

常见病

CHANGJIANBING

中西医结合

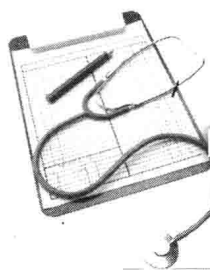
ZHONGXIYI JIEHE

康复治疗精要

KANGFU ZHILIAO JINGYAO

主编 涂汉军 彭 力
王晓南 赵大贵

崇文书局



常见病

CHANGJIANBING

中西医结合

ZHONGXIYI JIEHE

康复治疗精要

KANGFUI ZHILIAO JINGYAO

主 编	涂汉军	彭 力	王晓南	赵大贵	
副主编	罗 杰	周 宁	杨永森	周立志	
	敖金波	胡怀民	张 琴	彭 锐	
编 委	樊 涛	于 琳	李来友	兰永社	童 强
	宋海云	张兆萍	杨定荣	胡熙耀	赵丹丹
	陈贤军	李世珍	刘敏娟	张 保	张冬云

崇 文 书 局

(鄂)新登字 07 号

图书在版编目(CIP)数据

常见病中西医结合康复治疗精要/涂汉军等主编.

武汉:崇文书局,2005.6

ISBN 7-5403-0894-X

I. 常… II. 涂… III. ①常见病—中西医结合疗法②常见病—康复医学 IV. R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第057138号

出版发行:崇文书局

(武汉市武昌雄楚大街268号B座430070)

印刷:华中师范大学印刷厂

开本:787×1092 1/16

印张:14.25

版次:2005年7月第1版

印次:2005年7月第1次印刷

印数:0001—3000册

字数:316千字

定价:28.00元

谨以此书献给

鄢阳医学院附属太和医院建院 40 周年

常见病中西医结合康复治疗精要

主 编：涂汉军 彭 力 王晓南 赵大贵

副主编：罗 杰 周 宁 杨永森 周立志

敖金波 胡怀民 张 琴 彭 锐

编 委：樊 涛 于 琳 李来友 兰永社 童 强

宋海云 张兆萍 杨定荣 胡熙耀 赵丹丹

陈贤军 李世珍 刘敏娟 张 保 张冬云

序 言

随着社会的进步和发展,医学模式已发生根本性的转变,从以疾病为中心的生物学模式转变为以病人为中心的生物—心理—社会医学模式。康复医学正是这种新医学模式的具体体现。普遍被认同的康复定义为:“康复是综合采取一切措施”,减轻因残疾或疾病带来各种功能障碍,以提高生活质量,使患者重返社会。其中综合采取一切措施尤为关键,在康复医学发达的国家如美国、德国、日本,派人专修中国传统医学中的针灸、正骨推拿已成时尚。另一方面,在中国,即使在传统医学科室如中医科、针灸科,声、光、电、磁、水疗等也普遍开展使用。中西医治疗有逐渐融合的趋势。

从学术交流方面来看,《德国物理治疗师杂志》等经常发表有关针刺方面的论著,而《中国针灸》等传统核心期刊上也不乏现代康复技术介绍,这些都表明,中西医结合为康复医学的重要发展趋势。

从治疗病种上看,除偏瘫、颈肩腰腿痛以外,中西医结合康复治疗对绝大多数常见病都能有所作为,对许多常见病更有独特疗效,并且副作用极小。但目前实用系统的常见病中西医结合康复治疗学书籍尚不多,实为遗憾。太和医院牵头组织院内外多名中西医结合康复、中医科、神经内科、神经外科、骨科、疼痛等专业专家,特编写《常见疾病中西医结合康复治疗精要》一书以弥补此项空白。全书共分为三部分:常见神经内科、神经外科疾病及颈肩腰腿痛和风湿病等杂病的中西医结合康复治疗。每部分主要介绍该系统疾病诊疗,突出实用性。以西医病名为纲,中西医内容分述。诊断标准均采用最新标准,引用许多最新期刊学术观点,并参考部分最新国外文献。既体现了当代中西医结合康复治疗的治疗成果,又具有很好的学术及实用价值。

