

温针灸联合中医辨证治疗周围性面瘫 及对表面肌电图的影响

陈 勤 曾雪莲

(重庆医科大学附属成都第二临床学院, 成都市第三人民医院康复医学科, 成都, 610031)

摘要 目的:探讨温针灸联合中医辨证治疗周围性面瘫的临床疗效以及对患者表面肌电图(sEMG)检测指标的影响。方法:选取2016年5月至2017年12月成都市第三人民医院收治的周围性面瘫患者60例,随机分为观察组与对照组,每组30例。对照组采用常规穴位进行针灸治疗,观察组应用温针灸联合中药辨证治疗,2周为1个疗程,2组患者共治疗2个疗程,于治疗前后应用House-Brackmann(H-B)面神经功能评价分级系统评价患者面神经功能恢复情况,治疗结束后采用sEMG观察患者面部肌群恢复情况,统计临床疗效。结果:治疗后,观察组治疗有效率96.67%显著高于对照组的80.00% ($P < 0.05$);治疗后2组患者H-B评分均较治疗前有所下降,且治疗后14 d、21 d、28 d观察组低于对照组 ($P < 0.05$);观察组痊愈时间较对照组短 ($P < 0.05$)。治疗结束后,观察组颊肌群、口轮匝肌群、额肌群及鼻肌群RMS值均高于对照组 ($P < 0.05$)。结论:温针灸联合中医辨证治疗周围性面瘫可明显改善患者面神经功能,提高治疗有效率,缩短治疗时间;同时sEMG可客观准确地对预后评估。

关键词 温针灸;周围性面瘫;疗效;表面肌电图

Effects of Warming Needle Moxibustion Combined with Traditional Chinese Medicine Syndrome Differentiation in Treating Peripheral Facial Paralysis and its Effects on SEMG

Chen Qin, Zeng Xuelian

(Department of Rehabilitation, Chengdu Second Clinical College of Chongqing Medical University,
The Third People's Hospital of Chengdu, Chengdu 610031, China)

Abstract Objective: To observe the clinical effects on peripheral facial paralysis treated with warming needle moxibustion and traditional Chinese medicine (TCM) syndrome differentiation, and effects on surface electromyography (SEMG) testing. **Methods:** Sixty patients with peripheral facial paralysis admitted in our hospital from May 2016 to December 2017 were randomly divided into observation group and control group, with 30 cases in each group. Control group were treated with routine acupuncture treatment, while observation group were treated with warming needle moxibustion and TCM syndrome differentiation. Patients in 2 groups were treated for 2 courses lasting 4 weeks. Facial nerve function recovery was evaluated by the application of House-Brackmann (H-B) facial nerve function evaluation grading system before and after treatment. Facial muscle recovery in patients was observed by using SEMG, and added up the efficiency in 2 groups after treatment. **Results:** The efficiency of observation group (96.67%) was significantly higher than control group (80.00%) after treatment ($P < 0.05$). The H-B scores of both groups were decreased compared with those before treatment, and observation group was lower than control group, at 14 d, 21 d and 28 d after treatment. The H-B scores of observation group was lower than that of control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The recovery time of observation group was significantly shorter than that of control group after treatment ($P < 0.05$). After the treatment, the RMS values of buccal muscle group, orbicularis muscle group, frontal muscle group and nasal muscle group in observation group were all higher than that of control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** The combination of warming needle moxibustion and TCM syndrome differentiation in the treatment of peripheral facial paralysis can improve the facial nerve function of patients, shorten the treatment time; at the same time, SEMG can objectively and accurately estimate the prognosis with broad clinical application prospects.

Key Words Warming needle moxibustion; Peripheral facial paralysis; Therapeutic effects; Surface electromyography

