

失眠等神经系统症状、促进脑部血液循环、调节情志、预防脑血管疾病、调节内分泌、缓解高血压、促进睡眠。针刺能够将脑血流灌注增加,将脑组织营养供给与血氧含量提升,从而对患儿认知功能进行改善^[14]。

综上所述,儿童智力低下康复训练联合醒神益智针法治疗的临床疗效较康复训练单独干预显著。

[参考文献]

[1] 王羽辰,童光磊,许金波.补肾化痰祛瘀方联合康复训练治疗儿童智力低下的临床观察[J].安徽卫生职业技术学院学报,2021,20(2):119-120,124.

[2] 柯艳梅.探讨口肌训练结合语言认知训练在智力低下儿童语言康复中的应用价值[J].中外医疗,2020,39(1):45-47.

[3] 上海市疾病预防控制中心,苏州市疾病预防控制中心,杭州市疾病预防控制中心,等.特殊健康状态儿童预防接种专家共识之二十六:常见染色体病与预防接种[J].中国实用儿科杂志,2019,34(12):982-983.

[4] 曹培基.口肌训练结合语言认知训练在智力低下儿童语言康复中的应用研究[J].临床研究,2021,29(11):84-85.

[5] 何振雄,陈志玮,文小燕,等.益智助长膏结合针灸康复治疗儿童智力低下临床研究[J].辽宁中医杂志,2022,49(1):165-168.

[6] 李玲,孙颖,吕洋,等.海南省0~6岁孤独症、脑瘫、智力低下儿童康复情况分析[J].中国儿童保健杂志,2018,26(2):189-192.

[7] 陈冬梅,刘玉堂,赵亮.益智膏治疗小儿智力低下34例临床观察[J].天津中医药,2018,35(3):192-194.

[8] 石娜娜,霍艳飞,赵永红,等.口肌康复训练在智力低下小儿语言康复中的应用效果[J].西南医科大学学报,2023,46(1):56-59.

[9] 卢海燕.基于"3H"理论下优质护理联合康复训练对智力低下患儿的效果研究[J].实用中西医结合临床,2023,23(4):121-124.

[10] 张建华,杨勇.益肾通督针法结合康复训练治疗小儿脑瘫并发智力低下的效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(19):138-140.

[11] 张彬.阳经循经推拿联合康复训练对脑性瘫痪合并智力低下患儿智力水平的影响[J].中国民间疗法,2019,27(3):23-25.

[12] 秦志伟.穴位注射配合康复训练对智力低下患儿认知言语发育的影响[J].中西医结合心血管病电子杂志,2018,6(27):179-180.

[13] 时二俊.心理护理干预对福利院脑瘫儿童康复训练的效果观察[J].山西医药杂志,2021,44(16):2482-2484.

[14] 仇爱珍,李新剑,王敏,等.醒脑静注射液穴位注射联合康复训练对智力低下患儿认知发育的影响[J].河北中医,2018,40(12):1874-1878.

[文章编号] 1007-0893(2024)04-0058-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.04.017

透刺法联合经筋排刺法治疗难治性周围性面瘫临床疗效

关玉杰 李博 王承惠

(郑州市中心医院,河南 郑州 450007)

[摘要] 目的:探讨透刺法联合经筋排刺法治疗难治性周围性面瘫的临床效果。方法:选取2021年1月至2023年10月郑州市中心医院收治的难治性周围性面瘫患者108例,根据治疗方法分为常规组(54例)和联合组(54例),常规组患者采取常规针刺法治疗,联合组患者采取透刺法联合经筋排刺法治疗。比较两组患者疗效、面功能障碍程度[面部残疾躯体功能(FDIp)、面部残疾社会功能(FDIs)]、面神经功能[面神经能量表(H-B)、Sunnybrook面神经评定系统(SFGS)]、免疫功能[免疫球蛋白A(IgA)、IgG、IgM]。结果:联合组患者总有效率为94.44%,较常规组的72.22%高,差异具有统计学意义($P < 0.05$);联合组患者治疗后FDIp评分较常规组高,而FDIs评分较常规组低,差异具有统计学意义($P < 0.05$);联合组患者治疗后H-B评分较常规组低,而SFGS评分较常规组高,差异具有统计学意义($P < 0.05$);联合组患者治疗后血清IgA、IgM、IgG水平较常规组低,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:透刺法联合经筋排刺法在难治性周围性面瘫患者中疗效显著,还可减轻面瘫程度,改善面神经功能,调节机体免疫功能。

