

本文引用: 张燕, 韦永坤, 李德华. 基于“筋结缓急”辨治浅析李德华刃针治疗面肌痉挛经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(7): 1459–1464.

基于“筋结缓急”辨治浅析李德华刃针治疗面肌痉挛经验

张燕¹, 韦永坤¹, 李德华^{2*}

1. 重庆市万盛经济技术开发区中医院, 重庆 400800; 2. 成都中医药大学附属医院, 成都 610072

〔摘要〕 面肌痉挛是临床常见的颅神经疾病。李德华教授基于经筋理论, 认为其核心病位在面部经筋, 病理关键在于气血缠结凝滞于筋, 形成体表可触及的“筋结”。针对“筋结”的内在异质性, 李德华教授创立了“筋结缓急”辨治体系, 将其精分为“拘挛态”(气机逆乱, 筋急为结)与“粘连态”(痰瘀互结, 形滞成络)。临证时, 通过精细触诊辨别二态, 分别施以刃针“震颤松筋解结法”(调达气机、舒缓筋急)与“恢贯通刺割筋法”(破结通络、松解形滞)。本文将系统性总结其辨治思路与操作要点, 并附典型医案, 以期为临床提供新的诊疗视角。

〔关键词〕 面肌痉挛; 筋结缓急; 刃针; 辨治思路; 名医经验; 李德华

〔中图分类号〕 R245

〔文献标志码〕 A

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.07.019

LI Dehua's experience in treating hemifacial spasm with blade acupuncture based on differentiating and treating "sinew nodes caused by spasm or adhesion states"

ZHANG Yan¹, WEI Yongkun¹, LI Dehua^{2*}

1. TCM Hospital of Wansheng Economic and Technological Development Area, Chongqing 400800, China;

2. Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu, Sichuan 610072, China

〔Abstract〕 Hemifacial spasm (HFS) is a common cranial nerve disorder in clinical practice. Based on the meridian-sinew theory, Professor LI Dehua posits that the core location lies in the facial meridian sinews, and its pivotal pathogenesis lies in the impediment and stagnation of qi and blood within sinews, eventually forming palpable "sinew nodes" on the body surface. Targeting the inherent heterogeneity of these "sinew nodes," Professor LI Dehua has established a pattern differentiation and treatment system of "sinew nodes caused by spasm or adhesion states," which further subdivides sinew nodes into the spastic state (dysfunction counterflow of qi activity induces sinew spasm and nodules) and the adhesive state (intermingled phlegm and blood stasis causes collateral mass stagnation). In clinical practice, meticulous palpation is performed to distinguish the two subtypes. The Zhenchan Songjin Jiejie Fa (the vibratory sinew relaxation and nodule release manipulation with blade acupuncture) is applied for the spastic state to regulate and unblock qi movement and relieve sinew tension, while the Huiguan Touci Gejin Fa (the dredging penetrating sinew-dissecting needling) is adopted for the adhesive state to dissolve nodes, unblock collaterals, and release structural stagnation. This paper systematically summarizes Professor LI's differentiation and treatment logic and key operational essentials, supplemented with typical medical cases, aiming to provide innovative diagnosis and treatment perspectives for clinical practice of HFS.

〔Keywords〕 hemifacial spasm; sinew nodes caused by spasm or adhesion states; blade acupuncture; differentiation and treatment strategies; famous physician's experience; LI Dehua

〔收稿日期〕 2026-05-01

〔基金项目〕 重庆市科卫联合中医药科研项目(2026ZYYB046)。

〔通信作者〕 * 李德华, 男, 博士, 主任医师, 博士研究生导师, E-mail: si_ff@163.com。

面肌痉挛(hemifacial spasm, HFS)是临床常见的颅神经疾病,以一侧面部肌肉阵发性、不自主抽搐为特征。本病女性发病率约为14.5/10万,男性约为7.4/10万^[1]。临床长期口服药物治疗本病易致肾功能损伤^[2];微血管减压术虽能针对血管压迫病因,但属有创手术,存在风险且适应证范围狭窄,难以普惠^[3]。临床研究表明,刀针作为中医微创针具,兼具针刺与松解之长,在调节经筋气血、松解局部“筋结”方面独具优势^[4-5]。然而,当前刀针临床运用多局限于“以痛为输”取穴思路,未能区分“筋结”内在病机差异,缺少对气机挛急形成的“拘挛态”、痰瘀互结形成的“粘连态”开展精细化触诊鉴别,临床松解手法普遍趋于同质化。

