中药辨证方联合针刺治疗贝尔麻痹临床研究

漆慧

（武汉科技大学　武汉民政职业学院，湖北　武汉　430080）

【摘　要】目的：观察中药辨证方联合针刺治疗贝尔麻痹的临床疗效，力求为临床治疗周围性面神经麻痹提供有意义的研究成果。方法：将本次研究 192 例观察病例，随机分为治疗组和对照组，每组各 96 例。在研究期间，治疗组及对照组分别有 2 例、1 例不能配合治疗脱落，不作统计，实际纳入统计范围 189 例，其中治疗组 94 例，对照组 95 例。两组治疗前性别、年龄、病程相比较，未见明显统计学差异 ($P>0.05$)，说明两组患者具有可比性。两组均在营养神经、抗炎等内科治疗的基础上，治疗组予以中药辨证方联合针刺治疗，对照组仅予以针刺治疗，两组治疗治疗时间均为 6 周，每周五次，治疗前后分别采用 House-Brackmann(H-B) 面神经功能计分量表、面神经运动传导及瞬目反射来评估面神恢复情况，并用 SPSS19.0 进行统计学分析。结果：治疗 6 周后，进行 House-Brackmann 评分比较，治疗组中 94 例面神经麻痹的有效率、治愈率分别为 96.8%、52.12%，而对照组有效率、治愈率分别为 87.5%、15.63%，具有显著性差异 ($p<0.05$)；进行面神经电生理比较，治疗组可显著提高面神经传导波幅、可缩短瞬目反射 RI 波的潜伏期，并优于对照组 ($p<0.05$)。结论：针刺结合中药辨证方治疗周围性面神经麻痹具有较好的疗效。

【关键词】 针刺；中药辨证方；面神经麻痹；临床观察

周围性面神经麻痹（Idiopathic facial palsy），或称为贝尔麻痹（Bell palsy），属祖国医学“面瘫病”的范畴，是因为茎乳孔内面神经非特异性炎症所致周围性面神经麻痹[1]。其主要临床表现为患侧表情肌瘫痪，额纹消失，眼睑不能闭合，漏白，流眼泪，口角歪斜，进食包饭；部分患者可能出现耳内疱疹，耳后乳突疼痛，舌前 2/3 味觉减退或消失，是神经系统常见病、多发病[1]。本病确切病因尚不明，普遍认为是茎乳孔内的面神经急性感染和水肿所致神经受压或局部循环障碍，后期出现面神经髓鞘或轴索肿胀、脱失，进而出现面肌瘫痪[1]。祖国医学认为，面瘫病的病机多由正气不足，脉络空虚，风寒、风热之邪乘虚侵袭面部脉络，以致经气阻滞，经筋失养，筋肌弛缓不收而发病[2]。

在治疗上，现代医学主张使用糖皮质激素、抗病毒等药物消除面神经炎性水肿，B 族维生素营养面神经，以及改善循环等治疗。中医治疗面瘫病手段多，疗效显著，如针灸治疗、火罐、刺络放血、穴位注射、中药汤剂内服、中药外敷等等，疗效确切，安全且无副作用。下面就本研究报告如下：

一、研究对象与方法

（一）研究对象：

192 例病例均来自 2019 年 4 月至 2021 年 4 月我院脑病科住院部患者。

1. 纳入标准：

所有病例均符合《中国特发性面神经麻痹诊治指南》[3] 中面神经麻痹的诊断标准，均为急性起病，除单侧面神经麻痹外，无耳后疼痛，外耳道无疱疹，无听力下降、舌前 2/3 味觉减退。

2. 排除标准：

（1）年龄超过 70 周岁，或小于 16 周岁；妊娠状态或哺乳妇女；（2）除外颅内肿瘤、脑卒中、颅内感染等引起中枢性面神经麻痹，吉兰－巴雷综合征引起的双侧面瘫，前庭性面神经麻痹，后颅窝肿瘤、脑膜炎及神经莱姆病；

（3）排除心、肝、肾功能严重异常者，排除股骨头坏死，排除糖尿病、高血压及其他代谢性疾病或精神性疾病；

（4）排除一切不能配合完成实验者。

3. 研究方法

符合纳入标准及排除标准患者共 192 例，采用随机数字表法，分为治疗组和对照组各 96 例。

（1）治疗组：

① 基础治疗：地塞米松磷酸钠注射液（马鞍山丰原制药有限公司生产）10mg/d，静脉滴注；雷贝拉唑钠肠溶片（安斯菲）20mg/d 护胃，氯化钾缓释片（补达秀）0.5g bid 补钾，钙尔奇 D 1 片 /d 补钙；维生素 B1 注射液 100mg+ 甲钴胺注射液（弥可保）0.5mg 左右足三里交替穴位注射；

