

基于经筋理论针刺联合放血疗法治疗风寒型周围性面瘫患者的临床研究

胡静¹, 咎蕊², 祁欢¹, 赵欲晓^{1*}, 李华丽³

1. 郑州市中心医院, 河南 郑州 450007; 2. 联勤保障部队第988医院, 河南 郑州 450042;

3. 郑州大学附属洛阳中心医院, 河南 洛阳 471000

摘要 目的: 观察基于经筋理论针刺联合放血疗法治疗风寒型周围性面瘫患者的临床效果。方法: 选取2022年5月—2024年5月郑州市中心医院针灸理疗科就诊的风寒型周围性面瘫患者120例, 采取随机分组法将其分为针刺组(筋针疗法)及联合组(筋针联合翳风穴刺血疗法), 每组60例。针刺组基于经筋理论选穴, 采用筋针针刺法, 针刺组选穴为颧髎、攒竹、四白、阳白、太阳、地仓、颊车、合谷。进行皮下纵向、横向浅刺, 联合组则在针刺组选穴基础上配合翳风穴放血疗法, 以左手拇、食、中三指将翳风穴被刺处夹紧, 点刺数下后再对点刺区域进行拔罐。连续治疗5 d为1个疗程, 每个疗程间隔2 d, 共治疗2个疗程。在2个疗程结束后对两组患者治疗前后的House-Brackmann(H-B)分级量表、面部残疾指数(FDI)、周围性面神经炎治疗评分(Portmann)、瞬目反射、面部肌电图指标进行观察, 对比两组患者临床疗效。结果: 治疗后, FDI量表评分结果显示, 联合组的躯体功能维度(FDIP)积分提升幅度显著优于针刺组, 而社会功能维度(FDIS)评分下降趋势更为明显, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 提示联合疗法对患者生理功能及社会适应能力的综合改善更具优势。Portmann评分结果显示, 联合组评分显著高于针刺组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 联合组能更好地改善面神经功能; 两组口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期均较同组治疗前显著缩短($P < 0.05$), 联合组口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期均明显短于针刺组($P < 0.05$); 两组治疗后R1、R2波与对侧R2'波潜伏期均显著短于同组治疗前, 同时联合组相比针刺组明显偏短, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$), 显示联合组在修复面神经功能上具有更好的疗效。结论: 基于经筋理论针刺联合放血疗法可有效改善风寒型周围性面瘫患者的临床症状, 对风寒型周围性面瘫患者均有显著疗效, 其中采用筋针联合翳风穴刺血疗法治疗效果优于单用针刺, 其能够减轻神经炎症、改善局部血液循环, 修复受损的神经纤维, 调节神经的兴奋性, 较好地促进患者面神经功能康复。

关键词 筋针; 翳风穴刺血; 风寒型; 急性周围性面瘫; 临床疗效; 作用机制

中图分类号: R246

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2026)08-0051-07

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260160

周围性面瘫又称周围性面神经麻痹, 是最常见的颅神经疾病之一, 该病主要表现为一侧面部表情肌群运动障碍, 包括单侧口眼歪斜、蹙额皱眉困难、眼睑闭合不全等症状^[1]。周围性面瘫可见于我国各年龄段群体中, 起病较为急骤, 若失治误治则会导致病情迁延不愈, 造成神经纤维髓鞘变化或轴突变性, 遗留较严重的后遗症, 临床常见眼部活动障碍、流泪、眼干、面部僵

硬、面部肌肉障碍等并发症, 给患者正常生活及社交带来极大困扰^[1]。依据《针灸治疗学》^[2]可将周围性面瘫简要划分为风热型、风寒型以及气血不足型。其中, 风寒型在急性期较为常见。中医认为, 此型多因人体正气不足, 风寒之邪乘虚攻击面部经络, 造成经气阻滞, 无法顺利运行气血, 不能有效滋养面部筋脉。目前, 针对周围性面瘫, 临床上并无统一的标准化治疗方案, 常规治疗手段包括糖皮质激素、病毒抑制剂、急性期减压手术等, 治疗成本及疗程不尽相同, 且副作用大, 禁忌症多、作用有限, 在临床应用中具有一定局限性^[3], 难以达到理想的治疗效果。筋针疗法基于中医经筋理论, 通过针刺经筋结点, 调节经筋气血, 以改善局部肌肉痉挛, 促进气血运行。而翳风穴刺血疗法, 可

收稿日期: 2025-03-26 修回日期: 2026-03-23

基金项目: 河南医学科技攻关计划联合共建项目(LHGJ20200872)

