

引用本文: 姬锋养, 赵艳, 陈志, 等. 经筋透刺法联合穴位注射治疗顽固性面瘫 60 例临床观察[J]. 安徽医药, 2024, 28(1): 185-188. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6469.2024.01.039.



◇ 临床医学 ◇

经筋透刺法联合穴位注射治疗顽固性面瘫 60 例临床观察

姬锋养^{1a}, 赵艳², 陈志^{1a}, 石瑛^{1b}, 李爱东^{1a}

作者单位:¹遂宁市中医院,^a针灸康复科,^b神经内科,四川 遂宁 629000;

²镇江寺社区卫生服务中心全科,四川 遂宁 629000

摘要 目的 探讨经筋透刺法联合穴位注射治疗顽固性面瘫的临床疗效。**方法** 选取 2020 年 5 月至 2021 年 10 月在遂宁市中医院接受治疗的 120 例顽固性面瘫病人,采用随机数字表法随机分为单一组(60 例)和联合组(60 例),两组病人均给予常规西药治疗,单一组在此基础上给予穴位注射,联合组在此基础上给予经筋透刺法联合穴位注射,比较两组病人治疗后面神经功能、神经生长因子(NGF)和胶质细胞源性神经营养因子(GDNF)水平、神经功能分级(H-B)评分、面瘫 Portmann 评分、Sunnybrook 量表、复发率及临床疗效。**结果** 单一组和联合组治疗后面神经功能明显改善,且联合组面神经功能改善情况明显优于单一组($P < 0.05$);单一组 H-B 评分治疗后较治疗前降低(2.63±0.54)分比(4.01±0.73)分,联合组(1.67±0.49)分比(4.03±0.71)分($P < 0.05$),且联合组 H-B 评分低于单一组($P < 0.05$),单一组和联合组 GDNF(12.16±3.33)mg/L 比(8.92±1.35)mg/L、(15.54±3.42)mg/L 比(8.89±1.37)mg/L、NGF 水平(12.16±3.33)mg/L 比(8.92±1.35)mg/L、(15.54±3.42)mg/L 比(8.89±1.37)mg/L、面瘫 Portmann 评分(15.31±1.03)分比(6.69±0.68)分、(17.24±1.16)分比(6.72±0.71)分、Sunnybrook 量表评分(69.16±10.67)分比(36.42±10.17)分、(78.64±11.56)分比(36.17±10.13)分治疗后较治疗前升高,且联合组 GDNF、NGF 水平、面瘫 Portmann 评分、Sunnybrook 量表评分高于单一组($P < 0.05$);联合组总复发率(3.33%)低于单一组(13.33%)($P < 0.05$);联合组总有效率(90.00%)明显高于单一组(75.00%)($P < 0.05$)。**结论** 经筋透刺法联合穴位注射可改善顽固性面瘫病人临床症状及面神经功能,疗效较好且复发率较低。

关键词 面神经麻痹; 针刺穴位; 经筋透刺法; 穴位注射; 神经生长因子; 胶质细胞源性神经营养因子

Clinical observation on the treatment of 60 cases of refractory facial paralysis by meridian tendon penetration and stabbing method combined with acupoint injection

Ji Fengyang^{1a}, Zhao Yan², Chen Zhi^{1a}, Shi Ying^{1b}, Li Aidong^{1a}

Author Affiliations:^{1a}Department of Acupuncture and Rehabilitation, ^{1b}Department of Neurology, Suining Hospital of Traditional Chinese Medicine, Suining, Sichuan 629000, China; ²General Department of Zhenjiangsi Community Health Service Center, Suining, Sichuan 629000, China

