

轻提拉浅透刺法治疗顽固性面瘫的疗效观察

郑巧平¹, 张必萌²

1. 上海市第一人民医院分院针灸科, 上海 200081, 中国;
2. 上海交通大学附属第一人民医院, 上海 200080, 中国

【摘要】目的: 观察并比较轻提拉浅透刺针法结合穴位注射法与常规针刺加肌肉注射甲钴胺治疗顽固性面瘫的临床疗效。**方法:** 将 80 例顽固性面瘫患者随机分为治疗组和对照组, 每组 40 例。治疗组采用下关穴轻提拉浅透刺针法配合甲钴胺穴位注射治疗。对照组采用常规电针结合肌肉注射甲钴胺治疗。治疗 3 个疗程后比较两组患者 Portmann 评分和临床疗效。**结果:** 治疗 3 个疗程后, 两组 Portmann 评分均高于同组治疗前 ($P < 0.01$), 治疗组 Portmann 评分高于对照组 ($P < 0.05$); 治疗组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:** 轻提拉浅透刺针法结合甲钴胺穴位注射治疗顽固性面瘫疗效优于常规电针结合甲钴胺肌肉注射治疗。

【关键词】 针刺疗法; 透针; 水针; 电针; 面神经麻痹

面瘫是以面部表情肌群运动功能障碍为主要特征的一种常见病, 以口眼向一侧歪斜为主要临床症状, 患者无法完成抬眉、闭眼、鼓腮等动作^[1]。由于患者初期失治、延治、误治、或是病邪过盛、正气太虚等因素, 导致部分面瘫经久不愈, 或除面瘫未恢复外, 还出现联动、倒错、鳄鱼泪、面肌痉挛、面肌萎缩等后遗症, 临床上称为顽固性面瘫^[2]。顽固性面瘫治疗常需要较长时间, 严重影响患者生活质量。

本病属中医学“中风、中经络”、“口眼歪斜”等范畴^[3], 其治疗方法很多, 但针灸是目前较有效的疗法之一。笔者自 2009 年 1 月以来结合解剖力学, 巧用轻提拉浅透刺针法, 配合穴位注射治疗 40 例顽固性面瘫患者, 并与普通电针结合肌注疗法相比较。

1 临床资料

1.1 诊断标准

根据《上海市中医病证诊疗常规》中面瘫的诊断标准^[4]。有受寒史或有一侧面颊、耳内、耳后完骨处的疼痛或发热; 一侧面部板滞、麻木; 流泪、额纹消失、鼻唇沟变浅、眼不能闭合, 口

角向健侧牵拉; 一侧不能作闭眼、鼓腮、露齿等动作; 肌电图可表现为异常; 病程在 2 个月以上。

1.2 纳入标准

符合上述面瘫诊断标准; 病程在 60-90 d; 发病 3 星期左右经面神经电图 (electroneurogram, ENoG) 检查, 患侧面神经纤维损失 $\geq 90\%$ 。

1.3 排除标准

继发于其他疾病的面瘫, 如脑血管疾病、外伤、肿瘤等; 妊娠期或哺乳期妇女; 同时进行其他治疗者; 合并严重的血液系统疾病、糖尿病、恶性肿瘤、精神病及全身衰竭患者。

1.4 一般资料

纳入的 80 例对象均为 2009 年 1 月至 2012 年 12 月在本院进行治疗的患者, 并符合纳入标准。按简单随机数字表进行随机分组, 分为对照组和治疗组, 每组各 40 例。两组患者均为单侧发病。治疗前每位患者按改良 Portmann 简易评分法 (RPA)^[5] 评分, 两组评分结果无统计学差异 ($P > 0.05$)。两组患者性别、年龄、病程一般资料经统计学分析, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 提示两组具有可比性, 详见表 1。

表 1. 两组患者一般资料比较

组别	n	性别 (例数)		平均年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	平均病程 ($\bar{x} \pm s$, 天)	RPA 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)
		男	女			
治疗组	40	20	20	51 \pm 6	72.5 \pm 4.5	2.78 \pm 2.0
对照组	40	22	18	47 \pm 6	71.5 \pm 3.5	2.69 \pm 1.9

2 治疗方法

2.1 治疗组

2.1.1 轻提拉浅透刺针法

主穴：下关(ST 7)、阳白(GB 14)、四白(ST 2)、印堂(GV 29)、丝竹空(TE 23)、地仓(ST 4)、承浆(CV 24)、完骨(GB 12)。