中图分类号:R245 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.07.046

周围性面瘫是由面神经急性非化脓感染引起,又称耳耳麻痹,与病毒感染、受寒、自主神经不稳等

因素有关,常导致局部神经血管痉挛、神经缺血水肿、轴突变性而产生一系列临床症状^[1]。该病为临

床常见病,发病后会造成患者面部表情不自然、口角歪斜、眼裂闭合不全、额纹消失,因外观形象上的改变而导致患者承受巨大的心理压力,严重影响患者的工作与生活。西医治疗以抗病毒、激素、营养神经、改善微循环为主,但治疗过程中病情易反复,部分患者对激素敏感,容易造成严重的全身性不良反应^[2]。中医治疗周围性面瘫以针灸治疗为主,而温针灸为一种热性刺激,能够加速血液循环,促进人体对水肿的吸收,加快面神经功能的恢复^[3]。本研究对周围性面瘫患者采用温针灸联合中医辨证的治疗方法,并于治疗结束后采用表面肌电图(sEMG)评价患者恢复情况,以对患者进行预后评估。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 5 月至 2017 年 12 月期间我科收治的周围性面瘫患者 60 例。其中男 39 例,女 21 例;年龄 24 ~ 70 岁,平均年龄(45.03 ± 5.29)岁;病程 1 ~ 8 d,平均病程(4.90 ± 1.36) d;按照随机数字表法将患者分为观察组($n=30$)与对照组($n=30$)。2 组患者性别、平均年龄、平均病程以及发病部位等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 2 组一般资料比较

组别	性别 (男/女)	年龄 (岁)	病程 (d)	发病部位(例)	
				左侧	右侧
观察组($n=30$)	19/11	45.48 ± 5.50	4.92 ± 0.94	23	7
对照组($n=30$)	20/10	44.57 ± 5.12	4.87 ± 0.81	22	8
χ^2/t	0.073	0.663	0.221	0.089	
P	0.787	0.510	0.826	0.766	

1.2 诊断标准 西医诊断:参照《神经病学》(2010 年)^[4]。1)发病前有受凉、吹风史,并有耳部疼痛或面部不适等前驱症状。2)急性或亚急性发病,部分有舌前味觉障碍,少数有耳鸣、耳郭斑疹等,多为单侧发病。3)出现板滞、麻木以及额纹消失、口角歪向健侧、鼻唇沟变浅或消失等现象。中医诊断:参照《针灸学》^[5],中医辨证属风寒侵邪所致型,多有受风史,患者面部板滞,皮肤发凉、发紧,舌淡苔薄白,脉浮紧。风热型多有饮酒、食辛辣史,多兼有流泪,流涎,面部自觉松弛,乳突区可有压痛,耳胀耳痛,口苦咽痛,舌红苔薄黄,脉浮数。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准者;年龄 15 ~ 70 岁;自愿参加本研究并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 合并格林-巴利综合征、Hunt 综合征、肿瘤、外伤、中耳炎、腮腺炎、颅底脑膜炎颌后化

脓性淋巴腺炎等引起的继发性周围性面瘫及中枢性面瘫;合并肝、肾、肺等严重疾病及精神疾病者;不配合治疗者、妊娠或哺乳者。

1.5 脱落与剔除标准 未按规定用药或擅自调整用药方案者;依从性较差者;治疗中途主动退出研究或放弃治疗者;临床资料不全影响疗效判定或药物安全性评价者。

1.6 治疗方法 对照组仅进行常规针灸治疗,主穴选择太阳、颊车、地仓、合谷、下关、太冲,其他穴位选取根据患者情况随证加减。观察组采用温针灸结合中药辨证治疗,主穴选取完骨、太阳、攒竹、颊车、地仓、四白、合谷、神庭,其他穴位选取根据患者情况随证加减,鼻唇沟歪斜者加承浆,鼻唇沟平坦者加上迎香,迎风流泪、目赤者配睛明,恶风寒者配风池。头面部穴位采用 0.30 mm × 40 mm 一次性不锈钢毫针,刺入 15 ~ 25 mm,余穴采用 0.30 mm × 70 mm 一次性不锈钢毫针,进针 50 mm,指切进针法,初期宜轻,刺入穴位后施捻转提插,以患者有酸胀扩散感、医者手下沉紧为度,平补平泻,得气后留针。在完骨穴的针柄上放置长约 1.5 cm 艾条,放置高度以觉温热而不灼痛为度,灸 1 ~ 2 壮即可,待艾柱燃尽后除去灰烬,共留针 20 ~ 30 min。配合中药辨证治疗,基础方:白附子、白僵蚕、全蝎、防风、蜈蚣、白芍、炙甘草,1 剂/d,分 2 次服用,150 mL/次。疾病早期,可加桑叶、防风以祛风化痰;血虚者,可加当归、鸡血藤以养血祛风;年老气虚则加人参、黄芪;在治疗期间,忌生冷食物和寒冷刺激,中药服用最多不超过 40 d。2 组患者治疗 1 次/d,2 周为 1 个疗程,共进行 2 个疗程的治疗。当患者处于饥饿、疲劳、精神紧张以及皮肤有感染、溃疡、瘢痕时,不宜行针刺。

