

# 皮三针治疗截肢术后残端神经瘤疼痛 30 例

周喜亭      黄琳娜      安军明  
(陕西中医学院,陕西 咸阳 712046)

**摘 要:** **目的** 观察皮三针与药物治疗截肢术后残端神经瘤疼痛疗效比较。**方法** 治疗组 30 例在神经瘤局部以皮三针治疗,对照组 30 例口服路盖克(氨酚双氢可待因片)治疗。**结果** 治疗组总有效率为 93.33%,对照组总有效率为 80.00%,两者之间疗效比较  $P<0.05$ 。**结论** 皮三针治疗残端神经瘤疼痛有显著的临床优势。

**关键词:** 皮三针;残端痛;神经瘤性疼痛

**中图分类号:** R246.5      **文献标识码:** A      **文章编号:** 1002-168X(2014)04-0057-02

截肢术后所遗留的神经瘤性残端痛在临床中非常常见,也是困扰医者和患者的一大难题,不利于患者术后安装假肢。这种疼痛大多呈现顽固状态,敏感而剧烈,常伴有植物神经功能的紊乱。由于神经瘤切除后复发率高,多次手术也难以治愈。严重影响患者的生理和心理健康。笔者从 2011 年 8 月~2013 年 3 月分别运用皮三针治疗与口服路盖克(氨酚双氢可待因片)治疗此种神经瘤性残端痛的患者 60 例,并获得满意疗效,现报道如下。

## 1 临床资料

60 例患者均是股骨髁上截肢术后患者,按入院顺序随机分为皮三针治疗组,口服路盖克(氨酚双氢可待因片 H20030920)对照组。治疗组 30 例,年龄最大 46 岁,最小 17 岁;其中男性 21 例,女性 9 例;病情最短者术后 1 d,最长者术后 28 d。对照组 30 例,男性 19 例,女性 11 例;年龄最大 51 岁,最小 21 岁;病程最短 1 d,最长 21 d。排除其他疾病,如炎性疼痛、内源性疼痛以及心理性疼痛。两组一般资料具有可比性( $P<0.05$ )。

诊断标准根据国际疼痛研究学会 1986 年提出的疼痛的定义<sup>[1]</sup>,关于本病的诊断,本组病例均为神经瘤性疼痛,主要以触觉过敏,烧灼、电击样痛为主要表现,疼痛剧烈且持久,残端活动牵扯时会触发,多因疼痛而不敢活动下肢,且无法安装

假肢。

## 2 治疗方法

**治疗组:**选穴:痛点选择:先让病人在损伤部位指出痛点,施针者找取敏感的压痛点标记。针刺方法:常规消毒损伤区,备 1.5 寸 28 号毫针 3 枚。第一针先从痛点旁处平刺,方向垂直经脉,沿皮下进针穿过痛点;在第一针左右平行齐刺 2 针,距离第一针 1 寸。进针要求以针下顺滑,畅通无阻,病人无任何针感,并在活动关节时亦无痛感。如有疼痛,系针刺过深或过浅所致,应及时退针,重新调整。如果痛点转移,可在新痛点如法跟踪再刺<sup>[2]</sup>。留针:一般留针 30 min,留针期间不施任何手法,但要求病人做小幅度缓慢活动,以功能障碍位上的活动为主。每日一次,5 次每周,治疗 3 周。

**对照组:**采用路盖克(氨酚双氢可待因片 H20030920)1000 mg,1 日 3 次,饭后口服,疗程为 3 周。两组在治疗期间均不服用其他止痛药物。

## 3 疗效标准

疗效评价包括对疼痛程度、发作次数、持续时间和伴随症状等项目的评价。疼痛情况采用视觉模拟尺度法(VAS,10 cm),在同一医生的指导下由患者自行量化评分。完全缓解:完全无痛,疼痛评分下降至 0~1 分。部分缓解:较治疗前明显缓解,

睡眠基本不受干扰,能正常生活,疼痛评分下降至 4 分以下,1 分以上。轻度缓解:疼痛较治疗前减轻,但仍感明显,睡眠受干扰,疼痛评分仍为 4 分以上,下降分值 1 分及以上。无缓解:疼痛无减轻,症状无改变,评分无降低<sup>[1]</sup>。