[关键词] 难治性周围性面瘫;透刺法;经筋排刺法

[中图分类号] R 745.12 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2023-12-05

[作者简介] 关玉杰,女,主治中医师,主要研究方向是针灸学。

周围性面瘫是指由多种原因导致面神经非特异性炎症从而引发急性周围性面肌瘫痪,其发病多由创伤、长期接触有害物质、酗酒、病毒感染、神经局部代谢异常、先天发育不全等因素所致。而难治性周围性面瘫是指经正规治疗超过 3 个月仍无法恢复的周围性面瘫,其在临床上的发生率约占周围性面瘫的 15%~20%,患者会出现口角歪斜、失语、闭眼障碍、溢泪、鳄鱼泪、味觉障碍等症状^[1]。如不及时治疗,则会导致面部肌肉运动障碍、闭眼功能不全,引起眼睛干涩、疼痛等不适症状,甚至会导致面部表情肌瘫痪,使患者出现面部肌肉萎缩,影响患者日常生活^[2]。临床治疗多以手术或药物治疗此病,虽能缓解患者病情,改善临床症状,但手术对机体创伤较大,还极易引发其他并发症,而长期使用药物治疗会引发恶心呕吐、腹部不适、听力降低等不良反应,临床应用价值欠佳^[3]。中医认为,周围性面瘫属于“口痹”“口僻”的范围,其病机主要是由风邪入中面部,痰浊阻滞经络所致,以突发面部麻木、口眼歪斜为主要表现,临床治疗应以调和气血、疏通经络、调整阴阳为主^[4]。透刺法针刺是指采用不同的角度、深度以同一针作用于 2 个穴位或 2 个以上的穴位以达到治疗的针刺方式;经筋排刺法是指所有沿经筋分布方向进行针刺的方式,其属于临床常见的一种特色针刺方法,二者均能通过针刺作用于对应的经络和穴位,以达到疏通经络、调和气血、活血通络的作用,进而促进面部血管的血液循环,促使面瘫患者尽快恢复^[5]。本研究选取郑州市中心医院收治的 108 例难治性周围性面瘫患者为研究对象,分析透刺法联合经筋排刺法的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月至 2023 年 10 月郑州市中心医院收治的难治性周围性面瘫患者 108 例,根据治疗方法分为常规组(54 例)和联合组(54 例)。联合组男性 27 例,女性 27 例;年龄 19~58 岁,平均(38.61±2.24)岁;病程 3~7 个月,平均(5.24±0.31)个月;发病部位:左侧 26 例,右侧 28 例。常规组男性 30 例,女性 24 例;年龄 19~58 岁,平均(38.56±2.21)岁;病程 3~7 个月,平均(5.29±0.33)个月;发病部位:左侧 29 例,右侧 25 例。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经医学伦理委员会审批通过(编号 202376)。

1.2 选取标准

1.2.1 纳入标准 (1)与《神经病学》^[6]中的难治性周围性面瘫相关标准相符;(2)患者均伴有不同程度的口角歪斜、失语、闭眼障碍、溢泪、鳄鱼泪、味觉

障碍等症状;(3)患者病程 ≥ 3 个月,经治疗后尚未痊愈的周围性面瘫;(4)无颅内器质性病变者;(5)患者对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1)伴有心、胃、肺等重要脏器功能异常者;(2)患者表现为继发性及中枢性面瘫;(3)表现为面肌痉挛者;(4)无法接受透刺或经筋排刺治疗者;(5)伴有凝血功能异常者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采取常规针刺法治疗,选取下关、颊车、地仓、牵正等穴位,同时选取健侧的合谷、三阴交、足三里等穴位,患者取仰卧位,消毒面部针刺部位,使用 0.3 mm×25 mm 的无菌毫针以平刺法针刺皮肤,深度约为 0.3~1.0 寸,1~7 d 针刺可使用泻法,随后转变为补法,注意针刺时需留针 30 min,1 次·d⁻¹,全部患者针刺 3 周。

