

- 颈椎病颈痛疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(5): 442-444.
- [5] 刘立安, 张妹, 王海英, 等. 针刺加灸贴治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 中国针灸, 2016, 36(2): 139-143.
- [7] 全迎婵. 针刺手三阳输穴结合夹脊电针治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 山西中医, 2016, 32(5): 34-35.
- [8] 万碧江, 黄伟, 张压西, 等. 透刺电针治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2013, 35(8): 650-651.
- [9] 张音. 针刺结合温针仪治疗神经根型颈椎病 30 例[J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(4): 90-91.
- [10] 林海瑞. 针刺配合耳针沿皮透刺为主治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2016, 32(5): 25-28.
- (责任编辑: 刘淑婷)

施氏温针结合双侧取穴法治疗面肌痉挛临床观察

梁海丽, 方淡思, 范迪慧, 寿依夏

嘉兴市中医医院针灸科, 浙江 嘉兴 314001

[摘要] 目的: 观察施氏温针结合双侧取穴法治疗面肌痉挛(HFS)的临床疗效。方法: 将 60 例 HFS 患者随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组给予施氏温针结合双侧取穴法治疗, 对照组采用常规的治疗方法。治疗前后观察面肌痉挛程度评分的变化情况, 比较治疗组面肌痉挛的疗效。结果: 疗程结束后, 2 组痉挛程度评分均较治疗前下降, 治疗前后比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 治疗后, 2 组痉挛程度评分治疗前后差值比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组总满意率(包括很满意、满意、基本满意) 83.3%, 对照组 56.7%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组临床疗效显著改善率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。随访 3 月, 2 组患者在治疗过程及治疗后均未出现不良反应, 并且均未影响患者治疗。结论: 施氏温针结合双侧取穴法治疗 HFS 疗效良好, 且安全性好。

[关键词] 面肌痉挛; 针刺; 施氏温针; 双侧取穴法

[中图分类号] R745.1+2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2017) 03-0125-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.03.044

面肌痉挛(Hemifacial spasm, HFS)为一侧面神经支配肌群阵发性、非自主、阵挛性的不规则收缩, 常从下眼轮匝肌开始, 逐渐扩展到同侧面颊、口角等其他面肌; 严重者可累及颈阔肌使整个面部肌肉强烈痉挛, 无神经系统阳性体征。本病可引起心理功能障碍, 严重者影响社交、工作、生活。本病好发于中年以后, 近年来, 发病年龄有年轻化趋势, 发病与性别无关^[1]。迄今为止, HFS 还没有满意的药物治疗方法, 临床较多用针灸治疗^[2-3]。笔者采用施氏温针结合双侧取穴法治疗 HFS, 并以教材所用针刺法作为对照, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照全国统编教材第 5 版《神经病学》^[4]拟

定。①多于中年以后发病; ②抽搐多从眼轮匝肌开始, 可扩散至面颊肌、口轮匝肌甚至颈肌; ③抽搐程度不等, 紧张劳累后加重, 入睡时停止, 不可自行控制; ④神经系统无阳性体征, 头颅 CT、MRI 除外肿瘤等疾病。

1.2 纳入标准 ①符合上述诊断标准; ②年龄 20~70 岁; ③病情程度分级为 2~4 级者(属中、重型); ④志愿参加本研究、完成疗程并签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①继发性面肌痉挛(如三叉神经痛引起的痛性痉挛抽搐、手足徐动症伴面肌痉挛抽搐等); ②精神病患者; ③资料不全、未按规定操作治疗及在观察期间采用其它治疗方法者。

[收稿日期] 2016-09-26

[基金项目] 浙江省中医药管理局适宜技术培育项目 (2011-ZS004)

