

· 临床研究 ·

不同时机针刺及高压氧治疗对周围性面瘫患者疗效的影响

李雁 黄烽 韩涛 张天强 周宝英 林侃

【摘要】目的 观察不同时机针刺及高压氧治疗对周围性面瘫患者疗效的影响。**方法** 根据患者治疗介入时机及方法将 514 例周围性面瘫患者分为 7 组,分别是对照组、≤7 d 组、8~15 d 组、16~30 d 组、31~60 d 组、61~90 d 组和 >90 d 组,均在发病 3 d 内接受药物治疗。除对照组外,上述各组又根据是否接受针刺或/和高压氧治疗细分为 3 个亚组,分别是针刺亚组、高压氧亚组及联合治疗亚组。对比分析各组患者治愈率、有效率及治愈时间。**结果** 入选患者总有效率为 100%,总治愈率为 46.89% (241/514);早期组(包括 ≤7 d 组、8~15 d 组和 16~30 d 组)与晚期组(包括 31~60 d 组、61~90 d 组和 >90 d 组)治愈率分别为 66.55% (185/278) 和 10.61% (19/179),组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$);早期组痊愈时间为 (40.31 ± 20.64) d,与对照组 [(47.24 ± 37.15) d] 比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$);晚期组痊愈时间为 (72.37 ± 5.09) d,与对照组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$);≤7 d 组中高压氧亚组治愈率为 100%,痊愈所用时间为 (20.21 ± 7.21) d,与其他各亚组比较差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 周围性面瘫患者一旦发病应立即给予规范就诊、治疗,首选治疗方案为药物联合高压氧治疗;早期药物干预除扩血管、营养神经外,抗病毒及短期激素治疗不容忽视;急性期(病程 ≤7 d)和静止期(病程 8~15 d)最好不选用针刺治疗,恢复期(病程 16~30 d)除药物及高压氧治疗外,还可辅以针刺治疗;后遗症期(病程 >30 d)最好给予药物、针刺及高压氧联合治疗。

【关键词】 周围性面瘫; 高压氧; 针刺

面部表情是人类有别于其他动物的特殊面部征象,可传递人类最为细微的情感变化;当面神经受损导致面瘫时,容易对患者生理、心理及日常生活活动造成严重影响。周围性面瘫(peripheral facial paralysis)是一种临床常见病,其病因多与面神经受损有关;临床上约有 85% 面瘫患者经及时治疗后可完全恢复,但剩余患者经治疗后仍有不同程度后遗症,故如何改进治疗手段以进一步提高面瘫患者疗效是当前研究热点之一^[1,2]。本研究通过对我院 514 例周围性面瘫患者临床资料进行回顾性总结,拟探讨不同时机介入针刺或/和高压氧治疗对患者疗效的影响。现报道如下。

对象与方法

一、对象及分组

共选取 2001 年至 2011 年期间在我院就诊的周围性面瘫患者 514 例,患者纳入标准包括:①均符合单侧面瘫诊断标准^[3];②根据 House-Brackmann 分级法(H-B 分级)^[4]面神经功能为Ⅲ~Ⅵ级;③排除因脑血管疾病、外伤、肿瘤、手术、耳源性疾病等造成的周围性面瘫,无颅底疾病史;④无眼肌麻痹;⑤剔除妊娠期和产褥期患者;⑥头颅 CT 或/和 MRI 检查未发现阳性改变;⑦剔除资料不全者。入选患者中男 286 例,女 228 例;平均年龄 (52.6 ± 14.1) 岁。根据接受针刺和/或高压氧时间将其分为 7 组,分别是对照组、≤7 d 组、8~15 d 组、16~30 d 组、31~60 d 组、61~90 d 组和 >90 d 组,各组患者均于发病 3 d 内给予药物治疗。除对照组外,上述各组又分别根据接受针刺和/或高压氧情况细分为 3 个亚组,其中单纯给予针刺治疗者纳入针刺亚组,单纯给予高压氧治疗者纳入高压氧亚组,给予针刺及

