

**SOUTH BAYLO UNIVERSITY**

**Clinical Study of Peripheral Facial Palsy**

**周围性面神经麻痹临床研究**

**by**

**Yu Lan Wang**

**A RESEARCH PROJECT SUBMITTED**

**IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE**

**REQUIREMENTS FOR THE DEGREE**

**Doctor of Acupuncture and Oriental Medicine**

**ANAHEIM, CALIFORNIA**

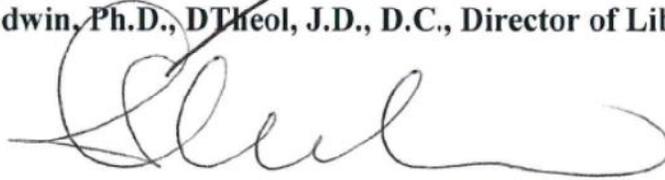
**SEPTEMBER 2015**

**APPROVED BY RESEARCH PROJECT COMMITTEE**



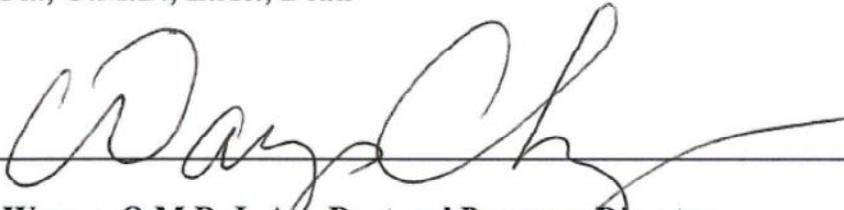
---

**Follick, Edwin, Ph.D., DTheol, J.D., D.C., Director of Libraries and ADA Officer**



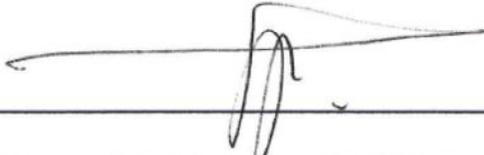
---

**Melen, Pia, O.M.D., L.Ac., Dean**



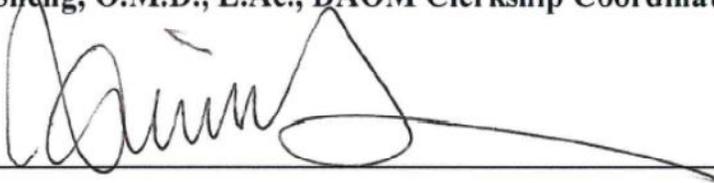
---

**Cheng, Wayne, O.M.D, L.Ac., Doctoral Program Director**



---

**Li, Sheng, O.M.D., L.Ac., DAOM Clerkship Coordinator**



---

**Sun, Xuemin, M.D.(China), Ph.D., L.Ac., DAOM Research Coordinator**

**SOUTH BAYLO UNIVERSITY**

**ANAHEIM, CALIFORNIA**

**September 29, 2015**

**Copyright**

**by**

**Yu Lan Wang**

**2015**

## **Clinical Study of Peripheral Facial Palsy**

### **周围性面神经麻痹临床研究**

**Yu Lan Wang**

**SOUTH BAYLO UNIVERISTY AT ANAHEIM, 2015**

**Research Adviser: Qi Wei Zheng, Ph.D., L.Ac.**

### **ABSTRACT**

The main specific sign of the peripheral facial palsy is impediment of motor function of muscles of facial expression. The disease can arise at any age. In clinic it is often seen as one of diseases of nervous system. Acupuncture and herbs of Traditional Chinese Medicine have a very good therapeutic effect. However, there are small numbers of patients who could not heal properly and has residual symptoms for rest of their life due to delay of treatment, inadequate methods of treatment to different conditions of the disease.

Around 100 clinical reports were collected from Google network, in regarding treatment of peripheral facial palsy with Chinese medicine and herbs, as well as treatment with Western medicine. Among them 51 articles were chosen according to criteria of effectiveness. They are researches made from different aspects: etiology of disease and treatment effect, choosing appropriate time and effect of treatment, length of treatment and its effect, different methods of treatment and their effectiveness, different acupuncture points and their connection with effectiveness of treatment.

Comparative analysis was made of combination of Chinese and Western medicine, as well as comparison between Chinese methods only and Western methods only. The results of research showed that effectiveness of combination of Chinese medicine and Western medicine is superior to that of treatment with Chinese or Western methods only. The duration of treatment with combination of Chinese and Western medicine is shorter, the effect of treatment obviously appears earlier, and side effects are minuscule.

This study also reported a special case, in which the patient's facial nerve was damaged during the surgery 29 years ago, and finally got recovered after two month treatment by regulating Spleen and Stomach, dredging channels with acupuncture, moxibustion and Chinese herbal formulas. The case is a valuable precedent for acupuncture treatment of facial paralysis, especially in the treatment of facial paralysis sequela, with combination of acupuncture and Chinese herbal medicine.

**Keyword: Facial Palsy, Peripheral Facial Palsy, Facial Paralysis Sequela, Acupuncture, Combined Treatment of Peripheral Facial Palsy**

## TABLE OF CONTENTS

I.	INTRODUCTION	1
II.	METHODOLOGY	3
III.	RESULTS	11
IV.	DISCUSSION	12
V.	REFERENCES	16
	APPENDIX	
	-TYPICAL CASES	21
	-PERIPHERAL FACIAL PALSY OUTLINE	26

## I. INTRODUCTION

周围性面神经麻痹是常见病，多发病，严重的损害人们身体和心理的健康。因此，如何研究周围性面神经麻痹的治疗方法、后遗症的根治，是医疗界极待研究及解决的问题。因此，本人在 GOOGLE 网上阅读了近 500 篇有关面神经麻痹的论文，收集了 100 篇有关面神经麻痹的论文，采纳了 51 篇。目的是通过进一步的分析研究面神经的西医解剖位置，面神经与相邻组织、器官的关系。本人收集了 11 篇有关论文，提供 4 幅正常解剖图谱和 3 幅在颞部异常解剖图谱，以便了解面神经受损伤的具体位置。总结出西医病因 19 条，中医病因辨证 8 条，研究病因，以便制定治疗方案。同时也找到预防措施，总结临床表现 6 条。根据临床表现，诊断依据，作出诊断和鉴别诊断（附 2）。关于周围性面神经麻痹的治疗方法与疗效的关系，本人收集了 23 篇相关论文，有对照组的 7 篇，无对照组的 16 篇。总结出综合治疗组疗效高于单纯常规针刺治疗组(对照组)疗效。综合治疗组疗效也高于单纯西医治疗组(对照组)。用综合治疗方法治疗周围性面神经麻痹都取得了较好的疗效。治疗方法的选择决定病人的病情趋势，疗程的长短，疗效，是否留有后遗症，是本文的最重要的部分。其次是治疗时机与疗效的关系，本人收集了 6 篇相关论文。急性期(发病 1—7 天)开始治疗的疗效好于恢复期，也就是说一旦发病开始治疗越早疗效越好，可以使治疗时间缩短，使后遗症越少。关于疗程与疗效的关系，本人收集了 5 篇有关论文，总结出在发病 1 天—12 周内，疗程长的疗效比疗程短疗效好。有关治疗周围性面神经麻痹的常用穴位的归纳，本人收集了 15 篇论文，经归纳整理最常用的针刺治穴位先后为地仓，颊车，阳白，合谷，四白，太阳，翳风，下关，风池，颧髎，攒竹，承浆，丝竹空，足三里，鱼腰，外关。有关中草药的应用一般采用牵正散加味，也有用补阳还五汤加减，也有自拟方，方剂的选择都要根据中医辨证的而定。本人具有四十多年的中西医临床经验，有关周围性面神经麻痹的病人治疗许多例，大多在发病急性期到 2

年内开始治疗，疗效 99%，在 2001 年，本人在北京自己的診所里，有一例男性病人周围性面神经麻痹后遗症 14 年，我仅用针刺将他治愈。在 2014 年，在美国南加州哈岗診所治愈一例周围性面神经麻痹后遗症 29 年的女性病人。开始治疗用针刺加中药汤剂内服，10 天后只用针刺，每周两次，采用中药主要注重活血化瘀、通络、健脾和舒肝。针刺穴位，采用常用面穴和合谷、太冲，每次选 4—5 个穴位。另外本人有个經驗穴，即“冲門”穴，取穴方法：冲門穴位于人体的腹股沟外侧，距耻骨联合上缘中點外 3.5 寸。該穴意指脾经下部諸穴传来的经气由本穴上冲腹部。本穴物质为脾经腿膝下部经气汇集而成。在本穴的运行受热的上冲之状态。气血特征为强劲的风气，气血物质为阳热风气。功能主治腹痛、疝气、崩漏、带下，运行规律：运化脾土，健脾化湿，理气解痉。本人收集了 6 篇有关冲門穴的论文，到目前为止尚沒有针刺“冲門”穴治疗周围性面神经麻痹的报导。本人针刺“冲門”穴治疗周围性面神经麻痹的理由是：1，冲門穴是足太阴脾经之穴，脾主肌肉，理气解痉，健脾化湿。2，冲門穴络脉于胃经，而足阳明胃经循行于面部，即冲門穴通过絡脉与足阳明胃经相通，因此针刺冲門穴能治疗周围性面神经麻痹。本人用不同的手法治疗，即“快針”法，治疗周围性面神经麻痹，具体手法是：先在“冲門”穴快速进针皮下，立即将针尖向下进针 1 寸至 1.2 寸，马上大幅度提插捻转，并嘱病人用手揉搓患側面部，约 30 秒钟快速将手中针拔出。本人就是在大家熟習的常规针刺治疗和中药汤剂治疗周围性面神经麻痹的基础上，再加上自己的經驗穴“冲門”穴，并用本人的“快針”手法治愈了病程长达 29 年顽固性周围性面神经麻痹后遗症的女病人。取得了滿意的疗效。现在将我的一点經驗介绍了一下。以便今后治疗周围性面神经麻痹时参考。同时寻求大家的帮助和指导。

## II. METHODOLOGY

本人在Google上阅读了近500篇有关周围性面神经麻痹的论文，并收集了100篇，采纳了51篇，经归纳分析有对照组的论文13篇，无对照组的论文38篇。根据一，关于周围性面神经麻痹中医病因辨证。根据二，1关于周围性面神经麻痹综合治疗与常规针刺疗效的对比。2周围性面神经麻痹综合治疗与单纯西药治疗疗效对比。3. 综合治疗疗效观察。根据三，周围性面神经麻痹治疗时机与疗效的关系。根据四，周围性面神经麻痹疗程与与疗效的关系。根据五，周围性面神经麻痹针刺穴位的观察。进行系统研究，以便寻求周围性面神经麻痹的病因、治疗方法的选择、最佳的治疗时机、研究疗程与疗效的关系和针刺穴位的选择及穴位的先后顺序的应用原则。进行系统研究，以便寻求到周围性面神经麻痹的发病原因，不同的治疗方法与疗效的关系，最佳治疗时机的选择，疗程长短的确定，治疗周围性面神经麻痹针刺穴位的选择，穴位应用的先后顺序的确定。

