

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,可辅以针刺治疗;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;治疗组患者在上述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

表 2 治疗前、后 2 组患者 HBN 评级及 Sunny brook 评分比较

组别	例数	治疗前 HBN 评级(例)						治疗后 HBN 评级(例)						Sunny brook 评分(分, $\bar{x} \pm s$)	
		Ⅵ级	V级	Ⅳ级	Ⅲ级	Ⅱ级	I级	Ⅵ级	V级	Ⅳ级	Ⅲ级	Ⅱ级	I级	治疗前	治疗后
治疗组	20	2	12	6	0	0	0	0	0	4	6	10 ^{ab}	0	31.15 ± 11.74	63.20 ± 13.33 ^{ab}
对照组	20	2	11	6	1	0	0	0	1	10	6	3 ^a	0	33.60 ± 11.51	50.35 ± 14.79 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组相同时间点比较,^b $P < 0.05$

翳风、牵正、颊车、地仓、阳白、鱼腰、瞳子髎、下关,配穴为合谷、迎香、太冲。采用苏州产华佗牌 0.35 mm × 30 mm 一次性无菌针灸针进行针刺,患侧阳白透鱼腰、鱼腰透瞳子髎、四白透地仓、下关透颊车、颊车透地仓,均斜刺或平刺,合谷直刺。待针刺得气后留针 30 min,每 10 min 捻转泻法 1 次;上述针刺治疗每日 1 次,每周治疗 5 d,连续治疗 4 周。②药物治疗,给予患者 B 族维生素(口服)及改善微循环药物治疗。③面部表情肌训练,采用徒手接触法及最大阻力法,嘱患者根据治疗师发出的指令做不同面肌运动,每日 1 次,每周治疗 5 d,连续治疗 4 周。

治疗组在上述基础上辅以调制中频电及甲钴胺茎乳孔旁注射治疗。首先进行甲钴胺茎乳孔旁注射,嘱患者取侧卧位,患侧脸朝上,于乳突下沿与耳根连线中点处用 5 ml 注射器直刺 1.5 cm,如回抽无血后,缓缓推注甲钴胺针剂 500 μg,注射完毕后应用消毒干棉签按压注射部位并缓慢拔出针头,再用消毒棉签压迫注射部位不少于 5 min。每日注射 1 次,每周治疗 5 d,连续治疗 4 周。待甲钴胺注射结束 1 h 后行调制中频电疗,采用 J18A1 型电脑中频治疗仪(北京产),将直径 2.0 cm 圆形电极片分别置于患侧耳屏前 2 cm 处、口轮匝肌、眼轮匝肌、额肌、颧大肌等部位,选择 8 号治疗处方,中频频率为 4 kHz,调制低频频率为 1/5 ~ 150 Hz,调制波形为三角波,调幅度为 100%,电刺激强度以患者耐受为限,每次治疗 20 min,每日治疗 1 次,每周治疗 5 d,连续治疗 4 周。

三、疗效评定方法

于治疗前、治疗 4 周后分别采用 House-Brackmann (HBN) 评级及 Sunny brook 面神经评分对 2 组患者进行疗效评定,其中 HBN 评定结果根据患者病情分为 6 级,I 级表示功能正常,Ⅱ级表示轻度功能障碍,Ⅲ级表示中度功能障碍,Ⅳ级表示中重度功能障碍,V 级表示重度功能障碍,Ⅵ级表示全瘫^[8];Sunny brook 面神经评分系统能从静态和动态两方面对患者面神经功能进行评定,其分值范围为 0 ~ 100 分,分值越高表示面神经功能越好^[9]。

四、统计学分析

本研究所得计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 SPSS 13.0 版统计学软件包进行数据分析,计量资料比较采用 t 检验,等级资料比较采用两独立样本 Wilcoxon 秩和检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

治疗前 2 组患者 HBN 评级、Sunny brook 评分组间差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗 4 周后 2 组患者 HBN 评级、Sunny brook 评分均较治疗前明显改善($P < 0.05$);进一步比较发现,治疗 4 周后治疗组患者 HBN 评级、Sunny brook 评分均显著优于对照组水平,组间差异均有统计学意义($P < 0.05$),具体数据见表 2。

