

针刺联合电针治疗周围性面瘫恢复期的临床疗效观察

边 境

黑龙江中医药大学 黑龙江哈尔滨 150040

〔摘 要〕目的 探讨针刺联合电针治疗周围性面瘫恢复期的临床疗效。方法 将符合入选标准的黑龙江中医药大学附属第一医院的 40 例恢复期周围性面瘫患者，按照随机分组方法分为治疗组 20 例和对照组 20 例，采用的方法分别为恢复期周围性面瘫常规针刺联合电针与常规针刺无电针疗法。观察 40 例患者治疗前和治疗后的 House-Brackmann(H-B) 分级量表中的变化以及其临床疗效。结果 治疗组与对照组患者的临床症状均得到有效改善，其中治疗组有效率为 95%，对照组有效率为 85%。结论 针刺联合电针治疗周围性面瘫恢复期的临床疗效优于单纯常规针刺的治疗方法，可以有效改善周围性面瘫患者的临床症状，改善面神经功能。

〔关键词〕电针；周围性面瘫；恢复期

〔中图分类号〕R277.7 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2021) 05-063-02

周围性面瘫是由下运动神经元损伤所导致的面部肌肉瘫痪的一种病变，临床上多急性发病，主要临床症状为病灶侧额纹、鼻唇沟变浅或消失，眼睛闭合不全，鼓腮时会漏气，刷牙漱口时会滴水，进食不全有残留等。面瘫对患者的生活造成一定影响的同时，由于面目的一些改变会给患者造成心理上的压力，影响患者的身心健康^[1]。经临床研究发现，针对周围性面瘫恢复期患者的治疗，在针刺基础上联合电针治疗能够缩短患者恢复时间，有效改善患者的症状，普遍被患者所接受，提高了临床疗效，现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本研究选取的患者均为来自黑龙江中医药大学附属第一医院，针对符合入选标准的患者，按照就诊先后顺序，随机分组为治疗组和对照组。其中治疗组共有 20 人，男 10 人，女 10 人。对照组共 20 人，男 12 人，女 8 人。通过统计学软件对两组患者的一般资料进行对比，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，有可比性。资料如下：

1.2 诊断标准

根据《神经病学》^[2]中对周围性面瘫的诊断，选取符合标准的患者。

1.3 纳入标准

(1) 符合诊断标准的患者；(2) 属于周围性面瘫恢复期的患者；(3) 自愿接受本试验研究；(4) 年龄在 12-68 岁之间。

1.4 排除标准

(1) 由于其他疾病引起的面瘫患者；(2) 晕针的患者；(3) 皮肤破溃严重或有严重感染的不适宜针灸的患者；(4) 参加本研究的同时也接受其他治疗面瘫的方法。

2 治疗方法

2.1 治疗组

2.1.1 取穴

百会、运动区下五分之二(双)、阳白(单)、攒竹(单)、丝竹空(单)、四白(单)、颧髎(单)、迎香(单)、地仓(单)、颊车(单)、下关(单)、牵正(单)、合谷(双)。

2.1.2 操作方法

嘱患者取坐位或仰卧位，在局部穴位处皮肤消毒后，进

行针刺，其中百会穴、运动区下五分之二(双)进针得气后进行 3 分钟左右的均匀、有力的连续捻转，使针感穿透过颅骨到达脑部进行持续刺激作用。阳白穴(单)、四白(单)为一组，迎香(单)、地仓(单)为一组，颊车(单)、下关(单)为一组，三组穴位连接电针，使用连续波，进行 20 分钟连接治疗。其余穴位针刺得气后留针 40 分钟。每天进行 1 次针灸和电针治疗，连续治疗 14 天。

