

· 临床研究 ·

电针治疗 400 例特发性面神经麻痹疗效及相关因素的分析

杨伯品 冯珍 杨初燕 刘敏

【摘要】目的 观察电针治疗 400 例特发性面神经麻痹的疗效及相关因素的分析。**方法** 400 例特发性面神经麻痹患者在病程 >7 d 时均应用电针治疗,并观察初次电针治疗时肌肉收缩反应及其后的效果;分析初次电针治疗时肌肉收缩反应与治疗次数的关系以及病程与疗效的关系。**结果** 初次电针治疗肌肉收缩反应良好患者的痊愈率、显效率明显高于肌肉收缩反应微弱或无反应患者($P < 0.01$ 或 0.05),且平均治疗次数明显少于后者($P < 0.01$)。病程 ≤7 d 的患者与病程为 8~30 d 患者和病程 >30 d 患者的痊愈率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),病程为 8~30 d 与病程 >30 d 的患者的显效率比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 初次电针治疗特发性面神经麻痹时肌肉收缩反应不良者不宜采用电针治疗,应考虑其他更为合理的物理治疗方法。

【关键词】 面神经麻痹; 电针治疗; 低频方波电流

特发性面神经麻痹或贝尔麻痹亦称面神经炎,是茎乳突孔内神经非特异性炎症所致的周围性面瘫,病因不明,由于骨性神经管只能容纳面神经通过,故面神经一旦缺血、水肿,必然导致面神经受压。病毒感染、自主神经功能不稳等均可导致局部神经营养血管痉挛,神经缺血、水肿,出现面肌瘫痪。本研究 400 例面神经麻痹即属此类,不包括外伤、耳源性肿瘤压迫等所致面神经麻痹。

资料与方法

一、临床资料

特发性面神经麻痹患者 400 例,其中男 218 例,女 182 例;左侧面瘫 186 例,右侧面瘫 214 例;病程 ≤7 d 180 例;8~30 d 173 例;>30 d 47 例;初次电针治疗时肌肉收缩反应良好(阈上刺激,收缩明显)者 331 例,微弱或无收缩(极限刺激)者 69 例。

二、治疗方法

在发病 7 d 内均先用超短波电疗,微热量,15 min,每日 1 次。凡病程 >7 d,即行电针治疗,以患侧面神经总干(相当颊车穴)及其 3 个分支的运动点为刺激点,用 1~1.5 寸毫针捻转刺入有麻胀感后,应用上海产 G6805-2 电针治疗机进行电针治疗,用断续波,即方波,0.6~100 Hz 可调,电流强度为阈上刺激(以引起肌肉收缩为度),每日 1 次,每次 20 min,15 次为 1 个疗程。同时配合红外线治疗。如需继续治疗,间断 1 周,继续下 1 个疗程。治疗次数,最少 6 次,最多 70 次,平均 16.29 次。

三、疗效标准

痊愈:症状全部消失,面肌功能恢复正常(眼闭合有力,鼻唇沟对称,露齿,撅唇无歪斜,鼓腮不漏气);显效:症状消失(眼闭合,可以鼓腮,患侧鼻唇沟略浅,口角稍斜);进步:症状及面肌功能改善;无效:症状及面肌功能无改善。

四、统计学分析

采用 SPSS 10.0 版统计软件,统计方法采用 χ^2 检验。

结果

一、疗效

痊愈 244 例(61.00%);显效 75 例(18.75%);进步 59 例(14.75%);无效 22 例(5.50%),总有效率 94.50%。

二、疗效与相关因素的关系

1. 初次电针治疗时肌肉收缩反应与疗效的关系:肌肉收缩反应良好与收缩微弱或无收缩患者的痊愈率比较差异有统计学意义($P < 0.01$);显效率比较差异亦有统计学意义($P < 0.05$);有效率比较差异亦有统计学意义($P < 0.01$),说明初次电针治疗时肌肉反应良好患者的痊愈率、显效率、有效率均明显优于肌肉反应微弱或无收缩的患者。见表 1。

