

· 论 著 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.16.011

分期针刺联合泼尼松治疗急性特发性面神经麻痹的临床效果观察

张 瑞¹, 赵静琼^{2△}

1. 西安工会医院神经内科, 陕西西安 710000; 2. 西安医学院附属宝鸡医院神经内科, 陕西宝鸡 721006

摘 要:目的 探究分期针刺联合泼尼松治疗急性特发性面神经麻痹的临床疗效。方法 将西安工会医院 2017 年 6 月至 2019 年 6 月收治的 100 例急性特发性面神经麻痹患者作为研究对象, 随机分为对照组($n=45$ 例)与观察组($n=55$ 例), 其中对照组采用分期针刺治疗, 观察组则在其基础上联用泼尼松治疗。两组患者治疗后的临床疗效, 以及面神经功能分级量表(H-B 分级量表)、面部残疾指数(FDI)、视觉模拟评分量表(VAS)评分及后遗症发生情况进行比较。结果 观察组治疗后总有效率显著高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗后 H-B 分级量表评分及 VAS 评分均较对照组治疗后显著降低, 而观察组治疗后面部残疾指数躯体功能(FDIP)、面部残疾指数社会功能(FDIS)评分均较对照组治疗后显著升高, 差异有统计学意义($P<0.05$)。经治疗后, 观察组患者的总后遗症发生率显著低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 分期针刺联合泼尼松治疗急性特发性面神经麻痹疗效优, 可显著改善面神经功能, 促进患者更好恢复, 且后遗症较少, 临床价值高。

关键词:分期针刺; 泼尼松; 急性特发性面神经麻痹

中图法分类号: R246.6

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2020)16-2309-04

Clinical effect of staging acupuncture combined with prednisone in the treatment of acute idiopathic facial paralysis

ZHANG Rui¹, ZHAO Jingqiong^{2△}

1. Department of Neurology, Xi'an Union Hospital, Xi'an, Shaanxi 710000, China;

2. Department of Neurology, Affiliated Baoji Hospital of Xi'an Medical University, Baoji, Shaanxi 721006, China

Abstract: **Objective** To investigate the clinical effect of staging acupuncture combined with prednisone in the treatment of acute idiopathic facial paralysis. **Methods** A total of 100 patients with acute idiopathic facial paralysis admitted to Xi'an Union Hospital from June 2017 to June 2019 were enrolled in the study. They were randomly divided into control group ($n=45$) and observation group ($n=55$) according to the voluntary principle and different treatment plans. The control group was treated with staging acupuncture, and on this basis, the observation group was additionally treated with prednisone. The clinical efficacy, facial nerve function rating scale (House-Brackmann scale), facial disability indexes (FDI), visual analogue scale (VAS) scores and sequela were compared between the two groups. **Results** The total effective rate of the observation group after treatment was significantly higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). After treatment, House-Brackmann scale scores and VAS scores in the observation group were significantly lower than those in the control group, while the facial disability indexes physiology (FDIP) and facial disability indexes society (FDIS) scores in the observation group were significantly higher than those in the control group, with statistically significant differences ($P<0.05$). After treatment, the incidence of total sequela in the observation group was significantly lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Staged acupuncture combined with prednisone has an excellent therapeutic effect on acute idiopathic facial paralysis, which can significantly improve facial nerve function and promote better recovery of patients, with fewer sequelae and high clinical value.

Key words: staging acupuncture; prednisone; acute idiopathic facial paralysis

急性特发性面神经麻痹在临床较为常见, 是由多种原因引起的面神经管非特异性炎症导致周围性面神经麻痹, 临床表现为眼睑无法正常闭合、口眼歪斜等, 发病的人群大多为青壮年^[1-2]。本病别称贝尔麻

