

[文章编号] 1007-0893(2024)01-0052-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.01.014

# 温针灸治疗面瘫的应用及临床预后观察

卢添娇 刘毅

(湘雅博爱康复医院, 湖南 长沙 410119)

**[摘要]** 目的: 观察温针灸治疗面瘫的应用及临床预后情况。方法: 选取在湘雅博爱康复医院 2021 年 2 月至 2023 年 2 月治疗的 72 例面瘫患者, 随机分成观察组和对照组, 各 36 例。对照组患者采用西药治疗+康复治疗, 观察组患者在对照组基础上增加温针灸治疗, 比较两组患者症状积分、面神经功能评分、面部麻痹程度评分、表面肌电图检查结果、治疗有效性。结果: 治疗后, 观察组患者的口角下垂、讲话漏风、流涎、眼裂闭合不全症状积分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者的面神经功能评分低于对照组, 且面部麻痹程度评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者的眼轮匝肌神经传导、口轮匝肌神经传导波幅高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者的总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 在西药治疗+康复治疗基础上增加温针灸治疗面瘫, 可以使患者的口角下垂等症状得到缓解, 改善面神经功能, 减轻面部麻痹情况, 利于病情恢复。

**[关键词]** 面瘫; 温针灸; 西药治疗; 康复治疗**[中图分类号]** R 746 **[文献标识码]** B

面瘫是面神经受损导致面肌瘫痪的一种神经缺损症状<sup>[1]</sup>。病因包括感染、卒中、炎症免疫、外伤等<sup>[2]</sup>。患者多表现为口角下垂、讲话漏风、流涎、无法进行闭眼及吹口哨动作等症状, 如未积极治疗, 可并发同侧角膜损伤或结膜损伤, 为日后生活带来巨大不便<sup>[3-4]</sup>。对于该类患者治疗时, 方法包括药物治疗、理疗等, 以此加快面神经麻痹恢复, 缩短康复进程<sup>[5]</sup>。以往的西医药物治疗虽可起到治疗效果, 改善面神经功能, 但长期用药可出现毒副作用, 不利于患者生命健康。而温针灸治疗是一种常用中医治疗方式, 可发挥活血行气、通络止痛的效果, 且安全性较好。目前现有研究中, 有关温针灸治疗方法的介绍相对较少, 对其疗效尚未有明确定论, 由此, 本研究以 72 例面瘫患者为研究对象, 探讨运用温针灸治疗的效果及对临床预后情况的影响, 具体如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取在湘雅博爱康复医院 2021 年 2 月至 2023 年 2 月治疗的 72 例面瘫患者, 随机分成观察组和对照组, 各 36 例。对照组中男性 21 例, 女性 15 例; 年龄 28~50 岁, 均值为  $(39.12 \pm 3.46)$  岁; 患病时长 1~4 个月, 均值为  $(2.51 \pm 0.67)$  个月; 体质量 45~84 kg, 均值为  $(64.62 \pm 4.25)$  kg; 面部发病部位: 右侧 16 例, 左侧 20 例。观察组中男性 22 例, 女性 14 例; 年龄 29~49 岁,

均值为  $(38.85 \pm 3.47)$  岁; 患病时长 1~4 个月, 均值为  $(2.49 \pm 0.68)$  个月; 体质量 46~83 kg, 均值为  $(64.43 \pm 4.28)$  kg; 面部发病部位: 右侧 17 例, 左侧 19 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 符合面瘫的诊断标准<sup>[6]</sup>; (2) 存在口角下垂等现象; (3) 耐受温针灸治疗; (4) 已经向家属说明治疗目的并同意参与本研究; (5) 认知良好; (6) 可进行自理; (7) 基础信息详尽。

