

针灸治疗周围性面神经麻痹的现代文献计量分析与评价*

★ 徐秀梅¹ 徐彦龙² 杜元灏^{2**} (1. 天津市永久医院 天津 300451; 2. 天津中医药大学 天津 300193)

摘要:目的:回顾 1958~2008 年针灸学文献,探索针灸治疗周围性面神经麻痹的用穴和治疗方法的规律,以期为针灸标准化研究提供客观的、可靠的数据。方法:通过文献检索,采用计量分析方法进行综合分析。结果:针灸治疗周围性面神经麻痹以地仓、颊车、阳白、合谷、翳风、太阳、下关、四白、迎香等穴应用频次为最;治疗方法以针刺、电针为主。结论:针灸治疗本病临床有效,但因用穴、治疗模式、治疗过程等没有统一的标准,故无法通过科学依据证实其有效性,应加强治疗过程标准化的研究。

关键词:周围性面神经麻痹;针灸疗法;文献计量学;评价研究

中图分类号:R 246.7 **文献标识码:**A

面神经麻痹(面神经炎、贝尔氏麻痹、亨特综合症)俗称“面瘫”、“吊斜风”、“歪嘴风”等,是以面部表情肌群运动功能障碍为主要特征的一种常见病、多发病,不受年龄限制,一般症状是口眼歪斜。其可分为中枢性和周围性,临床上针灸治疗以周围性最为多见。为了探索针灸治疗本病的用穴和治疗规律,以期为针灸病谱数据库和针灸标准化研究提供客观、可靠的数据,笔者检索了 1958~2008 年所有与针灸治疗周围性面神经麻痹相关的可检索到的中文文献,并适当做了筛选,通过文献计量的方法对纳入文献进行了系统分析,过程和结果如下:

1 文献来源与检索策略

1.1 文献来源

本次检索涉及中国生物医学文献数据库,中国知网 CNKI 以及维普期刊数据库和万方数据库等四个主要中文数据库。

1.2 检索策略

1.2.1 中国生物医学文献数据库检索策略 首先通过主题检索“面神经麻痹”、“面神经炎”、“面瘫”后的之其主题词均为“面神经麻痹”,点击“面神经麻痹”后进入“扩展副主题词”页面,在副主题词选项框内选择“穴位疗法”和“针灸疗法”后点击“主题检索”即可将所有与针灸和穴位疗法相关的面神经麻痹文献全部显示出来。

1.2.2 中国知网 CNKI 检索策略 数据库:中国期刊全文数据库、中国博士学位论文全文数据库、中国

重要会议论文全文数据库、中国优秀硕士学位论文全文数据库;检索表达式:((全文=面神经炎)或者(全文=面神经麻痹)或者(全文=面瘫))and(全文=针灸)(模糊匹配);时间排序;不排重;跨库检索(高级检索)。

1.2.3 维普期刊数据库检索策略 检索表达式:(((任意字段=面神经炎)+(任意字段=面神经麻痹)+(任意字段=面瘫))*(任意字段=针灸)*全部期刊*年=1989-2008

1.2.4 万方数据库检索策略 数据库:中国学位论文全文数据库,中文会议论文全文数据库,数字化期刊数据库;检索表达式:(((“面神经炎”)or(“面瘫”))or(“面神经麻痹”))and(“针灸”)

2 文献处理方法

将收集到的所有文献题录导入 NoteExpress2.0 中进行剔重后用人共阅读方法阅读题录中的题目、摘要和关键词,按纳入、排除标准决定取舍。若一篇论文中的这些信息如法准确的提供笔者所需的资料,则和符合纳入标准的文献一起下载全文以便准确的收集到所需信息,决定取舍。

2.1 文献纳入标准

(1)针灸临床疗效观察类论文;(2)论文要求至少有自身前后对照的疗效对比;(3)论文要有一定的样本数,至少不少于 10 例。

2.2 文献排除标准

(1)个案、验案报道类;(2)动物实验类、综述

* 基金项目:国家“十一五”科技支撑计划资助项目(2006BAH12B01)

