

引用:余笑地. 拔罐疗法联合面肌功能训练治疗周围性面瘫 30 例总结[J]. 湖南中医杂志,2023,39(10):80-81,95.

拔罐疗法联合面肌功能训练 治疗周围性面瘫 30 例总结

余笑地

(湖南省脑科医院,湖南 长沙,410007)

[摘要] 目的:观察拔罐疗法联合面肌功能训练治疗周围性面瘫的临床疗效。方法:将 60 例周围性面瘫患者随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例。对照组给予常规西药和针刺治疗,治疗组在对照组基础上配合拔罐疗法和面肌功能训练治疗。通过 House-Brackmann(H-B)分级标准及面神经(颧肌、颊肌)肌电图波幅评定 2 组面神经功能。结果:总有效率治疗组为 93.33%(28/30),高于对照组的 73.33%(22/30),组间比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。2 组的颧肌、颊肌肌电图波幅均较治疗前增大,且治疗组改善程度较对照组明显,差异均有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。结论:在常规西药与针刺疗法的基础上联合拔罐及面肌功能训练治疗周围性面瘫能提高疗效,值得临床推广应用。

[关键词] 周围性面瘫;中西医结合疗法;拔罐疗法;面肌功能训练;针刺疗法

[中图分类号] R277.751.2 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.10.021

周围性面瘫亦称面神经炎或特发性面神经麻痹,是面神经管内面神经的非特异性炎症,主要临床表现为患侧表情肌松弛无力,因面神经损伤节段不同会出现相应的伴随症状,如镫骨肌神经以上部位受损会出现患侧听觉过敏、舌质麻木或味觉减退等症状。本病一年四季均可发生,以春冬季节尤甚,好发于 15~60 岁。目前针刺治疗周围性面瘫的疗效已经得到广泛认可,临床仍在不断地探索新方法以提高总体疗效。笔者采用拔罐疗法联合面肌功能训练治疗周围性面瘫 30 例,疗效颇佳,并与单用常规西药、针刺治疗的 30 例作对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2021 年 1 月 10 日至 2022 年 12 月 31 日于湖南省脑科医院中医科门诊就诊的周围性面瘫患者 60 例,将其随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例。治疗组中男 18 例,女 12 例;年龄 27~69 岁,平均(55.35 ± 10.55)岁。对照组中男 16 例,女 14 例;年龄 30~68 岁,平均(54.33 ± 11.82)岁。2 组性别、年龄等一般资料比较,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》^[1]中有关周围性

面瘫的诊断标准。急性起病,具有一侧表情肌功能瘫痪,额纹消失,露睛流泪,抬眉、闭眼、耸鼻、抿嘴、撅嘴不能或不全,口角下垂歪向健侧,伴或不伴耳周疼痛或外耳道疱疹、舌质麻木或味觉减退、听觉过敏或耳闷;颅脑 CT、MRI 排除其他疾病即可确诊。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)首次发病,且均于发病后 1~2 d 就诊;3)年龄 15~75 岁;4)自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)处于妊娠期或哺乳期;2)双侧面瘫;3)继发于中耳炎、腮腺疾病、肿瘤、手术外伤等面瘫;4)治疗前接受过有效治疗或症状已有改善。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规西药和针刺治疗。1)常规西药治疗。醋酸泼尼松片(山东鲁抗医药集团赛特有限责任公司,批准文号:国药准字 H20033023,规格:5 mg/片)晨起顿服,1 次/d,剂量从每次 6 粒开始,连服 4 d 后,减至每次 5 粒,再连服 4 d,依法逐渐减量,即 6、5、4、3、2、1 粒,各 4 d,共服 24 d。甲钴胺片(华北制药股份有限公司,批准文号:国药准字 H20031126,规格:0.5 mg/片)口服,1 片/次,3 次/d。2)常规针刺治疗。主穴:印堂、阳白、太阳、

迎香、四白、颧髎、地仓、颊车、牵正、翳风、合谷。配穴:味觉减退加足三里,听觉过敏加阳陵泉、听宫,耳后疼痛加完骨。头面部穴位取患侧,针刺深度 0.1~0.3 寸,行平补平泻,轻浅刺激;合谷、足三里、阳陵泉取双侧,针刺深度 1~1.5 寸,合谷行平补平泻,足三里、阳陵泉行补法,以上各穴得气后留针 30 min,1 次/d。

2.2 治疗组 在对照组基础上配合拔罐疗法和面肌功能训练治疗。1) 拔罐疗法。取 2 号玻璃罐,面部主穴行闪罐手法,再配合旋转提拉等手法依次沿印堂→阳白→太阳→颧髎和地仓→颊车→颧髎的路径单向走罐,每条路径重复 3~5 遍,每遍走罐后用右掌握住罐体借助火罐余温行穴位熨敷,并沿以上路径滚动,以面部皮肤潮红为度,1 次/d。2) 面肌功能训练。嘱患者自主做抬眉、闭眼、耸鼻、抿嘴、撅嘴 5 个动作,每个动作面部双侧同时协调进行,以有表情纹为度,每个动作维持 5 s 为 1 次,连续 8~10 次为 1 组,3 组/d。

