

特发性面神经麻痹急性期的综合治疗

江伟 何传斌 周俊明(解放军电子工程学院医院门诊部 安徽 合肥 230037)

【摘要】 目的 观察特发性面神经麻痹急性期患者综合治疗的效果。方法 综合运用药物治疗、物理疗法、康复治疗和心理治疗的方法治疗 35 例特发性面神经麻痹急性期患者,并观察疗效。结果 35 例患者经 10 d 治疗后,痊愈 14 例,显效 15 例,好转 4 例,无效 2 例,显效率达 82.9%。1 个月后随访,痊愈 25 例,显效 8 例,好转 2 例。显效率达 94.3%。结论 运用综合方法治疗特发性面神经麻痹急性期患者,临床疗效显著。

【关键词】 特发性面神经麻痹 急性期 综合治疗

Comprehensive treatment for idiopathic facial paralysis at acute stage. JIANG Wei, HE Chuan-bin, ZHOU Jun-ming. Department of Out-patient, The Hospital of PLA Electronic Engineering Institute, Hefei Anhui 230037, China.

【Abstract】 Objective To study the effect of combined treatment in 35 cases of idiopathic facial paralysis at acute stage. **Methods** The integrated application of drug medication, physical therapy, therapeutic rehabilitation and psychological treatment was applied in these patients.

Results After treatment for 10 days, 14 cases were cured, 15 cases with much improvement, 4 cases with amelioration and 2 cases with failure, and the markedly effective rate was 82.9%. After follow-up for 1 month, 25 patients cured, marked effectiveness in 8 and improvement in 2 cases. The markedly effective rate was 94.3%. **Conclusion** The efficacy of comprehensive treatment for patients with idiopathic facial paralysis at acute stage is significant.

【Key words】 Idiopathic facial paralysis; Acute stage; Comprehensive treatment

特发性面神经麻痹亦称贝尔麻痹(Bell palsy),主要是由于茎乳孔内面神经非特异性炎症所引起周围性面瘫^[1]。对于特发性面神经麻痹可分为 4 期,即急性期、恢复早期、恢复后期和后遗症期,其急性期为发病后当天至 1 个月内^[2]。特发性面神经麻痹急性期的治疗尤为重要,若患者治疗不及时或者方法不正确常遗留有顽固性后遗症。我院自 2008 年以来对特发性面神经麻痹急性期患者采用综合治疗的方法,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2008 年 3 月至 2011 年 2 月我院门诊及住院的特发性面神经麻痹急性期患者 35 例,所有患者均符合特发性面神经麻痹诊断标准^[1],并排除中耳炎、外伤、颅内病变等因素所导致的中枢性面瘫及周围性面神经麻痹。其中男性 25 例,女性 10 例;年龄 19~65 岁,平均 35.5 岁;左侧面瘫 16 例,右侧面瘫 19 例;面瘫病程 0.5~3.0 d,平均 1.7 d;其中有 21 例患者发病前有鼻塞、肌肉痛、咽痛等病毒感染的前驱症状。

1.2 治疗方法

1.2.1 药物治疗 ①抗炎:地塞米松 10 mg(芜湖康奇制药有限公司,国药准字 H34021687;规格 1 ml:5 mg)静脉滴注,1 次/d,连续 7~10 d。②改善神经营养代谢:维生素 B₁ 100 mg(芜湖康奇制药有限公司,国药准字 H34021979;规格 2 ml:100 mg),维生素 B₁₂ 0.5 mg(芜湖康奇制药有限公司,国药准字 H34021812;规格 1 ml:0.5 mg)肌肉注射,1 次/d,连续 10 d 后改为口服。③改善微循环:丹参注射液 20 ml(四川升和药业股份有限公司,国药准字 Z51021303;规格 10 ml)静脉滴注,1 次/d,连续 10~14 d。④抗单纯疱疹病毒:阿昔洛韦片 0.2 g(南京瑞尔医药有限公司,国药准字 H19994080;规格 0.1 g)5 次/d,连服 10 d。⑤保护眼角膜防止感染和光刺激:金霉素

