

## ● 针推医学 ●

引用:张小铁,曹玲,葛谈,张凯熠,商越,乔金军. 透刺结合拔罐治疗顽固性面瘫31例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2021,37(12):46-48.

# 透刺结合拔罐治疗顽固性面瘫31例临床观察

张小铁,曹玲,葛谈,张凯熠,商越,乔金军  
(上海市浦东新区光明中医医院,上海,201399)

**[摘要]** 目的:观察透刺结合拔罐治疗顽固性面瘫的临床疗效。方法:将62例顽固性面瘫患者随机分成治疗组和对照组,每组各31例。治疗组采用透刺结合拔罐治疗,对照组采用常规针刺疗法治疗。2组均隔天治疗1次,12次为1个疗程,治疗2个疗程后比较2组面神经功能(H-B)评分、面神经麻痹评分,评定综合疗效。结果:总有效率治疗组为83.9%(26/31),对照组为61.3%(19/31),2组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。2组H-B评分、面神经麻痹评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ )。结论:透刺法结合拔罐治疗顽固性面瘫临床疗效颇佳,值得临床推广应用。

**[关键词]** 顽固性面瘫;中医疗法;透刺法;拔罐

**[中图分类号]** R277.751.2,R246.6 **[文献标识码]** A

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.12.017

周围性面瘫,又称面神经炎或特发性面神经麻痹,以颜面部表情肌群的运动功能障碍为主要特征,临床表现为一侧口眼歪斜,眼睑难以闭合,鼓腮漏气,无法完成闭眼、鼓嘴、抬眉等动作<sup>[1]</sup>,属于中医学中“口僻”范畴。研究表明,本病发病率中国为320.3/10万人,全球为390.0/10万人<sup>[1]</sup>,总体预后良好,但约有20%的患者因失治误治、病情较重等因素,康复效果较差,甚至出现各种并发症,成为顽固性面瘫。顽固性面瘫通常指面瘫发病2个月后仍未痊愈<sup>[2]</sup>。现代医学认为,顽固性面瘫多为失治误治导致面神经脱髓鞘、轴索变性<sup>[3]</sup>,临床上治疗难度较大。笔者采用透刺法结合拔罐治疗顽固性面瘫31例,疗效颇佳,现报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取2017年1月至2019年12月我院针灸科门诊就诊的顽固性面瘫患者62例,利用SPSS软件随机分成治疗组和对照组,每组各31例。治疗组中,男18例,女13例;年龄20~68岁,平均(47.5±5.8)岁;左侧15例,右侧16例。对照组中,男20例,女11例;年龄18~65岁,平均(47.9±5.5)岁;左侧13例,右侧18例。2组性别、

年龄、病情等一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** 符合《中国特发性面神经麻痹诊治指南》<sup>[4]</sup>中面神经麻痹的诊断标准。临床主要表现为单侧周围性面瘫,如受累侧闭目、皱眉、鼓腮、示齿和闭唇无力,以及口角向对侧歪斜;可伴有同侧耳后疼痛或乳突压痛。

**1.3 纳入标准** 1)符合上述诊断标准;2)House-Brackmann(H-B)面神经功能分级为I~VI级;3)病程超过3个月,有不同程度的临床症状;4)年龄18~70岁,性别不限;5)患者自愿参与本研究,并签署知情同意书。

**1.4 排除标准** 1)合并严重心脑血管疾病;2)患有精神类疾病,不能配合治疗;3)面部双侧同时患病;4)由内外伤所致;5)处于妊娠期或哺乳期。

## 2 治疗方法

**2.1 治疗组** 采用透刺结合拔罐疗法治疗。1)透刺。面部取穴:阳白透鱼腰,地仓透颊车,颧髻透迎香,头维透丝竹空;四肢取穴:合谷、足三里、太冲。选用华佗牌一次性针刺针具(规格:0.25mm×40mm)。面部穴位以平刺进针,沿皮下透刺20~30mm,针尖

