

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.22.009

临床研究

不同中医疗法治疗周围性面瘫的疗效评价

王兵¹, 杨金洪^{1*}, 陈枫², 胡静¹, 刘东霞², 姜爱平¹, 叶航¹, 吴成思³, 曹建萍¹, 栗新¹

(1. 中国中医科学院针灸研究所, 北京市东城区东直门内南小街 16 号, 100700; 2. 中国中医科学院望京医院; 3. 首都医科大学附属北京潞河医院)

摘要 目的 评价不同中医疗法治疗周围性面瘫的疗效。方法 将 348 例周围性面瘫患者随机分为针刺组 96 例、隔姜灸组 96 例、电针组 94 例和中药组 62 例, 另招募西药组患者 60 例。针刺组采用单纯针刺的方法, 隔姜灸组在针刺基础上加用患侧面颊隔姜灸治疗, 电针组为在针刺基础上加用患侧局部电针治疗。以上 3 组均每日治疗 1 次。西药组口服维生素 B1 片、维生素 B12 片, 20 mg/次, 每日 3 次; 强的松片, 20 mg/次, 每日 1 次。中药组口服牵正散汤剂, 每日 1 剂。各组均治疗 20 天。在治疗 10、20 天及治疗后 1 个月时观察各组患者 House-Brackman (HB) 分级、面神经功能评价量表总分, 并评价临床疗效及安全性。结果 治疗 10、20 次及随访时, 各组患者 HB 分级、面神经功能评价量表总分均较治疗前显著改善 ($P < 0.01$), 且治疗 20 次及随访时, 针刺组、电针组、隔姜灸组、中药组 HB 分级及治疗 10、20 次及随访时面神经功能评价量表总分均优于西药组 ($P < 0.01$)。各组间临床疗效总有效率比较, 差异无统计学意义, 但西药组愈显率低于其他各组 ($P < 0.01$)。除西药组外, 其他各组各指标组间比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 针刺、隔姜灸、电针、中药均可有效治疗面瘫, 其中针刺、隔姜灸、电针、中药治疗面瘫疗效相当, 优于西药对照。

关键词 周围性面瘫; 针刺; 隔姜灸; 电针; 疗效评价

在周围性面瘫的治疗中, 针灸作为有效治疗手段之一已经被广泛应用^[1-3]。2008 年中国中医科学院将本病列为中医优势病种临床研究专项并开展研究。但目前中医治疗周围性面瘫的疗法多样, 疗效也存在差异^[4-12], 因此, 本研究观察临床治疗方法中常用的 5 种方法治疗周围性面瘫的临床疗效, 为本病治疗方法选择提供依据。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《实用内科学》^[13]中周围性面瘫诊断标准。中医诊断标准参照《针灸治疗学》^[14]中面瘫诊断标准。

1.2 纳入标准

符合上述诊断标准; 年龄 16 ~ 70 岁; 病程 < 3

个月; 一侧面肌麻痹者; 签署知情同意书。

1.3 排除标准

继发于其他疾病者, 如感染性多发性神经根炎、带状疱疹、外伤、腮腺炎或腮腺肿瘤、后颅窝病变等; 合并有严重心脑血管、肝、肾、肺和造血系统等原发性疾病者和精神病患者; 过敏体质或对酒精、针具过敏者; 妊娠或哺乳期妇女; 有自发性出血倾向者。

1.4 脱落标准

研究过程中自行退出者; 受试者依从性差, 影响有效性和安全性评价者; 出现严重不良事件和不良反应者。

1.5 一般资料

收集于 2009 年 5 月至 2012 年 5 月期间就诊于中国中医科学院针灸医院、望京医院的患者患者 348 例, 经采用计算机中心随机 (CHISS 2004 软件产生随机序列) 分为针刺组、电针组、隔姜灸组各 96 例, 中药组 60 例。另于北京市通州区潞河医

基金项目: 中国中医科学院第三批中医优势病种临床研究项目 (CACMS08Y0039)

