

· 短篇论著 ·

康复训练结合针刺治疗特发性面神经麻痹的临床疗效观察

姜迎萍 王德伟 唐述婷

特发性面神经麻痹是指茎乳孔内的面神经非化脓性炎症所引起的周围性面神经麻痹,主要表现为鼻唇沟变浅,额纹变浅或消失,鼓腮漏气等。针刺是治疗特发性面神经麻痹的传统治疗方法,而近年康复训练也逐渐应用于特发性面神经麻痹。本研究采用康复训练结合针刺治疗特发性面神经麻痹 50 例,取得了满意疗效,报道如下。

一、资料与方法

(一)研究对象

入选标准:①符合《内科疾病诊断标准》特发性面神经麻痹的诊断标准^[1];②排除因颅后窝肿瘤、脑膜炎、腮腺炎、下颌化脓性淋巴结炎、手术损伤等原因所致的周围性面神经麻痹;③排除有严重心脑血管、血液、内分泌系统疾病及精神疾患者;④均签署知情同意书。

选取 2010 年 8 月至 2011 年 8 月在我院康复中心、神经内科、针灸科门诊或病房就诊的特发性面神经麻痹患者 50 例,采用随机数字表法将入选患者分为治疗组和对照组。治疗组患者 25 例,其中男 14 例,女 11 例;年龄 15~82 岁;病程最短 1 d~1 年。对照组 25 例,其中男 13 例,女 12 例;年龄 13~81 岁;病程 2 d~1 年。2 组患者的性别、年龄、病程经统计学分析,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

(二)治疗方法

对照组采用常规神经营养药物治疗和针刺治疗,治疗组在对照组治疗方案的基础上增加康复训练。

针刺治疗:主穴取患侧阳白透鱼腰、下关、颧髎、地仓透颊车,配穴取迎香、攒竹、承浆、合谷(健侧)。手法采用平补平泻,急性期第 8 天(即恢复期)过后同时用上海产 G6805-2 型电针仪连接下关和颧髎穴,选断续波,频率 0.3 Hz。恢复期的刺激强度以引起明显面肌收缩且不产生疼痛为度,每次 25 min,每日 1 次,连续治疗 20 d。

康复训练:患者取坐位,面对镜子,治疗师立于患者背后,指导患者训练额肌、皱眉肌、眼轮匝肌、鼻旁面肌、口轮匝肌、颊肌的运动训练。①额肌、皱眉肌、眼轮匝肌训练——治疗师一手中指平行放在患侧眉上,帮助患者进行上、下抬眉、皱眉、睁眼训练,另一手抑制健侧的运动;②鼻根肌训练——治疗师一手中指放在患侧眉尖内端,另一手指放在同侧鼻翼上方,帮助患者皱鼻训练;③口轮匝肌、颊肌训练——治疗师一手背对患侧面部从嘴角向耳前方做快捷摩擦运动,另一手抑制健侧运动,训练按体操节奏进行,每个动作做二八呼或四八呼。训练结束后,指导患者对镜自己练习瘫痪肌的随意运动,如微笑、闭眼、睁眼、皱额、示齿、吹哨、鼓腮、每项动作反复进行。上述训练每天 2~3 次,每次 20 min,连续治疗 20 d。

(三)疗效评定

2 组患者均于治疗 20 d 后进行疗效评价,疗效标准^[2]:痊愈为症状和体征完全消失,检查无任何异常表现;显效为症状和体征明显改善,面部外观基本对称,但做表情时面部仍稍有歪斜,阴天时面部稍有凉麻等不适感;好转为症状和体征有改善,面部不对称,外观轻度改善;无效为治疗后症状、体征无改善。

四、统计学分析

采用 SPSS 15.0 版统计学软件包进行统计学分析,2 组疗效比较采用秩和检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

