

裘昌林主任运用“中西医结合 9 日方案” 治疗周围性面瘫急性期的疗效观察

蒋旭宏, 裘昌林

(浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江 杭州 310006)

裘昌林主任是第四批、第五批全国名老中医学术指导老师,从事神经系统疑难病症研究治疗 40 余年,对周围性面瘫的诊治有丰富的临床经验,特别提倡用“中西医结合 9 日方案”治疗周围性面瘫急性期患者。周围性面瘫即周围性面神经麻痹,中医称之为口眼喎斜,其起病突然,常表现为一侧面部板滞、麻木、蹙额、皱眉、露齿、鼓腮、闭目等动作困难,口角向健侧歪斜,患侧露睛流泪、额纹消失、鼻唇沟变浅。部分患者初起可伴有耳后、耳下及面部疼痛,还可伴有患侧舌前 2/3 味觉减退或消失,听觉过敏等症,临床可将此病分为 3 期:急性期(发病 1~7 d)、静止期(发病 8~14 d)和恢复期(发病 15 d 以上),神经损伤后数小时内,神经细胞体、轴突、髓鞘、末梢感受器等将发生一系列病理变化,损伤的轴突胞体肿大、尼氏体溶解、轴浆内细胞器肿胀溶解、微管微丝断裂,随时间延长损伤加剧^[1],所以急性期的正确有效治疗对面瘫的预后非常重要,而延迟治疗时间越长,疗效越差,后遗症越明显,虽然也能改善症状,但完全治愈比较困难,原因是单侧面神经因非特异性感染造成长期水肿、压迫,神经纤维的损伤脱髓鞘病变已经不可逆^[2]。裘老运用“中西医结合 9 日方案”治疗周围性面瘫急性期的疗效非常满意,能在 1 周左右快速治愈。笔者总结了裘老的方案,现对此方案进行回顾性对照研究,汇报如下。

1 资料与方法

1.1 研究方法

1.1.1 纳入标准:患者发病在 1 周内,符合周围性面瘫诊断标准,临床表现为患者单侧额纹消失、眼裂增宽、闭眼困难、露睛流泪、眨眼功能减退、鼻唇沟变浅、口角歪向健侧,患侧鼓腮困难,不能吹口哨,喝水时口角流水,进食时食物滞留在颊部,或伴有舌前 2/3 味觉减退、听觉过敏,无耳聋、耳鸣。神经电图显示患侧面神经最大复合肌肉动作电位(CMAP)波幅比 $<60\%$;患侧瞬目反射早反应、晚反应未引出或波幅降低,潜伏期延长。肌电图显示未出现失神经肌电位,主动运动单元存在。

1.1.2 排除标准:周围性面瘫发病超过 1 周者;诊断为中枢性面瘫者,单侧面下部瘫痪,面上部不受影响,双侧额纹正常,可伴有肢体偏瘫、失语;其他疾病导致的面神经核性损害者,如桥脑肿瘤、脑干脑炎等。神经电图显示患侧/健侧面神经最大 CMAP 波幅比 $\geq 60\%$;肌电图显示失神经肌电位,主动运动单元消失。

本研究符合医学伦理学标准,并经医院伦理委员会批准,取得患者或家属的知情同意。

1.2 一般资料:选择本院治疗的急性期周围性面瘫患者 69 例,均在发病 1 周内前来就诊,将患者按就诊时间分为两组,治疗组为周一、周三就诊者,对照组为周二就诊者。治疗组 44 例,其中男性 28 例,女性 16 例;年龄 19~65 岁,平均 (37.7 ± 9.7) 岁;既往有高血压 15 例,糖尿病 6 例。对照组 25 例,其中男性 15 例,女性 10 例;年龄 21~58 岁,平均 (39.1 ± 9.8) 岁;既往有高血压 9 例,糖尿病 3 例。两组患者性别、年龄、发病时间等资料均衡,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),有可比性。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组:采用裘昌林主任“中西医结合 9 日方案”。