作者简介: 胡静(1984-), 女, 硕士, 主治医师, 从事针灸理疗相关研究。

* 通信作者: 赵欲晓(1969-), 男, 主任医师, 从事针灸治疗疼痛及神经系统疾病相关研究。

起到活血化瘀、通络止痛、祛邪外出的作用。二者联合应用,有望发挥协同增效作用,为风寒型急性期周围性面瘫的治疗提供新的思路和方法。本次研究主要对筋针联合翳风穴刺血疗法治疗风寒型周围性面瘫的疗效进行观察,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 5 月—2024 年 5 月郑州市中心医院针灸理疗科就诊的风寒型周围性面瘫患者 120 例,按照随机数字表法分为针刺组与联合组,每组 60 例。针刺组男 32 例,女 28 例,年龄 29 ~ 68 岁,平均年龄 (41.45 ± 12.37) 岁,病程为 1 ~ 7 d,平均病程 (2.50 ± 3.32) d。联合组男 34 例,女 26 例,年龄 27 ~ 66 岁,平均年龄 (40.98 ± 14.50) 岁,病程为 1 ~ 7 d,平均病程 (2.69 ± 2.82) d。两组患者年龄、性别、病程的分布上差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。本次研究已获得郑州市中心医院伦理委员会批准(批号:ZXYY202211)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准修

参照“十四五”规划教材《神经病学》^[4]相关内容拟定。患者须同时符合以下条件:①急性或亚急性起病,症状在数小时至数日内达到高峰;②表现为单侧周围性面神经麻痹,非中枢性面瘫;③具备患侧额纹变浅或消失、闭眼不全、口角歪斜、鼓腮漏气、吹口哨困难、蹙眉或抬额受限等典型面神经受损表现中的至少 3 项,可伴患侧舌前 2/3 味觉减退、耳后或乳突区疼痛;④经病史、体格检查及必要的头颅 CT 或 MRI 检查排除脑卒中、颅内占位、桥小脑角病变等中枢性或继发性面瘫。本研究纳入病例均同时符合①②③,并经④排除其他原因所致面瘫。

1.2.2 中医辨证标准

中医辨证标准参照《中医内科临床诊疗指南:第三册》^[5]中“风寒型面瘫”相关内容拟定。风寒型周围性面瘫判定规则为:①主症必备:突发口眼歪斜;②次症符合至少 2 项:患侧面面部表情肌瘫痪或麻木、眼睑闭合不全、鼻唇沟变浅、口角下垂、流涎、额横纹变浅、耳后疼痛、味觉异常、面肌痉挛或听觉过敏;③风寒证候符合至少 2 项,且舌脉至少符合 1 项:恶风或遇冷加重、流清涕、咳嗽或咳白痰,舌淡、苔白,脉浮紧。患者须符合①,并同时符合②和③的判定要求,方可辨证为风寒型周围性面瘫。

1.3 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准;②首次发病,且单侧

发病,对性别无要求,年龄 18 ~ 70 岁;③病程为急性期,病程在 1 ~ 7 d 内,未系统服药或接受其他疗法。④患者在知情同意书上签字自愿参与本实验,依从性良好。

1.4 排除标准

①颅内肿瘤、耳源性面神经麻痹、吉兰-巴雷综合征 (GBS) 等其它因素导致的面瘫者;②关键脏器发生严重疾病或身体状况不适宜接受针灸治疗者;③有精神障碍,或心理上抗拒针刺疗法,不能完成整个实验者;④无法正常凝血,曾患自发性出血或针刺后有出血难止风险者;⑤正在参加其他临床观察者。

1.5 剔除及脱落标准

①在研究过程中出现严重副作用或并发症,且不适合进一步治疗者;②对治疗缺乏良好依从性,对准确收集临床资料与评估疗效有影响者;③非疗效性原因不能坚持治疗、主动提出退出者。

