

文章编号: 1005-0957 (2024) 09-0933-06

• 专题研究 •

经筋刺法治疗周围性面瘫的疗效观察

卜秀焕, 王雷, 王田

(秦皇岛市中医医院, 秦皇岛 066003)

【摘要】 目的 观察经筋刺法治疗周围性面瘫的临床疗效及其对瞬目反射、面部肌电图、动脉分支血流动力学的影响。**方法** 将 120 例周围性面瘫患者随机分为观察组和对照组, 每组 60 例。观察组采用经筋刺法治疗, 对照组采用常规针刺治疗。观察两组治疗前后瞬目反射、面部肌电图指标(R1、R2 波及对侧 R2' 波潜伏期, 口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期及患健侧波幅比值)、动脉分支血流动力学指标[患侧面动脉、下唇动脉、内眦动脉、上唇动脉收缩期峰值血流速度(peak systolic velocity, PSV)和血管阻力指数(resistance index, RI)]、面神经功能[House-Brackmann(H-B)]分级及面部残疾指数(facial disability index, FDI)各项评分(躯体功能及社会/行为功能评分)的变化情况, 比较两组临床疗效。**结果** 两组治疗后 R1、R2 波及对侧 R2' 波潜伏期和口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期均较同组治疗前显著缩短, 口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌患健侧波幅比值及患侧面动脉、下唇动脉、内眦动脉、上唇动脉 PSV 均显著升高, RI 和 FDI 各项评分均显著下降, 差异均具有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗后 R1、R2 波及对侧 R2' 波潜伏期和口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期均明显短于对照组, 口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌患健侧波幅比值及患侧面动脉、下唇动脉、内眦动脉、上唇动脉 PSV 均高于对照组, RI 和 FDI 各项评分均低于对照组, 差异均具有统计学意义($P<0.05$)。两组治疗后 H-B 分级与同组治疗前比较, 差异均具有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗后 H-B 分级与对照组比较, 差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组总有效率为 96.7%, 明显高于对照组的 83.3%($P<0.05$)。**结论** 经筋刺法治疗周围性面瘫疗效确切, 可改善瞬目反射、面部肌电图及动脉分支血流动力学相关指标, 提升患者面神经功能和日常生活水平。

【关键词】 针刺疗法; 经筋排刺法; 面神经麻痹; 周围性面瘫; 瞬目反射; 面部肌电图; 动脉分支血流动力学; 面神经功能

【中图分类号】 R246.6 **【文献标志码】** A

DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2024.09.0933

Efficacy observation of muscle region acupuncture in treating peripheral facial paralysis BU Xiuhuan, WANG Lei, WANG Tian. Qinhuangdao Hospital of Chinese Medicine, Qinhuangdao 066003, China

[Abstract] Objective To observe the clinical efficacy of muscle region acupuncture in treating peripheral facial paralysis and its effects on blink reflex, facial electromyography (EMG), and arterial branch hemodynamics. **Method** A total of 120 patients with peripheral facial paralysis were randomly divided into an observation group and a control group, with 60 cases in each group. The observation group was treated with muscle region acupuncture, and the control group received ordinary acupuncture. The blink reflex, facial EMG indicators (the latencies of R1, R2, and the contralateral R2' waves, the latencies of orbicularis oris, orbicularis oculi, and nasal muscles and their amplitude ratio of the affected side to the healthy side), the arterial branch hemodynamic parameters [the vascular resistance index (RI) and peak systolic velocity (PSV) of the facial artery, inferior labial artery, inner canthus artery, and superior labial artery on the affected side], House-Brackmann (H-B) grading, and facial disability index (FDI) scores (physical function and social/behavioral function) were observed before and after the treatment. The clinical efficacy was also compared between the two groups. **Result** After the treatment, the latencies of R1, R2, and R2' waves, orbicularis oris,

