

急性面神经炎综合康复治疗的疗效观察

罗娟¹ 吴毅¹ 胡永善¹ 陈淑敏¹ 乔妙根¹ 姜从玉¹

摘要 目的:观察急性面神经炎患者进行综合康复治疗的疗效,并探讨疗效与疗程的关系。**方法:**按照病例纳入标准,选择急性面神经炎患者 60 例,病程均在 2 周以内,随机分成对照组和治疗组,每组各 30 例。对照组单纯给予泼尼松、甲钴胺、维生素 B₁ 和地巴唑等常规药物治疗;治疗组在药物治疗的基础上,同时采用半导体激光等物理因子治疗,两组患者均连续治疗 4 周。**结果:**两组患者治疗 4 周后各自的面神经功能评分值均较治疗前提高,差异均有显著性意义($P<0.001$),但治疗组治疗 4 周后的评分值和优良率高于对照组($P<0.05$)。治疗组治疗 4 周时的评分值和优良率高于治疗 2 周时的评分值($P<0.001$)和优良率($P<0.05$)。**结论:**用综合康复治疗的方法治疗急性面神经炎疗效显著,疗程以 4 周以上为宜。

关键词 面神经炎;康复治疗;治疗效果

中图分类号:R493 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2008)-06-0541-03

面神经炎又称 Bell 麻痹,系面神经的急性非化脓性炎症,引起周围性面肌瘫痪。本病是一种常见病,目前病因尚未完全明确,任何年龄均可发病,其预后取决于病情的严重程度及处理是否及时、适当等^[1]。面神经炎患者由于颜面部肌肉瘫痪、口眼歪斜,不仅颜面部及眼部极度不适,而且还承受着巨大的心理压力。康复治疗的目标是尽早地、最大限度地恢复患者的面神经功能、降低残损。在临床实践中,本研究已总结出一套面神经炎综合康复治疗方法,取得较好的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2006 年 10 月—2007 年 2 月在复旦大学附属华山

医院康复医学科门诊就诊的急性面神经炎患者 60 例。病例纳入标准:①符合面神经炎诊断标准^[2];②所有患者均为单侧发病;③所有患者起病在 2 周内。排除标准:①神经损伤所遗留的周围性面瘫;②肿瘤因素所引起的周围性面瘫;③中枢性面瘫;④合并糖尿病、或严重精神病、或柯兴综合征、或中重度骨质疏松症、或严重高血压等病症;⑤妊娠期和产褥期;⑥急性感染性多发性神经根神经炎;⑦腮腺炎、中耳炎、颌后化脓性淋巴结炎累及面神经而引起的周围性面瘫。

将 60 例患者随机分成治疗组(30 例)和对照组(30 例)。两组患者一般资料如性别、年龄、病程、病情的严重程度等差异均无显著性意义。见表 1。

1.2 治疗方法

表 1 两组患者一般资料及治疗后面神经功能评分结果

($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(d)	治疗前评分	治疗 4 周后评分
		男	女				
治疗组	30	8	22	42.93±16.22	5.10±3.24	9.83±4.85	27.40±4.98 ^{②③}
对照组	30	9	21	42.97±15.97	5.27±3.13	9.87±4.83	23.97±6.77 ^①
<i>P</i> 值		0.774		0.994	0.84	0.979	

①对照组治疗 4 周后评分值与治疗前相比 $P<0.001$ ②治疗组治疗 4 周后评分值与治疗前相比 $P<0.001$;③治疗 4 周后治疗组评分值与对照组相比 $P<0.05$

对照组单纯给予泼尼松、甲钴胺(弥可保)、维生素 B₁ 和地巴唑等常规药物治疗;治疗组在药物治疗的基础上,同时采用半导体激光等物理因子治疗,两组患者均连续治疗 4 周。

1.2.1 药物治疗:泼尼松口服,每次 10mg,每天 3 次,连用 7d 后逐渐减量至停止服用;地巴唑口服,每次 10mg,每天 3 次;维生素 B₁ 口服,每次 10mg,每天 3 次;靛结胺 500μg 肌肉注射,每天 1 次;均连续使用 4 周。

1.2.2 物理因子治疗:急性期(病程<2 周):采用以下三种方法进行综合治疗:①应用 500 型半导体激光治疗仪(上海),波长 810nm,聚焦光斑直径 5mm,接触照射患侧翳风、下关、阳白、迎香、地仓及健侧合谷等穴位,头面部照射输出功率 100—180mw,合谷穴照射输出功率 150—300mW,每穴照射 3min;②应用 MMW-1 型毫米波治疗仪(上海),波长 8.1mm,辐射器直径 8cm,无热量,置于患侧茎乳突区及耳屏前下方(面神经总干及分支处)各治疗 10min;③应用白炽灯