1.6 治疗方法

针刺组采用筋针疗法进行治疗。选穴:患侧攒竹、颧髎、四白、阳白、太阳、地仓、颊车、合谷。操作:采用 $0.30 \text{ mm} \times 30.00 \text{ mm}$ 筋针 (苏州医疗用品有限公司) 进行皮下纵向、横向浅刺,在操作时,针身需要贴近皮肤,因此不仅要作用穴位行消毒处理,还需要消毒可能会触及的皮肤区域。进针手法为单手进针,选择不带管的筋针,通过刺手拇指、食指与中指将针柄握持住,针尖触及选穴皮肤表面,刺手经腕力朝下方低速旋入,若受试对象有刺痛感,需把筋针略偏离穴点 1 mm 再操作,如此通常能够无痛成功入针;具体操作方法为攒竹、颧髎、四白分别向目内眦、目外眦方向透刺、阳白向攒竹方向透刺、太阳透刺地仓、地仓透刺颊车、地仓到颊车间经筋排刺 (每隔 0.5 寸取一穴)。入针后,需略微退出一点,见明显脱落感 (即针尖离开筋膜或肌层内的感觉),使筋针在皮肤上保持斜卧或平卧,再基于病情所需,顺皮下横刺或者纵刺 15 ~ 20 mm。区别于其他针灸治疗,筋针无需有感得气 (酸麻胀痛)。留针 30 min,1 次/d,连续治疗 5 d 为 1 个疗程,每个疗程间隔 2 d,共治疗 2 个疗程。

联合组采用筋针联合翳风穴放血疗法进行治疗。在针刺组基础上配合翳风穴放血疗法,先常规消毒病侧翳风穴,再通过左手拇指、食指与中指将此穴被刺处夹紧,右手拇指与食指则着毫针实施数次快速点刺操作,接着对于点刺区域,通过 2 号小口径透明玻璃罐拔罐 5 min,最适出血量为 5 mL。起罐后,对皮肤行清洁处理,此项治疗共需两个疗程治疗,1 个疗程 5 d,中间不间断,1 次/d。两个疗程间暂停 2 d。

1.7 观察指标及疗效判定标准

1.7.1 H - B(House - Brackmann)分级量表

通过第5次国际神经外科专题研讨会提出的H - B分级量表来划分临床病人的等级,同时对比其干预前后的等级和症状,统计分析所得结果,以此评估治疗效果。

1.7.2 面部残疾指数(FDI)评分

治疗前后采用面部残疾指数(FDI)评分评估两组面部功能,包括躯体功能(FDIP)和社会生活功能(FDIS),其中FDIP量表包括5个项目,总分为25分,评分越高其功能越好,FDIS量表包括5个评分项目,评分越低功能越好。

1.7.3 周围性面神经炎治疗成绩评分表

采用周围性面神经炎治疗成绩Portmann评分表于治疗前、治疗后评估,包含皱眉、闭眼、张大鼻孔、吹口哨、微笑、鼓腮6个项目,与健侧进行比较,与健侧相同计3分,减弱但仍有活动计1~2分,完全不能活动计0分。

1.7.4 瞬目反射(BR)、面部肌电图(EMG)指标

两组患者干预前后分别通过神经肌电图仪(型号NTS - 2000,上海名元实业有限公司)对颏神经、眶上神经进行刺激,并对同侧R1、R2波潜伏期,还有对侧R2'波潜伏期进行记录,测定口轮匝肌(OOr)、眼轮匝肌(OOc)、鼻肌潜伏期,病健侧波幅之比。

1.7.5 疗效评估标准

痊愈:面部症状总积分为0分,体征与症状都无,H - B分级Ⅰ级;显效:面部症状总积分为12分及以下。静止状态两侧面肌对称,运动状态见轻微功能。H - B分级Ⅱ级;有效:面部症状总积分处于12~24分。静止状态两侧无损害性对称,而运动状态下,显示中度功能受限,或合并较轻病理性联合运动,同时面肌痉挛、抽动。H - B分级Ⅰ级;无效:面部症状总积分在24分以上。两侧损害性不对称,干预后未见明显

好转,或面肌痉挛明显,见病理性联合运动;H - B分级Ⅳ级及<Ⅵ级。

1.8 统计学方法

采用SPSS27.0统计数据,计量、计数相关数据以($\bar{x} \pm s$)和[例(%)]表示,使用卡方检验进行组间比较,组间 t 检验用于两组间的比较,而配对 t 检验则用于治疗前后的比较。 $P < 0.05$ 为差异具统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

联合组总有效率(93.33%)高于针刺组(80.00%),差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组风寒型周围性面瘫患者临床疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效/例(%)
联合组	60	36	13	7	4	56(93.33)
针刺组	60	19	15	14	12	48(80.00)
χ^2 值						4.615
P 值						0.032

