

临床选择针刺穴位方案的初步研究

——面神经麻痹热象图辅助选穴的观察

中国中医研究院针灸研究所

张 栋 魏正岫 温宝珠

高惠合 彭 悦 王凤玲

针灸方法起源于古代,目前治疗取穴的唯一依据是古典中医理论。我们在针刺治疗周围性面神经麻痹的临床研究中,观察到如不采取早期治疗或治疗中选穴不当均可导致后遗症的产生。因此,如何在本病早期运用现代科学方法指导针灸的选穴治疗,是针灸临床中有待解决的问题。我们在完成对面瘫患者面部温度分布和面部热象图分析的基础上,使用红外热象技术选择面瘫针刺治疗选穴方案,以期提高面瘫的治愈率和缩短痊愈时间。现将初步研究结果报道如下。

一、一般资料

对确诊的周围性面神经麻痹患者 131 例随机分为常规针刺治疗组(简称为常规选穴组)和运用热象方法选穴针刺治疗组(简称热象图选穴组)进行临床观察。常规选穴组 97 例,男 55 例,女 42 例;平均年龄 41.4 岁;病变部位在左侧者 56 例,右侧者 40 例,双侧者 1 例。热象图选穴组 34 例,男 21 例,女 13 例;平均年龄 42.5 岁;病变部位在左侧者 19 例,在右侧者 15 例。两组情况基本一致。

二、观察和治疗方法

1. 红外热象仪的使用:红外热象仪的使用方法、观察条件、热象图的记录和分析过程均同前文⁽¹⁾,将热象仪记录的患者正面、患侧面和健侧面的三幅面部图象,贮存于计算机中。治疗前将存贮图象取出,把面部划分为16个区域(双眉、双眼、双内眦、双外眦、双颧、双颊、双鼻唇沟和双嘴角)进行区域平均温度的提取。

2. 针刺选穴方法:热象图选穴组于治疗前运用热象图上面部各部位温度以确定针刺穴位。对于双侧温度差较大的部位,选用患侧该部位附近穴位;对于双侧温度差不大的部位,选以临床常规穴位为主,适当辅用患侧该部位附近穴位;对于双侧温度基本对称的部位,即使外观和患侧功能较差,均选用临床常规穴位,一般不在患侧该部位附近选穴。另外,口部病变严重者可加刺患侧或双侧合谷;耳后、项部疼痛者加刺患侧翳风和风池。热象取穴组的患者在发病初期和每一疗程之前,均用上述方法确定选穴处方,下一疗程根据热象图检查重新选择穴位。本组所选穴位接选用率(%)大小依次为地仓(91.6%)、迎香(90.7%)、合谷(88%)、太阳(85.2%)、阳白(78.7%)、颧髎(71.3%)、颊车(63%)、下关(59.3%)、四白(50%)、攒竹(45.4%)、禾髎(36.1%)、丝竹空(23.1%)、头维(12%)、承浆(10.2%)、翳风(2.8%)、风池(1.9%)。常规选穴组根据传统的临床选穴方法选取穴位。

3. 针刺方法:两组均采用平补平泻的针刺手法,进针得气后留针 20 分钟,急性期每日针刺一次,10 次为一疗程。治疗三个疗程后未愈者改为隔日针刺一次。

三、疗效分析

1. 疗效标准:病人主观感觉无任何不适,症状和体征全部消失,颜面各部位外观静态或动态均与健侧对称,无后遗症者评为痊愈;病人主观无不适感,面肌运动恢复较好,颜面双侧静态外观对称,但于检查或有面部表情动作

时有轻度后遗症状, 颜面双侧个别部位有轻度不对称或有力弱表现者评为基本痊愈; 主观感觉好转, 患侧面部活动有进步, 但双侧面部或个别部位静态外观尚有不对称, 或有面部表情动作时出现较明显体征, 面肌运动明显不如健侧者评为好转; 经治疗数个疗程后其症状体征与发病时相同或加重者评为无效。

2. 治疗结果: 附表示, 热象图取穴组痊愈和基本痊愈者占 94.2%, 而常规取穴组为 76.3%。经统计学处理, 热象图取穴组疗效明显优于常规取穴组 ($P < 0.05$)。

附表 两组治疗结果统计

组 别	总例数	痊愈例 (%)	基本痊愈例 (%)	好转例 (%)	无效例 (%)
常规选穴	97	45(46.4)	29(29.9)	19(19.6)	4(4.1)
热象图选穴	34	23(67.7)	9(26.5)	1(2.9)	1(2.9)

