

本文引用: 肖 云, 蒋胜利, 顾 焱, 周思源, 岳露露, 陆少武. 子午流注纳甲法联合揠针治疗特发性面神经麻痹的临床疗效观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(1): 80–85.

## 子午流注纳甲法联合揠针治疗特发性面神经麻痹的临床疗效观察

肖 云<sup>1</sup>, 蒋胜利<sup>1</sup>, 顾 焱<sup>2</sup>, 周思源<sup>1</sup>, 岳露露<sup>1</sup>, 陆少武<sup>3</sup>

1. 张家港市第五人民医院针灸理疗科, 江苏 苏州 215621; 2. 张家港市第五人民医院肝病科, 江苏 苏州 215621;

3. 张家港市第五人民医院中医科, 江苏 苏州 215621

〔摘要〕目的 探讨子午流注纳甲法联合揠针治疗特发性面神经麻痹(IFP)的临床疗效。方法 选取 2023 年 1 月至 2023 年 12 月张家港市第五人民医院针灸理疗科收治的 IFP 患者 96 例作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组( $n=32$ )、治疗 A 组( $n=32$ )和治疗 B 组( $n=32$ )。对照组采用常规辨证取穴治疗,治疗 A 组采用常规辨证取穴与子午流注纳甲法取穴治疗,治疗 B 组采用常规辨证取穴与子午流注纳甲法取穴配合揠针治疗,3 组均连续治疗 4 周。比较 3 组临床疗效、中医症候积分、神经功能[采用面部残疾指数(FDI)评分量表和 Sunnybrook 面神经评定系统评估]、神经营养因子[神经生长因子(NGF)、胶质细胞源性神经营养因子(GDNF)]、血流动力学指标[收缩期峰值血流速度(PSV)、阻力指数(RI)]和不良反应。结果 治疗 B 组总有效率高于治疗 A 组和对照组( $P<0.05$ )。治疗后,治疗 B 组的中医症候积分(口眼喎斜、面部僵硬麻木、眼睑下垂或闭合不全)低于治疗 A 组和对照组( $P<0.05$ );治疗 B 组面部残疾指数-躯体功能(FDIP)评分、面部残疾指数-社会功能(FDIS)评分和 Sunnybrook 评分高于治疗 A 组和对照组( $P<0.05$ )。治疗后,治疗 B 组血清 NGF、GDNF 水平高于治疗 A 组和对照组( $P<0.05$ );治疗 B 组 PSV 水平高于治疗 A 组和对照组( $P<0.05$ ),RI 水平低于治疗 A 组和对照组( $P<0.05$ )。3 组不良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 子午流注纳甲法联合揠针治疗 IFP 患者的效果显著,可有效提高神经功能,促进 NGF、GDNF 表达,改善面部血流动力学。

〔关键词〕特发性面神经麻痹;子午流注纳甲法;揠针;神经功能;神经营养因子;血流动力学

〔中图分类号〕R245

〔文献标志码〕B

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2025.01.011

## Clinical observation on the efficacy of midnight–noon ebb–flow day–stem point selection combined with thumbtack needle therapy for idiopathic facial paralysis

XIAO Yun<sup>1</sup>, JIANG Shengli<sup>1</sup>, GU Yan<sup>2</sup>, ZHOU Siyuan<sup>1</sup>, YUE Lulu<sup>1</sup>, LU Shaowu<sup>3</sup>

1. Department of Acupuncture and Physical Therapy, Zhangjiagang Fifth People's Hospital, Suzhou, Jiangsu 215621, China;

2. Department of Hepatology, Zhangjiagang Fifth People's Hospital, Suzhou, Jiangsu 215621, China; 3. Department of Chinese Medicine, Zhangjiagang Fifth People's Hospital, Suzhou, Jiangsu 215621, China

〔Abstract〕Objective To explore the clinical efficacy of midnight–noon ebb–flow day–stem point selection combined with thumbtack needle therapy in treating idiopathic facial paralysis (IFP). Methods Ninety–six patients with IFP admitted to the Department of Acupuncture and Physical Therapy of Zhangjiagang Fifth People's Hospital from January 2023 to December

