

火龙罐联合循经透刺法治疗周围性面瘫急性期的临床观察

余晓玲 朱飞燕 李云燕[△]

(江苏省常州市武进中医医院,江苏 常州 213161)

中图分类号:R745.1⁺2 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2023)05-0890-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2023.05.034

【摘要】 目的 观察火龙罐联合循经透刺法治疗周围性面瘫急性期(风寒袭络证)患者的临床效果。**方法** 将78例周围性面瘫急性期患者随机分为观察组与对照组各39例,对照组给予循经透刺法治疗,观察组采用火龙罐联合循经透刺法治疗。比较治疗14 d后两组临床疗效,观察治疗前、治疗14 d后两组中医证候积分、面神经功能、面部神经肌电图指标及Toll样受体4(TLR4)、核转录因子- κ B(NF- κ B) p65蛋白表达。**结果** 观察组临床总有效率为97.44%,明显高于对照组的84.62%($P<0.05$)。治疗14 d后,两组中医证候(口眼歪斜、眼泪外溢、面肌抽搐、眼睑闭合不全)评分、House-Brackmann面神经功能(H-B)评分、面部神经肌电图指标(RI潜伏期、CMAP波幅)及TLR4、NF- κ B p65蛋白表达均较治疗前下降,且观察组均低于对照组($P<0.05$);两组Protmann评分较治疗前均上升,且观察组高于对照组($P<0.05$)。**结论** 火龙罐联合循经透刺法治疗周围性面瘫急性期(风寒袭络证)患者临床效果显著,能有效改善患者临床症状及面神经功能,下调TLR4、NF- κ B p65蛋白表达。

【关键词】 周围性面瘫 急性期 风寒袭络证 火龙罐 循经透刺法

周围性面瘫临床起病急,多累及单侧面部,且症状可在短时间内达到高峰,若治疗不及时可形成难治性面瘫,并遗留面肌痉挛等症,影响面部美观,产生烦躁、抑郁、焦虑等不良情绪,增加患者痛苦^[1]。中医称该病为“面瘫”,认为正气不足、卫外不固,面部经络瘀滞、失于濡养是其发病的主要原因。且近年来随着对中医研究的深入,针灸在面瘫的治疗中也取得了丰富的经验及效果^[2]。火龙罐由传统火罐改良的新型工具,使用手法独特,可随穴而灸,具有出痧化痧、活血化瘀、散寒通络的功效^[3]。循经透刺法能通过循经传感增强针刺的治疗效果^[4]。本研究结合临床经验,以火龙罐联合循经透刺法对周围性面瘫急性期(风寒袭络证)患者进行治疗,取得满意结果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准:西医诊断依据《神经病学》^[5];中医诊断依据《中医内科学》^[6],辨证为风寒袭络证。纳入标准:符合周围性面瘫及中医风寒袭络证诊断标准者;首次发病,且处于急性发作期;单侧发病;年龄 ≥ 18 岁,性别不限;能积极配合治疗。排除标准:腮腺炎、脑膜炎、中耳炎、迷路炎等引起的面瘫;合并严重心脑血管疾病;合并癫痫病史或面肌痉挛者;皮肤破溃,不宜使用火龙罐者;参与其他治疗方案;妊娠或哺乳期女性;严重过敏体质者。

1.2 临床资料 选取2020年12月至2022年6月本院

收治的78例周围性面瘫急性期(风寒袭络证)患者作为观察对象,以随机数字表及随机余数法将其分为观察组和对照组各39例,治疗过程中无脱落病例。其中观察组男性25例,女性14例;年龄30~65岁,平均(45.43 $\pm$ 6.42)岁;病程1~6 d,平均(3.24 $\pm$ 1.01) d;发病部位:左侧21例,右侧18例。对照组男性24例,女性15例;年龄30~65岁,平均(46.14 $\pm$ 6.37)岁;病程1~7 d,平均(3.41 $\pm$ 1.03) d;发病部位:左侧19例,右侧20例。两组临床资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经伦理委员会审批,患者签订知情同意书。

