

针刺联合穴位敷贴治疗风寒型周围性面瘫的临床观察

陈晓红 苏云海[△]

(黑龙江省中医药科学院 哈尔滨 150001)

摘要: 目的: 研究针刺联合穴位敷贴治疗风寒型周围性面瘫的临床疗效。方法: 选取 2021 年 1 月至 2022 年 2 月在黑龙江省中医药科学院针三科门诊面瘫患者 60 例, 按照随机数字表法分成治疗组(针刺联合穴位敷贴组) 30 例和对照组(单纯针刺组) 30 例。治疗前后采用 House-Brackmann 面神经功能分级(1985 年)进行评分, 治疗 1 个疗程(3 周)后进行疗效评定。结果: 两组治疗前 H-B 评分比较 $P > 0.05$, 不具有统计学差异, 具有可比性。治疗组治疗前后 H-B 评分比较 $P < 0.01$, 对照组治疗前后 H-B 评分比较 $P < 0.01$, 说明两组治疗方法均对改善面瘫有作用。治疗组治疗前后 H-B 评分差比对照组治疗前后 H-B 评分差更大, 即针刺联合穴位敷贴组在改善面瘫方面优于单纯针刺组。两组患者治疗后的疗效比较经秩和检验分析, $P=0.356 > 0.05$, 统计学无意义, 说明针刺联合穴位敷贴和单纯针刺的痊愈率无明显差异。结论: 针刺联合穴位敷贴治疗风寒型面瘫, 疗效更佳, 在缩短疗程方面也有作用。

关键词: 针刺; 穴位敷贴; 风寒型面瘫; House-Brackmann

面瘫, 又称“口眼喎斜”, 属于中医“口癖”一病, 此名初见于《黄帝内经·灵枢》, 书中记载其发病因足阳明、手太阳经感受外界寒热, 经筋拘挛, 则发为口眼喎斜, 目不能卒然视物。后世医家也多有验证此说法。又有《金匱要略》和《诸病源候论》指出体虚、正气不足是面瘫发病的内因。古代医家多将“中风口喎”(中枢性面瘫)和“口眼喎斜”(周围性面瘫)合为一谈, 直到宋元, 这两者才被区分开来。^[1]西医学中, 本病多归属于周围性面神经麻痹、单纯性面神经炎、Hunt 氏面瘫和 Bell 氏面瘫, 其中 Bell 氏面瘫最常见。针刺作为治疗面瘫最常用的方法之一, 得到了临床上众多患者的认可, 而穴位敷贴是中医的特色疗法, 在治疗急慢性疾病时, 也取得了良好的临床效果。本研究旨在探讨将针刺与穴位敷贴相联合, 观察治疗风寒型周围性面瘫的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者来源于 2021.01 至 2022.02, 黑龙江省中医药科学院针三科门诊面瘫患者, 并选取符合下列选例标准的患者 60 例, 按照随机数字表法分成治疗组和对照组各 30 例。治疗组包含男 14 例, 女 16 例, 年龄位于 16~72 岁, 平均年龄为 41.1 ± 14.35 岁, 发病时间最短 1 天, 最长 15 天, 平均为 3.07 ± 2.16 天; 25 例为首次发病, 16 例患者具有基础性疾病。对照组包含男 15 例, 女 15 例, 年龄位于 15~66 岁, 平均年龄为 38.17 ± 12.82 岁, 发病时间位于最短 1 天, 最长 14 天, 平均为 3.63 ± 2.09 天; 26 例为首次发病, 14 例患者具有基础性疾病。2 组患者一般资料使用 t 检验, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

表 1 两组患者年龄、病程比较(例)

组别	例数	男性	女性	年龄 ($\bar{x} \pm s$ 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$ 天)
治疗组	30	14	16	41.1 ± 14.35	3.07 ± 2.16
对照组	30	15	15	38.17 ± 12.82	3.63 ± 2.09

1.2 诊断标准 中医参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)^[2]; 西医参照 2013 年人民卫生出版社出版的《神经病学》^[3]。结合二者, 并根据临床实际情况, 制定出以下诊断标准: 1) 突然起病, 有上呼吸道感染史或受风史; 2) 一侧面部肌肉麻木僵硬, 额纹变浅或消失, 眼裂扩大, 上眼睑无法完全闭合或下眼睑外翻, 鼻唇沟变浅, 一侧口角低垂或歪向健侧, 鼓腮漏气, 食物留滞于牙颊之间; 3) 部分患者初起时可伴有耳后疼痛, 还可出现患侧舌前 2/3 味觉减退或消失、听觉过敏等症; 4) 风寒型辨证要点: 不汗出而畏风, 多有受凉吹风的经历, 舌淡白, 苔薄白, 脉浮紧。

