

· 针灸推拿 ·

针刺加穴位注射治疗 Bell 麻痹 32 例临床观察

陈 朋¹ 葛宝和² 刘 捷¹ 王海霞¹ 玄桂英¹ 吉秀芹¹

(1. 潍坊医学院附属医院中医科, 山东省潍坊市虞河路465号, 261031;

2. 山东中医药大学附属医院)

[摘要] **目的** 观察针刺加风池穴注射腺苷钴胺治疗 Bell 麻痹的疗效和机理。**方法** 将93例患者随机分为3组, 治疗组32例, 应用针刺加穴位注射治疗; 对照Ⅰ组30例, 应用针刺加肌肉注射治疗; 对照Ⅱ组31例, 单纯针刺治疗, 观察治疗前后各组症状改变和电生理学指标变化。**结果** 治疗组在临床总疗效、电生理学检查等各方面均优于两个对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。**结论** 针刺加风池穴注射腺苷钴胺可明显促进损伤面神经修复, 在3个组中疗效最佳。

[关键词] Bell 麻痹; 针刺疗法; 穴位注射; 电生理学

Clinical Observation on the Effect of Acupuncture and Point-injection on Bell's Palsy

CHEN Peng¹, GE Baohe², LIU Jie¹, et al.

(1. Affiliated Hospital of Weifang Medical College, Shandong 261031; 2. Affiliated Hospital of Shandong University of TCM)

ABSTRACT **Objective** To study the therapeutic effect and mechanism of acupuncture and point-injection with cobamamide at Fengchi (GB 20) for Bell's palsy. **Methods** Totally 93 cases were randomized into 3 groups; the treatment group (32 cases) was treated with acupuncture and point-injection, the control group I (30 cases) was treated with acupuncture and intramuscular injection, and the control group II (31 cases) was treated with acupuncture only. The changes of symptoms and electrophysiological indices before and after treatment were detected. **Results** The effect of treatment group was better than that of control groups in effective rate and electrophysiological indices ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion** The treatment of acupuncture and Fengchi (GB 20) injection with cobamamide can promote the repairing of injured facial nerve significantly, and it is the most effective one of the 3 groups.

Key Words Bell's palsy; Acupuncture therapy; Acupoint-injection; Electrophysiology

Bell 麻痹, 又称特发性周围性面神经麻痹, 为临床常见病。针刺治疗本病疗效确切, 近代针刺疗法又增加了电针、穴位注射等内容。为探讨这些方法如何运用更有利于提高疗效, 本研究采用针刺加穴位注射治疗, 并设立针刺加肌肉注射与单纯针刺为对照, 观察疗效并选用面神经电图与瞬目反射作为评定指标, 以评价3种方法的疗效。

1 临床资料

1.1 诊断及纳入标准

诊断标准: 依据王兴林等主编《面神经麻痹》^[1]中 Bell 麻痹诊断标准制定: 突然起病; 患侧眼裂增大, 眼睑不能闭合, 流泪, 额纹消失, 不能皱眉; 患侧鼻唇沟变浅或平坦, 口角低, 向健侧牵引; 排除 Hunt 综合征、中耳炎、外伤、肿瘤等其他病因引起者。

纳入标准: 符合以上诊断标准, 单侧麻痹, 首诊时发病10天以内, 能接受治疗及各项检测者。

1.2 排除标准

妊娠期或哺乳期妇女及过敏体质者; 合并有心血管、肝、肾、造血系统等严重器质性疾病, 精神病患者;

治疗中发生意外疾病或中途放弃治疗、资料不全、无法判断疗效者; 以往患侧和(或)健侧三叉神经、面神经发生过病变, 电生理检查已不能获得准确信息者。

1.3 一般资料

93例为2004年9月~2006年9月潍坊医学院附属医院中医科门诊患者。用抽签法随机分为3组。治疗组32例, 男15例, 女17例; 年龄6~63岁, 平均(42.5 ± 13.9)岁; 发病时间0.5~9天, 平均(4.2 ± 2.1)天; 左侧病变19例, 右侧13例。对照Ⅰ组30例, 男16例, 女14例, 年龄8~65岁, 平均(43.3 ± 14.9)岁; 发病时间1~10天, 平均(4.3 ± 2.5)天; 左侧病变15例, 右侧15例。对照Ⅱ组31例, 男17例, 女14例; 年龄5~71岁, 平均(42.7 ± 16.5)岁; 发病时间0.3~9天, 平均(4.0 ± 3.1)天; 左侧病变15例, 右侧16例。3组一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组: ①针刺治疗: 取风池、阳白、丝竹空、地仓、翳风、合谷、太冲。合谷双取, 余穴单取患侧。进针得气后合谷平补平泻, 余穴行捻转泻法, 留针10min 行针1

