

肺炎疗效观察[J]. 中国基层医药, 2021, 28(4): 518-522.

[16] 裴彩霞, 王振兴, 汪晓敏, 等. 桔梗皂苷D经NF- κ B通路抑制炎症及氧化应激反应减轻脂多糖诱导的大鼠急性肺损伤[J]. 中国病理生理杂志, 2022, 38(4): 672-679.

[17] 刘红萍, 吴江, 王芬, 等. 白芷多糖对免疫低下模型小鼠免疫调节作用的研究[J]. 四川医学, 2020, 41(11): 1126-1131.

(收稿日期 2023-05-04)

“益气扶正”针刺配合火龙罐治疗周围性面瘫急性期患者的疗效观察

张顶慰 林守权 吴大山

(安徽省天长市中医院, 安徽 天长 239300)

中图分类号: R745.1*2 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2023)12-2199-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2023.12.036

【摘要】 目的 观察“益气扶正”针刺配合火龙罐治疗周围性面瘫急性期患者的疗效并探讨其作用机制。**方法** 108例患者随机分为对照组与观察组各54例。两组均予西医常规治疗, 对照组接受“益气扶正”针刺, 观察组在对照组基础上予以火龙罐治疗, 疗程2周。比较两组患者House-Brackmann(H-B)面神经功能分级、临床疗效、面动脉血流动力学收缩期峰值流速(PSV)、舒张末期流速(EDV)、阻力指数(RI)、血清神经因子神经生长因子(NGF)、胶质细胞源神经营养因子(GDNF)、脑源性神经营养因子(BDNF)、生活质量面神经残疾指数(FDI)情况。**结果** 治疗后, 观察组的愈显率88.89%、总有效率98.15%, 均高于对照组的66.67%、85.19%(均 $P < 0.05$)。两组治疗后H-B面神经功能分级均优于治疗前($P < 0.05$), 且观察组优于对照组($P < 0.05$)。两组治疗后面动脉PSV、EDV均较治疗前升高, 而RI较治疗前下降(均 $P < 0.05$), 且观察组与对照组比较PSV、EDV值更高、RI值更低($P < 0.05$)。两组治疗后血清NGF、GDNF、BDNF水平均较治疗前升高(均 $P < 0.05$), 且观察组均高于对照组(均 $P < 0.05$)。两组治疗后躯体功能总分均升高、社会功能总分与治疗前比较均下降($P < 0.05$), 且观察组躯体功能总分高于对照组, 而社会功能总分则低于对照组(均 $P < 0.05$)。治疗期间, 两组不良事件发生率比较差别不大($P > 0.05$)。**结论** “益气扶正”针刺配合火龙罐用于周围性面瘫急性期患者治疗, 可有效减轻面瘫严重程度、提升临床疗效、改善面动脉血流动力学及血清神经因子、提高生活质量。

【关键词】 周围性面瘫 急性期 针刺 火龙罐 面神经功能

周围性面瘫指由非特异性面神经炎所致的面肌瘫痪, 患者多急性发病, 以口眼歪斜为突出症状, 若缺乏及时、得当治疗, 可能发展为顽固性面瘫, 导致一系列后遗症^[1]。周围性面瘫急性期治疗目标在于缓解面神经炎症、促进局部循环、降低并发症, 当前西医临床用药以糖皮质激素、神经营养药多见, 周期较长, 且效果不尽如人意^[2]。中医学认为, 周围性面瘫病因病机在于素体正气虚弱, 面部受风寒之邪侵袭, 使得经络痹阻、肌肉失于濡养, 继而出现筋肌纵缓不收, 乃而发病, 其治疗当益气扶正、祛风通络、协调阴阳^[3]。针刺作为中医经典外治疗法, 具有行气活血、疏经通络、平衡阴阳等功效, 其在神经、肌肉瘫痪治疗中具有独特优势, 但在急性期周围性面瘫治疗中, 其刺激强度不宜过大, 因此如何在保障疗效基础上, 选择合适的针刺手法受到临床关注^[4]。火龙罐是一种中医特殊罐法, 其集拔罐、艾灸、刮痧等疗法为一体, 具有“温”“通”“调”“补”等功效, 且其操作简便、安全无创, 目前已逐步用于多种虚寒性疾病治疗, 但关于其临床应用研究报道仍较少^[5]。本研究采用“益气扶正”针刺联合火龙罐治疗急

