

杜元灏分期运用针刺治疗特发性面神经麻痹经验

邸嘉玮^{1,2} 祝昌昊^{1,2} 秦懿因³ 李泽鑫⁴(1.天津中医药大学第一附属医院,天津300381;2.国家中医针灸临床医学研究中心,天津300381;
3.陕西中医药大学针灸推拿学院,陕西咸阳712046;4.北京积水潭医院,北京100035)

指导:杜元灏

摘要 特发性面神经麻痹(IFP)是面神经麻痹中最典型的一种,杜元灏教授根据其生理病理特点,提出三期两治的针刺治疗原则。急性期使用针刺星状神经节、迷走神经耳支、听宫穴及翳风穴放血以散邪消肿、通络活血,解决局部水肿,促进循环,降低面神经损伤程度;非急性期(静止期、恢复期)通过电针刺激表情肌、面神经干及相关分支以舒筋顺气、调经通络,尽快恢复肌肉功能,降低后遗症可能。附验案1则以佐证。

关键词 特发性面神经麻痹;周围性面瘫;针刺治疗;分期;杜元灏;名医经验

基金项目 国家自然科学基金青年科学基金项目(81403454)

特发性面神经麻痹(idiopathic facial palsy, IFP)是面神经麻痹最为典型的一种,占有面神经麻痹的70%^[1],其发病特征为原因不明的72 h内急性发作的单侧面神经麻痹,多因茎乳孔内面神经非特异性炎症所致^[2]。目前国外报道IFP的发病率为11.5~53.3/10万人^[3],任何年龄均可发病,多见于20~40岁。《美国耳鼻咽喉头颈外科学临床实践指南》

指出,针对IFP患者在出现症状后72 h内推荐应用口服类固醇激素,但由于急性期面神经管内形成的卡压状态,导致局部血液循环障碍,这使得口服类固醇类药物在面神经管的病灶处无法达到有效的血药浓度,从而影响疗效,成为治疗的瓶颈^[4]。中医学将IFP归于“面瘫病”“口僻”“吊斜风”等范畴,针刺治疗IFP具有独特优势。

口大、脓畅,一般浅表脓疡,只需将刀直入直出即可。但无论切口大小,均忌反复切割。对切口深浅,朱氏先在触诊时即已确定,在进刀时掌握分寸,主张脓深开深,脓浅开浅,宗薛立斋“若皮薄针深,则反伤良肉,益增其溃;肉厚针浅,则脓毒不出,反益其痛”之论^[7]。操作时以握刀之手之中指,固定刀尖,进入预先估计之脓腔深浅,如此可掌握分寸,但尚须临机应变,根据进刀后刀尖下感觉而行临时调节。

朱筱良的医学理论及学术思想主要来源于家传,受高氏《疡科心得集》影响较大,但其内外兼修,不仅注重内治之法,尤擅针刀之术,若脓液已成,则力主开刀排脓,再结合三部病机学说,辨而治之。今后我们将进一步对其学术思想进行整理研究,使其发挥更大的作用。

参考文献

- [1] 王霄,柳越冬.中医疡科主要学术流派及思想探析[J].长春中医药大学学报,2016,32(5):884.
- [2] 李曰庆.中医外科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007:18.

- [3] 范新六,赵唯贤.《疡科心得集》“外科三焦辨证”学术思想探讨[J].四川中医,2008,26(12):53.
- [4] 楼映,阙华发,黄纲,等.唐汉钧运用脾胃论观点治疗中医外科疾病举隅[J].上海中医药杂志,2004,38(10):30.
- [5] 江玉,和中浚.中医外科辨脓法的形成与发展[J].江苏中医药,2010,42(11):1.
- [6] 董黎明,王维德.治疗痈疽经验探析[J].浙江中医杂志,2005,40(7):304.
- [7] 姜德友,淡平平.《外科正宗》学术思想初探[J].中医药信息,2011,28(2):130.

