

DOI 10.19656/j.cnki.1002-2406.20221213

针刺联合化风丹治疗风痰阻络型 面肌痉挛的疗效观察

樊晶,秦晓光[✉],文新

(甘肃中医药大学,甘肃 兰州 730000)

【摘要】目的:观察针刺联合化风丹治疗风痰阻络型面肌痉挛(HFS)的临床疗效。方法:将符合纳入标准的80例风痰阻络型面肌痉挛患者依据随机数字表随机分为针刺组与针药组,每组40例。两组均给予常规针刺治疗,针药组在针刺基础上给予化风丹口服,每次1.2 g,每日3次,每服用6天停药1天,共治疗4周。观察两组患者在治疗前、治疗2周后、治疗4周后面部肌肉痉挛发作频率、强度以及中医症状积分的变化情况,并记录治愈时间。结果:治疗2周后、4周后两组患者面部肌肉痉挛发作频率、强度以及中医症状积分均显著下降($P < 0.05$),且针药组优于针刺组($P < 0.05$);针药组治愈时间明显短于针刺组($P < 0.05$)。两组均有3名患者发生不良反应,但无统计学意义($P > 0.05$)。结论:针刺联合化风丹治疗风痰阻络型面肌痉挛能有效改善HFS患者面肌痉挛频率及强度,缩短治疗周期,提高治愈率,临床疗效明显优于单纯针刺治疗。

【关键词】面肌痉挛;针刺;化风丹;风痰阻络型

【引用格式】

樊晶,秦晓光,文新. 针刺联合化风丹治疗风痰阻络型面肌痉挛的疗效观察[J]. 中医药信息, 2022, 39(12): 67-71.

FAN J, QIN X G, WEN X. Clinical efficacy of acupuncture combined with Huafeng Dan in treatment of HFS of wind-phlegm blocking collateral syndrome[J]. Information on TCM, 2022, 39(12): 67-71.

面肌痉挛(hemifacial spasm, HFS)主要以面部肌肉的不自主抽搐为主要症状,初始发作部位多见于眼轮匝肌^[1],随后向下发展可延伸到口周肌肉、其他面部表情肌肉以及颈阔肌,归属于脑神经类疾病。原发性HFS由血管神经压迫(neurovascular compression, NVC)触发,而继发性HFS是由其他除NVC导致脑神经(cranial nerve VII, CN VII)损害的原因而诱发^[2]。HFS发病率为9.8/10万人,平均发病年龄为44岁^[3],好发于中老年女性。目前,临床治疗HFS最常用且有效的方法是微血管减压术(microvascular decompression, MVD),90%~95%的患者术后症状消失;但仍有约25%的患者会复发,并出现面瘫等一些术后并发症^[4]。

针灸作为一种物理保守疗法,以其疗效肯定、副作用小及经济便捷的特点在治疗该病方面积累了丰富的经验。化风丹载存于《遵义府志》^[5],有相关研究表明此方对于脑部疾病疗效显著^[6]。因此,本文采用针刺联合化风丹口服治疗风痰阻络型面肌痉挛,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取2019年12月—2021年12月甘肃中医药大学附属医院针灸中心门诊及住院部收治的面肌痉挛患者80例,随机分为针刺组和针药组,每组40例。针刺组中女性21例,男性19例;年龄最小21岁,最大75岁,(52.33±10.78)岁;病程1~18个月,(12.59±4.44)个

基金项目:2020年甘肃省自然科学基金项目(20JR10RA339)

第一作者简介:樊晶(1996-),女,在读硕士研究生,主要研究方向:传统针刺手法的基础与临床研究。

✉通讯作者简介:秦晓光(1974-),男,医学博士,副主任医师,主要研究方向:传统针刺手法的基础与临床研究。

月;Cohen面肌痉挛分级情况:1级9例,2级14例,3级12例,4级5例。针药组中女性23例,男性17例;年龄最小20岁,最大72岁, (50.44 ± 10.90) 岁;病程2~24个月, (12.54 ± 3.25) 个月;Cohen面肌痉挛分级情况:1级8例,2级15例,3级13例,4级4例。本试验中针药组脱落2例(因工作或外出无复诊)、针刺组脱落4例(因工作或外出无复诊),共完成74例。两组患者一般资料比较,无统计学意义($P > 0.05$)。本研究经甘肃中医药大学附属医院伦理委员会审核并通过,批准号:[2021]101号。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

