原发性三叉神经痛的中医治疗进展

刘翠芳¹ 陈宝国²

(1 江西中医学院 2010 级研究生 南昌 330006; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词: 三叉神经痛; 中医药疗法; 综述

中图分类号: R 745.11

文献标识码: A

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.063

原发性三叉神经痛临床表现为面颊上下颌及舌部明显的剧烈电击样、针刺样、刀割样或撕裂样疼痛,持续数秒或 1~2 min,突发突止,间歇期正常。病程呈周期性,发作可为数日、数周或数月不等,缓解期如常人。随着病程迁延发作次数将逐渐增多,发作时间延长,间歇期缩短,甚至为持续性发作,很少自愈^[1]。本病属中医“头痛、偏头痛、面痛”等范畴。现就近年来中医对原发性三叉神经痛的治疗进行综述。

1 病因病机认识

马氏^[2]认为三叉神经痛系外邪(风热、风寒)侵袭面部经脉,经脉痹阻,气血不畅而致,或久病入络,或因外伤,致气滞血瘀而发面痛。认为精神因素亦可以诱发此病,肝郁气滞,郁久化火,火热风动,风火夹痰上扰致清阳不得舒展;头为诸阳之会,痰阻血瘀,气滞血凝,阻遏经络,“不通则痛”。孙氏^[3]认为除了风火痰瘀等外,颜面局部络脉亏虚亦是导致病情缠绵的重要病机。王氏^[4]总结认为本病的发病无外乎内因外因。内因多为肝、脾、肾三脏功能失调,从而使气郁、火郁、湿阻、痰壅、风动之变由生,致邪阻经络或上犯清窍,则壅遏为痛。亦可因肝胃阴虚或脾虚血亏,脉络失养,不荣则痛。

2 内科治疗

2.1 中医辨证论治 宋氏^[5]将其分为(1)风寒外侵型:治疗宜疏风散寒止痛,方用川芎茶调散加减。(2)痰火上攻型:治疗宜清热化痰,搜风通络,方用半夏白术天麻汤加减。(3)胃火上攻型:治疗宜清胃火散风止痛,方用清胃散加减。(4)阴虚阳亢型:治疗宜滋阴潜阳,熄风止痛,方用大补阴丸加减。(5)脾胃气虚型:治疗宜补脾和胃,熄风止痛,方用胃风汤加减。宋氏根据本法辨证论治 42 例,其中显效 20 例,有效 18 例,无效 4 例,总有效率 90.5%。马氏^[6]将其分为七种类型,分别是(1)风热外袭型:治宜祛风清热,活血通络止痛,方用芎芷石膏汤加减。(2)风寒外袭型:治宜祛风散寒,通络止痛,方选川芎茶调散加减。(3)风湿侵袭型:宜祛风胜湿止痛,方选羌活胜湿汤加减。(4)胃火上攻型:治宜清泻胃火,散风通络,方选芎黄散加减。(5)肝火上炎:治宜清泻肝火,平肝熄风,方选天麻钩藤饮加减。(6)阴虚阳亢型:治宜滋阴潜阳,熄风止痛,方用大补阴丸加

