

· 短篇论著 ·

经皮电刺激穴位治疗纤维肌痛综合征疗效观察

郭学军 贾杰

纤维肌痛综合征 (fibromyalgia syndrome, FS) 的病理生理不明, 治疗方法不多。我们用经皮电刺激穴位的方法治疗本病 22 例, 现总结如下。

一、资料和方法

(一) 病例资料

66 例门诊患者, 均按 1990 年美国风湿病学学会制定的诊断标准诊断为 FS, 按患者就诊时间及治疗方法随机分为 3 组, 即经皮电刺激穴位组、电针组和阿米替林组, 每组 22 例。各组性别、年龄、病程、压痛点数目、伴随症状等差异无显著意义 ($P > 0.05$), 具有可比性 (表 1)。

表 1 3 组基本情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	性别 (例)		年龄 (岁)	病程 (月)	压痛点数 (个)	伴随症状 (例)	
		男	女				睡眠障碍	乏力
经皮电刺激穴位组	22	4	18	50 $\pm$ 3.1	10 $\pm$ 3.6	13 $\pm$ 2.9	20	15
电针组	22	3	19	49 $\pm$ 6.7	11 $\pm$ 2.4	13 $\pm$ 3.1	19	15
阿米替林组	22	4	18	51 $\pm$ 1.9	11 $\pm$ 1.9	13 $\pm$ 2.4	20	14

(二) 治疗方法

1. 经皮电刺激穴位组: 取穴根据 FS 特有的压痛点部位, 选其邻近的风池、肩井、心俞、督俞、膈俞、秩边、环跳、会阳、曲池、曲泉、屋翳、库房、天容等为主穴, 每次选用压痛点最明显的邻近穴位 2 对为主穴; 按 FS 伴随症状选取神门、太溪、足三里、内关等为配穴; 若伴睡眠障碍加神门、太溪, 伴疲乏无力加内关、足三里。治疗仪用 FZ-1 型程控低频脉冲仪, 将 5 cm $\times$ 8 cm 两对电极分别贴敷在所选主穴, 将另一对电极贴敷于配穴。用连续波, 脉冲宽度为 6 ~ 150 ms, 以较高频率 (100 Hz) 刺激 15 min, 再转为较低频率 (2 Hz) 刺激 15 min, 强度为能引起患者肌肉舒适收缩为度, 平均电流强度约为 (14 $\pm$ 3) mA, 每日 1 次, 20 次为 1 个疗程, 疗程间休息 4 d。共治疗 2 个疗程。

2. 电针组: 取穴与经皮电刺激穴位组相同。用 28 号毫针刺入, 得气后接 G-6805 电疗仪, 用连续波, 先用密波 (6 000 次/分) 刺激 15 min, 再用疏波 (220 次/分) 刺激 15 min, 强度以患者能耐受为度。每日 1 次, 20 次为 1 个疗程, 疗程间休息 4 d。共治疗 2 个疗程。

3. 阿米替林组: 许多学者报道, 三环类抗抑郁剂阿米替林或胺苯环庚烯是目前治疗本病的理想药物^[2]。故用谷维素片 30 mg, 3 次/d, 口服; 维生素 B₁ 片 30 mg, 3 次/d, 口服; 阿米替林片从每日 10 mg 开始, 每 10 d 增加 10 mg, 至 20 ~ 30 mg 时止, 睡前 1 次口服。共服药 45 d。

(三) 疗效标准

疗效标准: 治愈——疼痛及伴随症状消失, 社会适应性良好, 6 个月内未复发; 显效——疼痛及伴随症状基本消失, 社会适应性一般, 6 个月内有复发, 但相同方法治疗仍有效; 好转——疼痛及伴随症状有好转, 社会适应性较差, 6 个月内有复发, 相同方法治疗效差; 无效——疼痛及伴随症状治疗前、后无变化。

(四) 统计学方法

疗效比较用 χ^2 检验, 组间比较用 t 检验。

二、结果

3 组治疗后疗效比较见表 2, 3 组痊愈和显效者治疗后 6, 12 和 24 个月的随访情况见表 3。

表 2 3 组疗效比较 (例, %)

组 别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
经皮电刺激穴位组	22	11 (50.0)	7 (31.8)	4 (18.2)	0 (0)	100 ^{*#}
电针组	22	10 (45.5)	8 (36.5)	3 (13.6)	1 (4.5)	95.4 [#]
阿米替林组	22	3 (13.6)	5 (22.7)	7 (31.8)	7 (31.8)	68.2

