

浮针治疗顽固性面瘫临证经验

杨小林¹ 蔡俊笙¹ 孙 健²

1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东广州 510002; 2. 广东省中医院芳村医院传统疗法科, 广东广州 510380

[摘要] 顽固性面瘫是一种常见的慢性病症, 目前临床治疗方式多样化。本文主要讲述孙健教授运用浮针治疗顽固性面瘫的临证经验, 分别从浮针对顽固性面瘫的治疗步骤、病机认识、可能机制、优势分析、经典验案五个方面进行阐述。顽固性面瘫患者的面部肌肉康复十分重要, 浮针疗法通过查找面部患肌, 并在其周围进针扫散配合相应再灌注活动, 能够迅速改善患肌的营养供应, 消除其紧张、痉挛的病理状态, 从而促进相应表情肌运动功能的恢复。

[关键词] 浮针; 顽固性面瘫; 患肌; 再灌注活动

[中图分类号] R277.751

[文献标识码] A

[文章编号] 1673-7210(2019)01(a)-0134-04

Clinical experience of floating acupuncture in the treatment of obstinate facial paralysis

YANG Xiaolin¹ CAI Junsheng¹ SUN Jian²

1. The Second Clinical Medical College, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510002, China; 2. Department of Traditional Therapy, Fangcun Branch, Guangdong Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangdong Province, Guangzhou 510380, China

[Abstract] Obstinate facial paralysis is a common chronic disease, and the clinical treatment methods are various at present. This paper mainly describes the clinical experience of Professor Sun Jian in treating obstinate facial paralysis with floating acupuncture, and discusses from the following 5 aspects: treatment steps, pathogenesis, possible mechanism, advantage analysis and classic cases of floating acupuncture to obstinate facial paralysis. The rehabilitation of facial muscles for patients with obstinate facial paralysis is very important. Floating acupuncture therapy can help to improve the nutritional supply of sick muscles quickly and eliminate its pathological states of tension and spasm, thus promote the recovery of motor function of corresponding facial muscles by searching for the sick facial muscles and inserting the needles into sick muscles for sway them with doing reperfusion approach as supplementary.

[Key words] Floating acupuncture; Obstinate facial paralysis; Sick muscles; Reperfusion approach

周围性面瘫是临床常见病症, 该病具有自限性, 大部分患者预后较好^[1], 但如果前期治疗及恢复不佳, 病症继续进展, 除了口眼歪斜症状外, 还会出现面肌痉挛、联带运动等后遗症, 给患者的日常生活及自尊心带来巨大困扰。在笔者跟师孙健教授学习的时间里, 观察到浮针疗法对于病程超过 3 个月的顽固性面瘫的治疗效果具有可观优势。现特将浮针治疗顽固性面瘫的特有思维方式及可能机制分析如下:

1 浮针医学对顽固性面瘫的病机认识

周围性面瘫分原发性和继发性两类。继发性面瘫病因众多, 如病毒感染、外伤、手术等, 排除继发因素

后, 少数为原发性面瘫, 其主要病理变化为面神经的水肿及缺血^[1]。若病理进展为神经纤维髓鞘变化或轴突变性、肌纤维及运动终板变性, 那么病程较长, 预后不佳^[2], 形成难治性面神经炎即顽固性面瘫。治疗方面, 目前《中国特发性面神经麻痹诊治指南》^[3]除了推荐激素、营养神经类等药物治疗外, 同时也建议应尽早行面部肌肉康复治疗。面部肌肉是浮针治疗的靶点, 浮针医学认为面部表情肌的缺血缺氧状态在顽固性面瘫的成因中扮演着重要的角色。首先, 面部表情肌以运动功能为主, 长时间的神经水肿、压迫状态极易造成肌纤维和运动终板的重度变性^[2], 当运动终板的功能出现异常时会导致乙酰胆碱的过度释放, 导致肌纤维的过度收缩形成慢性肌筋膜触发点 (MTrP), 造成患侧患肌的存在^[4-5]。患肌是浮针创始人符仲华教授所提出的概念^[6], 是指无中枢性疾病情况下, 即时在人体放松状态时也会全部或一部分处于紧张状态的