1.3 治疗方法 两组均进行面部肌肉康复训练。1)对照组给予循经透刺法治疗。选取患侧攒竹、睛明、迎香、口禾髎、颊车、大迎、四白、巨髎,双侧合谷。患者仰卧位,常规消毒上述穴位附近皮肤,以攒竹循足太阳膀胱经透刺睛明,迎香循手阳明大肠经透刺口禾髎,巨髎循足阳明胃经透四白,大迎循足阳明胃经透颊车,直刺双侧合谷,留针30 min,每10分钟以平补平泻手法行针1次,每日1次,治疗6 d休息1 d,14 d为1个疗程。2)观察组给予火龙罐+循经透刺法治疗。循经透刺法同对照组,火龙罐疗法如下:患者仰卧位,着宽松衣领上衣,在患侧面颈部涂抹适量精油,选取小号火龙罐,放入靳艾炷,碳化后将罐体倒置,罐齿与皮肤呈30°在患侧面部进行走罐,走罐力度适宜,注意走罐过程中施术者持罐手掌小鱼际应与皮肤紧贴,利用小鱼际从下至上或者从上至下进行打圈,走罐、按揉同时进行。每次20 min,隔日1次,14 d为1个疗程。治疗期间,火龙

[△]通信作者(电子邮箱:daiqing123473@163.com)

罐治疗完毕后再施以循经透刺法。

1.4 观察指标 1)中医证候积分^[7]。治疗前、治疗14 d后评估两组中医证候(口眼歪斜、眼泪外溢、面肌抽搐、眼睑闭合不全),分值0~3分,评分越高则症状越重。2)面神经功能。于治疗前、治疗14 d后采用House-Brackmann面神经功能(H-B)^[8]、Protmann评分评估^[9]。其中H-B评分1~6分,评分越低面神经功能越好。Protmann评分0~18分,评分越高则面部功能恢复越好。3)面部神经肌电图指标。于治疗前、治疗14 d后使用肌电诱发电位仪检测瞬目反射(RI)潜伏期及面神经复合肌肉动作电位(CMAP)波幅。4)血清相关因子:Toll样受体4(TLR4):核转录因子- κ B(NF- κ B) p65蛋白。于治疗前、治疗14 d后采集两组空腹静脉血,采用蛋白免疫印迹法检测TLR4、NF- κ B p65蛋白表达水平。5)不良事件发生情况:记录治疗过程中面部出现红、热、水泡以及面部针孔出现出血和感染等不良事件的发生情况,以评估治疗安全性。

1.5 疗效标准^[7] 根据患者症状体征恢复情况分别评为痊愈(症状体征完全恢复正常)、显效(症状体征基本恢复)、有效(症状有所改善,谈笑时口角轻微歪斜,额纹和鼻唇沟未恢复)、无效(症状体征无改善)。临床总有效=痊愈+显效+有效。

1.6 统计学处理 应用SPSS23.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用独立样本或配对样本 t 检验;计数资料以“ n 、 $\%$ ”表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。观察组临床总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

表1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效($\%$)
观察组	39	27	7	4	1	38(97.44) [△]
对照组	39	19	8	6	6	33(84.62)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后中医证候积分比较 见表2。治疗前两组中医证候评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗14 d后,两组各项证候积分均较治疗前下

表2 两组治疗前后中医证候积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	口眼歪斜	眼泪外溢	面肌抽搐	眼睑闭合不全
观察组	治疗前	4.16 $\pm$ 1.09	4.04 $\pm$ 1.13	4.07 $\pm$ 1.12	4.32 $\pm$ 1.13
($n=39$)	治疗后	1.23 $\pm$ 0.62 ^{*△}	1.16 $\pm$ 0.55 ^{*△}	1.03 $\pm$ 0.52 ^{*△}	1.02 $\pm$ 0.55 ^{*△}
对照组	治疗前	4.23 $\pm$ 1.06	4.08 $\pm$ 1.11	4.10 $\pm$ 1.13	4.27 $\pm$ 1.13
($n=39$)	治疗后	2.05 $\pm$ 0.74 [*]	2.06 $\pm$ 0.59 [*]	1.94 $\pm$ 0.60 [*]	2.07 $\pm$ 0.66 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

降,且观察组均低于对照组($P<0.05$)。

2.3 两组治疗前后面神经功能比较 见表3。治疗前,两组H-B、Protmann评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗14 d后,两组H-B评分较治疗前均下降,且观察组低于对照组($P<0.05$);两组Protmann评分较治疗前均上升,且观察组高于对照组($P<0.05$)。

表3 两组治疗前后面神经功能比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	H-B评分	Protmann评分
观察组	治疗前	4.93 $\pm$ 0.82	7.12 $\pm$ 1.15
($n=39$)	治疗后	1.38 $\pm$ 0.29 ^{*△}	14.53 $\pm$ 2.24 ^{*△}
对照组	治疗前	4.90 $\pm$ 0.84	7.16 $\pm$ 1.18
($n=39$)	治疗后	2.21 $\pm$ 0.32 [*]	12.15 $\pm$ 2.21 [*]

