

穴位皮下埋线治疗面肌痉挛25例临床观察

叶立汉¹ 黎健红² 蓝琼好¹ 覃丽红¹

(1. 广东省肇庆市第一人民医院康复科, 肇庆市城中路174号, 526021; 2. 广东省东莞市慢性病防治院)

[摘要] **目的** 寻找提高治疗面肌痉挛临床疗效的最佳方法。**方法** 选择面肌痉挛患者76例, 随机分为穴位皮下埋线组25例、电针对照组26例、药物对照组25例。穴位皮下埋线组取患侧迎香、神庭、健侧合谷, 双足三里, 双神门, 阿是穴(扳机点), 将5-0号医用羊肠线埋于穴位皮下, 每周1次; 电针对照组取穴同皮下埋线组, 选用1.5寸针灸针针刺得气后接电针仪, 采用密波, 电流强度以患者耐受为度, 留针30min, 每日1次; 药物对照组采用口服卡马西平0.1g, 每日3次。从面肌痉挛强度分级和频度分级等方面判断其疗效。**结果** 穴位皮下埋线组能明显降低面肌痉挛的强度和频度, 与其他两对照组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 穴位皮下埋线治疗面肌痉挛能提高疗效, 是目前治疗本病较好的疗法。

[关键词] 面肌痉挛; 穴位疗法; 埋线

Clinical Observation on 25 Facial Spasm Patients Treated with Subcutaneous Catgut-embedding in Acupoints

YE Lihan¹, LI Jianhong², LAN Qionghao¹, QIN Lihong¹

(1. The First People's Hospital of Zhaoqing City, Guangdong Province, 526021; 2. Dongguan Chronic Diseases Hospital)

ABSTRACT **Objective** To search for the best method of improving clinical therapeutic effect of facial spasm. **Methods** The selected 76 cases of facial spasm were randomized into a subcutaneous catgut-embedding group (25 cases), an electroacupuncture control group (26 cases) and a carbamazepine control group (25 cases). Yingxiang (LI 20), Shenting (GV 24), Hegu (LI 4, healthy side), Zusanli (ST 36, bilateral), Shenmen (HT 7, bilateral), and Ashi (trigger point) were selected for catgut-embedding. The 5-0 medical catgut was embedded subcutaneously once a week. The same points were used for the electroacupuncture control group. The 1.5 cun needles were inserted. After arrival of qi, the electroacupuncture apparatus was used, dense wave, bearable intensity, 30 minutes, once a day. The carbamazepine control group was treated with carbamazepine 0.1g, three times a day. The therapeutic effect was evaluated by the changes of severity and frequency of facial spasm. **Results** The severity and frequency of facial spasm significantly decreased in the subcutaneous catgut-embedding group, the difference was significant as compared with the other two groups ($P < 0.01$). **Conclusion** The subcutaneous catgut-embedding treatment is a good method and effective in improving the therapeutic effect of facial spasm.

Key Words Facial spasm; Acupoint therapy; Catgut embedding

面肌痉挛为阵发性半侧面肌的不自主抽动, 通常情况下仅限于一侧面部, 因而又称半面痉挛, 偶可见于两侧。开始多起于眼轮匝肌, 逐渐向面颊乃至整个半侧面部发展, 逆向发展的较少见。可因疲劳、紧张而加剧, 尤以讲话、微笑时明显, 严重时可呈痉挛状态^[1]。西医对面肌痉挛用镇静药或注射肉毒素或手术治疗, 存在着不同程度的毒副作用和疗效不持久的缺陷。针灸治疗面肌痉挛报道很多, 但在针刺方法、诊断标准、疗效、指标客观化方面缺乏统一认识, 使其疗效往往难以比较。本课题采用穴位皮下埋线治疗面肌痉挛, 对治疗效果的判定采用面肌痉挛强度 Albert 分级标准^[2]及面肌痉挛频度 Penn 分级标准^[3]。报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照文献[4]标准: ①中年以后发病, 女性多见; ②