痹,在中医范畴内称之为面瘫或口僻,中医认为是患者机体内正气不足、风寒或风热之邪侵袭头面部的阳明经与少阳经导致阴阳失调、气血瘀阻从而经筋失养难以张弛而发病^[3-4]。针对急性特发性面神经麻痹,传统中医以分期针刺疗法为主,针刺可疏通经络,改善气血瘀阻,减轻面神经麻痹,临床被证实有一定疗效但疗程较长^[5]。常规的西医治疗方案大多以营养神经药物为主,效果欠佳^[6]。泼尼松是一种激素类药物,抗炎效果强,对于炎症所致的急性特发性面神经麻痹疗效较好,在临床应用较多^[7]。鉴于分期针刺联合泼尼松治疗急性特发性面神经麻痹的研究较少,本文选取 100 例急性特发性面神经麻痹患者进行相关研究,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 6 月至 2019 年 6 月西安工会医院收治的 100 例急性特发性面神经麻痹患者作为研究对象,随机分为 55 例观察组与 45 例对照组。对照组中男 23 例,女 22 例;年龄 16~65 岁,平均(42.85±10.42)岁;病程 1~5 d,平均(3.07±1.01)d;其中耳后痛 25 例,偏头痛 20 例。观察组中男 29 例,女 26 例;年龄 17~66 岁,平均(43.14±10.95)岁;病程 1~4 d,平均(3.02±1.02)d;其中耳后痛 31 例,偏头痛 24 例。两组患者在性别、年龄、病程等基础资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经本院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:(1)符合西医、中医的急性特发性面神经麻痹诊断标准^[8-9];(2)患者发病后未接受其他治疗手段;(3)患者于入组前签订知情同意书。排除标准:(1)因急性感染或腮腺炎等原因引发的面神经麻痹者;(2)合并严重脏器疾病、血液疾病及恶性肿瘤者;(3)精神异常或治疗依从性差者;(4)妊娠或哺乳妇女。

1.3 方法 对照组采用分期针刺疗法,患者取仰卧位,医者选取头面部及手部双侧穴位如颊车穴、翳风穴、巨髎穴、太阳穴、地仓穴、阳白穴及合谷穴等。在穴位定点进行常规碘伏消毒,取 1.5~2 寸的毫针分别在上述穴位进针,并配合提插捻转的手法,使患者针刺部位得气,感受到酸麻胀痛后将针留置于穴位约 25 min,期间每隔 5 min 行针,1 周行 5 次针刺,总治疗时长为 3 周,此外注意健侧穴位针刺 3 次即可。观察组采用分期针刺联合泼尼松治疗,针刺治疗同上,患者口服醋酸泼尼松片(由湖南新汇制药提供,国药准字 H43021284,规格:5 mg),每次 10 mg,3 次/天,连续服药 4 d 后,依据病情变化按医嘱酌情减量。

1.4 观察指标 (1)两组患者治疗后的临床疗效比较。(2)两组患者治疗前、后的面神经功能比较,采用国际面神经外科专研会认定的面神经功能分级量表(H-B 分级量表)^[10],对患者面部的神经肌肉所支配的

鼻唇沟、额头纹及眼裂等 10 个部位进行评价,判断面瘫病变程度的轻重。H-B 分级量表分为 5 个等级:1~3 级为轻度面瘫,4~5 级为重度面瘫。评定标准:患者面肌功能轻度障碍或连带运动,前额、眼睑功能正常,运动时口角左右轻度不对称,其 H-B 分级量表评为 1 级;患者症状及体征部分改善,双侧面部可见明显区别,无严重外形损害,其 H-B 分级量表评为 2 级;存在明显面肌瘫痪,口角双侧完全不对称为 3 级;患者面神经支配区域仅有轻微可见的运动为 4 级;面神经支配区域无运动为 5 级。总分 30 分,总评分越低表明患者面神经功能恢复越好。(3)两组患者治疗前、后面部残疾指数(FDI)量表评分比较^[11],其中面部残疾指数躯体功能(FDIP)总分 37.5 分,面部残疾指数社会功能(FDIS)总分 40.0 分,两者均为评分分值越高表明躯体、社会生活功能越好。(4)两组患者治疗前、后头部或耳后疼痛程度比较,采用疼痛评估工具视觉模拟评分量表(VAS)^[12]对其进行评价,总分 10 分,评分越低提示疼痛程度越低。(5)两组后遗症发生情况比较,包含面肌联带运动、鳄鱼泪症候群、面肌痉挛及萎缩等。