1.2.2 排除标准 (1) 面部肿瘤; (2) 中枢神经系统损伤; (3) 沟通障碍; (4) 近期接受其他治疗; (5) 凝血障碍; (6) 感染性疾病; (7) 治疗期间退出或随访失联。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 西药治疗+康复治疗, 具体内容如下, (1) 西药治疗: 选取甲钴胺片(海南斯达制药有限公司, 国药准字 H20050997) 治疗, 以 0.5 mg 为每次用药量, 口服, 每日进行 1 次; 选取醋酸泼尼松片(贵州省科晖制药有限公司, 国药准字 H52020290) 治疗, 以 5 mg 为每次用药量, 口服, 每日进行 2 次。治疗总时长 30 d。(2) 康复治疗: 为患者进行推拿治疗, 推拿手法为推法、抹法、捏法、擦法、板法, 推拿部位为额部、鼻部及颜面部。每次推拿时长 20 min, 每日进行 1 次。另外, 指导患者

**[收稿日期]** 2023-11-06**[作者简介]** 卢添娇, 女, 主治医师, 主要研究方向是中医传统康复方面。

进行咬牙练习，每日咀嚼口香糖，咀嚼时长 30 min，每日进行 3 次；进行吞咽训练，饮入少量水，利用舌尖顶住上方，同时咬紧后牙，咽下口中水，每次训练时长 3 min，每日进行 3 次。治疗 30 d。

1.3.2 观察组 在对照组治疗基础上增加温针灸治疗，具体内容如下：选取患者的太阳穴、下关穴、丝竹空穴、攒竹穴、四白穴、合谷穴、迎香穴、地仓穴、阳白穴多处作为针灸穴位。做好消毒准备后，选取 1.5 寸的毫针进行针刺，针刺手法为平补平泻法，得气后留针，并在针柄处放置点燃的艾灸，利用针柄将热力传入穴位，以此发挥治疗效果，时长 30 min。每日进行 1 次，治疗 30 d。注意在温针灸时使用纸片接住艾柱燃烧的灰烬，维持局部皮肤整洁。

1.4 观察指标

1.4.1 症状积分 包括口角下垂、讲话漏风、流涎、眼裂闭合不全症状，根据严重程度进行积分，即无症状的 0 分、轻度症状的 1 分，中度症状的 2 分，重度症状的 3 分<sup>[7]</sup>。

1.4.2 面神经功能评分 参考面神经功能分级量表，1 分（I 级）：面部肌肉有轻微的无力，无痉挛现象；2 分（II 级）：面部肌肉有明显无力，有明显的痉挛现象；3 分（III 级）：面部无力，严重影响面容；4 分（IV 级）：闭目不全，嘴角有轻微流涎；5 分（V 级）：面部无法运动，肌张力消失<sup>[8]</sup>。

1.4.3 面部麻痹程度评分 参考日本神经学会提出的 3 个等级 40 分判定法，涵盖 10 个功能运动单位，双侧运动相近 4 分，患侧运动减弱 2 分，患侧运动丧失 0 分，总评分越高麻痹越轻<sup>[9]</sup>。

1.4.4 表面肌电图检查结果 包括眼轮匝肌神经传导波幅与口轮匝肌神经传导波幅的检查结果。

1.4.5 治疗有效性 评价治疗 30 d 后的治疗有效性，治愈：口角下垂等现象消失，各种表情自如；改善：口角下垂等现象得到缓解，各种表情存在轻微障碍；无效：口角下垂等现象未见改变，各种表情存在严重障碍。总有效率 = (治愈 + 改善) / 总例数 × 100%<sup>[10]</sup>。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 24.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后症状积分比较

治疗后，观察组患者的口角下垂、讲话漏风、流涎、眼裂闭合不全症状积分低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后症状积分比较 (*n* = 36,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	口角下垂	讲话漏风	流涎	眼裂闭合不全
对照组	治疗前	2.14 ± 0.51	2.15 ± 0.52	2.11 ± 0.49	2.08 ± 0.48
	治疗后	1.03 ± 0.30	1.05 ± 0.31	0.96 ± 0.24	0.98 ± 0.26
观察组	治疗前	2.17 ± 0.56	2.19 ± 0.58	2.13 ± 0.53	2.11 ± 0.50
	治疗后	0.68 ± 0.21 <sup>a</sup>	0.69 ± 0.22 <sup>a</sup>	0.64 ± 0.18 <sup>a</sup>	0.65 ± 0.19 <sup>a</sup>