高压氧治疗者则纳入联合治疗亚组。各组患者一般情况及病情详见表 1,表中数据经统计学比较,发现各组患者年龄、性别、治疗前 H-B 分级积分组间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 1 各组患者一般资料及病情比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	H-B 分级积分 (分, $\bar{x} \pm s$)	分型积分 (分, $\bar{x} \pm s$)
		男	女			
对照组	57	31	26	49.84 ± 16.79	4.46 ± 0.78	1.95 ± 0.74
≤7 d 组						
针刺亚组	26	15	11	53.69 ± 18.42	4.50 ± 0.76	1.85 ± 0.93
高压氧亚组	29	16	13	51.31 ± 17.05	4.55 ± 0.57	1.69 ± 0.66
联合治疗亚组	19	8	11	50.16 ± 14.59	4.63 ± 0.68	1.89 ± 0.74
8~15 d 组						
针刺亚组	23	13	10	49.83 ± 18.91	4.52 ± 0.85	1.83 ± 0.83
高压氧亚组	40	23	17	53.13 ± 13.72	4.43 ± 0.78	1.73 ± 0.72
联合治疗亚组	33	17	16	53.67 ± 13.30	4.39 ± 0.66	1.70 ± 0.73
16~30 d 组						
针刺亚组	30	16	14	54.60 ± 15.65	4.37 ± 0.77	1.83 ± 0.79
高压氧亚组	31	17	14	52.06 ± 15.23	4.42 ± 0.81	1.81 ± 0.70
联合治疗亚组	47	26	21	51.15 ± 10.67	4.38 ± 0.68	1.77 ± 0.67
31~60 d 组						
针刺亚组	18	10	8	53.67 ± 12.16	4.61 ± 0.78	2.50 ± 0.62
高压氧亚组	25	16	9	51.68 ± 11.94	4.44 ± 0.77	2.44 ± 0.71
联合治疗亚组	21	11	10	53.76 ± 17.03	4.62 ± 0.74	2.48 ± 0.60
61~90 d 组						
针刺亚组	17	9	8	51.76 ± 12.86	4.59 ± 0.62	2.59 ± 0.51
高压氧亚组	21	14	7	54.14 ± 9.47	4.52 ± 0.60	2.52 ± 0.51
联合治疗亚组	22	15	7	54.82 ± 7.78	4.59 ± 0.67	2.45 ± 0.51
>90 d 组						
针刺亚组	15	9	6	55.40 ± 11.76	4.80 ± 0.56	2.87 ± 0.35
高压氧亚组	20	10	10	55.45 ± 11.17	4.75 ± 0.72	2.80 ± 0.41
联合治疗亚组	20	10	10	55.45 ± 10.00	4.65 ± 0.67	2.80 ± 0.41

二、治疗方法

所有患者发病 3 d 内均给予扩血管药物、神经营养药物、早期抗病毒治疗 10 d, 其中 61 ~ 90 d 组中 3 个亚组强的松使用量为 5 ~ 10 mg/d, 用药持续时间 < 5 d, > 90 d 组中 3 个亚组急性期未给予激素治疗; 其他各组患者强的松使用量为 40 ~ 60 mg/d, 用药 5 ~ 7 d 后逐渐减量, 持续治疗 10 ~ 14 d 后停药。

高压氧治疗: 采用三舱七门国产高压氧舱群, 空气加压, 升、减压时间均为 20 min, 治疗压力 0.20 MPa, 患者吸入医用纯氧 80 min, 中间休息 10 min 改吸舱内空气, 1 次/d, 治疗 10 次为 1 个疗程, 每治疗 3 个疗程后休息 10 d。患者在治愈后继续巩固高压氧治疗 5 d, 未治愈者连续治疗 50 ~ 60 次停止。

