

引用:姚敏洁,赵瑞成. 锋勾针联合火针治疗顽固性面瘫 20 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2023,39(5):82-84.

锋勾针联合火针治疗顽固性面瘫 20 例临床观察

姚敏洁¹, 赵瑞成²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南省中西医结合医院, 湖南 长沙, 410006)

[摘要] 目的:观察锋勾针联合火针治疗顽固性面瘫的临床疗效。方法:将 40 例顽固性面瘫患者按就诊时间随机分成治疗组与对照组,每组各 20 例。对照组采用火针治疗,治疗组在对照组基础上配合锋勾针治疗。观察 2 组综合疗效、面神经功能评分及社会生活功能(FDIS)评分。结果:总有效率治疗组为 90.00%(18/20),对照组为 75.00%(15/20),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);2 组面神经功能评分及 FDIS 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($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。结论:锋勾针联合火针治疗可加快顽固性面瘫的功能恢复。

[关键词] 顽固性面瘫;锋勾针;火针;临床观察

[中图分类号] R246.6, R277.7 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.05.020

面瘫是以面部一侧表情肌群运动功能障碍为特征的一类疾病。本病各年龄段皆可发病,若发病初期治疗及时则患者大部分面部动作功能能够恢复,但部分患者因失治误治或面神经病变部位较高等难治因素而未能完全康复,导致病程迁延难愈,病程长达 2 个月以上,且部分或全部面肌功能恢复仍不显著者,称为顽固性面瘫或难治性面瘫^[1]。此时常规的治疗方法如抗病毒、普通理疗等治疗效果已不显著^[2]。针灸治疗本病疗效确切,基于此,本研究采用锋勾针联合火针治疗顽固性面瘫 40 例,疗效较好,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2022 年 1~12 月于湖南省中西医结合医院门诊或住院治疗的顽固性面瘫患者 40 例为研究对象,按就诊时间将其随机分为治疗组与对照组,每组各 20 例。治疗组中,男 12 例,女 8 例;年龄 24~68 岁,平均(49.80±12.75)岁;病程 2~12 个月,平均(6.20±2.89)个月。对照组中,男 11 例,女 9 例;年龄 25~69 岁,平均(47.90±14.24)岁;病程 2~12 个月,平均(7.00±2.86)个月。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《神经病学》^[3]中面瘫的诊断

标准。发病前患者常有感受寒凉或吹风病史,呈急性发病,发病时一侧面部表情肌突然瘫痪,具体表现为额纹变浅甚则消失,眼裂增大不能闭合,露睛流泪,患侧口角下垂,鼻唇沟变浅或消失,鼓腮漏气,嘴角漏水,进食时颊齿部易存留食物。依据病变部位不同,还可出现耳部疼痛及乳突疼痛、舌前 2/3 味觉障碍及听觉过敏、耳道疱疹等症状。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)单侧且初次发病;3)年龄≥18 岁,且≤70 岁;4)病程>2 个月;5)House-Brackmann(H-B)分级为Ⅲ~Ⅴ级;6)依从性好;7)自愿参与本研究,并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 1)其他原因引起的继发性周围性面瘫;2)有精神障碍、造血系统疾病、传染病、恶性肿瘤或其他重要脏器严重疾病者;3)妊娠期或哺乳期妇女;4)晕针者;5)正在参加其他临床观察者。

1.5 脱落及中止标准 1)在观察过程中需要医治其他疾病,或发生严重不良事件令研究难以进行;2)治疗期间未按既定研究方案治疗,自行使用了其他治疗方法或自行服药;3)不能耐受治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组 予以单纯毫火针治疗。选穴参照《针灸治疗学》^[4],穴取双侧阳白、四白、颧髎、颊车、

迎香、地仓、翳风、牵正、水沟、承浆、合谷、太阳、足三里。操作:患者仰卧位,面部穴位常规消毒 1 遍后,每次选取 4~6 个穴位,选穴数量以患者耐受为度,取 25mm×25mm 毫针,将针体在点燃的乙醇灯上烧红,迅速刺入指定穴位中,面部进针深度为 0.3~0.5 寸,四肢进针深度为 1.0~1.5 寸,5 min 后拔出火针,棉球按压止血。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用锋勾针治疗。选穴同对照组。操作方法:患者火针治疗结束后休息数分钟,锋勾针以 75% 的乙醇消毒后备用,患者仰卧位,面部再次常规消毒,于患侧面部皮肤取 2~3 个穴位,并避开火针操作的穴位,以左手牵拉所刺部位皮肤,右手持锋勾针与皮肤呈 45°,并将针刃刺入皮下,刺入后将针体竖起,挑起皮下纤维,上下摆动针柄进行勾割,再将针体恢复到进针时的角度,沿进针方向退针。

