針罐齊下對周圍性面神經麻痹治療的臨床研究

Clinical research on the treatment of Bell's palsy with combined acupuncture and cupping

江果[1] 吳成林[2] 章玲鳳[3] 康冰心[4] 祝桂香[5]

JIANG Guo, WU Chenglin, ZHANG Lingfeng, et al.

（1. 河南省省立醫院康復科 河南鄭州 450000 2. 深圳平樂骨傷科醫院針灸科 深圳518000 3. 江西中醫藥大學 江西南昌 330000

4. 上海中醫藥大學 上海 200233 5. 庫爾勒市第二人民醫院中醫康復科 新疆庫爾勒 841000）

[摘要] 目的 分析針罐齊下對周圍性面神經麻痹的臨床療效。 **方法** 將60例患者隨機分為實驗組A和對照組B各30例，兩組均給以普通針刺，主穴一致，其中A組針刺後給以閃罐+走罐治療，隔日1次；每日針刺1次，10天為一療程。一療程結束後休息2天，行下一療程。2療程後對比治療前後SFGS評分、House-Brackmann (H-B) 功能,並比較各組臨床療效。 **結果** A組總有效率為100.0%,B組為86.7%,差異有統計學意義 ($P < 0.05$)。2療程後其SFGS評分、H-B與同組治療前比較,差異具有統計學意義 ($P < 0.05$)，A組與B組治療後比較，差異有統計學意義 ($P < 0.05$)。 **結論** 針罐齊下治療周圍性面神經麻痹有良好效果。

[關鍵詞] 面神經麻痹；針刺；火罐

周圍性面神經麻痹是臨床上常見病、多發病，該病多由於病毒感染、寒冷刺激、自主神經功能紊亂等，發生局部血管痙攣，面神經管內組織急性水腫，造成的莖乳孔內面神經非特異性炎症；中醫稱之為「面癱」、「掉線風」、「口僻」，主要症狀為：睡醒後一側面部癱瘓、麻木、感覺減退，一側額紋變淺或消失，眼瞼閉合不全，鼻唇溝變淺，口角歪向健側，鼓腮漏氣，部分初起時有耳根後疼痛，伴或不伴舌前2/3味覺減退或消失，部分有聽覺過敏現象。西醫治療多以抗病毒、消炎、營養神經等方法，一般常用藥物主要為：皮質類固醇激素、維生素、抗病毒、神經修復藥物等，以上藥物能在一定程度促進神經修復，促進局部水腫消退，不能從根本上提高治療效果[1]，且完全治癒較困難，部分遺留面肌癱瘓、肌肉痙攣、咀嚼無力等後遺症，對日常生活影響極大。且抗生素大量使用會直接造成患者的機體能力下降，恢復緩慢，導致水鈉瀦留的發生。自古以來針灸治療面癱效果明顯，本人採用針罐齊下治療該病，臨床療效良好，報告如下：

1 資料與方法

1.1 臨床資料

選取2016年8月至2018年10月期間我科門診及住院治療的60例周圍性面神經麻痹患者為物件，依就診順序隨機分為實驗組A和對照組B各30例，其中A組男性18例，女性12例，年齡19~70歲，平均年齡為（42.36±1.28）歲，病程在3-25d，平均病程為（14.54±1.36）d；B組男性16

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

例，女性14例，年齡10~70歲，平均年齡為（39.62±1.42）歲，病程在2-25d，平均病程為（14.24±1.26）d；兩組患者在（性別、病程、年齡）等基本資料方面，統計學無意義（P >0.05），存在可比性。

1.2 診斷標準

參照《周圍性面神經麻痹診斷與治療專家共識》和石學敏院士主編的《針灸學》制定。①急性起病，常有受涼、吹風或外感史；②患側表情肌癱瘓，額紋消失、眼裂擴大、鼻唇溝變淺、口角下垂，面部被牽向健側；③患側Bell徵陽性，不能皺額、蹙眉、露齒、鼓氣和吹口哨等動作；④患者洗漱時病側口角漏水，進食後食物常滯留於病側齒頰間隙內等臨床表現；⑤部分患者可有舌前2/3味覺減退或消失，耳後、耳內、乳突區、面部疼痛或麻木感 。