基金项目: 秦皇岛市市级科学技术研究与发展计划 (202004A073); 河北省中医药科研计划项目 (2022541)

作者简介: 卜秀焕 (1987—), 女, 副主任医师, Email: syusnigt669@126.com

orbicularis oculi, and nasal muscles were shortened, the amplitude ratio of the affected side to the healthy side of the above muscles, the PSV of facial artery, inferior labial artery, inner canthus artery, and superior labial artery increased notably, and the RI and FDI scores decreased significantly in both groups ($P<0.05$). After the intervention, the latencies of R1, R2, and R2' waves, orbicularis oris, orbicularis oculi, and nasal muscles were shorter, the amplitude ratio of the affected side to the healthy side of the above muscles, the PSV of facial artery, inferior labial artery, inner canthus artery, and superior labial artery were higher, and the RI and FDI scores were lower in the observation group than in the control group, all showing statistical significance ($P<0.05$). The H-B grading changed significantly after the intervention in both groups ($P<0.05$), and the between-group difference also showed statistical significance ($P<0.05$). The total effective rate was 96.7% in the observation group, which was markedly higher than 83.3% in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Muscle region acupuncture is effective in treating peripheral facial paralysis. This method can improve blink reflex, facial EMG, and arterial branch hemodynamic parameters and enhance the patient's facial nerve function and daily living level.

[Key words] Acupuncture therapy; Muscle-region alignment needling; Facial nerve palsy; Peripheral facial paralysis; Blink reflex; Facial electromyography; Arterial branch hemodynamics; Facial nerve function

面瘫又称贝尔麻痹、面神经麻痹、面神经炎,临床表现为口眼歪斜、额纹变浅、鼓腮困难、眼睑闭合不全、不能皱额蹙眉等,严重者可产生味觉障碍、耳内疼痛等症状^[1-2]。根据病变部位不同可将面瘫分为周围性面瘫及中枢性面瘫,其中周围性面瘫在临床上最为常见,在全部面瘫患者中占比高达70%以上^[3-4]。周围性面瘫治疗不及时,可发展为顽固性面瘫,严重影响患者生活质量。周围性面瘫属中医学“口僻”“歪嘴风”等范畴,与外邪侵袭、气血瘀滞、经筋失养密切相关。临床常采用针刺治疗周围性面瘫,而常规针刺治疗疗效不甚理想。面瘫乃经筋病,经筋刺法从经筋学角度给予周围性面瘫治疗,正中其病位病机,故本研究观察经筋刺法治疗周围性面瘫的临床疗效及其对瞬目反射、面部肌电图、动脉分支血流动力学的影响,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

120例周围性面瘫患者为2020年10月至2022年12月秦皇岛市中医医院门诊患者,采用查随机数字表法随机分为观察组和对照组,每组60例。观察组中男35例,女25例;年龄23~59岁,平均(41±3)岁;面神经功能[House-Brackmann(H-B)]^[5]分级为Ⅱ级18例,Ⅲ级27例,Ⅳ~Ⅴ级15例。对照组中男36例,女24例;年龄21~60岁,平均(40±3)岁;H-B分级为Ⅱ级19例,Ⅲ级26例,Ⅳ~Ⅴ级15例。两组患者性别、年龄及H-B分级比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有

可比性。本研究经秦皇岛市中医医院伦理委员会审批同意(0020YB00019)。

1.2 纳入标准

符合周围性面瘫的诊断标准,并处于恢复期,中医辨证分型为风热侵袭证^[6];年龄20~60岁,性别不限;H-B分级为Ⅱ~Ⅴ级:依从性良好,签署知情同意书。

1.3 排除标准

中枢性面瘫者;伴有凝血功能障碍、血液学病变、恶性肿瘤、全身感染者;精神障碍者;腮腺炎、后颅窝病变、神经根炎等因素产生的面瘫者;哺乳期或妊娠期者;合并肝、肾、心等功能不全者;伴有癫痫者;存在针刺禁忌者;无法坚持治疗者。