2.2 两组 FDI 评分对比

治疗前,两组证候积分无明显差异($P > 0.05$)。治疗后,联合组FDIP积分显著高于针刺组,联合组FDIS积分显著低于针刺组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组风寒型周围性面瘫患者 FDI 评分对比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	FDIP		FDIS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	60	15.32 $\pm$ 2.48	21.73 $\pm$ 3.95 ^{#△}	18.38 $\pm$ 3.35	11.85 $\pm$ 3.45 ^{#△}
针刺组	60	5.42 $\pm$ 2.51	18.06 $\pm$ 4.25 [#]	18.63 $\pm$ 3.44	13.69 $\pm$ 3.58 [#]

注:与同组治疗前对比,[#] $P < 0.05$;与针刺组治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.3 两组 Portmann 评分对比

治疗前,两组量表评分无明显差异($P > 0.05$)。治疗后,联合组Portmann评分显著高于针刺组($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组风寒型周围性面瘫患者 Portmann 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	皱眉		闭眼		张大鼻孔	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	60	1.21 $\pm$ 0.25	2.35 $\pm$ 0.23 ^{#△}	1.19 $\pm$ 0.23	2.52 $\pm$ 0.37 ^{#△}	1.17 $\pm$ 0.17	2.43 $\pm$ 0.26 ^{#△}
针刺组	60	1.19 $\pm$ 0.21	1.83 $\pm$ 0.28 [#]	1.20 $\pm$ 0.20	1.97 $\pm$ 0.21 [#]	1.15 $\pm$ 0.23	1.90 $\pm$ 0.19 [#]
组别	例数	微笑		鼓腮		噘嘴	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	60	1.08 $\pm$ 0.25	2.41 $\pm$ 0.25 ^{#△}	1.19 $\pm$ 0.25	2.52 $\pm$ 0.33 ^{#△}	1.04 $\pm$ 0.15	2.51 $\pm$ 0.24 ^{#△}
针刺组	60	1.09 $\pm$ 0.21	1.70 $\pm$ 0.28 [#]	1.20 $\pm$ 0.23	1.83 $\pm$ 0.35 [#]	1.08 $\pm$ 0.20	1.68 $\pm$ 0.20 [#]

注:与同组治疗前对比,[#] $P < 0.05$;与针刺组治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.4 两组口轮匝肌、鼻肌与眼轮匝肌潜伏期对比

治疗前,两组口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期比较差异均无统计学意义($P>0.05$),两组治疗后联合组口轮匝肌、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($P<0.05$)。治疗后口轮匝、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期均明显短于针刺组,差异均

具有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

2.5 两组治疗前后 R1、R2 波及对侧 R2' 波潜伏期对比

治疗前,两组 R1、R2 波与对侧 R2' 波潜伏期都未见明显区别($P>0.05$)。治疗后,两组以上指标大幅缩短($P<0.05$),且联合组优于针刺组($P<0.05$)。见表 5。

表 4 两组风寒型周围性面瘫患者口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期比较($\bar{x}\pm s,ms$)

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
联合组	60	3.95±0.89	2.55±0.58 ^{#△}	4.54±1.04	2.65±0.50 ^{#△}	3.54±0.49	2.69±0.40 ^{#△}
针刺组	60	3.88±0.82	3.17±0.76 [#]	4.63±1.03	3.41±0.65 [#]	3.51±0.47	3.05±0.32 [#]

注:与同组治疗前对比,[#] $P<0.05$;与针刺组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

表 5 两组风寒型周围性面瘫患者 R1、R2 波及对侧 R2' 波潜伏期比较($\bar{x}\pm s,ms$)

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
联合组	60	15.84±1.19	11.57±1.18 ^{#△}	38.53±3.29	30.35±2.61 ^{#△}	35.17±1.75	30.41±1.37 ^{#△}
针刺组	60	15.76±1.16	14.17±1.20 [#]	38.65±3.32	34.41±2.55 [#]	35.06±1.84	33.77±1.51 [#]

注:与同组治疗前对比,[#] $P<0.05$;与针刺组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

周围性面瘫,在西医学中又称为“贝尔麻痹”“特发性面神经麻痹”“面神经炎”,是一种由茎乳孔内面神经非特异性炎症导致的、且为急性发作的单侧面颊肌肉迟缓性疾病^[6]。该病依据病程的不同阶段,可划分为急性期、恢复期以及后遗症期。大量研究^[7]表明,周围性面瘫在急性期的诊疗过程中,尽早察觉病情并及时开展诊治工作,对于提升患者的预后效果起着至关重要的作用^[7]。周围性面瘫发病原因在于面神经受损,可由感染性疾病、外伤、耳源性疾病、肿瘤手术等因素造成^[8]。本病好发于春秋两季,发病突然,各个年龄段均可发病,男性多于女性,其罹患者以单侧多发,而双侧较少见。该病主要症状为一侧面部麻木或瘫痪,多数病人最早期面部、耳下与耳后见痛感,甚至会有病侧舌前味觉下降或丧失,听觉过敏等表现。据流行病学数据显示,该病每年发病率为 4.26%,在一般人群中约为 15~23/10 万人,治疗不及时,会给患者的学习生活带来极大困扰^[9]。

