

面神經癱瘓的針灸治療

廣東省中醫進修學校解剖學教師 張創獻

廣東省中醫實驗醫院針灸室醫師 司徒鈴

一、引言

面神經癱瘓，是指由面神經所支配的頭頸部橫紋肌發生癱瘓現象的一種症狀。又因口角常歪向健側，眼瞼不能閉合，故亦稱「口眼喎斜」。

在所有周圍神經疾患中，不管是顱神經或是脊神經，面神經癱瘓是最常見的一種。筆者曾用針灸來治療這種疾病，而且收到一定效果，但並不是說所有的面神經癱瘓都能治愈。下面，僅將治療本病的一些心得和經過報導出來，僅作為針灸工作者參考之用。筆者學識有限，希望得到批評與改正。

面神經的解剖

面神經是第七對顱神經，包括固有面神經與中間神經兩部份。其中，他們各自含有不同性質的神經纖維：

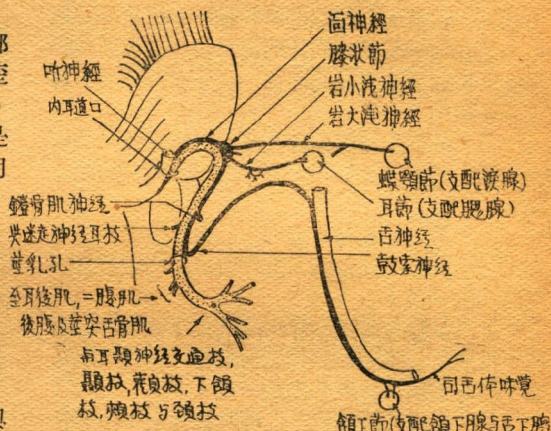
(一) 固有面神經 原發性運動神經細胞位於腦橋內的面神經核中，支配圍繞着眼瞼、外鼻、耳道、口裂、前額及頸前的表情肌。此等表情肌由腮腺演變而來，屬於腑臟性質；但却是隨意的橫紋肌。因此支配表情肌的固有面神經屬於特別臟腑傳出纖維。

(二) 中間神經 其中包括着兩種神經纖維：①普通臟腑傳出纖維，支配淚腺、頷下腺與淚腺的分泌。②特別臟腑傳入纖維，接受舌體的味覺。

面神經核絕大部份聚居腦橋下半部。但至眼輪匝肌驗部的神經纖維，其細胞之位置可高達動眼神經核平面。(或竟說來自動眼神經核。)由核內的神經細胞體發出軸突，先向背內側至第四腦室底形成面神經丘，再繞過外展神經核而走向腹外側，成一個攀形的徑路。最後，伴同中間神經，一同在腦橋下緣與小腦間的隱窩處出腦幹外側面。(參閱附圖第三)。

面神經出腦幹後，與其外側的衡聽神經伴行於腦基底，再一同進入內耳道。其後，面神經單獨進入顱骨的面神經管內。在管的近側段，面神經首先彎曲成膝，其處並膨大成節名膝狀節，節內細胞便是味覺的原發性傳入神經單位。膝狀節處發出岩大、小淺神經等，均屬於普通臟腑傳出纖維。在管的遠側段，分枝與迷走神經耳枝交

通，並發出莖突舌骨神經支配該肌。當將走完面神



圖中所載，有黑色為固有面神經，黑色為中間神經。

〔附圖第一〕面神經周圍段模式圖

經管時，中間神經與固有面神經分離前者易名鼓索神經進入鼓室；後出棘孔與舌神經合併，分佈於舌體味蕾及舌下腺、頷下腺。

固有面神經的顱外段

面神經出莖乳孔後，其中成份已全是特別臟腑傳出纖維。首先發出：

- (一) 耳後神經，支配耳後肌；
- (二) 二腹肌神經，支配二腹肌後腹；
- (三) 莖突舌骨肌神經，支配莖突舌骨肌。

以後，本幹進入腮腺內，繞過頸內血管外側而到面部。在腮腺內多分成兩股，或連合成攀，最後發出下列五種枝，並與耳顱神經交通。(參閱附圖第二)。

(1) 顱枝 向上出腮腺上緣。跨過顱弓，分佈於顱部及額部。支配耳上肌、耳前肌、額肌、眼輪匝肌、與降眉肌，並與淚神經、額神經等交通。

(2) 顴枝 向上向前而出腮腺。通常分兩枝，上枝跨過顱弓向額部，下枝沿顱弓下方走向前。支配眼輪匝肌、上唇方肌、顴肌及鼻肌，並參與頰神經叢；且分別與顱顳神經及顱面神經交通。

