

表情肌康复训练联合常规针刺对恢复期周围性面瘫患者神经功能改善作用的观察

邵雅楠

【摘要】 目的:观察表情肌康复训练联合常规针刺对恢复期周围性面瘫患者神经功能的改善作用。方法:将83例恢复期周围性面瘫患者随机分为对照组41例与观察组42例,对照组仅采用常规针刺治疗,观察组加用表情肌康复训练治疗,治疗30d后比较2组患者H-B面神经功能、Sunnybrook评分及临床效果。结果:治疗30d后,2组H-B面神经功能明显优于治疗前($P<0.05$),且观察组更优于对照组($P<0.05$)。治疗后,观察组总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。结论:与单独针刺治疗相比,联合表情肌康复训练能够有效促进恢复期周围性面瘫患者神经功能和治疗效果的改善。

【关键词】 周围性面瘫;恢复期;针刺;表情肌;康复训练;神经功能

【中图分类号】 R49;R745.12 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2019.09.008

周围性面瘫是临床常见疾病,主要表现为口眼歪斜。该病与面神经受损有关,面神经功能障碍进而导致面部表情肌群瘫痪^[1]。国内发病率约为0.26%~0.34%,其中因治疗不当发生后遗症的占比高达31.2%,呈现“发病率”和“后遗症发生率”双高的特点^[2-5]。临床上治疗周围性面瘫以药物治疗与物理治疗为主,无明显改善者采用手术治疗^[6]。但抗病毒药物、神经营养类药物及糖皮质激素等常用药物长期服用均可导致较多不良反应的发生,且神经功能改善作用有限^[7]。中医治疗周围性面瘫副作用少,疗效尚可^[8]。其中针刺治疗对周围性面瘫患者神经功能的改善效果已经得到广泛验证,痊愈率通常在35%以上^[9]。此外,中药口服和熏蒸、放血疗法及穴位贴敷等疗法也对周围性面瘫有一定治疗效果^[10]。但以上治疗方法的应用尚无法达到完全治愈的目的,治疗效果仍有较大提升空间。康复训练是功能康复治疗的重要手段,具有痛苦小、易于实施等特点。我院近年来在治疗恢复期周围性面瘫时增加了表情肌康复训练的内容,取得较好效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2015年3月~2018年4月收治的83例恢复期周围性面瘫患者作为研究对象,纳入标准:符合《实用中西医结合诊断治疗学》中周围性面瘫的诊断标准^[11];恢复期(病程0.5~6个月);单侧周围性面瘫;签署知情同意书。排除标准:急性起

病;其他疾病导致的周围性面瘫;中枢性面瘫;合并重要脏器功能障碍;哺乳或妊娠期妇女;合并精神系统疾病;中途退出者;治疗期间接受其他治疗方案者。将患者按随机数字表法分为观察组与对照组。观察组42例;男27例,女15例;年龄20~58岁;平均(42.38±11.76)岁;病程23d~5个月,平均(3.51±1.06)个月。对照组41例;男24例,女17例;年龄22~59岁,平均(42.65±11.69)岁;病程29d~5个月,平均(3.57±1.12)个月。2组患者一般资料比较差异无统计学意义。研究取得医院医学伦理委员会批准。

1.2 方法 2组患者均给予常规西药治疗,包括甲钴胺胶囊0.5mg/次,维生素B₆10mg/次,维生素B₁10mg/次,均为3次/d。同时,选取患侧瞳子髎、迎香、下关、翳风、口禾髎、颧髎、地仓、颊车、夹承浆、四白、阳白、太阳及双侧合谷穴进行常规针刺治疗,气血不足者增加三阴交、足三里和百会穴;气虚痰瘀者增加丰隆、血海和足三里;血瘀气虚者增加血海和足三里;丰隆及血海两穴用泻法,三阴交、合谷、百会和足三里采用补法,其余穴位应用平泻平补法,针刺方向斜刺或平刺,深度0.2~0.5寸,针刺方向和深度根据患者病情、身体条件、穴位灵活掌握,每次15min,留针30min,每天1次。治疗5d,休息2d,共治疗30d。观察组患者在此基础上增加表情肌康复训练:①抬眉训练。嘱患者将患侧与健侧眉目上提,锻炼枕额肌额腹,每次保持10s,重复4~5次。②闭眼训练。嘱患者轻轻闭眼,双眼同时闭合20次以上,不能完全闭合者轻轻按摩眶下缘10次,尔后再用力闭合双眼10次。③耸鼻训练。依靠压鼻肌、提上唇肌收缩完成耸鼻训练,用力时应朝向鼻子方向,每次3~5s,重复10~20次。④示齿训

