

翳风穴梅花针放血联合针刺、西药治疗亨特氏面瘫急性期 37 例临床研究

吕建军¹ 李伟伟¹ 薛明新²

(1. 南京中医药大学沐阳附属医院, 江苏沐阳 223600; 2. 南京医科大学第一附属医院, 江苏南京 210029)

摘要 目的:探讨西医治疗基础上加用翳风穴梅花针放血联合针刺治疗亨特氏面瘫急性期的临床疗效。方法:选取 74 例亨特氏面瘫急性期患者随机分为治疗组和对照组,每组 37 例。对照组予西药联合针刺治疗,治疗组在对照组基础上加用翳风穴梅花针放血治疗,2 组均治疗 20d。比较 2 组患者治疗后面神经评分及临床疗效。结果:2 组治疗后面神经评分均较治疗明显增高 ($P<0.01$),且治疗组评分明显高于对照组 ($P<0.01$);治疗组总有效率 94.59%,明显优于对照组的 75.68% ($P<0.05$)。结论:西医治疗基础上采用翳风穴梅花针放血联合针刺治疗亨特氏面瘫急性期患者有效,能更快地促进面神经功能的恢复。

关键词 亨特氏面瘫;翳风穴;放血疗法;针刺疗法;梅花针;阿昔洛韦;静脉滴注;强的松

中图分类号 R246.6 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2020) 01-0071-03

周围性面神经麻痹,多指一侧面神经在通过茎乳突孔过程中因受到物理或者化学刺激而出现了急性非化脓性炎症的病症^[1-2]。亨特氏面瘫,即 Ramsay Hunt 综合征,又称膝状神经节炎,是一种常见的周围性面瘫,发病率仅次于贝尔氏面瘫。近年来亨特氏面瘫临床多见,其前驱症状多为耳痛,常以耳痛、面瘫、耳道疱疹三联征及听觉、舌前 2/3 味觉障碍为临床表现,且伴有乳突、耳甲等部位压痛,严重者可出现共济失调、眩晕、三叉神经痛等一系列症状。根据本病发展规律,一般临床上常规把发病 10 日内作为急性期。急性期的治疗至关重要,若治疗不当,则预后较差。面瘫急性期病位在耳后,以肝胆湿热为主要病机,治疗上应以清利少阳湿热为治则。我们临床在西医治疗基础上采用翳风穴梅花针放血联合针刺治疗亨特氏面瘫急性期患者取得较好疗效,现将相关研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取江苏省沭阳县中医院 2018 年 3 月至 2019 年 2 月针灸疼痛科门诊及病房收治的诊断为亨特氏面瘫急性期的患者 74 例,采用随机数字表法分为治疗组和对照组,每组 37 例。治疗组男 17 例,女 20 例;年龄 12~60 岁,平均年龄 (35.82 ± 10.64) 岁;病程 1~7 d,平均病程 (5.42 ± 1.26) d。对照组男 18 例,女 19 例;年龄

10~60 岁,平均年龄 (36.47 ± 11.85) 岁;病程 1~7 d;平均病程 (6.23 ± 0.63) d。2 组患者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 参照《神经病学》^[3]特发性面神经麻痹中亨特综合征诊断标准及《2000 个国内外最新实用内科诊断标准》^[4]中面瘫诊断标准拟定。

1.3 中医辨证标准 参照《中医症状鉴别诊断学》^[5]中面瘫之肝胆湿热证拟定:口眼歪斜,伴耳廓疱疹、发热、烦躁、头晕目眩、耳鸣、重听、口渴、口苦咽干、夜寐不佳,舌红、苔黄腻,脉滑数。

1.4 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准;首次患本病;病程 ≤ 10 d;年龄 10~65 岁。

1.5 排除标准 中枢性面瘫;格林-巴利综合征、脑膜炎、桥小脑角病变、脑干病变、手术损伤及肿瘤等其他占位性病变引起的周围性面瘫者;腮腺炎、乳突炎、颅底脑膜炎及多发性硬化等引起的继发性面瘫者;合并糖尿病、心脑血管、肝、肾、肺和造血系统等严重原发性疾病者和精神疾病患者;妊娠或哺乳期女性。

2 治疗方法

2 组患者均予阿昔洛韦针(浙江亚太药业股份有限公司,国药准字: H20043811) 0.5 g 静滴,每日 2 次,连续治疗 10 d,未满 18 岁者用量酌减;强的松(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字:

H33021207) 60 mg/d, 5 d后减量至30 mg/d, 10 d后减量至10 mg/d, 疗程满15 d后, 停用强的松; 甲钴胺(亚宝药业集团股份有限公司, 国药准字: H20041767) 0.5 mg/次, 每日3次, 治疗20 d。