1.3 纳入标准 1) 符合上述中西医诊断标准者; 2) 15 岁 < 年龄 < 75 岁; 3) 中医证型属风寒证者; 4) 面神经功能分级在 II~V 级者; 5) 同意参与本研究, 并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 1) 不符合诊断标准或纳入标准者; 2) 妊娠及哺乳期妇女; 3) 排除中枢性面瘫(CT、MRI 可排除); 4) 局部皮肤破损者, 对敷贴药物及材料皮肤过敏者; 5) 合并有心、肝、肾等严重原发性疾病, 精神病患者。

1.5 方法

1.5.1 治疗方法 治疗组(针刺联合穴位敷贴组): 针刺取穴: 患侧风池、牵正、翳风、太阳、阳白、印堂、四白、下关、颧髻、迎香、水沟、地仓、颊车, 双侧合谷、外关。操作: 患者取卧位或坐位, 皮肤常规消毒, 选用华佗牌 0.30mm × 40mm 不锈钢针具, 速刺进针, 对面部穴位均行平补平泻法。急性期面瘫病人手法宜轻宜浅, 合谷行泻法; 恢复期面瘫病人采用透刺法: 阳白透鱼腰, 地仓透颊车, 合谷行平补平泻法; 余穴则按照规范进行针刺。均留针 30 分钟, 1 次/日, 每周 6 次。②穴位敷贴药物组成: 制白附子 10g、制南星 10g、皂角刺 10g、葛根 20g、透骨草 10g、柴胡 10g、平贝母 10g、防风 10g、细辛 5g、桂枝 15g、白芷 10g。制备: 将上述中药混合打成粉末, 然后加入适量凡士林和蜂蜜调制成膏状, 分成每个 2g 左右大小, 置于敷料贴上备用。取穴: 下关穴。操作: 每次针刺结束后, 将中药敷贴于患侧下关穴, 每次 6~8 小时(若出现瘙痒刺痛可立即撕下), 一日一次, 每周 6 次。对照组(单纯针刺组): 进行单纯针刺治疗, 选穴和操作手法与治疗组完全相同。疗程: 3 周为一个疗程, 一个疗程后统计 H-B 分数。

1.5.2 观察指标 治疗前后采用 House-Brackmann 面神经功能分级(1985 年)^[4]进行评分, I~IV 级分别对应 1~6 分, 得分越高则面神经功能越差。

1.5.3 疗效判断标准 统计描述数据时, 采用痊愈、显效、好转、无效四个等级进行分组, 见表 2。

表 2 疗效评定标准

疗效 评定	H-B 分 级	运动状态
痊愈	I	症状体征全部消失, 面部表情肌运动自如
显效	II	运动时有轻微的功能障碍, 但面部双侧对称
好转	III	运动时不对称, 或轻度的病理性连带运动, 面肌挛缩、抽搐, 双侧面部基本对称
无效	IV~VI	明显的面肌挛缩抽搐, 和病理性连带运动

1.5.4 统计学方法 数据应用 SPSS25.0 统计分析, 对年龄、病程及面功能评分用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料采用 χ^2 检验计算分析, 等级资料用秩和检验分析, 计数资料用 t 检验分析, 当 $P < 0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后两组 H-B 评分比较

组别	例数	治疗前	治疗后	P 值
治疗组	30	3.50 ± 0.76	1.76 ± 0.68	$P < 0.01$
对照组	30	3.32 ± 0.75	2.08 ± 0.86	$P < 0.01$
P 值 ²		$P=0.09 > 0.05$	$P=0.04 < 0.05$	

(注: P 值为组内治疗前后比较结果, P 值²为组间比较结果。)

说明: 经 t 检验, 两组治疗前的 H-B 评分比较 $P > 0.05$, 统计学无差异, 具有可比性。治疗组治疗前、后的 H-B 评分比较 $P < 0.01$, 对照组治疗前后的 H-B 评分比较 $P < 0.01$, 说明两组治疗方法均对