[作者简介] 杨小林 (1993-), 女, 广州中医药大学 2016 级针灸推拿学专业在读硕士研究生; 研究方向: 浮针治疗肌筋膜相关疾病。

[通讯作者] 孙健 (1978-), 男, 教授, 主任医师, 硕士生导师; 研究方向: 浮针治疗肌筋膜相关疾病。

肌肉,它与 MTrP 密切相关,以 Simons 等^[7]提出的“能量危机学说”为理论背景:患肌局部的病理性紧张状态会使该肌肉的能量供应通路出现不畅,并且肌肉的持续收缩状态使得局部始终缺氧及高代谢,如此一来,患侧表情肌不仅处在缺血缺氧的状态,并且在自身的代谢产物刺激下持续形成新的去极化,使肌肉呈持续紧张挛缩的状态^[8],以致活动牵张范围减小或无力、疼痛,病程缠绵。

浮针的优越疗效则是建立在消除了患肌这个诱因之上的:周围神经具有较强的再生能力,面瘫进展至 3 个月以上仍未见明显好转时,已经提示了不可逆神经损害的可能性^[1]。现代医学多将治疗重点放在神经系统方面,浮针医学认为在继续神经康复相关药物治疗的同时,也应注重肌肉康复对病情恢复的价值。

国外研究表明存在 MTrP 的肌肉的血流再灌注速度比健康肌肉慢^[9];国内刘琳等^[10]则通过大鼠造模发现患肌与非患肌的运动神经传导功能没有明显差异,而处于缺血、疲劳状态的肌肉对运动神经的传导反馈较正常肌肉明显减弱。这提示我们,消除肌肉的病理状态对于颜面部的能量供应及运动功能恢复都有重要意义,面对病程较长、病情缠绵不愈的面瘫患者,我们应该积极予以面部肌肉康复治疗,将病理状态的肌肉作为治疗靶点。需要注意的是:①面部肌肉浅薄,触查患肌时不一定感受到明显的肌肉僵硬、结节等物理特征。Jafari 等^[11]研究发现 MTrP 范围更大、肌肉触查更僵硬这些生物力学特征与患肌症状严重程度之间的关系并不明确,而 MTrP 中存在的儿茶酚胺、前列腺素等生物介质对症状严重程度的影响更大。因此对于功能异常的表情肌,无论手下触查情况如何,都应予以及时治疗。浮针再灌注活动有利于加快患肌血流,降低儿茶酚胺等生物介质局部浓度,对于症状改善有着重要意义。②顽固性面瘫除了颜面部患肌的治疗外,肩颈部患肌的查找和消除同样重要。微循环障碍也是面瘫的诱发因素之一,面神经坏死性血管炎理论被广泛接受并用于解释肉芽肿性多血管炎患者的面瘫症状,这提示我们面神经滋养血管的病理状态与面瘫相关^[12]。颈动脉及其分支主司颜面部的供血,在颈部两侧与斜角肌、二腹肌、胸锁乳突肌等肌肉紧密相邻,当其周围肌肉长期出现紧张挛缩缺乏张力时,动脉供血通路即受到影响,可造成局部血流减少及缺血症状^[13],所以肩颈部肌肉的健康状态对于颜面部供血十分重要。患肌症状并不会局部单独存在,其引起的症状还可牵涉至周边肌肉^[14],这是肌筋膜综合征的特征之一。颈部患肌局部紧张痉挛不仅会造成颈肩疼痛,也可牵涉至头面部造成不适^[15]。

2 浮针对顽固性面瘫的治疗步骤

2.1 判断患肌

首先判断可疑患肌,然后通过触诊确定患肌施以治疗。触诊时以觉手下肌肉紧僵硬滑为主,可伴或不伴压痛感。孙教授临证治疗顽固性面瘫的可疑患肌有:①颜面部。额纹变浅或消失、皱眉不能——额肌、降眉间肌;眼睑闭合不全——眼轮匝肌;患侧鼻唇沟变浅或消失——鼻周或唇周肌肉;示齿不能、鼓嘴漏气——颊肌、咬肌、提上唇肌、口轮匝肌。②肩颈部。冈上肌、斜方肌、斜角肌、胸锁乳突肌、颈夹肌、头夹肌。

2.2 利用进针器将针破皮刺入皮下,手动送入针芯然后扫散

常规消毒后,采用浮针医学研究所研制的进针器将一次性 M 号浮针破皮打入患肌周围,然后手持针座将针芯平行刺入皮下疏松结缔组织。颜面皮肤浅薄,注意保证平行角度及皮下进针层次,以肉眼可见皮下针体形状为度。待针体全部送至皮下后,调整软管与针芯,将针尖退入软管内,以拇指、中指为支点,示指及无名指摆动针座,使皮下针芯持续划出扇形扫散动作。