** 通讯作者:杜元灏(1964-),男,教授,主任医师。E-mail:jpjs_cn@sina.com

类;(3)其他非临床疗效观察类;(4)中枢性面神经麻痹类;(5)诊断不明确或很难理解其所指到底是中枢性还是周围性面神经麻痹类论文;(6)针灸疗法作为对照组且疗效不及试验组类。

2.3 数据提取说明

为了尽可能完整的展现针灸现代临床治疗周围性面神经麻痹的特色、规律和优势,笔者在处理文献的过程中,涉及两两对照或多组对照类的文献时,若在这些文献涉及的组别中有针灸疗法、且针灸疗法有治疗、操作或经济等方面的优势,则不论此组是处于试验组还是对照组,均作为提取对象而提取其所

表 1 周围性面神经麻痹针灸临床文献 1994~2008 年度频次分布情况

年份	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
数目(篇)	15	13	18	18	19	37	42	45	74	63	82	101	118	109	76

3.1 经穴使用大体规律

3.1.1 腧穴使用规律 出现于纳入文献中的穴位共计 63 个,5041 穴次,其中 14 经穴 54 个,4330 穴次;经外奇穴 4 个,691 穴次;微针穴 5 个,20 穴次。使用频率由高到低的穴位依次是:地仓(586 次),颊车(510 次),阳白(452 次),合谷(382 次),翳风(284 次),太阳(274 次),下关(263 次),四白(256 次),迎香(255 次),牵正(231 次),攒竹(206 次),风池(198 次),颧髎(165 次),鱼腰(165 次),承浆(147 次),足三里(118 次),丝竹空(109 次),太冲(96 次),完骨(39 次),头维(34 次),水沟(33 次),听会(25 次),瞳子髎(23 次),口禾髎(21 次),印堂(21 次),承泣(20 次),巨髎(17 次),三阴交(16 次),百会(14 次),听宫(8 次),睛明(7 次),曲池(7 次),阳陵泉(6 次),中脘、下脘、关元、阴都、气海各 3 次,解溪、神庭、血海、上星、膈俞、肺俞、脾俞、肾俞各 2 次,承光、悬钟、神道、厉兑、悬厘、颌厌、偏历、列缺、太渊、昆仑、阴陵泉、丰隆各 1 次,耳尖(7 次),面颊(2 次),顶颞前斜线(5 次),额中线(3 次),额顶线(3 次)。

3.1.2 经脉使用规律 足阳明胃经纳入 11 穴,总共 1808 穴次;足少阳胆经纳入 9 穴,总共 746 穴次;足太阳膀胱经纳入 8 穴,223 穴次;任脉纳入 5 穴,159 穴次;督脉纳入 5 穴,52 穴次;手阳明大肠经纳入 4 穴,645 穴次;手少阳三焦经纳入 3 穴,414 穴次;足太阴脾经纳入 3 穴,19 穴次;手太阳小肠经纳入 2 穴,273 穴次;手太阴肺经纳入 2 穴,2 穴次;足厥阴肝经纳入 1 穴,96 穴次;足少阴肾经纳入 1 穴,1 穴次。

3.1.3 穴位所处部位规律 63 个腧穴当中有 37 个腧穴处于头面部,占总穴位的 59%;共 4 380 穴

用的所有治疗信息,若这些组别中涉及的针灸疗法没有任何优势,则此篇文献废弃。

3 结果

从最终纳入的 846 篇文献来看,针灸治疗周围性面神经麻痹的文献最早见于 1958 年^[1],其中硕博论文 12 篇,占 1.42%,会议论文 19 篇,占 2.25%;从文献分布情况看,自 1978 年以来,每年均有一定的文献报道,1998 年以后文献大幅度增加,以 2006 年文献最多,达 118 篇。其针灸临床文献 1994~2008 年度频次分布情况如表 1。

次,占总穴次的 87%;十四经穴当中的 32 个头面部腧穴中,36 个是阳经腧穴。而位于其他部位的 26 个腧穴当中,有 23 个腧穴为特定穴。

由此可见,针灸治疗周围性面神经麻痹的取穴以头面部腧穴和特定穴为主,而头面部腧穴又以阳经腧穴为主。

3.2 治疗方法特点

针灸对周围性面神经麻痹的治疗多采用综合疗法,急性期(发病 1~7 日)大多采用手法轻、刺入浅、取穴少、平补平泻的治疗原则;稳定期(发病后 7 天~1 个月)针灸局部取穴多用透刺,可配合电针疗法(疏密波)、灸法、穴位注射、拔罐等多种治疗方法;恢复期(发病 1~3 月)以改善血液循环,改善组织营养,利于受损神经和肌肉的修复与再生为着眼点,大多采用强刺激,可多种治法并用。