减。(7)瘀血阻络型:治宜活血化瘀,通络止痛,方选通窍活血汤加减。

2.2 专方加减治疗 肖氏^[7]用川芎止痛汤加减治疗三叉神经痛 45 例,药用川芎、白芍、蜈蚣、全蝎(研末冲服)、炙甘草。肝胃热盛加生石膏、龙胆草,风痛加白芷、芥穗、防风、细辛,病久痛甚加制马钱子粉(冲服),瘀血阻络加红花、丹参、延胡索。水煎服,每日 1 剂,重则每日 2 剂。治疗 2 个疗程,结果痛止,1 年以上未复发 29 例;痛止,0.5 年内偶有复发,但轻微 12 例;痛无改变 4 例;总有效率 91.1%。李氏^[8]用息痛饮治疗本病 40 例,其处方为白芍、黄芪、天麻、白芷、玄参、川芎、白蒺藜、白僵蚕、白附子、炙甘草。加减:寒痛:风痰瘀阻加苍术、半夏、胆南星,寒伏少阴加麻黄、当归,厥阴虚寒加吴茱萸、党参;热痛:胃火炽盛、阳明腑实加黄连、黄芩,胃热伤津或阴虚胃热加生地、麦冬、生石膏,肝胆火炽加龙胆草、黄芩、钩藤;寒热夹杂痛:寒邪闭郁、胃热上冲加当归、黄连,血虚肝郁、外风袭络加柴胡、枳壳、荆芥。结果临床治愈 6 例,有效 30 例,无效 4 例,有效率为 90%。刘氏等^[9]运用小柴胡汤加味治疗三叉神经痛,方药为北柴胡、黄芩、法半夏、全蝎、菊花、白芍、防风、白芷、羌活、钩藤、夏枯草、天麻、川芎,水煎服,1 剂/d。辨证为风火型者加蔓荆子、青黛、生石膏;风寒型加蒿本、萆薢、细辛;久病入络入血,瘀血内阻之象加桃仁、红花、地龙、姜黄。结果治愈 112 例,好转 31 例,无效 7 例。

2.3 中西医结合治疗 霍氏等^[10]将 86 例三叉神经痛患者分成两组,对照组单纯给予卡马西平片,治疗组在此基础上加服芍药甘草汤,并随证加减。结果对照组总有效率为 67.44%,治疗组总有效率为 88.37%,治疗组总有效率明显优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。徐氏等^[11]将 68 例三叉神经痛病人分成两组,其中对照组服用卡马西平片 200~600 mg/d,分 2~3 次口服。治疗组在对照组治疗基础上服用中药:川芎、白芷、细辛、白附子、蜈蚣、当归、白芍、甘草,由煎药室制成 150 mL 煎剂 3 袋,每次 1 袋,日服 3 次,治疗 3 个月。结果治疗组治愈 28 例,显效 4 例,有效 1 例,无效 1 例,总有效率 97.1%,对照组治愈 18 例,显效 6 例,有效 4 例,无效 6 例,总有效率 82.4%,两组比较,卡方值为

3.981, $P < 0.05$, 有统计学意义。

3 中医外治法

杜氏^[12]运用吸入中药的方法治疗三叉神经痛 61 例。中药按比例配制:白芷 20%~80%,细辛 20%~30%,辛夷 10%~20%,鸡血藤 15%~30%,冰片 10%~15%。将白芷、细辛、辛夷、鸡血藤洗净晒干,粉碎过 80 目筛,除去残渣和纤维状物后再混合冰片磨成细粉,过 120 目筛,经过-15℃低温灭菌,装瓶密封备用。用棉棒蘸少量此药物,置于患者侧鼻孔内,让患者轻吸即可。结果治愈 11 例,显效 42 例,好转 8 例,总有效率 100%。