[作者简介] 梁海丽 (1981-), 女, 医学硕士, 主治医师, 主要从事针灸临床工作。

1.4 一般资料 观察病例为2013年1月—2015年12月在嘉兴市中医医院针灸科门诊就诊的患者,共60例。采用CHISS统计分析软件进行随机分组,分为2组各30例。治疗组男12例,女18例;年龄32~63岁;病程1~60月;痉挛2级12例,3级11例,4级7例。对照组男11例,女19例;年龄26~60岁;病程1~36月;痉挛2级11例,3级13例,4级6例。2组性别、年龄、病程、痉挛等级比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用施氏温针结合双侧取穴法。取穴:双侧攒竹、太阳、颧髎,患侧口禾髎、下关,健侧合谷、列缺,采用0.25mm×40mm一次性无菌毫针,穴位用75%酒精消毒后,单手进针,口面部穴位平补平泻,合谷捻转泻法,列缺捻转补法,针刺得气后留针30min。每周治疗3次,治疗5周,共15次。

2.2 对照组 参照新世纪全国高等中医药院校规划教材《针灸治疗学》中常规的治疗方法。取穴:患侧翳风、攒竹、太阳、颧髎,健侧合谷。随证加减:风寒阻络者加风湿,风热袭络者加曲池、内庭,虚风内动者加太溪、三阴交,先刺合谷,后刺翳风及面部穴位,用捻转泻法,留针、治疗频率及疗程同治疗组。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察治疗前后痉挛程度变化。痉挛程度分级:面肌痉挛程度分级采用Cohen等制定的评分法^[9]。该标准将面肌痉挛程度分为0~4级,共5级,分值分别为0~4分。0级:无痉挛,记0分;1级:外部刺激至瞬目增多,记1分;2级:轻度痉挛,无外部刺激时,眼睑、面肌有轻微颤动,无功能障碍,记2分;3级:中度痉挛,面肌痉挛明显,有轻微功能障碍,记3分;4级:重度痉挛,严重痉挛和功能障碍,并影响工作和生活,记4分。

3.2 统计学方法 所有资料数据均由SPSS18.0进行统计学分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,2组间比较,采用成组t检验;组内治疗前后比较,采用配对t检验;计数资料采用 χ^2 检验;当数据中有理论频数 $T<5$ 时,采用Fisher确切概率法进行

计算。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照国家2012年中医药管理局最新颁布的《中医病证诊断疗效标准》拟定。治愈:疗后随访3月患侧面部未出现不自主抽动;显效:疗后2级痉挛症状缓解,眼睑或面部不再抽动,疗效持续时间 >3 月,或3~4级面肌强直抽搐明显改善及功能障碍消失或减轻,疗效持续时间 >3 月,即痉挛分级下降 ≥ 2 级;有效:疗后2级痉挛的抽动频率降低、幅度减小、持续时间缩短及发作频率减少,或3~4级痉挛面肌强直抽搐缓解,功能障碍仍存在,但形态未引起面容改变,即痉挛分级 ≥ 1 级;无效:疗后患者症状体征无改善。显著改善率=(治愈例数+显效例数)/总例数 $\times 100\%$;总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组治疗前后痉挛程度评分比较 见表1。疗程结束后,2组痉挛程度评分均较治疗前下降,治疗组痉挛程度治疗前后比较, $t=13.098, P<0.01$;对照组痉挛程度治疗前后比较, $t=9.786, P<0.01$;差异均有统计学意义($P<0.01$),提示2组经治疗均有改善。治疗后,2组痉挛程度评分治疗前后差值比较, $t=3.193, P<0.05$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组治疗前后痉挛程度评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	前后差值
治疗组	30	2.83±0.79	0.80±1.06 ^①	2.03±0.85 ^②
对照组	30	2.83±0.75	1.47±1.36 ^①	1.37±0.76

与本组治疗前比较,① $P<0.01$;与对照组比较,② $P<0.05$

4.3 2组满意率比较 见表2。治疗组总满意率(包括很满意、满意、基本满意)83.3%,对照组56.7%, $\chi^2=5.079, P<0.05$,治疗组总满意率优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.4 2组临床疗效比较 见表3。2组临床疗效显著改善率比较,经检验, $\chi^2=4.8$;差异有统计学意义($P<0.05$);2组临床疗效总有效率比较,采用Fisher确切概率法检验, $\chi^2=1.456$,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表2 2组满意率比较

