

本文引用:蒋学余,任祥,王宗迪,徐元培,王雅岚,杨亭伟,杨子恂,王瑞安,熊继柏,常小荣.国医大师熊继柏面瘫经验方结合电针治疗急性期面瘫风痰阻络证的临床研究[J].湖南中医药大学学报,2021,41(4):546-551.

国医大师熊继柏面瘫经验方结合电针治疗急性期面瘫风痰阻络证的临床研究

蒋学余^{1,2},任祥²,王宗迪²,徐元培²,王雅岚²,杨亭伟²,杨子恂²,王瑞安²,熊继柏³,常小荣^{1,2*}
(1.湖南中医药大学附属岳阳医院,湖南岳阳 414000;2.湖南中医药大学针灸推拿学院,湖南长沙 410208;
3.湖南中医药大学,湖南长沙 410007)

〔摘要〕目的 观察国医大师熊继柏面瘫经验方联合电针治疗急性期面瘫风痰阻络证的临床研究。方法 按随机数字表法将144例患者分成观察组(国医大师熊继柏面瘫经验方结合电针治疗)、电针组(仅采用电针治疗)、普通针刺组(采用普通针刺治疗)、经验方组(仅采用国医大师熊继柏面瘫经验方治疗),每组36例。每天治疗1次,10 d为1个疗程,共治疗3个疗程。分别于治疗前后采用House-Brackmann(H-B)面神经功能评价量表、Portmann简易评分量表、面部残疾指数躯体功能(facial disability index physical, FDIP)以及社会生活功能(facial disability index social, FDIS)对4组患者进行评分,并评价各组治疗前后和组间的临床疗效及临床恢复情况。结果 治疗后,观察组总有效率高于电针组、普通针刺组、经验方组($P<0.01$);电针组总有效率高于普通针刺组、经验方组($P<0.05$);普通针刺组总有效率高于经验方组($P<0.05$)。治疗后,观察组患者的H-B面神经功能分级评定、Portmann评分、FDIP评分、FDIS评分与电针组、普通针刺组、经验方组比较,差异均有显著统计学意义($P<0.01$);电针组与普通针刺组、经验方组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);普通针刺组与经验方组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者临床恢复情况、平均起效时间及平均治愈时间与电针组、普通针刺组、经验方组比较,差异均有显著统计学意义($P<0.01$);电针组与普通针刺组、经验方组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);普通针刺组与经验方组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。4组不良反应率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 国医大师熊继柏面瘫经验方结合电针治疗急性期面瘫的临床疗效均优于电针、普通针刺和经验方治疗,能有效提高疗效、缩短恢复时间且具有较好安全性。4种治疗方法中,国医大师面瘫经验方结合电针疗效优于单纯电针,单纯电针优于普通针刺,普通针刺优于经验方。

〔关键词〕 面瘫;风痰阻络证;H-B面神经功能分级;Portmann评分;FDIP评分;熊继柏;面瘫经验方

〔中图分类号〕 R246;R745

〔文献标志码〕 A

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2021.04.010

Clinical Study of National Chinese Medical Master Xiong Jibo's Empirical Formula Combined with Electroacupuncture in the Treatment of the Acute-stage Facial Paralysis with Wind Phlegm Obstructing Collaterals

JIANG Xueyu^{1,2}, REN Xiang², WANG Zongdi², XU Yuanpei², WANG Yalan², YANG Tingwei², YANG Zixun²,
WANG Ruian², XIONG Jibo³, CHANG Xiaorong^{1,2*}

(1. Yueyang Hospital Affiliated to Hunan University of Chinese Medicine, Yueyang, Hunan 414000, China; 2. School of Acupuncture-moxibustion and Tuina, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China; 3. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China)

〔Abstract〕 Objective To investigate the efficacy of national Chinese medical master Xiong Jibo's empirical herbal formula combined with electroacupuncture in the treatment of the acute-stage facial paralysis with wind phlegm obstructing collaterals. **Methods** 144 patients were randomly divided into the observation group (treated with Xiong Jibo's facial paralysis empirical