性期周围性面瘫取得了较好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1) 诊断标准: 西医诊断依据《中国特发性面神经麻痹诊治指南》^[6]相关诊断; 中医诊断依据《针灸治疗学》^[7]中风寒型面瘫相关诊断。2) 纳入标准: 满足上述中、西医诊断标准; 单侧发病; 病程1~7 d; 入组前无相关治疗; 精神、认知良好; 本次研究开展前均取得患者知情同意并签署知情同意书, 且经医院伦理委员会审核批准。3) 排除标准: 吉兰巴雷综合征、亨特式综合征者; 中枢性或继发原因所致面瘫者; 伴其他严重内、外科疾病者; 孕妇、哺乳期妇女; 有糖皮质激素禁忌证者; 纳入前6个月内有研究相关治疗者; 晕针者; 治疗态度或依从性较差者。

1.2 临床资料 选取2021年1月至2023年3月笔者所在医院收治的周围性面瘫急性期患者共108例, 以随机信封法均分为对照组与观察组各54例。对照组男性24例, 女性30例; 年龄21~62岁, 平均(38.52±10.91)岁; 患侧左侧29例, 右侧25例; 发病至就诊时间1~7 d, 平均(3.52±1.29) d; 面瘫分级Ⅲ级19例, Ⅳ级30

例, V级5例。观察组男性28例, 女性26例; 年龄25~64岁, 平均 (39.85 ± 10.28) 岁; 患侧左侧32例, 右侧22例; 发病至就诊时间1~7 d, 平均 (3.71 ± 1.44) d; 面瘫分级Ⅲ级17例, Ⅳ级29例, V级8例。两组性别、年龄、患侧等资料比较, 差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 两组均常规予以营养神经药物甲钴胺片和抗病毒药物阿昔洛韦片服用, 共2周。对照组在基础治疗之上予以“益气扶正”针刺。参考《针灸学》^[8]进行取穴, 局部取阳白、鱼腰、攒竹、太阳、下关、迎香、颧髂、地仓、颊车, 均为患侧; 远处取合谷(双侧)、关元、足三里(双侧)。患者处仰卧位, 选择可孚牌针灸针[可孚(中国)医疗科技生产, 型号0.30 mm×25 mm、0.30 mm×40 mm], 常规消毒穴位皮肤后, 进行针刺, 其中部分穴位采用透刺针法, 包括阳白透鱼腰(0.5~0.8寸)、地仓透颊车(0.5~0.8寸), 攒竹朝眉中、太阳朝下、迎香朝上分别斜刺(0.3~0.5寸), 下关、颧髂均直刺(0.3~0.5寸), 合谷、足三里、关元穴均直刺(0.5~1寸); 每日针刺治疗1次, 每次留针30 min, 以6次为1疗程, 连续治疗2个疗程, 疗程之间间隔1 d; 第1个疗程, 头面部腧穴针刺时手法以轻刺、浅次为主, 避免提插捻转; 第2个疗程手法可稍重。观察组在对照组基础上, 配合火龙罐治疗。患者仰卧于诊疗床, 充分暴露患侧面颈部, 相应皮肤均匀涂抹5 mL左右蕲艾精油(湖北艾源); 采用砭石和紫砂合成材质火龙罐(罐口直径12 cm), 取适宜长度蕲艾炷插入罐体钢针, 压实后以气火枪点燃, 装上隔热罩后, 倒置罐体、艾烟朝下, 操作者一手握住罐体, 使罐齿与患侧皮肤呈30°角, 开始走罐, 主要取穴鱼腰、攒竹、丝竹空、精明、瞳子髎、颧髂、水沟、地仓、颊车、承浆诸穴; 走罐遵循由上向下、先阳部后阴部原则, 同时操作者掌小鱼际紧贴患者皮肤, 对患侧皮肤进行推揉, 期间注意观察患者皮肤温度, 询问其感受, 适时调整手法; 每次20 min, 操作结束后嘱患者注意保暖, 4 h内避免接触冷饮、冷水; 隔日治疗1次, 疗程2周。