2 治疗方法

2.1 观察组

取健侧合谷穴及患侧攒竹、颧髎、阳白、四白、地仓、颊车穴^[7]。患者取舒适坐位,给予穴位及针具常规消毒,地仓透颊车、太阳透地仓治疗选用0.30 mm×75 mm毫针,余穴位选用0.30 mm×40 mm毫针。阳白采用四透治疗,以阳白为中心,采用毫针分别向丝竹空、攒竹、头维、上星方向透刺1寸;四白采用两透治疗,以四白为中心,分别向目外眦、目内眦方向透刺0.3寸;地仓到颊车用长40 mm毫针进行经筋排刺治疗,每0.5寸取1点,直刺0.3寸;攒竹向鱼腰部透刺,合谷直刺1寸,颧髎直刺0.5寸,行平补平泻法,得气后留针30 min。每日1次,连续治疗5 d后休息2 d,共治疗

4 周。

2.2 对照组

取穴同观察组。患者取舒适坐位,常规消毒后,采用 0.30 mm×40 mm 毫针进行针刺,四白微向上斜刺 0.5 寸,阳白、攒竹向鱼腰部透刺,合谷直刺 1 寸,颧髎、颊车、地仓直刺 0.5 寸,行平补平泻法,得气后留针 30 min。每日 1 次,连续治疗 5 d 后休息 2 d,共治疗 4 周。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 瞬目反射、面部肌电图指标

两组治疗前后分别采用 NTS-2000 型神经肌电图仪(上海名元实业有限公司)刺激额神经及眶上神经,记录同侧 R1、R2 波及对侧 R2' 波潜伏期,检测口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期和患侧侧波幅比值。

3.1.2 动脉分支血流动力学指标

两组治疗前后分别采用 BLS-X3 彩色多普勒超声诊断仪(徐州贝尔斯电子科技有限公司)测量患侧面动脉及分支(下唇动脉、内眦动脉、上唇动脉)的收缩期峰值血流速度(peak systolic velocity, PSV)和血管阻力指数(resistance index, RI)。

3.1.3 H-B 分级

两组治疗前后分别评定 H-B 分级。各区面肌功能正常,两面对称,为 I 级;静态对称,用力可动口角,用力可闭目,面肌功能轻微不良,为 II 级;患健侧肌张力明显差别,面肌功能中度不良,或不能抬眉,用力可闭眼、动口角,半面痉挛或痉挛,不对称,为 III 级;面肌功能中重度不良,不能抬眉,眼睑用力不可完全闭拢,严重联动,口部运动不对称,为 IV 级;重度面肌功能不良,挛缩或半面痉挛,额无运动,睑、口略能动,常无联动,闭目不全,静态不对称,为 V 级。

3.1.4 面部残疾指数(facial disability index, FDI)^[8]各项评分

两组治疗前后分别根据 FDI 进行评分。FDI 包含躯体功能(25 分)与社会功能(25 分)两部分,共 10 题

(50 分),该评分与患者日常生活功能呈负相关。

3.2 疗效标准^[5]

痊愈:患侧 H-B 分级达 I 级,面部外观、功能恢复正常。

显效:患侧 H-B 分级达 II 级,进食时患侧无食物残渣,谈笑时口角略不对称,无口角歪斜,蹙眉不对称,用力闭眼眼帘可完全闭合。

好转:患侧 H-B 分级达 III 级,临床症状改善。

无效:患侧 H-B 分级、临床症状无改善。

总有效率=[(痊愈例数+显效例数+好转例数)/总例数]×100%。

3.3 统计学方法

所有数据采用 SPSS23.0 软件进行整理和分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差表示,采用配对 *t* 检验检测组内数据,采用成组 *t* 检验检测组间数据;不符合正态分布则采用 *U* 检验。计数资料采用卡方检验,等级比较采用秩和检验。以 *P*<0.05 表示差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组治疗前后 R1、R2 波及对侧 R2' 波潜伏期比较

