

CT 定位下翳风穴注射配合针刺治疗周围性面瘫

施栋 陈玲

(江苏省盐城市大丰中医院针灸科 盐城 224100)

摘要:目的:分析研究翳风穴准确穿刺方法及药物注射联合常规针刺治疗周围性面瘫的临床效果。方法:将 60 例面瘫患者随机分成对照组和治疗组,每组 30 例,对照组患者采用常规针刺疗法治疗,治疗组患者采用 CT 定位下翳风穴注射配合针刺治疗,2 个疗程后观察其临床疗效。结果:2 个疗程后开始评定疗效,治疗 2 个疗程后及治疗 1 个月、3 个月,两组面瘫症状均有一定改善,治疗组疗效明显高于对照组($P < 0.01$)。结论:在周围性面瘫的治疗过程中,CT 引导下准确定位翳风穴并进行药物注射联合针刺治疗相对于常规针刺疗法,疗效更加显著,见效更快,值得推广。

关键词:周围性面瘫;针刺;翳风;茎乳突孔

中图分类号:R245

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.09.016

周围性面瘫,是一种较为复杂的面部疾病,位于茎乳突孔内的面神经发生非化脓性炎症所致的面部肌肉无力或面肌瘫痪。中医学认为由于脉络空虚,风寒之邪侵入阳明、少阳经脉致经气阻滞,筋脉失养,肌肉纵缓不收而发病,所以当病邪初侵时,如及时合理治疗,机体便能很快康复。本科室曾经采用传统针刺技术进行治疗,部分患者治疗效果有时不尽人意。自 2014 年 5 月以来,笔者发现翳风穴准确定位并进行药物注射联合针刺治疗周围性面瘫具有良好的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2014 年 5 月~2015 年 9 月临床资料较全的周围性面瘫患者 60 例,其中男 34 例,女 26 例;左侧发病 35 例,右侧发病 25 例;病程最短 1 d,最长 2 个月;年龄最小 16 岁,最大 80 岁;急性期(病程 < 7 d)31 例,恢复期(7 d~1 个月)18 例,后遗症期(> 1 个月)11 例。采用随机方法将患者分为治疗组和对照组各 30 例。两组患者性别、年龄、病程、病情经比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较(例)

组别	n	性别		发病部位		分期		
		男	女	左	右	急性期	恢复期	后遗症期
治疗组	30	17	13	18	12	15	10	5
对照组	30	17	13	17	13	16	8	6

1.2 诊断标准 所选病例均符合西医《神经病学》中特发性面神经麻痹诊断标准,中医按照《中华针灸临床诊疗规范》诊断标准同时排除外伤、中耳炎、迷路炎、乳突炎等并发的耳源性面神经麻痹;后颅窝囊肿或脑膜炎引起的周围性面瘫;合并针刺禁忌证者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 (1)急性期(1~7 d):患者取仰卧位,使用酒精对皮肤进行常规消毒,用指切法针刺治疗,取双侧风池、足三里、合谷穴,患侧翳风、听宫、颊车、

地仓、阳白、攒竹穴,浅刺轻刺激,泻法,每日针 1 次。(2)恢复期及后遗症期(7 d 以后):取患侧阳白、攒竹、太阳、四白、迎香、下关、牵正、颧髎、颊车、地仓、翳风、承浆、水沟,双侧太冲、合谷、足三里。后遗症期采用阳白透鱼腰,攒竹透睛明,地仓透颊车,四白透迎香,平补平泻法,每日针 1 次,7 d 为 1 个疗程,2 个疗程后开始评定疗效,中途得到治愈者可停止治疗,未愈者继续针灸治疗,治疗总时间不超过 3 个月。

1.3.2 治疗组 急性期、恢复期与后遗症期的针刺体位、针具选用、针刺取穴(除翳风)、治疗手法均与对照组完全一致,治疗组加翳风穴药物注射,注射方法:患者取侧卧位,CT 定位穿刺点(茎突尖部与下颌骨后缘水平连线中点处),常规消毒后,穿刺针(5 号注射针)朝向顶端进针,与人体矢状面约 120° 、人体冠状面约 45° ,进针深度约 2.5 cm,针尖先触及乳突的骨面然后调整针尖方向,滑入茎乳孔内,患者有酸麻胀感扩散至面部为度,CT 平扫或三维重建确定位置,见图 1。将药物在 5 min 内缓慢注入穴内(注意防止损伤神经血管,注射药物前应回抽无血),急性期使用甲钴胺粉针加地塞米松 5 mg(1 ml),恢复期及后遗症期药物选用甲钴胺 0.5 mg 粉针盐水稀释 1 ml 后注射,拔针后压迫针孔 1~2 min,每隔 3 d 1 次,共注射 4~6 次,中途得到治愈者可停止治疗,未愈者继续针灸治疗(同对照组),治疗总时间不超过 3 个月。

