针刺联合推拿治疗风痰阻络型特发性面神经麻痹临床研究

叶文雄，徐纬，陈娜

杭州市第三人民医院康复医学科，浙江 杭州 310009

［摘要］**目的：**观察针刺联合推拿治疗风痰阻络型特发性面神经麻痹的临床疗效。**方法：**纳入2022年1月—2023年12月于杭州市第三人民医院治疗的70例风痰阻络型特发性面神经麻痹患者作为研究对象，根据抽签法随机分为联合组34例、对照组36例。2组均采用现代医学常规疗法治疗，对照组予针刺疗法治疗，联合组予针刺疗法联合面部推拿治疗，7天为1个疗程，2组均治疗1个疗程。治疗前后评定2组患者的面神经麻痹严重程度House-Brackmann（H-B）分级情况、面部神经功能（Portmann临床简易评分法评分），检测肌电图。比较2组的临床疗效、总有效率及不良反应发生率。**结果：**治疗7天，联合组总有效率高于对照组，疗效优于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。2组皱眉、闭眼、动鼻翼、鼓腮、吹口哨、微笑评分及总分均较治疗前增加（$P<0.05$）；联合组闭眼、鼓腮、吹口哨评分及总分均高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。2组颊肌、额肌、眼轮匝肌、鼻肌、口轮匝肌的阻力指数（RI）潜伏期均较治疗前缩短，患健侧波幅比值、患健侧均方根（RMS）值均较治疗前升高，差异均有统计学意义（$P<0.05$）；联合组各面区肌肉的RI潜伏期均短于对照组，患健侧波幅比值、患健侧RMS值均高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**在现代医学常规疗法基础上对风痰阻络型特发性面神经麻痹患者应用针刺疗法联合面部推拿治疗，可提高临床疗效，有助于恢复肌张力、修复面神经，安全性较好。

［关键词］特发性面神经麻痹；针刺疗法；面部推拿；风痰阻络证

［中图分类号］R277.7；R246.6 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）12-0114-06

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.12.021

Clinical Study on Acupuncture Combined with Massage for Idiopathic Facial Palsy of Wind-Phlegm Obstructing the Collaterals Type

YE Wenxiong, XU Wei, CHEN Na

Department of Rehabilitation Medicine, Hangzhou Third People's Hospital, Hangzhou Zhejiang 310009, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of the combination use of acupuncture and massage on idiopathic facial palsy of wind-phlegm obstructing the collaterals type. **Methods:** A total of 70 patients with idiopathic facial paralysis of wind-phlegm obstructing the collaterals type treated in the Hangzhou Third People's Hospital from January 2022 to December 2023 were included as the study subjects and randomly divided into the combination group (34 cases) and the control group (36 cases) according to the drawing lots. Both groups were treated with conventional therapy of modern medicine. The control group was additionally treated with acupuncture, and the combination group was additionally treated with acupuncture combined with facial massage. With seven days as a course of treatment, both groups were treated for one course. Before and after treatment, the House-Brackmann (H-B) facial paralysis grading, facial nerve function (scores of Modified Portmann Scale) and electromyographies in both groups were evaluated. After treatment, the clinical effects and incidence of adverse reactions were compared between the two

［收稿日期］2024-09-03
［修回日期］2025-03-17
［基金项目］杭州市卫生计生科技计划项目（2018A28）
［作者简介］叶文雄（1985-），男，主治中医师，E-mail：yefan0328@163.com。

groups. **Results**: After one course of treatment, the total effective rate in the combination group was higher than that in the control group, and the curative effect was better than that in the control group, differences being significant ($P<0.05$). The scores of frowning, closing eyes, moving alar, bulging cheeks, whistling, smiling and the total scores in the two groups were increased compared with those before treatment ($P<0.05$); the scores of closing eyes, bulging cheeks, whistling and the total scores in the combination group were higher than those in the control group ($P<0.05$). The resistance index (RI) incubation period of buccinator, frontal muscle, sphincter of eye, nasalis muscle and orbicularis oris in the two groups was respectively shortened when compared with that before treatment, and the amplitude ratio and root mean square (RMS) of the affected side were increased when compared with those before treatment, differences being significant ($P<0.05$); the RI incubation period of the muscles in each facial area in the combination group was shorter than that in the control group, and the amplitude ratio and RMS of the affected side were higher than those in the control group, differences being significant ($P<0.05$). There was no significant difference being found in the comparison of incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion**: The combination use of acupuncture and massage based on conventional therapy of modern medicine can improve the clinical effect on patients with idiopathic facial palsy of wind-phlegm obstructing the collaterals type, help the recovery of muscle strength and repair the facial nerve with great safety.

