

患者取仰卧位,经体表触及 C₅ 横突,从外侧方入路进针至 C₅ 横突,确认回抽无血、无脑脊液后,缓慢推注曲安奈德注射液 4 ~ 8 mg + 0.5% 利多卡因 5 ml。

对于胸椎根性神经痛、急性带状疱疹及后遗神经痛、胸椎压缩性骨折患者,采用胸椎旁神经阻滞技术进行治疗,患者取侧卧位,选用椎板入路,于拟阻滞平面上位胸椎棘突末端外侧 1.5 ~ 2.0 cm 处进针,并稍向内侧穿刺至椎板后外侧部;然后退针至皮下,稍向外侧调整后进针,超过先前深度约 1 cm 左右,当感觉阻力消失且回抽无血、无气、无脑脊液后,固定穿刺针,在 C 臂 X 光机或 CT 引导下确认针尖位于椎板前侧方,缓慢推注曲安奈德注射液 4 ~ 8 mg + 0.5% 利多卡因 8 ~ 10 ml。

对于腰椎间盘源性神经痛、腰椎压缩性骨折患者,采用腰椎旁神经阻滞术进行治疗,患者取侧卧位,选用椎板入路,于拟阻滞平面腰椎棘突上部外侧 1.5 ~ 2.0 cm 处进针,其余操作同胸椎旁神经阻滞术。

于治疗后次日、1 周及 1 个月后分别采用目测类比评分法 (visual analogue scale, VAS) 对患者镇痛疗效进行评分,在白纸上画一条 10 cm 长的直线并将其划分为 10 等份 (共计 10 分),两端分别标上“无痛”和“最严重疼痛”,嘱患者根据自己疼痛感受在直线上标记以表示其疼痛强度^[7]。具体临床疗效评定标准如下:治愈——VAS 评分下降 6 分以上或疼痛完全消失,活动功能完全恢复, VAS 评分为 0 ~ 1 分;好转——VAS 评分下降 2 ~ 6 分或疼痛部分消失,活动时可耐受疼痛, VAS 评分为 2 ~ 4 分;无效: VAS 评分下降 < 2 分,疼痛缓解不明显。

本研究计量数据以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,统计学方法选用配对 *t* 检验和 Ridit 分析, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

二、结果

本研究 98 例患者中,治疗前疼痛 VAS 评分为 (8.86 ± 1.47) 分,当治疗 1 d, 7 d 及 1 个月时,其 VAS 评分分别降低至 (1.24 ± 1.12) 分, (1.98 ± 2.14) 分及 (2.63 ± 1.17) 分,均较治疗前差异有统计学意义 ($P < 0.05$);共治愈 56 例,好转 39 例,无效 3 例,总有效率高达 97%,其中治疗无效的 2 例均为带状疱疹后遗神经痛患者,其病情分别持续 2, 9 年,另 1 例为病因不明的 T₄ 神经痛患者。

三、讨论

引起脊神经痛的因素很多,大多数脊神经痛是由于脊神经

在出椎间孔处受到卡压或因病毒感染等因素所致,引发神经缺血、水肿,从而导致该神经支配区疼痛。椎旁神经阻滞就是将药物直接注射至椎旁区域,通过椎旁间隙或渗入椎间孔或透过神经鞘膜作用于脊神经根,从而控制脊神经炎性水肿,并阻断脊神经传导功能以达到止痛目的。由于该技术靶点明确,所以仅需给予低浓度局麻药及少量糖皮质激素就可达到持久的镇痛疗效。本研究患者总有效率高达 97%,治疗后次日、1 周及 1 个月后的疼痛程度较治疗前均有显著改善。

在安全性方面,椎旁神经阻滞术自 1975 年提出之后已得到大力完善,由于其治疗靶点明确,在许多方面的治疗效果明显优于硬膜外间隙阻滞技术,现有取代硬膜外间隙阻滞技术的趋势。椎旁神经阻滞的主要并发症包括:误入蛛网膜下间隙、气胸形成、误入椎动脉血管等。本组 98 例患者中,无一例发生上述并发症,提示只要认真、谨慎操作,并尽可能在 C 臂 X 光机或 CT 引导下进行,能在一定程度上控制并发症的发生。椎旁神经阻滞术的关键是准确判断病变神经以及精确的穿刺技术,以保证将药物准确注入病变神经部位。本研究结果表明,椎旁神经阻滞术治疗脊神经痛疗效显著、副作用少,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 倪家骧,段光珍,裴爱珍. 颈源性头痛诊疗学. 北京:人民军医出版社,2005:157-173.
- [2] 倪家骧,樊碧发,薛富善. 临床疼痛治疗技术. 北京:科学技术文献出版社,2005:128-130.
- [3] 李仲廉. 临床疼痛治疗学. 天津:天津科学技术出版社,1996:256-257.
- [4] David TC, John R, Joseph WS, 等著. 宋文阁,傅志俭,译. 临床疼痛学. 济南:山东科学技术出版社,2004:400-401.
- [5] 孟济民. 风湿病临床指南. 北京:中国医药科技出版社,1996:216.
- [6] 薛富善. 临床局部麻醉技术. 北京:人民军医出版社,2005:20-30.
- [7] 中华医学会. 临床技术操作规范-疼痛学分册. 北京:人民军医出版社,2004:1-5.