次,共留针20min。发病10天后阳白与丝竹空,地仓与翳风加电针刺激,应用G6805-2型电针治疗仪,选用连续波,刺激强度以患者耐受为度,通电20min。②穴注治疗:针刺结束后,用注射器抽取生理盐水2ml,将腺苷钴胺(冻干粉针剂,华北制药厂生产,国药准字:H13024484)0.5mg溶解,风池穴左右交替选用,穴位局部皮肤消毒,快速进针,行针得气后,回抽无血,将药液缓慢注入。每日1次,6次为1个疗程,两疗程间休息1天。

对照Ⅰ组:首先针刺治疗,方法同治疗组,后将药物肌肉注射臀大肌,用药、用量、疗程同治疗组。

对照Ⅱ组:仅行上述针刺治疗,疗程安排同治疗组。

各组患者初诊时即开始治疗,治疗期间嘱患者停用其他治疗方法。

2.2 观察指标及方法

观察患者发病第10天与两个疗程后(即第24天)面部体征与神经电生理学面神经电图(ENoG)潜伏期、患侧复合动作电位波幅和比率,瞬目反射(BR)R1波潜伏期、患侧复合动作电位波幅和比率等指标变化情况。

ENoG:接地电极接于一侧上臂,刺激电极置于面神经出茎乳孔的相应处,皮肤记录电极分别置于眼轮匝肌、鼻肌和口轮匝肌处,收集运动传导诱发动作电位(M波)。

BR:接地电极置于一侧上臂,刺激电极置于一侧眶上孔,参考电极置于双侧颞部眼外眦处,记录电极置于双侧眼下轮匝肌,收集动作电位(R1波)。

2.3 疗效标准

参照第5次国际面神经外科专题研讨会推荐的House-Brackmann(H-B)面神经功能评价分析系统^[2]确定。痊愈:面部所有区域正常;显效:仔细观察可看出轻微的功能减弱,可能有轻微的联带运动,面部静止时对称,张力正常,上额运动中等,眼轻用力可完全闭合,口轻度不对称;有效:有明显的功能减弱但双侧无损害性不对称,可观察到并不严重的联带运动,挛缩和(或)

半侧面部痉挛,面部静止时张力正常,上额运动减弱,眼用力可完全闭合,口明显不对称;无效:面静止时不对称,上额无运动,眼不能完全闭合,口仅有轻微运动。

2.4 统计学方法

所有实验数据用PEMS软件包(Ver2.0,四川大学华西医学院卫生统计教研室制作)进行分析。计量资料采用*t*检验、方差分析,计数资料采用 χ^2 、*Ridit*检验,所有计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示。

3 结果

3.1 3组患者治疗前后临床总疗效比较

于患者发病后24天评价疗效,表1示,3组对面瘫均有良好疗效。治疗组疗效优于各对照组($P < 0.05$),两对照组疗效比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表1 3组患者治疗前后临床总疗效的比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	23(71.9)	8(25)	1(3.1)	0	32(100)
对照Ⅰ组	30	13(43.3)	8(26.7)	7(23.3)	2(6.7)	28(93.30)
对照Ⅱ组	31	12(38.7)	10(32.3)	7(22.6)	2(6.4)	31(93.50)

3.2 3组患者治疗前后ENoG潜伏期及患侧波幅比值变化比较

表2示,治疗前各组EnoG指标差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。与治疗前比较,治疗后3组颅外段面神经功能均有明显改善($P < 0.01$)。支配眼轮匝肌神经功能的改善,治疗组明显优于对照Ⅱ组($P < 0.01$);支配口轮匝肌神经功能改善,治疗组和对照Ⅰ组均优于对照Ⅱ组($P < 0.05$);支配鼻肌的神经,3组疗效比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3.3 3组患者治疗前后BR R1波的潜伏期及患侧波幅比值变化比较

