

分期针刺治疗周围性面瘫临床研究^{*}

王文娟 曹雪 张林林 陈鹏 王萍 杜翔^{**}

(咸阳市中心医院,陕西 咸阳 712099)

摘要:目的 研究分期针刺治疗周围性面瘫(peripheral facial paralysis, PFP)的临床效果。方法 将诊断明确的 90 例患者应用随机表分为治疗组和对照组,每组 45 例,治疗组给予分期针刺治疗,对照组采用传统不分期针刺治疗,比较两组患者临床总有效率、痊愈率及其 House-Brackmann 分级指标(额纹消失程度、眼裂大小、鼻唇沟消失程度、鼓腮漏气程度)变化。结果 治疗 4 个疗程后,总有效率治疗组达 95.56%,对照组为 82.22%,治疗组明显优于对照组($P < 0.05$);痊愈率治疗组为 57.78%,对照组为 37.28%,治疗组较对照组为高($P < 0.05$);两组患者 House-Brackmann 分级指标(额纹消失程度、眼裂大小、鼻唇沟消失程度、鼓腮漏气程度)治疗后均显著下降(均 $P < 0.01$),且治疗组下降更为明显,两组比较差异显著($P < 0.05$)。结论 分期针刺治疗周围性面瘫可明显促进患者康复,提高临床疗效,值得临床推广应用。

关键词:分期针灸;周围性面瘫;临床疗效;House-Brackmann 分级指标

中图分类号:R246.8 文献标识码:A

文章编号:1672-0571(2023)02-0065-04

DOI:10.13424/j.cnki.mtcm.2023.02.014

周围性面瘫(peripheral facial paralysis, PFP)是茎乳突孔内面神经非特异性炎症所致,为临床常见、多发疾病^[1]。以单侧突发多见,男性略高于女性,一年四季均可发生^[2]。早期因原因不明的炎性侵袭引起面神经水肿、局部嵌压,此阶段时间的长短与疗效直接相关,其长者常可遗留不同程度的后遗症而影响患者面部美观,甚至由此造成一定的心理负担而出现焦虑抑郁倾向^[3]。对本病的治疗,目前,西医主要应用口服激素和 B 族维生素^[4],效果不甚理想,且存在一定的副作用和局限性^[5]。业已证明:针刺治疗 PFP 具有治愈率高、恢复快、后遗症少等特点^[6-7]。但由于患者体内正气的强弱、病邪性质与数量及其所处阶段不同,临床表现不一,近年来我们采用分期针刺治疗,取得了满意的疗效。现总结报道如下。

1 临床资料

1.1 病例来源、分组 病例均来自 2020 年 3 月 1 日—2022 年 7 月 1 日咸阳市中心医院神经内科、康复医学科的住院患者,共 90 例,应用随机表法分

为治疗组和对照组,每组 45 例。本研究经过咸阳市中心医院伦理委员会批准(批准号:20180035 号)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 依照 2016 年《中国特发性面神经麻痹诊治指南》^[8] 诊断标准:①急性起病,进行性加重,一般在 3 d 左右达到高峰;②均为单侧周围性面瘫,可伴有耳后疼痛、舌前 2/3 味觉减退或敏感、流涎、流泪、耳鸣,听觉过敏等症状;③排除继发性周围性面瘫。

1.2.2 中医诊断标准 参照全国高等中医药院校规划教材(第九版)《针灸治疗学》制定诊断标准与症型:①以一侧口眼歪斜为主要特点;②突然出现一侧面部肌肉僵硬、板滞、瘫痪,额纹消失,眼裂变大,鼻唇沟变浅,露睛流泪,口角下垂歪向健侧,患侧不能完成皱眉、闭目、露齿、鼓颊等动作;③或病初耳后疼痛,口味、听力改变等。

1.2.3 分期标准 依据中国针灸学会《循证针灸临床实践指南 PFP(修订版)》^[9] 分为四期:急性期

* 基金项目:陕西省第三届名中医张卫华传承工作室建设项目[陕中医药函(2019)82 号]

** 通讯作者:杜翔,主任医师。E-mail:sy20180902@126.com

发病≤7 d;亚急性期 发病>7 d,≤21 d;恢复期 发病>21 d,≤6 个月;后遗症期 发病>6 个月者。

1.3 纳入标准 ①符合上述中西医诊断标准和分期标准;②年龄 18~65 岁;③发病≤7 d;④自愿参加并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并有脑、心、肺、肝、肾和造血系统等急危重症患者;②妊娠期患本病者;③各种原因不能配合完成治疗者。