原发性面肌痉挛的西医诊断符合2014年《面肌痉挛诊疗中国专家共识》^[7]诊断标准。①面部肌肉(一侧或双侧眼轮匝肌、表情肌及口轮匝肌)反复发作的不自主的抽搐,发作特点为偶发性、与情绪相关,病情严重时可导致患者面部肌肉活动功能障碍及耳部出现与抽动节律相合的杂音,但无其他阳性神经系统体征;②侧方扩散反应(lateral spread response, LSR)检测阳性;③排除由其他因素引起的HFS。

1.2.2 中医诊断标准

中医诊断及辨证标准参照《针灸治疗学》^[8],以一侧面部肌肉不规则、阵发性抽搐为主要特点。风痰阻络型HFS:眼轮匝肌阵发性痉挛,随病程发展痉挛范围逐渐扩散,可影响到其他面部表情肌,不超过面神经支配区;少数患者HFS发作时可伴有面部轻微疼痛;病情严重可见面部肌群萎缩甚至瘫痪;伴有面部虚浮,眩晕咳痰,口干不欲饮,舌体胖大,苔薄白润,脉弦滑。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准者;②所有纳入病例均根据Cohen面肌痉挛强度分级标准进行分级;③年龄20~75岁;④患者配合并能完成本次试验;⑤自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准

①因器质性病变以及继发性因素所致的面肌痉挛;②合并有其他严重基础疾病,病情危重;③患者精神状态异常,不能积极配合试验;④妊娠期、哺乳期妇女。

1.5 脱落标准

①试验中不能配合,以及失访或疗程未滿者;②研究期间突发其他影响结果的意外疾病;③接受其他治疗者。

2 方法

2.1 样本量估算及随机方法

依照两样本率比较的公式(1)估计样本量,根据前

期预试验得出 $\pi_1 = 0.953$, $\pi_2 = 0.824$, $\alpha = 0.05$ (双侧检验),经计算和考虑脱落率,最终本研究每组样本量为40例,共80例。依据随机数字表,自制随机数字纸团,分别装入不可透视小纸袋,进行编号及排序,按患者就诊的先后顺序拆开纸袋,1~40号为针刺组,41~80为针药组。

$$n1 = n2 = \left[\frac{Z_{\alpha/2} \sqrt{2\pi_c(1-\pi_c)} + Z_{\beta} \sqrt{\pi_1(1-\pi_1) + \pi_2(1-\pi_2)}}{\pi_1 - \pi_2} \right]^2 \quad (1)$$

2.2 治疗方法

2.2.1 针刺组

主穴:患侧丝竹空、攒竹、阳白、太阳、四白、颧髎、迎香、下关、地仓、颊车、风池、印堂、承浆和水沟;配穴:双侧合谷、足三里、太冲。操作:患者取仰卧位,选用0.3 mm × 25 mm(面部用)和0.3 mm × 40 mm(四肢用)毫针,阳白、攒竹、丝竹空、太阳、迎香向眼球方向平刺进针,针刺深度5~12 mm;四白、颧髎、下关直刺进针,针刺深度6~12 mm;地仓与颊车斜刺对刺;风池、印堂、承浆、水沟、合谷、足三里、太冲常规针刺。每日1次,治疗5次后休息2天,每次30 min,治疗10次为1个观测周期。共治疗4周。

2.2.2 针药组

在针刺基础上口服化风丹。针刺选穴及方式同针刺组。药物治疗:口服化风丹(廖氏)(规格:0.12 g × 90 s,国药准字Z20026460,贵州万胜药业有限责任公司),10丸/次,3次/d,每服用6日停药1日,2周为1个观测周期。共治疗4周。

2.3 观察指标

2.3.1 Cohen面肌痉挛强度分级

0级:正常;1级:其他因素诱发导致瞬目增多或面肌轻度颤动;2级:自发产生眼睑、面肌轻微颤动;3级:痉挛明显,面肌功能受限;4级:面肌严重痉挛和功能障碍^[9]。分别记录患者治疗前及治疗2周、4周后Cohen面肌痉挛分级情况。

