

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20200730-0001

中图分类号: R 246.1 文献标志码: A

郑谅教授小针刀治疗术后面瘫的经验及认识*

戴 楹¹△, 周文俊¹, 李海涛¹, 郑 谅²✉(¹广州中医药大学第一临床医学院, 广东广州 510405; ²广州中医药大学第一附属医院针推康复中心, 广东广州 510405)

【摘 要】 郑谅教授认为手术创伤致“瘀”停滞局部, 使局部气血不畅、筋脉失养是术后面瘫的主要病机。采用小针刀治疗术后面瘫应注重审查术后面部的异常结构, 以瘢痕为中心, 选取针刀操作部位, 剥离松解局部粘连。治疗时尽量选取细微的针刀, 注意进针方向、松解幅度, 频率以每周 1 次为宜。

【关键词】 术后面瘫; 小针刀; 名医经验; 郑谅

Professor ZHENG Liang's experience and understanding of postoperative facial paralysis treated with acupotomy

DAI Yun¹△, ZHOU Wen-jun¹, LI Hai-tao¹, ZHENG Liang²✉ (¹First Clinical Medicine School, Guangzhou University of CM, Guangzhou 510405, Guangdong Province, China; ²Center of Acupuncture-Moxibustion, Tuina and Rehabilitation of First Affiliated Hospital of Guangzhou University of CM, Guangzhou 510405, Guangdong Province)

ABSTRACT Professor ZHENG Liang believes that the main pathogenesis of postoperative facial paralysis is related to the retarded circulation of *qi* and blood and malnutrition of tendons and vessels in local area because of local retention of "stasis" after surgical trauma. In treatment of postoperative facial paralysis with acupotomy, the abnormal facial structure after operation should be considered specially. The region where acupotomy is exerted is determined by taking surgical scar as the center so that the local adhesion can be released and separated. In treatment, the knife needle should be as fine as possible and the attention be paid to the direction of needle insertion and the release amplitude. The frequency of acupotomy should be once per week.

KEYWORDS postoperative facial paralysis; acupotomy; famous doctor's experience; ZHENG Liang

面瘫是临床常见病症,起病时患者常自觉面部皮肤麻木,后逐渐出现皱眉无力、闭目困难、鼓腮漏气、嘴角歪斜等典型症状。术后面瘫见于头面部手术后继发的周围性面瘫,如耳科手术、口腔颌面部手术或头颈部手术后,面神经核及其下的面神经发生病变而导致的面肌麻痹^[1]。控制面部表情的所有肌肉均受面神经支配,面瘫不仅影响患者表情,还会增加其患上抑郁的风险^[2]。尽管随着医疗技术的进步,医源性面瘫发生率逐步下降,但总体风险仍然较高,其带来的长期生活质量影响应当引起重视。

郑谅教授现任广州中医药大学第一附属医院针推康复中心副主任,是广州中医药大学教授、硕士及博士生导师,擅长运用小针刀治疗各类痛证、神经系统疾病,融合中医经络学、现代人体解剖学及神经病学理论,传承创新小针刀疗法,形成独特、规范的诊

疗思路及治疗方案。郑谅教授运用小针刀治疗术后面瘫疗效满意,可有效改善患者生活质量,现将郑谅教授对术后面瘫的认识及治疗经验介绍如下。

1 现代医学对术后面瘫的认识

术后面瘫(又称医源性面瘫)主要包括不可避免的损伤和意外损伤两类,前者如肿瘤侵犯,为了完全根除瘤体而损伤部分面神经;后者则以手术意外损伤多见,是耳鼻喉、头颈外科的严重手术并发症之一^[3]。本文主要讨论意外损伤面神经导致的术后周围性面瘫。

面神经主要循行于颞骨内,为骨管内走行最长的脑神经,亦是麻痹最容易发生的末梢神经^[3]。面神经上具有屏障保护作用的膜性结构只存在于其迷路段及远端,近端则缺乏此保护层,且面神经的复杂走行亦导致手术进行至某些解剖位置时损害神经的可能性增加^[4]。因此,如桥小脑角手术、耳部手术、颞下颌关节手术,腮腺、咬肌或其他软组织切除术及其他矫形手术,均存在面神经损伤的风险,术中应注意保护面神经;若不慎造成损伤,应尽快进行术后面瘫的治疗及神经修复。