〔收稿日期〕2024–06–24

〔基金项目〕张家港市科技计划项目(ZKYL2254)。

〔通信作者〕\* 蒋胜利,女,硕士,主治医师,E-mail:yo2024da@163.com。

2023 were selected as the study subjects. They were divided into control group ( $n=32$ ), treatment group A ( $n=32$ ), and treatment group B ( $n=32$ ) according to the random number table method. The control group was treated with conventional acupoint selection based on pattern identification, the treatment group A was treated with conventional acupoint selection based on pattern identification and midnight–noon ebb–flow day–stem method. The treatment group B was treated with conventional acupoint selection based on pattern identification and midnight–noon ebb–flow day–stem method combined with thumbtack needle therapy. All three groups were treated continuously for four weeks. The clinical efficacy, Chinese medicine pattern scores, neurological function [assessed using the Facial Disability Index (FDI) scale and the Sunnybrook facial nerve rating system], neurotrophic factors [nerve growth factor (NGF), glial cell derived neurotrophic factor (GDNF)], hemodynamic parameters [peak systolic velocity (PSV), resistance index (RI)], and adverse reactions were compared among the three groups. **Results** The total effective rate of treatment group B was higher than that of treatment group A and the control group ( $P<0.05$ ). After treatment, the Chinese medicine pattern scores (including scores for facial asymmetry, facial stiffness and numbness, ptosis or incomplete eyelid closure) in treatment group B were lower than those in treatment group A and the control group ( $P<0.05$ ). The scores for facial disability index physical functions (FDIP), facial disability index social functions (FDIS), and Sunnybrook in treatment group B were higher than those in treatment group A and the control group ( $P<0.05$ ). After treatment, the serum levels of NGF and GDNF in treatment group B were higher than those in treatment group A and the control group ( $P<0.05$ ). The PSV level in treatment group B was higher than that in treatment group A and the control group ( $P<0.05$ ), while the RI level was lower ( $P<0.05$ ). There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions among the three groups ( $P>0.05$ ). **Conclusion** Midnight–noon ebb–flow day–stem point selection combined with thumbtack needle therapy shows significant efficacy in patients with IFP, effectively improving neurological function, promoting the NGF and GDNF expressions, and enhancing facial hemodynamics.

[**Keywords**] idiopathic facial paralysis; midnight–noon ebb–flow day–stem point selection; thumbtack needle; neural function; neurotrophic factors; hemodynamics

特发性面神经麻痹(idiopathic facial paralysis, IFP)是一种常见的脑神经良性病变,临床主要表现为面肌麻痹、感觉障碍、前驱表现(耳后、耳道、头皮发作性疼痛)、眼睛无法闭合等。据不完全统计,IFP的发病率为11~40/10万<sup>[1]</sup>。现代医学对于IFP的病因尚未形成统一认识,目前较为广泛认可的致病因素有血运障碍、病毒感染、免疫因素、环境因素、遗传因素、妊娠等<sup>[2-3]</sup>。阻滞星状神经节,解除局部血管痉挛,改善面神经缺血缺氧是治疗IFP的关键<sup>[4]</sup>。但临床研究指出,常规糖皮质激素、神经营养剂等治疗IFP虽有一定效果,但此疾病恢复时间长,且可能出现残留神经功能不全症状<sup>[5]</sup>。中医学认为,IFP病机主要为外感风邪、气血虚损、脉络空虚,致面部气血阻滞不畅,肌肉功能受损而致面瘫<sup>[6]</sup>。子午流注纳甲法依据十二正经经气流注顺序规律取穴,其可改善面神经炎患者的血液循环,促进神经恢复<sup>[7]</sup>。揠针是较长时间留针的一种方法,具有刺激时间长、疼痛小、操作简便等优势<sup>[8]</sup>。本研究拟采用子午流注纳甲法联合揠针协同治疗IFP,并观察其治疗效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2023年1月至2023年12月于张家港市第五人民医院收治的IFP患者96例作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组( $n=32$ )、治疗A组( $n=32$ )和治疗B组( $n=32$ )。对照组年龄27~75( $47.19\pm 8.52$ )岁;男16例,女16例;病程1~6( $3.07\pm 0.78$ )d;受累侧别:左侧15例,右侧17例。治疗A组年龄25~75( $47.66\pm 8.81$ )岁;男21例,女11例;病程1~6( $3.18\pm 0.72$ )d;受累侧别:左侧13例,右侧19例。治疗B组年龄24~74( $47.03\pm 8.29$ )岁;男19例,女13例;病程1~6( $3.16\pm 0.74$ )d;受累侧别:左侧18例,右侧14例。3组一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究经过张家港市第五人民医院伦理委员会审批(审批号:ZJJ20230103)。