1.7 观察指标 1)分别于治疗前和治疗第 7、14、21、28 天采用 House-Brackmann(H-B)面神经功能评价分级系统^[6]评分,分数越低,神经功能恢复越好。2)比较 2 组患者痊愈时间。3)与治疗结束后,在室温 25 ℃左右的环境下,由同一医师采用表面肌电图(sEMG)分析仪检测患者对称的患侧颊肌群、口轮匝肌群、额肌群及鼻肌群的均方根(RMS)值,RMS 值越小,表明患者恢复越差^[7]。

1.8 疗效判定标准 参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[8]以及 H-B 面神经功能评价分级系统确定。治愈:临床症状完全消失,面部外观、运动功能恢复正常;显效:临床症状基本消失,仔细观察时仍有轻微功能减弱,面部静止时对称,口角轻度不对

称;有效:临床症状部分消失,有明显的功能减弱,双侧无损害性不对称,面部静止时张力正常,口明显不对称,用力方可移动口角;无效:临床症状改善轻微,甚至出现病情加重。总有效率 = (治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 18.0 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,治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立 t 检验;计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床疗效比较 观察组总有效率 (96.67%) 显著高于对照组 (80.00%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组临床疗效比较

组别	治愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
观察组 ($n = 30$)	9	12	8	1	96.67
对照组 ($n = 30$)	3	8	13	6	80.00
χ^2					4.043
P					0.044

2.2 2 组治疗前后 H-B 评分比较 治疗后 2 组患者 H-B 评分均较治疗前有所下降,且治疗后 14 d、21 d、28 d 观察组 H-B 评分均低于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。见表 3。

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

组别	治疗前	治疗后			
		7 d	14 d	21 d	28 d
观察组 ($n = 30$)	3.78 ± 0.85	3.32 ± 0.77	2.95 ± 0.63	2.36 ± 0.66	1.71 ± 0.58
对照组 ($n = 30$)	3.86 ± 0.92	3.71 ± 0.84	3.38 ± 0.78	2.99 ± 0.73	2.58 ± 0.67
t	0.306	1.875	2.349	3.506	5.377
P	0.761	0.066	0.022	0.001	0.000

2.3 2 组痊愈时间比较 治疗后,观察组患者平均痊愈时间为 (22.85 ± 4.62) d,对照组患者平均痊愈时间为 (27.33 ± 5.17) d, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.4 2 组 sEMG 比较 治疗结束后,观察组颊肌群、口轮匝肌群、额肌群及鼻肌群 RMS 值均高于对照组 ($P < 0.01$)。见表 4。

表 4 2 组 sEMG 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	颊肌群	口轮匝肌群	额肌群	鼻肌群
观察组 ($n = 30$)	0.79 ± 0.11	0.78 ± 0.14	0.73 ± 0.12	0.79 ± 0.11
对照组 ($n = 30$)	0.63 ± 0.09	0.69 ± 0.12	0.61 ± 0.08	0.53 ± 0.14
t	6.166	2.673	4.557	7.998
P	0.000	0.009	0.000	0.000

3 讨论

周围性面瘫临床发病较急,延误治疗最佳时机或治疗不对,会给患者留下不同程度的后遗症,给患者带来巨大的身心创伤。中医将周围性面瘫称作“口僻”“口眼喎斜”等,多由络脉空虚,风寒、风热之邪侵袭面部筋脉,致使气血阻滞,肌肉弛缓^[9]。针灸可以疏通经络,调整气血,驱邪外出,艾灸温经散寒功效更加显著,艾灸的温度由针柄传入穴位,可加强活血祛瘀、祛风散寒的功效。石育才等^[10]对周围性面瘫分别采用温针灸和电针进行治疗,温针灸穴位取翳风、下关,观察组有效率为 96.7%,证实温针灸效果优于电针。方婷婷和徐福^[11]针刺风池穴治疗周围性面瘫 20 例,患者治愈率明显提高,风池穴属少阳胆经,为治风的要穴。张晓梅和孙建华^[12]、宋欣伟等^[13]运用温针灸治疗周围性面瘫,总有效率分别为 100.0% 和 96.4%, 高于对照组 90.2% 和 73.3%。