〔收稿日期〕 2021-01-18

〔基金项目〕 国家科技部中医药现代化专项(2018YFC1707806);湖南省自然科学基金面上项目(2019JJ40217);湖南省中医药管理局科研计划项目(2019114)。

〔作者简介〕 蒋学余,男,博士,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:针灸推拿治病机理研究。

〔通讯作者〕 *常小荣,女,二级教授,博士研究生导师,E-mail: xrchang1956@163.com。

formula combined with electroacupuncture), the electroacupuncture group (treated with electroacupuncture alone), the conventional acupuncture group (treated with the conventional acupuncture alone), and the empirical formula group (treated with Xiong Jibo's facial paralysis empirical formula alone), with 36 patients in each group. All of these patients received treatment once a day, 10 days as a course of treatment, and a total of 3 courses of treatment. The House Brackmann (H-B) facial nerve function evaluation scale, Portmann simple rating scale, facial disability index physical function (FDIP) and facial disability index social (FDIS) scale were used to score the 4 groups of patients, and the clinical efficacy and clinical recovery were evaluated before and after treatment and between groups. **Results** After treatment, the total effective rate of the observation group was significantly better than that of the electroacupuncture group, the conventional acupuncture group and the empirical formula group ($P<0.01$). The total effective rate of electroacupuncture group was higher than that of conventional acupuncture group and empirical formula group ($P<0.05$). The total effective rate of the conventional acupuncture group was higher than that of the empirical formula group ($P<0.05$). After treatment, the H-B facial nerve function grading, Portmann score, FDIP score and FDIS score of observation group were compared with electroacupuncture group, conventional acupuncture group and empirical formula group, and there were significant differences ($P<0.01$). Electroacupuncture group compared with the conventional acupuncture group and the empirical formula group, the differences were statistically significant ($P<0.05$). The difference between the conventional acupuncture group and the empirical formula group was statistically significant ($P<0.05$). The clinical recovery, average effective time and average cure time of observation group were compared with electroacupuncture group, conventional acupuncture group and empirical formula group, and the differences were statistically significant ($P<0.01$). Compared with the conventional acupuncture group and the empirical formula group, the differences were statistically significant ($P<0.05$). The difference between the conventional acupuncture group and the empirical formula group was statistically significant ($P<0.05$). Moreover, no significant difference in adverse reaction rate was observed among these four treatment group. **Conclusion** The clinical efficacy of Xiong Jibo's empirical herbal formula for facial paralysis combined with electroacupuncture in the treatment of acute facial paralysis is superb than that of the electroacupuncture, conventional acupuncture and empirical herbal formula alone, and can improve the curative rate shorten the recovery time and has good safety. Among the four methods, the curative effect of the empirical herbal formula for facial paralysis combined with electroacupuncture by Chinese medical master was better than that of electroacupuncture alone, simple electroacupuncture was better than ordinary acupuncture, and ordinary acupuncture was better than the empirical formula.

[**Keywords**] facial paralysis; wind phlegm obstructing collaterals; H-B facial nerve function grading; Portmann score; FDIS score; Xiong Jibo; empirical herbal formula for facial paralysis

贝尔氏面瘫(Bell's palsy),又称特发性周围性面神经麻痹或面神经麻痹,是由控制面部肌肉运动的神经功能受损引起的一种临床常见疾病,主要表现为急性单侧下运动神经元型面部麻痹无力,引起面部肌肉瘫痪,同时伴耳后疼痛,面部感觉减退及听觉过敏^[1-2]。该病发病率较高,全球不同人群发病率为11.5~53.3/10万,多见于15~45岁人群,且女性多于男性^[3]。目前,贝尔氏面瘫的发病因素及其机制尚未完全阐明,现代医学认为其主要是由于植物神经功能紊乱、自身免疫、病毒感染、遗传因素等引起神经血管痉挛,导致面神经缺血、水肿,进而出现面部肌肉功能障碍^[4-5]。西医主要依赖药物及手术治疗,通常包括抗病毒药、皮质类固醇、维生素B药物等对症支持治疗^[6-8],其预后虽较好,但在大样本观察中仍有30%的受试者遗留有不同程度的功能障碍,如面瘫畸形、面肌痉挛、倒错现象、鳄鱼泪症等,对患者的生活、工作、社交造成严重的影响^[9]。

