

警惕危害身心的三叉神经痛

江 吟

三叉神经痛是一种常见的神经系统疾病，是在面部三叉神经分布区内反复发作的阵发性剧痛，多在40岁以上女性发病，发病率为0.05%至0.08%，近年来有上升趋势。

三叉神经痛又名“面部神经痛”“颞颌神经痛”“额痛症”“三叉神经痛”“牙痛”等。发病年龄多在40岁以上，女性多于男性，病程较长，约1至3年。

三叉神经痛发作时疼痛剧烈，呈刀割样、针刺样、烧灼样或电击样疼痛，持续数秒至数分钟。疼痛部位固定于某一支三叉神经分布区内，每次发作时间为数秒至10分钟不等，间歇期完全正常。少数病人可无疼痛发作，仅有三叉神经感觉症状。但大多数病人有长期反复发作的发作史。

一、发作频率

三叉神经痛的发作频率取决于三叉神经分布区内各种疾病的发病率。发病率高区域的区域包括：①眼裂周围、上颌支前方、鼻旁窦、扁桃体附近；②腭部（包括上颌窦）、口腔黏膜；③颞部（包括三叉神经乳突部）、颊黏膜及牙龈、舌咽和舌下神经，以及舌咽神经的上支。较高的发病率可提示其病因和预后良好，但不能预示疼痛的类型和强度。

三叉神经痛多为一侧面部剧烈疼痛，呈电击样、刀割样、撕裂样、针刺样或烧灼样疼痛。患者常不能忍受，发作时间短暂，约为1秒钟至10分钟，间歇期完全正常。疼痛主要在三叉神经的第一支——三叉神经额支及第二支——第三支——眼神经下支之间出现。其中第一支和第二支最常见，约占70%以上。其他比较常见的是第三支——三叉神经眼支、上颌支、腭部和舌下支三叉神经区。

大部分患者发病于40岁以上，女性多于男性。大多数病人有长期反复发作的发作史。其发作形式多样，可为突然发生的闪电样、刀割样、烧灼样和电击样疼痛，也可为不定期发作。发作时可有流泪、流涎、面部肌肉收缩及味觉改变等症状，这些症状常被误认为是其他疾病的先兆而被忽视，特别是女性病人更易被忽略。

三叉神经痛的疼痛性质可因三叉神经分布区域内的病变不同而异。在三叉神经分布区内的任何部位发生病变，都可能导致三叉神经的发作；在三叉神经分布区内发生多发性小病变时，也会导致三叉神经痛的发作。

二、发作程度

三叉神经痛可分为轻度、中度和重度三叉神经痛。轻度三叉神经痛发作时，疼痛

并不剧烈，间歇期完全正常，多在中年以后发病。

1.诱发因素：饮食过于干燥、咀嚼食物、洗脸刷牙、饮水过多等可诱发三叉神经痛，而酒精和咖啡也是重要的诱发因素。

2.疼痛性质：疼痛呈周期性发作，每次发作时间短暂，多在1至10分钟以内，间歇期完全正常。疼痛一般从面部某一点开始扩散到另一点，并沿三叉神经支配区域向其支配区放射。

3.发作频率：三叉神经痛发作次数不等，多数在2至3次/年之间。其次数多的病人可达10余次/年。

4.疼痛部位：根据三叉神经痛发作部位可分为三大类：①支开型：又称“扳机点”型三叉神经痛，多发生在上颌、下颌或鼻部；②支闭型：又称“支开合型”三叉神经痛，多发生于下唇、上颌部、颊部等；③支闭合型：又称“闭合型”三叉神经痛，多发生在颊部、上颌部及鼻、咽喉等部位。

5.疼痛性质：大多数三叉神经痛发作时呈闪电样、刀割样或电击样疼痛。部分病人疼痛呈持续性或间歇性。有的病人感觉像刀割一样疼痛。

三、发作持续时间

多数病人发作持续时间在3至10分钟，少数患者发作时间可长达数小时，甚至20余小时。每次发作持续时间长短不等，短则几秒钟，长则1至2分钟。每次发作持续的时间不是固定的，通常在5至20分钟之间。