尽管各位编者竭尽了自己的所能,但是限于我们的学识与专业水平,书稿中缺点、错误一定难免,我们诚恳地希望朋友们不吝赐教,以期有机会再版时修订。

最后,对热心支持本文编写的郟阳医学院附属太和医院的同事和院外专家,对为了本书出版付出心血的编辑们,致以衷心的感谢。

目 录

第一部分 常见神经系统疾病部分

第一章 颅神经疾病	(1)
第一节 面神经炎	(1)
第二节 面肌痉挛	(4)
第三节 三叉神经痛	(6)
第四节 舌咽神经痛	(8)
第五节 枕大神经痛	(9)
第六节 前庭神经元炎	(9)
第七节 美尼尔病	(11)
第二章 脊神经疾病	(15)
第一节 急性感染性多发性神经炎	(15)
第二节 末梢神经炎	(18)
第三节 单神经炎概况	(19)
第四节 尺神经损伤	(20)
第五节 正中神经损伤	(21)
第六节 桡神经损伤	(21)
第七节 臂丛神经损伤	(22)
第八节 坐骨神经损伤	(24)
第九节 周围神经病变中西医结合康复治疗	(24)
第三章 脊髓疾病	(26)
第一节 脊柱脊髓损伤	(26)
第二节 运动神经元病	(31)
第四章 脑部疾病	(34)
第一节 脑血管病概况	(34)
第二节 缺血性脑血管病	(34)
第三节 出血性脑血管病	(39)
第四节 腔隙性脑梗塞	(44)
第五节 中风偏瘫中西医结合康复治疗	(45)
第六节 脑供血不足	(51)
第七节 脑震荡	(53)
第八节 脑挫裂伤	(55)
第九节 脑外伤后遗症	(57)
第十节 脑性瘫痪	(59)
第十一节 震颤麻痹	(68)
第十二节 偏头痛	(80)
第五章 重症肌无力	(83)

第二部分 颈肩腰腿痛等软组织疾病

第一章 颈肩臂肘痛的康复	(87)
第一节 概述	(87)
第二节 颈椎病	(88)
第三节 肩关节周围炎	(95)
第四节 肩肘部软组织损伤	(99)
第二章 腰背臀腿痛的康复	(101)
第一节 概述	(101)
第二节 腰椎间盘突出症	(102)
第三节 腰背肌筋膜炎	(124)
第四节 腰背臀部皮神经炎	(125)
第五节 急性腰扭伤	(126)
第六节 慢性腰肌劳损	(128)
第七节 梨状肌综合征	(130)
第八节 股骨头坏死	(133)
第九节 膝部软组织损伤	(140)
第十节 踝关节损伤	(144)
第十一节 跟痛症	(146)
第三章 骨折后的康复	(150)
第一节 概述	(150)
第二节 四肢骨折后的康复	(150)
第三节 脊柱骨折后的康复	(152)

第三部分 杂病

第一章 类风湿性关节炎	(154)
第二章 系统性红斑狼疮	(163)
第三章 痛风	(168)
第四章 强直性脊柱炎	(173)
第五章 风湿热	(177)
第六章 糖尿病性神经病	(182)
第七章 骨质疏松症	(184)
第八章 骨性关节炎	(187)
第九章 单纯性肥胖病	(190)
第十章 高粘滞血症	(195)
第十一章 血脂代谢异常	(198)
第十二章 血栓闭塞性脉管炎	(207)
第十三章 寻常性痤疮	(210)
第十四章 带状疱疹	(213)
第十五章 黄褐斑	(217)

第一部分 常见神经系统疾病部分

第一章 颅神经疾病

第一节 面神经炎(facial neuritis)

面神经炎又称Bell麻痹或“面瘫”，病因尚不明，系指茎乳突孔以上面神经管内段面神经的一种急性非化脓性炎症。

中医称之为“口眼歪斜”。认为本病的发生，是由外邪侵入与机体的机能状态相互作用所致。

一、病因及发病机制

面神经炎在脑神经疾患中较为多见，这与面神经管是一狭长的骨性管道的解剖结构有关，当岩骨发育异常，面神经管可能更为狭窄，这可能是面神经炎发病的内在因素。面神经炎发病的外在原因尚未明了。有人根据其早期病理变化主要为面神经水肿、髓鞘及轴突有不同程度的变性，推测可能因面部受冷风吹袭，营养面神经的微血管痉挛，引起局部组织缺血、缺氧所致。也有的认为与病毒感染有关，但一直未分离出病毒。近年来也有认为可能是一种免疫反应。膝状神经节综合征(Ramsey-Hunt Syndrome)系带状疱疹病毒感染，使膝状神经节及面神经发生炎症所致。

二、临床表现

可见于任何年龄，无性别差异。多为单侧，双侧者甚少。发病与季节无关，通常急性起病，一侧面部表情肌突然瘫痪，可于数小时内达到高峰。有的患者病前1—3天患侧外耳道耳后乳突区疼痛，常于清晨洗漱时发现或被他人发现口角歪斜。检查可见同侧额纹消失，不能皱眉，因眼轮匝肌瘫痪，眼裂增大，作闭眼动作时，眼睑不能闭合或闭合不全，而眼球则向外上方转动并露出白色巩膜，称Bell现象。下眼睑外翻，泪液不易流入鼻泪管而溢出眼外。病侧鼻唇沟变浅，口角下垂，示齿时口角被牵向健侧。不能作噤嘴和吹口哨动作，鼓腮病侧口角漏气，进食及漱口时汤水从病侧口角漏出。由于颊肌瘫痪，食物常滞留于齿颊之间。若病变波及鼓索神经，除上述症状外，尚可同侧舌前2/3味觉减退或消失。蹬骨肌支以上部位受累时，因蹬骨肌瘫痪，同时还可出现同侧听觉过敏。膝状神经节受累时除面瘫、味觉障碍和听觉过敏外，还有同侧唾液、泪腺分泌障碍，耳内及耳后疼痛，外耳道及耳廓部位带状疱疹，称为膝状神经节综合征(Ramsey-Hunt syndrome)。

