

• 论 著 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2026. 07. 012

小续命汤加减联合针刺治疗面瘫急性期风寒袭络证患者的疗效及对临床症状、面部残障情况、面神经电生理状况的影响*

刘俊华, 马 伟, 汪晓霞

酒钢医院中医科, 甘肃嘉峪关 735100

摘要:目的 探讨小续命汤加减联合针刺治疗面瘫急性期风寒袭络证患者的疗效及对临床症状、面部残障情况、面神经电生理状况的影响。方法 选取 2020 年 5 月至 2022 年 5 月该院收治的 80 例面瘫急性期风寒袭络证患者作为研究对象, 采用随机数字表法将所有患者分为对照组和观察组, 每组 40 例。对照组在西药常规治疗的基础上予以针刺治疗, 观察组在对照组的基础上联合小续命汤加减治疗。比较 2 组疗效、不良反应及治疗前后临床症状评分、面神经残疾指数(FDI)评分、House-Brackman 面神经功能分级标准(H-B 分级)、血清因子[白细胞介素(IL)-6、IL-1 β 、神经生长因子(NGF)、胶质细胞源神经营养因子(GDNF)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、脑源性神经营养因子(BDNF)]水平, 以及眼轮匝肌、口轮匝肌波幅与潜伏期。结果 观察组总有效率为 95.00%, 高于对照组的 80.00%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗后各项临床症状评分及总分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗后 FDI 中躯体功能(FDIP)评分高于对照组, 社会生活功能(FDIS)评分低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗后 H-B 分级优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗后血清 NGF、GDNF、BDNF 水平均高于对照组, 血清 TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 水平均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗后眼轮匝肌、口轮匝肌的波幅均高于对照组, 潜伏期均短于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。2 组不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 小续命汤加减联合针刺治疗面瘫急性期风寒袭络证疗效可靠, 可减轻炎症反应, 调控神经营养因子水平, 改善面部神经及肌肉功能, 促进面瘫症状及体征好转, 且安全性较高。

关键词:小续命汤; 针刺; 面瘫; 急性期; 风寒袭络证; 面神经

中图分类号:R745.1;R446.1 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2026)07-0938-08

Therapeutic effect of modified Xiaoxuming decoction combined with acupuncture on the clinical symptoms, facial disability and facial nerve electrophysiological status in patients with acute facial paralysis with wind-cold attack collaterals syndrome*

LIU Junhua, MA Wei, WANG Xiaoxia

Department of Traditional Chinese Medicine, Jiugang Hospital, Jiayuguan, Gansu 735100, China

Abstract: Objective To explore the therapeutic effect of modified Xiaoxuming decoction combined with acupuncture on the clinical symptoms, facial disability and facial nerve electrophysiological status in patients with acute facial paralysis with wind-cold attack collaterals syndrome. **Methods** A total of 80 patients with wind-cold syndrome in the acute stage of facial paralysis admitted to this hospital from May 2020 to May 2022 were selected as the research objects. All patients were divided into a control group and an observation group by random number table method, with 40 cases in each group. The control group was treated with acupuncture on the basis of conventional western medicine, and the observation group was treated with modified Xiaoxuming decoction on the basis of the control group. The curative effect, adverse reactions, clinical symptom score, facial nerve disability index (FDI) score, House-Brackman facial nerve function grading standard (H-B grade), serum factors [interleukin (IL)-6, IL-1 β , nerve growth factor (NGF), glial cell line-derived neurotrophic factor (GDNF), tumor necrosis factor- α (TNF- α), brain-derived neurotrophic factor (BDNF)] levels, orbicularis oculi muscle, orbicularis oris muscle amplitude and latency before and after treatment were compared between the two groups. **Results** The total effective rate of the observation group was 95.00%, which was

* 基金项目:甘肃省级人才项目(2022LQGR17)。

作者简介:刘俊华,女,副主任医师,主要从事中医内科面瘫方向的研究。

引用格式:刘俊华,马伟,汪晓霞.小续命汤加减联合针刺治疗面瘫急性期风寒袭络证患者的疗效及对临床症状、面部残障情况、面神经电生理状况的影响[J].检验医学与临床,2026,23(7):938-944.

higher than 80.00% of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the clinical symptom scores and total scores of the observation group were lower than those of the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the FDI physical function (FDIP) score of the observation group was higher than that of the control group, and the social life function (FDIS) score was lower than that of the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the H-B grade of the observation group was better than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the levels of serum NGF, GDNF, and BDNF in the observation group were higher than those in the control group, and the levels of serum TNF- α , IL-1 β , and IL-6 were lower than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the amplitude of orbicularis oculi muscle and orbicularis oris muscle in the observation group was higher than that in the control group, and the latency was shorter than that in the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** Xiaoxuming decoction combined with acupuncture is effective in the treatment of patients with acute facial paralysis with wind-cold attack collaterals syndrome, which can reduce inflammatory response, regulate the level of neurotrophic factors, improve facial nerve and muscle function, and promote the improvement of facial paralysis symptoms and signs, with high safety.

