

• 论 著 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.13.019

针刺蝶腭神经节联合热敏灸治疗面瘫的临床疗效观察*

王显亮, 郭 琴, 曾繁华, 许 峰

江西省赣州市中医院, 江西赣州 341000

摘要:目的 观察针刺蝶腭神经节联合热敏灸治疗面瘫的临床疗效。方法 选取 2020 年 1 月至 2022 年 3 月该院收治的 82 例面瘫患者, 采用随机数字表法分为对照组和治疗组, 每组 41 例。对照组采用热敏灸治疗, 治疗组采用针刺蝶腭神经节联合热敏灸治疗, 治疗周期均为 3 周。对比两组疗效、面神经功能[多伦多面神经功能(TFGS)评分]及面部肌电图指标[复合肌肉动作电位(CMAP)波幅变化比例、瞬目反射 R1 潜伏期]。结果 治疗组总有效率较对照组高, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗 3 周, 治疗组 TFGS 评分、CMAP 波幅变化比例较对照组高, 瞬目反射 R1 潜伏期较对照组短, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 面瘫患者采用针刺蝶腭神经节联合热敏灸治疗的疗效较好, 可提高面神经功能, 改善面部肌电图指标。

关键词:面瘫; 针刺蝶腭神经节; 热敏灸; 面神经功能; 面部肌电图

中图分类号: R245.9

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2023)13-1907-03

Clinical effect of sphenopalatine ganglion acupuncture combined with heat-sensitive moxibustion in treatment of facial paralysis*

WANG Xianliang, GUO Qin, ZENG Fanhua, XU Feng

Ganzhou Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Ganzhou, Jiangxi 341000, China

Abstract: Objective To observe the clinical effect of sphenopalatine ganglion acupuncture combined with heat-sensitive moxibustion in the treatment of facial paralysis. **Methods** A total of 82 patients with facial paralysis admitted to this hospital from January 2020 to March 2022 were selected and divided into the control group and treatment group by the random number table method, 41 cases in each group. The control group was treated with the heat-sensitive moxibustion, and the treatment group was treated with the sphenopalatine ganglion acupuncture combined with the heat-sensitive moxibustion. The treatment cycle was 3 weeks. The efficacy, facial nerve function [Toronto Facial Nerve Function (TFGS) score] and facial electromyography (EMG) indexes [amplitude change ratio of complex muscle action potential (CMAP), blink reflex R1 latency] were compared between the two groups. **Results** The total effective rate of the treatment group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After 3 weeks of treatment, the TFGS score and CMAP amplitude changes in the treatment group were higher than those in the control group, the blink reflex R1 latency was shorter than that in the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Adopting the sphenopalatine ganglion acupuncture combined with heat-sensitive moxibustion has good effect in treating the patients with facial paralysis, can increase the facial nerve function and improve the facial EMG indexes.

Key words: facial paralysis; sphenopalatine ganglion acupuncture; heat-sensitive moxibustion; facial nerve function; facial electromyography

面瘫作为临床常见疾病多由炎症、病毒感染等因素引起, 容易导致面部肌群运动障碍, 引发口角歪斜、无法闭目等症状, 降低患者生活质量^[1]。中医将面瘫归于“口眼歪斜”“面瘫”等范畴, 认为该病是因正气不足、气血亏虚引起, 加之风寒湿邪侵袭, 浸淫肌肤, 致使面部经脉阻滞, 气血运行不畅, 从而使肌肉失濡养,

引发疾病^[2]。面瘫治疗原则在于疏通脉络、活血化瘀。热敏灸为艾灸新疗法, 其通过灸治热敏腧穴, 可促使热力传导, 起到补气通络、活血等作用^[3]。蝶腭神经节是翼腭窝内的副交感神经节, 针刺该部位可调节神经功能, 促使紊乱的神经功能恢复正常, 从而改善症状^[4]。鉴于此, 本研究旨在观察针刺蝶腭神经节

