

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20220603-0002

中图分类号: R 246.6 文献标志码: A

## 揸针扬刺法治疗原发性面肌痉挛 30 例\*

王拓然, 韩 颖, 张 溪, 吴中朝, 霍 金

(中国中医科学院针灸研究所, 北京 100700)

[关键词] 面肌痉挛; 揸针; 扬刺法; 表面肌电信号

面肌痉挛(hemifacial spasm, HFS)是发于面部眼轮匝肌、口轮匝肌等肌群的一种多动障碍,常表现为面部肌肉不自主的、阵发性、无痛且不规则的抽搐,多为单侧发病。大部分 HFS 患者是由神经血管压迫所诱发<sup>[1]</sup>,另有学者认为其亦属于心因性运动障碍的一种<sup>[2]</sup>,因发于面部极易引起患者焦虑、抑郁情绪,降低其生活质量<sup>[3]</sup>。笔者采用揸针扬刺法治疗 HFS 患者 30 例,现报道如下。

### 1 临床资料

30 例均来源于 2019 年 9 月至 2021 年 7 月中国中医科学院针灸医院脑病科门诊患者,其中男 8 例,女 22 例;年龄 29~71 (52±12) 岁。所有患者均符合《临床神经外科学》<sup>[4]</sup>和《面肌痉挛诊疗中国专家共识》<sup>[5]</sup>中面肌痉挛的诊断标准:单侧或双侧面部肌肉(眼轮匝肌、口轮匝肌、表情肌)反复发作的阵发性、不自主的抽搐;严重者可伴睁眼困难、口角歪斜等;可因情绪波动、气温变化、自主运动(如频繁眨眼)而加重;睡眠状态下缓解或停止;神经系统查体未见阳性体征。

### 2 治疗方法

取穴:患侧面部“抑敏点”(可有效抑制面肌痉挛发作的反应点)及健侧合谷。操作:患者取仰卧位,依据吴中朝教授临床经验选取“抑敏点”,即医者指尖轻按患侧阳明经、少阳经、太阳经经脉循行处皮肤,寻找伴有结聚、压痛、酸胀且能抑制痉挛发作的反应点;或使用叩诊锤一侧尖端轻按患者患侧眼轮匝肌、口轮匝肌、提上唇肌、笑肌、鼻肌、咬肌等肌肉起止点、中点,寻找可减少痉挛发作的反应点。按照上述方法找寻,若所选反应点轻压后反使痉挛发作加重,则于该点旁 2 cm 范围内寻找反效抑制点。每次选取

3 个抑敏点为主穴,同时辅以主穴上、下、左、右旁开 0.5 cm 处 4 穴。患者取仰卧位,充分暴露治疗部位皮肤,75%乙醇常规消毒。选用 0.22 mm×2.5 mm 揸针,医者以示指托住针帽,配合拇指捏住胶布内面外缘将针体直刺入“抑敏点”及旁开 4 穴,每点贴 1 针,另于健侧合谷穴贴 1 针,在针帽处施加一定按压力度以使患者产生酸、麻、胀、痛感,并嘱其每日按压 3~4 次,以自身耐受为度。24 h 后取下,用无菌干棉签按压针孔。隔日 1 次,治疗 6 次为一疗程,共治疗 2 个疗程。

### 3 疗效观察

#### 3.1 观察指标

分别于治疗前后对以下指标进行评定。

(1) 痉挛强度:参照 Cohen Albert 标准进行分级<sup>[6]</sup>,0 级:无痉挛;Ⅰ级:外部刺激引起瞬目增多或面肌轻度颤动;Ⅱ级(轻度):眼睑、面肌自发轻微颤动,无功能障碍;Ⅲ级(中度):痉挛明显,有轻微功能障碍;Ⅳ级(重度):严重痉挛和功能障碍,影响生活。

(2) 痉挛频率:参照 Penn 标准进行分级<sup>[7]</sup>,0 级:无痉挛;Ⅰ级:刺激可诱发轻中度痉挛;Ⅱ级:痉挛发作≤1 次/h;Ⅲ级:1 次/h<痉挛发作≤10 次/h;Ⅳ级:痉挛>10 次/h。