## III. RESULTS

表格（一）周围性面神经麻痹中医病因辨证，共收集11篇有关论文。总结出风寒是引起周围性面神经麻痹的最主要病因，风热、风痰、正气不足是周围性面神经麻痹的次要病因。表格（二）周围性面神经麻痹治疗方法与疗效的关系，共收集了23篇相关论文，有对照的7篇，无对照的16篇，总结出中西医结合的综合治疗疗效最佳。而单纯西医治疗，或单纯常规针刺治疗均没有中西医结合综合治疗疗效高，疗程短。表格（三）周围性面神经麻痹治疗时机与疗效的关系。共收集了6篇相关论文，有对照的5篇，无对照的1篇，总结出急性期(发病1—7天)开始治疗疗效最佳，其次为恢复期(发病8—15天)，以后恢复很慢。表格（四）周围性面神经麻痹疗程与疗效的关系，共收集了5篇相关论文。总结出治疗应在急性期抓紧治疗。其次要在

恢复期治疗，疗程长比疗程短疗效高。以后疗效很差。表格（五）周围性面神经麻痹针刺穴位观察。共收集了16篇论文，总结出在治疗周围性面神经麻痹时针灸穴位的选择最多疗效最好的穴位，先后为地仓，颊车，阳白，合谷，太阳，四白，风池，攒竹等。

表 1 周围性面神经麻痹的中医病因辨证

	风寒	瘀热	痰热	风湿	血瘀	肝瘀	正气	卫外
作者	阻络	生风	生痰	阻络	生风	生风	不足	不固
王 <sup>[1]</sup>	v	v	v				v	v
马 <sup>[2]</sup>			v			v		v
楚 <sup>[3]</sup>	v	v	v	v	v	v		
庄 <sup>[4]</sup>	v	v			v		v	v
张 <sup>[5]</sup>	v			v				
吕 <sup>[6]</sup>	v		v			v	v	
刘 <sup>[7]</sup>		v	v			v	v	
陆 <sup>[8]</sup>	v		v					
张 <sup>[9]</sup>	v	v	v	v			v	
黑 <sup>[13]</sup>	v	v					v	v
百度 <sup>[16]</sup>	v	v	v		v			

共 11 篇论文，经过上述分析比较，风寒阻络是周围性面神经麻痹主要致病原因，其次为瘀热生痰、瘀热生风和正气不足。

表 2-1 周围性面神经麻痹综合治疗与常规针刺治疗疗效对比 疗效%

作者	治疗组		对照组		P	x <sup>2</sup>
	方法	例数 疗效	方法	例数疗效		
王【10】	超短波, 针刺, T D P, 电脑中频。	63 82.5	单纯常规针刺治疗组。	63 63.5	P < 0.05	x <sup>2</sup> =5.8
卢【40】	超短波, 电脑中频, 针刺	42 100	同上	30 96.6	P < 0.01	x <sup>2</sup> =15.79
远【25】	调中法, 主穴印堂、人中承浆, 配穴阴交 合谷等	72 98.6	同上	52 88.5	P < 0.05	
潘【43】	电针: 常规针刺后, 加电针治疗议。红外线照射	70	同上	70	P < 0.05	

共收集了采纳了四篇论文, 治疗组: 用综合治疗方法。对照组: 用单纯常规针刺治疗方法。

经上述分析比较, 综合治疗方法比单纯常规针刺治疗方法疗效好。

表 2-2 周围性面神经麻痹综合治疗与西药治疗疗效对比 疗效%

治疗组		对照组		P x <sup>2</sup>		
作者	方法	例数	疗效	方法	例数	疗效
张 <sup>[42]</sup>	泼尼松, 维生素 B <sub>1</sub> , B <sub>12</sub> , 针刺, 自拟中方药。	50		激素, 维生素 B <sub>1</sub> , B <sub>12</sub>	46	
						P < 0.05
代 <sup>[24]</sup>	中药“牵正散”汤药, 内服。	65		同上	81	44,
			58.46			
					4	P < 0.05
罗 <sup>[19]</sup>	泼尼松, 维生素 B <sub>1</sub> B <sub>12</sub> 地巴唑, 激光, 物理因子	30	90	同上	30	70
						P < 0.001 x <sup>2</sup> =49

共三篇论文, 治疗组: 综合治疗组。对照组: 西药治疗组, 用激素, 维生素 B<sub>1</sub>、B<sub>12</sub>。经分析比较, 综合治疗方法比单纯西医用激素和维生素 B<sub>1</sub>、B<sub>12</sub> 治疗方法疗效高。

表 2-3 周围性面神经麻痹综合治疗疗效观察 疗效%

作者	治疗方法	例数	疗效
杨 <sup>[26]</sup>	电针和中药方剂汤药联合应用。	58	98.2
陆 <sup>[8]</sup>	电针，水针维生素 B1， B12 远红外线中药西药	24	100
由 <sup>[24]</sup>	针患侧阳白鱼腰太阳丝竹空颊车颞髁健侧合谷外关，电针神灯照射	90	97.7
吕 <sup>[6]</sup>	针刺，地塞米松，电疗维生素 B1、 B12，泛敏补	25	95
齐 <sup>[20]</sup>	强的松口服、维生素 B1、 B12，加兰他敏、常规针灸	32	93.7
刘 <sup>[7]</sup>	牵正散加味，马前子外敷穴位注射黄芪液，维生素 B1、 B12	48	95， 8
张 <sup>[28]</sup>	中西医结合，地塞米松，维生素 B1、 B12 大斑蝥，大巴豆，鲜生姜外敷	60	91， 7
自采 <sup>[22]</sup>	超短波，神灯，碘透，电刺激，强的松，维生素 B1， B12	346	89.1
庄 <sup>[4]</sup>	推拿补泻治疗	40	92.5
好 <sup>[29]</sup>	激素，维生素 B1， B12 辅酶 Q105，胞二磷胆硷，706 代血浆	100	100
张 <sup>[5]</sup>	激素，维生素 B1、 B12 中药外敷	60	91.7
张 <sup>[14]</sup>	针灸、激素、维生素 B1、 B12、红外线、超短波、电脑中频、物理因子，按摩综合治疗	109	97
杨 <sup>[38]</sup>	辨证施治风寒，肝胆湿热针刺患侧面穴健侧合谷	1028	100
李 <sup>[39]</sup>	辨证施治，外邪壅络，风寒，风热，中药一汤剂、常规针灸	40	90
由 <sup>[21]</sup>	针刺面穴，电针，神灯	90	97， 8
刘 <sup>[45]</sup>	针刺面穴，电针，面部透穴地仓透颊车，四白透迎香，阳白透鱼腰	50	96

无对照组，共 16 篇论文，各种不同组合综合治疗方法都有较高的疗效。

总共 23 篇，有对照的 7 篇，无对照的 16 篇。经比较分析综合治疗方法疗效最好，比中医单纯常规针刺治疗方法疗效高，也比单纯西医治疗效果。另外不同组合综合治疗方法疗效也比较好。

表 3 周围性面神经麻痹治疗时机与疗效的关系 疗效%

作者	治疗组 急性期(1—7)天			对照组 恢复期(8—15)天			P	X <sup>2</sup>
	治疗方法	例数	疗效	治疗方法	例数	疗效		
方 <sup>[11]</sup>	针刺, 电针	108	100	针刺, 电针, 同 治疗组	36	97.2	P < 0.01	X <sup>2</sup> =14.63
杨 <sup>[12]</sup>	针刺, 艾灸, 电针,	96	99	同治疗组	54	96.3	P < 0.05	X <sup>2</sup> =15.2
张 <sup>[18]</sup>	西药 激光 针刺 按摩	400	100	同治疗组治	400	96	P < 0.01	
自 <sup>[22]</sup>	心理治疗物理治 疗药物治疗训练 瘫痪面肌	276	89.1	同治疗组	88	78.2	P < 0.01	X <sup>2</sup> =23.6
张 <sup>[14]</sup>	物理因子, 药物, 按摩, 心理疏导等 综合治疗	109	97					
王 <sup>[17]</sup>	针刺治疗	260	75.3	同治疗组治	260	57.5	P < 0.01	

共 6 篇论文, 有对照的 5 篇, 无对照的 1 篇。经比较分析周围性面神经麻痹治疗时机在急性期(发病 1—7 天)开始治疗比恢复期(发病 8—15 天)治疗疗效好。

表 4 周围性面神经麻痹疗程与疗效的关系

作者	总共治疗时间	例数	疗效
刘 <sup>【7】</sup>	4 周至 12 周	48	95.8%
由 <sup>【21】</sup>	20 天	90	97.8%
朱 <sup>【41】</sup>	2 周治愈 8 例，四周治愈 32 例，8 周治愈 8 例，12 周治愈 2 例	50	100%
杨 <sup>【26】</sup>	7 天，18	57	98%
罗 <sup>【19】</sup>	2 周	60	70%
罗 <sup>【10】</sup>	4 周	60	90%

共收集 5 篇论文，经分析研究得出结论是：周围性面神经麻痹在发病 12 周内，疗程长的疗效比疗程短的疗效好。

表 5 治疗周围性面神经麻痹常用针刺穴位归纳

作者	阳白	鱼腰	太阳	丝竹空	地仓	翳风	颧髻	下关	颊车	曲池	风池	承浆	四白	足三里	太阳	合谷	外关	攒竹
由 <sup>[21]</sup>	v	v	v	v	v	v	v										v	v
刘 <sup>[7]</sup>	v		v		v			v	v									
医源 <sup>[48]</sup>					v	v		v		v					v	v		
自采 <sup>[8]</sup>	v				v	v		v	v			v	v	v		v	v	v
王 <sup>[10]</sup>	v	v		v	v			v				v	v		v	v		v
杨 <sup>[47]</sup>	v		v		v		v	v	v		v			v		v		v
郭 <sup>[46]</sup>			v		v	v		v	v	v	v		v	v		v		
刘 <sup>[45]</sup>	v				v			v	v			v				v		
卢 <sup>[40]</sup>	v		v		v			v		v								
朱 <sup>[41]</sup>			v		v	v				v								
张 <sup>[42]</sup>	v				v			v	v			v	v					
杨 <sup>[26]</sup>					v		v			v								
百度 <sup>[49]</sup>	v				v			v		v	v	v		v	v			v
百科 <sup>[50]</sup>			v	v	v	v	v						v			v		
远 <sup>[25]</sup>	v				v		v	v	v		v		v			v		v