1.4 观察目标 两组于治疗前、治疗2周后, 观察以下指标。1) H-B面神经功能分级^[9]: 采用H-B面神经功能分级评价患者面瘫严重程度, 该分级标准根据面部外观、静止时及运动时(额肌、闭眼、嘴角)表现, 可将面瘫严重程度分为5级, 其中Ⅰ级为正常, Ⅱ级为轻瘫, Ⅲ级为中瘫, Ⅳ级为中重瘫, V级为重瘫。2) 面动脉血流动力学: 采用西门子 ACUSON X150 彩色多普勒超声诊断仪(震熙医疗生产), 线阵探头(频率8~15 MHz), 嘱患者仰卧, 头朝后偏向健侧, 测量患侧面动脉血流参数, 收缩期峰值流速(PSV)、舒张末期流速(EDV)、阻力指数(RI); 测量位置为下颌骨体下缘浅表处, 血流频谱采集取血管腔中央, 连续测量3次取平均值。3) 血清神经因子: 采集空腹静脉血3 mL, 离心(转速3 500 r/min、

半径10 cm、时间10 min)后留取上清液, 检测血清神经生长因子(NGF)、胶质细胞源(GDNF)及脑源性(BDNF)神经营养因子水平, 均采用酶联免疫吸附试验法。4) 生活质量: 采用面神经残疾指数(FDI)^[10]量表评价生活质量, 该量表包括躯体功能(5项, 各项评分0~5分)、社会功能5项, 各项评分1~6分)2个维度, 躯体功能总分=(5项得分之和-5)×5, 总分越高, 生活质量越好; 社会功能总分=(5项得分之和-5)×4, 总分越高, 生活质量越差。5) 安全性: 治疗期间, 记录与药物或针刺、火龙罐相关不良事件发生情况。

1.5 疗效标准^[11] 临床治愈: H-B面神经功能分级Ⅰ级, 功能评分100%。显效: H-B面神经功能分级Ⅱ级, 功能评分≥75%。有效: H-B面神经功能分级Ⅲ级, 功能评分≥50%, <75%。无效: H-B面神经功能分级Ⅳ级及以下, 功能评分<50%。功能评分=患侧口角移动与眼眉上抬最大距离之和÷健侧口角移动与眼眉上抬最大距离之和×100%。总有效率=临床治愈+显效+有效。**1.6 统计学处理** 应用SPSS26.0统计软件。符合正态分布的计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 比较采用 t 检验。计数资料以频数或“ n 、%”表示, 采用 χ^2 检验。不符合正态分布, 行秩和检验。等级资料行秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。治疗2周后, 观察组的愈显率和总有效率均高于对照组(均 $P < 0.05$)。

表1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	愈显(%)	总有效(%)
观察组	54	37	11	5	1	48(88.89) [△]	53(98.15) [△]
对照组	54	24	12	10	8	36(66.67)	46(85.19)

注: 与对照组比较, [△] $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后H-B面神经功能分级比较 见表2。两组治疗后H-B面神经功能分级均优于治疗前($P < 0.05$), 且观察组优于对照组($P < 0.05$)。

表2 两组治疗前后H-B面神经功能分级比较(n)

组别	时间	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级	V级
观察组 ($n=54$)	治疗前	0	0	19	30	5
	治疗后	41	10	3	0	0
对照组 ($n=54$)	治疗前	0	0	17	29	8
	治疗后	30	12	7	4	1 [△]

注: 与对照组治疗2周后比较, [△] $P < 0.05$ 。下同。

2.3 两组治疗后面动脉血流动力学比较 见表3。两组治疗后面动脉PSV、EDV均较治疗前升高, 而RI较治疗前下降(均 $P < 0.05$), 且观察组与对照组比较PSV、EDV值更高、RI值更低($P < 0.05$)。