从疗程和针刺次数来看, 常规选穴组 97 例, 平均疗程为 24.0 ± 3.53 周 (均值 $\pm$ 标准误, 下同), 针刺次数为 78.8 ± 7.74 次; 而热象图选穴组 34 例分别为 6.02 ± 0.66 周, 25.2 ± 2.59 次。后者的疗程和针刺次数均较前者有非常明显缩短 ($P < 0.001$)。

3. 病例介绍: 刘××, 男性, 36 岁。左侧面瘫 2 天后就诊。刻诊: 额纹、鼻唇沟均较浅, 嘴角歪向健侧, 患眉较健侧眉低约 2 毫米, 检查无抬眉、耸鼻动作, 闭目不全, 眼裂约 3 毫米, 鼓腮时漏气, 示齿健 3 患 1。自诉患侧面部有呆滞及麻木感, 伴有目赤多泪、耳后疼痛等症状。诊为左侧周围性面神经麻痹, 左侧面瘫。面部热象图显示, 嘴角、鼻唇沟、颧部、外眦和眉部温度, 双侧相差在 $0.8 \sim 0.3^{\circ}\text{C}$ 之间; 其余部位温度, 双侧相差在 0.3°C 以下。选择患侧迎香、四白、地仓、下关、阳白和丝竹空六穴针刺治疗 (如按常规选穴法应取头维、攒竹、鱼腰、太阳或丝竹空、颧髎、牵正、地仓、颊车、迎香、承浆)。

经治 8 次, 面部功能恢复明显, 额纹双侧对称, 眉双侧平齐, 嘴角稍歪向健侧, 检查有

抬眉、耸鼻动作但力弱, 鼓腮时不漏气, 眼可闭合, 示齿健 3 患 3, 面部热象图复查显示患侧嘴角、颧部和外眦温度仍低于健侧 $0.5 \sim 0.3^{\circ}\text{C}$, 乃改取患侧地仓、颧髎、颊车、四白、太阳及患侧合谷等穴治疗。再治 7 次, 患者面部外观和功能检查双侧均对称, 自觉症状亦消失。热象图复查示患侧嘴角温度略高, 内眦部位稍低, 相差均在 0.3°C 之内, 其他部位双侧基本对称。决定停止治疗。该患者共治疗 16 天, 针刺 15 次。2 个月后随访, 病情无反复。

四、讨论

周围性面神经麻痹患者, 由于面神经所支配的面部表情肌运动功能丧失, 患侧面部组织的代谢活动会产生异常, 患侧的一些部位或器官可表现为功能低下, 代谢减弱, 血液循环量减少, 故温度低于健侧; 而患侧的另一些部位或器官则可能出现代偿性代谢加强, 血液循环增加, 温度高于健侧。我们认为, 上述两种状态导致了这些面部部位温度的异常, 使与健侧的温度差增大。双侧温度差的大小与病变程度有关^(2,3)。运用热象图上面部双侧各部位的温度差来选择针刺穴位的方法, 正是根据患者面部所反映出来的病理反应点, 选择性地治疗那些病变最严重的部位, 所以本选穴方法是有生理和病理依据的。

以往工作结果提示, 针刺后面部出现的主要变化是血液循环和局部代谢的增强, 而针刺点的局部反应更强⁽⁴⁾。在热象图上观察到, 在双侧温度对称性较差的患侧部位, 选取穴位进行重点针刺治疗, 对促进这些部位的神经和肌肉组织的功能恢复具有重要作用。应当说明, 虽然有些部位外观和功能检查可能表现为严重的功能丧失, 但热象图却表现为双侧温度对称性较好, 这说明患侧此部位的血液循环和代谢状态与健侧该部位相近, 只是由于神经的麻痹导致功能不能发挥, 一旦麻痹的神经恢复功能后, 该部位即可正常运动。因此在这些患侧温度对称性较好的部位上毋需重点选穴, 而在传统临床选穴基础上只需选取少数穴位作为配穴进行针刺即可。总之本方法的治疗目的在于改

善面部功能较差部位的循环和代谢状态,促进该部位神经组织的恢复。

中医理论认为,面瘫之病为正气不足,风邪入中经络,导致经脉痹阻不通,经筋失于濡养而发为面部肌肉萎软不用,其治疗应当为通经脉,行气血。本方法正是在那些经脉痹阻和经脉失衡的部位予以重点治疗,起到通行气活血和加速气血运行的作用,从而使失于濡养的经筋尽快地恢复。本治疗方法虽然依据热象和温度选择治疗方案,但没有放弃传统的穴位和针刺方法,因此本方法是运用现代技术与传统针灸理论相结合的尝试和产物。