1.3.2 联合组 采取透刺法联合经筋排刺法治疗,(1)经筋排刺法,选取足阳明胃经、足太阳膀胱经等穴道进行排刺,一组穴道为患侧眼眶上缘的太阳、攒竹、鱼腰;二组穴道为患侧眼眶下缘的睛明、丝竹空、承泣;三组穴道为顺鼻唇沟的迎香至睛明,需注意包含迎香,不包含睛明,上述三组每间隔 1 cm 针刺 1 个穴道。四组穴道为地仓至颊车;五组穴道为口周的地仓、人中、口禾髎;六组穴道为夹承浆、承浆;七组穴道为天柱、眉冲,且需联合合谷穴,每隔 0.5 cm 针刺 1 个穴道,选取 0.3 mm×25 mm 的无菌毫针以平补平泻法进行排刺,具体针刺深度为 4 mm,1 次·d⁻¹,全部患者针刺 3 周。(2)透刺法,经筋排刺法后休息 30 min 再进行透刺,选取 0.4 mm×40 mm 的无菌毫针,确保针尖与患者皮肤保持 30°角,结合攒竹透刺睛明、阳白透刺太阳、地仓透刺颊车、迎香透刺四白、承浆透刺地仓的透刺顺序实施治疗,具体针刺方法为平补平泻,待患者出现明显针感后停针 30 min,此阶段需注意每隔 5 min 捻转 1 次毫针。完成上述操作后对健侧合谷、足三里实施针刺,注意针刺时需留针 30 min,1 次·d⁻¹,全部患者针刺 3 周。

1.4 观察指标

1.4.1 面功能障碍程度 使用面部残疾躯体功能(physical facial disability index, FDIp)、面部残疾社会功能(social facial disability index, FDI_s)评估患者面功能障碍程度,FDIp 共 5 项,每项总计 0~5 分,总分为 0~25 分,分数越低面功能障碍越严重;FDI_s 共 5 项,每项总计 1~6 分,总分为 5~30 分,分数越高面功能障碍越严重^[7]。

1.4.2 面神经功能 使用面神经功能量表(House Brackmann, H-B)评估面神经功能,0 分为患者两侧对称,面肌功能正常,1 分为患者静态对称,轻微面肌功能

异常，2分为患者明显面肌功能异常，肌张力差别明显但未见明显畸形，3分为患者中度面肌功能异常，肌张力出现减弱且发生畸形不对称现象，4分为患者发生静态不对称，严重面肌功能异常，5分为患者两侧不对称，并伴有面全瘫、肌无张力^[8]；使用 Sunnybrook 面神经评定系统（Sunnybrook facial grading system, SFGS）评估面神经功能，总计0~100分，分数越高面神经恢复越好^[9]。

1.4.3 免疫功能 记录对照两组治疗前后免疫球蛋白A（immunoglobulin A, IgA）、IgG、IgM变化，收集患者早晨空腹静脉血5 mL，以2000 r·min⁻¹的速度处理30 min后取上层血清，使用全自动生化分析仪器（日立，7600型）检测IgA、IgG、IgM水平。

1.4.4 临床疗效 结合《周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准（草案）》^[10]进行评估，其中痊愈：针刺3周后，患者口角歪斜、失语、闭眼障碍、溢泪、鳄鱼泪、味觉障碍等症状消失，经检查显示患者面部表情肌控制恢复正常，SFGS评分超过95分；显效：针刺3周后，患者口角歪斜、失语、闭眼障碍、溢泪、鳄鱼泪、味觉障碍等症状基本消失，经检查显示患者基本能控制面部表情肌，SFGS评分为70~94分；缓解：针刺3周后，患者口角歪斜、失语、闭眼障碍、溢泪、鳄鱼泪、味觉障碍等症状有所好转，经检查显示患者面部表情肌控制不自然，SFGS评分为55~69分；无效：针刺3周后，患者临床症状无明显好转，SFGS评分≤54分。总有效率=（痊愈+显效+缓解）/总例数×100%。

1.5 统计学方法

采用SPSS 25.0软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用t检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效比较

联合组患者总有效率为94.44%，较常规组的72.22%高，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 两组患者疗效比较 [n=54, n(%)]

组别	痊愈	显效	缓解	无效	总有效
常规组	8(14.81)	12(22.22)	19(35.19)	15(27.78)	39(72.22)
联合组	14(25.93)	20(37.04)	17(31.48)	3(5.56)	51(94.44) ^a