收稿日期:2018-12-17

作者单位:南通市第二人民医院康复医学科,江苏南通226002

作者简介:邵雅楠(1989-),女,住院医师,主要从事神经康复方面的研究。

练。收缩笑肌、提口角肌、颧大肌和颧小肌,双侧同时用力,避免习惯性偏向,每次5~10s,重复10~20次。
⑤努嘴训练。收缩口轮匝肌,用力向前努嘴,保持5s以上,重复10~20次。
⑥鼓腮训练。收缩扩张颊肌和口轮匝肌,鼓腮时捏住患侧口轮匝肌,保持5~10s,10~20次。每次表情肌康复训练时长为30min,每天治疗3次。

1.3 评定标准 ①H-B面神经功能^[12]:采用House-Brackman面神经功能评价分级系统评价,根据不同的病情程度和病情特点分为I级(功能正常)、II级(轻度功能障碍或联带运动)、III级(双侧面部差异明显,但无严重外形损伤,可伴有不严重的联带运动)、IV级(有明显可见的面肌瘫痪,外形有损伤)、V级(面神经支配区仅有轻微可见的运动)、VI级(面神经支配区域无明显运动)。
②Sunnybrook评分^[13]:采用Sunnybrook面神经评定系统表进行评价,主要对抬额头、张嘴微笑、耸鼻、唇吮吸、闭眼等动作,以及嘴、鼻唇沟和眼的静态状态评分,分值范围0~100分,分数越高神经功能越好。
③临床疗效:按照《实用中西医结合诊断治疗学》中治疗效果评价标准^[14]。Sunnybrook评分 ≥ 90 分,H-B面神经功能I级,面瘫症状基本消失为痊愈;Sunnybrook评分70~89分,H-B面神经功能II级,面瘫症状明显好转为显效;Sunnybrook评分50~69分,H-B面神经功能III~IV级,面瘫症状改善为好转;Sunnybrook评分50分以下,H-B面神经功能IV级以上,面瘫症状加重或未改善为无效。

1.4 统计学方法 对本临床研究的所有数据采用SPSS 18.0进行分析,计数资料以百分比表示,并采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,并采用t检验,等级资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者H-B面神经功能比较 治疗后,2组H-B面神经功能明显优于治疗前($P < 0.05$),且观察组更优于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组患者H-B面神经功能比较 级,例(%)

组别	n	时间	I	II	III	IV	V	VI
观察组	42	治疗前	1(2.4)	2(4.8)	9(21.4)	14(33.3)	12(28.6)	4(9.5)
		治疗后	28(66.7)	9(21.4)	3(7.1)	2(4.8)	0(0.0)	0(0.0)
对照组	41	治疗前	0(0.0)	3(7.3)	11(26.8)	12(29.3)	14(34.2)	1(2.4)
		治疗后	12(29.3)	8(19.5)	7(17.1)	10(24.4)	3(7.3)	1(2.4)

2组组内治疗前后及治疗后组间比较, $P < 0.05$

2.2 2组患者Sunnybrook评分比较 治疗前Sunnybrook评分组间比较差异无统计学意义。治疗30d后,2组患者Sunnybrook评分较治疗前逐渐显著提高($P < 0.05$),观察组Sunnybrook评分高于对照组