Key words: Xiaoxuming decoction; acupuncture; facial paralysis; acute phase; wind-cold attack collaterals syndrome; facial nerve

面瘫是一种神经损伤性疾病,因病毒感染面神经或急性炎症病变引起,又称为周围性面神经炎^[1]。现代医学主要以激素类、抗病毒类及神经营养药物治疗为主,具有一定的疗效,但不能根除疾病,且起效较慢,西药疗效存在瓶颈^[2]。中医对面瘫的治疗早有记载,已积累丰富的经验,其中针刺疗法依据经络脏腑之关联,选穴施术,激发经气,可疏通面部阻滞经络,调和气血,已有研究证实针刺疗法在面瘫治疗中具有良好疗效^[3]。中医认为,面瘫多因机体禀赋不足、正气受损,易受风寒、风热等邪气侵袭致病^[4]。针刺治疗即时疗效明显,然而对内在病理病机改善有限,故可尝试联合汤药治疗。小续命汤最早记载于《备急千金要方》,药性峻猛,适用于外风实证,后有医学大家王焘调整药材剂量以增强温燥之效,将化裁后方剂载于《外台秘要》,本研究所取方剂即来源于此^[5]。目前,临床主要是将小续命汤应用于大脑神经损伤相关疾病中,包括脑卒中及其相关后遗症^[6-8],关于面神经损伤引起面瘫的研究尚少。中医认为,面瘫因外风(风寒/风热)侵袭面部经络引起,而小续命汤秉持祛风通络、扶正固本要则,适用于风寒袭络证患者。因此,本研究在西药常规治疗的基础上,尝试分析小续命汤加减联合针刺治疗对面瘫急性期风寒袭络证的疗效,以期为临床寻找科学、有效且安全的联合治疗方案提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 5 月至 2022 年 5 月本院收治的 80 例面瘫急性期风寒袭络证患者作为研究

对象,采用随机数字表法将所有患者分为对照组和观察组,每组 40 例。诊断标准:(1)西医参照《中国特发性面神经麻痹诊治指南》^[9],拟订周围性面神经炎诊断标准,起病急;一侧或双侧额纹变浅或消失,无法皱眉;眼睑闭合不全;鼻唇沟消失或变浅;口角下垂,鼓腮漏气,示齿时口角歪向健侧;吹口哨、鼓气漏气,食物滞于患侧齿龈;或伴舌前 2/3 味觉消失,或伴耳后疼痛,或伴听觉过敏;同时排除继发性因素。(2)中医参照《针灸治疗学》^[10],拟订风寒袭络证辨证面瘫标准,主症为突发口角歪斜,面紧拘急,僵滞不舒;次症为眼裂、瞬目流泪、闭合不全、无汗、畏风、恶风寒、耳后疼痛、肌肉酸痛、发热,舌淡红、苔白且薄、脉浮缓或浮紧,患者出现口角歪斜。至少具备 1 项主症、2 项次症才可明确诊断。纳入标准:(1)符合中医、西医诊断标准;(2)年龄 ≥ 18 岁;(3)均于急性期到本院就诊;(4)均为单侧发病。排除标准:(1)合并精神类疾病患者;(2)因中枢性面瘫、腮腺炎等其他原因引发的继发性面瘫患者;(3)存在亨特氏或吉兰巴雷综合征患者;(4)合并肝、肾等重要器官功能障碍患者;(5)存在免疫、凝血功能障碍患者;(6)合并恶性肿瘤患者;(7)合并慢性疾病(高血压、糖尿病等)未得到控制患者;(8)存在针刺治疗禁忌证患者;(9)对中药治疗过敏患者;(10)孕妇或哺乳期女性;(11)同时参与其他研究患者。脱落及剔除标准:(1)依从性差,未完成计划治疗方案,导致重要数据缺失者;(2)不明原因失访者;(3)自愿退出本研究者;(4)突发重大疾病或重要变故影响治疗方案的实施及疗效判定者。对照组中男 24

例,女 16 例;年龄 30~65 岁,平均(48.59±5.26)岁;体质指数(BMI)18.2~25.9 kg/m²,平均(21.68±1.12)kg/m²;病程 1.0~7.5 d,平均(4.12±0.95)d;病变部位:左侧 21 例,右侧 19 例。观察组中男 22 例,女 18 例;年龄 30~69 岁,平均(49.10±6.00)岁;BMI 18.4~25.4 kg/m²,平均(22.04±1.03)kg/m²;病程 0.5~7.5 d,平均(4.04±1.02)d;病变部位:左侧 17 例,右侧 23 例。2 组性别、年龄、BMI、病程、病变部位比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有研究对象均知情同意并签署知情同意书。本研究经本院医学伦理委员会审核批准(JGYY2020-EC-014)。

