

赵惠教授治疗原发性三叉神经痛临床经验

王芳茂^{1*}, 赵 惠^{2#}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第二医院针灸六科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年9月22日; 录用日期: 2025年10月21日; 发布日期: 2025年11月3日

摘 要

三叉神经痛是临床常见难治性疾病, 赵惠教授在多年诊治该病上积累了丰富的临床经验。赵教授认为首诊时应结合三叉神经痛发病症状明确痛区并辨明证型, 针灸治疗时给予分支治疗, 即根据患者病变部位所属分支进行不同的针灸取穴。在针刺过程中, 应根据发病的时间长短进行不同的针刺手法和留针时间, 恰当运用电针以加强治疗效果; 赵教授认为治神应贯穿整个治疗过程, 善用“调神通络”针法, 治疗的同时给予患者心理疏导。

关键词

三叉神经痛, 头针分支治疗, 针灸, 临床经验, 赵惠

Professor Zhao Hui's Clinical Experience in Treating Primary Trigeminal Neuralgia

Fangmao Wang^{1*}, Hui Zhao^{2#}

¹Graduate School, Heilongjiang University of Traditional Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²The Sixth Department of acupuncture and moxibustion, The Second Affiliated Hospital, Heilongjiang University of Traditional Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: September 22, 2025; accepted: October 21, 2025; published: November 3, 2025

Abstract

Trigeminal neuralgia is a common and refractory disease in clinic. Professor Zhao Hui has accumulated rich clinical experience in the diagnosis and treatment of this disease for many years. Professor

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 王芳茂, 赵惠. 赵惠教授治疗原发性三叉神经痛临床经验[J]. 中医学, 2025, 14(11): 4642-4647.

DOI: 10.12677/tcm.2025.1411670

Zhao believes that the first diagnosis should be combined with the symptoms of trigeminal neuralgia to identify the pain area and identify the evidence type, and give branch treatment during acupuncture treatment, that is, according to the branch of the patient's lesion site, different acupuncture points are selected. In the process of acupuncture, different acupuncture techniques and needle retention times should be carried out according to the duration of the disease, so as to properly use electroacupuncture to strengthen the therapeutic effect. Professor Zhao believes that the treatment of God should run through the whole treatment process, make good use of "regulating god and dredging collaterals" acupuncture, and give patients psychological counseling at the same time.

Keywords

Trigeminal Neuralgia, Head Needle Branch Treatment, Acupuncture, Clinical Experience, Zhao Hui

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

三叉神经痛是临床中常见的难治性疾病, 西医的主要治疗方式有药物、射频热凝术及微血管减压术[1]-[3]等治疗手段, 虽然药物治疗在控制其疼痛的程度上具有一定的疗效, 但随着病情演变, 远期效果不太理想, 且有较重的不良反应与耐药性。手术治疗则难度大, 风险性较高, 术后并发症也严重影响着术后患者的日常生活与工作。其结局常常事与愿违。赵教授通过多年的临床试验, 在该病的分支治疗中使用头针针刺方法, 获得良好的成效。

赵惠教授是黑龙江中医药大学硕士研究生导师, 首届黑龙江名医, 中国中西医结合学会重症医学专业委员会委员。赵教授长期专注于针刺调神通络的基础与临床探究, 不仅在针刺调神通络的基础探究方面成就斐然, 更善于不同类型疼痛及伴有情志变化的临床诊治, 特别是对神经性剧痛、痉挛性疼痛和精神性疼痛及伴有的情志转变有其独特的看法。临床辨证治疗时中西结合、针药合用, 灵活使用不同的针刺疗法。现将赵教授使用头针分支治疗三叉神经痛的临床经验介绍如下。

2. 明析病位, 随证寻因

三叉神经痛又被称作痛性抽搐, 是临床上常见的难治性疾病, 指仅限在三叉神经所在区域内的一种重复发作性、短暂性、扩散性炙烤样或扯破样剧痛。该病具有原发性和继发性之分。临床上将未能找到病因或者发病机制并未清楚的三叉神经痛称作原发性三叉神经痛; 由以下病因如头面部创伤、鼻窦炎、神经瘤、中耳炎、颅骨内外器质性或功能性病变等引起的三叉神经继发性损害称为继发性三叉神经痛[4][5]。由于原发性三叉神经痛与继发性三叉神经痛发病的机制不同, 治疗方式也各有差异, 赵教授认为对于首次就诊的患者应寻明病因, 辨别该疾病原发性和继发性。对于原发性三叉神经痛, 针灸治疗有着较好效果, 在辨病诊断时应关注神经系统检查无阳性体征[5][6]。然后再依据三叉神经疼痛所分布的区域进而确定其病变部位属支。三叉神经痛为局部痛性病变, 局限于该神经分布区域发病[7], 临床上三叉神经痛常表现为一侧病变支或向其余支扩散性疼痛。疼痛产生时可出现闪电样、炙烤样、划伤样或者扩散样剧痛。确定属支后, 利于针灸治疗时的经络辨证、头皮针刺区选取及病变区域取穴[8][9]。