2.3 再灌注活动

再灌注活动是指让患肌离心或向心收缩从而使局部血液流速加快、分布较前充沛的主动或被动活动^[11]。颜面部患肌的再灌注活动主要有:咬肌——咬住牙齿;口轮匝肌——示齿、医者捏拿唇周、鼓嘴;眼轮匝肌——用力闭眼;额肌——上抬眉头等。患者边扫散边配合再灌注活动 2~3 次后,再次触及患肌,患肌整体可较前松软,压痛较前缓解或消失,即可完成该处患肌的治疗。

2.4 留置软管,告知患者注意事项

通常于诱发病症的主要患肌处留置针芯外的软管,用无菌输液贴贴敷,最后用红外线等照射 15 min 温通局部,促进局部血液循环,嘱患者于当日洗澡前 1 h 拔出,留管时间里局部勿沾水、重压。

3 浮针治疗顽固性面瘫的可能机制

浮针疗法是由南京中医药大学浮针研究所所长符仲华教授于 1996 年发明的,从发明至今的 20 余年中,其使用针具愈发完善,临床适应证的效果越来越确切,因其安全有效的治疗特点得到了越来越多临床医务工作者的喜爱及推广,其治疗对象是患肌,治疗靶组织为皮下疏松结缔组织,临证时结合肌肉解剖学与 MTrP 理论施以治疗,目的是改善患肌的营养状态,解除其病理性紧张状态以缓解或治愈临床症状,其作用机制如下:

3.1 扫散动作—疏松结缔组织液晶态理论

浮针进针于皮下疏松组织,医者手持针座带动皮

下针芯摆动划出扇形,如此持续行扫散动作,对周围结缔组织形成牵拉,结缔组织内的液晶结构是细胞能量转换、信息传递的基础^[16],结缔组织在针芯的牵拉下内部空间结构发生变化,释放、传导生物电至效应器,而后因为反压电效应使得病灶肌纤维离子通道发生改变,肌纤维缺血缺氧的病理状态得到改善^[17]。面部结缔组织通常较浅薄,浮针针芯的直径及长度、扫散范围都决定了其在治疗时较好的牵拉程度,且因皮下疏松结缔组织神经末梢、血管分布较少,患者基本无痛,可谓安全、有效。

3.2 再灌注活动

再灌注活动是符教授发明的通过让目标患肌离心或向心抗阻活动使得其内动脉压力增大,然后间断放松时血流迅速充沛回肌肉内,使得患肌内的缺血状况得到迅速改善的活动^[18]。通过这种再灌注活动,顽固性面瘫患者面部的营养状态迅速改善,功能、面部形态随之好转。在治疗顽固性面瘫时,由于患侧表情肌活动受限,除了患者的主动肌肉活动,医者施加的被动活动也尤为重要,例如捏拿患者唇周以辅助再灌注口轮匝肌,捏拿患者颞部以辅助再灌注颞肌等。

4 优势分析

浮针治疗顽固性面瘫的优势主要体现在其优越的即时疗效对患者的心理支持,当然远期疗效同样显著。

顽固性面瘫病程较长,不仅带来生理上的不适,由于形象受损,会给患者造成极大的心理负担。既往研究表明,面瘫患者的心理状态与面部功能改善有着紧密的联系^[19-20]。浮针具有优越的即时疗效,患者在治疗过程中便可体会到症状变化,尤其是眼睑闭合方面,扫散配合再灌注活动的同时,闭眼留白距离常可较前明显减少,疗效的累积能够给予患者极大的信心,增强治疗依从性,远期效果也同样显著,并且,浮针治疗过程中不仅可消除局部患肌 MTxP,还可以促进协同肌肉的病理状态改善,治疗力度强、范围广,单一运用即疗效显著。