抽搐处多从眼轮匝肌开始, 可扩散至面颊肌、口轮匝肌甚至颈阔肌; ③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。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: ①符合面肌痉挛诊断标准。②年龄18~69岁。

排除标准: 桥脑小脑角的非血管占位性病变, 如肉芽肿、肿瘤和囊肿等; 动静脉畸形、脑膜瘤、动脉瘤; 后颅窝的一些占位性病变; 局部的蛛网膜增厚。

1.3 一般资料

76例均来自1998年10月~2009年4月门诊患者, 全部病例均经头颅CT检查无明显异常, 按随机数字表分为穴位皮下埋线组(穴位埋线组)25例、电针对照组26例、药物对照组25例。其中穴位埋线组中男8例, 女17例; 年龄20~69岁, 平均(45±6.23)岁; 病程1周~2年, 平均(58±5.64)天。电针对照组中男8例, 女18例; 年龄18~68岁, 平均(46±6.12)岁; 病程2周~2年, 平均(57

±5.22)天。药物对照组中男9例,女16例;年龄22~66岁,平均(45±6.54)岁;病程1个月~1年7个月,平均(58±6.52)天。3组患者在年龄、性别及病程等方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 穴位埋线组 选穴:患侧迎香、神庭,健侧合谷,双足三里,双神门,阿是穴(扳机点)。方法:在距离所取穴位3~5处,局部皮肤常规消毒后,选用5-0号医用羊肠线1~2cm,用镊子将其穿入7号注射针头内,以1.5寸针灸针为针芯,针尖朝穴位快速沿皮横刺进针,当针尖达所取穴位皮下后,用针体行扇状平扫及上提牵拉皮肤各3~5次,然后缓慢退针,边退针边向前推针芯,待针灸针尖有落空感时拔针,用干棉球按压针孔1min。整个过程不要求有酸、麻、胀、痛等针感。埋针1次即为1个疗程,1周后行第2个疗程,3个疗程结束治疗。

2.1.2 电针对照组 选穴:穴位同穴位埋线组。方法:穴位局部皮肤常规消毒后,选用1.5寸针灸针针刺,得气后接电针仪,采用密波,电流强度以患者耐受为度,留针30min。每日1次,10次为1个疗程,疗程间休息2天,3个疗程结束治疗。

2.1.3 药物对照组 口服卡马西平(广东华南药业集团有限公司生产,国药准字H44023982)每次0.1g,每日3次。共服30天。

2.2 观测指标及方法

2.2.1 3组患者面肌痉挛强度疗效比较 面肌痉挛强度分级标准参照文献[2]:Cohen及Albert分级:0级为无痉挛;1级:外部刺激引起瞬目反射增多;2级:轻度,可见颤动,无功能障碍;3级:中度,痉挛明显,有轻微功能障碍;4级:重度,严重痉挛和功能障碍,影响工作和生活。

2.2.2 3组患者面肌痉挛频度疗效比较 面肌痉挛频度分级采用Penn标准[3]:0级为无痉挛;1级为刺激诱发中度痉挛;2级为痉挛发作≤1次/h;3级为痉挛发作>1次/h但≤10次/h;4级为痉挛发作>10次/h。

2.3 疗效标准

依据Shorr疗效判定标准评定[2]。完全缓解:由2~4级降为0级;明显缓解:由2~4级降为1~2级;部分缓解:由4级降为3级;无效:治疗前后分级相同者。完全缓解+明显缓解=显著改善。

2.4 统计学方法

采用SPSS 11.0统计软件,对数据作Ridit分析。

3 结果

表1、表2示,治疗前后面肌痉挛强度和面肌痉挛频度改善方面,穴位埋线组完全缓解和显著改善优于电针对照组和药物对照组,差异具有统计学意义($P<0.01$)。

表1 3组患者面肌痉挛强度疗效比较[例(%)]

