

冯淑兰基于经筋理论运用针刀治疗顽固性面神经炎经验

马俊业（指导：冯淑兰）

（广州中医药大学针灸康复临床医学院，广东广州 510006）

摘要：总结冯淑兰教授基于经筋理论运用针刀治疗顽固性面神经炎的经验。冯淑兰教授认为颈部经筋失衡是顽固性面神经炎的重要病机，治疗时除面部治疗以外更注重松懈颈部及其两侧筋结等肌肉失衡点。针刀治疗顽固性面神经炎的治疗点多选用枕部附着肌群、患侧乳突、颈椎棘突与横突压痛点，以松懈颈部手足太阳与少阳经筋的筋结点为重点，恢复经筋正常形态，改善经脉气血输布，加快面神经功能的修复。

关键词：顽固性面神经炎；针刀疗法；经筋失衡；筋结点；冯淑兰

中图分类号：R246.6

文献标志码：A

文章编号：1007-3213(2022)02-0427-05

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2022.02.034

Experience of *FENG Shu-Lan* in Treating Intractable Facial Neuritis with Acupotomy Based on the Meridian Sinew Theory

MA Jun-Ye (Advisor: *FENG Shu-Lan*)

(Clinical Medical School of Acupuncture, Moxibustion and Rehabilitation, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006 Guangdong, China)

Abstract: Professor *FENG Shu-Lan*'s experience in treating intractable facial neuritis with acupotomy based on the meridian sinew theory was summarized. Professor FENG believes that imbalance of the cervical meridian sinew is the important pathogenesis of intractable facial neuritis, and the treatment should focus on releasing the imbalanced muscle sinews in the neck and its bilateral sides in addition to the facial focal treatment. The suboccipital muscles, the affected mastoid process, and the pressure pain points of the spinous process and transverse process of the cervical vertebrae were usually chosen as the therapeutic foci of acupotomy for intractable facial neuritis, and the treatment should focus on releasing the meridian sinew mass of the *taiyang* and *shaoyang* meridians in the neck, so as to restore the normal histology of the meridians, improve the transmission of *qi* and blood through the meridians and accelerate the repair of facial nerve function.

Keywords: intractable facial neuritis; acupotomy therapy; imbalance of meridian sinew; meridian sinew mass; *FENG Shu-Lan*

面神经炎系指茎孔以上面神经管内段面神经的一种急性非化脓性炎症，亦称为面神经麻痹、Bell's 麻痹^[1]。其发病常在遭遇寒冷及上呼吸道感染之后，发病原因可能与嗜神经病毒感染导致面神经局部营养血管的痉挛有关。其病理改变主要为面神经水肿和脱髓鞘，甚至出现轴索变性。临床主要表现为眼裂闭合不全、表情肌瘫痪、食物残留齿龈等。西医通常采用激素、B族维生素、抗

病毒药等药物治疗，并配合理疗、康复治疗等。但部分面神经受损较严重患者，或年老体虚、延误诊治的患者，面瘫症状常迁延难愈。临床上将经治疗3个月以上仍未能完全恢复的面神经炎患者称为顽固性面神经炎患者^[2]。针灸治疗顽固性面神经炎具有确切疗效。冯淑兰教授为广州中医药大学教授、岭南名医，师承岭南针灸名家靳瑞教授。冯淑兰教授从事临床及教学工作30余载，在

收稿日期：2021-04-27

作者简介：马俊业(1995-)，男，硕士研究生；E-mail: chunypm@foxmail.com

通讯作者：冯淑兰(1965-)，女，博士，教授；E-mail: fengsl@gzucm.edu.cn

继承传统针灸及岭南特色针灸技术的基础上,擅长运用如针刀、穴位埋线等现代针刺疗法治疗各种痛症及内科疾病,疗效显著。现将冯淑兰教授运用针刀治疗顽固性面神经炎的经验探析如下。

1 顽固性面神经炎中西医治疗概况

面神经的解剖学特征显示,面神经离开脑桥延髓后,走行在面神经管内,最终面神经在茎乳孔穿出^[3-5]。面神经管较狭窄,走行曲折,血供较少。有关面神经炎的具体病因目前尚未完全明确,研究表明其发病可能与病毒、微循环障碍、免疫、受凉、遗传、妊娠等相关^[6]。无论以上何种原因,只要引起局部阻滞压迫或神经炎症感染,致使面神经水肿、变性或其供应营养的血管痉挛、通透性增高等,皆可致面神经失去其生理功能,出现面部表情肌瘫痪等症状^[7]。若患者平素体虚,或年龄较大,或伴有糖尿病,或有抽烟习惯,或面神经损害层面较高、损伤程度重,或发病早期治疗不当等,皆有可能导致面神经炎迁延难愈,最终形成顽固性面神经炎^[8-9]。目前西医治疗面神经炎的方法主要包括药物治疗、高压氧治疗、激光治疗、手术治疗等。药物治疗主要包括激素、抗病毒、改善循环、营养神经等,但对面神经炎后期改善不大;高压氧治疗主要用于早期缩短病程;手术治疗主要为面神经减压术,其风险高,疗效一般^[10]。