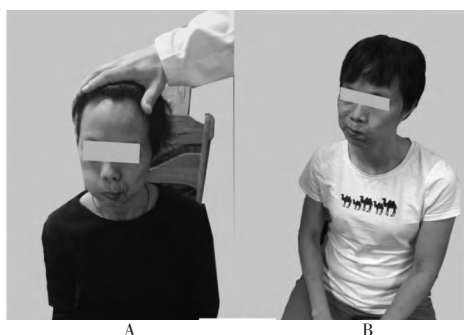
5 验案举隅

患者,梁某,女,46岁,广州人,小学教师,首诊时间:2017年3月30日。就诊地点:广东省中医院针灸门诊。主诉:右侧面瘫3月余。现病史:患者自诉3个月前因下楼倒垃圾而受风后出现口眼歪斜,经当地医院中西药口服及针刺、艾灸、电针治疗后,仍感口眼歪斜明显(图1A),眨眼、闭眼不能,后经一针灸医生介绍而来求诊。纳可,眠差,二便调。查体:右侧额纹消失,眼闭合露白4mm(图2A),鼻唇沟变浅,口角下垂,鼓嘴不漏气,鼓嘴、示齿时口角歪向左侧。既往史:

既往体健,无高血压、糖尿病病史。中医诊断:面瘫-风寒阻络证;西医诊断:周围性面神经麻痹。患肌查找:1+:右侧提上唇肌;2+:额肌,颞肌,眼轮匝肌,口轮匝肌,降眉间肌;3+:右侧斜角肌,咬肌,胸锁乳突肌,双侧冈上肌。治疗如下,远程轰炸:患者采取坐位,常规消毒后,先于右侧前臂外缘处进针扫散,行灌注动作,嘱患者与医生掰手腕,再嘱外展上肢抗阻。每次对抗10s左右,每个动作重复3次。局部消除:①于下颌角处咬肌外缘进针扫散,嘱患者行张嘴、咬牙动作以行咬肌再灌注(图3A),再调转针尖指向嘴角,嘱患者行示齿、鼓嘴,并用右手捏拿患者唇周辅助灌注颊肌、提上唇肌、口轮匝肌(图3B),完成后于进针处留置软管。②换用新针,于患者眼轮匝肌周围进针扫散,嘱患者用力闭眼以再灌注患肌,再灌注过程中可见患者闭眼情况较前改善,露白约3mm。将针取出,于两眉间上部进针,嘱患者用力皱眉,再灌注足够后再于右侧眉上额肌处进针,嘱患者上抬眉头行灌注(图3C),将针取出后于右侧头角处进针,医者右手于患者颞部捏拿,以灌注颞前肌,左手持针持续扫散。治疗完毕后不予拔针,让患者带针活动20min后返回。③返回后予拔除下颌角处留置软管及右侧头角处浮针,接着消除患者肩颈部患肌,于每块患肌边缘进针,胸锁乳突肌嘱患者向对侧转头抗阻(图3D),灌注完毕后出针,分别于双侧冈上肌外缘进针,行上肢伸直抬高抗阻灌注,并于右侧留置软管,用无菌输液贴贴敷,并于每个贴敷处用红外线灯照射15min温通局部。疗效:首次治疗后即时效果可,患者自觉右侧面部较前轻松,眼睑闭合情况改善明显,闭眼露白约3mm。2017年4月6日二诊:来诊时眼睑闭合露白2mm(图2B),患者诉可轻微眨眼,余症状待继续改善。嘱患者做各种表情以重新观察患者症状变化,结合触诊,患肌同前。2017年4月13日三诊:来诊时查体患者闭眼露白约1mm,右侧鼻唇沟较前明显。患者诉自觉口歪程度开始较前减轻,近日睡眠开始较前改善。患肌处理基本同前,治疗后眼睑基本闭合,脸部感觉较前轻松。2017年4月17日四诊:患者精神状态良好,面部直观效果明显。患肌查找及治疗同前。后续五诊至七诊患肌查找及治疗同前,至七诊时患者口角歪斜程度较前明显纠正(图1B)。

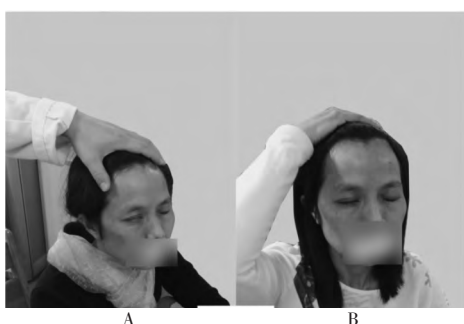
[参考文献]