三、诊断要点

1. 急性起病，几小时或1—2天达高峰。
2. 病侧面肌上下部瘫痪，表现为表情肌丧失、额纹消失、眼裂增大、鼻唇沟变浅，口角下垂偏向健侧。病侧不能蹙额、额皱眉、闭眼、露齿、吹哨、鼓腮等动作。病侧直接、间接角膜反射皆消失。
3. 病变进展出现以下症状：
 - 3.1. 病变扩展至茎乳头孔上方的鼓索神经出现舌前2/3味觉丧失。
 - 3.2. 蹬骨神经受累，除味觉丧失外尚有听觉过敏。
 - 3.3. 累及膝状神经节，在面瘫、味觉丧失、听觉过敏的基础上出现耳后疼痛、耳廓或鼓膜疱疹，称为Hunt氏综合症。

四、鉴别诊断

1. 中枢性面瘫：系由于对侧皮质脑干束受损所致，仅表现为病变对侧下组面肌瘫痪。

2. 与其他原因引起的周围性面瘫相鉴别:

2.1. 急性感染性多发性神经根神经炎:可有周围性面神经麻痹,但常为双侧性,绝大多数伴有其他颅神经及肢体对称性瘫痪和脑脊液蛋白细胞分离现象等。

2.2 桥脑损害:桥脑面神经核及其纤维损害可出现周围性面瘫,但常伴有桥脑内部邻近结构如外展神经、三叉神经、锥体束、脊髓丘系等的损害,而出现同侧眼外直肌瘫痪、面部感觉障碍和对侧肢体瘫痪(交叉性瘫痪)。见于该部肿瘤、炎症、血管病变等。

2.3 小脑桥脑角损害:多同时损害三叉神经、位听神经、同侧小脑及延髓,故除了周围性面瘫外,还可有同侧面部痛觉障碍、耳鸣、耳聋、眩晕、眼球震颤、肢体共济失调及对侧肢体瘫痪等症状,称“小脑桥脑角综合征”,多见于该部肿瘤、炎症等。

2.4 面神经管邻近的结构病变:见于中耳炎、乳突炎、中耳乳突部手术及颅底骨折等,可有相应的病史及临床症状。

2.5 茎乳孔以外的病变:见于腮腺炎、腮腺肿瘤、颌颈部及腮腺区手术等。除仅有周围性面瘫外,尚有相应疾病的病史及临床表现。

五、病情评价和疗效标准

1. 病情评价:

轻度:患侧睑裂扩大约2mm,无睑外翻,鼻唇沟变浅,口角下垂约2mm,蹙额力弱,眼睑闭合稍不全,吹哨能力稍差;

重度:患侧睑裂扩大 $>3\text{mm}$,下睑外翻,鼻唇沟消失,口角下垂 $>3\text{mm}$,蹙额不现皱纹,眼睑闭合不能,吹哨不能;

中度:病情介于轻重之间^[1]。

2. 疗效标准

治愈:症状及体征消失,外观如常,检查无任何异常表现;

显效:症状及体征明显恢复,面部外观大体对称,耸鼻鼓腮稍差或有不适感;

进步:症状及体征有改善,面部不对称,外观轻度改善;

无效:症状及体征无改善,外观不正常。^[2]

六、治疗

西医治疗原则:早期以改善局部血液循环,消除面神经的炎症和水肿为主,后期以促进神经机能恢复为其主要治疗原则。

中医治疗原则:治以疏风通络

1. 药物治疗

1.1. 激素治疗:强的松(30—60mg)晨顿服qd,连续7—10天。或地塞米松5—10mg 静滴,连续7—10天。

1.2. 改善微循环,减轻水肿:可用706代血浆或低分子右旋糖酐250—500ml,或川芎嗪120mg,静滴qd,连续7—10天。

1.3. 神经营养代谢药物的应用:维生素B₁50—100mg,维生素B₁₂100 μg 或弥可保(甲基维生素B₁₂)500 μg ,等,肌注或穴位注射qd,穴位注射面部穴位时可选用皮试用细针头。也可口服维生素B₁10—20mg tid和维生素B₁2500 μg tid。

