

电针配合揸针贴压耳穴治疗 贝尔麻痹临床研究

吕海波¹, 甘收云²

(1. 中关村医院, 北京 100190; 2. 海淀中医院, 北京 100086)

摘要:目的: 比较电针配合揸针贴压耳穴疗法和单纯电针疗法治疗 Bell 麻痹的临床疗效。方法: 门诊选取发病 1 周内的贝尔麻痹患者 60 例, 随机分为对照组和治疗组, 每组 30 例。对照组给予单纯电针治疗, 治疗组给予电针及揸针贴压耳穴治疗。两组治疗前后均采用 H-B、DEFS 及 May 量表进行评分并比较面神经功能恢复情况。结果: 治疗组和对照组治疗前后 H-B、DEFS 及 May 评分差异均有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后两组间 H-B、DEFS 及 May 评分的差异均有统计学意义($P < 0.05$); 治疗组的愈显率 86.67%, 对照组的愈显率 60%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 电针配合揸针贴压耳穴可提高单纯电针治疗 Bell 麻痹的疗效, 值得在临床上推广应用。

关键词: 贝尔麻痹; 电针; 揸针; 耳穴

中图分类号: R246.6 文献标识码: A 文章编号: 1005-0779(2019)01-0019-03

Clinical Observation of Electro-acupuncture Combined with Thumbtack Needling on Auricular Points in the Treatment of Bell's Palsy

LYU Haibo¹, GAN Shouyun²

(1. Beijing Zhongguancun Hospital, Beijing 100190, China; 2. Beijing Haidian Hospital of TCM, Beijing 100086, China)

Abstract: Objective: To compare the curative effect between electro-acupuncture combined with thumbtack needling on auricular points and single electro-acupuncture in the treatment of Bell's palsy. **Methods:** 60 cases of Bell's palsy (within one week) were randomly divided into the control group ($n = 30$) and the observation group ($n = 30$). The control group was treated with single electro-acupuncture; on which basis, the observation group was also treated with thumbtack needling on auricular points. The curative effect was compared by the scores of H-B scale, DEFS scale and May scale. **Results:** There were statistical differences in the score of H-B scale, DEFS scale and May scale between before and after the treatment in the both groups ($P < 0.05$); also, there were statistical differences in the above indexes between the two groups after the treatment ($P < 0.05$). The good improvement rate was 86.67% in the observation group, which was significantly higher than 60% in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Electro-acupuncture combined with thumbtack needling on auricular points can improve the curative effect of Bell's palsy, which is worthy of clinical promotion.

Key words: Bell's palsy; Electro-acupuncture; Thumbtack needling; Auricular point

Bell 麻痹 (Bell's palsy), 又称特发性面神经麻痹 (Idiopathic facial palsy), 是因茎乳孔内面神经非特异性炎症所致的周围性面神经麻痹^[1], 可发生于任何年龄, 以 15~45 岁年龄段高发, 多仅累及单侧, 年发病率为 30/100 000^[2]。临床表现为突发性单侧口眼歪斜, 患侧表情肌完全或部分瘫痪, 部分患者还可出现患侧味觉、听觉改变及耳后乳突区疼痛等症状。目前, 该病

在临床上主要通过药物、物理治疗及针灸等方法进行综合治疗。针刺疗法在治疗 Bell 麻痹中疗效确切, 目前在临床已经得到广泛的应用, 本病亦是世界卫生组织推荐的针灸治疗适应症之一, 尽管如此, 仍有约 15% 左右的患者面瘫不能完全恢复^[3], 疗效仍不够理想。笔者在临床上采用电针配合揸针耳穴贴压治疗 Bell 麻痹, 疗效较满意, 具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

作者简介: 吕海波 (1981-), 男, 主治医师, 从事针灸临床工作。

2016年10月—2018年10月笔者门诊选取发病在1周内的贝尔麻痹患者60例,按随机数字表法分为治疗组和对照组两组,每组30例。两组患者在性别、年龄、病程等方面均无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组 Bell 麻痹患者一般资料比较

组别	例数	男(例)	女(例)	平均年龄 (岁 $\bar{x} \pm s$)	平均病程 (天 $\bar{x} \pm s$)
治疗组	30	17	13	43.10 \pm 15.30	2.83 \pm 1.44
对照组	30	16	14	44.30 \pm 17.21	2.73 \pm 1.34

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《神经科医师手册》第2版^[4]中关于 Bell 麻痹的诊断标准:①急性起病,单侧发病,面神经麻痹在数小时到数天达到高峰;②主要表现为患侧面部表情肌瘫痪,额纹消失,上下眼皮不能闭合或闭合不紧,鼻唇沟变浅,口角下垂,鼓气或吹口哨漏气,食物易停滞于患侧齿颊间;③部分患者伴有听觉过敏,乳突区疼痛或压痛,舌前2/3味觉障碍等表现;④排除外伤、中耳炎、耳部疱疹、肿瘤等引起的继发性周围面神经麻痹。