### 1.2 诊断标准

(1)西医IFP诊断标准<sup>[9]</sup>:①起病急,通常3d左右达到高峰。②单侧面部表情肌瘫痪、不能皱额蹙眉、额纹消失、眼裂闭合不全甚至不能闭合、鼻唇沟

变浅、口角下垂、示齿时口角歪向健侧、不能鼓腮、食物滞留患侧颊齿间,伴或不伴耳后疼痛、舌前味觉减退、听觉过敏、泪液或唾液分泌异常。③排除继发原因。(2)参照《针灸治疗学》<sup>[10]</sup>中 IFP 中医诊断标准:口眼喎斜,发病急骤,表现为一侧面部肌肉板滞、麻木、瘫痪,眼裂变大、露睛流泪,额纹消失,鼻唇沟变浅,口角下垂、歪向健侧,患侧不能蹙额、皱眉、闭目、示齿、鼓颊等症状。

### 1.3 纳入标准

(1)符合上述西医、中医诊断标准;(2)患者知情并签署同意书;(3)年龄在 18~75 岁之间;(4)病程 1~7 d,首次发病,单侧患病。

### 1.4 排除标准

(1)糖皮质激素过敏者;(2)合并有严重肝、肾疾病;(3)合并凝血、免疫系统疾病;(4)合并皮肤病;(5)妊娠或哺乳期妇女。

### 1.5 治疗方法

所有患者均根据病情予以口服醋酸泼尼松片(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字 H33021207,规格:5 mg×100 片)30 mg/d,分 2 次口服,1 周后逐渐停用;腺苷钴胺片(华北制药河北华诺有限公司,国药准字 H13020362,规格:0.25 mg×48 片)0.75 mg,3 次/d;维生素 B<sub>1</sub>片(仁和堂药业有限公司,国药准字 H37020795,规格:10 mg×100 片)10 mg,3 次/d。

**1.5.1 对照组** 采用常规辨证取穴,方案参照《针灸治疗学》<sup>[10]</sup>中面瘫的取穴:急性期(发病 1 周内)取患侧阳白、四白、颧髎、颊车、地仓、翳风、牵正、太阳,双侧合谷等穴。使用佳健医疗一次性针灸针(0.20 mm×30 mm),患者取仰卧位,面部常规消毒后进行针刺,平补平泻,捻转得气后,留针 30 min。面部穴位宜浅刺,手法宜轻,合谷穴手法宜重;恢复期面部针刺深度适当增加,并加用电针,以阳白、四白为一组,颊车、地仓为另一组,接通华佗牌 SDZ-Ⅲ型电子针疗仪,采用疏密波,频率为 2 Hz/10 Hz,强度调至以患者面部肌肉有微微跳动感为宜,持续治疗 30 min。针刺治疗隔日 1 次,3 次/周,连续治疗 4 周。

**1.5.2 治疗 A 组** 在常规针刺治疗的基础上加用子午流注纳甲法<sup>[11]</sup>。使用佳健医疗一次性针灸针(0.20 mm×30 mm),患者取仰卧位,面部常规消毒后进行针刺。先按照子午流注纳甲法进行开穴,选取患者就诊时间应时而开的穴位,开穴根据徐氏子午流注纳甲法

逐日开穴法,根据“合日互用”原则增加开穴,再结合单玉堂的“一四二五三零”规律补穴开穴法进行开穴。平补平泻得气后留针 30 min,余穴行常规针刺,操作与疗程同对照组。