第一作者:杨建华(1982—),男,医学博士,副主任中医师,硕士研究生导师,研究方向:吴门中医外科发展史。

通讯作者:张一辉,本科学历,主任中医师。1851635253@qq.com

收稿日期:2021-09-13

编辑:傅如海

杜元灏是天津市长江学者,从事针灸临床、科研及教学工作30余年,善于将针灸学与神经解剖、生理病理交叉融合,形成了独特的治疗思想。杜师治疗IFP颇有心得,创新性地提出三期两治原则,临床疗效显著。笔者有幸跟师学习,现将其针刺治疗IFP经验介绍如下,以飨同道。

1 审病因,分期而治

IFP的发病机制尚未明确,病因可能包括寒冷刺激、神经血管缺血、病毒感染或再激活、自主神经功能不稳、面神经解剖结构异常等^[2]。从生理病理角度来看,IFP发病的早期病理变化主要为面神经水肿和脱髓鞘,甚至可出现轴索变性,晚期则与轴突退化和神经萎缩有关,其最重要的病变部位是茎突乳突孔和面神经管^[4]。《金匱要略·中风历节病脉证并治》曰:“浮者血虚,络脉空虚……邪气反缓,正气即急……咽僻不遂”,明确指出正虚邪侵是导致口喎的根本病因病机。杜师总结临床经验,认为本病多因患者本身过度劳倦、正气不足、脉络空虚、精气损耗、卫外失固,加之外感风寒或邪气乘虚中经中络致颜面部经气阻滞、筋脉失养、弛缓不收,而发为面瘫。

杜师根据病程将本病分为急性期(7~10 d)、静止期(10~14 d)、恢复期(15 d以上),又由于治疗侧重点不同,故制定出急性期和非急性期(静止期、恢复期)两套治疗方案。急性期由于面神经损伤,局部水肿,故而治疗当以散邪活血、通络消肿为主,可予:针刺星状神经节以调节神经,并驱邪外出;针刺迷走神经耳支以抗炎通络消肿;针刺听宫穴以促进循环,通经活络;翳风穴放血以消肿减压,去瘀生新,兼以驱邪。非急性期因水肿解除,面神经不再进一步损伤,因此治疗当以舒筋养血、顺气调经、促进表情肌及面神经恢复新生为主,根据患者症状部位,结合神经肌肉解剖学位置,刺激表情肌以养血舒筋,针刺面神经以促进神经新生,调经顺气,二者联合疗效奇佳。明辨疾病所处时期,把握时机,针治无误是杜师治疗IFP每获佳效之心得。

2 急性期多措并举,散邪通络消肿

杜师认为IFP急性期发病多为劳累过度后风寒邪气初中入络,邪未入里,而正邪相持于经络,风寒之邪凝滞筋周络脉,络脉瘀阻,致面肌失用。此时期治以通络消肿、散邪活血。从生理病理角度考虑,外周神经损伤后24~72 h神经元轴索发生变性,因此本病多在3 d左右病情程度达到高峰,且唯一预后因素是发病1周后的面神经状态^[5]。急性期的治疗方案以针刺星状神经节、迷走神经耳支、听宫穴和翳风穴放血为主,并结合西药治疗。

2.1 针刺星状神经节 从解剖学角度,星状神经节是支配头面部、颈部以及上肢的主要交感神经节,对机体神经、免疫及内分泌等多个系统的功能具有重要调节作用。星状神经节位于人迎穴深部^[6],属足阳明胃经。“经络所过,主治所及”,阳明经循行于面部,可治疗头面部相关疾病。阳明经多气多血,且颈部为十二经及奇经八脉的重要通路,刺之可通调经脉。杜师认为交感-迷走神经功能相互拮抗、互相联系,二者的平衡与中医提倡的“阴平阳秘”相合,针刺星状神经节可双向调节交感神经状态,恢复交感-迷走神经的平衡,并认为针刺星状神经节可益气活血通络,鼓舞正气驱邪外出。但由于位置的特殊性,针刺该穴应在定位准确无误后方可进针,以雀啄手法行针至患者咽部刺麻感明显时即出针。

2.2 针刺迷走神经耳支 从神经解剖学角度可知,耳甲区有丰富的神经分布,其上分布有迷走神经感觉分支,且耳甲艇只有迷走神经耳支分布。因此,刺激耳甲艇可获得更理想的迷走神经刺激效应。迷走神经还与三叉神经在中枢发生整合,故而可达到止痛效果。《灵枢·口问》云:“耳者,宗脉之所聚也”,指出耳穴对于调节经脉气血的重要性。小肠经、三焦经、胆经、三阳经均循行于耳,会于头面部,故杜师认为刺激耳穴可调节气血,疏通经络,并能恢复交感-迷走神经的平衡,起到抗炎、消肿、止痛等作用。但耳部神经血管较为丰富,针刺时刺激不宜过强,起针后按压止血时间在2 min以上,防止出血感染。