治疗方法按使用频次为序排列,依次为:针刺、电针、腧穴特种疗法(包括红外线、激光、超短波等疗法)、灸法、针药结合、穴位注射、拔罐、推拿、微针(包括耳针、头针、腹针等)、刺络拔罐、穴位贴敷、火针、皮肤针。临床以针刺(390 次)、电针(205 次)、腧穴特种疗法(119 次)、灸法(112 次)、针药结合(108 次)、穴位注射(96 次)、拔罐(70 次)为主。

3.3 近 10 年针灸治疗周围性面神经麻痹的多中心临床随机对照试验结果及高质量文献对有争议疗法的结论

3.3.1 多中心临床随机对照试验疗效优势 李氏等^[8]共收集 4 个中心的 480 例患者,随机分为 3 组:基础组(n=161):采用强的松、VitB₁、VitB₁₂及地巴唑等基础治疗 2~4 周。针灸组:采用毫针刺加灸,地仓、颊车、合谷、阳白、下关、翳风,合谷穴取双侧,其余均取患侧。毫针刺,留针 30 分钟。灸法在上述

穴位上,每穴悬灸5分钟,共灸30分钟,每天1次,周末休息2天,共治疗4周20次。基础加针灸组,基础治疗+针灸。在比较时把病程(急性,非急性)和病情(轻度,重度)作为分层的两个因素进行分层随机。治疗前后采用House-Brackmann分级量表评价面神经功能,面部残疾指数量表评价与之相关的躯体残疾和社会心理变化;同时进行组和亚组的疗效分析。结论显示:对轻度贝尔麻痹而言,无论急性还是非急性,3种治疗方法都可以采用,而对重度贝尔麻痹,不管急性还是非急性针灸治疗的效果比西药治疗好。

3.3.2 电针较常规针灸有疗效优势 潘氏临床随机对照试验结果显示:电针疗法对面神经麻痹引起的面部肌肉瘫痪有较快、较好的恢复作用^[2]。

3.3.3 急性期可以采用患侧面部针灸治疗 吴氏依据其临床随机对照试验的结果建议^[3]:在面瘫急性期可以采用患侧面部针灸治疗。

3.3.4 电针早期介入有疗效优势 瞿氏的临床半随机对照试验以肌电图检测作为观察指标,结果显示^[4]:治疗前和发病第8天时异常肌电图的变化组间比较差异无显著性意义;第30天时BR波转为正常或轻度异常的例数电针组明显多于常规针灸组,M波潜伏期缩短和波幅回升电针组也明显优于常规针灸组,据此认为:急性期电针治疗可以明显提高痊愈显效率,因此电针可以早期介入。

3.3.5 局部取穴治疗较循经取穴治疗有疗效优势 何氏等的一项随机字样的临床研究结果显示:局部取穴治疗周围性面神经麻痹的疗效明显优于循经远部取穴,且疗程短^[5]。

3.3.6 针刺补泻在治疗中有实际意义 王氏^[6]的半随机临床对照实验结果显示:针刺补法能明显改善患者的麻痹指数、麻痹程度和面神经肌电图最大波幅值,手法组与非手法组愈显率比较差异有非常显著性意义。据此认为:针刺补法能提高治疗贝尔麻痹恢复期的临床疗效。

3.3.7 预后与年龄无明显相关性 周氏临床结果显示^[7],成人电针反应良好型周围性面神经麻痹预后与年龄无明显相关性,成人电针反应良好型周围性面神经麻痹的严重程度决定病程的长短。

3.3.8 激素在本病的治疗中介入尚未见积极意义 张氏等^[9]将观察组直接针灸治疗,对照组经激素治疗(1~5天不等)后再针刺治疗,结果显示:观察组愈显率与对照组愈显率比较,差异有显著意义;疗效与疗程比较,差异亦有显著意义。

