

针刺联合艾灸治疗急性期周围性面瘫的疗效观察

崔倩倩¹, 朱才丰¹, 贺成功¹, 龙红慧¹, 葛侠¹, 蔡圣朝¹, 贾玉梅²

(1. 安徽中医药大学第二附属医院, 合肥 230061; 2. 安徽中医药大学, 合肥 230038)

【摘要】 目的 观察针刺联合艾灸治疗急性期周围性面瘫的临床疗效。方法 将 60 例急性期周围性面瘫患者随机分为治疗组和对照组, 每组 30 例。对照组采用针刺联合药物治疗, 治疗组在此基础上采用按摩灸治疗。观察两组治疗前后面部 House-Brackmann (H-B) 面神经功能分级、肌电图、面部残疾指数 (facial disability index, FDI) 量表评分变化, 比较两组治疗前后炎症因子 [超敏 C 反应蛋白 (hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP)、白细胞 (white blood cell, WBC) 计数、中性粒细胞与淋巴细胞的比值 (neutrophil-to-lymphocyte ratio, NLR) 和血小板与淋巴细胞的比值 (platelet-to-lymphocyte ratio, PLR)] 变化, 并比较两组临床疗效。结果 治疗组总有效率为 96.7%, 对照组总有效率为 86.7%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。两组治疗后 H-B 面神经功能分级优于治疗前 ($P < 0.05$), 且治疗组的 H-B 面神经功能分级优于对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗后口轮匝肌、眼轮匝肌、额肌肌电图潜伏期明显低于治疗前 ($P < 0.05$), 治疗组低于对照组 ($P < 0.01$)。两组治疗后口轮匝肌、眼轮匝肌、额肌患侧肌电图波幅比值高于治疗前 ($P < 0.01$), 治疗组高于对照组 ($P < 0.01$)。两组治疗后 FDI 躯体功能评分 (facial disability index physical function, FDIP) 和社会功能评分 (facial disability index social function, FDIS) 评分优于治疗前 ($P < 0.01$), 治疗组优于对照组 ($P < 0.01$)。两组治疗后炎症因子水平低于治疗前 ($P < 0.05$), 治疗组低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 在药物治疗的基础上, 针刺联合艾灸可有效促进急性期周围性面瘫患者面神经功能和社会功能的恢复, 疗效优于单纯针刺治疗, 其机制可能与改善急性期面神经炎症反应有关。

【关键词】 针灸疗法; 针药并用; 灸法; 温灸器灸; 面瘫; 急性期; 炎症因子; House-Brackmann 面神经功能分级; 面部残疾指数

【中图分类号】 R246.6 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2024.01.0059

Observations on the efficacy of acupuncture plus moxibustion for acute peripheral facial paralysis CUI Qianqian¹, ZHU Caifeng¹, HE Chenggong¹, LONG Honghui¹, GE Xia¹, CAI Shengchao¹, JIA Yumei². 1. The second affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230061, China; 2. Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230038, China

[Abstract] Objective To observe the clinical efficacy of acupuncture plus moxibustion for acute peripheral facial paralysis. **Method** Sixty patients with acute peripheral facial paralysis were randomized to treatment and control groups, with 30 cases in each group. The control group received acupuncture plus medication and the treatment group, massage moxibustion in addition. The House-Brackmann (H-B) facial nerve function grading, electromyogram and the Facial Disability Index (FDI) score were observed in the two groups before and after treatment. The inflammatory

基金项目: 安徽省卫生健康委科研项目 (AHWJ2021b033); 周氏梅花针灸流派工作室 [皖中医药发展秘 (2021) 30 号]; 蔡圣朝名医工作室 [国中医药人教发 (2014) 20 号]; 安徽中医药大学校级自然一般项目 (2019zryb24); 安徽中医药大学校级重大教学研究项目 (2021zlgcfy009)