1.4. 松弛血管平滑肌和兴奋中枢神经系统药物:地巴唑10mg tid或新斯的明15mg tid或加兰他敏2.5mg 肌注或穴位注射qd。

2. 理疗:茎乳孔附近超短波透热疗法(急性期选用无热量或微热量治疗),红外线照射,直流电

碘离子、或加兰他敏穴位导入,或者小剂量He—Ne激光患侧穴位照射以促进炎症消散。亦可用电刺激疗法刺激面神经干,有条件可根据电诊断检查结果选择治疗参数,以防止面肌萎缩,减轻瘫痪侧肌受健侧肌的过度牵引。

3. 针刺治疗:取翳风、听会、太阳、地仓、下关、颊车、并配曲池、合谷等穴。急性期平补平泻,手法轻柔,留针20分钟,同时配合灸翳风、牵正等穴;恢复期采用电针治疗,以患者耐受为度。每10天一疗程,疗程间休息2天。

4. 推拿:针刺结束后进行,患者取仰卧位,医者先用揉法揉患者病侧面部、颊部,使面部肌肉放松,然后以拇指或中指点按上述穴位,最后沿口角→耳后→眉弓→发际方向施以推法。注意操作中防止皮肤破损,可酌情选用按摩膏等推拿介质。

5. 中药治疗

5.1. 牵正散《杨氏家藏书》组方:白附子、白僵蚕、全蝎各等份 用法:共为细末。每日两次,每次3克。用开水或温酒送下。

5.2. 大活络丸:1丸 bid(有出血倾向者慎用)

5.3. 辨证汤药处方举例:白附子10,全蝎6,僵蚕10,制南星12,陈皮15,半夏12,茯苓15,枳实15,地龙12,菖蒲15,甘草6(单位均为克)。水煎服,每日一剂。

6. 手术治疗:对长期不恢复者可考虑行神经移植治疗。一般取腓肠神经或邻近的耳大神经,连带血管肌肉,移植至面神经分支。

七、病程及预后

一般预后良好,通常于起病1~2周后开始恢复,2~3月内痊愈。约85%病例可完全恢复,不留后遗症。但6个月以上未见恢复者则预后较差,有的可遗有面肌痉挛或面肌抽搐。前者表现为病侧鼻唇沟的加深,口角被拉向病侧,眼裂变小,易将健侧误为病侧;后者病侧面肌不自主抽动,紧张时症状更明显,严重时影响正常工作。少数病侧还可出现“鳄鱼泪征”即进食时病侧眼流泪,可能为面神经修复过程中神经纤维再生时,误入邻近功能不同的神经鞘通路中所致。肌电图检查及面神经传导功能测定对判断面神经受损的程度及其可能恢复的程度,有相当价值,可在起病两周后进行检查。

八、辨证调护及功能锻炼

1. 功能锻炼:

进行面肌的自主运动或被动运动锻炼,促进面肌功能的恢复。在肌电图确定有神经变性反应或肌肉失神经支配后,应早期开始运动治疗及自我按摩,可把方法教给患者,让患者对着镜子自行锻炼。每日1次,每次20—30分钟。

面肌训练的原则:肌力2级以下时可用手指帮助做被动运动,肌力3级以上时做主动运动,同时进行速度、灵敏度、协调性的训练。

训练方法:

①额肌:抬眉,做吃惊样的动作,蹙额;中指与眉平行放在眉毛上,让患者抬眉的同时上举患侧眉毛,另一手的手指压在健侧眉毛上,限制健侧肌肉运动。

②皱眉肌:皱眉,两眉向中间集中,中指放在患侧眉毛内端向中间推,另一手的手指限制健侧运动。

③眼轮匝肌:用力闭眼,将中指压在眉毛上(眉弓上),轻轻向下方推,眼睑闭合,注意勿使中指压到眼球,用另一手抑制健侧闭眼动作。

④鼻根肌、鼻肌(翼部、横部)、鼻中隔下降肌;前者可令患者皱鼻根部来完成;后者可令患者张

大鼻孔、伸长鼻下部位来完成。

⑤提上唇肌:让患者提上唇,并向前突出,治疗者将指放在上唇上,把唇向鼻孔处提起;将食指中指放在上唇缘处轻轻上提,健侧上唇要用手指抵住,限制其活动。

⑥提口角肌:让患者示齿,引口角向上后方;治疗者手指可向上方牵拉口角,以助麻痹侧口角上提。

⑦笑肌、颧骨肌:让患者像笑时那样引口角向外上方,可将食指稍放入患侧口腔内或放在口角上,向外牵拉;注意限制健侧运动,可给健侧口角一些阻力来完成。

⑧颊肌:闭嘴引口角向后,指尖可放在口角上向后牵拉口角,注意限制健侧口角的运动。

⑨口轮匝肌、颊肌:让患者将上下唇噘起,用手指由上或下唇的下外方向中央推挤口唇,在健侧面上下唇施加压力,限制健侧运动。

2. 辨证调护:戴口罩,此外,保护暴露的角膜,防止发生结、角膜炎,可采用眼罩,滴眼药水,涂眼药膏等方法。病愈后增强体质,寒冷季节注意颜面及耳后部位保暖、避免头朝风口久坐或睡眠,以防发病或复发。