李德华教授为第六批全国名老中医学术继承人,四川省岐黄学者、青年名中医,师从四川省十大名中医梁繁荣教授,医学博士、主任医师、博士研究生导师,从事中医针灸临床、教学与科研工作二十余载,深耕针灸干预神经系统疾病的基础和临床研究,临证擅长诊治各类经筋疑难病证,在难治性面瘫、HFS等顽固性经筋病诊治方面积累了丰富的丰富经验。现将李德华教授依托“筋结缓急”辨治理论,运用刀针治疗HFS的临证经验总结如下。

1 病因病机

HFS属于中医学“筋惕肉瞤”“瞤动”范畴,其核心病位归于十二经筋系统。《灵枢·经筋》详述了十二经筋的循行、病候,提出“治在燔针劫刺,以知为数,以痛为输”的治则。“经筋”作为经络系统中连缀百骸、维络周身、主司运动的重要组成部分,其病候多表现为拘挛、弛纵、转筋、痹痛等。而“筋”在此处泛指包括经筋、肌肉、韧带在内的运动系统相关组织。HFS发病机制在于各种致病因素阻滞面部经筋,气血凝滞缠结而成“横络”,卡压经脉,致使筋脉失养,发为挛急抽搐。传统医家多从“风”立论,如《素问·阴阳应象大论篇》载“风胜则动”,认为其基本病机为本虚标实,本虚责之肝、脾、肾不足,标实为风、痰、瘀阻滞经络。李德华教授指出,无论外感风邪,或内伤所致之痰、瘀、虚,其病理产物最终皆

可凝滞缠结于面部经筋,形成体表可触及的“筋结”。此“筋结”即古典医籍所述“横络”在体表的具体形证,是气血运行障碍、经筋功能失常的病机关键,亦是痉挛反复发作的直接病理枢纽。然临床中,同是“筋结”,其性状、手感乃至伴随症状各有不同。为此,李德华教授依据“筋结”形成过程中核心病机侧重,将其划分为“拘挛态”与“粘连态”,此即“筋结缓急”辨治体系的理论根基。

1.1 气机逆乱,筋急为结

《素问·至真要大论篇》言:“诸暴强直,皆属于风”,此“暴”与“强直”,正是对HFS起病突发、发作阵发临床特点的概括。其内在病机多为肝气郁结、化火生风,内风循经上扰搏击面部经筋,引动局部经气逆乱,致使气血骤然缠结、挛急不舒,从而形成以高张力、拘急为特征的“筋结”。触诊时,此类“筋结”多紧绷如弦,按之有弹性抵抗感,压痛尖锐,临床表现为痉挛突发突止、抽动频次急促^[6],且多在情绪波动、精神紧张时诱发或加重,与内风“善行数变”之特性相合。针对此证,李德华教授指出,治疗当以舒筋缓急、调达肝气、平息内风为要,并依托《灵枢·官针》“恢刺”“浮刺”之法,改良并发挥刀针特性,创立“震颤松筋解结法”。该法以轻柔、高频的震颤操作进行松解,旨在舒缓挛急之经筋、调畅逆乱之气血,兼具柔肝息风之效。

1.2 痰瘀互结,形滞成络

《丹溪心法·痰十三》有云:“痰挟瘀血,遂成窠囊。”《临证指南医案·胃脘痛》亦言:“初病在经,久病入络。”二者皆指出病程迁延、邪气深伏、气血缠结,可致痰浊与瘀血相互搏结,进而形成顽固胶结的病理产物。痰、瘀这两种病理产物相互交结,如同胶泥一样牢固地黏附、沉积在面部经筋和肌肉之间,触之质硬如石、状若条索结节、根底盘结、推移不动。临床可见患者面部肌肉于痉挛间期亦常感僵硬板滞,痉挛抽动或相对“缓滞”,且遇寒加重。李德华教授指出,此类病症治疗应首重破结散瘀、化痰通络,充分发挥刀针切割松解的优势作用,遵循《灵枢·九针十二原》“宛陈则除之”原则,选用“恢贯透刺割筋法”,直接以松解粘连破除“窠囊”之固结,使

