

# 引火汤合芍药甘草汤结合火针治疗三叉神经痛临床研究

吕妮娜, 蒙智扬

广州市白云区第一人民医院, 广东 广州 510410

**[摘要]** 目的: 观察引火汤合芍药甘草汤结合火针治疗三叉神经痛的临床疗效。方法: 将102例三叉神经痛患者随机分为2组, 对照组予西药治疗, 治疗组予中医疗法治疗。中药以引火汤合芍药甘草汤加减, 针灸以火针疗法。总共治疗4疗程, 每疗程5天, 疗程间休息2天。治疗前后用视觉模拟评分法(VAS)及原发性三叉神经痛的诊断标准评价疗效。结果: 2组治疗前后组内VAS评分比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ), 治疗后2组间VAS评分比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 按照三叉神经痛诊断标准评价, 治疗后治疗组治愈率67.31%, 总有效率96.15%; 对照组治愈率54.00%, 总有效率82.00%。2组间比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 引火汤合芍药甘草汤结合火针治疗三叉神经痛疗效好可临床运用。

**[关键词]** 三叉神经痛; 引火汤; 芍药甘草汤; 火针

**[中图分类号]** R745.1\*1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 06-0260-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.123

三叉神经痛是神经内科的常见疾病, 以原发性三叉神经痛多见, 是一种病因不明确的, 表现以三叉神经分布区阵发性、短暂性、烧灼样、抽掣样的剧烈疼痛。常人难以忍受甚至痛不欲生; 三叉神经痛的发作常无预兆, 而疼痛发作一般有规律。每次疼痛发作时间仅持续数秒到数分钟骤然停止。初期起病时发作次数较少, 间歇期亦长, 数分钟、数小时不等, 随病情发展, 发作逐渐频繁, 间歇期逐渐缩短, 疼痛亦逐渐加重而剧烈。间歇期无任何不适; 诱发因素以说话、吃饭、洗脸、剃须、刷牙以及风吹等均可诱发疼痛发作, 以致病人精神萎靡不振, 行动谨小慎微, 甚至不敢洗脸、刷牙、进食, 说话也小心, 惟恐引起发作; 疼痛由面部、口腔或下额的某一点开始扩散到三叉神经某一支或多支, 以第二支、第三支发病最为常见, 第一支者少见。其疼痛范围绝对不超越面部中线, 亦不超越三叉神经分布区域。偶尔有双侧三叉神经痛者, 占3%。本病属中医学“雷风痛”“痹证”“面痛”范畴。笔者采用引火汤合芍药甘草汤加减, 配合火针疗法, 取得较好的临床疗效, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参照《内科疾病诊断标准》<sup>[1]</sup>拟定: ①面部或额部的阵发性疼痛, 持续时间几秒钟至2 min。②发作时疼痛特点: 沿三叉神经的一支或几支分布区散布; 特征为突发的、剧烈的、尖锐的、在浅表、刀刺样或灼烧样的疼痛; 从扳机点触发区促发或因某些日常活动诱发, 如吃饭、谈话、洗脸或刷

牙; 在发作间期, 患者如常人完全无症状, 当疼痛发作时可伴有眼球结膜充血, 流泪, 面部发红, 流涎等自主神经症状, 若因反复疼痛发作亦可见面部抽搐。③查体无任何神经系统体征或缺损。④每个患者的发作具有刻板性。⑤病史、躯体检查及必要时所作特殊检查以排除其他能导致面部疼痛的疾病。

**1.2 排除标准** 继发性三叉神经痛患者; 器质性病变。

**1.3 一般资料** 观察病例为2010年1月—2014年12月本院门诊及住院部原发性三叉神经痛患者, 共102例。男62例, 女40例; 年龄39~72岁, 平均54岁。随机分成2组, 治疗组52例, 对照组50例, 2组性别、年龄等经统计学处理, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 卡马西平片, 每次0.1 g, 每天3次, 口服; 甲钴胺片, 每次0.5 mg, 每天3次。共服用30天。