4 针灸治疗

白氏^[13]采用针刺方法治疗三叉神经痛 30 例。将取穴分为四组:第一组取眉弓附近及额部的穴位,如阳白、鱼腰、眉冲等;第二组取面颊部的穴位,如四白、颧髎、上关等;第三组取耳前和下颌部的穴位,如下关、承浆、颊车等;第四组取特殊穴位合谷、后溪、内关。根据疼痛部位循经取穴,采用远近配穴法。结果 30 例中,治愈 16 例,显效 10 例,有效 4 例,无效 0 例。黄氏^[14]运用特殊针法治疗三叉神经痛。特殊针法:翳风双针与听宫五针交替,一次选择一个穴位进行治疗。远端与近端配穴:近端配穴:第一支痛配取太阳、阳白、攒竹,第二支取四白、迎香,第三支取下关、地仓、颊车;远端配穴:肝火上犯配行间和太冲,外感风邪配偏历和太渊,体虚配曲池和足三里。结果痊愈 20 例,显效 14 例,有效 6 例,无效 3 例,总有效率达 93.0%。赵氏^[15]运用镇静安神法加强针刺治疗三叉神经痛。方法是将 60 例病人随机分成两组,对照组第一支痛取攒竹、丝竹空、鱼腰;第二支痛取颧髎、巨髎、四白;第三支痛取颊车、下关、夹承浆,远端取穴(双侧):合谷、内庭。治疗组在对照组基础上加水沟、神门、劳宫穴。结果两组均收到明显疗效,其中治疗组:临床治愈 8 例,显效 16 例,好转 4 例,无效 2 例,愈显率 80.00%,总有效率 93.33%;对照组:临床治愈 5 例,显效 10 例,好转 6 例,无效 9 例,愈显率 50.00%,总有效率 70.00%。两组比较, $P < 0.05$, 有统计学意义。周氏^[16]运用针刺配合火针治疗本病 38 例。方法为取天枢(双侧)、足三里(双侧)、阿是穴,天枢、足三里平补平泻。找出痛点,常规消毒,火针加热至火红,迅速点刺痛点 5~6 针。结果临床治愈 20 例,显效 8 例,好转 7 例,无效 3 例,总有效率 92.1%。朱氏^[17]运用针刺配合电针及刺络拔罐治疗原发性三叉神经痛 26 例。针刺取患侧攒竹、四白、下关、地仓、合谷、风池。眼支痛配鱼腰、头维、丝竹空、阳白、外关;上颌支痛配颧髎、迎香;下颌支痛配承浆、颊车、翳风、内庭。针刺结束后选颊车、地仓、颧髎穴,用三棱针刺 3~5 mm,轻轻挤出少许血,再行闪罐。结果治愈 11 例,好转 14 例,无效 1 例,总有效率达 96.2%。

5 针药合用

5.1 中药加针灸治疗 李氏等^[18]运用温针配合中药治疗三叉神经痛。针灸选完骨、听宫、颧髎、眶下穴、扳机点等穴。额支疼痛加阳白、攒竹、太阳;上颌支疼痛加下关、上迎香、迎香;下颌支疼痛加颊车、地仓、夹承浆。合谷双侧取穴,其余穴位均取患侧,20 min 后取针。中药选用上海市名老中医秦亮甫教授拟定的祛风解毒定痛汤,药物为川芎、羌活、桃仁、红花、炙全蝎等。结果 68 例病人显效 8 例,有效 54 例,无效 6 例,显效率 11.8%,总有效率 91.2%。方氏^[19]运用中药配合针刺治疗原发性三叉神经痛 42 例。设对照组:口服卡马西平、维生素 B₁、维生素 B₆,肌注维生素 B₁₂。治疗组:针刺:主穴:合谷、内庭、风池。加减:眼部痛加攒竹、丝竹空、阳白;上颌痛加下关、颧髎、迎香;下颌痛加承浆、地仓、颊车;风寒型配列缺;风热型配曲池、尺泽;气血瘀滞型配太冲、三阴交。留针 30 min/次,期间行针两次。透穴治疗:眼部痛取丝竹空透阳白,上颌痛取迎香透四白,下颌痛或上下颌痛取地仓透颊车、承浆。中药辨证治疗:(1)风寒外袭型采用川芎茶调散加减。(2)痰火上攻型采用半夏白术天麻汤加减。痰多加胆南星、紫菀。(3)胃火上攻型采用清胃散加减。(4)阴虚阳亢型用大补阴丸加减。(5)脾胃气虚运用胃风汤加减。脾胃虚甚加党参、白术,痛甚加石决明、细辛。结果两组效果相似,但治疗组未出现对照组副作用。