九、注意事项

1. 激素治疗必须在急性期进行,一般7天后逐渐减量,直至停药,以防“反跳现象”。2. 急性期一般不采用强刺激疗法。3. 面肌功能锻炼尽可能及早进行。

参考文献

- [1] 朴东春,杨雪藩.偏振光照射治疗早期面神经炎78例.中华物理医学与康复杂志,2000,22(5):272—272
- [2] 林景琳.针刺加运动患肌治疗周围性面神经炎50例临床观察.中国针灸,2004,24(3):179—179

第二节 面肌痉挛(Facial Spasm)

一、临床要点

1. 一侧面肌自发性、不规则抽搐。多起于眼轮匝肌,波及整个面部,以口角抽搐为甚。
2. 慢性进行性经过,无自发性缓解。精神紧张加重,睡眠状态消失。
3. 部分病例曾患面神经麻痹,检查无阳性体征。

二、治疗

1. 药物治疗

- 1.1. 镇静药物:氯硝西泮1mg 口服qd 可渐增至1mg tid。
- 1.2. 抗痫药物:卡马西平(得理多)100mg tid 必要时可逐渐加量,最大不超过每日1000mg。或苯妥英钠 100mg 口服tid 必要时可加至200mg 口服tid。
- 1.3. 维生素辅助治疗:维生素B1 口服10—20mg tid;维生素B12 口服500μg tid。
- 1.4. 乙醇溶液注射疗法。50%乙醇溶液1ml 注射在面神经分支的部位,或0.3—0.4 ml 注射入茎乳突内。

2. 肉毒毒素局部注射疗法

采用兰州生物制品所生产的BTXA 冻干粉制剂,50U 或110U/支。注射前用0.9%生理盐水稀释成25 u/ml 后,放置在冰箱内备用。患者取仰卧位或坐位,用5%碘伏溶液消毒痉挛处的皮肤,通常治疗所选择的肌肉为:眼轮匝肌,颧大、小肌,颞肌,颊肌,咬肌,提上唇肌、颊肌、颞肌等处,用一次性1ml 注射器及皮试针头进行多点注射治疗。一般眼周5—7点,口周3—5点,颧大、小肌,颞肌、颊肌、咬肌、提上唇肌、颊肌各1~2点,每点注射2.5U,每点注射完毕后,消毒干棉球压迫止血。每次注

射BTXA总剂量为45~70U。注射结束后观察30min,患者无不适后方可离开。

注射要点:注射点选取一定要准确,除解剖定位外,注意观察面肌跳动,在跳动最明显处进针,一般会取得较好效果。但5月—1年需要重复注射。

3. 高频电针治疗

治疗方法

取穴:(1)主穴:阿是穴,即局部痉挛剧烈或最早出现痉挛的部位;(2)配穴:眼角抽动配太阳或四白,面部和口角抽动配地仓,颌部和耳后头皮抽动配翳风或颊车。

操作方法:每次治疗主穴必取,配穴取1个,2穴为一组。常规消毒,快速平刺(针刺方向与局部的面神经走行方向尽量保持一致)得气后接G6805电针治疗仪两极,选连续波,频率取最大刻度,电流强度从0慢慢加大至面部肌肉呈持续痉挛收缩状态(注意:并不是跳动),但又要以患者能耐受为度。留针期间患者适应后可适度加大电流强度,每次通电60分钟,每日1次,10次为一疗程,两个疗程间休息2天。治疗2个疗程即20次后评定疗效^[1]。

4. 磁极针治疗

选穴:局部选取阿是穴(面部痉挛发起并抽搐最活跃部位),配合辨证选穴。

主穴:阿是穴、百会、风池、合谷、太溪、太冲。配穴:伴有心烦、失眠者,配神门、三阴交;痉挛累及同侧颈阔肌者,配阳陵泉。

方法:在患者面部,选取2~3个阿是穴,采用2寸或3寸N极和S极磁极针,两针相距2~3mm,同时平行刺入面部阿是穴和风池穴,这种刺法称为对极针刺法,以有针感为度。其他穴位,采用N极或S极单极针治疗。留针期间,对在面部的对极针进行小幅度雀啄式提插法行针,雀啄频率约120~180次/分,每一阿是穴每次行针约1分钟,其他穴位行针约0.5分钟。太溪穴用补法,余穴用泻法,得气后留针,每次行针间隔10分钟,留针40~60分钟,每日1次,针刺12次为一疗程,疗程间隔休息3~5天,治疗3个疗程。

