

## 整合医学模式指导下 三叉神经痛治验 1 则

王丽娟,程亚伟

(海南省中医院,海南 海口,570203)

[关键词] 整合医学;三叉神经痛;针药结合;验案

[中图分类号] R277.751.1 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.09.030

整合医学是整体整合医学(holistic integrative medicine, HIM)的简称,是指从人的整体出发,将医学各领域最先进的理论知识和临床各学科最有效的实践经验分别加以整合,并根据社会、环境、心理现实进行修正、调整,使之成为更加符合、更加适合人体健康和疾病诊疗的新的医学体系<sup>[1]</sup>。目前,整合医学模式已被运用于疾病的各个领域,如生殖内分泌疾病、中风的防治、肿瘤等疾病,同时还涉及到科普、保健、针灸、临床、科研等多个方面<sup>[2-4]</sup>。笔者在整合医学模式指导下运用针药及心理疏导相结合的方法治疗三叉神经痛 1 例,取得了较满意的临床疗效,现报告如下。

陈某,男,48 岁。初诊日期:2020 年 3 月 16 日。主诉:突发右侧上齿龈处疼痛 1 个月余,加重 1 周。患者于 2019 年 9 月突发右侧上齿龈处疼痛,呈刀割样疼痛,触电样放射至右头面部,剧痛难忍,遂至广州某医院就诊,诊断为“三叉神经痛”,予微创手术(具体不详)治疗后好转,术后长期口服甲钴胺片(每次 1 片,每天 3 次)巩固。1 个月余前因情绪激动后再次复发。现症见:疼痛如刀割样,阵发性触电样放射至右头面部,张口则疼痛加重,进餐时畏于咀嚼,自觉疼痛时右侧有鼻塞感,用力擤鼻则稍缓解,患侧卧位时疼痛加剧,纳眠差,大便干结,小便稍黄。查体:神清,精神不振,表情痛苦,面色红,疼痛发作时习惯用手捂住右面部,舌质暗,苔薄黄,脉弦滑。西医诊断:三叉神经痛。中医诊断:面痛(肝阳上亢挟痰)。治则:平肝息风、祛痰止痛。予天麻钩藤饮加减口服配合针灸、刺络放血,同时进行心理疏导,配合慢跑锻炼,每天 1 次,每次 30 min。处方:天麻 10 g,钩藤 15 g,石决明 10 g,栀子 6 g,杜仲 10 g,桑寄生 10 g,牛膝 15 g,黄芩 10 g,夜交藤 10 g,茯苓 10 g,僵蚕 10 g,地龙 10 g,当归 15 g,白芍 10 g,柏子仁 15 g,甘草 5 g。5 剂,每天 1 剂,水煎,早晚分服。针灸取穴:风池、百会、印堂、人中、内关、合谷、阳陵泉、太冲,刺络患侧耳尖及心俞、膈俞/肝俞、胆俞(2 组交替取穴),并于健侧耳部耳穴压豆神门、心穴。次日,患者诉疼痛稍减轻,继续上方治疗 5 次,患者诉疼痛较前缓

解,夜间可睡至天亮,恰逢周末,嘱其暂停治疗,休息 2 d。3 月 23 日复诊:患者诉 3 月 21 日尚可,但次日又再次出现疼痛,程度如初。进餐时触碰牙龈则疼痛加重,夜间安静时可,夜间睡眠可,口干稍苦,仍大便干结。予前方加入大黄 10 g,厚朴 10 g,黄连 3 g 以通腑泻热。7 剂。针灸取穴加天枢、腹结、上巨虚、内庭。每天 1 次,每次留针 30 min,继续针灸 10 次,周末休息 2 d。3 月 26 日患者诉症状仍时有反复,治愈信心不足。笔者予心理疏导,并嘱其回家练习八段锦以调节情绪。3 月 28 日患者诉疼痛较前明显缓解,大便 1 天 2 次,小便可,中药继续守上方。4 月 6 日再次复诊:患者诉暂时无疼痛感,偶尔会有触电样放射至右侧面部及前额部,能患侧入睡。继续守前方针灸 5 次,中药同前。4 月 13 日针第 20 次后同时刺络患侧耳尖、心俞、膈俞、肝俞、胆俞。少量点刺出血,治疗后予皮内针膈俞、胆俞埋针以巩固疗效。4 月 19 日复诊:患者诉疼痛未发作,大便较稀,予上方去大黄,5 剂,继续巩固治疗。随访 1 个月未再发作。

