·针灸经络·

毫针针刺联合面部穴位刺络拔罐治疗周围性面瘫疗效观察

张雪梅[1],张贺东[1],孙红红[1],张晗[1],李华荣[1],仇妍[2],郑强[3]
(1. 衡水市中医医院,河北 衡水 053000;2. 故城县人民医院,河北 故城 253800;
3. 衡水市第三人民医院,河北 衡水 053000)

摘要 目的:探讨毫针针刺联合面部穴位刺络拔罐治疗周围性面瘫的临床疗效。方法:选取 2023 年 9 月—2024 年 4 月衡水市中医医院收治的周围性面瘫患者 90 例,按就诊顺序随机分为治疗组和对照组,每组45 例。对照组采用基础治疗联合毫针针刺治疗,治疗组在此基础上加用面部穴位刺络拔罐治疗。治疗后比较两组 Portmann 评分、House - Brackmann(H - B)分级、面神经功能指数(FNFI)评价、面部残疾指数(FDI)及临床疗效。结果:治疗 1 周、4 周后两组各项 Portmann 评分均升高($P<0.05$),治疗组更高($P<0.05$);治疗 1 周后两组 FNFI 升高($P<0.05$),H - B 低级人数增多($P<0.05$),治疗组 FNFI 更高($P<0.05$),治疗 4 周后两组 FNFI 更高($P<0.05$),H - B 低级人数更多($P<0.05$),治疗组 FNFI、H - B改善程度更明显($P<0.05$);治疗 1 周、4 周后,两组 FDIP 更高($P<0.05$),FDIS 更低($P<0.05$),治疗组改善更显著($P<0.05$);治疗组有效率91.11%(41/45)高于对照组 73.33%(33/45),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:毫针针刺联合面部穴位刺络拔罐对周围性面瘫患者疗效较高,其能改善患者临床症状,促进面神经功能、躯体功能恢复并改善社会功能。

关键词 毫针针刺;刺络拔罐;周围性面瘫
中图分类号:R246;R745.1+2 **文献标识码**:A **文章编号**:1002 - 2392(2025)11 - 0035 - 05
DOI:10.19664/j.cnki.1002 - 2392.250227

面神经作为混合性神经控制着面部肌肉运动与腺体分泌,是最容易发生麻痹的神经[1]。周围性面瘫是指面神经核及其外周通路病变导致的同侧全部面部表情肌瘫痪[2]。其发病多与受寒、自身免疫反应异常、病毒感染相关[3]。西医治疗多采用激素以减轻面神经水肿、改善神经缺血,给予营养神经药物以修复神经,但效果欠佳[4]。中医根据面瘫的临床症状将其称为“口僻”“吊线风”等,认为其发病与劳累过度、正气不足、邪气侵袭面部经络、气血痹阻有关。中医治疗周围性面瘫疾病安全性较高、疗效较好。针灸治疗周围性面瘫历史悠久,通过针刺穴位以活血通络、消肿止痛取得治疗效果[5]。但面部血管神经分布丰富,针刺可能引起水肿、神经损伤等,临床多采用平刺浅刺之法,手法较为轻柔,刺激强度与作用深度相对受限,对病位产生的刺激不足,因此寻求提高针刺疗效的治疗方案,对面瘫恢复具有重要意义[6]。刺络拔罐是加强刺血治疗效果的方法,具有疏通经络、活血化瘀的作用,针对周围性面瘫具有良好疗效[7]。然而目前关于毫针针刺结合面部穴位刺络拔罐的相关研究较少,基于此,本研究在常规治疗基础上以毫针针刺结合面部穴位刺络拔罐,探讨其对周围性面瘫患者的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 9 月—2024 年 4 月衡水市中医医院收治的周围性面瘫患者 90 例,按就诊顺序随机分为治疗组和对照组,每组 45 例,两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。本研究经衡水市中医医医学伦理委员会审批(2023 - KY - 14)。

收稿日期:2025 - 01 - 03 **修回日期**:2025 - 10 - 08
基金项目:2024 年度中医药类科学研究课题计划项目(2024508)
作者简介:张雪梅(1991 -),女,硕士,主治中医师,从事针灸的临床应用相关研究。

表1　两组周围性面瘫患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别		年龄/年	病程/d
		男	女		
治疗组	45	22	23	40.35±5.73	1.93±0.39
对照组	45	20	25	39.86±5.54	2.02±0.34
t/χ^2 值		0.179		0.412	1.153
P 值		0.673		0.681	0.252