眼膏(南京白敬宇制药有限责任公司,国药准字 H32020103;规格 1 g:0.005 g)涂眼 2~3 次/d。

1.2.2 物理治疗 ①TDP(神灯)照射:采用重庆医疗设备厂生产的 TDP-J 型(波谱:2~25 μm,额定功率 230 W),局部照射患侧面面部耳后乳突部,灯距 30 cm(近眼部需用湿纱布覆盖)。以患者有舒适温热感为宜,每次 30 min,1 次/d,10 d 为 1 疗程,可持续 3~4 疗程。②超短波透热疗法:采用广东省汕头市医用设备厂生产的 DL-C2 型五官科超短波电疗机,用两个直径 5 cm 的圆形电极,一极置于患侧耳前腮腺区,另一极置于患侧耳后乳突部,间隙 2 cm,微热量或温热量,每次 15 min,1 次/d,10 d 为 1 疗程,可持续 3~4 疗程。

1.2.3 康复治疗 做皱眉、举额、闭眼、露齿、鼓腮、吹口哨等动作,训练时双侧均进行训练,可用手协助患侧活动以保证完成所有动作。每个动作连续 15 遍,3 次/d。

1.2.4 心理治疗 通过交谈的方式(每周谈话 6~8 次),对患者有关疾病的疑问给予适当的解释,帮助病人识别导致情绪和行为障碍的情境,指导病人用更为合理的想法来替代负性思维,及时解除患者的紧张情绪。

1.3 疗效判定标准^[3] 神经功能分级评价标准采用 House-Brackman(H-B)分级法。其中痊愈:整个面部正常,HB 分级 I 级;显效:仔细观察可看出轻微功能障碍,静止时面部对称,张力正常,眼睛可完全闭合,口轻度不对称,HB 分级 II 级;好转:无外形损坏,功能减退明显,静止时基本对称,运动时不对称或轻度病理性联合运动(例如:面肌抽动、面肌痉挛),HB 分级 III 级;无效:外形明显不对称,治疗前后无明显变化,HB 分级为 IV~VI 级。显效率=(痊愈数+显效数)/总数×100%。

2 结果

35 例患者经 10 d 治疗后临床疗效评估:痊愈 14

例,显效 15 例,好转 4 例,无效 2 例,显效率达 82.9%。1 个月后随访:痊愈 25 例,显效 8 例,好转 2 例,显效率达 94.3%。

3 讨论

特发性面神经麻痹是以面部表情肌群运动功能障碍为主要特征的一种常见病、多发病,表现以一侧面部表情肌突然瘫痪,同侧前额皱纹消失,眼裂扩大,鼻唇沟变浅,面部被牵向健侧为主要特征。一般起病迅速,在几小时至 1~2 d 面肌麻痹达高峰,过去急性期的治疗往往局限于皮质类固醇激素及 B 族维生素的药物治疗,虽有一定疗效,但仍有不少病例留有顽固性的面瘫后遗症。

本研究使用丹参注射液具有活血化瘀、抑制炎症介质释放的功效,尤其在扩张血管、抗血栓形成、改善微循环方面作用显著,通过改善面部血液循环,起到缓解面神经的缺血、缺氧、水肿状态。国内外研究资料表明^[4,5],单纯疱疹病毒 I 型(HSV-I)感染是本病的主要致病原因,目前认为 HSV-I 初始感染机体后,病毒沿着支配神经的末梢逆行到达膝状神经节,在此产生潜伏感染,在特定条件诱发下(如上呼吸道感染、寒冷等),病毒复活并沿着轴索扩散造成面神经麻痹的表现。因此本研究采用阿昔洛韦进行抗疱疹病毒治疗是有理论基础的,美国神经病学会(ANN)公布的指南中也认为^[6]阿昔洛韦(与泼尼松连用)是安全的,并在改善特发性面神经麻痹患者面肌功能方面可能有效。

本研究物理疗法采用 TDP 照射联合超短波透热疗法^[7],TDP 照射可使患部的血管扩张,血流加速,进一步改善血供,促进代谢,减少组织水肿;超短波透热疗法可明显促进受损伤的周围神经的再生作用,对机械性周围神经损伤修复作用显著。但值得注意的是,面神经疾病在急性期切忌强刺激治疗,如面部针灸、小针刀、拔罐、电针、穴位注射等,这些治疗做法极易伤及面神经元,造成水肿,进一步加重病情,使面肌僵硬,面部抽搐发