(3) 頰枝 向前出腮腺前緣。常分數枝，在腮腺導管下方走向口裂。在頰部與三叉神經的

頰神經交織成頰神經叢，顳枝與下頷枝亦參與此叢。支配頰肌、笑肌、單尖牙肌、口輪匝肌及附屬於口裂周圍的諸肌。

(4) 下頷枝 向下出腮腺，沿下頷骨體走向頰。支配頰肌、下唇方肌、三角肌並發枝參與頰叢，且與頰神經交通。

(5) 頸枝 向下出腮腺，支配頸闊肌。

面神經癱瘓的種類

傳出的神經衝動由大腦皮質到面神經核，再由核至表情肌而引起該等肌收縮。在這全部行程中，若任何一點受到病灶的侵犯皆可引起面神經癱瘓。按照病灶所在的部位，可分面神經癱瘓為下列各種：

(一) 核上性面神經癱瘓：指病灶侵犯部位在大腦皮質與面神經核之間。即面神經核的近心段。

(二) 面神經核及腦橋內的核下性面神經癱瘓：指病灶侵犯面神經核及其所發出的纖維位於腦橋內的一段。

(三) 腦基底及顳骨內段的核下性面神經癱瘓：指病灶侵犯面神經離開腦幹後，經行於腦基底、內耳道或面神經管內的一段。

(四) 顳外段的核下性面神經癱瘓：指病灶侵犯的部位在面神經已出莖乳孔的一段。

(五) 其他

二、各種癱瘓的特點

(甲) 核上性面神經癱瘓

病灶可侵犯大腦皮質的一定部位，大腦半球髓中央的放線冠，內囊中，中腦的大腦腳或腦橋上部。致病原因則多由於局部發生瘤腫，膿瘍，出血，或形成血栓所致。此種癱瘓有着下列幾個特點：

(一) 上部纖維多不受累：因至眼輪匝肌臉部的纖維，其細胞體位置高可達動眼神經核，與其他部份的距離較大。因此眼輪匝肌多不受累。

(二) 並有同側性偏癱：由大腦皮質到達面神經核的皮質脊髓徑與皮質到脊髓的皮質脊髓徑是伴行的，一同經過內囊大腦腳及腦橋基底部。故當病灶侵犯面神經核上段時，常有同時累及皮質脊髓徑的可能；結果引起與面神經癱瘓同側的偏癱。

(三) 呈上運動神經單位癱瘓型：這由於病灶侵犯的部位在面神經核以上的緣故。因此癱瘓是強直性，癱瘓的肌無萎縮現象，肌反射增加；在行電氣變性測定時，顯現陰性反應。

(乙) 面神經核及腦橋內核下性面神經癱瘓

(C) 19 癱瘓：China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net
當病灶侵襲面神經核或由核發出的攀形神經

纖維時，通常會連同位於腦橋內的某些神經核一齊波及。在腦橋內的病變常可因患者發生白喉或腦炎而形成；梅毒引起的尤為多見。此種癱瘓有着下列各種特點：

(一) 交叉癱瘓：面神經核及其攀形神經纖維在腦橋內的位置切近皮質脊髓徑，故當其受侵時，常累及皮質脊髓徑。此徑在延髓交叉後主要降到對側脊髓。故當面神經癱瘓時，常合併有對側肢體癱瘓現象。

(二) 腦橋內其他神經核的波及：腦橋內有多個神經核，故其中發生病變時，常可同時侵犯數個神經核。面神經核下纖維繞過外展神經核，故當此段神經纖維被累時多會合併外展神經核的受侵。又，面神經亦靠近三叉神經的感覺核及其丘索，故面神經損害合併三叉神經受累甚為常見。