1.5 治疗方法 基础治疗:两组患者均常规口服激素和 B 族维生素、患侧 TDP 灯照射,亚急性期和恢复期均行面部闪罐治疗。

1.5.1 治疗组 在基础治疗的同时给予分期针刺治疗:

1.5.1.1 取穴 ①主穴 局部穴—阳白、攒竹、四白、颊车、颧髂、地仓(均患侧),翳风(双侧);远端穴—合谷、太冲(均双侧);②配穴 闭目露睛加患侧丝竹空,鼻唇沟浅加患侧迎香,人中沟歪斜加水沟,体质虚弱者加气海、足三里(均双侧)。

1.5.1.2 刺法 急性期:局部穴均浅刺 0.1~0.2 寸,快进快出,稍捻转,不留针;远端穴均直刺 0.8~1.2 寸,行捻转泻法,留针 30 min,期间行针 1 次。

亚急性期:均向下平刺(针身均在皮下)阳白、攒竹、四白 0.5~1.0 寸;地仓透颊车、颊车透地仓,针身深度仅在皮下浅层;直刺翳风、颧髂 0.2~0.3 寸;所有穴位均行平补平泻手法;远端穴同急性期刺法。均留针 30 min,期间如法行针 1 次。

恢复期:均向下平刺阳白、攒竹、四白 0.5~1.0 寸,均深达肌肉层,捻转得气;地仓与颊车相互透刺,针刺深度至局部肌肉中层,捻转得气;颧髂直刺 0.2~0.3 寸,翳风直刺 0.5~1.0 寸,二穴均行平补平泻的捻转和雀啄手法 6~9 次;远端穴进针同急性期,平补平泻手法。同时局部穴加用 G6805 电针治疗仪,选疏密波,电刺激强度以患者可耐受为度。留针 30 min。

配穴均常规刺法。

1.5.2 对照组 基础治疗的同时给予不分期的针刺治疗,穴位同治疗组。刺法:平刺阳白、攒竹、四白,长度 0.5~1.0 寸,深度 0.2~0.3 寸;地仓透刺颊车,长度 1.0~1.3 寸,深度 0.2~0.3 寸;直刺颧髂、翳风,深度分别为 0.3~0.5 寸和 0.8~1.0

寸(局部穴均取患侧);合谷、太冲均双侧取穴,直刺 0.8~1.2 寸。局部穴和远端穴捻转行针得气,留针 30 min,期间行针 1 次。

1.5.3 疗程 两组均 1 日 1 次,5 次一个疗程,疗程间休息 2 d,4 个疗程后评定疗效。若提前痊愈者不再继续治疗。

1.6 观察指标

1.6.1 面神经功能评价 参照第五次国际面神经外科专题研究研讨会推荐 House-Brackmann(H-B)面神经功能评价分级系统行病情轻中重度评价^[10]。具体选取额纹消失程度、眼裂大小、鼻唇沟消失程度、鼓腮漏气程度 4 项指标进行分析。

1.6.2 疗效观察 参考《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[11]评价:痊愈:H-B 分级Ⅰ级;显效:H-B 分级Ⅱ级;有效:H-B 分级Ⅲ级;无效:症状未见改善,H-B 分级Ⅳ-Ⅵ级。总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 25.0 软件对数据进行统计分析。计量资料符合正态分布,所得数据使用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验。 χ^2 检验用于计数资料统计比较。以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基线资料 两组患者治疗前临床基线资料比较,均无显著性差异(均 *P*>0.05),说明均衡性较好,具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者基线资料比较($\bar{x} \pm s$)				
项目	<i>n</i>	年龄(岁)	男/女(<i>n</i>)	发病时间(d)
治疗组	45	42.61±11.34	21/24	4.3±2.0
对照组	45	43.64±10.91	22/23	4.6±2.3
$\nu\chi^2$		0.306	0.367	1.862
<i>P</i>		0.69	0.545	0.143

2.2 主要临床症状及其比较 治疗后两组患者主要症状均改善显著(*P*<0.05),治疗组明显优于对照组(*P*<0.01),见表 2~5。

2.3 两组患者临床疗效及其比较 治疗组总有效率(95.56%)和痊愈率(57.78%)明显优于对照组(82.22%和 37.78%),差异均有统计学意义($\chi^2=4.050, P=0.044<0.05; \chi^2=4.380, P=0.036<0.05$)。见表 6。

