

疏风散寒通络针刺法治疗周围性面瘫(风寒阻络证)的临床观察

王雪梅 张 蕊 杨 燚 张 宝[△]

(陕西省长安医院,陕西 西安 710016)

中图分类号:R745.1² 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2024)08-1457-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2024.08.036

【摘要】 目的 观察疏风散寒通络针刺法治疗周围性面瘫(PFP)(风寒阻络证)的临床效果。**方法** 回顾性分析2021年12月至2023年12月在本院治疗的PFP患者190例,随机分为观察组与对照组各95例。对照组依据诊治指南予常规方案。观察组常规用药同对照组,并给予疏风散寒通络针刺法。两组疗程均为2周。比较两组临床疗效、面神经功能H-B与面部残疾指数(FDI)评分、风寒阻络证单项症状评分以及血清内皮素(ET)和一氧化氮(NO)水平。**结果** 2周疗程结束后观察组总有效率为95.79%,高于对照组的86.32%($P<0.05$)。治疗后,两组H-B评分均显著减少,观察组减少更显著($P<0.05$);两组FDIP评分显著上调,FDIS评分显著下调,观察组改善更优($P<0.05$);两组风寒阻络证单项症状评分显著下降,观察组下降更显著($P<0.05$)。2周疗程结束后,两组血清ET水平显著下调及NO水平明显上调,观察组以上指标改善更优($P<0.05$)。**结论** 疏风散寒通络针刺法治疗PFP(风寒阻络证)的临床效果显著,可促进相关症状好转,有效改善面神经功能和中医证候,以及调节ET和NO水平。

【关键词】 周围性面瘫 疏风散寒通络针刺法 内皮素 一氧化氮

周围性面瘫(PFP)是由于面神经核及核以下部位损伤引起面神经所支配的面部表情肌瘫痪的临床综合征,症状主要表现为睑裂增宽、鼻唇沟及额纹变浅或消失、鼓腮漏气以及泪液分泌障碍等,给患者的生活、工作带来严重不良影响^[1]。现阶段,西医疗法主要涉及药物、神经阻滞以及理疗等,然而由于患者间存在较大的个体差异,总体临床效果尚不确定^[2]。中医临床对于PFP患者有一定的治疗优势,其采取中药内服、针刺、推拿等疗法,能有效改善患者的面瘫症状,恢复面肌功能,提高面瘫治愈率^[3]。中医学将PFP纳入“口目僻”范畴,认为其以风邪致病为主,常兼夹寒邪或热邪,在急性期风寒阻络证较为常见^[4]。针刺通过增强相关脑区间的功能连接,协调整合发挥各脑区功能可塑性,促进神经营养因子分泌,以及改善脑组织微循环等,从而改善面神经的传导速度、面肌肌力等,达恢复面神经功能的目的^[5]。本研究观察了疏风散寒通络针刺法治疗PFP(风寒阻络证)的临床效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医标准参考PFP相关诊治指南^[6]拟定。风寒阻络证辨证参考《中医内科常见病诊疗指南(西医疾病部分)》^[7]。纳入标准:具备上述诊断要求;年龄18~70岁;PFP病程在半个月之内;一侧发生病变;未给予相关激素治疗者;患者自愿加入,并签署知