*杨文辉广东省名中医传承工作室项目:粤中医办函[2019]5号

✉通信作者:郑谅,教授、副主任医师。E-mail:zhliang66@aliyun.com

△戴楹,广州中医药大学硕士研究生。E-mail:davinnn@163.com

郑琼教授认为,除面神经特殊的解剖和生理因素外,术后面瘫形成的另一重要原因是手术难以避免损害部分支配面神经的供血血管或面神经周围毛细血管,血管受损可导致血管痉挛的发生,减少血液供应,造成局部组织缺血,进而引起水肿的发生。另外,若术后面神经周围的器官及局部组织出现水肿,可导致面神经管内腔隙变窄,形成神经压迫阻碍营养供应,导致神经营养缺失,从而影响面神经对相应肌肉的支配^[5]。并且面部手术之后,术口组织粘连形成局部病理构架,局部瘢痕组织难以剥离、松解或肉芽组织再生,亦可导致面神经受压,出现局部血液循环受阻、神经水肿或炎性反应、营养代谢率下降等,影响神经组织的修复,甚至遗留形成顽固性面瘫。

2 中医对术后面瘫病因病机的认识

面瘫,中医称之为“口眼喎斜”“口僻”,归属于“中风-中经络”病中的轻证。病机为正虚邪犯,由于人体正气不足、脉络空虚,外邪乘虚而入,致气血运行不畅、经气阻滞而发病,以头面部阳经受邪为主,表现为其循行所过之处出现的弛缓、痉挛、强直、萎缩等运动障碍,或伴有麻木、疼痛、烧灼感等感觉障碍。

郑琼教授认为,术后面瘫突出病因为手术中损伤面神经或术后伤口局部瘢痕对面神经形成压迫,有如中医之“金疮”的后遗症。其病机为手术创伤导致的正气受损、气滞血瘀,即《医门法律》所云“口眼喎斜,面部之气不顺也”;或术后气血亏损,调摄失宜致气虚血瘀,脉络瘀阻,闭阻经脉,筋脉失养,久之可发展为顽固性面瘫,如《类证治裁》所述“口眼喎斜,血液衰涸,不能荣润筋脉”。瘀血作为最重要的病理因素影响术后面瘫的修复全程,其既为病因,又为病理产物,故应将“瘀”视为术后面瘫的基本病机。

3 小针刀治疗术后面瘫

小针刀治疗术后面瘫施术部位主要选取局部瘢痕,以瘢痕为中心,选取其范围内的高应力点、条索处或痛点作为针刀松解部位,将松解部位平均分为数个区域,每个区域的中心点边缘作为进针操作点。常分为 2~3 个区域,确保每个区域针刀剥离长度×区域数量≥松解部位长度,松解部位较长则增加区域划分数量。操作:患者取侧卧位或仰卧位,充分暴露术后瘢痕,必要时剃去施术部位毛发,局部予 1%盐酸利多卡因注射液注射麻醉。选用 1.0 mm×50 mm 小针刀,分别于选取部位同一侧边缘进针,刀口线与瘢痕组织方向平行,刀体与皮肤切面垂直刺入 0.2 cm,然后转刀体 90°,使刀尖朝向瘢痕组织,平行进针达瘢痕内,横穿

瘢痕达对侧 0.2 cm,纵行剥离 2~3 刀,当感觉针下松利、阻滞感消失时出刀并用无菌干棉球按压片刻。

4 诊疗经验及辨析

4.1 审查术后面部的异常结构

面神经为感觉、运动神经根组成的混合神经,在面部以扇形分出颈支、下颌缘支、颊支、颧支、颞支,且面神经的解剖结构分布与临床治疗面瘫应用的穴位的解剖位置有着对应关系^[6]。因此,郑琼教授强调在诊疗时要着重注意两点,一是分析患侧面部肌群功能障碍的具体位置,以判断各神经分支损害的程度,评估治疗的主次;二是诊察神经分布区域的经络、皮部,探寻经络异常。对患侧面部病变区域进行审、切、循、按、扪,以拇指指腹沿经脉循行线缓慢循推,发现异常点可反复循推,感知手下局部组织的变化,以明确异常状况。常可见以术后瘢痕为中心放射性异常结构增多,存在结节、结块、串珠样改变,或皮肤板结感明显,患者诉酸、痛、麻痛区域亦多定位在瘢痕附近,异常结构是针刀治疗的关键。