根据贝尔氏面瘫的临床表现,将其归属于中医学“面瘫”“口眼歪斜”“口僻”等范畴^[10]。中医学认为,本病为正气不足、脉络空虚,复感受风寒邪气,或夹

伏痰侵袭面部经络,痹阻经络所致^[11]。中医治疗贝尔氏面瘫具有独特优势,多以辨证药物、针刺、理疗等技术手段为主,可有效改善患者的临床症状,降低其后遗症^[12-13]。但对于急性期面瘫能否使用电针,针和中药哪种方案更优,临床中有着不同的看法。国医大师熊继柏面瘫经验方是他多年的临床经验总结,由天麻、石菖蒲、陈皮、法半夏、枳实、茯苓、竹茹、胆南星、甘草、全蝎、僵蚕、地龙、白芷、西洋参、蜈蚣组成,具有搜络通经、祛风化痰、行气扶正之效。在临床工作中发现,国医大师熊继柏面瘫经验方结合电针治疗急性期面瘫疗效显著,但缺乏临床数据证明疗效的客观性,因此,为了全面评估该方法对急性期面瘫的疗效,与单纯使用针刺、电针、中药3种方法进行对比研究,以便更好地为急性期面瘫的临床治疗提供方案。

1 资料

1.1 研究对象

研究病例来源于2019年9月至2020年7月间在岳阳市中医医院针灸二科就诊且确诊的贝尔氏面

瘫(风痰阻络证)急性期的门诊患者,共144例。研究通过岳阳市中医医院伦理委员会批准通过(批号为:YZYEC[2019]P002),所有受试者均签署了知情同意书。

1.2 诊断标准

参照2016年中华医学会神经病学分会等颁布的《中国特发性面神经麻痹诊治指南》关于面神经麻痹的临床诊断标准^[4]:急性起病,通常3d左右达到高峰;单侧周围性面瘫,患侧面部肌肉瘫痪、额纹消失、闭目无力、鼻唇沟变浅、口角喎斜、口角下垂,不能鼓腮、吹口哨时漏气、食物残渣易滞留于患侧齿颊间,伴或不伴耳后疼痛、舌前味觉减退、听觉过敏、泪液或唾液分泌异常;排除继发原因。

中医风痰阻络证标准参照《针灸学》^[5]:突然口眼歪斜,眼睑闭合不全,或面部抽搐,颜面麻木作胀,伴头重如蒙、胸闷或呕吐,舌胖大,苔白腻,脉弦滑。

1.3 纳入标准

(1)符合上述的临床诊断标准及中医风痰阻络证标准;(2)年龄18~65岁;(3)病程在2周内;(4)近期内未使用任何影响本研究的药物(如激素、抗病毒药物等)者;(5)自愿加入试验,能够积极治疗,并且配合采集临床资料,签署知情同意书者。

1.4 排除标准

(1)中枢性面神经麻痹患者;(2)双侧面瘫患者;(3) Hunt综合征患者;(4)有原发病病因患者,如由脑血管意外、肿瘤、手术、创伤或全身性疾病引起;(5)伴有其他严重疾病而影响治疗方案的实施者,如精神疾病或严重癔症患者;(6)孕妇、哺乳期女性;(7)过敏体质或对药物过敏者。

2 方法

2.1 病例分组

根据两组疗效差异估计为10%,依照试验方案优效性设计可知样本量计算公式为:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 [p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]}{\delta_{ij}^2} \quad n = \max\{n_{ij}, n_{i,j}\},$$