4 治疗结果

见表 1。

表 1 治疗组和对照组疗效对照 (n)

组别	n	完全	部分	轻度	无缓解	总有效率 (%)
		缓解	缓解	缓解		
治疗组	30	9	17	2	2	93.33
对照组	30	6	14	4	6	80.00

表 1 结果表明,经过 3 周治疗后,治疗组总有效率 93.33%,对照组总有效率为 80.00%,经 Ridit 分析,  $u = 2.38$ ,  $P < 0.05$  组间差别有显著性意义。通过结果分析,治疗组镇痛效果总的有效率明显优于对照组,疗效肯定。通过疗效观察,治疗组镇痛起效迅速,部分病例可以达到针到痛消,且疗效持续时间较对照组长,发作次数明显减少。

5 讨论

从疼痛诊断学上来讲,疼痛的概念,是与组织损伤或潜在的组织损伤相关的一种不愉快的感觉和情感经历。而笔者所治疗的此种疼痛属于残端神经瘤性疼痛,按照 VAS 疼痛评估,大多属于剧烈严重疼痛的程度。从中医理论解释,术后疼痛属中医病因学外来伤害中的金创损伤皮肉、血脉,损及脏腑,导致营卫不和,气血凝滞,经络阻隔而引起疼痛。

现代医学认为,皮三针镇痛机理是将伤害刺激上传至中枢神经-体液反射,在一定的时间内循经运行至病灶处,相互协同、震荡,使病灶局部的离子通导率(钾、钙离子等变化)迅速增加,而达到显著的止痛作用<sup>[3]</sup>。也有认为皮下有丰富的神经纤维网,分布有感觉神经纤维末梢和植物神经纤维,针刺可以刺激这些神经的末梢。不少病人反映针刺后,原有症状的部位出现温暖、松快的感

觉,这种现象可能与通过神经调节了血管和肌肉的机能活动有关<sup>[4]</sup>。《素问·皮部论》曰:“凡十二经脉者,皮之部也。”十二皮部即十二经脉的体表分区,乃经络脏腑气血散布之所在。

截肢患者在术后心理严重受挫,对于肢体的缺损,已经无法承受。术后所遗留的神经瘤导致痛觉过敏,剧烈疼痛严重影响患者术后康复和正常生活<sup>[5]</sup>。运用皮三针治疗残端痛的在外科病人中的并不多,其可靠性和便于操作的优势并没有得到大多数医务工作者的重视,面对疼痛类患者,临床医生往往简单的止痛药就打发了病人,但长期服用止痛药,易形成成瘾性和依赖性,其药物的副作用也是不容忽视的<sup>[6-7]</sup>。针灸镇痛,无副作用,见效快,创伤小。由于截肢患者,大段肢体被截,不能按照正常人体经络循行来辨证治疗,恰恰皮三针只在痛点局部针刺,无针感,平刺,针数少不影响患者的肢体正常活动和锻炼,疗效肯定。且治疗费用低廉,无成瘾性和依赖性,患者更易于接受。

参考文献

[1] 赵俊.疼痛诊断治疗学[M]. 郑州:河南医科大学出版社,1999:6-7.  
[2] 蔡洪川,盛红霞,段立新.皮三针治疗软组织损伤 37 例[J]. 沈阳部队医药,2010,23(2):103  
[3] 赵阳,张卫华.皮三针治疗软组织损伤机理探讨[J]. 辽宁中医药大学学报,2008,10(10):9-10.  
[4] 何玲,昌兴国.皮三针治疗软组织损伤 100 例[J]. 陕西中医,1994,15(6):277-278.  
[5] 王凯,韩国栋.神经瘤性残端痛的治疗[J]. 青海医药杂志,2001,31(5):6-7.  
[6] 董扬,王桂英,何耀华.截肢后残端神经瘤的治疗[J]. 中国实用手外科杂志,2001,15(1):15-16.  
[7] 刘延刚,秦春梅.截指残端神经瘤的临床治疗[J]. 农垦医学,2003,25(1):36-37.

(收稿日期:2014-03-30 编辑:巩振东)