本研究中在温针灸中增加完骨等穴,完骨穴能止乳突部疼痛,促进血液循环,消除面神经管内水肿,调整神经功能紊乱,完骨穴周围分布的是枕小神经主干,针灸运用不会损伤面部神经。《针灸大成》提到了完骨穴治疗善以祛风,清利头目,清热;《素问·气穴论》《针灸大成》《针灸甲乙经》等均有完骨穴治疗“足矮失履不收,日眼歪斜,颊肿,颈项痛,头风耳后疼”的记载。陆红梅和杨玲^[14]选用完骨穴治疗面瘫患者,由于完骨穴位于乳突后下方凹陷处,因大部分患者发病会伴有乳突区疼痛,而面神经由茎乳突孔出颅腔分布至面部,故针灸完骨穴,可使灸火迅速达到病所,改善患者症状。《素问·移精变气论》曰:“毒药治其内,针石治其外”。中药与针灸虽然有内服与外治之区别,但针药同源,其理相通。用中药以治病之根本,用针灸循经取穴,以治疾病之标。针对重症、危症、久治不愈的疑难杂症,通常针灸与药物并用。白附子可祛风痰、通经络、解毒镇痛,用于治疗口眼歪斜、中风痰壅、偏头痛等,证归于胃、肝经;白僵蚕中含有草酸胺,有抗惊厥和抗凝血的作用;全蝎具有延长凝血时间,扩张血管作用;邵勇^[15]采用温针灸联合牵正散治疗周围性面瘫,与传统针刺组比较,观察组痊愈率及治愈时间均优于传统针刺组,证明针药结合可提高临床治疗效果。何楠和李金文^[16]应用针刺配合面瘫汤治疗面瘫,有效率为 96.7%, 优于普通针刺效果。

本研究结果显示,温针灸联合中医辨证治疗周围性面瘫的效果明显优于单纯的针灸治疗,2 个

疗程结束后,观察组总有效率显著高于对照组;在第一个疗程结束后观察组 H-B 评分低于对照组,至第二个疗程,组间评分差异更加明显,患者的面神经功能经过治疗得到很大程度的改善,一些主要的临床特征表现,包括面部表情不自然、眼裂闭合不全、口角歪斜、额纹消失、鼻唇沟变浅等也逐渐缓解或消失。sEMG 是一种无创且操作简便的电生理评价方法,能直观地反映运动过程中肌肉生理、生化等方面的改变,也是一种很好的生物反馈治疗技术^[17]。孙湖和刘立安^[18]对周围性面瘫患者治疗前后进行 sEMG 检测,结果显示,sEMG 检测结果与其疗效正相关。表明 sEMG 是一种较为客观的评价方法,且患者接受度高,临床医师容易掌握。本研究结果中,治疗结束后,观察组颊肌群、口轮匝肌群、额肌群及鼻肌群 RMS 值均高于对照组。进一步表明温针灸联合中医辨证治疗周围性面瘫可有效改善患者的面部肌群,且该结果和临床疗效及 H-B 评分也是一致的。对于本病治疗实效关系方面,多数学者医师认为宜早不宜晚,在周围性面瘫急性期即采用针灸治疗,使人体正气逐渐旺盛,改善部分血液循环,加快部分水肿炎症的消退,邪气不能深入或停滞,以达到尽早治愈疾病的目的^[19-20]。针刺手法方面不可采用强刺激手法,早期宜轻、宜浅,得气即可。同时于治疗期间应指导患者进行积极的功能锻炼以尽早恢复面部功能。

综上所述,温针灸联合中医辨证治疗周围性面瘫疗效显著,可明显改善患者面神经功能,缩短治疗时间,但是本研究样本量较少,时间较短,可于今后进一步开展周围性面瘫多中心、大样本、随机对照的临床和机制研究,为针灸治疗周围性面瘫提供可靠的依据。

参考文献

[1] 韩维举. 周围性面瘫的外科治疗[J]. 中华耳科学杂志, 2012, 10(3): 303-306.