**基金项目:**上海市海派中医流派浦东基地(杨氏针灸)(PDZY-2018-0703);上海市浦东新区重点专科针灸科(PWZZK2019-09);上海市浦东新区中医临床治未病高原学科建设项目(PDZY-2018-0605)

**第一作者:**张小铁,男,主治医师,研究方向:针药结合治疗痛证

**通讯作者:**葛谈,男,副主任医师,研究方向:针药结合治疗痛证,E-mail:badboygetan@163.com

无需透出皮肤,得气后予捻转法平补平泻;四肢穴位以直刺进针 25~35 mm,得气后予提插捻转法平补平泻,留针 30 min。2) 拔罐。选用 5 号气罐(内径 25 mm,外径 33mm)。拔罐部位:额横纹消失者取阳白穴,眼睑闭合不全者取太阳、四白穴,嘴角歪斜者取地仓、颊车穴,鼻唇沟变浅者取颧髎穴,留罐 5 min。

2.2 对照组 采用常规针刺疗法治疗。针具同治疗组。面部取穴:阳白、鱼腰、地仓、颊车、颧髎、头维、丝竹空;四肢取穴:合谷、足三里、太冲。面部穴位斜刺 10~20mm,得气后予捻转法平补平泻,四肢穴位直刺 25~35 mm,得气后予提插捻转法平补平泻,留针 30 min。

2 组均隔天治疗 1 次,12 次为 1 个疗程,均治疗 2 个疗程。

### 3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 面神经功能。参照第五次国际面神经外科专题研讨会推荐的 House-Brackmann (H-B) 面神经功能评价分级系统中的相关标准<sup>[5]</sup>进行 H-B 评分。H-B 评分共分为 6 级。I 级,正常,计 5 分;II 级,轻度功能障碍,计 4 分;III 级,中度功能障碍,计 3 分;IV 级,中重度功能障碍,计 2 分;V 级,严重功能障碍,计 1 分;VI 级,完全麻痹,计 0 分。2) 面神经麻痹情况。参考《神经病学临床评定量表》<sup>[6]</sup>中有关面神经麻痹评分标准评定。以健侧做对照,共观察 10 项指标。①眼裂:<3 mm 计 0 分,≥3 mm 计 1 分;②眼睑外翻:无计 0 分,有计 1 分;③鼻唇沟消失:无计 0 分,有计 1 分;④口角下垂:<3 mm 计 0 分,≥3 mm 计 1 分;⑤皱眉:达到健侧的 50% 计 0 分,未达到计 1 分;⑥用力闭眼时,眼睑闭合不全:无计 0 分,有计 1 分;⑦用力挤眼动作时,眼睑闭合不全:无计 0 分,有计 1 分;⑧示齿动作时上下犬牙暴露:可见计 0 分,未见计 1 分;⑨上排第二门齿整体完全暴露:可见计 0 分,未见计 1 分;⑩吹口哨时,人中与口角间的距离:减少 ≥50% 计 0 分,<50% 计 1 分。总分为 10 分,分数越高说明麻痹程度越重。

3.2 疗效标准 根据《周围性面神经麻痹的临床评估及疗效判定标准方案(修订案)》<sup>[7]</sup>并结合 H-B 分级标准拟定。痊愈:症状体征消失,面部肌肉功能恢复正常,表情自然,符合 H-B 分级标准中 I 级标准;显效:症状体征和面部肌肉功能均有所改善,无表情时如常,做表情时有轻微功能障碍,符

合 H-B 分级标准中 II 级标准;有效:部分症状体征减轻,面部表情不自然,眼裂能闭合一半,鼻唇沟变浅不对称,口角略歪斜,额纹尚未完全恢复,符合 H-B 分级标准中 III 级标准;无效:症状体征和面部肌肉功能无明显改善,符合 H-B 分级标准中 IV~VI 级标准。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,符合正态分布者以独立样本 *t* 检验进行比较,如不呈正态分布则应用秩和检验;计数资料以率(%)或构成比表示,组间比较采用 Fisher 确切概率法。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

