

• 案例分析 •

中西医结合治疗双侧面神经炎 1 例报道*

陈红¹, 胡波¹, 邓巍¹, 帅波^{2△}

(1. 武汉市江夏区第一人民医院中医科, 湖北武汉 430020; 2. 华中科技大学同济医学院附属协和医院中西医结合科, 湖北武汉 430022)

[摘要] 面神经炎多发于面部一侧, 发于双侧的报道少见, 且发于双侧的面神经炎治疗难度大, 治疗周期长, 预后欠佳, 对患者生活质量影响更大。但该科近期收治的一位双侧面神经炎患者经中西医结合方法治疗效果明显。该文将其总结概括, 得出该方法疗效确切、操作方便, 医院均可开展, 便于临床推广。

[关键词] 双侧面神经炎; 中西医结合; 便于推广; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.20.040

中图法分类号: R246

文章编号: 1009-5519(2023)20-3595-03

文献标识码: B

面神经炎又称特发性面神经麻痹, 系茎孔内面神经管内段的一种急性非化脓性炎症^[1]。主要表现为面部表情肌群的运动障碍。查阅近年来国内外文献发现, 面神经炎多发生于面部一侧, 发于双侧的报道少见, 且发于双侧的面神经炎对患者生活质量影响更大, 治疗周期更长, 难度更大, 预后欠佳。本科室近期收治的 1 例双侧面神经炎患者, 采用中西医结合方法治疗效果显著。现将该病例治疗过程进行病例报道, 并结合该病研究进展进行报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者男, 49 岁, 2021 年 6 月 4 日因“双侧面部疼痛 6 d”就诊中医科, 为系统诊治遂收住院治疗。患者 6 d 前受凉后出现双侧面部疼痛, 自诉左侧面部明显, 伴双侧腮漏气、吃饭夹食、饮水漏水, 双眼不能完全闭合, 畏光, 无流泪, 无麻木感。伴精神疲倦, 偶有头晕, 无头痛、恶心呕吐等, 纳眠一般, 二便调, 舌淡苔白厚, 脉濡细。否认糖尿病病史。血常规示: 中性粒细胞百分率为 35.1%↓, 淋巴细胞百分率为 52.3%↑, 肝肾功能、电解质、凝血功能、CRP、ESR 均未见异常。颅脑 CT 未见异常。肌电图示: 双侧面部神经受损。

1.2 方法

1.2.1 诊断 中医诊断: 面瘫病, 风痰阻络证; 西医诊断: 双侧面神经炎。

1.2.2 鉴别诊断 (1) 急性感染性多发性神经根炎: 常有面神经的损害致周围性面神经麻痹, 此病具有四肢远端对称性瘫痪, 并可波及躯干, 严重病例可累及肋间及膈肌而致呼吸麻痹。脑脊液典型改变是蛋白质含量增高, 而细胞数正常。(2) 脑梗死: 取决于梗死

病灶的部位和大小, 主要表现为局灶性神经功能缺损的症状和体征, 如偏瘫、偏身感觉障碍、认知功能障碍、颅神经麻痹、共济失调等, 部分可出现全脑症状和体征, 如头痛、恶心呕吐、昏迷和生命体征异常等。

1.2.3 治疗 予以西医抗病毒(阿昔洛韦注射液 0.5 g, 静脉滴注 1 次/天)、营养神经(甲钴胺注射液 0.5 mg, 静脉滴注 1 次/天)治疗, 配合中草药口服疏风化痰、活血通络治疗, 中药处方牵正散加减: 白附子 6 g, 炒僵蚕 6 g, 全虫 6 g, 蜈蚣 1 条, 地龙 10 g, 虫蜕 10 g, 防风 10 g, 胆南星 8 g, 竹茹 10 g, 当归 10 g, 川芎 10 g, 赤芍 10 g, 薏苡仁 15 g, 黄芪 20 g, 每天 1 剂水煎分 3 次温服。随证加减, 共口服中草药 15 付。并配合针灸治疗, 针刺取 10 个常用穴: 地仓、颊车、迎香、阳白、四白、太阳、颧髎、下关、翳风、合谷, 双侧取穴, 毫针刺, 操作: 选用直径 0.25 mm 环球牌一次性无菌针灸针, 长 1~1.5 寸, 针刺得气为度, 地仓与下关、阳白与攒竹穴分别连接 G6805-II 电针治疗仪正负极通电, 断续波, 大小调节至患者能耐受、局部肌肉微颤为宜, 红外线灯照射患者乳突处, 每天 1 次, 每次 30 min, 共治疗 15 次。治疗过程中, 患者疼痛逐渐减轻, 腮漏气、吃饭夹食、饮水漏水、双眼不能完全闭合等症均逐渐好转。

