

针灸配合揸针贴压耳穴和蜡疗治疗周围性面神经麻痹 50 例

于婧洁 张 曼 李海天 吕忠礼

(首都医科大学附属北京儿童医院康复科,北京,100045)

摘要 目的:观察针灸配合揸针贴压耳穴和蜡疗治疗周围性面神经麻痹的临床疗效。方法:将本院收治的 100 例周围性面神经麻痹患儿随机分为对照组和治疗组,每组 50 例。对照组急性期(发病 7 d 之内)给予快针浅刺,恢复期(发病第 8 天以后)给予针灸联合透刺治疗,留针 20 min。治疗组在对照组治疗基础上配合揸针贴压耳穴和蜡疗。2 组治疗均 1 次/d,10 d 为 1 个疗程,治疗 2 个疗程后判定疗效。结果:治疗组治愈 21 例,显效 17 例,好转 12 例,无效 0 例,愈显率为 76.0%;对照组治愈 15 例,显效 11 例,好转 23 例,无效 1 例,愈显率为 52.0%。2 组对比,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:针灸配合揸针贴压耳穴和蜡疗治疗周围性面神经麻痹疗效优于对照组,疗效确切,安全性高,值得临床进一步推广研究。

关键词 面神经麻痹;针灸;揸针;蜡疗

50 Cases of Acupuncture and Auricular Points Pressed with Thumbtack Needle and Wax Therapy in Treating Peripheral Facial Nervous Paralysis

Yu Jingjie, Zhang Man, Li Haitian, Lyu Zhongli

(Rehabilitation Department of Beijing Children's Hospital affiliated to Capital Medical University, Beijing 100045, China)

Abstract Objective: To assess the clinical effect of acupuncture and auricular points pressed with thumbtack needle and wax therapy in treating peripheral facial nervous paralysis. **Methods:** A hundred patients with peripheral facial nervous paralysis were randomized into a control group and a treatment group, with 50 in each. The control group received shallow needling in acute stage (within 7 days) and acupuncture with point joining in recovery stage (over 8 days). The treatment group received auricular points pressed with thumbtack needle and wax therapy on the basis of the control group. The two groups treated once a day and 10 days for a treatment session. The treatment effects were assessed after 2 treatment sessions. **Results:** The cured cases are 21, effective cases 17, improved cases 12, and no invalid case in the treatment group. So the cure and effective rate is 76.0%. In the control group, there are 15 cases cured, 11 effective, 23 improved, and 1 invalid. The cure and effective rate is 52.0%. The differences between the two groups were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Acupuncture and auricular points pressed with thumbtack needle and wax therapy have obvious curative effect and high safety in treating peripheral facial nervous paralysis, which is worthy of further clinical application.

Key Words Peripheral Facial Nervous Paralysis; Acupuncture; Thumbtack needle; Wax Therapy

中图分类号:R745.1+2;R246 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.09.058

周围性面神经麻痹又称周围性面瘫,属中医学“口癖”“口眼歪斜”等范畴。本病发病急骤,症状可于数小时或 1~3 d 内达到高峰,以春秋季节发病较多。小儿面神经麻痹发病任何年龄不分大小,近年来临床多见。面神经麻痹多与局部病毒感染有关,面部受风寒多为诱因。西医治疗原则主要是减轻局部水肿,缓解面神经受压,但疗效通常缓慢,疗程较长,甚至留下永久后遗症。笔者采用针灸配合揸针贴压耳穴和蜡疗的方法治疗小儿周围性面神经麻痹

共 100 例,取得了较好的临床疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例全部来自 2014 年 2 月至 2015 年 2 月本院针灸门诊患儿,男 55 例,女 45 例。所有病例采用数字表随机法分为 2 组。对照组 50 例,男 26 例,女 24 例;平均年龄 3.7 岁;病程少于 7 d 者 24 人,7 d 至 1 个月者 19 人,超过 1 个月者 7 人。治疗组 50 例,男 29 例,女 21 例;平均年龄 5.2 岁;病程少于 7 d 者 22 人,7 d 至 1 月者 20 人,超过 1 个月者

