

● 临床研究 ●

针刺配合刮痧治疗恢复期 Bell’s 面瘫的临床观察

马剑雪

(北京市和平里医院 北京 100013)

摘要:目的:观察针刺配合刮痧法治疗恢复期 Bell’s 面瘫的临床疗效。方法:本研究共纳入 65 例 Bell’s 面瘫恢复期患者。随机分为治疗组(针刺配合刮痧组)和对照组(单纯针刺)。治疗组采用常规针刺疗法配合刮痧治疗,对照组针刺方法及取穴同治疗组,治疗均以 5 次为 1 个疗程,疗程间休息 2 d,共治疗 4 个疗程。采用 House-Brackmann 分级量表及面神经麻痹程度分级评分标准,于治疗结束后及治疗后 1 个月进行疗效评价。结果:病例完成情况良好,两组基线情况良好,可比性强($P>0.05$)。对治疗后两组 H-B 分级量表及面神经麻痹程度分级评分进行分析,治疗组优于对照组,差异显著($P<0.05$)。治疗后 1 个月两组 H-B 分级量表及面神经麻痹程度分级评分无显著性差异($P>0.05$)。结论:针刺配合刮痧法治疗恢复期 Bell’s 面瘫临床疗效优于单纯针刺。

关键词:Bell’s 面瘫,恢复期,针刺,刮痧

中图分类号:R745.12

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.07.003

Bell’s 面瘫是由支配面部表情肌群运动功能的面神经受到损伤而引起面部肌肉的运动障碍,属中医学“口眼喎斜、吊线风”等范畴,其主要表现为病变侧的面部表情肌瘫痪、额纹消失、眼裂扩大、鼻唇沟平坦、口角下垂、面部被牵向健侧。任何年龄均可发病,多见于 30~50 岁者,男女发病率大致相同。面瘫的预后一般良好,多数患者在数周内恢复,但有部分面瘫患者或因病情较重,或因早期治疗方法不当等因素,恢复情况较差,病情迁延,缠绵难愈,严重影响患者生活质量。本研究对 33 例恢复期 Bell’s 面瘫患者采用针刺配合刮痧治疗,并与 32 例单纯针刺治疗的恢复期 Bell’s 面瘫患者进行比较。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究共纳入 65 例恢复期 Bell’s 面瘫患者,其中男 33 例,女 32 例。所有患者随机分为治疗组和对照组,其中治疗组患者平均年龄(40.2 ± 14.0)岁,平均病程(35.3 ± 14.3) d,患者面神经麻痹程度评分为(40.2 ± 18.1)分;对照组患者平均年龄(40.2 ± 12.9)岁,平均病程(35.5 ± 12.1) d,患者面神经麻痹程度评分为(40.3 ± 17.9)分。两组患者性别、年龄、病程及治疗病情比较均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用单纯针刺治疗。针刺选穴根据对《建国以来针灸治疗面瘫临床研究文献的方法学评价》的研究结果筛选出使用频率最高的六个常用穴位:地仓、颊车、合谷、阳白、下关、翳风。配穴:足三里、太冲。针具选用苏州医疗用品厂有限公司生产的一次性华佗牌针灸针,规格 0.03 mm× (25~75) mm,即粗细规格为 30 号,长短规格为 1~3 寸。操作:患者取仰卧位,合谷、足三里、太冲穴取双侧,其余穴位均取患侧。常规针刺,平补平泻法,中度刺

激。留针 30 min。

1.2.2 治疗组 采用针刺配合刮痧治疗,针刺方法及取穴同对照组。刮痧治疗:刮痧器具选择边缘光滑的水牛角刮痧板。刮痧部位取患侧阳白至太阳,四白至太阳,地仓至颊车,承浆至地仓。刮痧方法:针刺治疗后,患者取坐位,在刮痧部位涂抹刮痧油,将刮痧板与皮肤呈 45~90° 单方向刮拭,宽度约 1 cm。每个部位 1~2 min,20~30 次,以局部潮红为度。每日 1 次,5 次为 1 个疗程,疗程间休息 2 d,共治疗 4 个疗程。分别于 4 个疗程治疗结束后及整个治疗结束后 1 个月进行随访观察。