注: 与电针组比较, $^* P > 0.05$; 与阿米替林组比较, $^# P < 0.01$

表 3 3 组痊愈和显效者的随访结果比较

组 别	随访时间	随访例数	复发例数	复发率 (%)
经皮电刺激穴位组	治疗后 6 个月	18	2	11.1 [#]
	治疗后 12 个月	16	2	12.5 [#]
	治疗后 24 个月	14	1	7.1 [#]
电针组	治疗后 6 个月	18	2	11.1 [*]
	治疗后 12 个月	16	3	19.1 [*]
	治疗后 24 个月	13	1	6.1 [*]
阿米替林组	治疗后 6 个月	8	3	37.5
	治疗后 12 个月	5	3	60.0
	治疗后 24 个月	2	1	50.0

注: 与经皮电刺激穴位组比较, $^* P > 0.05$; 与阿米替林组比较, $^# P < 0.01$

三、讨论

经皮神经电刺激 (TENS) 镇痛的作用机制多用闸门控制理论及内源性类吗啡样物质释放学说解释, 类似电针的镇痛效应, 又比电针的镇痛后效应强^[3]。我们将传统的 TENS 疗法与针灸理论结合起来, 把电极放在压痛点邻近穴位, 取得了与电针刺激压痛点无明显差异的治疗效果。根据中医理论, FS 属“痹症”范畴, 其病因病机是“风寒湿三气杂至”。性格内向、身体虚弱的中青年, 尤其女性, 感受外界的风寒湿邪气, 外邪久渍不去, 经络气血痹阻, 不通则痛。阿是穴 (即压痛点) 是“屡试屡验” (《针灸资生经》) 的止痛效穴, 笔者选用阿是穴临近的经穴解痉镇痛、祛风散寒、疏通经络。配取神门、内关、足三里、太溪等穴可缓解患者睡眠障碍及疲乏无力, 起到镇静安神、补气养血的作用。

作者单位: 453100 卫辉, 河南省新乡医学院第一附属医院 (郭学军); 新乡医学院第三附属医院 (贾杰)

从痊愈显效者 6,12 和 24 个月的随访结果可知,电针及经皮电刺激穴位组的复发率低。而经皮电刺激穴位治疗与电针治疗效果的相差无几,又给患者提供了一个易于接受的无痛苦的方法,值得临床推广使用。

参 考 文 献

1 王寿彭,王小帆,张大旭. 辨经针刺为主治疗纤维肌痛综合征疗效

观察. 中国针灸,2002,22:807.

2 蒋明,朱立平,林孝义. 风湿病学. 北京:科学出版社,1995. 1673.

3 方剑乔. 不同方式经皮神经电刺激对大鼠痛阈的影响及其与电针的比较. 中国中医药科技,1999,5:1.

(收稿日期:2003-01-17)

(本文编辑:熊芝兰)

经直肠微波辐射治疗慢性前列腺炎的疗效观察

尹瑞雪 范建中 宋雪怡

我科采用经直肠微波辐射治疗慢性前列腺炎患者 30 例,临床疗效较佳,且简便易行,患者无痛苦,无明显不良反应。现报道如下。

一、资料与方法

共选取慢性前列腺炎患者 30 例,年龄 22~59 岁,平均 34 岁;病程 1 个月~4 年,平均 12 个月;所有患者均由泌尿外科确诊为慢性前列腺炎;其主要临床表现为小便不畅及次数增多,下腹部、会阴部及阴囊部不适,有胀坠感;慢性前列腺炎病程为 1~3 个月者,常发现其尿道口伴有乳白色分泌物出现;病程在 6 个月以上者常伴有腰部、双侧腹股沟胀痛,以及全身不适、乏力、焦虑不安、失眠等精神心理症状。肛门指检发现共有 18 例患者前列腺增大伴触痛;实验室检查发现所有患者前列腺液白细胞(+)~(+++)/HP,卵磷脂小体<(+)/HP。