中醫辨證分型參照石學敏院士主編的《針灸學》（新世紀第2版）[2]：兼見面部有受涼史，多伴惡寒、無汗、身痛，舌淡，苔薄白，為風寒證；繼發於感冒發熱，多伴微熱、惡風、口乾，舌紅，苔黃膩，為風熱證。

1.3 納入標準

①符合上述診斷標準；②年齡在10~70歲；③首次發病者且1周內就診患者，未使用其他方法治療者；④患者知情同意並能按時治療者。

1.4 排除標準

①意識、精神障礙；②合併嚴重心腦血管、內分泌系統疾病或造血、免疫系統嚴重疾病；③腦血管、腦腫瘤、萊姆病、繼發性面神經麻痹、糖尿病性神經病變、吉蘭巴雷綜合徵、中樞系統等其他可以引起面神經麻痹的患者；④肝腎功能不全及妊娠或孕期、哺乳期婦女患者；⑤不能配合或正參與其他研究者；

1.5 治療方法

a. 基礎治療：根據基礎病情，如有高血壓、糖尿病、高血脂等疾病的患者給予控制血壓、調控血糖、降脂等對症治療。

b. 針灸主穴：患側穴位：陽白、魚腰、攢竹、太陽、顴髎、下關、頰車、地倉、承漿、翳風、合穀、足三里；辨證取穴如下：風寒證加風池；風熱證加曲池、大椎；鼻唇溝變淺或消失者加迎香；口唇歪斜者加人中；其中陽白透刺魚腰，攢竹透刺魚腰，頰車透刺地倉，透刺穴位取「華佗牌」無菌毫針0.22mm×40mm(商品編碼：05001104，生產廠家：蘇州醫療用品廠有限公司)，採用平刺法，刺入約30mm長度，以針下得氣為要；餘穴位採用直刺法，刺入深度約25mm；足三里選取0.30mm×50mm無菌毫針，刺入約35mm-40mm深度，面部穴位取患側單側，肢體穴位取雙側，留針30min，10天為1療程，間隔2天行下一療程治療。A組與B組均參考以上針刺方案進行。

c. 其中A組針刺結束後，即給以面部火罐療法（閃罐+走罐），具體操作方法為：①首先塗少量按摩油於患側額面部，左手持點燃95%酒精棉球的血管鉗，右手持1號玻璃罐，左手將血管鉗迅速在罐內轉動1-2下即吸附於患側前額處，迅疾拔起，如此反復在額頭至太陽穴處皮膚均勻地進行閃罐操作一遍後，將吸附好的火罐從前額向太陽穴方向滑動(即走罐)，重複走罐3-5遍，

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

待術者覺玻璃罐稍燙手後即將火罐平放至右手心(即罐口平行於地面)自額頭至太陽穴反復來回滾動，重複操作3-5遍，然後換另一1號玻璃罐以進行下步操作，避免火罐過於燙手而影響操作；②同樣操作，沿下關→頰車→承漿方向、顴髎→地倉→承漿方向亦採取閃罐+走罐+滾動方法；2天行一次火罐療法，10天為1療程。

1.6 觀察指標

1.6.1 Sunnybrook面神經評定系統 (SFGS)[3]

評分標準：SFGS評定分為靜態和動態評定。靜態評定包括：①瞼裂：正常為0分，存在縮窄或增寬為1分，有眼瞼整形手術史為1分；②鼻唇溝：正常為0分，完全消失為2分；不明顯或過於明顯為1分；③嘴：正常為0分，出現口角下垂或上提為1分；靜態評分=總分×5。動態評定包括隨意運動評定和聯動分級評定。①隨意運動包括：抬額頭、輕輕閉眼、張嘴微笑、聳鼻、嘴吸吮5個動作。無運動為1分，輕度運動為2分，有運動但有錯亂的表情為3分，面部運動幾乎對稱為 4分，運動完全對稱為5分；隨意運動分=總分×4。②聯動分級評定：對抬額頭、輕輕閉眼、張嘴微笑、聳鼻、嘴吸吮5個動作進行評定，無聯動為0分，輕度聯動為1分，明顯聯動但無毀容為2分，嚴重的毀容性聯動為3分；聯動分=總分。動態評分=隨意運動分-聯動分，SFGS評分=動態評定分-靜態評定分。