针刺治疗: 主穴取牵正、翳风, 配穴取阳白、攒竹、丝竹空、四白、地仓、迎香、颧髎、下关、颊车、双合谷。急性期(病程 ≤ 7 d)主穴取平补平泻法; 配穴宜取浅刺、毛刺法, 留针 20 min, 1 次/d; 静止期(病程 8 ~ 15 d)主穴取提插泻法, 给足刺激量; 配穴针刺由浅至深, 取深刺、透刺法, 留针 30 min, 1 次/d; 恢复期(病程 16 ~ 30 d)主穴取捻转补法, 不宜强刺激; 配穴给予常规针刺手法治疗, 不宜透刺、深刺, 留针 30 min, 1 次/d; 后遗症期(病程 > 30 d)主穴可深刺, 面部患侧配穴给予浅刺、毛刺, 不要刺至肌层, 面部健侧穴可深刺, 留针 30 min, 1 次/d。各组患者针刺治疗持续时间依其病情恢复情况而定。

三、H-B 分级积分及疗效判定标准

H-B 分级积分具体标准如下: I 级(正常)——两侧面肌对称, 各区功能正常, 计 1 分; II 级(轻度功能异常)——面肌轻微无力, 可有很轻微的联带运动, 静态对称性及张力正常, 额运动良好, 眼微用力能完全闭拢, 口轻微不对称, 计 2 分; III 级(中度功能异常)——两侧面肌差异明显, 但无损面容, 可察觉到并不严重的联带运动、挛缩和/或平面痉挛, 静态对称性和张力正常, 额轻至中度运动, 眼用力能完全闭拢, 口使劲时轻微力弱, 计 3 分; IV 级(中重度功能异常)——总体面肌明显无力和/或毁容性不对称, 静态对称性和张力正常, 额运动无, 眼不能完全闭拢, 口使劲时不对称, 计 4 分; V 级(重度功能异常)——总体刚能察觉到面肌运动, 静态不对称, 额运动无, 眼不能完全闭拢, 口轻微运动, 计 5 分; VI 级(完全麻痹)——面肌不能运动, 张力消失, 无联带运动、挛缩和痉挛, 计 6 分^[4]。临床疗效判定标准如下: 治疗后 H-B 分级达 I 级为治愈, 达到 II 级为显效, H-B 分级提高了 2 级以上(含 2 级)为有效, 提高了 1 级为初效^[4]。

四、统计学分析

采用 Data Editor 软件建立数据库, 选用 SPSS 11.5 版统计学软件包进行数据分析, 各组均数间比较采用方差分析, 计数资料百分率的比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

本研究 514 例患者治疗前 H-B 分级积分平均为 (4.51 ± 0.72) 分; 共有单纯性面瘫 135 例 (26.26%), Bell 氏面瘫 203 例 (39.49%), Hunt 氏面瘫 176 例 (34.24%), 分型积分平均为 (2.08 ± 0.78) 分, 其中对照组及早期各组(包括 ≤ 7 d 组、8 ~ 15 d 组和 16 ~ 30 d 组)间分型积分差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 晚期各组(包括 31 ~ 60 d 组、61 ~ 90 d 组和 > 90 d 组)间

分型积分差异也无统计学意义 ($P > 0.05$)。晚期各组分型积分较对照组及早期各组明显增高, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$), 具体数据见表 1。

一、早期组和晚期组疗效及起效时间比较

本研究入选患者总有效率为 100%, 总治愈率为 46.89% (241/514); H-B 分级提高 1 级者占 100%, 提高 2 级以上(含 2 级)者占 71.60% (368/514); 早期组 278 例与晚期组 179 例患者的治愈率分别为 66.55% (185/278) 和 10.61% (19/179), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。早期组 H-B 分级提高 2 级以上(含 2 级)用时 (36.54 ± 13.00) d, 治愈用时 (40.31 ± 20.64) d, 与对照组[分别为 (34.71 ± 10.09) d 和 (47.24 ± 37.15) d]比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。晚期组 H-B 分级提高 2 级以上(含 2 级)用时 (90.55 ± 32.77) d, 治愈用时 (72.37 ± 5.09) d, 与对照组间差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

