

循经闪罐辅助治疗急性期贝尔面瘫介入时机的临床研究

陈嘉杰¹, 王频¹, 石海平², 高万里², 李肖伟², 舒玉铃², 王永哲¹, 蒋滨键¹

(1. 安徽中医药大学, 合肥 230031; 2. 安徽中医药大学第一附属医院, 合肥 230031)

【摘要】 目的 观察不同时机循经闪罐辅助治疗急性期贝尔面瘫介入时机的临床疗效。方法 将 90 例急性期贝尔面瘫患者随机分为 A 组、B 组和 C 组, 每组 30 例。3 组均在发病后立即接受针刺配合药物治疗, A 组在急性期(病程 0~7 d)介入循经闪罐治疗, B 组在亚急性期(病程 8~14 d)介入, C 组在恢复期(病程 15~28 d)介入。观察 3 组治疗前及治疗至病程为 7 d、14 d、28 d 时 House-Brackman (H-B) 分级量表评分、Sunnybrook 面神经评定量表评分及面部残疾指数 (facial disability index, FDI) 中躯体功能 (FDI physical function, FDIp) 评分和社会功能 (FDI social life function, FDI_s) 评分的变化情况, 比较两组临床痊愈时间及临床疗效。结果 3 组治疗至病程为 7 d、14 d、28 d 时 H-B 分级量表评分和 FDI_s 评分均较同组治疗前显著降低, Sunnybrook 面神经评定量表评分和 FDIp 评分均显著升高, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.01$)。B 组治疗至病程为 14 d、28 d 时 H-B 分级量表评分和 FDI_s 评分均明显低于 A 组和 C 组, Sunnybrook 面神经评定量表评分均明显高于 A 组, FDIp 评分均明显高于 A 组和 C 组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。B 组临床痊愈时间明显短于 A 组和 C 组, 总有效率 (96.7%) 明显高于 A 组 (86.7%) 和 C 组 (90.0%), 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在针药并用的基础上, 循经闪罐辅助治疗急性期贝尔面瘫疗效明确, 病程 8~14 d 时介入疗效最优, 能明显缩短临床痊愈时间。

【关键词】 闪罐; 面神经麻痹; 周围性面瘫; 介入时机; 针刺疗法; House-Brackman 分级量表; 针药并用

【中图分类号】 R246.6 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2024.09.0939

Clinical study on the timing of intervention of meridian flash cupping to assist in the treatment of acute-phase Bell's facial paralysis CHEN Jiajie¹, WANG Bin¹, SHI Haiping², GAO Wanli², LI Xiaowei², SHU Yuling², WANG Yongzhe¹, JIANG Binji¹. 1. Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230031, China; 2. The First Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230031, China

[Abstract] **Objective** To observe the clinical efficacy of different timing of meridian flash cupping to assist in the treatment of acute-phase Bell's facial paralysis. **Method** A total of 90 patients with Bell's palsy in the acute stage were randomly divided into group A, group B and group C, 30 patients in each group. All 3 groups were treated with acupuncture and medication immediately after the onset of the disease, and group A intervened in the acute stage (0-7 d of the disease course) with meridian flash cupping therapy, group B intervened in the subacute stage (8-14 d of the disease course), and group C intervened in the recovery stage (15-28 d of the disease course). The House-Brackman (H-B) grading scale scores, Sunnybrook Facial Nerve Rating Scale scores, physical function (FDIp) and social life function (FDI_s) in the facial disability index (FDI) were observed in the three groups before treatment and at 7, 14, and 28 d of disease duration. The clinical recovery time and clinical efficacy of the two groups were compared. **Result** The H-B scale and FDI_s scores were significantly lower and the Sunnybrook Facial Nerve Rating Scale and FDIp scores were significantly higher in the three groups at 7 d, 14 d and 28 d of the disease, compared with those in the same group before treatment, and the differences were statistically significant ($P < 0.01$). The H-B grading scale scores

基金项目: 安徽高校协同创新项目 (GXXT-2021-083)