由表 1 可见,两组治疗前 R1、R2 波及对侧 R2' 波潜伏期比较,差异均无统计学意义(*P*>0.05)。两组治疗后 R1、R2 波及对侧 R2' 波潜伏期均较同组治疗前显著缩短,差异均具有统计学意义(*P*<0.05)。观察组治疗后 R1、R2 波及对侧 R2' 波潜伏期均明显短于对照组,差异均具有统计学意义(*P*<0.05)。

3.4.2 两组治疗前后口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期比较

由表 2 可见,两组治疗前口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期比较,差异均无统计学意义(*P*>0.05)。两组治疗后口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期均较同组治疗前显著缩短,差异均具有统计学意义(*P*<0.05)。观察组治疗后口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期均明显短于对照组,差异均具有统计学意义(*P*<0.05)。

表 1 两组治疗前后 R1、R2 波及对侧 R2' 波潜伏期比较($\bar{x} \pm s$)

单位:ms

组别	例数	R1 波		R2 波		R2' 波	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	14.26±1.24	13.52±1.13 ¹⁾	38.69±3.21	34.35±2.61 ¹⁾	35.06±1.84	33.77±1.51 ¹⁾
观察组	60	14.34±1.17	12.71±1.07 ¹⁾²⁾	38.53±3.29	31.17±2.05 ¹⁾²⁾	35.17±1.75	32.41±1.37 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。

表 2 两组治疗前后口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期比较 ($\bar{x} \pm s$)

单位:ms

组别	例数	口轮匝肌		眼轮匝肌		鼻肌	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	3.87±0.78	3.17±0.69 ¹⁾	4.43±1.03	3.31±0.71 ¹⁾	3.51±0.55	3.02±0.40 ¹⁾
观察组	60	3.82±0.72	2.82±0.56 ¹⁾²⁾	4.52±1.01	2.76±0.50 ¹⁾²⁾	3.56±0.51	2.69±0.32 ¹⁾²⁾

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

3.4.3 两组治疗前后口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌患侧波幅比值比较

由表 3 可见,两组治疗前口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌患侧波幅比值比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。两组治疗后口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌患侧波幅比值均较同组治疗前显著升高,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗后口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌患侧波幅比值均明显高于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。

3.4.4 两组治疗前后 H-B 分级比较

由表 4 可见,两组治疗前 H-B 分级比较,差异无统

计学意义($P>0.05$)。两组治疗后 H-B 分级与同组治疗前比较,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗后 H-B 分级与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.4.5 两组治疗前后 FDI 各项评分比较

由表 5 可见,两组治疗前 FDI 各项评分(躯体功能及社会/行为功能评分)比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。两组治疗后 FDI 各项评分均较同组治疗前显著降低,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗后 FDI 各项评分均明显低于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组治疗前后口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌患侧波幅比值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	口轮匝肌		眼轮匝肌		鼻肌	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	0.38±0.07	0.53±0.10 ¹⁾	0.32±0.06	0.63±0.09 ¹⁾	0.40±0.09	0.52±0.10 ¹⁾
观察组	60	0.36±0.08	0.68±0.13 ¹⁾²⁾	0.33±0.05	0.75±0.11 ¹⁾²⁾	0.41±0.08	0.64±0.11 ¹⁾²⁾

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

表 4 两组治疗前后 H-B 分级比较

单位:例

组别	例数	治疗前				治疗后			
		I 级	II 级	III 级	IV~V 级	I 级	II 级	III 级	IV~V 级
对照组	60	0	19	26	15	9	20	21	10
观察组	60	0	18	27	15	17	25	16	2