(三) 呈下運動神經單位癱瘓型：此由於病灶部位在原發性（下）運動神經單位之故；這是一切核下性神經癱瘓的共同點。是一種弛緩性癱瘓，表情肌有萎縮現象，一切反射消失。在行電氣變性反應試驗時則呈陽性。

(四) 當病灶侵犯面神經核時，因其上部所居平面過高，故常可避免受累。

(丙) 腦基底及顳骨內段的核下性面神經癱瘓

面神經離開腦幹經行於腦基底或顳骨內受侵時，都可發生聽覺障礙，但此兩段被累的原因則多不相同。侵犯腦基段面神經多由於小腦橋瘤腫、橡皮腫、腦膜炎，或可能由於顳骨骨折而引起。顳骨內段面神經被累則多由於中耳炎之故，有時在施行乳突鑿開術時亦可傷及面神經。此種癱瘓有着下列幾種特點：

(一) 聽神經被累：面神經在腦基底段與聽神經伴行一同入內耳道，故此段上發生病灶，則面神經癱瘓合併蝸牛神經與前庭神經的被侵。

(二) 中間神經被累：面神經在未分出鼓索之前，是併含着中間神經的。因此該段內被侵，面神經癱瘓可合併中間神經被累之各種現象。

(三) 鐮骨肌神經：此神經在面神經管遠側段發出，若鐮骨肌癱瘓則張鼓膜肌力量加強，鼓膜張度增加，對聲音的感覺變成過敏。

(四) 呈下運動神經單位癱瘓型

(丁) 顳外段的核下性面神經癱瘓

面神經顳外段受侵，僅顯現表情癱瘓現象，並無其他合併症狀，特名為固有面神經癱瘓。(Bell's palsy)最常見的原因有下列三種：

(一) 外傷型：莖乳孔附近受打擊，外傷，施行瘤腫手術，分娩時器械夾傷等，均可令面神經分裂或截斷。

(二) 受寒或風濕型：最常見，是所謂真正的拍爾氏癱瘓，乃由於面神經間質炎所致。若面神經在顳骨內因間質發炎腫脹而發生壓迫，亦可引起拍爾氏癱瘓。

(三) 梅毒型 亦屢可引起面神經癱瘓。面神經顳外段受累亦呈下運動神經單位癱瘓型。

(戊) 其 他

因表情肌萎縮亦可表現口眼喎斜，破傷風有時亦表現此種症狀，但因腮腺炎而引起面神經癱瘓的例子却未發現。

兩側面神經同時癱瘓亦較為少見。這可由於兩側中耳炎，或病灶在腦橋、腦基底而致，少數亦可由白喉引起。

三、診 斷

固有面神經癱瘓的症狀

面神經癱瘓按其發作方式，有下列各種：

(一) 急性發作 在起病二十四小時內，面神經癱瘓的程度與範圍已達最嚴重程度。受寒或風濕型的發病形式多如此，患者常因感冒、受寒、風吹或一覺醒來即發現口眼歪斜。

(二) 慢性發作：此種多由慢性炎症引起，最常見的是中耳炎和梅毒。患者初發覺左右面不對稱，以後日漸顯著，最後形成面神經癱瘓現象。

(三) 突然而起 多屬於外傷型，因面神經扭傷、分裂或切斷突然癱瘓。

面神經癱瘓的症狀首先是患側眼瞼不能閉合，這因眼輪匝肌癱瘓之故。由於眼球長時間暴露，空氣與灰塵不斷刺激，結合膜易生炎症現象，充血與疼痛，同時淚液分泌增加。又因下眼瞼下垂，淚湖變淺，淚液常自內眥沿鼻外側經口角流下；或在此徑路上顯現淚痕。同時視力模糊。

若令患者強行閉目，則健側可閉合而患側尚張開，但眼球轉向上或轉向下。此時健側眶四周皮膚均行皺起，患側則無此等現象。患側額上亦不現皺紋，即使令患者兩眼向上看亦不能見到，這由於額肌（顳頂肌額腹）癱瘓的緣故。