**1.5.3 治疗 B 组** 先进行毫针针刺治疗,具体选穴与操作方法参照治疗 A 组。在毫针针刺完后粘贴揿针,揿针选穴:患侧阳白、四白、太阳、颊车、地仓,双侧合谷,纳甲法开穴。使用清铃牌揿针(0.2 mm×1.5 mm)进行埋针,撕开密封纸,将塑料容器向后曲折,用拇指和食指夹紧其中一半,剥离纸和胶布,将其从另一半剥离纸分开,并从塑料容器中取出,将揿针刺入穴位皮肤内,按压黏附好后除去玻璃纸,并压好胶布。使用指腹按压 3~4 次,要求局部有轻微刺痛即可,并于 24 h 后取针。疗程同对照组。

### 1.6 观察指标

(1)比较 3 组临床疗效,参照 House-Brackmann 症状评分量表<sup>[12]</sup>进行评估。(2)比较 3 组治疗前后中医症候积分,对口眼喎斜(0~6 分)、面部僵硬麻木(0~6 分)、眼睑下垂或闭合不全(0~6 分)3 个临床症状进行评分,分数越高说明症状越严重<sup>[10]</sup>。(3)比较 3 组治疗前后神经功能,采用面部残疾指数(facial disability index, FDI)评分量表和 Sunnybrook(多伦多)面神经评定系统评估。FDI 评分量表包括面部残疾指数-躯体功能(facial disability index-physical functions, FDIP)和面部残疾指数-社会功能(facial disability index-social functions, FDIS)2 个分量表,均包括 5 个条目,总分均为 100 分,分数越高表明神经功能越好<sup>[13]</sup>。Sunnybrook(多伦多)面神经评定系统包括随意运动分、静态分、联动分 3 个方面,总分 100 分,分数越高表明面神经功能越好<sup>[14]</sup>。(4)比较 3 组治疗前后神经营养因子,采用 ELISA 法检测神经生长因子(nerve growth factor, NGF)、胶质源性神经营养因子(glial cell derived neurotrophic factor, GDNF)水平。(5)比较 3 组治疗前后面部血流动力学指标,采用迈瑞 DC-N3S 多普勒超声检测仪检测患侧面动脉收缩期峰值血流速度(peak systolic velocity, PSV)、阻力指数(resistance index, RI)水平。(6)记录 3 组治疗期间不良反应。

### 1.7 统计学分析

采用 SPSS 21.0 分析数据,计数资料以“例(%)”表示,采用  $\chi^2$  检验,等级资料采用秩和检验;计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,采用单因素方差分析,组间两两比

较采用  $LSD-t$  检验, 检验水准  $\alpha=0.05$ 。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 各组临床疗效比较

治疗 B 组总有效率高于治疗 A 组和对照组 ( $P<0.05$ )。详见表 1。

表 1 各组临床疗效比较[例(%)]

Table 1 Comparison of clinical efficacy among all groups [case(%)]

组别	<i>n</i>	治愈	显效	好转	无效	总有效
对照组	32	12(37.50)	6(18.75)	5(15.63)	9(28.12)	23(71.88)
治疗 A 组	32	14(43.75)	7(21.88)	5(15.62)	6(18.75)	26(81.25)
治疗 B 组	32	23(71.88)	5(15.63)	3(9.37)	1(3.12)	31(96.88)**
$\chi^2$ 值						7.350
<i>P</i> 值						0.025

注: 与对照组比较, \* $P<0.05$ ; 与治疗 A 组比较, \*\* $P<0.05$ 。

### 2.2 各组中医症候积分比较

口眼喎斜、面部僵硬麻木、眼睑下垂或闭合不全中医症候积分比较: 治疗前, 各组中医症候积分差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。治疗后, 各组中医症

候积分均较治疗前降低 ( $P<0.05$ ); 治疗 B 组的中医症候积分低于治疗 A 组和对照组 ( $P<0.05$ ); 治疗 A 组中医症候积分低于对照组 ( $P<0.05$ )。详见表 2。

