针灸治疗周围性面瘫的临床观察

王慧¹ 洪恩四² 邓玲² 朱小燕¹ 甄火英¹

(1 江西中医学院 2010 级研究生 南昌 330006; 2 江西省热敏灸医院 南昌 330046)

关键词: 周围性面瘫; 针灸疗法; 疗效对比

中图分类号: R 745.12

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.02.052

周围性面瘫又称“面神经麻痹”、“周围性面神经炎”, 中医称为“口僻”, 多由卫阳不固, 脉络空虚, 风寒之邪乘虚侵袭阳明、少阳经络, 以致经气阻滞, 气血运行不畅, 经筋失养而发病^[1]。周围性面瘫的常见症状为一侧面部板滞、麻木、松弛, 不能做皱额、闭目、耸鼻、鼓颊等动作, 口角向健侧歪斜, 病侧露睛流泪、额纹消失、鼻唇沟变浅, 少数病人起初有耳后、耳下及面部疼痛等^[2], 如治疗及时得当则很快恢复健康, 若治疗不及时或治疗不当, 可使病情迁延难愈。针灸治疗对本病有一定的特色, 笔者现将近 2 年的观察报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究采用开放、随机对照的研究方法, 随机数字表由 SPSS11.5 统计软件模拟产生。80 例病例均为江西省热敏灸医院 2010 年 7 月~2012 年 7 月周围性面瘫病人, 分为治疗组和对照组。治疗组 40 例, 年龄 17~65 岁, 平均 (41.13±3.70) 岁; 对照组 40 例, 年龄 16~68 岁, 平均 (38.72±4.31) 岁。两组患者性别、年龄、饮食习惯、基础疾病均无显著性差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 嘱两组患者多休息, 禁用冷水洗脸, 注意面部的持续保暖, 避免再受风寒; 患侧面部用湿热毛巾外敷, 水温 50~60 度, 每日 3~4 次, 每次 15~20 min, 并于早晚自行按摩患侧, 按摩用力应轻柔、适度、持续、稳重、部位准确; 多做功能性锻炼, 如: 抬眉、闭眼、耸鼻、示齿、鼓腮等。

1.2.1 治疗组 (1) 针刺以阳明经及面部穴位为主: 如翳风、风池、牵正、太阳、阳白、攒竹、地仓、颊车、承浆、合谷(健侧)、足三里等穴, 闭目困难加鱼腰、丝竹空, 鼻唇沟平坦加迎香, 人中沟歪斜加水沟, 舌麻加廉泉, 每次选 6~10 个穴位, 轮流交替使用。每日 1 次, 留针 30 min。面瘫早期(10 d 之内)针刺手法为轻刺浅刺, 面瘫中期(10 d~1 个月)针刺手法可以重刺深刺。(2) 热敏灸: 取面部热敏化穴位, 如翳风、太阳、下关、颊车等, 依序进行回旋、雀啄、往返、温和灸四步施灸法, 先行回旋灸 2 min 温热局部气血, 继以雀啄灸 1 min 加强敏化, 循经往返灸 1 min 激发经气, 再施以温和灸发动感传、开通经络。

每日 1 次, 灸至感传消失。

1.2.2 对照组 (1) 皮质类固醇: 泼尼松 30 mg/d 顿服, 连用 5 d 后在 7~10 d 内逐渐减量。(2) 抗病毒治疗: 有病毒感染者予阿昔洛韦 0.2 g, 每日 5 次, 连服 7~10 d。(3) 营养神经药物及补充 B 族维生素: 甲钴胺 0.5 mg/次, 3 次/d, 口服; VitB₁ 10 mg/次, 3 次/d, VitB₆ 10 mg/次, 3 次/d, 口服。