从本文的临床随机分组疗效来看,热象图

选穴组的疗效明显优于常规选穴组,其疗程和针刺次数亦较常规选穴组明显缩短和减少,证明热象图选穴治疗,临床疗效可靠,见效迅速,在临床是有使用与研究价值的。另外,本研究对针刺取穴的客观化、标准化、现代化研究均有一定的意义。

参 考 文 献

- (1) 张 栋,等.针刺合谷穴对面瘫治疗作用的红外热象观察.中医杂志 1989; 30(5):32.
- (2) 张 栋,等.周围性面神经麻痹患者面部红外热象图表现和温度特征.内部资料,1990.
- (3) 张 栋,等.红外热象图和温度作为周围性面神经麻痹疗效及恢复评定指标的探讨.内部资料,1990.
- (4) Zhang Dong, et al. Journal of Traditional Chinese Medicine. 1990; 10(1):36.

左腹股沟淋巴结弥漫性非何杰金氏恶性淋巴瘤 (多形T细胞型)治验1例

河南省鄢陵县人民医院 李培根

梁××,女,53岁,农民。1987年1月在某医院经病理切片确诊为“左腹股沟淋巴结弥漫性非何杰金氏恶性淋巴瘤(多形T细胞型)”,由于患者拒绝入院治疗,遵医嘱带长春新碱6支(每次2毫克加生理盐水20毫升静注,每周1次)转回原籍。因患者静注长春新碱时腹痛吐泻严重,即停药求医。于1987年2月1日以颜面及下肢浮肿,腹胀,恶心呕吐,左腹股沟淋巴结进行性肿大为主证就诊。

体格检查:体温37℃,心率70次/分,呼吸21次/分,血压160/90毫米汞柱。发育正常,体质消瘦,神志清,慢性病容,面色苍白,全身皮肤粘膜未见黄染。颌下、颈部、腋下、肘部表浅淋巴结未见明显肿大;左侧腹股沟可扪及如鸡蛋样大小包块,质硬,表面不平,推之不移动,压痛明显,表面皮肤略有肿胀;右侧腹股沟可扪及如蚕豆、枣样大小包块4个,质硬,尚能移动,无压痛。眼睑浮肿,巩膜无黄染,扁桃腺无肿大。心肺无异常。舌质淡紫,舌中有裂纹、苔黄糙,脉弦滑。肝下界左右肋缘下2厘米,剑突下4厘米,质中等硬度、边钝,表面光滑,有压痛;脾下界在左肋缘下5厘米,质中等硬度,压痛明显;双侧肾区无叩击痛。双下肢明显指陷性浮肿。血象:血红蛋白8.2克%,红细胞296万/立方毫米,白细胞11400/立方毫米,中性80%,淋巴20%,血沉190毫米/小时。尿常规(一)。肝功能:TTT3单位,锌浊度15

单位,SGPT30单位以下。血清总蛋白7.35克%,白蛋白3.34克%,球蛋白4.01克,碱性磷酸酶15.6单位。血浆CO₂-CP58.2Vol%,血液尿素氮12.7毫克%。B超:腹腔探查腹主动脉部可探及17×21毫米大小的低回声区,左侧腹股沟区可探及55×59毫米及28×34毫米大小不等的多个肿大淋巴结,右侧腹股沟区可探及34×41毫米大小的肿大淋巴结。

患者久病气阴暗耗,气滞血瘀与痰火相搏结,属正虚邪实之证,治以扶正祛邪法,宜补气养阴与清热解毒、行气破瘀、化痰散结并施。药用:党参、黄芪、黄精、丹参、玄参、白花蛇舌草、蒲公英各30克,知母、三棱、莪术、半夏各12克,天葵子、泽泻各15克。上药每日一剂,分两次水煎温服。服药3剂后饮食大增,呕吐停止,腹胀消,矢气转,水肿消退,小便增多,仍烦躁、口苦,上方去半夏、泽泻加海藻、昆布各10克。连服15剂后,能下床活动,左侧腹股沟肿大淋巴结已无明显压痛。此后继续按本方随证加减,复诊30余次,服药400余剂,已能从事轻度家务劳动,除自觉乏力外,无其他不适,左侧腹股沟肿大淋巴结缩小至如枣样大小,右侧腹股沟肿大淋巴结亦明显缩小。嘱原方长期治疗,以图根治。于1990年4月28日门诊复查:B超提示肝下界肋下(一),脾肋下2厘米,腹主动脉部低回声区消失。右侧腹股沟淋巴结无明显肿大,左侧腹股沟肿大淋巴结未再发展。