

基于络病理论的三联疗法治疗顽固性面肌痉挛的临床观察

翁 明

(四川省第四人民医院针灸科 四川 成都 610000)

【摘要】 目的 观察基于络病理论的三联疗法治疗顽固性面肌痉挛(HFS)的临床疗效。方法 将32例顽固性面肌痉挛随机分为2组,治疗组16例应用基于络病理论的三联疗法,于患部进行揞针治疗结合中药内服加外用中药离子导入,对照组16例采取单纯常规针刺治疗。2组均7d为1个疗程。分别在1、2、3个疗程后比较2组面肌痉挛强度Cohen Albert评分、面肌痉挛频度分级,治疗结束6个月后统计疗效。结果 治疗组总有效率100%,对照组总有效率87.5%。2组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组治疗3个疗程后面肌痉挛强度Cohen Albert评分较本组治疗前均降低($P < 0.05$),治疗组治疗2、3个疗程后面肌痉挛强度Cohen Albert评分均低于对照组($P < 0.05$)。2组治疗3个疗程后面肌痉挛频度分级情况均优于本组治疗前($P < 0.05$);治疗组治疗1、2、3个疗程后面肌痉挛频度分级情况均优于对照组($P < 0.05$)。结论 基于络病理论的三联疗法治疗顽固性面肌痉挛效果明显,且经济、安全,值得临床推广。

【关键词】 面部肌肉;痉挛;埋针;中药疗法;离子透入法

【中图分类号】 R746.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1002-2619(2017)10-1503-04

面肌痉挛(hemifacial spasm, HFS)是一种由不自主阵发性面部肌肉抽动为表现的病症,临床多见于女性患者,诱发因素与精神紧张、疲劳有关。其起病多从眼轮匝肌部位开始慢慢发病,后逐渐蔓延到整个面部。HFS的病因至今尚未阐明清楚,其致病有“核性”假说、血管压迫假说等,推测原因可能为面神经受到血管的压迫,传入神经纤维同传出神经纤维之间发生了传导冲动的短路,从而导致面神经运动核兴奋性异常增高以致面部抽搐症状的发生^[1]。HFS属中医学“筋惕肉瞤”等病范畴,《备急千金要方》中提到“夫眼瞤动,口唇动,偏喎,皆风邪入络”。2014—2016年,笔者应用基于络病理论的三联疗法治疗顽固性面肌痉挛16例,并与常规针刺疗法治疗16例对照观察,结果如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

1.1.1 诊断标准 参照《临床神经外科学》的

HFS诊断标准^[2]:①早期多为眼轮匝肌间歇性抽搐,逐渐扩散至面颊肌、口轮匝肌,严重的眼裂变小,口角歪斜,病程超过6个月;②抽搐程度不同,可因劳累、精神紧张及激动等因素加剧,入睡则抽搐停止;③神经系统检查无阳性体征。

1.1.2 纳入标准 ①符合以上诊断标准;②年龄18~60岁;③同意接受治疗并签署知情同意书。

1.1.3 排除标准 ①合并有心脑血管、造血系统等严重原发性疾病以及周围性面神经麻痹继发HFS的患者;②精神疾病患者未能签署知情同意书者;③妊娠期妇女;④有直流电离子导入的禁忌证患者。

1.2 一般资料 全部32例均为我院针灸科门诊就诊的顽固性HFS患者,随机分为2组。治疗组16例,男6例,女10例;年龄44~76岁,平均(63.0±9.1)岁;病程4~11个月,平均(7.13±1.68)个月;部位:左侧7例,右侧6例,双侧3例。对照组16例,男5例,女11例;年龄43~74岁,平均(64.0±8.8)岁;病程3~10个月,平均(6.91±1.57)个月;部位:左侧5例,右侧7例,双侧4例。2组一般资料比较差异无统计学意义(P

作者简介:翁明(1967—)男,副主任医师,学士。研究方向:针灸治疗神经系统疾病方向。

[15] 刘娇梅. 葛根素对妊娠期糖尿病大鼠的保护作用及机制研究[J]. 中药药理与临床, 2015, 31(3): 43

(收稿日期: 2017-07-07)
(本文编辑: 习 沙)

>0.05) 具有可比性。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 予揸针结合中药内服外用中药离子导入治疗。

1.3.1.1 揸针埋针 均采用揸针埋针治疗。选穴(患侧):主要选取眉弓部 3 个穴位(印堂、鱼腰、丝竹空)以及面颊部 4 个穴位(地仓、颊车、四白、下关)。揸针选用日本清铃株式会社生产的揸针,根据治疗的部位和患者的胖瘦选择揸针型号,颜面部原则上选用 0.3 mm 型号为主,每次选用揸针 4~8 枚。操作方法:患者仰卧位,头颈部垫以薄枕,面部朝上,局部皮肤常规消毒,将揸针刺入定点部位,并轻轻按压数分钟,以患者感觉痠、麻、胀为度,留针 24 h 剥出。每日 1 换,按上述方式再次埋针,连续治疗 5 d 后休息 2 d。注意选穴的准确性,埋针部位若出现红肿发痒等异常反应,应立即剥离埋针。