2. 初次电针治疗时肌肉收缩反应与治疗次数的关系:初次电针治疗时,肌肉收缩良好者平均治疗次数 15.39 次;而初次电针刺激肌肉收缩微弱或无收缩者平均治疗次数 22.65 次,明显多于肌肉反应良好者($P < 0.01$)。见表 2。

3. 病程与疗效的关系:病程 ≤7 d 与 8~30 d 患者的痊愈率比较差异有统计学意义($P < 0.05$);病程 8~30 d 与 >30 d 患者的显效率比较差异有统计学意义($P < 0.01$);说明病程 ≤30 d 比 >30 d 患者显效率高。见表 3。

表 1 初次电针治疗时不同肌肉收缩反应患者的疗效比较(例,%)

肌肉收缩状态	例数	痊愈率	显效率	进步	无效
良好	331	244(73.7) ^a	68(20.54) ^b	11(3.23)	8(2.41)
微弱或无收缩	69	0(0)	7(10.14)	48(69.56)	14(20.29)

注:与微弱或无收缩比较,^a $P < 0.01$,^b $P < 0.05$

表 2 初次电针治疗时不同肌肉收缩反应患者的治疗次数比较($\bar{x} \pm s$)

肌肉收缩情况	例数	电流量	平均治疗次数(次)
良好	331	阈上刺激	15.39 ^a
微弱或无收缩	69	极限刺激	22.65

注:与微弱或无收缩比较,^a $P < 0.05$

表 3 不同病程患者的疗效比较(例,%)

病程	例数	痊愈	显效	有效	无效
≤7 d	180	125(69.44) ^a	30(16.67)	178(98.99)	2(1.11)
8~30 d	173	104(61.12)	41(23.7) ^b	171(98.84)	2(1.16)
>30 d	47	11(23.4)	5(10.6)	34(72.34)	13(27.66)

注:与 8~30 d 和病程 >30 d 患者比较,^a $P < 0.05$;与 >30 d 患者比较,^b $P < 0.01$

讨 论

本研究观察了 400 例特发性面神经麻痹电针治疗效果,全部患者均在发病 7 d 以上行电针治疗^[1,2]。在急性期除常规的药物治外,仅用超短波治疗,以消除炎性水肿,减轻或消除神经管内的压力^[3],随后行电针治疗,取得了较好的效果,其有效率为 94.5%,显效率为 79.75%。观察发现,初次电针治疗时肌肉收缩反应良好的患者,痊愈率及有效率均明显高于肌肉收缩微弱或无收缩反应的患者,平均治疗次数亦明显少于肌肉收缩反应微弱或无反应患者($P < 0.01$),初次电针治疗的肌肉收缩反应相当于初步电诊断。当面神经反应良好时,说明面神经尚未处于变性状态,而肌肉收缩反应微弱或无反应时,说明面神经已处于部分或完全变性反应状态^[4],故在指导制定治疗方案时很有参考价值^[5],虽然不是一个规范的电诊断,但对于简化电诊断的繁琐操作,减轻患者的负担和痛苦,方便基层医务人员很有实用价值。我们认为,电针治疗面神经麻痹,应引起面肌收缩反应才能起到较好治疗作用,实验证明,电刺激引起的节律收缩,能使正常肌肉动脉血流增加 86%,保留肌中糖原含量,借此减少肌中蛋白质消耗,肌消耗减轻。肌肉节律性收缩与舒张的“唧筒效应”能促进淋巴回流,改善代谢和营养,延缓肌萎缩,保留肌肉结缔组织的正常功能,防止挛缩和束间凝

集,抑制肌肉纤维化,增加肌力^[1]。如果电针治疗不能引起面肌收缩反应,其作用甚微。此时应采用其他更为合理的治疗方法,如等幅中频电疗、三角波电疗等。同时,治疗效果与病程也有密切关系,病程长者疗效差,病程在 30 d 以内较 30 d 以上的患者治疗效果好($P < 0.01$),说明病程长,面神经变性可能更为严重。关于面神经麻痹电针治疗的刺激点我们选择患侧面神经的运动点,即总支与上、中、下支,一般用 4 针,如在恢复期,仅某支损伤,亦可用 2 针,针形电极易于准确作用于运动点。