表 2 两组患者治疗前、后额纹消失程度评分比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
治疗组	45	2.03 ± 0.43	0.72 ± 0.63	9.128	0.00
对照组	45	1.96 ± 0.38	1.02 ± 0.58	6.760	0.00
<i>t</i>		-0.449	-2.151		
<i>P</i>		0.655	0.034		

表 3 两组患者治疗前、后眼裂大小程度评分比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
治疗组	45	1.60 ± 0.72	0.40 ± 0.56	7.165	0.00
对照组	45	1.63 ± 0.67	0.80 ± 0.81	4.361	0.00
<i>t</i>		-0.185	-2.230		
<i>P</i>		0.854	0.030		

表 4 两组患者治疗前、后鼻唇沟消失程度评分比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
治疗组	45	1.60 ± 0.72	0.40 ± 0.56	9.165	0.00
对照组	45	1.63 ± 0.67	0.80 ± 0.81	6.361	0.00
<i>t</i>		-0.531	-2.125		
<i>P</i>		0.694	0.028		

表 5 两组患者治疗前、后鼓腮漏气程度评分比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
治疗组	45	1.60 ± 0.72	0.40 ± 0.56	8.023	0.00
对照组	45	1.63 ± 0.67	0.80 ± 0.81	5.137	0.00
<i>t</i>		-0.276	-2.030		
<i>P</i>		0.782	0.016		

表 6 两组患者临床疗效及其比较[<i>n</i> (%)]					
组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	26(57.78)	12(26.67)	5(11.11)	2(4.44)	43(95.56)
对照组	17(37.78)	13(28.89)	7(15.56)	8(17.78)	37(82.22)
χ^2	4.380				4.050
<i>P</i>	0.036				0.044

3 讨论

PFP 的发病机理目前尚未完全明确,目前主要有两种观点:①单纯疱疹病毒(Herpes simplex virus,HSV)感染^[12]。正常情况下 HSV 潜伏于神经节,当机体受到损伤或代谢发生变化时,病毒再度活化复制,导致神经水肿等一系列病理改变而导致面瘫;②微循环障碍/神经缺血学说^[13],各种刺激因素,导致神经营养血管痉挛收缩,致使神经缺血、水肿、受压而致病。PFP 属中医“口僻”“吊线

风”“歪嘴风”范畴,由于正气虚弱,脉络空虚,风寒、风热之邪乘虚而入,侵袭面部阳明、少阳经络,致其经脉失养,经气阻滞,筋肌弛缓^[14-17]。根据病情不同阶段分为急性期、亚急性期和恢复期、后遗症期。

《灵枢·经筋》曰:“足之阳明,手之太阳,筋急则口目为僻,目眦急则不能卒视。”“足阳明之筋……颊筋有寒,则急,引颊移口;有热则筋弛纵,缓不收,故僻。”《诸病·源候论》曰:“体虚受风,风入于夹口之筋也……其筋偏虚,而风因乘之使其经筋急而不调,故令口僻。”该病初期为炎症、水肿,治疗主要以消除炎症,减轻组织水肿,减轻神经受压为原则,此时不宜强刺激,针刺以轻、浅刺法为主^[18];亚急性期用常规针刺,针刺量较前略增,加用 TDP 灯面部照射、闪罐,以改善面部表情肌的运动功能,促进面部肌肉恢复^[19-20];恢复期以促进神经功能恢复为原则,增加针刺深度达肌肉中层,同时适当加大局部刺激量,再加用电针,一方面改善局部血液循环,更为重要的是提高肌肉的兴奋性^[21-22]。安军明教授主张在针灸治疗时实行分期治疗^[23],即根据患者处于不同的发病期,辨证取穴,急性期浅刺激发阳气以祛邪通络;静止期采取加强刺激量,多种针刺手法结合的治疗方法;恢复期根据病情变化可配合艾灸、电针综合治疗,疗效显著。既往研究亦证实^[24-25],根据对患者病情的分析,急性期行浅刺治疗,急性期后行透刺法治疗,实施针灸综合性治疗能有效刺激面部肌肉,改善代谢,促进血液循环,能有效地营养神经,促进面部肌肉功能恢复,均与本研究理论基础一致。