* 通讯作者: yangjinhongys@hotmail.com, (010) 64035769

院招募西药组患者 60 例。在研究过程中, 由于随机信封书写错误, 中药组实际纳入病例为 62 例, 电针组实际纳入病例为 94 例。针刺组中男 57 例, 女 39 例; 平均年龄 (42.7 ± 15.0) 岁; 病程 1 ~ 24 天, 中位病程 8.5 天。隔姜灸组男 49 例, 女 47 例; 平均年龄 (38.1 ± 13.8) 岁; 病程 1 ~ 20 天, 中位病程 7.4 天。电针组男 50 例, 女 44 例; 平均年龄 (42.4 ± 15.1) 岁; 病程 4 ~ 17 天, 中位病程 6.5 天。西药组男 32 例, 女 28 例; 平均年龄 (44.0 ± 15.0) 岁; 病程 1 ~ 5 天, 中位病程 3.5 天。中药组男 35 例, 女 27 例; 平均年龄 (42.9 ± 15.7) 岁; 病程 2 ~ 16 天, 中位病程 5.4 天。各组患者一般资料比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

针刺组: 主穴: 患侧下关、地仓透颊车、阳白透鱼腰、四白、迎香、翳风、攒竹; 配穴: 百会, 双侧风池、合谷、太冲。经穴定位方法依据国家技术监督局发布的《中华人民共和国国家标准 (经穴部位)》^[4]。针具选用 $0.25 \text{ mm} \times 40 \text{ mm}$ 的华佗牌一次性针灸针 (苏州医疗用品厂)。针刺方法: 患者取仰卧位, 穴位常规消毒, 阳白穴向下透刺鱼腰 3 mm, 迎香向上透刺 3 mm, 地仓向颊车平刺 4 mm, 余穴行常规针法, 针刺得气后留针 30 min。采用平补平泻法, 每日 1 次。

电针组: 选用 G6805-I 型电针仪 (苏州医疗用品厂)。在针刺的基础上加用电针, 取穴及针刺方法同针刺组。电针分两组: 1) 攒竹、阳白。2) 下关、地仓。每组穴位接一组电极, 选择直流电, 续断波, 频率 $0.3 \sim 0.5 \text{ Hz}$, 留针时间 30 min, 强度以患者能耐受或可见肌肉收缩为度, 每日 1 次。

隔姜灸组: 选用同仁堂制药厂清艾条及鲜生姜。在针刺组的基础上加用艾灸, 取穴及针刺方法同针刺组。针刺后, 鲜生姜切片, 厚约 2 ~ 3 mm, 艾柱如莲子大小; 然后, 用针将姜片扎穿数孔, 放置艾柱点燃后置于患侧施术穴位上 (阳白、地仓、迎香、颊车、下关穴), 每个穴位燃烧 3 壮, 当患者感到灼热或灼痛时换掉, 以局部皮肤潮红为度, 一壮艾灸时间约为 10 min, 3 壮共计 30 min, 每日 1 次。

西药组: 维生素 B1 片 (天津金世制药有限公司, 国药准字 H120200317)、维生素 B12 片 (华

润紫竹药业有限公司, 国药准字 H11021993), 20 mg/次 , 每日 3 次, 口服; 强的松片 (天津力生制药股份有限公司, 国药准字 H12020123), 20 mg/次 , 每日 1 次, 口服。

中药组: 牵正散, 组成: 白附子 10 g, 僵蚕 15 g, 全蝎 6 g, 当归 12 g, 防风 12 g, 蜈蚣 2 条 (约 3 g), 白芍 10 g, 川芎 12 g, 炙甘草 6 g。水煎服, 每日 1 剂, 早晚温服。

以上各组疗程均为 20 天。

2.2 观察指标及方法

分别于治疗 10、20 次后及随访时 (治疗结束后 1 个月) 对患者的各项观察指标进行记录和分析。采用 House-Brackman (HB) 分级系统^[3]及日本面神经研究会制定的面神经功能评价量表^[4]进行评价。HB 分级共 6 级, 按顺序由 I 级到 VI 级分别表示面功能从正常到完全麻痹的不同受损程度。面神经功能评价量表以额纹、鼻根纹、闭眼、鼓腮等面部不同部位功能进行评分, 满分 40 分, 总分 < 10 分为重度面瘫, 总分 10 ~ 20 分为中度面瘫, 总分 > 20 分为轻度面瘫。