作者简介: 崔倩倩 (1985—), 女, 主治医师, 硕士

通信作者: 朱才丰 (1981—), 男, 主任医师, 博士, Email: xingzhezhu2008@sina.com

factors [Hypersensitive C-reactive protein (hs-CRP), white blood cell (WBC) count, neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) and platelet-to-lymphocyte ratio (PLR)] were compared between the two groups before and after treatment. The clinical therapeutic effects were also compared between the two groups. **Result** The total efficacy rate was 96.7% in the treatment group and 86.7% in the control group with a statistical significant difference between the two groups ($P < 0.01$). After treatment, the H-B facial nerve function grades were better in the two groups compared with before ($P < 0.05$) and in the treatment group than in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the electromyographic latencies of orbicularis oris, orbicularis oculi and frontalis muscle shortened significantly in the two groups compared with before ($P < 0.05$) and were shorter in the treatment group than in the control group ($P < 0.01$). After treatment, the affected and healthy sides of electromyographic wave amplitudes ratio of orbicularis oris, orbicularis oculi and frontalis muscle heightened in the two groups compared with before ($P < 0.01$) and were higher in the treatment group than in the control group ($P < 0.01$). After treatment, the FDI physical function (FDIP) and social function (FDIS) scores were better in the two groups compared with before ($P < 0.01$) and in the treatment group than in the control group ($P < 0.01$). After treatment, the inflammatory factor levels decreased in the two groups compared with before ($P < 0.05$) and were lower in the treatment group than in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupuncture plus moxibustion based on medication can effectively promote the recovery of facial nerve function and social function and is more effective than acupuncture alone in treating patients with acute peripheral facial paralysis. Its mechanism may be related to reducing the acute-stage inflammatory reaction of facial nerves.

[Key Words] Acupuncture therapy; Acupuncture medication combined; Moxibustion; Thermal box moxibustion; Facial paralysis; Acute stage; Inflammatory factor; House-Brackmann facial nerve grading scale; Facial disability index

周围性面瘫是因茎乳孔内面神经非特异性炎症所致。该病病因不明,认为与嗜神经病毒感染有关,常在受凉或上呼吸道感染后发病^[1]。通常急性起病,表现为单侧面部肌肉不能随意运动。部分患者起病初期伴有患侧耳后的疼痛和乳突部压痛,或者出现外耳道和鼓膜疱疹。会不同程度留下后遗症,给患者造成很大的心理压力。炎症是周围性面瘫主要的病理特征,也与面瘫的预后密切相关^[2]。炎症反应会导致面神经水肿或脱髓鞘改变,严重者则有轴突变性,影响神经传导,通过面部肌电图检查可以测定周围神经、神经肌肉接头和肌肉本身的功能状态,发现患侧面神经波幅传导明显低于健侧^[3]。因此,早期干预面神经的非特异性炎症反应,对促进面神经功能的恢复和面瘫预后具有重要意义。研究^[4]表明艾灸可有效缓解周围性面瘫患者急性期炎症反应,具有与激素等同的抗炎作用^[5]。针刺早期介入面瘫的治疗在临床中应用广泛且有效^[6-7]。笔者检索文献发现针刺联合特色温灸器灸法治疗急性期周围性面瘫病的临床报道少见。按摩灸(专利号 ZL200920253590.3)是一种将灸法和面部推拿手法联合在一起的特色温灸器灸法,是周氏梅花针灸流派特

色灸法之一^[8]。课题组在长期的临床工作中发现针刺联合按摩灸不仅能促进面神经功能的恢复,而且能提高患者治疗的舒适度和满意度。因此,本研究以急性期周围性面瘫患者作为对照,观察针刺联合按摩灸治疗急性期周围性面瘫患者的临床疗效,并与单纯针刺相比较,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2018 年 3 月至 2022 年 3 月安徽中医药大学第二附属医院急诊科门诊和住院的急性期周围性面瘫患者,采用 PASS15.0 样本量估算软件进行样本量估计,确定检验标准 $\alpha = 0.05$, $1 - \beta = 0.9$,按照公式计算出每组 26 例,考虑 12% 的样本脱落率,最后确定总样本量为 60 例,按照就诊先后顺序随机分为治疗组和对照组,每组 30 例。两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性,详见表 1。本临床研究经安徽中医药大学第二附属医院伦理委员会批准(审批号 2018-zj-15)。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别/例		年龄/岁		
		男	女	最小	最大	平均($\bar{x} \pm s$)
对照组	30	19	11	15	79	45±16
治疗组	30	14	16	18	76	51±16

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参考《中国特发性面神经麻痹诊治指南》^[9]制定急性期周围性面瘫诊断标准。急性起病,一般在 3 d 左右达到高峰;单侧周围性面瘫,表现为受累侧闭目、皱眉、鼓腮、示齿和闭唇无力,以及示齿时口角向对侧歪斜,伴或不伴耳后疼痛、舌前味觉减退、听觉过敏、泪液或唾液分泌异常;排除其他继发原因。

