

“合谷刺”法治疗面瘫

南京中医药大学国际教育学院 王启才

面瘫有周围性、中枢性之分，周围性又称“面神经炎”，即面神经管内段的面神经非化脓性炎症。多因感受风寒使局部神经血管痉挛，以致神经缺血、水肿，或因该处骨膜炎使神经受压而发病，引起周围神经麻痹。中枢性面瘫则因脑血管意外疾患而引起，仅见眼以下面肌及神经瘫痪。

“合谷刺”法(又名“鸡足刺”)并非刺合谷的方法，而是《灵枢·官针》篇所说：“合谷刺者，左右鸡足，针于分肉之间，以取肌痹，以脾之应也。”属于“五刺以应五脏”的刺法。具体方法是：先将一根针斜刺(或沿皮刺)入皮下肌层，提插行针，使之得气，少年儿童和体弱者宜将针退至皮下，再分别向左右两侧按45°左右的角度进针，行针得气后即可出针；其他病人可以再从同一进针点分别向左右呈一定夹角各刺入一针(即一穴三针)，其状如同鸡足一般。笔者在针灸临床中以此治疗面神经麻痹，每收良效。

一、临床资料

本文报道96例，其中周围性面瘫72例，中枢性面瘫24例；男性56例，女性40例；年龄3~72岁；病程在1天至10个月之间，1周以内68例；中医分型：风寒型52例，风热型20例，风痰型和气血两虚型各12例。

二、治疗方法

以颜面部“合谷刺”法为主要治疗措施，主穴共分为3组：阳白分别透刺攒竹、鱼腰、丝竹空；颧髎分别透刺地仓、大迎、颊车；地仓分别透刺迎香、水沟、承浆。周围性面瘫3组均取，中枢性面瘫只取第2、3两组。配穴为对侧远端的合谷和双侧的太冲穴。对极少数后期出现患侧面肌痉挛的“倒错现象”，则加刺后溪、申脉穴。平补平泻手法施术，每次留针20~30分钟。病程已达1周以上者，可以加用电针。风寒型和气血两虚型，取针之后，再施以“闪罐”法10~20下，以皮肤红润为度。最后略施局部按摩，结束治疗。

治疗期间，嘱病人每日自行按摩患侧面部2~3次，每次5~10分钟，并多做蹙额、抬眉、皱眉、闭眼、鼓腮、示齿和吹口哨等面部运动。每晚睡觉时，在瘫痪面部复位的基础上，以宽4~5cm的胶布一端固定于口角，一端固定于耳后乳突，第二天早上取下。6次针灸治疗为1个疗程，间隔1天，开始第2个疗程。所有病人在针灸治疗期间均不加服中西药物，只给抗生素眼药水滴眼，防止眼部感染。

三、疗效标准

1. 痊愈 自觉症状全部消失，面部外观完全正常，表情肌运动自如，蹙额、抬眉、闭眼、鼓腮以及咀嚼功能均正常。

2. 显效 自觉症状基本消失，面部外观大致正常，表情肌运动自然，但尚存口角麻木或鼓腮阻力稍差。

3. 好转 自觉症状及面部外观均有改善，表情肌运动有进步，但尚未完全恢复正常，额纹和鼻唇沟尚浅，眉毛和口角略显偏低，眼睛尚不能完全闭合。

4. 无效 经治5个疗程，症状及面部外观与治疗前比较，基本无改善。

四、治疗结果

本文以5个疗程为疗效统计依据。病程与疗效的关系：病程越短，见效越速；病程越长，疗效越差。病程在1周内者68例，痊愈率为88.2%，显效率为11.8%，总效100%（表1）。证型与疗效的关系：风寒型疗效最好，52例中，痊愈率为88.5%，总效100%；风热、风痰两型次之，气血两虚型较差（表2）。疗程与疗效的关系：大部分病例在第1个疗程开始见效，但以第2、第3两个疗程效果最佳，第2个疗程开始出现痊愈病例，第3个疗程则痊愈病例显著增多。5个疗程总计，痊愈68例（70.8%），显效13例（13.5%），好转10例（10.4%），无效5例（5.2%），有效率94.8%（表3）。

表1 病程与疗效的关系

病 程	<i>n</i>	痊愈 (%)	显效 (%)	好转 (%)	无效 (%)	总效 (%)
1周内	68	60 (88.2)	8 (11.8)	0	0	68 (100)
1~2周	11	8 (72.7)	3 (27.3)	0	0	11 (100)
1~4周	7	0	1 (14.3)	6 (85.7)	0	7 (100)
1~6个月	6	0	1 (16.7)	3 (50)	2 (33.3)	4 (66.7)
6个月以上	4	0	0	1 (25)	3 (75)	1 (25)

表2 证型与疗效的关系

证型	<i>n</i>	痊愈 (%)	显效 (%)	好转 (%)	无效 (%)	总数 (%)
风寒	52	46 (88.5)	4 (7.7)	2 (3.8)	0	52 (100)
风热	20	11 (55)	5 (25)	3 (15)	1 (5)	19 (95)