① 西医治疗方案:初始口服泼尼松 10 mg,每日 3 次,共用 3 d;之后口服 10 mg,每日 2 次,共用 3 d;之后口服 10 mg,每日 1 次,共用 3 d;第 10 日停用泼尼松。肌肉注射(肌注)甲钴胺(弥可保)注射液 500 μg ,每日 1 次,共用 9 d;口服维生素 B₁ 20 mg,每日 3 次,共用 9 d。② 中医治疗方案:给予祛风通络汤(组成:白附子 6 g,僵蚕 12 g,全蝎 6 g,地龙 9 g,蝉衣 9 g,蜈蚣 3 g,川芎 12 g,红花 6 g,当归 12 g,赤芍 12 g,防风 9 g,豨莶草 15 g,海风藤 15 g,生地黄 15 g)每日 1 剂煎服;痰湿严重者加制半夏、胆南星、茯苓、藿香等;头面部疼痛明显者加白芍、白芷、细辛等;发热者加黄芩、山银花、建曲等;同时进行面部表情肌按摩锻炼。

1.3.2 对照组:采用常规西药治疗方案。初始口服泼尼松 10 mg,每日 3 次,共用 7 d;之后口服 10 mg,每日 2 次,共用 7 d;之后口服 10 mg,每日 1 次,共用 7 d。肌注弥可保注射液 500 μg ,每日 1 次,共用 9 d;之后口服甲钴胺 500 μg ,每日 3 次,共用 12 d;口服维生素 B₁ 20 mg,每日 3 次,共用 21 d;同时进行面部表情肌按摩锻炼。

1.4 观察指标:观察两组临床疗效及不良反应发生情况。

1.5 疗效判定标准:① 痊愈:症状全部消失,表情自如,双侧额纹对称,露齿时无口眼歪斜,饮食正常;② 显效:面部静态观察基本无异常,进行极度鼓腮或露齿动作时有轻微口歪;③ 有效:症状较前改善,但额纹不对称,露齿时仍有明显口眼歪斜;④ 无效:症状无改善。

1.6 统计学方法:采用 SPSS 13.0 软件进行数据分析,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,率的比较采用 χ^2 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(表 1):治疗组显愈率(痊愈+显效)明显高于对照组($P<0.05$);治疗组显愈所需时间明显短于

doi: 10.3969/j.issn.1008-9691.2014.06.018

基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2012]149)

通信作者:蒋旭宏, Email: anhong2225@163.com

对照组 ($P < 0.01$)。说明治疗组的治疗方案可以使患者显愈率更高,所需治疗时间缩短。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	例数 (例)	临床疗效(例)				显愈率 (%)	显愈所需时间 (d, $\bar{x} \pm s$)
		痊愈	显效	有效	无效		
对照组	25	14	7	4	0	84.00	15.47 ± 5.65
治疗组	44	40	3	1	0	97.72 ^a	6.53 ± 2.62 ^b

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$,^b $P < 0.01$

2.2 不良反应:治疗组患者治疗过程中均未产生任何不良反应,安全性良好;既往有高血压、糖尿病的患者血压、血糖平稳。对照组出现食量和体质量增加,精神亢奋;既往有高血压的患者中有 7 例血压控制不平稳,既往有糖尿病的患者中 3 例血糖控制不平稳。

3 讨论

《内经》指出:“邪之所凑,其气必虚”。裘老认为周围性面瘫多由脉络空虚,风寒之邪乘虚侵袭头面,头面属阳位,为阳经之所聚,经络受邪,又引动体内之痰湿,风痰阻络,寒痰凝滞,以致经气阻滞,经筋失养,筋肌纵缓不收而发病。《金匱要略·中风历节病脉并治》曰:“脉络空虚,贼邪不泻,或左或右,邪气入缓,正气即急,正气引邪,喎僻不遂。”外感邪气是其重要病因,急性期病势浅表,风寒、风热、痰湿之邪壅盛,急者治其标,治以宣泄表邪,祛风化痰通络为主。因病情拖延失治,症状迁延不愈(2 个月以上)者,则为后遗症,称为顽固性面瘫,常常出现面肌痉挛或倒错现象,即人中、口角反被牵向病侧,病侧鼻唇沟反而加深,眼睑缩小,此为虚邪恋,气虚血瘀。《类证治裁·中风论治》曰:“口眼喎斜,因血液衰涸,不能荣润筋脉”。此时气血亏虚是其本,缓者治其本,治以调理气血,补气活血法为主。