Keywords: Idiopathic facial palsy; Acupuncture; Facial massage; Syndrome of wind-phlegm obstructing the collaterals

特发性面神经麻痹又称面神经炎，是指面神经受损导致面部肌肉瘫痪的一种神经性缺损症状，起病急促，不仅影响面部肌肉运动，导致表情肌瘫痪，还会进一步引起听觉过敏和味觉障碍，严重影响患者的日常生活。该病的发病机制尚不明确，目前认为可能与病毒感染、遗传因素有关[1]。临床治疗常采用糖皮质激素、抗病毒等药物治疗，虽然有一定疗效，但长期使用存在较大毒副作用和耐药性，影响治疗效果，具有一定局限性。特发性面神经麻痹归属于中医学面瘫、口眼歪斜范畴，该病病机为脉络空虚，受风、寒、湿等外邪侵袭，致面部经络受阻，筋肉纵缓不收，继而发展为面瘫[2]。风痰阻络型为临床常见证型，需以祛风通络为主要治疗原则。口服中药虽然有效，但对面部神经功能的恢复见效相对缓慢。针刺疗法是临床治疗面神经麻痹的常用中医治法，通过局部取穴或远端取穴，调节面部气血，帮助面肌功能恢复，改善面神经麻痹状态[3]。推拿作为中医传统物理疗法，在治疗面神经炎、周围性面瘫方面均具有一定疗效，可有效减轻躯体化障碍，且安全可靠[4]。杭州市第三人民医院康复医学科总结临床经验，将推、拿、捏、揉等手法作用于特定腧穴或扳机点，发现按面部肌肉走行及扳机点进行推拿治疗，能起到疏通经络、调和气血的效果，可用于治疗多种证型的面神经麻痹。针刺与面部推拿均为直接作用于面部穴位，疏通面部经络的中医诊疗方式，两者联合治疗特发性面神经麻痹具有临床研究价值。本研究观察在现代医学常规疗法基础上加用针刺疗法联合面部推拿疗法治疗风痰阻络型特发性面神经麻痹的临床疗效，以期能找到可进一步减轻临床症状，促进面神经功能恢复，降低后遗症风险，改善患者生活质量的中西医结合治疗方法。结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 采用《中国特发性面神经麻痹神经修复治疗临床指南(2022版)》[5]中的诊断标准。脑部CT、MRI影像学检查结果正常，临床表现为患侧面部肌肉突然麻痹瘫痪，额纹变浅或消失，眼睑无法完全闭合等。

1.2 辨证标准 采用《中医内科疾病诊疗常规》[6]中的风痰阻络型面瘫辨证标准。患侧面肌麻木，口角歪斜或流涎，鼓腮漏气，颜面作胀，头重如裹，苔白滑或腻，脉滑。

1.3 纳入标准 年龄满18周岁；符合诊断标准与辨证标准；首次发病，单侧患病，病程＜3个月；能耐受针刺与推拿，且入组前未接受过针刺、推拿、药物等干预性治疗；无严重皮损或皮肤破溃、炎症；具有正常认知，自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 继发性面神经麻痹、亨特氏综合征；合并严重心、肺等器官功能异常；凝血功能异常；合并严重高血压病、糖尿病等全身系统性疾病；哺乳或妊娠期女性。