表 5 两组治疗前后 FDI 各项评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

单位:分

组别	例数	躯体功能		社会/行为功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	17.51±3.16	12.49±2.84 ¹⁾	18.55±3.16	13.75±2.75 ¹⁾
观察组	60	17.38±3.03	9.73±2.15 ¹⁾²⁾	18.34±3.32	9.42±2.31 ¹⁾²⁾

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

3.4.6 两组临床疗效比较

表 6 两组临床疗效比较

单位:例

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
对照组	60	8	19	23	10	83.3
观察组	60	17	25	16	2	96.7 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P<0.05$ 。

由表 6 可见,观察组总有效率为 96.7%,明显高于对照组的 83.3%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

3.4.7 两组治疗前后患侧面动脉、下唇动脉、内眦动脉、上唇动脉 PSV 和 RI 比较

由表 7 可见,两组治疗前患侧面动脉、下唇动脉、内眦动脉、上唇动脉 PSV 和 RI 比较,差异均无统计学

意义($P>0.05$)。两组治疗后患侧面动脉、下唇动脉、内眦动脉、上唇动脉 PSV 均较同组治疗前显著升高, RI 显著下降, 差异均具有统计学意义($P<0.05$)。观察组

治疗后患侧面动脉、下唇动脉、内眦动脉、上唇动脉 PSV 均明显高于对照组, RI 均明显低于对照组, 差异均具有统计学意义($P<0.05$)。

表 7 两组治疗前后患侧面动脉、下唇动脉、内眦动脉、上唇动脉 PSV 和 RI 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血管	PSV/($\text{cm} \cdot \text{s}^{-1}$)		RI	
			治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	面动脉	38.79 $\pm$ 6.21	70.46 $\pm$ 9.48 ¹⁾	0.87 $\pm$ 0.08	0.71 $\pm$ 0.09 ¹⁾
		下唇动脉	32.37 $\pm$ 5.66	53.25 $\pm$ 7.15 ¹⁾	0.83 $\pm$ 0.06	0.70 $\pm$ 0.08 ¹⁾
		内眦动脉	24.51 $\pm$ 3.16	46.49 $\pm$ 4.84 ¹⁾	0.75 $\pm$ 0.06	0.60 $\pm$ 0.07 ¹⁾
		上唇动脉	33.47 $\pm$ 6.18	51.37 $\pm$ 8.34 ¹⁾	0.79 $\pm$ 0.05	0.67 $\pm$ 0.07 ¹⁾
观察组	60	面动脉	38.43 $\pm$ 5.76	80.05 $\pm$ 10.64 ¹⁾²⁾	0.89 $\pm$ 0.07	0.62 $\pm$ 0.10 ¹⁾²⁾
		下唇动脉	32.12 $\pm$ 5.15	61.12 $\pm$ 8.21 ¹⁾²⁾	0.84 $\pm$ 0.07	0.61 $\pm$ 0.09 ¹⁾²⁾
		内眦动脉	24.38 $\pm$ 3.03	54.73 $\pm$ 6.25 ¹⁾²⁾	0.74 $\pm$ 0.05	0.52 $\pm$ 0.08 ¹⁾²⁾
		上唇动脉	33.73 $\pm$ 6.09	60.33 $\pm$ 9.45 ¹⁾²⁾	0.80 $\pm$ 0.04	0.60 $\pm$ 0.08 ¹⁾²⁾