气血得以复通。

《灵枢·邪气脏腑病形》有云“十二经脉,三百六十五络,其血气皆上于面而走空窍”,指出头面为诸经气血汇聚之处,亦是经筋分布、结聚之所。李德华教授认为,辨治HFS须紧扣“经筋”这一核心病位,提出以“筋结”为靶向、以“缓急”为纲领的特色诊疗思想,临证时应首先以手循经、精细触诊,于体表精准定位“筋结”这一病理靶点,再依据触诊手感分辨其病理之态,施以对应的刃针治法。

1.3 “气乱”与“形滞”的动态转化关系

“拘挛态”与“粘连态”并非孤立存在,其在疾病进程中常相互转化、胶着并存。李德华教授指出,临证须动态把握二者“由气及形、因形滞气”的转化规律。“由气及形”指若“拘挛态”未能及时疏解,缠结于头面部的逆乱经气(气乱),因“风”主动、升发之性,极易裹挟气血壅滞于局部。气滞日久,津血运行不畅,逐步化生痰瘀等有形病理产物^[7]。痰瘀互结,如胶漆黏附于挛急筋束之上,使“筋结”由功能失调之无形“气结”,逐渐固着、质变为有形质损害的“形滞”之“横络”。此即《临证指南医案·积聚》所言“初病气结在经,久则血伤入络”的病机内涵。“因形滞气”则指既成的“粘连态”之“横络”,会持续产生病理性刺激与卡压。一方面,阻碍气血濡养筋脉,使筋失所养而更易诱发挛急,即因虚致急;另一方面,其有形之“结”在情志波动、外邪引动时,易成为阻滞气血、诱发经气再度逆乱的“宿根”,从而导致阵发性拘挛的反复与加重,即因实致急。故临证时,须以精细触诊辨别筋结当前是偏于“气乱”之“急”(拘挛态),还是偏于“形滞”之“缓”(粘连态);同时,动态审视其背后功能失调(气乱)与形质损伤(形滞)的主次关系及演变趋势。唯有如此,方能准确确立“急则调气(主以震颤松筋解结)、缓则破结(主以恢贯透刺割筋)”或“攻补兼施”的治疗策略,实现精准施治。

2 诊疗特色

2.1 筋结辨治,脏腑辨证

2.1.1 辨位归经,循经扪结 依据《灵枢·经筋》所载,足少阳经筋“支者,结于目眦为外维”,故痉挛以目外眦及颞部为主者,病在少阳经筋;足阳明经筋“上合于太阳,太阳为目上网,阳明为目下网”,足太

阳经筋“其支者,为目上网”,故抽搐始于目内眦及眼眶下者,病在足阳明、足太阳经筋^[8]。足少阳、足太阳二经之“根”上连颈部,其经筋“结”于枕骨、额角,因此颈1~2横突旁枕下肌群亦常为应力集中区域,触诊时不可遗漏。若痉挛以口角、面颊及下颌为主,或抽搐始于口周,则病在足阳明、手阳明经筋。足阳明经筋“从颊结于耳前”,其循行通路与胸锁乳突肌等颈部肌肉筋膜相连续,故乳突及其前下缘亦为常见“筋结”点。若痉挛全面扩散,累及耳前、颊部,则多属手少阳、足少阳经筋交汇失调所致。手少阳经筋“循耳前,属目外眦,上乘颌”,其经气上行连通颈部,故斜角肌间隙之筋结亦可能与之相关。

面部经脉纵横交错,单以宏观部位辨经,其指向性仍显笼统。故需结合现代肌筋膜解剖学,将上述经络“结”“聚”之处,具体化为明确的肌肉-筋膜应力点。触诊时,应重点探查面部颞弓线(包括颞弓上缘、耳前发际及太阳穴区域)、面颊线(包括耳屏前方、咬肌体表投影区、口角外侧区域)、下颌线(包括颞下颌关节外侧、下颌骨缘区域)三线区域。典型应力点包括:位于眼轮匝肌与颞肌筋膜交汇区、颞弓上缘中点上方1 cm处的“颞弓上结”;位于咬肌浅层筋膜内、下颌骨咬肌粗隆前方约1.5 cm处的“咬肌前结”;位于颞下颌关节囊外侧、耳屏前凹陷处的“耳屏前结”^[9]。故李德华教授临证时强调,循经探查需兼顾颈段,在根据痉挛部位辨明所涉经脉后,对其头颈段全程(特别是上述肌肉-筋膜应力点及与之关联的颈部关键部位)进行一体化触诊,以精准定位相关“筋结”靶点。