(250W),微热量,照射患侧乳突区及面神经分布区 20min;上述治疗每天 1 次。

恢复期(病程>2 周):当治疗到患者病程超过 2 周以后:①停用毫米波,改用 K8832-T 型电脑中频治疗仪(上海)采用调制中频电的电刺激处方,耐受量,一电极置颈后,另一电极置患侧面神经总干及分支处,每次治疗 20min。对伴有面肌痉挛的患者,则不用电刺激,而用直流电碘离子导入疗法采用半面具电极(作用电极)置于患侧面面部,接阴极,非作用电极置于颈后部,接阳极,电流强度 0.05mA/cm²;②白炽灯照射改为温热量;③半导体激光治疗同前;继续每天治疗一次,共治疗 4 周。

1.3 评价方法

采用面神经功能临床简易评定量表^[3],分别在治疗前和

1 复旦大学附属华山医院康复医学科,上海市, 200040

作者简介:罗娟,女,主治医师

收稿日期:2007-08-14

治疗 4 周后对两组患者进行评分,治疗组患者在治疗 2 周时增加一次评定。具体评价方法为:以健侧为对照,观察患侧额纹深浅、皱眉、闭眼、吹哨、鼓腮、微笑、示齿和静止时鼻唇沟深浅及人中偏斜情况。评分标准:①健、患侧表情肌运动一致,得 3 分。②患侧面面部表情肌运动减弱者,得 2 分。③患侧面面部表情肌运动时稍有运动,得 1 分。④患侧面面部表情肌无任何自主运动,得 0 分。满分为 30 分,分值越低,病情越重。

1.4 疗效判定标准^[9]

通过患者治疗前后面部表情的变化,以及面神经功能临床简易评定量表评分值的改善情况进行疗效评定:①优:检查面神经运动时完全正常或恢复,应得 30—27 分。②良:检查面神经运动时,部分恢复,可得 26—21 分。③中:检查面神经运动时,稍有恢复,分数在 21 分以下。④差:检查面神经运动时,无恢复,即治疗前后分值基本无变化,与治疗前评分分值相同。

1.5 统计学分析

采用 SPSS10.0 软件对数据进行统计学分析。计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, P 值 <0.05 作为差异有显著性意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后面神经功能评分

两组急性面神经炎患者经过 4 周治疗后,面神经功能评分值均较治疗前增加,差异均有显著性($P<0.001$);但治疗组治疗 4 周后的评分值高于对照组($P<0.05$),见表 1。说明单纯药物治疗或药物联合物理因子治疗急性面神经炎均有效,但药物联合物理因子治疗的疗效优于单纯药物治疗。

2.2 两组患者治疗 4 周后的疗效评定

30 例对照组患者治疗 4 周后的优良率为 70%;30 例治疗组患者治疗 4 周后的优良率为 90%,与对照组相比差异有显著性($P<0.001$),见表 2。说明治疗组的疗效优于对照组。

表 2 两组患者治疗 4 周后的疗效评定结果

组别	例数	优良(例)	中差(例)	优良率(%)
治疗组	30	27	3	90 ^①
对照组	30	21	9	70

① $\chi^2=49.091, P<0.001$

2.3 治疗组患者治疗 2 周与治疗 4 周的疗效差别

30 例治疗组患者治疗前的面神经功能评分值为 9.83 ± 4.85 ,治疗 2 周后的评分值为 21.10 ± 7.57 ,较治疗前增加,差异有显著性($P<0.001$);治疗 4 周后的评分值为 27.4 ± 4.98 ,较治疗前及治疗 2 周时均有明显增加,差异均有显著性($P<0.001$)。说明急性面神经炎患者接受 2 周或 4 周的治疗都是有效的,而且治疗 4 周的效果比治疗 2 周好。

3 讨论

急性面神经炎系面神经在进入面神经管到出茎乳突孔之前这一段发生了急性非特异性炎症,病理表现为此段面神经水肿,有不同程度的髓鞘脱失或轴突变性。本病病因尚未完全明确,通常认为可能是营养面神经的血管因受风寒而发生痉挛,导致面神经组织缺血、水肿、受压而致病;也可因病

