

运动贴扎结合常规康复治疗周围性面瘫的疗效观察

秦乾统¹ 谢育龙¹ 倪彬¹ 蒋东红¹ 王文杰¹ 王辉¹ 杨长春^{2,5} 彭艳³ 董云霞⁴

面瘫是一种以面部表情肌运动功能障碍为主的常见病和多发病,根据病因及病变部位不同可分为中枢性面瘫和周围性面瘫。其中,周围性面瘫又称贝尔麻痹(Bell麻痹)或面神经炎,是由面神经非特异性炎症引起的周围性面肌瘫痪,典型表现是口眼歪斜^[1]。周围性面瘫患者常伴有患侧面部额纹消失、眼睑无法闭合、口水、咀嚼存食等症状,严重影响了患者的日常生活和社交活动。国外报道面神经麻痹发病率在(11.5—53.3)/10万,其中70%左右是特发性面神经麻痹^[2]。引起周围性面瘫的病因尚无定论,主要有病毒感染、微循环障碍、脑干肿瘤及免疫功能紊乱等病因学说^[3]。临床上对周围性面瘫患者多采取激素、药物、针灸和理疗等内服外治的综合治疗方法。有研究报道,虽然以上方法对周围性面瘫具有一定疗效,但耗时耗力且最终结果并不理想^[4-5]。本文观察了运动贴扎结合常规康复治疗周围性面瘫的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

1.1.1 一般资料:按纳入标准和排除标准选取象山县康复医院2020年5月—2021年5月收治的40例周围性面瘫患者为研究对象,按随机数字表法分为对照组(常规康复治疗组)和试验组(运动贴扎结合常规康复治疗组),两组各20例。对照组男12例,女8例;试验组男11例,女9例。治疗前两组患者平均年龄、部位、面神经麻痹程度(House-Brackman分级)和面部疼痛等差异无显著性意义($P>0.05$),见表1。所有入选患者均签署知情同意书,本研究获医院伦理委员会批准。

表1 两组患者一般资料比较 (例)

组别	例数	性别		平均年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	部位		House-Brackman分级			面部疼痛
		男	女		左	右	II	III—IV	V—VI	
对照组	20	12	8	65.80±13.79	13	7	8	10	2	20
试验组	20	11	9	69.70±9.86	12	8	6	11	3	20

1.1.2 纳入标准:①符合周围性面瘫的临床诊断标准^[6-7]且均为单侧完全性周围性面瘫,患者具有以下临床表现(两条以上):起病急;患侧额纹消失或变浅,不能皱眉和提眉;患侧眼裂变大,眼睑不能闭合;患侧鼻唇沟消失或变浅,不能皱鼻;患侧面颊部皮肤松弛、下坠和臃肿;口角下垂向健侧歪斜,不能提唇和降唇;说话时牙齿不对称,发音不清;患侧听觉过敏,味觉减退,乳突疼痛,外耳道与耳廓感觉减退或出现疱疹,面部水肿等。②有明显的面部疼痛体征,神经系统其他体征均阴性。③接受神经电图、电生理或其他面神经相关检查(如流泪试验、声反射测定、味觉试验、颌下腺分泌试验、EMG检查、神经兴奋性试验、运动诱发电位等)。④同意接受运动贴扎且签署知情同意书。⑤能坚持治疗6周者。

1.1.3 排除标准:①非周围性面瘫患者。②急性格林-巴利综合征、中耳炎、乳突炎、腮腺疾病、外伤及颅内肿瘤所致面神经炎患者^[6]。③中途放弃者或间隔大于1周未继续治疗者。④面部运动贴扎后严重过敏者。⑤存在严重认知障碍和精神障碍患者。⑥合并严重心肝肾疾病患者,以及伴有糖

