

• 综述 •

针灸择期治疗周围性面瘫临床研究现状与评价

李 瑛¹ 吴 曦¹ 胡卡明² 陈晓琴³

(1. 成都中医药大学针灸推拿学院, 四川省成都市十二桥路 37 号, 610075;

2. 成都中医药大学附属医院针灸科; 3. 成都中医药大学针灸推拿学院 2006 级硕士研究生)

[关键词] 周围性面瘫; 针灸; 择期治疗; 综述

周围性面瘫是临床常见病、多发病, 是针灸治疗最常见的病种之一。针灸治疗该病的临床研究文献丰富, 鉴于周围性面瘫具有不同分期的临床特点, 我们就周围性面瘫的分期、针刺时机、神经定位以及疗效评价等问题, 对近年来针灸择期治疗周围性面瘫的临床研究现状进行分析评价。

1 治疗研究现状

周围性面瘫常由炎症、病毒感染、外伤、颅内外肿瘤等引起, 亦可因脑桥或延髓的病变引起。临床上周围性面瘫又以面神经管内非化脓性炎症引起的面神经及神经髓鞘水肿所致的面神经麻痹, 即贝尔麻痹/贝尔面瘫最多见, 占周围性面瘫的 60% 左右^[1]。该病可发生于任何年龄, 但以青壮年为多见。我国贝尔面瘫的发病率较高, 目前国内城市发病率为 38.0/10 万, 农村为 26.0/10 万^[2]。

周围性面瘫临床表现为不同程度的患侧额纹消失, 皱眉无力, 眼睑闭合不全, 不能耸鼻, 鼻唇沟变浅, 人中沟、口唇歪斜向健侧, 患侧口角下降, 口颊食物滞留。部分患者可伴有面部麻木感, 患眼溢泪, 耳后乳突疼痛或压痛, 舌前 2/3 味觉减退, 口干, 眩晕、耳鸣, 听力减退或过敏, 后期尚可见患侧面部不同程度的僵滞或抽搐^[3]。

由于该病的病因病理尚未完全阐明, 西医目前主要采用药物和手术, 至今没有特异性的有效疗法。药物治疗常用皮质激素治疗、抗病毒治疗、血管扩张治疗、维生素治疗、按摩治疗、功能训练以及面神经减压术、面神经吻合术及整容手术等方法; 对于手术治疗, 目前普遍认为疗效尚难肯定, 只宜在严重病例试用^[4], 难以在临床上推广应用。

针灸治疗本病具有悠久的历史, 长期的临床实践

和大量的文献报道认为, 针灸治疗面瘫具有独特的临床疗效。1998 年 1 月, 美国医学会主编的《通用医疗程序编码》也正式纳入针灸疗法, 认为其是一种治疗面瘫正式有效的方法^[5]。

临床上针灸治疗面瘫以毫针刺法和灸法为主, 电针、罐法、穴位注射、穴位敷贴以及综合疗法等亦是临床常用方法。由于周围性面瘫具有不同分期的临床特点, 其病变的急性期、静止期和恢复期的病理变化是不同的, 近年来围绕针灸择期/分期治疗周围性面瘫发表了不少研究文献。多数认为, 分期治疗面瘫比不分期治疗效果好。如王素芳^[6]将患者随机分成两组, 治疗组根据病程长短分 3 期采取不同方法治疗, 发病期(发病 1~7 天)以阳明经穴为主; 静止期(发病 8~20 天)以透刺为主; 恢复期(发病 20 天以后)深刺配合按摩; 对照组取阳明经穴为主, 局部配合远红外仪照射; 结果治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$), 治疗组疗程短于对照组($P < 0.05$)。刘宜军等^[7]将患者按就诊顺序随机分为治疗组和对照组, 治疗组分 3 期即发病 1~7 天为急性期、发病 8~15 天为静止期、发病 15 天以上为恢复期。不同病期施以不同针灸法; 对照组按常规针法; 结果治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.01$), 分期针灸治疗周围性面瘫优于常规针灸法。韩宝杰^[8]按就诊顺序将患者随机分为治疗组和对照组, 治疗组分 3 期, 发病 1~7 天为急性期, 发病 8~15 天为静止期, 发病 15 天以上为恢复期, 不同病期施以不同针刺方法配合使用不同中药, 对照组不进行分期治疗, 采用常规组方。结果治疗组愈显率为 96%、对照组为 18%, 治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.01$)。朱荣英等^[9]按就诊日期把患者分为治疗组和对照组, 治疗组急性期采用针刺健侧、静止期采用浅刺患侧、恢复期采用常规针刺; 对照组方法同恢复期。结果治疗组愈显率为 97.7%, 对照组为 75.0%, 两组比较差异有显著性意义($P < 0.01$), 两组在疗程上的差异也有显著性意义($P < 0.01$), 采用不同方法分期治疗周围性面瘫效果优于常