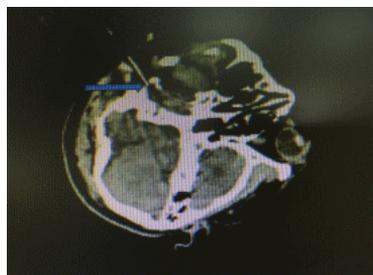


图 1 箭头所示为穿刺针达翳风穴深部的茎乳孔处

1.4 疗效标准 参照《实用内科手册》^[1]面神经功能恢复标准进行疗效评定。痊愈:面部所有区域正常。显效:仔细观察可看出轻微的功能减弱,可能有轻微的联带运动;面部静止时对称,张力正常,上额运动中等,眼睛用力可完全闭合,口轻微不对称。有效:有明显的功能减弱,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)半侧面痉挛;面部静止时张力正常,上额运动微弱,眼用力时可完全闭合,口明显不对称。无效:面部静止时不对称,上额无运动,眼不能完全闭合,口仅有轻微运动。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计学软件对数据进行统计学分析,计数资料采用卡方检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

治疗 2 个疗程后开始评定疗效,治疗组愈显率显著高于对照组($P < 0.01$);治疗组患者愈显天数明显少于对照组,缩短了疗程;在治疗过程中发生的不良反应非常少,在随访过程中没有出现复发者。具体见表 2~ 表 4。

表 2 2 个疗程后两组临床疗效比较

组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	愈显率(%)
治疗组	30	13	8	5	4	70.00
对照组	30	4	6	15	5	33.33*

注:两组愈显率比较,* $P < 0.01$ 。

表 3 治疗 1 个月两组临床疗效比较

组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	愈显率(%)
治疗组	30	20	6	2	2	86.67
对照组	30	15	4	8	3	63.33*

注:两组愈显率比较,* $P < 0.01$ 。

表 4 治疗 3 个月两组临床疗效比较

组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	愈显率(%)
治疗组	30	23	4	2	1	90.00
对照组	30	19	4	6	1	76.67*

注:两组愈显率比较,* $P < 0.01$ 。

3 讨论

中医学认为,风寒外袭是周围性面瘫发生的外因,正气不足,脉络空虚是内因。风为阳邪,易袭阳位,面络受损,经脉失养,气血痹阻以致肌肉弛缓瘫软是本病发病机理。祛风通络、益气养血是本病治则。翳风穴居头面部,属少阳三焦经,具有疏风通络、

利窍之功,是风病之要穴,选用此穴注射药物配合针刺治疗,可共奏祛风治血通络之功^[2]。现代医学证明周围性面瘫是茎乳孔内面神经非特异性炎症所致,翳风穴的解剖定位为耳垂后方,当乳突与下颌角之间的凹陷处,该穴所在区相当于茎乳孔的体表投影点,穴下布有耳大神经、颈外静脉、腮腺、面神经干、迷走神经、舌下神经、舌咽神经等。由于翳风穴解剖结构的特殊性、复杂性,决定了其具有重要的临床应用价值。在此处注射药物可使面神经主干浸于药液之中,同时药液也可沿茎乳孔处面神经干周围间隙向上渗透到面神经管垂直段,继而充分发挥药物作用^[3]。同时,针刺治疗能刺激血管运动神经,使麻痹的肌肉收缩,改善血循环,防止麻痹肌肉萎缩;可以提高神经的兴奋性,改善局部营养代谢,促进炎症和水肿消退,加速恢复面部的神经、肌肉功能,是治疗面瘫的有效手段^[4]。

穴位注射疗法的核心问题是怎样准确穿刺到茎乳孔,并将药物注射到病灶,从而提高临床疗效。我们通过 CT 定位茎乳孔,使针刺方向、角度以及针刺深度可以比较准确的测得。周围性面瘫患者使用甲钴胺药物注射可以有效控制病情发展,因为甲钴胺能参与神经递质代谢及维护神经系统髓鞘完整物质的代谢合成作用。而由于急性期患者病情加重迅速,加用地塞米松,则是因为它具有广泛的抗炎、抗过敏及免疫抑制作用,可减轻炎症的渗出、水肿、毛细血管扩张,改善白细胞浸润和吞噬功能,从而起到保护神经的作用。从统计表格中也可以发现,对于急性发病的患者给予茎乳孔的药物注射,能明显缩短疗程。治疗中发现:治疗无效的患者均为带状疱疹引起的面瘫患者、且进入后遗症期才来我院接受正规治疗,可能是由于神经脱髓鞘病变,后续查心电图发现,患侧肌群运动传导速度明显减慢,提示神经损伤严重。

参考文献

- [1]程卫夫,王钟林.实用内科手册[M].长沙:湖南科技出版社,1995.635
- [2]阮继深,陈军玲.翳风穴药物注射结合牵正散加减治疗周围性面瘫 48 例[J].中国中医药信息杂志,2001,9(8):59
- [3]姜雪梅,高彦平,黄泳.翳风穴的形态学特征及其临床意义[J].中国针灸,2005,25(11):781
- [4]王立群.针刺与针刺按摩治疗周围性面瘫疗效及疗程对照观察[J].甘肃中医学院学报,2002,19(3):40-41

(收稿日期:2016-07-13)

欢迎广告惠顾!

欢迎投稿!

欢迎订阅!