三叉神经痛属于原发性三叉神经痛，为常见的一种慢性疾病。临床上以发作性短暂剧烈疼痛为主要表现，疼痛为闪电样、刀割样、烧灼样、针刺样等，疼痛的性质以钝痛或撕裂样为主，时轻时重，发作时间短暂，一般数秒至数分钟不等。

三叉神经痛的主要原因是三叉神经上的血管压迫或者刺激了神经末梢，这就是为什么有些人吃了止痛药效果不明显。但也有部分患者是由于三叉神经周围血管压迫导致脑脊液循环障碍而导致三叉神经痛的。

三叉神经痛多发于40岁以上的女性，男女之比约为2:1。

一般多发生在单侧，且多发生在面部的三叉神经分布区。女性比男性更易发生三叉神经痛。发作时可以表现为疼痛、面部麻木、感觉异常等症状，严重者还会出现流泪、流涎、流鼻血、面部潮红等症状。

三叉神经痛多无先兆或仅有轻微先兆，一般仅有一侧三叉神经痛发生。

四、疼痛性质

三叉神经痛的疼痛性质与疼痛的发作位置有关。疼痛一般位于三叉神经分布区内，呈刀割样、针刺样或电击样疼痛，在一侧面部轮流发作。

三叉神经痛的病因及发病机制目前尚不明确。目前认为可能与三叉神经纤维受刺激或受压迫有关，也有可能与患者体质差、免疫力低下等因素有关。

三叉神经痛多发生在40岁以上的中老年人，女性多于男性，无性别差异，并且多见于中、老年人。引起三叉神经痛的原因尚不清楚。

三叉神经痛的治疗目前主要有药物治疗、神经毁损术和介入治疗等方法，其中药物治疗是最为常用的方法。目前国内外对三叉神经痛患者给予大剂量激素进行治疗，但长期使用激素可导致女性性腺功能减退、骨质疏松、肝肾损害等并发症；且激素具有一定的不良反应，如诱发溃疡、高血压及骨质疏松等；而且长期使用激素还会导致停药后复发。

介入治疗是利用射频热凝术的原理进行治疗的方法，适用于各种原因所致的三叉神经痛。对于三叉神经痛患者来说，最有效的治疗方法就是进行介入治疗。介入治疗是一种微创手术，手术过程中不会对患者造成太大伤害。对于年龄较大、体质较弱、存在多种并发症及高危人群来说，介入治疗不失为一个好选择。

五、诱发因素

(1)微血管压迫：部分病人由微血管压迫引起三叉神经痛。

(2)局部刺激：如刷牙、洗脸、进食时，或说话、吹风时，局部可出现短暂的扳机点，而诱发疼痛。

(3)其他诱发因素：情绪激动、精神刺激、饮食不当等可诱发三叉神经痛。如饮酒、食辛辣食物等。

三叉神经痛病因尚未完全明了，可能与遗传、年龄和性别有关。常见的诱发因素有：1.血管压迫三叉神经是最常见的诱发因素，尤其是第二支受压迫，占90%。因为第二支配面部肌肉，当它受到压迫时可引起面部肌肉抽搐。

2.气候变化，如天气寒冷、刮风或下雨时，寒冷刺激面神经使其兴奋性增高而诱发疼痛。

3.饮食不当：如食用过冷或过热的食物；进食油炸食品或含酒精食物等。

4.病毒感染：如患水痘、带状疱疹时，病毒可通过脑脊液播散到三叉神经分布区内，从而引起三叉神经痛。

(作者单位系定州市人民医院)

怎样正确选择高血压脑出血手术时机

张振钢

提到高血压脑出血这一疾病相信大家并不会感到陌生，此种疾病有进展快速、突然发生的特点，为众多脑血管疾病中的常见病，疾病致死率以及致死率比较高。手术为治疗高血压脑出血的最佳方案，但是手术时机以及术式的选择特别关键，关乎整体的手术治疗效果。那么，你知道高血压脑出血的最佳手术时机吗？如何正确选择呢？请阅读这篇科普文章，我们一同了解高血压脑出血相关知识。

一、什么是高血压脑出血？

高血压脑出血简单理解便是血压猛烈增高造成的脑部血管出血，是因为长时间高血压致使血管弹性变化，提高了血管的僵硬程度、降低了血管弹性，血管内皮也随之发生变化，此时脑部血管特别是小血管壁发生了局限性扩张。如果情绪较为激动、用力排便或者是比较激烈的运动，导致血压猛烈增高时，病变血管很容易出现破裂，以此造成脑出血。高血压脑出血为高血压的并发症，也是比较严重的并发症。