5.2 中西医药物加针灸治疗 王氏等^[20]运用 5%葡萄糖注射液 500 mL 加血塞通 0.4 g,5%葡萄糖注射液 500 mL 加 654-2 20 mg,5%葡萄糖注射液 500 mL 加 10%葡萄糖酸钙 20 mL、维生素 B₆ 0.2 g,静脉滴注,每日 1 次。针灸取风池、百会、太阳、下关、颊车等加对侧太冲,耳穴面颊、枕颞区,手穴偏头点、牙痛点、第 2 掌骨侧头穴。中药用五白汤和牵正散加减,风寒加川芎、细辛等;郁久化热加蔓荆子、龙胆草;血瘀加香附、红花;寐差加钩藤、夜交藤。结果痊愈 16 例,显效 28 例,有效 12 例,无效 4 例,总有效率 93.3%。

三叉神经痛是神经内科常见病,西医治疗效果不稳定,药物副作用大,病人的依从性差,中医治疗有较大优势。但中医治疗在实际运用中也存在诸多问题:(1)对于三叉神经痛的分型无统一标准,病因病机认识有待进一步研究。(2)没有统一的临床疗效评价标准。(3)病例选取标准不一致,治疗时间不一致。今后应该加强本病的病因病机研究,制定统一的辨证分型标准,统一的疗效评判标准,加强中医外科的治疗方法研究。

参考文献

- [1]贾建平.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2010.334-335
- [2]马磊.王光鼎主任治疗原发性三叉神经痛经验[J].云南中医中药杂志,2010,31(9):4-6
- [3]孙英新.络虚论治三叉神经痛[J].中国中医药咨讯,2010,2(32):142

结肠癌术后复发研究进展

张洁

(天津市南开医院 天津 300100)

关键词: 结肠癌; 术后复发; 综述

中图分类号: R 735.35

文献标识码: A

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.064

近二十年来,结肠癌发病率有逐渐增高的趋势^[1],其主要的治疗方法是手术根治性切除。复发和转移是导致手术失败和患者死亡的主要原因^[2]。本文就近些年结肠癌术后复发原因、诊断和治疗的进展综述如下:

1 术后复发的因素

1.1 患者本身的因素 国外学者研究发现,有结肠癌家族史的患者是结肠癌术后复发的高危人群,而年龄、性别和既往肿瘤史等因素对结肠癌术后复发转移的影响并不大^[3]。

1.2 肿瘤的生物特性 目前认为,结肠癌术后复发与肿瘤病理类型、分化程度、大体类型、Duke's 分期、浸润深度、淋巴结转移及血管淋巴管侵犯等关系密切^[4]。原发肿瘤的分化程度是肿瘤复发的一个重要因素。Luis 等^[5]对 124 例结肠癌患者进行平均为期 11.7 年的随访后发现,高分化、中分化、低分化组术后复发转移率分别为 15.5%、26.2%、33.3%,中分化和低分化术后复发转移的危险度分别是高分化者的 2.1 倍和 8.9 倍。一般认为分化程度差的原发肿瘤,如低分化及未分化癌等有较高的复发率。Burdy 等^[6]报道,在 T 分期相同的条件下,复发组低分化及未分化癌的比例是对照组的 5 倍 (21%vs 4%)。某些病理类型的肿瘤,如黏液腺癌,术后易复发^[7]。其中 Duke's 分期也是结肠癌术后复发的最重要因素之一^[8]。综合国内外文献报道,Duke's A 期、B 期、C 期结肠癌术后复发率分别为 10%~15%、20%~40%及 40%~60%。提示 Duke's 分期越晚,复发率越高。任镜清报道的结肠癌术后复发、转移以 Duke's B 期、C 期的结肠癌患者为主^[9]。

