

# 经筋调理四联综合疗法治疗难治性 面瘫 30 例临床观察

李德华 李 季 杨 玲

(成都中医药大学附属医院,成都,610072)

**摘要** 目的:观察经筋调理四联综合疗法治疗难治性面瘫的临床疗效。方法:将 60 例难治性面瘫患者随机分为治疗组和对照组,每组 30 例,治疗组给予针灸经筋排刺、面部经筋推拿、隔姜灸和面部闪罐经筋调理四联综合疗法治疗,对照组采用传统循经取穴针刺。各组均治疗 1 次/d,5 次/周,共治疗 4 周,随访 4 周。分别于治疗前、治疗后、随访结束 3 个时间点采用面神经功能分级量表、面神经麻痹程度分级评分表和面部残障指数量表进行评分,并在随访结束评价有无后遗症。结果:最终完成观察治疗组 28 例,对照组 27 例,2 组患者面神经功能分级量表、面神经麻痹程度分级评分表和面部残障指数量表评分与本组治疗前相比均明显改善( $P < 0.05$ );各量表 2 组间比较在治疗结束和随访结束时均有统计学意义( $P < 0.05$ );2 组患者出现后遗症的例数治疗组少于对照组,但组间比较无统计意义( $P > 0.05$ )。结论:经筋调理四联综合疗法能改善面瘫患者面部活动功能及社会功能,疗效优于传统针刺疗法,并有可能降低后遗症发生率的趋势。

**关键词** 经筋调理;难治性面瘫;针灸疗法;经筋排刺;经筋推拿

## Muscle region of meridian conditioning quadruple combination therapy treatment of refractory facial paralysis Clinical Observation of 30 Cases

Li Dehua, Li Ji, Yang Ling

(The affiliated hospital of Chengdu university of TCM, Chengdu 610072, China)

**Abstract Objective:** To observe the clinical curative effect of muscle region of meridian conditioning quadruple comprehensive therapy in the treatment of refractory facial paralysis. **Methods:** The 60 cases of refractory facial paralysis patients were randomly divided into a treatment group and a control group, 30 cases in each group, the treatment group given acupuncture Jingjin needling, face by muscle massage, moxibustion with ginger and quick cupping regulate quadruple therapy treatment, the control group using the traditional meridian acupuncture. 1 times a day, 5 times a week for 4 weeks, followed up for 4 weeks. Respectively, before and after treatment, follow-up ended three time points using the facial nerve function grading scale, facial palsy grade level the score sheet and facial disability index score scale, and end of follow-up evaluation of whether the sequelae. **Results:** Finishing observation of 28 cases in treatment group and control group in 27 cases, two groups of patients with facial nerve function grading scale, facial nerve and facial paralysis degree grading scale and disability index scale score compared with group before treatment were significantly improved ( $P < 0.05$ ). The scale comparison between the two groups at the end of the treatment and follow-up had significant difference between groups ( $P < 0.05$ ). Two groups of patients with sequela of cases in treatment group is less than the control group, but is no statistical difference between groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** Muscle region of meridian conditioning quadruple combination therapy can improve the function of facial paralysis patients with facial movements and social function, more effective than traditional acupuncture therapy, and may reduce the incidence of sequelae trend.

**Key Words** Muscle region of meridian conditioning; refractory facial paralysis; acupuncture; line-puncture on muscle region of meridian; The muscle massage

中图分类号:R246.8 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.08.018

面瘫又称急性特发性周围性面神经麻痹,该病在西方国家每年的发病率为 15~30/10 万<sup>[1]</sup>,而在我国患病率为 49.77/10 万<sup>[2]</sup>,男女发病率相同。该病的自然病程预后良好,约 70% 的患者即使不治疗在 6 个月内可以完全恢复<sup>[3-4]</sup>,但有 30% 的患者在半

年内不能完全恢复,有超过约 10% 患者面部功能始终不能恢复正常,他们中 5% 患者遭受严重的后遗症,如面肌痉挛、瘫痪肌挛缩(倒错)、联带运动等<sup>[5]</sup>。而对于这些在 3~6 个月内没有完全恢复,又错过了手术时机的患者,现代医学的有效治疗措施