5. 中频电流和微波治疗

治疗方法 用沈阳产FTT 2型治疗机,为低频方波调制的梯形波中频电流,调制频率5~200 Hz,幅度连续和断续调制,断续周期2~3 s,电压峰—峰值0~70 V,两电极分别置于痉挛频发部位,耐受量,每日1次,每次20 min,15次一疗程。FTT治疗后采用上海产五官超短波,频率40.68 MHz,最大输出功率40 W,圆型电极,直径4cm,分别置于患者乳突区和耳前区,间隙1 cm,微热量每日1次,每次15 min,15次一疗程。对照组,取穴阳白、四白、太阳、地仓、下关、翳风、风池、合谷等穴交替,每日1次,留针20 min,15次一疗程。

6. 显微血管减压术(microvasculardecompression, MVD)

因具有治愈率高、安全性好,尤其是它能完全保留血管、神经功能的特性,成为目前面肌痉挛(HFS)最有效的治疗方法,但仍有22%~60%的患者手术无效。

三、注意要点

1. 注意抗痫药物的副作用,应从小剂量开始。

2. 乙醇溶液注射疗法是通过造成面肌瘫痪来解除面肌痉挛,事先必须向患者说明。

3. 有些患者在手术切除面神经主干或分支后会因神经再生而使症状再现。

4. 对MRI检查明确面肌痉挛是由于面神经邻近微血管压迫所致者,可考虑采用面神经微血管分离术。

参考文献

[1] 陈银环,田平.高频电针治疗面肌痉挛26例.中国针灸,2000,3(3):241-242

[2] 孟正权.磁极针对极针刺法治疗面肌痉挛32例疗效观察.中国针灸,2001,(21) 6:553

[3] 闫晓星.低频脉冲电流与超短波治疗面肌痉挛.现代康复,20012(2):921

第三节 三叉神经痛

三叉神经痛是指三叉神经支配区域内反复发作的短暂的阵发性剧痛。有原发性、继发性二种。本节主要指前者。

一、病因病机

原发性三叉神经痛的病因及发病机制尚不清楚,但多数认为其病变在三叉神经的周围部分,即在三叉神经半月节感觉根内。根据显微外科和电镜观察,可能与小血管畸形、岩骨部位的骨质畸形等因素有关,使三叉神经根或半月神经节受到机械性压迫和牵拉,在供养三叉神经的滋养动脉硬化所致的缺血、髓鞘营养代谢紊乱等诱因作用下,三叉神经半月节及感觉根发生脱髓鞘性变,导致脱髓鞘的轴突与邻近无髓鞘纤维之间发生“短路”又转成传入冲动,再次传到中枢,使冲动迅速“总和”起来而引起疼痛发作。

二、临床要点

1. 多见于中、老年人,40岁以上者约占70~80%,女性居多。

2. 疼痛部位:不超出三叉神经分布范围,常局限于一侧,多累及一支,以第二、三支最常受累,约占95%。

3. 疼痛性质:疼痛呈发作性电击样、刀割样、撕裂样剧痛,突发突止。每次疼痛持续数秒至数十秒钟。发作间歇期逐渐缩短、疼痛逐渐加重。发作频繁者可影响进食和休息。

4. 诱发因素及“扳机点”:疼痛发作常由说话、咀嚼、刷牙、洗脸等动作诱发,甚至风吹或响声也能引起发作。有些病人触摸鼻旁、口周、牙龈、眉弓内端等区域即可引起疼痛发作,这些敏感区域称为“扳机点”或“触发点”。麻醉“扳机点”常可使疼痛发作暂时缓解。因此病人为了减免发作常常不敢洗脸、大声说话、甚至不敢进食。

5. 体征:发作时可伴有同侧面肌抽搐、面部潮红、流泪和流涎,故又称痛性抽搐(tic douloureux)。疼痛发作时病人常用手揉搓同侧面部,久而久之面部皮肤变得粗糙、增厚、眉毛脱落,因不敢吃饭、洗脸、不修边幅,病人往往显得消瘦、面容憔悴、蓬头垢面、情绪抑郁。客观检查多无三叉神经功能缺损表现及其他局限性神经体征,但有时由于面部皮肤粗糙、增厚或已作过封闭治疗,面部痛觉、触觉可有减退。

三、诊断标准

根据三叉神经分布区域内的典型发作性疼痛,“扳机点”的存在,神经系统无局限体征等特点诊断原发性三叉神经痛并不困难。

四、鉴别诊断

1. 继发性三叉神经痛:系指由各种病变侵及三叉神经根,半月神经节及神经干所致之三叉神经分布区域的疼痛而言。其特点与原发性三叉神经痛不同,疼痛发作时间持续较长,常可达数分至数十分钟、或呈持续性疼痛伴阵发性加重。多伴有三叉神经或邻近结构受累的症状和体征,如病侧三叉神经分布区域感觉障碍、角膜反射减弱或消失、咀嚼肌无力和萎缩等。有时尚可有其他颅神经损害或神经系统局灶症状。须作颅底摄片、脑脊液检查、颅脑CT、鼻咽部软组织活检等,以明确病因。