2.1 对照组 予基础治疗联合针刺治疗。穴位选择:患侧取阳白、鱼腰、太阳、地仓、下关、颊车穴, 健侧取合谷穴。鼻唇沟变浅者加迎香;人中沟歪斜者加水沟;下唇歪斜者加承浆;迎风异常流泪加患侧承泣或四白^[6]。每次选穴6~8个, 各穴以局部与循经远取适当搭配应用。发病10 d以内针刺治疗施以泻法, 发病超过10 d施以补法, 1次/d, 10次为1个疗程, 治疗2个疗程。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上联合翳风穴刺络放血治疗。操作方法:患者取仰卧位, 常规消毒患侧翳风穴, 用一次性消毒梅花针(苏州医疗用品厂有限公司, 生产许可编号:苏食药监械生产许20010020号)点刺20~50下, 以局部出现中等量血珠为度, 继而用小口径玻璃罐吸拔在放血部位上, 出血量以5~8 mL为宜, 5~10 min后起罐并消毒皮肤。嘱患者当日内点刺放血处勿沾水, 以防局部感染。点刺时手法宜轻、稳、准、快, 不可用力过猛, 防止刺入过深, 创伤过大, 损害其他组织。连续治疗3 d, 每日1次, 共治疗3次。

3 疗效观察

3.1 观察指标 治疗前后对2组患者进行sunnybrook面神经评分, 从患者静态和动态(抬额头、轻轻闭眼、张嘴微笑、耸鼻、唇吸吮)两个方面进行评分, 分值范围0~100分, 分值越高表示面肌恢复功能越好^[7]。sunnybrook面神经评分是一种新的面神经功能主观评定系统, 与其他面神经评分指标如House-Brackmann面神经评定等相比更加细致, 对恢复期面神经功能的评价更加准确。

3.2 疗效判定标准 参照《实用内科手册》^[8]中面神经功能恢复标准拟定。痊愈:面部所有肌肉功能正常;显效:仔细观察可看出轻微的面部肌肉活动减弱, 可能有轻微的联带运动, 面部静止时对称, 张力正常, 上额运动正常, 眼睛用力可完全闭合, 双侧口角轻度不对称;有效:面部有明显的肌肉功能减弱, 单双侧无损害性不对称, 可观察到不严重的联带运动、挛缩和(或)半侧面部痉挛, 面部静止时肌肉张力正常, 上额运动微弱, 患侧眼睑用力时可完全闭合, 双侧口角明显不对称;无效:面部静止时肌肉不对称, 上额肌肉无运动, 患侧眼睑不能完全闭合, 双侧口角仅有轻微运动。

3.3 统计学方法 采用SPSS 23.0统计软件进行数据处理, 计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示。组间比较采用独

立样本 t 检验;组内比较与采用配对样本 t 检验;总有效率比较采用卡方检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗后面神经评分比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗后面神经评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分			
组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	37	34.00 $\pm$ 4.90	82.00 $\pm$ 2.60***
对照组	37	33.00 $\pm$ 5.10	54.00 $\pm$ 4.70**

注:与本组治疗前比较, ** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较, *** $P < 0.01$ 。

3.4.2 2组患者临床疗效比较 见表2。

表2 治疗组与对照组临床疗效比较 单位:例						
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	37	18	8	9	2	94.59 [#]
对照组	37	10	13	5	9	75.68

注:与对照组比较, # $P < 0.05$ 。

4 讨论

亨特氏面瘫可归属于中医学“面瘫”“口僻”“口眼歪斜”“口喎”等范畴。劳作过度, 机体正气不足, 脉络空虚, 卫外不固, 风热或疫毒之邪乘虚侵袭面部经络, 或肝经郁热, 肝胆之火循经上炎至耳目, 导致面部气血痹阻, 经筋功能失调, 筋肉失于约束, 出现面瘫。本病临床以肝胆湿热证候多见, 故治宜疏肝降火, 清热利湿为主。前期研究表明, 针刺治疗周围性面神经麻痹疗效较好^[9], 可疏调局部经筋气血, 活血通络。

我院针灸疼痛科针对亨特氏面神经麻痹的治疗有一定经验, 主要采用中西医结合治疗。早期采用抗病毒、激素、营养神经等治疗, 减轻面神经膝状神经节段的水肿, 促进局部的气血流通, 以减轻发病早期面神经的受损程度。翳风穴是手少阳三焦经循行在耳后的重要腧穴, 于耳垂后方、乳突下端前方凹陷中取之, 深层为面神经干从茎乳突穿出处, 根据“经脉所过、主治所及”, 故可取少阳经翳风穴治疗本病。在杨继洲著《针灸大成》中亦有:“翳风穴主耳鸣耳聋, 口眼歪斜, 脱颌颊肿, 口噤不开, 不能言”等记载。通过翳风穴刺络放血治疗, 可激发经络之气, 调整脏腑气血, 亦合“治风先治血, 血行风自灭”之意。有研究表明, 面瘫急性期采用耳尖、耳垂及大椎穴刺络放血疗效优于常规针刺治疗^[10]。