表3示,治疗前各组BR指标比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。经治疗3组瞬目反射功能均有明显改善($P < 0.01$),这表示从面神经核至表情肌,面神经运动纤维全程传导与兴奋功能改善。治疗组潜伏期的缩短明显优于两对照组($P < 0.01$),说明治疗后3组中治疗组神经纤维传导速度恢复最佳,脱髓鞘改变最轻;在改善波幅比方面,治疗组和对照Ⅰ组

表2 3组患者治疗前后ENoG潜伏期及患侧波幅比值变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	潜伏期(ms)			患侧波幅比值		
			眼轮匝肌	鼻肌	口轮匝肌	眼轮匝肌	鼻肌	口轮匝肌
治疗组	治疗前	32	4.01±0.57	3.33±0.48	3.48±0.49	0.37±0.15	0.44±0.19	0.34±0.16
	治疗后	32	3.49±0.52**	3.02±0.53**	3.15±0.58**	0.66±0.16**▲▲	0.63±0.22**	0.64±0.18**▲
对照Ⅰ组	治疗前	30	4.15±0.52	3.46±0.50	3.39±0.54	0.35±0.18	0.46±0.21	0.41±0.13
	治疗后	30	3.72±0.47**	3.18±0.55**	3.06±0.51**	0.60±0.15**	0.64±0.17**	0.61±0.17**▲
对照Ⅱ组	治疗前	31	4.21±0.53	3.57±0.52	3.27±0.53	0.32±0.21	0.38±0.22	0.40±0.12
	治疗后	31	3.88±0.47**	3.26±0.43**	3.10±0.46**	0.53±0.19**	0.54±0.18**	0.52±0.17**

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照Ⅱ组治疗后比较,▲ $P < 0.05$,▲▲ $P < 0.01$

表3 3组患者治疗前后 BRR1波的潜伏期
及患侧波幅比变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	潜伏期(ms)	患侧波幅比
治疗组	治疗前	27	16.44±0.65	0.41±0.15
	治疗后	27	12.75±0.61*△△▲▲	0.64±0.16**▲▲
对照Ⅰ组	治疗前	25	16.37±0.64	0.38±0.16
	治疗后	25	13.22±0.60**	0.59±0.16**▲
对照Ⅱ组	治疗前	25	16.55±0.66	0.34±0.13
	治疗后	25	13.50±0.58**	0.50±0.15**

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照Ⅰ组比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$;与对照Ⅱ组比较,▲ $P<0.05$,▲▲ $P<0.01$ (治疗组有5例患者,对照Ⅰ组有5例,对照Ⅱ组有6例R1波未测出,故未统计)

均优于对照Ⅱ组($P<0.01$ 或 $P<0.05$),而治疗组与对照Ⅰ组间比较差异无统计学意义($P>0.05$),说明两组都有较好的神经纤维恢复兴奋功能。

4 讨论

Bell 麻痹是因病毒感染等原因导致面神经管内充血水肿,面神经在狭窄的骨性管道内受到嵌压,面神经营养血管受挤压后供血障碍,轴突、髓鞘缺血缺氧,导致面神经脱髓鞘等病理改变的发生^[3]。中医学认为,面瘫是由于多种原因导致正气亏虚,卫表不固,风邪或夹寒或夹热或夹痰阻滞面部阳明、少阳及太阳经脉,经筋失养,弛缓不收而发病。

生物电机机制是神经发挥功能的生理基础,临床多应用电生理检查判断神经病变性质和程度。其中面神经电图和瞬目反射检查因使用皮肤电极对患者无创伤且可信度高^[1],所以最常采用。面神经电图 M 波幅与面神经颅外段兴奋的神经纤维数量呈正比,健侧若以往无面神经病变,波幅的患健侧比值就可代表功能健存面神经纤维数量。其潜伏期的延长提示面神经颅外段神经纤维髓鞘的破坏^[4]。而潜伏期的缩短则有赖于髓鞘的修复。而 BR 检测的优势在于:ENoG 仅能反映茎乳孔外段面神经传导功能,在三叉神经正常前提下,R1波患侧波幅比和潜伏期可反映面神经从颅内至颅外全长健存神经纤维数量及神经纤维脱髓鞘情况。