**按语:**三叉神经痛属于中医学“面痛”“面颊痛”或“面风痛”范畴,是由风寒侵袭、风热浸淫、外伤、情志、久病等引起的面部经络气血痹阻,出现以眼、面颊部出现放射性、烧灼样抽掣疼痛为主症的疾病<sup>[5]</sup>。本病发作时疼痛难忍,严重影响患者日常生活及工作,是临床常见的难治性疾病。目前西医治疗以止痛、营养神经和手术治疗为主,但疗效欠佳。中医学通过辨证论治常能取得一定疗效,主要的治疗手段是针灸及中药,两者结合常能收到良好的治疗效果。笔者临证过程中发现大部分患者因疼痛而伴有不同程度的情绪障碍,因此本病治疗需从整体出发,不仅要针对疾病本身进行治疗,还要注重对患者的心理疏导,从言语上给与其鼓励,并耐心分析该病的发展、变化及治疗的过程,使患者对该病有正确的认识,缓解其心理上的负担,再加上八段锦导引功法的锻炼,在呼与吸、动与静中促进气血调和,增强脏腑功能,扶助正气。

本案针灸治疗取穴百会、印堂、人中,可起到镇痛安神之功,风池、阳陵泉、太冲可疏利肝胆,内关为心包经之络穴,“诸痛痒疮,皆属于心”,用之以镇心安神。通过中医辨证论治以天麻钩藤饮为主方加减以平肝息风,再配合刺络放血,从而达到“通则不痛”的功效。

本案结合了针灸、中药、刺络放血、耳穴、埋针、运动、心理疏导等方法,不仅能针对疾病进行治疗,其中埋针、中药、运动以及心理疏导还能起到“既病

防变”“瘥后防复”的作用,是整合医学模式的具体运用。《“健康中国 2030”规划纲要》中明确提出,应“全面建成体系完整、分工明确、功能互补、密切协作、运行高效的整合型医疗卫生服务体系”。因此随着医学模式的转变,整合医学将在未来临床工作中发挥重要指导作用。

### 参考文献

- [1] 樊代明. 整合医学初探[J]. 医学争鸣, 2012, 3(2): 3.
- [2] 任雁林. 整合医学在生殖内分泌病患诊治中的应用与思考[J]. 医学争鸣, 2019, 10(2): 15-17.
- [3] 刘宏艳, 孔婧妍, 房钰鑫. 缺血性脑卒中防治中的整合医学观[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(5): 1190-1192.
- [4] 暴洁, 俞郦, 潘卫东. 整合医学的理念与模式思考[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 2(11): 1164-1167.
- [5] 符文彬, 黄东勉, 王聪. 符文彬针灸医道精微[M]. 北京: 科学出版社, 2017.

**基金项目:** 湖南省中医治未病中心能力建设项目 (0101290)

**第一作者:** 王丽娟, 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 针药结合治未病、痛证、妇科疾病

**通讯作者:** 程亚伟, 女, 副主任中医师, 硕士研究生导师, 国家第六批师承继承人, 研究方向: 中医治未病, E-mail: yaweicheng@126.com (收稿日期: 2020-11-27)

## 中西医结合治疗抗利尿激素不适当分泌综合征验案 1 则

卢 轩, 侯春光, 吉学群

(天津市中医药研究院附属医院, 天津, 300120)

**[关键词]** 抗利尿激素不适当分泌综合征; 中西医结合疗法; 验案

**[中图分类号]** R259.894 **[文献标识码]** B

**DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.09.031

抗利尿激素不适当分泌综合征是临床低钠血症的常见原因之一<sup>[1]</sup>, 若不及时治疗可危及生命。目前国内关于中医参与治疗本病的报道极少, 笔者运用中西医结合疗法治疗 1 例本病患者, 取得较好疗效, 现报告如下。

张某, 男, 53 岁, 主因“左半身不遂半年余”于 2020 年 4 月 30 日由门诊收入病房。患者于 2019 年 10 月 22 日晚 6 时因车祸致昏迷, 于当地医院查头颅 CT 示: 脑出血, 予开骨瓣减压后神志逐渐恢复, 左半身不遂, 后于 12 月 16 日转入另院, 并予颅骨修补术, 为求进一步康复治疗, 收入我科。