2 组均治疗 4 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 面神经功能等级。采用美国耳鼻喉科-头颈外科使用的唯一标准 House-Brackmann(H-B)评定面神经功能等级,分为Ⅰ~Ⅵ级,程度由轻至重^[2]。2) 面神经肌电图波幅。于治疗前后采用同型肌电图检查仪对患侧颧肌、颊肌神经传导波幅进行检测,以此作为面神经功能恢复的指标。

3.2 疗效标准 参照《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)》^[3]拟定。痊愈:面部表情静态、动态均自然,双侧额纹恢复对称,闭眼有力且眼裂完全闭合,煽动鼻翼、示齿等时两侧对称自然,无并发症,符合 H-B 分级Ⅰ级标准;显效:面部表情静态自然,动态基本自然,双侧额纹较前明显恢复,但两侧仍不对称,闭眼时眼裂完全闭合,煽动鼻翼、示齿等时两侧较前恢复但仍不对称,无并发症或有轻度的联带运动,符合 H-B 分级Ⅱ级标准;有效:面部表情静态、动态均不自然,双侧额纹较前恢复但两侧不对称,闭眼无力且眼裂闭合不完全,煽动鼻翼、示齿等时无力且两侧不对称,可能会出现联带运动或面肌挛缩,符合 H-B 分级Ⅲ级标准;无效:上述症状和体征经治疗无明显改善,出现联带运动或面肌挛缩或面肌抽搐或鳄鱼泪

征,符合 H-B 分级Ⅳ~Ⅵ级标准。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 26.0 软件进行统计学处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内采用配对 *t* 检验,组间比较采用独立样本 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用秩和检验。*P* < 0.05 表示差异有统计学意义。

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 93.33%,对照组为 73.33%,组间比较,差异有统计学意义(*P* < 0.01)。(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	Z 值	P 值
治疗组	30	3(10.00)	15(50.00)	10(33.33)	2(6.67)	28(93.33)	2.578	<0.01
对照组	30	0	10(33.33)	12(40.00)	8(26.67)	22(73.33)		

3.4.2 2 组面神经肌电图波幅比较 治疗前 2 组颧肌、颊肌肌电图波幅比较,差异均无统计学意义(*P* > 0.05)。治疗后 2 组颧肌、颊肌肌电图波幅均增大,且治疗组改善程度更明显,差异均有统计学意义(*P* < 0.01 或 *P* < 0.05)。(见表 2)

表 2 2 组面神经肌电图波幅比较($\bar{x} \pm s$,mv)

组别	例数	颧肌		颊肌	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	1.66±0.34	3.46±0.36 ^a	0.40±0.17	2.07±0.30 ^a
对照组	30	1.68±0.32	3.18±0.46 ^a	0.40±0.20	1.80±0.37 ^a
<i>t</i> 值		-0.301	2.647	-0.104	3.002
<i>P</i> 值		0.765	0.01	0.918	0.04

注:与本组治疗前比较,^a*P* < 0.01。

4 讨论

周围性面瘫发病机制尚未明确,多认为可能由血运障碍、病毒感染、自主神经功能紊乱或者遗传、先天性面神经管狭窄等引起面神经管内面神经发生水肿、血管痉挛等非特异性炎症反应所致。西医多予口服强的松冲击治疗,并逐渐减量以获得稳定的消炎、减轻水肿的疗效,口服甲钴胺以营养神经,改善面神经养供环境,从而加速受损神经的功能恢复。

中医学称之为“口僻”“口眼歪斜”等,认为其因素体正气不足,又感风寒等外邪侵袭面部脉络,以致气血痹阻,筋肉失养,发为本病。《灵枢·经筋》载:“颊筋有寒,则急引颊移口;有热则筋弛纵缓,不胜收故僻。”少阳经、阳明经经脉循行于面部,少阳经为半表半里之经,阳明经又为多气多血之经,(下转第 95 页)

刺激可能会影响内脏病变刺激所引起的疼痛信号的传达,从而提高痛阈,间接产生镇痛作用^[11]。

纵观本案例,患者病程长达 3 年余,由于对本病临床病例较少且病因复杂多样,临床明确诊断困难,故患者辗转于多家医院进行多学科诊疗,症状均未能取得明显好转,病程绵长反复,患者随之出现心情抑郁、精神紧张、烦躁等伴随症状,治疗难度加大,本案以毫火针治疗,发挥了毫针与火针的叠加效应,既有即时止痛之功,又有较好的远期疗效,操作简便,取穴精而少,其治疗效果使用国际视觉模拟量表评估,治疗后症状明显好转,定期随访,患者诸症消失且未见反复。本例患者诊疗经过提示:1)临床中应详细询问追踪病史、建立病史信息、详细鉴别诊断及注意多科室协作,避免漏诊误诊,注意观察患者整体精神状态,做到个性化的整体治疗,并长期随访。2)毫火针结合普通针刺治疗本病疗效佳,可以为临床治疗本病提供参考。