组别	n	很满意	满意	基本满意	说不清	略感不满意	不满意	很不满意	总满意率(%)
治疗组	30	18	4	3	1	2	1	1	83.3 ^①
对照组	30	10	3	4	4	2	2	5	56.7

与对照组比较,① $P<0.05$

表3 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	显著改善率(%)	总有效率(%)
治疗组	30	15	9	4	2	80.0 ^①	93.3
对照组	30	9	7	9	5	53.3	83.3

与对照组比较,① $P<0.05$

4.5 不良反应情况 随访3月,2组患者在治疗过程及治疗后均未出现不良反应,并且均未影响患者治疗情况。

5 讨论

面肌痉挛属中医学“筋惕肉瞤”“胞轮振跳”范畴。本病与心、肝两脏关系最为密切,病位在面部阳经,治疗当以

治风调肝为原则。面肌痉挛属难治病症，疗效不显，且易反复。具体病因尚不明确。西医在本病治疗上暂无特效的治疗方案，目前主要采用药物口服、肉毒素 A 局部注射治疗、射频温控热凝疗法和手术疗法，但此类疗法不仅风险高、副作用大、适用度低，且疗效亦不确切。中医针灸临床报道多有巨刺、缪刺之法。理论缘自《素问·缪刺论》中说“邪客于经，左盛则右病，右盛则左病……必巨刺之，必中其经，非络脉也。”“夫邪客大络者，左注右，右注左，上下左右与经相干，而布于四末，其气无常处，不入于经俞，故络病者，其痛与经脉缪处，故命曰缪刺。”提示邪气盛及邪气在络均可左病取右，右病取左。临床采用温针灸治疗面瘫已有文献报道，体现了“虚则实之”和“宛陈则除之”的治疗原则，能起到单纯针刺达不到的温散寒邪的作用^[6]。

施氏温针之操作及搓捻艾绒于针柄，待其徐徐燃尽。本院施延庆老先生为施氏针灸第五代传人，指出施氏温针属针法范畴，此燃艾为导气法，非艾灸法范畴，1、2 炷即可，非灸法之 3~7 壮，故灸力远不如灸法，温针之法旨在加强针刺疏经通络之效力，故一切经脉壅滞、气血痹阻，不论其气盛、气滞，属虚、属热，皆可温针治疗^[7]。临床上施氏温针也为绝大度数患者所青睐，故能相传至今而不衰。

面肌痉挛患者病程多日久迁延，或久治不愈，或早期失于调治，或愈而复作。中医理论认为，久病入络，久病致瘀，久病必虚，故在针刺方法上必须加强经络的感传、虚实同调方能取效。施氏温针法与双侧取穴法均为加强行气通络、活血散瘀

之法，本研究首次将两者结合使用，相得益彰，疗效较一般针刺法更明显，也得到了广大患者的满意和肯定。

[参考文献]

- [1] Colosimo C, Bologna M, Lamberti S, et al. A comparative study of primary and secondary hemifacial spasm[J]. Arch Neurol, 2006, 63(3): 441-444.
- [2] Wang LX. Treatment of 53 cases of facial spasm with acupuncture [J]. J Acupunct Tuina Sci, 2009, 7 (4): 233-234.
- [3] 李绿茵, 远慧菇. 针灸治疗面肌痉挛研究近况[J]. 长春中医药大学学报, 2011, 27(4): 679-680.
- [4] 王维治. 神经病学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 91.
- [5] Cohen DA, Savino PJ, Stern MB, et al. Botulinum injection therapy for blepharospasm: a review and report of 75 patients[J]. Clin Neuropharmacol, 1986, 9 (5): 415-429.
- [6] 马帅, 王萌萌, 杨佃会. 温针灸结合面部走罐治疗顽固性面瘫 28 例[J]. 中国针灸, 2015, 35(7): 646.
- [7] 高峰, 杨喜兵, 楼志勇. 施氏温针灸合穴位贴敷治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. 中华全科医学, 2015, 13 (2): 289-291.

(责任编辑: 刘淑婷)