1.2.2 中医诊断标准

参照《针灸治疗学》^[10]面瘫章节的诊断依据。以口、眼向一侧歪斜为主要表现,发病急速,以口眼歪斜为主要特点,表现为患侧眼睑闭合不全,额纹消失,露睛流泪,鼻唇沟变浅,口角下垂歪向健侧。部分患者初起时有耳后疼痛,还可出现患侧舌前 2/3 味觉减退或消失、听觉过敏等症。

1.3 纳入标准

符合上述西医和中医的诊断标准;发病在 7 d 以内,未接受其他治疗;自愿参加本次临床试验,签署知情同意书;年龄≥15 岁,性别不限。

1.4 排除标准

吉兰-巴雷综合征、多发性硬化、结节病、Mobius 综合征、糖尿病周围神经病、脑炎(真菌、病毒、细菌)、人类免疫缺陷病毒感染、莱姆病、中耳炎、梅毒、脑干卒中、面神经肿瘤、皮肤肿瘤、腮腺肿瘤以及面神经外伤等导致的面瘫者;精神病者;合并有严重的心脏病、肺病、肾病、肝病、造血系统和免疫功能缺陷等疾病者;妊娠、备孕及哺乳期者;晕针者;正在参加其他临床试验者;对本试验药物存在禁忌证或过敏者。

1.5 中止和脱落标准

治疗过程中出现严重不良反应者,如严重感染、休克等;治疗过程中出现药物过敏反应者;治疗过程中自动退出者。

2 治疗方法

2.1 对照组

采用药物治疗和常规针刺治疗。

2.1.1 药物治疗

口服醋酸泼尼松片(天津力生制药股份有限公司,国药准字 H12020123,每片 5 mg),每次 30 mg,每日 1 次,连用 5 d,之后在 5 d 内逐步减量至停用。口服营养周围神经药物甲钴胺片和呋喃硫胺片。甲钴胺片(江西青峰药业有限公司,国药准字 H20051440,每片 0.5 mg),每次 0.5 mg,每日 3 次;呋喃硫胺片(杭州民生药业有限公司,国药准字 H20023738,每片 25 mg),每次 50 mg,每日 3 次。除醋酸泼尼松片外,营养周围神经药物均连续治疗 2 周。

2.1.2 常规针刺治疗

穴位取太阳、阳白、四白、颧髻、颊车、地仓、牵正、翳风和合谷(健侧)。眼睛闭合困难加刺鱼腰和昆仑;鼻唇沟变浅加刺迎香;人中沟歪斜加水沟;风热证加外关和曲池;风寒甚加风池和列缺,听觉过敏配听宫和中渚。患者取仰卧位,75%乙醇常规消毒针刺部位,选用 0.20 mm×25 mm 和 0.30 mm×40 mm 一次性使用无菌针灸针,浅刺,手法宜轻,采用平补平泻法,得气后留针 30 min,其间可行针 1 次,行针 30 s,取针时将针提至表皮下时快速出针,用无菌棉签按压针孔 15~20 s,避免出血,尤其是眼周腧穴。每日 1 次,治疗 6 d 后休息 1 d,1 周为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

2.2 治疗组

在对照组治疗基础上,予以按摩灸治疗。使用按摩灸灸器在患侧面部施灸,穴位取阳白、太阳、四白、颧髻、地仓、翳风、颊车和牵正。点燃一段清艾条长约 3~4 cm(17 mm×30 mm,上海泰成科技发展有限公司)放置在按摩灸灸器内,固定,待按摩灸灸器温度上升至 36 °C 时即可施灸,操作时间为 20 min,手法应轻柔,力度要适中,艾灸温度应始终以患者自觉舒适为度,灸至患侧面部皮肤颜色潮红,防止烫伤患者皮肤。每日 1 次,治疗 6 d 后休息 1 d,1 周为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

3 治疗效果

3.1 观察指标

主要结局指标为 House-Brackmann(H-B)面神经功能分级和面神经肌电图,次要结局指标为面部残疾指数(facial disability index, FDI)量表和炎症因子指标。