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

4 讨论

周围性面瘫是一种神经内科疾病,由非特异性炎症引起,其损伤部位在下运动神经元,与病毒感染、免疫异常、气候等多种因素有关。周围性面瘫的主要病理变化为髓鞘和轴突不同程度的变性、面神经水肿,在面神经管内、茎乳突孔尤为显著^[9-10]。本病是一种面神经炎性病变,从解剖上看,面神经在从茎乳突孔出颅时需经过狭细并靠近内耳和鼓室的骨性管道,该部位外周保护组织较少,易受各种刺激侵袭,损伤面神经,炎症、寒冷等刺激即可导致患者面神经产生损伤,增加面神经管内压力,供血小动脉发生痉挛,致使面神经血供受到影响,还可因此诱发水肿,水肿、血供不良又进一步加重神经损伤,产生恶性循环,诱发面瘫^[11]。周围性面瘫还与病毒侵袭有关,水痘-带状疱疹病毒、单纯疱疹病毒、流感病毒、腺病毒、巨细胞病毒等病毒侵袭患者面部营养神经血管,可致使相应血管产生痉挛,诱发血液供应不足,神经营养也随之供应不足而致发病^[12]。此外,周围性面瘫的发生还与周围神经刺激、遗传因素、环境损害、多神经元性病变、过劳以及心理压力过大等因素密切相关^[13]。

面瘫属中医学“口僻”“卒口僻”等范畴,该病本虚标实,多由患者起居不节、素日过度劳作,日久损伤正气而致本虚,且风、热之邪终岁常在,易从皮毛而入侵袭机体,趁虚直犯面部,致使面部经络气机失常,面部口颊额眼部肌肉经筋失养,导致面瘫^[14-15]。攒竹属足太阳膀胱经,可活血通络;阳白属足少阳胆经,可行气

导滞,活血化瘀,通阳散结;四白属足阳明胃经,可行气,通阳散结;颧髎属手太阳小肠经,可疏通经络,清热消肿,祛风镇痉,常用于治疗口眼歪斜、颊肿;颊车属足阳明胃经,可祛风清热,疏通经络,常用于治疗面神经麻痹;地仓属足阳明胃经,可清热解毒,活血,消肿散瘀;合谷属手阳明大肠经,可疏风清热;丝竹空属手少阳三焦经,可清利头目,疏风清热。对于上述穴位给予针刺可改善患者病情。

经筋刺法是石学敏教授根据中医经筋理论和周围性面瘫治疗临床经验创立,以通经络、补气血、促局部血液循环为主,其可缓解肌肉痉挛,加速神经水肿吸收,改善患者局部供氧,营养面部神经及面肌,促进恢复患者面部肌肉功能^[16]。经筋刺法中的透刺法一针刺多穴,针感范围大,可激发多条经络气血,增强疗效,增强肌肉及神经兴奋性,促进恢复面部表情肌功能^[17]。排刺法是在经络附近进行密集的针刺方法,可促进神经细胞再生及修复,刺激肌肉筋膜,降低肌张力,解除肌肉痉挛^[18]。

R1、R2、R2' 波潜伏期是瞬目反射指标,是通过面部刺激,借助三叉神经刺激面神经核运动神经元产生的保护性反射,在周围性面瘫患者中异常表达率为 100%^[19]。本研究结果表明,观察组治疗后 R1、R2、R2' 波潜伏期均明显短于对照组,提示经筋刺法治疗可改善瞬目反射。周围性面瘫患者常伴随面肌异常,观察组治疗后口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期均明显短于对照组,患健侧波幅比值高于对照组,提示经筋刺法治

疗可改善面部肌电图指标。观察组治疗后患侧面动脉、下唇动脉、内眦动脉、上唇动脉 PSV 均高于对照组, RI 低于对照组, 说明经筋刺法治疗可改善动脉分支血流动力学, 这可能与针刺治疗改善患者面部血液循环状态相关^[20]。此外, 观察组治疗后 H-B 分级优于对照组, FDI 各项评分均低于对照组, 总有效率高于对照组, 说明经筋刺法可提升患者面神经功能、日常生活水平及临床疗效。