面神经炎可归属中医“面瘫”“口眼喎斜”“吊线风”等范畴,以眼睑闭合不全,口角向一侧偏歪为主要表现。《素问·评热病论》云:“正气存内,邪不可干”。东汉张仲景在《金匱要略》中提出:“浮者血虚,络脉空虚,贼邪不泻,或左或右,邪气反缓,正气即急,正气引邪,喎僻不遂。”临床可见面瘫发病多在劳累及感受风寒之邪之后,提示体虚正气不足,脉络空虚,卫气不固为面神经炎感受外邪的根本病机。邪风趁虚入侵头面部经络,致使面部经气痹阻,气血流通不畅,经筋失于濡养及温煦而功能失调,表现为口眼歪斜。“口眼喎斜”中顽固者多为素体虚甚,感染邪气之后若未得到及时诊治,导致邪气入里,久留经络,经络壅塞不通,气滞血瘀,面部筋肉长期失养,难以痊愈^[3,11]。目前中医学认为面瘫多因风寒邪气侵袭头面部经筋,导致局部脉络不

通、经筋纵缓不收而致,其病位在三阳经之经筋^[12]。《灵枢·经筋》指出,头面部所过之经筋为手足三阳经筋。中医治疗顽固性面神经炎的方法较多,包括中药、毫针刺、艾灸、放血、穴位注射、穴位埋线、蜂针、闪罐、推拿治疗等。中医药治疗顽固性面神经炎的副作用及风险相对较少,疗效较显著^[6,10,13]。

2 冯淑兰教授基于经筋理论运用针刀治疗顽固性面神经炎

2.1 经筋与顽固性面神经炎

经筋属于十二经脉系统。十二经脉穿行于全身分肉与营卫表里之间,营养四肢百骸与脏腑。各经脉内连脏腑,外络肢节,在四肢及体表部位,伏行经筋之中,营养及支配经筋活动,同时其经气的正常流通也受经筋的影响。冯淑兰教授在临床实践中发现,顽固性面神经炎患者除一般表情肌瘫痪以外,通常亦伴颈部僵硬、酸痛,耳后乳突疼痛。颈项部疼痛提示邪气仍郁留颈部经脉之中,而其眼睑闭合不全、口角偏歪、流涎等表现反而较发病时明显好转,提示患者面部经筋受累情况较患病时部分缓解。

《素问·调经论》指出:“夫十二经脉者,皆络三百六十五节,节有病,必被经脉”。而同时“诸筋者,皆属于节”。颈项部颈椎关节众多,附着经筋亦较丰富。经筋虽不可运行气血,但经脉穿行经筋之间,经筋的受损异常必然会影响到经脉输布气血的功能。《灵枢·经筋》记载:手足三阳经之筋,皆起于四肢末节,上行腕踝肘膝,过躯干部,最终皆经颈项部结于头面部。另外,《灵枢·经脉》中指出,“筋为刚,肉为墙”,即筋肉为抵御邪气侵袭之重要屏障,经筋受损失衡则会影响其防御外邪的功能。张景岳亦在《类经》中提出“胸腹头面支别横络之筋皆柔细也”,即头颈部之经脉筋肉较肢体躯干部细小柔弱,更易失衡受邪致病。故而冯淑兰教授认为,顽固性面神经炎的病机以颈项部经筋受损失衡,卫外功能失常,脉络不通,经气输注不利,致使面部经筋失于濡养为本,而风寒等外邪侵袭为标。