组别	例数	完全缓解	明显缓解	部分缓解	无效	显著改善
穴位埋线组	25	10(40.0)	12(48.0)	2(8.0)	1(4.0)	22(88.0)
电针对照组	26	5(19.2)*	8(30.8)	7(26.9)	6(23.1)	13(50.0)*
药物对照组	25	3(12.0)*	7(28.0)	7(28.0)	8(32.0)	10(40.0)*

注:与穴位埋线组比较,* $P<0.01$

表2 3组患者面肌痉挛频度疗效比较[例(%)]

组别	例数	完全缓解	明显缓解	部分缓解	无效	显著改善
穴位埋线组	25	9(36.0)	13(52.0)	2(8.0)	1(4.0)	22(88.0)
电针对照组	26	6(23.1)*	10(38.5)	5(19.2)	5(19.2)	16(61.6)*
药物对照组	25	5(20.0)*	8(32.0)	5(20.0)	7(28.0)	13(52.0)*

注:与穴位埋线组比较,* $P<0.01$

4 讨论

现代医学认为,面肌痉挛是由于某种压迫使面神经传导发生病理性干扰所致,大部分患者是由于正常的血管交叉压迫,如小脑后下动脉、小脑前下动脉、椎神经动脉压迫,偶尔由于动脉瘤、动静脉畸形或脑瘤等面神经根部的压迫所致[1]。另一部分患者为特发性面神经瘫痪,恢复后出现继发性的患侧面肌痉挛。可能为面神经炎导致神经脱髓鞘的病理解改变而未能恢复正常。仍存在部分的髓鞘脱失,使面神经的电传导易受泛化所致,或面神经炎累及脑干内神经核团,形成类似癫痫病灶而产生面部肌肉的发作性抽动。极少数患者为外伤、肿瘤或外科手术后出现患侧面肌痉挛。可能为面神经的恢复过程中与其他脑神经出现短路,当其他神经兴奋时也出现一侧面部肌肉抽动。卡马西平为临床证实治疗面肌痉挛疗效肯定的药物,但停药后容易迅速复发,因而需长期维持治疗。但存在头晕、嗜睡、共济失调、白细胞减少等副作用,影响了临床的广泛使用。

中医学认为,面肌痉挛是由于素体阴亏或体弱气虚引起阴虚、血少、筋脉失养或风寒上扰于面部而致,病位在面部阳经与肝、脾、肾、胆、胃、脏腑相关;病性或虚或实。属中医“风痉”、“筋急”、“筋惕肉瞤”范畴。穴位埋线和电针对照组取穴以多气多血之手足阳明经“穴

(下转第728页)

比较,如按气虚血瘀、气虚痰浊等分类,两个复合证型都有气虚,亦会存在包含问题。中医证候的特点是以复合证型为主,决定了证候间的包含关系,难免会出现部分重复统计的问题,故本研究采用了证候要素进行分类比较,除外证候包含问题的影响,仍可以初步得出冠状动脉介入治疗前后证候的变化趋势及规律。

冠心病患者冠状动脉病变情况和中医证型的关系研究,不单只有病变支数一个角度,冠状动脉病变程度也是冠心病患者病情和预后的重要指标。要探讨血管腔的狭窄程度和中医证型的关系,不能针对某条血管,而是要把病例的管腔狭窄程度做定量汇总。Gensini 计分是以管腔狭窄程度和冠状动脉对于心脏供血区域重要性的乘积大小来反应血管的病变程度,乘积越大血管病变程度越重。本研究对405例冠心病患者的血管病变程度进行了 Gensini 计分计算,并探讨了血管病变程度和中医证型的相关性,结果表明,气虚证、阳虚证及血瘀证的冠状动脉病变程度比各对应证型重,而气滞证的冠状动脉病变程度比非气滞证轻;证型相兼方面, Gensini 分数随着证型兼夹的增多而增大;证型虚实方面,本虚标实证的 Gensini 计分高于实证和虚证。

