

芒针透刺加灸法联合西药治疗周围性面神经麻痹痰瘀阻络证临床研究

鲁海娟, 李成国

长兴县中医院, 浙江 长兴 313100

【摘要】目的：观察芒针透刺加灸法联合西药治疗周围性面神经麻痹痰瘀阻络证的临床疗效。**方法：**将86例周围性面神经麻痹痰瘀阻络证患者按随机数字表法分为对照组和观察组，每组43例。对照组予以醋酸泼尼松片、甲钴胺片、维生素B₁片治疗，观察组在对照组基础上予以芒针透刺加灸法治疗，2组均治疗2周。比较2组临床疗效，治疗前后面部残疾指数（FDI）、多伦多面神经分级系统（TFGS）评分，以及免疫球蛋白（Ig）水平，记录不良反应发生率。**结果：**治疗后，观察组临床疗效总有效率95.35%，高于对照组79.07%（ $P<0.05$ ）。2组FDI社会功能评分均较治疗前降低（ $P<0.05$ ），FDI躯体功能、TFGS评分均较治疗前升高（ $P<0.05$ ）；观察组FDI社会功能评分低于对照组（ $P<0.05$ ），FDI躯体功能、TFGS评分均高于对照组（ $P<0.05$ ）。2组血清IgM、IgA、IgG水平均较治疗前降低（ $P<0.05$ ），观察组血清IgM、IgA、IgG水平均低于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组不良反应发生率16.28%，与对照组13.95%比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。**结论：**在西药基础上使用芒针透刺加灸法治疗周围性面神经麻痹痰瘀阻络证可增强疗效，调节机体免疫功能，安全性良好。

【关键词】周围性面神经麻痹；痰瘀阻络证；芒针透刺；灸法；面部残疾指数；多伦多面神经分级系统；免疫功能

〔中图分类号〕R246 〔文献标志码〕A 〔文章编号〕0256-7415(2023)14-0146-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.14.029

Clinical Study on Penetrating Acupuncture with Elongated Needle Plus Moxibustion Combined with Western Medicine for Peripheral Facial Paralysis with Phlegm-Stasis Obstructing the Collaterals Syndrome

LU Haijuan, LI Chengguo

Traditional Chinese Medicine Hospital Changxing, Changxing Zhejiang 313100, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of penetrating acupuncture with elongated needle plus moxibustion combined with western medicine for peripheral facial paralysis with phlegm-stasis obstructing the collaterals syndrome. **Methods:** A total of 86 cases of patients with peripheral facial paralysis with phlegm-stasis obstructing the collaterals syndrome were divided into the control group and the observation group according to the random number table method, with 43 cases in each group. The control group was treated with Prednisone Tablets, Mecobalamin Tablets, and Vitamin B₁ Tablets, and the observation group was additionally treated with penetrating acupuncture with elongated needle plus moxibustion based on the treatment of the control group. Both groups were treated for 2 weeks. Clinical effects were compared between the two groups. The scores of Facial Disability Index (FDI) and Toronto Facial Grading System (TFGS), and immunoglobulin (Ig) levels were compared between the two groups

〔收稿日期〕2022-10-09

〔修回日期〕2023-03-06

〔作者简介〕鲁海娟（1987-），女，主治中医师，E-mail: luhaijuan07@126.com。

before and after treatment. The incidence of adverse reactions were recorded. **Results:** After treatment, the total clinical effective rate was 95.35% in the observation group, higher than that of 79.07% in the control group ($P < 0.05$). The scores of social function in FDI in the two groups were decreased ($P < 0.05$), and the scores of physical function in FDI and TFGS were increased ($P < 0.05$); the score of social function in FDI in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.05$), and the scores of physical function in FDI and TFGS in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). The levels of IgM, IgA, and IgG in serum in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the 3 levels in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions was 16.28% in the observation group and 13.95% in the control group, there was no significant difference being found in the comparison between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** On the basis of western medicine, penetrating acupuncture with elongated needle plus moxibustion for peripheral facial paralysis with phlegm-stasis obstructing the collaterals syndrome can enhance curative effect and regulate body immune function, with good safety.