不多,而在这个注重颜值的年代,面瘫的长期不愈将严重影响了患者的生活工作及社会交往,造成严重的心理负担,以致于医生和患者都将治愈的希望很大程度上寄托在中医上。笔者在临床上,根据传统中医经筋理论及面瘫特点,采用经筋调理四联综合疗法治疗难治性面瘫获得较好临床疗效,现报道如下。

## 1 资料

1.1 诊断标准 参照美国耳鼻喉-头颈外科学会(AAO-HNSF)2013版 Bell's 麻痹防治指南<sup>[6]</sup>及王维治主编第5版《神经病学》<sup>[7]</sup>中特发性面神经炎的诊断,选择诊断明确患者。

1.2 纳入标准 1)符合 Bell's 麻痹或亨特氏综合征诊断标准;2)年龄在18至70岁之间;3)单侧发病;4)病程大于3个月,小于12个月;5) House-Brackmann(H-B)面神经功能评价分级在Ⅳ级及以上;6)神志清楚,能正确表达;7)愿意接受针灸治疗及相关检查并签署知情同意书。

1.3 排除标准 1)排除其他原因导致的面神经炎,如外伤、格林巴利、肿瘤、脑血管疾病、糖尿病、各种感染等;2)合并糖尿病、或严重精神病、或柯兴综合征、或重度骨质疏松症、或严重高血压;3)合并有心血管、肝、肾、肺和造血系统等严重原发性疾病者;4)妊娠期和产褥期;5)皮肤过敏者或合并其他感染者;6)正在接受其他临床研究者。

1.4 脱落标准 未完成试验而中途退出者;合并使用其他疗法或药物而无法判定疗效者;出现不良事件或不良反应者。

1.5 一般资料 本研究病例来自2014年12月至2015年8月成都中医药大学附属医院针灸科门诊和住院部患者,采用 SPSS 16.0 统计软件产生随机分组信息表,将分组信息用信封隐藏,按受试者入组顺序依次拆开密封信封,将患者随机分为治疗组和对照组各30例。其中治疗组男13例,女17例,平均年龄( $43.1 \pm 16.0$ )岁,平均病程( $97.3 \pm 7.0$ )d;对照组中男12例,女18例,平均年龄( $43.7 \pm 15.7$ )岁,平均病程( $97.4 \pm 5.5$ )d。2组患者性别、年龄、病程等基线资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),组间具有可比性。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

2.1.1 治疗组 采用经筋调理四联综合疗法(针灸经筋排刺+面部经筋推拿+隔姜灸+面部闪罐)。

1)经筋排刺:选穴:以患侧足阳明和足太阳经筋循行

路线为主,每隔0.5寸一针,排列成3~4排(针数依患者面部面积大小而定),其中包括交替选择曲差、阳白、丝竹空、头维、迎香、四白、下关、颊车、颧髎、水沟、翳风、承浆、合谷等穴位针刺。针刺方法:常规消毒皮肤,用25 mm×25 mm 华佗牌无菌针灸针针刺或斜刺0.3~0.5寸,用平补平泻手法得气后留针30 min,每间隔10 min用平补平泻捻转手法行针1次。2)面部经筋推拿:根据手足阳明和太阳经筋循行,采用推抹、拿捏、摩擦、捋顺等推拿手法,在患侧面部施术20~30 min,达到筋结消散,局部温热为度。具体操作:先以一指禅手法推额部及患侧颜面部,再抹额部,拿捏上下眼睑及颜面部,擦耳后颜面部及额部,最后捋顺面部经筋。3)隔姜灸:取穴:根据手足阳明和太阳经筋循行。操作:患者取仰卧位或侧卧位,先将新鲜生姜切成大小约为3 cm×3 cm,厚约3 mm~4 mm的薄片,中间用针灸针刺数个小孔,置于经筋循行线上,将艾绒捏成底面直径约1 cm,高1 cm的圆锥艾炷,置于生姜片中央并点燃顶部,待患者感觉皮肤微烫时,用手将生姜片连同艾炷循经循行移动,往返反复操作,患者感觉皮肤不烫时,更换艾炷继续施灸,灸至皮肤潮红为度。4)面部闪罐:部位:根据手足阳明和太阳经筋循行部位。用小火罐,将棉花棒蘸95%乙醇点燃,在罐内绕一周后抽出,立即将罐按在拔罐的部位上,再马上拔下,再吸再拔,反复多次,直到局部皮肤充血为止。针刺、推拿及隔姜灸1次/d,5次/周,面部闪罐隔天1次,3次/周,共治疗4周。