作者简介: 陈嘉杰 (1996—), 男, 2021 级硕士生, Email: chenjiajie202211@163.com

通信作者: 王频 (1964—), 男, 教授, Email: angpin1890@163.com

and FDIs scores of group B were significantly lower than those of groups A and C at 14 d and 28 d of disease duration, the Sunnybrook Facial Nerve Rating Scale scores were significantly higher than those of group A, and the FDIp scores were significantly higher than those of group A and C, and the differences were all statistically significant ($P < 0.05$). The time of clinical recovery in group B was significantly shorter than that in group A and C, and the total effective rate (96.7%) was significantly higher than that of Group A (86.7%) and Group C (90.0%), and the differences were all statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Based on the treatment of acupuncture medication combined, the therapeutic effect of meridian flash cupping in the treatment of acute Bell's facial paralysis is clear, and the intervention effect is optimal when the course of the disease is 8-14 d, which can significantly shorten the time of clinical healing.

[Key words] Flash cupping; Facial nerve palsy; Peripheral facial paralysis; Intervention timing; Acupuncture therapy; House-Brackman grading scale; Acupuncture medication combined

贝尔面瘫是急性面神经功能障碍性疾病, 流行病学调查显示其患病率为 11.5~55.3/10 万, 且有明显的地域和季节分布^[1]。贝尔面瘫致病原因目前尚未完全明了, 一般认为与多种致病因素共同作用引发面神经非特异性炎性病变而导致患侧面神经水肿有关^[2-3], 临床表现以患侧面部表情动作减弱或消失, 伴口角歪斜、额纹消失等症状^[4]。闪罐作为拔罐疗法之一, 具有温补作用明显、不留罐斑、应用范围广的优势^[5], 辅助针刺治疗面瘫优于常规针刺, 可显著提高治愈率, 缩短治愈时间^[6]。但闪罐辅助治疗面瘫的介入时机存在争议, 部分学者^[7-8]认为, 在面瘫急性期辅以闪罐能缩短治疗病程; 而部分学者则持不同观点^[9], 认为闪罐辅助治疗面瘫以恢复期为宜。基于此, 本研究旨在探讨循经

闪罐辅助治疗急性期贝尔面瘫的临床疗效, 分析不同时机介入治疗改善面神经功能的情况, 寻找最佳介入时机, 以期临床闪罐辅助治疗时机的选择提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料

90 例急性期贝尔面瘫患者均为 2022 年 1 月至 2023 年 6 月安徽中医药大学第一附属医院门诊患者, 按随机数字表法将患者随机分为 A 组、B 组和 C 组, 每组 30 例。3 组患者性别、年龄、病程及发病部位比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。详见表 1。本研究通过安徽中医药大学第一附属医院伦理委员会批准 (2022AH-22)。

表 1 3 组一般资料比较

组别	例数	性别/例		平均年龄/岁 ($\bar{x} \pm s$)	平均病程/d ($\bar{x} \pm s$)	患病部位/例	
		男	女			左侧	右侧
A 组	30	19	11	38±12	4.29±1.75	12	18
B 组	30	17	13	36±12	4.30±1.91	15	15
C 组	30	15	15	38±12	4.40±2.01	13	17

1.2 诊断标准

参照“十二五”国家级规划教材《神经病学》^[10]制定急性期贝尔面瘫诊断标准。面神经功能障碍到几天内达到高峰, 常伴有受风寒史; 表现为一侧面肌突然瘫痪、额纹消失, 眼睑不能闭合或闭合不全, 鼻唇沟消失或变浅, 口角歪向健侧, 鼓腮漏气, 吃饭夹食, 可伴舌前部分味觉障碍, 乳突部疼痛等。

1.3 纳入标准

符合上述诊断标准; 根据 House-Brackman (H-B) 分级量表评分, 评分在 I 级以上、VI 级以下且发病不超过 7 d; 首发发病, 发病部位在单侧; 年龄 16~65 岁, 性