2.2 针刀治疗顽固性面神经炎

因顽固性面神经炎患者已过急性期,依据当“缓则治其本”原则,此时需针对颈项部受损失衡的经筋进行治

疗。在治疗部位的选择上,虽手足三阳经筋皆结于面部,但根据临床观察,患者颈项部疼痛多集中在乳突、颈后部与侧部,故治疗点的选择应在手足太阳、少阳经筋之上。

冯淑兰教授采用针刀治疗顽固性面神经炎多选用枕部附着肌群(即上下项线之间的枕外隆凸下与乳突连线的中外三分之一与中内三分之一,双侧,共4点)、第2~7颈椎的棘突、患侧乳突尖端、第2~7颈椎棘突旁约2 cm及第1~5颈椎横突等部位进行治疗。枕部附着肌群的中内三分之一的治疗点当为斜方肌止点处,约为筋结点风池次之位置,而风池次又为手足少阳、太阳经筋交会点;枕部附着肌群的中外三分之一的治疗点当属足太阳之筋与足少阳之筋。第2~7颈椎的棘突为大部分脊柱旁肌肉之附着点,根据“足太阳之筋……上挟脊,上项”和薛立功《中国经筋学》^[14]的分类,以上颈椎棘突皆属于足太阳经筋之筋结点。耳后乳突尖端,即足少阳经筋筋结点完骨次,同时亦为手足少阳、太阳经筋交会点。第2~7颈椎棘突旁约2 cm的治疗点,进针后还应向上下方向提插松解,意在松解颈椎关节突及关节囊,滑利颈椎关节,而进针途经之脊柱旁肌肉,当属于足太阳经筋。第1~5颈椎横突位于颈侧部,根据“手少阳之筋……上肩走颈,合手太阳”及相关肌肉走行,颈椎横突等属手少阳经筋之筋结点,同时也是手足太阳、少阳经筋交会点。根据解剖位置及经筋走行,以上治疗部位多属于手足少阳、太阳经筋之筋结点和交汇点^[14]。此方案虽未选用治疗面神经炎临床常用的阳明经络、经筋部位,但依据《灵枢·经筋》所述,“足太阳之筋……上头,下颜,结于鼻。其支者,为目上网,下结于颞”,“足少阳之筋……下走颌,上结于颞;支者,结于目外眦,为外维”,“手太阳之筋……下结于颌,上属目外眦”,“手少阳之筋……其支者,上曲牙,循耳前,属目外眦,上乘颌,结于角”,可见手足太阳、少阳经筋已覆盖了面部绝大部分肌肉。经筋之走行虽不似十二经脉泾渭分明,但其交汇并行之处众多,故使用针刀松解颈后部与两侧筋结点可改善相关经筋的力学平衡,恢复其原有形态,有助于其中穿行之经脉的气血经气传输,促进面部迟缓之经筋恢复其正常功能。同时针刺筋结病灶点时,其得气感“酸、

麻、重、胀”较为明显,并更易向远方传导,且针刀刺激较毫针更大,故针刀针刺颈部筋结点有良好的激发经气的效果。

此外,有研究者认为,顽固性面神经炎与颈椎失衡有关^[15],颈椎椎体不稳可能会影响其前方的颈内静脉、迷走神经、颈总动脉、交感神经节和穿行其中的椎动脉等。当椎体错位影响颈部血管供血时,可累及桥脑的面神经核的供血;而当颈椎错位压迫迷走神经、刺激交感神经时,会兴奋颈部血管的交感神经,收缩血管,减少茎乳动脉及其分支的血流,影响面神经供血^[16]。针刀治疗颈部筋结点可恢复颈部肌肉力学平衡,维持颈椎椎体稳定,通过减轻对颈部血管及交感神经的压迫刺激,改善面神经的血供,减轻其水肿与变性,促进其功能恢复。

针刀治疗通常采用的针刀规格为0.4 mm × 40 mm。治疗时的体位:在颈后部定位时,取俯卧位,使用一枕头垫于患者胸部,另一较小枕头或毛巾垫于患者额部,患者双手自然放于两侧,充分暴露后颈部施术部位。在颈侧部定位时,取平卧位,头偏向施术部位对侧。采用安尔碘对施术部位进行局部消毒后,术者佩戴无菌手套。

针刀治疗操作手法:①松解枕部附着肌群。在上下项线之间进行定位,确定4点(在枕外隆突下至乳突之连线上,平均分3等分,分别在其中内1/3及中外1/3定点,左右对称,共4点)。进针前使用押手仔细揣摩进针点,把握好进针点到枕骨的距离及方向。刀口线与人体纵轴保持一致,进针方向与枕骨垂直(即针刀体大约向下肢方向倾斜45°),注意逐层突破,直至抵达枕骨表面,然后向上下左右约0.5 cm小幅度提插松解3刀,需保持针刀在骨面上操作。②在第2~7颈椎(C2~C7)棘突顶点寻找2~3个压痛点,若无明显压痛,则选用C2棘突及C7棘突2点进针。进针前使用押手仔细揣摩进针点,把握好进针点到相应棘突的距离及方向。刀口线与人体纵轴保持一致,进针方向与皮肤垂直,逐层突破,直至骨面,然后向上下左右约0.5 cm小幅度提插松解3刀,需注意上下方向提插时不能过深,稍微松解棘上韧带即可。③在患侧乳突尖确定治疗点,押手固定在乳突尖端,刀口线与人体纵轴平行,垂直乳突尖端进针,抵达乳突骨面后可提插松解2~3刀,然后沿