现症见: 嗜睡, 精神差, 口干喜饮, 消瘦, 失语, 左半身不遂伴屈曲, 时有自汗, 偶有呕吐, 吞咽困难, 留置胃管, 夜寐欠安, 大便干, 五六日一行, 尿少。舌红、少苔, 脉沉细。既往体健。神经系统查体: 左侧肢体肌力 0 级, 肌张力增高, 肌容量减弱, 左侧掌颌反射、巴氏征、夏道克征均为阳性。西医诊断: 脑外伤恢复期。中医诊断: 出血性中风(阴虚风动证)。采用中西医结合疗法, 西医予改善脑代谢等治疗, 中医予镇肝息风汤加减以滋阴息风。患者入院后查电解质示: 钠 128.9 mmol/L, 氯 89.2 mmol/L, 即予浓盐静脉滴注配合口服补钠, 钠氯水平仍缓慢持续下降, 至 5 月 6 日查电解质示: 钠 120.4 mmol/L, 氯 84.9 mmol/L, 且出现恶心、呕吐、大汗淋漓等症, 予托伐普坦片 15mg 胃管注药以利尿保钠, 后复查电解质恢复至正常范围, 但停药后钠氯仍持续下降。进一步完善相关检查, 查 24 h 尿钠为 719.6 mmol/24h, 24 h 尿氯为 648.1 mmol/24h, 脑钠肽、垂体激素未见异常。请内分泌科会诊后确诊为抗利尿激素不适当分泌综合征。患者虽以脑外伤恢复期入院, 但考虑反复低钠血症严重影响了患者的康复, 甚至危及生命, 故急则治其标, 先针对抗利尿激素不适当分泌综合征进行治疗。根据患者消瘦、口干、大便干、自汗的症状, 结合舌脉, 考虑为气阴两虚证, 且服用托伐普坦片后尿量增多, 每天约 4000 ml, 更加耗伤阴液, 故诊为“消渴”, 治以益气滋阴为法, 采用玉液汤合左归丸加减。处方: 山药 20 g, 生黄芪 50 g, 知母 15 g, 鸡内金 6 g, 葛根 15 g, 五味子 10 g, 天花粉 10 g, 党参 15 g, 酒茺萸 20 g, 熟地黄 20 g, 枸杞子 10 g, 川牛膝 20 g, 菟丝子 15 g, 炒白术 10 g, 当归 20 g, 茯苓 20 g。服药 2 周后口干、自汗之症显著减轻, 大便三日一行, 且精神状态较前好转, 舌脉较前无变化。将托伐普坦片逐渐改为 15 mg, 隔天 1 次胃管注药, 期间复查电解质, 血钠可维持在 130~140 mmol/L, 血氯约 90 mmol/L, 每天尿量约为 3000 ml。患者阴虚症状虽较前好转, 但舌红仍有热象, 且入院时小便少, 考虑为水热互结兼阴虚之证, 而通过托伐普坦利尿后患者血钠可维持相对稳定, 故在玉液汤滋阴的基础上, 配合猪苓汤以滋阴清热利水。处方: 山药 20 g, 生黄芪 30 g, 知母 15 g, 鸡内金 6 g, 葛根 10 g, 五味子 10 g, 天花粉 10 g, 党参 15 g, 酒茺萸 20 g, 川牛膝 20 g, 炒白术 10 g, 当归 20 g, 茯苓 20 g, 泽泻 20 g, 猪苓 20 g, 滑石粉 6 g, 阿胶珠 10 g。患者服药 1 周后自汗、口干消失, 大便一日一行, 舌淡红、苔薄白, 脉沉细, 服药期间逐渐将托伐普坦片减至 7.5 mg, 隔天 1 次, 复查电解质, 血钠维持在 135 mmol/L, 血氯为 90 mmol/L, 每天尿量约为 2500 ml。后患者转入他院继续康复治疗。

**按语:** 抗利尿激素不适当分泌综合征是由于下丘脑局限性损害导致抗利尿激素分泌异常, 引起肾小球对水重吸收增加, 从而造成体液稀释及低血钠