Abstract Objective To investigate the clinical efficacy of the meridian tendon penetration method combined with acupoint injection in the treatment of refractory facial paralysis. **Methods** From May 2020 to October 2021, 120 patients with refractory facial paralysis who received treatment at Suining Hospital of Traditional Chinese Medicine were selected and randomly divided into a single group (60 cases) and a combined group (60 cases) by using a random number table method. Both groups of patients were treated with conventional Western medicines, and the single group was given acupoint injections on this basis, while the combined group was given the meridian tendon penetration method combined with acupoint injection on this basis. The nerve function, nerve growth factor (NGF) and glial cell-derived neurotrophic factor (GDNF) levels, neurological function classification (H-B) scores, Portmann score of facial paralysis, Sunnybrook scale, recurrence rate and clinical efficacy were compared between the two groups before and after treatment. **Results** The facial nerve function in the single group and the combined group was significantly improved after treatment, and the improvement in facial nerve function in the combined group was significantly better than that in the single group ($P < 0.05$). The H-B scores were lower after treatment than before treatment in the single group [(2.63±0.54) points vs. (4.01±0.73) points], and in the combined group [(1.67±0.49) points vs. (4.03±0.71) points] ($P < 0.05$), and the H-B scores in the combined group were lower than those in the single group ($P < 0.05$). Single group and combined group GDNF [(12.16 ± 3.33) vs. (8.92 ± 1.35) mg/L, (15.54 ± 3.42) vs. (8.89 ± 1.37) mg/L], NGF levels [(12.16 ± 3.33) vs. (8.92 ± 1.35) mg/L, (15.54 ± 3.42) vs. (8.89 ± 1.37) mg/L], facial paralysis Portmann score [(15.31 ± 1.03) vs. (6.69 ± 0.68) points, (17.24 ± 1.16) vs. (6.72 ± 0.71) points], Sunnybrook scale score [(69.16 ± 10.67) vs. (36.42 ± 10.17) points, (78.64 ± 11.56) vs. (36.17 ± 10.13) points] increased after treatment compared to before treatment, and levels of GDNF and NGF, facial paralysis Portmann score, and Sunnybrook scale score in the combined group were higher than those in the single group ($P < 0.05$). The total recurrence rate of the combined group (3.33%) was lower than that of the single group (13.33%) ($P < 0.05$).

and the total effective rate of the combined group (90.00%) was significantly higher than that of the single group (75.00%) ($P < 0.05$).

Conclusion The meridian tendon penetration method combined with acupoint injection can improve the clinical symptoms and facial nerve function of patients with intractable facial paralysis, with a better curative effect and a lower recurrence rate.

Keywords Facial paralysis; Acupuncture points; Meridian tendon penetration method; Acupoint injection; Nerve growth factor; Glial cell-derived neurotrophic factor

临床常见的面瘫类型为周围性面瘫,主要表现为表情肌瘫痪、口眼歪斜等,大部分病人经治疗后可逐渐好转,但若神经损伤较重、早期治疗不及时会使治疗时间延长、效果下降,从而导致顽固性面瘫的发生^[1-2]。而顽固性面瘫单纯采取西药治疗疗效并不明显,且会增加不良反应^[3]。有研究发现,中医针刺法治疗顽固性面瘫具有较好的效果,其中以经筋透刺法较为常见^[4]。而穴位注射也是临床常用的治疗方法,将现代西药和传统针刺相结合,发挥了西医和中医的优势,应用范围较广且较为安全^[5-6]。因此,本研究将经筋透刺法联合穴位注射用于顽固性面瘫病人,观察其对两组病人面神经功能、神经生长因子(NGF)和胶质源性神经营养因子(GDNF)水平、神经功能分级(H-B)评分、面瘫 Portmann 评分、Sunnybrook 量表、复发率及临床疗效的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年5月至2021年10月在遂宁市中医院接受治疗的120例顽固性面瘫病人,采用随机数字表法分为联合组和单一组。联合组60例,男32例,女28例;病位为左侧35例,右侧25例;病程范围50~100 d,病程(76.26±15.44)d;年龄范围22~78岁,年龄(44.26±10.14)岁;单一组60例,男33例,女27例;病位为左侧36例,右侧24例;病程范围52~100d,病程(77.14±15.16)d;年龄范围20~78岁,年龄(43.37±10.13)岁。纳入标准:①符合《神经病学》^[7]中的诊断标准,即急性起病,通常3 d左右达到高峰;单侧周围性面瘫,伴或不伴听觉过敏、舌前味觉减退、耳后疼痛、唾液或泪液分泌异常;②病程≥50 d的顽固性面瘫者;③年龄范围18~79岁。排除标准:①心、脑血管疾病、腮腺炎等引起的面瘫者;②伴有颜面部肌肉痉挛者;③针刺或穴位注射处伴有皮肤感染者;④伴有认知障碍不能配合者;⑤拒绝参加本次研究者。本研究经遂宁市中医院伦理委员会批准(批号20200321),且病人或其近亲属知情同意。两组病人性别($\chi^2=0.03, P=0.855$)、病程($t=0.31, P=0.753$)、年龄($t=0.48, P=0.631$)、病位($\chi^2=0.03, P=0.853$)等一般资料,差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。