冠状动脉造影结果与冠心病中医证型存在一定相关性,随着冠心病冠状动脉病变程度的加重(冠状动脉狭窄加重或病变支数增多),则中医辨证更加复杂化。本研究结果显示,冠状动脉病变程度与证候要素变化密切相关,随着冠状动脉病变程度加重,血瘀证、痰浊

证、气虚证、阳虚证增多,而气滞证相对减少;随着冠状动脉病变程度加重而证型兼夹增多,由单证向多证相兼过渡。由此可见,冠心病冠状动脉程度较轻者应以理气活血为主要治则,冠状动脉病变较重者应配合补气、化痰、活血等多种不同方法,才能取得更好的疗效。

参考文献

[1]国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组.缺血性心脏病的命名及诊断标准[J].中华心血管病杂志,1981,9(1):75-76.
[2]中国中西医结合学会心血管学会.冠心病中医辨证标准[J].中西医结合杂志,1991,11(5):257-258.
[3]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.不稳定性心绞痛诊断和治疗建议[J].中华心血管病杂志,2000,28(6):409-412.
[4]Sullivan DR, Marwick TH, Freedman SB. A new method of scoring coronary angiograms to reflect extent of coronary atherosclerosis and improve correlation with major risk factors [J]. Am Heart J, 1990, 119(6):1262-1267.
[5]陈明哲,胡旭东.介入性心脏病学[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1992:11.
[6]Gensini GG. A more meaningful scoring system for determining the severity of coronary heart disease[J]. Am J Cardiol, 1983, 51(3):606-607.
[7]张敏州,王磊,邓铁涛对冠心病介入术后患者的辨证论治[J].中医杂志,2006,47(7):486-487.

(收稿日期:2009-11-24;修回日期:2010-03-16)

[编辑:邓媛]

(上接第708页)

迎香、合谷、足三里为主,祛风养血舒筋,并配以神庭、神门、阿是穴安神止痉。故穴位埋线和电针均可治疗面肌痉挛。但穴位皮下埋线法治疗作用时间长,长达7~20天,治疗效果明显优于电针对照组,治愈总治疗次数减少。皮下埋线法不同于一般穴位埋线,一般穴位埋线是埋线部位较深,操作时患者感到疼痛,到目前为止,穴位在人体具体深度无统一认识,因而同一穴位不同人操作及深度不同,效果不同,难以统一其疗效;皮下埋线法是埋线于皮下,深度有统一标准,有可重复性,无痛苦,提高治疗效果。皮下埋线作用机理可能为^[5]:①埋线时的持久针刺效应;②羊肠线作为一种异性蛋白植入人体后,逐渐被机体软化吸收,而起组织疗法的作用,能更好地调节机体内环境的相对平衡,提高机体的免疫能力和抗病能力,促进病区的修复;③提高机体应激能力,促进病灶部位血管床增加,血流量增大,血管通透性和血液循环得到改善,增加颈椎及周围软组

织的营养供应,从而消除局部肌肉的紧张或炎症,消除神经根炎症水肿,促进椎-基底动脉供血的改善;④埋线后可在大脑皮层区建立新的兴奋灶,从而对病灶产生良性诱导,缓解病灶放电,达到消除疾病的目的。

参考文献

[1]雷鹏.颅神经外科学[M].北京:军事医学科学出版社,2004:278-279.
[2]康成.A型肉毒毒素治疗面肌痉挛的疗效及安全性[J].广东医学,2007,28(6):993.
[3]余绍卫.康复评定与康复治疗技术规范实用手册[M].北京:银声音像出版社,2005:1220.
[4]王维治.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2006:91.
[5]叶立汉,胡亚明,张少兰,等.皮内植线治疗腰椎间盘突出症临床研究[J].中国针灸,2004,24(4):245-247.

(收稿日期:2009-12-08;修回日期:2010-04-10)

[编辑:叶晨]