1.5 疗效判定 参照《临床疾病诊断依据及治愈好转标准》^[13]中的相关评定标准,结合临床实际情况评估疗效。痊愈:治疗后患者面肌功能恢复正常,人中沟居中,两侧额纹、鼻唇沟、口角对称,H-B 分级 1 级;显效:患者面肌功能轻度障碍,两侧额纹及鼻唇沟基本对称,讲话时口角轻度歪斜,H-B 分级 2 级;有效:患者面肌运动功能有所改善,但两侧额纹、闭目未明显改善,口角在静止状态仍歪斜,H-B 分级 3 级;无效:患者治疗后症状及体征未发生明显改善,H-B 分级 4 级及以上。

1.6 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行分析,计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验; $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后临床疗效比较 观察组治疗后总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者治疗后临床疗效比较						
组别	<i>n</i>	治愈(<i>n</i>)	显效(<i>n</i>)	有效(<i>n</i>)	无效(<i>n</i>)	总有效率[<i>n</i> (%)]
观察组	55	26	15	12	2	53(96.36)
对照组	45	11	13	11	10	35(77.78)
u 或 χ^2				7.390		6.153
P				0.007		0.013

2.2 两组 H-B 分级量表、FDIP、FDIS 及 VAS 评分比较 观察组治疗后 H-B 分级量表评分及 VAS 评分

均较对照组治疗后显著降低,而观察组治疗后 FDIP 评分及 FDIS 评分均较对照组治疗后显著升高,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 H-B 分级量表、FDIP、FDIS 及 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	H-B 分级量表		FDIP		FDIS		VAS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	55	3.32±0.58	1.18±0.12	16.12±2.65	36.75±0.75	31.01±2.76	38.65±1.32	4.77±1.58	1.43±0.24
对照组	45	3.33±0.57	1.64±0.52	15.94±2.47	34.25±1.72	31.69±2.92	36.58±1.45	4.82±1.64	2.49±0.82
t		0.091	5.085	0.367	9.867	1.250	7.796	0.162	7.088
P		0.928	0.000	0.715	0.000	0.214	0.000	0.872	0.000

表 3 两组后遗症发生率比较[n(%)]

组别	n	面肌联带运动	鳄鱼泪症候群	面肌痉挛	面肌萎缩	总后遗症
观察组	55	1(1.82)	0(0.00)	1(1.82)	0(0.00)	2(3.64)
对照组	45	2(4.44)	1(2.22)	3(6.67)	2(4.44)	8(17.78)
连续性校正 χ^2		0.031	0.010	0.516	0.850	4.040
P		0.860	0.920	0.473	0.356	0.044

3 讨 论

急性特发性面神经麻痹大多为单侧发病,目前研究学者普遍认为,该病发生可能与患者受到寒冷刺激、病毒感染或颈乳动脉痉挛等密切相关,由此引发面部神经的炎性反应,具体表现为面部神经受压、缺血及水肿,进而呈现于面部,如部分肌肉失调所致的眼部与唇部无法正常闭合、皱额蹙眉困难、鼻唇沟消失及额纹加深等面容异常现象^[14]。患者在免疫能力下降、疲倦困顿的状态下受风更容易发病。中医则认为,本病因患者正气缺损导致风寒或风热邪气乘虚从头面部而侵入,邪气进入位于头面部的阳明经与少阳经中,将气血滞留于经脉之中而发病。本病发生后对患者的容貌影响极大,如不能快速恢复将会给患者的生活与社交带来不便,特别是年龄较小患者将会出现焦虑和恐惧等心理,因此寻求有效而快速的治疗方法非常必要。有研究证实,急性特发性面神经麻痹发作时是治疗本病的最优时间,针刺已在临床实践中多次被证实为有效治疗手段^[15]。将银针施布于各个穴位,可达到疏通经络、行气活血止痛之功效,即面部肌肉痉挛被有效缓解,病灶的周围血液微循环得到改善,各种代谢产物所致的化学刺激消退,炎性因子与过多的细胞外液逐渐被吸收,面神经突触的连接增强,刺激血管运动神经,促进患者面神经功能的恢复,但单纯使用针刺分期治疗不足以获取最佳效果,临床中多与其他手段协同治疗。泼尼松是一种肾上腺皮质激素类药物,主攻炎症反应疾病,临床中本药治疗急性特发性面神经麻痹均取得较好效果且药物应用在安全范围内。本文将泼尼松与针刺疗法两种治疗方式