共收集 15 篇有关论文，经分析比较在周围性面神经麻痹治疗中，最常用的针刺穴位先后为地仓，颊车，阳白，合谷，太阳，四白，风池，攒竹等。



#### IV. DISCUSSION

周围性面神经麻痹可由多种原因损伤面神经核以下面神经纤维引起，病理改变为核下部分的面神经水肿和脱髓鞘，轴突变性。临床表现为侧面部神经麻痹，支配面部表情肌的运动神经功能障碍。

一，中医病因辨证多以风寒、风热、风痰、正气不足引起面瘫。本人采纳了11篇论文，经归纳分析风寒阻络是周围性面神经麻痹的主要致原因。其次依次为痰热生痰、痰热生风和正气不足。本人认为周围性面神经麻痹的病因有以下两种情况，其1，正气不足，气滞血瘀，身体将能维持在健康的边缘，稍有病理因素的作用，特别是风寒阻络时，极易发生周围性面神经麻痹。其2，病人身体素质正常，但致病因素强烈，特别严重感受风寒，也会患周围性面神经麻痹。周围性面神经麻痹的病理变化是急性经络闭阻，机体立刻产生强烈的反应，面部经络进一步痉挛性闭阻，造成面肌产生严重气滞血瘀，严重失去濡养，因此患侧面肌缓而不收，形成面瘫。因此，治疗面瘫采用针刺相关穴位，通经活络，行气活血，自古以来积累了丰富的经验，治愈了很多病人。中药牵正散，白附子味辛性温有毒，主入阳明经，善行头面，祛风化痰止痉。僵蚕、全蝎二者皆可熄风止痉，全蝎长于通络，僵蚕并可化痰。用热酒调服，宜通血脉，以助药势，引药直达病所。治疗面瘫，取得了非常好的疗效。而西医有明确的解剖位置，病理反应清楚，周围性面神经麻痹是由于周围性面神经炎症、水肿、脱髓鞘和轴突变性产生的。一旦病理因素作用于人体，人体产生强烈的应激状态，产生剧烈变态反应，小动脉强烈收缩，导致神经、肌肉缺血缺氧，并有病理产物组织胺的出现，进一步加重变态反应。西医用激素抗炎抗敏，减轻变态反应。同时给面神经营养，通常给针剂维生素B1、B12，面神经炎症、水肿甚至坏死，它所支配的面部表情肌功能障碍，出现面瘫，局部缺血缺氧，进一步使面神经受损害，形成恶性循环。必须马上治疗，打破恶性循环，活血化瘀，保护受

损的神经纤维，和缺血缺氧的组织。以便得到再灌注，修复损伤。

二，周围性面神经麻痹治疗方法与疗效的关系，本人收集并采纳了23篇论文，有对照的7篇，无对照的16篇，由于时代的进展，科学的发展，带动了医学的进步，以前由于缺乏解剖知识，没有电子设备，先人们通过辨证用单纯针刺治疗周围性面神经麻痹，取得了相当的成就，现在面神经的解剖已经清楚，电子业飞速发展，广泛用于医学，增加了诊断和多种治疗手段，如电针、激光、红外线照射患侧，电脑中频等。西医药的应用，使周围性面神经麻痹的疗效明显提高。用3份表格表示。

表(二)

1，综合治疗组与对照组单纯常规针刺治疗组疗效比较。收集采纳4篇论文，综合治疗组疗效明显好于常规针刺治疗(对照组)。综合治疗组对周围性面神经麻痹引起的面部肌肉的瘫痪有较快、较好的恢复作用。两组疗效有显著差异，综合治疗组疗效好于对照组常规针灸组。总之，上述4篇论文，用不同的综合治疗的疗效好于常规针灸的疗效。

2，综合治疗与西医治疗疗效的比较，西医通常用激素和维生素B1和维生素B12治疗周围性面神经麻痹，两组对比有显著差异，治疗组使受损害面神经的恢复疗效优于西医对照组。从以上3篇论文，可以总结出，综合治疗组治疗周围性面神经麻痹的疗效好于单用西医治疗组(对照组)

3，单用不同的综合治疗，(没有对照组)，本人又收集采纳了16篇论文，用不同的综合治疗方法治疗周围性面神经麻痹都取得了较高的疗效。从以上16篇论文得出结论，即中西医结合综合治疗疗效好。

综上所述周围性面神经麻痹的治疗方法与疗效有重要关系。即综合治疗比单纯常规针刺疗效好。也比单纯西医治疗疗效好。用不同组合的综合治疗疗效也比较好。

三，周围性面神经麻痹治疗时机与疗效的关系。治疗组用针刺、电针综合治疗方法，对照组用针刺、电针同治疗组，治疗组疗效比对照组好。本人收集6篇论文，有对照的5篇，无对照组的1篇，关于周围性面神经麻痹治疗时机的选择，治疗组，急性期(发病1—7天)，开始用综合治疗，对照组，恢复期(发病8—15天)开始同样综合治疗，治疗组发病1—7天开始治疗疗效比恢复期发病8—15天要好。说明治疗组也就是病人发病后治疗开始越早疗效越好。急性期(发病1—7天)是最佳的治疗机会，其次为恢复期(发病(8—15天)。开始治疗越晚疗效越差。因为发病早期神经、体液、组织、器官虽然受到损害，有些尚处在可逆状态，及时治疗很容易恢复。过后，上述神经、组织、体液、器官由于长时间未得治疗出现了不可逆的变化。虽然医治方法相同，但疗效肯定不同，急性期开始治疗疗效好于恢复期。经分析比较上述6篇论文，周围性面神经麻痹的治疗时机以急性期(发病1—7天)开始治疗疗效好于恢复期(发8—15天)。

#### 四，周围性面神经麻痹疗程与疗效的关系

本人收集了6篇论文，经分析研究后得出结论是：周围性面神经麻痹疗程长的疗效比疗程短的疗效好。本人认为，有一句俗语，”得病如山倒，去病如抽丝”有些病人可因各种原因病程长，如高年龄、体弱、有慢性疾病等，当时不能治愈，经过相当长的时间慢慢治好了。用相同的综合治疗方法治疗，疗程长的疗效比疗程短的疗好。

五，

周围性面神经麻痹的针刺穴位的归纳，本人收集了15篇论文，基本在表(五)中18个穴位中选择3至5个穴位，是根据病情选择穴位，经比较在周围性面神经麻痹治疗中最常用的针刺穴位按先后顺序为地仓15，颊车11，阳白10，合谷10，太阳7四白8，风池6，翳风6 下关6 颧髻5 攒竹5。

针刺穴位的确定其实不是一呈不变的，视具体病人具体病情而定，不必硬套文献上经验，本

人于2013年秋季，曾治疗一例轻度右侧面神经麻痹的女病人，只针颧髎，合谷二穴病情明显好转，嘴眼歪斜恢复正常。以后本人又开始巩固治疗，用地仓，颊车，太阳，攒竹等，服一些活血化的中药汤剂。针刺共12次，隔日一次，中药服7剂后痊愈。就是具体情况具体对待，对年青初病患者针刺穴位少，老年久病针刺穴位多，疗程长。

## V. REFERENCES

- 1, 王付: 特发性面神经麻痹辨治。中国中医药报, 2011 — 10 — 25
- 2, 马保存: 面神经麻痹的辨治与治疗体会。中国民康医学, 2008: 20(60)
- 3, 楚海波: 治疗周围性面神经麻痹自拟方。中国中医药报, 2011 — 1 — 29
- 4, 庄海春, 王文刚, 武雪宇: 推拿补泻手法治疗面神经麻痹 40 例。中华推拿疗法杂志, 2009: 2(1)
- 5, 张永寿: 中西医结合治疗面神经麻痹 60 例疗效观察。中华实用医药杂志, 2010: 10(3)
- 6, 吕小亮: 中西医结合治疗特发性面神经麻痹 25 例。中华中西医杂志, 2004: 5(19)
- 7, 刘方霞, 刘宁州, 蔡霞: 面神经麻痹 48 例临床体会。中华现代中医学杂志, 2007: 3(3)
- 8, 陆华: 综合治疗面神经麻痹的探讨。中华现代中西医杂志, 2009: 7(2)
- 9, 张金贵: 中西医结合治疗特发性面神经麻痹 50 例的体会。中华医药杂志, 2007: 7(1)
- 10, 王彬, 万里: 分期综合治疗特发性面神经麻痹。中华现代临床医学杂志, 2005: 3(3)
- 11, 方美善, 冯桂梅: 周围性面神经麻痹针刺时机的选择。中国针灸, 2001: 21(7)
- 12, 杨广印, 张冬梅, 徐维等: 周围性面神经麻痹针灸治疗时机与疗效的关系。针灸临床杂志, 2004 : 20(3)
- 13, 孙申田: 面神经麻痹诊疗方案。GOOGLE: [www.hljtcm.com/news\\_detail3/newsId=17.html](http://www.hljtcm.com/news_detail3/newsId=17.html)
- 14, 张宜玲, 邵东北, 黄勇: 周围性面神经麻痹的康复治疗。安徽医学, 2010: 31(2)
- 15, 沙岩: 针灸治疗周围性面瘫临床研究近况。中国针灸, 1999: (11)
- 16, 特发性面神经麻痹。百度百科: 2015。http: // baike. baidu. com/ view/ 1121492. htm
- 17, 王守勇, 张业贵, 马辉等: 针刺治疗周围性面神经麻痹的时机与疗效观察。内蒙古中医药, 2005: (5): 7

- 18, 张占军, 陈长春, 刘君等: 综合疗法治疗周围性面神经麻痹 400 例临床观察。Wfas20 周年论文集
- 19, 罗娟, 吴敏, 胡永善等: 急性面神经炎综合康复治疗的疗效观察。中国康复医学杂志, 2008: 23(6)
- 20, 齐开春: 糖尿病并面神经麻痹 32 例临床分析。中国民康医学, 2008: 20(19)
- 21, 由冬冶: 周围性面神经麻痹针灸治疗及体会。中华现代中西医杂志, 2007: 5(6)
- 22, 论文汇编作者, 周围性面神经麻痹的康复治疗。如雪生活网: 2008。  
[www.rxyj.org/html/2010/0412/35741.php](http://www.rxyj.org/html/2010/0412/35741.php)
- 23, 面神经炎中西药治疗方案。360doc 个人图书馆: 2007:  
[www.360doc.com/content/.../514965\\_11523890shtm](http://www.360doc.com/content/.../514965_11523890shtm)
- 24, 代启彬: 周围性面瘫的临床治疗研究。中华现代中医学杂志 2005: 1(1)
- 25, 远慧茹, 张杰, 马志国: ”调中法”治疗周围性面神经麻痹临床研究。天津中医药, 2004: 21(4)
- 26, 杨林森, 陶燕: 电针、中药并用治疗面神经麻痹 58 例。中华现代临床医学杂志, 2006: 4(4)
- 27, 张晓光, 张宪忠, 李梅: 周围性面神经麻痹的临床综合检测观察。中华现代临床医学杂志, 2004: 2(6A)
- 28, 张永寿: 中西医结合治疗面神经麻痹 60 例疗程观察。中华实用医药杂志, 2010: 10(3)
- 29, 面神经炎(面瘫: 面神经麻痹)中西药治疗方案 3: 面神经炎。360doc 个人图书馆 ,  
[www.360doc.com/relevant/11523890\\_more.shtml](http://www.360doc.com/relevant/11523890_more.shtml)
- 30, 万培刚: 艾灸治疗周围性面神经炎 50 例。上海针灸杂志, 1998; 17(2): 13