1.2 方法 参照《中国特发性面神经麻痹诊治指南》^[9]确定 2 组常规西药治疗方案。口服维生素 B₁ 片(生产厂家:西安风华药业有限公司,生产批号:国药准字 H20045662,规格:每片 10 mg),1 片/次,3 次/d,连续用药 1 周;维生素 B₁₂ 注射液(生产厂家:西安风华药业有限公司,生产批号:国药准字 H61022231,规格:1.0 mg/0.5 mg),0.5 mg 肌肉注射,1 次/d,连续用药 1 周;地塞米松注射液(生产厂家:南阳普康药业有限公司,生产批号:国药准字 H41022713,规格:1 mL/2 mg),10 mg 静脉滴注,1 次/d,连续用药 3 d 后,减少剂量至 5 mg,1 次/d,继续治疗 2 d。若合并病毒感染者则口服泛昔洛韦胶囊(生产厂家:迪沙药业集团有限公司,生产批号:国药准字 H20083482,规格:0.125 g×12 粒),0.25 g 口服,3 次/d。

1.2.1 对照组 在常规西药治疗的基础上予以针刺治疗。由同一组经验丰富(临床工作 5 年及以上)的专业临床医生参照《针灸技术操作规范》^[11]进行针灸,指导患者保持舒适坐位,采用 95%乙醇进行穴位消毒,针灸针选择苏州天协针灸器械有限公司(苏械注准:20162200894)的 0.25 mm×13.00 mm、0.25 mm×25.00 mm、0.30 mm×40.00 mm 针灸针,参照《针灸治疗学》^[10]及临床治疗经验选穴:攒竹、阳白、丝竹空、水沟、颧髻、承浆、牵正、太阳、风池、翳风、合谷。其中攒竹、颧髻、太阳、阳白、丝竹空选择 0.25 mm×25.00 mm 的针灸针,进针 0.3~0.8 cm;水沟、承浆选择 0.25 mm×13.00 mm 的针灸针,进针 0.3~0.5 cm;牵正、风池、翳风、合谷选择 0.30 mm×40.00 mm 的针灸针,进针 0.5~1.0 cm。另肝郁甚者加太冲,选择 0.30 mm×40.00 mm 的针灸针直刺 0.5 cm;气虚甚者加足三里、三阴交,选择 0.25 mm×40.00 mm 的针灸针直刺 0.8 cm。初期行针(急性期)采用浅刺针法,待病情缓解(静止期)后再进行透刺法,地仓向颊车平刺,阳白向鱼腰平刺,颊车向颧髻平刺,迎香向四白平刺。针刺得气后留针 30 min,留针期间每 10 min 行针 1 次,维持得气感。1 次/d,治疗 5 d,休息 2 d 为

1 个疗程,共治疗 4 个疗程(4 周)。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上予以小续命汤加减治疗,方剂组成:麻黄 9 g,防己 9 g,人参 9 g,黄芩 9 g,桂枝 9 g,炙甘草 6 g,芍药 9 g,川芎 9 g,杏仁 9 g,防风 12 g,生姜 30 g,白附片 3 g。度过急性期(约 7 d)后,再次辨证,去除白附片,形寒肢冷者,去防己,加当归 10 g;疼痛甚者,加延胡索 9 g;水肿者,加茯苓 9 g。1 剂/d,由中药房统一煎制至 400 mL,分装 2 袋,每天早晚各 1 次,饭后 30 min 口服。共治疗 4 周。

1.3 观察指标

1.3.1 疗效 依据文献^[12]拟订疗效评估标准。治愈:患者治疗后面瘫症状完全消失,面部表情自然,House-Brackman 面神经功能分级标准(H-B 分级)达到 I 级;明显好转:患者治疗后面瘫症状明显改善,H-B 分级达到 II 级;好转:患者治疗后面瘫症状有所改善,H-B 分级达到 III 级;无效:患者治疗后面瘫症状无好转甚至更加严重,H-B 分级未改变甚至增加。总有效率=(治愈例数+明显好转例数+好转例数)/总例数×100%。

1.3.2 临床症状评分 评估患者治疗前后临床症状,依据中西医诊断标准及临床经验对常见的 10 项临床症状进行评价,包括鼻唇沟、额肌运动、舌前 2/3 味觉、闭目眼裂、口角歪斜、耸鼻运动、鼓腮、示齿、听觉、耳后疼痛 10 个方面,均采用 0~3 分评分法。评分越高表明面瘫症状越严重。

1.3.3 H-B 分级 评估 2 组治疗前后 H-B 分级情况。H-B 分级共 6 级。面部神经支配区域功能正常为 0 级,评分为 0 分;轻度功能障碍、中度功能障碍、重度功能障碍、重度损害、完全麻痹分别对应 I、II、III、IV、V 级,评分为 1~5 分。评分越高表明面神经功能障碍越严重。