(修回日期:2008-02-19)

(本文编辑:易 浩)

药物结合物理疗法治疗周围性面瘫的疗效观察

谢财忠 唐军凯 张申宁 郑瑞春

周围性面瘫也称面神经麻痹,系茎乳孔内面神经急性非特异性炎症导致组织水肿、受压、血循环障碍所引起,是一种临床常见病、多发病,可发于任何年龄。由于病损部位的特殊性,患病后会直接影响患者的外观形象,给患者日常生活、工作和社会交往带来很大的不便。我科应用药物结合物理疗法治疗周围性面瘫 100 例,取得较好疗效,现报道如下。

一、资料与方法

作者单位:210002 南京,南京军区南京总医院康复医学科(谢财忠、唐军凯、郑瑞春),神经内科(张申宁)

(一)一般资料

选择 2003 至 2006 年我科门诊收治的周围性面瘫患者 100 例(治疗组),另 100 例(对照组)只在神经科接受药物治疗,均为单侧发病,符合《神经病学》面神经炎的诊断标准^[1],并排除周围性面瘫继发于其他疾病者。治疗组 100 例中,男 61 例,女 39 例;平均年龄 36.5 岁;左侧面瘫 60 例,右侧面瘫 40 例;病程 1 ~ 100 d;病情轻度 11 例,中度 67 例,重度 22 例;急性期 75 例,恢复期 20 例,后遗症期 5 例;对照组 100 例中,男 60 例,女 40 例;平均年龄 35.2 岁;左侧面瘫 58 例,右侧面瘫 42 例;病程 1 ~ 90 d;病情轻度 13 例,中度 67 例,重度 20 例;急性期 73 例,恢复

期 23 例,后遗症期 4 例。

(二) 治疗方法

治疗组接受药物治疗和物理治疗,对照组仅接受药物治疗。

1. 药物治疗:强的松 30~60 mg/d,口服,连服 1 周后开始减量,10 d 内减量至 5 mg/d;弥可保 500 μ g/d,皮下注射 1 次/d;ATP 20 g/d,口服,3 次/d;地巴唑 10 mg/次,口服,3 次/d;川黄口服液 10 ml,口服,3 次/d。10 d 为 1 个疗程。

2. 物理治疗:(1)急性期(发病 1~10 d 内),采用超短波治疗。频率为 50 Hz,两电极并置于耳前和耳后乳突处,微热量,每日 1 次,每次 15 min;(2)恢复期(发病 10 d 及以上),均采用红外线和中频电疗。先用中频电疗,电极一片放置于患侧面面部神经颊支,另一片放置于眼角面神经额支,电流强度以引起肌肉收缩且患者能耐受为宜,每日 1 次,每次 20 min,10 次为 1 个疗程。后用红外线治疗,250 W,预热 10 min 后照射患者耳后部,距离 30 cm,以温热为宜,每日 1 次,每次 20 min,10 次为 1 个疗程;(3)功能训练,患者面部肌肉有自主运动时给予阻力训练,无自主运动时给予助力训练。力的大小根据健侧的运动能力确定,两侧同时进行训练。治疗师以其食指和中指两指的指腹施加阻力或助力。每个动作要给患者相应的指令,每个动作做 20~30 次,每日训练 2~3 次,10 d 为 1 个疗程。

(三) 评定方法与标准

1. Portmann 简易评分法^[2]:选用 6 个项目(皱眉、闭眼、动鼻翼、微笑、吹口哨、鼓腮)制定评分标准,每项 3 分,共 18 分,加上安静时印象分 2 分,最高分为 20 分。根据治疗前、后评分计算改善指数^[3]。改善指数=(治疗后评分-治疗前评分)/治疗后评分。