**2.2 治疗组** ①中药以引火汤合芍药甘草汤加减, 处方: 熟地黄90 g, 巴戟天、天冬、麦冬、白芍、炙甘草各30 g, 茯苓15 g, 五味子6 g, 肉桂5 g, 在治疗过程中可随证加减。每天1剂, 每疗程5天, 疗程间休息2天, 共治疗4疗程。②火针疗法: 辨证取穴。按疼痛部分配穴: 上额支疼痛取攒竹、阳白、太阳、鱼腰; 颧支疼痛取四白、下关、颧髎、巨髎; 下颌支疼痛取地仓、颊车、承浆、翳风。结合证型配穴: 风寒阻络型加列缺; 风热加曲池、外关、合谷; 肝郁化火型加太冲、内庭; 阳明热盛型加风池、内庭、合谷; 气滞血瘀加三阴交、内

[收稿日期] 2015-03-20

[作者简介] 吕妮娜(1977-), 女, 主治医师, 主要从事中医杂症针药并治的临床工作。

关。火针操作方法：在穴位局部用75%酒精消毒后，选取华佗牌一次性针灸针(规格：0.25 mm×25 mm)，在酒精灯下烧红后快速进针，进针约15 mm，进针后即刻出针，不留针，针毕局部涂万花油以防烫伤，针刺时注意避开血管。每疗程用火针针刺2次，每次间隔3天。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①疼痛评分通过采用视觉模拟评分法(VAS)对疗效进行评价。具体做法是：在纸上面划一条10 cm的横线，设游动标尺，横线的一端为0，中间1、2、3……另一端为10。规定0为无痛，积分为0分；1~3为轻度疼痛，积分1~3分；4~7为中度疼痛，积分为4~7分；8~10为重度疼痛，积分为8~10分。告诉患者此法的评分规则，患者根据自己感受疼痛的程度移动正面标尺的位置，观察者在标尺后面记录数值，记录的数值即为疼痛的积分值。在治疗前后对2组患者进行疼痛VAS评分。②临床疗效。

3.2 统计学方法 数据处理采用SPSS19.0统计学软件，计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示，采用 $t$ 检验；计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>中原发性三叉神经痛的诊断标准评价疗效。治愈：疼痛及相关症状完全消失，随访1年无复发。显效：疼痛及相关症状消失后有复发，但复发随间隔时间明显延长。有效：面部的疼痛程度、发作频率较治疗前明显减少，但触发点易诱发疼痛。无效：治疗前后临床症状无明显改善。

4.2 2组疼痛VAS评分比较 见表1。经治疗后，2组疼痛VAS评分均有下降，治疗前后比较，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )，提示2种治疗方案对原发性三叉神经痛均有效。且治疗后2组间比较，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )，提示治疗组在改善疼痛方面优于对照组。

表1 2组疼痛VAS评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	52	7.83±1.42	1.87±1.40 <sup>②</sup>
对照组	50	7.68±1.39	3.84±2.41 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，

② $P < 0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。治疗组临床疗效治愈率67.31%，总有效率96.15%；对照组治愈率54.00%，总有效率82.00%。2组治愈率、总有效率经统计学处理，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )，提示以引火汤合芍药甘草汤结合火针治疗的治疗组疗效优于口服西药治疗的对照组。

表2 2组临床疗效比较 例

组别	n	治愈	显效	有效	无效	治愈率	总有效率(%)
治疗组	52	35	10	5	2	67.31	96.15
对照组	50	27	9	5	9	54.00	82.00