Keywords: Peripheral facial paralysis; Phlegm-stasis obstructing the collaterals syndrome; Penetrating acupuncture with elongated needle; Moxibustion; Facial Disability Index; Toronto Facial Grading System; Immune function

周围性面神经麻痹是不同原因造成的面神经乳突段非特异性炎症,以面部肌肉瘫痪、额纹消失、口角歪斜、眼睛无法闭合为典型表现。目前西医治疗周围性面神经麻痹以药物为主,包括皮质类固醇激素、神经营养等药物,虽可取得一定效果,但部分患者疗效欠佳,且可能出现后遗症^[1]。周围性面神经麻痹归属于中医学面瘫、口僻、吊线风等范畴,中医学认为,本病的发生与风、痰、瘀密切相关,痰瘀阻络证是本病的常见证型,治疗宜以祛风化痰、疏通经络为主。针灸对周围性面神经麻痹有积极的治疗作用,可以有效改善临床症状,促进患者康复^[2]。芒针透刺能疏通经络、气血,可促进面神经功能恢复^[3]。灸法可温通经络、行气活血,是临床治疗面瘫的常用方法^[4]。本研究在西药治疗基础上联合芒针透刺加灸法治疗周围性面神经麻痹痰瘀阻络证,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《中国特发性面神经麻痹诊治指南》^[5]中周围性面神经麻痹的诊断标准。单侧面部肌肉瘫痪,患侧额纹消失,闭目、鼓腮、皱眉无力,口角向健侧歪斜;可伴患侧耳后疼痛或乳突压

痛,听觉过敏,味觉消失,唾液与泪液分泌障碍;急性起病,病情3 d左右达到高峰;排除其他继发因素。

1.2 辨证标准 根据《周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准(草案)》^[6]辨为痰瘀阻络证。症见口角歪斜,日久难愈,谈笑时口歪更甚,面部板滞抽动,眼闭不实,迎风流泪,舌红、苔薄白,脉弦细。

1.3 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准;首次发病;年龄 ≥ 18 岁;病程 ≤ 7 d;意识清楚,视听、认知、沟通正常;签署知情同意书。

1.4 排除标准 继发性面神经麻痹;哺乳期、妊娠期妇女;对本研究所用药物有过敏史或高敏体质;合并皮肤疾病;合并严重的内科疾病;合并其他神经系统疾病;合并感染性疾病。

1.5 剔除标准 治疗过程中病情加重,需更换治疗方案;自行使用其他药物治疗;治疗过程中罹患癌症等恶性疾病;依从性差。

1.6 一般资料 选取2020年3月—2021年3月在长兴县中医院治疗的86例周围性面神经麻痹痰瘀阻络证患者,按随机数字表法分为对照组和观察组,

每组 43 例。对照组男 24 例,女 19 例;年龄 21~68 岁,平均 (39.54 ± 9.27) 岁;病程 2~7 d,平均 (4.17 ± 0.93) d;患侧:左侧 20 例,右侧 23 例;House-Brackmann(H-B)面神经功能分级:Ⅱ级 13 例,Ⅲ级 18 例,Ⅳ级 12 例。观察组男 23 例,女 20 例;年龄 19~65 岁,平均 (40.38 ± 9.51) 岁;病程 1~6 d,平均 (4.22 ± 0.96) d;患侧:左侧 21 例,右侧 22 例;H-B 面神经功能分级:Ⅱ级 12 例,Ⅲ级 17 例,Ⅳ级 14 例。2 组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 予以西药治疗。醋酸泼尼松片(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字 H33021207,规格:5 mg/片)口服,初始剂量每天 1 mg/kg,分 3 次口服,最多不超过每天 60 mg,治疗 5 d,5 d 后在初始剂量基础上每天减量 10 mg,分 3 次口服,治疗至第 10 天,第 11 天起停用。甲钴胺片(江西青峰药业有限公司,国药准字 H20051440,规格:0.5 mg/片)口服,每次 0.5 mg,每天 3 次。维生素 B₁片(甘肃兰药药业有限公司,国药准字 H20073509,规格:10 mg/片)口服,每次 10 mg,每天 3 次。治疗 2 周。