2.1.2 审机察态,区分张力与黏滞 根据“筋结缓急”的辨治思路,通过切按“筋结”的物理形态,辨别其核心病理为“拘挛之紧”或“粘连之黏”。《灵枢·经筋》云:“寒则反折筋急。”故触诊辨识“拘挛态”时,应以拇指指腹轻置于筋结之上,沿其轴向作小幅度横向推移,细察其“劲”(筋结张力)。若触感为均匀、绷紧的弹性抵抗,如拨动上紧的琴弦,且按压时有尖锐、局限的疼痛,即为“拘挛态”。该体表征象对应肝气郁结化风、经气骤然挛急的病机,此类患者痉挛多突发、跳动剧烈,情绪波动或劳倦时加重。《灵枢·百病始生》云:“凝血蕴里而不散,津液涩渗,著而不去,而积皆成矣”,点明痰瘀互结、久聚成积的根本病机;

《灵枢·刺节真邪》曰:“一经上实下虚而不通者,此必有横络盛加于大经……”阐释横络卡压、经络不通的病标。两篇经文合参,揭示痰瘀痼结、有形卡压之实质。故触诊辨识“粘连态”时,需以食指指尖深按至筋结根部,并作小幅环形揉按,细察其“形”(筋结形态)^[10]。若触及边界清楚、质地坚硬、推之不移的条索或疙瘩,按压至深层以酸胀痛为主,即为“粘连态”,此类患者除肌肉抽动外,患处肌肉常僵硬板滞,遇寒冷潮湿则症状加重,病情反复发作、缠绵难愈。

2.1.3 关联脏腑,整体调治 “筋结”虽为局部形征,然其生成演变,实则与内在脏腑功能失调密切相关。李德华教授指出,辨别“筋结缓急”须结合脏腑辨证,方能由标及本,实现整体调治。“粘连态”筋结的病机核心在于“形滞”,多与脾胃功能失调相关。脾主运化,胃主受纳,二者即为气血生化之源,亦为生痰之源。若饮食不节或思虑过度,损伤脾胃,运化失司,则水湿内停、聚湿成痰;气机阻滞则血行不畅,日久瘀血内生。痰瘀互结,凝滞于面部经筋,则形成质硬难消的“粘连态”筋结。临床常伴面部板滞、遇寒加重、纳呆、脘痞、舌暗或有瘀斑、苔腻等痰瘀互结、脾虚湿蕴之候。治疗时,除局部施以刃针“恢贯透刺割筋法”以破结通络外,常需配伍健脾、化痰、祛瘀的远端腧穴,如足三里、丰隆、阴陵泉、血海等,以断绝痰瘀生化之源,助力有形之邪消散。

2.2 病在气机,法以调达

“拘挛态”的核心病机在于“气”的紊乱。由于肝气郁结,化生内风,内风裹挟逆乱气血上冲面部,导致经筋结块、骤然挛缩。《素问·阴阳应象大论篇》言“风胜则动”,此“动”在 HFS 中表现为突发、阵发、游走不定的筋肉跳动。其病位在“经”,病性属“气”,本质是无形气机的功能亢进与失调^[11]。触诊可扪及明确、均匀的弦急抵抗感,这正是经气骤然挛急、筋脉不舒在体表的具体征象。针对此种气乱之态,李德华教授应用“震颤松筋解结法”,以动导气,凭借轻灵腕力操控刃针,使针尖在筋结内部施行高频、小幅、垂直的“雀啄”式震颤,通过持续、均匀、温和的机械性振荡波疏解壅滞、调达逆乱之经气,从而达到以动导气、舒缓筋急之效。