2 组均 2d 治疗 1 次,共治疗 4 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 面神经功能评分 参照《周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准(草案)》^[5]中的面神经功能评分进行评价。对 2 组治疗前后患侧抬额、皱眉、闭眼、怱鼻、面肌肌力、鼻唇沟、鼓腮、示齿、吹口哨、降下唇 10 项功能进行评分,正常计 10 分,较健侧弱 1/3 计 7.5 分,较健侧弱 1/2 计 5 分,较健侧弱 2/3 计 2.5 分,完全消失计 0 分,分值越高,表示症状越好。

3.1.2 社会生活功能(FDIS)评分 FDIS 评分共涉及 5 个问题,主要对患者自我心情、对外社交、夜间睡眠等社会能力进行评估,每个问题分 6 个等级,根据患者相应功能障碍程度从轻到重分别计 1~6 分,FDIS 总分=(5 题累计得分-5)×4,分值越低,表示社会生活能力越好^[6]。

3.2 疗效标准 参照第 5 次国际面神经外科专题研讨会确立的 H-B 面神经分级评定及《周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准(草案)》^[5]评估临床疗效。治愈:症状消失,患侧面肌运动功能恢复正常,符合 H-B 分级 I 级标准,面神经功能评分满分;显效:面部功能基本恢复,仅有轻度异常,可以观察到联动运动,眼睑用力可几乎完全闭合,鼻唇沟轻度不对称,鼓腮或示齿时两侧口角轻度不对称,H-B 分级较前提高 2 级以上,

面神经功能评分≥75 分,但<100 分;好转:面部功能中度异常,联带运动有但不严重,额纹浅且明显不对称,眼睑不能完全闭合,口角静态时亦不对称,H-B 分级较前提高 1 级,面神经功能评分≥50 分,但<75 分;无效:患侧面部功能重度异常,治疗前后的症状、体征无明显改善,H-B 分级同治疗前,面神经功能评分<50 分。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 27.0 软件进行统计学处理。计量资料以均数±标准差表示,组间比较采用两独立样本 *t* 检验,组内比较采用配对 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

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 90.00%,对照组为 75.00%,2 组比较,差异有统计学意义(*P*<0.05)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	总有效
治疗组	20	5(25.00)	10(50.00)	3(15.00)	2(10.00)	18(90.00) ^a
对照组	20	2(10.00)	7(35.00)	6(30.00)	5(25.00)	15(75.00)

注:与对照组比较,^a*P*<0.05。

3.4.2 2 组治疗后面神经功能评分比较 治疗前,2 组面神经功能评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。治疗后,2 组面神经功能评分均高于治疗前,且治疗组上升幅度大于对照组,差异均有统计学意义(*P*<0.01 或 *P*<0.05)。(见表 2)

表 2 2 组治疗后面神经功能评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
治疗组	20	43.25±11.73	79.00±17.98	-12.829	<0.01
对照组	20	43.88±12.69	65.38±18.70	-7.146	<0.01
<i>t</i> 值		-0.159	2.192		
<i>P</i> 值		0.875	0.035		

3.4.3 2 组治疗前后 FDIS 评分比较 治疗前,2 组 FDIS 评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。治疗后,2 组 FDIS 评分均低于治疗前,且治疗组下降幅度大于对照组,差异均有统计学意义(*P*<0.01)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后 FDIS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
治疗组	20	69.20±11.11	24.20±8.53	38.920	<0.01
对照组	20	67.30±10.57	32.40±8.28	23.202	<0.01
<i>t</i> 值		0.540	-3.006		
<i>P</i> 值		0.592	0.005		