α 为0.05, β =0.1,把握度 $1-\beta=90\%$,代入公式中计算 $n \approx 28.6$,取 $n=30$,考虑20%脱落率,本次研究纳入144例,依照随机数字表随机分为观察组(国医大师熊继柏面瘫经验方结合电针治疗)、电针组(仅采用电针治疗)、普通针刺组(采用普通针刺治疗)和经验方组(仅采用国医大师熊继柏面瘫经验方治疗),每组36例。治疗前,4组患者的性别、年龄、病程、House-Brackmann(H-B)面神经功能分级

评分等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 4组患者一般资料

分组	n	性别/例		年龄/ (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程/ (d, $\bar{x} \pm s$)	H-B 评分/ (分, $\bar{x} \pm s$)
		男	女			
观察组	36	16	20	41.1±0.8	5.68±2.77	3.66±0.66
电针组	36	19	17	40.8±1.7	6.09±3.03	3.71±0.78
普通针刺组	36	15	21	38.6±2.1	6.10±3.23	3.77±0.59
经验方组	36	14	22	38.4±2.2	6.12±3.13	3.78±0.55

2.2 治疗方法

针灸医师都经过一致性培训,即针刺的深度、手法及电针所用频率等具有较好的一致性。

2.2.1 观察组 电针治疗方案为笔者临床多年经验用穴,穴位配伍方法以局部取穴加远端取穴,以手足阳明和手足太阳经的穴位为主,选穴:以患侧的攒竹、鱼腰、丝竹空、瞳子髎、太阳、颧髎、迎香、上迎香、地仓、颊车、听会、翳风为主穴,以双侧合谷、曲池、太冲、足三里为配穴。常规进针,运用透刺的方法,攒竹透鱼腰、丝竹空透瞳子髎、太阳透颧髎、迎香透上迎香、颊车透地仓,平补平泻,中等强度刺激,得气后接电针仪,共8组电针:攒竹(-)、鱼腰(+)为1组,太阳(-)、颧髎(+)为1组,地仓(-)、迎香(+)为1组,听会(-)、翳风(+)为1组,双侧曲池(-)、合谷(+)为2组,双侧足三里(-)、太冲(+)为2组。电针刺激参数为连续波、50 Hz,强度以患者耐受为度,30 min后出针。每天治疗1次,10 d为1个疗程,共治疗3个疗程。中药治疗采用国医大师熊继柏面瘫经验方:天麻20 g,石菖蒲20 g,陈皮10 g,法半夏10 g,枳实10 g,茯苓15 g,竹茹10 g,胆南星6 g,甘草6 g,全蝎5 g,僵蚕20 g,地龙10 g,白芷10 g,西洋参8 g,蜈蚣1条。1剂/d,分2次服用,连服30 d。

2.2.2 电针组 电针治疗方案及疗程同上。

2.2.3 普通针刺组 针刺取穴同电针组,常规进针,运用透刺的方法,攒竹透鱼腰、丝竹空透瞳子髎、太阳透颧髎、迎香透上迎香、颊车透地仓,平补平泻,中等强度刺激,得气后留针30 min,每天治疗1次,10 d为1个疗程,共治疗3个疗程。

2.2.4 经验方组 予以国医大师熊继柏面瘫经验方治疗,方药组成同观察组。1剂/d,分2次服用,连服30 d。

2.3 观察指标

2.3.1 H-B面神经功能分级评分 H-B面神经功能共分为6级^[6]:I级,各区面肌运动正常,计0分;II级,轻度功能障碍,轻度面肌无力,面部对称,肌张力、皱额正常,计1分;III级,中度功能障碍,明显面

肌无力,面部对称无变形,可有联带运动,面肌挛缩或痉挛,计2分;IV级,中重度功能障碍,明显的面肌无力和(或)面部变形,闭眼不完全,计3分;V级,重度功能障碍,仅有几乎不能察觉的面部运动,面部不对称,皱额不能,闭眼不完全,口角轻微运动,计4分;VI级,完全麻痹,无运动,计5分。于治疗前和治疗30 d后各评价1次。