注：与对照组治疗后比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后面神经功能、面部麻痹程度比较

治疗后，观察组患者的面神经功能评分低于对照组，且面部麻痹程度评分高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后面神经功能、面部麻痹程度比较

(*n* = 36,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	面神经功能评分	面部麻痹程度评分
对照组	治疗前	4.31 ± 0.52	23.84 ± 6.05
	治疗后	2.44 ± 0.61	29.19 ± 5.47
观察组	治疗前	4.13 ± 0.59	23.15 ± 3.69
	治疗后	1.52 ± 0.65 <sup>b</sup>	35.02 ± 4.58 <sup>b</sup>

注：与对照组治疗后比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后表面肌电图检查结果比较

治疗后，观察组患者的眼轮匝肌神经传导、口轮匝肌神经传导波幅高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后表面肌电图检查结果比较

(*n* = 36,  $\bar{x} \pm s$ , mV)

组别	时间	眼轮匝肌神经传导波幅	口轮匝肌神经传导波幅
对照组	治疗前	0.71 ± 0.14	0.69 ± 0.15
	治疗后	0.93 ± 0.12	1.24 ± 0.11
观察组	治疗前	0.74 ± 0.12	0.71 ± 0.13
	治疗后	0.99 ± 0.09 <sup>c</sup>	1.29 ± 0.10 <sup>c</sup>

注：与对照组治疗后比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05。

2.4 两组患者的治疗有效性比较

观察组患者的总有效率高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者的治疗有效性比较 [*n* = 36, *n*(%)]

组别	治愈	改善	无效	总有效
对照组	10(27.78)	18(50.00)	8(22.22)	28(77.78)
观察组	14(38.89)	21(58.33)	1(2.78)	35(97.22) <sup>d</sup>

注：与对照组比较，<sup>d</sup>*P* < 0.05。

3 讨论

面瘫是一种常见的疾病，临床上也称为面肌瘫痪，发病后患者常出现单侧面瘫、口眼歪斜、说话漏风等症

状,影响日常沟通和交流。虽然该疾病具有一定的自限性,康复后可正常生活,但一旦治疗不及时、治疗方法不正确,也将会致使面神经受损加重,不利于身心健康。且具有发病率高的特点,可发生在任何年龄及性别的人群<sup>[11]</sup>。典型症状有鼻唇沟变浅、无法皱眉、眼裂变大、面部表情障碍、流涎等,降低患者生活质量<sup>[12]</sup>。在临床治疗时,甲钴胺片与醋酸泼尼松片是常用治疗药物,前一种药物归属于营养神经药物,是一种内源性的辅酶B12,可用于治疗周围神经病。该药物进入体内后能够参与脑细胞和脊髓神经元核酸和蛋白质合成,促进轴突运输功能和轴突再生,使延迟的神经突触传递和神经递质减少恢复正常,抑制神经退变,改善面部麻痹程度,促进面神经功能恢复,缓解面瘫症状。后一种药物归属于糖皮质激素药,可用于治疗自身免疫性疾病、过敏性疾病、肾病综合征等情况,具有抗炎、抗免疫、抗过敏等作用。经上述药物治疗后,可有效减轻机体炎症反应,加快面神经功能恢复,但部分患者可出现恶心、呕吐、腹泻、皮疹等副作用,一定程度上影响治疗效果。康复治疗主要是借助咀嚼口香糖与推拿治疗,前者可锻炼脸部肌肉,从而减少口眼歪斜现象;后者可改善面部血液循环,利于面部肌肉恢复,加快面瘫恢复<sup>[13]</sup>。在上述基础上增加温针灸治疗是一种新型的治疗方式,主要是在针刺后,留针期间将点燃的艾柱放置在针柄处,利用针体将热力传入穴位,从而发挥温通经脉、活血行气的作用<sup>[14]</sup>。温针灸的穴位包括多处,对太阳穴处理可发挥清热消肿、止血通络的作用;对下关穴、地仓穴等处理可发挥通关利窍、活血止痛的作用;对丝竹空穴、攒竹穴、阳白穴、四白穴等处理可发挥清热明目、散风镇痉的作用;对合谷穴、迎香穴等处理可发挥清热解表,明目聪耳的作用<sup>[15]</sup>。经此治疗后,可有效调节面部血液循环,改善面部肌肉肌力,利于更好的做面部表情,加快面瘫病情恢复。由此,对于面瘫患者的治疗,可采用中医温针灸疗法,能够促使患者症状得到及早改善。

