

引用:向慧竹. 电针结合热敏灸治疗三叉神经痛 33 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2021,37(5):90-91,116.

电针结合热敏灸治疗三叉神经痛 33 例临床观察

向慧竹

(湘雅博爱康复医院中医康复科,湖南 长沙,410029)

[摘要] 目的:观察电针结合热敏灸治疗三叉神经痛的临床疗效。方法:将 66 例三叉神经痛患者随机分为治疗组和对照组,每组各 33 例,治疗组采用电针结合热敏灸治疗,对照组采用常规针刺治疗。治疗 2 个疗程后比较 2 组综合疗效、视觉模拟量表(VAS)评分及匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分。结果:总有效率治疗组为 87.88%(29/33),对照组为 72.73%(24/33),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组 VAS 评分和 PSQI 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论:电针结合热敏灸治疗三叉神经痛的临床疗效优于常规针刺治疗,值得临床推广应用。

[关键词] 三叉神经痛;电针;热敏灸

[中图分类号] R277.751.1, R246.6 **[文献标识码]** A

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.030

三叉神经痛是一种好发于面部的疼痛性疾病,以三叉神经分布区域内出现阵发性、电击样剧痛为主要表现,40 岁以上女性多见,患病率约为 0.4%~0.5%^[1]。临床多采用药物、局部封闭、手术治疗等,但存在药物毒副作用较多、耐药性增加,术后复发率较高、疗效不稳定等特点^[2]。加之该病疼痛性质剧烈,反复发作,缠绵难愈,易产生抑郁和焦虑等负面情绪,严重影响患者的生活和工作^[3]。笔者采用电针结合热敏灸治疗该病 33 例,取得较好的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 66 例均为 2014 年 2 月至 2018 年 10 月在我院就诊的三叉神经痛患者,按其就诊顺序随机分为治疗组和对照组,每组各 33 例。治疗组中,男 11 例,女 22 例;年龄 27~63 岁,平均(35.4±5.1)岁;病程最长 8 年,最短 4 个月。对照组中,男 16 例,女 17 例;年龄 23~69 岁,平均(36.1±6.2)岁;病程最长 9 年,最短 5 个月。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《神经内科疾病诊疗指南》^[4]中的有关标准拟定。发病前无预兆,骤然出现面部三叉神经分布区电灼样、针刺样、刀割样甚或撕裂样疼痛,伴脸部肌肉痉挛、面部发红、流泪、流涎等。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)年龄 15~70 岁;3)经过 MRI 等影像学检查除外颅脑器质

性病变;4)无针灸禁忌证;5)患者签署知情同意书。
1.4 排除标准 1)合并心肝肾或其他系统严重疾病;2)妊娠或哺乳期妇女;3)不能坚持完成本研究。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用电针结合热敏灸治疗。1)电针。参照《针灸学》^[5]中面痛的毫针治疗方法,主穴取攒竹、四白、下关、地仓、合谷、风池;眼部痛加丝竹空、阳白、外关;上颌部痛加颧髎、迎香;下颌部痛加承浆、颊车、内庭。常规络合碘消毒后,采用顺和牌 0.30 mm×40 mm 一次性毫针刺入所选穴位,针刺得气后,根据患者面部疼痛部位选择相应穴位连接电针仪(KWD-808 I 型脉冲治疗仪,江苏省顺和医疗器械厂生产),采用低频 2Hz 疏密波,治疗 20~30 min,刺激强度以引起患侧面肌收缩且患者能耐受为宜。每天 1 次,10 d 为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。2)热敏灸。患者仰卧位,以下关、四白、颊车、承浆、风池等高发热敏穴区域为主穴,分别实施艾条温和灸,采用 3 年纯艾绒艾条(25 mm×100 mm,河南南阳宛北艾绒厂制),点燃后距离皮肤 3 cm 处施以温和灸,每次治疗时间以热敏灸感消失为度,每天 1 次,10 d 为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

2.2 对照组 采用常规针刺治疗。取穴同治疗组,常规络合碘消毒后,采用顺和牌 0.30 mm×40 mm 一次性毫针进行针刺,得气后行毫针泻法。针刺时宜先取远端穴位,局部穴位在急性发作期宜轻刺。留