3.1.1 H-B 量表

第五次国际面神经外科专题研讨会^[11]推荐 H-B 量

表用于评估周围性面瘫分级,共分为6级。I级,面神经支配区功能正常。II级,轻度功能障碍或联带运动。III级,双侧面部可见明显区别,但无严重外形损伤;可察觉到并不严重的联带运动、挛缩和(或)半面痉挛。IV级,有明显可见的面肌瘫痪。V级,面神经支配区仅有轻微可见的运动。VI级,面神经支配区域无明显运动。治疗前后分别进行评估。

3.1.2 面神经肌电图

采用全功能肌电图/诱发电位仪(丹麦KEYPIONT 9031070)于治疗前后检测额肌(颞支)、眼轮匝肌(颧支)和口轮匝肌(颊支)的潜伏期和患健侧波幅比值。患者取平卧位,以面神经干穿出的茎乳孔做刺激点,参照同侧鼻翼,检测额肌、眼轮匝肌和口轮匝肌,记录患侧和健侧面神经颞支、颧支和颊支的运动诱发电位波幅。

3.1.3 FDI量表

包括躯体功能评分(facial disability index physical function, FDIP)和社会功能评分(facial disability index social function, FDIS)。FDI量表可以评估面部肌肉运动功能和面瘫患者的社会生活能力。FDIP根据吃东西、喝水、说话发音、流泪、刷牙或漱口的困难程度,每项分为4个等级,从2~5分计分,总分=(5题积累得分-5)×5,分值越高提示躯体功能越好;FDIS根据平静、孤立、发脾气、睡眠、社交活动的时间长短,每项分为6个等级,从1~6分计分,总分=(5题积累得分-5)×4,分值越低提示社会生活能力越好^[12]。在治疗前后分别记录患者FDI评分。

3.1.4 炎症因子

在治疗前后抽取患者空腹时肘正中静脉血,每支真空管约2 mL血液,2支真空采血管贴上标签后,送至化验室检测,经处理后离心分取血清,免疫散射比浊法检测超敏C反应蛋白(hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP)。BC-3000型全血细胞分析仪检测白细胞(white blood cell, WBC)计数、中性粒细胞(neutrophil, NEUT)计数、血小板(platelet, PLT)计数、淋巴细胞(lymphocyte, LYM)计数,计算中性粒细胞与淋巴细胞的比值(neutrophil-to-lymphocyte ratio, NLR)和血小板与淋巴细胞的比值(platelet-to-lymphocyte ratio, PLR)。所有操作均严格按照试剂盒操作说明进行,配套试剂盒由北京

商城科技生物有限公司生产。

3.1.5 安全性评价

观察和记录患者在治疗过程中出现的不良事件,包括按摩灸和针刺治疗导致的皮肤感染、烫伤、晕针、滞针、断针、神经损伤、皮下血肿等;服用药物后出现的消化道溃疡、药物过敏等不良反应。

3.2 疗效标准

根据H-B面神经功能分级,并参考相关文献^[13]拟定疗效评价标准。

痊愈:H-B面神经功能分级I级。

显效:H-B面神经功能分级II级。

有效:H-B面神经功能分级III级。

无效:H-B面神经功能分级IV级。

总有效率=[(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

3.3 统计学方法

采用SPSS26.0统计软件进行统计学分析。计数资料比较采用卡方检验;等级资料比较采用秩和检验。符合正态分布的计量资料以均数±标准差表示,组内比较采用配对样本t检验,组间比较采用两独立样本t检验。不符合正态分布的计量资料比较采用秩和检验。以P<0.05为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组临床疗效的比较

治疗组总有效率为96.7%,对照组总有效率为86.7%,两组比较差异有统计学意义(P<0.01)。详见表2。

表2 两组临床疗效比较 单位:例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	30	2	8	16	4	86.7
治疗组	30	9	18	2	1	96.7 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾P<0.01。

3.4.2 两组治疗前后H-B面神经功能分级比较

两组治疗前H-B面神经功能分级比较,差异无统计学意义(P>0.05)。两组治疗后H-B面神经功能分级优于治疗前(P<0.05),且治疗组H-B面神经功能分级优于对照组(P<0.05)。详见表3。

3.4.3 两组治疗前后口轮匝肌、眼轮匝肌、额肌肌电图潜伏期和患健侧肌电图波幅比值比较

两组治疗前口轮匝肌、眼轮匝肌、额肌肌电图潜伏期比较差异无统计学意义(P>0.05)。两组治疗后口

轮匝肌、眼轮匝肌、额肌肌电图潜伏期明显低于治疗前 ($P < 0.05$), 治疗组低于对照组 ($P < 0.01$)。详见表 4。

两组治疗前口轮匝肌、眼轮匝肌、额肌患侧肌电图波幅比值比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗后口轮匝肌、眼轮匝肌、额肌患侧肌电图波幅比值高于治疗前 ($P < 0.01$), 治疗组高于对照组 ($P < 0.01$)。详见表 5。