治疗后,对照组 25 例患者中痊愈 20 例(80.00%),与对照组的 13 例(52.00%)比较,差异有统计学意义($P<0.05$),详见表 1。

表 1 2 组患者疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效
治疗组	25	20(80.00) ^a	3(12.00)	2(8.00)	0
对照组	25	13(52.00)	4(16.00)	8(32.00)	0

注:与对照组比较,^a $P<0.05$

三、讨论

特发性面神经麻痹,属于中医学卒口喎、口眼歪斜范畴。其病理机制为人体正气不足,脉络空虚,风邪趁虚侵袭阳明、少阳,引起经气阻滞,经筋失养,筋肉纵缓不收而发病^[2]。如《金匱要略》所云:“络脉空虚,贼邪不泄,或左或右,邪气反缓,正气既急,正气引邪,口喎僻不遂。”现代医学认为,特发性面神经麻痹可能是多种激发因素(如风寒、病毒感染、微循环障碍、自主神经功能不稳等)引起局部的神经营养血管痉挛,导致神经缺血性水肿。对于特发性面神经麻痹在临床上的治疗有药物、理疗、针灸、推拿、康复训练等多种方法,但是鲜见有关康复训练结合针刺治疗的临床研究。

针刺治疗特发性面神经麻痹,主取阳明、太阳经穴远近配合,以达到刺激经络、运行气血、协调阴阳、抗御病邪、传导感应、调整虚实的作用。急性期通过适当针刺(取穴宜少,以浅刺为主,手法宜轻,不宜应用电针),能兴奋受压面神经和失去功能的面肌,有效地控制面神经炎症发展,缩短康复时间和减少后遗症的发生,缩短疗程提高治愈率。

面神经的病理改变直接导致所支配效应器的运动功能的损坏,而神经肌肉康复训练可促进其反射弧的重建,维持和恢复效应器的形态和功能,防止、延缓和减轻失神经肌肉的萎缩,促进神经再支配,使失神经支配的瘫痪肌得到训练,促使神经传导功能恢复,随着肌肉运动功能的改善,神经系统的兴奋性、灵活性和反应性均得到改善。面肌的主动运动可兴奋患侧面神经,增强肌纤维收缩,形成良性循环,加速面神经炎症局部的淋巴和血液循环,加快新陈代谢,改善受损面神经和面肌营养

状况,促进面神经炎症和水肿的吸收。本研究在常规康复训练的基础上,结合患者表情肌的恢复情况,注意到额肌、皱眉肌、眼轮匝肌、鼻旁面肌、口轮匝肌、颊肌等表情肌属于小肌群,对于不同的肌群有针对性地实施助力、抗阻及牵伸等不同的训练方法,同时避免表情肌连带动作的产生,取得了较好的康复治疗效果。

本研究结果表明,面部康复功能训练与传统的针刺治疗相结合治疗特发性面神经麻痹,较之传统单纯针刺治疗,疗效更

为显著,具有积极的临床意义。

参 考 文 献

- [1] 贝政平. 内科疾病诊断标准. 北京: 科学出版社, 2001: 813.
- [2] 周瑞堂. 电针治疗周围性面神经麻痹预后与年龄相关性研究. 上海针灸杂志, 2008, 27: 13-14.

(修回日期: 2013-03-23)

(本文编辑: 阮仕衡)

药物湿敷联合窄谱红光治疗烧伤残余创面并发湿疹的疗效观察

李莉 赵宇辉 刘军 王阳 邢凤梅

烧伤残余创面并发湿疹是指烧伤残余创面或新愈合创面在治疗中晚期继发的一种慢性感染性湿疹样皮炎, 属自身敏感性皮炎的特殊类型, 好发于创面周围或新愈合皮肤表面, 临床表现为密集的小丘疹或皮疹, 糜烂和渗出症状较为明显, 患者常常瘙痒难忍, 若处理不当或并发感染, 远隔部位可出现类似症状^[1]。湿疹常反复发作, 迁延不愈, 是烧伤后期残余创面愈合的影响因素之一。目前对烧伤残余创面并发湿疹的主要治疗手段是应用糖皮质激素, 但长期应用后不良反应较多。本研究采用药物湿敷联合窄谱红光治疗烧伤残余创面并发湿疹患者, 取得满意效果, 具有一定创新性, 现报道如下。

