

表 1 氟西汀组和联合治疗组治疗前、后 HDS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	焦虑/躯体化	认知障碍	阻滞	睡眠障碍	绝望感	总分
氟西汀组	20						
治疗前		6.90 ± 1.72	4.27 ± 1.63	10.36 ± 3.12	13.70 ± 5.99	7.02 ± 4.13	30.21 ± 7.02
治疗后		4.12 ± 1.92 *	3.80 ± 2.01	3.38 ± 1.59 *	7.92 ± 4.13 *	4.01 ± 1.59 *	12.35 ± 4.02 *
联合治疗组	20						
治疗前		6.89 ± 1.88	4.26 ± 2.59	10.26 ± 3.20	13.65 ± 6.02	6.99 ± 3.96	30.11 ± 6.99
治疗后		2.15 ± 1.48 *	1.25 ± 0.73 *	1.94 ± 0.37 *	5.03 ± 2.02 *	2.56 ± 1.20 *	8.90 ± 3.85 *#

注:与组内治疗前比较,* $P < 0.05$;与氟西汀组治疗后比较,# $P < 0.05$

现,rTMS 组大鼠额叶皮质 5-HT、海马 5-HT 和 DA、纹状体 DA、下丘脑 5-HT 均明显高于抑郁模型组,支持 rTMS 调节脑内单胺类神经递质水平是其治疗抑郁症的机制之一。还有文献报道,抑郁症患者存在着不同程度的局部脑血流减低,且与病情相关^[7]。王晓明等^[8]用 rTMS 治疗 18 例抑郁症患者,发现 rTMS 可改善局部脑血流的低灌注状态。本研究结果显示,应用 rTMS 治疗过程中,有 6 例患者出现头痛,可能与我们采用的刺激强度和频率较高,刺激部位为双侧额、颞区有关,患者休息 2~6 h 后均自行缓解,未影响治疗的完成,效果较好。

总之,我们认为 rTMS 辅助治疗抑郁症的效果较好,且无创伤、副作用小,值得临床推广,但仍有许多问题,如 rTMS 最适刺激强度、频率、刺激部位等有待进一步深入探讨。

参 考 文 献

- 1 Wassermann EM, Lisanby SH. Therapeutic application of repetitive transcranial magnetic stimulation; a review. Clin Neurophysiol, 2001, 112: 1367-1377.
- 2 王晓明,杨德本,谢建平,等.重复经颅磁刺激治疗抑郁症的初步探

讨.中华物理医学与康复杂志,2004,26:428-429.

- 3 王晓晶.重复经颅磁刺激治疗抑郁症 20 例临床观察.实用神经疾病杂志,2005,8:92-93.
- 4 畅洪升,王庆国,石任兵,等.四逆散活性成分对抑郁症大鼠慢性应激型行为学及脑内单胺类神经递质的影响.北京中医药大学学报,2003,26:42-44.
- 5 Kech ME, Welt T, Muller MB, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation increases the release of dopamine in the mesolimbic and mesostriatal system. Neuropharmacology, 2002, 43: 101-109.
- 6 陈运平,梅元武,孙圣刚,等.低频重复经颅磁刺激对慢性应激抑郁模型大鼠行为学及脑内单胺类神经递质的影响.中华物理医学与康复杂志,2005,27:724-727.
- 7 赵晋华,林祥通.抑郁症的放射性核素脑血流灌注和脑受体显像研究进展.国外医学放射学核医学分册,1998,22:49-51.
- 8 王晓明,周树舜.重复经颅磁刺激治疗抑郁症的研究进展.中华物理医学与康复杂志,2000,22:248-249.

(修回日期:2006-06-20)

(本文编辑:吴 倩)

“三联疗法”治疗周围性面神经麻痹及其对面部微循环血流量的影响

李信明 魏安宁 李定明

周围性面神经麻痹也叫贝尔麻痹(Bell palsy),其治疗方法较多,如针灸、星状神经节阻滞、穴位注射、应用激素等治疗^[1-4],但其治疗效果不一。本文联合应用目前治疗效果较好的三种方法:靳三针针刺疗法^[5]、星状神经节阻滞及面神经管周围注射(简称“三联疗法”)治疗周围性面神经麻痹 60 例,并对全部病例进行面部微循环血流量观察。

