

· 临床经验 ·

电针配合穴位注射治疗带状疱疹后遗神经痛 30 例

王天怡 李佳楠 宋坪 曹建荣

【摘要】 目的 探讨电针配合穴位治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效。**方法** 60 例胸腰段带状疱疹后遗神经痛患者随机分为治疗组 30 例及对照组 30 例,治疗组采用电针相应部位夹脊穴加穴位注射,对照组采用单纯穴位注射,2 次/周。采用视觉模拟评分法、McGill 疼痛评分,分别于治疗前和治疗 8 次后评估疼痛程度;在各次治疗后都记录持续镇痛时间;采用抑郁症自评量表,焦虑自评量表评价抑郁及焦虑状态。**结果** 治疗后组间比较,两组间持续镇痛时间经独立样本 t 检验,在第 5 次治疗后出现统计学差异($P < 0.05$),治疗组持续镇痛效果优于对照组。两组间疼痛评分,焦虑评分,抑郁评分经独立样本 t 检验比较未见显著性差异($P > 0.05$)。**结论** 电针配合穴位注射治疗在镇痛持续时间方面有比较优势。

【关键词】 带状疱疹后遗神经痛; 电针; 穴位注射

【中图分类号】 R752.1+2 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.11.021

带状疱疹后遗神经痛(postherpetic neuralgia, PHN)是带状疱疹最常见的并发症之一,为疱疹愈合后皮损区出现的疼痛时间超过 1 个月的一种典型的神经病理性疼痛,好发于老年及免疫力低下的患者^[1]。目前仍有 40%~50% 的带状疱疹后遗神经痛患者对各种治疗措施都缺乏敏感性^[2]。笔者通过对 PHN 各种疗法的分析比较^[3],在中医整体观念指导下,选择电针联合穴位注射的复合镇痛方法进行临床疗效观察,现报道如下:

1 对象与方法

1.1 对象

病例来源于 2010 年 8 月至 2012 年 10 月广安门医院疼痛门诊确诊的带状疱疹后遗神经痛且符合纳入标准的患者,共 60 例,所有患者均签署知情同意书。其中治疗组 30 例,男性 23 例,女性 7 例,平均年龄(67.30 ± 9.38)岁,对照组 30 例,女性 15 例,男性 15 例,平均年龄(70.50 ± 9.56)岁。

1.2 纳入标准

(1) 带状疱疹持续顽固性疼痛超过 1 个月者;(2) 视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS) > 5 至 8 分;(3) 躯干部带状疱疹;(4) 年龄 50~85 岁;(5) 依照美国麻醉师协会制定的患者围手术期情况分级标准,患者情况处于 I~II

级;(6) 一周内未服用或外用止痛药物者;(7) 自愿作为受试者,签署知情同意书,并能接受治疗,一般能保证完成疗程者。

1.3 排除标准

(1) 带状疱疹急性期患者;(2) 有严重心肺功能疾病者。

1.4 随机分组

采用密封信封法进行随机分组,随机数字表采用 SAS 统计软件生成。顺序号标于信封外,由第三方将分组号置于信封内并密封。

1.5 治疗方法

治疗组采用电针夹脊穴结合穴位注射的治疗方法。电针:患者取侧卧位患侧在上,取皮损相应部位单侧相邻的两个夹脊穴,常规消毒后以 1.5 寸毫针斜刺,针刺深度 1~1.2 寸。提插捻转得气后,两穴针柄接韩氏电针治疗仪,选择连续波型,2/100 Hz 交替频率,输出强度 0.5 mA 起始,以肌肉颤动,患者能耐受为度,每次治疗 15 分钟,2 次/周,共治疗 8 次。穴位注射:起针后在同夹脊穴注射已备好的合剂,每穴 2.5 ml(药物组成比例:腺苷钴胺 1.5 mg + 2%利多卡因 5 mg + 罗哌卡因 3.75 mg + 生理盐水 5 ml,共 10 ml)。对照组采用单纯穴位注射的治疗方法,取穴及注射用药同治疗组。