附於口裂周圍的諸肌亦官能障礙，結果口裂作各種變形時兩側常不能一致。例如笑時，病者口角明顯地向健側掀起。若令病者作閉嘴或撮唇等動作，則因口輪匝肌官能障礙，患側口裂不能收縮，口角掀開，涎液流出。發音亦因而不清。鼻唇溝亦不明顯。

進食時，由於頰肌癱瘓，故食物多聚於口前庭；即頰與齒之間，而且食物更常隨同流質由口角漏下。

各種面神經癱瘓的鑑別

依照上述症狀，面神經癱瘓是易於診斷的；但詳細的病歷和體格一般檢查仍應進行。然後，應該進行面神經癱瘓的特有檢查，以區別癱瘓的種類和病灶所在地點。

如果發現病者患側的眼瞼能够閉合，只表現口角斜向對側的症狀，應首先疑惑是核上性面神經癱瘓。然後可用下列可靠的檢查以決定病灶是在核以上或以下：

	核 上 性 癱 瘓	核下性癱瘓
癱 瘓 性 質	隨意癱瘓大過不隨意癱瘓	都癱瘓
反 射	增強	喪失
表 情 肌	不萎縮	萎縮
電氣變性試驗	陰性反應	陽性反應

若病灶在面神經核時，亦常表現上部纖維不受累，但呈下運動神經單位癱瘓型。在所有核下性癱瘓中，若病灶在腦橋內，則常並有交叉癱瘓，即患側面表情肌癱瘓，而對側肢體則呈上運動神經單位癱瘓型。其時對側肢體表現膝反射、跟腱反射、二頭肌反射及三頭肌反射增強，而肌表現強直性癱瘓；當施行他種運動時覺有抗力。但一切感覺並無擾亂現象。

腦橋內病灶同時可表現侵襲其他神經核，特別是外展神經與三叉神經。因此，眼球轉向鼻側，耳間線以前的顳面部感覺消失；而耳下腮腺部因受耳大神經支配，故並不受累。當患者行咀嚼運動時，可以指捫嚼肌與顳肌，以測出三叉神經運動根有無一同受侵；同時亦可觀察顎帆，或用喉鏡檢查聲帶看有無癱瘓發生。

上述兩種情況，就是中樞神經內的病變，我們認為很難使用針灸來收到治療效果，不能將其列入適應症內。

病灶在腦基底或顳骨內面神經管中時，患側會覺得聽覺消失。若侵犯部位在腦基底，則耳聾是神經性的，而且伴有暈眩感覺。閉目站立時，身體搖擺不定。但要注意，中耳炎亦可致耳聾。但此種聾是屬於傳導性的，可藉骨性傳導聽到音叉的音響。若病灶在面神經管中，則因聾骨肌癱瘓表現聽力過敏，發生耳鳴或耳聾。

其次，更可置食鹽於患側舌上，可知舌前三分二味覺消失。同時涎腺分泌亦異常，患側口底較乾燥。

即使病灶在周圍段，但如果面神經已引起實質的損傷，有着神經組織本身形態學上的改變，針灸對這種癱瘓的治療同樣是沒有效果的。

四、針灸治療

針灸治療面神經癱瘓的範圍應該是該神經周圍段內，因附近炎症影響，而引起的官能改變。在全部面神經癱瘓疾患中，這種癱瘓亦佔最多數。下面我們敘述治療時，亦僅指此種情形而言。

治療原理

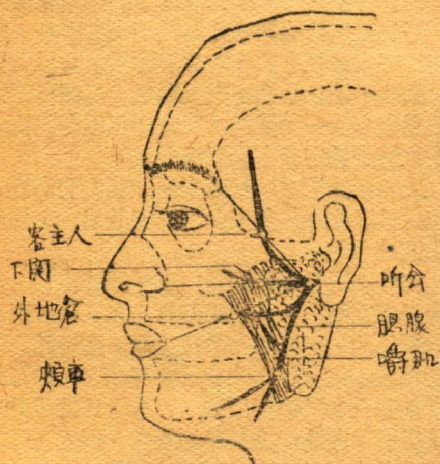
在施行針灸治療之先或同時，對於引起面神經癱瘓的原因必須加以處理。例如梅毒、中耳炎、白喉、感冒等炎症，或受寒潮濕等原因，都應按照各該疾病的治療法加以處理，除去病因。