改善面瘫有作用。治疗组治疗前后的 H-B 评分差比对照组治疗前后 H-B 评分差更大,即治疗组(针刺联合穴位敷贴组)在改善面瘫方面优于对照组(单纯针刺组)。

2.2 疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	愈显率	总有效率
治疗组	30	17	11	2	0	93.33%	100%
对照组	30	14	12	3	1	86.67%	96.67%

说明:两组患者治疗后的疗效比较经秩和检验分析, $P=0.356>0.05$, 统计学无意义, 说明治疗组(针刺联合穴位敷贴组)和对照组(单纯针刺组)的痊愈率无明显差异。

3 讨论

面神经是在骨内行走的距离最长、最曲折的周围神经, 支配着 24 块肌肉, 也是临床上最常受损的脑神经。现代医学对于面瘫的发病机制尚未有明确定论, 目前相关的假说有: 病毒感染、血运障碍、环境损害因素和自身免疫因素等。病毒感染是目前为止最为广泛接受的说法, 认为是病毒侵犯面神经, 引起面神经产生炎症反应, 导致面神经受压, 造成面神经麻痹的症状。截至目前, 被认为与本病相关的病毒有疱疹病毒、巨细胞病毒、流感病毒、人类免疫缺陷病毒等, 其中以单纯性疱疹病毒最为常见。而环境损害因素是与中医认识最为接近的一种说法, 患者骤然受凉风, 导致位于人体十分表浅的脊髓鼓索神经表面的营养血管强力收缩, 造成鼓索神经缺血性水肿, 然后逆行扩展, 波及面神经主干而发生面瘫。由于病因和发病机制不明, 西医治疗面瘫时多对症治疗, 主要以糖皮质激素消炎、甘露醇脱水消肿、改善微循环和营养神经为主, 也有基于 Bell 氏面瘫的病毒感染学说, 使用无环鸟苷(阿昔洛韦)等抗病毒药物治疗。除此之外, 还有神经阻滞疗法和外科手术疗法等。

面瘫属于祖国医学“口僻”“口眼喎斜”范畴, 临床发病率高, 是中医科常见病种之一, 预后尚可, 但也有少数患者因耽误治疗最佳时机, 未能痊愈, 造成终身面瘫。古今医家对于面瘫的病因病机大同小异, 总而言之, 就是操劳过度, 正气亏虚, 卫外不固, 无力抵御外邪, 风热、风寒之邪乘虚侵袭面部经络, 筋脉血行不畅, 失于气血之濡养, 面部筋脉肌肉纵缓不收而出现面瘫诸症。面瘫的辨证分型, 目前尚未有统一说法, 多数医家根据经验进行辨证论治。全国高等中医药院校“十三五”规划教材^[5]中, 将面瘫分为三型: 风寒外袭、风热侵袭、正气不足。《中国针灸大全》^[6]中将面瘫仅分为风寒证与风热证两种证型。此外, 还有医家根据自身经验增加了肝胆湿热型、肝肾亏虚型^[7]、肝郁型^[8]、经络瘀滞型^[9]等。

中医治疗面瘫具有多种方法, 均具有良好的临床疗效, 如中药内服、针灸、埋线、放血、穴位注射、刺络拔罐、中药熏洗、中药外敷等。中药内服各家有不同的辨证思路和方药, 但都有不错的治疗效果。而针灸作为中医最具代表性的治疗方法之一, 更是在治疗周围性面瘫方面具有得天独厚的优势, 临床上大部分医者治疗面瘫的取穴都大同小异, 而使得疗效不一的原因, 大致是手法和运针技巧上的差异。而本研究虽未注重突出描写手法的使用, 但本研究总负责人苏云海教授具有近 30 年的临床经验, 所用手法为张缙名老中医药专家所凝练总结的 24 式单式手法, 其中在治疗周围性面瘫时, 最常使用的弹、捻、搓、提、插等, 操作简便, 又有不错的搜气得气效果, 尤其是在周围性面瘫的恢复期, 能够增强刺激量, 达到促进肌肉收缩和加强神经传导的作用^[10]。

穴位敷贴是将中药直接作用于患处, 与中药口服给药相比, 具有靶向性强、有效避免口服药物首过消除以及方便使用等诸多优点。《理渝骈文》言外治与内治同理同药, 只是用法不同罢了, 说明外治法与内治法紧密联系, 不可分割。本研究中穴位敷贴以祛风