表3 两组治疗前后面动脉血流动力学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	PSV(cm/s)	EDV(cm/s)	RI
观察组 (n=54)	治疗前	40.78±14.65	4.16±2.03	0.97±0.26
	治疗后	72.62±18.44 ^{*△}	7.92±2.85 ^{*△}	0.64±0.18 ^{*△}
对照组 (n=54)	治疗前	41.57±13.84	4.28±2.15	0.95±0.29
	治疗后	61.92±16.71 [*]	6.36±2.54 [*]	0.78±0.16 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$ 。下同。

2.4 两组治疗前后血清指标比较 见表4。两组治疗后血清NGF、GDNF、BDNF水平均较治疗前升高(均 $P<0.05$),且观察组血清NGF、GDNF、BDNF水平均高于对照组(均 $P<0.05$)。

表4 两组治疗前后血清NGF、GDNF、BDNF水平比较
(pg/mL, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	NGF	GDNF	BDNF
观察组 (n=54)	治疗前	57.65±17.38	5.04±1.92	1.18±0.43
	治疗后	108.75±29.52 ^{*△}	8.81±2.46 ^{*△}	2.25±0.64 ^{*△}
对照组 (n=54)	治疗前	60.26±18.45	5.16±1.85	1.25±0.37
	治疗后	61.92±16.71 [*]	6.73±2.68 [*]	1.76±0.46 [*]

2.5 两组治疗前后FDI评分比较 见表5。两组治疗后躯体功能总分均升高、社会功能总分与治疗前比较均下降($P<0.05$),且观察组躯体功能总分高于对照组,而社会功能总分则低于对照组(均 $P<0.05$)。

表5 两组治疗前后FDI评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	躯体功能	社会功能
观察组 (n=54)	治疗前	52.84±12.95	68.76±15.48
	治疗后	89.91±7.68 ^{*△}	29.75±6.32 ^{*△}
对照组 (n=54)	治疗前	54.42±14.36	66.95±15.62
	治疗后	78.84±12.36 [*]	42.84±10.76 [*]

2.6 两组安全性指标比较 治疗期间,观察组出现1例(1.85%)眼眶周围淤青,怀疑与针刺刺破眼眶周围毛细血管有关,后经热敷处理淤青消散,走罐治疗后局部未见灼热、疼痛、水泡等情况;对照组出现2例(3.70%)恶心、呕吐,怀疑与甲钴胺片或阿昔洛韦片药物不良反应有关,无特殊处理可自行缓解,未见与针刺治疗相关并发症。两组不良事件发生率比较差别不大($P>0.05$)。

3 讨论

周围性面瘫可归属于中医学“吊线风”“歪嘴风”“口喎”“口僻”等范畴,该病为本虚标实,乃内外因相兼致病,阳明经脉和经筋为其病位。中医学认为,正气存内,邪不可干;正气不足,则卫外不固。当饮食不节、情志失调、劳倦过度等致人体正气虚弱时,外邪可乘虚而入,其中风为百病之长,可兼夹寒、湿、热、燥诸邪,风邪

易袭阳位、太阳经脉,可致经络失养,夹带寒邪时可加重侵袭部位气血凝滞,患侧面部之气不顺、血液衰涸,则筋脉肌肉失养,使得患侧肌肉呈迟缓状态;而健侧仍气充血旺,正气引邪,喎僻不遂,故发为面瘫^[12-13]。急性期风寒邪入人体尚浅,应尽早治疗,以阻止病邪深入,结合上述病因病机,其治疗当益气扶正、祛风通络、调和气血、平衡阴阳。