参 考 文 献

- [1] 郭万学. 理疗学. 北京:人民卫生出版社,1984;111-119.
- [2] 吴列. 针灸治疗周围性面瘫 104 例疗效观察. 解放军医学高等专科学校学报,1997,25:58.
- [3] 林超群. 针刺配合超短波治疗急性期周围性面瘫临床疗效观察. 针灸临床杂志,2002,18:6-7.
- [4] 董友全. 电针治疗判断周围性面瘫预后. 针灸临床杂志,2005,21:41.
- [5] 乔志恒. 物理治疗全书. 北京:科学技术文献出版社,2001:576.

(修回日期:2010-12-20)

(本文编辑:松 明)

. 临床研究 .

关节腔内不同浓度臭氧注射治疗膝骨性关节炎的疗效观察

王建伟 张亚峰 马勇 徐兵 王庆 尹恒

医用臭氧(medical ozone, O_3)介入治疗是近年来逐渐兴起的一项疼痛治疗技术,臭氧作为一种强氧化剂,具有抗炎、止痛等功效。国内外已有多项研究采用臭氧治疗腰椎间盘突出症、软组织损伤及多种疼痛性疾病,并取得满意疗效^[1]。本研究采用关节腔内不同浓度臭氧注射治疗膝骨性关节炎(osteoarthritis, OA)患者,取得较好疗效。现报道如下。

资料及方法

一、研究对象

共选取 2008 年 1 月至 2009 年 4 月间在我院住院治疗的膝 OA 患者 106 例(共 131 个患膝),患者均有膝关节疼痛,并伴有活动动能受限,符合 2002 年中华骨科学会制订的《骨性关节炎诊治指南草案》中关于 OA 的诊断标准^[2];患者排除标准如下:关节间隙显著狭窄或关节间形成骨桥连接而呈骨性僵直者,有

急性外伤史,最近 4 周内接受过膝关节局部注射或关节腔穿刺冲洗治疗者,甲状腺功能亢进者^[3]。采用随机数字表法将入选患者分为治疗 A 组及治疗 B 组。治疗 A 组共有患者 62 例(共 81 个患膝),其中男 24 例,女 38 例;年龄 51~82 岁,平均 64.6 岁;病程 3~72 个月,平均 20.6 个月;关节肿胀 14 例(共 18 个患膝),关节畸形 9 例(共 11 个患膝)。治疗 B 组共有患者 44 例(共 50 个患膝),其中男 17 例,女 27 例;年龄 53~80 岁,平均 62.7 岁;病程 3~64 个月,平均 18.0 个月;关节肿胀 12 例(共 15 个患膝),关节畸形 7 例(共 10 个患膝)。2 组患者一般情况及病情经统计学比较,发现组间差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

2 组患者均给予臭氧关节腔内注射治疗,采用意大利 Ozone E80 型医用臭氧发生器,治疗 A 组患者注射臭氧浓度为 35 $\mu\text{g}/\text{ml}$,治疗 B 组患者注射臭氧浓度为 50 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 。治疗时嘱患者取仰卧位,常规消毒铺巾,患肢保持屈膝 90°位,有关节积液者则先抽尽积液。在患者膝关节周围探寻疼痛敏感点,有疼痛敏感点者先行臭氧疼痛点注射,用注射器抽取浓度为 35 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 或 50 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 的臭氧直接注入疼痛点,注射点通常为肌腱、筋膜与骨骼组织附着处,注射量为 3~5 ml,一般注射 2~3

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2011.03.010

作者单位:214001 无锡,南京中医药大学附属无锡医院骨科(王建伟、张亚峰、徐兵、王庆、尹恒);南京中医药大学(马勇)

通信作者:张亚峰,Email:orthozhang@sina.com