针30 min。每天1次,每周5次,2周为1个疗程,共治疗2个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)疼痛程度。采用视觉模拟量表(VAS)^[6]评估疼痛强度。在纸面上划一条10 cm的横线,横线两端分别标记为0和10。0表示无痛,10表示剧烈剧痛。患者根据疼痛的程度挑选一个数字代表疼痛程度。2)睡眠质量情况。采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)^[7]进行评价。包含睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物和日间功能障碍7个部分,每部分按0~3的等级计分,总分范围为0~21分,得分越高,表示睡眠质量越差。

3.2 疗效标准(自拟) 治愈:面部疼痛消失,感觉功能恢复正常,睡眠正常,随访3个月以上无复发;显效:面部疼痛消失后3个月内复发,但发作频次、疼痛程度较前减少>50%,偶尔影响睡眠;有效:面部疼痛发作频次、疼痛程度较前 $\geq 25\%$ 、但 $\leq 50\%$,睡眠 < 4 h;无效:面部疼痛发作频次、疼痛程度较前减少 $\geq 25\%$,睡眠 < 2 h。

3.3 统计学方法 采用SPSS 18.0统计软件进行数据处理,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为87.88%,对照组为72.73%,2组比较,差异具有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	33	6(18.18)	16(48.49)	7(21.21)	4(12.12)	29(87.88) ^a
对照组	33	2(6.06)	13(39.40)	9(27.27)	9(27.27)	24(72.73)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后VAS评分比较 2组VAS评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后VAS评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	33	7.16 \pm 1.29	1.79 \pm 0.63 ^{ab}
对照组	33	7.39 \pm 1.52	2.94 \pm 0.82 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.01$ 。

3.4.3 2组治疗前后PSQI评分比较 2组PSQI

评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表3)

表3 2组治疗前后PSQI评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	33	18.23 \pm 6.12	4.72 \pm 1.89 ^{ab}
对照组	33	17.85 \pm 5.89	6.67 \pm 2.93 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.01$ 。

4 讨论

中医学认为本病属“面痛”“颊痛”“面游风”等范畴,病位在头面,多因外感风邪、痰火郁闭,导致面部气血阻滞,经络不通,不通则痛发为本病。《张氏医通》载:“不能开口言语,手触之即痛,此阳明经络受风毒,传入经络,血凝滞而不行。”气血瘀滞,不通则痛是其基本病机。现代医学认为,三叉神经痛的发病机制以神经血管压迫理论、骨性压迫学说及遗传学说等为主。亦有部分学者研究认为,与三叉神经根部或入脑干段发生脱髓鞘改变相关,当轴突与附近无髓鞘纤维受刺激时,神经元发生异常兴奋,脱髓鞘神经出现异常放电导致疼痛发生^[8-11]。

热敏灸较一般艾灸渗透力强,刺激量大,具有温通经络、益气活血的功效,能显著提高艾灸疗效。“热者灸之,引郁热之气外发”,艾灸以热引热,加强泄热祛毒、清泄三焦郁热之功。现代医学研究表明,热敏灸可改善局部微循环,消除神经根无菌性水肿,缓解软组织痉挛,加强镇痛效果,通过参与调节神经免疫系统,增强机体免疫力,从而达到止痛的效果^[12-13]。

电针可疏通经络,行气止痛。选取攒竹、四白、下关、地仓、风池等面部腧穴为主穴,直达病所,调畅气机,通络止痛;辅以疏密波脉冲电刺激,促进气血循环,加强针刺镇痛作用。有研究表明,疏密波电针治疗可直接作用于产生疼痛的三叉神经神经干,刺激内源性阿片肽等物质释放,激活阿片系统,产生镇痛作用;同时缓解肌肉痉挛,改善局部微循环,调整机体的血流动力学,调节血压正负效应,减轻微血管对脱髓鞘神经的压迫^[14-16],从而达到治疗目的。

本研究结果表明,治疗组总有效率及VAS、PSQI评分下降幅度均高于对照组,说明电针结合热敏灸对三叉神经痛的疗效优于常规针刺治疗,且操作简便,值得临床推广应用。(下转第116页)

