

- technique. Dysphagia, 1997, 12: 161-166.
- [53] Burnett TA, Mann EA, Stoklosa JB, et al. Self-triggered functional electrical stimulation during swallowing. J Neurophysiol, 2005, 94: 4011-4018.
- [54] 大西幸子, 孙启良. 脑卒中患者摄食-吞咽障碍的评价与训练. 中国康复医学杂志, 1997, 12: 142.
- [55] 王瑞华. 神经源性吞咽障碍的评定与康复. 中国康复理论与实践, 2002, 8: 109-112.
- [56] 韩瑞. 脑卒中后吞咽障碍的研究进展. 安徽医学, 2009, 30: 1381-1386.
- [57] 孟玲, 陆敏, 窦祖林, 等. 改良双腔球囊导管在环咽肌失弛缓症患者中的应用. 中华护理杂志, 2010, 45: 304-306.
- [58] Bakheit AMO. Management of neurogenic dysphagia. Postgrad Med J, 2001, 77: 694-699.
- [59] 胡瑞萍, 蔡德亨, 胡永善, 等. 吞咽困难的康复评定与治疗. 中国临床康复, 2003, 22: 3115-3117.
- [60] 王谨, 陈蕾倩, 胡兴越. 经皮内镜下胃造瘘术在神经科疾病中的应用. 浙江医学, 2001, 23: 546-547.
- [61] 王启仪, 刘婉薇, 布小玲. 经皮内镜下胃造瘘术的临床研究. 实用医学杂志, 2002, 18: 365-366.

(修回日期: 2011-10-20)

(本文编辑: 汪 玲)

· 短篇论著 ·

电针联合面肌功能训练及超短波治疗面神经麻痹的疗效观察

洪雁 赵枫林 史玫

特发性面神经麻痹又称贝尔麻痹(Bell palsy), 是临床常见、多发病之一, 多由于茎乳突孔内面神经急性非化脓性炎症所致。目前临床治疗该病的方法较多, 如针刺、按摩、物理因子治疗等, 但疗效均不够理想。我科联合采用电针、面肌功能训练及超短波综合治疗周围性面神经麻痹患者, 取得满意疗效。现报道如下。

一、资料与方法

(一) 研究对象

选取 2008 年 3 月至 2010 年 1 月在我科治疗的周围性面神经麻痹患者 68 例, 患者入选标准: 单侧发病, 临床表现为一侧面部表情肌完全或部分瘫痪, 静止状态时面部明显不对称, 查体示抬眉、皱眉、闭眼、示齿、鼓腮、努嘴等动作均不能完成, 患者额纹完全消失, 眼睑不能闭合, 眼裂宽度达 3 mm 以上, 鼻唇沟平坦, 口角下垂明显, 进食时食物残留于齿颊之间, 病程 < 15 d^[1]。患者剔除标准: 患有格林-巴利综合征、中耳炎、迷路炎或乳突炎等可引发耳源性面神经麻痹的疾病; 由脑干梗死或肿瘤等诱发的面神经麻痹^[2]。采用随机数字表法将上述患者分为治疗组及对照组, 2 组患者一般情况及病情详见表 1, 表中数据经统计学比较, 组间差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

表 1 2 组患者一般情况及病情比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(d)	病情程度(例)		
		男	女			轻度	中度	重度
治疗组	36	20	16	42.3 ± 5.3	7.8 ± 1.0	10	16	10
对照组	32	19	13	40.5 ± 1.2	8.5 ± 3.8	11	13	8