2.3.2 Penn面肌痉挛频率分级标准

0级:正常;1级:痉挛的发作需由其他刺激诱发;2级:痉挛发作间隔 ≥ 1 h;3级:1 h内痉挛发作次数 > 1 次, ≤ 10 次;4级:痉挛发作每小时10次以上^[10]。分别记录患者治疗前及治疗2周、4周后Penn面肌痉挛频率分级。

2.3.3 中医症状积分

根据眼睑抽搐强度、影响面部肌肉范围、振跳频繁、口角牵动、功能障碍、面部疼痛、面部虚浮、眩晕咳痰、口

干不欲饮、舌质、脉象进行评分。每项分为4个等级,分别计0~3分,症状越严重所评分值越高。分别记录患者治疗前及治疗2周、4周后的中医症状积分。

2.3.4 治愈时间

记录在规定疗程内,症状完全消失的时间。

2.3.5 不良事件及安全性评价

记录所有治疗期间患者发生的不良事件。

2.4 临床疗效判定标准

参考《中医病证诊断疗效标准》^[11]制定。治愈:治疗后患者面部病侧肌肉和眼睑不再抽搐,面肌痉挛症状完全消失,中医症状积分0~3分,疗效指数 $\geq 90\%$;显效:治疗后患者临床症状缓解,面部病侧肌肉和眼睑偶尔抽搐且抽搐强度轻微,中医症状积分4~9分, $65\% \leq$ 疗效指数 $< 90\%$;有效:治疗后患者临床症状缓解,面部病侧肌肉和眼睑抽搐次数明显减少,抽搐强度明显减轻,中医症状积分10~15分, $35\% \leq$ 疗效指数 $< 65\%$;无效:治疗后患者临床症状未改变甚至加重,中医症状积分大于等于15分,疗效指数小于35%。

疗效指数(%) = (治疗前中医症状积分 - 治疗后中医症状积分) / 治疗前中医症状积分 $\times 100\%$

2.5 统计学方法

采用SPSS 23.0软件对所得数据结果进行统计学分析,一般计量资料首先采用单样本K-S检验,如符合正态分布用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,否则用非参数检验,计数资料采用卡方检验,多个时间点的数据采用重复测量的方差分析。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 Cohen面肌痉挛强度分级比较

治疗前,两组面肌痉挛强度经非参数检验,具有可比性($P > 0.05$);两组患者在治疗2周、4周后Cohen面肌痉挛强度均较治疗前降低($P < 0.05$),且治疗4周较治疗2周降低更加明显($P > 0.05$)。针药组在治疗2周时0、1级患者数较针刺组多($P < 0.05$),提示针药组可以更快降低面肌痉挛强度。见表1。

表1 两组患者不同时间点Cohen面肌痉挛强度分级比较(例)

组别	时间	例数	0级	1级	2级	3级	4级
针刺组	治疗前	40	0	9	14	12	5
	治疗2周后	36	3	14	9	8	2
	治疗4周后	36	10	16	5	5	0
针药组	治疗前	40	0	8	15	13	4
	治疗2周后	38	7	16	7	8	0
	治疗4周后	38	14	16	5	3	0

3.2 Penn面肌痉挛频率分级比较

治疗前,两组患者面肌痉挛频率经非参数检验,具有可比性($P > 0.05$)。经治疗后,两组患者痉挛频率显著降低($P < 0.01$),且治疗4周较2周后降低更加明显($P < 0.05$);与针刺组相比,针药组在治疗2周时,0、1级患者多($P < 0.05$),提示针药组降低面肌痉挛频率效果更加显著。见表2。

表2 两组患者不同时间点Penn面肌痉挛频率分级比较(例)

组别	时间	例数	0级	1级	2级	3级	4级
针刺组	治疗前	40	0	10	15	10	5
	治疗2周后	36	5	12	11	6	2
	治疗4周后	36	8	15	10	3	0
针药组	治疗前	40	0	9	16	11	4
	治疗2周后	38	8	14	9	6	1
	治疗4周后	38	16	11	7	4	0

3.3 中医症状积分比较

治疗前,两组中医症状积分经非参数检验,具有可比性($P > 0.05$)。经过重复测量方差分析,两组患者治疗2周、4周后的中医症状积分均显著降低($P < 0.05$),且治疗4周后降低更为显著($P < 0.05$);经过单因素方差分析,针药组在治疗2周、4周后中医症状积分降低更优。见表3。