表 4 两组治疗前后口轮匝肌、眼轮匝肌、额肌肌电图潜伏期比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	口轮匝肌(颊支)	眼轮匝肌(颧支)	额肌(颧支)
对照组	30	治疗前	4.69 ± 0.45	3.96 ± 0.47	3.66 ± 0.29
		治疗后	3.46 ± 0.32 ¹⁾	3.29 ± 0.21 ¹⁾	3.05 ± 0.15 ¹⁾
治疗组	30	治疗前	4.63 ± 0.52	4.04 ± 0.51	3.78 ± 0.38
		治疗后	2.88 ± 0.39 ¹⁾²⁾	3.11 ± 0.17 ¹⁾²⁾	2.58 ± 0.14 ¹⁾²⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较²⁾ $P < 0.01$ 。

表 5 两组治疗前后口轮匝肌、眼轮匝肌、额肌患侧肌电图波幅比值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	口轮匝肌(颊支)	眼轮匝肌(颧支)	额肌(颧支)
对照组	30	治疗前	0.44 ± 0.08	0.51 ± 0.10	0.52 ± 0.09
		治疗后	0.83 ± 0.05 ¹⁾	0.88 ± 0.04 ¹⁾	0.89 ± 0.33 ¹⁾
治疗组	30	治疗前	0.43 ± 0.67	0.50 ± 0.76	0.52 ± 0.73
		治疗后	0.89 ± 0.39 ¹⁾	0.97 ± 0.20 ¹⁾²⁾	0.98 ± 0.15 ¹⁾²⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组比较²⁾ $P < 0.01$ 。

3.4.4 两组治疗前后 FDI 评分比较

两组治疗前 FDIP 和 FDIS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗后 FDIP 和 FDIS 评分优于治疗前 ($P < 0.01$), 治疗组优于对照组 ($P < 0.01$)。详见表 6。

3.4.5 两组治疗前后血清炎症因子水平比较

两组治疗前血清炎症因子水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗后血清炎症因子水平低于治疗前 ($P < 0.05$), 治疗组低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 7。

表 7 两组治疗前后血清炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	hs-CRP/(mg · L ⁻¹)	WBC(×10 ⁹)/(个 · L ⁻¹)	NLR	PLR
对照组	30	治疗前	1.87 ± 1.90	7.91 ± 1.47	3.14 ± 0.98	116.00 ± 36.97
		治疗后	0.90 ± 0.48 ¹⁾	7.62 ± 2.01 ¹⁾	2.89 ± 0.86 ¹⁾	115.00 ± 36.16 ¹⁾
治疗组	30	治疗前	1.59 ± 1.87	7.68 ± 1.40	3.08 ± 1.81	112.00 ± 40.10
		治疗后	0.59 ± 0.27 ¹⁾²⁾	6.25 ± 1.10 ¹⁾²⁾	2.29 ± 1.06 ¹⁾²⁾	99.00 ± 21.08 ¹⁾²⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较²⁾ $P < 0.05$ 。

3.5 两组不良反应比较

两组患者在治疗期间均未出现晕针现象、皮下血

表 3 两组治疗前后 H-B 面神经功能分级比较

		单位:例						
组别	例数	时间	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级	VI 级
对照组	30	治疗前	0	0	9	17	4	0
		治疗后	2	8	16	4	0	0
治疗组	30	治疗前	0	0	8	18	4	0
		治疗后	9	18	2	1	0	0

表 6 两组治疗前后 FDI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

		单位:分		
组别	例数	时间	FDIP	FDIS
对照组	30	治疗前	15.46 ± 1.20	20.80 ± 1.34
		治疗后	19.63 ± 1.16 ¹⁾	14.00 ± 1.13 ¹⁾
治疗组	30	治疗前	14.76 ± 1.70	20.56 ± 2.27
		治疗后	23.40 ± 1.25 ¹⁾²⁾	9.40 ± 1.07 ¹⁾²⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组比较²⁾ $P < 0.01$ 。