作者简介:于婧洁(1986.12—),女,硕士研究生,医师,研究方向:神经系统疾病及中西医结合, E-mail: tammyeanut@163.com

通信作者:吕忠礼(1965.06—),男,大学本科,主任医师,职务科主任,研究方向:神经系统疾病及中西医结合, E-mail: zhongli_lv@hotmail.com

8人。2组患儿年龄、性别、病程长短差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 本研究中入组病例均参考高等学校教材第6版《神经病学》^[1]中特发性面神经麻痹所用的诊断标准,临床表现为,周围性面瘫:患侧面部表情肌瘫痪,不能皱额蹙眉,额皱纹变浅或消失,眼睑不能闭合或闭合不全。闭眼时眼球向外上方转动,露出白色巩膜,称为贝尔氏征(Bell Sign)。鼻唇沟变浅,口角下垂,露齿时口角歪向健侧,口轮匝肌瘫痪,鼓气、吹口哨漏气;颊肌瘫痪,食物易滞留病侧齿龈。可伴有患侧舌前2/3味觉障碍及听觉过敏,部分患者可有乳突部疼痛,耳郭、外耳道感觉减退和外耳道、鼓膜疱疹等 Ramsay-Hunt 综合征。周围性面神经麻痹临床表现复杂,本研究中患儿平均年龄较小,大多病例只能通过哭笑等表情判断神经受损的程度,个别较大患儿可询问有无味觉障碍及听觉过敏等并发症。本研究100例患儿中伴味觉减退者3例,伴乳突部疼痛者2例,无伴外耳道感觉减退和外耳道、鼓膜疱疹等 Ramsay-Hunt 综合征者。

1.3 纳入标准 1)符合诊断标准;2)病程在2个月以内者;3)所有病例均经CT、MRI等影像学检查,排除中枢神经系统疾病、耳科疾病;4)入组后至少能治疗10d;5)未采用其他疗法治疗;6)排除针灸禁忌证,如出血性疾病,皮肤局部有感染、溃疡者。

1.4 排除标准 1)治疗时间不够10d者;2)入组前采用过其他疗法,不能准确评估是否对本研究有影响者,如输液、口服激素、贴膏药者;3)先天性面神经麻痹;4)有其他严重并发症,对治疗效果及评估造成影响者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 针灸治疗:取穴:阳白、攒竹、丝竹空、颧髻、太阳、翳风、颊车、地仓,以上穴位均取患侧,双侧合谷。人中沟歪斜加水沟,颌唇沟歪斜加承

浆。具体操作:急性期:常规消毒后,用一次性无菌针灸(型号为0.30mm×25mm),快针浅刺不留针,手法宜轻。恢复期:医者以左手拇指或食指按压穴位,右手持针,快速将针刺入皮肤,然后右手捻转针柄将针体刺入深处得气。部分穴位联合透刺,以平刺法进针(针体横卧小于15°角),缓缓透至对穴。其中颊车透刺地仓,阳白透刺鱼腰,均平补平泻,得气后留针,20min后起针。每日1次,针刺10d为1个疗程。

1.5.2 治疗组 在对照组基础上加揸针贴压耳穴和蜡疗。

1.5.2.1 揸针贴压耳穴 常规穴为面颊、口、眼、额、皮质下、神门等,根据临床表现选取四穴。具体操作:取清铃牌揸针(直径0.2mm,针长0.6mm),常规消毒后,将针尖对准穴位按压粘附扎好,留针不超过24h,以防感染,1周3次。