2.1.2 对照组 采用传统循经取穴针刺,取穴:阳白、攒竹、禾髎、太阳、翳风、下关、迎香、颧髎、地仓、颊车、承浆、合谷、足三里。操作:每次选取8~10个穴位针刺,可用透刺法,操作及针具同前,用平补平泻手法得气后留针30 min,每间隔10 min手法行针1次。1次/d,5 d/周,治疗4周。

2.2 观察指标及方法 主要疗效指标 面神经功能分级量表(House-Brackmann Facial Nerve Grading System, HB-system)<sup>[8]</sup>评价。次要疗效指标:1)面神经麻痹程度分级评分<sup>[9]</sup>。2)面部残障指数(FDI)<sup>[10]</sup>量表评分。以上指标分别于治疗前、治疗结束、随访结束评价。3)有或无后遗症:包括联带运动,面肌痉挛,鳄鱼泪综合征,耳鸣(镫骨肌收缩),在随访结束时评估。

2.3 统计学方法 数据处理用 SPSS 16.0 统计软件包,数据录入及统计均由不知研究分组意义的第3方进行,计量资料用两独立样本 *t* 检验,等级资料

用非参数检验,均采用双侧检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 3 结果

治疗组和对照组各纳入病例 30 例,治疗组因不能按时完成治疗脱落 2 例,完成 28 例;对照组因不能按时完成治疗脱落 2 例,1 例因合并使用其他疗法剔除,共完成 27 例。

表 1 治疗前后 2 组 HB-system 量表评价情况[例(%)]

分级	治疗前		治疗后		随访结束	
	治疗组(n=28)	对照组(n=27)	治疗组(n=28)	对照组(n=27)	治疗组(n=28)	对照组(n=27)
I	0	0	0	0	6(21.4)	0
II	0	0	5(17.9)	0	14(50.0)	5(18.5)
III	0	0	15(53.6)	8(29.6)	8(28.6)	15(55.6)
IV	9(32.1)	8(29.6)	8(28.6)	14(51.9)	0	6(22.2)
V	15(53.6)	14(51.9)	0	5(18.5)	0	1(3.7)
VI	4(14.3)	5(18.5)	0	0	0	0
P		0.379		0.000		0.000

由上表可知,2 组患者在治疗前量表分级组间比较差异无统计学意义,2 组在治疗后及随访结束组间比较有统计学意义( $P < 0.05$ )。在治疗结束,治疗组分级在Ⅲ级及以下的患者点占 71.5%,而对照组为 29.6%;在随访期,治疗组分级在Ⅱ级及以下的患者点占 71.4%,而对照组为 18.5%,治疗组疗效要明显优于对照组。而各组治疗后与治疗前相比,均有明显改善( $P < 0.05$ ),2 种疗法均有效。

3.2 面神经麻痹程度分级评分比较 面神经麻痹程度分级评分量表是 2006 年制定的周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准。该量表将抬额、皱眉、闭眼、耸鼻、患侧面肌肌力、鼻唇沟、鼓腮、示齿、吹口哨、降下唇等 10 个方面与健侧对比进行量化评分,功能正常为 10 分,功能完全消失为 0 分,量表总分为 100 分,得分越高表示功能越好,2 组评分比较情况见表 2。

表 2 治疗前后 2 组面神经麻痹程度分级评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	随访结束
治疗组	28	24.14 ± 9.39	59.25 ± 11.59 <sup>*△</sup>	75.11 ± 16.80 <sup>*△</sup>
对照组	27	22.26 ± 9.38	42.26 ± 12.78 <sup>△</sup>	57.04 ± 13.86 <sup>△</sup>

注: \* 表示同时时间点与对照组比较  $P < 0.05$ ; <sup>△</sup> 表示与本组治疗前比较  $P < 0.05$ 。

由表 2 可知,2 组患者在治疗前组间评分比较无组间差异,在治疗结束及随访结束时 2 组间比较治疗组要优于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );2 组患者治疗后及随访结束与本组治疗前相比,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),2 种方法对难治性面瘫均有效。