骨面稍向茎乳孔方向松解,提插铲剥2~3刀,注意不离开骨面,不可刺入过深。④在C2~C7棘突旁约2 cm左右寻找1~2个压痛点,刀口线与人体纵轴平行,垂直人体冠状面进针,注意逐层突破,抵达椎弓板骨面后,稍调整针刀方向分别向上下约0.5 cm行提插松解3刀。⑤在双侧C1~C5横突体表投影处寻找2~4个压痛点为定点,定位方法为从乳突斜下约2 cm为寰椎横突,然后每间隔1.5 cm为下一颈椎横突。进针前使用押手仔细揣摩进针点,掌握进针点到对应横突的距离及方向,刀口线与人体纵轴一致,垂直横突进针,抵达横突骨面后向前后分别提插松解3刀。操作完毕后,拔出针刀用无菌棉球按压止血。当不再出血后,予红外线灯垂直向下照射术口,距离约30~50 cm,以患者舒适度为度,照射时间为10 min。

针刀治疗操作注意事项:①以上各治疗点应在患者吸气时进针;②针刀突破过程中注意患者有无剧烈疼痛、放电感等刺激性症状,如有则提示可能刺中血管或神经,需稍微调整进针方向,待无刺激性症状后方可继续进针。若反复调整后仍疼痛明显,可出针后于进针点旁斜刺进针;③若患者诉酸、麻、胀等针感明显,尤其遇到年老或素体虚弱患者,应注意缓慢逐层突破,切忌快速突破多层组织及大幅度提插,避免损伤周围血管、神经等组织或因针感过强而造成晕针;④在寰枕部进行提插松解时,注意需保持针刀在枕骨上操作,若进针较深或调整方向后未能到达骨面,可稍提起针刀,调整进针方向,减少针刀与皮肤的夹角后继续进针,待到达骨面后再行下一步操作。

3 验案举隅

患者苏某,男,43岁,因“右侧口眼歪斜11个月余”于2020年11月18日初诊。患者11个月前乘车时不慎感受风寒后出现右眼不适,闭合不全,右侧额纹变浅,右耳后疼痛,口角向左偏歪,口角流涎,鼓腮漏气,颈部酸痛,无肢体乏力麻木,无耳后疱疹等。患者曾于当地医院就诊,自诉行头颅CT检查,结果显示未见异常,诊断为周围性面神经炎,予抗病毒、营养神经、针灸、火罐及口服中药等治疗,经治疗5个月余,口眼歪斜及耳后疼痛稍缓解,但症状反复,后患者

未继续规律治疗。

患者刻下症见:右侧额纹变浅,右侧眼睑闭合不全,右耳后稍疼痛,口角向左偏歪,右侧面颊时有藏食,鼓腮无漏气,无口角流涎,颈部酸痛不适,稍僵硬,偶有头晕,无双上肢麻木乏力,胃纳可,夜眠差,二便调。舌淡暗,苔薄有齿痕,脉弦。查体:头颅大小形态正常,口角向左歪斜,右侧鼻唇沟变浅,右侧面肌瘫痪,肌力减退,右眼睑闭合不全,右侧额纹变浅,右耳后压痛(+),未引出病理征。House-Brackmann面神经功能分级:Ⅳ级。叩顶试验(-),双侧臂丛神经牵拉试验(-),旋颈试验(-)。头部前伸,颈部肌肉僵硬,压痛(+);双侧C2、C5棘突旁压痛(+);双侧C3横突压痛(+)。既往患者反复颈部酸痛不适3年余,曾行按摩等治疗,但症状反复。西医诊断:顽固性面神经炎。中医诊断:面瘫(风寒阻络,气滞血瘀)。治法:疏风散寒,活血通络。治疗:针刀松解枕部附着肌群、C2和C7棘突、右侧乳突、双侧C2与C5棘突旁2 cm、双侧C3横突。

2020年11月25日二诊,患者颈部僵硬酸痛较前明显缓解,头晕及夜眠较前改善,口眼歪斜症状稍改善。右眼睑用力可基本闭合,耳后疼痛减轻。House-Brackmann面神经功能分级:Ⅲ级。按初诊时的治疗方法再行1次针刀治疗。

