

· 临床研究 ·

面肌康复训练联合肌内效贴治疗 Ramsay-Hunt 综合征所致面瘫的疗效观察

徐伟 孙丹 叶文雄 陈娜 王方园

杭州市第三人民医院, 杭州 310009

通信作者: 徐伟, Email: xwxw217@163.com

【摘要】 目的 观察面肌康复训练联合肌内效贴对 Ramsay-Hunt 综合征所致面瘫的影响。**方法** 选取 Ramsay-Hunt 综合征所致面瘫患者 70 例, 后脱落 4 例, 共纳入 66 例。按照随机数字表法将其分为贴扎组 (34 例) 和对照组 (32 例)。2 组患者均采用药物治疗, 对照组在此基础上增加面肌康复训练, 贴扎组在对照组基础上再增加肌内效贴贴扎疗法。治疗前及治疗 4 周后 (治疗后), 采用改良 Portmann 面神经功能评分、表面肌电图对 2 组患者的功能进行评定。治疗后, 采用 House-Brackmann 面神经功能分级对患者的疗效进行评定。**结果** 治疗前, 2 组患者改良 Portmann 评分、颊肌群、口轮匝肌群、额肌群、鼻肌群患侧 RMS 平均值比值比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后, 2 组患者上述指标均显著改善 ($P<0.05$), 且贴扎组改良 Portmann 评分 [(14.26±3.30) 分]、颊肌群 (0.69±0.16)、口轮匝肌群 (0.67±0.15)、额肌群 (0.68±0.16)、鼻肌群 (0.67±0.14) 患侧 RMS 平均值比值优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 面肌康复训练可改善 Ramsay-Hunt 综合征所致面瘫患者的面肌功能, 联合肌内效贴贴扎疗法的效果更优。

【关键词】 贴扎疗法; 推拿; 面肌康复训练; Ramsay-Hunt 综合征

基金项目: 浙江省杭州市卫生科技计划项目 (2018A28)

Funding: Medical and Health Science and Technology Project of Hangzhou City, Zhejiang Province (2018A28)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2022.01.008

Ramsay-Hunt 综合征, 又被称为带状疱疹膝状神经节综合征, 由水痘-带状疱疹病毒感染引起, 主要症状为耳部疱疹、耳痛及同侧周围性面瘫^[1]。临床上, 中重度患者易遗留感应性耳鸣、耳聋或永久性面瘫等后遗症。目前, Ramsay-Hunt 综合征多采用药物治疗, 包括抗病毒、糖皮质激素、改善微循环、维生素及神经营养药等^[2]。合理的物理治疗和康复训练能缩短患者的病程。肌内效贴贴扎技术作为一种康复手段, 在运动损伤方面应用较多, 近年来在其他康复领域内也有涉及^[3]。本研究采用面肌康复训练联合肌内效贴治疗 Ramsay-Hunt 综合征所致面瘫的患者, 取得了满意疗效, 报道如下。

对象与方法

一、研究对象

纳入标准: ①符合《实用神经病学》^[4]中 Ramsay-Hunt 综合征的诊断标准; ②面瘫单侧发病, 病情稳定; ③House-Brackmann 面神经功能分级^[5] V 级或 VI 级, 患侧面部静止状态时明显不对称, 面部肌肉无运动或存在几乎不能察觉的面部运动; ④患者签署知情同意书, 自愿参加本研究。排除标准: ①其他原因引

起的周围性或中枢性面瘫; ②伴有病毒性脑膜炎者; ③伴有严重心脑血管疾病、糖尿病或有出血倾向者。

选取 2018 年 6 月至 2020 年 6 月由杭州市第三人民医院康复医学科收治的 Ramsay-Hunt 综合征所致面瘫患者 70 例, 其中男 29 例, 女 41 例, 年龄 18~70 岁。研究过程中, 共有 4 例病例脱落, 最终纳入 66 例。按照随机数字表法将其分为贴扎组 (34 例) 和对照组 (32 例), 2 组患者性别、年龄、病程及 House-Brackmann 面神经功能分级等一般资料比较, 差异无统计学意义, 具有可比性, 详见表 1。

