

· 临床研究 ·

面肌操在周围性面神经炎功能恢复中的作用

李莎 覃勇 鄂建设

【摘要】目的 探讨面肌操对周围性面神经炎功能恢复的影响。**方法** 将 100 例周围性面神经炎的患者分为传统治疗组和综合治疗组,每组 50 例。2 组均给予药物治疗、物理治疗及电针治疗,综合治疗组在此基础上加用面肌操训练。2 组患者于治疗前、后分别进行 House-Brackmann (H-B) 分级、徒手肌力检查 (MMT) 及简易面神经功能评分三项综合评定。**结果** 治疗 30d 后综合治疗组患者在 H-B 分级、MMT 及简易面神经功能评分上明显优于传统治疗组 ($P < 0.01$),且平均治愈时间也缩短。**结论** 在传统治疗上加用面肌操训练可显著增强周围性面神经炎患者的自主运动,提高肌力,缩短疗程。

【关键词】 周围性面神经炎; 面肌操训练

周围性面神经炎亦称为贝尔麻痹,是临床常见、多发病,可发生于任何年龄,以成年人多见^[1],给患者日常生活、工作和社会交往带来很大的不便,常常会导致患者出现抑郁、焦虑的心理。为缩短周围性面神经炎的康复时间,防止面瘫后遗症,我们对 50 例周围性面瘫患者在既往传统的药物治疗及物理治疗基础上,进行患侧面肌功能训练,取得满意疗效,现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

选取 2009 年 2 月至 2010 年 2 月间在我科门诊及住院的周围性面神经炎患者 100 例。纳入标准:①符合周围性面神经炎的临床诊断标准^[2];②首次且单侧发病;③病程为 1~14 d 以内;④House-Brackmann (H-B) 分级在Ⅳ级以上且徒手肌力检查 (manual muscal test, MMT) 在 3 级以下。排除标准:①中枢性面神经炎;②各种外伤、肿瘤等引起的继发性面神经炎;③合并有严重感染、糖尿病、高血压及肝肾功能障碍等。纳入标准需 4 条兼备。将 100 例患者分为传统治疗组和综合治疗组,每组 50 例。2 组患者性别、年龄、病程及病损程度差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(d)
		男	女		
传统治疗组	50	23	27	37.8 ± 15.76	6.76 ± 3.34
综合治疗组	50	22	28	37.7 ± 15.32	6.86 ± 3.94

二、治疗方法

1. 传统治疗组:①药物治疗。发病后 1~14 d 采用 10 mg 地塞米松加生理盐水 250 ml 静滴,连用 7 d;发病后即开始,甲钴胺 1 mg 用生理盐水 10 ml 稀释加入前组液体;发病后即开始,维生素 B₁ 0.1 g 肌注,每天 1 次,连用 10 d;发病后即开始,血塞通 0.2 g 加入生理盐水 250 ml 静滴,连用 10 d。②物理治疗。在发病后即采用 SUNDOM-300IB 型半导体激光对患侧面

部照射(配戴专用护眼镜),距离 20 cm,功率 450 mW,波长 810 nm,每次 10 min,每天 1 次;发病后即采用 CQJ 型红外线治疗仪照射患侧面部,功率 250 W,距离以患侧有温热感为宜,每次 30 min,每天 1 次;③电针治疗。发病 10 d 后加用电针治疗,取患侧下关、颊车、地仓、太阳、阳白、牵正、翳风、风池等穴,每次选 4~5 个穴位,平补平泻,可根据具体病情采用透刺、深刺,而后采用 G6805-2 电针仪,选用连续波,刺激频率约为 60 次/min,输出强度以面部有轻微跳动和病人感到舒服或能耐受为度,通电 30 min,每天 1 次。

2. 综合治疗组:在上述治疗基础上,指导患者对镜进行面肌操训练,从被动运动训练到助力运动及主动训练。取对镜端坐位,身体放松。每个动作 10 拍为 1 节,每次 3 节,中间休息 5 min,每天 2 次。步骤为抬眉,抑制健侧,尽量能见到患侧额纹;皱眉,使双侧眉头隆起、靠拢;闭眼,用力闭眼,主动闭合困难者可手法辅助;皱眉,尽量能见到患侧鼻梁皱起;示齿与微笑,可辅助提上唇,患侧露齿 4 颗以上;缩唇并吹气,要求患侧可见均匀唇皱,气流集中,无鼻漏气;鼓腮与叩气,可见患侧面颊隆起并维持数秒;舌部运动,伸舌并向患侧,可辅助。