2.3 病在形质,法以破除

“粘连态”的病机在于“形”的阻塞。病情迁延日久,局部气血不通,导致病理产物(痰湿和瘀血)相互胶结,如胶泥一样凝结、堆积在筋肉缝隙和经络中,形成《灵枢·刺节真邪》所述的“横络”。此时病变已从“气”的功能失调,发展为“形”的器质性堵塞。触诊可扪及坚硬、有根、推之不移的硬结或条索,此即痰瘀痼结、有形之邪盘踞的体现。针对此种“形滞”之态,李德华教授应用“恢贯透刺割筋法”,破结通络,以刃针之锋直达“横络”之根,沿其条索状结构之走向,行纵向、小幅摆动与推扫,松解各层次组织粘连。随后旋转针体,使刀口线与条索走向垂直,于结节质地最坚韧的关键点施以快速、短促、有力而可控的横向切割,以破除有形病理组织,解除其对经络的卡压。

2.4 据“态”施术,确立进针与松解手法

运用刃针治疗 HFS,其关键在于针对不同“筋结”病态进行辨证施治。李德华教授指出,该病核心病机为“气乱”与“形滞”,根据《灵枢·终始》“病在筋,守于筋”的原则,进针的层次、手法的实施与“中病”指征的把握,均须与“拘挛态”或“粘连态”严格对应。

若病机偏于“气乱”的“拘挛态”,于术前精准定位筋结病灶点,常规消毒后用刃针快速破皮,垂直逐层缓慢进针。当针尖抵达紧张条索处的肌筋膜层时,可闻及肌筋膜纤维松解“滋滋”的声音,同时患者术区出现明显酸麻胀感,或伴有局部肌肉轻微抽动,此即为得气。得气后固定针体深度,运用腕力施“震颤松筋解结法”,于病灶层次内施行高频、小幅(1~2 mm)的垂直提插操作,使针尖产生均匀、持续的“雀啄”式震颤效应,操作力求柔和渗透、均匀有度。持续施术至针下初始沉紧、弦涩之阻力逐渐减弱、消散,最终转为松软或空豁感,且患者自觉局部紧绷、牵掣或抽动感减轻或消失,这一变化即经筋挛急得以松解的客观指征。

若病机偏于“形滞”的“粘连态”,术者持刃针精准进针,直达筋结硬结病灶基底部,当针下触及质硬、艰涩凝滞的阻力感时,表明已至病灶核心层次,患者术区往往伴有酸胀闷痛感,为针至病所、得气之

征。得气后调整刃针施以“恢贯透刺割筋法”,先将刀口线与粘连条索纤维走向平行,针尖抵达筋结后,沿肌束或经筋走向作上下、前后方向的提插与摆动2~3次;再沿病灶纵轴方向,透刺贯穿整个筋结至对侧边缘,以不穿透皮肤为度,行平稳、小幅地多向横向推切2~3次,松解组织横向粘连;随后旋转刃针90°,使刀口垂直于肌纤维走行,于硬结最坚韧处进行快速、短促、精准的横向切割松解,同一操作平面切割2~3刀,单次切割幅宽严格控制在2~3 mm,逐层松解固结粘连的经筋组织。术中需持续感知针下组织张力变化,动态把握松解层次,当术者针下阻滞阻力骤然消失,出现典型组织落空感、突破感,或闻及细微“滋滋”声,且患者顿觉深部牵拉酸胀痛感即刻缓解,局部筋肉僵硬板结感显著减轻,此即为“中病”指征,必须立即停止当下切割动作,缓慢退针至皮下后快速出针。必要时可于施术靶点配合施以拔罐,留罐5 min后起罐,清洁消毒。令局部瘀滞透达于外,增强祛瘀通络、柔筋活血之效。根据患者面部痉挛缓解程度,开始可每周治疗1次,后期可每2~3周或1个月治疗1次,痊愈即可停止治疗。

2.5 安全警示与操作规范

刃针治疗以面部施术风险更高,操作者须熟练掌握面部精细解剖结构,尤其是面神经各分支(颞支、颧支、颊支、下颌缘支、颈支)及颞浅动脉、面动脉等重要血管的走行路径与体表投影。进针点与操作路径必须严格避开上述危险区域,严禁盲目深刺或大幅度切割。针对凝血功能障碍人群(如血友病、服用抗凝药物者)、局部皮肤感染、瘢痕体质、严重心脑血管疾病急性期、精神高度紧张或无法配合治疗者,应列为禁忌或相对禁忌。孕妇需谨慎施治。实施“恢贯透刺割筋法”操作时,一旦针下出现落空感或突破感,必须立即停止切割,避免损伤神经、血管。操作应遵循“由浅入深、由轻到重、点到为止”的原则。出针后须用无菌干棉球对针孔进行充分、持续按压3~5 min,直至确认无活动性出血,以防止皮下血肿。术后24 h内治疗区域禁止沾水、保持洁净,忌食辛辣刺激食物。嘱患者如有异常肿胀、疼痛加剧、面部活动功能障碍等情况,需立即复诊。