1.3.1.2 中药内服 药物组成:防风 20 g,羌活 20 g,白芷 20 g,天麻 30 g,钩藤 20 g,石决明 30 g,黄芩 15 g,栀子 15 g,白芍 20 g,当归 20 g,川芎 30 g,怀牛膝 30 g,杜仲 20 g,茯苓 20 g,炙甘草 10 g,玄参 15 g,天冬 15 g,路路通 20 g,地龙 10 g,海风藤 20 g。以此方为基础方,病情严重者可加蜈蚣 1 条。日 1 剂,水煎 3 次共取汁 1 000 mL,每日 3 次饭后口服。

1.3.1.3 离子导入 上方煎煮 3 次后,第 4 次作为直流电导入方,加水煎煮 60 min,过滤去渣后,浓缩至 20 mL 左右制成导入液,将纱布垫浸湿,置于双侧四白穴,用中频电疗仪 5~10 mA 直流电导入(ZP-100CH 型,北京泽澳医疗科技有限公司),以患者可以耐受为度,每次 25 min 左右,每日 1 次。

1.3.2 对照组 予常规针刺方法治疗。取患侧

阿是穴、翳风、牵正、百会、太阳、地仓、颊车、太冲,如果双侧皆有痠挛感,则取双侧穴位。操作:取 0.25 mm×40 mm 的华佗牌针灸针,进行常规消毒后,刺入所选穴位,平补平泻手法,以局部痠胀为度,留针 30 min,中间行针 2~3 次,每日 1 次。

1.3.3 疗程 2 组均 7 d 为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

1.4 观察指标 2 组分别在治疗前及治疗 1、2、3 个疗程后比较面肌痠挛强度评分、痠挛频度分级情况。面肌痠挛强度采用 Cohen Albert 评分^[3],0 分为无痠挛;1 分为外部刺激引起轻度痠挛;2 分为轻度痠挛,可见面部肌肉颤动,无功能障碍;3 分为中度痠挛,面肌痠挛明显,有轻微功能障碍;4 分为重度痠挛,严重痠挛和功能障碍,影响工作和生活。面肌痠挛频度分级标准根据《中国康复医学治疗规范》Penn 面肌痠挛频度分级标准制定^[4],0 级:无痠挛;1 级:刺激可诱发中度、轻度痠挛;2 级:痠挛发作 <1 次/h;3 级:痠挛发作较多,>1 次/h;4 级:其痠挛发作频发,>10 次/h。

1.5 疗效标准(自拟) 治疗后 6 个月评价随访疗效。痊愈:面部肌肉抽搐情况完全解除,随访 6 个月未见复发;显效:面部肌肉抽搐情况完全解除,但 6 个月之内有复发;有效:面部肌肉抽搐幅度明显减轻,且次数明显减少;无效:治疗前后病情基本无明显变化。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件进行统计学分析,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料率的比较采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。

2 结果

2.1 2 组治疗前及治疗 1、2、3 个疗程后面肌痠挛强度 Cohen Albert 评分比较 见表 1。

表 1 2 组治疗前及治疗 1、2、3 个疗程后面肌痠挛强度 Cohen Albert 评分比较

组别	<i>n</i>	治疗前	1 个疗程	2 个疗程	3 个疗程
治疗组	16	3.79±0.58	3.62±0.51	1.53±0.36 [△]	0.76±0.13 ^{*△}
对照组	16	3.81±0.66	3.79±0.68	3.43±0.61	1.85±0.46 [*]

与本组治疗前比较,**P*<0.05;与对照组同期比较,[△]*P*<0.05

由表 1 可见,2 组治疗 3 个疗程后面肌痠挛强度 Cohen Albert 评分较本组治疗前均降低,差异有统计学意义(*P*<0.05)。治疗组治疗 2、3 个疗程后面肌痠挛强度 Cohen Albert 评分均低于对

照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。

2.2 2 组治疗前及治疗 1、2、3 个疗程后面肌痠挛频度分级情况比较 见表 2。

表 2 2 组治疗前及治疗 1、2、3 个疗程后面肌痉挛频率分级情况比较

组别	n	治疗前				1 个疗程				2 个疗程				3 个疗程							
		0 级	1 级	2 级	3 级	4 级	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级					
治疗组	16	0	0	0	8	8	0	1	3	10	2	2	4	6	4	0	5	6	4	1	0
对照组	16	0	0	0	9	7	0	0	1	8	7	0	1	4	5	6	0	2	7	5	2

