

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2020.02.009

不同黄芪剂量补阳还五汤对中枢性面瘫患者面神经功能的影响

刘立群¹ 彭敏红² 吴海霞¹ 张 田²

¹广州市第十二人民医院康复医学科, 广州 510000

²南部战区空军医院康复医学科, 广州 510000

关键词 中枢性面瘫; 脑卒中; 补阳还五汤; 黄芪

中图分类号 R743.3 **文献标识码** A

中枢性面瘫是指各种原因导致面神经核以上神经通路损伤所致的面肌瘫痪, 多见于脑血管病后, 病灶对侧眼裂以下面肌瘫痪, 临床表现为鼻唇沟变浅、口角歪斜等^[1]。面瘫导致的功能障碍常常影响患者生活质量, 给患者带来不小心理负担。补阳还五汤出自清代王清任《医林改错》, 主治中风之气虚血瘀证, 临床多用于脑卒中恢复期患者。近年来研究^[2-4]表明, 应用补阳还五汤治疗面瘫, 亦可取得不错的临床疗效。本研究采用不同黄芪剂量的补阳还五汤治疗中枢性面瘫患者, 观察不同黄芪剂量对患者面神经功能的影响, 以期寻找最优用药剂量方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 10 月—2019 年 6 月广州第十二人民医院及南部战区空军医院门诊就诊的气虚血瘀型脑梗死恢复期患者 90 例, 按照随机数字表法分为 A 组、B 组和 C 组, 每组 30 例。A 组, 其中男 18 例, 女 12 例; 年龄 (58.18 ± 5.62) 岁, 年龄范围为 51~68 岁; 病程 (2.00 ± 0.56) 个月, 病程范围为 1~3 个月。B 组, 其中男 16 例, 女 14 例; 年龄 (62.21 ± 8.36) 岁, 年龄范围为 52~71 岁; 病程 (2.20 ± 0.42) 个月, 病程范围为 1~3 个月。C 组, 其中男 14 例, 女 16 例; 年龄 (60.08 ± 8.21) 岁, 年龄范围为 49~69 岁; 病程 (2.41 ± 0.28) 个月, 病程范围为 2~3 个月。3 组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

西医诊断标准: ①急性期符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[5]中急性缺血性脑卒中相关的诊断标准, 首次发病 2 周以内, 单侧面部及肢体功能

障碍, 经头部 CT、MRI 等影像学检查确诊为脑梗死; ②恢复期参照《现代面神经外科的基础与临床》^[6]中面神经麻痹相关的诊断标准, 发病 2 周至 6 个月, 静止时表现为双侧额纹对称、等深, 双侧眉毛高度、睑裂大小相等, 不同程度的一侧鼻唇沟变浅、口角下垂或歪斜; 动态时闭眼、蹙额、皱眉正常, 耸鼻、鼓腮不对称, 示齿、咧嘴时口角歪斜或流涎, 不能吹口哨, 进食时一侧口腔存留食物等。

中医诊断标准: 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]中中风恢复期气虚血瘀证相关辨证标准, 主症为半身不遂、口舌歪斜、言语蹇涩或不语、感觉减退或消失, 次症为面色㿔白、气短乏力、自汗出、舌质淡暗, 舌苔白腻或有齿痕, 脉沉细。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准: ①符合上述诊断标准; ②年龄 30~80 岁; ③患者自愿签署知情同意书, 经过本院伦理委员会批准。

排除标准: ①2 次及以上脑梗死病史的患者或短暂性脑缺血发作患者; ②周围性面瘫、脑肿瘤、脑外伤, 或由其他原因导致的面肌功能障碍; ③严重意识障碍, 无法配合治疗者; ④对研究药物过敏者; ⑤合并严重肝肾功能障碍、重症感染、凝血功能障碍者。