毒感染,或因风湿性损害,茎乳突孔内的骨膜炎使面神经受压、水肿、血循环障碍而至面神经麻痹^[1]。

本病治疗方法众多,有中西医药物治疗、物理治疗、针灸治疗、手术治疗等。据文献报道,单纯药物治疗疗效欠佳,如蔡斌等^[4]应用普通维生素 B_{12} 肌肉注射联合泼尼松、维生素 B_1 治疗急性面神经炎患者 18 例,治疗 21d 后痊愈率为 28.4%;应用活性维生素 B_{12} (弥可保)肌肉注射联合泼尼松、维生素 B_1 治疗急性面神经炎患者 20 例,治疗 21d 后痊愈率为 58.2%;孙燕等^[5]应用地塞米松和地巴唑口服,维生素 B_1 及普通维生素 B_{12} 肌肉注射治疗急性面神经炎患者 40 例,治疗 14d 后痊愈率为 25%,痊愈显效率为 55%。中医药结合针灸治疗面神经炎疗效较好^[6],但针灸为创伤性治疗,而且中医界对针灸治疗时机的选择存在分歧,相当一部分学者认为:针灸治疗面瘫的最佳时机应在静止期(发病后 8—10d),急性发展期(发病后 1—7d)机体与病邪正处于抗争阶段,此时不宜局部针刺治疗^[7],急性期针刺可能导致面肌痉挛^[8],急性期即给予毫针强刺激的深刺,或加用脉冲电,属于不得当的处理,可能造成难治性面瘫后遗症^[9];另一部分学者则认为:面神经炎急性期不仅可以应用针刺和电针治疗,而且是针刺和电针治疗的最好时机^[10-11]。手术治疗常采用面神经管减压术、面-副神经或面-膈神经吻合术,疗效并不肯定,而且手术为创伤性治疗,其本身具有一定的危险性,不宜广泛采用^[1]。

目前对急性面神经炎的治疗原则是立即采取措施改善局部血液循环,及时消除面神经的炎症和水肿,改善骨性卡压,并进而促进面神经功能的恢复^[1]。本研究治疗组所采用的综合康复治疗方法就是根据这一治疗原则制定的:在药物治疗方面,只要无肾上腺皮质激素禁忌使用的情况,对急性面神经炎患者宜尽早适量使用泼尼松等肾上腺皮质激素,这对迅速解除面神经的炎症和水肿起到积极作用^[9,12];地巴唑有舒张血管的作用,可以改善缺血面神经的血液循环;维生素 B_1 和活性维生素 B_{12} 可以有效防治病变面神经的髓鞘脱失和轴突变性,进而促进面神经功能的恢复^[4]。在物理因子治疗方面^[13],急性期不宜用强刺激,应用白炽灯微热量照射患侧乳突区及面神经分布区,毫米波局部辐射以及半导体激光穴位照射,其目的是控制炎症发展,消除神经水肿,减少神经受压,改善局部血液循环,促进功能恢复。而在恢复期,对没有面肌痉挛的患者,加用电刺激治疗以提高神经的兴奋性,促进神经、肌肉功能的恢复;对伴有面肌痉挛的患者,则禁忌使用电刺激,而用直流电碘离子导入以改善面神经及面肌营养代谢,促进慢性炎症的消散。本研究结果表明,30 例治疗组患者采用上述综合康复方法治疗急性面神经炎,治疗 4 周后的面神经功能评分值较治疗前明显增加,差异有显著性意义($P<0.001$),而且优良率达到 90%,疗效显著。

急性面神经炎有一定的自愈率,本研究结果表明,两组患者治疗 4 周后各自的面神经功能评分值均较治疗前提高,差异均有显著性意义($P<0.001$),但治疗组治疗 4 周后的评分值和优良率高于对照组($P<0.05$),说明药物联合物理因子治疗的疗效优于单纯药物治疗,治疗组的治疗方法对患者病情的改善是有效的,不完全是自愈的结果。

本次研究中,30 例治疗组患者接受 4 周治疗的面神经功

能评分值和优良率高于治疗 2 周时,所以在治疗中要鼓励患者坚持治疗,疗程以 4 周以上为宜。

综上所述,采用药物、物理因子等综合康复治疗方法治疗急性面神经炎疗效显著,值得推广应用,而且疗程以 4 周以上为宜。

参考文献

- [1] 史玉泉,周孝达.实用神经病学[M].上海:上海科学技术出版社,2005,234—238.
- [2] 殷凤礼.西医内科学基础[M].上海:上海科学技术出版社,2003,414—415.
- [3] 殷秀珍,黄永禧主编.现代康复医学诊疗手册[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1995,32—34.
- [4] 蔡斌,赵合庆.弥可保治疗周围性面瘫临床研究[J].中国血液流变学杂志,2006,16(2):208—209.
- [5] 孙燕,王文春,张安仁,等.超激光疼痛治疗仪治疗急性面神经炎 40 例[J].中国激光医学杂志,2004,13(3):150—151.
- [6] 李志云.中医药治疗周围性面瘫的进展[J].吉林中医药,2006,26(8):71—73.
- [7] 苏云玉.周围性面瘫针刺治疗时机的选择[J].上海针灸杂志,1996,15(1):23.
- [8] 陆卫卫.中西医结合治疗面神经炎 67 例[J].现代中西医结合杂志,2004,13(4):487.
- [9] 代启彬.周围性面瘫的临床治疗研究[J].中华现代中药学杂志,2005,1(10):38—40.
- [10] 熊灿东.面神经炎急性期针刺的疗效观察[J].中国针灸,2002,22(11):743.
- [11] 瞿群威.电针治疗不同病期周围性面瘫的临床观察[J].中国针灸,2005,25(5):323.
- [12] 何勇,胡华良.面神经炎 52 例综合治疗体会[J].现代中西医结合杂志,2006,15(1):64.
- [13] 乔志恒,范维铭主编.物理治疗学全书[M].北京:科学技术文献出版社,2001,398,499,1118—1119.