配穴：双侧合谷(LI 4)、患侧足三里(ST 36)。

操作：在针刺之前，在面部瘫痪下垂或歪斜处，用手指或手掌，先做对抗点揉推摩，用手指将松弛的皮肤从颊车(ST 6)推到下关(ST 7)的位置，动作轻柔，约 2 min；随后用拇指指腹按揉下关(ST 7)，使局部有酸胀感，再向太阳(EX-HN 5)方向呈弧形推摩约 2 min，动作轻柔。取直径 0.3 mm，长 40 mm 无菌毫针，从下关(ST 7)穴刺入，针体与皮肤呈 45°角，针尖朝向对侧目内眦方向进针，行轻提拉浅透刺手法使该侧面颊、鼻部及上唇出现明显的酸麻胀感为度，然后留针。其余诸穴，采用透针法，阳白(GB 14)透鱼腰(EX-HN 4)，四白(ST 2)透迎香(LI 20)，印堂(GV 29)透攒竹(BL 2)，丝竹空(TE 23)透太阳(EX-HN 5)，地仓(ST 4)透颊车(ST 6)，承浆(CV 24)透地仓(ST 4)，完骨(GB 12)透翳风(TE 17)。针刺得气后，选取其中 3 对腧穴，接 KWD-808 I 型电针仪，选用低频连续波，强度以患者耐受为度，各组穴位交替使用。针刺配穴得气后用平补平泻手法。每次治疗 30 min，隔日 1 次。

治疗期间，嘱患者用温热毛巾敷面部 15 min，每日 1 次。

2.1.2 穴位注射

穴位：太阳(EX-HN 5)和地仓(ST 4)为第一组，阳白(GB 14)和牵正(Extra，在耳垂前方 0.5 寸，与耳中点相平)为第二组，迎香(LI 20)和翳风(TE 17)为第三组。

操作：选用一次性 1 mL 无菌注射器，抽取 0.5 mg/mL 甲钴胺注射液 1 mL，局部皮肤常规消毒后进行注射。3 组穴位交替使用，翳风、牵正直刺，其余斜刺，得气后回抽无血，将药物慢慢注入，每穴 0.5 mL。每次电针治疗后进行穴位注射。

2.2 对照组

2.2.1 常规电针治疗

主穴：阳白(GB 14)、太阳(EX-HN 5)、迎香(LI 20)、地仓(ST 4)、牵正(Extra)、颊车(ST 6)。

配穴：双侧合谷(LI 4)及患侧足三里(ST 36)。

操作：针刺主穴得气后，行捻转补法各 1 min，以患者自觉局部有热或轻松感为好，然后接电针仪，用低频连续波，强度以患者耐受为度。针刺配穴时，合谷(LI 4)用平补平泻，足三里(ST 36)用补法，得气后留针。每次治疗 30 min，隔日 1 次。

2.2.2 肌肉注射

取 0.5 mg/mL 甲钴胺注射液 1 mL，局部皮肤常规消毒后进行臀部肌肉注射，隔日 1 次。

2.3 疗程

两组均以 10 次为 1 个疗程，疗程之间休息 3 d，所有患者均连续治疗 3 个疗程后评价疗效。

3 治疗效果

3.1 疗效标准

参照《上海市中医病证诊疗常规》中面瘫的疗效标准^[4]。

治愈：闭眼好，额纹及两侧鼻唇沟对称，鼓腮、露齿无障碍。

有效：额纹及鼻唇沟基本纠正，闭眼及露齿轻度障碍。

未愈：额纹及鼻唇沟明显不对称，闭眼及露齿严重障碍。

3.2 改良 Portmann 简易评分(RPA)^[6]

静止状态时面部的对称性：正常为 2 分；明显不对称为 0 分。

面部 6 组表情肌的自主运动：观察额肌(皱额)、眼轮匝肌(闭眼)、鼻翼提肌(提鼻翼)、口轮匝肌(吹口哨)、颧肌(用力微笑)和颊肌(咧嘴)，无任何运动为 0 分；刚能看到微弱运动为 1 分；运动范围较大，但比正常稍差为 2 分；运动正常为 3 分。

将所有得分相加，全部正常为 20 分。

将正常满分作为分母，实际得分作为分子，以分数形式表示。分别在治疗前和治疗后观察并统计各组患者 Portmann 评分(实际得分)。

3.3 统计方法

所有数据均使用 SPSS 13.0 进行统计学处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料采用卡方检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组失访情况

