

• 临床 •

针药并用治疗原发性三叉神经痛临床观察

徐灵建, 丁宏新, 王文云(山东省烟台大学医院, 烟台 264005)

摘要: 风非散配合针刺(治疗组)治疗原发性三叉神经痛(属寒证兼气滞血瘀者)治愈率 50.6%、有效率 81.8%, 优于酰胺咪嗪合并针刺(对照组)治愈率 22.2%、有效率 72.2%。特别是其治愈率存在显著性差异。

关键词: 原发性三叉神经痛; 风非散; 针药并用疗法

中图分类号: R242. 文献标识码: B 文章编号: 1005-9903(2000)02-0049-03

Clinical Observation on Treatment for Original Trigeminal Neuralgia with Both Acupuncture and Traditional Chinese Medicine

XU Ling-jian, DING Hong-xin, WANG Wen-yun

(Hospital of Yantai University, Yantai, 246005)

Abstract: The clinical curative effect of Fengfeisan, a traditional Chinese medicine, combined with acupuncture on treating original trigeminal neuralgia was observed. The results showed that the cure rate (50.6%) and the effective rate (81.8%) of Fengfeisai combined with acupuncture (treatment group) were superior to the cure rate (22.2%) and effective rate (72.2%) of carbamazepinum combined with acupuncture (control group). It was considered that Fengfeisai combined with acupuncture could effectively treat original trigeminal neuralgia.

Key words: original trigeminal neuralgia; Fengfeisai; treatment with both acupuncture and Traditional Chinese Medicine

三叉神经痛是临床上较难治疗的疾病之一。一般止痛剂、镇静剂不宜长期使用, 又往往作用不持久而不能控制或减轻其发作, 疗效不佳。笔者应用治疗脱髓鞘病经验方风非散配合针刺, 治疗原发性三叉神经痛寒证兼气滞血瘀者, 并与常规治疗酰胺咪嗪(卡马西平)相对照, 取得可靠疗效。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 全部病例参考《中药新药临床研究指导原则》及《西医内科学基础》^[1] 诊断。均符合原发性三叉神经痛诊断标准。治疗组 32 例, 男 11 例, 女 21 例, 年龄 19~56 岁, 平均年龄 43 ± 3.8 岁。病期 3 个月~6 年。口服酰胺咪嗪史 28 例, 需维持最小剂量 600mg 以下者 9 例, 600mg~800mg 者 12

例, 超过 800mg 维持量者 7 例, 采用其他措施或未经任何治疗者 4 例。对照组(酰胺咪嗪组) 18 例, 男 5 例, 女 13 例, 年龄 24~58 岁, 平均年龄 45 ± 2.6 岁, 病期 3 个月~3 年, 口服酰胺咪嗪史 16 例, 需维持最小剂量 600mg 以下者 4 例, 600mg~800mg 者 6 例, 超过 800mg 维持量 6 例, 采用其他治疗方法或未经任何治疗者 2 例。全部病例酌情选用各种辅助检查排除继发性三叉神经痛以及其他局灶病变的可能。两组治疗前 1 周需停用酰胺咪嗪及其他止痛剂、镇静剂。但可口服氯硝基安定, 每日 4mg, 以控制或减轻疼痛症状, 待开始实验治疗后停止。

1.2 诊断依据 1) 三叉神经分布区反复发作性短暂的剧烈疼痛。2) 间歇期触压“扳机

点”如上下唇、颊粘膜、舌侧缘或眼眶上缘等诱发区,可引起疼痛发作。3)无神经系阳性体征。

1.3 观察方法 以临床症状体征严重程度用计分方法统计。计分标准:1级:单侧三叉神经1支起病(以三叉神经第2支为主,第3支次之),无预兆的突发性疼痛呈一过性或仅数秒钟即止,每日发作不超过2次,疼痛能忍受,间歇期无痛。痛性抽搐不明显,间歇期触压“扳机点”诱发疼痛阳性率低,病程周期(静止期)超过1个月而发作者;2级:单侧三叉神经2支起病(以三叉神经第2、3支多见),无预兆突发性剧痛数秒至2min,每日发作多次,疼痛难以忍受,影响日常生活,最常见“扳机点”压或触动便可诱发剧痛并伴不同程度的痛性抽搐(如面肌痉挛、口角牵向患侧)。发作期渐长,缓解期渐短,病程周期不超过1个月发作者;3级:单双侧三叉神经多支发病,无预兆的突发性剧烈疼痛伴痛性抽搐持续时间长,范围大,缓解慢,少数不典型表现呈持续疼痛并有疼痛发作时患侧面部潮红、出汗、灼热感及流涕等交感神经症状,“扳机点”及洗脸、刷牙、说话、进食、打呵欠、冷风吹等多原因诱发,影响日常生活和工作,病程周期短,每日发作多次或1min内多次不等频繁发作者。计分方法以1~3级按1、2、3分计。治疗组1级11例,2级16例,3级5例;对照组1级7例,2级9例,3级2例。

2 治疗方法

治疗组口服风痲散胶囊并针刺。风痲散由马钱子、白芷、郁金、血竭、水蛭、生大黄等组成。装胶囊,每粒含生药0.3g备用。马钱子炮制工艺根据宋氏炮制方法炮制^[2],由本院药剂室提供。并根据《中国药典》95年版一部^[3]散剂制备要求之规定,参照《山东省药品标准》^[4]及《实用中药学》^[5]临床用量标准,采用薄层扫描法,由烟台大学药品与生物研究所鉴定,每3粒风痲散含土的宁(C₂₁H₂₂N₂O₂)7.2~8.6mg,符合常规用药标准。治疗