2.3.2 Portmann 简易评分 Portmann 简易评分标准^[7]共取皱眉、闭眼、动鼻翼、吹口哨、微笑、鼓腮6个项目,每项3分,加上安静时印象分2分,共20分。评分标准:与健侧相比运动相同或基本相同计3分,运动减弱计2分,明显减弱计1分,无运动计0分;安静时面部对称计2分,轻度不对称计1分,明显不对称计0分。分值越高提示面神经功能越好,于治疗前和治疗30 d后各评价1次。

2.3.3 面部残疾指数评分 面部残疾指数^[8]包括躯体功能(facial disability index physical, FDIP)及社会生活功能(facial disability index social, FDIS)。FDIP功能困难程度从吃东西、喝饮料、讲话、刷牙或漱口、眼睛干涩或多泪5项进行评价,评分范围为0~25分,总分=(5题累积得分-5)×5,得分越高提示面瘫程度越轻。FDIS功能从患者平静心态、出现孤独感、发脾气、失眠、放弃正常社交活动等5项进行评价,评分范围为5~30分,总分=(5题累积得分-5)×4,得分越低提示面瘫程度越轻。于治疗前和治疗30 d后各评价1次。

2.3.4 平均起效时间及痊愈时间 记录受试者H-B面神经量表分值初次变化时间以及记录受试者痊愈时间,或者部分受试者不再接受治疗转为随访的时间。于治疗前和治疗10、20、30 d后各评价1次。

2.4 疗效评价标准

参照H-B分级量表^[6](国际面神经外科第5次专题研讨会推荐),共分I~VI级。痊愈:面部症状和体征消失,H-B分级量表测试I级;显效:面部症状和体征大部分消失,H-B分级量表测试II级;有效:面部症状和体征有所改善,H-B分级量表测试III级;无效:症状和体征无明显改善或呈进行性加重,H-B分级量表测试IV级及以上。于治疗30 d后评价1次。

总有效率=(治愈例数+显效例数+好转例数)/总例数×100%

2.5 安全性评价

针刺有无引起疼痛、皮下血肿等情况,中药汤剂用药期间及用药后详细记录所有不良反应的发生

情况,定期检查血常规、大便常规及肝肾功能。

2.6 独立评价

本次研究采用独立的第三方专业评价机构于治疗前和治疗30 d后各评价1次,避免了试验者评价带来的评价偏倚,保证了数据的真实性,同时该机构进行了统一的专业评价培训,确保试验的科学性。

2.7 统计学分析

采用SPSS 22.0统计软件进行分析。计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,先进行方差齐性检验,符合方差齐性的组间比较采用独立样本 t 检验,不符合方差齐性的用非参数检验;计数资料用 χ^2 检验。均以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 临床疗效比较

治疗后,观察组总有效率高于电针组、普通针刺组、经验方组,差异均有显著统计学意义($P < 0.01$);电针组总有效率高于普通针刺组、经验方组,差异有统计学意义($P < 0.05$);普通针刺组总有效率高于经验方组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 4组患者临床疗效比较(例)

组别	<i>n</i>	治愈	显效	好转	无效	总有效率/%
观察组	36	27	5	3	1	97.4
电针组	36	20	5	6	5	87.3**
普通针刺组	36	15	10	3	8	78.5***
经验方组	36	8	15	2	11	70.6***§

注:与观察组比较,** $P < 0.01$;与电针组比较,* $P < 0.05$;与普通针刺组比较,§ $P < 0.05$

3.2 H-B 分级评分比较

治疗前,4组患者H-B分级评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗30 d后,各组患者H-B分级评分与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组与电针组、普通针刺组、经验方组H-B分级评分比较,差异均有显著统计学意义($P < 0.01$);电针组与普通针刺组、经验方组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);普通针刺组与经验方组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 4组患者治疗前后H-B分级评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗30 d
观察组	36	3.66±0.66	1.15±0.35 [▲]
电针组	36	3.71±0.78	1.67±0.57 ^{▲**}
普通针刺组	36	3.77±0.59	2.05±0.86 ^{▲**}
经验方组	36	3.78±0.55	2.32±0.67 ^{▲**§}