### 2.3 各组神经功能比较

治疗前, 各组 FDIP 评分、FDIS 评分和 Sunnybrook 评分比较, 差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。治疗后, 各组 FDIP 评分、FDIS 评分和 Sunnybrook 评分均较治疗前升高 ( $P<0.05$ ); 治疗 B 组 FDIP 评分、FDIS 评分和 Sunnybrook 评分均高于治疗 A 组和对照组 ( $P<0.05$ ); 治疗 A 组 FDIP 评分、FDIS 评分和 Sunnybrook 评分均高于对照组 ( $P<0.05$ )。详见表 3。

### 2.4 各组神经营养因子水平比较

治疗前, 各组血清 NGF、GDNF 水平比较, 差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。治疗后, 各组血清 NGF、GDNF 水平均较治疗前升高 ( $P<0.05$ ); 治疗 B 组血清 NGF、GDNF 水平高于治疗 A 组和对照组 ( $P<0.05$ ); 治疗 A 组血清 NGF、GDNF 水平高于对照组 ( $P<0.05$ )。详见表 4。

### 2.5 各组面部血流动力学指标比较

治疗前, 各组 PSV、RI 水平比较, 差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。治疗后, 各组 PSV 水平均较治疗前升高 ( $P<0.05$ ), RI 水平均较治疗前降低 ( $P<0.05$ ); 治

表 2 各组中医症候积分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

Table 2 Comparison of Chinese medicine pattern scores among all groups ( $\bar{x}\pm s$ , points)

组别	<i>n</i>	口眼喎斜		面部僵硬麻木		眼睑下垂或闭合不全	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	4.22±0.79	2.09±0.37 <sup>▲</sup>	4.15±0.90	1.94±0.36 <sup>▲</sup>	4.20±0.86	1.80±0.32 <sup>▲</sup>
治疗 A 组	32	4.19±0.82	1.53±0.26 <sup>▲*</sup>	4.02±0.85	1.42±0.31 <sup>▲*</sup>	4.35±0.80	1.56±0.29 <sup>▲*</sup>
治疗 B 组	32	4.28±0.74	1.31±0.19 <sup>▲**</sup>	4.13±0.88	1.09±0.27 <sup>▲**</sup>	4.31±0.84	1.11±0.23 <sup>▲**</sup>
<i>F</i> 值		0.109	64.532	0.204	57.581	0.278	49.203
<i>P</i> 值		0.897	0.000	0.816	0.000	0.758	0.000

注: 与治疗前比较, <sup>▲</sup> $P<0.05$ ; 与对照组比较, \* $P<0.05$ ; 与治疗 A 组比较, \*\* $P<0.05$ 。

表 3 各组神经功能比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

Table 3 Comparison of neural functions among all groups ( $\bar{x}\pm s$ , points)

组别	<i>n</i>	FDIP 评分		FDIS 评分		Sunnybrook 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	55.00±7.14	80.00±8.17 <sup>▲</sup>	60.00±8.36	83.26±7.86 <sup>▲</sup>	35.25±5.44	62.73±6.85 <sup>▲</sup>
治疗 A 组	32	52.50±79.63	84.50±8.22 <sup>▲*</sup>	58.33±7.63	87.35±8.10 <sup>▲*</sup>	36.50±5.12	66.51±6.44 <sup>▲*</sup>
治疗 B 组	32	51.67±8.06	91.33±7.85 <sup>▲**</sup>	56.25±7.14	92.08±7.64 <sup>▲**</sup>	36.75±5.07	72.80±7.02 <sup>▲**</sup>
<i>F</i> 值		1.656	15.945	1.892	10.068	0.466	18.043
<i>P</i> 值		0.196	0.000	0.157	0.000	0.629	0.000

注: 与治疗前比较, <sup>▲</sup> $P<0.05$ ; 与对照组比较, \* $P<0.05$ ; 与治疗 A 组比较, \*\* $P<0.05$ 。