1.2.4 疗效评价 比较患者治疗前、治疗后面神经功能评分和疼痛评分。治疗后患者面神经功能评分较治疗前提高 18 分(显效)。患者治疗前疼痛评分: 5 分, 治疗后疼痛评分: 2 分, 较前明显好转。经随访患者症状持续缓慢改善, 发病 2 个月后症状基本完全恢复。

2 讨论

面神经炎是临床常见病, 多急性起病, 有自愈倾

* 基金项目: 国家自然科学基金资助项目(81974546)。

△ 通信作者, E-mail: bobo3137@126.com。

向,但因其影响外貌及患者日常生活从而导致焦虑情绪,患者多寻求积极治疗^[2]。面神经起于脑桥的面神经核,从内耳道底经过面神经管,经茎乳孔出颅。面神经管属于狭长的骨性结构,故面神经出现缺血、水肿等情况时容易受压,从而影响面神经功能,导致口歪眼斜等症状的发生^[3]。面神经炎急性期主要表现为神经炎性水肿或脱髓鞘,病情持续进展,则可出现神经轴索变性,从而出现后遗症可能^[4]。其病因复杂,多与受寒、病毒感染、神经受压、自主神经功能异常等因素有关,引起面神经缺血、水肿、痉挛等病变,从而影响面神经功能^[5]。结合《中国特发性面神经麻痹诊治指南》^[6]推荐,本人在临床中使用阿昔洛韦抗病毒、甲钴胺营养神经治疗。

面神经炎属于中医学“口僻”“面瘫”“口眼歪斜”范畴,以辨证论治为基本原则,多从正虚邪中立论^[7],认为其发病多因素体本虚,卫外不固,风寒之邪乘虚侵犯,阻滞面部筋脉,筋脉失于濡养,筋脉肌肉拘急、挛缩。正如《诸病源候论》记载:“风邪入于足阳明、手太阳之经,遇寒则筋急引颊,故使口僻,言语不正,而目不能平视。”《扁鹊新书·口眼喎斜》云:“此因贼风入舍于阳明之经,其脉挟口环唇,遇风气则经脉牵急,又风入手,太阳经亦有此证。”中医药治疗面神经炎经验丰富且具有独特性,检索文献发现,中医治疗的侧重文案为针刺、中药汤剂、灸法等^[8-9]。针灸、中药属于中国传统中医疗法,其治疗面神经炎疗效确切,不良反应少,临床针药结合的方式使用普遍。

牵正散为治疗面瘫的经方,外邪去,经络通,口眼歪斜自则可愈。药虽三味,合用效专且效著。中医药在面神经炎治疗方面积累了丰富的经验,临床多以牵正散随证加减,偏重于虫类药联合祛风化痰、活血通络药的运用,改善面部微循环及新陈代谢,促进神经功能恢复,进而达到治疗目的。李长伟^[10]采用牵正散合导痰汤加减[黄芪 30 g,茯苓、枳实、橘红各 15 g,桔梗、防风、半夏、天南星各 10 g,白附子、白僵蚕、全蝎(去毒)甘草各 3 g]、陈奕樑^[11]采用加味牵正散(白附子、僵蚕、防风、川芎各 10 g,全蝎 8 g)治疗面神经炎均取得良好效果。汤剂内服、药渣外敷的方法也多为临床采用^[12]。本病例中患者除双侧面部瘫症状外伴精神疲倦,舌红苔白厚,脉濡细,四诊合参辨证为风痰阻络证。患者素体本虚,阳明内蓄痰浊,太阳外中于风,风邪引动内蓄之痰浊,风痰阻于头面经络,经隧不利,筋肉失养,故弛缓不用。中药处方为牵正散加减:白附子 6 g 炒僵蚕 6 g,全虫 6 g,蜈蚣 1 条,地龙 10 g,虫蜕 10 g,防风 10 g,胆南星 8 g,竹茹 10 g,当归 10 g,川芎 10 g,赤芍 10 g,薏苡仁 15 g,黄芪 20 g,每天 1 剂水煎分 3 次温服。白附子、炒僵蚕祛风化痰为君药。全虫、蜈蚣、地龙、虫蜕、防风祛风解痉为臣药。