基金项目: 国家科技支撑计划资助项目资助(2006BAI12B03-01)

通讯作者: 李瑛, jiale@mail.sc.cninfo.net

规针刺方法。王子臣等^[10]按就诊顺序将患者随机分为治疗组和对照组,不同病期施以不同针法,治疗组采用“分期针刺法”,对照组采用常规针法。结果治疗组的愈显率为 90.3%、对照组为 70.0%,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

目前周围性面瘫分期治疗的临床研究文献尚存在不少问题,如研究方法单一,科研设计不规范,诊断标准不明确,疗效标准不统一,导致研究结论不尽一致等等,虽然随机对照试验(RCT)的研究文献在逐年增多,但研究质量并不可靠,临床依然缺乏高质量的研究依据的支持。

2 分析与评价

2.1 关于分期与针刺时机

由于周围性面瘫的病程有不同分期的临床特点,不同时期其病理变化是不一样的,急性期患者络脉空虚,外邪始中络脉,邪在卫表,病轻邪浅;静止期病邪逐渐深入,病情继续发展或渐趋稳定;恢复期正气渐复,病情好转。临床如何分期,一直没有定论,但绝大多数学者的观点基本一致,认为在发病后 1~7 天为急性期,发病后 8~20 天为静止期,发病后 21~90 天为恢复期^[11~14]。

面瘫不同分期具有不同的临床特点,何时介入针灸治疗才能取得最佳治疗效果,既往的一些研究结论尚不统一,就面瘫急性期是否适合针刺,目前就存在着两种相反的观点,部分学者认为,面瘫急性期面神经正处于急性炎症水肿阶段,此期不宜针灸治疗,针刺会使神经组织水肿加剧,进一步损害面神经,应该从静止期开始治疗。如王辉^[15]认为,过早的刺激,会使局部组织呈持续性充血状态,加重水肿神经炎变,不利于面神经功能恢复。但也有学者认为,周围性面瘫急性期针灸治疗较不针灸效果为好,如周云霞^[16]采用毫针轻刺法治疗急性期患者,与急性期后使用针刺治疗进行对照,结果急性期内针刺组炎性水肿的程度与对照组比较差异无显著性,但水肿期限明显缩短,针刺组在疗效与疗程上都优于对照组。方美善等^[17]以发病 7 天以内的急性期患者为治疗组,发病 7 天以上的静止期和恢复期患者为对照组,采用相同的穴位进行针刺治疗,结果治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$),认为在周围性面瘫的急性期给予面神经良性刺激,会大大提高治愈机率,故针刺治疗的最佳时机为急性期。周围性面瘫究竟何时介入针灸治疗才能取得最佳治疗效果,目前尚缺乏多中心大样本随机对照研究的证据支持。

鉴于面瘫具有不同分期的临床特点,既往的一些研究涉及到该病分期治疗的问题,多数研究结果表明,

分期治疗较不分期治疗效果为好^[6~10],从一定的角度或某个方面说明了择期治疗面瘫是提高临床疗效的关键,但哪种择期治疗方法疗效最佳尚无定论。针灸治疗如何根据不同分期的临床特点,选择最佳的介入时机,并采用不同的针灸治疗方案,以获取最佳的临床治疗效果,需要更深入的研究。