1.6 观察指标

1.6.1 疼痛评分 采用国际通用单维度视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)^[4],评定患者治疗前和第 8 次治疗后疼痛强度。测试前,先对患者作详细的解释工作,让患者理解视觉模拟评分法的概念以及此法测痛与实际痛的关系,0 为无痛,1~3 轻度痛,4~6 中度痛,7~9 重度痛,10 为剧痛。然后让患者在标有 0~10 cm 的视觉模拟尺上标出能代表自己疼痛程度的部位,并记录评分。采用多维度 McGill

作者单位:100053 北京,中国中医科学院广安门医院国际医疗部(王天怡、宋坪),麻醉科(曹建荣);北京广外医院外科(李佳楠)

作者简介:王天怡(1989-),女,硕士,医师。研究方向:皮肤病学。E-mail:tina1989wang@126.com

通讯作者:宋坪(1971-),女,博士,主任医师。研究方向:皮肤病学。E-mail:songping@medmail.com;曹建荣(1958-),女,本科,主任医师。研究方向:中西医结合镇痛。E-mail:rose1007@sohu.com。宋坪、曹建荣同为本文通讯作者。

疼痛量表^[5]测量患者治疗前后的疼痛总分, McGill 疼痛量表具有多方向性, 量表涵盖了疼痛的强度和感觉、感情、行为成分等因素。

1.6.2 持续镇痛时间 使用 VAS 记录患者各次治疗后即刻疼痛分数, 采用 VAS 加权值评估镇痛程度, VAS 加权值 = (治疗前 VAS - 治疗后 VAS) / 治疗前 VAS × 100%, VAS 加权值 > 25% 即为疼痛缓解, 嘱咐患者记录疼痛缓解的持续镇痛时间, VAS 加权值 < 25% 的, 持续镇痛时间记为 0。

1.6.3 焦虑、抑郁状况 采用国际通用抑郁症自评量表 (the center for epidemiological studies depression scale, CES-D)^[6], 焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS)^[7] 于治疗前和第 8 次治疗后由患者自行填写, 记录治疗前后患者 CES-D 评分及 SAS 评分, 评定患者治疗前后焦虑抑郁状况。

1.7 统计学方法

数据采用 SPSS 19.0 医学统计软件包进行处理, 采用单样本 K-S 检验对 VAS 评分, 镇痛持续时间、McGill 疼痛评分、CES-D 评分、SAS 评分进行数据正态分布性检验, 符合正态分布的组间比较用独立样本 t 检验, 不符合正态分布的使用秩和检验。所有检验均采用双侧检验, 以 $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疼痛评价

治疗组 VAS, McGill 评分组内治疗前后比较 ($P = 0.00$, $t = -13.92$), ($P = 0.00$, $t = -21.75$), 差异有统计学意义; 对照组 VAS, McGill 评分组内治疗前后比较 ($P = 0.00$, $t = -11.29$), ($P = 0.00$, $t = -12.02$), 差异有统计学意义。治疗组 VAS 评分治疗前后差值为 (1.58 ± 0.58) 分, 对照组治疗前后差值为 (1.76 ± 0.44) 分, 经 t 检验, 差异无统计学意义 ($P = 0.20$, $t = -1.30$)。治疗组 McGill 评分治疗前后差值为 (14.12 ± 6.38) 分, 对照组治疗前后差值为 (14.34 ± 6.43) 分, 经 t 检验, 差异无统计学意义 ($P = 0.89$, $t = -0.133$)。

表 1 两组带状疱疹后遗神经痛患者 VAS 及 McGill 评分的比较

项目	组别	治疗前	治疗后
VAS 评分	治疗组	2.77 ± 0.50	1.03 ± 0.33
	对照组	2.88 ± 0.33	1.31 ± 0.55
McGill 评分	治疗组	25.42 ± 9.71	8.17 ± 5.37
	对照组	24.04 ± 4.36	9.92 ± 6.52

2.2 镇痛持续时间比较

比较各次治疗后治疗组与对照组的持续镇痛时间。经 t 检验, 其中第 5、6、7、8 次均 $P < 0.05$, 差异有统计学意义, 且持续镇痛时间治疗组效果优于对照组 (表 2)。其余各次均