針灸治療不外乎利用機械的刺激或溫度的刺激，直接加諸周圍神經，使引起興奮以收療效的。在治療面神經癱瘓中，針灸能引起下列各種作用。

(一) 刺激施於神經的傳出纖維：面神經的傳出纖維，長時間處在炎症狀態下，不斷地受到激惹，結果興奮性降低，形成阻抑過程。當來自中樞神經系統的興奮傳出時，不能通過這阻抑地區，因而面神經表現癱瘓現象。

針刺給予神經纖維一種新鮮的足夠的刺激，傳出纖維便可以引起興奮。興奮擴佈的結果，癱瘓便逐漸解除。

(二) 刺激施於神經的傳入纖維：面神經的傳入纖維長時間處在炎症狀態下，不斷地受到激惹，這種衝動亦不斷地激惹中樞神經的一定部位，結果在該處形成一個抑制區，當傳出沖動到達此區時，便能將興奮性降低或消除。這樣便形成了癱瘓。



〔附圖第二〕面神經癱瘓常用穴位圖

針刺給予神經纖維一種新鮮的足夠的刺激，傳入纖維發生興奮。這種興奮傳入中樞，使中樞神經系統的抑制區或其附近發生興奮，經過擴佈，癱瘓便可以解除。

(三) 溫熱刺激：溫熱可使神經的敏感度增

高，易於引起興奮，而且能改善局部血循環，隨着神經機能的逐漸恢復，改善營養，消除炎症。

針灸穴位的選擇

基於上述治療原理，治療面神經癱瘓的經穴應該以位於面神經的分枝為主。把一些雖不在面神經各枝上，而亦為古人所常用的經穴為副。其他在三叉神經各枝上的經穴亦可一用，因該神經司面部傳入的緣故。現將我們所用的經穴列於下，並把各針灸家治療面神經癱瘓的經穴列出，以為對照。

主要穴位：聽會，客主人，下關，外地倉，頰車。

次要穴位：合谷，太陽，顴膠，天柱，童子膠，攢竹，四白，翳風。

〔附〕各針灸家對面神經癱瘓的取穴如下

曾天治氏：地倉，頰車，聽會，翳風，水溝，合谷，風府，風池，曲池。

陸瘦燕氏：攢竹，睛明，四白，絲竹空，童子膠，地倉，禾膠，承漿，上星，神庭，陽白，承泣，大迎，客主人，百會，丰隆。

承澹齋氏：風池，翳風，下關，頰車，地倉，顴膠，承漿，合谷。

方幼齋氏：頭維，攢竹，絲竹空，睛明，童子膠，聽宮，頰車，地倉，風池。

朱璉氏：翳風，耳門，聽會，巨膠，四白，攢竹，絲竹空，曲髻，頰車，童子膠，地倉，禾膠。

龐中彥氏：頰車，地倉，聽會，翳風，風池，風府，水溝，合谷，曲池，四白，攢竹，睛明，童子膠，承泣。

針灸的實施

針刺在引起神經的興奮，故必須有足夠而且廣泛的刺激。施行針刺時，應先行確定穴位，經嚴密消毒後，以不用押手的無痛進針法捻轉進針，使神經敏感度不致減低。針過真皮後，先向一方向入針，至病者感到有痠麻或脹等主觀感覺，表示針已達神經。再略事旋捻，使刺激強度增加，即可將針略提起。起針時不可過皮膚，再換另一個方向刺入，到達神經後又捻轉以增加刺激強度。如是每穴施行二個方向的刺激，使刺激比較廣泛。

但在同一點上施行刺激太多，例如過度的旋捻，雀啄，或者臥針太久，都可使神經的興奮性降低，結果形成阻抑過程，得不到治療效果，如果患病時間太長，肌癱瘓太久，兼用灸灸是可以收到較良好療效的。以使用艾捲灸為佳，(即以艾用紙捲成條狀，燃起來靠近經穴，用熱力輻射過去。)因為即使用隔薑灸，亦會引起灸瘡，直接灸更易發生。在面部灼成灸瘡，不但影響美容，最重要的還是面部化膿，易於引起顱內感染。(未完)