1.5.2.2 蜡疗 具体操作:将适用的医用石蜡放入融蜡机(日本欧技技研有限公司,型号NS302)进行融化,随后将熔化的石蜡倒入搪瓷盘,蜡液厚度为2cm左右,待其自然冷却至表面温度为45~50℃,用小铁铲沿边缘将石蜡与搪瓷盘分开,将蜡饼切割成合适大小,装入袋中,将蜡饼敷于患侧面部(阳白穴区、颧髻穴区、下关穴区、地仓穴区),双侧手三里穴及双侧足三里穴,并固定好,治疗时间20min。治疗结束后,用毛巾擦掉治疗部位所出的汗液。注意事项:蜡疗前应观察患处是否有破溃或创面;治疗前应排尽小便以保证治疗时间;治疗过程中注意观察患儿治疗部位的皮肤变化,防止过敏、皮疹、烫伤等异常情况的发生;治疗结束后立刻擦干治疗部位,注意面部保暖,防风受寒^[2]。

1.6 统计学方法 对所有数据用SPSS 13.0统计软件进行处理,计数资料采用列联表资料分析独立样本率 χ^2 检验,计量资料采用t检验等统计学方法分析。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

表1 House-Brackmann 面神经功能分级与量表

	肉眼观	静止(两侧及肌张力)	运动			每项得分
			额	眼	口	
I 正常	正常	正常	正常	正常	正常	0
II. 轻度功能障碍	仔细检查可见轻度无力,可能有轻度连带运动。	对称	中度至良好	用最小力,完全闭合	轻度不对称	1
III. 中度功能障碍	两侧明显差别,但不是毁容性差异,连带运动、挛缩和/或一侧面部肌抽搐明显,但不严重。	对称	轻至中度运动	用力能闭合	用最大力,轻度无力	2
IV. 中度严重功能障碍	明显无力和/或毁容性不对称	对称	无运动	不能完全闭合	用最大力,口角不对称	3
V. 严重功能障碍	仔细检查可见轻微运动	不对称	无运动	不能完全闭合	口轻微运动	4
VI. 完全麻痹	无运动	5				

1.7 疗效标准 按照 House-Brackmann 面神经功能分级对患儿进行评估,本院在该表的基础上,将面神经功能具体量化,便于临床分级和评分。见表 1。根据患儿面神经功能进行分级量化评分,以总分作为分级标准:正常:0 分;轻度功能障碍:15 分;中度功能障碍:6~15 分;重度功能障碍:16~25 分。疗效判定标准:1)临床痊愈:主要症状完全消失,总分 0 分;2)显效:总分减少 $\geq 80\%$;3)有效:总分减少 $< 80\%$;4)无效:总分无变化或有增加。

2 结果

2.1 组临床疗效对比 对 2 组的愈显率用两样本 t 检验, $P=0.013$, $P<0.05$, 差异有统计学意义,说明治疗组的愈显率优于对照组。见表 2。由表 2 可知,治疗 1 次/d, 2 个疗程后 2 组愈显率差异有统计学意义, $P<0.05$, 说明针灸配合揸针贴压耳穴和蜡疗组疗效优于对照组。

表 2 2 组患者临床疗效的比较[n(%)]

组别	治愈	显效	好转	无效	愈显率
对照组	15	11	23	1	52%
治疗组	21	17	12	0	76%

2.2 安全性评价 本研究所观察的患儿共 100 例,完整有效观察 100 例,无未完成病例。所有病例均由针灸专业医生严格认真操作,患儿在针刺操作中有哭闹,部分患儿有掉针,予重新针刺。没有发生滞针、断针和蜡饼烫伤皮肤等其他不良反应记录。说明本研究的治疗方法应用于儿童面神经麻痹是安全可靠的。