散寒、化痰舒筋为总则, 其中药组成之方义如下: 制白附子味甘辛性温, 燥湿化痰, 祛风止痉, 解毒散结; 制南星辛温, 为“治风痰之要药”、“斩关夺门之将”, 作燥湿化痰, 祛风止痉之效, “佐附子以出奇, 祛痰而化滞”(《本草新编·天南星》); 皂角刺味辛咸, 性温, 面瘫是急性非化脓性炎症, 有言道“叶边有刺皆消肿”, 故皂角刺能起消炎化肿的作用; 透骨草味辛、香、辣, 性温, 名副其实, 能祛风除湿, 暖筋透骨, 散瘀消肿, 解毒止痛; 柴胡可升清阳, 散风寒, 透邪外出, 疏利筋脉之气; 而桂枝可调和营卫、疏通经络, 与柴胡配合, 益添其发散外邪、温通筋脉的作用; 防风为“风中之润剂”, 辛散走肺, 为升阳之剂, 可通疗诸风; 细辛性味辛温, 入心肝经, 能疗里风, 其气升阳, 故多作用于上部; 白芷味辛性温, 入肺、脾、胃三经, 可去头面皮肤之风, 除肌肉燥痒之痹; 故细辛、白芷与防风三药相配, 通疗内外与头面皮肤之风; 平贝母味苦辛, 微寒, 可清热润燥, 缓方中余药之燥热; 葛根味甘性平, 入手足阳明经, 起“引药入经”之用。之所以取下关穴作为敷贴的穴位, 原因有三: 一则晋·皇甫谧《针灸甲乙经》中载:“口僻, 颧岬及颞交、下关主之。”明·张介宾《类经图翼》:“下关主治偏风口眼歪斜”; 二则下关穴处于面颊中央部, 为足阳明经和少阳经之会, 次二经恰是面瘫发病之主要经脉; 三则局部解剖结构丰富, 由外到里分别为: 腮腺、咬肌、面横动、静脉及下颌神经、面神经颞支。综上, 下关穴的位置可说是面部穴位中最适宜作为敷贴的了。

大量临床研究文献表明, 多种疗法综合运用, 能达到更好的疗效, 本研究亦然。从数据分析结果看出, 治疗组(针刺联合穴位敷贴)的治疗效果确实优于对照组(单纯针刺)。从疗效评定结果看, 即使单纯针刺和配合穴位敷贴治疗风寒型面瘫均有不错的显愈率。但是, 治疗组治疗前后的 H-B 评分差距比较对照组更大, 说明针刺联合穴位敷贴疗法比单纯针刺在改善面瘫方面更加明显。而且, 在研究过程中发现, 同年龄、同 H-B 等级的患者, 治疗组的疗程更短。所以, 可以得出结论, 针刺联合穴位敷贴治疗风寒型面瘫, 疗效更佳, 在缩短疗程方面也有作用。

参考文献

- [1]田丽莉. 针灸治疗周围性面瘫文献研究[D]. 山东: 山东中医药大学, 2010. DOI:10.7666/d.D458711.
 - [2]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 24—25.
 - [3]贾建平. 神经病学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社: 2013.
 - [4]House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. Otolaryngol Head Neck Surg, 1985, 93: 146—147.
 - [5]高树中, 杨骏. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社: 2016: 46.
 - [6]王雪苔. 中国针灸大全. 下编. 针灸学临床[M]. 河南科学技术出版社, 1992: 257.
 - [7]陈佑邦, 邓良月. 当代中国针灸临床证要第 1 版. 天津: 天津科学技术出版社, 1987, 179, 148—156.
 - [8]姜桂美, 贾超. 周围性面神经麻痹的中医分型治疗[J]. 中国临床康复, 2004; 8(28):62.
 - [9]贺萍. 辨证施针治疗面瘫临床观察[J]. 湖南中医学院学报, 2006; 26(2):50.
 - [10]Misurva VK. J Laryngolotol, 1975; 89:1107—1111.
- 第一作者:
陈晓红(1996—), 女, 广东江门人, 黑龙江省中医药科学院硕士研究生 2020 级。
△通讯作者:
苏云海(1967—), 男, 黑龙江哈尔滨人, 黑龙江省中医药科学院脑病(针灸)三科, 主任医师, 研究方向: 针灸治疗中风病的临床研究。