别不限; 精神行为正常, 自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准

贝尔面瘫继发其他疾病者, 如疱疹、肿瘤、中耳炎等; 合并有严重的脏器、精神疾病患者; 对糖皮质激素治疗过敏者; 依从性较差而不能完成试验者。

1.5 剔除标准

不符合纳入标准而被误入的病例; 未按规定治疗方案操作者; 未完成疗效指标收集者。

1.6 脱落标准

因个人原因中途退出者; 观察中自然脱落或依从性差而自行退出者。

1.7 中止标准

治疗过程中出现不良事件,经医生评估需停止治疗者。

2 治疗方法

2.1 基础治疗

2.1.1 针刺治疗

参照《针灸治疗学》^[11],取牵正、翳风、四白、阳白、颊车、头维和合谷穴。耳后疼痛加完骨,额纹消失加后溪,鼻唇沟歪加水沟,下唇歪加承浆。患者取仰卧位,穴位局部皮肤消毒后,采用 0.25 mm×30 mm 一次性毫针进行针刺,行平补平泻法,得气后留针 30 min。隔日治疗 1 次,至病程为 28 d 时结束治疗。

2.1.2 药物治疗

口服醋酸泼尼松片(天津天药药业股份有限公司,国药准字 H12020689)30 mg,发病 3 d 内开始服用,每日 1 次,连用 5 d,于第 6 天逐日递减 5 mg 至停用;甲钴胺片(江西青峰药业有限公司,国药准字 H20051440)0.5 mg,每日 3 次,至病程第 28 天结束治疗。

2.2 循经闪罐治疗

闪罐选用适于面部口径大小的火罐(1 号玻璃罐),沿足三阳经面部循行部位进行闪罐,即落即起,反复拔罐 5~6 min,以患者面部皮肤微微发红停止,整个过程操作者要注意火罐温度的把控,防止烫伤。隔日治疗 1 次,至病程为 28 d 时结束治疗。

A 组在急性期(病程 0~7 d)针刺后介入循经闪罐治疗,B 组在亚急性期(病程 8~14 d)介入,C 组在恢复期(病程 15~28 d)介入。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 H-B 分级量表评分^[12]

3 组治疗前及治疗至病程为 7 d、14 d、28 d 时分别根据 H-B 分级量表进行评分。H-B 分级量表共分为 6 个级别,Ⅰ级为正常,Ⅱ级为轻度功能障碍,Ⅲ级为中度功能障碍,Ⅳ级为中重度功能障碍,Ⅴ级为功能严重障碍,Ⅵ级为完全障碍。

3.1.2 Sunnybrook 面神经评定量表^[13]评分

3 组治疗前及治疗至病程为 7 d、14 d、28 d 时分别根据 Sunnybrook 面神经评定量表进行评分。Sunnybrook 分级系统从静态和动态两方面较细致地

评定面神经功能,在动态评定中又按照不同的部位将联动的严重程度进行了分级。静态分=单项总分×5,随意运动分=单项总分×4,联动分=单项分,面神经功能最终评分=随意运动分-静态分-联动分。最终评分越高表示面神经功能越好。

3.1.3 面部残障指数(facial disability index, FDI)^[14]评分

3 组治疗前及治疗至病程为 7 d、14 d、28 d 时分别根据 FDI 进行评分。FDI 包括躯体功能(FDI physical function, FDIp)与社会生活功能(FDI social life function, FDI_s),共 10 项。FDIp 评分为 1~5 分,分值越高表示躯体功能越好;FDI_s 评分为 1~6 分,分值越低表示社会生活功能越好^[15-16]。

3.1.4 临床痊愈时间

根据 H-B 分级量表,记录 3 组患者临床痊愈时间。痊愈的标准参照疗效标准。

3.2 疗效标准

参照相关文献^[17-18]及 H-B 分级量表评价系统拟定。

痊愈:症状消失。H-B 量表分级为Ⅰ级。

显效:静息态脸部双侧对称;运动时,面神经功能轻微障碍。H-B 量表分级为Ⅱ级。

有效:静息态脸部双侧基本对称;运动时,面神经功能中度障碍或轻度联合运动。H-B 量表分级为Ⅲ级。

无效:无明显好转,面部双侧不对称或明显面肌痉挛。H-B 量表分级为Ⅳ~Ⅵ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 软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差表示,比较采用 *t* 检验;不满足正态分布或方差不齐则用中位数(四分位数间距)描述,比较采用 Wilcoxon 符号秩和检验。计数资料比较采用卡方检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 3 组不同时间点 H-B 分级量表评分比较