在研究过程中，对照组失访 1 例，治疗组失访 2 例，最终收集有效病例 77 例，其中对照组

38 例, 治疗组 39 例, 并对这些病例的资料进行了统计学处理, 本研究中病患失访率在 5% 以内。研究试验流程详见图 1。

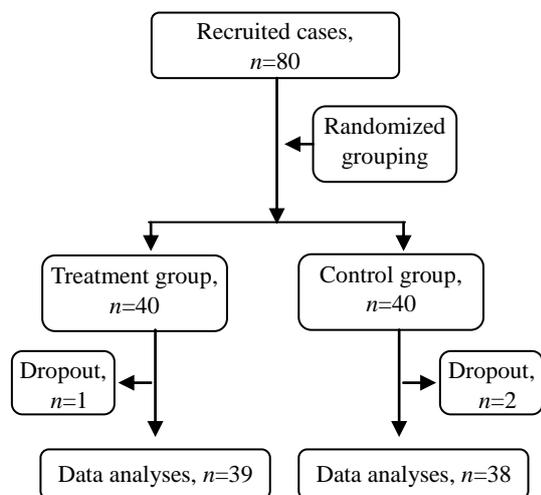


Fig 2. Trial flow chart

3.4.2 两组治疗前后改良 Portmann 简易评分 (RPA) 比较

两组治疗前 RPA 评分差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后, 两组患者的 Portmann (RPA) 评分均较本组治疗前有所提高 ($P<0.01$); 两组间 RPA 评分有统计学差异 ($P<0.05$), 后遗症积分有显著差异 ($P<0.01$)。提示经 3 个疗程治疗后, 两组患者面肌功能均得到改善, 但治疗组改善更为明显。

治疗过程中所有患者均无过敏或注射部位感染现象。

表 2. 两组治疗前后 RPA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后	后遗症积分
治疗组	39	2.78±2.01	16.35±2.28 ¹⁾²⁾	2.21±1.04 ³⁾
对照组	38	2.69±1.85	10.26±2.27 ¹⁾	6.89±2.01

注: 与本组治疗前比较, 1) $P<0.01$; 与对照组治疗后比较, 2) $P<0.05$, 3) $P<0.01$

3.4.2 两组临床疗效比较

治疗组治愈率为 59.0%, 总有效率为 94.9%; 对照组分别为 5.3% 和 68.5%。两组治愈率和总有效率差异有统计学意义 ($P<0.05$), 提示治疗组疗效优于对照组 (表 3)。

表 3 两组患者临床疗效比较 (例数)

组别	n	治愈	有效	未愈	治愈率 (%)	总有效率 (%)
治疗组	39	23	14	2	59.0	94.9 ¹⁾
对照组	38	2	24	12	5.3	68.5

注: 与对照组比较, 1) $P<0.01$

4 讨论

中医对本病很早已经有所认识, 最早记载此病可见于典《黄帝内经》。此病的发病机理主要是正气不足, 脉络空虚, 营卫失调, 卫外不固, 风寒之邪乘虚侵袭面部筋脉, 导致气血痹阻, 面部少阳经, 阳明经失养以致肌肉纵缓不收而发^[7]。因此, 治疗本病应以扶正祛邪、通经活络为治疗原则。针灸治疗面瘫历史悠久, 最早的记载当属《黄帝内经》。因面瘫起因是脉络空虚, 外邪侵袭, 病邪在表, 病位较浅, 故针刺可用浅刺法以疏通经络, 散寒祛风, 调和气血^[8]。

目前, 中医针灸治疗顽固性面瘫主要有传统针刺、电针、灸法、穴位注射、透刺和综合疗法^[9-14], 本研究采用的轻提浅拉透刺针法配合穴位注射是根据传统中医理论、现代医学知识以及长期临床经验总结而出的综合疗法。轻提浅拉透刺针法^[15]通过刺激患侧头部穴位使头部肌肉产生斜向提拉力量来牵动患侧面肌的活动, 使面肌力量逐渐增强, 如此循序渐进, 以周围的肌肉带动患侧中心的肌肉活动。对于下垂或歪斜的部位使用提拉针刺法, 在面部瘫痪侧下垂或歪斜处用手指或手掌先做对抗点揉推摩, 然后选择相应的腧穴进行浅透刺, 针刺方向与下垂或歪斜方向相反。穴位注射又称“水针”, 是选用中西药物注入有关穴位以治疗疾病的一种方法。穴位注射治疗疾病既有针刺产生的即刻效应, 又有药物作用的后续效应, 对药物疗效常有放大作用^[16]。甲钴胺是一种甲基化维生素 B₁₂, 在体内的半衰期比普通维生素 B₁₂ 长, 能很好地转移进神经细胞组织的细胞器, 增强神经细胞内核酸和蛋白质的合成, 促进髓鞘的主要成分卵磷脂的合成。有研究表明^[17]弥可保可刺激轴突再生, 促进突触传递的恢复, 修复损伤的神经组织, 促进面神经麻痹神经再塑的作用, 表现为临床面神经功能明显恢复, RPA 评分增高, ENoG 神经动作电位潜伏期缩短。