尿病患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组:给予常规康复治疗,包括健康教育、药物治疗、物理因子治疗(理疗)、言语训练、面部手法纠正。健康教育内容包括:认识和了解疾病、面瘫后的自我管理、非手术治疗方法、面瘫后的自我训练等。药物治疗包括一般常规药物、激素和静脉滴注营养神经药物等。理疗包括“五官小超”和面部中频电刺激等。言语训练包括对患者的发音、咀嚼食物、吞咽、流口水、鼓嘴漏气等进行训练。面部手法纠正指通过治疗师的双手对周围性面瘫患者进行面部手法按摩和复位纠正面部肌肉,主要通过提拉、揉捏、按拍、分抹等具体面部手法增强面部本体感觉和瘫痪肌锻炼,促进面神经的修复,从而使患侧额纹、鼻唇沟的加深和再形成。每周治疗5次,每次20min,连续治疗6周。

1.2.2 试验组:试验组在上述治疗基础上使用运动贴扎。具体方法如下:①按文献^[8]要求裁剪两条Y形和两条爪形贴布。②让患者正视前方,治疗师将一条Y形贴布锚定在太阳

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2022.09.020

1 象山县康复医院,浙江省宁波市,315700; 2 中国科学院大学宁波华美医院; 3 沈阳体育学院; 4 保山安利医院; 5 通讯作者
第一作者简介:秦乾统,男,主任医师; 收稿日期:2021-06-19

穴,一尾延展至眉弓上方向上提拉上眼睑,一尾延展至眼睑下方向下提拉下眼睑,另一条Y形贴布锚同样取太阳穴,一尾延展至眼睑下方,一尾延展至鼻翼旁的迎香穴向内提拉面肌。③使患者头向健侧略侧屈,将一条爪形贴布锚定在患侧乳突,其余四尾分别延展至下颌角附近。④继续让患者正视前方,将另一条爪形贴布锚定在患侧耳屏前方的听宫穴,其余四尾分别延伸至鼻翼旁、上唇、下唇及下颌。在周围性面瘫的贴扎过程中一般多采取自然拉力。每周治疗5次,每次贴扎时长至少6h以上,连续治疗6周。

1.3 评价标准

为评估两组患者治疗后面部疼痛程度、临床疗效和面神经功能,分别采用视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)、面瘫简易评分和面神经功能指数(facial nerve functional index, FNFI)进行评价。

面瘫简易评分严格参照面部神经功能临床评定量表评估^[9],6种自主动作共18分,每项最高分3分,最低分0分,安静时印象2分,分别是蹙额、闭眼、鼓腮、示齿、撅嘴及吹哨。根据文献^[10]中的方法评定FNFI, FNFI越高面神经功能越好, FNFI=[(d1-d2)/(D1-D2)]×100%。即在患者安静、正常咬合、闭口状态下测量以下参数:D1=静态时健侧外眦至口角的距离;D2=最大咧嘴笑时健侧外眦至口角的距离;d1=静态时患侧外眦至口角的距离;d2=最大咧嘴笑时患侧外眦至口角的距离。临床疗效上,治愈取面瘫简易评分17—20分,显效取面瘫简易评分13—16分,有效取面瘫简易评分10—12分,无效为未达到上述评分^[11]。

总有效率%=[(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

1.4 统计学分析

使用SPSS 22.0统计学软件进行分析统计,两组患者的一般资料和治疗前后的计量资料评分以均值±标准差表示,两组患者临床疗效产生的计数资料以百分率(%)表示,两组患者临床疗效比较采用 χ^2 检验,两组患者治疗前后VAS评分、面瘫简易评分和FNFI经检验后不符合正态分布故采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

两组患者临床疗效比较:治疗后试验组总有效率高于对照组,差异有显著性意义($P < 0.05$)。见表2。

两组患者治疗前后VAS评分比较:治疗前两组患者VAS评分比较差异均无显著性意义($P > 0.05$);治疗后试验组VAS评分明显低于对照组,差异有显著性意义($P < 0.05$);与治疗前比较,两组患者治疗后的VAS评分均有明显下降,差异有显著性意义($P < 0.05$)。见表3。