1.4 治疗方法

所有患者均给予常规西医治疗, 包括抗血小板聚集、降压、降糖、降脂、营养神经、改善循环等。在此基础上, 3 组患者予以不同黄芪剂量的补阳还五汤治疗, 方药组成为黄芪(A 组 30 g, B 组 60 g, C 组 120 g), 当归 10 g, 川芎 10 g, 地龙 10 g, 红花 6 g, 桃仁 6 g; 伴有内热者加生地、牡丹皮各 5 g, 虚寒者加附子、干姜各 3 g。上述药物水煎取汁, 每日 1 剂, 分早晚 2 次温

服。3 组患者均连续治疗 2 周。

1.5 观察指标

治疗前后采用多伦多面神经分级系统(TFGS)量表^[8]评估 3 组患者面神经功能,分为静态评分、随意运动评分及联动评分。静态评分标准:鼻唇沟正常计 0 分,消失计 2 分,不明显计 1 分,过于明显计 1 分;嘴正常计 0 分,口角下垂计 1 分,口角上提计 1 分。随意运动评分标准:张嘴微笑、耸鼻、唇吸吮时患侧与健侧相比,无运动计 1 分,轻度运动计 2 分,有运动但有错乱的表情计 3 分,运动接近对称计 4 分,运动完全对称计 5 分。联动评分标准:张嘴微笑、耸鼻、唇吸吮时没有联动计 0 分,轻度联动计 1 分,明显联动但无毁容计 2 分,严重的毁容性联动计 3 分。

1.6 统计学分析

采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 静态评分比较

治疗前,3 组患者静态评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,3 组患者静态评分均较治疗前明显下降($P<0.05$);B 组、C 组各项评分均显著低于 A 组($P<0.05$);C 组鼻唇沟项评分显著低于 B 组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 3 组患者静态评分比较($n=30$,分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	鼻唇沟	口角
A 组	治疗前	1.64±1.02	1.89±1.05
	治疗后	1.03±0.81*	1.33±1.80*
B 组	治疗前	1.62±1.24	1.88±1.10
	治疗后	0.87±0.51*△	0.67±0.55*△
C 组	治疗前	1.66±0.99	1.86±1.23
	治疗后	0.50±0.63*△□	0.57±0.50*△

与治疗前比较,* $P<0.05$;与 A 组比较,△ $P<0.05$;与 B 组比较,□ $P<0.05$

表 3 3 组患者随意运动评分比较($n=30$,分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	张嘴微笑	耸鼻	唇吸吮
A 组	治疗前	1.66±0.34	2.11±0.87	1.85±0.79
	治疗后	2.03±0.96*	3.10±1.47*	2.23±1.01*
B 组	治疗前	1.68±0.38	2.09±1.01	1.84±0.81
	治疗后	2.83±0.75*△	3.47±1.31*	3.00±0.87*△
C 组	治疗前	1.66±0.48	2.08±0.95	1.86±0.70
	治疗后	3.20±0.81*△	3.80±1.03*△	3.37±0.76*△

与治疗前比较,* $P<0.05$;与 A 组比较,△ $P<0.05$;与 B 组比较,□ $P<0.05$

2.2 联动评分比较

治疗前,3 组患者联动评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,3 组患者联动评分均较治疗前明显降低($P<0.05$);C 组显著低于 A 组与 B 组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 3 组患者联动评分比较($n=30$,分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	联动动作评分
A 组	治疗前	2.27±0.83
	治疗后	1.50±0.68*
B 组	治疗前	1.93±0.78
	治疗后	1.43±0.68*
C 组	治疗前	2.07±0.78
	治疗后	1.13±0.63*△□

与治疗前比较,* $P<0.05$;与 A 组比较,△ $P<0.05$;与 B 组比较,□ $P<0.05$

2.3 随意运动评分比较

治疗前,3 组患者随意运动评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,3 组患者随意运动评分均较治疗前明显升高($P<0.05$);C 组各项评分均显著高于 A 组($P<0.05$),B 组除耸鼻项外其余各项评分均显著高于 A 组($P<0.05$)。见表 3。

3 讨论

中枢性面瘫为上运动神经元损伤所致,为脑血管疾病的常见临床症状,表现为面部运动减弱,言语不清,严重的伴有口角流涎。西医治疗多采取 A 型肉毒素局部注射、肌肉效贴等治疗^[9-11],但由于面部肌肉的运动范围有限,肌肉效贴治疗手段目前尚未成熟,肉毒素注射健侧安全性较差,容易引起面部肌肉萎缩。