资料与方法

一、一般资料

60 例符合《临床疼痛治疗技术》^[6]中“面神经炎”诊断标准的门诊患者,确诊为周围性面神经麻痹。其中男 38 例,女 22 例,年龄 28~62 岁。均为单侧发病,发病至就诊时间均在 1 周之内。全部患者分别于治疗前(T0)和治疗中(T1:星状神经节

阻滞成功后 30 min;T2:治疗第 7 天开始治疗前;T3:治疗第 15 天开始治疗前)进行面部穴位(阳白、颧髎、地仓、颊车)微循环血流量检测。

二、治疗方法

1. 靳三针针刺疗法^[5]

(1)主穴:第一组为翳风、地仓、颊车、迎香穴,主要针对口角歪斜;第二组为阳白穴、四白穴加太阳穴,主要针对眼睛闭合不全。(2)配穴:眼睑闭合不全,加用攒竹穴、透鱼腰穴;口角歪斜的加禾髎穴,向患侧平刺。(3)针刺方法:针刺翳风穴,选 1.5 寸毫针,直刺,针刺的深度以患者出现明显的酸、麻、胀感为度;针刺地仓穴和颊车穴时要注意方向和角度,两针相对而透刺;迎香穴以 1 寸或者 1.5 寸针沿鼻唇沟向上斜刺。阳白穴向下平刺,也可透刺鱼腰穴,四白穴也向下斜刺 0.8~1 寸深,太阳穴向眼内方向直刺 0.8 寸左右。各穴均留针 20 min。每日针刺 1 次,连续 15 d。全部患者于治疗 15 d 后进行疗效评定。

2. 星状神经节阻滞:于针刺治疗结束后,每次使用 10 g/L

作者单位:629000 遂宁,四川省遂宁市人民医院麻醉科(李信明、李定明);重庆医科大学第二附属医院门诊部(魏安宁)

的利多卡因 5 ml,注射第 6 颈椎横突基底,以同侧出现 Horner 综合征为星状神经节阻滞成功的标志。每周 5 次。

3. 面神经周围注射:于星状神经节阻滞,将维生素 B₁₂ 500 μg、地塞米松 5 mg、氢溴酸山莨菪碱 5 mg 用生理盐水稀释至 5 ml,于茎乳孔周围注射。每周 2 次。

三、评定标准与微循环血流量检测方法

(一)疗效标准

参照 House-Brackmann (H-B) 面神经功能评价分级系统^[7]确定疗效标准。痊愈:面部外观、运动功能恢复正常。显效:仔细观察时才能看出轻微的功能减弱,可能有轻微的联带运动,上额运动中等,眼轻轻用力可完全闭合,口轻度不对称。有效:有明显的功能减弱但双侧无损害性不对称,可观察到并不严重的联带运动、挛缩和(或)半侧面部痉挛,上额运动微弱,眼用力可完全闭合,口用力可移动口角,口明显不对称。无效:上额不动,眼不能完全闭合,口仅有轻微运动。

(二)微循环血流量检测时间和方法

1. 测量时间:T₀、T₁、T₂ 和 T₃。

2. 检测方法:应用天津产 JI-200 激光多普勒微循环动态分析仪进行检测,增益选择 1~12 kHz,时间常数为 0.2 s,放大倍数为 10 倍,室温(25±2)℃。先令患者静息 15 min,使其面部温度与室温平衡,再用激光探头依次轻触患者患侧面面部受检部位,分别测试其患侧面面部阳白、颧髂、地仓、颊车四穴皮肤表面的微循环血流量。以上检测均由同一人操作。

四、统计学分析

微循环血流量以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 SPSS 11.5 统计软件进行方差分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、治疗结果

60 例患者中,痊愈 47 例,占 78.33%;显效 11 例,占 18.33%;有效 2 例,占 3.34%。痊愈及显效率为 96.66%。

二、不同穴位、不同时间微循环血流量检测结果

表 1 显示,面部各穴位在星状神经节阻滞 30 min 时微循环血流量较治疗前明显增加($P < 0.05$)。阳白穴治疗第 7 天、治疗第 15 天与治疗前相比,血流量明显增多,治疗第 15 天与治疗第 7 天相比,血流量仍明显增多,差异均有统计学意义($P < 0.05$);颧髂穴治疗第 15 天血流量值略有提高;地仓穴治疗第 15 天与治疗前相比,血流量明显增多($P < 0.05$),治疗第 7 天血流量值虽然比治疗前为高,但差异无统计学意义;颊车穴治疗第 7 天、治疗第 15 天后与治疗前相比,血流量明显增多($P < 0.05$),治疗第 15 天与治疗第 7 天相比,血流量略有减少,但差异无统计学意义。