同时观察记录所有患者在治疗期间的不良反应、意外情况等, 对治疗的安全性进行评价。

2.3 疗效判定标准

参照 HB 分级系统确定疗效标准^[3]。痊愈: 面部所有区域正常。显效: 仔细观察可看出轻微的功能减弱, 可能有轻微的联带运动; 面部静止时对称, 张力正常; 上额运动中等, 眼轻用力完全闭合, 有轻度不对称。有效: 有明显的功能减弱但双侧无损害性不对称, 可观察到并不严重的联带运动、挛缩或半侧面部痉挛; 面部静止时张力正常; 上额运动微弱, 眼用力可完全闭合, 口明显不对称。无效: 面静止时不对称; 上额无运动, 眼不能完全闭合, 口仅有轻微运动。

2.4 统计学方法

使用 CHISS 2004 软件对数据进行统计分析。等级资料采用秩和检验; 符合正态分布且方差齐的计量资料采用方差分析; 不符合正态分布的计量资料先进行正态转换, 经转换符合正态分布的再采用方差分析; 经转换仍不符合正态分布的数据采用秩和检验。

3 结果

3.1 各组患者 HB 分级比较

表 1 示, 各组患者治疗前 HB 分级差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗 10、20 次及随访时, 各

组患者 HB 分级均较治疗前显著改善 ($P < 0.01$), 且治疗 20 次及随访时, 针刺组、电针组、隔姜灸组、中药组 HB 分级均优于西药组 ($P < 0.01$)。除西药组外, 其他各组组间比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 1 各组周围性面瘫患者不同时间 House-Brackman 分级比较 (例)

组别	时间	例数	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级	VI 级
针刺组	治疗前	96	0	12	49	26	9	0
	治疗 10 次	96	11	51	28	5	1	0
	治疗 20 次	96	55	36	3	2	0	0
	随访	96	85	9	1	1	0	0
电针组	治疗前	94	1	24	35	28	6	0
	治疗 10 次	94	13	54	21	5	1	0
	治疗 20 次	94	53	31	7	3	0	0
	随访	94	83	6	3	2	0	0
隔姜灸组	治疗前	96	0	16	49	21	9	1
	治疗 10 次	96	9	58	24	4	1	0
	治疗 20 次	96	53	38	3	2	0	0
	随访	96	90	5	1	0	0	0
西药组	治疗前	60	0	5	26	25	4	0
	治疗 10 次	60	2	7	38	12	1	0
	治疗 20 次	60	3	25	24	8	0	0
	随访	60	20	11	23	6	0	0
中药组	治疗前	62	0	14	33	8	5	2
	治疗 10 次	62	4	40	14	2	2	0
	治疗 20 次	62	30	25	5	2	0	0
	随访	62	51	8	1	2	0	0

3.2 各组患者面神经功能评价量表总分比较

表 2 示, 各组患者治疗前面神经功能评价量表总分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗 10、20 次及随访时, 各组患者面神经功能评价量表总分均较治疗前显著改善 ($P < 0.01$), 且治疗 10 次、20 次及随访时, 电针组、隔姜灸组、中药组总分均优

于西药组 ($P < 0.01$)。除西药组外, 其他各治疗组组间比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.3 各组患者临床疗效比较

表 3 示, 各组总有效率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。西药组显愈率低于其他各组 ($P < 0.01$)。其他各组间比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.4 安全性评价

各组在治疗及随访过程中, 均未出现不良反应与不良事件。

4 讨论

大量文献显示, 不论是单纯针刺^[4] (包括各种针法), 还是艾灸^[5-6]、电针^[7]、穴位注射^[8]、放血^[9]、穴位埋线^[10]、穴位贴敷^[11]、中药^[12]等治疗周围性面瘫均有良效。针刺、电针、艾灸方法在文献中出现频率较高且疗效稳定^[17-18]。针灸治疗周围性面瘫的选穴原则是局部取穴为主、配合远端取穴。经过对近年文献的总结^[19], 其中使用频率较高的是: 1) 局部取穴: 风池、下关、颊车、阳白、地仓、四白、迎香、攒竹等; 2) 远端取穴: 合谷、足三里、太冲; 3) 放血: 翳风、耳尖、患侧局部。我们选择其中主要穴位作为本研究穴位处方, 并加用我们临床中使用效果较好的百会穴。牵正散为治疗周围性面瘫的有效基础方剂, 临床研究^[20-21]以牵正散为基础方治疗取得较好临床疗效, 故本研究中药治疗选用自拟牵正散基础方, 有较好的疏风养血通络之效。