- 31, 刘胜: 再谈周围性面瘫灸治疗时机。中国针灸杂志, 1998; 17(12): 50
- 32 王軍, 刘艳: 不同损伤平面的周围性面神经麻痹的针灸治疗。针灸临床杂志, 1997; 13(4, 5): 86
- 33, 于澎, 等: 周围性面瘫神经定位与针刺疗效相关性研究。中国针灸, 1998; 18(6): 329
- 35, 夏勇, 邬继红, 徐天泉: 温针灸法治疗周围性面瘫的面神经电图的研究。针灸临床杂志, 1996; 12(7, 8): 39
- 35, 董文萍: 分阶段针刺治疗周围性面瘫 50 例。湖北中医杂志, 1998; 20(2): 52
- 36, 庄子齐: 直接灸治疗面瘫 36 例临床观察。新中医, 1994; (10): 32
- 37, 沈美兰, 丁仁群: 隔姜灸治疗顽固性面瘫 21 例。针灸临床杂志, 1997; 13(9): 36
- 38, 杨文萍: 针灸为主治疗面神经麻痹 1028 例临床报告。针灸临床杂志, 1997; 13(9): 14
- 39, 李玉梅: 针灸治疗颜面神经麻痹 40 例。江苏中医, 1997; 18(2): 32
- 40, 卢庆, 李倩: 超短波中频并针灸治疗周围性面神经麻痹。中华中西医杂志, 2006: 7(23)
- 41, 朱炎剑: 中西医结合治疗面神经麻痹 50 例体会。中华现代中西医杂志, 2004: 2(2)
- 42, 张金贵: 中西医结合治疗特发性面神经麻痹 50 例的体会。中华医药杂志, 2007: 7(1)
- 43, 潘华, 李守然: 电针与常规针灸治疗面神经麻痹对照研究。中医针灸杂志, 2004: 24(8)
- 44, 黄友岐: 神经病学。人民卫生出版社, 北京: 1984
- 45, 刘俊涛, 谢宏全, 杨文海: 针灸治疗面神经麻痹的 50 例临床小结。中华现代中医学杂志, 2007: 3(1)
- 46, 郭泉义: 面神经麻痹 47 例综合康复治疗。中国煤炭工业医学杂志, 2006: 9(9)
- 47, 杨晓慧: 重用桂枝治周围性面神经麻痹。临床验案, 2011-4-21
- 48, 医源世界作者: 面神经麻痹的针刺疗法。针刺疗法杂志, 2010-1-14

49, 面部神经麻痹。百度文库: 2012。Wenku.baidu.com/...2ccb4747be1e650ea99d5.ht...

50, 面神经麻痹。A+医学百科: www.a-hospital.com/w/面神经麻痹

## APPENDIX

### 典型病历

姓名：            性别：女            年龄：58岁

初诊日期：02/05/2014

主诉：右侧面瘫 29年

#### 现病史：

患者于 29 年前因右耳流脓并全身高热，到台湾一家医院耳鼻喉科就医，诊断为化脓性中耳炎，并在右侧耳后乳突部行手术切开。术后患者热退，中耳炎好转，但出现右侧面瘫，病人面容被毁，心理压力，患者企图治好面瘫，恢复原来的面容，曾到过台湾多处医院，但未能治愈，并被告知，右侧面神经已切断，没办法医治。以后，患者又到中国寻找名医，不好转，患者不甘心，又到美国求医，不好转，来我诊所。

**既往史：**无高血压，高血脂、高血糖病史，无胸闷心悸史。无咳嗽、咳痰哮喘史。无反复腹痛，腹泻史

**家族史：**母健在，无高血压、无冠心病史。无遗传病史。父已去世，生前无高血压、高血糖、冠心病史。

**个人史：**无烟酒嗜好，不吸毒品。

**月经史：**13岁初潮，每30天一次，每次3天，45岁停经。

**婚姻史：**22岁结婚，婚后先后顺产2子，现健在，患者29岁离婚。58岁（今年）再婚。

**查体：**T 97度华氏，BP 120/80mmHg，P 80次/分，R 18次/分。

神清，检查合作，丑陋痛苦面容，右侧面完全瘫痪。患侧额纹变平，不能抬眉，不能蹙眉，患侧眼裂扩大，上下睑不能闭合，结膜外露，用力紧闭患侧眼睑时，眼球转向外上方，出现贝尔氏征。泪溢。患侧口角下垂，健侧口角向上歪斜，整个嘴以中线为中心与正常位置偏斜30度。不敢紧闭口唇，不能鼓腮、不能吹气，吹口哨漏气。患侧鼻唇沟变浅。饮水时漏水。吃食物时，食物易留在患侧牙齿与颊之间。患侧面浅感觉较健侧为弱，深感觉丧失。患侧面部紧绷麻木感，患侧面肌欠松软。伸舌时舌尖偏向健侧，舌胖大，舌苔白厚腻，舌尖边红，舌边有中度齿痕，扁桃腺不肿大，悬雍垂居中，尖部少许充血。牙龈无出血，无溢脓，牙齿无松动，未发现义齿。患侧鼻孔分泌液少于健侧，患者自觉患侧鼻孔粘膜发干。颈软，无抵抗，无颈静脉怒张，甲状腺不肿大，气管居中。胸廓无畸形，双侧对称，呼吸运动均等，两肺呼吸音清，未闻异常呼吸音。心界无扩大，心尖搏动正常，无弥散，心率80次/分，心律齐，各瓣膜无器质性杂音。腹平软，无肠型、蠕动波，无包块，无揉面感，无压痛，肝脾肋下未触及，肝颈静脉逆流征呈阴性。腹部叩诊呈鼓音。听诊肠鸣音正常，无减弱，亦无亢进和气过水声。双下肢无指凹性水肿。脊柱四肢无畸形，活动自如。肛门外生殖器未查。脉：双尺弱，右关脉弱。

**诊断：**右侧周围性面神经麻痹（外伤性）右侧面瘫痪，（肝肾阴虚，脾虚，气滞血瘀），

**鉴别诊断：**

1, 与中枢性面神经麻痹鉴别。 (1)

有明显右侧乳突外伤史，也是右侧面神经节以下损伤，也就是右侧面神经周围部分损伤 (2)

临床表现不同，中枢性面神经麻痹面的上部(眼的上部)不瘫，因为面神经核上部之中枢部有对侧的交叉神经纤维。而周围性面神经麻痹是一测全瘫，因为是损伤面神经的周围部分，没有对侧交叉纤维。

2, 与格林—巴利綜合征鉴别, 格林巴利綜合征也可出現面神经麻痹, 但多为双侧性, 且伴有对称性肢体瘫痪及脑脊液蛋白—細胞分离現象。能与本病人鉴别诊断。 3,

腮腺炎与中耳炎可并发面神经麻痹, 多有原发病的特殊症, 前者有腮腺肿大、压痛等表现, 后者有耳痛、耳鳴及流脓等表现。易与本例鉴别。 4,

颅后窝病变, 脑桥—小脑脚肿瘤、脑桥肿瘤、脑干炎等均可致周围性面神经麻痹。根据患侧同时有三叉神经、展神经麻痹及对侧肢体維体束征等, 不难鉴别。 5,

带状疱疹膝状神经节综合征: 带状疱疹病毒常侵犯面神经膝状神经节, 累及感觉与运动纤维。根据外耳部出現疱疹、耳痛及同侧周围性面神经麻痹可确诊。不难鉴别。 6,

先天性面神经麻痹: 生后即有临床表现, 可因先天性面, 常伴有患侧听力减退或耳畸型等。容易与本病鉴别。

**治疗原则:** 补肝肾, 健脾, 活血化瘀。使用针灸加中草药。

治疗: 1,

针刺: 患侧颧髎、地仓直刺, 手法平补平泻, 强刺激, 健侧合谷直刺, 平补平泻, 开四关即内关、太冲, 血海及三阴交均为直刺, 平补平泄年, 留针 30 分钟后启针。再针健侧冲門穴, 针尖向下, 进针 1 寸 至 1.5 寸, 大幅度快速提插捻转 30 秒钟后快速启针。与此同时嘱病人用手揉搓患侧面部, 术后, 病人的患侧下垂的嘴角向上, 健侧上提的口角向下移动, 整个嘴以中线为中心向正常位置回转 10 度左右。患者說: 患侧由原来紧绷麻木一下子变非常酸脹, 还有小的抽动, 原本发干的患侧鼻孔流出兩滴清水, 患侧内眼角流出兩滴眼泪。这说明原本全瘫 29 年的右侧面强烈的开始恢复, 这使医患产生了能治愈和繼續治疗的信心。 2,

中草药: 加味牵正散, 党参 10 赤芍 10 当归川 10 白附子 10 全蝎 5 (冲服) 僵蚕 10 白芷 10 防风 10 川芎 10 羌活 10 桂枝 10 黄芪 10 桃仁 10 红花 10 水煎服, 1 付/日分

早晚 2 次服。

**复诊日期：**02/08/2014

右側面神经麻痹明显好转，患者述右側面肌较前松软，眼睑闭合露睛变小，溢泪减少，口角流涎减少，患側面較治疗前舒服很多。继续前次针刺，啓針后上下眼睑闭合進一步好转，口角歪斜进一步減輕。继服上次中草药治疗。

**复诊日期：**02/11/2014

病情有好转，患者述患側面进一步较前松软，患側露睛逐渐减轻，泪溢减少，口角位置进一步恢复。患側鼻孔干燥减轻，吃食時患側牙齒与颊部間残留食物减少。

治疗：

針刺：患側地仓 阳白 太阳 颧髎 攒竹 魚腰 絲竹空 健側太阳 地仓及双側合谷，留针 30 分钟后啟針。再扎快針健側冲門。边扎边嘱病人尽最大力活动患側面部。冲門穴是脾经穴，主管肌肉，与胃经相表里，面癱是面部表情肌全癱，因此，治疗面癱离不开脾經要穴冲門。又胃经经过面部，治疗面癱多用胃经穴，脾的絡脉与胃经相聯系，因此选冲門穴一定有效。我曾查阅了近 10 年 100 篇关于周围性面神经麻痹的资料，也查阅了冲門穴的作用，认为从脾经下部诸穴传來的经气由本穴上冲腹部，本穴物质为脾经腿膝下部经气汇集而成，在本穴的运行行为受熱后的上冲之状，冲入腹部，气血物质为阳热風气，主治腹痛，疝氣，崩漏，帶下。没人用过冲門穴治疗面癱，这是我自己 40 多年來临床学习、研究、总结出來的經驗穴，曾用过许多不同病程的病人，一般多在发病第 2 天至 5 年的病人，大多在半年至 2 年在其它医疗单位沒治愈，然後才來我处求治，我曾多次加用此穴，效果一直很好。面癱 29 年能治愈的病人，我也是第一次遇到。