三、评定方法

1. House-Brackman 分级:Ⅰ级(痊愈)——面部所有区域正常;Ⅱ级(显效)——有轻微的面肌疲软无力,面部静止时对称,无联带运动、挛缩或半面痉挛;Ⅲ级(有效)——有明显但不严重的联带运动、挛缩和/或半面痉挛,面部静止时对称,无面部变形,但两侧有明显的不对称,肌张力正常;Ⅳ级(无效)——有明显的面肌无力和/或面部变形,可有较严重的联带运动、挛缩和/或半面痉挛。Ⅴ级(无效)——仅有几乎不能察觉的面部运动,静止时面部不对称,运动时,额部无运动,闭眼不完全。Ⅵ级(无效)——肌力丧失,面部不对称,无运动,无联带运动、挛缩或半面痉挛。

2. 徒手肌力检查:0 级(相当于正常肌力的 0%)——看不到表情肌的收缩,手触表情肌无紧张感;1 级(相当于正常肌力的 10%)——表情肌微动;2 级(相当于正常肌力的 25%)——手动表情肌可有少许动作;3 级(相当于正常肌力的 50%)——面部表情肌能做自主运动,但和健侧相比有差距;4 级(相当于正常肌力的 75%)——面部表情肌做自主运动和健侧基本一致;5 级(相当于正常肌力的 100%)——面部表情肌做自主运动和健侧完全一致。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2011.04.019

作者单位:443000 宜昌,三峡大学第一临床医学院、宜昌市中心医院康复医学科

通信作者:覃勇,Email:ycqinyong@sina.com

3. 临床简易评分法:观察额纹、皱眉、闭眼、吹哨、鼓腮、微笑和在示齿、静止时分别看鼻唇沟、人中等 10 项内容。每项满分 3 分;面部表情肌运动弱者得 2 分;稍有运动者得 1 分;无任何自主运动者得 0 分。27~30 分为优(完全恢复);21~26 分为良(部分恢复);21 分以下为中(稍有恢复);无恢复为差。

四、统计学分析

所有数据结果采用 SPSS 软件包进行统计学处理。

结 果

一、2 组患者治疗前后 H-B 分级比较

治疗前 2 组 H-B 分级差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗 30 d 后差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 2。

二、2 组患者治疗前后肌力比较

治疗前 2 组 MMT 差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗 30 d 后差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 2。

三、2 组患者治疗前后简易评分比较

治疗前 2 组评分差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗 30 d 后差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 2。

表 2 2 组患者治疗前、后 H-B 分级、肌力级别及简易评分比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	H-B 分级 (级)	肌力级别 (级)	简易评分 (分)
传统治疗组 50				
治疗前		2.28 ± 0.83	1.44 ± 1.01	6.50 ± 4.62
治疗后		4.16 ± 0.97 ^a	3.96 ± 0.64 ^a	21.14 ± 4.18 ^a
综合治疗组 50				
治疗前		2.13 ± 0.67	1.41 ± 1.00	6.40 ± 4.34
治疗后		4.94 ± 0.77 ^{ab}	4.56 ± 0.54 ^{ab}	26.62 ± 2.60 ^{ab}

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.01$;与传统治疗组治疗后比较,^b $P < 0.01$

四、2 组疗效及平均治愈天数比较

综合治疗组在治疗 30 d 后痊愈例数明显高于传统治疗组,且平均治愈时间也较传统治疗组缩短($P < 0.01$),见表 3。

表 3 2 组疗效及平均治愈时间比较(例,%)

组 别	例数	痊愈	显效	有效	无效	平均治愈 天数(d)
传统治疗组	50	12(24)	17(34)	9(18)	12(24)	24.6 ± 3.24
综合治疗组	50	23(46) ^a	22(44)	5(10)	0(0)	21.1 ± 4.67 ^a

注:与传统治疗组比较,^a $P < 0.01$

讨 论

面神经为人体在骨管内行径最长的神经,其解剖特点造成了生理上的易损性。周围性面神经炎的病因不明,大多认为是自身免疫反应异常所致,多数患者有情绪波动、受凉、饮酒等使抵抗力减弱的病史。其早期病理改变为神经的水肿和脱髓鞘,严重者可有轴突变性。主要表现为患侧口角歪斜、鼓腮漏气、抬眉不举、眼睑不能闭合、下睑呈麻痹性外翻,个别患者因损伤部位不同还可出现听觉过敏或味觉消失。给患者的生活和工作带来了极大的不便,严重影响生活质量。