② 针刺治疗

选穴：风池、翳风、攒竹、阳白、丝竹空、头维、太阳、下关、四白、迎香、地仓、颊车、颧髎、健侧合谷等穴；

操作方法：患者平卧位，选用75%酒精皮肤消毒，选用华佗牌 φ0.25×40mm 无菌针灸针（苏州医用品厂生产），单手快速进针，进针后施以平补平泻手法，针刺得气后，取地仓－下关、阳白－太阳接华佗牌电针治疗仪（苏州医用品厂生产），采用断续波，留针30min，每日1次，每周5次。

针刺注意事项：地仓穴透颊车穴，风池穴进针需向鼻尖方向斜刺[4]，余针刺深度、针刺方向按《经络腧穴学》穴位针刺操作规范进行。急性期针刺时宜浅刺激，一般进针2～3分即可，手法宜轻；恢复期及后遗症期可稍重刺激；

③ 中药辨证方：加味牵正散为基础方，白附子6g、白僵蚕10g、全蝎6g；风热证：加二花10g、连翘12g、防风10g、桑叶15g、菊花15g、黄芩10g、板蓝根15g、大青叶10g； 风寒证：加荆芥10g、防风10g、羌活10g、白芷12g、白蒺藜15g、川芎8g、蝉蜕10g、蜈松1条、甘草6g； 气滞血瘀证：党参15g、黄芪20g、白术10g、茯苓10g、当归15g、川芎8g、白芍15g、熟地10g、甘草10g；煎服法：每日1剂，水煎服，每日2次，所有中药煎药统一由我院煎药室提供。

（2）对照组：

对照组基础治疗及针刺治疗同治疗组，对照组不给予中药辨证方治疗，治疗6周后评估疗效。

①疗效评定：

参照第五次国际面神经外科专题研讨会推荐House-Brackmann(H-B)面神经功能计分量表：

根据 House-Brackmann(H-B) 面神经功能分级量表，将周围性面瘫疗效评定标准确定如下：

痊愈：根据面肌运动情况，面肌运动功能恢复正常，H-B 面神经功能评价分级为Ⅰ级。

显效：需仔细观察才能看出轻微的面肌运动功能减弱，额肌中等运动，眼睑轻度用力即可完全闭合，鼻唇沟轻度不对称，H-B面神经功能评价分级为Ⅱ级。

有效：有明显面肌运动功能减弱，上额运动微少，眼用力可完全闭合，明显观察到口不对称，H-B 面神经功能评价分级为Ⅲ和Ⅳ级。

无效：额肌未见明显活动，眼睑不能完全闭合，口角仅有轻微运动，H-B面神经功能评价分级为Ⅴ和Ⅵ级。

电生理指标：主要包括面神经运动传导（CMAP）波幅、瞬目反射（RI波）潜伏期，经本治疗方案治疗前、治疗后6周分别行面神经运动传导波幅、瞬目反射潜伏期检查。

4. 统计分析：所有资料采用SPSS 19.0统计软件分析，计量资料服从正态分布的数据采用 t 检验，不服从正态分布的数据采用非参数检验，计数资料采用 X2 检验，临床等级资料比较采用非参数检验中的秩和检验。

二、结果

（一）两组性别、年龄、病程的比较。

（二）疗效比较：见表1，治疗6周后比较，治疗组治愈率、有效率均明显高于对照组（P＜0.05）。

（三）面神经运动传导CMAP波幅比较

组内比较：治疗组治疗后与治疗前比较有显著性差异（△P<0.05）；组间比较：治疗后两组间比较有显著性差异（※P<0.05），说明治疗组经治疗后能提高面神经运动传导CMAP波幅，且优于对照组。

（四）瞬目反射（RI）波的潜伏期比较

表1 两组一般资料的比较

组别	N	性别		年龄 （$\bar{x}$±s，岁）	病程 （$\bar{x}$±s，日）
		男	女		
治疗组	94	40	54	46.66±9.68	2.21±3.17
对照组	95	45	50	44.13±11.13	2.56±3.83
x^2		0.057			
P		0.647		0.621	0.678

注：治疗前，两组性别、年龄、病程比较，均无统计学意义（P＞0.05），说明两组具有可比性。

表2 两组治疗6周后疗效比较(n)

组别	N	痊愈（%）	显效	有效	无效	总有效（%）
治疗组	94	49（52.12）△	30	12	3	91（96.80）※
对照组	95	23（24.21）	21	40	11	84（88.42）
P		0.124				0.436