综上所述, 经筋刺法是一种治疗周围性面瘫的有效方法, 可改善瞬目反射、面部肌电图及动脉分支血流动力学指标, 提升患者面神经功能、日常生活水平。

参考文献

- [1] 陈炽祥. 温针灸联合祛风解毒活络汤对周围性面瘫患者 FDI、血清 ET 及 NO 水平的影响[J]. 上海针灸杂志, 2020(3):310-314.
- [2] 连汝静, 贾一明, 孙文博. 特殊透刺联合雷火灸治疗周围性面瘫疗效及对患者血清 MDA、SOD 的影响[J]. 陕西中医, 2022(4):519-522.
- [3] TIEMAN T E, CHAIET S R, LUIJMES R, *et al*. A closer look at the paralyzed face; a narrative review of the neurobiological basis for functional and aesthetic appreciation between patients with a left and a right peripheral facial palsy[J]. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2020(8):1434-1441.
- [4] 齐琳婧, 李梅娟, 李世敬, 等. 温针灸配合康复功能训练治疗周围性面瘫的疗效及对肌电图的影响[J]. 贵州医药, 2019(11):1793-1795.
- [5] HOUSE J W, BRACKMANN D E. Facial nerve grading system[J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1985(2):146-147.
- [6] 杨万章, 吴芳, 张敏. 周围性面神经麻痹的中西医结合评定及疗效标准(草案)[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005(9):786-787.
- [7] 高超, 庄杰, 张帆. 常规针刺配合浅针法对急性期周围性面瘫患者疼痛、面动脉血流动力学及面部肌电图的影响[J]. 中国中医急症, 2022(4):690-693.
- [8] VANSWEARINGEN 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(12):1288-1300.
- [9] 曾诗睿, 包富龙, 邓晶晶, 等. 结合瑶医“盈亏平衡”理论运用油针疗法治疗周围性面瘫恢复期的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2021(12):26-30.
- [10] YU B, XUAN L, JIN Y, *et al*. Efficacy and safety of thread embedding acupuncture for facial expression muscles atrophy after peripheral facial paralysis: study protocol for a randomized controlled trial[J]. *Trials*, 2021(1):755.
- [11] 王海宇, 王宇, 姚长风. 针灸治疗周围性面瘫研究进展[J]. 中国中医急症, 2022(11):2065-2068.
- [12] WANG X J, HE N N, JI W B, *et al*. Effect of penetration electroacupuncture combined with intermediate frequency electrotherapy, facial acupoint massage, and cervical reduction on facial nerve function and curative effect of senile refractory facial paralysis[J]. *J Healthc Eng*, 2021:3776006.
- [13] 彭亚婷. 祛风愈瘫丸联合针刺治疗气虚血瘀型周围性面瘫临床观察[D]. 广州:广州中医药大学, 2021.
- [14] 刘海永, 张瑾, 白如玉, 等. 针灸联合中药熏蒸治疗风热型周围性面瘫的临床研究[J]. 河北中医药学报, 2019(5):45-47.
- [15] 刘海永, 孟红梅, 李艳杰, 等. 针刺结合自拟清热通络方治疗风热型周围性面瘫的临床研究[J]. 中国医药导报, 2019(21):155-158.
- [16] 曾志文, 卢桂兰, 张正学, 等. 祛风解毒活络汤联合经筋刺法促进周围性面瘫患者康复效果观察[J]. 四川中医, 2019(11):142-144.
- [17] 赵忠辉, 黄香红, 成建平, 等. “经筋刺法”配合推拿对周围性面瘫面神经功能的影响[J]. 上海针灸杂志, 2016(10):1197-1199.
- [18] 李星萍, 王文青, 柯梓, 等. 经筋排刺法的临床研究进展[J]. 江苏中医药, 2022(9):74-77.
- [19] 吴雪燕, 苏秋菊, 李红勤. F 波及瞬目反射对急性周围性面瘫的评估价值[J]. 现代电生理学杂志, 2022(2):67-71.
- [20] 郭婉清, 罗彩云, 陈燕萍, 等. 常规针刺结合浅针治疗对急性期周围性面瘫患者面动脉及分支血流动力学的影响[J]. 福建中医药, 2021(2):9-10, 24.

收稿日期2024-03-16