本研究结果显示2组患者治疗后面神经评分均较治疗明显增高($P < 0.01$), 且治疗组评分明显高于对照组($P < 0.01$);治疗组总有效率94.59%, 明显优

眼针及体针联合西药治疗脑卒中后呃逆 30 例临床研究

罗媛媛 杨 森

(辽宁中医药大学附属医院, 辽宁沈阳 110032)

摘 要 目的:观察常规西药治疗基础上加用眼针结合体针治疗脑卒中后呃逆的临床疗效。方法:将60例脑卒中后呃逆患者随机分为治疗组和对照组,每组30例。2组均予阿司匹林肠溶片口服,治疗组联合眼针及体针治疗,对照组联合巴氯芬口服。2组均治疗10 d为1个疗程。比较2组患者临床疗效及治疗前后呃逆伴随症状评分。结果:治疗组总有效率为86.7%,明显优于对照组的60.0% ($P<0.05$)。治疗组治疗后睡眠、进食、焦虑症状评分及总分均较治疗前明显降低 ($P<0.05$),其中进食、焦虑症状评分及总分均明显低于对照组 ($P<0.05$)。结论:常规西药治疗基础上加用眼针结合体针治疗脑卒中后呃逆患者有效,能减少患者呃逆发病时间及发作次数,改善睡眠、进食、焦虑伴随症状,提高生活质量。

关键词 眼针;呃逆;脑卒中并发症;针刺疗法;阿司匹林片

中图分类号 R246.6 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2020) 01-0073-03

脑卒中是临床常见病、多发病,有较高的致残率及死亡率,而呃逆是脑卒中后常见的并发症,影响着病情的预后。呃逆是以喉间呃呃连声,声短而频,难以自制为主要表现的病证。轻者可自愈,重者

可持续数日、数月,甚至迁延不愈,影响患者的呼吸、进食、睡眠,降低患者的生活质量。目前西医治疗脑卒中后呃逆主要应用抗精神病类药、抗癫痫药、骨骼肌松弛药、平滑肌解痉药等,虽治疗方法较多,但

于对照组的75.68% ($P<0.05$)。表明西医治疗基础上加用翳风穴梅花针放血联合针刺治疗亨特氏面瘫急性期患者有效,能更快地促进面神经功能的恢复。临床治疗亨特氏面瘫应秉持针灸治疗为基础,尤其强调对急性期神经水肿的治疗,除了抗病毒、激素治疗等,急性期翳风穴刺络放血具有明显优势,可见中医外治法与西药联合治疗,能够缩短疾病病程,促进疾病向愈。下一步拟探索刺络放血治疗亨特氏面瘫的具体作用机制,并观察远期疗效。

参考文献

- [1] ZHOU X G, YANG C, YANG L X, et al. Meta-analysis on acupoint sticking therapy for facial paralysis[J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2005, 25 (11): 797.
- [2] 许芹.周围性面瘫致病相关因素分析[D].北京:北京中医药大学, 2013.
- [3] 贾建平.神经病学[M].北京:人民卫生出版社, 2013: 339.
- [4] 贝政平.2000个国内外最新实用内科诊断标准[M].上海:同济大学出版社, 1991: 342.
- [5] 姚乃礼.中医症状鉴别诊断学[M].北京:人民卫生出版社, 2000: 153.

- [6] 刘旭龙.基于红外热像图的Bell面瘫客观评估与选穴方法研究[D].秦皇岛:燕山大学, 2013.
- [7] 李健东.面神经评分标准[J].国际耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 29 (6): 391.
- [8] 程丑夫, 王钟林.实用内科手册[M].长沙:湖南科学技术出版社, 1995: 635.
- [9] 吕建军, 周立亮, 李伟伟, 等.颈椎正骨联合针刺治疗周围性面神经麻痹31例临床研究[J].江苏中医药, 2018, 50 (11): 66.
- [10] 梁洁玲.刺络放血治疗面瘫急性期的临床研究[J].中医临床研究, 2011, 3 (14): 65.

第一作者:吕建军(1984—),男,医学博士,副主任中医师,研究方向为面瘫、膝关节骨性关节炎、脊柱相关性疾病等。

通讯作者:薛明新,医学博士,主任中医师。
jshtcmxm@sina.com

修回日期: 2019-07-25

编辑:强雨叶