注：与常规组比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗后面功能障碍程度比较

两组患者治疗前FDI_p、FDI_s评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；联合组患者治疗后FDI_p评分较常规组高，而FDI_s评分较常规组低，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 两组患者治疗后面功能障碍程度比较(n=54, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	FDI _p 评分	FDI _s 评分
常规组	治疗前	12.04 ± 1.23	23.71 ± 2.24
	治疗后	17.37 ± 1.56	18.89 ± 1.63
联合组	治疗前	11.97 ± 1.21	23.64 ± 2.21
	治疗后	21.15 ± 1.87 ^b	11.74 ± 1.19 ^b

注：FDI_p—面部残疾躯体功能；FDI_s—面部残疾社会功能。与常规组治疗后比较，^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗后面神经功能评分比较

两组患者治疗前H-B、SFGS评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；联合组患者治疗后H-B评分较常规组低，而SFGS评分较常规组高，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表3。

表3 两组患者治疗后面神经功能评分比较(n=54, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	H-B	SFGS
常规组	治疗前	2.84 ± 0.33	53.47 ± 4.28
	治疗后	1.24 ± 0.13	61.51 ± 5.14
联合组	治疗前	2.78 ± 0.32	53.33 ± 4.25
	治疗后	0.66 ± 0.08 ^c	74.87 ± 6.26 ^c

注：H-B—面神经功能量表；SFGS—Sunnybrook面神经评定系统。与常规组治疗后比较，^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后免疫功能比较

两组患者治疗前血清IgA、IgM、IgG水平比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；联合组患者治疗后血清IgA、IgM、IgG水平较常规组低，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表4。

表4 两组患者治疗前后免疫功能比较(n=54, $\bar{x} \pm s$, g·L⁻¹)

组别	时间	IgA	IgM	IgG
常规组	治疗前	4.97 ± 0.54	4.15 ± 0.33	17.68 ± 1.47
	治疗后	3.94 ± 0.46	2.87 ± 0.37	11.14 ± 1.05
联合组	治疗前	4.94 ± 0.52	4.08 ± 0.31	17.63 ± 1.45
	治疗后	1.81 ± 0.21 ^d	1.59 ± 0.24 ^d	7.96 ± 0.62 ^d

注：Ig—免疫球蛋白。与常规组治疗后比较，^d $P < 0.05$ 。

3 讨论

周围性面瘫是以面部表情肌群运动异常为主要特征的一种疾病，其发病多由长期处于寒冷的环境内，导致脸部血液循环流动性变差，从而引发面部僵硬所致，该疾病会导致面神经功能丧失、面部肌肉松弛，从而引发口角偏移、面部不对称、眼部不适、流口水、疼痛等症状，影响患者生活、工作及社交，对患者心理造成极大危害^[11]。周围性面瘫是临床的常见病与多发病，其发病率呈逐年上升的趋势，多数患者经积极治疗后会在1~3个月内痊愈，但仍有部分患者会因早期治疗时机延误、治疗措施不当等因素逐渐进展为难治性周围性面瘫，