4 讨 论

面瘫属于中医学“口僻”范畴,俗称“吊线风”“歪嘴风”。中医学认为本病病因病机在于脉络空虚、卫外不顾,加之风、寒、热之邪侵袭面部经络,气血瘀结凝滞,经络筋脉失去濡养,出现面部肌肉迟缓、筋肉迟缓不收。正如《诸病源候论·风病诸侯上》载:“风邪入于足阳明、手太阳之经,遇寒则筋急引颊,故使口喎僻,言语不正,而目不能平视。”若病后治疗不当或不及时,则久病入络,使面瘫日久缠绵不愈,发展成顽固性面瘫^[7]。现代医学认为,面神经位于狭窄的骨性面神经管中,一旦受刺激则痉挛收缩而出现神经缺血、水肿、受压等现象,且易在狭窄的管腔中不断发生受压-水肿-受压的恶性循环^[8],导致面瘫的发生。中医药治疗顽固性面瘫方法较多,主要涉及针刺、艾灸、按摩、中药汤剂内服及外敷、拔罐、刮痧等^[9]。现代研究表明,针刺能促进面神经水肿和炎性物质的吸收、调节毛细血管的通透性、调节面部血管舒缩及微循环,加快局部受损组织的新陈代谢,恢复面神经营养和功能,从而促进面瘫的恢复^[10]。

火针发源于《内经》,其在毫针的基础上兼具热刺激的功能。《素问·调经论》云:“血气者,喜温而恶寒,寒则泣不能流,温则消而去之。”久病多瘀,血气喜温,温促血行,直接作用于面部起到行气逐瘀之效,故瘀血得除,新血以生^[11]。同时“火以畅达”,可使得局部组织结构迅速变性、坏死,激发施针部位经气,气血得行,血液循环加快,改善局部组织的缺血、水肿、粘连等病理变化,加快组织更新换代,从而促使受损面神经和肌肉重新修复和再生^[12-13]。

锋勾针属“新九针之一”,是综合了《灵枢》所记载的古九针之一的锋针和民间的勾针研制改革而发明的针具,既能刺入皮肉间,通过上下提拉切割、松解组织纤维解除压迫、痉挛,又能发挥刺络的作用,去菀陈莖,刺出少量陈血,达到活血通络、祛瘀生新的效果^[14],适合临床上急性、痉挛性所致的局部功能障碍,或慢性顽固性疼痛。顽固性面瘫属于久病入络的面部肌肉功能失用,正是锋勾针治疗的适应证。针刺治疗首先发挥普通针刺疏经通络、调和气血的作用,进入一定深度后,挑断部分皮下纤维组织,挛急的肌肉纤维被拉长放松,既能缓解被

肌肉挤压而收缩的毛细血管压力,恢复微循环,被挑断处的纤维组织还可刺激局部细胞释放某些化学因子,形成局限性炎症反应,并触发一系列生理变化,促使施术位置的面部功能逐渐恢复。

本研究结果显示,总有效率治疗组为90.00%,对照组为75.00%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);2组面神经功能评分及FDIS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($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。综上所述,锋勾针联合火针治疗顽固性面瘫,可明显改善患者临床症状及面肌功能,提高其生活质量,值得临床推广与应用。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 孙忠人,刘昱秀,吴建丽,等.近十年针灸及相关疗法治疗顽固性面瘫的研究概述[J].中国中医急症,2020,29(12):2234-2237.
- [3] 贾建平,陈生弟.神经病学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2018:390-391.
- [4] 高树中,杨骏.针灸治疗学[M].4版.北京:中国中医药出版社,2016:45-46.
- [5] 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.
- [6] 陈平雁,范建中.面部神经肌肉系统功能障碍的一种评价手段——面部残疾指数及其信度和效度[J].国外医学:物理医学与康复学分册,1997,17(4):173-176.
- [7] 李盈莹,方玮,曾少文.梅花针叩刺闪罐灸治疗顽固性面瘫疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2021,30(33):3707-3710,3748.
- [8] 陆青.更昔洛韦联合地塞米松治疗急性特发性重度面神经炎的临床疗效观察[D].青岛:青岛大学,2019.
- [9] 王涛.电针配合健患侧交替针刺治疗贝尔麻痹恢复期的临床疗效研究[D].昆明:云南中医学院,2018.
- [10] 孙生明,贾红玲.针灸治疗周围性面瘫的机制研究概况[J].新疆中医药,2019,37(2):98-100.
- [11] 潘杰灵,万红棉.浅述火针疗法发展概要[J].针灸临床杂志,2021,37(6):88-92.
- [12] 周建英,李梦,朱林林,等.火针作用机制及临床应用概况[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(7):86-88.
- [13] 孙春梅,张志强,郑利群,等.刘氏毫火针治疗顽固性面瘫的临床疗效观察[J].中国医药指南,2020,18(21):167-168.
- [14] 靳聪妮,张天生,关芳,等.锋勾针治疗偏头痛的规范化操作及效应机制探讨[J].中国针灸,2009,29(6):508-509.

(收稿日期:2023-02-15)

[编辑:徐霜俐]