中医学认为腧穴既为脏腑经络气血汇聚部位,也乃外邪侵袭所在,通过面部相应腧穴刺激可激发经气、鼓舞正气、祛邪外出,从而促进面部气血正常运行,改善病症^[14]。本研究对照组采用了“益气扶正”针刺治疗,选穴遵循局部取穴和循经取穴原则,局部规律为“腧穴所在,主治所在”,局部近取腧穴中阳白穴为足少阳胆经、阳维脉交会穴,针刺可通经活络、疏风明目;鱼腰为头面部经外奇穴,针刺能疏风通络、明目安神;攒竹属足太阳膀胱经,针刺能疏风通络、调理气机;太阳为经脉奇穴,针刺可疏风通络、明目止痛;下关是足阳明、少阳交会穴,针刺能开窍通关、升清降浊;迎香位于手足阳明经交汇处,针刺能祛风通络、开窍止痛;颧髻在手少阳、太阳经交会处,针刺可调理气血、通络止痛;地仓位于足阳明胃经,针刺能祛风止痛、舒筋活络;颊车出足阳明胃经,针刺可祛风清热、活络开关;以上面部腧穴针刺还对周围额肌、枕肌、眼周肌、颊肌等有良性刺激作用,利于肌肉功能恢复。循经远取规律为“经脉所过,主治所及”,所取腧穴中合谷穴属手阳明大肠经,针刺能激发阳明经经气、益气活血,是颜面疾病治疗要穴;关元穴为小肠募穴,针刺能培元固本、不足元气,凡元气亏损皆可用;足三里乃足阳明胃经要穴,针刺能益气补中、扶正祛邪、调理脾胃,有利于疏通面部经络、壮气血生发之源。另外,本研究所取局部腧穴均为面神经分支投影表面,在针刺治疗时,通过相应穴位刺激,对面神经可产生良性刺激作用,有助于受损神经修复、促进神经传导;针刺还能直接促进面部血液循环、加速组织代谢、利于神经水肿吸收,进而帮助面部神经肌肉功能恢复、缓解面瘫症状^[15]。本研究结果显示,对照组治疗2周后,患者面神经功能较治疗前改善,总有效率可达85.19%,提示该针刺治疗疗效尚可。有大量研究表明^[16-17],针刺治疗对促进周围性面瘫症状缓解、面神经功能恢复有积极意义,支持这一结果。

观察组在对照组基础上配合火龙罐治疗,结果显示观察组面瘫程度较对照组减轻,愈显率、总有效率高于均对照组,提示配合火龙罐疗法能更好减轻周围性面瘫患者面瘫程度、提高临床效果。分析原因,火龙罐是一种集火罐、刮痧、艾灸、推拿为一体的中医特色灸法,从罐体本身而言,由砭石和紫砂合成材质制成的罐体具有良好导热性能,其花瓣状罐口有利于施罐时温度调节,从而保障火龙罐治疗恒温性和安全性;在治疗过

程中,灸疗火源选择纯蕪艾,一方面因为蕪艾燃烧渗透力强、作用时间久,另一方面蕪艾具有扶阳通络、补益正气、温经散寒等功效;走罐时,采用熨、推、刮、碾、按、揉等手法,可达到活血散寒、通经活络、调理气机、扶正祛邪等功效^[18],这与面瘫中医治疗原理相通;同时操作者掌小鱼际紧贴患者皮肤,对患侧皮肤进行推揉,既能通过局部推揉起到治疗效果、提高舒适度,又能感知局部温度,保障治疗安全性。目前关于针刺与火龙罐联合用于周围性面瘫治疗的报道并不多,但有Meta分析显示^[19],针、灸治疗能提高周围性面瘫治疗效果,且采取针灸联合疗法更优。故本研究观察组疗效更佳。

面动脉是面部血供来源,面神经血管痉挛、缺血性损伤对周围性面瘫发病具有重要影响,因此评估面动脉血流参数变化对了解患者病情有积极意义^[20]。本文结果显示,两组治疗后面动脉血流动力学指标均改善,且观察组治疗后面动脉PSV、EDV均高于对照组,而RI低于对照组,提示采用针刺配合火龙罐治疗后,患者面动脉血流速度提高、血管阻力下降,这与针刺、火龙罐治疗均能促进局部血管扩张、增加局部血流量、加速血液循环、改善面部肌肉张力等作用有关。周围性面瘫治疗目标之一是促进受损神经修复,NGF是一种与神经元生长、发育有关的神经细胞生长调控因子,GDNF、BDNF均为神经营养因子,对促进神经元存活、突触发生等有重要作用^[21]。本文结果显示,观察组治疗后血清NGF、GDNF、BDNF均显著高于对照组,提示针刺配合火龙罐治疗可通过上调相关神经因子来促进损伤修复,这可能得益于火龙罐治疗能进一步改善神经血供、促进神经胶质细胞增生、减少神经水肿等。另外,本研究观察组治疗后FDI评分中躯体功能得分高于对照组、社会功能得分低于对照组,说明针刺配合火龙罐治疗对提高患者生活质量有积极意义,这可能与患者症状改善更快、更好有关。此外,观察组治疗后局部未见灼热、疼痛、水泡等情况,提示火龙罐应用安全性较好。