1.2.2 中医诊断标准 参照《针灸治疗学》^[5]中关于面瘫的诊断及辨证分型制定:急性起病,以口眼歪斜为主要特点,病侧不能皱眉、蹙额、闭目、露齿、鼓颊,患侧面部肌肉呆板、麻木、瘫痪,额纹消失,闭目无力,鼻唇沟变浅,口角下垂歪向健侧,部分患者有舌前2/3味觉减退、听觉过敏、耳后疼痛等症。

1.3 纳入标准

①符合上述 Bell 麻痹的诊断标准,首次发病,病程在1周之内者;②患者年龄在18~75岁之间;③面神经 H-B 分级量表评分达到 III 级或 III 级以上水平;④同意进行针刺疗法,同意配合进行面神经相关医学量表评分,并签署临床实验知情同意书。

1.4 排除标准

①双侧面瘫或既往有面瘫及面肌痉挛病史者;②亨特氏综合症患者或由于外伤、肿瘤、中耳炎等明确病因引起的继发性面神经麻痹患者;③同时接受本研究之外其他针对本病的治疗方法者;④有造血系统、肝、肾、内分泌系统等严重疾病及精神病患者;⑤女性妊娠期或哺乳期患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 基础治疗 两组患者均给予以下基础治疗:①给予口服维生素 B₁ 片(天津金世制药有限公司,10 mg/片)10 mg,每日3次,甲钴胺片(华北制药股份有限公司,0.5 mg/片)0.5 mg,每日3次;②在治疗期间嘱患者自行面部肌肉功能锻炼,主要动作包括抬眉、

蹙额、用力闭眼、耸鼻、张大鼻孔、上下唇噘起(或吹哨动作)、鼓气、示齿等,如不能自行主动完成动作者,可在手指帮助下做被动运动,恢复较好时可进一步进行面部肌肉动作的速度、灵敏度、协调性等练习,每日2次,每次约10 min;③每次针灸治疗的同时,使用 TDP 治疗仪(重庆新峰医疗器械有限公司,型号 CQ-27)照射患侧面部约20 min,热度以患者觉温热而不灼热为度。

1.5.2 对照组 主穴:取患侧攒竹、阳白、四白、颧髎、颊车、地仓及合谷等;配穴:人中沟偏歪加水沟、鼻唇沟浅加迎香、乳突部疼痛加翳风、味觉减退加廉泉、目合困难加鱼腰等。操作方法:患者仰卧位,所有穴位用75%酒精常规消毒,发病1周内针刺时面部取穴少、针刺浅、手法轻且不施加电针,发病1周后面部腧穴取穴增加,捻转得气后根据患者面瘫症状取两组穴位连接6805-D型电针仪(汕头市医用设备厂有限公司),选疏密波,电流强度以患者耐受为度,电针每次治疗20 min,每周5次,10次为一疗程(如治疗期间患者完全恢复,H-B评分1分,则停止治疗)。

1.5.3 治疗组 先行常规针刺治疗,针刺取穴及治疗方法同对照组,针刺治疗结束后即行揞针贴压耳穴治疗。耳穴取穴:患侧额、眼、面颊、口及皮质下等。操作方法:耳穴75%酒精常规消毒,根据面瘫症状选取患侧4个耳穴,采用清铃牌揞针(规格型号:直径0.20 mm×针长0.9 mm)将针尖对准耳部穴位快速按压后粘贴,揞针留置约24 h,第2天针刺治疗前去除,揞针每周治疗3次,电针治疗周期同对照组。

1.6 观察指标

所有患者治疗前后均采用以下3个量表^[6]对患者患侧面神经的功能进行评定。

1.6.1 House-Brackmann 面神经分级量表 通过观测患者面部肌肉运动功能,将面瘫严重程度分为6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级为重度严重功能障碍、V级为严重功能障碍、VI级为完全麻痹,按 H-B 对应评级分别计为1~6分,1分为正常,6分为完全麻痹。

1.6.2 DEFS 面部对称详细评价量表 由 Pillsbury 和 Fisch 设计,通过静止状态时的面部、抬眉并皱眉、闭眼、微笑、撅嘴并吹口哨等动作,测定患者面神经损伤面部的对称性,进而对面瘫程度及治疗效果进行评估,总分100分,最低0分,最高100分,分数越高面部对称性越正常。