2.2 观察组 在对照组基础上给予芒针透刺加灸法治疗。采用规格为 0.25 mm×75 mm 的华佗牌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司),取患侧下关-颧髻,颊车-地仓 2 组透穴针刺,针尖与皮肤呈 15°角斜刺,操作时下关透颧髻,颊车透地仓,快速进针,行提插手手法至得气,留针 30 min。出针后,取长度为 10 cm 的清艾条(山西鑫研艾草制品有限公司),点燃后对准以上穴位,距离皮肤 3~5 cm 进行温和灸,以皮肤温热、潮红为度,每穴灸 5 min,每天 1 次,治疗 6 d 后休息 1 d。治疗 2 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②面部残疾指数(FDI)评分。FDI 包含社会功能、躯体功能 2 个分量表。社会功能包括 5 个条目,各条目分别计为 1~6 分,满分 30 分,分值越高表示病情越严重;躯体功能包括 5 个条目,各条目分别计为 0~5 分,满分 25 分,分值越低表示病情越严重^[7]。③多伦多面神经分级系统(TFGS)评分。TFGS 包含自主运动对称性、静态对称性、联带运动对称性 3 个维度,满分 100 分,分值越低表示病情越严重^[8]。④血清免疫球蛋白(Ig)。

采用 A25 全自动特定蛋白分析仪(西班牙 BioSystems 公司)测定血清 IgM、IgA、IgG 水平。⑤不良反应发生率。记录治疗过程中疲倦、晕针、恶心呕吐、腹泻、皮肤灼痛发生率。

3.2 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件分析数据。计量资料满足正态分布和方差齐性以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对 t 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治疗 2 周后,参考《周围性面神经麻痹的临床评估及疗效判定标准方案(草案)》^[9]评估疗效。痊愈:H-B 面神经功能分级为 I 级,临床症状完全消失;显效:H-B 面神经功能分级降低 ≥ 2 级,但未达到痊愈标准;有效:H-B 面神经功能分级降低 1 级;无效:不符合上述标准。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗后,观察组临床疗效总有效率 95.35%,高于对照组 79.07%,差异有统计学意义($\chi^2=5.108$, $P=0.024 < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较							例
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效[例(%)]	
观察组	43	9	18	14	2	41(95.35) ^①	
对照组	43	6	15	13	9	34(79.07)	

注:①与对照组比较, $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后 FDI、TFGS 评分比较 见表 2。治疗前,2 组 FDI 社会功能、FDI 躯体功能、TFGS 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组 FDI 社会功能评分均较治疗前降低,FDI 躯体功能、TFGS 评分均较治疗前升高,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组 FDI 社会功能评分低于对照组,FDI 躯体功能、TFGS 评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4.4 2 组治疗前后血清 IgM、IgA、IgG 水平比较 见表 3。治疗前,2 组血清 IgM、IgA、IgG 水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组血清 IgM、IgA、IgG 水平均较治疗前降低,观察组血清 IgM、IgA、IgG 水平均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后 FDI、TFGS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	例数	FDI 社会功能评分		FDI 躯体功能评分		TFGS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	23.53 ± 3.72	11.64 ± 2.57 ^①	13.53 ± 2.64	21.98 ± 3.45 ^①	57.49 ± 7.58	81.37 ± 6.45 ^①
对照组	43	23.81 ± 3.69	14.05 ± 2.84 ^①	13.49 ± 2.67	19.21 ± 3.37 ^①	58.12 ± 7.64	75.22 ± 6.91 ^①
<i>t</i> 值		0.350	4.126	0.070	3.766	0.384	4.266
<i>P</i> 值		0.727	<0.001	0.945	<0.001	0.702	<0.001