2. 牙痛:三叉神经痛常易被误诊为牙痛,牙痛一般呈持续性钝痛,多局限于病牙部位的牙龈

处,无“扳机点”,可以找到致痛的病牙。

五、疗效评定标准^[1]

优:治疗后疼痛完全消失,不再需要其他任何药物治疗;

良:治疗后疼痛减轻不需服用药物或服药量减少,以及多支疼痛改善至单支疼痛;

无效:治疗后症状与术前相同。

六、治疗

1. 药物治疗

1.1. 止痛药物:卡马西平(得理多)100mg 口服tid,必要时可逐渐加量,最大不超过1000mg/d;或苯妥英钠100mg 口服tid,必要时可逐渐加量至200mg tid。

1.2. 镇静药物,可增强止痛药物的疗效,可任选:氯硝安定1mg 口服qd 逐渐增大至每日4—8mg。或安定2.5mg 口服tid。

1.3. 维生素辅助治疗,可联合使用。

维生素B1 100mg 肌注qd 连用7—10d 后改为口服10—20mg tid。维生素B12 500μg 肌注qd 或bid 连用7—10d 后改为口服500μg tid。

2. 理疗:

理疗目的

(1)非破坏性治疗辅助药物镇痛,脱敏,改善神经营养,消除局部水肿;

(2)破坏痛觉传入纤维。

理疗方法

(1)非破坏性治疗 常选用局部间动电(疏密波)疗法,旋磁疗法,He—Ne 激光穴位照射疗法。由于三叉神经与乌头总碱有特殊的亲和力,因此可用0.2%乌头碱直流电药物离子导入治疗,或5%普鲁卡因离子导入治疗。

(2)破坏性治疗 近年来采用经皮半月节后射频热凝疗法,治疗原发性三叉神经痛取得较好的疗效。此法由Sweet 及Nugent(1972 年)首先应用。在X 线监视下或在CT 导向下将射频电极针经皮插入三叉神经半月节,通电加热至65—75℃,维持1min。此温度可选择性地破坏半月节后无髓鞘的传导痛、温觉的细纤维,保留有髓鞘的传导触觉的粗纤维。

3. 针刺疗法:

(1)体针:三叉神经第一支疼痛可针刺患侧太阳、头维等穴;第二支疼痛可针刺四白、下关、颧髎等穴;第三支疼痛可针刺颊车、承浆等穴,可配合谷。

(2)耳针:取穴上颌、下颌、神门等。

4. 神经阻滞:

当药物治疗无效或有不良反应,而疼痛严重者可进行神经阻滞疗法。最常用的注射药物为无水酒精。三叉神经半月节或周围支,因感觉神经受破坏而止痛。疗效可持续数月至数年,但易复发。

5. 射频电流经皮选择性热凝术:

该术优点为可选择性破坏三叉神经的痛觉纤维,而基本上不损害触觉纤维。近期疗效尚可,但容易复发。一般做1~2 次,间隔1~2 天。

6. 手术治疗:

常用的有三叉神经周围支切断术、三叉神经感觉根部分切断术。目前较少应用,因手术后可引起患侧面部麻木。

七、注意要点

1. 注意鉴别原发性三叉神经痛和继发性三叉神经痛,后者疼痛持久,常合并其他神经系统阳性体征,病因治疗是根本,止痛仅为对症措施。

2. 注意止痛药物的副作用,应从小剂量开始,逐渐增加到最小有效剂量。

3. 对所谓原发性三叉神经痛患者,应进行头颅MRI检查,了解三叉神经与周围微血管之间的关系,对药物治疗无效而MRI又发现三叉神经微血管压迫者,行三叉神经微血管减压术常常有效。

参考文献

- [1] 凌至培,姜晓峰,夏养华,等.微血管减压术治疗原发性三叉神经痛(附75例报告).立体定向和功能性神经外科杂志,2004,17(1):20

第四节 舌咽神经痛(Glossopharyngeal Neuralgia)

舌咽神经痛,中年男性多发。症状为舌咽神经分布区域的电击样疼痛,属中医“咽喉痹证”范畴。证属气血瘀阻,经络不通,痛则不通。

一、临床要点

1. 中年男性多发,症状为舌咽神经分布区域的电击样疼痛,性质与三叉神经痛相似。

2. 临床区分以下两型:(1)口咽型:电击样疼痛始于舌根、咽部,扁桃体区,放射到耳咽管。扳击点在咽部。常因咽下或舌肌运动引起疼痛。(2)耳型:电击样疼痛始于耳内或耳的周围,放射到咽部、下颌角、颞部。扳击点在耳部。