(二) 治疗方法

2 组患者早期均给予药物干预(包括地塞米松、甲钴胺片、VitB₁₂片等)、面肌功能训练及超短波治疗, 治疗组患者在上述基础上辅以穴位电针刺激。

1. 面肌功能训练: ①面部功能体操, 包括抬眉(如不能主动完成, 可在眉中央向上施加助力)、皱眉(如不能主动完成, 可在眉内侧处向内施加助力)、闭眼(如不能主动完成, 可用手指施加助力)、示齿(引嘴角向外上, 加深鼻唇沟, 如力量不足时, 可用手指在嘴角外侧向外上施加助力)、噘嘴(吹口哨状闭唇并向前噘起, 力量不足时, 可用手指在嘴角处向内施加助力)等, 练习时每个动作幅度均尽量达到最大范围, 并重复 10 ~ 20 次, 每天至少训练 3 组, 其中一组于电针治疗后由治疗师协助进行, 另两组由患者在家中对照完成。②面部按摩治疗, 嘱患者取仰卧位, 治疗师者双手于患者双侧面部肌部位施以弧形的推按或环形的推按并保持数秒, 手指施力方向垂直于面肌皮肤表面, 力量由轻而重, 同时循经缓慢移动, 使皮肤出现轻微潮红, 每日 1 次, 治疗 10 次为 1 个疗程^[2]。

2. 超短波治疗: 采用上海产 80 型五官超短波治疗机, 波长 6 m, 功率 50 W, 将 2 个直径 4 cm 的圆形电极并置于患侧耳后神经根(乳突区)-额支(耳前区)部位, 与皮肤间隙 2 cm, 微热量, 每次治疗 15 min, 每日治疗 1 次, 治疗 10 次为 1 个疗程。

3. 电针治疗: 主穴地仓、颊车、牵正、翳风、合谷; 配穴随症加减, 如人中沟歪斜配水沟, 颊唇沟歪斜配承浆, 眼睑不能闭合或闭合不全配攒竹、阳白及四白, 鼻唇沟变浅或消失配迎香、巨髎; 常规针刺得气后翳风、合谷用泻法, 余穴平补平泻, 随后接通 G6805 II 型电针治疗仪, 连续波, 频率 20 Hz, 留针 20 min, 电刺激强度 1.5 ~ 3.0 mA, 以面部肌肉有轻微跳动且患者耐受为限, 每日治疗 1 次。

(三) 疗效评定标准

于治疗 30 d 后进行疗效评定, 患者面神经功能评定采用 sunnybrook 面神经评分标准^[3], 包括静态及动态(如抬额头、轻

闭眼、张嘴微笑、耸鼻、唇吸吮) 评定 2 部分, 分值范围 0 ~ 100 分, 分值越高表示面神经功能越好。

2 组患者临床疗效评定标准参照《周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准(草案)》^[4]。痊愈: 双侧额纹、鼻唇沟恢复对称, 皱眉与闭眼正常, 鼓腮时口角不漏气, 进食时齿颊间无食物残渣滞留, 谈笑时无口角歪斜, 面部表情正常, 面神经评分为 100 分; 显效: 双侧额纹与鼻唇沟基本对称, 眼闭合欠实, 皱眉略显无力, 颧肌肌力约为 4 级, 鼓腮时口角略微漏气, 进食时齿颊间无食物残渣滞留, 笑时可见口角略不对称, 面神经评分 > 75 分; 好转: 面神经评分 75 ~ 50 分; 无效: 面神经评分 < 50 分。

(四) 统计学分析

本研究计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验进行数据比较, 计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

二、结果

治疗前 2 组患者 sunnybrook 面神经评分组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 分别经 3 个疗程治疗后, 发现 2 组患者 sunnybrook 面神经评分均较治疗前明显提高, 并且以治疗组的改善幅度相对较显著, 与对照组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 2。

表 2 治疗前后 2 组患者面神经评分情况 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	36	23.5 ± 4.2	85.4 ± 12.3 ^{ab}
对照组	32	24.2 ± 5.6	73.6 ± 14.5 ^a

注: 与组内治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$

2 组患者临床疗效结果见表 3, 治疗组总有效率明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 3 2 组患者的临床疗效结果

组 别	例数	临床疗效(例)				总有效率 (%)
		痊愈	显效	好转	无效	
治疗组	36	25	5	4	2	94.22 ^a
对照组	32	18	6	2	6	81.25

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$

三、讨论

祖国传统医学将周围性面神经麻痹归属于“口僻”范畴, 该症多由于经络空虚、风寒之邪侵犯阳明、少阳所致, 病在胃脉、涉及肝胆; 现代医学认为周围性面神经麻痹可因风寒导致面神经血管痉挛、缺血、水肿, 从而使面神经受压、营养供给缺乏、甚至诱发神经变性, 亦可由病毒感染引起的非化脓性炎症所致^[5]。