风痰	12	6(50)	2(16.67)	3(25)	1(8.3)	11(91.7)
气血两虚	12	5(41.6)	2(16.7)	3(25)	2(16.7)	10(83.4)

表3 疗程与疗效的关系

疗程	n	痊愈(%)	显效(%)	好转(%)	无效(%)	总数(%)
1	96	0	32(33.3)	48(50)	16(16.7)	80(83.3)
2	96	12(12.5)	36(37.5)	35(36.5)	13(13.5)	82(86.5)
3	84	39(46.4)	30(35.7)	6(7.1)	9(10.7)	75(89.3)
4	45	10(22.2)	28(62.2)	1(2.2)	6(13.3)	39(86.7)
5	35	7(20)	13(37.1)	10(28.6)	5(14.3)	30(85.7)
总计	96	68(70.8)	13(13.5)	10(10.4)	5(5.2)	91(94.8)

五、典型病例

患者男性，47岁。主诉1天前突发右侧面部口眼歪斜，自感面部紧板不适，眼睛不能闭合，流泪，嘴角向左歪斜，喝水漏水，吃饭漏食。随即请求针灸治疗。检查：右侧额纹明显变浅，不能蹙额、抬眉、皱眉，右眼闭合不全，眼裂约0.9cm，贝尔征(+)，鼻唇沟平坦，口角及人中沟、颏唇沟向左歪斜，鼓腮漏气，不能吹口哨，耳后乳突无明显压痛。诊为周围性面神经麻痹(风寒型)。经按本法施治，1周内即见明显好转，12次痊愈。

六、体会

本病的基本治则是宣散风寒或风热之邪，疏调面部的经络之气，行气活血，化痰通络，促使局部气血循环，消除炎症和水肿，调节面部左右经络气血的失衡状态，恢复面神经的正常功能。

根据经络的分布规律，手足六阳经皆聚结于头面部，尤以手足阳明经为主要分布。针灸治疗应遵循“治痿独取阳明”的原则，取手足阳明经穴为主，辅以手足少阳、太阳经穴。在调理手足三阳经气的同时，辅以疏风散寒或疏风清热，刺激宜浅、宜轻。

“合谷刺”法以其取穴少、浅刺透穴、刺激面广为主要特点。本法以阳白、颧髎、地仓三穴为中心刺激点，连同所透之穴，广泛涉及到手足六阳诸经，结合局部解剖来看，上述部位覆盖面部四大肌群——额肌、眼轮匝肌、面颊肌、口轮匝肌，各刺激点又为面部表情肌之最佳运动点。治疗中辅以局部按摩、拔罐，可使毛细血管扩张，局部充血，经络疏通，气血畅达，寒湿诸邪随血流宣泄，直接改善局部症状。

从表1病程与疗效的关系中可以看出，病程越短，见效越速。但对

于周围性面神经麻痹，业界不少人认为：本病在病初7~10天，病情有进行性加重的趋势，故不适宜合作针灸治疗。对此种观点，笔者实不敢苟同。相反，如果在其病势有加重倾向时，能及时针治，“迎而夺之”，便可以遏制其风寒、风热、风痰之邪，控制病情，为提高疗效奠定基础，为缩短疗程创造契机。如果等病情入深而后治，无疑将增加治疗难度，延长疗程。

治疗期间，配合面部运动十分重要。每次治疗结束，先取出面部毫针，然后在远端合谷、太冲2穴行针，同时嘱患者做蹙额、皱额、抬眉、皱眉、闭眼、鼓腮、示齿和吹口哨等运动，谓之“动刺”，非治疗时间也要求患者尽量多做几次。可兴奋患侧面神经和肌肉的生理功能，改善面部的血流循环和营养状况，促进炎症和水肿的消退，有利于面部表情肌各肌群功能的全面康复。

本病初期应及时治疗，以求面神经功能的早期恢复。但尚不宜过早使用电针强刺，以免引发面肌痉挛。电针适合在发病7~10天之后进行，在针刺的基础上，接通电针机输出电源，负极接主穴，正极接配穴，以慢频率、疏密波或续波刺激20~30分钟。电流强度以病人感到面部舒适为度，最好能出现患侧面肌节律性收缩。如果病人感到疼痛不适或不自主咬牙，提示针刺过深，刺中咬肌，应退针浅刺。

周围性面神经麻痹患者，在治疗期间应注意休息，忌熬夜，避房事，不可过度疲劳。由于一侧眼睑闭合不全，眼角膜很容易感受外界风沙烟尘的不良刺激，为防止引起眼部的感染或损伤，也为避免风寒，除予抗生素眼药水点眼之外，患者出门还要戴口罩、眼罩或墨镜。

本病患者痊愈后，尚有30%左右的复发率，复发的间隔时间少则10余天，多则10余年。所以病愈之后仍需避免风寒或风热之气的再度侵袭，谨慎调养，防止复发。