两组患者治疗后面瘫简易评分与FNFI比较:治疗前

两组患者面瘫简易评分和FNFI差异均无显著性意义($P > 0.05$);与治疗前比较,治疗后两组患者的面瘫简易评分和FNFI均有所提升,差异有显著性意义($P < 0.05$)。治疗后试验组的面瘫简易评分和FNFI均优于对照组,差异有显著性意义($P < 0.05$)。见表4。

表2 两组临床治疗效果比较 [n, (%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	20	5(0.25)	3(0.15)	9(0.45)	3(0.15)	17(85.00)
试验组	20	6(0.30)	7(0.35)	5(0.25)	2(0.10)	18(90.00) ^①

注:①与对照组比较 $\chi^2=0.25$, $P < 0.05$

表3 两组患者康复治疗前后视觉模拟评分(VAS)比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	20	3.85±1.34	1.70±1.08 ^①
试验组	20	3.55±1.57	1.25±1.02 ^{①②}

注:①与同组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

表4 两组患者治疗后面瘫简易评分与面神经功能指数(FNFI)比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	面瘫简易评分		FNFI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	20	6.70±2.72	14.20±4.20 ^①	0.44±0.23	0.69±0.24 ^①
试验组	20	7.10±1.83	16.15±3.70 ^{①②}	0.41±0.21	0.74±0.24 ^{①②}
P值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:①与同组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

3 讨论

3.1 康复治疗对周围性面瘫有着积极的效果

纳入研究患者均为单侧完全性周围性面瘫患者,其主要康复目的是缓解疼痛、提高日常生活能力和改善面部外观。本研究发现,无论是采取常规康复治疗还是联合运动贴扎,患者面部的疼痛、表情肌功能、日常生活能力、自信心都得到了不同程度改善,说明上述两组方法的短期疗效均可取,二者都具有消炎止痛、促进软组织修复和改变面部张力的效果。在常规康复治疗中,重点推荐健康教育和面部手法纠正,此二者可以使患者接收到更全面的康复信息,更好地实现自我管理,有利于疾病的治疗。

3.2 运动贴扎在周围性面瘫康复治疗中的作用

本研究中运动贴扎结合常规康复治疗,有效缓解了周围性面瘫导致的面部疼痛,促进眼轮匝肌肌力,减轻局部组织压力,促进面部表情肌的恢复。运动贴布(肌内效贴)经多年发展,目前已推广至美容及神经康复等领域^[12]。既往多项研究发现,运动贴布具有“短、平、快”的特点,体现在短期疗效显著、适用范围广和镇痛效果快等多方面,因此,可认为运动贴扎是一种有效修复肌肉损伤的辅助物理治疗方法^[13]。本研究在减轻周围性面瘫疼痛方面,运动贴扎较常规康复治疗效果更好,贴扎后减轻了对局部软组织和神经的压力,为面

部肌肉和神经提供了更广的修复空间,试验组治疗后VAS疼痛评分明显低于对照组。在面神经功能恢复方面,运动贴扎的实质是持续发挥治疗意义,较之单纯康复治疗(约治疗2h)作用时段长,试验组治疗后的面瘫简易评分和FNFI均优于对照组。多项研究表明运动贴扎结合常规康复可以进一步促进患侧神经功能的恢复和再生,减少疼痛因子产生,促进血液和淋巴循环,增加感觉输入协助肌肉收缩,优化神经传导速度等作用^[14-16]。在临床疗效方面,试验组治疗后总有效率明显优于对照组。因此,结合运动贴扎比常规康复治疗效果更佳,相比常规康复其发挥的治疗作用时段更长,是常规其他康复治疗手段达不到的,两者结合明显延长了治疗时段。

