胞因子及术后镇痛效果的影响 [J]. 中华麻醉学杂志, 2007, 27(5): 397.
- [13] 李娜, 吴双, 吕国义. 不同刺激频率与时间经穴经皮神经电刺激对电流感觉阈值的影响 [J]. 天津医药, 2014, 42(6): 578.
- [14] 杨博, 招伟贤, 廖敏, 等. 静脉全麻中经皮穴位电刺激的镇痛效应测定 [J]. 广东医学, 2008, 29(8): 1261.

第一作者: 刘坤(1988—), 男, 医学硕士, 住院医师, 针灸推拿学专业。

通讯作者: 郭锦华, 主任中医师, 教授, 市名中医。 gjh912@sina.com

收稿日期: 2016-01-13

编辑: 华 由 王沁凯