1.3.4 血清因子 采集所有患者治疗前后空腹静脉血 5 mL,以 3 500 r/min(离心半径 10 cm)离心 10 min,留取血清,置于一 80 ℃冰箱保存待检。采用酶联免疫吸附试验检测所有患者血清神经生长因子(NGF)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)、脑源性神经营养因子(BDNF)、白细胞介素(IL)-6、胶质细胞源神经营养因子(GDNF)、IL-1β 水平。

1.3.5 面神经电生理状况 采用肌电诱发电位仪(丹麦丹迪公司,型号:Keypoint 型)检测所有患者治疗前后面神经电生理情况,记录眼轮匝肌、口轮匝肌潜伏期与波幅。

1.3.6 面部残障情况 采用面神经残疾指数(FDI)^[13]从躯体功能(FDIP)、社会生活功能(FDIS)2 个方面评估所有患者治疗前后面部残障情况。FDIP 包括 5 项内容,每项评分 0~5 分,总分 0~25 分,线性转化为百分制评分,评分越高表明躯体功能越好;

FDIS 包括 5 项内容, 每项评分 1~6 分, 总分 5~30 分, 线性转化为百分制评分, 评分越高表明生活状况越差。

1.3.7 不良反应 记录治疗期间出现肝、肾功能异常及晕针、头晕、恶心呕吐等发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS26.0 统计软件进行数据分析处理。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 2 组间比较采用独立样本 *t* 检验, 组内治疗前后比较采用配对 *t* 检验; 不符合正态分布的计量资料以 *M* (P_{25}, P_{75}) 表示, 2 组间比较采用 Mann-Whitney *U* 检验, 组内治疗前后比较采用 Wilcoxon 秩和检验。计数资料以例数或百分率表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 等级资料比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组疗效比较 观察组总有效率为 95.00%, 高于对照组的 80.00%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 2 组临床症状评分及总分比较 2 组治疗后额

肌运动、鼻唇沟、耸鼻运动、口角歪斜、鼓腮、示齿、闭目眼裂、听觉、舌前 2/3 味觉、耳后疼痛评分及总分均明显低于治疗前, 且观察组治疗后额肌运动、鼻唇沟、耸鼻运动、口角歪斜、鼓腮、示齿、闭目眼裂、听觉、舌前 2/3 味觉、耳后疼痛评分及总分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组治疗前各项临床症状评分及总分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组治疗前后 H-B 分级比较 2 组治疗前 H-B 分级比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组治疗后 H-B 分级优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3、4。

表 1 2 组疗效比较 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	治愈	明显好转	好转	无效	总有效
观察组	40	15(37.50)	13(32.50)	10(25.00)	2(5.00)	38(95.00)
对照组	40	11(27.50)	10(25.00)	11(27.50)	8(20.00)	32(80.00)
χ^2						4.114
<i>P</i>						0.043

表 2 2 组临床症状评分及总分比较 [$M(P_{25}, P_{75})$, 分]

组别	<i>n</i>	鼻唇沟		额肌运动		舌前 2/3 味觉		闭目眼裂	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	2.0(2.0,3.0)	1.0(1.0,2.0)*	2.0(2.0,3.0)	1.5(1.0,2.0)*	2.0(2.0,3.0)	0.0(0.0,1.0)*	2.5(2.0,3.0)	0.5(0.0,2.0)*
对照组	40	2.5(2.0,3.0)	2.0(1.0,2.0)*	2.0(2.0,2.0)	2.0(2.0,3.0)*	2.0(2.0,2.0)	1.0(1.0,2.0)*	2.0(2.0,2.0)	1.5(1.0,2.0)*
<i>Z</i>		0.112	8.489	0.188	9.004	0.109	7.278	0.388	7.965
<i>P</i>		0.886	<0.001	0.833	<0.001	0.893	<0.001	0.549	<0.001

组别	<i>n</i>	口角歪斜		耸鼻运动		鼓腮		示齿	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	3.0(2.0,3.0)	1.0(1.0,2.0)*	2.5(2.0,3.0)	0.0(0.0,2.0)*	3.0(2.0,3.0)	0.0(0.0,1.0)*	3.0(2.0,3.0)	0.5(0.0,1.0)*
对照组	40	2.5(2.0,3.0)	2.0(2.0,2.0)*	3.0(2.0,3.0)	1.0(1.0,3.0)*	3.0(3.0,3.0)	1.0(1.0,2.0)*	2.5(2.0,3.0)	1.0(1.0,2.0)*
<i>Z</i>		0.147	8.048	0.159	7.996	0.306	10.056	0.401	8.956
<i>P</i>		0.860	<0.001	0.856	<0.001	0.659	<0.001	0.540	<0.001