中枢性面瘫属于中医“口僻”范畴,是由于血溢于脑或脑脉痹阻导致面部气血运行不畅,从而出现口眼歪斜等症状,是中风常见并发症之一。《医林改错》中补阳还五汤原方以大剂量黄芪为君,取大补元气之意;当归活血通络为臣;赤芍凉血散瘀,川芎为血中之气药,桃仁化瘀活血润肠,红花祛瘀活血,增强当归活血化瘀之功;地龙疏通经络,以行药力,共为佐药。诸

药合参共奏益气活血、散瘀通络之效。研究表明^[12-14],补阳还五汤组方可抗血小板聚集、增加血液流量,对损伤的神经具有修复和保护的作用,所以可用于中枢性面瘫的治疗。本研究结果表明,在改善鼻唇沟及联动动作方面,C组显著优于B组,建议以此为主要症状的中枢性面瘫患者选择 120 g 黄芪的补阳还五汤进行治疗;在改善口角歪斜及面部随意运动方面,C组与B组效果相当,建议以此为主要症状的中枢性面瘫患者选择 60 g 黄芪的补阳还五汤进行治疗。分析原因在于,对于单侧面部肌肉,使用 60 g 黄芪足以起到活血通络的作用,加大黄芪剂量症状无明显改善。鼻唇沟位于面部正中,属于督脉的循行部位;督脉通脑络,中风病脑络受损阻碍督脉气血,较单侧面部需要更强的通络作用,故加大黄芪用量会增强活血行气作用。

综上所述,中枢性面瘫患者存在鼻唇沟偏歪和肌肉联动活动受限为主症状的,推荐使用 120 g 黄芪的补阳还五汤进行治疗。

参 考 文 献

- [1] 贾建平,陈生弟. 神经病学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2018:49.
- [2] 汤峥冬,崔花顺,沈卫东. 针刺联合补阳还五汤治疗难治性面瘫的临床效果和安全性[J]. 中国医药导报,2018,15(18):127-130.
- [3] 徐贞杰,潘科. 针刺联合补阳还五汤治疗脑梗死恢复期中枢性面瘫的临床疗效及对面神经功能、面瘫程度、患者自理能力的影响[J]. 河北中医,2018,40(5):754-758.

- [4] 於芸,曹云. 针灸联合补阳还五汤治疗难治性面瘫效果及对面神经传导功能影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2019,21(9):199-202.
- [5] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
- [6] 林顺涨,孙爱华. 现代面神经外科的基础与临床[M]. 上海:第二军医大学出版社,2002:120-124.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:101.
- [8] 李健东. 面神经评分标准[J]. 国外医学耳鼻喉科学分册,2005,29(6):391.
- [9] 曾进,李学杰. A 型肉毒毒素联合针刺在脑卒中后中枢性面瘫治疗中的应用[J]. 中国美容医学,2017,26(4):49-51.
- [10] 李亚斌,冯海霞,李姣,等. A 型肉毒毒素局部注射联合肌内效贴对脑卒中后中枢性面瘫患者的疗效[J]. 中国老年学杂志,2018,38(15):3600-3603.
- [11] 王少华. 肌内效贴治疗中枢性面瘫疗效研究[J]. 中国康复,2018,33(1):26-28.
- [12] 马韬,顾明,张丽,孙虹. 补阳还五汤结合电针治疗运动后神经肌肉损伤的疗效研究[J]. 中西医结合研究,2016,8(6):285-288.
- [13] 贲莹,张凤华,张冬,等. 不同黄芪用量补阳还五汤对糖尿病大鼠周围神经修复再生的影响[J]. 河北中医药学报,2017,32(2):37-39.
- [14] 朱伟,王学美. 黄芪剂量对补阳还五汤中芍药苷、阿魏酸含量的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2006,12(3):11-14.

(收稿日期:2020-02-01)