中医学关于急性周围性面瘫的认识由来已久,古今医家对该病治疗积累了丰富的经验。在中医学中急性周围性面瘫被归于“口僻”“口喎”,该病病名首见于《黄帝内经》,而现今中医学临床上多统称为“面瘫”。关于其病机古代医家也各有论述,《灵枢·经筋》最早进行了具体描述,即“太阳为目上纲,阳明为目下纲,其支者从颊结于耳前……引缺盆及颊,卒口,急则目不

合,热则筋纵,目不开。颊筋有寒,则急引颊移口;有热则筋弛纵缓,不胜收故僻。”提出其发病主要与寒热邪气影响经络筋脉相关。后世巢元方在此基础上发展,认为“偏风口,是体虚受风,风入于夹口之筋也……风邪入于足阳明、手太阳之筋,遇寒则筋急引颊,故使口僻”,沿用了《灵枢》所提出的理论,认为该病应归入风门,风邪是该病致病的主要病因。风为阳邪,其性轻扬开泄,易袭阳位,可夹杂寒或热合而为病。寒属阴邪,主收引,若不慎寒邪侵体,会导致经筋收缩,同时拘挛作痛;热属阳邪,常会使津、气受到伤害,若不慎热邪侵体,则纵缓不收,感邪致病。因此风寒或风热趁虚攻击面部,对少阳、阳明等面部经络造成直接刺激,可导致面部经脉气血痹阻。后世医家亦多承袭而有所补充,如明代楼英所著《医学纲目》中口眼喎斜篇云:“《内经》治口眼喎斜,多属足阳明筋病,盖足阳明筋结颊上,得寒则急,得热则弛……而左随急牵引,喎向右也^[10]。”此描述借鉴了《灵枢·经筋》中的观点,认为“口喎”的致因在于两面颊所遭受的外邪不同。再如,明代李挺于《医学入门》中论述:“风邪初入人体时,风邪所犯之处反而松弛,正气所聚之处反而拘急,从而牵引口眼出现喎僻,或向左,或向右^[11]。”强调了正邪态势的变化,进而导致口眼受到牵引,出现喎僻之症。以上观点均反映了周围性面瘫的发生是正气与风邪相互较量、彼此作用的结果,深刻反映了疾病在人体内部正邪斗争的动态变化,同样也体现了古代医家对于周围

性面瘫病因病机的深刻认知。

因此,在针对周围性面瘫的治疗,中医学积累了许多丰富的经验,其中,筋针疗法具有独特的优势。《灵枢》中经筋篇主张“经筋之病,寒则反折筋急,热则筋弛纵不收,阴痿不用。阳急则反折,阴急则俯不伸”。因此,风寒外袭为周围性面瘫发作的主要病因,周围性面瘫急性期属于筋性面瘫,病位在经筋。面部为手足三阳经筋,为阳明经筋散布结聚的位置,经筋循行区域表浅,容易被外邪侵扰,加上素体正气不足,经筋失养,面部筋肉纵缓不收,故发病较为急骤。而借助筋针激发人体阳气,能抵御并消散风寒之邪^[12]。临床研究表明,筋针面部穴位可改善面部的血液和淋巴系统循环,加快对代谢产物的吸收,减轻组织水肿对面神经的压迫,进而促进面神经功能的恢复^[13-17]。本次研究选取攒竹、颧髎、四白、阳白、太阳等穴位,主要涉及足少阳胆经、足阳明胃经、足太阳膀胱经、手少阳三焦经等,攒竹属足太阳膀胱经,善于调气降气、泻热明目,针刺此穴可加快局部的代谢,促进眼周局部肌肉的舒展^[18]。颧髎属手太阳小肠经,为治疗面部经筋病的要穴,可调节神经,消除局部的水肿和痉挛,该穴深层有上颌神经的眶下神经分布,主治口眼歪斜、目赤、眼睑抽动等病症^[19]。四白、阳白有疏风通络之功,能加快面部血液循环,这二穴能加强经气的传导,无论疾病的虚实新久,皆可明显改善面部的痉挛和紧张^[20-21]。太阳络止痛、清肝明目,地仓、颊车通络养血,疏调面部经络,配伍手阳明大肠经原穴合谷穴调节气血,祛除头面部阳经邪气,诸穴配伍,能直接改善面部受风寒侵袭部位的气血运行,解除经筋拘挛。现代医学认为,筋针针刺可直接刺激肌肉中的感受器,包括肌梭和腱器官,调节肌肉的收缩和舒张功能,恢复肌肉的正常力学平衡。此外,筋针刺激经筋穴位还能影响神经末梢的兴奋性,调节神经递质的释放,改善神经传导功能^[22-23]。在本研究中,运用筋针疗法,选取攒竹、颧髎、四白、阳白、太阳等穴位相互配合,共同发挥了祛风散寒、疏通经络、调和气血的作用,达到了标本兼治的目的。翳风穴为手少阳三焦经,此处有手足少阳经气相交,能够祛风通络,聪耳通窍。《针灸大成》明确记载,此穴主治耳鸣、耳聋、口眼歪斜等症^[24]。而放血疗法隶属中医学刺络放血疗法体系,能够起到开窍泻热、活血化瘀的作用。于翳风穴施行放血疗法,对治疗面瘫疾患具有积极意义,从现代医学视角剖析,周围性面瘫的发病机制,与面神经乳突管发生非特异性感染相关,感染引发水肿,进而压迫神经,出现面瘫、口眼歪斜等症状。翳风穴深层是面神经干乳突的穿出处,正处于茎乳孔在体表的