中国经典著作中出现三叉神经痛的临床症状及病因记载, 但未提起其病名, 该疾病归属“首风”“脑

风”“面颊痛”的范畴内,关于其病症和病因的描述如下。清代医家张璐《张氏医通·头痛》中记载:“面痛……不能开口言语,触之即痛,此阳明经络受风火毒邪,传入经络,血凝滞而不行。”[10]赵教授认为本病与外感、内伤两种因素有关。外感多因风、寒、热、湿相互为患,风为百病之长,初起多为风邪夹杂之邪侵袭面部阳明太阳经脉,使气血闭阻;而内伤往往多见于情志失调、饮食不当、过度劳累等因素,影响脏腑器官的运行,可能造成肝气不疏,久郁化火,上扰脑窍,导致三叉神经痛发作;也可能损伤脾胃功能,导致气血不足,不能濡养经筋脉络,日久而见经脉血气阻滞不通,不通则痛。赵教授认为针灸治疗三叉神经痛时,当辨别外感与内伤,结合病变属支所对应头面部的经络循行和大脑皮层功能定位的针刺区进行选穴及选区。三叉神经(眼支、上、下颌支)的病变区域症状分别归于足太阳、手足阳明及手太阳经病证,针灸调治时宜疏导手足三阳经筋脉络及调节该属支所对应的大脑皮层功能定位的头皮区。

3. 分支论治,注重“通”与“治神”

三叉神经与其他疼痛性疾病发病方式不同,其常常存在着诱发因素,如因说话、用餐、刷牙等诱发剧痛,发作较为频繁,以间断性疼痛为主,表现为该神经在疼痛诱发后剧痛发作持续数秒或者1~2 min后恢复如常,间歇期常无明显不适[11];但在患者的头面部存在某个特别敏感的区域,易触发疼痛,这些区域称之为扳机点,扳机点的范围在口角、鼻翼外侧、眼角等处,因三叉神经支配区域的特殊性,当前临床医治时多提倡明确病变属支,以对症治疗。近些年有报道[12]-[14]认为,对于病变属支,采取相应腧穴进行刺激后对该神经的疼痛缓解具有较好的疗效。因此,在临床上依据病变属支进行针灸治疗已广泛认同,但三叉神经发病时间和病变疼痛过程产生的焦虑、抑郁及睡眠障碍等问题当前没有普遍重视。赵教授认为针灸调治该病时,应关注发作时间及病变过程出现的失眠和心理等问题,选择不同的医治手法,兼顾病痛区近部取穴、对应头皮刺激区选区及远部腧穴选取,拟定合适的针灸方案,对该疾病的康复起到关键性作用。

赵教授提出,针灸治疗时应根据患者的疼痛区域所属经络及对应大脑皮层功能定位的头皮区,采用不同分支和头针刺激区相结合的治疗方案。病变区域疼痛连续发作阶段是属于该病的急性期,痛觉强烈,触发点显著,发作间期较短,常常引起抑郁、焦虑、睡眠障碍等并发症,严重影响患者的生活质量;三叉神经痛缓解阶段指该病的间歇期,疼痛产生次数较少,但面部存在着敏感的扳机点,触发后疼痛强烈,一般称作“顽固疼痛期”。在疼痛发生时应以调神导气,缓解疼痛为主要目的。赵教授认为针刺以头针针刺区(对侧感觉区下2/5,精神情感区)及远道选穴为主,施以捻转或提插泻法,宜重刺激。在病变属支近端腧穴的针刺手法上,与其他倡导下关、阿是穴等腧穴进行强烈刺激手法的见解[15]-[17]迥别,应在疼痛区域的近端腧穴予以浅刺、快速刺,避免触碰特别敏感的区域而加剧疼痛。在疼痛缓解阶段,应以遏制神经传递,舒畅情志为主要目的。针灸治疗时以头皮区(精神情感区)及病变近端腧穴为主,按照疼痛区域属支循经选穴以及结合症状配用辨证、远道选穴,行平补平泻,力度适均。