表 4 各组神经营养因子水平比较( $\bar{x}\pm s$ )Table 4 Comparison of neurotrophic factors among all groups ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	NGF/( $\mu\text{g/mL}$ )		GDNF/( $\mu\text{g/mL}$ )	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	2.51 $\pm$ 0.30	5.60 $\pm$ 0.95 <sup>▲</sup>	8.54 $\pm$ 1.33	15.96 $\pm$ 3.78 <sup>▲</sup>
治疗 A 组	32	2.46 $\pm$ 0.32	7.12 $\pm$ 1.19 <sup>▲*</sup>	7.99 $\pm$ 1.30	18.97 $\pm$ 3.15 <sup>▲*</sup>
治疗 B 组	32	2.58 $\pm$ 0.34	7.85 $\pm$ 1.07 <sup>▲*#</sup>	8.25 $\pm$ 1.42	23.20 $\pm$ 4.61 <sup>▲*#</sup>
F 值		1.132	35.431	1.327	27.933
P 值		0.327	0.000	0.270	0.000

注:与治疗前比较,<sup>▲</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$ ;与治疗 A 组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ 。

疗 B 组 PSV 水平高于治疗 A 组和对照组( $P<0.05$ ), RI 水平低于治疗 A 组和对照组( $P<0.05$ );治疗 A 组 PSV 水平高于对照组( $P<0.05$ ), RI 水平低于对照组( $P<0.05$ )。详见表 5。

表 5 各组面部血流动力学指标比较( $\bar{x}\pm s$ )Table 5 Comparison of facial hemodynamic indexes among all groups ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	PSV/(cm/s)		RI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	36.84 $\pm$ 4.90	53.39 $\pm$ 5.52 <sup>▲</sup>	0.86 $\pm$ 0.19	0.78 $\pm$ 0.16 <sup>▲</sup>
治疗 A 组	32	36.25 $\pm$ 4.72	61.87 $\pm$ 6.30 <sup>▲*</sup>	0.88 $\pm$ 0.21	0.69 $\pm$ 0.14 <sup>▲*</sup>
治疗 B 组	32	36.20 $\pm$ 4.55	72.54 $\pm$ 6.78 <sup>▲*#</sup>	0.85 $\pm$ 0.23	0.59 $\pm$ 0.12 <sup>▲*#</sup>
F 值		0.182	72.120	0.168	14.550
P 值		0.834	0.000	0.845	0.000

注:与治疗前比较,<sup>▲</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$ ;与治疗 A 组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ 。

## 2.6 各组不良反应比较

对照组出现 1 例头晕;治疗 A 组出现 1 例头晕、1 例局部疼痛;治疗 B 组出现 3 例头晕、1 例皮肤过敏。3 组不良反应发生率比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

## 3 讨论

IFP 又称为面神经炎,也是导致面瘫最常见的原因。近年来,针灸在治疗 IFP 方面已经取得了较大的进展<sup>[15]</sup>。但临床研究指出,常规针刺穴位缺乏辨证施治的思维,效果达不到预期<sup>[16-17]</sup>。本研究将子午流注纳甲法和揠针联合应用于 IFP 患者,旨在为其临床治疗提供依据。

IFP 归属于中医学“卒口僻”“口喎”“口目僻”等范畴,脉络空虚为本病病机的关键所在,加之外感风

邪,气血阻滞不畅,从而出现口眼喎斜<sup>[18]</sup>。《类证治裁·中风》曰:“风邪在经,口眼喎斜,血液衰涸,不能荣润筋脉也。”子午流注针法是我国古代延续至今的一种古老针刺方法。《灵枢·师传》曰:“春夏先治其标,后治其本,秋冬先治其本,后治其标。”《灵枢·顺其一日分为四时》曰:“脏主冬,冬刺井;色主春,春刺荣;时主夏,夏刺输;音主长夏,长夏刺经;味主秋,秋刺合。”提示按时取穴、气血留注的基本概念。本研究中,治疗 B 组总有效率高于治疗 A 组和对照组;治疗后,治疗 B 组的中医症候积分(口眼喎斜、面部僵硬麻木、眼睑下垂或闭合不全)低于治疗 A 组和对照组,提示子午流注纳甲法联合揠针可有效改善 IFP 患者的临床症状。子午流注针法根据天干地支变化和十二经脉气血留注规律开穴,具有调和阴阳气血、纠正偏盛偏衰的作用。揠针治疗 IFP,由于针埋藏于阳白、四白、太阳、颊车、地仓、合谷等穴位,并给予持续长期刺激,既可发挥疏风通络的疗效,还可充分调动经络对抗外邪的积极性。IFP 病位在面部,与太阳、阳明经筋有关。阳白穴是足少阳胆经、阳维脉交会穴,有清利头目、疏风泄热之功效。现代解剖学证实,阳白穴位于额肌,是面神经颞支支配之处,针刺之可改善眼周肌肉瘫痪、闭目困难等<sup>[19]</sup>。四白穴、颊车穴、地仓穴属足阳明胃经,具有祛风明目、通经活络、舒筋活血的作用。太阳穴位于眼周,针刺可调和眼周气血运行。合谷穴属手阳明大肠经,本穴物质为三间穴的水湿之气汇合而成,具有镇静止痛、通经活经、清热解表的作用。