肿、皮肤烫伤、滞针、皮肤过敏、药物过敏等不良反应。未发生因无法耐受针灸治疗而退出试验者。

4 讨论

周围性面瘫,又称为“口目僻”。首载于《灵枢·经筋》:“颊筋有寒,则急引颊移口;有热,则筋弛纵缓不胜收,故僻。”隋·巢元方《诸病源候论·偏风口喎候》:“体虚受风,风入于颊口之筋也。足阳明之筋上夹于口,其筋偏虚,而风因乘之,使其经筋偏急不调,故令口喎僻也。”《诸病源候论·偏风口喎候》:“风邪入于足阳明手太阳之经,遇寒则筋急引颊,故使口喎僻,言语不正,而目不能平视。”《圣济总录·风口喎》:“《论》曰:足阳明脉循颊车,手太阳脉循颈上颊。二经俱受风寒气,筋急引颊,令人口喎僻,言语不正,目不能平视。”外感风寒之邪是面瘫的主要病因。针刺具有祛风通络、疏调经筋之效。艾灸的温热刺激可温经散寒,舒筋解痉。两者联合治疗面瘫有独特的疗效,为历代医家所重视。《针灸甲乙经》:“口僻不正,翳风主之。”《玉龙歌》:“口眼喎斜最可嗟,地仓妙穴连颊车。”《肘后备急方》最早记载了面瘫的灸疗法,有“灸手中指节上一丸,右灸喎左也”。《备急千金要方》中有苇管灸治疗面瘫的详细记载,这是温灸器灸法治疗面瘫的最早记载。

周楣声主任医师(1917—2007),全国首批名老中医,梅花针灸学派第六代传人^[14],特别重视灸法,尤其是温灸器灸法,先后发明了灸架、喷灸仪、点灸笔等10余项灸具,撰写多部灸法专著,形成独具特色的周氏梅花针灸学派,有近300年传承历史^[15]。本研究采用的按摩灸疗法即起源于此学术流派的温灸器灸法。按摩灸是以特色温灸器为媒介将传统灸法和推拿手法联合在一起的一种温灸器灸法,操作手法包括按灸法、摩灸法、揉灸法、擦灸法和推灸法^[16],在患侧面部施灸具有舒筋解痉、祛风散寒之效。按摩灸疗法具有手法多样和持续施灸的特点,操作温和,患者感受舒适,无痛苦,易接受。研究^[17-20]发现艾灸可增加局部循环的血流量,而血管的舒张可调节神经和局部炎症反应。因此,借助艾灸的温通作用早期介入面瘫的治疗可调节面神经功能,改善早期面神经炎症反应。

NLR是中性粒细胞与淋巴细胞的比值,WBC包括中性粒细胞和淋巴细胞,是临床普遍应用的炎症反应参考指标。NLR和PLR不仅反应面瘫的严重程度,也是面瘫预后的指标^[21]。hs-CRP与面瘫预后相关,是面瘫预后的一个重要指标^[22]。面神经EMG是一种客观评价面神经功能的检查手段^[23-25]。H-B面神经功能和FDI量表均是评价面瘫严重程度及恢复情况的量表,既有不同

又互相补充。基于此,本研究以NLR、PLR、WBC、hs-CRP、面神经EMG、H-B量表和FDI量表作为观察指标。治疗后,治疗组的炎症指标、面神经肌电图和面神经功能评分均优于对照组,表明在药物治疗基础上针刺联合艾灸治疗面瘫可有效减轻急性期面瘫的炎症反应,改善面神经炎性水肿,从而达到促进面神经功能恢复的作用。

本研究将常规针刺与特色温灸器灸法——按摩灸联合介入急性期周围性面瘫的治疗,在药物治疗基础上通过针刺联合艾灸治疗可有效改善面瘫患者面神经炎症反应和面神经肌电图波幅,提高面瘫患者临床预后,改善躯体功能和社会功能,减轻了患者的心理压力,改善了患者的社交活动和生活质量,为临床治疗面瘫拓宽了思路,其机制可能与针刺联合艾灸减轻急性期面神经炎性反应、缓解面神经水肿有关。在后续的研究中,应加大样本量以及随访观察,进行多中心的临床研究,并分析不同艾灸时间及灸量对急性期周围性面瘫患者疗效的不同作用,以获得更有力的研究证据。