3 讨论

儿童周围性面神经麻痹可见于任何年龄,故近年来在临床中较为常见。本病发病不分季节。春、夏季多由贪凉,面对风扇、空调直吹所致;秋、冬季多由风寒、病毒感染引起。现代医学研究认为,周围性面神经麻痹是由于各种原因导致营养面神经的血管痉挛、缺血、水肿,从而引起面神经缺血、水肿,或邻近组织炎性反应引起面神经支配区血运不畅,导致面肌运动障碍。既往研究表明本病的主要病理改变有:面神经受压髓鞘损伤,神经传导速度下降,严重者可由于水肿压迫,造成不同程度的神经损伤、轴索变性等。因为骨性面神经管腔较窄,正常情况下仅允许面神经通过,所以一旦面神经缺血、水肿,可导致面神经受压。随着病程的发展,神经压迫和水肿的加重可使神经出现变性,从而很难恢复。如果早期解除水肿可使被压迫神经的功能完全恢复。如

果受损神经再生能力较差,则会留下不同程度的后遗症。所幸的是小儿面神经与成人相比占据面神经管的空间要小,在面神经管内受到压迫的可能性相对较小,面神经不像成人易因受压引起损伤,所以小儿面神经麻痹的预后一般比成人好^[3]。虽然小儿患面神经麻痹后大多都能得到完全恢复,但仍有部分患儿在恢复后很长时间内存在轻微的面部不对称。

由于儿童生长和发育的特性,小儿面神经麻痹一般以保守治疗为主,而不建议外科手术。既往临床上对于面神经麻痹的治疗主要分为西医和中医两类,西医治疗主要是口服类固醇激素和营养神经等药物治疗,中医治疗则是针灸按摩等物理治疗。类固醇激素具有抗炎作用,可以减轻组织对炎症反应的反应,并抑制炎症反应细胞及吞噬作用,从而减轻炎症反应表现。所以在早期应用激素可抑制炎症反应细胞的产生及释放,收缩血管,从而抑制白细胞在炎症反应部位的聚集,减轻局部神经水肿,缓解神经受压,促进面神经功能的恢复^[4]。但小儿服用类固醇激素往往会伴随一些不良反应,如糖尿病、消化道溃疡、并发感染及类库欣综合征症状,且对下丘脑-垂体-肾上腺轴的抑制作用较强,长时间大剂量易影响患儿生长发育。且此方法疗程较长,若患儿恢复不理想则易留下不同程度的后遗症。近年来随着科技的进步,医学的发展,独具特色的针灸等物理治疗方法越来越广泛地应用于各种神经损伤性疾病。针灸治疗对周围性面神经麻痹有明确的疗效,早在 1979 年世界卫生组织就已确定面神经麻痹为针灸治疗的适应证之一。中医学认为,本病病因大多由患儿机体正气虚弱,皮肉娇嫩,或卫外不固,脉络空虚,此时头面部受风寒或风热之邪侵袭,面部经络阻滞,致气血痹阻,经筋失养,筋肉失于约束,从而出现口眼歪斜等诸症。本病多因风寒热痰瘀等邪侵犯阳明、太阳、少阳等经络而发病。古代对面神经麻痹的描述见于:《类证治裁》曰:“口眼歪斜,血液衰涸不能荣润筋脉”。隋·巢元方《小儿杂病门·中风口喎邪僻候》曰:“小儿中风,口眼邪僻,是风入于颌颊之筋故也”。《灵枢·经脉》篇载:“颊筋有寒,则急引颊移口;有热则筋弛纵,缓不胜收,故僻。”但目前临床报道中本病的研究对象主要以成人为主,对于儿童面神经麻痹的相关资料及研究并不多。从现代医学角度看,针灸治疗面神经麻痹的主要机制有:针刺治疗可以提高神经兴奋性,促进血液循环,故有扩张血管,消炎镇痛等作用。同时针刺还能改善穴位