1.5 剔除标准 依从性差，未按医嘱治疗；病情加重，或出现影响治疗效果判断的疾病；临床资料不完整，无法判断疗效。

1.6 脱落标准 出现严重不良反应，需要立即停药并退出试验；由于各种原因（如搬家、联系方式变更等）导致失访；认为试验疗法对其无效，主动要求退出试验。

1.7 一般资料 纳入2022年1月—2023年12月于杭州市第三人民医院治疗的70例风痰阻络型特发性面神经麻痹患者作为研究对象，根据抽签法随机分为联合组34例、对照组36例。2组均无剔除、脱落病例。联合组男19例，女15例；年龄24～69岁，平均（43.35±10.91）岁；病程3～24天，平均（8.51±1.36）天；患侧：左侧16例，右侧18例；疾病分期：急性期21例，恢复期13例；面神经麻痹严重程度House-Brackmann（H-B）分级：Ⅰ级1例，Ⅱ级2例，Ⅲ级14例，Ⅳ级14例，Ⅵ级3例。对照组男20例，女16例；年龄22～73岁，平均（45.87±10.20）岁；病程2～22天，平均（8.85±1.22）天；患侧：左侧22例，右侧14例；疾病分期：急性期22例，恢复期14例；H-B分级：Ⅰ级0例，Ⅱ级2例，Ⅲ级22例，Ⅳ级8例，Ⅵ级4例。2组一般资料比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。本研究经杭州市第三人民医院医学伦理委员会审核通过（伦理编号：2022KA011）。

2 治疗方法

2组患者均参照《中国特发性面神经麻痹神经修复治疗临床指南（2022版）》[5]予以现代医学规范治疗，主要包括抗炎、营养神经及改善循环等药物治疗。急性期患者予以糖皮质激素如醋酸泼尼松片（天津信谊津津药业有限公司，国药准字H31020675，规格：5 mg/片）治疗。恢复期患者予以营养神经类药物治疗，包括甲钴胺片（江苏迪赛诺制药有限公司，国药准字H20052564，规格：0.5 mg/片）以及维生素B_{12}。

2.1 对照组 行针刺疗法治疗。取穴以手、足阳明经穴为主，包括四白、阳白、风池、地仓、颧髎、颊车、合谷、足三里等，使用0.25 mm×25 mm无菌一次性毫针（长春爱康医疗器械有限公司，吉械注准20222200599）施针，迅速进针，缓慢送针，以出现针感，得气为宜。根据患者的病情取穴，急性期患者主要为局部取穴配合远端取穴，局部取穴包括四白、阳白、风池、地仓、颧髎、颊车，远端取穴为患侧对应合谷穴；恢复期患者的面部取穴同急性期，另配合腹针（针刺中脘、下脘、气海、关元）、双侧合谷、双侧足三里。每个穴位得气后均留针约20 min，急性期患者每天针刺1次，恢复期患者则1～2天针刺1次。7天为1个疗程，持续治疗1个疗程。

2.2 联合组 予面部推拿联合针刺疗法治疗。针刺选穴及操作均同对照组。针刺结束后进行面部推拿。操作步骤：患者取仰卧位，操作者站于头部一侧，根据面部肌肉的走行及扳机点，分别对枕额肌、眼轮匝肌、颧肌、口轮匝肌、颞肌进行按摩，遵循肌肉走行方向，先以拇指按压额中线，指腹沿两侧额腹平行滑动触诊，再用一指禅推法按摩百会穴，力度适中，以上流程重复3次。指导患者按压两侧太阳穴1～2 min，再以拇指指腹自鼻根部起，沿内眼角向眼球上方眉骨部位，经眼外侧、眉肌至眼轮匝肌，行滑动触诊按摩，反复刮眼眶，以上流程重复10次。手指按压颧骨部位，按上口轮匝肌-下鼻翼旁-鼻唇沟-颧部唇方肌顺序进行提拉按摩，持续5 min；用拇指自患侧向口角方向按揉至口轮匝肌、笑肌直至耳部，下口轮匝肌以下唇中点为起始，按摩手法同上，持续5 min；用拇指指腹自颞下窝内侧壁-颧弓-双侧太阳穴方向按揉颞肌，持续5 min，按摩力度以有酸、麻、微胀感为准，过程持续30 min，由主治医师操作，以上按摩顺序每天重复3遍。采用滑动触诊手法寻找患者面部肌肉、筋膜中的扳机点或敏感压痛点，以拇指带动皮肤回旋按揉，力度循序渐进加重，避免过度用力，由主治医师对每个扳机点进行按摩，过程持续约30 min，2天治疗1次，每次推拿前需重新确认新扳机点。7天为1个疗程，持续治疗1个疗程。