### 5 讨论

原发性三叉神经痛是临床症状明显的疾病，疼痛主要以阵发性钻刺样痛为主，有明显的扳机点，发作期面部机械性刺激如洗脸、刷牙、说话、打哈欠等都能触发疼痛，且疼痛难以忍受，严重影响生活质量。目前，病因尚未明确，一般认为，三叉神经在脑桥被异常扭曲的血管压迫三叉神经后根，局部产生脱髓鞘变化而导致疼痛发作<sup>[3]</sup>。目前，西药治疗主要以止痛及营养神经对症处理，70%的患者止痛有效，但对肝肾损害极大，不建议长期服用，大约1/3的患者不能耐受其嗜睡、眩晕、消化道不适等副作用。中医疗法对此病有疗效。李可老中医擅长融寒温于一炉，以重剂救治重危急症，对各科疑难杂症有独到的救治经验。在《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》<sup>[4]</sup>中认为，原发性三叉神经痛，该发作性的头痛外邪相扰者少见，多数为内生虚火而致。《素问·五脏生成》“头痛颠疾，下虚上实，过在足少阴、巨阳，甚者入肾”。病程愈久，病机亦凸显。肾为水火之脏，主封藏，内居命门真火，为相火、龙火。平素水火相抱，阴平阳秘。水足则火藏于下，温煦脏腑，统领一身之气化，是为健康。若水亏于下，则火失其制，古人喻为水浅不养龙，龙火离位上奔，而成火不归原之证。

本研究所选患者均为水浅不养龙，火不归原之证。另，肝肾同源，肾水亏乏，肝失滋养，肝中雷火随肾中龙火上燔而成此病。常用傅山引火汤加减，以大剂滋水，引火归原，倒龙归海，佐以酸甘柔肝缓急之法治疗三叉神经痛痼疾。

引火汤最早见于陈士铎《辨证录》主治咽喉肿痛属阴蛾者。原方熟地黄、麦冬、天冬、巴戟天、茯苓、五味子。方中重用熟地黄大剂滋水填精为君；麦冬、天冬、五味子滋肺，金水相生，以助熟地黄滋水为臣；其中五味子酸敛，使即补之阴而固封；茯苓补土以制水；巴戟天水火并补，水火既济，水下趋，火不得不随，有引火归原之功，功同桂、附。共奏大剂滋水，引火归原之效。引火归原是治疗龙火上燔的一种治疗方法，属从治法。合以芍药甘草汤，酸甘敛阴，柔肝缓急，敛降甲胆，以制雷火。具有“中药吗啡”之称，对横纹肌、平滑肌的痉挛，具较好的解痉镇痛、镇静抗炎作用。

本病发病部位各异，而与相应的经脉相联系，临床上可随发病经络辨证论治。眼部疼痛主要属足太阳经病症；上颌、下颌部痛主要属手、足阳明和手太阳经病证<sup>[5]</sup>。同时，结合火针疗法治疗三叉神经痛具有良好疗效，因火针以患病部位为主，所以，有急则治其标之义。火针疗法具有温经通络、活血止痛的功效。火针热力透达，可疏通经络中壅滞的气血，无论是风寒、风热之邪侵袭经络，或气郁化火阻滞经络气机，火针因其性剽悍，有很强的疏散气机作用，使气血运行通畅，使局部筋脉得血养柔而不拘，起到活血祛瘀止痛的效果。《景岳全书》“凡大结大滞者，最不易散，必欲散之，非借火力不能速也”。火针属阳，阳可升散，开泻畅达，故可以引气和发散的功效，

温通的力量集中在穴位上,能达肌肤筋肉,使火热毒邪外散,引热外达,本研究中使用的手法是泻法,快速进针且不留针,使邪有出路。《针灸聚英》“盖火针大开其针孔,不塞其门,风邪从此而出”,“若风寒湿之气在于经络而不出者,宜用火针以外发其邪。”现代研究提示,火针有降低体内炎症因子,调节神经递质的含量,兴奋“第二优势灶”,提高刺激反射域,转移注意力的作用。因此,火针对三叉神经痛具镇痛作用。

三叉神经痛是一个严重影响患者生活质量的疾病,常规的西药治疗方法有效,且副作用大,引火汤合芍药甘草汤结合火针治疗三叉神经痛与常规西药治疗比较,有更好的疗效,值得临床推广。鉴于本研究条件有限,希望以后有机会加大样本量及结合现代医学技术再进一步研究。

## [参考文献]

- [1] 贝政平,蔡映云.内科疾病诊断标准[M].北京:科学出版社,2001:6.
- [2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则:第2辑[M].北京:中国医药科技出版社,1995:100;
- [3] 吴江,贾建平,崔丽英,等.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2010:117.
- [4] 李可.李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M].太原:山西科学技术出版社,2006:240.
- [5] 王启才,杨骏,高树中.针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2007:72.