$P > 0.05$, 无统计学差异。

表 2 两组带状疱疹后遗神经痛患者镇痛时间比较 (分)

镇痛持续时间	治疗组	对照组	P	t
第 1 次治疗后	15.89 ± 12.96	15.17 ± 11.34	0.838	-0.206
第 5 次治疗后	72.89 ± 23.52	55.32 ± 21.22	0.009	-2.717
第 6 次治疗后	86.67 ± 27.51	63.81 ± 26.52	0.006	-2.901
第 7 次治疗后	99.04 ± 29.01	75.53 ± 28.70	0.012	-2.628
第 8 次治疗后	115.05 ± 29.43	85.60 ± 24.37	0.003	-3.150

2.3 CES-D 评分、SAS 评分比较

治疗组 CES-D 评分, SAS 评分组内治疗前后比较 ($P = 0.000$, $t = -8.254$), ($P = 0.000$, $t = -9.74$) 差异有统计学意义。对照组 CES-D 评分, SAS 评分组内治疗前后比较 ($P = 0.000$, $t = -7.863$), ($P = 0.000$, $t = -8.703$) 差异有统计学意义。

治疗组 SAS 评分, 治疗前后差值为 (13.04 ± 8.05), 对照组 SAS 评分, 治疗前后差值为 (15.00 ± 8.25), 经 t 检验, 两组差异无统计学意义 ($P = 0.38$, $t = -0.882$)。治疗组 CES-D 评分治疗前后差值为 (9.58 ± 6.21), 对照组 CES-D 评分治疗前后差值为 (11.92 ± 7.38), 经 t 检验, 两组差异无统计学意义 ($P = 0.211$, $t = -1.267$)。

表 3 两组带状疱疹后遗神经痛患者 CES-D 评分、SAS 评分的比较

项目	组别	治疗前	治疗后	P	t
CES-D 评分	治疗组	51.23 ± 7.51	40.03 ± 5.26	0.000	-8.254
	对照组	52.04 ± 5.36	42.26 ± 7.53	0.000	-9.74
SAS 评分	治疗组	51.23 ± 7.51	41.35 ± 6.15	0.000	-7.863
	对照组	58.13 ± 6.89	45.08 ± 7.54	0.000	-8.703

3 讨论

带状疱疹后遗神经痛作为带状疱疹最常见的并发症, 主要是受累的神经节的炎症甚至坏死导致^[8], 有研究显示^[9] 50 岁以上带状疱疹患者约 62% 发生后遗症性神经痛, 其中 20% 疼痛持续时间超过 6 个月, 因此如何持续镇痛疗效是 PNH 的研究难点。

经络理论中的夹脊穴位于督脉与太阳膀胱经之间, 与脏腑之气相通, 具有生化阳气, 疏通经络的作用。现代神经解剖学证实夹脊穴穴区组织中广泛分布着神经末梢、脊神经后支和附近的椎旁交感神经干, 可以主治相应神经节段分布区域之疾患^[10-11]。同时在夹脊穴穴位注射的基础上加上电针疗法, 通过电流波的不断刺激, 可在脊髓水平直接抑制痛觉信号的传递^[12], 增加血浆 β -内啡肽的含量^[13], 促使中枢神经系统释放阿片肽等神经肽类和 5-羟色胺等经典神经递

质,诱导镇痛效应^[14]。

本次研究结果显示:治疗组在持续镇痛效果疗效上优于对照组,对于焦虑抑郁状态的改善尚未发现显著差异,提示电针联用夹脊穴穴位注射对于缓解带状疱疹后遗神经痛疼痛作用时间上有比较优势。