表 2 数据经秩和检验, 2 组治疗 3 个疗程后面肌痉挛频率分级情况均优于本组治疗前, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组在 1、2、3 个疗程时面肌痉挛频率分级情况均优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 2 组随访疗效比较 见表 3。

表 3 2 组随访疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	16	3	3	10	0	100*
对照组	16	0	1	13	2	87.5

与对照组比较, * $P < 0.05$

由表 3 可见, 2 组总有效率比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组疗效优于对照组。

3 讨论

HFS 是一种无痛性、间歇性、不自主、无规律的同侧面神经所支配范围内的肌肉强直或阵挛发作, 发病早期多为眼轮匝肌间歇性抽搐, 后逐渐扩散至一侧面部其他肌肉。目前, 许多专家认为 HFS 病因为桥小脑角 (CPA) 部位的面部神经根受到了血管压迫, 从而发生病变, 导致传入与传出神经纤维之间冲动发生短路^[5]。临床上常使用显微血管减压术治疗 HFS^[6], 虽然取得一定的疗效, 但术后有颅内感染、面神经麻痹、共济失调、听力丧失或严重下降等并发症发生的可能^[7-8]。临床常针对面部痉挛就近取穴进行针刺治疗, 并未对 HFS 的机制进行分析, 疗效欠佳。因此, 探索出一条安全、方便、低廉、高效的治疗 HFS 的疗法成为医务工作者的当务之急。

HFS 属中医学“筋惕肉瞤”范畴, 多因风寒之邪侵入筋脉, 阻滞气血运行; 或兼之人体脾胃虚弱, 气血化源不足, 筋脉肌肉失于濡养; 亦有肝肾阴虚, 阳亢风动等内外因素而发病^[9]。虽然在历代文献的论述该病的病因颇多, 但病位多责之于络脉, 《备急千金要方》云“夫眼瞤动, 口唇动, 偏喎, 皆风邪入络。”络病其肇始于《内经》, 而形成于清代, 指的是各种因素导致络脉痹阻不通, 气血运行不畅的一类病变。《内经》中对于络脉的基本概念、循行经过、生理病理情况以及络病的病

证、诊断、治疗等进行了初步论述, 《灵枢·脉度》曰“经脉为里, 支而横者为络, 络之别者为孙。”且明确提到络脉具有满溢灌注、渗布血气于全身的生理功能。其后张仲景论述了诸如痹证、虚劳、黄疸、水肿等络脉病证的发生与络脉瘀阻的病机有关, 并且创制了活血化瘀通络法和虫蚁搜剔通络法等。而之后清代叶天士明确提出了“络病”的概念, 并认为“络病以通为用”^[10]。该类疾病无论风、寒、湿在外, 或者肝、脾、肾亏虚都是其次的, 其共性病机是络脉不通。而现代诸多医家也认为“络病”在现代学范畴是以神经、血管病变为主的疾病, 其表现为疼痛、麻木、痉挛、局部皮肤色泽变化和病程较长等特点^[11]。可见, 络病范畴下的筋惕肉瞤, 与现代医学的面神经受到血管压迫的观点其实有相似之处。因此, 本研究的以通络为用, 同时配以调理气血、熄风止痉为主。三联疗法之一揞针埋穴所取穴位均位于头面部, 头部乃诸阳之会, 尤以阳明经为多气多血之经, 而风邪易犯阳经, 故治疗 HFS 当取面部阳明经穴为主 (地仓、颊车、四白、下关); 面神经出于耳后, 故配合手足少阳经穴 (丝竹空); 再佐之以疏风通络的经外奇穴 (印堂、鱼腰), 从而进行揞针的定位治疗。

在现代医学方面, HFS 患者面神经由于动脉血管压迫后产生冲动, 使面神经运动核的兴奋性增高^[12]。而揞针可以作用于部分传入和传出神经纤维, 能有效降低引起面肌痉挛反射弧兴奋性的强度, 抑制异常兴奋源, 减弱异常兴奋性, 尽量减少病理性刺激。应用揞针作用于部分面神经运动纤维和部分三叉神经感觉纤维, 可使多数患者症状得到控制, 起到事半功倍的效果。从中医学来看, HFS 病在络脉, 浅刺“取于皮气而调卫气阳气”与深刺“取经气而调营气阴气”不同, 故刺法宜浅刺^[13]。而揞针正属于浅刺法的皮内针, 其通过浅刺且皮下埋针的方式来尽量减少针刺的疼痛感觉和延长针刺的效应时间。故揞针浅刺可以调节卫气, 达到祛风通络的效果; 而留针的目的在于候气或者调气, 是在中医理论“静而久留”的指导下, 力求使人体达到阴平阳秘, 脉络通达, 气血调和^[14]。