二、治疗方法

2 组患者均采用药物治疗, 对照组在此基础上增加面肌康复训练, 贴扎组在对照组基础上再增加肌内效贴贴扎疗法。

1. 面肌康复训练^[6]: 患者取仰卧位, 治疗师先按肌肉走行方向对其面部进行推拿, 再按摩相应扳机点, 最后再进行面肌主动康复训练。具体操作如下: ①按肌肉走行方向推拿——额部, 治疗师将拇指螺纹面贴于患者额肌在体表的投影位置, 沿肌腹向头顶方向行一指禅揉法; 眼部, 治疗师沿患者鼻根部、目内眦往眉棱骨和眼外侧方向, 按揉皱眉肌和眼轮匝肌上下部

表 1 2 组患者一般资料

组别	例数	性别 (例)		年龄 (岁 $\bar{x}\pm s$)	病程 (d, $\bar{x}\pm s$)	House-Brackmann 面神经功能分级 (例)	
		男	女			V 级	VI 级
贴扎组	34	14	20	47.3±16.4	12.1±3.2	23	11
对照组	32	14	18	44.8±14.0	11.8±3.4	22	10

分;颞部,治疗师从患者鼻翼旁起,往耳前按揉、提拉颞部唇方肌、颞大小肌;口部,治疗师分别从患者上唇中点和下唇中点起,往口角外上方至耳后,按揉、提拉口轮匝肌和笑肌;颞部,治疗师从患者颞窝内侧面起,经颞弓往头外上方按揉颞肌。以上每个部位按揉 3 遍,然后用大鱼际揉法按上述顺序再操作 2 遍,按摩力度以患者能耐受为宜;②按摩扳机点——采用滑动触诊法,在患者面部肌肉、筋膜中寻找扳机点或敏感压痛点,并用一指禅按揉法分别推拿 3 min;③面肌主动康复训练——指导患者抬皱眉、闭眼、皱鼻、咧嘴、噘嘴、鼓腮等,每个动作分别做 3 遍。上述推拿手法由轻到重,早期手法宜轻柔,每日 1 次,每周 6 d,共治疗 4 周。

2.肌内效贴贴扎疗法^[7]:患者取仰卧位,头部后仰偏向健侧,先取“Y”形贴布作贴扎处理,将“Y”形贴布锚定于患者患侧太阳穴,上尾部延伸至眉弓正中上方,下尾部沿眶下缘固定于下眼睑正中下方;再取一条贴布将其锚重叠于上述“Y”形贴布锚处,尾部则延展至患者脸部鼻翼侧;最后采用爪形贴布,锚定于颞颌关节处、耳屏前侧,尾部延伸至患侧上唇外上角、嘴角、下唇外下角部位。面肌康复训练结束 10 min 后行贴扎疗法,贴扎布保持 24 h 后移除。每日 1 次,每周 6 d,共治疗 4 周。

三、疗效评定

治疗前及治疗 4 周后(治疗后),采用改良 Portmann 面神经功能评分^[8]、表面肌电图对 2 组患者的功能进行评定。治疗后,采用 House-Brackmann 面神经功能分级对患者的疗效进行评定。

1.改良 Portmann 面神经功能评分:观察患者做 6 种动作(皱眉、闭眼、动鼻翼、微笑、吹哨及鼓腮),患侧动作与健侧动作比较,基本相同为 3 分,运动减弱为 2 分,稍有运动为 1 分,不能自主运动为 0 分。完全正常为 20 分,积分越高,提示病变程度越轻,17~20 分为临床完全恢复,16 分及以下者为部分恢复。

2.面神经表面肌电图检测:在室温 25 ℃ 左右的环境下,患者取仰卧位,采用美国产 Naroxon 表面肌电图分析仪检测患者患侧颊肌群、口轮匝肌群、额肌群及鼻肌群的均方根(root mean square,RMS)值。记录患侧与健侧表情肌在放松、示齿、抬眉、耸鼻 4 个动作时的肌电信号,由自动处理分析系统计算 RMS 平均值比值,患健侧 RMS 平均值比值越小,表明患者恢复越差^[9]。

