

这可不是简单的牙痛 当心三叉神经痛来袭

□蚌埠市中医医院神经外科 许占利

有些人出现了以一侧面部如同刀割、烧灼、针刺或电击样表现的疼痛后，被误诊为龋齿引起的牙痛，往往将牙齿拔除，接受了不必要的牙科治疗，甚至导致一些不可逆的损害。此时患者面部的疼痛仍无明显改善，方才引起警惕。三叉神经痛由于发病率较低(年发病率为180/10万人，男性稍多于女性)，很多的全科医师、牙科医师对此疾病缺乏经验，当患者因面部剧烈疼痛发作就诊时，无法为患者做出准确的判断和治疗从而延误病情。三叉神经痛，又被称为痛性抽搐，表现为一侧面部三叉神经分布区域短暂性、阵发性剧烈疼痛，频繁剧烈疼痛发作，令无数患者饱受折磨，严重影响其生活质量。患者进入医院后通常就诊于神经外科、疼痛科、神经内科和中医科。

一、三叉神经痛的病因

三叉神经痛，根据病因和发病机制可以分为原发性和继发性三叉神经痛。原发性三叉神经痛的病因和发病机制尚不清楚，多数认为病变位于三叉神经半月节及其感觉神经根内，也可能与血管压迫、岩骨部位骨质畸形等对神经的机械性压迫、牵拉和营养代谢障碍等有关。其中，血管压迫不容忽视，它如同潜伏的“罪犯”，悄无声息地压迫着三叉神经根部，使神经兴奋性骤然升高，引发疼痛；而神经损伤，则宛如无形的“剑客”，在不经意间给予三叉神经致命一击，使人痛苦不堪。继发性三叉神经痛的病因较为明确，主要由脑桥小脑角(CPA)及其邻近部位肿瘤、炎症反应、外伤和三叉神经分支病变所致。它们如同隐藏在暗处的“幕后黑手”，随时也可能引发三叉神经痛的爆发。

二、三叉神经痛的症状

三叉神经痛的症状，犹如一场突如其来的“暴风雨”，让人猝不及防。疼痛骤然发作，如同电闪雷鸣，剧烈无比，如同刀割、烧灼、针刺或电击样疼痛，持续数秒至数分钟后骤停。虽然时间短暂，却足以让人痛不欲生、备受煎熬。所以

临床上常将三叉神经痛表述为局限于三叉神经分布区的一种反复发作性、短暂性、阵发性剧烈疼痛。疼痛常位于上唇、鼻翼、口角、门犬齿、齿龈和颊粘膜等处，可由触摸面部、表情变化、进食、饮水、刷牙、漱口等诱发，诱发点被称为扳机点。部分患者可见因反复揉搓面部而导致皮肤粗糙增厚或疼痛取药出现浅感觉减退的情况。

三、三叉神经痛的诊断

三叉神经痛的诊断，需要医生们凭借丰富的经验和专业知识，通过询问病史、体格检查等手段，同时借助各种检查手段包括三叉神经反射电生理学检测、头部CT、MRI、后颅窝MRA等“高科技武器”，如侦探般抽丝剥茧，排除其他可能引起面部疼痛的疾病，为诊断提供更为确凿的证据。

四、三叉神经痛的治疗

三叉神经痛的治疗，如同一场与疾病的“战争”。药物治疗和手术治疗两大“战法”，各有千秋。药物治疗对于三叉神经痛疗效显著，尤其是首次发作的原发性三叉神经痛。推荐首选药物为卡马西平、奥卡西平；其他辅助治疗药物还包括加巴喷丁、拉莫三嗪、匹莫齐特等。药物治疗是个典型的“慢工出细活”过程，药物治疗

可能会有部分缓解疼痛或出现完全缓解与复发交替的情况。对于典型原发性三叉神经痛的自然恢复几乎是不可能的。因此当药物治疗失败，应考虑外科治疗。

手术治疗则如“快刀斩乱麻”，对于药物治疗无效的患者，它通过减轻神经根的压力或切除受损的神经组织，为患者解除痛苦带来希望。常见的外科手术方法有微创手术和传统手术，包括经皮三叉神经半月节射频热凝术、Meckel囊球囊压迫术、立体定向伽玛刀放射治疗和微血管减压术。从适应证方面看，经皮三叉神经半月节射频热凝术、Meckel囊球囊压迫术和立体定向伽玛刀放射治疗更适用于高龄和全身状况较差的患者。而传统的开颅微血管减压术虽然无明确的年龄限制，考虑到麻醉及手术过程的风险，则更适用于较年轻或身体状况较好的患者。尽管微血管减压术是目前治疗三叉神经痛疗效最佳、缓解持续时间最长的方法，但患者可能承担更严重的手术风险。无论何种外科手术方法，治疗效果与术者操作技术密切相关。所以医生们常常会根据自己的具体情况，来选择最适宜的治疗方案。

三叉神经痛虽病因复杂、症状剧烈，但只要我们以科学的态度、专业的知识、精心的诊断与治疗，定能战胜这一“顽敌”，为患者带来胜利的曙光。

消炎药与抗生素：

从概念到应用的全新科普

□李亚军 蚌埠医科大学第一附属医院 重症医学科

炎症与感染是日常生活中常见的健康问题，但公众对“消炎药”和“抗生素”的混淆却普遍存在。许多人将阿莫西林、头孢等抗生素当作万能消炎药使用，甚至误认为两者是同一类药物。这种认知偏差不仅可能导致治疗无效，还可能引发耐药性、药物副作用等严重问题。本文将从科学角度剖析两者的区别，科普并澄清常见误区。