投影位置,面神经干从茎乳突孔穿出到颅外,因此在翳风穴处进行治疗具有靶向作用,在翳风穴进行放血操作,能够在一定程度上减轻水肿对面神经造成的压迫,对病变局部血液循环有良好的调节作用,并能促进局部新陈代谢,加快炎性物质排泄,从而为缓解病情提供帮助^[22]。以往已有研究^[25]表明,单独运用筋针疗法或者单独运用翳风穴放血疗法在治疗急性周围性面瘫方面具有较好的疗效,但关于两者联合运用的研究暂未涉及,本研究运用筋针联合翳风穴刺血疗法治疗风寒型急性期周围性面瘫患者,并观察其临床疗效。治疗后,联合组总有效率(93.33%)高于针刺组(80.00%),差异具有统计学意义($P < 0.05$),说明联合组在治疗急性风寒型周围性面瘫方面疗效更佳。

FDI 评分即面部残疾指数(Facial Disability Index)评分,是一种用于评估面部功能障碍和残疾程度的工具,可分为 FDIP(躯体功能)评分,与 FDIS(社会生活功能)评分^[25]。FDIP 评分越高其功能越好,FDIS 评分越低功能越好。本研究 FDI 评分显示,治疗后,联合组 FDIP 积分显著高于针刺组,联合组 FDIS 积分显著低于针刺组($P < 0.05$),表明联合治疗在改善患者躯体功能、社会生活功能上比单纯针刺治疗更为有效。这可能意味着联合治疗能够更全面、更深入地作用于与躯体功能相关的生理机制。Portmann 评分是评估面瘫患者面部功能恢复情况的重要指标。本次研究显示 Portmann 评分联合组评分显著高于针刺组,表明联合治疗从多个层面作用于面瘫的病理生理过程,在促进面瘫患者面部功能恢复方面更具优势。口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期是指在神经电生理检测中,给予特定刺激后,相应肌肉开始出现反应的时间间隔,比较这三种肌肉潜伏期具有重要意义^[26]。口轮匝肌潜伏期缩短,有助于患者更好地控制口唇的运动,改善进食、言语等功能;眼轮匝肌潜伏期缩短,则有利于患者正常闭眼,保护眼球,防止眼部并发症。本研究中,联合组与针刺组比较,口轮匝肌、眼轮匝肌、鼻肌潜伏期均明显短于针刺组。这表明联合组在促进神经肌肉传导恢复方面具有更显著的优势,其可能从减轻神经炎症、改善局部血液循环多个方面对神经肌肉功能进行调节,更全面、更深入地促进了神经的修复和传导功能的恢复,使得肌肉能够更快地接收并响应神经信号,从而缩短潜伏期。R1、R2、R2'波潜伏期是瞬目反射指标,是经由面部刺激,通过三叉神经(TN)刺激面神经核运动神经元形成的保护性反射,在 PFP 病人中异常表达率呈 100%^[27]。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,联合组治疗后 R1、R2