注:与治疗前比较,[▲] $P < 0.05$;与观察组比较,** $P < 0.01$;与电针组比较,* $P < 0.05$;与普通针刺组比较,§ $P < 0.05$

3.3 Portmann 简易评分比较

治疗前,4组患者 Portmann 简易评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗 30 d 后,4组患者 Portmann 评分均较治疗前升高,差异均有显著统计学意义($P<0.01$);观察组与电针组、普通针刺组、经验方组比较,差异均有显著统计学意义($P<0.01$);电针组与普通针刺组、经验方组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);普通针刺组与经验方组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 4 组患者治疗前后 Portmann 简易评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗 30 d
观察组	36	8.67±1.15	18.64±1.34 ^{▲▲}
电针组	36	8.75±1.08	14.72±1.68 ^{▲▲**}
普通针刺组	36	8.89±0.98	13.32±1.59 ^{▲▲**#}
经验方组	36	8.84±0.88	11.22±1.39 ^{▲▲**#}

注:与治疗前比较,▲▲ $P<0.01$;与观察组比较,** $P<0.01$;与电针组比较,# $P<0.05$;与普通针刺组比较,§ $P<0.05$

3.4 面部残疾指数评分比较

治疗前,4组患者的 FDIP、FDIS 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗 30 d 后,4组患者 FDIP 评分均较治疗前升高($P<0.01$),FDIS 评分均较治疗前降低($P<0.01$);观察组 FDIP、FDIS 评分与电针组、普通针刺组、经验方组比较,差异均有显著统计学意义($P<0.01$);电针组 FDIP、FDIS 评分与普通针刺组、经验方组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);普通针刺组 FDIP、FDIS 评分与经验方组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 5 4 组患者治疗前后面部残疾指数评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	时间	FDIP	FDIS
观察组	36	治疗前	14.97±1.34	28.89±1.75
		治疗后	24.22±1.66 ^{▲▲}	20.33±1.59 ^{▲▲}
电针组	36	治疗前	15.11±1.37	29.11±1.67
		治疗后	18.64±1.51 ^{▲▲**}	25.03±1.44 ^{▲▲**}
普通针刺组	36	治疗前	14.91±1.40	29.02±1.71
		治疗后	16.62±1.50 ^{▲▲**#}	27.75±1.05 ^{▲▲**#}
经验方组	36	治疗前	14.81±1.50	29.02±1.71
		治疗后	15.64±1.61 ^{▲▲**#}	28.75±1.05 ^{▲▲**#}

注:与治疗前比较,▲▲ $P<0.01$;与观察组比较,** $P<0.01$;与电针组比较,# $P<0.05$;与普通针刺组比较,§ $P<0.05$

3.5 临床恢复情况比较

观察组平均起效时间、平均痊愈时间与电针组、普通针刺组、经验方组比较,差异均有显著统计学意义($P<0.01$);电针组与普通针刺组、经验方组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);普通针刺组与经验方组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 6。

表 6 4 组患者临床恢复情况比较($\bar{x}\pm s$,d)

组别	n	平均起效时间	平均痊愈时间
观察组	36	6.97±0.97	18.72±1.32
电针组	36	15.11±1.06 ^{**}	23.42±1.38 ^{**}
普通针刺组	36	17.85±1.22 ^{**#}	25.90±1.88 ^{**#}
经验方组	36	20.85±1.22 ^{**#}	28.90±1.88 ^{**#}