2.3 针刺听宫穴 现代解剖学指明,听宫深部有面神经、耳颞神经、耳大神经等分布,针刺听宫穴治疗面瘫能加快神经炎症的消除,修复中耳部或内耳道的神经损伤,刺激神经再生^[7]。听宫穴属手太阳经,为手、足少阳经与手太阳经的交会穴,有安神宁志、宣通耳窍、活络通经之效,杜师多在此穴加用电针刺激,此时选用疏密波疗效最佳^[8],但因急性期切忌强刺激,故选用低强度或振幅。针刺听宫,一方面,在急性期能促进代谢及循环,改善神经肌肉组织的营养状态,消除炎性水肿;另一方面,可直接缓解面瘫在听力方面的伴随症状及避免后遗症的发生。针刺听宫时针感较强,故操作手法宜轻柔,避免强刺激,且在针刺得气后不做任何手法。

2.4 翳风穴放血 从解剖学角度,面神经从茎乳孔穿出后经过翳风穴深层呈放射状分布于面部。翳风穴位于耳垂后方,属手少阳经,为手、足少阳经交会穴,《针灸大成》言其“主口眼喎斜,脱颌颊肿,口

噤不开,不能言”。翳风为治疗面瘫的常用穴,刺之可活血通络、化瘀消肿、疏风散邪。杜师主张翳风穴放血能快速消除肿痛之苦,破血中瘀滞,更直接地缓解面神经卡压症状,去瘀生新,改善局部代谢,从而减轻神经损伤。翳风穴点刺放血,常配合拔罐同时操作,出血量以3~5 mL为宜,治疗后注意避风寒,防止感染。

此外,杜师主张凡发病在10 d以内者,须用糖皮质激素冲击治疗,给药应及时足量;另有病毒感染可能者,加用阿昔洛韦等抗病毒治疗。

3 非急性期宗旨明晰,舒筋顺气调经

杜师将静止期和恢复期统称为非急性期,认为此时外邪已祛或邪气渐进入筋,致经络不通,从而面部肌肉弛纵失用。《灵枢·终始》曰:“在骨守骨,在筋守筋。”《素问·调经论》云:“病在筋,调之筋。”故此时期宜治以顺气养血、舒筋调经。从现代医学角度考虑,此时期炎性水肿基本消退,面神经损伤不再进一步发展,治疗重点应为肌肉功能恢复及神经新生。杜师通过临床观察发现,在静止期予营养神经类药物效果欠佳,而在恢复期使用疗效较好。针灸疗法在这两期治疗原则一致,故并而治之。

3.1 刺激表情肌 杜师从解剖学角度将不同的表情肌分为上组表情肌和下组表情肌进行针刺,根据经络走行及发病部位,多选取足阳明经和太阳经穴位。上组表情肌刺激点为:额肌(阳白、鱼腰、眉冲)及眼轮匝肌(睛明、攒竹、承泣、四白);下组表情肌刺激点为:口轮匝肌(地仓)、上唇提肌(迎香、四白、巨髎)、颧肌(颧髎)、颊肌(颊里)、鼻肌(上迎香)、咬肌(颊车)、颏肌(承浆)。此时期因气虚血瘀,经脉痹阻,使肌肤失于濡养,不荣而枯,因而治以局部取穴以使面部气血畅通,肌肉得以濡养而功能复用。杜师认为应根据患者受损的部位不同,选取不同的刺激点。恢复期还应加用电针治疗,连接电极循肌肉走行,选用疏波或疏密波。此外,在面部加用闪罐治疗,可改善表情肌循环,保护肌容量,同时鼓励患者做面肌体操(努嘴、耸鼻、鼓腮、抬眉、闭眼等),加快面肌恢复。