3.3 治疗周围性面瘫的策略优化

本研究显示,常规康复治疗中的健康教育、药物治疗、物理因子治疗、言语训练、面部手法纠正均能改善周围性面瘫症状,在减轻疼痛方面,常规康复治疗结合运动贴扎,较单纯使用理疗或单一治疗手段效果更具显著性意义。基于以上研究,在考虑经济效益与社会效益的同时,对症状较重的周围性面瘫患者,综合应用多种治疗方式更容易取得良好效果。因此,针对周围性面瘫的治疗提出以下两方面的优化策略:①持续性的基础治疗,持续性的使用某组药物或单一治疗手段联合运动贴扎进行治疗,此种方法简单、方便、经济,可以直观的进行入组比较适合临床研究。②集中式联合治疗,将多种治疗周围性面瘫的手段按照内服外治和健康教育的分类方法进行归类,然后在患者经济条件允许的情况下集中联合使用,如将常规药物、激素、静脉滴注营养神经药物、中药汤剂和针剂归入内服手段,将针灸、理疗、中药外敷、面部手法纠正和运动贴扎归入外治手段,将患者面部自我管理和自我训练归入健康教育,此种方法治疗效果显著,但相比较持续性的基础治疗费用更高。治疗策略的优化,不仅是多种治疗手段的组合,还有治疗师对疾病的认知程度,对患者病情的掌握程度等。因周围性面瘫导致的面部表情肌功能受限和日常生活障碍,可根据具体受限情况进一步改良贴扎方式。

本项研究因贴扎方式较为固定和纳入病例较少等不足,拟进一步收集病例,进一步探讨不同运动贴扎方式治疗周围性面瘫的临床疗效,以供治疗师参考。

参考文献

- [1] 朱普贤,王彩娟,袁坤,等.调神法对急性期面神经炎患者分型治疗的肌电图分析及远期疗效观察[J].陕西中医药大学学报,2017,40(1):41—43.
- [2] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会神经肌肉病学组.中国特发性面神经麻痹诊治指南[J].中华神经科杂志,2016,49(2):84—86.
- [3] 包芳.诱发贝尔面瘫相关危险因素的Logistic回归分析[J].中国当代医药,2012,19(34):175—176.
- [4] 钱海良,付勇,熊俊,等.温和灸治疗周围性面瘫不同灸位的临床疗效观察[J].南京中医药大学学报,2014,30(3):221—224.
- [5] 陈增力,吴刚,崔福玲,等.周围性面瘫的定位诊断与中西医结合疗效的相关性研究[J].中国全科医学,2010,13(19):2160—2161.
- [6] 冉亚娟,邱志茹,王少平,等.瞬目反射对早期面神经炎的诊断及预后评估应用[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(5):6—8.
- [7] 沈志森.周围性面瘫的诊断与手术时机[J].现代实用医学,2010,22(8):849—852.
- [8] 陈文华,余波.软组织贴扎技术临床应用精要:“肌内效贴”即学即用图谱[M].上海:上海浦江教育出版社,2012,8:89.
- [9] 朱伟芳,唐春林,梅麟凤,等.穴位贴敷加针刺配合闪罐治疗周围性面瘫的临床观察[J].针灸临床杂志,2011,27(10):18—20.
- [10] 王利民.中西医结合治疗周围性面瘫的临床疗效及影响因素分析[J].中医药学报,2011,39(3):121—124.
- [11] 张娟,张艳霞.神经妥乐平联合阿昔洛韦治疗急性面神经炎疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2013,16(4):62—63.
- [12] Lee YJ, Kim JY, Kim SY, et al. The effects of trunk kinesiio taping on balance ability and gait function in stroke patients[J]. J Phys Ther Sci,2016,28(8):2385—2388.
- [13] Öztürk G, Külcü DG, Mesci N, et al. Efficacy of kinesiio tape application on pain and muscle strength in patients with myofascial pain syndrome: a placebo-controlled trial[J]. J Phys Ther Sci, 2016,28(4):1074—1079.
- [14] 祁奇,王予彬,陈文华,等.肌内效贴在运动损伤康复中的应用进展[J].中国康复医学杂志,2013,28(10):971—974.
- [15] 姜文君,史佩佩,王盛.肌内效贴在中枢神经系统损伤康复中的应用进展[J].中国康复理论与实践,2014,20(11):1047—1049.
- [16] 刘强,沈莉,朱玉连,等.肌内效贴布对腰肌劳损患者疼痛及生活质量的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2014,36(6):495—496.