2.4 两组治疗前后面部神经肌电图指标比较 见表4。治疗前,两组RI潜伏期、CMAP波幅比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗14 d后,两组上述指标均较治疗前下降,且观察组低于对照组($P<0.05$)。

表4 两组治疗前后面部神经肌电图指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	RI潜伏期(ms)	CMAP波幅(mV)
观察组	治疗前	13.25 $\pm$ 1.21	5.67 $\pm$ 0.42
($n=39$)	治疗后	10.26 $\pm$ 1.18 ^{*△}	3.53 $\pm$ 0.41 ^{*△}
对照组	治疗前	13.30 $\pm$ 1.19	5.69 $\pm$ 0.43
($n=39$)	治疗后	12.11 $\pm$ 1.07 [*]	4.27 $\pm$ 0.39 [*]

2.5 两组治疗前后TLR4、NF- κ B p65蛋白表达比较 见表5。治疗前,两组TLR4、NF- κ B p65蛋白比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗14 d后,两组上述指标均较治疗前下降,且观察组低于对照组($P<0.05$)。

表5 两组治疗前后TLR4、NF- κ B p65蛋白表达比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	TLR4	NF- κ B p65
观察组	治疗前	1.21 $\pm$ 0.14	0.84 $\pm$ 0.14
($n=39$)	治疗后	0.60 $\pm$ 0.11 ^{*△}	0.31 $\pm$ 0.12 ^{*△}
对照组	治疗前	1.18 $\pm$ 0.16	0.83 $\pm$ 0.14
($n=39$)	治疗后	0.85 $\pm$ 0.09 [*]	0.51 $\pm$ 0.11 [*]

2.6 两组不良事件发生情况 两组均未见严重不良事件发生。对照组有5例面部针孔出血,观察组有4例面部针孔出血,未发现其他严重不良事件。两组不良事件发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

周围性面瘫为中医“口僻”,多与患者卫外不固,素体亏虚,筋脉失养,风寒袭络,导致面部经气阻滞,气血运行迟缓,筋肉痉挛不收而发病。该病病变早期,外邪侵袭肌肤体表,病变部位较浅,伴随着病程的延长,病

变可逐渐向体内入侵。因此,对于周围性面瘫急性期(风寒袭络证)患者来说,此时邪气盛但正气有余,故治疗时应以散寒通络、舒经活血、益气固本为主。

中医在治疗周围型面瘫上具有悠久的历史及独特的优势,针灸在治疗周围性面瘫中,特别是急性期效果尤为突出^[10-12]。针刺可改善局部循环,提高神经兴奋,促进面神经肌肉恢复,防止失用性萎缩^[13]。急性期给予患者面部良性刺激,可改善患处微循环及血流量,加强新陈代谢,促进炎症渗出、水肿消退,兴奋受压面神经,减轻面积受损状态^[14-15]。然而常规多针浅刺治疗手法,针刺次数多,导致患者治疗依从性较差。循经透刺法是一种沿经脉走向透刺的方法,其可使多个穴位同时得气,增强腧穴之间的传感作用,同时还能发挥透刺经脉的主治作用^[16]。该疗法不仅能精简取穴,减少患者痛苦,还能加强针感,激发经络气血,给予受损面部肌肉良性刺激以促进恢复。拔罐亦是中医另一外治之法,拔罐能将病邪引至肌表,破邪于外,具有舒经活血、散寒解郁的功效。而火龙罐作为新型的拔罐工具,可将传统医学中推拿、刮痧、艾灸、点血及走罐贯穿于一体,可扶正祛邪、祛寒散滞,提高机体免疫力,改善患者各临床症状^[17]。本研究中,治疗14 d后,观察组中医证候积分更低,临床治疗效果更好。提示风寒袭络证周围性面瘫急性期患者应用火龙罐联合循经透刺法较单纯循经透刺法治疗效果更为显著。究其原因,一方面火龙罐以揉、推、点、按等手法舒经活络,改善局部肌肉组织供血;同时应用靳艾进行施罐,可促进局部血液循环、祛寒散滞并通过热能增强药物渗透力,提高药效。另一方面循经透刺法针刺部位就在病变表面,治疗始终抓住病变初期病邪在表尚未入里的病因病机,尽早引邪外出^[18]。二者联合应用能发挥协同作用。研究还显示,观察组面部功能改善程度优于对照组。猜测可能是在“寒者温之”的理论指导下施以火龙罐联合循经透刺法,首先火龙罐能温通面部经脉,祛风散邪,通调面部气血;其次循经透刺法能疏通面部经络气血,经脉畅则气血行,气血调和则经脉得以濡养,以此形成良性循环,促进面部功能的改善。