参考文献

- [1] 路桂军. 会阴部疼痛诊断与治疗思路[J]. 中国现代神经疾病杂志,2018,18(9):635-637.
- [2] 孙远征,姚嘉,许娜,等. 会阴痛综合征案[J]. 中国针灸,2019,39(3):306.

(上接第 81 页)故本研究取穴以少阳经和阳明经穴位为主,基于“邪之所凑,其气必虚”“面口合谷收”的理论,运用局部取穴和循经远端取穴相结合的方法,通过针刺疏通经络、调和气血;联合闪罐、走罐、熨罐等火罐疗法加强温通散寒、调和阴阳之效^[4]。笔者认为,周围性面瘫的康复治疗应该将医者和患者同时纳入治疗方案,医者通过药物、针刺、火罐等作用于面部表情肌,强调外部干预,促进神经肌肉功能恢复,患者通过自主面肌功能训练增强表情肌肌力,改善肌肉状态。二者看似独立,却是面神经功能恢复过程中主动和被动的结合,通过医者和患者共同参与提高疗效。面肌功能训练则将患侧表情肌功能分解成 5 个局部动作,并强调动作保持及与健侧协调配合,以促进局部血液循环、改善神经血液供应,增强表情肌肌力,预防肌肉失用性萎缩,从而促进面神经肌肉功能的恢复^[5],减少并发症的发生。

本研究结果显示,总有效率治疗组为 93.33%,对照组为 73.33%,组间比较,差异有统计学意义

- [3] 刘恩明. 刘氏毫火针特色治疗[M]. 北京:人民军医出版社,2011.
- [4] 方剑乔. 针刺镇痛——全景式的多维度疼痛调控方案[J]. 针刺研究,2018,43(8):459-466.
- [5] 鲁珊珊,王佳琦,黄锦,等. 针刺抗炎镇痛机制探讨[J]. 针灸临床杂志,2021,37(5):1-4.
- [6] WU YY, YAO XM, JIANG YL, et al. Pain aversion and anxiety-like behavior occur at different times during the course of chronic inflammatory pain in rats[J]. J Pain Res, 2017, 10:2585-2593.
- [7] 蔡国锋,蔡国梁,庄哲,等. 毫火针联合运动疗法治疗早期膝关节骨性关节炎的疗效及对血清 NO 的影响[J]. 针灸临床杂志,2020,36(7):20-25.
- [8] 李绍康,赵洁,曹晓雯,等. 针刺联合核心稳定性训练治疗慢性非特异性腰痛:前瞻性随机对照研究[J]. 针刺研究,2022,47(2):160-164.
- [9] 王洪国. 毫火针结合理筋手法治疗肩周炎临床观察[J]. 山西中医,2022,38(9):37-38.
- [10] 李晶晶,眭明红,林诗雨,等. 利用微透析技术测定火针对类风湿性关节炎大鼠病变组织中 5-羟色胺、组胺和前列腺素 E₂ 的影响[J]. 暨南大学学报:自然科学与医学版,2017,38(4):314-321.
- [11] 李晶晶,张英,眭明红,等. 火针对类风湿关节炎大鼠痛阈及 IL-1、TNF- α 的影响[J]. 上海针灸杂志,2016,35(5):583-587.

(收稿日期:2023-04-07)

[编辑:徐琦]

($P<0.01$)。治疗组的颧肌、颊肌肌电图波幅改善程度均较对照组明显,差异均有统计学意义($P<0.05$)。表明在常规针刺基础上联合拔罐疗法、面肌功能训练能提高临床疗效,并且 2 种疗法能减轻患者的经济负担,加强医患沟通,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 贾建平,陈生弟. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:339-341.
- [2] HOUSE JW, BRACKMANN DE. Facial nerve grading system[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1985, 93(2):146-147.
- [3] 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.
- [4] 牟小文,李雪梅,任奎羽,等. “闪熨结合罐法”在辅助面瘫治疗中的应用[J]. 中华中医药杂志,2022,37(9):5497-5499.
- [5] 徐纬,叶文雄,孙丹,等. 电揪针疗法联合面肌运动训练对周围性面瘫急性期患者面肌功能的影响[J]. 上海针灸杂志,2022,41(10):990-995.

(收稿日期:2023-04-17)

[编辑:王红梅]