注:与观察组比较,** $P<0.01$;与电针组比较,# $P<0.05$;与普通针刺组比较,§ $P<0.05$

3.6 安全性评价

治疗期间,4组患者血尿常规、大便常规及肝肾功能均无异常。观察组 3 例出现轻微疼痛,皮下有瘀青,不良反应率为 8.3%,未停止治疗,症状自行缓解;电针组 2 例出现轻微恶心、头晕,不良反应率为 5.6%,未停止电针,症状自行缓解;普通针刺组 3 例出现轻微恶心、头晕,不良反应率为 8.3%,未停止针刺,症状自行缓解;经验方组 2 例出现轻微恶心、头晕,不良反应率为 5.6%,未停药,症状自行缓解。所有患者均顺利完成试验,经 Fisher 精确检验,各组不良反应率之间差异无统计学意义($P>0.05$)。

4 讨论

贝尔氏面瘫是由非特异性炎症引起的周围性面神经麻痹,多急性起病,发病迅速。在中医学上普遍认同内外因合而致病,其中风、寒、痰、热邪为本病最常见的邪气^[10]。本病常分为风寒袭络证、风热袭络证、风痰阻络证、气虚血瘀证 4 种证型,其中风痰阻络证是临床中最常见的证型^[19]。正如《针灸大成·卷二》云:“醉后睡卧当风,不避贼风,窜入经络,痰饮灌注……故得此证。”故本病多因正气不足,脉络空虚,虚邪贼风趁机而入,风邪为先,夹杂寒、热等邪气乘虚而侵袭面部经脉,以致经气阻滞,痰饮灌注,脉络失养,筋肉纵缓不收,从而面部肌肉出现麻木、板滞甚则瘫痪。多急性发病,急性期的治疗很重要,本课题组通过多年临床发现,急性期处理常影响面瘫的预后及后遗症的发生,尽早用电针和中药治疗是预防后遗症发生、加快疾病痊愈的关键。

国医大师熊继柏面瘫经验方,以天麻止痉散和涤痰汤相合而成,以天麻为君,祛外风、通经络;半夏燥湿降浊化痰,陈皮助半夏行气化痰,胆南星辛苦性凉,既助半夏清火化痰,又可平息内风,共为臣药;茯苓淡渗利湿,既可使有形之痰自小便而出,与西洋参、甘草合用,益气健脾,使气血有源,生化不断;同时以性味偏凉之僵蚕、地龙两药,与性温之蜈蚣、全蝎寒温并用为辅,温而不燥,4 药共奏搜风剔络解痉之功;竹茹清火除烦,与枳实相配伍破痰行气,石菖

蒲辛温善通气。诸药合用具有搜络通经、祛风化痰、行气扶正之效。

本课题针灸取穴方案是课题组多年经验用穴,面瘫病系风痰阻络,具有起病急的特点,故用穴多以多气多血的阳明经穴为主,行气活血,气行则血行,血行则风自灭;又足厥阴肝经“循巅入络脑”,故取太冲以疏肝气而通脑络。在针刺上主要取手足阳明经穴为主,以局部取穴为主,配合远端取穴。在患侧面部取穴攒竹、鱼腰、丝竹空、瞳子髎、太阳、颧髎、迎香、上迎香、颊车、地仓、听会等,针刺布局围绕眼轮匝肌和口轮匝肌的走行,利于恢复其运动功能,特别是听会穴的选取,针刺后能直接刺在面神经在体表的投影点上,其效更佳。另外,配合远端取穴,取合谷、太冲、曲池、足三里,补益肝肾、扶助正气^[20]。在针刺后加予电针,还能利用其微电流刺激所产生的周围电场促进神经纤维向负极生长,同时电刺激产生的肌群被动运动使得受损伤面神经组织中肌细胞内神经生长因子的表达水平提高,致胞体内酪氨酸受体 A 与逆流的神经生长因子的结合量增大,可以进一步修复和营养受损的面神经^[21]。

本研究结果显示,经国医大师熊继柏面瘫经验方结合电针治疗后,观察组患者 H-B 面神经功能、Portmann 评分、面部残疾指数评分、平均起效时间及平均痊愈时间均较其他 3 组有显著改善,其次是电针组、普通针刺组、经验方组。通过本次研究,可以得出急性期面瘫风痰阻络证及早进行电针结合国医大师面瘫经验方治疗,能够有效地提高疗效和尽可能防止后遗症的发生,值得临床推广应用。

参考文献

[1] GILDEN D H. Clinical practice. Bell's Palsy [J]. *New England Journal of Medicine*, 2004, 351(13): 1323-1331.