2.2 对照组

与治疗组相比除无电针治疗以外，其余针刺选穴、治疗疗程等均与治疗组无差异。

2.3 观察指标

观察患者在治疗前和治疗两周后的 H-B 量表的分级变化。

2.4 疗效判定标准

痊愈：患者面部外形、表情肌运动都是正常的，评分分级为 I 级。

显效：患者可以做出中等幅度的抬额运动，轻轻闭眼睛就可以使眼睛达到闭合状态，口角有轻微的歪斜。评分分级为 II 级。

好转：从外形上看呈现面瘫损伤的形态，患者可以做出小幅度的抬额运动，用力闭眼睛可以使眼睛达到闭合状态，口角有轻度的歪斜。评分分级为 III 级。

无效：从外形上看呈现面瘫损伤的形态，严重者面部可以无运动。患者难以做出抬额运动，用力闭眼睛仍难以使眼睛完全达到闭合状态，口角有中重度的歪斜。评分分级为 IV 级及以上。

3 治疗结果

3.1 治疗前

表 1 治疗前两组 H-B 量表比较 [例 (%)]

组别	I	II	III	IV	V	VI
治疗组	0 (0)	0 (0)	6 (30.0)	12 (60.0)	2 (10.0)	0 (0)
对照组	0 (0)	0 (0)	7 (35.0)	11 (55.0)	2 (10.0)	0 (0)

3.2 治疗后

表 2 治疗后两组 H-B 量表比较 [例 (%)]

组别	I	II	III	IV	V	VI
治疗组	6 (30.0)	10 (50.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	0 (0)	0 (0)
对照组	4 (20.0)	8 (40.0)	5 (25.0)	3 (15.0)	0 (0)	0 (0)

3.3 临床疗效

表 3 治疗后两组临床疗效比较 [例 (%)]

组别	痊愈	显效	好转	无效	愈显率	有效率
治疗组	6 (30.0)	10 (50.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	16 (80.0)	19 (95.0)
对照组	4 (20.0)	8 (40.0)	5 (25.0)	3 (15.0)	12 (60.0)	17 (85.0)

4 讨论

上述取穴穴位可以疏通额部、眼周的经络,促进气血调和。其中阳白穴在额肌中,其穴处有额神经分支的分布。同时阳白穴是足少阳和阳维脉的交会穴,有升提阳气的功效,可以促进额部肌肉的恢复。四白穴为足阳明胃经的穴位,其位置在眼眶下孔处,其穴处有眶下神经的分布,可以治疗眼睑的病变。此二白穴连接电针,上下流通可以加速神经、肌肉的恢复。当患者出现鼻唇沟变浅、口角歪斜的情况时,可以选取颧髎(单)、迎香(单)、地仓(单)、颊车(单)、下关(单)穴位。其中颧髎穴分布于咬肌的起始部位处,同时此穴处分布有面神经,此穴对于面瘫患者整个面部肌肉的升提有重要作用。迎香穴、地仓穴分别位于鼻唇沟和嘴角处,且都分布有面神经的分支,取二穴连接电针可以疏通鼻唇部的肌肉,促进面神经恢复。下关、颊车穴同为足阳明胃经的穴位,阳明经多气多血,连接电针后可以使经脉气血流通,加速神经传导功能^[3]。

电针疗法,不仅从病理、生理学方面被证实,而且已经从神经分子生物水平被证实可以促进面瘫后受损的面神经以及表情肌的恢复^[4],这有利于加速面瘫患者的恢复周期。电针通过不同波形可以产生电场,通过促进神经轴突、树突的生长与恢复,对患者的神经再生起到重要影响作用。疏密波可以避免单纯疏波或密波的单一局限性,其主要作用为动力兴奋作用,可以加速气血的流通,缓解水肿。断续波,其通过时断时续的波形输出,降低了机体对电流的适应性,可以对横纹肌产生持续刺激作用,有利于表情肌恢复。连续波可以通过对高频连续波和低频连续波的不同选择分别产生止痛或兴奋肌肉的作用^[5]。针灸介入周围性面瘫的时机对于患者

的预后也极其重要,早期介入针灸治疗有利于提高患者的痊愈率,同时对于不同时期,根据分期来选择不同的临床治疗方案是本病最优势化的选择。急性期应尽早介入针灸治疗,但选穴宜少,针刺深度宜浅同时推荐刺激强度小的单纯针刺治疗方案,相比急性期的治疗来说,恢复期时推荐针刺治疗联合其他疗法如:电针、艾灸等疗法,同时选穴可以加量、针刺深度可以加深、刺激强度可以加大^[6]。