由表 2 可见,3 组治疗前 H-B 分级量表评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。3 组治疗至病程为 7 d、14 d、28 d 时 H-B 分级量表评分均较同组治疗前显著降低($P<0.01$)。B 组治疗至病程为 14 d、28 d 时 H-B 分级量表评分均明显低于 A 组和 C 组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 3 组不同时间点 H-B 分级量表评分比较 [M(P₂₅, P₇₅)]

单位:分

组别	例数	治疗前	治疗至病程为 7 d	治疗至病程为 14 d	治疗至病程为 28 d
A 组	30	3.57 (3.00, 4.00)	3.00 (3.00, 4.00) ¹⁾	2.50 (2.00, 3.00) ¹⁾²⁾	2.17 (1.00, 3.00) ¹⁾²⁾
B 组	30	3.50 (3.00, 4.00)	3.00 (3.00, 3.00) ¹⁾	2.00 (2.00, 3.00) ¹⁾	1.43 (1.00, 2.00) ¹⁾
C 组	30	3.47 (3.00, 4.00)	3.00 (3.00, 4.00) ¹⁾	3.00 (2.00, 3.00) ¹⁾²⁾	1.84 (1.00, 2.00) ¹⁾²⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾P<0.01;与 B 组比较²⁾P<0.05。

3.4.2 3 组不同时间点 Sunnybrook 面神经评定量表评分比较

由表 3 可见,3 组治疗前 Sunnybrook 面神经评定量表评分比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。3 组

治疗至病程为 7 d、14 d、28 d 时 Sunnybrook 面神经评定量表评分均较同组治疗前显著升高(P<0.01)。B 组治疗至病程为 14 d、28 d 时 Sunnybrook 面神经评定量表评分均明显高于 A 组(P<0.05)。

表 3 3 组不同时间点 Sunnybrook 面神经评定量表评分比较 [M(P₂₅, P₇₅)]

单位:分

组别	例数	治疗前	治疗至病程为 7 d	治疗至病程为 14 d	治疗至病程为 28 d
A 组	30	40.00 (33.00, 47.00)	44.50 (37.00, 53.00) ¹⁾	59.50 (46.00, 75.00) ¹⁾²⁾	81.00 (55.00, 88.00) ¹⁾²⁾
B 组	30	46.50 (37.00, 58.00)	50.50 (41.00, 62.00) ¹⁾	75.00 (58.00, 75.00) ¹⁾	88.00 (84.00, 96.00) ¹⁾
C 组	30	44.00 (37.00, 49.00)	47.00 (39.00, 55.00) ¹⁾	66.50 (54.00, 75.00) ¹⁾	84.00 (78.00, 92.00) ¹⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾P<0.01;与 B 组比较²⁾P<0.05。

3.4.3 3 组不同时间点 FDIp 评分和 FDI_s 评分比较

由表 4 可见,3 组治疗前 FDIp 评分和 FDI_s 评分比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。3 组治疗至病程为 7 d、14 d、28 d 时 FDIp 评分均较同组治疗前显著

升高,FDI_s 评分均显著降低,差异均具有统计学意义(P<0.01)。B 组治疗至病程为 14 d、28 d 时 FDIp 评分均明显高于 A 组和 C 组,FDI_s 评分均明显低于 A 组和 C 组,差异均具有统计学意义(P<0.05)。

表 4 3 组不同时间点 FDIp 评分和 FDI_s 评分比较 [M(P₂₅, P₇₅)]