突发高血压脑出血以后，要获得及时的治疗，治疗方法有药物治疗以及手术治疗，药物治疗期间会使用到降压药物、控制脑水肿以及止血凝血药物。而手术治疗是比较及时、有效的治疗方案，会增加颅脑血肿清除的时间。那么，你了解常见的高血压脑出血手术治疗方法有哪些吗？

二、高血压脑出血的手术治疗方法知多少？

1.高血压脑出血微创置管引流术

此种术式比较常见，需要先确定脑出血位置，之后在患者颅骨上开×3cm小孔，或者是直接建立微创定向锥颅，进入到颅内血肿，建立起颅脑血肿靶点通道，之后在出血位置放软硅胶管吸引血肿。手术后会使用尿激酶药物，以此使血凝块溶解，通过所置硅胶管流出。此种术式相较于保守治疗方案而言，会缩短患者脑血肿持续时间，改善患者的预后，使其术后康复速度加快。

2.开颅血肿清除术

这是一种传统手术方式，常见于血肿大以及出现了脑疝的危险重症。通过开颅手术直观清除血肿，并予以止血处理，然后行减压术，这也是最佳的治疗方案，在显微外科手术的支持下，会提

高开颅血肿清除术的安全性、精细性。

3.立体定向抽吸术

最近几年，在手术治疗高血压脑出血患者时，会运用到立体定向技术，在血肿腔中精准置入导管，通过血肿碎化器使血肿被打碎然后冲洗而出。而对于血肿腔中残留的血肿，会通过导管传控溶栓药物的方式，使血肿溶解排出。通常情况下，术后一周左右可拔除引流管。

4.神经内镜辅助下血肿清除

通过穿刺技术消除血肿，在内镜辅助之下止血操作，可控制脑组织深部出血表现，起到保护血管壁的作用。

对于疾病表现不同的患者，他们所选取的手术治疗方案也存在差异。此时，很多人会问：“高血压脑出血患者怎样正确选择手术时机呢？”这一话题特别重要，手术时机的选择关乎手术治疗效果以及患者的预后恢复情况，对疾病致死率、致残率有直接影响。对此，下文就围绕正确手术时机进行讨论，请仔细阅读。

三、怎样正确选择高血压脑出血手术时机？

上文提及，高血压脑出血的发生比较突然，且存在疾病进展迅速的特点，为保障患者的生命安全，降低疾病病死率以及致残率，要把握最佳的手术时机，选择正确的手术时机尤为关键。

从高血压脑出血的手术时机划分来看，包括超早期出血（出血6小时内）、早期出血（出血后1-2d）以及延期手术（出血3d后）。目前，治疗高血压脑出血一般建议早期或者是超早期，这样能够快速把血肿清除，缓解患者的脑组织受压表现，减轻颅内压，改善脑脊液循环状态以及环境，降低疾病对患者脑组织的损伤。正确、合适的术式时机，会打破恶性病理生理循环变化，使疾病治疗效果提升，提升患者术后的生存质量。手术时机的选择，还需确定手术的适应证，使治疗方案更加合理。

在确定高血压脑出血患者手术方案和治疗时机时，要先了解患者的脑出血量和脑出血位置。对于轻症的高血压脑出血，比如大脑半球出血几毫升或者是十几毫升，通常并不用接受手术治疗，而对于30mmL之上或者是幕下小脑半球10ml之上的可让其手术。

输血检查知多少

张 敬

血后24小时后仍要对患者进行血常规检测，医生根据检验结果来判断输注是否有效，并制定下一步治疗方案。

同样输血不仅仅指红细胞和血小板，我们常用的血液成分还有血浆和冷沉淀等等。这时，凝血功能（或血检弹力图）的结果就非常重要了，根据这两项的结果可以准确判断病人的凝血因子是否缺乏、凝血功能是否正常，从而选择合适的血液成分。在输注血浆后，仍要做凝血功能的复检，凝血五项和血检弹力图结果都能对血液输注后的效果进行评价。