本实验证明针刺联合电针治疗周围性面瘫恢复期的临床疗效优于单纯常规针刺,可以有效改善周围性面瘫的临床症状,为临床提供更优化的选择方案。

[参考文献]

- [1] 刘明生. 中国特发性面神经麻痹诊治指南[J]. 中华神经科杂志, 2016, 49(02):84-86.
- [2] 贾建平. 神经病学[M]. 6版. 北京:人民卫生出版社, 2010:336.
- [3] 戚素梅. 电子捻针仪治疗周围性面瘫恢复期的临床疗效观察[D]. 黑龙江中医药大学, 2020.
- [4] 牙祖蒙, 王建华, 李忠禹, 谭颖徽. 穴位电针刺刺激对面神经再生过程中神经营养因子-3mRNA表达的影响[J]. 中华理疗杂志, 2000(02):34-36.
- [5] 于杰, 孙忠人, 李洪玲. 针灸治疗周围性面瘫的介入时间及治疗手段多样化概述[J]. 山东中医药大学学报, 2020, 44(03):333-338.
- [6] 李瑛, 李妍, 刘立安, 赵凌, 胡卡明, 吴曦, 陈晓琴, 李桂平, 邱玲玲, 戚其华. 针灸择期治疗周围性面瘫多中心大样本随机对照试验[J]. 中国针灸, 2011, 31(04):289-293.

(上接第 61 页)

较为理想^[2]。雷尼替丁属于一种H受体阻断剂,能够有效抑制慢性浅表性胃炎的各项临床症状,且治疗后各类不良反应风险较低^[3]。

综上所述,慢性浅表性胃炎患者接受多潘立酮联合雷尼替丁治疗,整体有效性较高,且治疗后无明显的不良反应问题,因而推广应用价值较高。

[参考文献]

- [1] 刘闯. 中西医结合治疗慢性浅表性胃炎临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2020, 29(13): 88-89.
- [2] 殷贝, 李佑生, 陈玲玲, 等. 半夏泻心方在消化系统疾病中的应用及疗效机制研究进展[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(2): 292-293.
- [3] 房静远, 杜奕奇, 刘文忠, 等. 中国慢性胃炎共识意见(2017年, 上海)[J]. 中华消化杂志, 2017, 37(11): 721-722.

(上接第 62 页)

的生命健康安全^[4]。因此,一定要积极干预,以减轻患者苏醒期躁动症状。右美托咪啶属于 α^2 肾上腺素受体激动剂,在抗焦虑、镇静和镇痛方面具有显著效果。

通过本文的研究发现,实施右美托咪啶干预的观察组患者取得了较好的效果,患者术后2h、8h、12h、16h、24h的镇静-躁动评分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。另外,术后进入苏醒室,两组心率比较无显著差异,拔管前、拔管时以及拔管后比较,观察组心率明显低于对照组, $P<0.05$ 。结果说明右美托咪啶对缓解神经外科手术患者麻醉苏醒期躁动具有显著效果。

综上所述,对行神经外科手术治疗患者,采用右美托咪

定进行麻醉,有利于缓解患者麻醉苏醒期躁动,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 刘娜, 胡冬雪, 潘龙, 等. 右美托咪啶不同给药方案对神经外科手术术后苏醒期躁动的影响[J]. 中国实验诊断学, 2017, 21(9):1588-1590.
- [2] 徐仁洪. 右美托咪啶应用于神经外科介入治疗的体会[J]. 中国社区医师, 2019, 35(4):99, 102.
- [3] 万春花, 张明瑜, 王强, 等. 右美托咪啶减少神经外科手术患者麻醉苏醒期躁动的效果及安全性[J]. 中国当代医药, 2014, 21(9):90-92.
- [4] 曾琼, 朱美华, 梅凤美, 等. 右美托咪啶预防神经外科全麻术后躁动的临床观察[J]. 临床麻醉学杂志, 2012, 28(9):885-887.