表 1 50 例患者不同检测时间面部
不同穴位血流量(相对值)变化情况($\bar{x} \pm s$)

穴位	测量时间			
	T ₀	T ₁	T ₂	T ₃
阳白	17.3 ± 4.1	30.4 ± 6.8 *	22.3 ± 7.1 *	27.9 ± 8.4 **
颧髂	35.3 ± 9.2	40.3 ± 10.1 *	36.7 ± 12.5	37.6 ± 13.3
地仓	27.4 ± 6.8	37.7 ± 9.7 *	32.7 ± 11.3	34.3 ± 10.6 *
颊车	28.6 ± 7.9	38.5 ± 8.1 *	35.8 ± 12.3 *	34.5 ± 11.3 *

注:与 T₀ 比较,* $P < 0.05$;与 T₂ 比较,** $P < 0.05$

讨 论

本研究用“三联疗法”治疗面神经麻痹 60 例,取得满意的疗效,治疗 15 d 即有 47 例痊愈,11 例显效,痊愈显效率为 96.66%。同时通过对该 60 例患者阳白、颧髂、地仓、颊车四穴微循环血流量进行检测,结果表明“三联疗法”可以明显提高患者患侧面面部、地仓、颊车穴皮肤表面的血流量,阳白、颊车二穴血流量在治疗第 7 天即获明显提高,其中阳白穴血流量在治疗第 15 天与治疗第 7 天相比仍显著增加。一般认为面神经麻痹的发病机制为^[8]:局部受风吹或寒冷刺激以及病毒感染、自主神经功能紊乱等,引起面神经管及其周围组织的炎症、神经血管管发生痉挛,进而引起缺血、水肿,导致面神经受压;神经肿胀或受到轻微挤压后,神经内微血管血流即会受到影响,导致神经缺血、缺氧,神经内压升高,严重影响其所支配的运动纤维功能。面神经麻痹的早期病变为面神经水肿和脱髓鞘。“三联疗法”针对这一发病机制,充分发挥了各种治疗方法的长处:星状神经节阻滞能缓解血管痉挛,扩张血管,明显改善面部血流(如 T₁),面神经周围药物注射,使局部药物浓度较高,激素的抗炎作用及 654-2 的扩血管作用均较强,同时,针灸治疗能持续缓慢地增加面部血流。本研究治疗结果表明,“三联疗法”以改善患侧面面部微循环血流量为突出特点,不仅在治疗早期明显提高患侧面面部微循环血流量,而且在疗程中患侧面面部微循环血流量呈持续缓慢的增高(T₂、T₃);此法可有效地改善患侧面面部微循环,提高血流速度,减轻血液淤滞,增加局部血流量,扩张血管,进而提高神经细胞的血氧利用率,控制炎症发展,解除面神经水肿,促进神经组织新陈代谢,加速其功能恢复,从而获得较好的临床疗效。

参 考 文 献

- Wang BC, Liu P. Clinical observation on peripheral facial paralysis treated by acupuncture plus facial paralysis rehabilitative exercise. J Acupunct Tuina Sci, 2005, 3: 20-22.
- Gok U, Alpay HC, Akpolat N, et al. Comparisons of steroid, acyclovir, lipoprostoglandin E1 and steroid + acyclovir treatments in facial paralysis: a rat study. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2005, 69: 1199-1204.
- 李浩范, 马美子. 综合康复治疗周围性面神经麻痹 234 例. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26: 76.
- 栾维先, 朱志虹. 穴位注射治疗顽固性面神经麻痹 58 例. 上海针灸杂志, 2004, 23: 26-27.
- 袁青, 主编. 靳三针问答图解. 广东: 广东经济出版社, 2004. 41-45.
- 倪家骧, 樊碧发, 薛富善, 主编. 临床疼痛治疗技术. 北京: 科学技术文献出版社, 2003. 798.
- House JW. Facial nerve grading systems. Laryngoscope, 1983, 93: 1056-1069.
- 谭冠先, 主编. 疼痛诊疗学. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 81-83.

(收稿日期: 2006-04-12)

(本文编辑: 熊芝兰)