研究指出,周围型面瘫患者主要是由于脱髓鞘、神经水肿等,造成神经失用而引起,肌电图上可见RI潜伏期延长、CMAP波幅升高等^[19]。本研究中,观察组RI潜伏期、CMAP波幅较对照组明显降低,提示火龙罐联合循经透刺法治疗可促进周围性面瘫急性期患者髓鞘再生及神经元细胞生长,抑制病理改变。考虑原因可能是火龙罐与循经透刺法均能调节患者病变局部气血津液,同时能调节机体阴阳平衡,减轻病变周围的炎症损伤,促进神经功能的修复。TLR-NF- κ B是炎症形成的主要信号通路;NF- κ B则在细胞凋亡、增殖、免疫应答、炎症调节等过程中均具有重要作用^[20]。本研究中,

观察组TLR4、NF- κ B p65蛋白表达较对照组明显降低。提示火龙罐联合循经透刺法可有效降低周围性面瘫急性期患者(风寒袭络证)TLR4、NF- κ B p65蛋白的表达,有效控制信号通路的传导,降低炎症反应,控制病情进展。此外,两组不良事件发生率比较,差异无统计学意义,提示火龙罐联合循经透刺法治疗周围性面瘫急性期(风寒袭络证)患者的安全性良好。

综上所述,火龙罐联合循经透刺法治疗周围性面瘫急性期(风寒袭络证)患者较单纯循经透刺法效果显著,在改善临床症状,恢复面神经功能方面具有明显优势,且能下调TLR4、NF- κ B p65蛋白表达。

参 考 文 献

- [1] 王静华,崔耀辉,李瑛,等.针刺患侧“反映点”治疗急性期周围性面瘫疗效对照观察[J].中国针灸,2019,39(6):588-592.
- [2] 张晨迪,黄石玺,金镇煜.毫火针联合温针灸治疗特发性面神经麻痹[J].中医杂志,2019,60(2):172-174.
- [3] 郑娟霞,郑娟丽,黄碧芳,等.火龙罐治疗在腰椎间盘突出症病人中的应用[J].护理研究,2020,34(22):4098-4100.
- [4] 于国强,代蕊,杨静秋,等.孙申田教授循经透刺法治疗项背筋膜病[J].吉林中医药,2017,37(6):621-623.
- [5] 王维治.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2004:81-82.
- [6] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2014:304-312.
- [7] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准:ZY/T 001.1-94[S].南京:南京大学出版社,1994:22.
- [8] HOUSE JW. Facial nerve grading systems[J]. Laryngoscope, 1983,93(8):1056-1069.
- [9] 朱道成,冷程,熊俊,等.基于倾向性评分探讨不同灸感对周围性面瘫疗效的影响:前瞻性队列研究[J].针刺研究,2018,43(10):666-669.
- [10] 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(3):333-338.
- [11] 王中来.针灸治疗周围性面瘫急性期临床效果观察[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(7):197-200.
- [12] 周英,宋丰军,李灵浙,等.不同针灸方法早期介入周围性面瘫的临床研究[J].上海中医药杂志,2020,54(1):56-59.
- [13] 王磊.急性期周围性面瘫温针灸治疗的临床效果观察[J].中国妇幼保健研究,2019,28(S1):417-418.
- [14] 马文明,潘猛.龙砂开阖六气针法治疗急性期周围性面瘫的效果[J].中国医药导报,2022,19(17):159-162.
- [15] 杨子宇,庄礼兴.庄礼兴教授针灸中药并用治疗小儿周围性面瘫经验摘要[J].浙江中医药大学学报,2020,44(11):1124-1126,1130.
- [16] 于国强,杨添淞,李力恒,等.循经透穴针法治疗踝关节扭伤临床疗效的随机对照研究[J].针灸临床杂志,2020,36(11):42-45.

- [17] 刘海兰,金婕,李芯睿,等.火龙罐综合灸法在脑卒中后肩手综合征 I 期患者中的应用效果[J].广西医学,2022,44(7):735-738,744.
- [18] 石茹.周围性面瘫实施分期针灸治疗的方法及预后分析[J].中国冶金工业医学杂志,2021,43(1):101-105.
- [19] 张媛媛,张欢,李永峰.针灸联合川芎茶调散治疗周围性面神经麻痹(风寒证)[J].世界中医药,2020,15(10):109-113.
- [20] 姜翌,张晓杰,张文娟,等.电针对周围性面神经炎患者TLR4/NF- κ B信号通路的影响[J].川北医学院学报,2020,35(5):759-762.