* 基金项目: 江西省赣州市指导性科技计划项目(GZ2021ZSF350)。

作者简介: 王显亮, 男, 主治医师, 主要从事针灸康复方面的研究。

联合热敏灸治疗面瘫的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年1月至2022年3月本院收治的82例面瘫患者,采用随机数字表法分为对照组和治疗组,每组41例。对照组中男19例,女22例;年龄21~68岁,平均(44.51±3.67)岁;病程1周至4个月,平均(2.05±0.53)个月。治疗组中男18例,女23例;年龄20~69岁,平均(44.68±3.71)岁;病程1周至4个月,平均(2.01±0.50)个月。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。纳入标准:面瘫符合相关诊断标准^[5];年龄20~70岁;首次发病;精神、认知正常。排除标准:合并结核、肝炎等传染性疾病;合并肿瘤;严重心、肝、肾等重要脏器功能不全;合并血液疾病;合并糖尿病;创伤所致面瘫;中枢性面瘫;处于哺乳或妊娠期;交流障碍。本研究经医院伦理委员会批准,且患者及家属均知情同意。

1.2 方法 对照组采用热敏灸治疗,依据《热敏灸实用读本》^[6]找出患者面部热敏腧穴,将点燃的艾条放于距患者患侧面部3 cm位置,行温和灸,待患者自觉面部有扩热(自觉热力从施灸点扩散至周围组织)、透热(自觉热力从施灸点向胸腹部器官等深部渗透)、传热(自觉热力从施灸点沿经脉向远端传导)等热敏化现象,即确定为热敏腧穴。选1~2个最敏感的腧穴行热敏灸,30分钟/次,1次/天。治疗组采用针刺蝶腭神经节联合热敏灸治疗。针刺蝶腭神经节:患者取坐位,头部微微后仰,面部偏向患侧,确保蝶腭神经节与针刺点在同一个平面上,必要时可取张口位。以蝶腭神经节与针刺点间连线为针刺路径,对针刺部位进行常规消毒后,医师用左手食指捏住患者颧弓凹陷部位,并将该处皮肤下拉1~2 mm,绷紧皮肤后,右手持华佗牌一次性毫针(规格:0.35 mm×75.00 mm)对准蝶腭神经节进针,进针深度约55 mm,注意进针时针尖需紧贴左右指甲边缘。医师刺入后感觉出现鱼吞钩的气感,此时患者自觉鼻腔内有短暂强烈喷水、喷血等感觉,且不自觉摇头闪躲,医师即可快速提插3次,然后取出毫针,最后用消毒棉球按压2 min左右。针刺治疗3次/周。面两侧蝶腭神经节交替针刺,针刺后行热敏灸治疗,热敏灸方法同对照组。两组治疗周期均为3周。

1.3 观察指标 (1)临床疗效:依据House-Brackmann(HB)面神经功能分级系统^[7]、面部残疾指数(FDI)量表^[8]评价疗效。①HB面神经功能分级:I级为轻度障碍,面部轻微无力,微笑时稍不对称,无痉挛、收缩等表现;II级为中度障碍,面部肌肉明显无力,微笑时面部不对称,有痉挛症状;III级为中重度障碍,面部肌肉无力,影响面容;IV级为严重障碍,闭目