2008 版美国国家癌症综合网(NCCN)指南明确提出结肠癌合并穿孔和脉管癌栓是术后复发的高危因素,为预防复发应行术后辅助化疗。Carraro 等^[10]报告梗阻性结肠癌的局部复发率和转移率分别为 12.8%和 27.6%,显著高于非梗阻性结肠癌的 10.4%和 17.8%。提示大肠癌出现梗阻和穿孔者往往病程较晚,可能由于梗阻穿孔导致癌细胞脱落加速腹腔播散转移。另外,术前 CEA 水平也对结肠癌术后转移有重要的影响。Wiratkapun 等^[11]对 261 例行根治术的结肠癌患者随访 5 年后发现,术前血清 CEA $\geq 5 \mu\text{g/L}$ 者,术后 2 年内有 23.0%、5 年内有 37.2%出现远处转移,而 CEA $< 5 \mu\text{g/L}$ 者 2 年和 5 年只有 2.1%及 7.5%出现远处转移,术前血清 CEA $< 1 \mu\text{g/L}$ 的患者随访过程中无 1 例出现远处转移,CEA 升高组和正常组间局部复发率无差异。梅业群等^[12]研究发现,结肠癌术后化疗和未化疗组患者中结肠癌转移的中位时间不同,分别为 34.3 个月和 17.5 个月,差异有统计学意义。认为加强进展期结肠癌患者术后辅助化疗是延长转移时间、提高生存率的有效方法。

1.3 手术因素 因结肠癌常可获得广泛的切除范围,与直肠癌比较,局部复发较少见。任镜清报道结肠癌术后局部复发率为 6.58% (10/152),最常见的复发部位为吻合口 (40%, 4/10)^[9]。因此要严格掌握无瘤操作原则,规范手术操作。手术切缘至少应距肿瘤 10 cm,淋巴结清扫时应从肠系膜血管清扫至起始部^[13],切忌手术中反复探查挤压肿瘤,可能导致肿瘤细胞脱落进入血循环,引起播散和转移,特别是盲目采用小切口进行钝性分离,不可避免地造成

[4]黄艳.王国斌教授治疗原发性三叉神经痛经验[J].世界中西医结合杂志,2011,6(3):191-192

[5]宋强胜.辨证分型治疗 42 例三叉神经痛临床观察[J].中医药导报,2009,15(5):27-28

[6] 马海燕. 辨证分型治疗三叉神经痛探要 [J]. 实用中医内科杂志,2008,22(5):79-80

[7]肖霞.川芎止痛汤治疗三叉神经痛 45 例[J].实用中医药杂志,2009,25(4):229

[8]李岩.息痛饮治疗三叉神经痛 40 例[J].河南中医,2007,17(5):65

[9]刘学义,张昌华.小柴胡汤加味治疗三叉神经痛 145 例疗效观察[J].吉林医学,2011,32(16):3 260

[10]霍红艳,郝服.中西医结合治疗三叉神经痛 43 例疗效观察[J].中国现代医生,2011,49(10):32-34

[11]徐楠,杨春雷.中西医结合治疗三叉神经痛 34 例观察[J].实用中医内科杂志,2006,20(6):619

[12]杜雅俊.吸入中药治疗三叉神经痛 61 例[J].中西医结合心脑血管病杂志,2009,11(7):1 380-1 381

[13]白智鹏.三叉神经痛的针灸治疗[J].中国现代药物应用,2011,5(1):213-214

[14]黄西元.特殊针法治疗三叉神经痛 43 例疗效分析[J].中国中医药咨讯,2011,3(14):168

[15]赵万标.镇静安神法加强针刺治疗三叉神经痛的疗效观察[J].中国针灸,2003,23(10):581-582

[16]周利亭.针刺配合火针治疗三叉神经痛 38 例[J].河北中医,2011,33(1):14

[17]朱艳.针刺配合电针及刺络拔罐治疗原发性三叉神经痛 26 例[J].云南中医中药杂志,2011,32(6):68-69

[18]李璟,侯文光,洪钰芳,等.温针配合中药治疗三叉神经痛临床观察[J].上海针灸杂志,2009,28(6):9-11

[19]方肖.中药配合针刺治疗原发性三叉神经痛 42 例[J].中医研究,2010,23(7):79-81

[20]王建寰,虎成,王国军.中西医结合治疗原发性三叉神经痛 60 例[J].河北中医,2006,28 (3):51

(收稿日期: 2011-12-08)