局部的神经代谢,促进邻近损伤神经再修复。钱玉梅^[5]认为,面部为阳明经及少阳经循经之处,又因阳明经为多气、多血之经,故本病取穴以手足阳明经和面部穴位为主。又因本病病变部位在头面部,中医理论认为,头为诸阳之会,手足三阳经均汇聚于头部,而面为阳明之乡,眼睑部主要为足太阳和足阳明经循行之处,口颊部主要为手太阳及手足阳明经循行之处。故临床选穴主要以手足三阳经在头面部的穴位为主,如阳白、巨髎、丝竹空、翳风、颊车、地仓等,以疏通头面之经络气血,此为局部取穴。合谷属手阳明大肠经,为阳明经要穴,又为四总穴之一。四总穴歌云:面口合谷收,说明合谷对头面部五官疾病有特殊的疗效。阳明经多气多血,取之可振奋阳明经气以补气活血,气血充盈,面肌得以充分濡养,从而达到治疗目的。又因其位于手部,取穴方便,针感可强可弱,故在儿科应用广泛,此为循经远端取穴。

小儿面神经麻痹常常不能立即就诊,因本病发病突然,低龄患儿只有在哭笑时明显,而学龄期患儿多在学校发病,家长通常不曾留意,或被认为是做鬼脸而未引起重视,故就诊时常在发病数日之后。且面神经麻痹病程较长,康复缓慢,治疗前需给家长做好解释工作。临床证实患儿一般只在进针时哭闹,针刺后通常不再哭闹,留针可顺利进行^[6]。

小儿针灸取穴与成人不同,宜少而精,临床中常用透刺。因小儿皮肤薄嫩,透刺可一针达两穴,减少取穴数量,可减少进针时的疼痛,便于患儿配合。此外,透穴刺法能增强刺激量,针感容易扩散、传导,使“气至病所”^[7]。还可以沟通表里经,起到分别刺两穴所不能起的作用。且头面部穴位皮肉浅薄难以深刺,用透刺法既可催气导气,又避免招致意外。又因小儿面部较成人小,某些穴位位置相对集中,如四白与巨髎、颊车与大迎、听会与牵正等,故取穴时宜分散取穴,并注意避开眼球等危险区,以防针刺时患儿哭闹发生意外。另外,古人总结小儿生理特点为“脏气清灵,随拨随应”,即小儿自身修复与代谢能力强,只要适当推动就能调动小儿自身抗病能力和调节机制。故治疗上宜取穴少而精,手法宜清,中病即止。在急性期,因病邪尚未入里,针刺时应浅刺。且以往认为针灸不能介入面神经麻痹急性期的治疗,还有学者提出急性期强烈针刺有导致继发性面肌痉挛的可能^[8],但是这些说法却没能提供足够的临床和实验方面的依据,多数仅仅是从理论上的阐述。本研究本着不延误病情的原则,故在发病7 d之内均采用快针浅刺的方法,一来防止深刺致病邪

入里,二来可避免并发症的发生。而恢复期则可留针,局部可用透刺,因此时邪去正复,宜补气养血为主。对于初次治疗精神较紧张的患儿应少取穴,轻刺激,留针时间较短^[9]。尤其对婴幼儿针刺时,可针刺得气后即出针,或留针8~12 min后以平补平泻手法出针,最大限度防止患儿哭闹而出现滞针、弯针、断针等意外情况,保证针刺效果^[10]。另外本研究未加用电针,以防刺激量过重引起面肌痉挛或其他不良反应。但也有研究表明电针用于小儿面神经麻痹未见面肌痉挛及其他不良反应或后遗症,且加用电针可显著提高疗效,缩短康复时间。故加用电针治疗周围性面神经麻痹的效果和有无不良反应还有待进一步研究与确认。今后可加大样本量,按循证医学的要求,对小儿面部取穴、治疗时机、针刺手法、疗程等多方位进一步研究。