二、各亚组患者治愈率比较

≤ 7 d 组中高压氧亚组治愈率为 100%, 与该组中其他 2 个亚组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 61 ~ 90 d 组和 > 90 d 组中 6 个亚组治愈率最低, 均为 0, 与其他各亚组比较, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。8 ~ 15 d 组中高压氧亚组治愈率为 85%, 与 ≤ 7 d 组中针刺亚组和联合治疗亚组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但明显高于本组中针刺亚组、联合治疗亚组以及 16 ~ 30 d 组和 31 ~ 60 d 组中各亚组水平 ($P < 0.05$), 且低于 ≤ 7 d 组中高压氧亚组水平 ($P < 0.05$); 16 ~ 30 d 组中高压氧亚组治愈率为 61.29%, 明显高于同组中针刺亚组水平 ($P < 0.05$), 与同组中联合治疗亚组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。详见表 2。

≤ 7 d 组中针刺亚组治愈率为 65.38%, 与该组中联合治疗亚组、对照组、8 ~ 15 d 组中各亚组、16 ~ 30 d 组中高压氧亚组及联合治疗亚组治愈率间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 明显高于 16 ~ 30 d 组中针刺亚组水平 ($P < 0.05$)。≤ 7 d 组中联合治疗亚组治愈率为 78.95%, 与对照组、8 ~ 15 d 组中各亚组、16 ~ 30 d 组中高压氧亚组及联合治疗亚组治愈率间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

31 ~ 60 d 组中 3 个亚组治愈率间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 但明显高于 61 ~ 90 d 组及 > 90 d 组中各亚组治愈率 ($P < 0.05$)。

三、各亚组患者治愈时间比较

≤ 7 d 组中高压氧亚组治愈所需时间为 (20.21 ± 7.21) d, 与该组内其他亚组间差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); 31 ~ 60 d 组中 3 个亚组治愈所用时间分别为 (72.40 ± 10.04) d、 (72.13 ± 2.23) d、 (72.67 ± 2.34) d, 其间差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 与 ≤ 7 d 组及 16 ~ 30 d 组中针刺亚组治愈时间差异也无统计学意义 ($P > 0.05$), 但较 ≤ 7 d 组及 16 ~ 30 d 组中高压氧亚组及联合治疗亚组治愈时间明显延长, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 2。

8 ~ 15 d 组中高压氧亚组治愈时间为 (31.03 ± 8.56) d, 与该组及 ≤ 7 d 组中联合治疗亚组间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 但与其它各亚组治愈时间差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

≤ 7 d 组中针刺亚组治愈时间较该组中高压氧亚组及联合治疗亚组、8 ~ 15 d 组各亚组以及 16 ~ 30 d 组中高压氧亚组和

联合治疗亚组明显延长,差异均具有统计学意义($P < 0.05$); ≤ 7 d 组中针刺亚组治愈时间与 16~30 d 组中针刺亚组、31~60 d 组中 3 个亚组间差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 各组患者治愈率及治愈时间比较

组别	例数	治愈 [例(%)]	治愈时间 (d, $\bar{x} \pm s$)
对照组	57	37(64.91) ^{abc}	47.24 $\pm$ 37.15 ^{abdf}
≤ 7 d 组			
针刺亚组	26	17(65.38) ^{ae}	65.12 $\pm$ 46.12 ^{abf}
高压氧亚组	29	29(100.00)	20.21 $\pm$ 7.21 ^{bdf}
联合治疗亚组	19	15(78.95) ^{ae}	36.47 $\pm$ 9.61 ^{adf}
8~15 d 组			
针刺亚组	23	13(56.52) ^{ab}	46.92 $\pm$ 8.33 ^{abdf}
高压氧亚组	40	34(85.00) ^{ace}	31.03 $\pm$ 8.56 ^{adf}
联合治疗亚组	33	21(63.64) ^{abe}	32.52 $\pm$ 8.87 ^{adf}
16~30 d 组			
针刺亚组	30	9(30.00) ^{abcd}	63.78 $\pm$ 3.77 ^{ab}
高压氧亚组	31	19(61.29) ^{abe}	47.21 $\pm$ 4.63 ^{abdf}
联合治疗亚组	47	28(59.57) ^{abe}	49.93 $\pm$ 4.92 ^{abdf}
31~60 d 组			
针刺亚组	18	5(27.78) ^{abcd}	72.40 $\pm$ 10.04 ^{ab}
高压氧亚组	25	8(32.00) ^{abcd}	72.13 $\pm$ 2.23 ^{ab}
联合治疗亚组	21	6(28.57) ^{abcd}	72.67 $\pm$ 2.34 ^{ab}
61~90 d 组			
针刺亚组	17	0(0) ^{abcde}	—
高压氧亚组	21	0(0) ^{abcde}	—
联合治疗亚组	22	0(0) ^{abcde}	—
>90 d 组			
针刺亚组	15	0(0) ^{abcde}	—
高压氧亚组	20	0(0) ^{abcde}	—
联合治疗亚组	20	0(0) ^{abcde}	—