组别	<i>n</i>	听觉		耳后疼痛		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	3.0(3.0,3.0)	1.0(1.0,2.0)*	2.5(2.0,3.0)	0.0(0.0,2.0)*	21.0(17.0,25.0)	6.0(4.0,8.0)*
对照组	40	3.0(2.0,3.0)	2.0(2.0,3.0)*	2.0(2.0,2.0)	1.5(0.0,2.0)*	19.5(16.0,26.0)	8.0(7.0,9.0)*
<i>Z</i>		0.096	9.157	0.281	9.007	0.379	10.020
<i>P</i>		0.923	<0.001	0.787	<0.001	0.557	<0.001

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

2.4 2 组治疗前后血清 NGF、GDNF、BDNF、TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 水平比较 2 组治疗后血清 GDNF、NGF、BDNF 水平均高于治疗前, 且观察组治疗后血清 GDNF、NGF、BDNF 水平均高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组治疗后血清 IL-1 β 、TNF- α 、IL-6 水平均低于治疗前, 且观察组治疗后血

清 IL-1 β 、TNF- α 、IL-6 水平均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗前血清 NGF、GDNF、BDNF、TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 水平比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 5。

2.5 2 组治疗前后面神经电生理状况比较 2 组治疗后口轮匝肌、眼轮匝肌波幅均高于治疗前, 且观察

组治疗后口轮匝肌、眼轮匝肌波幅均高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2 组治疗后口轮匝肌、眼轮匝肌潜伏期均短于治疗前, 且观察组治疗后口轮匝

肌、眼轮匝肌潜伏期均短于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。2 组治疗前面神经电生理状况各项指标比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 6。

表 3 2 组治疗前 H-B 分级比较[n(%)]

组别	n	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
观察组	40	0(0.00)	0(0.00)	10(25.00)	24(60.00)	6(15.00)
对照组	40	0(0.00)	0(0.00)	12(30.00)	23(57.50)	5(12.50)
Z				0.474		
P				0.635		

表 4 2 组治疗后 H-B 分级比较[n(%)]

组别	n	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
观察组	40	22(55.00)	15(37.50)	3(7.50)	0(0.00)	0(0.00)
对照组	40	14(35.00)	14(35.00)	8(20.00)	3(7.50)	1(2.50)
Z				2.275		
P				0.023		

表 5 2 组治疗前后血清 NGF、GDNF、BDNF、TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	NGF(pg/mL)		GDNF(pg/mL)		BDNF(pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	58.14 \pm 15.45	101.15 \pm 16.59*	5.14 \pm 1.21	9.24 \pm 1.62*	1.19 \pm 0.35	2.26 \pm 0.43*
对照组	40	57.88 \pm 14.69	82.15 \pm 14.92*	5.18 \pm 1.30	7.33 \pm 1.54*	1.21 \pm 0.40	1.74 \pm 0.41*
t		0.077	5.386	-0.142	5.405	-0.238	5.535
P		0.939	<0.001	0.887	<0.001	0.813	<0.001

组别	n	TNF- α (ng/L)		IL-1 β (ng/L)		IL-6(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	36.45 \pm 3.74	21.41 \pm 3.71*	35.45 \pm 4.01	20.10 \pm 3.68*	38.15 \pm 4.03	21.51 \pm 3.90*
对照组	40	36.63 \pm 4.32	26.70 \pm 4.11*	35.60 \pm 3.97	24.55 \pm 4.10*	37.94 \pm 4.31	26.41 \pm 4.08*
t		-0.199	-6.043	-0.168	-5.109	0.225	-5.491
P		0.843	<0.001	0.867	<0.001	0.823	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

表 6 2 组治疗前后面神经电生理状况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	眼轮匝肌				口轮匝肌			
		潜伏期(ms)		波幅(mV)		潜伏期(ms)		波幅(mV)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	3.21 \pm 0.41	2.46 \pm 0.38*	1.02 \pm 0.37	1.70 \pm 0.41*	3.76 \pm 0.69	2.11 \pm 0.50*	1.56 \pm 0.47	2.79 \pm 0.51*
对照组	40	3.19 \pm 0.39	2.80 \pm 0.37*	0.97 \pm 0.40	1.39 \pm 0.38*	3.80 \pm 0.71	2.42 \pm 0.41*	1.61 \pm 0.50	2.31 \pm 0.49*
t		0.224	-4.054	0.580	3.507	-0.256	-3.032	-0.461	4.292
P		0.824	<0.001	0.563	0.001	0.799	0.003	0.646	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

2.6 2 组治疗前后 FDI 评分比较 2 组治疗后 FDIS 评分均高于治疗前, 且观察组治疗后 FDIP 评分高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2 组治疗后

FDIS 评分均低于治疗前, 且观察组治疗后 FDIS 评分低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 7。

表 7 2 组治疗前后 FDIP、FDIS 评分比较($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	n	FDIP 评分		FDIS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	53.01±10.25	87.45±7.25*	64.45±10.25	30.45±9.4*
对照组	40	51.93±11.01	79.44±8.05*	63.97±11.01	41.33±9.71*
t		0.454	4.676	0.202	-5.079
P		0.651	<0.001	0.841	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