3. House-Brackmann 面神经功能分级:Ⅰ级,面部各部位运动功能均正常(治愈);Ⅱ级,患侧面面部轻度功能障碍,仔细检查可见轻度无力,可有轻度连带运动(显效);Ⅲ~Ⅳ级,患侧面面部中度或重度面肌无力、可有明显连带运动功能异常(有效);

V~Ⅵ级,患侧面面部完全麻痹,或表现为几乎不能察觉的面部运动(无效)。有效率=[(治愈人数+显效人数+有效人数)/总人数]×100%。

四、统计学方法

采用 SPSS 18.0 版统计学软件处理数据,采用($\bar{x}\pm s$)形式表示,计量资料比较采用 *t* 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

结 果

一、2 组患者治疗前、后改良 Portmann 评分比较

治疗前,2 组患者改良 Portmann 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。与组内治疗前比较,2 组患者治疗后改良 Portmann 评分均提高($P<0.05$),且贴扎组治疗后改良 Portmann 评分较高($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 2 组患者治疗前、后改良 Portmann 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
贴扎组	34	4.85±2.03	14.26±3.30 ^{ab}
对照组	32	5.13±1.96	11.56±4.01 ^a

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

二、2 组患者治疗前、后各肌群患健侧 RMS 平均值比值比较

治疗前,2 组患者颊肌群、口轮匝肌群、额肌群、鼻肌群患健侧 RMS 平均值比值比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。与组内治疗前比较,2 组患者治疗后上述肌群患健侧 RMS 平均值比值均增高($P<0.05$)。与对照组治疗后比较,贴扎组颊肌群、口轮匝肌群、额肌群、鼻肌群患健侧 RMS 平均值比值较高($P<0.05$)。详见表 3。

三、2 组患者治疗后疗效比较

治疗后,贴扎组和对照组有效率分别为 91.2% 和 71.9%,差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表 4。

讨 论

Ramsay-Hunt 综合征所致面瘫大多为完全麻痹,早期进行康复训练可增强周围向中枢传导的肌肉运动信号,有利于神经再生,促进神经肌肉功能恢复^[10]。面肌康复训练的操作相对简单,副作用小,患者依从性较高,不仅可以改善面部血液循环,还可以预防面肌萎缩^[11]。

面瘫患者经常会出现面部某处的自觉疼痛点,触压该处时有疼痛,并伴有牵涉痛^[12]。目前其发生机制尚不明确,现代医

表 3 2 组患者治疗前、后各肌群患健侧 RMS 平均值比值比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	患健侧 RMS 平均值比值			
		颊肌群	口轮匝肌群	额肌群	鼻肌群
贴扎组					
治疗前	34	0.22±0.11	0.21±0.10	0.21±0.11	0.20±0.10
治疗后	34	0.69±0.16 ^{ab}	0.67±0.15 ^{ab}	0.68±0.16 ^{ab}	0.67±0.14 ^{ab}
对照组					
治疗前	32	0.23±0.10	0.23±0.10	0.22±0.09	0.21±0.09
治疗后	32	0.54±0.20 ^a	0.53±0.19 ^a	0.53±0.20 ^a	0.52±0.19 ^a

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

表 4 2 组患者治疗后疗效比较

组别	例数	治愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	有效率 (%)
贴扎组	34	10	14	7	3	91.2 ^a
对照组	32	5	8	10	9	71.9

注:与对照组比较,^a $P<0.05$

学多认为可能与营养因子缺乏等多种因素有关^[13]。本研究推测认为面部肌筋膜触发点异常可能与肌张力失调有关,故本研究在面肌康复训练中,将传统推拿手法改良为按肌肉走行和扳机点推拿^[6],结果发现能较好地控制神经炎性水肿,改善组织代谢能力;加速局部肌肉纤维收缩,增强神经反馈,提高损伤神经纤维的再生能力。