胆南星、竹茹清心化痰,薏苡仁利水渗湿,黄芪益卫固表,均为佐药。赤芍、当归、川芎活血通络为使药。诸药合用,以凑其功。

针灸是我国传统医学的外治法之一,能温经散寒,调气行血,改善局部血液循环,其在面神经炎的治疗中起着不可忽视的作用。近 5 年,针灸病谱和适宜病症虽然发生了一定的变化,但仍以神经内科、骨伤科为多^[13]。徐文源等^[14]的研究证实针刺联合隔姜灸治疗可有效上调周围性面瘫患者血清胶质细胞源性神经营养因子、神经生长因子水平,提高面神经功能,从而改善症状。韦宏照等^[15]采取随机对照试验证实温针灸治疗能改善面神经炎患者的肌电图指标,有效提高治疗效果。丁国军^[16]在对 180 例面神经炎患者加用针灸治疗后得出结论:针灸治疗能够改善患者面部神经功能,提高治疗效果,利于其生活质量调节,值得推荐。针灸治疗面神经炎疗效确切,很多学者认为急性期针刺会继发面肌痉挛,故主张恢复期才开始针灸治疗。而针灸医师多主张发病即可针灸治疗。靳丹丹等^[17]将 1 788 例患者的 10 个随机对照试验通过数据分析后得出结论,急性期周围性面瘫进行针刺治疗可显著提高患者痊愈率及有效率。林娜等^[18]对 306 例面神经炎患者急性期即开始介入针灸治疗,经过 2 年随访发现发生面肌痉挛 6 例,与西药组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。本病例中选取地仓、颊车、迎香、阳白、四白、太阳、颧髎、下关、翳风、合谷进行针刺。针刺面部穴位具有祛风活络、疏通颜面经络气血的作用;翳风在茎乳孔体表投影处,位于面神经出颅处,该穴下分布有迷走、舌下、舌咽等神经,为治疗面瘫经验有效穴;合谷为手阳明大肠经之原穴,“面口合谷收”,为治疗面神经炎的要穴。

面神经炎发病后进展迅速,对患者生理、心理及日常生活活动造成严重影响,目前临床诊断面神经炎主要依据临床症状和体征,发于一侧面部者多见,双侧发病的报道少见,文献依据较少。肌电图对面神经损害程度进行评估,有助于判断病情的严重程度及预后,是目前唯一能够定量检测面神经变性的电生理指标^[19]。临床中双侧面部同时发病者较少见,及早识别、尽早干预可改善患者预后。西药常规治疗与针药结合治疗面神经炎疗效确切,操作方便,不良反应少,值得临床推广。

参考文献

- [1] 唐嘉欢,徐华森,陆延芳. 针灸治疗面神经炎临床研究进展[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(1): 160-162.
- [2] PÄYA-RUBIO A, NAVARRO -MONSOLIU R, CLIMENT-ALBEROLA I, et al. Recurrent and