炎症的本质是什么？

从医学角度，炎症的发生是机体对刺激(如感染、外伤或免疫反应)的防御性反应的结果，表现为红、肿、热、痛及功能障碍。根据炎症发生的诱因可分为两大类：一类是由细菌、病毒、真菌等病原体引起感染性炎症，比如通常讲的肺炎、腮腺炎、尿道炎等；另一类是由物理性损伤、化学刺激或自身免疫性疾病引起的非感染性炎症，比如通常讲的烫伤、强酸强碱灼伤、类风湿性关节炎等。由此我们可以看出，感染和炎症是不能画等号，感染可能引发炎症，但炎症并不等同于感染。例如，过敏性鼻炎由免疫系统过度反应导致，不存在感染，自然无需抗生素治疗。

消炎药与抗生素的定义及作用机制

通常把消炎药比作是针对炎症本身的“灭火器”。它通过抑制炎症介质的合成或释放，可有效地缓解红、肿、热、痛等症状。根据作用机制将抗炎药分为两大类，一类是以布洛芬、阿司匹林等为代表的非甾体类抗炎药(NSAIDs)，通过抑制环氧合酶减少前列腺素生成，具有解热、镇痛、抗炎的作用；另一类是以泼尼松、地塞米松为代表的甾体类抗炎药(医学上称之为“糖皮质激素”)，通过抑制多种炎症因子和免疫反应起效，常用于严重炎症或自身免疫性疾病，但长期使用可能导致骨质疏松、免疫力下降等副作用。

相比抗炎药，通常把抗生素比作成精准打击细菌的“狙击手”。它通过干扰细菌代谢(如破坏细胞壁、抑制蛋白质合成)杀灭或抑制细菌生长，但对

病毒、真菌无效。常见抗生素类型包括三类：一类是以青霉素、头孢菌素为代表的β-内酰胺类，通过破坏细菌细胞壁发挥作用；一类是阿奇霉素为代表的四环素类，通过抑制细菌蛋白质合成发挥作用；还有一类是以左氧氟沙星为代表的氟喹诺酮类，通过干扰DNA复制发挥作用。尽管三种类型抗生素机制不同，但通过影响细菌的正常代谢，从而发挥杀菌或抑菌的作用。

消炎药与抗生素的关键区别在于，抗生素仅针对细菌感染，而消炎药适用于所有类型炎症(无论是否由感染引起)。例如，病毒性感冒引起的喉咙痛需用布洛芬缓解症状，而细菌性肺炎则需抗生素治疗。

常见误区与科学澄清

误区之一：抗生素=消炎药。许多人误将抗生素称为“消炎药”，导致滥用。事实上，抗生素通过清除细菌间接减轻炎症，但无法直接抑制炎症反应。若炎症由病毒或非感染因素引起(如痛风)，抗生素完全无效。

误区之二：高级别抗生素效果更好。“高级别抗生素”通常指广谱或针对耐药菌的药物(如万古霉素)。然而，若细菌对低级别药物(如阿莫西林)敏感，后者疗效可能更优。滥用高级别抗生素可能会加剧耐药性。

误区之三：静脉注射优于口服。静脉注射适用于严重感染或口服吸收障碍的情况。对于多数轻症患者，口服抗生素在感染部位的有效浓度已足够，盲目静脉给药反而增加医疗成本和风险。

误区之四：症状消失即可停药。过早停用抗生素可能导致细菌未被彻底清除，增加复发和耐药风险。例如，链球菌感染需完成10—14天疗程，即使症状已缓解。

合理用药原则与风险规避

消炎药适用于轻中度疼痛、发热、关节炎等非感染性炎症。使用中避免与酒精同服，会增加胃肠道出血风险；长期使用NSAIDs会对肝功能造成影响，需定期监测。抗生素的应用中，应严格区分感染类型：病毒性感冒、手足口病等由病毒引起的感染无需抗生素。抗生素的使用剂量、疗程需根据病情及机体具体情况制定，具有一定的个性化特点，应遵循医嘱。例如，社区获得性肺炎通常需5—7天治疗，而复杂性感染可能延长至14天。避免交叉使用抗生素，交替使用不同抗生素可能诱导多重耐药。据世界卫生组织统计，耐药菌感染每年导致约70万人死亡。过度使用抗生素使常见细菌(如金黄色葡萄球菌)逐渐对一线药物失效，迫使临床使用更昂贵、副作用更大的替代方案。

公众教育与应对建议

面对今天这一现状，科研工作者正在奋力创新，研发新型抗生素和替代疗法(如噬菌体疗法)，来应对耐药危机。推广和普及快速诊断技术(如C反应蛋白快速检测)辅助鉴别感染类型，帮助抗生素的合理销售及应用。作为非专业人员应该纠正理念，普及和宣传“消炎药≠抗生素”的概念，减少自我药疗行为。

结语

消炎药与抗生素的混淆不仅源于命名误区，更反映了公众对疾病机制的认知不足。正确区分两者，既是科学素养的体现，也是对自身健康和公共卫生负责。正如医学界警示：“今天的滥用，将导致明天无药可用。”唯有理性用药，方能守护这一人类医学的伟大成果。

提倡文明祭祀

扫墓严禁明火

保护生态环境 建设美丽、和谐、生态祭扫环境

自觉摒弃焚烧纸钱、摆放祭品、燃放鞭炮等铺张浪费、奢侈挥霍的祭拜陋俗，不在路边、广场、小区、树林、草坪等场所焚烧纸钱及冥物。我们倡议以敬献鲜花、植树思亲、踏青遥祭、经典诵读、网络祭祀等绿色、环保的方式缅怀故人，将中华民族慎终追远的情感用绿色、生态、文明的方式表达。