1.2 方法 两组病人均给予抗病毒、营养神经、改善循环等对症支持治疗。单一组在此基础上给予

穴位注射,穴位选取:选择患侧地仓、阳白、攒竹、翳风、下关、风池、颊车及健侧合谷,每次可选择两个穴位,交替进行穴位注射。方法:常规消毒需注射穴位后,针刺约0.5寸,进针得气后,使用2 mL注射器抽取甲钴胺注射液[卫材(中国)药业有限公司,批号H20174048,批次20170731,规格1 mL×0.5 mg] 0.25 mg刺入穴位,另取2 mL注射器抽取剩下的0.25 mg甲钴胺注射液注入另一穴位,缓慢推进,局部有酸胀感后回抽一下,若回抽无血则继续推入,出针后需按压防止出血。隔天1次,治疗1个月。

联合组给予经筋透刺法联合穴位注射,穴位注射方法同单一组。经筋透刺法穴位选取:主穴为患侧地仓、丝竹空、阳白四透、颊车。配穴:口喎者加下关;闭目露睛者加睛明、四白两透。颊车、地仓穴位每隔0.5寸刺1针,行多针浅刺;阳白四透应1穴4针,表皮15°角刺入上星、头围、攒竹、丝竹空(0.5~1.0寸)。以上穴位采用平补平泻法,下关采用直刺法,刺入0.5~1.0寸,捻转泻法。周一、三、五经筋透刺法,二、四、六甲钴胺穴位注射,周日休息1 d,治疗1个月。

1.3 观察指标 (1)面神经功能:根据主动运动状态、静止状态下的表情肌活动情况,将面神经功能分为0~5级。0级:表情肌无收缩,无紧张感;I级:肌肉微动;II级:可有少许动作;III级:动作不能和健侧一致但能做自主运动;IV级:自主运动与健侧相比基本一致;V级:能做各种运动,与健侧相比完全一致。(2)采用酶联免疫吸附法检测两组病人治疗前后神经生长因子(NGF)和胶质细胞源性神经营养因子(GDNF)水平。(3)H-B评分:H-B评分分为I~VI级(I级:功能正常;II级轻度功能障碍;III级中度功能障碍;IV级:中重度功能障碍;V级:重度功能障碍;VI级:完全麻痹^[8])。 (4)面瘫 Portmann 评分:对两组病人鼓腮、微笑、吹口哨、皱眉、动鼻翼、闭眼6个动作进行观察^[9],采用Portmann评分进行评定,总分20分,面瘫恢复越好,分数越高。(5)Sunnybrook 量表:对眼、颊、口等部位动作采用Sunnybrook量表从静态和动态两方面进行评分,总分0~100分,面神经功能越好,得分越高。(6)复发率:对两组病人进行随访,随访时间在出院后1、3、6个月,询问病人面瘫症状有无复发或加重。(7)临床疗效:无效,临床症状无改善甚至加重,Sunnybrook量表评分≤55分;