2.7 2 组不良反应比较 2 组均未出现肝、肾功能异常,且不良反应均较轻微,无需特殊处理,后续自行缓解。观察组不良反应总发生率为 7.50%,对照组为 12.50%,2 组不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 8。

表 8 2 组不良反应比较[n(%)]

组别	n	晕针	头晕	恶心呕吐	合计
观察组	40	0(0.00)	1(2.50)	2(5.00)	3(7.50)
对照组	40	2(5.00)	2(5.00)	1(2.50)	5(12.50)
χ^2					0.556
P					0.456

3 讨 论

急性期面瘫患者因面部肌肉运动失控而出现眼闭合不全、口角歪斜等面容改变,还存在语言、进食等困难,极大地影响个人的生活质量,若治疗不及时还可能遗留顽固后遗症,加重患者身心负担^[14]。中医认为,面瘫属“吊线风”“口喎”“口僻”“歪嘴风”等范畴,为本虚标实之证,因情志失调、饮食不节、劳累过度等致使内在正气虚弱,则卫外不固,风寒之邪侵袭人体,聚于面部经络,阻滞血运而致气血运行失调,津液衰涸,筋脉肌肉失于濡养,发为此证,故应以调和气血、通络祛风、扶正益气、平衡阴阳为治疗大法^[15]。针刺与药物联合治疗是祖国医学中的经典组合方案,然而具体选穴及汤剂配伍仍需辨证论治,临床尚未形成统一指导意见。

本研究基于中医理论及临床经验,尝试采用小续命汤加减与针刺联合治疗,结果显示,观察组治疗后临床症状评分及总分均低于对照组,总有效率高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),提示联合治疗方案可改善患者临床症状,提升疗效,与梁湘钰等^[16]研究结论相似。分析原因:针刺疗法以疏调局部经气为主,本研究选取面瘫相关穴位,其中合谷为治疗面瘫的主要穴位,属手阳明经原穴,另取阳白、地仓、太阳、风池等可温经散寒,通络止痛,以濡润筋肉,缓解病症,且不同时期手法不同,急性期邪在表,病邪初入肌肤,针刺宜浅,留针宜短,手法宜轻,故施以浅刺针法,静止期邪气衰,正气虚,调整针刺手法为透刺法可

促进气血运行,激发经络之气^[17-19]。同时,本研究在面瘫不同时期调整小续命汤药材配伍,急性期患者风邪正盛,面部气血运行受阻,且素体气血亏虚,方剂中白附片可温肾助阳、回阳救逆,能强化方剂祛风散寒、通络止痛之功效;度过急性期后去除白附片以减轻方剂烈性,生姜、桂枝即可发挥温通经络之功;此外,方剂中麻黄、桂枝可疏解表邪、祛风散寒;杏仁可止咳祛痰、散寒解表、通痹行气;芍药有调和营卫、扶正养血之效;防己、防风有通络解表、解痉止痛之功;川芎具有活血行气、疏肝解郁、祛风止痛、解痉通络之效;甘草性平,调和诸药阴阳;黄芩性凉,可中和诸药温热之性;全方有共奏解表散寒、祛风通络、解痉止痛之功效^[19-20]。针刺与小续命汤加减联合治疗内可调脏腑气血、外可疏经络风邪,疗效更优。

本研究结果显示,观察组治疗后血清 GDNF、BDNF、NGF 水平均高于对照组,血清 TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 水平均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),提示联合小续命汤治疗可调控神经营养因子,并且能缓解机体炎症反应。邹彦等^[22]在痛性糖尿病周围神经病变患者治疗中也发现,联合小续命汤加减治疗可明显降低血清 TNF- α 、IL-6 水平,与本研究结果存在相似之处。分析原因:小续命汤中多种药材均具有抗炎作用,其中黄芩消炎作用良好;川芎有助于改善机体血液循环;麻黄、芍药等具有明显的抗炎效果;多种药物联合应用可减轻炎症损伤,促进神经修复,有助于恢复神经营养因子代谢平衡,且与针刺联合治疗可通过局部刺激调节气血痹阻,加速代谢循环,促进代谢废物排出,缓解局部疼痛、痉挛等不适,小续命汤与针刺治疗联合有协同增强改善机体代谢、调节局部血流、提高机体免疫力的效果,对面瘫症状好转具有积极作用^[23-24]。本研究结果显示,观察组治疗后 H-B 分级优于对照组,FDIS、FDIP 评分改善程度均大于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。分析原因:针刺治疗与小续命汤加减联合可从局部症状缓解至整体机能改善双管齐下,从而病治根本,改善面瘫症状,提高生活质量。