3.1 面神经功能分级量表(HB-system)评价 HB-system 面神经分级标准分为 6 等级,Ⅰ级为正常,Ⅱ级为轻度功能障碍,Ⅲ级为中度功能障碍,Ⅳ级为中-重度功能障碍,Ⅴ级为严重功能障碍,Ⅵ级为完全麻痹。每个等级有测量抬眉及口角的运动幅度的具体内容,并与健侧进行比较,再将这些结果转换成 6 等级,2 组分级比较情况见表 1。

3.3 面部残障指数(FDI)量表评分比较 FDI 是由匹斯堡大学医学中心制定,目的是根据面神经疾病患者的躯体和社会心理状态的变化,对残疾程度和疗效进行评价。FDI 评价范围包括躯体和社会生活功能(包括心理和社会角色功能)2 个方面,共有 10 个问题(项目),其中躯体功能含 5 项,每项分 4 个等级,记分从 2 到 5;社会生活功能 5 项,每项分 6 个等级,记分从 1 到 6,相应功能障碍从重到轻,两项评价经转化后总分各为 100 分,得分越高表示病情越轻。2 组比较见表 3。

表 3 治疗前后 2 组面部残障指数(FDI)量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	项目	入组前	治疗后	随访结束
治疗组	28	躯体功能	24.29 ± 8.92	59.14 ± 10.65 <sup>*△</sup>	77.07 ± 12.12 <sup>*△</sup>
		社会功能	53.29 ± 9.38	71.50 ± 5.64 <sup>*△</sup>	88.25 ± 7.95 <sup>*△</sup>
对照组	27	躯体功能	21.44 ± 7.38	43.37 ± 9.89 <sup>△</sup>	58.22 ± 12.17 <sup>△</sup>
		社会功能	53.29 ± 7.75	63.89 ± 7.76 <sup>△</sup>	74.44 ± 8.01 <sup>△</sup>

注: \* 表示同时时间点与对照组比较  $P < 0.05$ ; <sup>△</sup> 表示与本组治疗前比较  $P < 0.05$ 。

由表 3 可知,2 组患者治疗前躯体功能及社会功能评分组间比较差异无统计学意义,治疗后及随访结束 2 个时间点躯体功能和社会功能评分治疗组均高于对照组,且组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),治疗组优于对照组。2 组治疗后及随访与治疗前相比较,均有明显改善( $P < 0.05$ ),2 种治疗方法均有效。

3.4 2 组出现后遗症比较 难治性面瘫出现的常见后遗症主要有联带运动、面肌痉挛、鳄鱼泪综合征、耳鸣等,可单独出现或同时出现,2 组患者在随访时出现后遗症情况见表 4。

表4 2组出现后遗症情况比较(例)

组别	例数	面瘫后遗症			
		联带运动	面肌痉挛	鳄鱼泪	耳鸣
治疗组	28	1	1	0	0
对照组	27	2	2	1	1

由表4可知,治疗组出现后遗症患者共2例,治疗组出现后遗症患者共6例,2组患者出现后遗症情况经 $\chi^2$ 检验 $P=0.143, P>0.05$ ,组间差异无统计学意义。

3.5 安全性评价 2组均有少数患者在针刺治疗中有少量皮下出血,以无菌棉球按压后即可立即止血,未出现断针滞针晕针等不良反应,艾灸未出现烧灼烫伤等皮肤损害,所有患者均未发生严重不良事件。