骨科协会评估治疗分数 (JOA) 进行评定, 总分 29 分, 评分越低表明功能障碍越明显^[4]。2) 疼痛情况。采用视觉模拟量表 (VAS) 进行评定, 总分 10 分, 评分越低疼痛越轻^[5]。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.3 干预结果 2 组 VAS、JOA 评分干预前后组内比较及干预后组间比较, 差异均有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组干预前后 JOA、VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间节点	JOA 评分	VAS 评分
观察组	35	干预前	13.34±3.13	7.40±1.12
		干预后	23.34±3.00 ^{ab}	3.66±1.08 ^{ab}
对照组	34	干预前	12.74±2.84	7.56±1.24
		干预后	17.91±4.27 ^a	5.29±1.62 ^a

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组干预后比较, ^b $P < 0.05$ 。

4 讨 论

LDH 属于中医学“腰痛”“痹证”范畴,《素问·痹论》载:“风寒湿三气杂至,合而为痹也”。历代医家多将病因归于肾虚、寒湿、湿热、血瘀等。白脉软膏由一系列具有温经、通络、行散等作用的中药组成,有温中散寒、活血祛瘀、消肿止痛的功效。现代药理研究证明白脉软膏可以改善病变部位微循环,加快局部血液代谢,并增加神经生长因子的表达,

对神经再生具有促进作用^[6]。雷火灸是采用中药粉末加上艾绒制成艾条,施灸于穴位上的一种灸法,包括乳香、没药等活血行气止痛之品,其燃烧时局部热力在人体对应的施灸部位形成药物高浓度区,能使药力直达深部组织,调节对应区域的血液循环,促进炎症物质的吸收^[7]。两者结合,活血通经、祛风通络、散寒燥湿,达到扶正祛邪的目的。

本护理疗法操作简便,便于临床实施,患者无痛苦,且无毒副作用,能明显改善患者的下腰痛症状及腰椎功能,提高患者的生活质量。

参考文献

[1] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2010:849-885.

[2] 周谋望,岳寿伟,何成奇,等. “腰椎间盘突出症的康复治疗”中国专家共识[J]. 中国康复医学杂志,2017,32(2):129-135.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:214-215.

[4] 刘志雄. 骨科常用诊断分类方法和功能结果评定标准[M]. 北京:北京科学技术出版社,2005:59.

[5] 宗行万之助. 疼痛的估价——用特殊的视觉模拟评分法作参考(VAS)[J]. 疼痛学杂志,1994,2(4):153.

[6] 张壮,周生军,陈伦举,等. 藏医白脉理论浅谈及白脉软膏近 10 年的研究进展[J]. 中国民族医药杂志,2018,24(11):63-66.

[7] 秦丽娜,杨帅,徐峰,等. 雷火灸疗法治疗腰椎间盘突出症 33 例临床观察[J]. 世界中西医结合杂志,2017,12(6):818-824.

(收稿日期:2020-08-13)

(上接第 91 页)

参考文献

[1] 贾建平. 神经病学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2011:334.

[2] 金兆春,刘芳,樊旭. 针药并举治疗原发性三叉神经痛临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报,2015,17(3):92-93.

[3] 刘海玉. 三叉神经痛的病因及临床治疗观察[J]. 现代医用影像学,2018,27(4):1216.

[4] 王伟,卜碧涛,朱遂强. 神经内科疾病诊疗指南[M]. 3 版. 北京:科学出版社,2013:215-218.

[5] 石学敏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:210-211.

[6] 周志彬,于生元. 偏头痛相关评价工具[J]. 中国疼痛医学杂志,2015,21(4):241-244.

[7] 刘贤臣. 匹兹堡睡眠质量指数[J]. 中国心理卫生杂志, 1999,13(2):375.

[8] 易进科,汤治中,任国山. 中药与针刺联合治疗用于复发性三叉神经痛的临床价值[J]. 针灸临床杂志,2015,31(7):23-24.

[9] 韩济生. 能否通过外周电刺激引起中枢神经肽的释放[J]. 北京大学学报:医学版,2002,34(5):408-413.

[10] 刘坤,郭锦华,王丽娟,等. 高频电针联合卡马西平治疗三叉神经痛 32 例临床观察[J]. 江苏中医药,2016,48(5):68-69.

[11] 周霞,孙中武. 三叉神经痛的发病机制及治疗进展[J]. 中华全科医学,2019,17(6):891-892.

[12] 陈日新,陈明人,康明非. 热敏灸实用读本[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:10.

[13] 高峰,占道伟,陆海娟. 热敏灸治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效[J]. 中华全科医学,2015,13(8):1344-1345.

[14] 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.

[15] 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.

[16] 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.

(收稿日期:2020-11-14)