3.2 刺激面神经 神经与肌肉关系密切,二者相辅相成。杜师在治疗表情肌的同时重视对面神经的刺激,针刺可疏通面部气机,调和营卫循行,且使用电针刺激面神经可促进面神经新生,加快面神经恢复。临证时,杜师根据患者具体病情多选取面神经干刺激点(完骨、翳风)及相关面神经分支刺激点[颞支(丝竹空、太阳、攒竹、下关)、颧支(四白、颧髎)、颊支(牵正、地仓、巨髎)及下颌缘支(牵正、颊车、地仓)]。

4 验案举隅

赵某,女,58岁。2021年10月12日初诊。

主诉:右侧口眼歪斜2 d。患者2 d前劳累感寒后出现面部不适,遂于天津中医药大学第一附属医院针灸科门诊就诊。患者否认脑血管病史。刻下:右侧额纹消失,蹙眉微动,右眼睑下垂,右眼闭合不全,露睛约0.4 cm,右侧耸鼻微动,右鼻唇沟变浅,口角向左侧偏歪,鼓颊右侧漏气,纳尚可,寐欠安,舌淡、苔薄白,脉沉细。西医诊断:特发性面神经麻痹;中医诊断:口僻(风寒袭络证)。治以疏风散寒,活血通络。予针刺治疗,并嘱患者口服醋酸泼尼松龙30 mg/次,每日1次。选穴:

主穴:右侧听宫、翳风、星状神经节和双侧耳甲艇;配穴:双侧风池、合谷。

针刺操作方法:患者取坐位,直刺右侧听宫和双侧风池,右侧听宫与同侧风池接一组电针,波型为疏密波;直刺双侧耳甲艇0.3寸、双侧合谷0.5~1寸,平补平泻,留针30 min。起针后点刺右侧星状神经节,嘱患者仰头正坐位,术者左手中指与食指将颈动脉推向外侧与气管分离,于正中线旁开1.5寸,右胸锁关节上方2.5 cm处进针,向脊柱方向直刺约12 mm,行雀啄手法至患者咽部刺麻感明显时即出针。嘱患者左侧卧位,取右侧翳风点刺放血,局部拔罐至出血3~5 mL,5 min后起罐并清洁、消毒施术部位。针刺每日治疗1次,放血隔日治疗1次。针刺后嘱患者避风寒,多休息。针刺治疗3 d,放血治疗2次。

2021年10月15日二诊:患者症状稳定,病情未进一步发展,纳可,寐安,大便略溏,舌淡、苔薄白,脉沉。选取双侧足三里、关元,行捻转补法,留针30 min。其余治疗同初诊方案。针刺治疗3 d,放血治疗2次。

2021年10月18日三诊:患者额纹渐显,眼睑开合逐渐好转,右鼻唇沟渐深,纳寐可,二便调,舌淡红、苔薄白,脉沉。针刺方案同二诊方案,醋酸泼尼松龙口服剂量自即日起隔日减5 mg,逐步减至停止服用。针刺治疗3 d,放血治疗2次。

2021年10月22日四诊:患者自初诊至今已治疗10 d,现右侧表情少许不自然,余症缓解,舌淡红、苔薄白,脉沉较前有力。此时采取非急性期(静止期、恢复期)方案,选择常规针刺加用电针,选疏波波型,选穴:患侧阳白、鱼腰、睛明、攒竹、太阳、迎香、四白、颧髎、颊车、地仓、承浆,行平补平泻,留针30 min。另予甲钴胺片口服。治疗2周。