·临床研究·

运动再学习结合高压氧治疗颅脑外伤的疗效观察

万新炉¹ 叶正茂¹ 潘翠环¹ 何镜清¹

摘要 **目的:**探讨运动再学习结合高压氧治疗对颅脑外伤患者运动功能恢复的疗效。**方法:**82 例颅脑外伤患者随机分为运动再学习结合高压氧治疗组(运动再学习组)和常规康复治疗组。运动再学习组除常规康复治疗外,行运动再学习和高压氧治疗;常规康复治疗,仅行常规康复治疗。在治疗前,治疗后的 1、2、3 个月时进行以下评定:Fugl-Meyer 评定、Barthel 指数评定、躯干 Sheikh 评定、平衡 Berg 评定。**结果:**治疗后 1、2、3 个月与治疗前及治疗后各时间点组间比较,2 组患者运动功能、Barthel 指数、躯干控制能力、平衡功能均明显改善,差异有显著性意义($P<0.05$)。**结论:**运动再学习结合高压氧治疗有利于颅脑外伤患者的运动功能和生活自理能力的恢复,提高患者的生存质量。

关键词 运动再学习;高压氧;颅脑外伤;运动功能

中图分类号:R459.6,R493 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2008)-06-0543-02

颅脑外伤的发病率呈逐年上升趋势,各类颅脑外伤患者占同期创伤患者的 25%—42%,在各类创伤中列第二位^[1]。运动功能障碍是颅脑外伤患者的最常见后遗症之一,严重影响了患者的自理能力和生存质量,加重家庭和社会负担。改善颅脑外伤患者功能,提高自理能力和生存质量,降低致残率,是康复医学研究的重点。为探讨运动再学习结合高压氧治疗对颅脑外伤患者运动功能恢复的影响,本文对 82 例颅脑外伤患者进行了随机对照研究及临床观察。

1 资料与方法

1.1 临床资料

共选取 2000 年 9 月—2007 年 8 月在广州医学院第二附属医院神经外科及广州市红十字会医院神经外科和康复科住院的颅脑外伤患者 82 例,所有患者根据病史、症状、体征、CT 或 MRI 检查后明确诊断。随机将其分为运动再学习组与常规康复组。运动再学习组 40 例,男 24 例,16 女;年龄 9—74 岁,平均年龄(32.6±7.2)岁;致伤原因:交通事故 22 例,高处坠落伤 9 例,斗殴伤 6 例,其他原因伤 3 例。常规康复组 42 例,男 28 例,14 女;年龄 7—68 岁,平均年龄(35.1±9.8)岁,致伤原因:交通事故 26 例,高处坠落伤 10 例,斗殴伤 4

例,其他原因伤 2 例。一般情况经统计学分析,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

患者除接受神经外科手术手术治疗以外,均按神经外科常规方法进行治疗,包括抗感染、脱水治疗、营养脑神经等。待生命体征稳定、神经科体征不再进展后 48h,开始接受康复治疗。

1.2.1 常规康复组:常规康复治疗方法主要采用以 Bobath 技术为主的神经发育学疗法,具体应用反射抑制模式、控制关键点、本体感觉和皮肤感觉刺激、站立与步行训练、上下台阶等技术,同时辅理疗、针刺等治疗。每日 1 次,每次 30min,每周训练 5—7d,疗程 3 个月,共治疗 72 次。

1.2.2 运动再学习组:以运动再学习结合高压氧治疗为主,辅与常规康复组相同的理疗、针刺等治疗。根据患者的运动功能状况和运动再学习基本运动功能的训练重点及方法^[2],选择性采取以下运动再学习的具体训练方法:上肢功能训练;口面部功能训练;从仰卧到床边坐起训练;从侧卧坐起

1 广州医学院第二附属医院康复科,广州,510260

作者简介:万新炉,男,主管技师,在读硕士

收稿日期:2007-12-25