(3) 特异性面肌痉挛生活质量评价量表(HFS-8)评分<sup>[8]</sup>:HFS-8 是以总结帕金森生活质量量表中涉及 HFS 的问题形成的 HFS-30 量表为基础,经不断修正改良而成<sup>[9]</sup>,用以评价患者生活质量。包括移动能力、日常活动、情绪健康、羞耻感、社会支持、沟通能力、阅读能力及睡眠情况 8 个方面,每项 0~4 分,总分 0~32 分,评分越高代表生活质量越差。

(4) 表面肌电图(surface electromyography, sEMG):使用中国中医科学院针灸研究所生物医学工程实验室 32 导肌电记录系统 NeurOne 检测患者频

\*中国中医科学院针灸研究所中央级公益性科研院所基本科研业务费自主选题项目:ZZ201915004

第一作者:王拓然,主治医师。E-mail: 519827206@qq.com

域指标中位频率 (MF)、平均功率频率 (MPF) 及时域指标平均肌电值 (AMEG)。患者取坐位, 测试前选用专用磨砂膏及砂纸对电极所贴位置皮肤表面进行打磨, 并用 75% 乙醇棉球擦拭以清除皮肤油脂。参考《表面肌电图诊断技术临床应用》<sup>[10]</sup>, 将一次性表面电极片置于眼轮匝肌内侧部分<sup>[11]</sup>, 接地电极置于患侧耳后, 予以牢固固定。指导患者做最大自主收缩闭眼动作并保持 3 min, 检测该状态下的表面肌电信号。频域指标 MF、MPF 值越低, 反映该处面部肌肉疲劳度越高<sup>[12]</sup>; 时域指标 AMEG 值越低, 反映该处肌纤维募集越少, 各肌纤维同步化程度低<sup>[13]</sup>。

3.2 疗效评定标准

参照 Cohen Albert 标准<sup>[6]</sup>制定。痊愈: 完全缓解, 强度降为 0 级; 显效: 痉挛明显缓解, 强度由 II~IV 级降为 I~II 级; 有效: 痉挛部分缓解, 强度由 IV 级降为 III 级, 或由 III 级降为 II 级; 无效: 治疗前后痉挛强度分级相同, 无变化。

3.3 统计学处理

表面肌电信号采用数据分析软件 (Mega Version 3.1-b12) 进行汇总和提取。数据采用 SPSS22.0 软件进行统计分析, 对于符合正态分布的计量资料用均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 治疗前后比较采用配对样本 *t* 检验, 不符合正态分布的计量资料以中位数 (上下四分位数) [ $M(P_{25}, P_{75})$ ] 表示, 采用 Mann-Whitney 非参数检验; 计数资料以频数或百分数表示, 采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

(1) 患者治疗前后痉挛强度、频率分级比较

治疗后, 患者痉挛强度、频率分级均优于治疗前 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 30 例原发性面肌痉挛患者治疗前后痉挛强度、频率分级比较

时间	痉挛强度分级					痉挛频率分级					例
	0 级	I 级	II 级	III 级	IV 级	0 级	I 级	II 级	III 级	IV 级	
治疗前	0	0	20	9	1	0	0	12	10	8	
治疗后	8	11	7	4	0	8	8	6	6	2	

(2) 患者治疗前后 HFS-8 评分比较

治疗后, 患者 HFS-8 评分低于治疗前 [6.00 (3.00, 11.25) vs 2.50 (0.00, 6.00)],  $P < 0.01$ 。

(3) 患者治疗前后 MF、MPF、AMEG 值比较

治疗后, 患者 MF、MPF、AMEG 值均较治疗前升高 ( $P < 0.01$ ), 见表 2。

表 2 30 例原发性面肌痉挛患者治疗前后 MF、MPF、AMEG 值比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