单位:分

组别	例数	观察指标	治疗前	治疗至病程为 7 d	治疗至病程为 14 d	治疗至病程为 28 d
A 组	30	FDI _p 评分	20.00 (18.00, 21.00)	21.00 (20.00, 22.00) ¹⁾	23.00 (22.00, 24.00) ¹⁾²⁾	25.00 (23.00, 25.00) ¹⁾²⁾
		FDI _s 评分	11.50 (10.00, 13.00)	11.00 (10.00, 13.00) ¹⁾	10.00 (10.00, 11.00) ¹⁾²⁾	10.00 (10.00, 10.00) ¹⁾²⁾
B 组	30	FDI _p 评分	20.00 (18.00, 22.00)	21.00 (20.00, 22.00) ¹⁾	23.00 (23.00, 24.00) ¹⁾	25.00 (25.00, 25.00) ¹⁾
		FDI _s 评分	13.00 (12.00, 15.00)	10.50 (10.00, 11.00) ¹⁾	10.00 (10.00, 10.00) ¹⁾	10.00 (9.00, 10.00) ¹⁾
C 组	30	FDI _p 评分	19.00 (18.00, 20.00)	20.00 (18.00, 21.00) ¹⁾	23.00 (21.00, 23.00) ¹⁾²⁾	25.00 (24.00, 25.00) ¹⁾²⁾
		FDI _s 评分	12.00 (11.00, 14.00)	11.00 (10.00, 13.00) ¹⁾	10.00 (10.00, 12.00) ¹⁾²⁾	10.00 (10.00, 10.00) ¹⁾²⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾P<0.01;与 B 组比较²⁾P<0.05。

3.4.4 3 组临床痊愈时间比较

由表 5 可见,B 组临床痊愈时间明显短于 A 组和 C 组,差异均具有统计学意义(P<0.05)。

组的 86.7%和 C 组的 90.0%,差异均有统计学意义(P<0.05)。

表 5 3 组临床痊愈时间比较 ($\bar{x} \pm s$) 单位:d

组别	例数	临床痊愈时间
A 组	30	34.63 ± 7.03 ¹⁾
B 组	30	28.50 ± 6.31
C 组	30	33.13 ± 7.44 ¹⁾

注:与 B 组比较¹⁾P<0.05。

3.4.5 3 组临床疗效比较

由表 6 可见,B 组总有效率为 96.7%,明显高于 A

表 6 3 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/%
A 组	30	8	13	5	4	86.7 ¹⁾
B 组	30	19	10	0	1	96.7
C 组	30	9	17	1	3	90.0 ¹⁾

注:与 B 组比较¹⁾P<0.05。

4 讨论

现代医学认为贝尔面瘫是由非特异性炎症引起的

周围性面神经麻痹,多急性起病,发病迅速^[16]。中医学认为正气不足、脉络空虚,复感风寒风热之邪,致使气血痹阻是其病因病机^[17]。闪罐法在临床上常作为治疗的辅助手段^[9],联合针灸、药物等手段治疗面瘫,疗效显著。但目前关于闪罐辅助治疗急性期贝尔面瘫介入时机的观点尚未一致^[7-9],疗效方面各有说法,相关临床工作者选择治疗方案也会存在困惑。因此,寻找理想的闪罐辅助治疗时机颇具临床意义。

《黄帝内经太素》^[18]:“中于面则下阳明,中于项则下太阳,中于颊则下少阳。”由此看出,面瘫病位主要以阳经为主,面部瘫痪的表情肌多属阳明经。据“经脉所过,主治所及”结合现代研究发现,面神经及其分支循行与头面部足三阳经筋循行高度重合,循行区域与表情肌分布大致相同^[19]。因此,疏通足三阳经气血、激发卫气、祛风散寒、疏经通络可助面部表情肌功能恢复。故本研究在针药并用的基础上沿足三阳经循行路线进行闪罐治疗,其产生的负压力及局部温热效应,能舒张血管,加速血液循环,促进代谢,从而提高机体免疫,有助于神经调节且具有加快炎症反应消失的良性效果^[20-21]。