不全,仅嘴角可活动;V级为面部肌肉无法运动,肌张力消失。②FDI量表包括躯体功能(5个条目)、社会生活功能(5个条目)两个方面,躯体功能各条目计0~5分、社会生活功能各条目计1~6分,躯体功能得分越高则躯体功能越强,社会生活功能得分越高则社会生活功能越差。痊愈:HB分级I级,FDI量表中躯体功能得分≥20分,社会生活功能得分≤10分;显效:HB分级II级,FDI量表中躯体功能得分15~<20分,社会生活功能得分>10~15分;有效:HB分级III级,FDI量表中躯体功能得分10~<15分,社会生活功能得分>15~20分;无效:面肌肉活动情况未改善或加重,HB分级IV~V级,FDI量表中躯体功能得分<10分,社会生活功能得分>20分。总有效率为痊愈率、显效率与有效率之和。(2)面神经功能:治疗前、治疗3周,两组均用多伦多面神经功能(TFGS)评分^[9]评价面神经功能,该量表有静态、自主及连带运动3个方面,最高分为100分,分值越高则面神经功能越好。(3)面部肌电图指标:治疗前、治疗3周,两组均用神经肌电图测定面神经复合肌肉动作电位(CMAP)波幅变化比例、瞬目反射R1潜伏期等。

1.4 统计学处理 采用SPSS23.0统计软件进行数据处理和分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}±s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料用例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗组总有效率较对照组高,差异有统计学意义($\chi^2=9.523, P<0.05$)。见表1。

表1 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	41	11(26.83)	15(36.59)	11(26.83)	4(9.76)	37(90.24)
对照组	41	4(9.76)	6(14.63)	15(36.59)	16(39.02)	25(60.98)

2.2 两组面神经功能比较 两组治疗3周TFGS评分均较治疗前升高,且治疗组评分高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组面神经功能比较($\bar{x}±s$,分)

组别	n	治疗前	治疗3周	t	P
治疗组	41	46.58±4.51	78.58±5.69	28.221	<0.001
对照组	41	46.68±4.58	71.24±5.66	21.599	<0.001
t		0.100	5.856		
P		0.921	<0.001		

2.3 两组面部肌电图指标比较 两组治疗3周CMAP波幅变化比例均较治疗前升高,瞬目反射R1潜伏期较治疗前缩短,且治疗组各指标变化更为明

显,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组面部肌电图指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CMAP 波幅变化比例(%)		瞬目反射 R1 潜伏期(ms)	
		治疗前	治疗 3 周	治疗前	治疗 3 周
治疗组	41	45.62±10.25	57.41±13.25*	18.47±3.16	14.12±2.32*
对照组	41	45.38±10.47	51.33±12.67*	18.33±3.42	16.28±3.05*
t		0.105	2.124	0.193	3.442
P		0.917	0.037	0.848	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨 论

面瘫作为临床常见神经功能缺损疾病,其发病机制涉及免疫、血流障碍等多个学说,若不及时治疗,会导致神经功能严重受损,引发面肌无力、面部痉挛等并发症,影响患者日常生活。目前,面瘫治疗以营养神经与改善微循环药物、面神经减压术等为主,其中药物虽可减轻症状,但治疗进展缓慢,而手术可能会引发听力降低、面部肌肉萎缩等并发症,应用存在局限性^[10]。

中医认为面瘫属“口眼歪斜”范畴,其因过度劳作致使正气不足,脉络亏虚,加之外感风寒湿邪,侵袭面部少阳、太阳等脉络,从而导致经脉闭阻,气血不畅,筋失濡养而发病,而治疗需以疏通经脉、益气等为原则^[11]。目前,中医治疗面瘫方案较多,如针刺、穴位按摩、热敏灸等,其中热敏灸是一种新型艾灸疗法,其通过辨别敏灸,起到消敏作用,从而濡养面部肌肉,改善面肌痉挛,且可疏通脉络^[12]。针刺为中医主要外治法之一,其通过针刺特定穴位,可调节气血,疏通静脉,且可调和脏腑功能^[13]。蝶腭神经节是内脏神经系统主要副交感神经节,其位于翼腭窝内,具有调控面神经、支配肌肉运动等功能。相关研究指出,针刺蝶腭神经节可促使自主神经系统功能恢复,改善自主神经功能失调情况,维持头面部相关功能平衡^[14]。本研究结果显示,治疗组总有效率较对照组高,提示面瘫患者采用针刺蝶腭神经节联合热敏灸的疗效较好。分析原因在于,热敏灸治疗面瘫,通过悬灸敏化腧穴,可使热力直达病所,疏通阻滞经脉,且可濡养面部肌肉,联合针刺蝶腭神经节治疗,可使面部异常神经功能恢复,从而改善面部残疾及面神经功能,提高整体治疗效果^[15]。本研究还发现,治疗 3 周,治疗组 TFGS 评分、CMAP 波幅变化比例较对照组高,瞬目反射 R1 潜伏期较对照组短,提示针刺蝶腭神经节联合热敏灸治疗面瘫患者可改善面神经功能及面部肌电图指标。分析原因在于,在热敏灸治疗基础上,增加针刺蝶腭神经节可激发机体良性调节反应,促使失常的面神经功能恢复,逐渐调节神经支配功能,恢复神经平衡状态,从而更利于提高面神经功能,改善面部肌电图指标^[16]。但本研究并未观察组间不良反应