2.3 两组后遗症发生率比较 经治疗后,观察组患者的总后遗症发生率显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

中西医结合,理论上可达到更优效果。

本研究结果显示,观察组治疗后总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组治疗后 H-B 分级量表评分及 VAS 评分均较对照组治疗后显著降低,而其治疗后 FDIP 评分及 FDIS 评分均较对照组治疗后显著升高,差异有统计学意义($P<0.05$)。经治疗后,观察组患者的总后遗症发生率显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。上述结果表明,两种治疗方式联用可获得更好的治疗效果且患者后遗症较少,这与泼尼松强大的抗炎效果密不可分,它可通过降低毛细血管及细胞膜的通透性而减少炎性物质渗出,抑制毒性物质释放,药物口服后吸收速度快且药物不良反应少,较适用于急性特发性面神经麻痹的治疗^[16]。分期针刺联合泼尼松治疗可显著加强其对炎症因子的抑制与清除效果,更快解除面部肌肉及神经的痉挛,局部缺血得以改善,水肿快速消退,从而使患者面神经功能快速恢复且显著降低后遗症发生率。江淑红等^[6]研究结果发现,分期针刺联合泼尼松治疗急性特发性面神经麻痹具有较好临床效果,患者面神经改善明显且更利于患者情绪平复,与本研究结果基本一致。此外,在分期针刺或泼尼松用药时若出现心慌、头晕、头痛或腹部不适等不良反应,应及时停止治疗,待患者恢复正常后再继续治疗。综上所述,分期针刺联合泼尼松治疗急性特发性面神经麻痹疗效优,可显著改善面神经功能,且后遗症较少,临床价值高。

参考文献

[1] 刘金,张柳燕,刘芳,等.牵正散联合温(下转第 2315 页)

有研究显示,牙周致病菌通过受损的上皮组织进入血液循环后对其内皮细胞功能有着负面影响,而内皮细胞舒张临床又可分为内皮依赖性及非依赖性,前者即为研究中的 FMD,后者为 NMD 均是评价血管内皮功能的主要标志,亦可有助于动脉粥样硬化的早期判断^[10]。本研究结果显示,观察组患者治疗 6 周后 FMD 显著上升,表明光动力学疗法较常规非手术治疗更有利于改善患者血管内皮功能,对预防心血管疾病有一定临床意义,另外两组 NMD 比较差异无统计学意义($P>0.05$),说明慢性牙周炎患者内皮功能受损是由于内源性扩血管物质的减少所导致,与血管平滑肌对一氧化氮的敏感度降低无关^[11]。

综上所述,光动力学疗法不仅可明显缓解慢性牙周炎患者局部炎性反应,并改善其牙周状态,还能有效抑制内皮细胞受损。

参考文献

- [1] 王旭,石磊,应绚,等.吸烟对慢性牙周炎牙龈微循环影响的初步研究[J].华西口腔医学杂志,2019,37(5):485-489.
- [2] 钟奇帆,孔令佳,周振邦.口腔颌面锥形束 CT 评估非手术治疗慢性牙周炎上颌窦的黏膜变化[J/CD].中华口腔医学研究杂志(电子版),2019,13(4):235-241.
- [3] 中华口腔医学会牙周病学专业委员会.重度牙周炎诊断

标准及特殊人群牙周病治疗原则的中国专家共识[J].中华口腔医学杂志,2017,52(2):67-71.