本研究结果显示,3组治疗至病程为7d、14d、28d时H-B分级量表评分、FDIs评分均较治疗前降低;Sunnybrook面神经评定量表评分、FDI_p评分较治疗前显著升高,提示3组方案均可有效治疗急性期贝尔面瘫。3组治疗前及治疗至病程为7d时H-B分级量表评分、Sunnybrook面神经评定量表评分、FDIs评分、FDI_p评分比较未见显著差异;B组治疗至病程为14d、28d时H-B分级量表评分、FDIs评分均明显低于A组和C组,FDIs评分均明显高于A组和C组,Sunnybrook面神经评定量表评分明显高于A组,且患者临床痊愈时间均明显短于A组和C组,总有效率均明显高于A组和C组,提示闪罐辅助治疗急性期贝尔面瘫并非越早越好,在亚急性期(病程8~14d)介入疗效最佳,能明显改善患者面神经功能,提高其生活质量,缩短痊愈时间。值得注意的是,B组治疗至病程为14d、28d时Sunnybrook面神经评定量表评分较C组有升高的趋势,但差异不显著,可能与样本量小有关。贝尔面瘫急性期是面神经水肿进展期且会达到峰值^[10],该时期接受不适宜的面部刺激可能会适得其反^[22],这可能是循经闪罐急性期介入疗效不佳的原因。亚急性期面神经水肿状态不再进一步发展^[23],病情发展趋于稳

定,闪罐在此阶段介入能充分发挥功效,通过反复吸拔过程中对罐内区域软组织产生张力,这种张力会影响软组织内毛细血管,使血流与血管内皮之间剪切应力增加,导致血管内皮细胞释放大量一氧化氮^[24-25],促使血管舒张,加速循环,缓解面神经水肿压迫,从而恢复面神经功能。恢复期病邪较深,该阶段病患时间久,面神经恢复越加困难,常用闪罐配合叩刺、熨罐等^[9,26],以扩大刺激面,引邪外出,促进面神经功能恢复。单一闪罐辅助治疗对恢复期阶段的刺激尚有不足,且介入时机延后,这可能是该阶段介入循经闪罐疗效低于亚急性期的原因。

综上所述,循经闪罐辅助治疗急性期贝尔面瘫疗效确切,在病程为8~14d时介入的疗效最佳,临床痊愈时间最早。但本研究存在一定不足,如尚未明确相关机制研究,观察指标普遍为量表,存在一定主观性。下一步将扩大样本量,拓展思路,引入客观指标,明确作用机制,验证研究结果。

参考文献

- [1] LEE S M, LEE S, PARK J H, *et al.* A close look at an integrative treatment package for Bell's palsy in Korea [J]. *Complement Ther Clin Pract*, 2017(26):76-83.
- [2] ZHANG W, XU L, LUO T, *et al.* The etiology of Bell's palsy: a review[J]. *J Neurol*, 2020(7):1896-1905.
- [3] GHOSH S K, NARAYAN R K. Variations in the morphology of stylomastoid foramen: a possible solution to the conundrum of unexplained cases of Bell's palsy[J]. *Folia Morphol(Warsz)*, 2021(1):97-105.
- [4] 杨晨曦,张闻东.张闻东教授调和营卫针法分期论治贝尔面瘫经验[J].*中国中医急救*,2022(9):1467-1470.
- [5] 罗荣,黄迪君,杨运宽,等.闪罐疗法的操作技术和应用[J].*中国针灸*,2008(S1):20-21.
- [6] 郑家丰.针刺结合闪罐治疗面瘫病(面神经炎)临床疗效观察[D].北京:北京中医药大学,2013.
- [7] 任花,李晶.闪罐、走罐、刺络拔罐疗法在周围性面瘫治疗中的应用[J].*环球中医药*,2015(12):1511-1512.
- [8] 李萍.针刺配合闪罐治疗急性周围性面瘫60例[J].*陕西中医学院学报*,2010(4):83-84.
- [9] 牟小文,李雪梅,任奎羽,等.“闪熨结合罐法”在辅助面瘫治疗中的应用[J].*中华中医药杂志*,2022(9):5497-5499.
- [10] 贾建平,陈生弟.神经病学[M].7版.北京:人民卫生出