注：治疗组与对照组痊愈率比较，△P＜0.05；治疗组与对照组总有效率比较，※P＜0.05

表 3 两组治疗前、后面神经运动传导波幅比较 （$\bar{x}\pm s$,mv）

组别	N	治疗前	治疗后
治疗组	94	1.43±0.054	2.62±0.039$^{△※}$
对照组	95	1.46±0.048	1.95±0.042

注：治疗组治疗前、后比较，△ P<0.05；治疗组与对照组治疗后比较，※P<0.05

表 4 两组治疗后与治疗前面神经运动传导波幅比较 （$\bar{x}\pm s$,ms）

组别	N	治疗前	治疗后
治疗组	94	16.53±0.54	10.39±0.93$^{△※}$
对照组	95	16.86±0.80	14.36±1.54

注：治疗组治疗前、后比较，△ P<0.05；治疗组与对照组治疗后比较，※P<0.05

组内比较：治疗组在治疗前、后比较均有显著性差异（△ P<0.05）；组间比较：治疗后两组间比较有显著性差异（※P<0.05)，说明治疗组的治疗方法均可缩短瞬目反射 RI 波的潜伏期，且优于对照组。

三、讨论

本研究通过两年时间观察 189 例面神经麻痹患者的疗效，分为治疗组 94 例和对照组 95 例，治疗组在给予基础治疗、针刺治疗，以及给予中药辨证方，对照组除无中药辨证方外，其余治疗同治疗组，通过对比两组数据说明中药辨证方有效，结合针刺治疗效果优于单一针刺治疗。

面神经麻痹确切的病因目前尚不明确，可能与病毒感染、免疫系统异常、炎症反应等有关[5]；由于面神经走行比较复查，运动纤维经面神经核发出之后，绕过展神经核出脑干，出内耳门之后，一段神经纤维在骨性面神经管内通过，一旦面神经发生炎症、水肿，可能出现面神经卡压而出现面神经麻痹。

历代医学家对面瘫病均有较早的认识，汉代医圣张仲景在《金匮要略·中风历节》[6]说：“浮者血虚，络脉空虚，……或左或右，邪气反缓，……正气引邪，喎僻不遂，……肌肉不仁，邪在于经，即重不胜”。清代林佩琴《类证治裁》[7]记载：“口眼歪斜，血液衰涸，不能荣润筋脉”，就指出人体正气不足，气血亏虚，筋脉失去濡养，故而发病。综上各医家之所述，面瘫病的病机多由正气不足，脉络空虚，风寒、风热之邪乘虚侵袭面部脉络，以致经气阻滞，经筋失养，筋肌弛缓不收而发病。

随着医学技术的不断发展，肌电图在周围性面神经麻痹的诊断、预后评估更准确、客观。通过电生理检查，如面神经运动传导 CMAP 波幅、针极肌电图、瞬目反射等指标的检测，可以直接判断受损神经的损伤程度，是轴索或脱髓鞘等，为周围性面神经麻痹的诊断及对预后的判断提供科学依据[8]。如患侧 CMAP 波幅下降为健侧的 30% 以上，可能在 2 月内恢复；下降为健侧 10% ～ 30%，在 2 ～ 8 个月恢复；下降为健侧 10% 以下，恢复较差，需半年～ 1 年恢复，甚至难以恢复[1]。

有研究表明，针刺刺激能兴奋神经，通过对血管调节，有较好的抗炎作用，同时增加渗出吸收，缓解神经水肿，解除血管痉挛，促进神经供血，加快新陈代谢，促进面神经损伤的恢复[9]。

参考文献：

[1] 吴江，贾建平．神经病学（第 3 版）[M]. 北京：人民卫生出版社 ,2015:132.

[2] 王启才．针灸治疗学 [M]. 北京：中国中医药出版社 ,2006:69.

[3] 刘明生等执笔．中华医学会神经病学分会．中国特发性面神经麻痹诊治指南 [J]. 中华神经科杂志 ,2016(2):84-86.

[4] 沈雪勇《经络腧穴学》中国中医药出版社，[M]2007,6（第 2 版）189-190；

[5] 周春林，夏和平． 阿昔洛韦联合糖皮质激素治疗面神经炎 34 例临床疗效分析 [J]． 现代诊断与治疗 , 2015, 26 (12) : 2697-2698．.

[6] 汉·张仲景．金匮要略 [M]. 第 1 版．北京：人民卫生出版社，1956：29.

[7] 林佩琴. 类证治裁，北京：中国中医药出版社，1997，85-87.

[8] 党静霞．肌电图诊断与临床应用 [M]. 人民卫生出版社 , 2013, 12(2):71-73.

[9] 刘杰．超短波结合针刺治疗面神经麻痹 50 例分析 [J]. 中国误诊学杂志，2009,9（21）：5215.

作者简介：漆慧 ，女，湖北黄冈人，武汉科技大学 武汉民政职业学院 助教 中医执业医师 研究方向：针灸，中药，康复

通讯作者：刘丹，女，武汉科技大学 副教授 硕士研究生导师 研究方向：神经感染性疾病，神经发育性疾病，神经退行性疾病