2.2 关于神经定位

周围性面瘫的神经定位,根据杨万章等^[3]“周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准(草案)”,可以分为 4 段,即膝状神经节及以上损害、膝状神经节及以下到镫骨肌支、镫骨肌支以下到鼓索、鼓索以下(含茎乳孔及以远)。病变在膝状神经节时,除有周围性面瘫、舌前 2/3 味觉障碍、听觉过敏外,尚有患侧乳突部疼痛、耳廓和外耳道感觉减退,外耳道或鼓膜出现疱疹,此为 Hunt 综合征^[18],不是临床主要类型。病变在膝状神经节以下的周围性面瘫,主要以贝尔麻痹/贝尔面瘫最多见,为便于临床研究,我们拟将贝尔面瘫的神经定位分为如下两种类型。(1)鼓索以下:定位在面神经管内,面神经鼓索以下部位受损。临床表现:面肌麻痹,额纹消失,眼裂变大,眼裂不能闭合或闭合不全,鼻唇沟平坦,口角下垂,示齿时口角歪向健侧。(2)鼓索及鼓索以上:定位在面神经管内,面神经鼓索及鼓索以上部位受损。临床表现:面肌麻痹,额纹消失,眼裂变大,眼裂不能闭合或闭合不全,鼻唇沟平坦,口角下垂,示齿时口角歪向健侧;和/或舌前 2/3 味觉减退或消失,和/或涎腺分泌障碍,和/或听觉过敏或听觉障碍。

目前有些临床研究文献按照神经定位的不同来进行,如李常度等^[19]按神经损伤定位的方法,将患者随机分为针刺治疗组、西药治疗组、中西医结合治疗组;结果面神经管内损伤,中西医结合疗法优于针刺组和西药组($P<0.05$),后遗症少;面神经管外损伤 3 组之间疗效差异无显著性意义($P>0.05$)。还有一些研究^[20~22]按面神经损伤平面定位,分为单纯性面神经炎、贝尔面瘫、Hunt 面瘫,并进行了几种类型的疗效比较。结果表明,面神经的损伤平面越低疗效越佳,否则相反。总之,按照不同神经定位研究针灸治疗周围性面瘫疗效的临床文献尚少,主要是神经定位的划分没有统一标准,同时也缺乏高质量的临床研究文献的支持。

2.3 关于疗效评价

2.3.1 量表评价 对针灸治疗周围性面瘫临床疗效的评价,国外研究特别强调用相对客观的量表进行评定。近 20 年来用于评价面神经功能的量表有几十个,其中应用最广泛的是 House-Brackmann(HBFNGS)量表,该表被美国头颈外科—耳鼻喉学会、面部神经疾病委员会推荐,作为面部神经功能恢复的评价标准使

用^[23]。其它常用的量表还有 Toronto Facial Grading System (TFGS) 评价量表^[24], The Nottingham System (NS) 评级量表^[25], 但都没有 HBFNGS 量表使用广泛, 尤其是鲜有把 HBFNGS 量表总体评分 (Global Score) 和局部评分 (Regional Score) 结合应用的报道。此外, Van Swearingen 等建立了残疾评估量表 (Facial Disability Index, FDI)^[26], 该表是一种与面部神经肌肉功能有关的躯体残疾和社会心理因素的简单的自评式问卷, 通过患者面神经疾病的躯体和社交心理状态的有意义的变化, 对残疾程度和疗效进行评价。杨万章等^[3]在“周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准 (草案)”中, 提出了面瘫分级评定量表, 且吴芳等^[27]做了信效度检验, 该表与 House-Brackmann 量表具有较高的相关性, 可以作为面瘫患者的分级评定量表。