- 版社, 2013:339-340.
- [11] 高树中, 杨骏. 针灸治疗学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社, 2016:45-46.
- [12] HOUSE J W, BRACKMANN D E. Facial nerve grading system[J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1985 (2) :146-147.
- [13] 李健东. 面神经评分标准[J]. 国外医学(耳鼻咽喉科学分册), 2005(6) :391.
- [14] 邓永安, 郭家奎, 于金栋, 等. 面瘫临床评价方法的研究进展[J]. 中国康复理论与实践, 2017(12) :1407-1410.
- [15] 吴云, 陈洁, 周玲宇. 针刺联合艾灸对面肌痉挛患者面神经传导速度的影响[J]. 上海针灸杂志, 2020(9) :1147-1151.
- [16] 蒋学余, 任祥, 王宗迪, 等. 国医大师熊继柏面瘫经验方结合电针治疗急性期面瘫风痰阻络证的临床研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2021(4) :546-551.
- [17] 陈思聆, 袁青. 靳三针结合温和灸治疗急性期周围性面瘫的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2023(4) :886-892.
- [18] 杨上善. 黄帝内经太素[M]. 北京:中国古籍出版社, 2016:2.
- [19] 于洋, 董宝强, 李春日, 等. 足三阳经筋与肌筋膜链比较研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017(3) :173-175.
- [20] 葛亚萍, 王艳锋. 闪罐、穴位注射结合分期针刺治疗周围性面瘫的临床疗效观察[J]. 中医临床研究, 2021(12) :84-85, 97.
- [21] 侯筱, 白震民, 刘静民. 国际视角下拔罐疗法的生理学机制及临床研究进展[J]. 针刺研究, 2021(3) :254-258.
- [22] 王启才. 针灸治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007:332.
- [23] 蒋阳. 电针联合揪针治疗亚急性期贝尔麻痹的临床疗效观察[D]. 南京:南京中医药大学, 2022.
- [24] COOKE J P, STAMLER J, ANDON N, *et al.* Flow stimulates endothelial cells to release a nitrovasodilator that is potentiated by reduced thiol[J]. *Am J Physiol*, 1990(3 Pt 2) :H804-H812.
- [25] LAMONTAGNE D, POHL U, BUSSE R. Mechanical deformation of vessel wall and shear stress determine the basal release of endothelium-derived relaxing factor in the intact rabbit coronary vascular bed[J]. *Circ Res*, 1992(1) :123-130.
- [26] 林启慧, 王梦秋, 苟春雁, 等. 针刺联合循经叩刺闪罐法治疗重度贝尔麻痹 25 例[J]. 中国针灸, 2023(9) :1033-1035.

收稿日期2024-03-16

《上海针灸杂志》“专题研究”栏目征稿启事

《上海针灸杂志》(CN 31-1317/R, 月刊)由上海市卫生健康委员会主管,上海市针灸学会和上海市中医药研究院主办,上海市针灸经络研究所承办;是中国科技核心期刊、中国科学引文数据库(Chinese Science Citation Database, CSCD)来源期刊、中国生物医学核心期刊和中国学术期刊综合评价数据库(Chinese Academic Journal Comprehensive Evaluation Database, CAJCED)统计源期刊。

《上海针灸杂志》栏目设置多样,理论与实践并重,提高与普及兼顾,既能反映针灸学术发展的较高水平,又能满足一般基层医生的临床需要。目前新增“专题研究”栏目,旨在重点关注热点问题的最新研究成果和常见病的临床研究或独特经验。为进一步丰富“专题研究”栏目的内容,诚邀广大作者积极投稿,本刊将择优录用并优先发表。

专栏主题范围

针灸治疗中风、失眠、抑郁、痴呆、变应性鼻炎、哮喘、慢性胃炎、炎症性肠病、膝骨关节炎、腰椎间盘突出症和不孕以及针灸镇痛的相关临床研究、机制探讨及综述。

投稿途径

请通过《上海针灸杂志》在线投稿系统(www.acumoxj.com)进行投稿,投稿时备注“专题研究”。

稿件要求

投稿文章应未在正式出版物上发表过,不存在一稿多投现象,且必须保证文章的真实性和原创性。来稿须符合《上海针灸杂志投稿须知》中的要求。稿件类型无限制(包括但不限于临床研究、临床报道、文献研究和综述)。