(收稿日期 2022-12-12)

身痛逐瘀汤加减联合任调督手法治疗腰椎间盘突出症急性发作(气滞血瘀证)的临床观察

戎志¹ 段应飞² 占茂林^{3△}

(1.安徽中医药大学附属太和中医院,安徽 太和 236600;2.安徽省界首市中医院,安徽 界首 236500;3.安徽中医药大学第一附属医院,安徽 合肥 230031)

中图分类号:R274.23 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2023)05-0893-03
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2023.05.035

【摘要】目的 探讨身痛逐瘀汤加减联合任调督手法治疗腰椎间盘突出症急性发作加重(气滞血瘀证)的临床疗效。**方法** 选取80例腰痛病(气滞血瘀证)患者,随机数字表法将患者分为两组,各40例。对照组采用身痛逐瘀汤加减治疗,观察组采用身痛逐瘀汤加减联合任调督手法治疗。比较两组疗效、腰椎疼痛程度、腰椎功能、生活质量以及不良反应。**结果** 观察组治疗总有效率高于对照组($P<0.05$)。两组治疗后ODI指数、VAS评分较治疗前降低($P<0.05$),屈曲度、伸展度、侧屈度、SF-36评分均较治疗前增加($P<0.05$)。观察组治疗后ODI指数、VAS评分低于对照组($P<0.05$),屈曲度、伸展度、侧屈度、SF-36评分高于对照组($P<0.05$)。**结论** 身痛逐瘀汤联合任调督手法可更有效改善腰椎功能,缓解疼痛程度,提高生活质量和临床疗效。

【关键词】 腰椎间盘突出 身痛逐瘀汤 任调督 手法 气滞血瘀

本文研究的腰痛病即腰椎间盘突出症,因椎间盘退变、纤维环破裂或髓核脱出等压迫脊神经、脊髓引起的以下腰痛、腿痛、下肢麻木为特征的一系列临床症状^[1]。本病好发于中老年人,病程较长,多呈慢性进行性加重,严重影响患者日常工作和生活质量。目前治疗方法众多,西医治疗多采用腰椎牵引、经皮内镜下腰椎间盘突出切除术、化学溶核术、靶向注射倍他米松等,但手术治疗创伤大、并发症多,药物注射、物理治疗仅能缓解急性期疼痛,疗效甚微^[2]。中医药在腰痛病治疗方面具有显著的疗效,身痛逐瘀汤出自《医林改错》,具有行气活血、祛瘀通络、宣痹止痛之功效,临床常用于气血阻滞经络所致肩痛、痹痛、腿痛等治疗^[3]。任调督手法通过调节任脉和督脉经气达到治疗疾病的目的,与传统背部推拿比较,不直接刺激腰椎,可避免直接接触腰椎引起症状加重,患者痛苦小^[4]。本研究拟探讨身痛逐瘀汤加减配合理任调督手法治疗气滞血瘀证腰痛病的疗效,以期临床治疗提供参考。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:经X线片、腰椎MRI证实为腰椎间盘突出^[5];符合《中医病证诊断疗效标准》^[6]气

滞血瘀型腰痛病诊断标准;患者要求保守治疗,既往无腰椎外伤史和手术史,无中药过敏史;年龄18周岁以上。排除标准:脊椎炎、脊柱肿瘤、严重背部外伤、腰椎滑脱或压缩性骨折;风湿或类风湿性关节炎;精神疾病、合并严重心脑血管疾病、肝肾功能障碍。

1.2 临床资料 选择2019年2月至2022年2月我院收治的80例腰痛病(气滞血瘀证)患者,随机数字表法将患者分为两组,每组各40例,两组年龄、性别、体质指数、病椎部位、病程比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。本研究已经获得我院伦理委员会批准。

表1 两组临床资料比较

组别	n	年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	男/女 (n)	体质指数 (kg/m ² , $\bar{x}\pm s$)	病椎部位(n)			病程 (月, $\bar{x}\pm s$)
					L ₃ ~L ₄	L ₄ ~L ₅	L ₅ ~S ₁	
观察组	40	58.03±6.14	20/20	24.11±2.39	12	20	8	16.75±3.41
对照组	40	57.25±6.02	16/24	24.02±2.11	16	18	6	16.32±3.26

1.3 治疗方法 按照《腰椎间盘突出症诊疗指南》^[7]两组患者入院后均卧床休息,口服非甾体消炎药缓解疼痛,甲钴胺或腺苷钴胺加强神经营养,并给予腰椎牵引,加强背部肌群训练。对照组给予身痛逐瘀汤,组方:秦艽10g,川芎15g,桃仁10g,红花10g,羌活10g,

△通信作者(电子邮箱:81580636@qq.com)