采用 MTS-915A 型微波治疗机进行治疗,该机可控制输出功率、温度、时间等多种治疗参数。治疗时,调整微波工作频率为(915±15)MHz,波长为 33 cm,输出功率为 0~150 W 且连续可调,测温精度为±0.2℃。电极单为单极天线式辐射器,有体表、腔内两种规格,分别有大、小型号可供使用。我们使用的腔内直肠辐射器为圆柱形(辐射器末端为半圆形),圆柱直径 15 mm,有效发热长度为 9 cm,额定功率为 0~40 W 且连续可调。治疗前嘱患者排空大、小便,将测温传感器用胶布固定于直肠辐射器末端,使传感器与辐射器的方向一致。在治疗过程中,该治疗机每隔 15 s 即自动采集治疗部位的直肠内温度 1 次。在直肠辐射器外包裹一次性塑料保护薄膜,表面涂石蜡油润滑,以确保清洁、卫生。嘱患者背向医者并取左侧卧位,将阴囊置于前面,首次治疗时应进行肛门视诊及直肠指检以排除肛周疾病。治疗时,嘱患者放松,将准备好的辐射器缓慢插入患者直肠内约 8~10 cm 处,并用胶布固定,可将棉枕置于辐射器手柄下方以辅助固定辐射器。调节起始功率为 15~30 W,当患者直肠内温度升至(41±0.5)℃时,调节辐射功率为 10~17 W,使直肠内温度保持在(41±0.5)℃左右,同时以患者的感觉为参考指标,如患者感觉过热或治疗强度不够,可在 10~17 W 间选择合适的治疗功率,治疗时间为 20 min,每日或隔日治疗 1 次,10 次为 1 个疗程。

疗效判定标准^[1,2]:治愈——患者症状、体征消失,前列腺区无压痛,连续 3 次前列腺液检查白细胞均<10 个/HP,卵磷脂

小体>(+ + +)/HP;好转——患者症状明显好转,连续 3 次前列腺液检查白细胞为(+~+ +)/HP,卵磷脂小体为(+ + ~ + + +)/HP;无效——患者症状、体征改善不显著,前列腺液检查无明显改变。

二、结果

本组患者分别经过 2~12 次治疗后评定疗效,发现共有 10 例患者治愈,治疗次数为 8~12 次;有 17 例患者好转,治疗次数为 3~8 次;有 3 例患者无效,治疗次数为 2~4 次。治愈率为 33.3%,好转率为 56.6%,总有效率为 90.0%。

三、讨论

目前临床认为慢性前列腺炎可能与性生活不规律、长时间坐位致盆腔及前列腺组织充血以及致病微生物逆行感染等有关^[3],过量饮酒及进食辛辣食物亦可加重前列腺炎症状。慢性前列腺炎常反复发作,一般药物治疗不彻底或药物治疗效果较差。本组 30 例患者,病程 1 个月~4 年,其中病程在 6 个月以上者均多次经不同药物治疗,仍久治不愈,且病情反复发作。由于前列腺上皮的类脂质膜是抗生素进入腺泡的屏障之一^[1],加之前列腺组织经反复多次药物治疗后产生的耐药性等,均可直接导致药物治疗该症疗效欠佳。本组有 6 例患者经过前列腺液细菌培养,均未发现致病菌存在。

微波作为常规物理因子用于局部炎症治疗,具有无创、无痛、无明显不良反应及简便易行等特点。微波治疗时频率为 915 MHz,波长为 33 cm,属于分米波范畴,其作用深度较深,约为 5~7 cm^[4],微波通过电磁振荡从而对机体产生热效应及非热效应,可改善组织血液循环,促进炎性物质吸收,减轻水肿,改善局部组织的免疫活性物质,提高机体免疫吞噬能力,促进组织修复。针对慢性前列腺炎的组织病理学改变,如充血、肿胀、炎细胞浸润及组织细胞增生等,采用经直肠微波辐射治疗,局部组织血液循环改善,慢性炎症得到控制,组织器官功能逐渐恢复正常,疗效确切。本研究发现疗效与治疗次数关系密切,一般为治疗次数越多,疗效越佳,但本文中部分患者由于各种原因(如自我感觉改善,或经济困难等)而不能坚持治疗,我们应给予充分解释,以取得患者配合。本组 30 例患者在微波治疗期间均未使用相关药物治疗,若采用微波与药物联合治疗慢性前列腺炎是否能提高疗效、缩短疗程,还有待进一步研究。

动物实验发现大剂量微波辐射可引起小鼠眼晶状体浑浊,阴囊睾丸曲精细管退行性改变、坏死,以及精子生成减少等病理