1.2　诊断标准

1.2.1　西医诊断标准

参照《神经病学》[8]相关标准制定，①急性起病，症状于数小时至数天内达到高峰；②患侧面部表情肌瘫痪，额纹消失，鼻唇沟变浅，口角下垂等；③部分患者起病前1~2 d可出现患侧耳后持续性疼痛，或患侧舌前2/3味觉减退或消失、听觉过敏等；④患侧眼闭合不全，尝试闭眼时眼球向外上方转动，露出白色巩膜。

1.2.2　中医诊断标准

参照《针灸治疗学》[9]相关诊断标准，①主症：口眼歪斜，面部肌肉板滞，鼻唇沟变浅；②次症：露睛流泪，耳后疼痛，露齿鼓颊，病侧不能皱眉、蹙额，风寒证可见舌淡，苔薄白，脉浮紧，风热证可见舌红，苔薄黄，脉浮数，血瘀证可见舌暗紫，苔薄白，脉细涩。

1.3　纳入标准

①符合周围性面瘫相关诊断标准；②发病≤3 d；③年龄>18周岁；④就诊前未行治疗者；⑤患者自愿接受本试验并签署知情同意书。

1.4　排除标准

①继发于其他疾病或外伤导致面神经损伤者；②严重出血倾向性疾病者；③严重脏器功能不全、糖尿病血糖未控制者；④局部皮肤破损或皮肤病者；⑤晕针、晕罐者；⑥哺乳期、妊娠期或有妊娠计划妇女；⑦合并恶性肿瘤者；⑧近3个月或正在参加其他试验研究者。

1.5　治疗方法

1.5.1　对照组

采用基础对症治疗联合毫针针刺治疗，醋酸泼尼松片（山东鲁抗医药集团赛特有限责任公司，H20033023，规格：5 mg）口服，顿服30 mg/d，5 d后减量至15 mg/d，口服3 d；维生素B1片（临汾宝珠制药有限公司，H14021472，规格：10 mg）10 mg/次，3次/d，口服30 d；甲钴胺片（华北制药股份有限公司，H20031126，规格：0.5 mg）口服，0.5 mg/次，3次/d，口服30 d；针刺选穴：阳白、四白、颧髎、颊车、地仓、翳风、牵正（均为患侧）、合谷（双侧），抬眉困难者加攒竹（患侧），人中沟歪斜加水沟，鼻唇沟变浅加迎香（患侧），流泪配太冲（双侧），颏唇沟歪斜加承浆，味觉减退配足三里（双侧），听觉过敏配阳陵泉（双侧）。采用铭医牌一次性无菌针灸针（天津伟瑞迪科技有限公司，规格：0.25 mm×25 mm、0.25 mm×40 mm），嘱患者取仰卧位，穴位及周围皮肤用2%葡萄糖酸氯已定醇消毒液常规消毒，参照《经络腧穴学》[10]中穴位定位及针刺操作要求，阳白平刺10 mm，四白、攒竹、水沟平刺5 mm，颧髎平刺20 mm，地仓透刺颊车10 mm，翳风、合谷直刺20 mm，牵正斜刺20 mm，迎香、承浆斜刺8~10 mm，太冲直刺15~20 mm，足三里、阳陵泉直刺30 mm，快速进针，平补平泻，留针30 min，出针时以干棉签按压针孔，避免出血，连续针刺5 d，休息2 d，1周为1个疗程，共治疗4周。

1.5.2　研究组

在对照组的基础上加用面部穴位刺络拔罐治疗，毫针针刺治疗后行刺络拔罐，刺络拔罐前与受试者沟通，消除受试者思想顾虑，告知受试者刺络拔罐治疗后局部会遗留罐印、瘀斑瘀点等，取得受试者同意后开始操作，取穴：阳白、四白、颊车（均为患侧），穴位及周围皮肤用2%葡萄糖酸氯已定醇消毒液常规消毒后，采用一次性采血针快速点刺出血，随后在点刺穴位上拔罐，留罐5 min，起罐后再次用2%葡萄糖酸氯已定醇消毒液消毒，嘱咐患者面部局部皮肤在24 h内不可接触水等以防感染。刺络拔罐于每疗程的第1天和第4天进行操作，1次/d，共治疗4周。

1.6　观察指标及疗效评估

1.6.1　Portmann评分

分别于治疗前、治疗1周、4周后进行评估，包括皱眉、闭眼、动鼻翼等6项，令患者自主运动与健侧对比，3分/项，安静时印象分2分，总分20分，分数越高代表面部功能越好[11]。