### 3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 83.9%,对照组为 61.3%,2 组比较,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

| 组别  | 例数 | 痊愈       | 显效      | 有效      | 无效       | 总有效                   |
|-----|----|----------|---------|---------|----------|-----------------------|
| 治疗组 | 31 | 17(54.8) | 6(19.4) | 3(9.7)  | 5(16.1)  | 26(83.9) <sup>a</sup> |
| 对照组 | 31 | 10(32.3) | 4(12.9) | 5(16.1) | 12(38.7) | 19(61.3)              |

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后 H-B 评分、面神经麻痹评分比较 治疗前 2 组 H-B 评分、面神经麻痹评分比较,差异无统计学意义( $t=-0.313, P=0.075>0.05$ 、 $t=-0.234, P=0.816>0.05$ )。治疗后,2 组 H-B 评分、面神经麻痹评分较治疗前均有所改善,组内比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );治疗组与对照组组间比较,差异均有统计学意义( $t=2.67, P=0.01<0.05$ 、 $t=-2.234, P=0.029<0.05$ )。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 H-B 评分、面神经麻痹评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

| 组别  | 例数 | 时间节点 | H-B 评分    | 面神经麻痹评分   |
|-----|----|------|-----------|-----------|
| 治疗组 | 31 | 治疗前  | 1.29±0.78 | 7.26±1.09 |
|     |    | 治疗后  | 4.06±1.29 | 1.77±1.52 |
| 对照组 | 31 | 治疗前  | 1.35±0.84 | 7.32±1.08 |
|     |    | 治疗后  | 3.00±1.81 | 2.77±1.96 |

## 4 讨论

《内经》描述面瘫为“口喎”“口僻”“卒口僻”,《诸病源候论》载:“偏风口喎,是体虚受风,风入于夹口之筋也……口喎邪僻,是风入于颌颊之筋故也。”顽固性面瘫发生于面瘫后期,多因失治、病情严重、治疗不当所致,在发病后的 2~6 个月内功能恢复不明显<sup>[8]</sup>。顽固性面瘫是因正气亏虚,邪气稽留闭阻经脉而致正虚更甚,脉络空虚,气虚血瘀,面

部经筋失养,筋脉弛缓不收所致。

大量的临床资料表明,针刺治疗面瘫有较好的临床疗效,其作用机制在于降低神经损伤后升高的炎症因子、减少髓鞘脱落、促进轴突再生、改变神经营养因子表达,从而改变远端神经轴突再生的微环境<sup>[9-12]</sup>。透刺法源于《灵枢·官针》十二刺中的“直针刺”“恢刺”、五刺中的“合谷刺”“输刺”,可一针贯两穴、两经,其取穴少、效应强<sup>[13]</sup>,有利于加强针感,气至病所,更好地激发经气。本研究采用阳白透刺鱼腰,地仓透刺颊车,颧髻透刺迎香,头维透刺丝竹空,可加强经脉间联系,调整面部经络气血运行,有助于恢复面部神经功能。同时,面部拔罐疗法可加速局部血液循环、促进局部新陈代谢、营养面神经和面部肌肉、提高面神经张力和面部肌肉张力,促进功能恢复。

本研究结果显示,总有效率治疗组为 83.9%,对照组为 61.3%,2 组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );2 组 H-B 评分较治疗前均有所提高,面神经麻痹评分有所下降,且治疗组的改善幅度优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ),这与已有的临床报道结果相一致<sup>[14-15]</sup>。但由于本临床观察指标相对较为主观,且样本量有限,观察时间相对较短,未能阐述透刺结合拔罐治疗顽固性面瘫的作用机制,有待今后进一步开展研究。

参考文献

[1] 冯殿恩,靳令经,王鹏. 面瘫与面肌痉挛[M]. 上海:上海科学技术出版社,2011:1-6.

[2] 王陶,各廷秋,杨骏,等. 针灸治疗难治性面瘫临床研究进展[J]. 针灸临床杂志,2016,32(11):90-93.

[3] 丁敏,蒋亚秋,林天云. 穴位埋线治疗顽固性面瘫疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2010,29(9):578-579.

[4] 中华医学会神经病学分会. 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.

[5] HOUSE JW, BRACKMANN DE. Facial nerve grading system[J]. Otolaryngol Head Neck Surg,1985,93(2):146-147.