2.3.2 面神经电生理检查评价 面神经电生理检查, 包括面神经运动传导、面肌电图、面神经电图和瞬目反射等, 目前认为, 这些检查是可靠的面神经麻痹病变程度与预后的判断指标。杨万章^[3]在“草案”中提出, 电生理检查作为辅助诊断和预后判断的手段, 可采用神经兴奋性试验和诱发肌电图。但苏俊波等^[28]研究表明, 肌电图不能反映神经变性的程度, 判断预后准确性有限。我们在前期完成的针灸治疗贝尔面瘫的多中心、大样本随机对照研究中, 采用了面神经电图、瞬目反射和面神经运动传导等, 这些检查对客观评价面神经功能恢复具有重要意义, 比如早期诊断 (发病第 1 周) 瞬目反射优于面神经电图, 中后期面神经电图优于瞬目反射^[29], 在面神经分支运动传导检查中, 面神经颊支恢复不如颞支好, 与临床表现一致^[30]。

3 结语

面瘫是针灸治疗的优势病种。针灸治疗贝尔面瘫具有肯定的临床疗效。然而周围性面瘫具有不同分期的临床特点, 不同时期的病理变化是不同的, 针灸治疗应该如何根据不同分期的特点, 使面瘫患者在最佳的治疗时期获得最佳的治疗效果, 在最短的时间恢复身心健康, 正是周围性面瘫临床研究中亟待解决的重要问题。

鉴于此, 我们拟根据周围性面瘫的不同神经定位, 针对急性期、静止期和恢复期的分期特点, 采用多中心大样本随机对照研究, 使用国际通行的 HBFNGS 量表、FDI 量表以及神经电生理检查等客观指标, 科学评价择期针灸治疗该病的临床疗效, 明确针灸治疗周围性面瘫的最佳介入时机和不同分期的最佳治疗方案, 形成周围性面瘫的针灸实践指南, 为临床提供可靠的应用依据和指导原则。

参考文献

- [1] 余光岩, 顾晓明, 蔡志刚主编. 周围性面瘫. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 43.
- [2] 李世倬, 程学铭, 王文志, 等主编. 神经系统疾病流行病学. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 265~268.
- [3] 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). 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3 (9): 786~787.
- [4] 王维治主编. 神经病学. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 83.
- [5] 金炳旭, 唐纯志. 针灸治疗周围性面瘫研究进展. 甘肃中医, 2005, 18 (5): 28~30.
- [6] 王素芳. 针灸分期治疗周围性面瘫 80 例临床观察. 现代中医药, 2005, 25 (5): 47~48.
- [7] 刘宜军, 周友龙. 分期针灸治疗周围性面神经麻痹的疗效观察. 中国针灸, 2004, 24 (10): 677~678.
- [8] 韩宝杰. 分期针药并用治疗周围性面瘫的临床观察. 辽宁中医杂志, 2006, 33 (2): 212~213.
- [9] 朱荣英, 穆黎春, 张燕. 不同方法分期治疗周围性面瘫疗效观察. 中国针灸, 2005, 25 (6): 393~394.
- [10] 王子臣, 王声强, 武连仲. “分期针刺法”治疗周围性面瘫 31 例疗效观察. 中国针灸, 2005, 22 (7): 453~454.
- [11] 许佩群, 许双虹, 陈治珍, 等. 分期辨证手法针灸治疗周围性面瘫的疗效. 广东医学, 2002, 23 (8): 876~877.
- [12] 任红梅. 分期综合治疗周围性面瘫 62 例. 实用中医药杂志, 2006, 22 (6): 351.
- [13] 林兵宾. 针刺三步疗法治疗周围性面瘫 86 例. 针灸临床杂志, 2005, 21 (6): 37.
- [14] 邓永志, 李振, 宁飞, 等. 多针浅刺分期治疗周围性面瘫. 长春中医学院学报, 2006, 22 (1): 38.
- [15] 王辉. 分期外治周围性面瘫 130 例. 中医外治杂志, 2005, 14 (3): 28~29.
- [16] 周云霞. 风寒型周围性面瘫急性期的针刺治疗体会. 中华现代中医学杂志, 2006, 2 (2): 153~155.
- [17] 方美善, 冯桂梅. 周围性面神经麻痹针刺时机选择. 中国针灸, 2001, 21 (7): 405~406.
- [18] 王维治主编. 神经病学. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 81.
- [19] 李常度, 黄信勇, 杨娟娟, 等. 面瘫神经损伤定位和治疗方法选择相关关系的临床随机对照研究. 中国针灸, 2004, 24 (1): 7~9.
- [20] 魏玲. 针灸治疗周围性面瘫神经定位 3 种类型疗效比较. 中国针灸, 2001, 21 (1): 17~18.
- [21] 安珂. 周围性面瘫定位诊断与针刺疗效关系. 甘肃中医学院学报, 2004, 21 (4): 38~39.
- [22] 高洁, 欧阳八四. 周围性面瘫神经损伤平面与针刺疗效间关系. 针灸临床杂志, 2006, 22 (1): 20~21.
- [23] House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading systems. Otolaryngol Head Neck Surg, 1985, 93: 146~147.
- [24] Kayhan FT, Zurakowski D, Rauch SD. Toronto Facial Grading System: Interobserver reliability. Otolaryngol Head and Neck Surgery, 2000, 122 (2): 212~215.