本研究结果表明, 各治疗组治疗对面瘫均有明显疗效; 其中隔姜灸组、电针组、针刺组、中药组

表 2 各组周围性面瘫患者不同时间面神经功能评价量表总分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗 10 次	治疗 20 次	随访
针刺组	96	19.09 ± 4.36	27.44 ± 7.22 ^{*△}	35.87 ± 6.29 ^{*△}	38.85 ± 3.97 ^{*△}
电针组	94	18.28 ± 7.59	27.33 ± 7.86 ^{*△}	36.11 ± 6.13 ^{*△}	38.87 ± 3.91 ^{*△}
隔姜灸组	96	18.42 ± 5.23	26.10 ± 7.34 ^{*△}	35.81 ± 6.02 ^{*△}	39.29 ± 2.96 ^{*△}
西药组	60	18.15 ± 7.23	24.60 ± 5.44 [*]	28.35 ± 6.46 [*]	31.37 ± 7.58 [*]
中药组	62	19.77 ± 6.18	27.37 ± 6.60 ^{*△}	36.26 ± 5.21 ^{*△}	38.85 ± 3.40 ^{*△}

注: 与本组治疗前比较, ^{*} $P < 0.01$; 与西药组同时间点比较, [△] $P < 0.01$

表 3 各组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	愈显	总有效
针刺组	96	85 (88.5)	9 (9.4)	1 (1.0)	1 (1.0)	94 (97.9)	95 (99.0)
电针组	94	83 (88.3)	6 (6.4)	3 (3.2)	2 (2.1)	89 (94.7)	92 (97.9)
隔姜灸组	96	90 (93.8)	5 (5.2)	1 (1.0)	0	95 (99.0)	96 (100)
西药组	60	21 (35.0)	11 (18.3)	23 (38.3)	5 (8.3)	32 (53.3)	55 (91.7)
中药组	62	52 (83.9)	8 (12.9)	1 (1.6)	1 (1.6)	60 (96.8)	61 (98.4)

疗效相当,且均优于西药组。这一结果与近年来多项 RCT 研究结果之针刺、电针、艾灸在周围性面瘫的治疗中疗效相当^[26-28]的结论是相同的,也与部分研究结果存在差异^[17-18,23-24]。通过分析既往研究,发现电针、隔姜灸疗效优于针刺多有不同条件。如在电针的介入时机上,有研究^[8]显示,面瘫急性期电针配合针刺疗效优于单纯针刺法,认为在急性期起效机制为面神经急性炎性水肿期应用电针,可使受压面神经产生兴奋,增强肌纤维收缩,改善病变局部代谢功能,进而减轻面神经炎性反应和促进水肿吸收。反之有观点认为面瘫早期用单纯针刺疗效优于针刺配合电针,而中期以后电针优于单纯针刺^[29]。在隔姜灸治疗方面,有学者认为姜有辛温解表之功效,即可疏散风寒之邪,针刺配合隔姜灸又可固护卫表;因此隔姜灸适合风寒型面瘫^[24]。也有不同观点认为,隔姜灸对于消除急性期面神经水肿有重要作用,适用于各种证型面瘫^[23]。本结果也存在以下影响因素:首先本研究在患者的纳入及分组方面,未进行周围性面瘫分期层面的设计;在隔姜灸的使用上,侧重于辨病而非辨证。对于上述因素,可在后续研究中进行分层细化,以期得到更准确结论。在针灸方法与药物治疗的比较中,我们的结论与以往研究也非完全一致^[6]。在中药治疗方面,牵正散有活血化瘀、祛风止痉的功效。有研究^[31]认为,在周围性面瘫的治疗中,不论是从中医辨证论治体系还是现代药理研究角度上,均提示牵正散为兼具科学性与有效性的组方。因此,在牵正散的基础上组方加减得当,对于提高疗效有显著效果。关于西药的治疗,2013 年美国周围性面瘫治疗指南^[32]中推荐口服激素治疗,可减轻面神经水肿,消除局部炎症,恢复神经活性。本研究中选用的西药治疗为经过专家组讨论制定的治疗方案。考虑到研究设计时为减少西药组脱落,经专家讨论决定西药组不参加随机分组,由潞河医院神经内科按收治顺序招募符合纳入标准的患者 60 例。因此,对于其他四组疗效均优于西药组的结果,仍需进行进一步论证。