本研究表明轻提浅拉透刺针法配合穴位注射弥可保治疗顽固性面瘫在改善局部症状和促进面神经机能的恢复方面疗效显著, 该疗法发挥了针刺、穴位药物和针刺等多重协同作用, 患者依从性好, 取得了较好的临床疗效。此外, 本疗法有待于进一步进行规范化的大样本临床试验, 以验证该方法的临床疗效和安全性。

参考文献

- [1] Wang HW, Wen X, Wei QL. Moxibustion at Baihui (GV 20) for intractable facial paralysis and its impacts on immunoglobulin. *Zhongguo Zhenjiu*, 2013, 33(4): 306-308.
- [2] Tian B, Qin R, Yang HY. 杨毅红针灸治疗顽固性面瘫临床经验. *湖北中医杂志 Hubei Zhongyi Zazhi*, 2011, 33(3): 27-28.
- [3] Ding M, Feng H, Li J, Lin TY. 杜晓山治疗面瘫的学术思想与临床经验. *Shanghai Zhenjiu Zazhi*, 2013, 32(3): 162-163.
- [4] Shanghai Municipal Health Bureau. *Shanghai Diagnostic and Therapeutic Guidelines of Traditional Chinese Medicine*. 2nd Edition. Shanghai: Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, 2003:412.
- [5] 王俊阁. *耳鼻咽喉头颈外科学*. 北京: 中国科学技术出版社, 2007: 87.
- [6] Jin HF, Liu CH. Observations on the efficacy of electoracupuncture plus acupuncture point injection in treating facial neuritis. *Shanghai Zhenjiu Zazhi*, 2012, 31(5): 308-310.
- [7] Xue SF, Jing M. 针刺治疗周围性面瘫的体会. *Yunnan Zhongyi Zhongyao Zazhi*, 2004, 25(2): 32.
- [8] Li SP, Huo GM, Li JD, Sun D. Therapeutic effect analysis on combined acupuncture and medication for peripheral facial paralysis. *J Acupunct Tuina Sci*, 2011, 9(3): 185-187.
- [9] Xu SW, Hu WQ, Zhang BM, Chen BL, Yu F, Huang WY, Zhang W. Observations on the clinical efficacy of moxa cone moxibustion as main treatment for refractory peripheral facial paralysis. *Shanghai Zhenjiu Zazhi*, 2012, 31(12): 880-881.
- [10] Chen J, Guan ZW. 针刺加穴位注射治疗顽固性面瘫 38 例. *Nongken Yixue*, 2011, 33(4): 332-333.
- [11] Zhang YY, Gao SH. Clinical observations on point-to-point acupuncture treatment for lagophthalmos in refractory peripheral facial paralysis. *Shanghai Zhenjiu Zazhi*, 2013, 32(2): 110-111.
- [12] Yang ZQ. Observation on therapeutic effect of facial paralysis treated with electroacupuncture plus hydro-acupuncture. *J Acupunct Tuina Sci*, 2009, 7(4): 221-224.
- [13] Yang C. Observations on the efficacy of warm needling plus penetrative needling in treating refractory facial paralysis. *Shanghai Zhenjiu Zazhi*, 2010, 29(5): 287-288.
- [14] Zheng Y, Dang DH, Sun Q. Observations on the efficacy of plum-blossom needle tapping plus ginger moxibustion in treating refractory facial paralysis. *Shanghai Zhenjiu Zazhi*, 2013, 32(4): 291-292.
- [15] Li L, Chen QQ. Wei Qing-lin's experience on intractable facial paralysis treated with acupuncture-moxibustion and massage. *Zhongguo Zhenjiu*, 2013, 33(1): 46-48.
- [16] Zhu WM, Wu YC, Zhang JF, Li SS, Fan YZ. Clinical research on tuina plus hydro-acupuncture for lumbar intervertebral disc herniation. *J Acupunct Tuina Sci*, 2010, 8(1): 44-46.
- [17] Cai B, Zhao HQ. Clinical investigation of peripheral facial palsy treated with Mecobalamin. *Zhongguo Xueye Liubianxue Zazhi*, 2006, 16(2): 208-209.

作者简介: 郑巧平, 主治医师

通信作者: 张必萌, 医学博士, 副主任医师, 副教授。

E-mail: pjzhtiger08@aliyun.com