- [2] 姚春杨, 周学华, 郑颖. 中西医结合配合针刺治疗周围性面瘫 32 例疗效观察[J]. 中国现代医生, 2015, 53(12): 106-109.
- [3] 杨建英, 郑士立, 葛佳伊, 等. 温针灸配合闪罐治疗周围性面瘫 47 例观察[J]. 浙江中医杂志, 2015, 50(6): 440-440.
- [4] 吴江. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 120.
- [5] 梁繁荣. 针灸学[M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2010: 220.
- [6] House JW. Facial nerve grading systems[J]. Laryngoscope, 1983, 93(8): 1056-1069.
- [7] 刘立安, 孙佰君. 根据表面肌电图选穴电针治疗周围性面瘫临床观察[J]. 中国针灸, 2015, 35(6): 553-556.
- [8] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 2 版. 北京: 人民军医出版社, 2002: 198.
- [9] 王伟, 袁玉福. 温针灸联合牵正散治疗周围性面瘫 47 例临床体会[J]. 中国民族民间医药杂志, 2015, 24(13): 151-152.
- [10] 石育才, 张东升, 夏勇江, 等. 温针灸治疗周围性面瘫 31 例[J]. 山东中医药大学学报, 2012, 36(1): 47-47.
- [11] 方婷婷, 徐福. 针刺风池穴治疗周围性面瘫的临床应用体会[J]. 黑龙江中医药, 2015, 44(2): 55-56.
- [12] 张晓梅, 孙建华. 四关穴温针灸配合穴位敷贴治疗周围性面瘫 27 例[J]. 河南中医, 2016, 36(1): 148-150.
- [13] 宋欣伟, 赵青尘, 谢新才. 火针治疗周围性面瘫 56 例临床观察[J]. 北京中医, 2007, 26(2): 98-100.
- [14] 陆红梅, 杨玲. 针刺配合重灸完骨穴治疗面瘫 29 例疗效观察[J]. 四川中医, 2008, 26(1): 121-121.
- [15] 邵勇. 针灸药并用治疗周围性面瘫 64 例的疗效观察[J]. 中医临床研究, 2011, 3(3): 57-58.
- [16] 何楠, 李金文. 针药结合治疗周围性面神经炎 30 例[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(8): 97-98.
- [17] 刘立安, 孙湖, 朱云红. 表面肌电图检测在评价周围性面瘫预后中的应用[J]. 中国康复医学杂志, 2012, 27(10): 946-948.
- [18] 孙湖, 刘立安. 应用表面肌电图评价针刺治疗周围性面瘫的临床研究[J]. 中医临床研究, 2012, 4(4): 24-25.
- [19] 陈茂华, 朱迪海. 尼莫地平对面肌痉挛患者微血管减压术后周围性面瘫及听力的影响[J]. 中国药房, 2016, 27(5): 681-683.
- [20] 陈勤, 张小君, 漆潇, 等. 氦氖激光联合透穴针刺 72 例治疗周围性面瘫临床疗效观察[J]. 激光杂志, 2016, 37(9): 147-149.

(2018-04-23 收稿 责任编辑: 杨觉雄)

(上接第 1747 页)

- [15] 邓迎杰, 马凤龙, 高振华, 等. 观察中医“柔筋正骨、以松治痛”理论治疗早中期膝骨性关节炎的临床疗效[J]. 新疆中医药, 2015, 33(6): 21-23.
- [16] 融恺, 沈明球, 张春龙, 等. 手法治疗颈部慢性软组织损伤的临床疗效观察[J]. 新疆中医药, 2010, 28(2): 33-35.
- [17] 朱晓川, 黄彬洋, 刘晓瑞. 从肝脾之“脏-腑-经-筋-穴”系统论治膝骨性关节炎[J]. 长春中医药大学学报, 2017, 33(2): 260-262.
- [18] 王得雁, 王金铭. 五脏的肝脾证治法则与参考用药[J]. 中国保健营养(下旬刊), 2014, 24(2): 1139-1140.

- [19] 丘玥. Simvastatin 通过抑制 RhoA/LIMK/cofilin 通路缓解神经病理性疼痛[D]. 北京: 北京协和医学院中国医学科学院, 北京协和医学院, 中国医学科学院, 清华大学医学部, 2016.
- [20] 王存金, 孔双明, 高巨, 等. 脊髓 RhoA/ROCK 信号通路在脂多糖致大鼠炎性痛形成中的作用[J]. 中华麻醉学杂志, 2015, 35(8): 969-971.
- [21] 丘玥, 陈唯隹, 王之遥, 等. 辛伐他汀对大鼠神经病理性疼痛行为学和 RhoA 通路表达的影响[J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(7): 493-500.

(2018-01-29 收稿 责任编辑: 杨觉雄)