组每天口服风痲散胶囊2粒,分2次早晚饭后吞咽。观察3d,如无明显副作用,于晚饭后加服1粒,至最大量每日4粒,分2次早晚饭后吞服2粒,同时配合针刺痛侧鱼腰、太阳、阳白、颊车、承浆。配穴合谷、足三里、外关等穴,隔日1次,捻转泻法配合,1个月后观察疗效。

对照组口服酰胺咪嗪100mg,每日2次,以后每日加100mg,直至疼痛停止或者出现嗜睡、恶心、呕吐、头晕、共济失调、皮疹、白细胞减少等反应不能坚持服药时停止。同时配合针刺上述穴位,手法同上,1个月后观察疗效并同治疗组相比较。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈:疼痛发作消失,6个月内无发作史;好转:发作次数减少或发作时疼痛减轻;无效:症状体征均无明显改善。统计观察以1个月为准。

3.2 治疗结果 治疗组治愈18例,好转12例,无效2例;对照组治愈4例,好转6例,无效5例,包括中停治疗2例,其疗效比较见表1。统计学处理,治疗组与对照组有效率比较 $\chi^2 = 4.416, P < 0.05$ 。而其治愈率比较 $\chi^2 = 12.221, P < 0.01$ 。治疗组显著优于对照组。

表1 两组疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	好转	无效	有效率
治疗组	32	18(50.6)	12(37.8)	2(18.2)	81.8
对照组	18	2(22.2)	9(50.0)	5(27.8)	72.2

除对照组中停治疗2例外,其他患者坚持治疗1个月,在治疗组治愈患者中,维持治疗量以每天服药3粒最多,说明本法治疗原发性三叉神经痛的最佳维持量为风痲散胶囊3粒,符合药物常规用量,并未出现毒副作用。对照组治愈患者维持量仍以口服酰胺咪嗪600~800mg最多,这与教科书有关记载相似^[1]。

表2列出两组治疗前后主要症状及体征积分比较,从表中可以看出,1个月治疗后主要症状体征积分除对照组“扳机点”分布范围

变化不大外,其他治疗前后比较,两组都有差异。治疗组疗效前后比较差异尤其显著,与对照组比较,除疼痛分布区域疗效差异不明显外,其余都优于对照组,见表2。

表2 两组治疗前后的病情积分比较($\bar{x} \pm s$)

症状体征	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
疼痛分布区域	2.10±0.80	0.09±0.03 ^Δ	1.90±0.78	0.08±0.05
间歇期延长	0.41±0.38	2.31±0.01* ^Δ	1.40±0.41	1.67±0.18
痛性抽搐	1.83±0.40	0.13±0.01* ^Δ	1.79±0.53	1.10±0.31
疼痛剧烈程度	2.66±0.30	0.43±0.11* ^Δ	2.49±0.67	1.41±0.40 ^Δ
扳机点分布多	2.60±0.11	0.51±0.02* ^Δ	2.48±0.22	2.33±0.02
交感神经症状	1.21±0.83	0.50±0.03* ^Δ	1.18±0.28	0.84±0.16
发作次数	4.80±0.89	1.28±0.61* ^Δ	4.67±0.83	3.80±0.91

与对照组比较* $P < 0.01$ 与治疗前比较^Δ $P < 0.001$

4 讨论

4.1 原发性三叉神经痛属祖国医学“面痛”、“偏头疼”、“头风”范畴,认为与风寒、痰湿、肝郁兼气滞血瘀有关。在临床上属于奇难杂症之一。通常治疗措施及方法疗效不显著,且常缠绵反复,为医患两家束手无策。本文选择原发性三叉神经痛寒证兼气滞血瘀者,应用风痲散治疗,取得了可靠的疗效。风痲散为笔者治疗脱髓病风痲病的有效方药,其功擅祛风胜湿、活血化瘀、解郁通络、祛寒止痛。特别是马钱子在临床应用中作过其有效成分士的宁的含量分析,并经临床反复验证,确定马钱子在风痲散中的有效剂量,可以防止在临床应用时出现毒副作用。经原发性三叉神经痛的

治疗再次说明了马钱子治疗量确与中毒量相近,但谨慎用之,确起沉痾。本文服风痲散患者未出现毒副作用,与马钱子剂量科学控制有关。另外,方中生大黄用量亦大,有少量病人出现便秘现象,但加用参苓白术丸自可缓解。风痲散治愈率高,作用持久,又无治疗原发性三叉神经有效药物之一酰胺咪嗪副作用,值得在临床上作进一步探索。

4.2 针刺能刺激人体神经末梢释放“内腓肽”物质^[6,7],以提高人体痛阈,降低人体对痛觉的敏感性。本文用风痲散配合针刺治疗原发性三叉神经痛证明其尝试是成功的。

参考文献:

- [1] 殷凤礼,丁乃时,杨任民,等. 西医内科学基础. 三叉神经痛[M]. 上海:上海科技出版社, 1987. 43
- [2] 张俊庭,冯根源,谢书理,等. 中国特色医疗新技术. 马钱子炮制工艺改进探微[M]. 北京:中医古籍出版社, 1998. 442
- [3] 中华人民共和国卫生部药典委员会. 中华人民共和国药典[M]. 一部. 广州:广东科学技术出版社、化学工业出版社, 1995. 40
- [4] 山东省卫生厅. 山东省药品标准[S]. 济南:山东科学技术出版社, 1986. 16
- [5] 周凤梧,史慕山,邹积隆,等. 实用中药学[M]. 济南:山东科学技术出版社, 1991. 265
- [6] 王友京. 垂体-肾上腺皮质系统在针刺中的作用研究概况[J]. 针刺研究, 1988, 增刊(3): 24
- [7] 王友京. 核苷酸在针刺中作用的探讨[J]. 中国针灸, 1995, 15(2): 52

(收稿日期: 1999-07-12)