#### 4 讨论

临床上通常将经过3个月治疗尚不能得到完全恢复的患者,称之为难治性面瘫,其原因可能与面神经损伤程度、早期是否及时有效的治疗、年龄、合并疾病等诸多相关因素有关<sup>[11-13]</sup>,在疾病的早期可以通过面神经功能分级量表、面神经电图、瞬目反射、症状体征等进行综合判断。现代医学通过早期神经电图波幅损伤评估预后,大体认为损伤达到95%是分界线,如果损伤达到95%将不可恢复,即使行面神经减压手术治疗<sup>[14]</sup>;如果损伤达到90%,在14d内行手术治疗可以改善预后,合并有疱疹的患者如果损伤达到85%将难以恢复<sup>[15]</sup>。对于可能出现难以恢复或恢复较差的患者通过早期的面神经减压术手术治疗来改善预后,但是血管减压术能使患者获益的证据仍不足<sup>[16]</sup>。《灵枢·经筋》:“足之阳明,手之太阳,筋急则口目为噤,毗急不能卒视”;“足阳明之筋……引缺盆及颊,卒口僻,急者目不合,热则筋纵,目不开。颊筋有寒,则急引颊移口;有热则筋弛纵缓,不胜收故僻”。该经典论述以指明面瘫的病位在经筋,面部是手足三阳经筋,特别是手足阳明经筋散布结聚之处,经筋循行于表浅筋肉关节,易感外邪,当人体正气不足、卫外不固时,风寒湿热等邪气便乘虚而入,导致经气失于正常布散,气血痹阻,经筋失养,筋肉纵缓不收而发为本病。根据此病因、病机、病位特点,我们结合临床实际,采用经筋调理四联综合疗法治疗难治性面瘫,该法是以面部经筋循行为基础,沿经筋走行而操作的方法,针刺沿经筋排刺以通经、经筋推拿以理经、隔姜灸以温经、经筋闪罐以强经,四法综合以达到经筋通调,气血通畅,经筋强健之功,而面瘫自愈。从本临床观察结果看,经筋调理四联综合疗法与传统针刺疗法比较具有明

显优势,对于患者面部功能改善,社会功能活动及降低后遗症的发生都能起到良好的改善作用。但是本观察样本量较小,仅能反应一种趋势,面瘫又有一定程度的自愈性,可以进一步扩大临床研究样本,设立等待治疗组,进一步评价该方法的有效性及其疗效优势。

#### 参考文献

- [1]Tiemstra JD, Khatkate N. Bell's palsy: diagnosis and management [J]. Am Fam Physician, 2007, 76(7):997-1002.
- [2]陈良,薛广波,何裕新. 中国 Bell 麻痹流行病学调查[J]. 临床神经病学杂志, 1992, 5(2):2002.
- [3]Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies[J]. Acta Oto-Laryngologica. 2002, 122(7):4-30.
- [4]Engström M, Berg T, Stjernquist-Desatnik A, et al. Prednisolone and valaciclovir in Bell's palsy: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial [J]. The Lancet Neurology, 2008, 7(11):993-1000.
- [5]Salinas RA, Alvarez G, Daly F, et al. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis) [J]. The Cochrane Library, 2010.
- [6]Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2013, 149(3 Suppl):S1-27.
- [7]王维治. 神经病学[M]. 5版. 北京:人民卫生出版社, 2004:90-91.
- [8]House JW. Facial nerve grading systems [J]. The Laryngoscope, 1983, 93(8):1056-1069.
- [9]杨万章,盛佑祥,张敏,等. 近年肌萎缩侧索硬化症中西医结合临床研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006, 4(12):1079-1081.
- [10]VanSwearingen JM, Brach JS. The Facial Disability Index: reliability and validity of a disability assessment instrument for disorders of the facial neuromuscular system [J]. Phys Ther, 1996, 76(12):1288-1298.
- [11]Yeo SW, Lee DH, Jun BC, et al. Analysis of prognostic factors in Bell's palsy and Ramsay Hunt syndrome [J]. Auris Nasus Larynx, 2007, 34(2):159-164.
- [12]Ushio M, Kondo K, Takeuchi N, et al. Prediction of the prognosis of Bell's palsy using multivariate analyses [J]. Otol Neurotol, 2008, 29(1):69-72.
- [13]Marsk E, Bylund N, Jonsson L, et al. Prediction of nonrecovery in Bell's palsy using Sunnybrook grading [J]. Laryngoscope, 2012, 122(4):901-906.
- [14]Fisch U. Prognostic value of electrical tests in acute facial paralysis [J]. Am J Otol, 1984, 5(6):494-498.
- [15]Chow LC, Tam RC, Li MF. Use of electroneurography as a prognostic indicator of Bell's palsy in Chinese patients [J]. Otol Neurotol, 2002, 23(4):598-601.
- [16]McAllister K, Walker D, Donnan PT, et al. Surgical interventions for the early management of Bell's palsy [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2013, 10:CD007468.