($P < 0.05$)。见表2。

表2 2组患者Sunnybrook评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	42	53.14 \pm 12.78	87.94 \pm 10.25 ^{ab}
对照组	41	52.63 \pm 13.12	78.66 \pm 17.38 ^a

与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$

2.3 2组患者治疗效果比较 观察组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 2组患者治疗效果比较 例

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
观察组	42	28	9	5	0	42(100.00) ^a
对照组	41	11	9	17	4	37(90.24)

与对照组比较,^a $P < 0.05$

3 讨论

现代医学尚未完全确定周围性面瘫的发生机制和病因,目前认为主要与病毒感染、血运障碍、自身免疫反应、面神经管狭窄及类固醇激素低水平表达等因素有关。因此在治疗周围性面瘫时主要采用抗病毒、改善循环、营养神经、消炎等措施^[12]。但由于致病机制复杂,治疗缺乏针对性。周围性面瘫可归为中医“口僻”和“口斜”等范畴,病机为正气不足^[13]。中医认为,面部卫气不足,脉络空虚,则外邪侵袭太阳经和阳明经,面部气血失调,导致经络失养进而诱发口眼歪斜^[14]。因此在针刺治疗时应以太阳经和阳明经为主。合谷穴在中医中具有“面口合谷收”的说法,被认为是治疗口面部疾病的重要穴位。此外,瞳子髎、迎香、下关、翳风、口禾髎、颧髎、地仓、颊车、夹承浆、四白等穴具有活血通络、调筋疏气的功效^[15]。本次研究中常规针刺以上穴位进行治疗,并针对气血不足、气虚痰瘀、血瘀气虚等不同分型辨证施治,结果发现总有效率达90.24%,痊愈率也达到26.83%,表明常规针刺对恢复期周围性面瘫有着显著疗效。

周围性面瘫的康复治疗一度被临床所忽视,被认为对功能恢复并无明显作用^[16]。但也有研究发现,功能性康复锻炼能够促进神经功能恢复,缩短整体治疗时间^[17]。唐红宇等^[18]的研究采用面部肌力增强训练治疗周围性面瘫,结果发现患者肌力显著增强,面瘫症状得到改善。本次研究中,治疗后观察组患者Sunnybrook评分、H-B面神经功能及痊愈率均显著优于对照组患者,表明联合表情肌康复训练能够促进面神经功能的恢复。分析其作用机制,表情肌康复训练主要从以下2个方面促进神经功能恢复:①起到与中医推拿相似的作用。通过肌肉活动疏通经络、祛散瘀血,与针刺配合起到调和面部气血、滋养经络的目的。②起到与神经肌肉促进疗法相似的作用。通过主动性的表

情肌群活动,既增强了表情肌群肌力,避免肌肉因神经受损发生萎缩。同时,血供和氧供改善后也有利于维持和改善面部神经功能。研究证实,主动性的肌肉康复训练能够刺激神经兴奋和传导,促进神经功能的恢复^[19]。本次研究中设计的6个训练动作覆盖了所有面部肌肉和神经,通过反复训练,促进神经肌肉功能恢复。此外,训练动作均简单易行,患者依从性高,有利于提高疗效。