3　观察指标与统计学方法

3.1　观察指标　①面神经麻痹严重程度。依据H-B分级标准[7]评定患者治疗前后的面神经麻痹严重程度。Ⅰ级：无面瘫，动态与静态时两侧均对称，面部各区肌肉功能正常；Ⅱ级：存在轻度面肌功能不良，静态时两侧对称，动态时轻微不对称；Ⅲ级：存在中度面肌功能不良，面肌张力变化明显但无畸形，伴有显著联动、挛缩、半面痉挛、无法抬眉；Ⅳ级：存在中重度面肌功能不良，面肌张力减弱，两侧畸形不对称，无法抬眉，眼睑无法完全闭拢，伴有严重联动、痉挛；Ⅴ级：重度面肌功能不良，两侧静态不对称，额无运动，闭目不全，用力时眼睑、口角略微能动，无联动、挛缩、半面痉挛；Ⅵ级：面全瘫，面部肌肉无任何张力，两侧不对称。②面部神经功能。采用Portmann临床简易评分法[8]评估2组治疗前后的面部神经功能，观察皱眉、闭眼、动鼻翼、鼓腮、吹口哨、微笑6种自主运动，根据标准进行评分，每项0～3分，总分20分（加上安静时印象分2分），分数越高提示面部神经功能恢复越好。于治疗前后评估。③肌电图相关指标。应用肌电诱发电位仪（湖南安百医疗科技有限公司，湘械注准20232070263）对患者的颊肌、额肌、眼轮匝肌、鼻肌、口轮匝肌进行检测。患者取仰卧位，以75%乙醇或碘液消毒面区肌肉，插入同心圆针电极，检测各面区肌肉的阻力指数（RI）潜伏期、患健侧波幅比值、患健侧均方根（RMS）值，以上3项指标均由仪器自动生成。RI潜伏期越长代表面神经受损越严重；患健侧波幅比值、患健侧RMS值越趋近于1，代表患侧神经功能恢复得越好。于治疗前后检测。④不良反应。记录2组患者治疗期间发生不良反应的情况，统计不良反应发生率。

3.2　统计学方法　应用IBM SPSS Statistics 24.0软件行统计学分析。计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间、组内比较分别采用独立样本t检验和配对样本t检验。计数资料比较采用χ^2检验。等级资料比较采用秩和检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4　疗效标准与治疗结果

4.1　疗效标准　参考文献[5]拟定。治愈：H-B分级属Ⅰ级；好转：H-B分级属Ⅱ～Ⅲ级；无效：H-B分级属Ⅳ～Ⅵ级。于治疗1个疗程后评价疗效。

4.2　2组临床疗效比较　见表1。治疗后，联合组总有效率高于对照组，疗效优于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

表1　2组临床疗效比较　例（%）

组　别	例数	治愈	好转	无效	总有效
联合组	34	22（64.71）	12（35.29）	0	34（100）
对照组	36	10（27.78）	21（58.33）	5（13.89）	31（86.11）
Z/χ^2值			3.211		5.086
P值			0.001		0.024

4.3　2组治疗前后面部神经功能评分比较　见表2。治疗前，2组皱眉、闭眼、动鼻翼、鼓腮、吹口哨、微笑评分及总分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组6项评分及总分均较治疗前增加（$P<0.05$）；联合组闭眼、鼓腮、吹口哨评分及总分均高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