陈氏等^[10]治疗组给予单纯电针灸治疗;对照组

给予激素、抗病毒及营养神经药物,10天后采用电针灸治疗。对急性期病情的发展、开始恢复时间、疗效及疗程进行对照观察。结果显示:治疗组对于急性期病情发展的控制优于对照组,对完全性面瘫的疗效及达到痊愈所需时间亦均优于对照组,两组在开始恢复时间和并发症发生率方面差异无显著性意义。据此认为: Bell's 面瘫急性期应用电针灸是安全、有效的,甚至优于激素治疗。

李氏等^[11]的一项临床实验收集了其所在医院近10年来住院及门诊特发性面神经麻痹的病人105例。对其按治疗的方案分3组,针灸组、激素组、针灸组+激素组,自就诊起观察病情1个月。结果显示,针灸组起效最快,有效率与针灸组+激素组相当,均较高;针灸组+激素组起效次之,有效率同针灸组;单纯激素组起效最慢,有效率最低。结论:针灸治疗特发性面神经麻痹有效且能缩短病程,节约费用,是一种比较好的疗法。

3.4 特色治疗方法介绍

3.4.1 穴位割治法 处方:划割患侧口腔粘膜。上部病变割患侧大白齿对面颊粘膜;中部病变割患侧小白齿对面颊粘膜;下部病变割患侧口角上下犬齿对面颊粘膜;新患割硬块或麻痹区,亦可按经络循行部位划割。向患侧歪斜者割健侧。

操作法:用被针或手术刀划割,作斜切口,深0.1~0.3cm,长1.0~1.5cm,小儿深度酌减。用拇指或其余四指按摩挤压患侧,用压舌板向下刮血。体壮出多,体弱小出,血色鲜红为止。

3.4.2 放血疗法 处方:额纹消失取阳白、攒竹,鼻唇沟消失取迎香,眼睑闭合不全取太阳、四白,口角歪斜取地仓、颊车。

操作方法:每次选1~2穴,放血后患处覆盖无菌的敷料,胶布固定后1周内勿浸湿伤口,以免感染。

4 讨论

周围性面神经麻痹多由经络空虚,风寒或风热之邪乘虚侵袭阳明、少阳经络,以致经气阻滞、经筋失养、筋肉纵缓不收而发病。长期的临床实践普遍认为针灸治疗本病有效,古今大量医学文献也记载和报道了针灸治疗面瘫确有疗效。但是随着科技的进步,医学的发展,尤其是独具特色的针灸医学越来越广泛地与国际合作与交流,针灸治疗面瘫是否确实有效需要科学依据来证实。

而要通过科学依据来证实针灸治疗此病的有效性,首先要解决的是治疗方法标准化的问题。因此,今后应在总结大样本的前提下,按循证医学的要求,

咳喘散穴位敷贴对支气管哮喘大鼠炎症因子的影响

★ 喻晓 石克华 王丽新 熊必丹 (上海中医药大学附属市中医医院呼吸内科 上海 200071)

摘要:目的:观察咳喘散穴位敷贴对哮喘大鼠血清中炎症因子的影响及探讨其可能作用机制。方法:将 50 只雄性 SD 大鼠随机分为正常组、模型组、地塞米松组(DX 组)、中药敷贴组、中药敷贴+地塞米松(DX)组,共 5 组,每组 10 只。以卵蛋白致敏并诱发哮喘模型。穴位选取大鼠颈部相当于“大椎”穴(G14)处,中药敷贴组在背部备皮予以咳喘散穴位敷贴,DX 组予 DX(1 mg/kg)灌胃,中药敷贴+DX 组同时予咳喘散穴位敷贴和 DX 灌胃。疗程结束 24 小时内取大鼠肺组织固定、HE 染色,观察其炎症情况,同时采血离心血清,采用 ELISA 法测定血清中 IFN- γ 、IL-4、IgE、ECP 水平。结果:与正常组相比,模型组 IFN- γ 降低,IL-4 升高,差别有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。与模型组相比,中药敷贴组、DX 组 IL-4 降低,IFN- γ 升高,中药敷贴组 ECP 下降,差别具有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。各组之间 IgE 水平均无显著性差异($P > 0.05$)。结论:咳喘散穴位敷贴可抑制气道炎症,调节 Th₁/Th₂ 细胞因子之间的平衡。