有研究报道,推拿能促进瘫痪表情肌的被动收缩,面肌主动训练能有效刺激面神经的修复再生^[14]。但在临床实践中,单纯面肌主被动训练的疗效有限,在治疗间歇期,瘫痪面肌无法得到被动刺激。本研究将肌内效贴运用到 Ramsay-Hunt 综合征所致面瘫的治疗中,结果发现贴扎组患者面肌功能显著改善。有研究表明,肌内效贴可以增加皮肤与肌肉之间的间隙,改善局部血液及淋巴循环,加速消除水肿,促进神经兴奋,减少疼痛物质释放^[15-16]。有研究者采用贴扎疗法治疗周围性面瘫,结果发现该疗法可以影响局部触觉和肌肉本体感觉输入,协助面部肌肉收缩,改变运动神经元的兴奋状态,进而促进神经功能恢复^[17]。

本研究中,2 组患者经过 4 周治疗后,改良 Portmann 评分及颊肌群、口轮匝肌群、额肌群、鼻肌群患健侧 RMS 平均值比值显著改善,且以贴扎组改善较为优异。治疗 4 周后,贴扎组治疗有效率显著高于对照组。提示面肌康复训练联合肌内效贴能显著改善 Ramsay-Hunt 综合征所致面瘫患者的面肌功能,疗效及安全性较好,值得临床应用。

参 考 文 献

[1] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳.实用耳鼻咽喉头颈外科学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2008:949.

[2] 杨引通,段学军,陈谊辉,等.31 例 Hunt 综合征的治疗体会[J].中华耳科学杂志,2013,11(2):276-278.

[3] 王少华.肌内效贴治疗中枢性面瘫疗效研究[J].中国康复,2018,33(1):26-28. DOI:10.3870/zgkf.2018.01.007.

[4] 史玉泉,周孝达.实用神经病学[M].第3版.上海:上海科学技术出

版社,2004:234-238.

[5] House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1985, 93(2):146-147. DOI: 10.1177/019459988509300202.

[6] 叶文雄,徐伟.按肌肉走行按摩面部配合扳机点揪针治疗面神经麻痹 25 例[J].浙江中医杂志,2016,51(6):444.

[7] 陈超云,吴杰贤,翟青.肌内效贴贴扎疗法治疗周围性面瘫疗效观察[J].海南医学,2017,28(9):1490-1491. DOI: 10.3969/j.issn.1003-6350.2017.09.040.

[8] 卢颖,钱金丹,朱孝明,等.赵氏雷火灸联合针刺治疗周围性面瘫后遗症临床研究[J].按摩与康复医学,2020,11(1):10-13. DOI:10.19787/j.issn.1008-1879.2020.01.004.

[9] 刘立安,孙佰君.根据表面肌电图选穴电针治疗周围性面瘫临床观察[J].中国针灸,2015,35(6):553-556. DOI: 10.13703/j.0255-2930.2015.06.006.

[10] 许梦雅.面肌按摩并协调性训练辅助治疗周围性面瘫的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2010,32(9):665-666. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2010.09.009.

[11] 谢卓君.针药配合面部功能训练治疗贝尔面瘫的临床疗效观察[J].中国继续医学教育,2018,10(13):112-114. DOI: 10.3969/j.issn.1674-9308.2018.13.060.

[12] 刘琳,黄强民,汤莉,等.肌筋膜疼痛触发点[J].中国组织工程研究,2014,18(46):7520-7527. DOI: 10.3969/j.issn.2095-4344.2014.46.028.

[13] 庄小强,谭树生,黄强民,等.肌筋膜疼痛触发点的临床研究概况[J].微创医学,2010,5(5):487-489. DOI: 10.3969/j.issn.1673-6575.2010.05.029.

[14] 方文兵,杨敏,冯坚梅,等.肌电生物反馈联合面肌训练治疗周围性面神经麻痹的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2017,39(3):228-229. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2017.03.019.

[15] 刘强,沈莉,朱玉连,等.肌内效贴布对腰肌劳损患者疼痛及生活质量的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2014,36(6):495-496. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2014.06.030.

[16] 丁懿,郭琛琛,王宁,等.肌内效贴结合悬吊推拿运动技术对腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J].天津中医药,2019,36(6):561-564. DOI:10.11656/j.issn.1672-1519.2019.06.10.

[17] 屈菲,颜海霞,刘言薇,等.针刺联合肌内效贴治疗周围性面神经炎的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2017,32(4):424-427,450. DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2017.04.009.

(修回日期:2021-12-03)
(本文编辑:凌 琛)