而难治性周围性面瘫具有病程长、病情重等特点, 极易引发面肌萎缩、面肌痉挛、口角倒错等后遗症, 提高面神经损伤平面, 加大临床治疗难度^[12]。

中医认为, 难治性周围性面瘫属于“口眼歪斜”的范畴, 其属于针灸治疗的优势病种, 发病常由正气亏虚, 风寒湿热之邪入侵, 侵犯面部经络, 导致气血痹阻, 使面部经络堵塞失去控制, 进而引发此病, 临床治疗以补虚泻实、祛风散寒为主。针刺是目前治疗此病的主要方式, 虽能延缓病情的进展, 改善面部局部神经代谢, 但传统针刺起效较慢, 需患者付出大量的精力, 临床应用局限性较大^[13]。因此, 临床可采取多种针刺方式以提升治疗效果。透刺法是针刺的一种常见手法, 该方案是以一穴作用于二穴或多穴、以一经作用于二经或多经, 可有效加强腧穴与腧穴、经脉与经脉之间的沟通, 从而提高治疗效果, 且透刺法不仅能通过精简用穴有效扩大针刺的作用, 还能减少进针刺刺激点, 缓解患者疼痛感。经筋排刺法是指将经筋理论和排刺针法相结合的针刺手法, 因经筋是由具有张力性本体觉的肌肉和关节韧带等连接组成的, 其实质上就是神经组织, 以经筋理论为基础对七组穴位进行排刺针灸, 可有效调整机体气血, 促进面部神经肌肉的恢复, 提升治疗效果^[14]。本研究对难治性周围性面瘫患者采取透刺法联合经筋排刺法治疗, 结果表明, 联合组患者总有效率为 94.44%, 较常规组的 72.22% 高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。可见二者联合可提升疗效。经进一步研究表明, 与常规组相比, 治疗后联合组患者 FDIp 评分较高, 且 FDI 评分较低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。可见二者联合可减轻面瘫程度。透刺法联合经筋排刺法能加强穴位之间的经气传导与扩散, 增强疏通本经经气, 从而提升针刺效果, 改善面部的气血运行, 提升面部血液循环的速度, 以此给面部提供更多的营养, 促进面神经损伤的修复, 有效改善面瘫症状。本研究数据还表明, 与常规组相比, 治疗后联合组患者 H-B 评分较低, 且 SFGS 评分较高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。可见二者联合可改善面神经功能。透刺法不仅能针刺患侧穴位, 还能通过针刺健侧穴位激发患侧对应穴位上的经气, 促使经气互注, 促使患侧受损经络疏通, 恢复其神经和肌肉功能。因头面部的经筋部位与面神经区域基本吻合, 经筋排刺法在治疗过程中可按照头面部经循的七组进行排刺以激发经气, 促使面神经功能恢复^[15]。本研究数据还表明, 与常规组相比, 治疗后联合组患者血清 IgA、IgM、IgG 水平较低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。可见二者联合可调节机体免疫功能。二者联合不仅能实现一针多穴、充分透刺经脉的目的, 还能选取循行于面部的要穴, 通过密集且

排列成行的针刺方法达到调整局部或整体机能的效果, 有效激发机体局部的血液运行, 调整机体免疫反应和炎症反应。

综上所述, 透刺法联合经筋排刺法在难治性周围性面瘫患者中疗效显著, 还可减轻面瘫程度, 改善面神经功能, 调节机体免疫功能。

[参考文献]

- [1] 梁思明, 刘悦. 巨刺法联合腹针治疗周围性面瘫的临床观察 [J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39 (3): 581-585.
- [2] PLUMBAUM K, VOLK G F, BOEGER D, et al. Inpatient treatment of patients with acute idiopathic peripheral facial palsy: A population-based healthcare research study [J]. Clin Otolaryngol, 2017, 42 (6): 1267-1274.
- [3] 邓越, 王宇航, 毛雪文, 等. 角刺法联合经筋排刺法治疗难治性面瘫的经验 [J]. 中国医药导报, 2020, 17 (9): 134-137.
- [4] 傅宗浩, 陆金男. 透刺、散刺结合推拿等方法综合治疗顽固性面瘫 41 例 [J]. 中国针灸, 2019, 39 (2): 166-168.
- [5] 邓越, 王桂玲, 王世广, 等. 透刺法联合经筋排刺法治疗难治性周围性面瘫疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32 (5): 666-670.
- [6] 吴江. 神经病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 69.
- [7] 邓永安, 郭家奎, 于金栋, 等. 面瘫临床评价方法的研究进展 [J]. 中国康复理论与实践, 2017, 23 (12): 1407-1410.
- [8] 李阳, 冯国栋, 田旭, 等. 面神经分级 2.0 对周围性面神经麻痹的评价研究 [J]. 中华耳科学杂志, 2014, 12 (3): 361-366.
- [9] 李健东. 面神经评分标准 [J]. 国外医学 (耳鼻咽喉科学分册), 2005, 29 (6): 391.
- [10] 杨万章, 吴芳, 张敏. 周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准 (草案) [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3 (9): 786-787.
- [11] 曾志文, 卢桂兰, 张正学, 等. 祛风解毒活络汤联合经筋排刺法促进周围性面瘫患者康复效果观察 [J]. 四川中医, 2019, 37 (11): 142-144.
- [12] 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]. 中医临床杂志, 2020, 32 (2): 329-332.
- [13] 阮建国, 徐天舒. 经筋排刺法配合梅花针治疗中重度周围性面瘫临床观察 [J]. 针灸临床杂志, 2018, 34 (4): 5-8.
- [14] 程宏. 经筋排刺法联合透刺法治疗周围性面瘫的临床疗效及对 H-B 评分的影响 [J]. 中外医疗, 2022, 41 (12): 186-189.
- [15] 王萍, 冯树军, 王宇, 等. 透刺经筋法对周围性面瘫患者血清 SOD、NO 水平及免疫功能的影响 [J]. 陕西中医, 2022, 43 (4): 527-530.