- [25]Kang TS, Vrabec JT, Gidding SN, et al. Facial Nerve Grading Systems (1985~2002): Beyond the House-Brackmann Scale. *Otology & Neurotology*, 2002, 23(5): 767~771.
- [26]Van Swearingen JM, Brach JS. The Facial Disability Index: reliability and validity of a disability assessment instrument for disorders of the facial neuromuscular system. *Phys Ther*, 1996, 76(12): 1288~1298.
- [27]吴芳, 杨万章, 陈传煌, 等. 面瘫分级评定量表的信度与效度研究初探. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2006, 4(11): 984~985.
- [28]苏俊波, 骆文龙. 电生理学检测贝尔麻痹及术中监测面神经功能的研究进展. *重庆医学*, 2003, 32(3): 377~379.
- [29]李瑛, 梁繁荣, 余曙光, 等. 面瘫患者面神经电图和瞬目反射的应用比较. *临床神经电生理学杂志*, 2006, 15(1): 12~14.
- [30]李瑛, 梁繁荣, 余曙光, 等. 面神经分支运动传导检测评估颊支和颞支运动传导功能恢复的差异. *中国临床康复*, 2006, 10(38): 52~54.
- (收稿日期: 2007-03-15; 修回日期: 2007-07-15)
- [编辑: 李 巍]

中药联合胸膜固定术治疗恶性胸腔积液 30 例

龚 伟

(江苏省江阴市中医院, 江阴市人民东路 130 号, 214400)

我院对确诊的 60 例晚期肺癌患者采用随机分组研究, 采用胸膜固定术结合中药内服治疗恶性胸腔积液 30 例, 疗效较好, 现报告如下。

1 临床资料

所选病例均为 2005 年 7 月~2007 年 12 月本院住院患者, 共 60 例。患者均符合《现代肺癌诊断与治疗》诊断标准: (1) 患者明显胸闷, 呼吸困难, 紫绀, 不能平卧; (2) 纤维支气管镜活检或痰、胸腔积液细胞学检查等组织细胞学确诊为原发性或转移性支气管肺癌; (3) X 线胸片、CT 或 B 超证实有大量胸腔积液。胸水测量采用后肋计算法, 经胸部 X 线摄片与 B 超定位确诊积液在第 10 肋以下者为少量 (<500ml)、超过第 8 肋者为大量 (>1000ml), 介于两者之间为中量 (500~1000ml), 本组病例, 大量积液者 38 例, 中量积液者 14 例, 少量积液者 8 例。治疗组 30 例中, 男 16 例, 女 14 例; 年龄 40~72 岁, 平均 (63.12±6.25) 岁; 对照组 30 例中, 男 13 例, 女 17 例; 年龄 43~70 岁, 平均 (62.38±6.15) 岁, 两组性别、年龄、胸腔积液量、肺癌类型等方面差异均无显著性 ($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