表3 两组患者中医症状积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	时间	例数	中医症状积分
针刺组	治疗前	40	22.06 \pm 3.62
	治疗2周后	36	8.00 \pm 6.82 ^{a)c)}
	治疗4周后	36	5.81 \pm 6.45 ^{b)c)}
针药组	治疗前	40	21.68 \pm 4.44
	治疗2周后	38	4.79 \pm 5.14 ^{a)}
	治疗4周后	38	2.68 \pm 3.56 ^{b)}

注:与同组治疗前相比,^{a)} $P < 0.01$;与本组治疗2周后相比,^{b)} $P < 0.01$;与对照组同时间比较,^{c)} $P < 0.05$ 。

3.4 治愈时间比较

针刺组治愈患者20例,平均治愈时间13.4(11.0, 15.5)d;针药组治愈27例,平均治愈时间8.0(7.0, 12.0)d。针药组治愈时间较针刺组明显缩短($P < 0.05$)。

3.5 临床疗效比较

两组的临床疗效在疗程内随治疗时间及次数的增多而增加($P < 0.05$);且针药组在同等治疗时间下治愈率优于针刺组($P < 0.05$),两种治疗方式均有效($P < 0.05$),且有效率差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表4。

表4 两组患者治疗2周、4周临床疗效比较

组别	时间	例数	治愈	显效	有效	无效	治愈率(%)	总有效率(%)
针刺组	治疗2周后	36	15	9	6	6	41.67	83.33
	治疗4周后	36	20	8	5	3	55.56	91.67
针药组	治疗2周后	38	21	9	4	4	55.26	89.47
	治疗4周后	38	27	7	3	1	71.05	97.37

3.6 不良反应发生率比较

针药组有1例患者出现皮下血肿,另有2例患者出现轻度腹泻;针刺组3例患者出现晕针。两组不良发生率分别为7.9%、8.3%,差异无统计学意义($P>0.05$)。

4 讨论

面肌痉挛是常见的脑神经疾病,目前公认的HFS病理、生理学基础是由于面神经根进入区的髓鞘破裂和旁触传递(神经冲动通过人工化学或化学突触的传递)引起的。西医临床治疗主要方案为:①药物治疗,如卡马西平、奥卡西平以及安定等^[12];②肉毒杆菌神经毒素注射^[3],主要是使用注射A型肉毒毒素(BoNT-A)治疗;③外科手术,以MVD为首要治疗手段。但药物治疗常用于发作初期且不耐受或拒绝手术干预以及术后促进恢复的辅助治疗,并可能伴有肝、肾功能损害及嗜睡、震颤等不良反应。BoNT-A注射治疗仅能缓解症状,且重复注射会导致患者靶肌萎缩^[13],并有经济成本过高等问题。MVD作为手术治疗方案,会存在有一定的风险以及并发症,如术后面瘫^[14]等,且术后复发的重复手术难度会急剧增高。

面肌痉挛属“面风”“面痉”“筋惕肉瞤”“胞轮振跳”范畴。《素问·调经论》曰:“血气未并,五脏安定,肌肉蠕动,命曰微风。”《素问·阴阳应象大论》曰:“风胜则动”,《素问·太阴阳明论》曰:“伤于风者,上先受之。”故面肌痉挛致病因素为风邪,外风是由于风寒之邪乘虚而入,邪风于面部经筋横窜,导致面部气血阻滞,外邪壅遏筋肉以致痉挛抽搐;《素问·至真要大论》言:“诸风掉眩,皆属于肝”,故内风多归结于肝风,由于肝藏血、主筋的生理特性,肝血虚或肝肾阴虚会引起虚风内动,《医方考》云:“风痰者,湿土生痰,痰生热,热生风也”导致面肌痉挛。其可分为风寒侵袭、肝气郁滞、肝血亏虚、风痰阻络、肝风内动等证型^[15]。面肌痉挛为针刺疗法的优势病种,相较于单纯药物和手术治疗,针刺的治疗方法体现出独特的优势,且已有研究证实针刺联合中药治疗面肌痉挛疗效确切显著^[16],并能降低疾病复发率^[17]和并发症的发生。