[6] 王拥军. 神经病学临床评定量表[M]. 北京:中国友谊出版公司,2005:408-409.

[7] 王声强,白亚平,王子臣. 周围性面神经麻痹的临床评估及疗效判定标准方案(修订案)[J]. 中国针灸,2009,29(S1):71-73.

[8] 张健,尹秀婷,许明,等. 张泓治疗顽固性面瘫经验[J]. 湖南中医杂志,2015,31(12):43-44.

[9] 张西翠,王瑞辉,屈红艳. 针刺对家兔坐骨神经痛处 MBP 变化的影响[J]. 陕西中医学院学报,2011,34(5):65-66.

[10] 杜旭,王瑞辉,王孟林,等. 电针对坐骨神经损伤大鼠神经生长导向因子 Slit1 的影响[J]. 中国中医基础医学杂志,2014,20(3):368-371.

[11] 吴滨,高炳夫,何竟,等. 针刺对面神经再生逆行轴突转运神经营养因子的影响[J]. 中国临床康复,2003,7(13):1902-1903.

[12] 张阳,曹江鹏,蔡兴慧,等. 针刺通过调节神经营养因子修复神经损伤研究进展[J]. 安徽中医药大学学报,2014,33(6):90-94.

[13] 侯学思,孙旖旎,王朋,等. 赵吉平教授运用透刺法的思路与方法[J]. 中国针灸,2018,38(11):1201-1205.

[14] 杨晓波,张晶. 苏丹地区应用透刺配合穴位注射治疗周围性面瘫后遗症 85 例[J]. 中医外治杂志,2019,28(3):40-41.

[15] 刘鹏,寿崧,张必萌. 针灸治疗顽固性面瘫的临床研究进展[J]. 中华针灸电子杂志,2018,7(2):58-60.

(收稿日期:2020-12-08)

(上接第 42 页)枸杞子、菟藟子、山药、泽泻,加麦冬 9 g,川芎、郁金均易为 12 g。治疗 5 d 后,症状明显好转,守方治疗。7 d 后基本恢复如常,遂出院。出院予四君子汤合六味地黄丸化裁。处方:党参 9 g,白术 12 g,茯苓 12 g,甘草 12 g,熟地黄 9 g,山药 9 g,山茱萸 9 g,牡丹皮 12 g,泽泻 6 g。14 剂,早、晚分服,每次 100 ml 左右。随访 1 个月未复发。

按语:梁教授认为,眼睑胞轮之病,看似小,实则难以速疗,有些甚至需手术治疗。只有正确把握病因病机,才能随手而瘥。在本病例中,患者为中年女性,右侧胞睑下垂 3 周,故可明确诊断,详询病史,神疲乏力纳食少者,脾性虚惫不能濡养四肢也;头晕夜寐差者,肾精不足不能充养髓也;脉沉者,水蓄阴经之病也。故病责之脾肾,采用针药并用治疗,有效则守方,不效则易方,加减显功力。此病案针灸之妙,即仅在右侧太阳穴采“二龙戏珠”之针法,而其余近端穴位不做手法,是为力专效宏之法

也,足三里之“老驴拉磨”亦是如此。此患者脾虚为要为急,故先补脾气。针刺药物治疗显效则守,考虑患者肾精虚损较前缓解,故去枸杞子、菟藟子等药物,又虑患者七七之年,情志仍不遂,故予甘麦大枣汤化裁,加大血中气药川芎、郁金之用量。梁教授诊病遣方之时,非常注重先天与后天的关系,认为脾精充足,则肾虚亦可自复;肾精满溢,则脾虚亦可自调。故采用四君子汤合六味地黄丸化裁脾肾双补,以作巩固。随访 1 个月,果未复发。

参考文献

[1] 杨培增,范先群. 眼科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2018:69-70.

[2] 彭清华. 中医眼科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:95-96.

[3] 方晓丽,李金田,郑俊江,等. 郑魁山教授针灸学术思想初探[J]. 上海中医药杂志,2007,41(2):9-11.

[4] 王德群. 神农本草经图考[M]. 北京:北京科学技术出版社,2017:50-52.

(收稿日期:2020-12-27)