所以，无论是输血前，还是输血后，患者都要采血检查血常规或者凝血功能等来判断输注是否有效，每一次的化验都具有十分重要的临床意义、为患者的治疗提供准确的数字依据。

三、综合血检的目的

综合血检其实是指乙肝两对半、丙型肝炎、梅毒、艾滋等八个项目的检测。是患者每次入院输血前必须检查的项目，目的是了解病人人体内相关病毒感染情况。输血虽然是治病救人的手段之一，但输血同样存在传播疾病的风险，所以输血前检查是为了保证献血者和患者安全，防止病毒通过血液传播。血液中的病毒检测存在窗口期，目前没有找到完全解决的办法，处于窗口期的病毒很难被检测出来，现在能做到的是提高检测方法的敏感性和特异性。全面了解患者输血前的身体指征，进行输血前评估，对预防经血传播疾病有着重要作用。

四、交叉配血试验的目的

患者每次输血前都要和献血员血液进行交叉配血试验，从而可以筛选出更为合适的血液。交叉配血试验是病人进行输血治疗前必须进行的步骤，也是输血安全的重要防线之一。

早诊早治，打好健康保“胃”战

李 松

“胃病”是常见病，近年来，它的发病率在我国呈现出明显上升趋势。我国慢性胃炎、消化不良、胃溃疡、食管反流等胃病的患者超过8亿。

今年全国胃肠道肿瘤早诊早治项目启动大会上，中国医学科学院肿瘤医院消化内科主任医师王东林提出，我国胃癌早诊早治形势严峻。“目前确诊的5年生存率仅为40%至50%。”他呼吁，应抓住“三早”关键环节，即早期筛查、早期诊断、早期治疗，打好健康保“胃”战。

一、幽门螺杆菌感染

幽门螺杆菌(Hp)是一种螺旋形、微厌氧、对生长条件要求十分苛刻的细菌。1983年首次从慢性活动性胃炎患者的胃黏膜活检组织中分离成功，是目前所知能够在人胃中生存的唯一微生物种类。它寄生在胃黏膜上皮细胞表面，通过产生毒素引起胃黏膜炎症反应和溃疡形成，导致胃黏膜损害。

感染后主要表现为慢性浅表性胃炎、萎缩性胃炎、消化不良、甚至胃癌。我国幽门螺杆菌感染率约为50%至60%，多见于儿童和青少年，主要见于儿童期和青春前期。儿童时期感染的患者大多数没有症状，不会造成太大危害；青少年时期感染的患者，绝大多数会出现慢性萎缩性胃炎，会导致一定的恶性病变和胃癌风险。

因此，建议大家对幽门螺杆菌感染进行根除治疗。

一般成年人根除治疗成功率为80%左右；儿童根除治疗成功率在90%左右。首次根除后2年复查1次即可；如患者在首次治疗后出现症状或症状加重、出现消化道疾病其他合并症等，需要进行再次根除治疗。如果是根除治疗失败的患者，应每6至12个月复查一次 Hp 检测。

二、不良饮食习惯

1.吃饭太快：王东林表示，研究发现，进食过快会增加胃的负担，从而损害胃黏膜。而且食物在口腔里嚼得越烂越好，这样有利于消化吸收。狼吞虎咽的吃饭方式会导致食物无法完全咀嚼，会增加胃的负担，对胃造成伤害。

2.爱吃高盐食物：高盐饮食是引起胃癌的危险因素之一。世界卫生组织曾公布了一项研究结果：如果食盐量每天增加1克，患胃癌的风险将增加20%至30%。而我国居民平均每天吃盐超过12克，远远高于世界卫生组织建议的6克标准。研究显示，在胃癌高发地区，居民食盐摄入量高于标

准摄入量10倍以上。

3.偏爱腌制食品：中国是胃癌高发国家，全国每年新发病例约46.4万例，死亡约32.2万例。我国东南沿海地区和西北内陆地区的胃癌发病率有明显差异，可能与当地居民长期食用腌制食品有关。

4.吃得过烫：王东林表示，饮食过烫会损伤胃黏膜屏障，促使致癌物质进入胃内而诱发胃癌。而且过热的食物还会刺激口腔、食管和胃黏膜而产生损伤，从而导致慢性炎症、糜烂和溃疡形成。因此建议饮食温度应控制在60℃以下。