目前关于神经损伤修复的理论认为,在神经损伤后,部分神经近端和远端发生瓦勒变性,神经纤维和髓鞘发生变性坏死,吞噬细胞随后在局部积聚,吞噬清除坏死组织。损伤 1 周内,许旺细胞沿着基底膜分裂增生,分泌促神经生长因子,帮助修复损伤神经^[3]。若急性期恢复较差,则 2 周后损伤神经将形成明显的瘢痕组织,抑制了神经功能恢复,所以减少神经纤维和髓鞘变性坏死,促进修复,有利于神经功能的早期恢复。周围性面瘫的发病机制是由于病毒、缺血、自身免疫、血管痉挛等原因引起面神经损害,导致其所支配的运动神经纤维功能受损^[4],表情肌等的运动功能丧失,患侧血液循环发生变化,患侧温度差增加^[5]。神经细胞损伤后产生相关细胞因子,参与了神经细胞的凋亡过程,出现神经细胞变性坏死,减少神经损伤程度具有限时性的治疗“时间窗”^[6]。周围性面瘫急性期面神经周围血管痉挛,组织缺血、水肿,7~14 d 达到高峰,急性期及时应用糖皮质激素和神经营养药,能起到减轻水肿,改善神经损伤的作用。但长时间使用激素会表现出明显的不良反应,如水钠潴留、糖代

谢异常、高血压、骨质疏松、消化道溃疡和二重感染等,这些不良反应的发生和严重程度与激素使用的总量、持续时间、患者的个体情况存在相关性^[7],而且激素不良反应的出现特别是血糖、血压的波动幅度和速度对疾病的康复产生不利影响^[8]。因此,尽快减少面神经损伤的程度,促进康复,减少激素的不良反应是治疗的目标。

目前周围性面瘫急性期治疗普遍采用 3 周的激素疗程,患者往往容易出现水钠潴留水肿、体质量增加、血糖及血压升高等不良反应。裘老在周围性面瘫急性期应用“中西医结合 9 日方案”,以较少的糖皮质激素总剂量,结合中医中药治疗,能够明显缩短疗程,减少激素的不良反应,使周围性面瘫的主要症状明显减轻,裘老强调,运用“中西医结合 9 日方案”关键要早期治疗。而面瘫后遗症多因失治误治所致,面神经长时间缺血、压迫损伤出现不可逆损害,病情缠绵,使正气更加亏虚,通过活血祛瘀,改善神经营养,促其症状缓解,此时面神经肌电图检查可见神经传导减弱或丧失,说明神经束和神经外膜部分断裂不能修复^[9]。

裘老治疗急性期周围性面瘫所用的祛风通络汤是以牵正散为基础,方中白附子、僵蚕、全蝎化痰祛风通络;加用地龙、蝉衣、蜈蚣以解痉通络,增强祛风之功;川芎、红花、当归、赤芍以活血化痰通窍,改善组织微循环;防风、豨莶草、海风藤以祛风胜湿通络;但虫类药燥伤阴,并用生地黄以清热凉血养阴。对非急性期的周围性面瘫裘老认为以气虚血瘀证为主,治疗要补虚和驱风通络并用,多用黄芪、当归、党参等。

参考文献

- [1] 辛国臣. 周围神经损伤的机制与治疗进展[J]. 河北医学, 2004, 10 (6): 570-573.
- [2] 兰奎玲, 王俊富. 中西医结合治疗面神经炎急性期的疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10 (1): 42.
- [3] 张大鹏, 潘世奇, 侯明明, 等. 周围神经损伤后最佳修复时间时机的选择[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2010, 14 (20): 3726-3729.
- [4] 郭佩宜. 针灸治疗周围性面瘫的护理[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18 (4): 234.
- [5] 周章玲, 姜岳波, 李高波, 等. 面神经炎急性期患者头面部的远红外热像特征分析[J]. 中西医结合学报, 2011, 9 (11): 1221-1225.
- [6] 梁敏, 王宇田. 调节神经元凋亡信号转导途径的关键酶: 死亡相关蛋白激酶[J]. 中国危重病急救医学, 2005, 17 (5): 318-319.
- [7] 高宏生, 王世鑫, 陈礼明, 等. SARS 患者激素治疗与预后关节痛的研究[J]. 中国危重病急救医学, 2004, 16 (5): 277-280.
- [8] 唐健, 顾勤. 危重患者早期血糖波动与预后的相关性研究[J]. 中国危重病急救医学, 2012, 24 (1): 50-53.
- [9] Hoover EL, Kharma B, Ross M, et al. Cyclooxygenase activity in the thoracoabdominal aorta after 24 hours of intraaortic balloon counterpulsation: an assessment of the effects of localized mechanical trauma [J]. Vasc Endovascular Surg, 1989, 23 (3): 175-182.

(收稿日期: 2013-07-03)

(本文编辑: 李银平)