一、资料与方法

(一) 一般资料

纳入标准: ①符合湿疹的诊断标准^[2]; ②烧伤后残余创面 < 5% 总体表面积 (total body surface area, TBSA); ③湿疹位于残余创面周围或新愈合皮肤表面; ④近 1 个月未使用过糖皮质激素药物; ⑤患者均签署治疗知情同意书。排除标准: ①存在心、肝、肺、肾等重要脏器并发症; ②过敏体质或免疫功能异常者; ③依从性差, 不能配合治疗者。

选取 2008 年 12 月至 2012 年 12 月在我院住院治疗的烧伤残余创面并发湿疹患者 60 例, 按随机数字表法将其分为对照组、药物湿敷组和联合治疗组, 每组 20 例。3 组患者在年龄、性别、烧伤面积、烧伤深度、病程等方面比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 详见表 1。

(二) 治疗方法

3 组患者的烧伤创面均采用暴露疗法, 予以常规换药处理, 隔天 1 次。对照组采用激素药物复方曲安奈德软膏 (扬子江药业集团有限公司生产, 国药准字 H20020126) 外用治疗, 药物湿敷组采用生物湿敷剂蓝科肤宁溶液 [加拿大蓝科恒业医疗科技有限公司生产, 吉食药监械 (准) 字 2010 第 2640096 号] 湿敷治疗, 联合治疗组在药物湿敷组基础上应用高能窄谱红光照射治疗。

1. 激素药物治疗: 用生理盐水冲洗创面后, 用纱布擦干, 将复方曲安奈德软膏涂抹于患处, 每天 2 次, 共 7 d。

2. 药物湿敷治疗: 用生理盐水冲洗创面后, 用纱布擦干, 取蓝科肤宁溶液将纱布浸湿, 敷于患处, 局部应用冷生理盐水喷雾, 保持湿润状态 15 ~ 30 min, 每天 2 次, 共 7 d。

3. 窄谱红光照射治疗: 蓝科肤宁湿敷剂治疗后 1 h, 采用高能窄谱红光治疗仪局部照射患处 15 ~ 20 min, 波长 600 ~ 700 nm, 光功率密度 > 40 mW/cm², 每天 2 次, 共 7 d。

(三) 评定标准

治疗过程中, 由专人对疗效进行观察记录。残余创面愈合情况^[3]按照完全愈合、面积缩小、面积无改变 3 种结果记录。根据评分情况计算疗效指数。疗效指数 = [(治疗前评分 - 治疗后积分) / 治疗前积分] × 100%, 痊愈: 皮损和自觉症状消失, 疗效指数 > 95%; 显效: 皮损明显消退, 瘙痒、刺痛、渗出症状明显减轻, 疗效指数 60% ~ 95%; 有效: 皮损及自觉症状减轻, 疗效指数 25% ~ 59%; 无效: 皮损和自觉症状无改善, 疗效指数 < 25%, 总有效率 = [(痊愈 + 显效) / 总例数] × 100%。烧伤残余

表 1 3 组患者一般资料比较

组别	例数	年龄 (岁)	性别 (例)		病程 (月)	烧伤面积 (%)	残余面积 (%)
			男	女			
对照组	20	39.9 ± 4.3	15	5	2.3 ± 1.8	18.3 ± 2.6	1.6 ± 2.1
药物湿敷组	20	38.2 ± 5.6	17	3	1.9 ± 2.5	17.6 ± 3.2	2.2 ± 1.8
联合治疗组	20	37.7 ± 8.2	14	6	2.1 ± 1.9	16.8 ± 4.1	2.7 ± 1.2