有效,临床症状有所减轻,55分<Sunnybrook量表评分<75分;显效,临床症状大部分消失,75分≤Sunnybrook量表评分<95分;治愈,临床症状全部消失,Sunnybrook量表评分在≥95分。

1.4 统计学方法 采用统计学软件SPSS 20.0进行分析,计量资料的正态性采用Kolmogorov-Smirnov检验验证,均符合正态分布,以 $\bar{x} \pm s$ 表示,例如H-B评分、面瘫Portmann评分等,组内及组间比较采用样本 t 检验;计数资料采用例(%)表示,并行 χ^2 检验,两组等级数据的比较采用秩和检验的方法。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组病人治疗后面神经功能比较 两组病人治疗后面神经功能明显改善($P < 0.05$),且联合组面神经功能改善情况明显优于单一组($P < 0.05$)。见表1。

表1 顽固性面瘫120例治疗后面神经功能比较/例

组别	例数	0级	I级	II级	III级	IV级	V级
单一组	60						
治疗前		8	19	25	8	0	0
治疗后		0	6	14	26	12	2
Z,P值		8.73, <0.001					
联合组	60						
治疗前		6	20	26	8	0	0
治疗后		0	0	4	24	28	4
Z,P值		6.27, <0.001					
两组比较Z,P值							
治疗前/治疗后		0.27, 0.785/4.10, <0.001					

2.2 两组病人治疗前后NGF、GDNF水平比较 两组病人NGF、GDNF水平治疗后较治疗前升高,且联合组NGF、GDNF水平高于单一组($P < 0.05$)。见表2。

2.3 两组病人治疗前后H-B评分、面瘫Portmann评分、Sunnybrook量表评分比较 两组病人H-B评

表2 顽固性面瘫120例治疗前后NGF、GDNF水平比较/(mg/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	NGF	GDNF
单一组	60		
治疗前		8.92±1.35	2.26±0.69
治疗后		12.16±3.33	5.29±1.11
t,P值		6.98, <0.001	17.96, <0.001
联合组	60		
治疗前		8.89±1.37	2.28±0.71
治疗后		15.54±3.42	7.74±1.42
t,P值		13.98, <0.001	26.64, <0.001
两组比较t,P值			
治疗前		0.12, 0.904	0.15, 0.876
治疗后		5.48, <0.001	10.53, <0.001

注:NGF为神经生长因子,GDNF为胶质源性神经营养因子。

分治疗后较治疗前降低,且联合组H-B评分低于单一组($P < 0.05$),面瘫Portmann评分、Sunnybrook量表评分治疗后较治疗前升高,且联合组面瘫Portmann评分、Sunnybrook量表评分高于单一组($P < 0.05$)。见表3。

表3 顽固性面瘫120例治疗前后H-B评分、面瘫Portmann评分、Sunnybrook量表评分比较/(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	H-B评分	面瘫Portmann评分	Sunnybrook量表评分
单一组	60			
治疗前		4.01±0.73	6.69±0.68	36.42±10.17
治疗后		2.63±0.54	15.31±1.03	69.16±10.67
t,P值		29.00, <0.001	128.30, <0.001	44.47, <0.001
联合组	60			
治疗前		4.03±0.71	6.72±0.71	36.17±10.13
治疗后		1.67±0.49	17.24±1.16	78.64±11.56
t,P值		51.05, <0.001	138.15, <0.001	54.84, <0.001
两组比较t,P值				
治疗前		0.15, 0.879	0.24, 0.814	0.14, 0.893
治疗后		10.20, <0.001	9.64, <0.001	4.67, <0.001

注:H-B为神经功能分级。

2.4 两组病人治疗后1、3、6个月复发率比较 联合组总复发率3.33%低于单一组总复发率13.33%($P < 0.05$)。见表4。

表4 顽固性面瘫120例治疗后1、3、6个月复发率比较/例(%)