患者治疗2周后痊愈,面部已无异态,随访至今未再复发。

按:本案患者经四诊合参,辨为风寒袭络证。《备急千金要方》云:“皆风入脉”,《类证治裁》云:“血液衰涸,口眼歪斜,难以荣润经脉”,指出风邪袭络、血虚不荣均是诱发本病的重要因素。本病病机为风寒之邪侵袭人体,加之患者体虚劳役,正气不足,腠理不密,营血亏虚,邪气阻滞于面部经筋,导致经络气血瘀滞,筋脉失养,弛缓不收,而发为面瘫。治疗当循疏风散寒、活血通络之治则。本案患者IFP突然发作,就诊时正值急性期,恰为最佳治疗时机,杜师认为抓住72h时间窗并采取有效的治疗对于本病康复极为重要,因此初诊时杜师果断采用急性期治疗方案:针刺星状神经节、针刺耳甲区迷走神经分支、针刺听宫穴及翳风穴放血以散邪通络消肿,加刺风池、合谷以增强疏风散寒、通经活络效力。加用电针,可引起肌肉节奏性舒缩,从而促进及调节局部血液循环和营养代谢,进而消除水肿,对神经、肌肉麻痹等都具有较好疗效。此外,杜师结合现代医学研究,予患者足量糖皮质激素冲击治疗,同时,上述穴位亦可促进药物吸收,使药效直达病所^[4]。二诊时,患者病情稳定,正因杜师诊治无疑,使病情有效控制,后新增便溏,考虑为脾虚肠寒,故加足三里、关元以扶正健脾理气、温阳固涩。三诊时,患者症状好转,此时面神经炎急性水肿已消,考虑急性期将过,遂逐渐撤减激素用量,针刺如前,暂不更方。四诊时,患者仅面部表情不自然,已为静止期,故及时调整为非急性期(静止期、恢复期)治疗方案,多取阳明经和太阳经,循舒筋顺气调经之法,主以针刺刺激患者功能受损的表情肌及面神经,加用甲钴胺营养局部神经,以尽快恢复肌肉功能,减轻后遗症。治疗2周后患者虽处恢复期,但疾病已无进展余力,治疗后基本痊愈,随访未再复发。本案采取三期两治法治疗原则,切

中病机,灵活运用针刺、放血、电针、西药相结合的方法,临床疗效显著。

参考文献

- [1] SHOKRI T, SAADI R, SCHAEFER E W, et al. Trends in the treatment of Bell's palsy[J]. Facial Plast Surg, 2020, 36 (5): 628.
- [2] BAUGH R F, BASURA G J, ISHII L E, et al. Clinical practice guideline: Bell's Palsy executive summary[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2013, 149 (5): 656.
- [3] 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.
- [4] QIN Y N, YANG L H, ZHANG M, et al. Efficacy evaluation and mechanism study of electroacupuncture intervention in acute phase of IFP: study protocol for a randomized controlled trial[J]. Trials, 2021, 22 (1): 663.
- [5] FUJIWARA T, HATO N, GYO K, et al. Prognostic factors of Bell's palsy: prospective patient collected observational study[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2014, 271 (7): 1891.
- [6] 黄凡, 原箴, 杨海涛, 等. 针刺星状神经节后循环缺血的疗效研究及对血压的影响[J]. 中国针灸, 2014, 34 (8): 741.
- [7] 黄雪梅, 李向农. 听宫为主穴治疗周围性面瘫的疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2003, 22 (8): 36.
- [8] 毛林煥, 李妍, 李桂平. 电针治疗周围性面瘫介入时机和波形选择的临床研究进展[J]. 江苏中医药, 2009, 41 (7): 85.

第一作者: 邱嘉玮(1995—), 男, 硕士研究生在读, 针灸推拿学专业。

通讯作者: 杜元灏, 医学博士, 教授, 主任医师, 博士研究生导师。jyps_cn@sina.com

收稿日期: 2022-03-02

编辑: 吴宁 张硕秋

文末参考文献著录规则之页码的标注

根据国家标准GB/T 7714—2015《信息与文献 参考文献著录规则》的规定, 本刊关于参考文献页码的著录做重要修订如下: (1) 专著或期刊中析出文献的页码或引文页码, 应采用阿拉伯数字著录, 引自序言或扉页题词的页码, 可按实际情况著录(例: 钱学森. 创建系统学[M]. 2版. 太原: 山西科学技术出版社, 2001: 序2.); (2) 阅读型参考文献的页码著录文章的起始页, 引文参考文献的页码著录引用信息所在页。阅读型参考文献指著者为撰写或编辑论著而阅读过的信息资源; 引文参考文献指著者为撰写或编辑论著而引用的信息资源。例如: 将谈勇等发表在本刊2015年第1期第1—4页的文章《夏桂成国医大师调治复发性流产经验探赜》作为阅读型参考文献引用时, 页码著录为“1”; 作为引文文献引用“夏老提出心-肾-子宫轴功能失常是流产病机关键”这一观点或原文时, 著录这些引用信息的所在页“3”。更多有关本刊参考文献著录规则见本刊网站(www.jstcm.cn)首页下载专区。