综上所述,周围性面瘫急性期患者采取“益气扶正”针刺配合火龙罐治疗,能更好减轻面瘫程度、提高治疗效果,且安全性较好,其作用机制可能与患者面动脉血流动力学指标及相关神经损伤修复因子改善有关,这对提高患者生活质量有积极意义。

参 考 文 献

- [1] 许电,许时良,应聪,等. 针药结合治疗周围性面瘫的疗效及对中医症状体征评分、治疗时间的影响[J]. 中华中医药学刊,2021,39(10):139-141.
- [2] 许天人,王喜梅. 神经修复在周围性面瘫治疗中的研究进展[J]. 中华显微外科杂志,2021,44(1):118-120.
- [3] 龙华,冯淑兰,李冰洁,等. 半刺法配合透灸法治疗周围性面瘫急性期(风寒证)的临床观察[J]. 中国中医急症,2020,29(10):1829-1831.
- [4] 王冬冬,李博,查永梅,等. 张庆萍教授针灸治疗周围性面瘫临床经验撷英[J]. 中国针灸,2021,41(3):313-315.
- [5] 陈妍,胡珊,宁艳,等. 火龙罐治疗脾胃虚弱型妊娠剧吐30例[J]. 中国针灸,2021,41(4):449-450.
- [6] 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,2016,49(2):84-86.
- [7] 高树中,杨骏. 针灸治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:69-70.
- [8] 王华,杜元灏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:240-241.
- [9] 徐立伟,宋春侠,权兴苗,等. 经筋刺法改善Hunt面瘫患者面神经功能及身心功能:随机对照研究[J]. 针刺研究,2020,45(4):330-333,F0003.
- [10] 周大平,艾乐群,谭文峰. 浮针联合穴位贴敷对周围性面瘫病人疗效、面部残疾指数量表评分及抑郁自评量表评分的影响[J]. 安徽医药,2021,25(9):1862-1865.
- [11] 王声强,白亚平,王子臣. 周围性面神经麻痹的临床评估及疗效判定标准方案(修订案)[J]. 中国针灸,2009,29(S1):71-73.
- [12] 李亚杰,张惠环,田佩洲. 从少阳论治周围性面瘫浅析[J]. 山西医药杂志,2020,49(19):2659-2661.
- [13] 闫慧新,盛艳,盛灿若(指导). 盛灿若教授针药结合治疗周围性面瘫的经验撷英[J]. 中国针灸,2021,41(7):792-794,804.
- [14] 李文杰,蒋啸,郭新荣,等. 针灸治疗周围性面瘫(风寒证)随机对照试验文献的腧穴配伍规律分析[J]. 中国中医急症,2020,29(5):788-792.
- [15] 马悦. 针刺结合加味牵正汤治疗急性期风寒型周围性面瘫临床疗效观察[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2019.
- [16] 靳丹丹,叶静,郭梦,等. 针灸在不同时机介入治疗周围性面瘫疗效的Meta分析[J]. 中国针灸,2020,40(6):664-668.
- [17] 孙承颐,袁盈,闫世艳. 毫火针治疗周围性面瘫临床疗效Meta分析[J]. 针刺研究,2022,47(3):274-281.
- [18] 曾秋霞,钟华,冉白灵,等. 火龙罐疗法改善脑卒中后肩手综合征患者症状[J]. 护理学杂志,2021,36(12):52-55.
- [19] 于莹,张功,韩涛,等. 针灸治疗周围性面瘫有效性的系统评价及网状Meta分析[J]. 中国中医基础医学杂志,2020,26(8):1138-1142,1179.
- [20] 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.
- [21] 徐文源,代优,刘勇. 针刺联合隔姜灸对周围性面瘫SFGS评分及血清GDNF水平影响[J]. 上海针灸杂志,2021,40(10):1212-1216.

(收稿日期 2023-08-31)