本研究中,PFP 的急性期和亚急性期,其面神经及其周围的软组织(尤其在其狭窄的面神经管内)因炎症而肿胀、受压,对机械性刺激极为敏感,较大的机械刺激更易于造成损害而延缓治疗效果,故治疗组面部局部穴位急性期仅给予速进快出、少捻转,浅在皮部而不留针、亚急性期针刺深度仅在皮下,刺激量较小,以适应者两期的病例生理,这一治疗特点也可能是产生较传统针刺方法为优的关键所在,而治疗组的恢复期患者,面部局部穴位针刺深度均已达肌肉的浅层和中层,得气感应明显,刺激量增大,则更有利于损伤面神经的

恢复,最终经 4 个疗程后,治疗组的总有效率和痊愈率分别达到了 95.56% 和 57.78%,治疗后 H-B 面神经功能评价分级中 4 项指标均较传统固有不分期的针刺治疗方法组恢复的更好。

综上所述,分期针刺治疗 PFP 能够更快促进患者康复,提高临床疗效,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 朱玉华,郑雪丽,塞娜,等. 贝尔面瘫的研究进展及诊疗现状[J]. 中华耳科学杂志,2020,18(4):768-773.
- [2] 付月箫,许新霞,谷灿立. 新加汤配合针刺治疗老年周围性面瘫临床观察[J]. 中国中医急症,2014,23(6):1187-1188.
- [3] 贾诚,陈利锋,冯小剑,等. 针灸治疗老年周围性面瘫的疗效分析[J]. 中国临床神经外科杂志,2020,25(7):439-440,487.
- [4] 贾建平,陈生弟. 神经病学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [5] 常豫红. 电针与常规针灸治疗周围性面神经麻痹对照研究[J]. 内蒙古中医药,2016,35(14):142.
- [6] 龚丽,唐巍,咎兴淳. 针灸治疗周围性面瘫近五年研究进展[J]. 陕西中医药大学学报,2018,41(3):112-116.
- [7] 杨联胜,周丹凤,张昆,等. 针刺治疗面瘫临床试验的优化设计研究[J]. 现代中医药,2022,42(1):53-59.
- [8] 王庆梅. 针灸联合中药内服熏洗治疗急性周围性面瘫的临床疗效及对肌电图的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(23):3814-3815.
- [9] 刘明生. 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.
- [10] 朱玉华,郑雪丽,塞娜,等. 贝尔面瘫的研究进展及诊疗现状[J]. 中华耳科学杂志,2020,18(4):768-773.
- [11] 杨万章,吴芳,张敏. 周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准(草案)[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2005,3(9):786-787.
- [12] Gilden DH, Tyler KL. Bell's palsy: is glucocorticoid

treatment enough? [J]. The New England Journal of Medicine,2007,357(16):1653-1655.

- [13] Franzke P, Bitsch A, Walther M, et al. Weather, weather changes and the risk of Bell's palsy: a multicenter case-crossover study [J]. Neuroepidemiology, 2018, 51(3/4):207-215.
- [14] 王为凤,陈妙根. 温针灸分期治疗周围性面瘫临床观察[J]. 针灸临床杂志,2010,26(11):36-39.
- [15] 张亚楠. 分期针刺加艾灸治疗周围性面瘫 24 例[J]. 湖南中医杂志,2015,31(6):78-79.
- [16] 王翠,向齐,苏霞. 经筋疗法治疗面瘫 42 例[J]. 中医外治杂志,2011,20(5):64.
- [17] 陈冬. 针灸治疗面瘫[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:18-94.
- [18] 唐晓敏,丁锐,王奇. 针灸分期治疗周围性面瘫的临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(18):2054-2056.
- [19] 黄天明. 快刺针法治疗面瘫 100 例[J]. 中国针灸,2013,33(8):68.
- [20] 杨任远. 沿皮透刺在针刺治疗周围性面瘫中的临床疗效观察[J]. 中医临床研究,2011,3(16):80-81.
- [21] 陈晓琴,李瑛,邱玲玲. 不同针灸方法分期治疗贝尔面瘫疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2014,33(7):613-615.
- [22] 丁雪艳,赵松佳,侯艳男,等. 针刺结合电针在周围性面瘫分期治疗中的应用[J]. 浙江中医杂志,2019,54(8):606.
- [23] 刘涛平,杨婷. 安军明针灸治疗周围性面瘫临床经验总结[J]. 现代中医药,2017,37(4):1-2.
- [24] 王永正. 面神经炎的中医治疗研究进展[J]. 现代中医药,2015,35(3):84-86.
- [25] 李芳如. 针灸综合治疗周围性面瘫 43 例[J]. 陕西中医药大学学报,2018,41(5):44-46.

(修回日期:2022-12-16 编辑:蒲瑞生)