耳廓是一个人体缩影的倒影器官,与全身的经络、脏腑联系密切。历代医籍及民间关于借助耳穴治疗疾病的资料极为丰富,耳穴疗法确实有调理阴阳、调和气血、调整脏腑功能、扶助正气等综合作用^[11]。胚胎学和生物全息论指出,外耳是人类进化到哺乳类时才分化产生的,是人类进化史上出现最晚的部位。外胚层形成耳廓的表皮、汗腺,中胚层形成真皮和软骨。而神经组织也起源于外胚层,与耳廓表皮同源。许多内脏、器官、肌肉起源于中胚层,与真皮和耳软骨同源。故耳廓与神经系统及内脏、躯干各组织器官关系极为密切。又根据生物全息规律,越是进化中分化较晚的部位,其反应整体的现象就越明显。因此,人类的耳廓能够全面的、详尽地反应出全身的状况。当人体脏腑生理功能失调的时候,在耳廓的相应部位既可出现阳性反应,这些阳性反应点既是辅助诊断的依据,也是治疗疾病的刺激点。刺激这些反应点可激发与之相对应的器官的血液循环,改善生理功能,从而兴奋神经并促进神经自我修复与调整。因为揸针针体短小,贴压耳穴只触及皮下而不达深层,不会伤及血管及神经干,是最安全的针法之一。而且揸针贴压疼痛较轻,持续埋藏于皮内或皮下,能给耳穴以持久而柔和的良性刺激,与常规针刺相比持续时间长,且晕针现象也比传统针刺疗法更少发生,患儿更容易接受^[12]。与传统的王不留行籽相比,揸针贴压耳穴,对镇静、止痛,调节植物神经功能的效果更佳。

蜡疗是一种利用加热的石蜡,敷在患部,或将患部浸入蜡液中的理疗方法。石蜡作为温热递质,热容量大,导热率低,散热慢,敷于人体体表,通过温

热、机械压迫及化学作用达到治疗目的的方法。由于石蜡具有较强而持久的热作用,其保温时间长达1 h以上,可使局部皮肤耐受较高的温度(55~65℃),幼儿温度偏低(45~51℃),可使皮肤血管扩张,促进面部微循环,减轻组织水肿,有利于消除炎症反应及镇痛。并且由于石蜡含油性物质,对皮肤有润滑作用,可使皮肤柔软富有弹性,故蜡疗能改善皮肤营养。早期利用蜡疗的温热作用,可使局部毛细血管扩张,新陈代谢加快,改善局部充血、水肿,进而减轻对受损神经的压迫和刺激。使机体本来互相关联的神经、微循环、经络三者互相促进、互相调整,尽快恢复面神经的功能^[13]。又因面瘫的发病根源在于中气亏虚,所以治疗也应从扶正入手。阳明经又为“气血生化之源”,指出阳明经健则化源充足,气血津液旺盛,全身的脏腑经络、四肢百骸、皮毛筋骨都能得到充养。阳明经又为多气多血之经,决定了面部的气血旺衰。手阳明大肠经从手走头,主升清,足阳明胃经从头走足,主降浊。手三里、足三里两对穴位为经筋、经脉、经气结聚维系的部位,故与面瘫的疗效及预后有着密切的关系^[14]。因此在蜡疗时除了局部取穴外加用双侧手三里及足三里,可以有效缓解面部水肿的吸收,对炎症反应的治疗有积极作用。

本病为临床的多发病、常见病,周围性面瘫的预后与面神经的损伤程度密切相关。肌电图可作为面神经损伤程度的辅助检查,有效判断面神经麻痹的预后,从而指导临床治疗,已广泛应用于成人各种神经系统疾病的诊断中^[15]。但肌电图检查痛苦较大,有明显不适感,故在儿科的应用还不普遍。且因儿童年龄小,表达能力有限,待家长察觉,病情已有一定进展,通常就诊时已错过了最佳治疗时机。因无细菌性炎症反应导致的面神经麻痹一般预后较好,大多患儿面神经功能可于1~3周后开始恢复,而由病毒导致的面神经麻痹预后较差。西医治疗早期以改善局部血液循环,消除面神经炎性反应和水肿为主,主要方法为口服激素或营养神经药物。后期以促进神经功能恢复为主,主要为口服维生素及营养神经药物。但此疗法作用缓慢,疗程较长,如果3个月至半年内不能恢复,会引起不同程度的并发症与后遗症,既影响患儿的容貌及面部功能,日后还可能会影响其生活质量,给患儿及家长的身心带来很大的痛苦^[16]。因为小儿为脏气清灵,患病后易于康复,故及时选择正确的治疗方法是治愈面神经麻痹的关键所在。有人主张对所有病例都行急性期手术减压或