波及对侧 R2' 波潜伏期均明显短于针刺组。以上提示联合组与针刺组均可改善瞬目反射,联合组疗效优于针刺组。这可能与联合组治疗能修复受损的神经纤维,调节神经的兴奋性有关,两者结合,深入地促进了神经传导功能的恢复,减少因神经功能障碍导致的后遗症。

综上,对急性期风寒型周围性面瘫患者采用筋针联合翳风穴刺血疗法,能够缩短口轮匝肌及眼轮匝肌潜伏期,改善面部肌肉的运动功能,利于患者面神经功能康复。但本研究对鼻肌改善不明显,样本量相对较小,影响结果的普遍性和代表性。受患者依从性的影响,对于联合疗法的远期疗效及对患者生活质量的长期影响缺乏深入研究。未来研究可进一步扩大样本量,进行多中心、大样本、长期随访研究,深入探讨筋针联合翳风穴刺血疗法的疗效及安全性,联合多种治疗方案,深入探讨其作用机制,为临床治疗提供更可靠的依据。

参考文献:

[1] 贾建平,崔丽英. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2019:335.

[2] 田丽莉. 针灸治疗周围性面瘫文献研究[D]. 济南:山东中医药大学,2010.

[3] 刘娜,王鸿章,王玲玲. 面瘫治疗中放血部位的研究进展[J]. 中国医药科学,2015,5(20):18-21.

[4] 王伊龙,陈万金. 神经病学[M]. 2 版. 北京:中国医药科学技术出版社,2022:275-277.

[5] 中华中医药学会. 中医内科临床诊疗指南[M]. 北京:中国中医药出版社,2020:270.

[6] SINGH A, DESHMUKH P. Bell's palsy: a review[J]. Cureus, 2022; e30186.

[7] 刘朝侠,张庆. 面瘫病因的研究进展[J]. 中国医药,2019,14(10):1597-1600.

[8] MOWER S. Bell's palsy: excluding serious illness in urgent and emergency care settings[J]. Emerg Nurse, 2017, 25(1): 32-39.

[9] RAJANGAM J, LAKSHMANAN A P, RAO K U, et al. Bell palsy: facts and current research perspectives[J]. CNS Neurol Disord Drug Tar-

gets, 2024, 23(2): 203-214.

[10] 楼英. 医学纲目[M]. 北京:中国中医药出版社,1996:322-323.

[11] 李梴. 医学入门[M]. 北京:中国中医药出版社,1995:656.

[12] 刘农虞. 议“燔针劫刺”[J]. 中国针灸,2013,33(S1):102-104.

[13] 孙晓峰. 神农牵正散联合针刺治疗面神经炎的临床研究[J]. 光明中医,2022,37(17):3141-3143.

[14] 王贺,王富春. 牵正复位针法结合穴位贴敷治疗周围性面瘫(风寒型)案[J]. 中国民间疗法,2022,30(2):110-113.

[15] 王悦,房其军,王淑兰,等. 针药结合加穴位注射对周围性面瘫近远期的疗效观察[J]. 中国中医急症,2022,31(8):1233-1236.

[16] 赵铮,范晓飞. 筋针在周围性面神经炎治疗中的应用研究[J]. 中医研究,2023,36(12):53-58.

[17] 刘农虞. “筋针”的作用机制探析[J]. 中国针灸,2015,35(12):1293-1296.

[18] 武婷婷,雒成林. 攒竹穴探析[J]. 河南中医,2021,41(8):1171-1173.

[19] 魏韦韦,赵汝佳,吕士琦. 多针浅刺和颞髁刺血治疗急性期面神经炎的临床观察[J]. 中国民间疗法,2019,27(15):18-20.

[20] 张罗琴,李金香,潘诗敏. 四白穴的临床应用与机理研究概况[J]. 针灸临床杂志,2018,34(4):70-74.

[21] 闫爱国. 翳风穴放血治疗周围性面神经麻痹 274 例临床疗效观察[C]//2014 年学术年会论文集. 济南:2014' 针药并用及穴位用药学术研讨会、山东针灸学会,2014:459-461.

[22] 韩燕,陶文剑,田青乐. 温针灸翳风穴为主治疗急性期周围性面瘫的疗效观察[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2012,20(5):376-377.

[23] 吴绪海,杨民燕,杨银凯,等. 筋针经筋平刺法在面瘫病急性期中的应用[J]. 光明中医,2023,38(17):3461-3464.

[24] 窦海燕,付雪鸽. 翳风穴点刺放血治疗急性期周围性面瘫的系统评价[J]. 光明中医,2023,38(17):3299-3303.