1.6.2　面神经功能评价分级

在治疗前、治疗1周及4周后，采用House-Brackmann（H-B）分级对患者进行面神经功能评估。Ⅰ级（正常）至Ⅵ级（完全麻痹），等级越高，表明面神经功能障碍越严重[11]。

1.6.3　面神经功能指数

治疗前、治疗1周、4周后分别采用面神经功能指数（Facial Nerve Function Index，FNFI）评价，嘱咐患者静息、正中咬合位、呈松弛状态，分别测量两侧目外眦至同侧口角之间连线的距离，患侧为d1，健侧为D1，后嘱受试者咧嘴笑道最大限度时，再次测量距离分别为d2和D2。公式为FNFI=[(d1-d2)/(D1-D2)]×100%，FNFI≥90%为面神经功能基本恢复[12]。

1.6.4 面部残疾评分

治疗前、治疗 1 周、4 周后分别采用面部残疾指数(Facial Disability Index, FDI)评价躯体功能(FDIP)及社会功能(FDIS),FDIS 分数越低表明社会功能越好,FDIP 越高表明躯体功能越好[13]。

1.6.5 临床疗效

参考《神经病学》[7]制定疗效评价,治愈:H-B 为 I 级,额纹、鼻唇沟、皱眉、闭眼恢复正常,口角无歪斜,鼓腮不漏气,面部表情正常;显效:H-B 为Ⅱ级,额纹、鼻唇沟基本正常,闭眼皱眉鼓腮等症状显著改善;有效:H-B 为Ⅲ级,面部症状体征有所改善;无效:H-B分级Ⅳ级及以上。总有效率 = (治愈例数 + 显效例数 + 有效例数)/总例数 × 100%。

1.7 统计学处理

采用 SPSS20.0 软件进行分析,计数资料以例(%)表示,行 χ^2 检验;等级资料以例(%)表示,行秩和检验;计量资料满足正态分析、方差齐性检验以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,进行 t 检验,组间比较以独立样本 t 检验,组内比较以配对样本 t 检验,$P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 Portmann 评分比较

治疗前,两组皱眉、闭眼、动鼻翼、微笑、吹口哨、鼓腮等 Portmann 评分差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗 1 周后,两组各项 Portmann 评分均升高($P < 0.05$),且治疗组更高($P < 0.05$);治疗 4 周后,两组 Portmann 评分更高($P < 0.05$),治疗组改善更明显($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 两组面神经功能相关评价比较

治疗前,两组 FNFI、H-B 分级差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 1 周后,两组 FNFI 升高($P < 0.05$),H-B 低级人数增多($P < 0.05$),且治疗组 FNFI 更高($P < 0.05$);治疗 4 周后,两组 FNFI 更高($P < 0.05$),H-B 低级人数更多($P < 0.05$),且治疗组 FNFI 更高($P < 0.05$),H-B 低级人数更多($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 两组周围性面瘫患者 Portmann 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	皱眉			闭眼			动鼻翼		
		治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周	治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周	治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周
治疗组	45	0.98 ± 0.15	1.58 ± 0.50①②	2.22 ± 0.42①②③	1.53 ± 0.50	1.87 ± 0.34①②	2.38 ± 0.49①②③	1.56 ± 0.50	1.82 ± 0.39①②	2.06 ± 0.25①②③
对照组	45	1.04 ± 0.21	1.33 ± 0.48①	1.89 ± 0.32①③	1.58 ± 0.50	1.67 ± 0.48①	2.02 ± 0.15①③	1.62 ± 0.49	1.73 ± 0.45①	1.93 ± 0.25①③
组别	例数	微笑			吹口哨			鼓腮		
		治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周	治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周	治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周
治疗组	45	0.96 ± 0.21	1.69 ± 0.47①②	2.20 ± 0.40①②③	1.07 ± 0.25	1.56 ± 0.50①②	2.18 ± 0.39①②③	1.04 ± 0.21	1.56 ± 0.50①②	2.11 ± 0.32①②③
对照组	45	1.02 ± 0.15	1.40 ± 0.50①	1.91 ± 0.29①③	1.13 ± 0.34	1.38 ± 0.49①	2.02 ± 0.26①③	1.09 ± 0.29	1.38 ± 0.49①	1.82 ± 0.39①③