紧,导致面神经功能更难恢复。

本研究康复治疗让表情肌功能尽早得到训练^[8],改善患者面部血液循环,延缓面部肌肉萎缩,对神经损伤后面肌的不协调运动加以矫正,不仅可延缓面神经重度损伤患者的肌萎缩,且可阻断其他侧支神经对失神经肌肉的支配,从而减少后遗症的发生。由于特发性面神经麻痹患者存在着不同程度心理健康问题,因此特发性面神经麻痹的治疗,除了注重药物治疗以外,应该结合认知治疗,解除患者对疾病的顾虑,释放焦虑情绪,加强心理干预治疗^[9]。

综上所述,通过对本组病人的观察研究,我们发现采用综合治疗的方法对特发性面神经麻痹急性期患者临床疗效显著,而能否采用及时、有效、合理的综合治疗方案是决定急性期面瘫患者疗效好坏的关键。

参考文献

- [1] 贾建平. 神经病学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2008:335-337.
- [2] 谢志刚. 面神经麻痹的分期与康复治疗[J]. 临床和实验医学杂志,2002,1(1):31-32.
- [3] 鲍曼,李伟伟. 特发性面神经麻痹的综合康复疗效探讨[J]. 临床和实验医学杂志,2011,10(6):445-446.
- [4] N Julian Holland, Graeme M Weiner, 任汝静. 面神经麻痹的新进展[J]. 英国医学杂志(中文版),2005,8(2):104-109.
- [5] 刘稳,高志强,神平,等. 单纯疱疹病毒性面神经炎的动物模型[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,54(1):17-21.
- [6] 全世明,高志强. 贝尔面瘫治疗指南[J]. 国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,43(4):274.
- [7] 丁永利. 物理治疗急性期周围性面神经麻痹的疗效观察[J]. 安徽医药,2009,13(8):942-943.
- [8] 马跃文,董继超,杜宝琮,等. 面肌运动训练对特发性面神经麻痹功能恢复的影响[J]. 中国康复医学杂志,2009,24(6):543-546.
- [9] 赵斌,王世凤,汪健. 认知治疗对特发性面神经麻痹的临床疗效[J]. 中国行为医学科学,2007,16(7):624.

(收稿日期:2011-07-22)

(上接第 17 页)

- [4] 邹多武,许国铭. 功能性消化不良的症状流行病学及西沙必利治疗多因素分析[J]. 中华消化杂志,1997,17(增刊):65.
- [5] Feinle-Bisset C, Horowitz M. Dietary factors in functional dyspepsia[J]. Neurogastroenterol Motil 2006,18(8):608-618.
- [6] 陈淑洁,王良静,徐焕海,等. 胆囊收缩素分泌及胰腺外分泌功能对消化不良的影响[J]. 中国消化杂志,2006,26(12):830-831.
- [7] Fried M, Feinle C. The role of fat and cholecystokinin in functional dyspepsia[J]. Gut 2002,51(Suppl 1):i54-57.
- [8] Vu MK, Vecht J, Eddes EH, et al. Antroduodenal motility in chronic pancreatitis: are abnormalities related to exocrine insufficiency[J]? Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol,2000,278(3):G458-466.
- [9] 上海多潘立酮多中心临床研究协作组. 多潘立酮片治疗功能性消

化不良的临床研究[J]. 中华消化杂志,2003,23(4):220-222.

- [10] 邹多武,许国铭,苏墩,等. 复方阿嗝米特治疗功能性消化不良、慢性胆囊炎、胆结石、肝硬化腹胀的疗效观察[J]. 中华消化杂志,2005,25(7):421-424.
- [11] 上海市泌特临床协作组. 复方阿嗝米特肠溶片治疗消化不良的多中心、随机、双盲、安慰剂平行对照临床研究[J]. 胃肠病学,2005,10(2):83-87.
- [12] 郑丹,夏冰,施先艳,等. 多潘立酮联合复方消化酶治疗功能性消化不良 84 例[J]. 世界华人消化杂志,2009,17(3):336-339.
- [13] 赵莉,许乐,李琪,等. 复方阿嗝米特肠溶片联合多潘立酮治疗功能性消化不良的随机、双盲、安慰剂对照临床研究[J]. 中华内科杂志,2011,50(3):212-215.

(收稿日期:2011-09-22)