治疗周围性面神经麻痹的关键在于早期控制面神经缺血、水肿及髓鞘、轴突变性。目前临床治疗该症的方法较多, 早期给予激素等药物治疗具有重要作用^[6], 如强的松能减缓炎症进展, 甲钴胺和 VitB₁₂ 具有营养神经、促进神经功能恢复等疗效; 面肌功能训练可改善局部血液循环, 维持肌肉营养, 预防或减轻肌肉萎缩, 提高肌肉力量, 为神经功能恢复创造有利条件^[7];

通过按摩面部特定穴位, 有助于面肌中闭塞的毛细血管重新开放, 从而改善面肌局部供血、减轻水肿^[7]; 超短波治疗具有扩张血管、改善神经及周围组织血液循环、抑制炎症反应等功效, 早期使用可达到消炎、消肿目的^[8]。本研究对照组患者经药物、面肌功能训练及超短波联合治疗后, 发现其病情均较治疗前明显好转; 另外本研究治疗组患者在上述基础上辅以穴位电针治疗, 发现该组患者疗效明显优于对照组, 提示辅以穴位电针刺激具有协同疗效, 能进一步改善患者病情, 其治疗机制可能包括以下方面: 电针是毫针与电刺激相结合的治疗手段, 其针感刺激较强, 可促进脏腑与经络、腧穴与腧穴之间的经气快速沟通、调和通畅, 从而迅速提高肌力^[9]。现代研究发现, 电针治疗可调节机体免疫功能, 具有镇痛、抗炎等作用; 在机体穴位附近给予连续电针刺激, 能促进萎缩肌肉收缩, 加快血液循环, 提高肌肉中氧代谢水平, 从而维持肌肉正常张力^[10]; 另外电针刺激还可以兴奋患侧面神经, 增强肌纤维收缩, 促进肌力恢复, 加速炎症部位血液循环, 促进新陈代谢, 改善面神经及面肌营养水平, 有利于炎性渗出物及水肿吸收, 从而加速病损面神经功能恢复^[10-11]。

综上所述, 本研究发现, 在常规药物、面肌功能训练及超短波治疗基础上辅以穴位电针刺激, 能进一步提高周围性面神经麻痹患者疗效, 加快病损面神经功能恢复, 该联合疗法值得临床推广、应用。

参 考 文 献

- [1] 陈廷贵, 杨思树. 实用中西医结合诊断学. 北京: 中国医药科技出版社, 1991: 795.
- [2] Ross B, Nedzelski JM. Efficacy of feedback training in long-standing facial nerve paresis. Laryngoscope, 1991, 101: 744-750.
- [3] 李健东. 面神经评分标准. 国外医学耳鼻喉学分册, 2005, 29: 391-392.
- [4] 杨万章. 周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准(草案). 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3: 786-787.
- [5] 李万高. 穴位割数法治疗周围性面瘫 106 例. 中国针灸杂志, 2007, 27: 443-444.
- [6] 张琰. 早期康复治疗对急性面神经炎患者面肌功能恢复的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29: 748-749.
- [7] 郭绮云, 葛兆希. 综合治疗周围性面瘫. 中华物理医学与康复杂志, 2002, 24: 629-630.
- [8] 徐伟, 李杰, 席勇, 等. 电针配合康复训练治疗创伤性颅内血肿清除术后偏瘫的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33: 184-185.
- [9] 严伟, 李桂敏, 李立红, 等. 穴位变频电针治疗老年膝关节骨性关节炎的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2010, 32: 285-288.
- [10] 王继青, 顾宪安, 桑红蓉, 等. 电针联合微波治疗周围性面神经麻痹 50 例疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26: 511-512.
- [11] 刘乃好, 鞠琰莉. 电针联合超短波治疗颞下颌关节紊乱病的临床疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26: 559-560.

(修回日期: 2011-09-20)

(本文编辑: 易 浩)