关键词:咳喘散;穴位敷贴;哮喘;炎症因子

中图分类号:R 244.9 **文献标识码:**A

中药穴位敷贴治疗哮喘是中医学的传统疗法,源于《张氏医通》的白芥子涂法,沿用至今疗效显著。我院开展中药穴位敷贴防治慢性哮喘疾病 40 余年,取得了较好的临床疗效,并筛选出了疗效肯定的中药外敷方咳喘散。本研究通过观察咳喘散对哮喘模型大鼠外周血 Th₁、Th₂ 型细胞因子表达水平以及对 IgE、ECP 的影响,探讨咳喘散穴位敷贴治疗哮喘的可能机制。

1 材料与方法

1.1 实验材料

实验动物:雄性 SD 大鼠 50 只,SPF 级,体重(160 ± 10)g,购自上海斯莱克实验动物有限责任公

司(动物合格证号:0052294)。主要仪器:压缩喷雾治疗仪(Eurosol Aerosol Apparatus):意大利梅法;隔水式恒温培养箱(GNP-9050):上海精宏实验设备有限公司;电子恒温水浴锅(HHV-T4):上海医疗器械五厂;离心机(KUBOTA5200):日本久保田株式会社;酶标仪(Labsystems Duagon Wellscan MK3):芬兰雷勃公司;BH-2 光学显微镜:Olympus 公司;MIAS 医学图像分析管理系统(真彩色病理图像分析系统版本 4.0):北京麦克奥迪图像技术有限公司。主要试剂:卵白蛋白(上海伯奥生物科技有限公司),IgE、ECP、IFN- γ 、IL-4 酶联免疫试剂盒(由上海元象医疗器械有限公司提供美国 R&D 进口分装试剂

进行临床客观的、合理的、科学的研究,对取穴、治疗时机、针刺手法、疗程等作多方位进一步研究。

本文通过文献计量学的方法将针灸治疗本病的经穴使用大体规律、治疗方法特点、以及将近 10 年在本病治疗过程中具有代表性的文献和特色治疗方法作了客观的评价,并无参杂作者的主观评判,以期将针灸治疗此病的大体情况尽可能详尽的罗列,为今后的临床工作者提供可用的依据。

参考文献

- [1] 周惠民. 针灸配合口内放血涂芥菜法治疗颜面神经瘫痪[J]. 山东医药, 1958, (4): 12-13.
- [2] 潘华, 李守然. 电针与常规针灸治疗周围性面神经麻痹对照研究[J]. 中国针灸, 2004, 24(8): 531-533.
- [3] 吴滨, 李宁, 刘屹等. 针灸对急性期 Bell's 面瘫疗效的影响: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2006, 26(3): 157-159.

- [4] 瞿群威, 熊涛. 电针治疗不同病期周围性面瘫的临床观察[J]. 中国针灸, 2005, 25(5): 323-325.
- [5] 何希俊, 谭吉林, 李国辉. 局部取穴与循经取穴治疗周围性面神经麻痹的对比研究[J]. 新中医, 2006, 38(6): 58-59.
- [6] 王顺, 胡海超, 王东升. 针刺补法治疗贝尔麻痹恢复期随机对照研究[J]. 中国针灸, 2008, 28(2): 111-114.
- [7] 周瑞堂. 电针治疗周围性面神经麻痹预后与年龄相关性研究[J]. 上海针灸杂志, 2008, 27(7): 13-14.
- [8] 李瑛, 梁繁荣, 余曙光等. 针灸治疗贝尔麻痹的多中心大样本随机对照试验[J]. 中国临床康复, 2005, 9(33): 97-99.
- [9] 张超云, 陈礼娇. 激素类药物对针灸治疗面神经麻痹疗效的影响[J]. 中国针灸, 2001, 21(5): 281.
- [10] 陈颖, 王麟鹏, 刘志凌. Bell's 面瘫急性期电针灸与激素治疗临床对照观察[J]. 北京中医, 2004, 23(2): 105-107.
- [11] 李炎灯, 唐湘祁. 激素与针灸在特发性面神经麻痹治疗中的疗效观察[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2006, 3(3): 46-48.

(收稿日期:2009-08-25 责任编辑:查青林)