面神经电生理状况是 2020 年国外指南^[25]推荐的诊断面瘫的方式之一,其中眼轮匝肌、口轮匝肌的潜伏期及波幅可客观显示面神经的电生理状况^[26]。面神经电生理状况作为新型指标,临床应用尚未完全普及。本研究尝试对此进行分析,也是本文的创新之处,结果显示,观察组治疗后眼轮匝肌、口轮匝肌的波幅均高于对照组,眼轮匝肌、口轮匝肌的潜伏期均短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),说明联合方案在改善患者面神经电生理状况方面的疗效明确。邸亚芹等^[27]联合常规西医与小续命汤加减治疗面瘫急性期患者,也发现患者面神经电生理图指标明显改

善。小续命汤加减可调理机体内在气血,有扶正祛邪、解表散寒之效,同时本研究与针刺治疗联合,可疏通经络、调和气血,改善面部气血循环与筋脉拘挛状态,针刺治疗与药物联合能发挥协同作用,通过外部穴位刺激及内部气血调理双向作用于病灶,有助于促进面神经修复,改善临床症状^[28-30]。

综上所述,面瘫急性期患者应用小续命汤加减联合针刺治疗疗效良好且安全,联合治疗能有效抑制机体炎症反应,改善神经营养状态,恢复患者面部神经及肌肉功能,从而改善临床症状。但本研究样本量较小,医疗资源有限,未进行长周期随访,未来还需大样本量、长期研究予以验证。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突。

作者贡献 刘俊华:检索文献、病例整理,分析数据、文章构思及研究设计、撰写与修改;马伟、汪晓霞:文献收集,病例数据整理,文章的知识性内容指导和其他相关支持性贡献。

参考文献

- [1] KHAN A J, SZCZEPURA A, PALMER S, et al. Physical therapy for facial nerve paralysis (Bell's palsy): an updated and extended systematic review of the evidence for facial exercise therapy[J]. Clin Rehabil, 2022, 36(11): 1424-1449.
- [2] 王显亮,郭琴,曾繁华,等. 针刺蝶腭神经节联合热敏灸治疗面瘫的临床疗效观察[J]. 检验医学与临床, 2023, 20(13): 1907-1909.
- [3] 彭曼,姚雯,吴清明,等. 名中医吴清明治疗顽固性面瘫经验[J]. 陕西中医, 2023, 44(12): 1796-1799.
- [4] 严娅岚,贾海滨,李培玉,等. 基于面部神经功能及中医症状评分探究温针灸对周围性面瘫患者预后的影响[J]. 天津中医药, 2023, 40(8): 1023-1028.
- [5] 蔡鹤云,马涵,徐彦龙. 针刺疗法干预周围性面神经麻痹的作用机制研究进展[J]. 中医学报, 2025, 40(7): 1493-1500.
- [6] 周亮,宁丽萍. 小续命汤化裁联合梅花针叩刺对老年脑梗死偏瘫患者的临床疗效[J]. 中成药, 2024, 46(6): 1877-1881.
- [7] 张美玲,王祯芝,熊康,等. 小续命汤对缺血性脑卒中作用机制研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(1): 171-174.
- [8] 秦峰,陆荣,俞生. 针灸联合康复功能训练治疗周围性面瘫疗效及预后分析[J]. 陕西中医, 2015, 36(12): 1657-1658.
- [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心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.
- [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: 69-70.
- [11] 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. 针灸技术操作规范[S]. 北京: 中国标准出版社, 2008.
- [12] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 137-138.
- [13] ZHANG L, YE M, XIE H, et al. Comparison of acupuncture intervention from the acute phase or the non-acute phase in patients with peripheral facial paralysis: a systematic review and Meta-analysis[J]. Front Neurol, 2025, 16: 1690231.
- [14] LIU Y, LI C, YAO L, et al. A multi-omics exploration revealing SLIT2 as a prime therapeutic target for peripheral facial paralysis: integrating single-cell transcriptomics and plasma proteome data[J]. Cell Mol Neurobiol, 2025, 45(1): 87.
- [15] LAN D, HUANG C, YU N, et al. Research trends of acupuncture therapy on facial paralysis in a decade spanning 2013—2023: a bibliometric analysis[J]. Complement Ther Med, 2023, 79: 103006.
- [16] 梁湘钰,邱龙,邢艺子,等. 岭南火针联合小续命汤治疗风寒袭络型周围性面瘫的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(12): 3078-3083.
- [17] DENG X, ZHU H, SHI L, et al. Comparison of the efficacy of acupuncture with Tuina with acupuncture-only in the treatment of peripheral facial paralysis: a network Meta-analysis[J]. Intern Emerg Med, 2024, 19(3): 839-858.
- [18] 谢志红,李静,李康,等. 浮针疗法在周围性面瘫治疗中的应用现状及分析[J]. 中国针灸, 2023, 43(5): 607-610.
- [19] 廖文静,陆迅,李正辉,等. 小续命汤加减联合认知康复训练治疗缺血性卒中后认知障碍临床观察[J]. 河北中医, 2025, 47(11): 1807-1811.
- [20] 付雪琴,兰瑞,张勇,等. 小续命汤对急性脑缺血再灌注大鼠突触可塑性的影响[J]. 中国中药杂志, 2023, 48(14): 3882-3889. (下转第 951 页)