发生情况,研究结果存有局限性,未来仍需进一步探讨。

综上所述,面瘫患者采用针刺蝶腭神经节联合热敏灸治疗效果较好,可提高面神经功能,改善面部肌电图指标。

参考文献

- [1] 刘海永,王然,金光明,等. 针刺配合刺络拔罐治疗风热型周围性面瘫的效果[J]. 中国医药导报,2019,16(28):151-153.
- [2] 孙承颐,袁盈,闫世艳. 毫火针治疗周围性面瘫临床疗效 Meta 分析[J]. 针刺研究,2022,47(3):274-281.
- [3] 章海凤,宣逸尘,黄建华,等. 热敏灸治疗周围性面瘫(急性期)不同灸量的临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志,2019,34(12):5990-5992.
- [4] 舒凝,於堃,黄毅,等. 针刺蝶腭神经节治疗多系统疾病的临床研究进展[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2019,27(3):232-236.
- [5] 贾建平,陈生弟. 神经病学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2013:321-322.
- [6] 陈日新. 热敏灸实用读本[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:196.
- [7] 周章玲,左聪,程鉢冰,等. 分级评定面神经功能在电针治疗贝尔麻痹中的应用[J]. 中国针灸,2013,33(8):692-696.
- [8] 赵艳. 面部运动联合分期针灸治疗贝尔面瘫患者的疗效研究[J]. 河北医学,2015,21(5):749-752.
- [9] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉科学分会. 面神经功能评价标准(讨论稿)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,41(1):22-24.
- [10] KIM S J, LEE H Y. Acute peripheral facial palsy: recent guidelines and a systematic review of the literature[J]. J Korean Med Sci,2020,35(30):e245.
- [11] 郭玉,洪珍兰,王苗苗,等. 通络刮痧联合中药熏蒸对恢复期周围性面瘫患者的影响[J]. 护理学报,2021,28(9):5-9.
- [12] 赵兰凤,马洪举,曾婧纯,等. 热敏灸结合埋线治疗顽固性面瘫临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2019,21(8):85-88.
- [13] 刘艳玲,李鸿. 桃红四物汤加减联合针刺治疗周围性面瘫的疗效及对面神经功能损伤程度的影响[J]. 中医药信息,2021,38(11):75-78.
- [14] 程鹏,张继玉,王弟红,等. 针刺蝶腭神经节结合穴位注射治疗周围性面瘫后遗症的临床研究[J]. 检验医学与临床,2021,18(24):3554-3556.
- [15] 覃斯好,焦琳,迟振海,等. 热敏灸联合刺络放血治疗气虚血瘀型顽固性面瘫的临床疗效观察[J]. 世界中医药,2019,14(8):1942-1945.
- [16] 刘金勇,王建民,孙刚毅,等. 艾灸结合针刺蝶腭神经节治疗顽固性面瘫 32 例[J]. 实用中医药杂志,2022,38(9):1618-1619.