4.4　2组治疗前后各面区肌肉RI潜伏期、患健侧波幅比值及患健侧RMS值比较　见表3～5。治疗前，2组颊肌、额肌、眼轮匝肌、鼻肌、口轮匝肌的RI潜伏期、患健侧波幅比值、患健侧RMS值比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组各面区肌肉的RI潜伏期均较治疗前缩短，患健侧波幅比值、患健侧RMS值均较治疗前升高，差异均有统计学意义（$P<0.05$）；联合组各面区肌肉的RI潜伏期均短于对照组，患健侧波幅比值、患健侧RMS值均高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

表2　2组治疗前后面部神经功能评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	例数	皱眉		闭眼		动鼻翼		鼓腮		吹口哨		微笑		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	34	1.33±0.20	1.81±0.36①	1.42±0.28	1.95±0.30①	1.28±0.21	1.99±0.31①	1.16±0.29	1.85±0.38①	1.23±0.18	2.05±0.31①	1.16±0.21	1.87±0.27①	7.96±2.25	13.48±3.69①
对照组	36	1.26±0.17	1.69±0.25①	1.38±0.30	1.79±0.21①	1.23±0.22	1.94±0.32①	1.18±0.24	1.66±0.31①	1.20±0.20	1.86±0.34①	1.21±0.25	1.75±0.29①	7.46±1.93	11.60±3.42①
t值		1.581	1.627	0.576	2.597	0.972	0.663	0.315	2.298	0.658	2.439	0.903	1.789	1.000	2.212
P值		0.119	0.108	0.567	0.012	0.335	0.509	0.754	0.025	0.513	0.017	0.370	0.078	0.321	0.030

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表3　2组治疗前后各面区肌肉RI潜伏期比较($\bar{x}\pm s$)　ms

组　别	例数	颊肌		额肌		眼轮匝肌		鼻肌		口轮匝肌	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	34	4.16±0.52	3.39±0.28①	3.91±0.59	2.56±0.33①	4.26±0.35	3.15±0.37①	3.50±0.33	2.93±0.32①	3.68±0.43	3.09±0.30①
对照组	36	4.23±0.43	3.58±0.31①	4.07±0.53	2.77±0.26①	4.21±0.38	3.39±0.40①	3.57±0.36	3.16±0.38①	3.64±0.47	3.25±0.32①
t值		0.615	2.686	1.194	2.966	0.572	2.602	0.846	2.731	0.371	2.155
P值		0.540	0.009	0.236	0.004	0.569	0.011	0.400	0.008	0.712	0.035

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表4　2组治疗前后各面区肌肉患健侧波幅比值比较($\bar{x}\pm s$)

组　别	例数	颊肌		额肌		眼轮匝肌		鼻肌		口轮匝肌	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	34	0.34±0.07	0.64±0.11①	0.39±0.10	0.58±0.04①	0.40±0.07	0.63±0.09①	0.43±0.06	0.61±0.07①	0.39±0.08	0.62±0.09①
对照组	36	0.36±0.08	0.51±0.09①	0.38±0.10	0.51±0.06①	0.37±0.06	0.55±0.08①	0.41±0.05	0.55±0.06①	0.40±0.10	0.54±0.07①
t值		1.110	5.425	0.418	5.708	1.929	3.936	1.518	3.857	0.460	4.164
P值		0.271	<0.001	0.677	<0.001	0.058	<0.001	0.134	<0.001	0.647	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表5　2组治疗前后各面区肌肉患健侧RMS值比较($\bar{x}\pm s$)

组　别	例数	颊肌		额肌		眼轮匝肌		鼻肌		口轮匝肌	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	34	0.28±0.04	0.65±0.17①	0.22±0.05	0.61±0.11①	0.23±0.06	0.70±0.13①	0.25±0.07	0.65±0.10①	0.27±0.08	0.59±0.14①
对照组	36	0.26±0.05	0.56±0.14①	0.20±0.04	0.54±0.12①	0.21±0.04	0.62±0.14①	0.26±0.05	0.59±0.13①	0.26±0.07	0.51±0.13①
t值		1.841	2.424	1.853	2.540	1.650	2.474	0.691	2.155	0.557	2.479
P值		0.070	0.018	0.068	0.013	0.104	0.016	0.492	0.035	0.579	0.016