2. 徒手肌力检查(manual muscle test, MMT)^[3]:0 级(相当于正常肌力的 0%)——使面部表情肌收缩,手触表情肌无紧张感,甚至口歪肌斜;1 级(相当于正常肌力的 10%)——主动运动时表现皱眉等,仅达到健侧的 1/3 以下,或肌肉微动;2 级(相当于正常肌力的 25%)——面部表情肌做各种表情时虽有困难,但手触表情肌有少许动作,如皱眉时达健侧的 1/2 以上;3 级(相当于正常肌力的 50%)——面部表情肌能做自主运动,但和健侧相比有差异,如皱眉时比健侧眉纹少或额纹也少;4 级(相当于正常肌力的 75%)——面部表情肌能做自主动作,皱眉、抬额、闭眼等与健侧一致;5 级(相当于正常肌力的 100%)——面部表情肌做抬额、闭眼、皱眉、示齿动作时鼻唇沟深浅和健侧比较完全一致。

(四) 统计学方法

应用 SPSS 11.5 版统计软件包进行数据分析,计数资料采用 t 检验,计量资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

二、结果

治疗 1 个月后 2 组患者面部肌力、Portmann 简易评分均较治疗前有提高($P<0.01$),治疗组明显优于对照组($P<0.05$),见表 1。

三、讨论

周围性面瘫是指一侧面神经周围性损害引起的该侧面肌瘫痪,为乳突孔内面神经非特异性炎症所引起^[4]。流行病学调查表明,风寒和病毒感染可致周围性面瘫。风寒导致血管痉挛、面

表 1 2 组治疗前、后肌力与 Portmann 简易评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肌力(级)	Portmann 简易评分(分)
治疗组	100		
治疗前		1.00 $\pm$ 0.50	2.98 $\pm$ 1.64
治疗后		4.00 $\pm$ 0.50 ^{ab}	15.62 $\pm$ 1.87 ^{ab}
对照组	100		
治疗前		1.00 $\pm$ 0.60	2.89 $\pm$ 0.51
治疗后		2.00 $\pm$ 0.40 ^a	7.35 $\pm$ 1.25 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P<0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$

神经缺血、水肿,使面神经受压,神经营养缺乏,甚至引起神经变性而致病;病毒感染引起非化脓性炎症致病^[5]。本病的治疗早期应以改善局部血液循环、消除面神经的炎症和水肿为主,后期应以促进神经机能恢复为其主要治疗原则。基于这一治疗原理,我们分期有针对性地实施药物和物理因子治疗本病。

急性期采用激素、B 族维生素、微循环改善剂和超短波治疗。其中强的松可减轻神经水肿,防止变性;弥可保、ATP 可促进末梢神经再生;地巴唑、川黄液可有效改善组织的微循环,促进末梢神经营养供给;超短波穿透效果好,有明显的消肿、消炎作用,减轻面神经受压,加速神经传导功能的恢复,还有助于缓解乳突部疼痛。恢复期采用中频电疗法可以激发失神经支配的肌纤维主动收缩,保持肌细胞固有的收缩和舒张特性,促进细胞内的新陈代谢,减缓肌蛋白因失神经支配后的变性过程,减少肌糖元的丧失,提高组织代谢能力,促进神经再生^[6]。而红外线的温热作用可减轻麻痹的肌肉内血液和淋巴液的瘀积,改善面部肌肉血液循环及组织营养,减弱肌纤维变性和肌纤维的结缔组织增生。

由于周围性面瘫主要累及的是额肌、眼轮匝肌、提上唇肌、口轮匝肌等表情肌,为此我们指导患者对这些运动障碍的肌群进行训练。肌肉无自主运动时给予助力训练,肌肉有自主运动时给予阻力训练,这样可引导患者面肌沿着正确的运动模式发展,增强肌力,促进运动功能恢复,维持与恢复运动器官的形态与功能,延缓失神经肌肉的萎缩,为神经再支配做好准备。本研究治疗组患者在药物和物理治疗的基础上配合面肌功能训练,结果显示,治疗后治疗组患者的肌力和 Portman 简易评分均优于对照组。

参 考 文 献

- [1] 王维治,罗祖明. 神经病学. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2002:81-821.
- [2] 赵燕铃. 347 例面瘫评价系统研究进展. 国外医学·耳鼻喉科学分册,2001,25:324.
- [3] 殷秀珍. 康复医学. 北京:北京医科大学出版社,2002:167.
- [4] 邹贤华. 物理医学与康复. 北京:华夏出版社,1992,255-256.
- [5] 刘瑞清,马云华,杨永福,等. 糖皮质激素冲击疗法配合针灸治疗贝尔氏面瘫. 云南中医学院学报,2001,24:40-42.
- [6] 王兴林,肖红雨,高继亭,等. 面神经麻痹半年后的中频电疗观察. 中国康复医学杂志,2004,19:121-122.

(修回日期:2008-01-29)

(本文编辑:松 明)