讨 论

面神经麻痹造成周围性面瘫,影响患者颜面表情及眼睛闭合功能,对患者心理、生理等均造成严重负担^[10]。目前相关临床治疗指南建议面神经麻痹早期(发病 72 h 以内)给予皮质类固醇、抗病毒药物治疗^[11];头颈外科医师认为发病 3 周 ~ 1 个月后可进行面神经减压术治疗,但该手术疗效欠佳,且常导致听力损失等并发症^[6]。另有大量报道显示针刺、面部推拿、药物治疗、高压氧等对面神经麻痹均有一定疗效,但起效时间缓慢,患者治疗依从性欠佳^[5,6]。

调制中频电具有低频电和中频电两种电刺激特性,通过预先设定的程序刺激肌肉收缩,有助于改善被刺激肌肉或肌群功能^[12-13]。甲钴胺是一种新型辅酶型维生素 B₁₂ 制剂,被广泛应用于治疗各种周围神经疾病,能够提高神经细胞内核酸及蛋白质含量,促进髓鞘主要成分卵磷脂合成,具有修复受损神经、改善神经传导速度等功效^[14-15]。本研究结果表明,对照组患者治疗后其 HBN 评级较治疗前改善,Sunny brook 评分较治疗前提高,提示常规治疗对面神经麻痹具有一定疗效;治疗组患者在常规干预基础上辅以调制中频电疗及甲钴胺注射,发现其 HBN 评级及 Sunny brook 评分均较对照组进一步改善($P < 0.05$),提示调制中频电联合甲钴胺注射对治疗面神经麻痹具有协同作用,能进一步提高患者疗效。其相关治疗机制包括:面瘫患者经甲钴胺茎乳孔旁注射后,使得药物直达面神经出口处,导致面神经周围血药浓度明显提高,药物也更容易进入神经组织细胞器内,从而加速受损神经组织修复,提高神经传导功能^[14-15]。待甲钴胺注射结束后再辅以调制中频电疗,通过预先设定的程序刺激面部表情肌运动,有助于增强相关神经元活性,加速神经髓鞘病变修复,进而促使患者面部肌群运动功能改善,进一步提高临床疗效^[13]。

参 考 文 献

- [1] Gilden DH. Clinical practice. Bell's Palsy. N Engl J Med, 2004, 351: 1323-1331.
- [2] 金世明,高志强. 贝尔麻痹治疗指南. 国际耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2006, 30: 274.
- [3] 迟放鲁. 面神经研究与发展方向. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2006, 41: 3-4.
- [4] Chan JY, Byrne PJ. Management of facial paralysis in the 21st century. Facial Plast Surg, 2011, 27: 346-357.
- [5] Pereira LM, Obara K, Dias JM, et al. Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis. Clin Rehabil, 2011, 25: 649-658.
- [6] Smouha E, Toh E, Schaitkin BM. Surgical treatment of Bell's palsy: current attitudes. Laryngoscope, 2011, 121: 1965-1970.
- [7] 冯殿恩, 勒令经, 王鹏. 面瘫与面肌痉挛. 上海: 上海科学技术出版

- 社,2011:41-45.
- [8] 李健东. 面神经评分标准. 国外医学耳鼻咽喉科学分册,2005,06:391.
- [9] 李阳,高志强. 面神经功能评价方法. 协和医学杂志,2012,2:227-230.
- [10] Donald H, Gilden MD, Kenneth L, et al. Bell's palsy-Is glucocorticoid treatment Enough? N Engl J Med,2007,357:1653-1655.
- [11] Hato N, Yamada H, Kohno H, et al. Valacyclovir and prednisolone treatment for Bell's palsy: a multicenter, randomized, placebo-controlled study. Otol Neurotol,2007,28:408-413.
- [12] 南登崑. 康复医学. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2008:115.
- [13] 王俊,杨万章,吴芳,等. 调制中频电联合弥可保球旁注射治疗神经源性眼外肌麻痹. 国际眼科杂志,2011,11:693-695.
- [14] 蔡斌,赵合庆. 甲钴胺治疗周围性面瘫临床研究. 临床和实验医学杂志,2006,5:1136-1137.
- [15] 杨万章,吴芳,盛佑祥,等. 弥可保注射液茎乳孔外及穴位注射配合针刺治疗周围性面瘫 144 例比较分析. 医学研究杂志,2009,38:126-129.