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.5　2组不良反应发生率比较　治疗期间，联合组发生疼痛、睡眠障碍各1例，发生率5.88%(2/34)；对照组发生疼痛3例、睡眠障碍2例、晕眩1例，发生率16.67%(6/36)。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义(χ^2=2.009，P=0.156)。

5　讨论

风痰阻络型面神经麻痹患者因风、痰阻于经络，以致气血运行不畅，出现口眼歪斜、面部麻木、肌肉僵硬等症状，对此，临床治则以祛风化痰、通络止痉为主。所谓“刺之要，气至而有效”，针刺疗法基于中医经络学说与气血理论，通过将毫针刺入腧穴，激发人体经络之气，可调节机体气血运行，祛风化痰、疏通经络，对风痰阻络型相关病症具有一定治疗效果，被证实能有效改善面部肌肉功能[9]。本研究所用的面部推拿疗法，是杭州市第三人民医院康复医学科在遵循《肌肉链与扳机点》[10]中推拿相关共识的基础上，结合疾病分期(急性期、恢复期)进行治疗的经验疗法，采用肌肉走行及扳机点推拿疗法，通过特定手法刺激穴位与经络，能够疏通经络、调节气血，缓解痉挛和疼痛，疏散风邪，辅助针刺更好地促进面部的血液循环，改善面瘫[11]。

本研究结果显示，治疗后，联合组总有效率高于对照组，疗效优于对照组，面神经麻痹的改善优于对照组，提示针刺疗法联合面部推拿治疗效果更佳。笔者结合风痰阻络证特点，针刺选穴以局部取穴为主、远端取穴为辅，选取四白、阳白、风池、地仓、颧髎、颊车、合谷等穴位，其中四白、地仓、颊车穴均属足阳明胃经，四白可调节头面部气血，有助于疏通经络，理气止痛[12]；针刺地仓可疏通经络、通畅气血；颊车具有开关通络、祛风清热功效。现代研究结果也证实，刺激地仓、颊车可增强患侧面部神经与血管收缩，促进面部神经功能恢复[13]。阳白属足少阳胆经，针刺该穴具有疏经通络之效，有助于改善面瘫和头痛[14]；风池同属足少阳胆经，是治

疗面瘫的重要穴位之一，可疏风散寒、通络止痛[15]。颧髎为手太阳小肠经与手少阳三焦经之交会穴，有舒筋止痛之效，是治疗面瘫的常用取穴点[16]。合谷属手阳明大肠经，可辅助通经活络，所谓“面口合谷收”，即合谷穴在治疗面部、口部疾病方面具有积极作用[17]。此外，对面区枕额肌、眼轮匝肌、颧肌、口轮匝肌、颞部肌肉进行推拿按摩，能够进一步放松紧张的肌肉，促进血液循环，缓解因经络不通引起的疼痛。面神经麻痹分为急性期和恢复期，急性期治疗原则侧重抗炎、营养神经、保护眼部等，防止病情进一步加重，而恢复期因患者症状相对较轻，故重点在于物理治疗，促进神经功能恢复。对于恢复期患者，针刺足三里，可增强脾胃运化，帮助机体化解湿气和痰浊。刺激风池、风府、合谷等穴位，也可一定程度上发挥祛风止痉效果[18]，同时施以腹针，针刺中脘、下脘、气海可进一步调节脾胃功能、促进气血运行，针刺关元可培元固本、补益元气[19]。

肌电图作为一种常见的神经系统电生理检查手段，能收集肌肉电活动信息，评估肌肉的电生理特性。RI潜伏期为从刺激运动神经元至细胞激活并抑制同一运动神经元的时间间隔，时间越长代表面神经信号传导处理时间越长，神经传导功能障碍越严重；患健侧波幅比值、患健侧RMS值越趋近于1，代表患侧神经功能恢复得越好[20]。本研究结果显示，联合组各面区肌肉的RI潜伏期均短于对照组，患健侧波幅比值、患健侧RMS值均高于对照组，提示针刺联合面部推拿能促进面区肌肉神经功能的改善，也进一步证实了按肌肉走行及扳机点推拿联合针刺疗法对风痰阻络型面神经麻痹患者治疗的可行性与有效性。联合组的不良反应发生率略低于对照组，提示面部推拿相较于药物治疗，具有稳准、简便、安全有效的优势。