- alternating peripheral facial palsy in a rehabilitation department [J]. Rehabilitacion (Madr), 2019, 53(1): 60-64.
- [3] 吴怡卿, 吴海科, 梁艳桂, 等. 砭石疗法联合改良型面部表情操治疗面神经炎的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2021, 30(09): 1623-1626.
- [4] MÄKELÄ E, VENESVIRTA H, ILVES M, et al. Facial muscle reanimation by transcutaneous electrical stimulation for peripheral facial nerve palsy[J]. J Med Eng Technol, 2019, 43(3): 155-164.
- [5] 曹莲瑛, 张伟, 冷锋强, 等. 中药熏蒸配合电针治疗风寒型面瘫疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(8): 919-923.
- [6] 刘明生. 中国特发性面神经麻痹诊治指南[J]. 中华神经科杂志, 2016, 49(2): 84-86.
- [7] 杨耀, 杨乾韬, 李学杰. 中西医结合治疗面神经炎的研究现状[J]. 光明中医, 2020, 35(13): 2113-2116.
- [8] 张艳国. 辨证循经取穴联合舒经正颜汤治疗面神经炎临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(13): 84-85.
- [9] 罗荣卿, 胡玉英, 韦晓芸. 针刺联合中药治疗面神经炎研究进展[J]. 河南中医, 2022, 42(1): 159-162.
- [10] 李长伟. 牵正散合导痰汤加减在面神经炎(痰血阻络证)患者中的效果观察[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(1): 41-42.
- [11] 陈奕樑. 加味牵正散配合星状神经节阻滞治疗面神经炎的临床研究[J]. 中医临床研究, 2019, 11(6): 68-70.
- [12] 马艳玲. 面神经炎中西医治疗进展[J]. 湖北民族大学学报(医学版), 2020, 37(4): 52-54.
- [13] 黄琴峰, 谢晨, 吴焕淦, 等. 基于文献计量的针灸病谱与适宜病症研究[J]. 中国针灸, 2021, 41(9): 1055-1059.
- [14] 徐文源, 代优, 刘勇. 针刺联合隔姜灸对周围性面瘫 SFGS 评分及血清 GDNF 水平影响[J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(10): 1212-1216.
- [15] 韦宏照, 李碧. 温针灸治疗面神经炎的临床疗效及对肌电图指标的影响[J]. 中国民间疗法, 2020, 28(17): 30-32.
- [16] 丁国军. 针灸治疗面神经炎 180 例临床效果[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(18): 224-226.
- [17] 靳丹丹, 叶静, 郭梦, 等. 针灸在不同时机介入治疗周围性面瘫疗效的 Meta 分析[J]. 中国针灸, 2020, 40(6): 664-668.
- [18] 林娜, 林旭明, 付磊, 等. 针灸治疗面神经炎急性期疗效观察及 2 年随访[J]. 针灸临床杂志, 2014, 30(11): 29-31.
- [19] 代双, 石慧慧, 陈红霞. 中西医结合治疗面神经炎的研究进展[J]. 新疆中医药, 2019, 37(2): 141-144.

(收稿日期: 2022-12-28 修回日期: 2023-04-04)

• 案例分析 •

后颅窝肿瘤患儿在全身麻醉术后再次行气管插管 1 例

王 祥¹, 何远志², 钟 良¹, 杜艺敏³

(1. 华中科技大学同济医学院附属武汉儿童医院麻醉科, 湖北 武汉 430016; 2. 华中科技大学同济医学院附属武汉儿童医院神经外科, 湖北 武汉 430016; 3. 华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部, 湖北 武汉 430000)

[摘要] 呼吸衰竭和死亡是术后的严重后果, 接受神经外科手术的患者经历呼吸衰竭的风险比其他手术高, 接受小脑幕下手术的患者术后发生呼吸衰竭的风险更高。影响术后拔管撤机的因素众多, 包括围手术期肺损伤、神经源性肺水肿、肌肉松弛残余、脆弱的脑功能状态等。床旁超声在临床上对于术后呼吸困难的诊治有重大价值, 通过对心、肺、膈肌等器官进行超声评估, 结合浅快呼吸指数等评分量表, 有助于提高神经外科术后拔管撤机的成功率, 降低围手术期危重患儿非计划性拔管的发生率。

[关键词] 开颅手术; 后颅窝; 气管拔管; 呼吸衰竭; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.20.041

中图法分类号: R614.2

文章编号: 1009-5519(2023)20-3597-04

文献标识码: B

与其他外科专业相比, 神经外科术后发生呼吸衰竭、肺炎和死亡的发生率增加。小脑幕下神经外科手