FDI 是评估面神经功能的特异性量表, Sunny-brook 评分系统从静态和动态评定患者的面神经功能,二者在 IFP 患者的病情评估中具有重要意义<sup>[20]</sup>。本研究中,治疗 B 组 FDIP 评分、FDIS 评分和 Sunny-brook 评分高于治疗 A 组和对照组,提示子午流注纳甲法联合揠针可有效提高患者神经功能。IFP 临床特征为急性起病,多有受寒感冒病史,常见于冬季和夏季,提示 IFP 呈现季节性节律。IFP 主要在于脉络空虚,风邪入中,临床应以疏风散寒、活血化瘀为主。而人体阴阳盛衰,营卫运行,经脉流注,时穴开阖,都有着固定的节律。阴阳各经气血盛衰,循时有序,各有所盛。气血迎时而至为盛,气血过时而去为衰,逢时为开,过时为阖,定时开穴,补虚泻实,调和阴阳。揠针治疗具有行气活血、疏通经络的作用<sup>[21]</sup>。

NGF、GDNF均为神经营养因子,NGF在维持神经系统正常功能和加速神经系统损伤后修复中发挥重要的作用;GDNF可调节神经系统的发育和功能<sup>[22]</sup>。本研究中,治疗B组血清NGF、GDNF水平高于治疗A组和对照组,提示子午流注纳甲法联合揠针可显著促进NGF、GDNF表达。既往研究证实,针刺面部穴位可上调面肌中NGF、GDNF表达,促进面部神经的修复和再生<sup>[23]</sup>。既往研究指出,IFP与面动脉狭窄或阻塞有关,其可使血液供应不足,导致神经受损<sup>[24]</sup>。本研究中,治疗B组PSV水平高于治疗A组和对照组,RI水平低于治疗A组和对照组,提示子午流注纳甲法联合揠针可显著改善面部血流动力学。通过子午流注纳甲法和揠针治疗可使患侧面动脉的血液持续聚集在穴位周围血管床内,增加血流量,进而改善面部血流动力学。3组不良反应发生率比较无显著差异,提示子午流注纳甲法联合揠针治疗IFP患者的安全性较好。

综上所述,子午流注纳甲法联合揠针治疗IFP患者的效果显著,可有效提高神经功能,促进NGF、GDNF表达,改善面部血流动力学。但本研究样本量较少,后续仍需扩大样本量,进行多中心研究及其作用机制分析。