4.2 小针刀治疗释义

术后面瘫以“瘀”贯穿病程,治疗当以祛瘀通络为要,辅以活血。小针刀疗法基于经筋理论,经筋理论治疗原则为“治在燔针劫刺,以痛为腧”,认为经筋“结”“聚”处是经脉闭阻、气血不通之场所,需松解结节、疏通局部气血,故小针刀以微创软组织松解术为手段治疗疾病。其强烈的针感可刺激面神经,并且引起肌肉内轴突反射,增强肌肉收缩力,修复受损面神经对表情肌的支配功能^[7]。同时,松解过程中面部产生微热感,促使局部毛细血管扩张,加快血液循环,丰富局部病灶血运,激活局部组织代谢,迅速减少致病物质在血清中的含量^[8]。另外,小针刀局部针孔较大,出针后对治疗部位适当揉按,排出适量的血液,一方面能消除代谢产物产生的化学刺激;另一方面有利于新鲜血液渗透汇入,改善受损神经和局部组织的营养状况。

小针刀疗法可调节经气,发挥调和气血的治疗作用,更能达到“祛瘀通络,活血养筋”的治疗目的。郑琼教授对临床使用小针刀提出“定点施刀、应力为解”的纲要,取点定位主要依赖于筋结点,根据慢性软组织损伤病理构架的网眼理论,肌筋膜瘢痕化挛缩并伴随持续性牵拉,相邻结构正常对位关系及各个位点的力平衡状态会被打破^[9]。另外,针刀医学经络实质理论指出,人体为一个庞大的电生理线路系统,当电生理线路出现异常时则引起机体的病理变化,针刀能够通过调节局部的电流量恢复电生理的正常水平,

从而改善症状,治愈疾病^[10]。

对于面瘫患者的术后瘢痕,采用小针刀松解相关的弓弦结合部及切割弦的应力异常点,即累及面神经的软组织,使筋结点松解,可剥离粘连、消除水肿、解除面神经卡压,缓解肌痉挛,修复神经传导功能。瘢痕的形成导致局部电生理线路电流量减弱甚至断路,针刀刺入病变部位,使刀刀和电生理线路(神经走行)平行,摆动刀刀纵行疏通,局部滞动感消失时即可出针,可减少电生理线路上的电阻,增强电流量,恢复电通路正常。

4.3 操作注意事项

小针刀操作时,应对瘢痕划分区域以便多点进针,适度松解为宜,尽量选择较细微的针刀进行精细操作。瘢痕多处于头颈部,神经与血管分布密集复杂,肌肉较薄,故不宜一点进针、多方向、大幅度松解,以免造成神经、血管、软组织的损伤。小针刀治疗术后面瘫应尽早治疗,本法不受限于疾病的分期,暂未见因急性期进行治疗加重病情的情况发生。整体治疗疗程中,施术不建议过于频繁,每周 1 次为宜,以保证机体适宜、充分的修复时间。

5 验案举隅

患者,男,45 岁,因“左侧口眼歪斜 1 月余”于 2018 年 2 月 25 日就诊。现病史:2018 年 1 月 24 日因“左侧腮腺肿物 2 月余”于广州中医药大学第一附属医院行左腮腺浅叶切除+面神经解剖术,术程顺利,术后未见口眼歪斜。术后第 2 天突发左侧脸颊稍麻木感,查体见左侧眼睑闭合不全,鼻唇沟变浅,口角向右歪斜,即给予甲钴胺营养神经治疗,未见明显好转。刻下症:神清,语言清晰流利,面部表情板滞,左侧额纹消失,皱眉不能,左侧睑裂增大,眼睑闭合不全,左侧鼻唇沟变浅,鼓腮漏气,伸舌居中,腮垂不偏,左耳后乳突处可见手术瘢痕(6 cm × 0.8 cm),局部无红肿热痛。自觉发病以来左侧腮部、耳后、下颌角处麻木感,左侧上唇周围有僵硬感,无头痛、头晕,无恶心、呕吐,无听觉障碍,纳眠可,二便调;舌暗红、少苔,脉细涩。西医诊断:周围性面瘫(腮腺肿瘤切除术后);中医诊断:术后面瘫(气滞血瘀证),治则:疏经通络,活血行气。予小针刀治疗,治疗部位主要选取瘢痕局部,以瘢痕为中心,采用小针刀进行松解,改善局部气血循环。操作:在瘢痕组织周围进行触诊,选取高应力点及瘢痕条索处作为针刀松解部位,以龙胆紫定位,常规消毒后,予 1%盐酸利多卡因注射液进行局部浸润麻醉,然后按照上文手法规范操作,每周治疗 1 次。治疗后患者诉术口处牵拉感、麻木感缓解。2018 年 3 月 1 日二诊,神清语利,可皱眉、蹙额,左侧睑裂增大,眼睑轻微闭合不全,左侧鼻唇沟变浅,鼓腮稍漏气,