• 论 著 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2026.07.013

SII、D-D 对乳腺良恶性肿瘤的鉴别价值分析*

陈燕红¹, 张珊珊², 许锐^{3△}

1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东广州 511400; 2. 惠东县妇幼保健院乳腺科, 广东惠州 516300; 3. 广东省中医院大学城医院乳腺科, 广东广州 511400

摘要:目的 分析外周血系统免疫炎症指数(SII)联合血浆 D-二聚体(D-D)对乳腺良恶性肿瘤的鉴别价值。方法 选取 2020 年 1 月至 2024 年 12 月在惠东县妇幼保健院就诊的 408 例乳腺肿块患者作为研究对象, 根据术后病理检查结果分为乳腺良性疾病组(266 例)和乳腺癌组(142 例)。根据分子分型将乳腺癌患者分为三阴性乳腺癌组(23 例)和 Luminal A+Luminal B 型乳腺癌组(119 例)。收集所有患者基线资料。采用多因素 Logistic 回归分析乳腺肿块恶性及三阴性乳腺癌发生的影响因素。绘制受试者工作特征(ROC)曲线分析 SII、D-D 单独及二者联合对乳腺肿块良恶性的鉴别价值, 以及 SII、D-D 单独及二者联合对三阴性乳腺癌的评估价值。结果 乳腺癌组术前 SII、D-D 水平均高于乳腺良性疾病组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。三阴性乳腺癌组术前 SII、D-D 水平均高于 Luminal A+Luminal B 型乳腺癌组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。多因素 Logistic 回归分析结果显示, 术前 SII、D-D 水平升高均为乳腺肿块恶性的危险因素($P < 0.05$); 术前 SII、D-D 水平升高均为三阴性乳腺癌发生的危险因素($P < 0.05$)。ROC 曲线分析结果显示, SII、D-D 单独及二者联合鉴别乳腺肿块良恶性的曲线下面积(AUC)分别为 0.771、0.786、0.868, 二者联合鉴别乳腺肿块良恶性的 AUC 大于 SII、D-D 单独鉴别的 AUC($P < 0.05$); SII、D-D 单独及二者联合评估三阴性乳腺癌的 AUC 分别为 0.749、0.748、0.828, 二者联合评估三阴性乳腺癌的 AUC 大于 SII、D-D 单独评估的 AUC($P < 0.05$)。结论 SII 联合 D-D 检测可有效鉴别乳腺肿块良恶性及评估三阴性乳腺癌的发生, 可为乳腺癌的早期评估提供参考依据。

关键词:系统免疫炎症指数; D-二聚体; 乳腺肿块; 良恶性鉴别; 三阴性乳腺癌

中图法分类号: R737.9; R446.1

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2026)07-0945-07

Analysis of the differential value of SII and D-D in benign and malignant breast masses*

CHEN Yanhong¹, ZHANG Shanshan², XU Rui^{3△}

1. The Second Clinical Medical College of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou, Guangdong 511400, China; 2. Department of Breast, Huidong Maternal and Child Health Hospital, Huizhou, Guangdong 516300, China; 3. Department of Breast, University Town Hospital of Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou, Guangdong 511400, China

Abstract: Objective To analyze the value of systemic immune inflammation index (SII) in peripheral blood combined with D-dimer (D-D) in plasma in the differential diagnosis of benign and malignant breast masses. **Methods** A total of 408 patients with breast masses who were treated in Huidong County Maternal and Child Health Hospital from January 2020 to December 2024 were selected as the research objects. According to the **Results** of postoperative pathological examination, they were divided into benign breast disease group (266 cases) and breast cancer group (142 cases). According to molecular typing, the patients were divided into triple negative breast cancer group (23 cases) and Luminal A+Luminal B breast cancer group (119 cases). Baseline data of all patients were collected. Multivariate Logistic regression was used to analyze the influencing factors of malignant breast tumors and triple-negative breast cancer. The receiver operating characteristic (ROC) curve was drawn to analyze the value of SII, D-D alone and their combination in the differentiation of benign and malignant breast masses, and the value of SII, D-D alone and their combination in the evaluation of triple-negative breast cancer. **Results** The preoperative SII and D-D levels in the breast cancer group were higher than those in the benign breast disease group, and the differences were statistically significant

* 基金项目: 广东省医学科学技术研究基金项目(C2021063)。

作者简介: 陈燕红, 女, 主治医师, 主要从事乳腺疾病中西医结合诊疗方向的研究。△ 通信作者, E-mail: catdoctor007@163.com。

引用格式: 陈燕红, 张珊珊, 许锐. SII、D-D 对乳腺良恶性肿瘤的鉴别价值分析[J]. 检验医学与临床, 2026, 23(7): 945-951.