(修回日期:2013-08-02)

(本文编辑:易 浩)

重复经颅磁刺激与无抽搐电休克治疗首发抑郁症的临床对照研究

张传波

【摘要】 目的 探讨重复经颅磁刺激(rTMS)与无抽搐电休克(MECT)治疗首发抑郁症的临床疗效和安全性。**方法** 选取 80 例首发抑郁症患者,将其按随机数字表法分为研究组(40 例)和对照组(40 例)。2 组患者均采用抗抑郁药文拉法辛(75~150 mg/d)或米氮平(15~30 mg/d)进行治疗,研究组在此基础上加用 rTMS 治疗,每周 5 次,共 2 周;对照组在药物基础上辅以 MECT 治疗,每周 3 次,共 2 周。治疗前、治疗后第 1,2,4,6 周末,采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评定 2 组患者的临床疗效,应用副反应量表(TESS)评定 2 种治疗方法的安全性。**结果** 治疗前,2 组患者 HAMD 评分结果组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2 组患者 HAMD 评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);与研究组治疗后 1 周[(16.510±3.129)分]及 2 周[(9.100±2.968)分]比较,对照组治疗后 1 周[(14.070±4.910)分]及 2 周[(7.800±3.299)分]均较低($P<0.05$);治疗后第 4 周及第 6 周,研究组 HAMD 评分与对照组 HAMD 评分间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者治疗后抑郁状况均较治疗前改善,治疗后,研究组的治疗总有效率(97.5%)低于对照组(100.0%),但差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗中,研究组和对照组分别有 6 例和 7 例出现不良反应,发生率分别为 15.0% 和 17.5%,2 组不良反应发生率之间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 重复经颅磁刺激治疗首发抑郁症与无抽搐电休克疗效相当,能迅速缓解症状,不良反应较少,安全性及依从性好,值得临床推广、应用。

【关键词】 重复经颅磁刺激; 无抽搐电休克; 首发抑郁症

抑郁症是一种情感性精神障碍疾病,严重危害着人类的身心健康,其患病率为 3%~5%,自杀率为 10%~15%^[1]。据统计,有 15%~25% 企图自杀的抑郁症患者最终自杀成功^[2]。目前,抑郁症已经成为世界上威胁人类健康的第四大疾病^[3]。抑郁症具有高复发性,若不及时治疗,则会导致其反复发作并发展成为难治性抑郁症,自杀倾向将进一步加重。因此,早期诊断和早期规范治疗对于抑郁症患者的疾病康复非常关键,探索一种安全、快速、有效的治疗方法对抑郁症患者也具有重要意义。本研究在抗抑郁药物基础上辅以重复经颅磁刺激(repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS)和无抽搐电休克(modified electroconvulsive therapy, MECT)治疗,旨在对 rTMS 和 MECT 的疗效、安全性及依从性进行探讨,为临床应用提供理论依据。

对象与方法

一、一般资料

选取 2012 年 2 月至 2012 年 9 月在潍坊市精神卫生中心住院的首发抑郁症患者 80 例,按随机数字表法将其分为研究组和对照组,每组 40 例。纳入标准:①符合中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版(Chinese classification and diagnostic criteria for mental disorders third edition, CCMD-3)中抑郁症的诊断标准^[4];②年龄 20~60 岁之间;③文化程度为初中以上;④汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)评分≥18 分;⑤首发抑郁症患者;⑥患者或家属(监护人)均签署知情同意书。排除标准:①因脑器质性精神障碍、精神活性物质及非成瘾物质所致的抑郁患者;②复发性抑郁症;③双向情感障碍所致的抑郁发作患者;④抑郁性人格障碍患者。2 组患者性别、年龄、病程、文化程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,详见表 1。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2013.10.020

基金项目:潍坊市科学技术发展计划(20121217)

作者单位:262400 潍坊,潍坊市精神卫生中心