针灸处方中,头皮区选取以对侧感觉区下2/5及精神情感区为主,近部穴位选取以该神经疼痛属支为主,配用远部选穴、辨证选穴。头皮区选区通常取主要刺激区(对侧感觉区下2/5及精神情感区)加疼痛区域属支穴(阳白、四白、下关),远部选穴(合谷、神门、内关、太冲、)等,辩证选穴(列缺、气海、大椎、丰隆、三阴交、风池、足三里)等。针刺手法及针灸治疗疾病的全过程中,赵教授参用《灵枢·终始》中所记载的“脉实则实,脉虚则虚,实则深刺之以泄其气,虚则浅刺之无伤精气,以养其脉而独出其邪气,庶补泻知其要矣”;《素问·宝命全形论》所载:“凡刺之真,必先治神”;《素问·针解》所述:“制其神,令气易行也”,善用补泻针刺手法刺激头部、局部及远道穴位,调神导气,促使卫气循行以温养全身,疏通经络,调畅面部气血,去除邪气。

3. 善用电针仪刺激疗法

电针疗法普遍应用在临床的各类神经系统疾病,是传统针刺与现代仪器脉冲电流的结合。针灸得气,使气至病所,接以人体能耐受的脉冲电流,根据疾病类型来使用适合的波形频率、适量刺激,提高针刺镇静止痛疗效。在三叉神经痛的医治过程中,电针刺激疗法起着关键性的作用,不仅能调节血管的舒张功能及加快血液循环,促进代谢,改善神经及肌组织的营养状态。多项探究[18]-[20]均显示,联合电针治疗仪进行刺激,能够作用于该神经的病变区域,刺激受损伤的神经纤维及肌肉组织,优化微循环,遏制该神经的反常放电及痛觉信号的传递,提高疼痛阈值而达到止痛的目的。

在该疾病的临床医治过程中,赵教授基于患者疼痛状况及精神状态,采用适宜的电针仪脉冲电流刺激。在该病的急性期就医时,常常呈现为难以忍受的强烈性疼痛,不可用手进行碰触,患者对局部穴位针刺不堪忍受。此时针刺时应先取头部刺激区及远道穴位为主,取对侧感觉区下2/5、精神情感区、双侧合谷、太冲,施以捻转或提插泻法,宜重刺激,电针仪刺激频率为100 Hz,留针时长为30 min能够缓解患者疼痛状况和焦虑抑郁等不良情绪;然后在病变区域浅刺、快速刺,减少病变区域的刺激量,并加强镇静止痛的作用疗效。若在疼痛缓解期,以精神情感区和病变区域腧穴刺激为主,配用电针仪刺激疗法,选用的头皮针刺区为精神情感区,病变区穴位同前,电针仪波型宜选疏波,长期使用疏波可干扰疼痛信号传导;适量刺激;刺激时长为30~40 min。赵教授认为,电针仪刺激疗法在加强针刺镇静止痛的作用效应上具有良好的效果,所以在临床使用时应着重关注患者的精神状态及耐受程度。

4. 典型病例

患者游某,女,46岁,因“右侧面部疼痛1个月余,加剧2天”于2019年10月13日早上前往我院针灸科门诊就诊。该患于2019年9月12日未见明显诱因而出现右侧面部疼痛,以下睑,口唇上,右侧鼻根部为主,经我院门诊以“三叉神经痛”收入院。曾口服营养神经类药物进行治疗,症状时有反复,疗效不佳,每因洗脸触摸时诱发,呈针刺放射样偶伴有钝性剧痛,每次可连续数秒;近2天又显现右侧面部剧痛以上颌及下颌部为主,每因用餐刷牙等诱发,面部痛觉强烈,发作时通常延续30分钟左右,于所居住地周边的社区医院门诊就诊,且予对症及针灸治疗,但病情复发,未见改善。现症状如下:精神尚可,睡眠一般,无发热,无咳嗽,无流涕,遇寒加重,舌质淡,舌苔白,脉象浮紧。西医诊断:原发性三叉神经痛(上、下颌支);中医诊断:面痛(风寒外袭),治法以调神导气,祛风止痛。取对侧感觉区下2/5、精神情感区、四白(患侧)、颧髎(患侧)、下关(患侧)、颊车(患侧)、合谷(双侧)、风池(双侧)、太冲(双侧)、列缺(双侧),操作时,先在头部取对侧感觉区下2/5、精神情感区施以捻转泻法1 min后接电针(感觉区丛刺接负极,精神情感区丛刺接正极),同时于双侧合谷、风池、列缺、太冲施以捻转泻法1 min并接于电针(风池、列缺穴接正极,太冲、合谷穴接负极),通密波频率为100 Hz,留针时间为30 min,继而于局部穴位浅刺、快速刺,一天两次,一周针六天。经医治一周后疼痛显著缓解,一月后疼痛消失,三月随访,无复发趋向。