- [1] Finsterer J. Management of peripheral facial nerve palsy [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2008, 265(7): 743-752.
- [2] 任重,石阳,惠莲.不同程度失神经支配的面神经和面肌超微结构观察[J].中国医科大学学报, 1999, 28(6): 40-41.
- [3] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会神



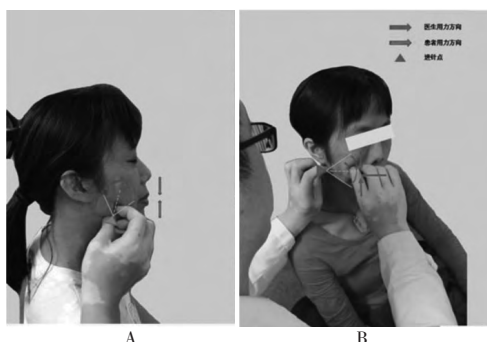
A.首诊;B.七诊

图 1 患者鼓腮嘴角歪斜程度



A.首诊;B.二诊

图 2 患者眼睑闭合情况



A

B



C

D

A.咬肌;B.颊肌;C.颞肌;D.胸锁乳突肌

图 3 患者进针点及再灌注动作示意

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.

- [4] 李奕萱,刘梦,符仲华,等.以足背痛为例探讨浮针医学中“患肌”理论的运用[J].中国针灸,2018,38(2):141-142.
- [5] 刘琳,刘庆广,薄成志,等.基于 H 反射通路探究大鼠慢

性肌筋膜疼痛触发点的发病机制[J].中国疼痛医学杂志,2017,23(11):818-823.

- [6] 符仲华.浮针医学纲要[M].北京:人民卫生出版社,2016.
- [7] Simons DG, Travell JG, Simons LS, *et al.* Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual [M]. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1999.
- [8] Shah JP, Thaker N, Heimur J, *et al.* Myofascial Trigger Points Then and Now: A Historical and Scientific Perspective [J]. PMR, 2015, 7(7):746-761.
- [9] Kashima K, Igawa K, Maeda S, *et al.* Analysis of muscle hardness in patients with masticatory myofascial pain [J]. J Oral Maxillofac Surg, 2006, 64(2):175-179.
- [10] 刘琳,黄强民,汤莉.肌筋膜疼痛触发点[J].中国组织工程研究,2014,18(46):7520-7527.
- [11] Jafari M, Bahrpeyma F, Togha M. Effect of ischemic compression for cervicogenic headache and elastic behavior of active trigger point in the sternocleidomastoid muscle using ultrasound imaging [J]. J Bodyw Mov Ther, 2017, 21(4):933-939.
- [12] Iannella G, Greco A, Granata G, *et al.* Granulomatosis with polyangiitis and facial palsy: Literature review and insight in the autoimmune pathogenesis [J]. Autoimmun Rev, 2016, 15(7):621-631.
- [13] Rasmussen OC, Bonde-Petersen F, Christensen LV, *et al.* Blood flow in human mandibular elevators at rest and during controlled biting [J]. Arch Oral Biol, 1977, 22(8/9):539-543.
- [14] Borg-Stein J, Iaccarino MA. Myofascial pain syndrome treatments [J]. Phys Med Rehabil Clin N Am, 2014, 25(2):357-374.
- [15] 张雪,史兆春,秦晓旋,等.伴颅周肌筋膜触痛点的头痛患者神经心理和肌电生理临床特点[J].临床神经病学杂志,2018,31(3):185-188.
- [16] 李莉莉,陈露,李霞,等.动物结缔组织中超分子胶原液晶结构研究进展[J].高分子通报,2013(8):36-44.
- [17] 刘晓娜,刘思,马忠.浮针疗法治疗痛证的临床研究进展[J].新疆中医药,2017,35(4):117-119.
- [18] 符仲华.再灌注和再灌注活动-关于外治法中边治疗边活动的方法[J].中国针灸,2015,35(Z1):68-71.
- [19] Nellis JC, Ishii M, Byrne PJ, *et al.* Association Among Facial Paralysis, Depression, and Quality of Life in Facial Plastic Surgery Patients [J]. JAMA Facial Plast Surg, 2017, 19(3):190-196.
- [20] Konecny P, Elfmark M, Urbanek K. Facial paresis after stroke and its impact on patients' facial movement and mental status [J]. J Rehabil Med, 2011, 43(1):73-75.

(收稿日期:2018-06-21 本文编辑:张瑜杰)