1.3 观察指标 观察患者治疗后 House-Brackmann 分级量表(总体评分),面神经麻痹程度分级评分标准。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{X}\pm S$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组间疗效比较 治疗组总有效率为 96.97%,对照组总有效率为 90.62%,治疗组疗效优于对照组,差异显著($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较 例						
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	33	24	5	3	1	96.97
对照组	32	17	7	5	3	90.62

2.2 治疗前后两组指标比较 治疗后,两组 H-B 分级均显著提高,差异均有统计学意义($P<0.01$);治疗组 H-B 分级明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。两组面神经麻痹程度评分均有显著提高,差异均有统计学意义($P<0.01$)。见表 3。

表 2 治疗前后两组 H-B 分级比较 例							
组别	n	I	II	III	IV	V	VI
治疗组	33 治疗前	0	5	11	14	3	0
	33 治疗后	24	5	3	1	0	0
对照组	32 治疗前	0	3	13	12	4	0
	32 治疗后	17	7	5	3	0	0

表 3 治疗前后两组面神经麻痹程度评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

组别	n	治疗前评分	治疗后评分	治疗前后评分差值
治疗组	33	40.182± 18.157	92.909± 13.945	52.727± 16.239
对照组	32	40.328± 17.919	82.125± 23.180	41.797± 18.418

2.3 随访情况 治疗后 1 个月随访,两组患者 H-B 分级情况均无显著性差异 ($P>0.05$)。见表 4。治疗后 1 个月治疗组及对照组面神经麻痹程度评分分别为 (95.5± 11.2)、(92.4± 13.2) 分,两组比较无显著性差异 ($P>0.05$)。

表 4 1 个月随访 H-B 分级比较 例

组别	n	I	II	III
治疗组	33	26	4	3
对照组	32	23	5	4

3 讨论

面瘫属中医学“口眼喎斜、吊线风”等范畴,认为本病多由正气不足,络脉空虚,卫外不固,风邪乘虚入中面部经络,或素有风痰瘀血内蕴,或耳周及耳内疾病影响,面部经脉阻滞,肌肉纵缓不收而发病。其病的形成,多由虚、风、痰、瘀四者为其基本的病理基础。面颊部为阳明、少阳经筋所布,正气不足,络脉空虚,卫外不固,风寒、风热之邪乘虚侵袭经络,气血闭阻面部,导致经气失和,经筋失养而发病。恢复期表现为正虚邪实、虚实夹杂,面部经脉长期得不到营养支持而迟缓不用。针刺治疗面瘫可激发经络之气,鼓舞、疏通阳明经经气,扶正驱邪,疏风通络,使气血顺畅,营卫和调,脉络充盈,肌肉经筋得以充养。针刺可改善局部组织的微循环,促使有害物质的清除和吸收,修复组织损伤,可引起病损部位组织的应急反应,提高局部组织的神经免疫性,促使白细胞、淋巴细胞及网状内皮细胞增生,调动机体修复机制,还可增强人体的特异性免疫,对 IL-2-NKc 免疫网络有调节作用,在防病抗病、促进自然修复力、杀菌灭毒等方面可以起到重要的作用^[1]。根据《建国以来针灸治疗面瘫临床研究文献的方法学评价》的研究结果中排名前六位的穴位:地仓、颊车、合谷、阳白、下关、翳风。配穴:足三里,太冲。“经络所过,主治所及”,面部为阳明、少阳经脉汇聚之处,故临床选穴多以阳明、少阳经为主。地仓、颊车,属足阳明胃经,地仓为手、足阳明、跷脉之交会穴,在口轮匝肌中,深层有颊肌,布有面神经颊支;颊车为足阳明脉气之所发,在咬肌中,布有面神经分支及咬肌神经。此二穴为治疗本病的要穴。合谷属手阳明大肠经,为手阳明大肠经原穴,有疏通经络、益气养血之功;阳白属足少阳胆经,阳白为手足少阳、阳明、阳维五脉交会穴,在额肌中,有额神经外侧支分布,针刺阳白可通过对肌肉及神经的刺激,提高局部神经肌肉和中枢神经的兴奋性,促进神经肌肉恢