2020年12月2日三诊。患者已无明显颈部僵硬酸痛不适感,头前伸姿态基本改善,右侧面肌乏力明显好转,额纹基本对称,右侧面颊无藏食,耳后疼痛明显减轻,House-Brackmann面神经功能分级:Ⅱ级。予常规面部针刺及面部走罐以巩固疗效。2020年12月8日电话回访,患者诉静止状态下面部基本对称,右眼睑可完全闭合,口角用力时仍稍不对称,无耳后疼痛,右侧面颊部已无藏食,颈部无酸痛及僵硬不适,颈部肌肉紧张较前明显缓解,无头晕头痛,夜眠可。

按:本病案患者既往已有长时间颈部不适,提示颈部经筋受损日久,气血流通失常,加之不慎感受风寒,寒则收引,加重经筋挛缩紧绷,使得颈部经络气血运行进一步受阻,但发病后治疗着重于面部,故虽有改善,但效果欠佳。两次针刀治疗后颈部不适及面瘫症状明显改善,考虑针刀刺激较大,总体偏泻,故中病即止,后予针刺及火罐以巩固疗效。本病案患者通过采用针刀治

疗,颈部筋结得到松解,颈部经筋痉挛状态有效缓解。本病案的诊治经过提示基于经筋理论采用针刀治疗顽固性面神经炎,可改善颈部肌肉力线失衡,恢复颈椎正常位置,纠正颈部异常运动模式,松解面神经局部病理性粘连,解除局部神经及血管卡压,从而促进无菌性炎症吸收,加快面神经功能的修复。

4 小结

顽固性面神经炎发病原因复杂,至今尚未明确,可能与病情、年龄、基础疾病等因素相关。顽固性面神经炎的恢复过程较长,可影响患者生活质量及自信心。冯淑兰教授认为颈部经筋失衡是其重要病机之一,在面神经炎后期应注意对症治疗。传统针刀治疗注重面部肌肉粘连的松解,但考虑针刀直径较粗,损伤较大,易引起面部血肿或留下伤痕,损伤容颜,故冯淑兰教授针刀治疗时注重松解颈部及其两侧筋结等肌肉失衡点,且运用0.4 mm直径针刀,痛感更小,不会造成局部皮肤损伤,更易被患者接受。冯淑兰教授强调,针刀操作要求术者具备扎实的局部解剖知识,同时在操作前应仔细触诊患处,寻找异常反应点及辨别不同经筋或肌肉的受损或异常,提高治疗的精准度;术者进针后应缓慢操作,充分与患者进行沟通,避免造成晕针或损伤周围血管神经。

参考文献:

[1] 贾建平. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.

- [2] 韩颖, 刘刃, 王拓然, 等. 基于CNKI数据库的顽固性面瘫文献计量学分析[J]. 中国针灸, 2021, 41(2): 229-232.
- [3] 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.
- [4] 丁文龙, 王海杰. 系统解剖学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
- [5] BALKANY T, FRADIS M, JAFEK B W, et al. Intrinsic vasculature of the labyrinthine segment of the facial nerve--implications for site of lesion in Bell's palsy [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1991, 104(1): 20-23.
- [6] 谢德荣. 经筋透刺法结合电针治疗顽固性面瘫的临床疗效观察[D]. 福州: 福建中医药大学, 2020.
- [7] 葛恒君, 李宏, 蒋梅, 等. 顽固性面瘫的针刀治疗9例[J]. 科学之友(B版), 2007, 28(4): 252-253.
- [8] 曲宗峰. 浅谈难治性面瘫的成因及治疗[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(9): 135.
- [9] 王艳. 田霞教授新九针治疗顽固性面瘫摘要[J]. 光明中医, 2021, 36(5): 714-716.
- [10] 刘浚苇. 难治性面神经炎的中西医疗研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(99): 54-55, 58.
- [11] 王楼珍. 针刀疗法联合面部刮痧治疗顽固性面瘫36例[J]. 中国民间疗法, 2020, 28(19): 38-40.
- [12] 杨斌. 腧穴热敏灸治疗Bell's面瘫的临床效应规律研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2010.
- [13] 赵美艳, 王丕敏. 顽固性面瘫的认识及针灸治疗概况[J]. 中医药临床杂志, 2018, 30(9): 1757-1760.
- [14] 薛立功. 中国经筋学[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2009.
- [15] 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.
- [16] 朱自涛, 赵红利. 针刀加手法整复治疗顽固性面神经麻痹[J]. 中国社区医师(医学专业), 2013, 15(4): 223-224.

【责任编辑: 贺小英】