按语:面痛的发生不外乎外感与内伤两大因素。赵教授认为,面部疼痛的产生主要是因为面部经络气血闭阻不通所致。正如《丹溪心法》云:“伤风头痛或半边头痛,皆因冷风所吹,遇风冷则发。”此是面部经络外受风寒之邪,血遇寒则凝,血凝则不通,不通则痛。所谓风邪易侵犯头面,然风邪亦夹杂他邪,应辨外感内伤之分。本案中患者由于气候变化,体质薄弱,风寒之邪侵犯面部,导致气血运行不畅,使经筋脉络闭阻,不通则痛。患者就医时,痛觉强烈,扳机点显著,发作间期较短,为三叉神经痛连续发作阶段。所以医治时应先取头皮针刺区及远部后病变区域为宜。急性期剧痛者,无论外感内伤,应即刻缓解疼痛。医治时,先取头皮刺激区及远部腧穴,施以捻转或提插泻法,配用电针,频率为100 Hz,宜

重刺激,能抑制异常神经放电及干扰疼觉信号传导,缓解患者疼痛和改善抑郁、焦虑等精神状态。继而转为病变区域弱刺激,少量针刺,能够提高止痛的作用效果。缓解期,则在面部及感觉区下2/5、精神情感区、合谷、太冲处接电针刺激,选用疏波。本案患者剧痛多出现在上颌部及下颌部,属手阳明大肠经、足阳明膀胱经和手太阳小肠经病症,为该神经的第二、三支痛即上、下颌支痛。针灸取穴多为局部腧穴,局部诸穴可疏通面部经络;感觉区下2/5、精神情感区为头皮针刺区选区,可刺激病变属支所对应大脑皮层功能,用于镇静止痛及舒畅情志,风池、列缺、合谷、太冲为远部取穴,风池为足少阳经穴,其循行上达头面,列缺为络穴,属手太阴经,宜治外感,两穴可祛风散寒,为治本取穴,合谷、太冲为四关穴,分属于手阳明、足厥阴经,两经均循行上达头面,可祛风通络止痛,诸穴合用,可调神通络,祛风散寒。在三叉神经痛的治疗上,针灸疗法具有调神导气,通络止痛的作用,可使疼痛缓解及改善负面情绪,疗效快,副作用少。

5. 小结

三叉神经痛是临床常见的神经系统疾病,其常由风寒邪气侵入头面部,导致气血脉络阻滞,血气久不畅行而脉络痹阻,进而可发为三叉神经痛,西医的药物、手术等治疗具有一定疗效,但远期效果欠佳,副作用明显。针灸对于镇静止痛这一方面具有良好的疗效,适用于疼痛性疾病。赵惠授注重随证寻因和明析病位,针对引起疾病发生的成因对症进行针刺。医治时,赵教授提出头皮针刺区及分支治疗法,根据病变部位、病因及精神状态采用不同的医治方式。在疾病急性期,先取头皮针刺区和远部穴位,予1 min强刺激手法并接电针高频,后近部选穴浅刺而久留针;在疾病缓解期,于头皮针刺区丛刺,局部浅刺,针刺避开“触发点”,接电针仪长时刺激。这种治疗方法经过长时间的临床探索,效果较好,值得临床推广。

6. 讨论

本病例采用头针、体针与电针相结合的疗法,取得了较为满意的近期疗效。相较于常规针刺方案,本疗法突出了“调神导气”的治疗思路,通过选取精神情感区及远部配穴,旨在调节中枢功能与气血整体平衡,这可能是其取得疗效的重要机制。

然而,需客观认识到本研究存在的局限性。首先,本文为单一病例报告,缺乏对照组及大样本支持,结果的推广价值有限。临床上,三叉神经痛患者存在较大个体差异,部分患者可能对针灸治疗反应不佳,或因合并基础疾病无法耐受该方案。本疗法的适应人群应限于辨证属风寒外袭或气滞血瘀的原发性三叉神经痛患者,而合并严重凝血功能障碍、局部皮肤感染、颅内占位性病变所致面痛及妊娠期患者则应视为禁忌。其次,尽管本例在三个月随访期内未观察到复发,其远期疗效仍有待进一步验证。三叉神经痛作为一种易反复发作的慢性疾病,其长期控制率需通过更长时间的随访及大规模队列研究予以评估。现有文献提示,针灸在远期疗效方面存在一定波动,其优势可能更多体现在急性期疼痛控制与复发间隔的延长上。