对照组所有患者行胸膜固定术, 术前常规检查血常规、心电图、胸部 X 线摄片。患者取健侧卧位, 常规消毒、麻醉后, 根据积液量, 分别在腋中线第 5、第 6、第 7 肋间隙肋骨上缘, 做一皮肤小切口, 钝性分离胸壁组织直至胸膜。用穿刺套管针刺入胸膜腔, 拔出套管针芯, 空气可自由进出胸膜腔, 肺组织进一步萎陷, 插入硬质胸腔镜观察, 在胸腔镜引导下做第 2 切口, 且为操作孔、经操作孔插入吸引导管将积液抽吸干净, 并通过钝性分离、电切等方法尽量松解粘连, 使胸膜充分暴露。将 2% 利多卡因 10ml 注入胸膜腔, 用特制的喷雾器将医用灭菌滑石粉均匀地喷在胸膜面, 约 3g, 喷撒满意后在胸腔镜监视下安置引流管夹管 2 小时, 嘱患者每 10~20 分钟变动体位 1 次, 尽可能使药物均匀分布在胸膜面。2 小时后放开夹管, 继续行胸膜腔闭式引流, X 线摄片证实, 肺完全复张且 24 小时胸腔积液引流量 <50ml, 无肺不张时拔管。治疗组除行胸膜固定术及全身化疗外, 同时给予内服温阳利水、宣肺平喘之汤剂 (制附子 10g, 半夏 15g, 炒白术 15g, 桂枝 10g, 茯苓 12g, 薤白 9g, 桑白皮 9g, 生姜皮

6g, 紫苏子 9g, 木防己 9g, 厚朴 9g, 白花蛇舌草 30g, 大枣 6 枚, 甘草 6g), 并随症加减。胸痛甚者酌加郁金、延胡索、白芍等; 气促甚者酌加青皮、槟榔、旋覆花、五味子; 发热者酌加连翘、鱼腥草、黄芩; 血性胸腔积液者加仙鹤草、侧柏叶; 食少加鸡内金、焦三仙。每日 1 剂, 水煎 2 次, 分早、晚服, 连服 4 周为 1 个疗程, 治疗 2 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

按 1978 年国内制定标准, 完全缓解 (CR): 胸腔积液完全消失, 持续 4 周以上; 部分缓解 (PR): 胸腔积液吸收超过或等于 50%, 持续 4 周以上; 稳定 (S): 胸腔积液吸收不足 50%, 持续 4 周以上; 恶化 (PD): 胸腔积液无变化或增加。术后两个月摄 X 线正位片肋膈角变钝为轻度肥厚, 平膈肌为中度肥厚, 超过膈肌顶部为重度肥厚。

3.2 两组近期疗效比较

治疗组 30 例, CR 15 例, PR 8 例, S 4 例, PD 3 例, 总有效率为 76.7%; 对照组 30 例, 分别为 5 例、6 例、14 例、5 例、36.7%。治疗组疗效明显优于对照组 ($P<0.01$)。

3.3 两组治疗后胸膜肥厚程度比较

治疗组 30 例, 治疗后轻度 21 例, 中度 6 例, 重度 3 例; 对照组 30 例, 分别为 7 例、12 例、11 例。治疗组疗效明显优于对照组 ($P<0.01$)。

4 讨论

中医治疗癌性胸腔积液以“温脾阳以利水湿, 宣肺气以散饮邪”为主治大法。此法尤其适用于因癌症日久复经放、化疗后, 且伴有癌性胸腔积液者。方中制附子、桂枝、白术、茯苓等能温阳益气行水, 以利水饮从膀胱而出。半夏燥湿化痰, 降逆止呕, 消痞散结; 薤白、桑白皮、紫苏子宣肺理气逐饮; 木防己、厚朴、芳香化湿利水; 生姜皮利水消肿止呕; 白花蛇舌草清热解毒、利尿消肿, 共奏温阳、宣肺、消饮、逐水之效; 大枣、白术、甘草重在扶正。从对恶性胸腔积液的疗效看, 治疗组优于对照组, 笔者认为, 本临床观察提示, 治疗恶性胸腔积液在胸膜固定的基础上, 佐以中药扶正抗癌, 保肺逐饮, 温阳化湿, 随症加减组方治疗, 不但可以提高有效率, 且能明显改善生活质量。

(收稿日期: 2008-02-14)

[编辑: 黄 健]

联系方式: hhb8620120@163.com, (0510) 86703888