综上所述,常规针刺对恢复期周围性面瘫有着良好疗效,但联合表情肌康复训练能够进一步促进恢复期周围性面瘫患者神经功能和治疗效果的改善。

【参考文献】

- [1] Kleiss I J, Hohman M H, Susarla S M, et al. Health-related quality of life in 794 patients with a peripheral facial palsy using the FaCE Scale: a retrospective cohort study[J]. *Clin Otolaryngol*, 2016, 40(6):651-656.
- [2] Wacaw Kopala, Andrzej Kukwa. Evaluation of the acoustic (stapedius) reflex test in children and adolescents with peripheral facial nerve palsy[J]. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2016, 89(3):102-106.
- [3] Pons Y, Ukkola-Pons E, Ballivet d R S, et al. [Peripheral facial nerve palsy][J]. *J Fr Ophtalmol*, 2013, 36(6):548-553.
- [4] Kasahara T, Ikeda S, Sugimoto A, et al. Efficacy of Tape Feedback Therapy on Synkinesis Following Severe Peripheral Facial Nerve Palsy. [J]. *Tokai J Exp Clin Med*, 2017, 42(3):139-142.
- [5] Imafuku A, Tanaka K, Marui Y, et al. Primary Central Nervous System Post-transplant Lymphoproliferative Disorder Diagnosed by Peripheral Facial Nerve Palsy[J]. *Intern Med*, 2018, 57(13):1899-1903.
- [6] Rodriguez-Gonzalez M, Castellano-Martinez A, Perez-Reviriego A A. Atypical Presentation of Incomplete Kawasaki Disease: A Peripheral Facial Nerve Palsy[J]. *J Emerg Med*, 2018, 55(1):118-120.
- [7] Giudici N, Bianchetti M G, Ramelli G P, et al. Recurrent episodes of peripheral facial nerve palsy and fissured tongue[J]. *J Paediatr Child Health*, 2017, 53(6):609.
- [8] Rath B, Gidudu J F, Anyoti H, et al. Facial nerve palsy including Bell's palsy: Case definitions and guidelines for collection, analysis, and presentation of immunisation safety data[J]. *Vaccine*, 2016, 35(15):1972-1983.
- [9] Alptekin D. Acupuncture and Kinesio Taping for the acute management of Bell's palsy: A case report[J]. *Complement Ther Med*, 2017, 35(17):1-5.
- [10] 冯喜莲,王景峰,何天有.“拔河对刺、补泻兼施法”治疗顽固性周围性面瘫120例[J]. *中国针灸*, 2018, 38(04):415-416.
- [11] 陈贵廷,杨思澍. *实用中西医结合诊断治疗学*[M]. 中国医药科技出版社, 1993:138.
- [12] Malhotra V, Rao J K D, Arya V, et al. Assessment of facial nerve injury with “House and Brackmann facial nerve grading system” in patients of temporomandibular joint ankylosis operated using deep subfascial approach[J]. *National Journal of Maxillofacial Surgery*, 2015, 6(2):194-199.
- [13] 李健东. 面神经评分标准[J]. *国际耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2005, 29(6):391-391.
- [14] 陈贵廷,杨思澍. *实用中西医结合诊断治疗学*[M]. 中国医药科技出版社, 1993:141-142.
- [15] Linder T E, Abdelkafy W, Caverovane S. The management of peripheral facial nerve palsy: “paresis” versus “paralysis” and sources of ambiguity in study designs. [J]. *Otol Neurotol*, 2010, 31(2):319-327.
- [16] 李艳红,王永敏,张丽华,等. 调督和胃针法治疗周围性面瘫40例疗效观察[J]. *中华中医药杂志*, 2016, 13(6):2418-2420.
- [17] 朱贻霖,肖姮,蔡嘉洛,等. 电针治疗急性期周围性面瘫的Meta分析[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2016, 35(12):1673-1675.
- [18] 王兵,杨金洪,陈枫,等. 不同中医疗法治疗周围性面瘫的疗效评价[J]. *中医杂志*, 2017, 58(22):1929-1933.
- [19] 刘铭,马晖,富晓旭,等. 温针灸配合康复功能训练治疗周围性面瘫40例疗效观察[J]. *成都中医药大学学报*, 2015, 38(1):86-89.
- [20] 许梦雅. 面肌按摩并协调性训练辅助治疗周围性面瘫的疗效观察[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2010, 32(9):665-666.
- [21] 唐红宇,谭红. 周围性面瘫面部肌力增强训练的对比研究[J]. *中国组织工程研究*, 2002, 6(5):643-643.
- [22] 方芳,陈秀华,李颖,等. 陈全新教授分型论治周围性面瘫的经验[J]. *时珍国医国药*, 2016, 22(5):1246-1247.

本刊办刊方向:

立足现实 关注前沿 贴近读者 追求卓越