只用激素治疗,单纯西医治疗多采用激素、抗病毒药物、神经营养药物等,但有一定不良反应,且后期疗效不佳。也有学者主张不做任何治疗,因周围性面神经麻痹未经治疗而自愈的病例也曾出现。但以上均属少数病例,本人认为在临床中还应积极治疗,尤其对于儿童,应尽可能根治本病,控制后遗症和并发症的出现。本研究表明,针灸配合揠针贴压耳穴和蜡疗对周围性面神经麻痹的治愈率较高,疗效确切。它的机制可能为:针灸及透刺能增强面神经的兴奋性,使神经组织的营养代谢得到改善,进而加速恢复面神经功能;揠针贴压耳穴可扩血管,改善微循环,并且具有持续刺激的作用,从而提高疗效。蜡疗可防止组织内的淋巴液与血液的渗出,促进渗出物的吸收,减轻组织的水肿,尽快恢复面神经功能。3种方法结合,可以提高周围性面神经麻痹的临床疗效,且患儿乐于接受,痛苦较轻,值得在临床中推广。

参考文献

- [1]贾建平. 神经病学[M]. 6版. 北京:人民卫生出版社,2008:6.
- [2]王刚,徐玲,支世保,等. 透刺结合泥蜡疗法治疗周围性面瘫32例疗效观察[J]. 中国疗养医学,2015,24(5):495-497.
- [3]张静. 电针治疗小儿面瘫的临床研究[J]. 针灸临床杂志,2015,31(4):34-37.
- [4]陈贺华. 周围性面神经炎针刺联合药物治疗临床疗效观察[J]. 中医临床研究,2014,6(24):73-75.
- [5]钱玉梅. 针灸治疗周围性面瘫的探讨[J]. 医学综述,2008,14(1):114-115.
- [6]陈贺华. 周围性面神经炎针刺联合药物治疗临床疗效观察[J]. 中医临床研究,2014,6(24):73-75.
- [7]牛明明. 半刺法治疗小儿面神经炎的临床研究[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2013.
- [8]林娜,林旭明,付磊,等. 针灸治疗面神经炎急性期疗效观察及2年随访[J]. 针灸临床杂志,2014,30(11):29-31.
- [9]王仲易,李建. 针灸疗法在中医儿科临床中的应用[J]. 中国医刊,2013,48(11):19-20.
- [10]鲍春. 中西医结合疗法治疗小儿面瘫30例[J]. 光明中医,2012,27(7):1408-1409.
- [11]蒋霞,李应昆. 针刺配合按摩耳穴治疗贝尔面瘫研究评述[J]. 中医学报,2012,27(6):776-777.
- [12]闻慧. 揠针疗法的临床应用[J]. 上海医药,2014,35(22):34-35.
- [13]文新,李姝睿. 面部穴区药蜡治疗周围性面神经麻痹50例[J]. 中国针灸,2013,33(11):1036-1038.
- [14]张鑑梅,胡丹,徐丽. 阳明经特效灸法配合针刺治疗面瘫的临床观察——《圆运动的古中医学》理论临床验证[J]. 中医临床研究,2012,4(15):40-41.
- [15]梁丽嫦,聂玲辉,黄学成,等. 热敏灸与隔姜灸治疗难治性周围性面瘫的疗效对比观察[J]. 广州中医药大学学报,2015(4):694-698,704.
- [16]王春南,兰颖. 小儿难治性面瘫30例的针刺研究[A]. 中华中医药学会儿科分会. 中华中医药学会儿科分会第三十一次学术大会论文集[C]. 中华中医药学会儿科分会,2014:3.

(2015-09-04 收稿 责任编辑:张文婷)