中草药：党参 10 黄芪 10 当归 10 赤芍 10 白芷 10 桂枝 10 桃仁 10 红花 10 川芎 5  
茯苓 10 白芍 10 枸杞子 10 三付水煎服，一付/日，分早晚二次服。

此后只用针刺，不用中药。断续近两个多月，有时三天治疗一次，有时五天来诊所治疗，每次选面部穴位 4—5 个，远端穴位合谷、太冲，冲门穴有时用患侧，有时用健侧，交替使用快针。随着治疗的进行，病情跟着逐步好转。最后额纹恢复与健侧几乎相同。患侧上下眼睑能完全闭合，泪溢止，能抬眉，但较健侧稍慢，患侧面肌能自如活动，鼻唇沟恢复与健侧相同，患者干燥的鼻孔开始与健侧同样湿润。整个嘴恢复正常位置，流涎止，能正常闭嘴，能鼓腮，吹气不再漏气，饮水不再漏水，说话不再费力，咬字清楚，吃饭时，食物不再存在患侧牙龈与颊之间。治疗效果非常满意。

医生：王玉兰 9/19/15

YULAN WANG

## 周围性面神经麻痹概述

### 一，面神经的解剖：

面神经即人体的第 7 对颅神经。自脑部的额叶中央前回下端的面神经皮层中枢发出，下达脑桥下部的面神经运动核。属于混合神经，面神经由两根组成，一是较大的运动根自脑桥小脑角区，脑桥延髓沟外侧部出脑，一是较小的混合根，称中间神经，自运动根的外侧出脑，两根进入内耳门合成一干，穿内耳道底进入与中耳骨室相邻的面神经管，先水平走行，后垂直下行由茎乳孔出颅，向前穿过腮腺到达面部。在面神经管内有膨大的膝神经节。

面神经含有四种纤维，具体如下：

- 1, 特殊内脏运动纤维起源于脑桥被盖部的面神经核，主要支配面肌的运动。
- 2, 一般内脏运动纤维起于脑桥的上涎核，属副交感神经节前纤维，在有关副交感神经节换元后的节后纤维分布于泪腺、下颌下腺、舌下腺及鼻腭粘膜腺，控制上述腺体的分泌。
- 3, 特殊内脏感觉纤维，即味觉纤维，其胞体位于颞骨岩部内，面神经管弯曲处的膝神经节 geniculate ganglion，周围突分布于舌前 2/3 粘膜的味蕾，中枢突终止于脑干内的孤束核
- 4, 一般躯体感觉纤维，传导耳部皮肤的躯体感觉和表情肌的本体感觉。

面神经有两根组成：一是较大的运动根自脑桥小脑角区、脑桥延髓沟外侧部出脑；一是较小的混合根，称中间神经，自运动根的外侧出脑，两根进入内耳门合成一干，穿内耳道底进入与中耳骨室相邻的面神经管，先水平走行，后垂直下行由茎乳孔出颅，向前穿过腮腺到达面部。在面神经管内有膨大的膝神经节。面神经穿经面神经管及最后穿出腮腺时都发出许多分枝。简列如下：

- 1, 面神经管内的分枝：

鼓索神经：传导味觉冲动及支配下颌下腺和舌下腺的分泌。岩大神经：也称岩浅大神经，含付交感分泌纤维，支配泪腺、愕及鼻粘膜的腺体分泌。镫骨肌神经：支配鼓室内的镫骨肌。

2, 颅外分支：面神经出茎乳孔后即发出 3 小支，支配枕肌、耳周围肌、二腹肌后腹和茎突舌骨肌。面神经主干前行进入腮腺实质，在腺内分支组成腮腺内丛，由丛发分支至腮腺前缘，呈辐射状穿出，分布于面部诸表情肌，具体分支如下：

颞支：支配额肌和眼轮匝肌。

颧支：3—4 支，支配眼轮匝肌和颧肌。

颊支：3—4 支，支配颊肌，口轮匝肌及其它口周围肌。

下颌缘支：分布于下唇诸肌。

颈支：支配颈阔肌。

面神经的全长可分为 9 段：

1, 运动神经核上段：(supranuclear segment) 起自于额叶中央前回下段的面神经皮质中枢，下达脑桥下部的面神经运动核。

2, 运动神经核段：(nuclear segment) 面神经根在脑桥中离开面神经核后，绕过展神经核至脑桥下缘穿出。

3, 小脑脑桥角段，(cerebellopontine segment) 面神经离开脑桥后，跨过小脑脑桥角，会同听神经抵达内耳门。此段虽不长，但可被迫扩展到 5CM 而不发生面瘫。

4, 内耳道段：(interna auditive canal segment) 面神经由内耳道门进入内耳道，偕同听神经到达内耳道底。

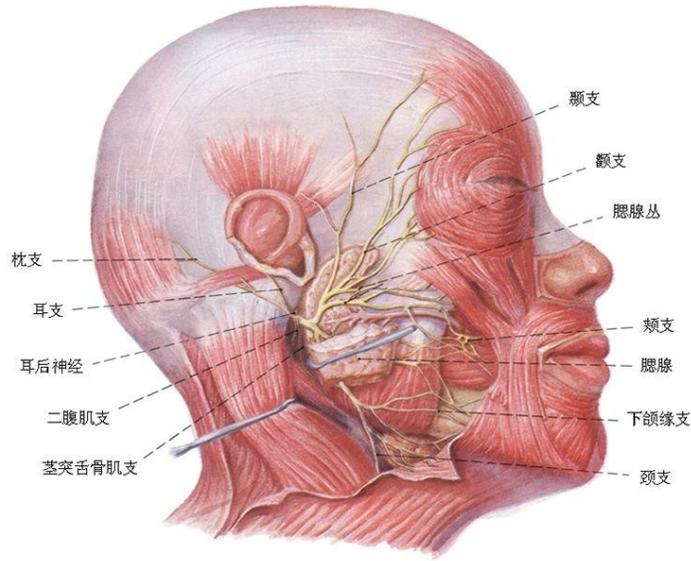
5, 迷路段: (labyrinthine segment) 面神经由内耳道底的前上方进入面神经管, 向外于前庭与耳蜗之间到达膝神经节, (geniculate ganglion) 此段最短, 长 2.25mm — 3mm。

6, 鼓室段, (tympanic segment) 又名水平段, 自膝神经节起向后并微向下, 经骨室内壁的骨管, 达前庭窗上方, 外半规管下方, 到达鼓室后壁锥隆起平面, 此处骨管最薄, 易遭病变侵蚀或手术损伤。亦将此段称为鼓室段(自膝神经节到外半规管下方)。

7, 锥段, (pyramid segment) 自外半规管下方到锥隆起平面, 传统上常将锥段划入鼓段。

8, 乳突段: (mastoid segment) 又称垂直段, 自鼓室后壁锥隆起高度向下达茎乳孔。此段部位较深, 在成人距乳突表面多超过 2cm。颞骨内面神经全长约为 30mm: 其中自膝神经节到锥隆起长约 11mm, 自锥隆起到茎乳孔长约 16mm。

9, 颞骨外段: (extratemporal segment) 面神经出茎乳孔后即发出耳后神经、二腹支、茎突舌骨肌支等小分支。面神经的终末支在茎突的外侧向外、前走行入腮腺。主干在腮腺内分为上支与下支, 二者弧形绕过腮腺岬部后又分为 5 支, 各分支间的纤维相互吻合, 最后分布于表情肌群。分别为额支, 颞支, 颊支, 下颌缘支, 颈支。



面神经在面部的分部

影像园  
www.XCTMR.com

正常解剖图谱-1

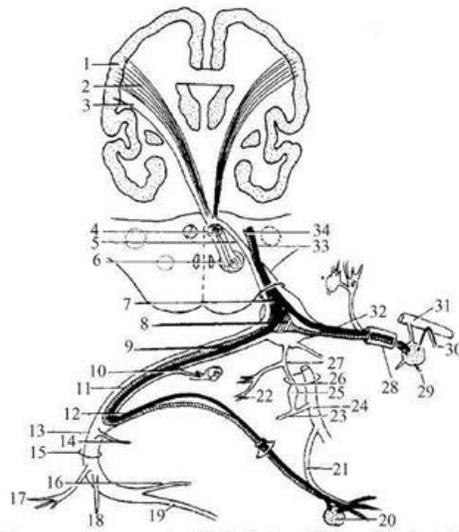
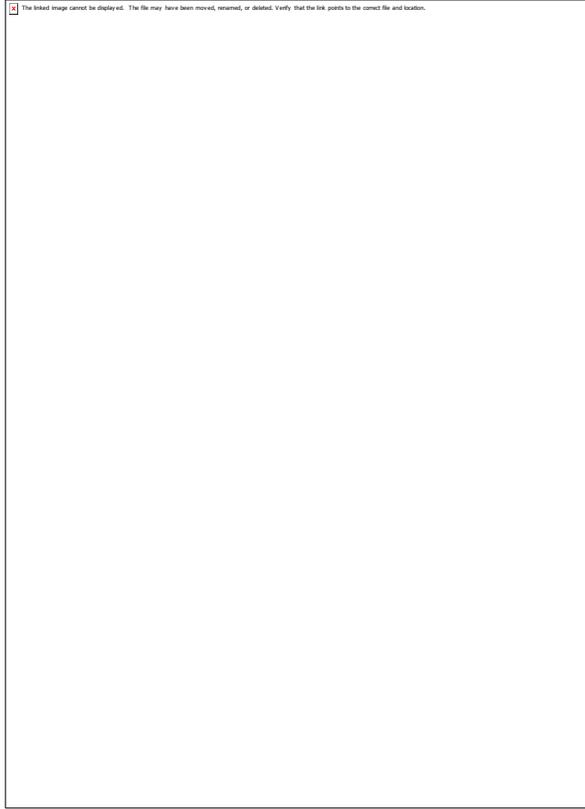