注:与同组治疗前比较,①$P < 0.05$;与对照组同时间相比,②$P < 0.05$;与同组治疗 1 周相比,③$P < 0.05$。

表 3 两组周围性面瘫患者面神经功能分级比较

组别	例数	时间	FNFI(%)	H-B 分级/例(%)					
				Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级	Ⅴ级	Ⅵ级
治疗组	45	治疗前	47.55 ± 15.34	0	8(17.78)	14(31.11)	17(37.78)	5(11.11)	1(2.22)
		治疗 1 周	67.42 ± 19.74①②	7(15.56)①	10(22.22)①	11(24.44)①	13(28.89)①	4(8.89)①	0①
		治疗 4 周	87.04 ± 8.46①②③	19(42.22)①②③	13(28.89)①②③	9(20.00)①②③	2(4.44)①②③	2(4.44)①②③	0①②③
对照组	45	治疗前	51.07 ± 13.18	1(2.22)	7(15.56)	16(35.56)	16(35.56)	4(8.89)	1(2.22)
		治疗 1 周	58.74 ± 16.25①	4(8.89)	8(17.78)	15(33.33)	13(28.89)	4(8.89)	1(2.22)
		治疗 4 周	76.54 ± 12.95①③	12(26.67)①③	11(24.44)①③	10(22.22)①③	8(17.78)①③	3(6.67)①③	1(2.22)①③

注:与同组治疗前比较,①$P < 0.05$;与对照组同时间相比,②$P < 0.05$;与同组治疗 1 周相比,③$P < 0.05$。

2.3 两组 FDI 评分比较

治疗前,两组 FDIP、FDIS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 1 周后,两组 FDIP 升高($P < 0.05$),FDIS 降低($P < 0.05$),且治疗组改善更明显($P < 0.05$);治疗 4 周后,两组 FDIP 更高($P < 0.05$),FDIS 更低($P < 0.05$),治疗组改善更显著($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组周围性面瘫患者 FDI 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	FDIP			FDIS		
		治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周	治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周
治疗组	45	15.76 ± 2.61	18.65 ± 2.58①②	21.13 ± 3.42①②③	21.89 ± 4.74	15.35 ± 3.76①②	9.86 ± 2.13①②③
对照组	45	16.09 ± 2.73	16.93 ± 2.63①	18.46 ± 3.54①③	22.17 ± 4.85	18.78 ± 3.65①	12.31 ± 2.54①③

注:与同组治疗前比较,①$P<0.05$;与对照组同时间相比,②$P<0.05$;与同组治疗 1 周相比,③$P<0.05$。

2.4 两组临床疗效比较

治疗组有效率 91.11% 高于对照组的 73.33%($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组周围性面瘫患者临床有效率比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	45	19(42.22)	13(28.89)	9(20.00)	4(8.89)	41(91.11)
对照组	45	12(26.67)	11(24.44)	10(22.22)	12(26.67)	33(73.33)
χ^2 值						4.865
P 值						0.027

3 讨论

周围性面瘫作为临床常见病,中医对其治疗包括针刺、拔罐、艾灸、中药、推拿、穴位埋线等[13]。虽治疗效果确切,但部分患者治疗不及时或不当会遗留不同程度的后遗症如面肌痉挛、口眼歪斜等,影响日常生活能力、面部外貌从而产生心理负担[14]。因此在周围性面瘫急性发作期,采用针刺法或刺络拔罐引邪外出具有较好临床效果,有学者采用西医治疗结合毫针针刺治疗周围性面瘫,有效改善了患者面神经功能[15]。将刺络拔罐大椎、阿是穴与体针结合治疗热证型周围性面瘫,疗效显著[16]。因此本研究采用毫针针刺联合面部穴位刺络拔罐治疗周围性面瘫患者以观察其疗效。

中医认为周围性面瘫病位在足阳明、手太阳经,其发病与劳累、情志不畅等导致正气虚弱、面部经筋易感外邪有关,如风寒风热邪气侵袭面部脉络,经气痹阻,气血运行不畅,血液留滞成瘀,阻伤脉络,筋肉纵缓不收而发病,因此治法宜祛除风邪、活血化瘀、行气通络。《妇人大全良方》采取“医风先医血,血行风自灭”之法,《素问》亦云“此攻邪也,疾出以去盛血,而复其真气,此邪新客溶溶未有定处也,刺出其血,其病立已”,可见刺络拔罐放血具有活血祛瘀、祛风通络的作用。本研究采用毫针针刺翳风调气活血,阳白活血通络,牵正祛风通络,颧髎祛风消肿,地仓颊车攒竹祛风活络,水沟醒神息风,迎香疏散面齿风邪,承浆祛风通调经络,合谷配伍太冲以开四关、疏风理血,足三里、阳陵泉舒筋通络,全方多选用足阳明、手太阳经穴,结合阳白、四白、颊车刺络拔罐,以疏调额部、眼周、颊部经筋气血,诸穴配伍具有活血通络、祛风祛瘀的作用。本研究中治疗组临床有效率高于对照组,Portmann 评分、H-B 分级、FNFI 评价改善程度更高,表明联合治疗能更好改善面神经功能、提高临床疗效。其原因与针刺能刺激神经末梢从而调节周围神经功能、促进神经递质的释放、改善神经传导速度,结合刺络拔罐能放出适量瘀血,患处融入新鲜血液营养局部神经组织从而促进神经的修复和再生有关[17]。