揞针治疗的同时予中药内服外用,基础方药中,黄芩、栀子清热;天冬、玄参滋阴;当归、川芎行气活血;地龙为虫类药物,有搜剔之功,再配合路路通、海风藤等通络之品,均体现了“络病以通为用”的基本思想;另外《内经》云“风胜则动”,天麻、钩藤、石决明熄风止痉,止的是“内风”,而羌活、防风、白芷善祛外风,而三药归经不同,羌活归肾经,防风归肝、脾经,白芷归肺、胃经,三者联用,上行头面,共奏祛风通络之功;HFS 归属“筋惕肉瞤”的范畴,“肝主筋”而“脾主肉”,因此 HFS 在脏腑则多责之于肝、脾、肾三脏,茯苓补脾益气,白芍柔肝,牛膝、杜仲滋补肝肾,是治病求本之思路所在。因此,以上诸药,以通络、行气血为主,兼之以熄风止痉,滋补肝、脾、肾的思路一以贯之。药物离子导入是利用直流电的电场作用,以及“同性相斥”理论,带负电荷的药物被直流电电场的负极排斥进入人体,带正电荷的药物则被正极排斥进入人体。现代医学证明,有接近 4 成的电流通过脑组织,其中的钙离子、溴离子等可进入人体的脑脊液中起到调节脑神经的作用,从而可以减轻面神经进入脑干处的血管压迫,从根本上对痉挛进行缓解^[15]。同时,直流电产生的热作用不仅可以增加导入的中药量,提高利用率,而且还有温热的治疗效果,通过温热效应,可大大缓解痉挛。此与《灵枢·官针》中提到的“燔针”“焮刺”的机制一致。同时第 4 煎的药汁用于离子导入外用,不仅变废为宝,也印证了《理渝骈文》“外治之理即内治之理,外治之药亦即内治之药”。且药物离子主要是经皮肤汗腺管口、毛孔进入皮下或经黏膜上皮、细胞间隙进入黏膜组织,可以有效避免肝脏的“首过效应”及胃肠道破坏,提高了药物的利用度,且患者更易于接受。

本观察结果表明,治疗组治疗后面肌痉挛强度及频度改善程度均优于对照组,临床总有效率也高于对照组($P < 0.05$)。说明揞针结合中药内服外用治疗顽固性 HFS 效果显著,并且用药安全、高效、经济,值得临床推广。

参考文献

- [1] 李世亭,王旭辉. 面肌痉挛的诊断与治疗[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2011, 10(6): 481-484.
- [2] 吴承远,刘玉光. 临床神经外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 713-718.
- [3] Cohen Albert. Estimation of efficacy to hemifacial spasm[J]. Neuro-surg, 1963, 54(2): 441.
- [4] 上海交通大学颅神经疾病诊治中心. 面肌痉挛诊疗中国专家共识[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2014, 19(11): 528, 插 1-插 4.
- [5] 于炎冰. 显微血管减压术与面肌痉挛[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2007, 12(9): 385-386.
- [6] 李世亭,王旭辉. 面肌痉挛的诊断与治疗[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2011, 10(6): 481-484.
- [7] 左焕琼,陈国强,袁越,等. 显微血管减压术治疗面肌痉挛 20 年回顾[J]. 中华神经外科杂志, 2006, 22(11): 684-687.
- [8] 袁越,王岩,张思迅,等. 显微血管减压术治疗面肌痉挛的临床研究[J]. 立体定向和功能性神经外科杂志, 2004, 17(4): 204-205.
- [9] 王振林,陈日华. 针刺刺激点治疗顽固性面肌痉挛 18 例[J]. 光明中医, 2011, 25(11): 2073-2074.
- [10] 刘敏,王庆国. 络病理论研究现状及展望[J]. 中华中医药学刊, 2010, 28(6): 1200-1202.
- [11] 周水平,仝小林,徐远. 络病的基本概念与病理特点探析[J]. 中医药学刊, 2002, 20(6): 724-726.
- [12] De Ridder D, Møller A, Verlooy J, et al. Is the root entry/exit zone important in microvascular compression syndromes[J]. Neurosurgery, 2002, 51(2): 427-433.
- [13] 高学军,刘克军. 针刺辅以揞针治疗面肌痉挛 33 例[J]. 中国针灸, 2006, 26(9): 628.
- [14] 葛丽丽,王炜,杨佩秋. 揞针疗法治疗面肌痉挛 80 例疗效观察[J]. 河北中医, 2012, 34(8): 1198.
- [15] 李岳峰,聂怀利,高梁昌. 微波及直流电离子导入治疗阵发性面肌痉挛疗效观察[J]. 社区医学杂志, 2003, 1(4): 48-49.

(收稿日期: 2017-04-12)

(本文编辑: 李珊珊)