[25] PAVESE C, GIORDANO A, DALLA TOFFOLA E, et al. Facial disability index in adults with peripheral facial palsy: rasch analysis and suggestions for refinement [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2022, 103(8):1544-1550.

[26] 邓玉琴,沈德驹,李简书,等. 瞬目反射及面神经运动传导测定、神经电图、面肌肌电图对面神经炎早期诊断、治疗、预后的价值评估[J]. 中国现代药物应用,2023,17(16):22-26.

[27] 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,2022,29(2):67-71.

Clinical Study of Acupuncture Combined with Bloodletting Therapy Based on Meridian Sinew Theory in Patients with Peripheral Facial Palsy of the Wind - Cold Pattern

HU Jing¹, ZAN Rui², QI Huan¹, ZHAO Yuxiao¹, LI Huali³

1. Zhengzhou Central Hospital, Zhengzhou 450007, China;

2. No. 988 Hospital of the Joint Logistics Support Force, Zhengzhou 450042, China;

3. Luoyang Central Hospital Affiliated to Zhengzhou University, Luoyang 471000, China

Abstract Objective: To observe the treatment of patients with wind - cold type peripheral facial palsy using acupuncture combined with bloodletting therapy based on meridian sinew theory. Methods: A total of 120 patients with

wind – cold type peripheral facial palsy treated at the Acupuncture and Physiotherapy Department of Zhengzhou Central Hospital from May 2022 to May 2024 were enrolled. They were randomly divided into an acupuncture group (sinew acupuncture therapy) and a combination group (sinew acupuncture combined with bloodletting at Yifeng acupoint), with 60 cases in each group. The acupuncture group received sinew acupuncture based on meridian sinew theory, with acupoint selection including: Quanliao (SI18), Cuanzhu (BL2), Sibai (ST2), Yangbai (GB14), Taiyang (EX – HN5), Dicang (ST4), Jiache (ST6), and Hegu (LI4). Subcutaneous longitudinal and transverse shallow needling was performed. In the combination group, in addition to the acupuncture points used in the acupuncture group, bloodletting therapy at Yifeng (TE17) was performed. The area around Yifeng acupoint was clamped with the thumb, index, and middle fingers of the left hand, pricked several times, followed by cupping on the pricked area. Five consecutive days of treatment constituted one course, with a 2 – day interval between courses. A total of two courses were administered. After the two courses of treatment, the House – Brackmann (H – B) grading scale, Facial Disability Index (FDI), Portmann scale for peripheral facial neuritis, blink reflex, and facial electromyography parameters were observed in both groups before and after treatment to evaluate and compare the clinical efficacy. Results: After treatment, the FDI scale scores showed that the improvement in the physical function dimension (FDIP) score was significantly greater in the combination group than in the acupuncture group, while the decrease in the social function dimension (FDIS) score was more pronounced in the combination group, with statistically significant differences ($P < 0.05$), indicating that the combined therapy had superior comprehensive improvement in patients' physiological function and social adaptability. The Portmann scale scores showed that the combination group had significantly higher scores than the acupuncture group ($P < 0.05$), indicating better improvement in facial nerve function in the combination group. The latencies of the orbicularis oris muscle, orbicularis oculi muscle, and nasalis muscle were significantly shortened in both groups compared with before treatment ($P < 0.05$). The latencies of the orbicularis oris muscle, orbicularis oculi muscle, and nasalis muscle in the combination group were significantly shorter than those in the acupuncture group ($P < 0.05$). After treatment, the latencies of R1, R2, and contralateral R2' waves in both groups were significantly shorter than those before intervention, and the combination group showed significantly shorter latencies than the acupuncture group, with statistically significant differences ($P < 0.05$), indicating that the combination group had better efficacy in repairing facial nerve function. Conclusion: Acupuncture combined with bloodletting therapy based on meridian sinew theory can effectively improve the clinical symptoms of patients with wind – cold type peripheral facial palsy. Both treatments have significant efficacy in patients with wind – cold type peripheral facial palsy, but the combination of sinew acupuncture and bloodletting at Yifeng acupoint is superior to acupuncture alone. This combined therapy can reduce nerve inflammation, improve local blood circulation, repair damaged nerve fibers, regulate nerve excitability, better promote the recovery of facial nerve function.

Key words Sinew acupuncture; Bloodletting at Yifeng (TE17) acupoint; Wind – cold type; Acute peripheral facial palsy; Clinical efficacy; Mechanism of action