注:与 ≤ 7 d 组中高压氧亚组比较,^a $P < 0.05$;与 8~15 d 组中高压氧亚组比较,^b $P < 0.05$;与 16~30 d 组中高压氧亚组比较,^c $P < 0.05$;与 ≤ 7 d 组中针刺亚组比较,^d $P < 0.05$;与 31~60 d 组中针刺亚组比较,^e $P < 0.05$;与 31~60 d 组中各亚组比较,^f $P < 0.05$

讨 论

本研究入选患者总治愈率(46.89%)偏低,尤其是晚期组(包括 31~60 d 组、61~90 d 组和 >90 d 组)患者治愈率仅为 10.61%,明显低于早期组(包括 ≤ 7 d 组、8~15 d 组和 16~30 d 组)患者治愈率 66.19%($P < 0.05$);其中 61~90 d 组和 >90 d 组治愈率为 0,31~60 d 组治愈率也不过 29.69%。究其原因,可能与入选患者以下特征有关:①患者年龄偏大,有研究发现,年龄 >45 岁患者其周围性面瘫自然痊愈率随年龄增加而下降,大于 60 岁患者只有 1/3 能完全恢复^[5]。一般情况下儿童及青年患者较老年患者疗程短、预后好、后遗症及并发症发病率低,可能与老年患者体质差、容易患糖尿病、高血压等疾病有关^[2]。②面瘫分型积分偏高。本研究患者面瘫分型积分平均为(2.08 $\pm$ 0.78)分,表明 Bell 氏面瘫和 Hunt 氏面瘫占比较大,如入选患者单纯性面瘫占 26.26%,Bell 氏面瘫占 39.49%,Hunt 氏面瘫占 32.24%,尤其是晚期组分型积分明显高于早期组($P < 0.05$)。刘华^[6]报道单纯性面神经炎治愈率最高,Bell 氏面瘫次之,Hunt 氏面瘫最低,而且治愈所需疗程也是单纯性

面神经炎最短,Bell 氏面瘫次之,Hunt 氏面瘫最长。③H-B 分级积分偏高。本研究患者 H-B 分级积分平均为(4.51 $\pm$ 0.72)分,处于中重度功能障碍水平。④激素治疗不规范。激素和抗病毒是周围性面瘫早期两大经典治疗手段。炎症引起水肿是导致周围性面瘫的主要原因,皮质醇激素能加快面瘫患者神经功能恢复。激素治疗越早越好,应在出现症状 24 h 内即给予激素治疗^[1];而本研究中 61~90 d 组应用激素剂量及时间不足,>90 d 组患者早期未使用激素。⑤高压氧治疗不及时。本研究 514 例患者中第一时间(病程 ≤ 7 d)接受高压氧治疗者仅有 48 例,占总患者数量的 9.34%。⑥合并症问题。本研究入选患者中合并糖尿病患者占 35.80%、合并高血压者占 41.44%,尤其是糖尿病和高血压在晚期组患者中较常见($P < 0.01$)。有文献报道,糖尿病、高血压能导致微血管病变、微循环障碍及周围神经病变等,从而加重面神经病理改变,故合并糖尿病、高血压的面神经炎患者预后通常较差^[2]。