伸舌居中,腮垂不偏,左耳后乳突处手术瘢痕较前平整,局部无红肿热痛,左侧腮部、耳后、下颌角麻木感消失。中医辨证治则、具体治疗手法同前。2018 年 3 月 8 日三诊,口眼歪斜症状消失,能完成皱眉、闭眼、鼓嘴等动作,左耳后乳突处手术瘢痕平整松软,具体治疗手法同前。三诊后临床症状改善显著,结束治疗。1 个月后电话随访,无任何不适。

按语:此患者腮腺肿瘤术后面瘫已 1 月余,予甲钴胺营养神经治疗后,未见明显好转,左耳后乳突旁可见 6 cm × 0.8 cm 凹陷瘢痕组织,且偶有麻木感。根据面神经主干出茎乳孔后,进入腮腺的解剖走行分析,考虑除术中局部面神经损伤之外,还存在瘢痕组织粘连压迫局部神经,故触诊瘢痕组织,并找到结节条索所形成的高应力点,采用小针刀疗法松解术口瘢痕组织粘连,破坏其病理构架,减小瘢痕张力,解除面神经压迫,改善局部血液循环,加快组织代谢和水肿吸收,进一步促进神经功能恢复。而根据经筋理论,患者瘢痕局部有麻木感,小针刀兼有针刺之功,可激发气血运行、疏通经气、濡养筋脉,从而消除麻木。其次,小针刀松解术口下粘连,可软化局部瘢痕组织,使术口瘢痕更为平整。

郑琼教授在传统九针的基础上,结合现代生理解剖、病理组织变化与生物力学理论,采用小针刀治疗术后面瘫患者,选取瘢痕组织作为小针刀操作部位,操作简单、安全、耗时短,疗效良好,临床上患者易于接受。

参考文献

- [1] Hohman MH, Bhama PK, Hadlock TA. Epidemiology of iatrogenic facial nerve injury: a decade of experience[J]. Laryngoscope, 2014, 124(1): 260-265.
- [2] Saadi R, Shokri T, Schaefer E, et al. Depression rates after facial paralysis[J]. Ann Plast Surg, 2019, 83(2): 190-194.
- [3] 田雨鑫,王菁菁,王慧,等. 医源性面瘫的手术治疗[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2020, 34(1): 20-24.
- [4] 韩维举,韩东一. 周围性面瘫[J]. 中华耳科学杂志, 2010, 8(1): 110-116.
- [5] 陈武将. 刺血疗法在周围性面瘫治疗中的作用研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2016.
- [6] 吴炳煌,陈跃,董卫国,等. 浅针治疗面神经功能异常症及其与解剖学的关系[J]. 中国针灸, 2004, 24(8): 585-587.
- [7] 唐峰,刘永碧,吕武宾,等. 小针刀配合改良闪罐法治疗顽固性面瘫 42 例[J]. 中医外治杂志, 2016, 25(5): 30-31.
- [8] 章军,龚学全,王忠明,等. 小针刀治疗顽固性面神经麻痹疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(17): 120-121.
- [9] 卢晶晶,郑琼,杨阳. 郑琼教授应用小针刀治疗头夹肌损伤经验介绍[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(11): 60-63.
- [10] 喻积强,胡军,肖永良. 针刀治疗面神经麻痹疗效观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(1): 127-128.

(收稿日期: 2020-07-30, 编辑: 李婧婷)