此外,在周围性面瘫的文献研究过程中,我们发现针刺治疗方案包括诊断标准、处方选穴、具体方法的选择、操作流程、刺激量的掌握、疗效评价标准等方面,均缺乏客观标准;因此有必要进行规范化研究,设计严谨而专业的治疗方案,使其更具可操作性及临床治疗的可重复性。

参考文献

- [1] 梁繁荣,余曙光,李瑛,等. 针灸治疗贝尔麻痹临床多中心随机对照试验研究 [J]. 中医杂志,2004,45(8):584-586.
- [2] 李瑛,李妍,刘立安,等. 针灸择期治疗周围性面瘫多中心大样本随机对照试验 [J]. 中国针灸,2011,31(4):289-293.
- [3] 陈灏珠. 实用内科学 [M]. 12 版. 北京:人民卫生出版社,2005:2610-2611.
- [4] 杨通神,黄选玮. 针刺为主治疗妊娠期面瘫 23 例 [J]. 中国针灸,2007,27(12):942.
- [5] 张彤,戴国华. 重灸翳风穴治疗青少年面瘫及其对细胞免疫功能的影响 [J]. 中国针灸,2000,20(10):587-588.
- [6] 刘荣奇. 艾条隔姜灸治疗风寒型面瘫 72 例 [J]. 广西中医药,2004,4(2):48.
- [7] 何树泉,郭义凡. 电针透刺治疗面神经炎的临床观察 [J]. 针灸临床杂志,2010,26(7):29-30.
- [8] 罗春燕,马英. 穴位注射为主治疗面瘫后遗症 50 例 [J]. 中国针灸,2005,25(7):498.
- [9] 连远义. 放血疗法治疗面瘫 120 例 [J]. 北京中医,2004,23(4):241.
- [10] 孟宪璞,丁建哲,李静,等. 穴位埋线治疗周围性面瘫 60 例 [J]. 中国针灸,2010,30(7):554.
- [11] 张保华,蔡慧敏. 牵正散穴位贴敷治疗面神经麻痹 42 例 [J]. 中国针灸,2006,26(1):64.
- [12] 姜德海,宗成翠. 牵正散加减治疗周围性面瘫疗效观察 [J]. 实用中医药杂志,2013,29(11):901.
- [13] 石学敏. 针灸治疗学 [M]. 上海:上海科学技术出版社,1998:95-96.
- [14] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局,中国国家标准化管理委员会. GB/T 12346-2006 腧穴名称与定位(国家标准) [S]. 北京:中国标准出版社,2006.
- [15] HOUSE JW. Facial Nerve Grading Systems [J]. Laryngoscope,1983,93(8):1056-1068.
- [16] 柳原尚明. 颜面神经瘫痪程度的制定基准研究 [J]. 日本耳鼻咽喉科学会会报,1997,100(8):799-804.
- [17] 李瑛,梁繁荣,付弋,等. 针灸治疗面瘫临床常用治法与刺法的评价 [J]. 上海针灸杂志,2002,21(3):43-45.
- [18] 刘立安,朱在波,戚其华,等. 周围性面瘫急性期不同干预方法疗效比较 [J]. 中国针灸,2010,30(12):989-992.
- [19] 杨洁,任玉兰,吴曦,等. 基于数据挖掘技术的针灸治疗贝尔面瘫 RCT 文献的用穴规律分析 [J]. 中华中医药杂志,2010,25(3):348-351.
- [20] 范志强. 牵正散加味治疗面神经炎 60 例 [J]. 中国医药指南,2011,9(36):419-420.
- [21] 卢刚,刘波. 牵正散联合穴位封闭治疗面神经炎临床观察 [J]. 光明中医,2010,25(12):2277-2278.

- [2] 方美善,冯桂梅. 周围性面神经麻痹针刺时机选择 [J]. 中国针灸, 2001, 21(7): 405.
- [3] 刘冬梅. 针刺配合隔姜灸治疗周围性面神经麻痹临床研究 [J]. 实用中医药杂志, 2010, 26(7): 496-497.
- [4] 凡明海. 隔姜、蒜灸配合针刺治疗周围性面神经麻痹 56 例临床观察. 光明中医, 2012, 27(4): 747-748.
- [5] AHMED A. When is facial paralysis bell palsy Cummt diagnosis and treatment [J]. Cleve Clin J Med, 2005, 72(5): 398-401, 405.
- [6] 马月玲, 罗代琛, 马芹琴. 不同针灸方法分期治疗贝尔面瘫疗效观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(23): 149-150.
- [7] 洪枫, 齐苗, 朱浩东. 不同针灸方法分期治疗贝尔面瘫的临床研究 [J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(5): 1256-1258.
- [8] 陈晓琴, 李瑛, 邱玲玲. 不同针灸方法分期治疗贝尔面瘫疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(7): 613-615.
- [9] 郑怀岳. 面神经麻痹症应用针刺、电针治疗时机选择的探讨 [J]. 江西中医药, 1984(6): 43.
- [10] 康红, 刘志敏. 面瘫急性期针灸与药物治疗方法对比分析 [J]. 针灸临床杂志, 2005, 21(6): 8-9.
- [11] 尹杰, 吕秋玉, 刘海永, 等. 牵正散加麻黄、生石膏治疗周围性面瘫 60 例的临床研究 [J]. 中国医药导报, 2016, 13(36): 179-190.
- [12] BAUGH RF, BASURA GJ, ISHII LE, et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2013, 149(3 Suppl): S1-S27.

Evaluation of Therapeutic Effect of Different Chinese Medicine Treatments on Peripheral Facial Paralysis

WANG Bing¹, YANG Jinhong¹, CHEN Feng², HU Jing¹, LIU Dongxia², JIANG Aiping¹, YE Hang¹, WU Chengsi³, CAO Jianping¹, LI Xin¹

(1. Institution of Acupuncture and Moxibustion, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100700; 2. Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences; 3. Beijing Luhe Hospital, Capital Medical University)

ABSTRACT Objective To evaluate the therapeutic effect of different Chinese medicine treatments on peripheral facial paralysis. **Methods** Three hundred and forty-eight patients with peripheral facial paralysis were randomized into acupuncture group (96 cases), ginger moxibustion group (96 cases), electroacupuncture group (94 cases) and Chinese medicine group (62 cases), then another 60 patients were recruited as a western medicine group. The acupuncture group was treated with acupuncture alone, the ginger moxibustion group was treated with acupuncture and ginger moxibustion on lesion side of face, and the electroacupuncture group was treated with acupuncture and electroacupuncture on lesion side of face. The above three groups were treated once daily. western medicine group was given oral vitamin B1 tablets and vitamin B12 tablets (20 mg/time, 3 times a day) and prednisone tablets (20 mg/time, once a day). Chinese medicine group was given oral decoction of *Qianzheng San* (牵正散) with one dose a day. Each group was treated for 20 days. The scores of House Brackman (HB) grade and facial nerve function scale were observed on the 10th and 20th day during treatment and one month after treatment. The clinical efficacy and safety were also evaluated. **Results** On the 10th and 20th day of treatment and during the follow-up, the scores of HB grading and facial nerve function significantly improved in each group ($P < 0.01$). On the 20th day and during the follow-up, the HB grade score in the acupuncture group, the electroacupuncture group, the ginger moxibustion group and Chinese medicine group was significantly better than that in western medicine group ($P < 0.01$). On the 10th and 20th day of treatment and during the follow-up, facial nerve function score in the acupuncture group, the electroacupuncture group, the ginger moxibustion group and Chinese medicine group was significantly better than that in western medicine group ($P < 0.01$). There was no significant difference in the total effective rate among these groups, but the good improvement rate in western medicine group was significantly lower than that in other groups ($P < 0.01$). There was no significant difference in other indicators between each group except for western medicine group ($P > 0.05$). **Conclusion** Acupuncture, ginger moxibustion, electroacupuncture and Chinese herbal medicine can all be effective in the treatment of facial paralysis and seem have similar efficacy, and there effect seem all superior to western medicine control.

Keywords peripheral facial paralysis; acupuncture; ginger moxibustion; electroacupuncture; assessment of efficacy (收稿日期: 2016-11-28; 修回日期: 2017-07-20)

编辑: 焦爽