本研究 514 例患者中急性期(病程 <7 d)高压氧亚组治愈率(100%)最高,明显高于其他各亚组水平($P < 0.05$);其治愈时间平均为(20.21 $\pm$ 7.21) d,最短者仅用 9 d 即治愈。静止期(病程为 8~15 d)高压氧亚组治愈率为 85%,也明显高于同一时期针刺亚组、联合治疗亚组以及对照组、恢复期(病程 16~30 d)各亚组水平,治愈时间也明显短于相同时期针刺亚组水平,与同组和急性期联合治疗亚组治愈时间相当;恢复期高压氧亚组治愈率(61.29%)与联合治疗亚组治愈率(59.57%)间差异无统计学意义($P > 0.05$),两者均显著高于同期针刺亚组治愈率水平(30.00%);恢复期高压氧亚组治愈时间与联合治疗亚组治愈时间相当($P > 0.05$),均显著短于同期针刺亚组水平;后遗症期(病程 >30 d)高压氧亚组、针刺亚组及联合治疗亚组其治愈率、治愈时间组间差异均无统计学意义($P > 0.05$),提示在后遗症期才开始介入高压氧治疗,对患者治愈率及治愈时间并无明显影响作用。由此可见高压氧早期介入可明显提高面瘫患者治愈率、缩短治愈时间。相关动物实验及临床研究均证实,高压氧对机体受损神经功能具有改善作用,能提高神经组织氧张力,减轻各种原因导致的神经水肿,挽救濒死组织细胞;抑制自由基介导的脂质过氧化过程,从而改善神经组织微循环;促使组织型纤溶酶原激活物(tissue-type plasminogen activator, tPA)增加、纤溶酶原激活物抑制物(plasminogen activator inhibitors, PAI)减少,增加组织血流,减少血栓形成,降低红细胞及血小板聚集性,改善微循环;同时高压氧还能加速神经髓鞘再生,有利于受损神经功能恢复^[7]。

本研究中急性期针刺亚组患者治愈率为 65.38%,尽管联合治疗亚组辅以针刺及高压氧治疗,治愈率也才提高至 78.95%,与针刺亚组间差异不显著($P > 0.05$),也并没有优于单纯给予药物治疗的对照组治愈率;在疾病静止期也观察到同样现象。在治愈时间方面,急性期针刺亚组治愈时间明显长于早期组各亚组及对照组,甚至与晚期组治愈时间相当($P > 0.05$);静止期针刺亚组治愈时间较急性期针刺亚组明显缩短,但较同组中高压氧亚组及联合治疗亚组明显延长,后两亚组治愈时间组间差异不显著($P > 0.05$)。恢复期高压氧亚组与联合治疗亚组治愈率相当($P > 0.05$),均显著高于针刺亚组水平($P < 0.05$);在治愈时间方面联合治疗亚组明显短于针刺亚组及高压氧亚组($P < 0.05$)。王辉^[8]提出过早针刺会使局部组织

处于持续充血状态,加重水肿神经炎性病变,不利于面神经功能恢复。但也有学者指出,采用毫针轻刺法治疗急性期面瘫患者,与急性期后使用针刺疗效进行对比,发现水肿程度两者间差异无统计学意义($P > 0.05$),但前者水肿持续时间明显缩短^[9]。笔者认为,急性期和静止期应避免使用针刺治疗,恢复期可选用针刺联合高压氧治疗,避免单独采用针刺治疗;后遗症期针刺、高压氧或针刺联合高压氧治疗其疗效差异不显著,可根据患者接受程度合理选择。

综上所述,周围性面瘫患者一旦发病应立即规范就诊、治疗。首选治疗方案为药物并高压氧治疗,早期药物治疗除了扩血管、营养神经外,抗病毒及短期激素治疗不容忽略;急性期和静止期最好不给予针刺治疗,恢复期除药物及高压氧治疗外,可辅以前刺治疗;后遗症期最好给予药物、针刺及高压氧综合治疗。

参 考 文 献

[1] 韩维举,韩东一.周围性面瘫.中华耳科学杂志,2010,8:110-116.