## 参考文献

- [1] RAJANGAM J, LAKSHMANAN A P, RAO K U, et al. Bell palsy: Facts and current research perspectives[J]. *CNS & Neurological Disorders Drug Targets*, 2024, 23(2): 203–214.
- [2] YOO M C, SOH Y, CHON J, et al. Evaluation of factors associated with favorable outcomes in adults with bell palsy[J]. *JAMA Otolaryngology*, 2020, 146(3): 256–263.
- [3] HECKMANN J G, URBAN P P, PITZ S, et al. The diagnosis and treatment of idiopathic facial paresis (Bell's palsy)[J]. *Deutsches Arzteblatt International*, 2019, 116(41): 692–702.
- [4] 杨帆, 杜美茹, 李洪伟, 等. 牵续玉屏汤联合常规西药治疗特发性面神经麻痹风寒外袭证临床研究[J]. *中国中医药信息杂志*, 2022, 29(2): 120–124.
- [5] 肖伟, 肖洪波. 中西医结合治疗亚急性特发性面神经麻痹患者的疗效观察[J]. *世界中西医结合杂志*, 2022, 17(9): 1760–1764.
- [6] 李映辰, 伍大华. 伍大华教授分期辨治特发性面神经麻痹的临床经验[J]. *湖南中医药大学学报*, 2020, 40(5): 607–609.
- [7] 黄海, 林霞. 附子理中汤结合子午流注针法治疗急性面神经炎临床疗效及安全性观察[J]. *四川中医*, 2020, 38(12): 151–154.
- [8] 韩鹏, 胡晓阳, 付强, 等. 揠针联合针刺蝶腭神经节治疗变应性鼻炎临床研究[J]. *针灸临床杂志*, 2021, 37(3): 35–39.
- [9] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会神经肌肉病学组, 中华医学会神经病学分会肌电图与临床神经电生理学组. 中国特发性面神经麻痹诊治指南[J]. *中华神经科杂志*, 2016(2): 84–86.
- [10] 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.
- [11] 沈梦霞, 吴江霞, 商雯芳. 中医外治法治疗妊娠期贝尔面瘫临床研究进展[J]. *浙江中医药大学学报*, 2021, 45(1): 83–86, 97.
- [12] 王敬兰. 子午流注纳甲法针刺治疗面瘫43例疗效观察[J]. *中国针灸*, 2000, 20(8): 479–480.
- [13] 陈平雁, 范建中. 面部神经肌肉系统功能障碍的一种评价手段: 面部残疾指数及其信度和效度[J]. *国外医学: 物理医学与康复学分册*, 1997, 17(4): 173–176.
- [14] 张晓杰, 姜翌, 夏峰, 等. 中文版Sunnybrook面神经评分系统的验证[J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2016, 42(2): 85–90.
- [15] 熊中豪, 宋娜, 周熙, 等. 针刺结合管灸治疗顽固性面瘫的临床观察[J]. *中医药导报*, 2021, 27(11): 113–116.
- [16] 高超, 庄杰, 张帆. 常规针刺配合浅针法对急性期周围性面瘫患者疼痛、面动脉血流动力学及面部肌电图的影响[J]. *中国中医急症*, 2022, 31(4): 690–693.
- [17] 才仁措, 厚晓昀, 李翠燕. 交替温针灸辨证取穴联合电针、甲钴胺口服治疗特发性面神经麻痹急性期风寒袭络证疗效观察[J]. *四川中医*, 2022, 40(5): 208–212.
- [18] 邸嘉玮, 祝昌昊, 秦懿囡, 等. 杜元灏分期运用针刺治疗特发性面神经麻痹经验[J]. *江苏中医药*, 2022, 54(8): 37–40.
- [19] 郑如意, 朱杭波, 叶怡欣, 等. 面神经颊支与腮腺导管的路径分析[J]. *局解手术学杂志*, 2023, 32(8): 662–665.
- [20] 李雪萍, 吴旭丽, 彭礼, 等. 调阴阳跷脉结合根溜注入旁通法针刺治疗特发性面神经麻痹的临床观察[J]. *现代中医临床*, 2023, 30(2): 44–48.
- [21] 李美姣, 潘珺俊, 范肃, 等. 揠针配合毫针分期治疗单纯性面瘫疗效观察[J]. *北京中医药*, 2022, 41(4): 424–427.
- [22] 赵婧, 许晓爽, 鄢燕. 温针灸治疗风寒型面神经麻痹的疗效及对GDNF和NGF表达水平的影响[J]. *针灸临床杂志*, 2020, 36(6): 19–23.
- [23] 臧娜, 顾伟, 马艳伟, 等. 分期针刺联合温针灸治疗风寒型特发性面神经麻痹急性期的疗效及对血清GDNF和NGF水平的影响[J]. *辽宁中医杂志*, 2023, 50(11): 195–197.
- [24] DRESCHNACK P A, BELSHAKU I. Treatment of idiopathic facial paralysis (Bell's Palsy) and secondary facial paralysis with extracellular vesicles: A pilot safety study[J]. *BMC Neurology*, 2023, 23(1): 342.

(本文编辑 周旦)