1.6.2 觀察兩組的臨床療效及治療前後House-Braekmann（H-B）面神經功能。

①治癒： I級正常；②顯效：II級輕度功能障礙；III級中度功能障礙；③有效：IV 級中重度功能障礙；④無效：V級功能嚴重障礙；VI級完全麻痹。

1.7 統計學處理

運用SPSS24.0軟體對兩組治療前後評定資料進行統計分析。計量資料採用±s；符合正態分佈的計量資料（年齡、病程、評分），以配對t檢驗比較治療前後療效，以獨立樣本t檢驗行組間比較；計數資料(性別)採用卡方和校正卡方檢驗；非正態分佈的計量資料和計數資料選取秩和檢驗。以P<0.05（雙側）為有統計學意義。

2 結果

2.1 兩組患者治療前後Sunnybrook（SFGS）評分比較（表1）

表1 兩組Sunnybrook（SFGS）評分比較（±s）

組別	例數(n)	治療前	治療後
對照組	30	31.27±2.93	74.03±3.24★
實驗組	30	31.80±3.39	89. 07±3.56▲

香港针灸医学会 版权所有 Copyright HKSOMP All Rights Reserved

注：經獨立樣本t檢驗，兩組治療前，t=0.538，P=0.119>0.05；治療後，經配對樣本t檢驗，與實驗組治療前比較，▲t=-59.064，▲P=0.00<0.05；與對照組治療前比較，★t=-37.176，★P=0.00<0.05；實驗組與對照組經獨立樣本t檢驗對比，t*=12.38，P*=0.00<0.05；

2.2 治療前後 House-Braekmann（H-B）面神經功能比較 (±s)

表2 兩組療效比較 (%)

組別	例數 (n)	痊癒	顯效	有效	無效	有效率 (%)
對照組	30	12	6	8	4	86.7
實驗組	30	20	8	2	0	100.0

注：實驗組總有效率高於對照組，差異有統計學意義 (P<0.05)。

表3 兩組House-Braekmann（H-B）功能分級比較(n)

組別	例數 (n)	治療前 (n)						治療後 (n)					
		I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	IV	V	VI
對照組	30	0	2	7	13	7	1	14	8	4	2	1	1■
實驗組	30	0	2	9	11	6	2	23	5	2	0	0	0▲★

注：經卡方檢驗，兩組治療前 χ^2=2.0，P=0.157>0. 05；與觀察組治療前比較，▲P<0.01；與對照組治療前比較，■P<0.01；兩組組間比較，★P<0.05。

3 討論

《靈樞·經筋》曰：「足陽明之筋…其病…卒口僻，急者目不合，熱則筋縱，目不開。頰筋

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

有寒，則急引頰移口；有熱，則筋弛縱緩不勝收，故僻」；《靈樞·經脈》記有：「胃足陽明之脈，起於鼻之交頞中…至額顱」；「大腸手陽明之脈，其支者…上挾鼻孔。」；「膽足少陽之脈，起於目銳眥，上抵頭角…」；巢元方《諸病源候論·卷三十七·偏風口□候》：「體虛受風，風入於頰口之筋也。足陽明之筋上夾於口，其筋偏虛，而風因乘之，使其經筋偏急不調，故令口□僻也」。傳統醫學認為面癱發病機理主要為：正氣不足，脈絡空虛，風寒之邪入侵陽明、少陽經脈，寒主收引，經筋攣縮而發病。

現代醫學多避諱面癱發作即行針灸治療，因認為此期針刺有可能加重面神經水腫。而傳統醫學則認為越早開展針灸越好，大多研究結果認為早期（急性期）針灸治療周圍性面神經麻痹效果最佳，即最佳治療時機為發病後7d內的急性期，而不是靜止期、恢復期，針灸治療介入越早，愈顯率越高，病程越短[4]。有研究提示針刺通過改善血液微循環，促進新陳代謝，調節生理功能，改善面神經局部營養，加強神經再生，增加肌纖維收縮，促進炎症滲出物吸收，從而對周圍性面癱產生良好的臨床療效[5]。