情受试书。排除标准:非PFP面瘫者;孕期或处于哺乳阶段者;存在脏腑严重功能不全者;存在亨特综合征者;不能耐受本次针刺治疗者;既往面部外伤者。

1.2 临床资料 回顾性分析2021年12月至2023年12月在本院治疗的PFP患者190例,采用随机数字表法分为观察组与对照组各95例。观察组男性51例,女性44例;年龄26~58岁,平均 (47.01 ± 5.04) 岁;PFP病程1~9 d,平均 (4.37 ± 0.59) d;House-Brackmann(H-B)分级^[8]为Ⅱ级12例,Ⅲ~Ⅳ级73例,Ⅴ~Ⅵ级10例。对照组男性53例,女性42例;年龄25~63岁,平均 (47.12 ± 5.09) 岁;PFP病程1~8 d,平均 (4.19 ± 0.56) d;H-B分级为Ⅱ级13例,Ⅲ~Ⅳ级75例,Ⅴ~Ⅵ级7例。两组患者临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组依据PFP相关诊治指南^[6]予常规方案,具体用药如下:醋酸泼尼松片(遂成药业股份有限公司,批号14202005087),晨顿服30 mg,连用5 d,然后每天递减5 mg至停药;甲钴胺片(江苏四环生物股份有限公司,批号14202069080),口服0.5 mg,每日3次。观察组常规用药同对照组,并给予疏风散寒通络针刺法:取穴风池、翳风、阳白透鱼腰、太阳透下关、地仓透颊车、四白、迎香、攒竹、承浆、颧髎。患者取相应体位,穴位局部消毒,用一次性无菌针灸针,风池向对侧眼球斜刺,进针1~1.5寸;翳风沿外耳道直刺0.5~1寸;阳白沿皮刺,令针感向上下或周围放散;太阳向下斜透下关,令针感向下发散;地仓沿皮刺透向颊车,针

[△]通信作者

感向周围放散;四白直刺0.5寸,令针感向下放散至唇;迎香向鼻翼下斜刺0.5寸;攒竹斜刺透鱼尾;承浆直刺0.5寸;颧髎直刺0.5~0.8寸;上述各穴均施以提转泻法以局部酸胀感为度,得气后留针20 min,每日1次。两组患者均治疗2周。

1.4 观察指标 1)面神经功能H-B评分。进行6级评分,具体如下:生理状态(Ⅰ级)、轻度(Ⅱ级)、中度(Ⅲ级)、中重度(Ⅳ级)、重度(Ⅴ级)、完全麻痹(Ⅵ级),对应记100、75分及以上但未满100分、50分及以上但未满75分、25分及以上但未满50分、25分以下但未到0分、0分,得分越高面神经功能障碍趋于好转,评价时间为治疗前、治疗1周、治疗2周^[8]。2)面部残疾指数(FDI)评分。指标分为面部残疾躯体功能(FDIP,共5条目)和社会生活功能(FDIS,共5条目),FDIP进行4级评分对应记2、3、4、5分,满分25分,得分越高面神经功能障碍趋于好转;FDIS进行6级评分对应记6、5、4、3、2、1分,满分30分,得分越低面神经功能障碍趋于好转^[9]。3)风寒阻络证单项症状评分。对恶风、发热、肌肉酸痛进行4级计分,分别为0、1、2、4分^[8]。4)血清内皮素(ET)和一氧化氮(NO)水平。分别于治疗前后清晨抽取每空腹静脉血3 mL,常规离心法取血清,采取酶联免疫吸附法进行检测。

1.5 疗效标准 治愈:H-B分级为Ⅰ级,PFP相关症状消除。显效:H-B分级为Ⅱ级,PFP相关症状有明显好转。改善:H-B分级为Ⅲ级,PFP相关症状有一定改善。未愈:H-B分级为Ⅳ~Ⅵ级,PFP相关症状未见改善。总有效率=(治愈+显效+改善)÷总例数×100%^[8]。

1.6 统计学处理 应用SPSS22.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,相比行 t 检验;计数资料以“ n 、%”表示,相比行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。两周疗效结束后,观察组总有效率同对照组相比显著上调($P<0.05$)。

表1 两组临床疗效比较(n)						
组别	n	治愈	显效	改善	未愈	总有效(%)
观察组	95	64	16	11	4	91(95.79) [△]
对照组	95	51	19	12	13	82(86.32)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后H-B评分比较 见表2。治疗1周和2周后,两组H-B评分均显著降低($P<0.05$),观察组降低更显著($P<0.05$)。

2.3 两组治疗前后FDI评分比较 见表3。2周疗程结束后,两组FDIP评分显著上调及FDIS评分明显下调($P<0.05$),观察组指标改善更优($P<0.05$)。

表2 两组治疗前后H-B评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗1周	治疗2周
观察组	95	64.73±8.03	75.04±9.04 ^{*△}	86.03±10.14 ^{*△}
对照组	95	64.68±8.01	70.44±8.71 [*]	82.44±9.85 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后同时点比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