- [4] 何伟明.超声龈下洁治和手工龈下刮治在慢性牙周炎治疗中疗效的比较[J].实用口腔医学杂志,2016,32(2):279-281.
- [5] 李明,陈美玲,逢爱慧,等.牙周基础治疗对伴有 IgA 肾病的慢性牙周炎患者龈沟液 IL-1 β 、IL-6 及尿 IL-6、TGF- β 1 的影响[J].临床口腔医学杂志,2014,30(8):456-459.
- [6] 刘西茜,冯云.光动力学疗法对慢性牙周炎治疗效果的 Meta 分析[J].中国医学物理学杂志,2012,29(4):3550-3553.
- [7] 常春荣,韩东,孙尚敏,等.牙周基础治疗对慢性牙周炎患者龈沟液白细胞介素 6、肿瘤坏死因子 α 及血清高敏 C 反应蛋白的影响[J].中国医科大学学报,2013,42(2):135-137.
- [8] 刘锋,张颖奇.牙周炎基础治疗对龈沟液中炎症因子水平影响的研究[J].中国实验诊断学,2015,20(5):828-830.
- [9] 周琳怡,张楚南,顾迎新,等.光动力学疗法对种植体周炎症因子含量的影响[J].上海口腔医学,2019,28(1):63-66.
- [10] 黄琳砚,赖仁发,黄怡.牙周炎与动脉粥样硬化信号相互作用的关联影响[J].口腔医学研究,2018,34(12):1271-1273.
- [11] 徐佳,余周庆,彭治凯,等.牙周非手术治疗对慢性牙周炎患者内皮功能和动脉僵硬度的影响[J].口腔医学研究,2017,33(12):1332-1335.

(收稿日期:2019-11-26 修回日期:2020-06-19)

(上接第 2311 页)

- 针灸足三里对急性特发性面神经麻痹患者血管内皮祖细胞影响的临床观察[J].上海中医药杂志,2016,50(4):50-52.
- [2] 胡娟,曹波涛.针刺为主治疗急性期特发性面神经麻痹 65 例临床观察[J].河北中医,2014,36(2):260-261.
- [3] 李德华,杨玲,李季.从贝尔麻痹的预后判定谈面神经炎的管理[J].中华神经医学杂志,2016,15(6):644-648.
- [4] 王峰,王中琳.王中琳教授从“本在少阳,标在阳明”论治特发性面神经麻痹[J].中医药学报,2018,46(3):64-66.
- [5] 于川.王麟鹏分期针刺治疗特发性面神经麻痹的临床经验[J].北京中医药,2015,34(9):705-707.
- [6] 江淑红,于正,祝明浩.针灸治疗特发性面神经麻痹急性期(风热证)的疗效及对 GDNF 和 NGF 表达的影响[J].中国中医急症,2018,27(2):253-255.
- [7] 陶庄,孙林娟,汪美霞.大剂量激素冲击治疗重型特发性面神经炎疗效观察[J].中医药临床杂志,2018,30(7):1268-1272.
- [8] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会神经肌肉病学组,中华医学会神经病学分会肌电图与临床神经电生理学组,等.中国特发性面神经麻痹诊治指南[J].中华神经科杂志,2016,49(2):84-86.
- [9] 王坤,黄德裕,苗芳,等.电针治疗特发性面神经麻痹急性期疗效的系统评价[J].广州中医药大学学报,2018,25

(2):276-283.

- [10] O'REILLY B F, SORAGHAN J J, MCGRENARY S, et al. Objective method of assessing and presenting the House-Brackmann and regional grades of facial palsy by production of a facogram[J]. Otol Neurotol, 2010, 31(3): 486-491.
- [11] 高翔,臧亮,景蓉,等.针刺联合疏血通治疗激素禁用型贝尔麻痹临床疗效观察[J].四川中医,2017,35(4):171-173.
- [12] 严广斌.视觉模拟评分法[J/CD].中华关节外科杂志(电子版),2014,8(2):34-35.
- [13] 孙传新.临床疾病诊断依据及治愈好转标准[M].北京:人民军医出版社,1998:198.
- [14] 韩清润.祛风通络汤治疗急性特发性面神经麻痹 55 例疗效观察[J].中国伤残医学,2015,23(16):114-115.
- [15] 张艳宏,高伟,白文静,等.临床试验中常用的特发性面神经麻痹治疗结局评估方法[J].中华中医药杂志,2018,33(2):493-496.
- [16] 牛春生.泼尼松龙和泼尼松龙联合伐昔洛韦治疗不同程度 Bell's 面瘫的疗效比较[J].中华耳科学杂志,2015,13(3):519-521.

(收稿日期:2019-11-12 修回日期:2020-06-06)