本研究中治疗组比对照组 FDIP 更高,FDIS 更低,表明联合治疗对周围性面瘫患者躯体功能、社会功能改善效果更好。分析其中原因,刺络拔罐将放血疗法与拔罐疗法相结合,能刺激浅表面神经分支及皱眉肌、眼轮匝肌、颊肌等肌肉,可改善局部血管痉挛,促进局部血液循环,缓解面部神经血管组织缺氧状态,促进血肿吸收,降低面部局部毛细血管通透性,改善面部动脉血流供应从而促进面部功能恢复,改善生活质量同时降低负性情绪,提高社会功能[18]。相比口服药等内治法针刺联合刺络拔罐的外治法起效快,易于患者坚持,值得临床推广应用[19]。且二者联合可发挥协同作用,增强对面部肌肉神经组织的兴奋作用,改善局部血液循环,增加氧气和营养物质的输送从而促进面部组织的修复和再生,同时刺络拔罐可提高局部组织的氧气供应,促进细胞新陈代谢,改善面神经代谢功能从而减轻面部炎症反应,缓解疼痛肿胀等症状,与既往学者温针灸可温通局部气血、加快炎症物质吸收、增强神经兴奋性的研究结论类似[20-21]。

综上所述,毫针针刺联合面部穴位刺络拔罐对周围性面瘫患者疗效较好,其能改善患者临床症状、社会功能,促进面神经功能、躯体功能恢复。联合治疗既补充了单一治疗的不足,同时实现了对面部神经功能的改善,促进患者躯体、社会功能的恢复,值得临床推广应用。然而本研究的样本量较小,随访时间较短,不足之处需延续随访、扩大样本量,严谨设计方案以进一步研究。

参考文献:

[1] SOLOPERTO D, DI MARO F, LE PERA B, et al. Surgical anatomy of the facial nerve: from middle cranial *Fossa* approach to endoscopic approach. A pictorial review [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2020, 277(5): 1315-1326.