复;下关属足阳明胃经,为足阳明、少阳之会;翳风属于手少阳三焦经,为手足少阳之会,位于面神经出颅处。面瘫的中医辨证,初起为风邪客络,中后期多为气虚血瘀,故恢复期面瘫的治疗在常规选穴基础上,加用补气调血的穴位,本研究选用足三里,属足阳明胃经,此为多气多血之经,脾胃为气血生化之源,足三里为足阳明胃经合穴,既可循经疏通面部脉络,又能健脾益气,养血活血,增强机体免疫功能。对恢复期面瘫有扶正调元、疏通经气、通畅气血之功。太冲属足厥阴肝经,为足厥阴肝经原穴,肝藏血主筋。中医认为本病为筋病,多有气血瘀阻,太冲具有养血柔筋、行气活血之效。

中医学有关刮痧最早的文献记载于晋代葛洪《肘后救急方》,经络刮疹施术的部位主要是在十二皮部。皮部是十二经脉及其所属络脉在皮表的分区,也是络脉之气散布的所在。因此,经络刮痧所刺激的正是广泛散布在全身皮肤的细小络脉。刮痧作用于体表,通过刺激透泄病毒于外,又通过经络和神经传导作用于内,使机体功能得以恢复正常^[2]。对恢复期面瘫有积极调节作用。从现代医学角度来讲,刮痧通过对皮部的特定部位给予适当的刮拭,刮拭局部的皮肤、肌肉,神经末梢受到刺激,促进小血管及毛细血管微循环并加速血液流速,提高细胞氧气和养料供应量,使细胞活化,气血畅通,局部组织进行刮痧后,出现明显的充血现象,使该部位的营养加强,新陈代谢旺盛,细胞恢复活力从而使机能低下、衰弱或麻痹的神经兴奋起来,使血管的紧张度与黏膜的渗透性得到改善^[3]。通过刮痧疗法使局部组织血管扩张,渐至毛细血管破裂,血液外溢而局部皮肤形成瘀血斑(称为出痧),此血凝块不久即可溃散,而起到自体溶血的作用,形成一种新的刺激素,从而加强局部的新陈代谢,使气血调畅,对机体细胞起营养活化作用,从而激发人体自然愈病机能^[4]。自体溶血现象还可通过向心性神经作用于大脑皮质,持续调节大脑的兴奋与抑制过程及内分泌的平衡,促进淋巴循环加速,细胞吞噬作用增强,其反应过程是加强正常生理调节机制、促进病变过程逆转、甚至完全抑制病变过程^[5]。《灵枢·经筋》对经筋循行起止有详尽的描述,各经筋的循行分布路线以经脉为纲纪,即与其同名经脉的体表循行分布基本一致。刮痧所选部位:阳白至太阳,四白至太阳,地仓至颊车,承浆至地仓均为少阳、阳明经筋、经脉所过。在解剖学上,阳白至太阳区域在额肌中;四白至太阳区域在眼轮匝肌中,地仓至颊车区域在颊肌中;承浆至地仓区域位于口轮匝肌中,四个区

慢性心力衰竭并发室性心律失常的临床治疗分析

沈美萍

(中国石化上海石化综合门诊部 上海 200540)

摘要:目的:观察分析慢性心力衰竭并发室性心律失常患者的治疗方法。方法:随机抽取我院住院慢性心力衰竭并发室性心律失常患者 124 例,随机分为对照组和治疗组,对照组行抗心力衰竭常规治疗和胺碘酮治疗,治疗组在抗心力衰竭常规治疗基础上加用胺碘酮合并稳心颗粒治疗,分析动态心电图和心功能评价结果并进行对比分析。结果:治疗组显效率为 40.32%,总有效率为 91.94%;对照组显效率为 19.35%,总有效率为 70.97%;治疗组显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:对于慢性心力衰竭并发室性心律失常患者加用胺碘酮合并稳心颗粒治疗,可显著改善患者的治疗效果和心功能状态情况。