1.3 疗效评价 治疗后 30 d 观察面瘫的恢复状况。显效: 乳突无压痛, 面部外观基本正常, 稍有或无麻木、紧绷感, 闭眼、皱额、鼓气等动作时鱼尾纹、额纹、鼻唇沟两侧基本对称, 口眼、人中无明显歪斜, 不影响日常生活。有效: 乳突或有压痛, 口眼歪斜、额纹变浅、鼓气漏气、喝水漏水、藏饭等症状较前减轻, 对日常生活及面部外观稍有影响。无效: 症状同治疗前无明显改善。

1.4 治疗结果 治疗组显效 29 例, 有效 8 例, 无效 3 例, 总有效率 92.50%; 对照组显效 11 例, 有效 20 例, 无效 9 例, 总有效率 77.50%。两组疗效比较, $\chi^2=72.794, P<0.05$, 有明显统计学意义。

2 讨论

面瘫是针灸临床上常见的一种病证, 《金匱要略》提出“邪盛正虚, 正邪交争”的理论, 明代楼英《医学纲目·卷十·肝胆部》则认为“左右面颊寒热不同, 相互牵引所致”, 指出: “《内经》治口眼歪斜, 多属足阳明经病”。其治疗原则多为祛风散寒, 疏通经络。由于本病发于面部, 属阳明、少阳经循行之处, 又因为阳明经为多气多血之经, 故鼓舞阳明经气, 可促进气血运行, 通经达络, 直达病所。病变初期, 病邪初入肌肤, 邪气在表, 正虚邪实, 宜扶正祛邪, 取穴宜少, 针刺应浅, 手法宜轻, 留针应短; 发展期邪气盛, 风寒之邪中经络, 邪气入里, 正邪相搏, 针刺以泄法为主, 引邪外出。对热敏化腧穴进行艾灸治疗能明显提高临床疗效, 同“刺之要, 气至而有效”的理论一样, 灸之要, 也要“气至”才能有特效、高效、速效、长效, 以达到祛风散寒、温经通络的作用^[3]。针刺与热敏灸同时施用, 则风寒散, 经络通, 筋脉得养, 口眼歪斜渐可复止。该法经济、安全、疗效明显, 值得临床推广。 (下转第 82 页)

组年龄、性别无显著异常。

1.2 方法 全自动生化仪测定血尿酸(SUA)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平,行颈部动脉彩超检查,探头频率 10 Hz,颈动脉内-中膜厚度 >1.5 mm 为内膜斑块形成,检查有无斑块形成。

1.3 统计学分析 组间数据用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,组间两两比较用 *t* 检验。

2 结果

2.1 两组一般资料分析 脑梗死组合并高血压病、糖尿病、吸烟者的比例显著高于对照组,有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较 ($\bar{X} \pm S$) 例

组别	n	男	女	年龄(岁)	高血压	糖尿病	吸烟
脑梗死组	206	126	80	63.02±10.12	152	83	113
对照组	197	102	95	60.08±11.26	78	19	21

2.2 两组血尿酸及血脂水平比较 脑梗死组血尿酸、TC、LDL-C 均显著高于对照组,HDL-C 显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),两组 TG 比较无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组血尿酸及血脂水平比较 ($\bar{X} \pm S$) mmol/L

组别	SUA($\mu\text{mol/L}$)	TC	TG	HDL-C	LDL-C
脑梗死组	383.26±71.35	4.42±0.87	1.95±0.98	1.01±0.52	2.82±0.95
对照组	296.37±80.12	4.01±0.82	1.90±1.01	1.26±0.63	2.10±0.81

2.3 颈动脉超声检查 脑梗死组患者中,发现颈动脉斑块 167 例(81.1%),其中男性 115 例,女性 52 例。对照组发现颈动脉斑块 31 例(15.7%),其中男性 17 例,女性 14 例。脑梗死组颈动脉斑块显著多于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