(责任编辑:刘淑婷)

## 经皮穴位电刺激对小儿气管插管 BIS 及应激反应的影响

郭丽丽, 吴星, 叶国妹

杭州市儿童医院麻醉科, 浙江 杭州 310014

[摘要] 目的:探讨经皮穴位电刺激对小儿气管插管期脑电双频指数(BIS)值及应激反应的影响。方法:选取择期行腹部手术的50例住院患儿,随机分为A组和B组各25例。A组患儿在麻醉前对双侧内关、曲池穴进行电刺激,B组仅将电极片贴于上述2个穴位,但不施以任何刺激,静置。然后再对2组采用相同的麻醉诱导。分别记录经皮穴位电刺激前( $T_0$ )、气管插管前即刻( $T_1$ )及气管插管后1min( $T_2$ )、3min( $T_3$ )、5min( $T_4$ )各时间点的心率(HR)、平均动脉压(MAP)及BIS值。另外,于上述时间点采集动脉血检测皮质醇(COR)及血管紧张素(AG)的浓度。结果:在 $T_0$ 和 $T_1$ ,2组HR、MAP和BIS值比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ );在 $T_2$ 、 $T_3$ 和 $T_4$ ,2组HR、MAP均高于 $T_1$ ( $P<0.01$ ),A组在 $T_2$ 、 $T_3$ 和 $T_4$ 的HR、MAP均低于B组( $P<0.01$ )。A组在 $T_2$ 、 $T_3$ 和 $T_4$ 的BIS值与 $T_1$ 比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),而B组在 $T_2$ 、 $T_3$ 和 $T_4$ 的BIS值均高于 $T_1$ ( $P<0.01$ ),A组在 $T_2$ 、 $T_3$ 和 $T_4$ 的BIS值均低于B组( $P<0.01$ )。A组在 $T_2$ 、 $T_3$ 和 $T_4$ 的COR浓度较 $T_1$ 时升高( $P<0.01$ ),AG浓度较 $T_1$ 时下降( $P<0.01$ );B组在 $T_2$ 、 $T_3$ 和 $T_4$ 的COR较 $T_1$ 时升高( $P<0.01$ ),而各时间点的AG浓度无显著变化( $P>0.05$ )。A组在 $T_2$ 、 $T_3$ 和 $T_4$ 的COR及AG浓度均低于B组( $P<0.01$ )。结论:经皮穴位电刺激能够调节小儿气管插管中的BIS值、HR、MAP等血流动力学指标与COR、AGII等应激反应激素水平,具有镇静、镇痛的作用。

[关键词] 经皮穴位电刺激; 小儿; 脑电双频指数(BIS); 应激反应激素

[中图分类号] R245.9 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)06-0262-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.124

经皮穴位电刺激法是一种将经皮电神经刺激与针灸穴位相结合的法,该方法是借皮肤把特定的低频率的脉冲电流输入人体,从而达到治疗疼痛的目的<sup>[1-2]</sup>。经皮穴位电刺激可激

活中枢神经系统的介质并释放出内源性阿片肽,关闭疼痛的“闸门”,从而起到镇静、镇痛及抑制心血管应激反应的作用<sup>[3-4]</sup>。脑电双频指数(BIS)能够判断皮层的镇静深度并监测

[收稿日期] 2015-01-23

[作者简介] 郭丽丽(1982-),女,主治医师,研究方向:麻醉。