由于 PNH 患者多老年体弱,加之病程迁延,往往严重影响患者生存质量,容易出现焦虑抑郁状态,如何在既有治疗方案上提高对患者的情绪干预效果是下一步研究的重点。

参 考 文 献

- [1] Dawn A, Marcus. 慢性疼痛临床诊疗指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:92.
- [2] Dworkin RH, Perkins FM, Nagasako EM, et al. Prospects for the prevention of postherpetic neuralgia in herpes zoster patients[J]. Clin J Pain, 2000, 16(Suppl 2): 90-100.
- [3] 曹建荣,李佳楠,贾擎,等. 电针加穴位注射治疗带状疱疹后遗神经痛的优势分析[J]. 环球中医药,2011,4(4):289-291.
- [4] 郝双林,田宝斌. VAS 测痛法的临床初步评估[J]. 中国医学科学院学报,1994,16(5):397-399.
- [5] 赵英. 疼痛的测量和评估方法[J]. 中国临床康复,2002,6(16):2347-2352.
- [6] 张明园,任福民,樊彬. 正常人群中的抑郁症状的调查和 CES-D 的应用[J]. 中华神经精神科杂志,1987,20(2):67-71.
- [7] 王征宇,迟玉芬. 焦虑自评量表(SAS)[J]. 上海精神医学,1984,11(2):73.
- [8] 李伟凡,郝海铭. 中药加芒针电刺激治疗带状疱疹后遗神经痛 35 例临床观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2009,8(5):317.
- [9] Darsow U, Lorenz J, Bromm B, et al. Pruritus circumscribed sine material: a sequel of postzoster neuralgia[J]. Acta Derm Venereol, 1996, 76(1): 45-47.
- [10] NI Xi-lang. Treatment of 48 Cases of Herpes Zoster by Puncturing Nerve Stem[J]. J Acupunct Tuina Sci, 2008, 6(6): 368-369.
- [11] 李林,詹红生,陈博,等. 针刺夹脊穴治疗腰椎间盘突出症临床随机对照试验系统评价[J]. 中华中医药学刊,2011,30(6):1208-1212.
- [12] 吴媛媛,方剑乔. 不同频率电刺激对神经痛的干预作用[J]. 上海针灸杂志,2007,26(5):47-48.
- [13] 张红星,黄国付,张唐法. 电针夹脊穴对腰间盘突出症镇痛作用研究及其对血浆 β -内啡肽的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志,2006,14(3):11-14.
- [14] 罗非,安建雄. 穴位体表电刺激治疗三叉神经痛 28 例报告[J]. 中国疼痛医学杂志,1997,3(2):107-111.

(收稿日期:2013-03-27)

(本文编辑:秦楠)

· 综述 ·

子宫腺肌病的现代中医治疗研究进展

龚茜 徐崇艺 郭永红

【摘要】 中医古籍中无“子宫腺肌病”的病名,但根据其病因病机及临床证候将其归为“痛经”、“月经不调”、“癥瘕”、“不孕”等范畴。现代中医将其病因病机大致分为气滞血瘀、寒凝血瘀、肾虚血瘀、气虚血瘀、热灼血瘀、痰瘀互结六类。中医治疗此病疗效较好,副作用小,易于被患者接受,但科研方案欠严谨,对机制研究不够,辨证分型和疗效评价无统一标准,也无统一的中医药治疗方案和临床路径,今后的研究中应注意完善。

【关键词】 现代中医治疗; 子宫腺肌病; 综述

【中图分类号】 R271.9 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.11.022

Progress on treating adenomyosis with modern Chinese medicine GONG Xi, XU Chong-yi, GUO Yong-hong. Department of Gynecology, Guang'anmen Hospital, China Academy of traditional Chinese Medicine, Beijing 100053, China

Corresponding author: GUO Yong-hong, E-mail: guoyh.1969@yahoo.com.cn

作者单位:100053 中国中医科学院广安门医院妇科[龚茜(硕士研究生)、徐崇艺(硕士研究生)、郭永红]

作者简介:龚茜(1987-),女,2006级7年制在读硕士研究生。研究方向:中医妇科。E-mail:gongxi118@126.com

通讯作者:郭永红(1969-),女,博士,副主任医师。研究方向:子宫内腺异位症、不孕症及妇科肿瘤的中医治疗。E-mail:guoyh.1969@yahoo.com.cn