组别	例数	1个月	3个月	6个月	总复发
单一组	60	2(3.33)	3(5.00)	3(5.00)	8(13.33)
联合组	60	0(0.00)	1(1.67)	1(1.67)	2(3.33) ^①

注:①与单一组比较, $\chi^2=3.93, P=0.048$ 。

2.5 两组病人临床疗效比较 联合组整体疗效优于单一组($P < 0.05$),且联合组总有效率90.00%明显高于单一组总有效率75.00%($P < 0.05$)。见表5。

表5 顽固性面瘫120例临床疗效比较/例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
单一组	60	2(3.33)	18(30.00)	25(41.67)	15(25.00)	45(75.00)
联合组	60	4(6.67)	26(43.33)	24(40.00)	6(10.00)	54(90.00) ^①

注:①与单一组比较, $Z=4.68, P=0.031$ 。

3 讨论

顽固性面瘫较难治愈,会有小部分病人留有面肌挛缩、味觉异常等后遗症^[10-11]。甲钴胺常被用来治疗周围性面瘫,能够促进损伤神经的修复,缓解麻木^[12]。穴位注射是将药物直接注射于穴位内,使西药与穴位刺激相结合,使之发挥双重作用^[13]。

中医将顽固性面瘫归为“口僻”“面瘫”范畴,多由风邪侵袭、正气亏虚导致气血不能养筋、气血痹阻所致,因此治疗应以调气血、祛外邪、活血通络为

主^[14-15]。经筋透刺法所刺穴位中地仓、颊车、阳白均分布在面神经重要解剖部位,采用一穴多针,多针浅刺的方法,使之符合三阳经筋分布^[16-17]。经筋透刺法可直接刺激经筋,达到活血通络、调气血、祛外邪的作用^[18],且所选穴位均为面部穴位,因此,疗效更为显著。将经筋理论针刺结合水针疗法用于顽固性面瘫病人,能够改善病人麻痹程度及面神经功能,是一种安全有效的治疗方法^[19]。将透刺经筋法联合甲钴胺穴位注射用于周围性面瘫病人,能够改善病人残疾指数,提高面神经功能^[20]。本研究结果显示,两组病人H-B评分治疗后较治疗前降低,且联合组H-B评分低于单一组,面瘫Portmann评分、Sunnybrook量表评分治疗后较治疗前升高,且联合组面瘫Portmann评分、Sunnybrook量表评分高于单一组,提示,经筋透刺法联合穴位注射能够提高面神经功能,改善面瘫情况。原因可能为:经面部穴位注射甲钴胺注射液,可直接发挥药物的最大效果,同时产生的机械刺激,对面神经功能的改善有促进作用;而经筋透刺法的应用,主要通过透刺健侧的穴位(如地仓、丝竹空等),以激发面部患侧相对应的穴位经气,可有效疏通患侧痹阻的经络,促进面神经功能的恢复。两组病人治疗后面神经功能明显改善,且联合组面神经功能改善情况明显优于单一组,提示经筋透刺法联合穴位注射能够改善病人面神经功能。NGF能够促进神经细胞生长,使神经细胞的生物学活性提高。GDNF能够促进神经细胞修复,使血管通透性降低。比较两组病人NGF、GDNF水平,结果显示,两组病人NGF、GDNF水平治疗后较治疗前升高,且联合组NGF、GDNF水平高于单一组,提示,经筋透刺法联合穴位注射能够促进神经细胞生长与修复。原因可能为:经筋透刺法通过刺激面部的不同穴位,可加强局部微循环的血流量,对面部肌肉痉挛的缓解及面神经炎症的改善有积极作用,从而更有利于促进病人的神经细胞生长与修复。比较两组病人复发率及临床疗效,结果显示,联合组总复发率3.33%低于单一组总复发率13.33%,联合组整体疗效及总有效率均优于单一组,提示,经筋透刺法联合穴位注射能够降低病人复发率,提高临床疗效。

综上所述,经筋透刺法联合穴位注射可改善顽固性面瘫病人面神经功能,疗效较好且复发率较低,值得临床推广。

参考文献

[1] 连平,刘洁,王艳艳.综合护理干预在周围性面神经麻痹患者治疗中的应用效果分析[J].山西医药杂志,2020,49(16):2234-2236.