本次研究中针刺取穴以循经局部取穴为主,远端取穴为辅。手足三阳经循行均经过头面部,故与头面部联系密切。依据经络的“经脉所过,主治所及”特性,

故在眼周、面部取手、足阳明经上的攒竹、四白、下关、颧髎、颊车等穴,此两条经有多气多血之特性,刺激以上腧穴,可通络养血益气以荣养面部经脉。循经远端取穴中选合谷穴,加之四总穴歌有“面口合谷收”,与太冲穴相配“开四关”,两穴一升一降,一脏一腑,气血同调,疏肝解郁。足三里扶助正气、补益气血。诸穴合用,可达疏经通络、祛风化痰之功。现代研究表明,针刺穴位到达面部肌肉所被支配的神经和血管,给予一定程度的刺激后,可促进面部血液循环,将异常信号的传入频率降低,使异常兴奋状态下的面神经逐渐恢复^[18],从而能减轻面部肌肉痉挛抽搐状态,缓解痉挛症状。化风丹^[19]中以药母(牛胆汁、白附子、生天南星、生川乌、生半夏、郁金)作为君药,经牛胆汁炮制后毒性大减^[20],具有祛风散寒止痛、化痰通络止痉之效;白附子作为阳明经引经药,可引诸药上行至头面达到的祛风痰的作用,使痰消则经络通;全蝎、白附子及虫类药等作为臣药,长于化痰散结、镇肝熄风,同时增强君药镇痉平肝祛风的功效。另外有研究表明,僵蚕可以刺激增强神经生长因子活性,从而营养神经^[21];人工麝香、冰片、檀香开窍醒脑;朱砂重镇安神;紫苏叶、荆芥祛风;苍术燥湿化痰;巴豆霜泻下祛寒痰。全方合用具有祛风止痉、豁痰开窍、通络止痛的功效,主治风痰闭阻所致的面神经炎、面肌痉挛、中风后偏瘫等症。本病患者由于风、痰、瘀三者互相影响,肝风为病,往往与痰相兼为患,风痰阻滞经络成瘀,使痰瘀互结,气血凝滞,无法濡养筋脉,导致面部肌肉拘急弛纵,进而发为抽搐抖动,使用针刺配合化风丹口服治疗本病可以增强祛风止痉、活血通络之功。本次研究根据以往临床经验将服用药物剂量规定为每次10粒(说明书中常用剂量为8~10粒/次),3次/d,每服用6日停药1日,旨在达到治疗效果的同时预防胃肠道症状及其他可能出现的不良药物反应发生。

本次研究表明,上述治疗方法均能明显降低两组患者的面肌痉挛强度、频率,且针药组在不良事件发生率相似的情况下,治疗效果、用时及治愈率优势显著,提示针药组风痰阻络型面肌痉挛疗效明确,能够缩短治疗周期,且不良反应及并发症发生率较低。但此次研究缺点在于没有治疗结束后回访,长期疗效未能检测,今后会加大研究。