本研究结果表明,观察组患者治疗后的症状积分、面神经功能评分均低于对照组,面部麻痹程度评分、表面肌电图检查结果、总有效率高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。由此说明,使用温针灸治疗可减轻讲话漏风及眼裂闭合不全症状,改善面神经功能,促进病情恢复。分析原因主要与甲钴胺的营养神经作用有关,从而促进面神经功能恢复;还与推拿治疗的改善面部血液流通,促进面部肌肉恢复有关。同时温针灸作为中医疗法,对患者的干预效果更好,安全性更高。另外,

还与温针灸处理多处穴位,发挥温通经脉、行气活血有关,从而降低面部麻痹程度,加快康复进程。

综上所述,在西药治疗+康复治疗基础上增加温针灸治疗面瘫患者,能够降低症状积分,调节面神经功能,减轻面部麻痹程度,加快病情恢复。

#### [参考文献]

- [1] 王俊楠. 温针灸治疗急性期周围性面瘫效果观察 [J]. 实用中医药杂志, 2023, 39 (4): 788-790.
- [2] 周骏奥, 贾健玮, 朱文樞. 温针灸翳风穴治疗特发性面瘫伴耳周疼痛临床研究 [J]. 新中医, 2023, 55 (6): 150-154.
- [3] 何良益. 温针灸治疗急性期周围性面瘫的有效性分析 [J]. 婚育与健康, 2023, 29 (5): 103-105.
- [4] 张慧, 于波. 醒神通络方联合温针灸对周围性面瘫患者面神经功能及 IgE、MMP-9 水平的影响 [J]. 光明中医, 2020, 35 (17): 2644-2647.
- [5] 邓徐英. 温针灸疗法联合康复护理对周围性面瘫患者面神经功能恢复的影响 [J]. 医疗装备, 2022, 35 (19): 169-171.
- [6] 程诚, 毛更生, 赵建华, 等. 脉冲射频治疗周围性面瘫中国专家共识 (2023 版) [J]. 神经损伤与功能重建, 2023, 18 (10): 559-563.
- [7] 梁伟平. 温针灸治疗周围性面瘫临床研究 [J]. 新中医, 2023, 55 (7): 179-183.
- [8] 王芳. 温针灸治疗顽固性周围性面瘫眼睑闭合不全的临床疗效及对面神经功能的影响 [J]. 内蒙古中医药, 2023, 42 (1): 102-103.
- [9] 柯红. 针灸配合康复功能训练治疗面部神经麻痹的临床研究 [J]. 心理月刊, 2019, 14 (3): 125.
- [10] 谢梦, 曾黎华. 探讨早期微波治疗配合针灸疗法对面神经麻痹的临床效果 [J]. 当代医学, 2021, 27 (13): 100-101.
- [11] 王岚莹, 吴若辉, 贺小卉, 等. 牵正散合桂枝加葛根汤加减、温针灸联合康复训练治疗顽固性周围性面瘫临床研究 [J]. 陕西中医, 2020, 41 (9): 1262-1265.
- [12] 杨青. 温针灸联合推拿治疗对周围性面瘫患儿面神经功能及表面肌电图的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19 (23): 4177-4180.
- [13] 陈海娟. 温针灸结合闪罐治疗面瘫的临床疗效观察 [J]. 当代医学, 2021, 27 (34): 141-142.
- [14] 杨建华, 朱念玲, 张楠, 等. 应用温针灸治疗面瘫患者的临床效果 [J]. 智慧健康, 2022, 8 (28): 112-116.
- [15] 建江岩. 温针灸治疗周围性面瘫对患者表面肌电图与咀嚼功能的影响观察 [J]. 医学理论与实践, 2022, 35 (17): 2921-2923.