三、癌前疾病

慢性萎缩性胃炎是胃癌前疾病，是指慢性萎缩性胃炎伴或不伴糜烂、中-重度肠化生和异型增生性胃炎。正常情况下，在胃黏膜上皮在不同程度上周期性地增生、脱落、愈合和再生。其中，轻度异型增生不会发生癌变，但中度异型增生则有一定癌变的可能性；重度异型增生则有可能发生癌变。研究表明，轻度异型增生患者胃癌的发病率比正常人低50%，中度异型增生患者胃癌的发病率比正常人高70%，重度异型增生患者胃癌的发病率比正常人高10倍。

食管反流病是指胃、十二指肠内容物反流至食管内引起胃灼热、反酸、吞咽困难等症状的疾病。中国约有9000万名反流病人，其中近1000万人需接受内镜检查。中国医学科学院肿瘤医院消化内科主任医师王东林指出，对于食管反流的患者而言，不存在明确的诊断标准。胃镜检查是诊断食管反流的唯一有效方法。

中国医学科学院肿瘤医院消化内科主任医师王东林：我们会在胃镜下放置一个导线，通过这个导线可以引导胃管进入食管，然后在胃镜的直视下观察胃里面的情况。如果胃里面有大量的反流，或者说胃里面有大量的胃酸，而且反流到了食管以后导致了食道溃疡、食管糜烂等这些情况的时候，我们就可以通过内镜下治疗来进行治疗。如果是比较轻的情况下，我们可以通过内镜下的一些治疗来进行控制；如果是比较重的情况下，我们就可以通过内镜下做一个“胃底折叠术”来进行治疗。

四、遗传因素

胃癌的发生，与遗传因素密切相关。研究发现，如果父母中有一人患胃癌，其子女患胃癌的概率是正常人群的4倍。

另外，幽门螺杆菌感染也是胃癌发病因素之一。幽门螺杆菌是一种可以在胃内存活的细菌，主要寄生在胃黏膜上皮细胞

内，引起炎症、溃疡和癌变。幽门螺杆菌感染者患胃癌的危险性增加2至3倍。

胃癌治疗包括手术、化疗和靶向治疗等。对于早期、局部晚期胃癌患者，可考虑以手术为主的综合治疗，其中根治性胃切除术是目前唯一被公认的治疗手段。在手术过程中，医生会尽可能地要将肿瘤切除干净，不留隐患。对于术前已有明显胃肠道症状或其他器官转移的患者，需在手术后配合化疗、靶向治疗等综合治疗。

近年来，我国肿瘤早诊意识不断提升，但很多患者仍未意识到自己患有恶性肿瘤。“由于我国民众对恶性肿瘤认识不足、早期筛查意识较低等原因，胃癌发病率依然较高。”王东林提醒，“早筛查、早诊断、早治疗是预防胃癌最有效的方法。”

王东林表示，癌症的治疗不能只看病理结果和肿瘤分期，而是要从整体角度去评估肿瘤对整体健康的影响。因此建议有胃癌家族史以及持续1个月以上者，应及时就诊；有胃溃疡等疾病的患者要密切随访。

五、药物因素

“在临床上，很多胃病是由药物引起的。”王东林介绍，药物性胃病(简称药源性胃溃疡)主要有以下几种：

1.非甾体类抗炎药：阿司匹林、保泰松等非甾体类抗炎药具有抑制环氧化酶(COX)的作用，可引起胃黏膜损伤。

2.口服避孕药会影响胃肠功能，造成胃酸分泌过多，长期服用可引起胃黏膜损伤。

3.糖皮质激素能促进胃黏膜萎缩，增加发生癌变的风险。

4.抗生素：如红霉素、四环素、氯霉素、克林霉素等抗生素可破坏胃黏膜屏障，导致胃炎和胃溃疡的发生。

5.某些中药：如川芎嗪、青黛散等可引起胃酸分泌增多，导致胃黏膜损伤。

6.中药的“肝毒性”：有些中药如三氧化二砷、高锰酸钾、砒霜等也会引起胃黏膜损伤，造成胃部不适或溃疡。

7.某些中成药：如舒胃丸、舒肝丸、养血活片等可刺激胃黏膜，引起胃黏膜损伤。(作者单位系华池县中医医院)



本版投稿邮箱：
0554-6657551