关键词:慢性心力衰竭;室性心律失常;临床分析

中图分类号:R541.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.07.004

慢性心力衰竭是心血管系统常见的不可逆的发展转归,室性心律失常是其常见的并发症和致死原因,现随机抽取 124 例慢性心力衰竭并发室性心律失常患者进行药物治疗研究。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 随机抽取我院住院部慢性心力衰竭并发室性心律失常患者 124 例为研究对象,排除碘过敏、窦性心动过缓、并发甲状腺相关疾病等患者。所有患者随机分为对照组和治疗组各 62 例。对照组中男 30 例,女 32 例;年龄 38~67 岁,平均(60 ± 10.2)岁;病程 1~19 年;合并高血压 30 例,糖尿病 12 例,高黏血症 5 例,陈旧性心肌梗死 1 例。治疗组中男 31 例,女 31 例;年龄 40~69 岁,平均(61 ± 11.6)岁;病程 1~20 年;合并高血压 31 例,糖尿病 10 例,高黏血症 6 例。两组患者性别、年龄、病程和心功能分级等资料比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者均行 12 导联心电图、24 h 动态心电图、超声心电图以及常规生化、肝肾功能、电解质、甲状腺功能检查。于研究治疗前均行常规治疗:相同抗心律失常药物治疗及利尿剂、血管

紧张素转化酶抑制剂、洋地黄并限盐等饮食常规护理。在行研究治疗前停止原抗心律失常药物 5 个半衰期后进行胺碘酮口服治疗,第 1 周 0.6 g/d,分 3 次口服,第 2 周改为 0.4 g/d,分 2 次口服,第 3 周后 0.1~0.2 g/d,1 次口服;治疗组患者同时服用稳心颗粒,温水冲服,18 g/次,3 次/d^[1-2]。

1.3 疗效标准^[3] 根据心功能和室性心律失常改善情况评价疗效标准。显效:室性期前收缩和室性心动过速症状改善率大于 90%或无室性期前收缩和室性心动过速,患者心功能评价变为 I 级或改善两级以上,患者临床症状和体征消失;有效:室性期前收缩和室性心动过速症状改善率为 50%~90%,患者心功能评价改善但未达到 I 级,临床症状、体征有所改善;无效:室性期前收缩和室性心动过速症状改善率小于 50%,心功能和临床症状、体征未改善。

1.4 统计学方法 采用 SPSS15.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{X}\pm S$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗组显效率为 40.32%,总有效率为 91.94%;对照组显效率为 19.35%,总有效率为 70.97%;治疗

用边缘润滑物体(刮具),在人体体表特定部位反复刮拭、捏提、揪挤、挑刺,使皮肤出现片状或点状瘀血(或出血)。沿经筋循行进行刮痧,既可疏通经筋、开泄腠理、扶正祛邪,亦可活血通络,提高机体自愈能力,攻补兼施,调理机体平衡,促进面神经功能恢复。对病程较长的恢复期 Bell's 面瘫更适合。

参考文献

[1]冯斌.针刺临床作用及机制浅析[J].中医药学刊,2003,21(9):1 565-1 566
[2]罗列娜.刮痧疗法的研究进展[J].中医药导报,2008,14(2):84-85
[3]李安.刮痧合刺络拔罐治疗中风后遗症 40 例[J].陕西中医,2008,29(9):1 222
[4]邱剑鸣,邓敏君.刮痧治疗神经根型颈椎病的探讨[J].按摩与导引,2009,25(1):20-21
[5]陈先敏,樊照明.实用刮痧疗法[M].北京:金盾出版社,2002.32

(收稿日期:2013-06-23)

域均布有面神经分支。《灵枢·经筋》载:“足阳明之筋,上挟口,合于頄,下结于鼻,上合于太阳……颊筋有寒则急,引颊移口,有热则筋弛纵,缓不胜收,故僻。”从《内经》理论中可以看出面瘫当属经筋病。经筋是卫气游行出入的场所,是经络气血的物质基础。经筋的正常生理状态可使卫气发挥固护体表、防御外邪的作用。经筋作为经络的连属部分,具有约束骨骼、屈伸关节、维持人体正常运动功能的作用。面瘫是由正气不足,络脉空虚,卫外不固,风邪乘虚入中面部阳明、少阳经脉,气血闭阻,导致经气失和,经筋失养,肌肉纵缓不收而发病。病程迁延者,或因因素体虚弱,或因邪气深入而不愈。恢复期面瘫中医辨证为气血亏虚、瘀血阻络。刮痧疗法是利