目前对面神经炎的临床治疗主要有两大类。第一类是以激素为主的药物治疗,主要用于急性期(1~10 d),其治疗目的是尽早控制炎症水肿、改善面部血液循环,减少神经受压;第二

类是各种物理治疗,主要用于急性期和恢复期(10 d 以上),其治疗目的是尽快使神经、肌肉恢复其功能。有研究证实,激素对于消除急性期炎症水肿效果较好^[3],而物理因子局部治疗对麻痹面肌功能恢复有积极作用^[4]。随着康复医学的发展,运动疗法在促进神经功能恢复中的重要作用已被临床认可^[5-6],但面肌操对面神经功能恢复的影响临床报道少见。本研究就是在传统治疗基础上加用面肌操训练,旨在重视面部肌肉的力量及运动能力的恢复,取得了较好的疗效。本研究结果显示,2 组患者在 H-B 分级、MMT、简易评分及平均治愈天数上差异有统计学意义,说明早期、系统地加强面肌功能训练对面神经炎患者的功能恢复具有重要作用。

周围性面神经炎是一种典型的运动性麻痹,其恢复机制可归为:①神经再生后对变性肌肉的再支配;②发展辅助肌及其他肌群的代偿功能;③使残存的纤维发生代偿性肥大;④促进神经分支对变性肌再支配^[7]。因而针对麻痹的急性期肌肉完全不能收缩或刚出现收缩时进行肌肉功能的再训练,增强下意识的传导中枢的肌肉运动的感觉,促进神经功能的恢复,有利于神经的再生。周围性面神经炎主要累及的表情肌有额肌、眼轮匝肌、提上唇肌、口轮匝肌、鼻根肌和颊肌等,指导患者针对不同肌群的运动障碍进行训练。面肌操可以防止口唇、面肌萎缩,提高肌张力,恢复面肌的运动功能,使受损的神经肌肉能逐步建立正确的运动模式^[8]。另外,面肌操训练使肌肉适当收缩,将肌萎缩降到最低限度,同时运动促进了周围血管扩张,训练后面色红润,皮肤温度明显升高^[9],显示患侧面微循环得以改善,训练还使神经兴奋,练后患者感觉局部有跳动感,使损伤后面肌的不协调运动得以矫正。面肌操不受时间和场地的限制,随意性很强,且简单、易学,可独立完成。患者的主动参与也可帮助其树立信心,消除自卑心理,配合治疗。面肌操不增加患者的经济负担,患者易于接受。

参 考 文 献

- [1] Ashtekar CS, Joishy M, Joshi R. Best evidence topic report. Dowe need to give steroids in children with Bell's palsy? Emerg Med J, 2005, 22: 505-507.
- [2] 贾建平. 神经病学. 北京:人民卫生出版社, 2006:335-337.
- [3] Engstrom M, Berg T, Stjernquist-Desatnik A, et al. Prednisolone and valaciclovir in Bell's palsy: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. Lancet Neurol, 2008, 7:993-1000.
- [4] Hyvärinen A, Tarkka I M, Mervaala E, et al. Cutaneous electrical stimulation treatment in unresolved facial nerve paralysis: an exploratory study. Am J Phys Med Rehabil, 2008, 87:992-997.
- [5] Shafshak TS. The treatment of facial palsy from the point of view of physical and rehabilitation medicine. Eur Med J, 2006, 42:41-47.
- [6] Oliveira LS, Sobral LL, Takeda SY, et al. Electrical stimulation and swimming in the acute phase of axonotmesis: their influence on nerve regeneration and functional recovery. Rev Neurol, 2008, 47:11-15.
- [7] 服部一郎. 康复技术全书. 北京:北京出版社, 1989:757-758.
- [8] 汪莉, 马红英, 白桦. 口腔运作及健康教育干预对急性面神经炎的疗效观察. 广西医学, 2006, 28:1912.
- [9] 杨波. 面肌功能训练配合推拿在单纯性面瘫康复中的疗效观察. 按摩与导引, 2007, 23:13.

(修回日期:2010-09-01)

(本文编辑:松 明)