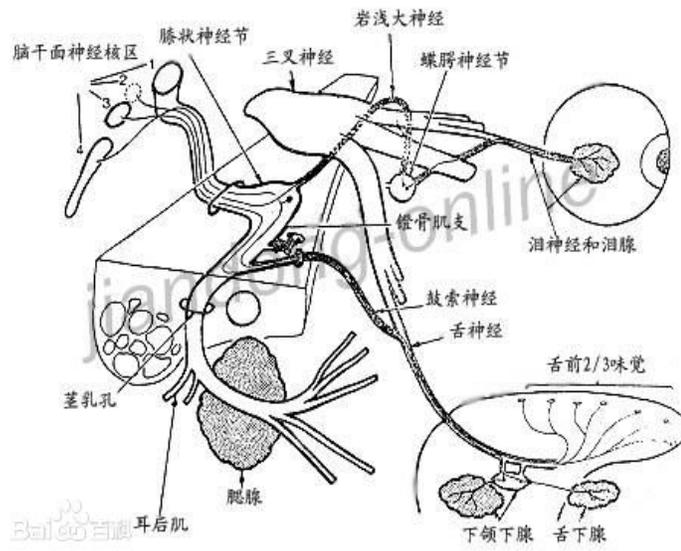
图 9.3.4.4-0-1 面神经核上、核部、核下示意图

1 脑皮中枢 2 供给面上部 3 供给面下部 4 展神经核 5 运动核 6 面神经核 7 面神经内耳道段 8 膝神经节 9 面神经水平段(镫骨肌支上段) 10 镫骨肌支 11 面神经垂直段(镫骨肌支下段) 12 鼓索神经 13 面神经的鼓索神经下段 14 迷走神经的耳支 15 茎乳孔 16 颞面神经支 17 耳后神经 18 二腹肌后腹神经支 19 颈面神经支 20 颌神经节 21 舌神经 22 鼓丛 23 耳颞神经 24 三叉神经第三支 25 耳神经节 26 卵圆孔 27 岩小浅神经 28 翼管 29 蝶腭神经节 30 颞神经 31 三叉神经第二支 32 岩大浅神经 33 面神经分泌纤维 34 面神经感觉纤维

正常解剖图谱-2



正常解剖图谱-3



面神经在人体分布  
正常解剖图谱-4

## 面神经在颞骨段的变异

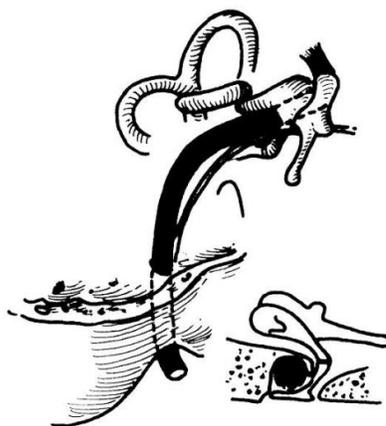
1. 面神经在颞骨段的变异分为下列数种(异常解剖图谱-1~异常解剖图谱-14)。

(1) 面神经骨管裂隙或缺损, 各家报道不一, 占 25%~74%, 大多发生在前庭窗附近的水平段占 61%, 锥段和乳突段占 21%和 18% (异常解剖图谱-1), 也有在匙突、膝神经节或垂直段的, 还有迷路段或膝部和颅中窝脑膜之间的骨质缺损, 或在面神经隐窝内壁和面神经管有缺损或有裂隙, 在缺损部面神经可呈息肉样脱出。若悬垂在镫骨足板上则影响镫骨手术 (异常解剖图谱-2), 亦有面神经鼓室段骨管全缺。



面神经水平段锥段异常

异常解剖图谱-1



面神经悬垂在镫骨底板上

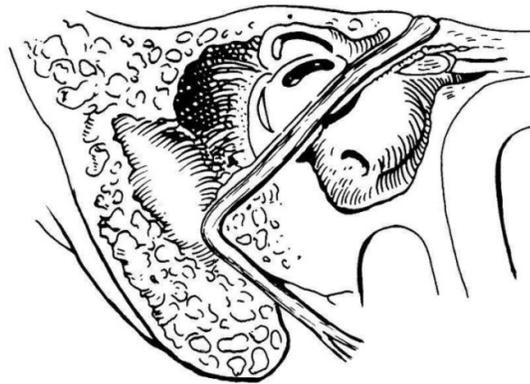
异常解剖图谱-2

Moreano(1994)报道 1000 例颞骨, 1/3 有面神经微裂, 位于前庭窗区占 74.9%, 两侧者占 40%, 还发现伴有镫骨动脉持续存在占 0.48%。

(2)面神经呈驼峰样突出于外半规管隆起, 亦可在该半规管之前转向下行。

(3)在不同部位有不同程度的向前、向后、向外或向内移位, 且多发生在垂

直段(异常解剖图谱-3)。若其向外侧偏移, 即从乳突外侧表面到面神经的深度明显地浅于正常, 在手术削低桥部时易遭损伤。



面神经垂直段异常偏后  
异常解剖图谱-3

二, 病因: 1,

感染: 常见的感染原因有病毒、螺旋体及细菌等。多由潜伏在面神经感觉神经核内休眠状态的水痘、带状疱疹病毒被激活引起。 2,

耳源性疾病: 由于面神经管与中耳及乳突密切相邻, 因此, 面神经麻痹是中耳炎、迷路炎症, 乳突炎及颞骨化脓性炎症的并发症。耳及乳突手术的损伤。

3, 自身免疫性疾病: 如红斑瘡疮等。 4,

肿瘤: 颞骨转移瘤, 颈静脉球体瘤, 面神经鞘瘤(良性压迫), 外耳肿瘤颞骨 Hand-Schuller

—Christian 病，顛骨转移癌，外耳肿瘤，乳癌、结肠癌转移

5 神经源性：神经本身水肿脱鞘。

6， 创伤性：如車祸，耳、颞、乳突手术损伤，婴儿出生时颞部损伤，多发生在用产斧的婴儿，  
颅底骨折。

7， 中毒：长期接触有毒物，酒精中毒。 8，

多发硬化，进行性延髓麻痹，延髓空洞，先天性面神经核发育不全伴有外直肌麻痹者（称  
Moebius 综合征）。 9，

面神经穿出脑桥后，在颅底处可由名种类型的脑膜炎、颅底骨折、基底动脉瘤及硬膜外脓肿的侵犯而发生麻痹。听神经瘤患者常伴有面神经受损。其它小脑脑桥角及颅底肿瘤（脑膜瘤、脊索瘤及转移性肿瘤等）也可损害面神经，颈静脉球瘤，常很早侵犯面神经。

10， 面神经管内也可由多种病变引起面神经损害，膝状神经节的炎症，如带状疱疹病毒，可引起膝状神经节综合征，（即 Ramsa—Hunt 氏综合征）。许多没有疱疹的面神经麻痹可以系由于嗜神经病毒所感染，有很多感染性病灶（腮腺炎、猩红热、疟疾、多发性颅神经炎、局部感染等）。

11， 代谢障碍：如糖尿病、维生素缺乏、微量元素缺乏。

12， 血管机能不全。

13， 脑神经脱鞘，如渐冷人。

14， 脑血管疾病：脑出血，脑血栓，脑血管痉挛，脑血管畸形。

15， 受寒：特别是茎乳突部受寒、受热，病人正气虚，卫外不固。

16， 长期失眠、抑郁、焦虑。

17， 精神创伤，急性失去亲人、失恋等。

18, 过度疲劳: 如长时间开车, 长期加班。

19, 中医面瘫病因: 风寒, 风热, 风痰, 风湿, 血瘀, 肝郁, 正气虚。主要侵犯阳明与少阳经, 风邪为首犯。

### 三, 临床表现

1, 发病急, 少有自觉症状, 有所谓”昨夜完好, 今晨得病”之说。 2,

患侧口角下垂, 健侧向上歪斜, 不敢紧闭口唇, 不能鼓腮、吹气, 饮水时漏水。鼻唇沟变浅。 3,

患侧眼裂扩大, 上下睑不能闭合, 结膜外露, 用力紧闭时眼球转向外上方, 出现贝尔氏征。患侧内眼角不尖, 眉毛比健侧低。 4,

患侧泪溢。(下眼睑外翻, 泪点离开鼻泪管所致) 5,

患侧额纹消失, 不能蹙眉是贝尔氏面瘫的重要临床特征。不能抬眉。 6,

患侧听觉检查: 多见低音性过敏或听觉增强。(过听)

7, 进食时, 食物易滞留在患侧牙龈和颊之间。因患侧颊肌松弛所致。

8, 患侧鼻孔发干(鼻粘膜分泌减少), 患侧口腔欠湿润(患侧下颌腺、舌下腺分泌减少)

### 四, 检查:

1, 静止检查:

A, 茎乳突检查: 茎乳突是否有压痛, 或一侧颞部、面部是否有疼痛。

B, 额部检查: 两侧额部皮肤皱纹是否相同, 一侧是否变浅或消失, 眉目外侧是否对称、下垂。

C, 眼检查: 眼裂的大小, 两侧是否对称、变小或变大, 上眼睑是否下垂, 下眼睑是否外翻, 眼睑是否抽搐、肿胀, 眼结膜是否充血、溃疡, 是否有流泪、干涩、酸胀的症状。

D, 耳检查: 是否有耳鸣、耳闷、听力下降或听力增强。

E, 面颊检查: 鼻唇沟是否变浅消失或加深, 平坦、增厚或抽搐, 面部是否感觉发紧、僵硬、麻木或萎缩。 F,

口检查: 口角是否对称、下垂、上提或抽搐, 口唇是否肿胀, 人中沟是否偏斜。

G, 舌检查: 味觉是否受累。伸舌时舌尖是否偏向健侧。

2, 运动检查: A,

抬眉运动检查: 额枕肌运动功能, 重度病人额部平坦, 皱纹一般消失或明显变浅, 眉目外侧明显下垂 B

皱眉检查: 皱眉肌是否能运动, 两眉运动是否一致。 C,

闭眼: 闭眼时应注意患侧的口角有无提口角运动, 患侧能否闭严及闭合的程度。 D,

耸鼻观察: 压鼻肌时, 鼻部皮肤是否有皱纹, 两侧上唇运动幅度是否相同。 E,

示齿: 注意观察两侧口角运动幅度, 口唇是否变形, 上下牙齿暴露的数以及高度。 F,

努嘴: 注意观察口角两侧至人中沟的距离是否相同, 努嘴的形状是否对称。 G,

鼓腮: 主要检查口轮匝肌的运动

3, 临床综合检测观察: 目的: 探索口角距离测量, 肌电图, 脑干诱发电位作为周围性面神经麻痹诊断与治疗效果的临床综合检测方法, 口角测量为主观指标, 电生理为客观指标, 三者有机结合有利于临床观察治疗。周围性面神经麻痹发病早期, 主要为神经水肿, 髓鞘与轴突有不同程度的变性黄<sup>[45]</sup> 导致神经传导速度减慢, 显示为面神经运动潜伏期延长, M波幅降低。肌电图面神经运动潜伏期及M波幅检查对判断面神经受损的程度和范围, 对指导临床治疗和判断预后有着重要的参考价值, 是目前诊断面神经麻痹最好的客观的检查手段。分析肌电图(EMG)和脑干诱发电位(BAEP)、口角距离测量用于面神经麻痹的临床综合检测, 三者从不同角度有助于判断面神经损害的不同部位和程度, 肌电图是本病的客观检测方法, 脑干诱发