未来研究应致力于开展设计严谨的随机对照试验,将本方案与常规药物、其他针灸疗法或假针刺干预进行对比,并结合长期随访数据,以明确其在疗效、优势人群及复发预防方面的实际价值。此外,深入探讨针刺镇痛背后的神经生物学机制,也将为本方案的临床优化与推广应用提供必要的科学依据。

基金项目

黑龙江省中医药管理局中医药科研课题(ZHY2024-231);黑龙江中医药大学校级科技创新研究平台(2018pt03)。

参考文献

- [1] 李舒冉, 谢锐, 赵荣华, 等. 三叉神经痛发病机制与药物研究进展[J]. 中国药物警戒, 2025, 22(5): 596-600.
- [2] 刘睿, 陈文生. 三叉神经痛行外科手术后引起的眼表改变及相应的干预措施[J]. 南阳理工学院学报, 2025, 17(2): 118-122.
- [3] 李小波, 谢东, 李波. 微血管减压术与经皮穿刺球囊压迫术治疗对老年三叉神经痛相关指标及预后的影响[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2025, 27(3): 332-336.
- [4] 徐菲菲, 吴昊. 三叉神经痛的病理机制及治疗进展[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2021, 35(4): 115-122.
- [5] 张圣琼, 杨国帅. 《临床实用神经内科学》出版: 神经内科常见疾病的诊断与治疗技术分析[J]. 介入放射学杂志, 2023, 32(6): 633.
- [6] 黄琴峰, 谢晨, 吴焕淦, 等. 基于文献计量的针灸病谱与适宜病症研究[J]. 中国针灸, 2021, 41(9): 1055-1059.
- [7] 罗宁, 李荣荣, 方剑乔. 基于神经解剖学探析针灸治疗三叉神经痛选穴规律[J]. 浙江中医杂志, 2021, 56(7): 513-515.
- [8] 胡业华, 董萍, 冯欣欣, 等. 电针联合重复经颅磁刺激治疗原发性三叉神经痛的临床研究[J]. 中华老年口腔医学杂志, 2021, 19(6): 325-330.
- [9] 孙远征, 高扬, 于天洋, 等. 基于数据挖掘技术分析针灸治疗三叉神经痛的选穴规律[J]. 上海针灸杂志, 2023, 42(9): 984-991.
- [10] 杨小芳, 秦晓光, 周霞, 等. 三叉神经痛发病机制及治疗进展[J]. 神经病学与神经康复学杂志, 2005(3): 65-67.
- [11] 强梅英. 针刺和间动电治疗原发性三叉神经痛 38 例[J]. 贵阳中医学院学报, 2000(3): 36-37.
- [12] 徐晓明, 马小平. 针灸治疗原发性三叉神经痛研究概况[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(7): 66-68.
- [13] 赵慧慧, 毛晓珍, 孙炯. 针灸治疗在原发性三叉神经痛中的应用与分歧思考[J]. 新中医, 2021, 53(19): 190-192.
- [14] 周丽萍, 殷沿莹. 中医针灸治疗原发性三叉神经痛 65 例临床研究[J]. 中国医疗器械信息, 2016, 22(10): 107-108.
- [15] 董胜军, 郭中华. 倾斜角度深刺下关穴治疗三叉神经痛的临床疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2024, 34(2): 65-68+137.
- [16] 李崖雪, 刘小华, 闫禹竹, 等. 深刺下关穴配合烧山火治疗风寒型三叉神经痛临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(1): 37-42.
- [17] 丘虎州, 孙燕, 李玉堂. 深刺下关为主结合卡马西平治疗顽固性三叉神经痛 1 例[J]. 临床与病理杂志, 2018, 38(4): 905-907.
- [18] 刘坤, 郭锦华, 王丽娟, 等. 高频电针联合卡马西平治疗三叉神经痛 32 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2016, 48(5): 68-69.
- [19] 盛国滨, 田杨杨, 唐英. 电针下关穴治疗轻中度三叉神经痛的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2016, 38(4): 61-62.
- [20] 黄壮, 霍金, 赵同琪. 齐刺电针扳机点治疗原发性三叉神经痛疗效观察[J]. 中国针灸, 2017, 37(1): 31-34.