- [2] 倪珊珊,高旭超.影响周围性面瘫预后的因素探析.山东中医药大学学报,2009,33:476-479.
- [3] 王维治.神经病学.北京:人民卫生出版社,2002:81-82.
- [4] House J,Brackmann D. Facial nerve grading system. Otolaryngol Head Neck Surg,1985,93:663-673.
- [5] 郑光新,赵晓鸥,崔晓倩,等. Bell 麻痹治疗效果的影响因素分析.中国康复医学杂志,2005,20:830-832.
- [6] 刘华.周围性面瘫神经定位与针刺疗效的关系.中国康复理论与实践,2007,13:551-552.
- [7] 李雁,陶剑,黄绳跃,等.高压氧治疗脑外伤并视神经损伤的疗效分析.中华航海医学与高气压医学杂志,2007,14:272-275.
- [8] 王辉.分期外治周围性面瘫 130 例.中医外治杂志,2005,14:28-29.
- [9] 周云霞.风寒型周围性面瘫急性期的针刺治疗体会.中华现代中医学杂志,2006,2:153-155.

(修回日期:2013-08-26)

(本文编辑:易 浩)

调制中频电联合甲钴胺茎乳孔旁注射治疗面神经麻痹的疗效观察

王俊 凌琳 杨万章 盛佑祥 向云 陶红星 吴芳 赵宁

【摘要】目的 观察调制中频电联合甲钴胺茎乳孔旁注射治疗面神经麻痹的临床疗效。**方法** 采用随机数字表法将 40 例面神经麻痹患者分为治疗组及对照组。2 组患者均给予常规治疗,包括改善微循环药物、B 族维生素、针灸、面部肌肉推拿等;治疗组患者在此基础上给予调制中频电及甲钴胺茎乳孔旁注射治疗。于治疗前、治疗 4 周后分别采用 House-Brackman(HBN)评级及 Sunny brook 评分对 2 组患者进行疗效评定。**结果** 2 组患者分别经 4 周治疗后,发现治疗组 HBN 评级及 Sunny brook 评分[(63.20 ± 13.33)分]、对照组 HBN 评级及 Sunny brook 评分[(50.35 ± 14.79)分]均较治疗前明显改善($P < 0.05$);进一步比较发现,治疗组 HBN 评级及 Sunny brook 评分均显著优于对照组水平($P < 0.05$)。**结论** 调制中频电联合甲钴胺茎乳孔旁注射对面神经麻痹具有协同治疗作用,能进一步提高患者疗效,该联合疗法值得临床推广、应用。

【关键词】 电刺激; 面神经麻痹; 甲钴胺; 调制中频电

面神经麻痹是以颜面表情肌群运动功能障碍为主要特征的一类常见病,其患者数量占面瘫患者总数的 73%^[1-2],临床上以 Bell 面瘫较常见,虽然大多数患者可满意自愈,但仍有 20%~30% 患者无法完全恢复,需辅以积极治疗^[3]。目前临床治疗面神经麻痹的方法包括药物、物理因子、手术、针灸及高压氧等手段^[4-7],但各种疗法均具有一定局限性。我科联合采用调制中频电及甲钴胺(即甲基维生素 B₁₂)茎乳孔旁注射治疗面神经麻痹恢复期患者,临床疗效满意。现报道如下。

对象与方法

一、研究对象

共选取 2010 年 1 月至 2012 年 6 月期间在广东医学院附属

南山医院康复医学科就诊的面神经麻痹患者 40 例。患者纳入标准:①面部表情肌突发性完全瘫痪;②病程 1 周以上;③签署知情同意书。患者剔除标准:①病程处于急性期,仍需皮质类固醇激素、抗病毒治疗;②其周围性面瘫系外伤、糖尿病、中枢神经系统、后颅窝、耳、腮腺等疾病所致。采用随机数字表法将入选患者分为治疗组及对照组,每组 20 例患者。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,发现组间差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

表 1 入选时 2 组患者一般情况及病情比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (d, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		
治疗组	20	11	9	40.25 ± 11.11	22.5 ± 10.6
对照组	20	13	7	41.60 ± 12.07	20.0 ± 9.5

二、治疗方法

2 组患者均给予常规治疗,包括:①针刺疗法,主穴为风池、

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2013.10.019

作者单位:518012 深圳,广东医学院附属南山医院康复医学科

通信作者:杨万章,Email:ywz565@sina.com