时间	MF/Hz	MPF/Hz	AMEG/ $\mu V$
治疗前	90.40 ± 11.84	103.57 ± 6.41	30.30 ± 14.38
治疗后	99.12 ± 13.30 <sup>1)</sup>	114.27 ± 9.46 <sup>1)</sup>	49.70 ± 21.58 <sup>1)</sup>

注: 与治疗前比较, <sup>1)</sup>  $P < 0.01$ 。

(4) 临床疗效

30 例患者中, 痊愈 8 例, 显效 5 例, 有效 9 例, 无效 8 例, 总有效率 73.3%。

4 体会

面肌痉挛属于中医“面风”“筋急”“瘕瘕”“筋惕肉瞤”范畴, 发病与“风邪”相关。《圣济总录·诸风门》载: “肌肉瞤动, 命曰微风, 盖邪搏分肉, 卫气不通, 阳气内鼓, 故肌肉瞤动”, 外风为因, 引动内风, 客于肌腠, 致使颜面肌腠经络痹阻, 气血运行不利发为面部筋脉拘急弛纵, 谓之“两风相引、络脉瘀结”而起病。病变多累及面部阳明经、太阳经、少阳经循行区域, 《医方发挥·治风剂》有“阳明内蓄痰浊, 太阳外中于风, 风痰阻于头面部经络而经遂不利”之说, 故其发病及症状表现与三阳经经脉受邪、络脉瘀结密切相关, 当以疏利经气、解结散瘀为治疗原则。

揠针扬刺法是吴中朝教授结合自身临床经验提出的一种治疗面肌痉挛的针刺方法, 揠针疗效在时间上具有较好的延伸作用, 针刺刺激量可不断累加, 实现了时效积累上的量效积累<sup>[14]</sup>。对比常规针灸治疗方案, 这种“静以久留”的针刺效应可减少患者频繁往返医院的不便, 从而明显提高其治疗依从性。此外, 揠针属于皮下浅刺法的典型代表, 以刺激十二经皮部为主<sup>[15]</sup>, 这正与面肌痉挛发病“外风为因”、病位表浅的特征相合, 正如《素问·刺要论》所述: “病有浮沉, 刺有浅深, 各有至理, 无过其道”。扬刺法首载于《灵枢·官针》: “扬刺者, 正内一, 傍内四而浮之, 以治寒气之博大者也”, 即对于风寒在表而影响面积较大之证, 可在主穴上先刺 1 针, 再于四周浅刺 4 针, 符合《素问·阴阳应象大论》“因其轻而扬之”之意, 数针同用, 加强了病变局部的针刺范围和刺激量, 使针感直达病所, 从而可有效激发经气、振奋阳气, 起到舒筋通络、宣通气血、解结散瘀的作用。此外, 笔者临床发现原发性面肌痉挛 (HFS) 的痉挛症状常自痉挛中心沿阳明经、少阳经、太阳经循行区域进展, 故以扬刺法治之, 可在“治病者先刺其

病所从生者”的基础上,兼顾“病虽未发,见赤色者刺之”的治未病之理。“抑敏点”常位于患侧阳明经、太阳经、少阳经经脉循行上可被触及的紧张条索状局限、易激惹处,或患侧眼、鼻、口周肌肉起止点,压迫时可减缓或诱发肌紧张、疼痛、肌肉颤动等自主神经反应,以揸针扬刺法刺激该点,可有效疏通三阳经局部经气,解结散瘀。临床治疗时,多于眼周、鼻周、口周 3 个部位各取 1 个“抑敏点”,或于阳明经、太阳经、少阳经循行所过各取 1 点,若患者后期病情较轻可减少所取“抑敏点”个数,但初诊通常不少于 3 处。合谷为手阳明经原穴,以局部、远端配合取穴,加强本经气血流通。从现代医学角度,“抑敏点”处常分布有丰富的神经末梢,针刺造成的微损伤所产生的电能可使肌肉痉挛得到放松,具体表现为阻断无菌性炎性反应的化学性刺激向大脑传导<sup>[16]</sup>,从而起到解除局部软组织痉挛的作用<sup>[17]</sup>。本研究结果显示,揸针扬刺法可有效改善 HFS 患者痉挛强度、频率及生活质量,同时可缓解患处面肌疲劳度,提高肌纤维同步化程度,值得临床进一步推广研究。