表3 两组治疗前后FDI评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	FDIP	FDIS
观察组 ($n=95$)	治疗前	15.64±3.01	13.74±2.85
	治疗后	23.31±3.83 ^{*△}	8.94±1.25 ^{*△}
对照组 ($n=95$)	治疗前	15.71±3.04	13.81±2.88
	治疗后	20.62±3.74 [*]	10.37±2.61 [*]

2.4 两组治疗前后风寒阻络证单项症状评分比较 见表4。2周疗程结束后,两组风寒阻络证单项症状评分显著下调($P<0.05$),观察组下调更显著($P<0.05$)。

表4 两组治疗前后风寒阻络证单项症状评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	恶风	发热	肌肉酸痛
观察组 ($n=95$)	治疗前	3.33±0.41	3.40±0.44	3.46±0.48
	治疗后	1.22±0.21 ^{*△}	1.18±0.19 ^{*△}	1.13±0.17 ^{*△}
对照组 ($n=95$)	治疗前	3.38±0.43	3.44±0.46	3.49±0.50
	治疗后	1.64±0.25 [*]	1.55±0.23 [*]	1.52±0.21 [*]

2.5 两组治疗前后血清ET和NO水平比较 见表5。2周疗程结束后,两组血清ET水平显著下调,NO水平明显上调,观察组改善更优(均 $P<0.05$)。

表5 两组治疗前后血清ET和NO水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	ET(ng/L)	NO(μ mol/L)
观察组 ($n=39$)	治疗前	92.47±10.89	38.04±5.22
	治疗后	69.81±8.64 ^{*△}	74.93±9.07 ^{*△}
对照组 ($n=39$)	治疗前	92.33±10.81	38.12±5.27
	治疗后	80.40±9.63 [*]	55.43±7.01 [*]

3 讨论

PFP的病机纷繁复杂,发病原因涉及感染、外伤、气候变化以及血管因素等,目前已有的研究认为其发病可能与免疫系统紊乱、外伤、面神经炎等的联系密切,一般认为由于遭受风寒刺激后,局部营养神经的血管出现痉挛,以致该处神经发生缺血、水肿^[10-11]。故西医临床治疗PFP患者多给予激素类、营养神经剂等来缓解相关症状。中医在PFP的治疗中具有一定优势,认为其发病多与机体正气不足,络脉空虚,风寒/风热之邪乘虚侵袭,邪气侵入面部经络,使局部气血不畅,筋脉功能失于调节^[12]。风寒阻络证之PFP主要由于多因患者正气不足,脉络空虚,风邪、寒邪乘虚侵袭面部

阳明、少阳脉络,以致经气阻滞,脉络失养,筋脉拘急出现面瘫^[13]。《圣济总录·风喎》中记载“足阳明脉循颊车,手太阳脉循颈上颊,二经俱受风寒气……令人口喎僻”。因此,中医临证PFP(风寒阻络证)采取祛风散寒、解表通络的治法。

风池属于足少阳与阳维脉的交会穴,翳风属于手少阳会穴,针刺两穴起到疏风散寒的作用。地仓为手足阳明、跷脉之会;颊车为足阳明经气所发;颧髻是手少阳、太阳之会;阳白为足少阳与阳维脉的会穴;四白为足阳明胃经穴;针刺上述穴位为循经取穴,可疏导阳明、少阳经气。太阳为治疗面痛之要穴,下关在三叉神经出颅后、分支前附近,针刺太阳透下关能疏利颞部及关节区经络气血。针刺迎香可疏风散寒、驱邪外出。攒竹为足太阳膀胱经腧穴,针刺可以疏通面部经络、养血祛风,促进面部气血通畅。承浆为任脉与督脉相交处,刺激该穴可疏通头面部气血。诸穴共用,起到祛风解表、散寒通络、祛瘀止痉的作用。本研究数据显示,2周疗程结束后观察组的总有效率(95.79%)同对照组(86.32%)相比显著上调。治疗后,两组H-B评分均显著减少,同时观察组减少更显著;两组FDIP评分显著上调,FDIS评分显著下调,同时观察组改善更优;两组风寒阻络证单项症状评分显著下降,同时观察组下降更显著。这表明疏风散寒通络针刺法治疗PFP(风寒阻络证)的临床效果显著,可促进相关症状好转,改善患者的面部神经功能障碍和中医证候。