- [2] 王静,屈明娥.自制面瘫膏联合特定电磁波谱照射治疗周围性面瘫疗效观察[J].山西医药杂志,2019,48(11):1325-1327.
- [3] 王晓婷,熊金花,曾红文,等.固定牵拉滞针法联合电针治疗顽固性面瘫的疗效及对患者面神经功能指数的影响[J].中医药导报,2021,27(4):74-76.
- [4] 崔梦媛,皮敏,李海馨,等.透刺法为主针刺治疗对顽固性面瘫血流灌注影响的研究[J].广州中医药大学学报,2019,36(9):1352-1357.
- [5] 刘亚妮,王春雨,周柯,等.复方樟柳碱太阳穴位注射联合中西医疗眼肌麻痹的护理[J].中国药物与临床,2019,19(8):1372-1373.
- [6] 余兆安,叶晓红,彭俊,等.针刺结合穴位注射治疗原发性视网膜色素变性患者的临床观察[J].辽宁中医杂志,2019,46(4):816-818.
- [7] 贾建平,陈生弟.神经病学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2013.
- [8] 刘海永,孟红梅,李艳杰,等.针刺结合自拟清热通络方治疗风热型周围性面瘫的临床研究[J].中国医药导报,2019,16(21):155-158.
- [9] 彭川.针刺联合高压氧、神经营养因子对周围性面神经麻痹患者神经功能和肌电图的影响[J].针灸临床杂志,2020,36(4):31-35.
- [10] 楚佳梅,陈飞宇,刘小平,等.电针结合中镇六穴及火针对顽固性面瘫患者面神经功能及焦虑状态的改善作用及其相关性分析[J].中国中医药科技,2020,27(5):726-728.
- [11] 王璞.顽固性面瘫患者实施中西医结合治疗的临床效果观察[J].贵州医药,2021,45(4):616-617.
- [12] 张加英,戴丽娟,王淑兰,等.翳风穴穴位注射甲钴胺治疗急性期面瘫的临床观察[J].中国中医急症,2019,28(7):1241-1243.
- [13] 张光红,罗继红,李杜军,等.内球后穴注射大剂量鱼腥草治疗单纯疱疹病毒性角膜炎的临床观察[J].中国医药导报,2020,17(9):103-106,110.
- [14] 范娥,魏清琳,高丽波,等.基于“针药异效互补”理论探讨益气活血通脉法配合针刺治疗气虚血瘀型顽固性面瘫22例[J].中医研究,2020,33(10):61-64.
- [15] 罗智超,王晨阳,罗会用,等.基于络病理论的中药熏洗配合运动揸针疗法治疗顽固性周围性面瘫的临床观察[J].四川中医,2020,38(4):202-205.
- [16] 王建文.石学敏院士针刺治疗贝尔氏麻痹[J].中医学报,2021,36(5):1006-1009.
- [17] 朱坤.透穴刺法治疗急性周围性面神经麻痹的疗效观察[J].中外医学研究,2015,13(9):43-45.
- [18] 徐立伟,宋春侠,权兴苗,等.经筋刺法改善Hunt面瘫患者面神经功能及身心功能:随机对照研究[J].针刺研究,2020,45(4):330-333,345.
- [19] 马坤琴,张伟,李佩芳.基于经筋理论针刺结合水针疗法治疗顽固性面瘫的临床疗效研究[J].针灸临床杂志,2019,35(11):21-25.
- [20] 许毅克.透刺经筋法联合甲钴胺穴位注射对周围性面瘫患者面神经功能的影响[J].中医药临床杂志,2020,32(2):329-332.

(收稿日期:2022-04-06,修回日期:2022-06-09)