## 参考文献

- [1] Zalyalova ZA. Hemifacial spasm[J]. Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova, 2020, 120(8): 140-147.
- [2] Tan EK, Jankovic J. Psychogenic hemifacial spasm[J]. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2001, 13(3): 380-384.
- [3] Tan EK, Fook-Chong S, Lum SY, et al. Validation of a short disease specific quality of life scale for hemifacial spasm: correlation with SF-36[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2005, 76(12): 1707-1710.
- [4] 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.
- [5] 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): 528-532.
- [6] 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.
- [7] Cohen A. Estimation of efficacy to hemifacial spasm[J]. J Neurosurg, 1963, 54(2): 441.
- [8] Heuser K, Kerty E, Eide PK, et al. Microvascular decompression for hemifacial spasm: postoperative neurologic follow-up and evaluation of life quality[J]. Eur J Neurol, 2007, 14(3): 335-340.
- [9] Ray DK, Bahgat D, McCartney S, et al. Surgical outcome and improvement in quality of life after microvascular decompression for hemifacial spasms: a case series assessment using a validated disease-specific scale[J]. Stereotact Funct Neurosurg, 2010, 88(6): 383-389.
- [10] 李建华, 王健. 表面肌电图诊断技术临床应用[M]. 杭州: 浙江大学出版社, 2015: 133-137.
- [11] 孙岩. 肌电图在面肌痉挛病因诊断中的临床应用价值[J]. 中国医疗器械信息, 2020, 26(15): 69-71.
- [12] 郭京伟, 谢欲晓, 黄学英, 等. 不同恢复期脑卒中患者胫骨前肌和腓肠肌表面肌电信号的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(9): 802-804, 811.
- [13] Schumann NP, Bongers K, Guntinas-Lichius O, et al. Facial muscle activation patterns in healthy male humans: a multi-channel surface EMG study[J]. J Neurosci Methods, 2010, 187(1): 120-128.
- [14] 王拓然, 邓雪皎, 张溪, 等. 埋针法治疗面肌痉挛的研究进展[J]. 中国针灸, 2021, 41(2): 233-236.
- [15] 罗庆道. 扬皮部理论 倡浅刺疗法[J]. 安徽中医临床杂志, 2003, 15(3): 173-174.
- [16] 马尧, 布赫, 贾纪荣, 等. 针刺激痛点治疗肌筋膜疼痛综合征研究进展[J]. 中国针灸, 2012, 32(6): 573-576.
- [17] Gunn CC, Milbrandt WE, Little AS, et al. Dry needling of muscle motor points for chronic low-back pain: a randomized clinical trial with long-term follow-up[J]. Spine (Phila Pa 1976), 1980, 5(3): 279-291.

(收稿日期: 2022-06-03, 网络首发日期: 2023-02-10, 编辑: 李婧婷)

## 《中国针灸》杂志对研究性论文中对照组命名的要求

随着循证医学理念逐步深入针灸界,越来越多的临床与实验研究采取了随机对照、多组对照的方法,极大地提高了针灸临床研究和实验研究论文的科学性。但是,在大量来稿中我们看到,对照组的命名方式比较混乱,不能一目了然,因此,有必要提出一定的原则,加以统一。《中国针灸》杂志对投寄本刊的研究性论文提出对照组命名的基本要求:(1)直接以对照两组的具体方法命名,如针刺组、艾灸组、西药组、中药组、××穴位组、×××疗法组,等等,在组名字数较少的情况下,药物组也可以直接写出药物的名称。这种命名方式直接反映了对照的主体和客体,明确表示研究者的目的,在文章中反复出现,起到了强化主题的作用。(2)如果所采用的方法较多,可称“综合组”。(3)尽量避免使用“治疗组”“对照组”,避免两种命名同时出现,因为多数情况下对照组也有治疗措施,如果是空白对照可例外。