以往选用针刺配合穴位注射治疗 Bell 麻痹虽有多报道,应用神经电生理检查作为观察指标者尚未见刊载。本观察结果显示,针刺加穴位注射治疗 Bell 麻痹疗效明显优于单纯针刺或针刺加肌肉注射治疗,电生理学检查也表明,针刺加穴位注射治疗对于促进面神经传导速度恢复即髓鞘的修复效果最好。其可能机理是:针刺具有良好的疏通经络、激发经气作用,穴位注射之前针刺的物理刺激调整了机体和经络的功能状态,改善了机体对药物的反应性,从而可促进药物的循经传导,提高病变组织对药物的吸收,有利于其治疗性能的发挥。

本研究选用风池穴注射,该穴是手足少阳经的交会穴,《针灸大成·治病要穴》称该穴“主肺中风,偏正头风。”药液的物理挤压作用增强了对该穴的刺激,进一步激发该穴疏散两经之邪,宣通脉气,运行气血濡润手足少阳经筋的功能。现代研究发现在风池穴注射辣根过氧化物酶(HPR),面神经核内侧部及副面神经核等部位出现 HPR 阳性神经元,考虑 HPR 是通过面神经耳后支逆传而来^[5]。另有研究发现,药物循经输送可独立于血液循环之外^[6]直达病所。穴注“循经给药”方式使因炎症水肿血液循环障碍的病变组织也可充分吸收药物,提高了靶组织药物浓度。研究表明,电针可以改善损伤神经周围微环境^[7],促进神经营养因子释放^[8,9],有助于神经髓鞘的修复。腺苷钴胺是 VitB₁₂ 在体内的活性衍生物,相对于临床穴位注射治疗 Bell 麻痹其他常用药物(如糖皮质激素、神经肌肉兴奋剂、活血化瘀类中成药等)具有无明显毒副作用、注射刺激性小、不易过敏等优点,而且其药理作用可加强神经细胞内核酸和蛋白质的合成;促进神经纤维髓鞘形成;促进神经细胞轴浆转运;促进轴突再生^[10]等。采用穴位注射给药,通过上述循经途径使该药直达病所,促进神经修复,可与电针促神经修复机制有机结合,共同产生“1+1>2”的放大效应。

参考文献

[1]王兴林,黄德亮.面神经麻痹[M].北京:人民军医出版社,2002;95-96,135-145.
[2]House JW. Facial nerve grading systems[J]. Laryngoscope, 1983,93(8):1056-1069.
[3]任重,董友毅,杨怀安,等.实验性面神经麻痹面神经病理学的探讨[J].中国医科大学学报,1994,23(1):16-18.
[4]卢祖能,曾庆杏,李承晏,等.实用肌电图学[M].北京:人民卫生出版社,2000;56.
[5]席刚明,何国厚,黄朝芬,等.风池穴针灸的神经径路研究[J].中国临床康复,2004,8(31):6958-6959.
[6]张维波,李宏,王援朝,等.大白鼠任脉组织液液压的传播与穴位注射机理[J].中国针灸,1998,18(1):60-61.
[7]杨成,刘同慎,吴洪华,等.电针对脊髓损伤后少突胶质细胞再髓鞘化的影响[J].解剖学杂志,2005,28(4):391-394.
[8]Yang WO, Huang YL, Da CD, et al. Electroacupuncture reduces rat's neuronal ischemic injury and enhances the expression of basic fibroblast growth factor[J]. Acupunct Electrother Res, 1999,24(1):1-10.
[9]王新家,孔抗美,齐伟力.针刺影响慢性脊髓损伤大鼠 BDNF 及其受体 TrkB 的表达[J].汕头大学医学院学报,2002,15(1):20-22.
[10]崔红燕,刘晔.再看腺苷钴胺[J].中国处方药,2004,(2):