[2] JANDALI D, REVENAUGH P C. Facial reanimation: an update on

nerve transfers in facial paralysis[J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2019, 27(4): 231 – 236.
[3] MORALES – PUEBLA J M, FERNÁNDEZ – FOURNIER M, PLANA – BLANCO A, et al. Variations in the treatment of acute peripheral facial paralysis. A nationwide survey[J]. Acta Otorrinolaringol Esp, 2024, 75(1): 31 – 39.
[4] 张海燕,肖洪波,朱庆军,等. 小续命汤联合针刺治疗周围性面神经麻痹急性期风寒袭络证的随机对照研究[J]. 中药新药与临床药理,2021,32(6):873 – 879.
[5] 叶一林,杨原芳,朱俐娜,等. 隔牵正散灸联合挂针法治疗急性期周围性面瘫(风寒证)的临床研究[J]. 中国中医急症,2020,29(2):305 – 308.
[6] 赵婷,陈才恒,李彩霞,等. 大秦艽方结合益气扶正针刺法促进急性周围性面瘫患者康复效果观察[J]. 辽宁中医杂志,2023,50(7):205 – 208.
[7] 殷夕冉,曾西,李和平,等. 透刺电针联合刺络拔罐治疗顽固性周围性面瘫 78 例[J]. 中国针灸,2021,41(4):411 – 412.
[8] 贾建平,陈生弟. 神经病学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2018:122.
[9] 高树中,冀来喜. 针灸治疗学[M]. 5 版. 北京:中国中医药出版社,2021:26.
[10] 沈雪勇,刘存志. 经络腧穴学[M]. 5 版. 北京:中国中医药出版社,2021:289.
[11] ZHOU Y H, DONG X, XING Y T, et al. Effects of electroacupuncture therapy on intractable facial paralysis: a systematic review and meta – analysis[J]. PLoS One, 2023, 18(7): e0288606.
[12] PECKITT N S, WALKER R V, BARKER G R. The facial nerve function coefficient: analysis of 100 normal subjects[J]. J Oral Maxillofac Surg, 1992, 50(4): 338 – 339.
[13] 国际神经修复学会中国委员会,北京医师协会神经修复学专家委员会,广东省医师协会神经修复专业医师分会. 中国特发性面神经麻痹神经修复治疗临床指南(2022 版)[J]. 神经损伤与功能重建,2023,18(1):1 – 12.
[14] 曾沁,毛雪文,王世广,等. 排刺胸锁乳突肌对周围性面瘫恢复期疗效的影响[J]. 中国针灸,2021,41(6):589 – 592.
[15] 吴萌,李婷,田君健,等. “从阴引阳、从阳引阴”法在周围性面瘫针灸临床中的应用[J]. 针灸临床杂志,2023,39(8):90 – 93.
[16] 毛曦晔,马玥,吴兰翠. 刺络拔罐治疗热证型周围性面瘫各期的临床研究[J]. 中医临床研究,2020,12(26):85 – 87.
[17] 李缓,阴雨,瞿慧,等. 石学敏院士经筋刺法治疗难治性面瘫经验[J]. 吉林中医药,2023,43(9):993 – 996.
[18] 林畅航,李滋平. 岭南针药相须流派李滋平治疗难治性面瘫经验撷要[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(11):2661 – 2666.
[19] 谢芝宏. 经筋排刺法联合刺络拔罐治疗急性期周围性面瘫的临床研究[D]. 天津:天津中医药大学,2022.
[20] 陈赞,任肖敬,张岩,等. 中医外治法治疗周围性面瘫研究进展[J]. 中医学报,2024,39(6):1231 – 1235.
[21] 冯静仪,张志文,老锦雄. 温针灸治疗急性期周围性面瘫的临床观察[J]. 中医药学报,2022,50(9):80 – 83.

Observational Study on the Efficacy of Filiform Needle Acupuncture Combined with Pricking – Cupping Therapy at Facial Acupoints for Peripheral Facial Paralysis

ZHANG Xuemei[1], ZHANG Hedong[1], SUN Honghong[1], ZHANG Han[1], LI Huarong[1], QIU Yan[2], ZHENG Qiang[3]

(1. *Hengshui Hospital of Traditional Chinese Medicine*, *Hengshui* 053000, *China*; 2. *Gucheng County People's Hospital*, *Gucheng* 253800, *China*; 3. *Hengshui Third People's Hospital*, *Hengshui* 053000, *China*)

Abstract Objective: To explore the clinical efficacy of filiform needle acupuncture combined with facial acupoint pricking and cupping in the treatment of peripheral facial paralysis. Methods: 90 patients with peripheral facial paralysis admitted to Hengshui Traditional Chinese Medicine Hospital from September 2023 to April 2024 were selected and randomly divided into treatment group and control group, 45 cases each according to the order of treatment. The control group received basic treatment combined with filiform acupuncture, and the treatment group received facial acupoint pricking and cupping in addition to this. After treatment, the Portmann score, House – Brackmann score (H – B), facial nerve function index score (FNFI), facial disability index (FDI) and clinical efficacy were compared between the two groups. Results: After 1 week and 4 weeks of treatment, all Portmann scores in both groups increased, and the treatment group was higher ($P<0.05$); after 1 week of treatment, FNFI increased in both groups, the number of low – grade HB increased, and the FNFI in the treatment group was higher ($P<0.05$); after 4 weeks of treatment, the FNFI of the two groups was higher, the number of low – grade HB was more, and the improvement of FNFI and HB in the treatment group was more obvious ($P<0.05$); after 1 week and 4 weeks of treatment, the FDIP of the two groups was higher, FDIS was lower, and the treatment group improved more significantly ($P<0.05$); the safety evaluation showed that there were no obvious adverse reactions in the two groups after treatment, and there was no statistical difference in liver and kidney function and blood routine indicators ($P>0.05$); the effective rate of the treatment group was 91.11% higher than the control group 73.33% ($P<0.05$). Conclusion: Filiform needle acupuncture combined with facial acupoint pricking and cupping is highly effective in treating patients with peripheral facial paralysis. It can improve the clinical symptoms of patients, promote the recovery of facial nerve and physical functions, and improve social functions.

Key words Filiform needle acupuncture; Pricking and cupping; Peripheral facial paralysis