综上所述，在现代医学常规疗法基础上对风痰阻络型特发性面神经麻痹患者应用针刺疗法联合面部推拿治疗，可提高临床疗效，有助于恢复肌张力、修复面神经，安全性较好，推荐在临床使用。

[参考文献]

[1] MASOURIS I，KLEIN M，ANGELE B，et al. Quantitative proteomic analysis of cerebrospinal fluid from patients with idiopathic facial nerve palsy[J]. Eur J Neurol，2023，30(4)：1048-1058.
[2] 彭曼，姚雯，吴清明，等. 名中医吴清明治疗顽固性面瘫经验[J]. 陕西中医，2023，44(12)：1796-1799.
[3] 曾德霞，朱先明，李巧贻. 针灸联合表情肌功能康复训练治疗面神经麻痹的疗效及对面神经功能恢复的影响[J]. 四川中医，2023，41(4)：180-183.
[4] 陈君，李立国. 甲钴胺穴位注射联合面部推拿治疗顽固性面瘫的疗效观察[J]. 新疆医科大学学报，2023，46(1)：128-131，138.
[5] 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.
[6] 朱文锋. 中医内科疾病诊疗常规[M]. 长沙：湖南科学技术出版社，1999.
[7] 黄紫龙，黎洪健，张世杰. 雷火灸配合特殊刺透疗法对周围性面神经麻痹患者House-Brackmann分级的影响[J]. 内蒙古中医药，2023，42(5)：132-133.
[8] 李虹竹，赖国安，林诗雨，等. 穴位结扎联合埋线法对顽固性面瘫患者面神经肌电图及血清神经营养因子的影响[J]. 中医杂志，2024，65(15)：1578-1585.
[9] 樊晶，秦晓光，文新. 针刺联合化风丹治疗风痰阻络型面肌痉挛的疗效观察[J]. 中医药信息，2022，39(12)：67-71.
[10] 里克特. 肌肉链与扳机点[M]. 济南：山东科学技术出版社，2011：196-199.
[11] 张雷，纪春红，解永桩，等. 中医针灸推拿结合中药治疗面瘫的临床效果分析[J]. 世界复合医学，2022，8(11)：6-9，29.
[12] 刘浩，范郁山. 基于数据挖掘浅析下关穴主治病症及腧穴配伍规律[J]. 广西医学，2024，46(2)：266-269.
[13] 张燕，陈敏，张华琳. 地仓透颊车针刺治疗周围性面瘫口角歪斜的临床疗效[J]. 医学临床研究，2024，41(3)：393-395.
[14] 王建文. 石学敏院士针刺治疗贝尔氏麻痹[J]. 中医学报，2021，36(5)：1006-1009.
[15] 虞莉青，袁燕洁，周媛，等. 风池穴“温通针法”治疗面瘫急性期的疗效及对面神经传导速度的影响[J]. 针灸临床杂志，2024，40(2)：30-35.
[16] 黄亚丽，喻雯，张玲，等. 针刺与针药结合治疗面神经磁共振检查正常的周围性面瘫患者疗效对照研究[J]. 中国针灸，2019，39(2)：139-142.
[17] 蔡依妏，裴建，傅勤慧. 基于功能磁共振成像技术对“面口合谷收”的机制研究概述[J]. 环球中医药，2017，10(11)：1312-1316.
[18] 王骐. 吴中朝从“颈部三风穴”论治眩晕经验[J]. 北京中医药，2017，36(10)：912-914.
[19] 杜耀文，王珑. 基于“轮轴”理论探讨肝郁脾虚型郁证的腹针治疗[J]. 针灸临床杂志，2024，40(8)：6-9.
[20] 李虹竹，赖国安，林诗雨，等. 穴位结扎联合埋线法对顽固性面瘫患者面神经肌电图及血清神经营养因子的影响[J]. 中医杂志，2024，65(15)：1578-1585.

（责任编辑：吴凌）