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$

表3 2组治疗前后血清 IgM、IgA、IgG 水平比较($\bar{x} \pm s$)

g/L

组别	例数	IgM		IgA		IgG	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	1.41 ± 0.32	1.08 ± 0.23 ^①	2.73 ± 0.69	1.94 ± 0.47 ^①	12.46 ± 2.15	9.84 ± 1.63 ^①
对照组	43	1.39 ± 0.34	1.22 ± 0.27 ^①	2.69 ± 0.67	2.23 ± 0.58 ^①	12.08 ± 2.13	10.92 ± 1.97 ^①
<i>t</i> 值		0.281	2.588	0.273	2.547	0.823	2.770
<i>P</i> 值		0.780	0.011	0.786	0.013	0.413	0.007

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$

4.5 2组不良反应发生率比较 见表4。观察组不良反应发生率 16.28%, 与对照组 13.95%比较, 差异无统计学意义($\chi^2=0.091$, $P=0.763 > 0.05$)。上述不良反应经对症处理后, 均未影响治疗。

表4 2组不良反应发生率比较

例

组别	例数	疲倦	晕针	恶心呕吐	腹泻	皮肤灼痛	总发生[例(%)]
观察组	43	2	1	3	0	1	7(16.28)
对照组	43	3	0	2	1	0	6(13.95)

5 讨论

周围性面神经麻痹是临床常见的神经内科疾病, 其病因尚未完全明确, 一般认为与感染、受寒、自身免疫功能异常、血运障碍等因素有关, 多种因素共同作用导致面神经受损^[10-11]。该病可对患者的面部形态及正常工作、生活造成较大影响, 应早发现、早治疗。西医治疗以消除炎症、营养神经为基本原则。醋酸泼尼松为糖皮质激素, 可降低面神经传导阻力, 有效改善面神经充血, 促进局部水肿消失。甲钴胺为内源性辅酶 B₁₂, 能够促进神经元轴突运输和再生, 恢复因受损而减少的神经递质, 抑制神经退变, 是临床常用的营养神经药物。有研究指出, 中西医结合治疗本病可进一步增强疗效, 促进病情改善^[12]。

周围性面神经麻痹归属于中医学面瘫、口僻、

吊线风等范畴。中医学认为, 本病病位在经筋, 与风邪侵袭有关。风为百病之长, 善行而数变, 易夹杂他邪。本病的发病基础为内虚邪中, 先天禀赋不足, 正气虚弱, 腠理不密, 营卫功能失调, 或后天饮食失节, 损伤脾胃, 健运失司, 水湿不化, 痰浊内生, 则卫表不固, 脉络空虚, 风邪又易袭阳位, 夹内生之痰上扰头面, 导致风、痰痹阻头面脉络, 终而发病。治疗当以祛风化痰、疏通经络为主。芒针透刺可通过增加刺激面, 加强针感, 有效疏通痹阻经络, 使多个穴位发挥协同效应, 对多条经气产生激发作用, 并能促进神经传导和微循环, 改善面神经营养状态^[13]。芒针透刺联合灸法治疗, 能起到祛风化痰、温经通络、行气活血之效, 且灸法的温热作用能扩张毛细血管, 减轻炎症反应, 促进受损的面神经恢复^[14]。本研究所选颧髎穴属手太阳小肠经, 可祛风止痉, 主治口眼歪斜、眼睑瞤动。下关穴为足阳明胃经循行经过面部的穴位, 能疏散风邪、通络利窍。下关穴下分布有面神经颧支, 颧髎穴下分布有面神经颧支、颊支, 刺激两穴有助于相关面神经功能的修复, 两者均为治疗本病使用频次较高的穴位^[15]。颊车、地仓穴均属足阳明胃经, 有开关通络、祛风扶正功效。地仓穴下分布有面神经颊支、下颌缘支, 颊车穴下分布有面神经下颌缘支、耳大神经分支, 透刺两穴可刺激相应神经分支产生神经