电位可以发现亚临床期病人，提示是否缺血或炎症病人，必要时进行核磁共振扫描以及时发现占位和其它变化，避免延誤诊断；而且口角距離測量之方法簡便易行，若三者同時应用于临床，則更有益于临床觀察，可以进行定性、定量诊断和预后評估，为临床治疗提供客觀依据。

#### 五, 诊断依据,

1,

急性发病，所謂昨夜完好，今晨得病。突发性口眼歪斜，表情痛苦。患侧全部面肌瘫痪，眼裂扩大，眼睑不能充分闭合，眉毛較健侧低，内眼角不尖，眼泪外溢，額横紋消失。口角下垂，闭嘴时患侧頰肌松弛，口角向健侧牵引。由于頰肌麻痹，咀嚼时食物贮留于頰部与牙齦间。

2,

貝尔氏征，此征是周围性面神经麻痹重要体征，闭眼时，(或外转)，于角膜下方露出巩膜。此种現象系为一种协调运动，本质属于一种生理現象，而当面神经麻痹时，此种現象容易觀察发现，正常人闭眼時，如板翻其上睑，也可以見到貝尔氏現象。

3, 眼 3, 眼球征，麻痹侧眼球与健侧不在同一水平，較健侧上移，瞳孔水平也比健侧高，此种現象称为眼球征。

4, 颈阔肌征：病人用力前屈，检查者抵額，健侧颈阔肌收缩，麻痹侧不收缩。

5, 听覺过敏，周围性面神经麻痹时偶見，产生听覺过敏(过听)的机理是：保持鼓膜紧张的鼓膜张肌受三叉神经分支的翼内神经所支配，鐮骨肌受面神经所支配，此兩肌呈拮抗关系保持平衡。面神经麻痹时，鐮骨肌发生麻痹，因而，鼓膜張肌相对紧张，鼓膜张力高，微小声音产生强的震动，产生过听現象。見于面神经在鐮骨肌分支以上的病变。

6, 舌的偏斜，多属错觉，与口唇位置不正有关，人为的將口角矫正之后，舌就无偏斜現象。但个别病例可見到舌的偏斜。如果有此种現象时，舌总是向健侧偏，与中樞性面神经麻痹伴

有的偏斜恰好方向相相反。周围性面神经麻痹产生的舌的偏斜的解释是：受面神经支配的茎突舌肌和愕舌肌麻痹所致。

7,

反射低下，麻痹侧眼轮匝肌反射、口轮匝肌反射，惊吓瞬目反射、视反射低下。

8, 味觉障碍，在周围性面神经麻痹时面部与粘膜的一般感觉是正常的，而在麻痹侧舌前 2/3 味觉出现障碍，多数表现味觉减低，但也有时有味觉倒错 (Parageusia)。在鼓索分支以上病变有味觉障碍。

9, 感觉障碍，有时，在周围性面神经麻痹时，耳廓周围有轻度感觉障碍。

10, 触觉障碍，据观察，尚可有患侧角膜温度觉低下而触觉正常。

11, 泪腺分泌障碍，患侧泪液分泌障碍，Wrisberg 中间神经自面神经膝状神经节分出，经由岩浅大神经、翼管神经、翼愕神经、上颌神经的眼支至泪腺，此种神经麻痹泪腺分泌减少至消失。可见于膝神经节以上病变。

12, 唾液分泌障碍，麻痹侧唾液分泌减少，因为面神经分出的鼓索神经支配颌下腺与舌下腺，于此分支以上病变时可有唾液分泌减少，但临床上不容易被重视。

(一), 周围性面神经麻痹的定位试验：

1,

泪腺分泌试验：

A,

Shimer 氏滤纸试验：用 0.5cm x 3cm 滤纸，在无麻醉下，放两侧下睑穹隆中部，不用任何物质刺激，观察 5 分钟内滤纸浸湿泪液的长度，如两侧流泪量相差 30%—50%，或两侧流量长度相加不超过 2.5cm 者为异常。提示膝状节以上有损伤。值得注意的是膝状节病变时，69%可发生对称性双侧泪分泌减少，应参考其它检查而定。

B,

棉线流泪试验：用全棉棉线长 10cm，24 小时内用加 70%乙醚脱酯干燥，用 10%氢化荧光素液涂染棉线的一端 3cm 长，置于一侧上睑外侧，泪腺下方，插入后闭目放置 60 秒钟，睁眼取出

棉线，并即刻测量浸湿的氢化荧光素染色长度。泪腺流量正常范围为 60%—140%，功能低下型即 60%以下，功能亢进型即 140%以上。此方法的优点是：微量泪液即能测知，比 Shirmer 氏法更精确。Shirmer 法下睑部放滤纸时，如面瘫合并泪管肌麻痹，则不能显示泪腺的本來功能，而用棉线放置于上睑外侧，泪腺下方，则能测定泪腺分泌功能。用棉线流泪试验时，应注意避免眼球活动，以免刺激角膜而引起流泪，要尽可能将棉线插入上睑外侧下缘，插入后轻轻闭目，勿转动眼球，左右差异大者，必须复查。

(二)，镫骨肌反射：用声导抗仪测试，正常时，镫骨肌反射阳性，镫骨肌神经支处近端损伤时则为阴性。如患侧为传导性聋，或健侧为感音神经性聋时，均引不出反射。即使神经退变达 90%以上时。仍有 20%镫骨肌反射阳性，故此试验不如泪腺分泌试验价值大，仅可作为临床参考。听一面反射弧，输入神经为听神经、输出神经为面神经，对侧刺激及同侧刺激的反射阈，可通过所获得的四项检查结果，说明反射弧受损的部位。而神经麻痹时，镫骨肌反射阈的确定，也有助于面神经损害的定位，甚至能够判明核间的损害，还可得到某些预后性的推论。

(三)，味觉试验：用酸、甜、咸味液测试舌前 2/3 味觉，最好用电味觉计，比较两侧阈值，正常阈为 50—100 微 A，如患侧比健侧增大 50%以上即为异常，提示病变在鼓索神经分支以上。因神经退变达 90%以上时，仍有 39%测试正常，故诊断价值不甚可靠。

(四)，颌下腺流量测试，比较麻烦，多被泪腺分泌试验所代替。

(五)，MRI 核磁共振检查，除外占位性病变。

(六)，诊断：

根据病史、临床表现、体检，诊断依据，诊断不困难。

(七)，鉴别诊断：

1，与中枢性面神经麻痹相鉴别。

(1)，损伤部位不同，中枢性面神经麻痹损伤面神经核以上部份至大脑皮层面神经中枢间的脑束。即为一侧皮质受损时也叫核上性面神经麻痹；而周围性面神经麻痹是面神经核以下部分面神经的损伤。

(2)，表现不同：中枢性有对侧神经纤维交叉于面上部，所以中枢性面神经麻痹于颜面上部的肌肉并不出现瘫痪，因之闭眼、扬眉、皱眉均正常，额纹与对侧深度相等，眉毛高度与眼裂大小均与对侧无异。常根据此点与周围性面神经麻痹相鉴别。

(3)，二者之鉴别：瘫痪明显者一目了然，极轻者鉴别困难，可以依靠几方面加以鉴别。

A，靠表情运动，中枢性哭笑时，不表现瘫痪。周围性则瘫痪更加明显。

B，靠掌颏反射，中枢性面瘫有或亢进，而周围性面瘫无或减弱。

C，与其它体征联系起来判断，将患者合并一侧上下肢轻瘫，瘫痪之上下肢是在面神经瘫痪之对侧，则其面神经瘫痪必为周围性。如瘫痪之上下肢在面神经瘫痪之同侧，其面神经瘫痪必为中枢性。

D，眼肌瘫痪者必为周围性面神经麻痹。

2，与格林-巴利综合征鉴别，格林-巴利综合征可出现面神经麻痹，但多为双侧性，且伴有对称性肢体瘫痪及脑脊液蛋白-细胞分离现象。

3，腮腺炎与中耳炎可并发面神经麻痹，多有原发病的特殊症状及病史。前者有腮腺肿大、压痛等表现，后者有耳痛耳鸣及流脓等表现，不难鉴别。

4, 颅后窝病变：腦桥一小脑脚肿瘤、腦桥肿瘤、腦干炎等均可致周围性面神经麻痹。根据患侧同时有三叉神经、展神经麻痹及对侧肢体锥体束征等等，不难鉴别。

5, 带状疱疹膝状神经节综合征：带状疱疹病毒常侵犯面神经膝状神经节，累及感觉和运动纤维。根据外耳部出现疱疹、耳痛及同侧周围性面神经麻痹可确诊。

6, 先天性面神经麻痹：生后即有临床表现，可因先天性面神经管狭窄所致，常伴有患侧听力减退或畸形等。

7, 周期性麻痹：大多认为因钾代谢障碍和肌细胞内外的钾平衡失调引起发作的主要原因，还与膜内外其它离子的分布及细胞膜上离子通道功能改变有关。肢体瘫痪双侧对称，近端为重，可由轻瘫至全瘫。发作时血钾异常，特别在高钾型多累及颜面和手部肌肉，寒冷时加剧，发作血钾升高，不难鉴别。

8, 治疗原则：

(1), 急性期：起病 1—2 周治疗主要是控制炎症、水肿、改善局部循环少神经受压。即活血化瘀。可中西医结合选用药物、理疗、针灸等治疗。

(2), 恢复期：以 2 周一 2 年，此期主要使神经传导恢复和加强肌肉收缩，采取方法：针灸、中药、电刺激、离子导入等。

(3), 后遗症期：指 2 年后面瘫仍不能恢复者，可按损伤性面瘫处理。

9, 具体治疗方法：中西医结合方法，急性期和恢复期，

(1), 西药部份：激素，一般用地塞米松，维生素 B 类。张永寿<sup>[29]</sup>等选用 5%GS200ml 加地塞米松 10mg 静脉点滴。(三天后改为口服，并逐渐减量，一周后停药)，肌注 Vit B<sub>1</sub>，1g 每日二次；Vit B<sub>12</sub>，5mg，每日二次。张金贵<sup>[43]</sup>用泼尼松 30g 晨起顿服，连续 5 天，随后 7