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,2020:389.
- [2] KIM D H, OH J H, KIM J, *et al.* Predictive values of neutrophil-to-lymphocyte ratio, platelet-to-lymphocyte ratio, and other prognostic factors in pediatric patients with bell's palsy[J]. *Ear Nose Throat J*, 2021, 100(10): 720-725.
- [3] CUI H, ZHONG W, ZHU M, *et al.* Facial electromyography mapping in healthy and bell's palsy subjects: a high-density surface EMG study[J]. *Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol So*, 2020, 2020:3662-3665.
- [4] 李德华,李季,叶小琪,等. 悬灸早期介入对急性面瘫血清炎症因子的影响[J]. 世界中医药, 2020, 15(14): 2150-2154.
- [5] 李德华,李季,叶小琪,等. 悬灸早期介入治疗急性期贝尔麻痹疗效评价[J]. 中国针灸, 2020, 40(2): 123-128.
- [6] 王静华,崔耀辉,李瑛,等. 针刺患侧“反映点”治疗急性期周围性面瘫疗效对照观察[J]. 中国针灸, 2019, 39(6): 588-592.

- [7] 钟倩,朱才丰,桂林,等.双针挂针疗法结合温和灸治疗周围性面瘫急性期疗效观察[J].安徽中医药大学学报,2019,38(4):58-61.
- [8] 郜莉,蔡圣朝,唐巍.梅花针灸学派学术思想浅读[J].上海针灸杂志,2016,35(2):202-205.
- [9] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会神经肌肉病学组,中华医学会神经病学分会心电图与临床神经电生理学组.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.
- [10] 高树中.针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2016:45-46.
- [11] HOUSE J W, BRACKMANN D E. Facial nerve grading system[J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1985, 93(2):146-147.
- [12] VAN SWEARINGEN J M, BRACH J S. The facial disability index: reliability and validity of a disability assessment instrument for disorders of the facial neuromuscular system[J]. *Phys Ther*, 1996, 76(12):1288-1298, discussion 1298-1300.
- [13] 李瑛,李妍,刘立安,等.针灸择期治疗周围性面瘫多中心大样本随机对照试验[J].中国针灸,2011,31(4):289-293.
- [14] 贺成功,龙红慧,蔡圣朝,等.周楣声教授灸法治疗经验[J].中医外治杂志,2013,22(4):3-5.
- [15] 贺成功,龙红慧,蔡圣朝,等.周楣声家传梅花派特色针法[J].长春中医药大学学报,2016,32(2):294-297.
- [16] 贺成功,龙红慧,蔡圣朝.浅谈按摩灸[J].上海针灸杂志,2012,31(7):533-534.
- [17] 徐森磊,张宏如,顾一煌.艾灸温热刺激对血流量的增加作用及其相关机制探讨[J].针刺研究,2018,43(11):738-743.
- [18] 余玲玲,郭乐,尚姝.益精养肾孕子方联合艾灸对多囊卵巢综合征排卵障碍性不孕患者性激素水平及卵巢血流动力学的影响[J].湖北中医杂志,2020,42(9):13-15.
- [19] 向曦,黄晓桃,葛曼等.针刺艾灸八髎穴治疗隐匿期原发性卵巢功能不全不孕症对卵泡周围血流参数及妊娠率的影响[J].河北中医,2020,42(7):1075-1079.
- [20] 苏文武,高修安,田菊升,等.直线偏振光近红外照射联合艾灸治疗 IVF-ET 失败后宫腔血流灌注不足的临床观察[J].中医药导报,2020,26(2):61-63,70.
- [21] OYA R, TAKENKA Y, IMAI T, et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio and platelet-to-lymphocyte ratio as prognostic hematologic markers of bell's palsy: a meta-analysis[J]. *Otol Neurotol*, 2019, 40(5):681-687.
- [22] CAYIR S, HIZLI O, KAYABASI S. Is c-reactive protein to albumin ratio an indicator of poor prognosis in bell's palsy?[J]. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2020, 277(1):115-119.
- [23] 王继升.心电图在特发性面神经麻痹预后中的应用[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(2):39.
- [24] 王顺玉,曹国华,陈莉等.心电图检查在诊断周围性面瘫中的应用价值[J].当代医药论丛,2019,17(14):185-186.
- [25] 罗汀.神经电生理检测在面神经炎早期诊断及预后判定中的应用价值[J].临床合理用药杂志,2017,10(21):105-106.

收稿日期 2023-06-11