[2] VAKHARIA K, VAKHARIA K. Bell's Palsy [J]. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*, 2016, 24(1):1-10.

[3] BAUGH R F, BASURA G J, ISHII L E, et al. Clinical practice guideline: Bell's Palsy executive summary [J]. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 2013, 149(5): 656-663.

[4] EVISTON T J, CROXSON G R, KENNEDY P G, et al. Bell's palsy: Aetiology, clinical features and multidisciplinary care [J]. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2015, 86(12): 1356-1361.

[5] YOO M C, SOH Y, CHON J, et al. Evaluation of factors asso-

ciated with favorable outcomes in adults with bell palsy [J]. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 2020, 146(3): 256-263.

[6] GAGYOR I, MADHOK V B, DALY F, et al. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis) [J]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019, 9: CD001869.

[7] MADHOK V B, GAGYOR I, DALY F, et al. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis) [J]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, 7: CD001942.

[8] DE ALMEIDA J R, GUYATT G H, SUD S, et al. Management of Bell palsy: Clinical practice guideline [J]. *Canadian Medical Association Journal*, 2014, 186(12): 917-922.

[9] ENGSTR M M, BERG T, STJERNQUIST-DESATNIK A, et al. Prednisolone and valaciclovir in Bell's palsy: A randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial [J]. *The Lancet Neurology*, 2008, 7(11): 993-1000.

[10] 王声强,刘二军,白亚平.关于周围性面神经麻痹中医病名的探讨 [J]. *中医杂志*, 2009, 50(8): 745-747.

[11] 曾建国.周围性面神经麻痹的中医治疗 [J]. *中医杂志*, 2010, 51(S1): 116-117.

[12] TON G, LIAO H Y, CHIANG J H, et al. Chinese herbal medicine and acupuncture reduced the risk of stroke after Bell's palsy: A population-based retrospective cohort study [J]. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2019, 25(9): 946-956.

[13] XIAO X J, ZHENG Q H, SHI Y Z, et al. Association of patients' characteristics with acupuncture treatment outcomes in treating Bell's palsy: Results from a randomised controlled trial [J]. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2019, 2019: 6073484.

[14] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会神经肌肉病学组,中华医学会神经病学分会肌电图与临床神经电生理学组.中国特发性面神经麻痹诊治指南 [J]. *中华神经科杂志*, 2016, 49(2): 84-86.

[15] 石学敏.针灸学 [M]. 2 版.北京:中国中医药出版社, 2007: 219-220.

[16] HOUSE J W, BRACKMANN D E. Facial nerve grading system [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1985, 93(2): 146-147.

[17] 钱海良,付勇,熊俊,等.温和灸翳风穴治疗周围性面瘫灸感与灸效关系的临床观察 [J]. *针刺研究*, 2013, 38(6): 493-496, 501.

[18] 董珍英,张保球,郭锡全.针刺结合隔牵正散灸下关、牵正穴治疗周围性面瘫临床观察 [J]. *针刺研究*, 2019, 44(2): 131-135.

[19] 王嘉麟,唐 媛,王椿野,等.化风丹联合甲钴胺、针刺治疗风痰阻络型特发性面神经麻痹 36 例临床观察 [J]. *中医杂志*, 2019, 60(17): 1488-1492.

[20] 张 健,张峻峰,吴耀持,等.基于力学理论的针刺三透法治疗急性期贝尔面瘫的临床疗效评价 [J]. *上海针灸杂志*, 2018, 37(6): 635-638.

[21] 刘立安,朱云红,李清华,等.不同波型电针治疗周围性面瘫的疗效比较与安全性评价 [J]. *中国针灸*, 2012, 32(7): 587-590.