【参考文献】

- [1] KIYA N, BANNUR U, YAMAUCHI A, et al. Monitoring of facia-levoked EMG for hemifacial spasm: a critical analysis of its prognostic value[J]. *Acta Neurochir (Wien)*, 2001, 143 (4): 365 – 368.
- [2] HALLER S, ETIENNE L, KÖVARI E, et al. Imaging of neurovascular compression syndromes: trigeminal neuralgia, hemifacial spasm, vestibular paroxysmia, and glossopharyngeal neuralgia [J]. *AJNR Am J Neuroradiol*, 2016, 37(8): 1384 – 1392.
- [3] LU A Y, YEUNG J T, GERRARD J L, et al. Hemifacial spasm and neurovascular compression [J]. *Scientific World Journal*, 2014, 2014: 349319.
- [4] SINDOU M, KRAVEL Y. Neurosurgical treatment of primary hemifacial spasm with microvascular decompression[J]. *Neurochirurgie*, 2009, 55: 236 – 247.
- [5] 张强, 魏玲, 赵韬, 等. 化风丹中咖啡酸迷迭香酸木犀草素含量的高效液相色谱法测定[J]. *时珍国医国药*, 2017, 28(12): 2903 – 2904.
- [6] 张因, 魏玲, 宋玉, 等. 基于“毒损脑络”病机的廖氏化风丹组方特点分析[J]. *中国中医急症*, 2020, 29(9): 1606 – 1610.
- [7] 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.
- [8] 高树中, 杨峻. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 51 – 52.
- [9] COHEN L. Hemifacial spasm[J]. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1967, 23: 592 – 595.
- [10] COHEN A. Estimation of efficacy to hemifacial spasm[J]. *J Neurosurg*, 1963, 4(2): 441.
- [11] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 2版. 北京: 中国医药科技出版社, 2012.
- [12] BOGHEN D R, LESSER R L. Blepharospasm and hemifacial spasm[J]. *Curr Treat Options Neurol*, 2000, 2(5): 393 – 400.
- [13] LIM E C, SEET R C. Use of botulinum toxin in the neurology clinic[J]. *Nature Reviews Neurology*, 2010, 6(11): 624 – 636.
- [14] 王亚, 王东, 苏少波, 等. 面肌痉挛显微血管减压手术后面瘫的探究[J]. *中国微侵袭神经外科杂志*, 2018, 23(10): 433 – 436.
- [15] 招敏虹, 刘鑫, 谢晓燕, 等. 庄礼兴教授针药结合治疗面肌痉挛临床证经验总结[J]. *中医药学报*, 2020, 48(12): 34 – 37.
- [16] 万涛, 冷海昌, 万霞. 神农止痉汤联合针刺治疗面肌痉挛临床观察[J]. *实用中医药杂志*, 2021, 37(9): 1475 – 1476.
- [17] 蒋金华. 天麻钩藤饮联合针灸治疗面肌痉挛的临床效果[J]. *临床合理用药杂志*, 2021, 14(19): 72 – 74.
- [18] 杜元灏. 现代针灸病谱[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [19] 向文英, 杨武, 梅朝叶, 等. 化风丹血清药物化学的初步研究[J]. *中国药房*, 2016, 27(28): 3911 – 3914.
- [20] 曹国琼, 张永萍, 徐剑, 等. 牛胆汁对化风丹药母发酵减毒的影响[J]. *中成药*, 2019, 41(4): 868 – 873.
- [21] 徐冲, 商思阳, 刘梅, 等. 僵蚕化学成分和药理活性的研究进展[J]. *中国药房*, 2014, 25(39): 3732 – 3734.

(收稿日期: 2022 – 05 – 12)

Clinical Efficacy of Acupuncture Combined with Huafeng Dan in Treatment of HFS of Wind – Phlegm Blocking Collateral Syndrome

FAN Jing, QIN Xiaoguang[✉], WEN Xin

(Gansu University of Chinese Medicine, Lanzhou 730000, China)

【Abstract】 Objective: To observe the clinical efficacy of acupuncture combined with Huafeng Dan in treatment of hemifacial spasm (HFS) of wind – phlegm blocking collateral syndrome. Methods: 80 patients with HFS of wind – phlegm blocking collateral syndrome were randomly divided into the acupuncture group and the acupuncture – medication group, with 40 cases in each group. Both groups were given routine acupuncture treatment; on which basis, the acupuncture – medication group was also given Huafeng Dan orally, 1.2 g each time, 3 times a day, every 6 days per week for a total of 4 weeks. The frequency, intensity and TCM symptoms score of HFS were observed before the treatment, after 2 weeks of the treatment, and after 4 weeks of the treatment in the two groups, and the healing time was recorded. Results: After 2 weeks and 4 weeks of the treatment, the frequency and intensity of HFS and TCM symptoms score were significantly decreased in the two groups ($P < 0.05$), and the acupuncture – medication group was better than the acupuncture group ($P < 0.05$). The healing time was shorter in the acupuncture – medication group than that in the acupuncture group ($P < 0.05$). There were 3 incidents of adverse reactions in each group, but there were no statistical difference between the two groups ($P > 0.05$). Conclusion: Acupuncture combined with Huafeng Dan can effectively improve the frequency and intensity of HFS, shorten the treatment period, and improve the cure rate in treatment of HFS of wind – phlegm blocking collateral syndrome. The clinical efficacy of acupuncture – medication is significantly better than acupuncture alone.

【Key words】 Hemifacial spasm; Acupuncture; Huafeng Dan; Syndrome of wind – phlegm blocking collateral