該病主要為陽明、少陽經絡受累，故主要選取該兩經穴位：陽白、攢竹、絲竹空、四百、顴髎、下關、承漿局部選穴，能激發陽明、少陽之氣，陽明經為多氣多血之經，少陽經為多氣少血之經，針刺局部相關穴位可疏風散寒，溫經通絡，調和氣血；外奇穴太陽穴，針刺可發散陽氣，疏通經絡；翳風穴為三焦經之穴，現代臨床研究該穴位深層為面神經乾從莖乳突穿出處，故針刺該穴位可很好的修復受損的面神經；合谷穴為手陽明大腸經之原穴，為臟腑原氣經過和留止的穴位，「面口合穀收」，該穴可激發面部經絡，健脾胃，補氣血以溫煦滋養受寒邪入侵之面部經筋脈絡；足三里為足陽明胃經之下合穴，針刺該穴可健運脾胃，調和氣血，濡養筋脈，為面癱的恢復提供重要的扶正固本之功。本方案中採用的透刺療法為一針兩穴或多穴，針刺於淺表皮層，刺激面積大，刺激強度較強、取穴少、手法輕，可很好地「氣至病所」，發揮「通經絡，行氣血」的功效[6]，有利於局部正氣的恢復，使筋肌得到濡養，又能疏通瘀滯的津液氣血，鼓邪外出[7]。取陽白透魚腰、絲竹空透魚腰、攢竹透魚腰可改善經筋攣縮，促進額紋出現，提高眼瞼閉合能力；地倉為手足陽明經與陽蹻脈交會穴，陽蹻脈失調時，則會出現肢體肌肉不協調的症狀，頰車透地倉，可更好地糾正口角歪斜、鼓腮漏氣、喝水漏水、嚼食不靈活之症；

針灸的調和陰陽、扶正祛邪之功，選擇相應穴位可疏通陽明經氣，避免久則經氣瘀滯，且閃罐結合走罐的治療有溫經散寒、通經活絡之功，針罐齊下，如虎添翼，相得益彰，既能扶正祛邪，又可防止「疾淺針深，內傷良肉」。該研究通過實踐驗證明針罐齊下療法集合兩種良好的方案於一體，取其所長，發揮溫經散寒、舒筋通絡、調和氣血之功，療效明顯，能很好地治癒周圍性面神經麻痹。不足之處，請同仁們及時指出。

香港針灸醫學會版權所有 Copyright HKMA All Rights Reserved

參考文獻

[1] 袁振濤, 王河寶. 中西醫結合治療周圍性面神經麻痹臨床研究[J]. 中醫學報，2010，25（5）:951- 952．

[2] 上海市衛生局. 上海市中醫病證診療常規[M]. 上海 ：上海中醫藥大學出版社，2003 ：410-411.

[3] Pereira M A D F, Bittencourt A G, Andrade E M D, et al. Decompression of the tympanic and labyrinthine segments of the facial nerve by middle cranial fossa approach: an anatomic study[J].Acta Neurochirurgica,2016,158(6):1205-1211.

[4] 孫甯. 針灸治療周圍性面癱不同時間介入的臨床療效觀察[J]. 中國民間療法，2017，25(10)：17—18．

[5] 張志宏, 李志磊. NSM-S15P型MRI觀察電針周圍性面癱患者左、右側地倉穴fMRI的臨床研究[J]. 針灸臨床雜誌, 2015,31(11):32-34.

[6] 戴自明. 透刺法治療周圍性面癱60例臨床觀察[J]. 中國針灸，1998，18（11）：679-680.

[7] 項瓊瑤，傅莉萍. 平衡陰陽針刺法治療周圍性面癱後期的臨床觀察[J]. 上海針灸雜誌，2005，24（8）:32- 34.

[Abstract] Objective To observe the effects of acupunture combined with cupping in Treating Peripheral Facial Paralysis. Methods Sixty patients were randomly divided into observation group A and control group B, with 30 cases in each group. Both patients were given acupuncture treat. Group A were treated with flash cupping and moving cupping, every other day. Patients in 2 groups were treated with acupunture therapy once a day, 10 days as a treatment course, take 2 days off of a course, After 2 courses, the patients were evaluated by the scores of SFGS and H-B before and after the therapy. Results Group A'total effective rate was 100.0%, Group B's was 86.70%, there was statistically significant（P<0.05）. The scores of SFGS and H-B contrast before trement, there was statistically significant（P<0.05）.The scores of the observations were markedly increased more than that in the controls, the differences were striking（P<0.05）; Conclusion Acupunture combined with cupping has obvious improvement effect in patients with peripheral facial paralysis.

[Key words] Acupuncture; Cupping; Peripheral facial paralysis;

（編委：倫新審校2021.07.09）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved