

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.14.008

电针结合点刺放血、拔罐辅助治疗特发性面神经麻痹急性期 40 例随机对照临床观察

秦懿因^{1,2}, 杨丽红¹, 白杨³, 徐天宇¹, 赵娜娜¹, 李之湄¹, 杜元灏^{1,2}✉

1. 陕西中医药大学针灸推拿学院, 陕西省咸阳市西咸大道, 712046; 2. 天津中医药大学第一附属医院; 3. 甘肃省庆阳市中医医院

[摘要] **目的** 观察电针结合点刺放血及拔罐辅助治疗特发性面神经麻痹 (IFP) 急性期对面神经功能恢复的影响。**方法** 将 80 例 IFP 急性期患者随机分为治疗组和对照组各 40 例。对照组在病程 ≤ 10 天的急性期予以口服醋酸泼尼松片; 病程 > 10 天的恢复期予以电针及闪罐治疗, 每周 5 次。治疗组急性期在对照组治疗的基础上予以针刺患侧的星状神经节、耳甲腔迷走神经刺激点、翳风、听会, 翳风、听会连接电针仪, 每日 1 次; 翳风点刺放血后拔罐, 每周 2 次; 恢复期治法同对照组。两组均治疗至发病 45 天。主要结局指标为多伦多面部评分系统 (SFSGS) 评分, 次要结局指标包括 House-Brackmann (H-B) 分级、面部残疾指数 (FDI) 评分、H-B 分级 I 级病例数, 并记录两组的不良事件。**结果** 与治疗前比较, 两组患者发病后第 10 天、第 30 天、第 45 天 SFSGS 评分升高 ($P < 0.05$), 发病后第 30 天、第 45 天 H-B 分级降低 ($P < 0.05$), 发病后第 30 天、第 45 天面部残疾指数-躯体功能 (FDIP) 评分及面部残疾指数-社会心理 (FDIS) 评分升高 ($P < 0.05$)。治疗组患者 SFSGS 评分在发病后第 30 天、第 45 天均显著高于对照组 ($P < 0.05$); H-B 分级在发病后第 30 天、第 45 天显著低于对照组 ($P < 0.05$); 发病后 45 天 FDIP 评分, 发病后第 30 天、第 45 天 FDIS 评分均显著高于对照组 ($P < 0.05$)。在治疗结束时治疗组 H-B 分级 I 级者 77.50% (31 例) 显著高于对照组的 55.00% (22 例) ($P < 0.05$)。两组均未发生不良事件。**结论** IFP 急性期采用电针结合点刺放血拔罐疗法能改善面神经功能恢复程度、提高疗效, 且安全性较高。

[关键词] 特发性面神经麻痹; 急性期; 面神经功能; 电针; 刺络放血; 拔罐; 随机对照试验

特发性面神经麻痹 (idiopathic facial palsy, IFP) 是面神经麻痹中最为典型的一种, 占有面神经麻痹的 70%^[1]。IFP 起病迅速, 一般在几小时至 2 天内达高峰, 持续 1~2 周开始恢复, 3 个月内不能完全恢复者则会产生严重的后遗症^[2]。IFP 会给患者带来沉重的心理压力, 影响患者生活质量^[3]。针灸疗法已被广泛地应用于 IFP 的治疗, 早期应用针刺治疗并采用适度的穴位电刺激有利于修复神经缺损、促进神经功能康复^[4-7]。在此基础上, 本研究基于 IFP 急性期病变特点, 探究电针结合点刺放血、拔罐在 IFP 急性期辅助治疗对面神经功能恢复的影响, 以期 IFP 急性期的针灸临床实践提供依

据。本研究经天津中医药大学第一附属医院伦理委员会批准, 审批号: TYLL2020[K]字 049; 本研究已在国家临床试验中心 (<http://www.chictr.org.cn>) 注册 (注册号: ChiCTR2000038472)。

1 临床资料

1.1 诊断及分期标准

西医诊断标准参照《神经病学》^[8] 中 IFP 诊断标准拟定: 1) 急性起病; 2) 临床表现主要为周围性面瘫, 即患侧额纹和角膜反射消失, 鼻唇沟变浅, 不能皱眉、闭目、露齿、鼓腮、吹口哨, 口角下垂, 或口角歪向健侧; 3) 无其他神经系统阳性体征, 排除颅内器质性病变。

分期标准参照相关临床试验^[9], 以病程 ≤ 10 天为急性期, 病程 > 10 天为恢复期。

基金项目: 陕西省自然科学基金基础研究计划 (2023-JC-QN-1002)

✉ 通讯作者: jpps_cn@sina.com

1.2 纳入标准

1) 符合 IFP 西医诊断标准; 2) 病程 < 3 天且为单侧发病; 3) 年龄 18~78 岁, 性别不限; 4) 自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.3 排除标准

1) IFP 复发患者; 2) 患有严重的心脑血管疾病、肿瘤或肝肾功能障碍者; 3) 妊娠期或哺乳期女性; 4) 此次发病后至纳入本研究前接受了抗病毒或干预方案外其他类固醇类药物治疗的患者。

1.4 剔除标准

试验过程中接受了其他治疗方案。

1.5 脱落标准

1) 在治疗中出现严重的不良事件、合并了其他严重的并发症或者出现特殊的生理变化影响针刺疗效; 2) 因记录资料不全, 可能对疗效评价或安全性评价结果产生影响。

1.6 一般资料

通过医院内张贴启事、微信公众号推送方式招募患者, 纳入 2020 年 9 月 28 日至 2021 年 1 月 28 日期间天津中医药大学第一附属医院的住院或门诊患者 80 例, 治疗组与对照组各 40 例。两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, 见表 1。

表 1 两组特发性面神经麻痹患者一般资料比较
Table 1 Comparison of general characteristics of patients with idiopathic facial palsy in two groups

指标	治疗组 (40 例)	对照组 (40 例)	χ^2/t 值	P 值
性别/例			1.29	0.26
男	26	21		
女	14	19		
患侧			1.82	0.18
右侧	15	21		
左侧	25	19		
年龄/岁, $\bar{x}\pm s$	44.55 $\pm$ 2.45	43.92 $\pm$ 2.42	0.17	0.61
病程/h, $\bar{x}\pm s$	49.78 $\pm$ 21.98	49.03 $\pm$ 21.29	0.19	0.25

2 方法

2.1 研究设计与样本量计算

本研究为前瞻性随机对照试验。参考既往临床研究^[10], 以多伦多面部评分系统 (SFGS) 评分^[11]为主要结局指标, 对照组采用皮质类固醇类药物, 其 SFGS 评分均值为 32.3 分、标准差为 8.1 分; 治疗组在皮质类固醇类药物治疗基础上采用电针结合点刺放血与拔罐治疗, 结合本研究前期预实验结

果, 采用该方法治疗后 SFGS 评分均值达到 38.3 分, 标准差为 7.6。样本量采用 SAS9.4 进行计算, 本研究共设立两个组别, 按照 1:1 的比例, 设定假设检验的 I 类错误 $\alpha=0.025$ 、II 类错误 $1-\beta=0.9$ 计算样本量, 结果显示检验效能为 0.906, 计算得出每组需纳入 36 例, 考虑 10% 的脱落率, 每组样本量至少需 40 例, 共 80 例。

2.2 随机分组方法

采用 IBM SPSS Stastic Version26.0 产生的随机数字进行分组, 先将 80 例患者按照 1~80 编号, 随后使用随机数字生成器固定值为 826 进行随机化分组, 0 为治疗组, 1 为对照组。将分组结果制作成卡片装进不透光的信封中, 由专职人员保留, 有符合条件的受试者, 则打开相应顺序的信封。

2.3 治疗方法

本研究分为两个治疗阶段, 即急性期和恢复期。

2.3.1 急性期 对照组: 给予口服醋酸泼尼松片 (每片 5 mg, 天津天药药业生产, 国药准字 H12020689), 入组到发病后第 5 天, 每次 25 mg, 每日 2 次; 发病后第 6~10 天, 每次 15 mg, 每日 2 次。

治疗组: 在对照组治疗基础上加用电针及点刺放血、拔罐治疗。针具均采用 0.25 mm $\times$ 40 mm 华佗针灸针 (苏州医疗用品有限公司)。针刺部位为患侧的星状神经节 (stellate ganglion, SG)、耳甲腔迷走神经刺激点、翳风、听会, 如附图 1 所示 (请扫描本文二维码获取)。操作方法: SG 采用快针针刺, 操作时左手中指与食指将颈动脉推向外侧与气管分离, 于正中线旁开 1.5 寸, 胸锁关节上方 2.5 cm 处进针, 向脊柱方向直刺, 针刺深度 1 cm, 行雀啄手法至患者咽部刺痛或麻感明显时出针; 耳甲腔迷走神经刺激点浅刺, 垂直于耳甲艇进针, 针刺深度 0.5 cm; 翳风沿乳突前壁进针, 针刺深度 2~2.5 cm^[12]; 听会垂直进针, 针刺深度 1 cm; 翳风、听会针刺得气后, 连接华佗牌 SDZ-II 型六路电针仪 (苏州医疗用品有限公司), 翳风连接负极, 听会连接正极, 采用 2/10 Hz 的疏密波, 电流强度以患者可耐受为度。入组到发病后第 10 天, 每日针刺 1 次, 每次 30 min; 起针后, 在翳风进行点刺放血后拔罐, 放血以 3 或 4 滴为度, 留罐 5 min, 每周 2 次, 两次之间至少间隔 2 天。

2.3.2 恢复期 两组患者在 IFP 发病后第 11 天停止服用药物, 开始接受相同的电针及闪罐治疗。针具均采用 0.25 mm $\times$ 40 mm 华佗针灸针 (苏州医疗用品有限公司)。针刺部位: 患侧的阳白、鱼腰、

四白、颧髎、地仓、牵正、合谷，以及患侧眼轮匝肌、口轮匝肌上的阿是穴。操作方法：面部各穴位进针与面部呈 30° ，针刺深度 1 cm，合谷穴垂直进针，针刺深度 2 cm。得气后，两组电针导线连接方式分别为眼轮匝肌上的阿是穴（正极）与阳白（负极），口轮匝肌上的阿是穴（正极）与牵正（负极），每次 30 min。起针后沿表情肌向上、向外上方向行闪罐治疗，以局部皮肤红润为度。恢复期选穴及电针导线连接方式如附图 2 所示（请扫描本文二维码获取）。

两组均每周 5 次进行闪罐与针刺治疗，至发病 45 天。

2.4 观察指标和方法

2.4.1 主要结局指标 SFSGS 评分^[11]：分别于治疗前、发病后第 10 天、第 30 天及第 45 天评估患者面神经功能。评分由静态观、动态观、联带运动三部分组成，静态观评估眼部、面颊和嘴唇 3 个区域，从正常到不同程度异常分别对应“0”到“2”分，静态评分为所得分 $\times 5$ ；动态观评估当面部在主动运动时与健侧对比皱眉、轻闭眼、咧嘴微笑、皱眉、撇嘴有无移动，从“完全无移动”到“完全正常移动”共分为五级，对应“1”到“5”分，动态评分为所得分 $\times 4$ ；联带运动评估当在皱眉、轻闭眼、咧嘴微笑、皱眉、撇嘴时有无联带运动，从“无”到“重度”共分为 4 级，对应“0”到“3”分。SFSGS 评分=动态观评分+静态观评分+联带运动评分，满分 100 分，分数越高表示面神经功能越好。

2.4.2 次要结局指标

1) House-Brackmann (H-B) 分级^[13]：分别于治疗前、发病后第 10 天、第 30 天及第 45 天评估患者 H-B 分级，共分为六级，Ⅰ级为正常，Ⅱ级为轻度功能异常，Ⅲ级为中度功能异常，Ⅳ级为中重度功能异常，Ⅴ级为重度功能异常，Ⅵ级为全瘫。按照分级分别转化为 1~6 分。

2) FDI 评分^[14]：因考虑到发病后第 10 天患者社会心理变化不明显，故未在发病后第 10 天评估。分别于治疗前，发病后第 30 天、第 45 天评估。FDI 评分量表为两部分，其中面部残疾指数-躯体功能 (FDIP) 是关于躯体功能的评估，包括进食、饮水、漱口、发音、眼睛流泪共 5 项功能状态，每项评估分为 6 个等级，依次为没有困难、稍有困难、有些困难、非常困难、因健康原因不进行上述活动、因其他原因不进行上述活动，分别对应“5”到“0”分，该项总分为(5 项累计得分-5) $\times 5$ ，评

分越高代表躯体功能越好；面部残疾指数-社会心理 (FDIS) 是针对社会心理功能的评估，包括患病之后感到平静的时长（所有时间、大部分时间、相当部分时间、有时、少许时间、从来没有，分别对应“6”到“1”分），以及感到与周围隔绝、易怒焦虑、在睡梦中醒来、因病排斥正常社交的时长（从来没有、少许时间、有时、相当部分时间、大部分时间、所有时间，分别对应“6”分到“1”分），该项总分为(5 项累计得分-5) $\times 4$ ，评分越高代表社会心理状态越好。

3) 达到 H-B 分级Ⅰ级患者的百分比：在研究结束时，即发病后第 45 天统计 H-B 分级达到Ⅰ级的患者例数占纳入患者总例数的百分比。

2.4.3 安全性评价 观察并记录患者晕针、断针、滞针、局部血肿、过敏、感染及治疗后其他不适感发生情况，形成不良事件记录表，并予以对症处理。

2.5 统计学方法

数据分析采用全分析集 (FAS)，FAS 是以意向性分析原则为基础，参与随机分组的患者，若至少接受过 1 次治疗，均应纳入分析。FAS 中，未完成试验的患者，缺失的主要指标采用最后 1 次的观察指标进行接转。

采用 IBM SPSS Stastic 26.0 统计分析软件进行统计分析，计量资料采用 D'Agostino 检验法进行正态性检验，数据均呈正态分布，故采用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示，组间比较采用独立样本 *t* 检验，多时点测量采用重复测量方差分析；计数资料用例数 (%) 表示，组间比较采用卡方检验或 Fisher 确切概率法。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

本研究 80 例患者均进入 FAS 集，其中治疗组 40 例，对照组 40 例。

3.1 两组患者治疗前后 SFSGS 评分、H-B 分级及 FDI 评分比较

表 2 示，两组患者治疗前 SFSGS 评分、H-B 分级及 FDIP 评分、FDIS 评分比较，差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。与本组治疗前比较，两组患者 SFSGS 评分在发病后第 10 天、第 30 天、第 45 日均升高 ($P<0.05$)；H-B 分级在发病后第 10 天差异无统计学意义 ($P>0.05$)，在发病后第 30 天、第 45 日均降低 ($P<0.05$)；FDIP 及 FDIS 评分在发病后第 30 天、第 45 日均升高 ($P<0.05$)。与对照组发病后同时时间比较，治疗组患者发病后第 10 天 SFSGS 评分、H-B

表2 两组特发性面神经麻痹患者治疗前及发病后不同时间SFGS评分、H-B分级、FDI评分比较

Table 2 Comparison of SFGS scores, H-B grades, and FDI scores between the two groups of patients with idiopathic facial palsy before treatment and at different times after onset of disease (分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	SFGS 评分	H-B 分级	FDI 评分	
					FDIP	FDIS
治疗组	治疗前	40	41.50±2.81	3.78±0.15	59.50±2.85	78.73±1.36
	发病后第10天	40	55.98±2.11 ^{a)}	3.33±0.13	—	—
	发病后第30天	40	89.60±2.09 ^{a) b)}	1.60±0.12 ^{a) b)}	75.58±1.88 ^{a)}	90.70±1.01 ^{a) b)}
	发病后第45天	40	94.80±1.51 ^{a) b)}	1.23±0.08 ^{a) b)}	95.15±1.18 ^{a) b)}	95.50±0.50 ^{a) b)}
对照组	治疗前	40	40.70±3.12	3.73±0.16	63.63±2.76	79.35±1.00
	发病后第10天	40	52.93±3.09 ^{a)}	3.40±0.12	—	—
	发病后第30天	40	70.95±3.58 ^{a)}	2.33±0.17 ^{a)}	71.40±2.17 ^{a)}	87.85±0.98 ^{a)}
	发病后第45天	40	86.80±2.76 ^{a)}	1.58±0.11 ^{a)}	86.75±2.22 ^{a)}	93.65±0.67 ^{a)}

注：SFGS，多伦多面部评分系统；H-B 分级，House-Brackmann 分级；FDI，面部残疾指数；FDIP，面部残疾指数-躯体功能；FDIS，面部残疾指数-社会心理；—，未检测。

a) 与本组治疗前比较， $P<0.05$ ；b) 与对照组发病后同时间比较， $P<0.05$ 。

分级差异无统计学意义 ($P>0.05$)；发病后第 30 天、第 45 天 SFGS 及 FDIS 评分均明显升高，H-B 分级均明显降低 ($P<0.05$)；而 FDIP 评分在发病后第 30 天差异无统计学意义 ($P>0.05$)，在发病后第 45 天显著高于对照组 ($P<0.05$)。

3.2 两组患者治疗结束时 H-B 分级达 I 级的百分比比较

在治疗结束时，治疗组达到 H-B 分级为 I 级的为 77.50% (31 例)，显著高于对照组的 55.00% (22 例) ($\chi^2=4.53$, $P<0.05$)。

3.3 安全性评价

治疗期间两组患者未发生任何与针刺、点刺放血及拔罐相关的不良反应。

4 讨论

IFP 属于中医学“口喎”“口喎僻”“口眼喎斜”等范畴。现代医学对 IFP 的发病认识，其一可能与面神经本身感受冷空气有关，冷空气引起局部营养神经的血管发生痉挛，造成神经缺血、水肿^[15-17]；其二是面神经周围的茎乳孔内骨膜炎的发生可能会导致面神经受压、血液循环障碍^[18]，继而导致颞内侧面神经水肿，但由于骨管内缺乏足够令神经扩张的空间，从而造成因水肿导致的室隔综合征^[19]。在 IFP 的病理变化初期，主要表现为面神经水肿和脱髓鞘，在末期则表现为轴突变性和神经萎缩^[18]。IFP 不同阶段的治疗目的并不相同，治疗的侧重点也不尽相同，因此治疗方法也应随之调整。有研究表明发病后 1 周的面神经状态是 IFP 预后的重要影响因素^[20]，因此在 IFP 急性期找到行之有效的方法消除面神经水肿，对预后至关重要。本研究基于以

上认识，急性期针刺治疗方案以散血活血、通络消肿为主。

尽管类固醇类药物缓解面神经水肿的效果已被证明^[21]，但由于急性期面神经管内形成的卡压状态导致局部的血液循环障碍，这可能使口服类固醇类药物在面神经管的病灶处无法达到有效的血药浓度，从而影响疗效^[22]。本研究在急性期口服醋酸泼尼松片的基础上选取面神经干出茎乳孔处的翳风及面神经干出颅后发出分支之前的听会，以上两个穴位接近面神经干两端的位置，针刺到一定深度时可以直接刺激到面神经干周围的组织，得气后连接电针，采用频率为 2/10 Hz 的疏密波，可使局部肌肉有节奏地舒缩，加强局部血液循环和淋巴循环，改善组织的营养代谢，消除炎症水肿^[23]，且局部微循环的改善为药物达到有效的血药浓度创造了条件。此外，通过刺激形成的局部血流灌注对维持机体内环境稳态及免疫功能调节都发挥着重要作用^[24]。同时，在翳风点刺放血结合拔罐可活血通络、化瘀消肿。

本研究结果显示，与治疗前比较，两组治疗后在各个时间点的 SFGS 评分均升高，在发病后第 30 天、第 45 天 H-B 分级均降低，FDIP 和 FDIS 评分亦均升高，提示急性期的两种干预方式对面神经功能的恢复和患者社会心理状态均有改善作用，且患者 FDIS 的变化趋势与面神经功能的恢复情况相一致。两组间比较显示，治疗组在发病后第 30 天、第 45 天较对照组 SFGS 及 FDIS 评分均升高，H-B 分级均降低，FDIP 评分在发病后第 45 天较对照组升高；而在发病后第 10 天两组间 SFGS 评分、H-B 分级比

较差异无统计学意义。分析其原因,可能是因为面神经的病理生理学改变在 IFP 发病后 10 到 14 天才形成^[25],但在疾病急性期采用的干预方式在很大程度上决定了面神经后期功能的恢复^[26],因此,在发病后第 30 天、第 45 天两组各个指标差异显著,提示急性期治疗组采用的干预方法在改善患者面神经功能方面有一定的疗效优势,并且患者的社会心理状态的恢复优于对照组。在发病第 45 天时,治疗组 H-B 分级达到 I 级的例数显著多于对照组,亦提示治疗组在急性期的干预方法对面神经功能的改善优于对照组。

综上所述,基于对 IFP 发病的认识,本研究采用电针结合点刺放血、拔罐治疗 IFP 急性期患者取得了较好的临床效,且安全性好。但限于本研究观察周期较短,缺乏长期随访,故无法统计研究结束时 H-B 分级尚未达到 I 级的患者的最终转归,且本研究病例来源较为单一,样本代表性有一定局限性。后续将开展多中心临床试验,并开展远期疗效观察,以进一步明确该治疗方案对急性期的干预疗效。

参考文献

- [1] MASTERSON L, VALLIS M, QUINLIVAN R, et al. Assessment and management of facial nerve palsy [J]. BMJ, 2015, 351: h3725. doi: 10.1136/bmj.h3725.
- [2] YANAGIHARA N. Incidence of Bell's palsy [J]. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl, 1988, 137: 3-4. doi: 10.1177/00034894880976s301.
- [3] ALAM DS, HAFEEY T, VAKHARIA K, et al. Sternohyoid flap for facial reanimation: a comprehensive preclinical evaluation of a novel technique [J]. JAMA Facial Plast Surg, 2013, 15(4): 305-313.
- [4] ZHAO JP, PIAO YZ, WANG J. Effect of acupuncture combined with blood-letting by a three-edged needle on 50 cases of Bell's palsy at the acute stage [J]. J Tradit Chin Med, 2010, 30(2): 118-121.
- [5] 张中一, 刘茵. 电针干预急性期周围性面瘫临床疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2009, 28(9): 517-519.
- [6] 王静华, 崔耀辉, 李瑛, 等. 针刺患侧“反映点”治疗急性期周围性面瘫疗效对照观察 [J]. 中国针灸, 2019, 39(6): 588-592.
- [7] BOKHARI SZ, ZAHID SS. Acupuncture treatment of facial palsy [J]. J Ayub Med Coll Abbottabad, 2010, 22(4): 70-73.
- [8] 贾建平, 陈生弟. 神经病学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 389-391.
- [9] SULLIVAN FM, SWAN IRC, DONNAN PT, et al. Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy [J]. N Engl J Med, 2007, 357(16): 1598-1607.
- [10] KHEDR EM, BADRY R, ALI AM, et al. Steroid/antiviral for the treatment of Bell's palsy: double blind randomized clinical trial [J]. Restor Neurol Neurosci, 2016, 34(6): 897-905.
- [11] ROSS BG, FRADET G, NEDZELSKI JM. Development of a sensitive clinical facial grading system [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1996, 114(3): 380-386.
- [12] 谭冠先. 疼痛诊疗学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 31.
- [13] HOUSE JW, BRACKMANN DE. Facial nerve grading system [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1985, 93(2): 146-147.
- [14] VANSWEARINGEN JM, BRACH JS. The facial disability index: reliability and validity of a disability assessment instrument for disorders of the facial neuromuscular system [J]. Phys Ther, 1996, 76(12): 1288-1298, 1300.
- [15] ROWLANDS S, HOOPER R, HUGHES R, et al. The epidemiology and treatment of Bell's palsy in the UK [J]. Eur J Neurol, 2002, 9(1): 63-67.
- [16] ENGSTORM M, THUOMAS KA, NAESER P, et al. Facial nerve enhancement in Bell's palsy demonstrated by different gadolinium-enhanced magnetic resonance imaging techniques [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1993, 119(2): 221-225.
- [17] KOZU H, TAMURA E, PARRY GJ. Endoneurial blood supply to peripheral nerves is not uniform [J]. J Neurol Sci, 1992, 111(2): 204-208.
- [18] TIEN R, DILLON WP, JACKLER RK. Contrast-enhanced MR imaging of the facial nerve in 11 patients with Bell's palsy [J]. AJR Am J Roentgenol, 1990, 155(3): 573-579.
- [19] MYCKATYN TM, MACKINNON SE. A review of facial nerve anatomy [J]. Semin Plast Surg, 2004, 18(1): 5-12.
- [20] FUJIWARA T, HATO N, GYO K, et al. Prognostic factors of Bell's palsy: prospective patient collected observational study [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2014, 271(7): 1891-1895.
- [21] BAUGH RF, BASURA GJ, ISHII LE, et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy executive summary [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2013, 149(5): 656-663.
- [22] QIN YN, YANG LH, ZHANG M, et al. Efficacy evaluation and mechanism study of electroacupuncture intervention in acute phase of IFP: study protocol for a randomized controlled trial [J]. Trials, 2021, 22(1): 663.

- [23]王富春,马铁明. 刺灸灸法学[M]. 10版. 北京:中国中医药出版社,2016:197.
- [24]胡晓清,郑小艳,马文霞,等. 星状神经节阻滞在慢性鼻窦炎合并高血压患者围手术期中的应用[J]. 中华医学杂志,2020,100(33):2591-2595.
- [25]SITTEL C, STENNERT E. Prognostic value of electro-

- myography in acute peripheral facial nerve palsy [J]. Otol Neurotol, 2001, 22(1):100-104.
- [26]DEVRIESE PP, SCHUMACHER T, SCHEIDE A, et al. Incidence, prognosis and recovery of Bell's palsy. A survey of about 1000 patients (1974-1983) [J]. Clin Otolaryngol Allied Sci, 1990, 15(1):15-27.

Electroacupuncture Combined with Point Bloodletting and Cupping for Idiopathic Facial Palsy in Acute Stage of 40 Cases: A Randomized Controlled Trial

QIN Yi'nan^{1,2}, YANG Lihong¹, BAI Yang³, XU Tianyu¹, ZHAO Nana¹, LI Zhimei¹, DU Yuanhao^{1,2}

1. School of Acupuncture, Moxibustion and Tuina, Shanxi University of Chinese Medicine, Xianyang, 712046; 2. First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine; 3. Qingyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Gansu Province

ABSTRACT Objective To explore the influence of electroacupuncture combined with point bloodletting and cupping for facial nerve function recovery in acute stage of idiopathic facial palsy (IFP). **Methods** Eighty patients with IFP in the acute stage were randomly divided into 40 cases each in the treatment group and the control group. In the control group, oral prednisone acetate tablets were administered during the acute stage when the disease duration was less than 10 days; and electroacupuncture and flash cupping were provided during the recovery stage when the disease duration was more than 10 days, five times a week. For treatment group in acute stage, the stellate ganglion, vagus nerve stimulation point in the auricular cavity, Yifeng (TE 17) and Tinghui (GB 2) were needled on the affected side on the basis of the treatment of control group, with Yifeng and Tinghui connecting to electroacupuncture apparatus, once a day; point bloodletting and then cupping in Yifeng 2 times a week; in recovery stage, the treatment was the same as that of the control group. Both groups were treated until the 45th day from onset. The primary outcome was the Toronto facial grading system (SFGS), and the secondary outcomes included house-brackmann (H-B) grade, facial disability index (FDI) score, and number of H-B grade-I cases. Adverse events were recorded in both groups. **Results** The SFGS scores of the patients in both groups were higher on the 10th, 30th and 45th days after onset of disease compared with those before the treatment ($P<0.05$); the H-B grade was lower on the 30th and 45th days after the onset of the disease compared with those before the treatment ($P<0.05$); and the facial disability index physical function (FDIP) and facial disability index social function (FDIS) scores were higher on the 30th and 45th days after onset of disease ($P<0.05$). SFGS scores of patients in the treatment group were significantly higher than those of the control group on the 30th and 45th days after onset ($P<0.05$); H-B grade was significantly lower than that of the control group on the 30th and 45th days after onset ($P<0.05$); and FDIP scores on the 45th day after onset, and FDIS scores on the 30th and 45th days after onset were significantly higher than those of the control group ($P<0.05$). At the end of treatment, 77.50% (31 cases) achieved H-B grade-I in the treatment group, which was more than 55.00% (22 cases) in the control group ($P<0.05$). No adverse events occurred in either group. **Conclusion** Electroacupuncture combined with point bloodletting and cupping for IFP in acute stage can improve the recovery degree of facial nerve function, improve effectiveness, and show a high degree of safety.

Keywords idiopathic facial palsy; acute stage; facial nerve function; electroacupuncture; point bloodletting; cupping; randomized controlled trial

(收稿日期: 2024-01-15; 修回日期: 2024-04-10)

[编辑: 叶晨]