二、治疗

1. 药物治疗

1.1. 镇痛治疗:卡马西平(得理多)100—200mg 口服 tid 或苯妥英钠 100mg 口服 tid

1.2. 镇静治疗:氯硝西泮 1mg 口服 qd—bid。或安定 2.5mg 口服 bid—tid。

1.3. 维生素辅助治疗:维生素 B1 100mg 肌注 qd 连用 10d 后改为口服 20mg tid;维生素 B12 500μg tid

2. 神经阻滞

1%~2%的普鲁卡因 5~10ml,或加地塞米松 2.5~5mg 行舌咽神经干封闭。或以浸有 4%可卡因或 1%丁卡因的小棉签涂抹疼痛的触发点,或表面喷雾麻醉,可获得短时止痛效果。

3. 穴位注射^[1]

选穴:合谷、扁桃体、天容、天突、翳风等。

方法:2%利多卡因 1ml+地塞米松 5mg+维生素 B12 1000μg(或维生素 B1 100mg)+生理盐水 4~6ml,用 5 号针头直刺穴位出现针感时,缓注。身体两侧穴位,每穴 0.5~1.0ml,一次/2~3 天,5 次为一疗程。

4. 中药治疗^[2]

中医辨证为肝郁化火,内火上扰,气血凝滞于咽喉为病,治宜理气降火,活血通瘀。

药用:苍耳子 15g,蔓荆子 10g,葛根 15g,延胡索、白芷、川芎各 10g,丹皮 15g,豨莶草、白薇各 10g。

5. 针刺治疗

辨证为风邪侵袭,脉络瘀阻,治以疏风散邪,化瘀定痛。

处方:风池、人迎、天容、合谷、翳风、照海。

手法:行强刺激手法。每日 1 次,10 次为 1 个疗程。

6. 理疗

冷冻治疗^[3]

应用特制的浸有液氮的棉签对准扳机点轻压接触冷冻约20 s,停止加压,这时棉签与粘膜冻结在一起,局部深陷,粘膜呈现急性充血状。此为1个冻融周期。每次治疗重处长3个冻融周期。每周冷冻1次,4次为一个疗程。

参考文献

- [1] 吴达雅. 中西医结合治疗舌咽神经痛. 中国中西医结合杂志, 2000, 8(5): 224
- [2] 魏祥. 理气通瘀法治疗舌咽神经痛举隅. 辽宁中医学院学报, 2004, 6(3): 185
- [3] 王文辉, 林芳焯, 李爱华. 冷冻治疗舌咽痛8例报告陕西医学杂志, 1999, 28(12): 739

第五节 枕大神经痛

枕大神经痛是一种常见病,是指枕大神经分布范围内(后枕部)阵发性或持续性疼痛,也可在持续痛基础上阵发性加剧。病因与眶上神经痛类似,常因风寒、感冒引起,也可因颈部外伤、增生性颈椎病等颈椎病变所致,有的病因不明确。多发于女性,以自发性放射性或电击样痛为主要症状,发作时疼痛难忍,数秒钟或数分钟内可自行缓解,在数日或数月内反复发作。属中医“痹证”范畴。

一、临床表现

为一侧或两侧后枕部或伴项部的针刺样、刀割样或烧灼样疼痛,痛时病人不敢转头,头颈部有时处于伸直状态。查体可见大神经出口处(风池穴)有压痛、枕大神经分布区(C2—3)痛觉过敏或减退。

二、诊断标准

根据上述临床表现一般诊断不难。

三、治疗

1. 治疗原则

可采用药物、封闭及理疗,如因颈部轻度外伤或增生性颈椎病引起者可加颈椎牵引治疗。

2. 药物治疗

止痛药物:双氯芬酸钠(扶他林)25mg 口服tid。或吡罗昔康(炎痛喜康)20mg 口服qd 必要时可增加至30mg 口服qd。或布洛芬(异丁苯丙酸)200mg 口服tid。

3. 阻滞疗法

0.5%普鲁卡因7.5ml 加2.5%醋酸泼尼松龙2.5ml 痛点注射qd
或1%利多卡因7—10mL 痛点阻滞 一般1次,如果疼痛未缓解,一周后重复一次。

4. 中药治疗

方剂:川芎15g,全蝎5g,蜈蚣2条,荆芥10g,羌活10g,细辛3g,薄荷(后下)5g,白芷10g,防风10g,甘草5g。每日1剂,加水500mL,煎取300mL,分2次服。7日为1个疗程,共用2个疗程。

5. 半导体激光治疗

采用半导体激光治疗仪,输出功率0~500mW,连续可调,根据患者痛侧选定穴位(阿是穴,同侧合谷穴,风池穴,百会穴)将激光探头对准并贴近治疗部位,启动光束开关,调节输出旋钮,功率大小因人而异,(平均398mW),每穴照射3分钟,重复照射2次,4次为一疗程。

第六节 前庭神经元炎(Vestibular Neuronitis)

前庭神经元炎性眩晕是临床上常见病、多发病,临床以突发、剧烈性眩晕为特征,可持续发作数