1.6.3 May 面神经麻痹分级量表 此表是由 May 提出的针对面神经麻痹的分级系统,分为肌张力、皱眉、紧闭眼、眨眼、皱鼻、露齿笑、吹口哨、鼓腮、咬下唇和拉紧颈部肌肉10项评分,每项10分,总分100分,最低0

分,最高 100 分,分数越高面神经的功能越好。

1.7 疗效判定标准

参照《实用耳鼻喉学》^[7]中关于面神经功能恢复评定标准判定治疗效果:①痊愈:面部表情肌全部恢复正常;②显效:面部静止时无异常表现,当患者微笑或示齿时可发现鼻唇沟轻度变浅或嘴角微微下垂,但闭眼动作可轻松完成;③有效:无论面部静止还是运动时,均可发现鼻唇沟变浅、嘴角下垂,但症状均比治疗前有所改善,闭眼动作力可完成;④无效:面部表情肌功能较治疗前无明显变化,闭眼动作无法完成。

1.8 统计方法

表 2 两组 H-B、DEFS 及 May 量表评分比较

组别	H-B 评分		DEFS 评分		May 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	4.17 ± 0.91	1.80 ± 0.66 ¹⁾	35.23 ± 21.18	76.53 ± 17.90 ¹⁾	34.33 ± 15.30	79.67 ± 16.02 ¹⁾
对照组	4.20 ± 0.96	2.30 ± 0.99 ^{1) 2)}	34.73 ± 20.04	64.47 ± 22.78 ^{1) 2)}	33.50 ± 15.32	66.83 ± 21.11 ^{1) 2)}

注:与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较

经过上述治疗后,治疗组的愈显率(愈显病例 = 痊愈病例 + 显效病例)为 86.67%,对照组为 60%,两组之间的愈显率差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 治疗后两组患者临床疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
治疗组	30	10	16	4	0	86.67 ¹⁾
对照组	30	7	11	12	0	60.00

注:与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

Bell 麻痹,又称特发性面神经麻痹,本病多单侧发病,中青年多见,其病因多认为于病毒感染、神经滋养血管痉挛、自身免疫性炎症等因素有关,致病因素可引起面神经局部缺血、变性、水肿,使面神经位于狭窄骨性面神经管内的主干受压,从而导致面神经功能障碍,其早期病理改变为神经水肿和脱髓鞘,严重者出现轴索变性^[8],后期可见神经鞘膜纤维化、神经滋养血管内膜发炎等特征,辅助检查如面神经电生理检查^[9]可以发现患侧面神经传导时的潜伏期、波幅改变、复合肌肉动作电位(CMAP)的改变等。中医学对本病亦认识较早,早在春秋战国时期成书的《灵枢经·经筋》就有记载^[10],曰“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,有热则筋迟纵缓不收,故僻”,故本病中医学称为“口僻”“口喎”“面瘫”“歪嘴风”等。目前临床上治疗本病多采用中西医结合的方式进行综合治疗,药物治疗包括激素冲击、抗病毒、营

使用 SPSS17.0 统计软件进行统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 H-B、DEFS 及 May 量表评分比较

治疗组和对照组治疗前后 H-B、DEFS 及 May 评分差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗后两组间 H-B、DEFS 及 May 评分的差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

养神经和活血化瘀中药等,物理治疗包括红外线照射、超短波治疗及半导体激光治疗等^[11],中医方面治疗有针刺、艾灸、拔罐、中药熏治、刺络放血和穴位注射等^[12]。本病经积极治疗,大部分病人可基本恢复,超过 3 个月或半年仍未恢复者可能会留有后遗症^[13],表现为不完全性面瘫、面部肌肉挛缩或联带运动(如口眼联动),严重者会影响面部大部分肌群而出现面肌痉挛。

针灸治疗本病效果显著,已经作为面神经炎的常规治疗方法而被广泛应用,如靳克涛等^[14-16]采用针刺疗法治疗 Bell 麻痹,总有效率都在 90% 以上。针灸治疗可使受损的面神经产生兴奋、增强肌纤维收缩、加速局部血液循环、增加新陈代谢,起到抗炎、促进渗出吸收、解除血管痉挛、促进血供、改善面神经缺血缺氧状态及促进神经纤维再生的作用^[17]。笔者在诊治这类疾病过程中发现,此病多为自身卫阳之气不足或面部脉络空虚情况下,风寒或风热外邪侵袭面部少阳、阳明经脉,致使面部经络阻滞、经筋失养,出现筋肌纵缓不收而发病^[18]。笔者针刺治疗时选取的病例都是 Bell 麻痹发病 1 周内的急性期患者,此时患者处于发病初期,病程进展较快,病情不稳定,面神经处于急性水肿、炎性反应时期,故发病 1 周内针刺治疗时面部取穴少,采用浅刺轻刺激,不施加补泻手法,防止后期出现并发症。Bell 麻痹发病 1 周后,病情逐渐稳定,进入恢复期,此期面部经络气滞血瘀、经脉痹阻严重,面部筋经失于濡养、不荣而枯,故笔者治疗时采用电针面部穴位配合揠针贴压耳穴。电针可以激发面部神经冲动,带动面部肌肉收缩,起到良好的反馈调节修复作用;而揠