脑梗死有多种危险因素,包括高血压病、糖尿病、血脂异常、肥胖、吸烟、年龄、性别等,高尿酸血症往往与高血压病、糖代谢异常、肥胖、脂代谢紊乱等疾病并存,与高血压、糖尿病、高血脂等传统危险因素相互作用,直接参与致病,促进脑梗死的发生。血尿酸既往被认为是一种没有生理功能的嘌呤代谢产物,认为高尿酸血症只是痛风的生化特征,但研究^[2-4]发现,高尿酸血症参与了动脉粥样硬化的发生发展,机制可能如下:(1)促氧化作用;(2)损伤血管内皮细胞功能;(3)前炎症因子和致动脉粥样硬化作用;(4)刺激血管平滑肌增殖和激活血小板,促进血栓形成。血尿酸与传统危险因素如年龄、高血压病、糖尿病、吸烟等同为颈动脉粥样硬化斑块形

成的独立危险因素,与脑梗死密切相关。颈动脉粥样硬化不稳定斑块脱落形成栓子,进而堵塞血管引起脑梗死,而炎症是引起斑块不稳定的关键因素,有研究显示^[5],不稳定斑块组血尿酸、C 反应蛋白水平显著高于稳定斑块组,可能机制是:血尿酸生成增多时氧自由基相应增多,从而参与血管炎症反应;血尿酸盐作为炎性物质还可以刺激中性粒细胞释放蛋白酶和氧化剂,刺激肥大细胞,激活和促进血小板聚集和血栓形成,血小板释放的细胞因子使血管平滑肌增生形成动脉粥样硬化^[6]。

高尿酸常与血脂异常、高血压病、糖尿病、肥胖等胰岛素抵抗相关性疾病并存。血尿酸与高血压有密切的关系,高尿酸血症是高血压的一个独立危险因素。伴有高尿酸血症的高血压病患者发生脑梗死的风险,是尿酸正常的高血压病患者发生脑梗死风险的 3~5 倍,且血尿酸水平与收缩压、舒张压均呈正相关^[7],机制为:(1)长期服用利尿剂和血尿酸水平增高导致尿酸的升高。(2)肾脏的尿酸清除减少,肾微血管病变致尿酸生成增多,尿酸对尿酸的排泄有竞争性抑制作用,造成血清中尿酸滞留;而尿酸水平增高,又可增强肾小管钠的重吸收功能,导致高血压。高胰岛素血症时,增高的胰岛素可影响肾小管排出尿酸,使血尿酸增高。

综上所述,高尿酸血症可能是脑梗死的一个独立危险因素,在临床工作中,我们要重视高尿酸血症的危害,对高尿酸者进行食物控制和药物治疗,预防和降低动脉硬化,减少脑梗死的发生,改善脑梗死的预后。

参考文献

[1] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-380

[2] Freedman DS, Williamson DF, Eentr EW, et al. Relation of selma acid to mortality and ischemic heart disease. The NHANEST Epidemiologic Follow-up study [J]. Am J Epidemiol, 1995, 141 (11): 637-644

[3] Fuster V, Badiman L, Badiomon JJ, et al. The pathogenesis of coronary artery disease and the acute coronary syndromes[J]. N Engl J Med, 1992, 326(9):310-318

[4] 李秀峰. 尿酸—冠心病的一个危险因素[J]. 美国医学会杂志(中文版), 1994, 13(4):139-140

[5] 习子祥, 盛子静. 血尿酸(UA)与中青年脑梗死的相关性分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(8):34-35

[6] 何旻, 谷德祥, 李飞. 脑梗死患者血尿酸、脂蛋白(a)含量的研究[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2005, 8(3):13

[7] 周英. 高尿酸血症与高血压的关系初探[J]. 广西医学, 2005, 27(3): 353-354

(收稿日期: 2012-12-10)

(上接第 72 页)

参考文献

[1] 田德禄. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005. 11

[2] 贾建平. 神经病学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008. 6

[3] 陈日新, 康明非. 膻穴热敏化艾灸新疗法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006. 10

(收稿日期: 2013-01-10)