反射活动,恢复局部协同肌、拮抗肌的相互联系,恢复口角轴三维运动^[16]。

本研究结果显示,治疗后,观察组临床疗效总有效率高于对照组。FDI、TFGS 是评估周围性面神经麻痹病情的重要工具,具有较高的信度、效度。治疗后,观察组 FDI、TFGS 评分均较对照组改善更明显。表明芒针透刺加灸法联合西药治疗周围性面神经麻痹痰瘀阻络证能增强疗效,促进患者病情改善。以往研究发现,免疫功能异常可能是导致周围性面神经麻痹发生的重要机制^[17]。周围性面神经麻痹患者体液免疫功能异常,血清 IgG 等异常增高,其异常增高与运动神经元末梢的特殊亲合力是导致发病的重要因素^[18]。治疗后,观察组血清 IgM、IgA、IgG 水平均低于对照组。表明芒针透刺加灸法联合西药治疗能调节周围性面神经麻痹痰瘀阻络证患者的免疫功能。其原因可能在于芒针透刺加灸法可刺激腧穴,并经局部神经与感受器传入神经冲动,对中枢神经活动产生影响,引起神经内分泌改变,促进神经递质、调节因子释放,同时针灸刺激作用可增强交感-肾上腺髓质系统兴奋性,发挥机体免疫调节作用^[19]。2 组不良反应发生率比较,差异无统计学意义。提示本研究所用疗法安全性好。

综上所述,芒针透刺加灸法联合西药治疗周围性面神经麻痹痰瘀阻络证可提高疗效,促进病情及免疫功能改善,安全性较好,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 郝文玮. 周围性面神经麻痹诊断和治疗的新进展[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(13): 2211-2213.
- [2] 刘建强, 张盼, 王遵来. 针灸治疗周围性面神经麻痹临床研究进展[J]. 河北中医, 2018, 40(1): 152-156.
- [3] 金志恩. 芒针透刺治疗周围性面瘫临床疗效观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2017.
- [4] 张晓敏, 王丕敏. 基于CNKI研究顽固性面瘫艾灸疗法的穴位应用规律[J]. 光明中医, 2021, 36(11): 1843-1846.
- [5] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会神经肌肉病学组, 中华医学会神经病学分会肌电图与临床神经电生理学组. 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.
- [6] 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.
- [7] VOLK G F, STEIGERWALD F, VITEK P, et al. Facial disability index and facial clinimetric evaluation scale: validation of the german versions[J]. Laryngorhinootologie, 2015, 94(3): 163-168.
- [8] NEUMANN T, LORENZ A, VOLK G F, et al. Validation of the German Version of the Sunnybrook Facial Grading System[J]. Laryngorhinootologie, 2017, 96(3): 168-174.
- [9] 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(草案)[J]. 中国针灸, 2006, 26(11): 829-832.
- [10] 杨万章. 周围性面神经麻痹诊断、评价与分期分级治疗[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(3): 257-263.
- [11] 丁晓宁, 张鹏, 陈阳美. 周围性面瘫的病因和治疗[J]. 临床神经病学杂志, 2019, 32(4): 316-319.
- [12] 吴婷婷. 中西医结合针灸并用治疗周围性面神经麻痹[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(12): 189-191.
- [13] 王波, 谭春风, 徐琼, 等. 太阳透地仓、颊车治疗周围性面瘫的临床研究及对面神经传导功能的影响[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(11): 1385-1390.
- [14] 申红超, 衣哲, 陈美晓, 等. 艾灸康复治疗面神经炎的临床疗效探讨[J]. 中医临床研究, 2021, 13(34): 58-60.
- [15] 黄琬苹, 傅成伟, 吴彤, 等. 数据挖掘探析针刺治疗周围性面瘫的选穴规律[J]. 中国民族民间医药, 2020, 29(21): 1-5.
- [16] 徐照. 透刺地仓的5组透穴局部层次解剖[J]. 解剖学杂志, 2009, 32(3): 396-399.
- [17] 王俊, 凌琳. Bell麻痹病因及发病机制研究进展[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志, 2013, 20(2): 138-140.
- [18] 张印, 邓媛, 刘玓. 针药结合对周围性面神经麻痹患者的临床疗效及对免疫球蛋白的影响[J]. 世界中医药, 2017, 12(8): 1894-1897.
- [19] 刘萍, 诸毅晖, 张元庆, 等. 针刺对交感-肾上腺髓质系统的调节作用[C]//科技部, 中国科学院, 中国工程院, 等. 第四届中医药现代化国际科技大会论文集, 2013: 132-133.

(责任编辑: 刘迪成, 蒋维超)