针耳穴贴压则属于耳针治疗的范畴,本病的发病部位在耳后的茎乳孔,离耳穴非常近,在治疗时针体持续埋藏于耳穴皮下,因揞针非常短,不仅治疗时疼痛较轻,且留针时间长,能给耳穴以持久而柔和的良性刺激,起到加强疗效的作用,本实验经统计分析,电针配合揞针贴压耳穴治疗后疗效优于单纯电针,说明电针配合揞针贴压耳穴具有提高单纯电针治疗作用的优势,值得在临床上推广应用。

参考文献:

[1] 吴江,贾建平. 神经病学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 132 - 133.
 [2] 陈生第,高成阁. 神经与精神疾病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 194 - 195.
 [3] Andrew J Lamer. 神经系统疾病临床速查手册[M]. 2版. 天津: 天津出版传媒集团, 2016: 39 - 40.
 [4] 李建章. 神经科医师手册[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 494 - 495.
 [5] 王启才. 针灸治疗学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 69 - 71.
 [6] 王玉龙. 神经康复学评定方法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 357 - 360.

[7] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻喉学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 950 - 953.
 [8] 崔天国,杨冬,冯鹏. 全科医师手册[M]. 6版. 北京: 人民军医出版社, 2016: 394 - 395.
 [9] 林枫,洪卫民,刘玮. Bell's 麻痹预后因素分析黑龙江医学[J]. 2015, 39(10): 1157 - 1158.
 [10] 刘立公,黄琴峰,胡冬裴. 针灸临证古今通论(头面五官分册)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 148 - 149.
 [11] 刘有限,李黄彤,郝凤娥. 周围性面瘫治疗研究进展[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(15): 90 - 92.
 [12] 王念宏,宣植,杨铭,等. 针刺治疗周围性面瘫概述[J]. 针灸临床杂志, 2016, 32(8): 89 - 91.
 [13] 吕传真. 神经病学[M]. 上海: 上海科技出版社, 2015: 98 - 100.
 [14] 靳克涛. 针刺治疗贝尔麻痹 78 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2015, 36(10): 53 - 55.
 [15] 庞博,李晶,姜涛. 针刺对贝尔麻痹急性期干预效果的临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(2): 165 - 167.
 [16] 孔荣. 针刺结合赵氏雷火灸治疗周围性面神经炎临床观察[J]. 中医临床研究, 2016, 8(1): 45 - 47.
 [17] 唐路,杨金蓉,胡幼平. 近年来针灸治疗面神经炎机制研究概况[J]. 四川中医, 2007, 25(4): 30 - 33.
 [18] 杨涛. 北京针灸名家丛书之田从豁[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 221 - 222.

收稿日期: 2018 - 07 - 04

临床报道

慢性萎缩性胃炎患者经络分布特点观察

周 炜¹ 赵际平²

(1. 北京中医药大学附属护国寺中医医院, 北京 100035; 2. 北京平谷区中医医院, 北京 101200)

摘要: 目的: 观察慢性萎缩性胃炎的经络状态。方法: 应用八十道同步经络能量检测仪检测井穴、原穴的能量值, 根据能量值的差异观察经络的虚实状态。结果: 慢性萎缩性胃炎患者的经络分布无论井穴、原穴均表达上实下虚, 手经实象、足经虚象; 左右经脉有程度差异; 手经以手太阴肺经、手阳明大肠经排序为首, 原穴足少阳胆经排序为第一异常。结论: 61 例萎缩性胃炎患者的经络检测提示左右井穴与原穴均为上实下虚的表达, 其中足少阳胆经、手太阴肺经、手阳明大肠经的经络异常较为明显。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 经络检测; 针灸

中图分类号: R246.1 文献标识码: B 文章编号: 1005 - 0779(2019) 01 - 0022 - 04

Characteristics of Meridian Distribution in CAG Patients

ZHOU Wei¹, ZHAO Jiping²

(1. Huguosi TCM Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100035, China;

2. Beijing Pinggu TCM Hospital, Beijing 101200, China)

Abstract: Objective: To observe the meridian state in patients with chronic atrophic gastritis (CAG). **Methods:** 80 points meridian energy synchronous detector was used to investigate the energy value of jing - well acupoints and yuan - source acupoints of 61 CAG patients, thus to observe the deficient and excess state of the meridian according to the inspection results. **Results:** The meridian state of CAG patients showed excess in hand meridians and deficiency in foot meridians both in jing - well acupoints and yuan - source acupoints, meanwhile

作者简介: 周炜(1963 -), 女, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 经络医学理论指导下针药并用治疗疾病。