头面部微循环障碍是引起PFP的最直接因素。ET是由血管内皮细胞分泌的血管收缩因子,PFP发生时ET大量释放,在组织缺血缺氧时血管内皮细胞通过内分泌、旁分泌及自分泌的方式使组织和血中ET含量明显增加,但ET水平升高又会加重组织的缺血缺氧,造成恶性循环,使面瘫持续进展^[14-15]。NO为血管内皮细胞释放的舒血管因子,对维持血管稳态发挥了重要作用,其含量降低可引起血管舒张障碍,进而致神经、血管出现缺血、缺氧^[16-17]。故临床改善ET、NO水平对减轻PFP患者的神经损伤有重要意义。本研究数据显示,2周疗程结束后两组病例血清ET水平显著下调及NO水平明显上调,同时观察组以上指标改善更优,表明本组疏风散寒通络针刺法治疗PFP能有效调节血清ET和NO水平,从而改善头面神经缺血、缺氧状态。

综上,疏风散寒通络针刺法治疗PFP(风寒阻络证)的临床效果显著,可促进相关症状好转,有效改善面神经功能和中医证候及调节ET和NO水平,有较好的借鉴价值。

参 考 文 献

- [1] 陈芸梅,刘艳,黄秋雨,等. 周围性面瘫患者的面神经功能训练专家共识[J]. 华西口腔医学杂志,2023,41(6):613-621.
- [2] 刘惠林,韩红,黎明,等. 肌肉能量技术联合温电针治疗周围性面瘫的疗效研究[J]. 中国康复医学杂志,2021,36(6):702-705.
- [3] 陈全,彭永,金洪,等. 中医治疗周围性面瘫的研究进展[J]. 湖南中医杂志,2023,39(11):219-223.
- [4] 王姝. 基于文献研究探讨针刺治疗周围性面瘫的分期、证型、症状选穴规律[J]. 中国针灸,2023,43(12):1457-1464.
- [5] 梁秀雅,李融琦,肖亮满,等. 针刺治疗周围性面瘫的机制研究进展[J/OL]. 上海针灸杂志,1-7[2024-01-06]. <https://doi.org/10.13460/j.issn.1005-0957.2023.13.0036>.
- [6] 刘明生. 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.
- [7] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南(西医疾病部分)[S]. 北京:中国中医药出版社,2008:265-266.
- [8] 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.
- [9] 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,1997,18(4):173-176.
- [10] 章海凤,宣逸尘,黄建华,等. 热敏灸治疗周围性面瘫(急性期)不同灸量的临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志,2019,34(12):5990-5992.
- [11] 邸亚芹,荀晶,邹积莹. 小续命汤加减治疗周围性面瘫急性期(风寒袭络证)的疗效观察[J]. 中国中医急症,2022,31(6):1074-1076.
- [12] 朱婷,潘宾,袁爱红,等. 杨骏治疗周围性面瘫经验[J]. 安徽中医药大学学报,2021,40(5):37-39.
- [13] 武美丽,贺亚辉. 透刺法联合艾灸治疗周围性面瘫风寒证临床经验[J]. 光明中医,2021,36(8):1293-1296.
- [14] 李文建,魏艳红,李志营. 热敏灸联合西药治疗贝尔面瘫后遗症期疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2020,39(9):1142-1146.
- [15] 梁朝霞,杨亦炳,黄天乐,等. 鼠神经生长因子联合泼尼松治疗贝尔面瘫的疗效观察[J]. 现代药物与临床,2019,34(10):2966-2970.
- [16] 陈炽祥. 温针灸联合祛风解毒活络汤对周围性面瘫患者FDI、血清ET及NO水平的影响[J]. 上海针灸杂志,2020,39(3):310-314.
- [17] 李彩红,韩东,刘峰. 梅花针叩刺翳风穴对周围性面瘫患者疗效、面神经运动传导及FDI评分的影响[J]. 承德医学院学报,2023,40(1):32-35.

(收稿日期 2024-04-30)