一 10 天内逐渐减量，维生素 B<sub>1</sub>，100m g、 维生素 B<sub>12</sub>，250 微克，每日肌注一次。張宜玲<sup>[14]</sup>等用地塞米松 10—15m g 每日一次，口服，连续 7—10 天。维生素 B<sub>1</sub>，100m g、维生素 B<sub>12</sub>，500 微克肌注，每日一次，连续 10 天后改口服。有人用营养脑神经的药物胞二磷胆碱 250m g，輔酶 q<sub>105</sub>、ATP 等肌注。亦可用加兰他敏 2.5—5m g 肌注，每日一次。口服地巴唑 10—20m g，每日三次。

(2)，中医针灸部份：常用穴位：地仓 颊車 阳白 合谷 太阳 四白 风池 攒竹 外关 太冲 牵正等，每次选 4—5 个穴位，每日一次，10 次为一疗程。休息三天后开始第二疗程。王彬<sup>[10]</sup>治疗了 126 例周围性面神经麻痹病人，(1) 急性期(发病第 1—10 天)患侧头面部取穴阳白 迎香 地仓 承浆 颊車 牵正，輕刺浅刺患侧风池 对侧合谷 太冲(双侧)泻法为主，留針 30 分钟。(2) 恢复期(发病 10 天后)患侧头面部取穴阳白，魚腰，地仓透颊車，承浆透夹車，闭目不全加攒竹，絲竹空透魚腰，承泣透四白 物理治疗：陆华<sup>[8]</sup>远红外线局部照射。由冬冶<sup>[22]</sup>等用 G 6 805 电针治疗仪，一組输出线接地仓与颧髎，另一組輸出线接太阳与阳白，选用疏密波，强度以患者能耐受为度电针 30 分钟。用 T D P 神灯照射患侧面颊部，熱度以患者能耐受为度，照射 30 分钟。激光照射 30 分钟。张宜玲<sup>[14]</sup>超短波治疗：采用上海产 WG—1 型五官超声波治疗机，頻率 40.68MH z 5%波长 7.37m 輸出功率 >25W，患者取坐位，两个直径 7cm 圆形电极分别置于患侧耳乳突一面部斜對位置，空气间隔 1.5c M m 微温热量，每日一次，每次 15—20 分钟，12 次为一疗程。红外线局部照射：采用重庆产 J(红外线)，功率密度 32mW/m<sup>2</sup>，波谱范围 2—25 微米，患者取卧位，照射患侧面部，用沙布遮挡眼球，照射距離为 30—35cm 温热量，每日一次，每次 40 分钟，12 次为一疗程。电脑中频电局部照射：采用北京产 K8832—T 电脑多功能电疗仪治疗，8 号电刺激处方，取卧位，选择合适电极于患侧面部并置，耐受量，每次 20 分钟，每日一次，12 次为一疗程。

(3), 中药部份: 杨林森<sup>[27]</sup>牵正散加味, 白附子 10 g 白芷 10 g 防风 10 g 全蝎 5 g (冲), 僵蚕 10 g 荆芥 10 g 川芎 10 g 当归 10 g 赤芍 10 g 羌活 10 g 桂枝 10 g 地龙 10 g 甘草 6 g 黄芪 30 g 蜈蚣 2 条 桃仁 10 g 红花 10 g。水煎服, 每日一剂分早晚二次, 10 剂为一疗程。杨晓慧<sup>[48]</sup>认为面瘫, 证属风寒阻络, 气血瘀滞应重用桂枝, 处方: 桂枝 30 g 防风 15 g 全蝎 6 g 川芎 10 g, 水煎服, 日一剂, 同时取其药液外洗, 结合针灸治疗。陆华<sup>[8]</sup>用“补阳还五汤”合“牵正散”加减等。处方: 白附子 僵蚕 全蝎 黄芪 当归尾 地龙 川芎 桃仁 红花。楚海波<sup>[3]</sup>自拟经验方治疗周围性面神经麻痹: 荆芥 12 g 防风 12 g 川芎 15 g 当归 15 g 熟地 15 g 白芍 12 g 白附子 6 g 白僵蚕 9 g 全蝎 6 g 丝瓜络 3 g, 在此方的基础上加味。张金贵<sup>[43]</sup>自拟中药方剂治疗周围性面神经麻痹, 基本方药组成: 白附子 12 g 钩藤 12 g 僵蚕 12 g 防风 10 g 葛根 12 g 羌活 10 g 全蝎 6 g 蜈蚣 3 条, 再根据辨证进行加味。马保存<sup>[2]</sup>认为, 面神经麻痹初期疏散皮肉之淫邪, 用秦艽升麻汤, 处方: 秦艽 升麻 葛根 白芷 桂枝 芍药 防风 炙甘草 葱白 人参 (病初邪实宜减去人参) 加减。也有人自拟活血化瘀醒痰开窍的处方。张永寿<sup>[29]</sup>用外敷中药治疗面神经麻痹, 具体方法: 大斑蝥 3 只去足翅, 大巴豆 3 枚去壳, 鲜生姜 6 g 去皮捣为泥状, 均匀摊在 4—5 cm 大小 6—8 层纱布上, 以患侧下关穴外敷待 3—4 小时去掉, 此时出现水泡, 按无菌损伤, 将水泡下缘消毒抽液。

(4), 推拿补泻按摩。

10, 疗效标准: 痊愈: 面神经支配区域所有的功能正常。显效: 静止时, 面部双侧对称, 运动时, 面运动功能良好。眼轻用力即可闭合, 口角轻度不对称。好转: 双侧面部可见区别, 但无严重的外形损害, 静止时, 双侧基本对称, 运动时, 前额轻中度运动, 眼睛用力可完全闭合, 口角有轻度下垂。无效: 有明显可见的面肌瘫痪, 外形损伤, 静止时, 双侧不对称,

运动时，前额无运动，眼睛完全不能闭合，口角双侧完全不对称。

11, 预后，经过 1—4 个疗程综合康复治疗，96%—99% 患者痊愈，在急性期就诊的患者因治疗及时，方法得当，多在 2 个疗程后就取得了较好的临床效果。发病 1 周内接受正规治疗的患者痊愈率达到 97%，其中年龄较小、症状较轻的患者在经过 1 个疗程后就基本痊愈。仅有 1%—3% 的患者，留有后遗症，后遗症：

(1)，面肌纤维性痉挛，变性的神经再生重新支配肌肉后，患侧表情肌常有不同程度的挛缩，表现为患侧眼裂缩小，鼻唇沟过深。

(2)，面肌痉挛：发生于一侧面部表情肌的阵发性不自主的痉挛或抽搐，多出现眼睑、上唇方肌及提口角肌抽搐，嘴歪眼斜，病侧眼裂变小，有时会出现面部肌肉萎缩。

(3)，面肌连带运动，是闭眼时口角向患侧运动，或口角运动时患侧闭眼。

(4)，鳄鱼泪症候群：此症患者流泪时常伴有面肌痉挛或弥散性面部肌肉反应。

(5)，面部神经麻痹患者会有面部麻痹的感觉，并伴有舌头麻痹。

患者的机能状态与疗效有关系，

对于影响面瘫针刺效应的因素，以往的研究比较注重于针刺时机、腧穴配伍、针刺手法等方面，近年来人们越来越多地注意到机体的机能状态对面瘫针刺疗效影响的重要性。目前已有不少医家认识到周围性面瘫的预后与患者的年龄、体质、病变部位、病情轻重有直接的关系。如万培刚<sup>【31】</sup>通过对 50 例面神经炎患者的艾灸治疗发现：病程短、年轻者易治愈；病程长、年老者治愈困难且恢复缓慢。刘胜<sup>【32】</sup>提出在周围性面瘫的针刺治疗中有一个不能忽视问题，即病人的体质不同，确切的说面神经的变性程度、炎症渗出及吸收程度的个体差异，影响着该病的发生和发展。此外还有王军、刘艳<sup>【33】</sup>，于澎<sup>【34】</sup>等，夏勇，郭继红，徐天泉<sup>【35】</sup>

觀察了針刺療法和溫針刺療法對不同類型周圍性面癱的治療效果。發現面神經損傷平面越高療效越差。療效與定位相關規律是：單純性面神經炎療效優於 Bell 氏面癱，Bell 氏面癱療效優於 Hunt 氏面癱。

## 周圍性面神經麻痺臨床研究 簡要(請譯成英文)

周圍性面神經麻痺是常見病，多發病，嚴重的損害人們的身體和心理的健康。因此，如何研究周圍性面神經麻痺的治療方法，後遺症的根治，是醫療界極待研究和解決的問題。為此，本人在 GOOGLE 網上閱讀了近 500 篇有關面神經麻痺的論文，收集了 100 篇，採納了 51 篇。

研究方法：為了簡便明了，列表如上。

表 1，周圍性面神經麻痺的中醫病因辨證，

共採納了 11 篇論文，經分析比較，風寒阻絡是周圍性面神經麻痺的主要致病原因。

表 2 — 1 周圍性面神經麻痺的綜合治療與常規針刺治療療效比較。

採納了 4 篇論文，治療組：中西醫綜合治療法，對照組：用單純常規針刺治療法，經分析比較，綜合治療組比單純常規針刺治療組療效好

表 2 — 2 周圍性面神經麻痺的綜合治療療效與單純西醫藥治療療效對比，

採納了 3 篇論文，治療組：中西醫綜合治療，對照組：單純西醫藥治療，經分析比較，中西醫綜合治療比單純西醫藥治療療效好。

表 2 — 3 周圍性面神經麻痺中西醫綜合治療療效觀查。

採納了 16 篇論文，綜合治療法都有好的療效。

表 3，周圍性面神經麻痺治療時機與療效的關係。

採納了 6 篇論文，有對照的 5 篇，無對照的 1 篇，經分析比較，周圍性面神經麻痺治療時機在急性期(發病 1—7 天)開始治療比恢復期(發病 8—15 天)開始治療療效好。

表 4，周圍性面神經麻痺療程與療效的關係，

採納了 5 篇論文，周圍性面神經麻痺療程長比療程短療效好。

表 5，治療周圍性面神經麻痺臨床穴位的歸納，採納了 15 篇論文，常用針刺穴位先後為地倉 頰車 陽白 合谷 太陽 四白 風池 攢竹等。 :

研究結果：

周圍性面神經麻痺發病主要原因是風寒阻絡。周圍性面神經麻痺綜合治療比單純常規針刺療效好。也比單純西醫治療療效好。治療時機選擇急性期(發病 1—7 天)療效比恢復期(發病 8—15 天)療效好。治療周圍性面神經麻痺療程長比療程短療效好。治療周圍性面神經麻痺針刺穴位先後為地倉 頰車 陽白 合谷 四白等。討論：以上所論只是一般規律，也有人採用其它療法，本人就用大家熟習的面穴加本人的經驗穴 ”沖門”穴，快針強刺激治愈一名患周圍性面神經麻痺後遺症 29 年的女病人。她的病歷在附 1，介紹給大家，尋求指導和幫助。