3 典型案例

患者,男,47岁。初诊:2025年4月1日。主诉:10个月前无明显诱因出现右侧眼睑不自主跳动,症状逐渐累及同侧面颊及口角,情绪紧张、身体劳累时发作或加重。曾在外院接受常规针灸治疗,效果不显。近1个月来症状发作频繁,程度加剧,遂来就诊。刻下症:右侧眼睑、口角、面颊频繁抽搐,发作时右眼难以睁开;伴眩晕,情绪急躁易怒,眠差。平素有烟酒嗜好。查体:右侧颞肌肌张力增高,颈1~2横突、乳突附着点、头夹肌止点、斜角肌间隙等处均可触及明显压痛点;右侧眉梢外上方上关穴可触及条索状筋结点,触之弦紧,闭眼时张力剧增,可诱发眼睑抽动;右侧颧弓中点下缘深部可触及硬性结节,质地坚韧,咧嘴时压痛明显并诱发口角抽动;右侧咬肌后缘近下颌角处可触及紧张条索。舌质红,苔黄腻,脉弦。Cohen痉挛强度分级4级。头颅CT示:左侧基底节区少许腔隙性脑梗死可能;右侧上颌窦、筛窦炎。西医诊断:原发性右侧HFS。中医诊断:痉病(肝阳化风,痰瘀阻络证)。治则:平肝息风,化痰祛瘀,舒筋解痉。操作:于患者患侧面部及颈部循按、触诊后,确定经筋结点;术区常规消毒后,术者戴无菌手套,选用0.35 mm×50 mm一次性刃针,先于上关穴进针,针体沿颧弓上缘骨面向前下方向倾斜约30°透刺;透刺过程中配合腕部轻柔、小幅持续摆动,振荡疏导局部缠结、逆乱的气血,松弛紧绷的筋结,直到患者自觉局部揪紧感明显缓解,或术者针下感知条索由紧绷转为柔软后,方可出针。针对颧髁次深部硬结,同样消毒后,使用一次性刃针,快速刺破表皮,垂直进针直达硬结根部;针下触及硬性顶推阻力时,小幅转动针身,使刃针刀口线与硬结纤维走行保持一致,小幅、平稳地纵向推切数次,以分离不同组织层面粘连;随后将针体旋转90°,使刀口线与纤维走向垂直,于硬结质地最坚硬处行快速、短促的横向切割2~3次,以分筋离结,破除“横络”,当闻及“滋滋”声及针下出现落空感,即为筋结松解消散之征。同时对右侧C1横突、C2棘突旁的枕后肌群筋结点进行松解,减轻其对交感神经的刺激,改善大脑血液循环^[12]。其

他次要反应点辅以刃针快速点刺松懈。每周治疗 1 次,经 3 次治疗后,患者日常状态下 HFS 明显缓解,仅于极度疲劳、情绪紧张时偶有眼睑轻微瞤动。随访 3 个月后,患者日常状态下 HFS 基本消失,未出现加重情况。

按:本案患者 HFS 其病在筋。李德华教授认为,局部“筋结”存在形态异质性,触诊上关穴,其结“弦紧”,闭眼加剧,此乃肝阳化风、引动气血骤然挛急之“拘挛态”,故施以刃针“震颤松筋解结法”,取其高频振荡之力调和经气挛急,以筋结针下“由紧变软”为度;触诊颞髁深部,其结“硬韧”,咧嘴诱发抽动,此乃风痰瘀血互结、凝滞成形之“粘连态”,故施以刃针“恢贯透刺割筋法”,取其恢刺与透刺相结合,借助锋刃切割之力破除有形横络,以针下“落空感”为效验。该诊疗方案已成功应用于约 150 例患者,总体有效率超过 90%,治疗周期为 4~6 次。

4 结语

《灵枢·刺节真邪》曰:“此必有横络盛加于大经,令之不通,视而泻之,此所谓解结也。”李德华教授基于经筋理论治疗 HFS,紧扣“筋结”这一核心病所,强调“辨态”与“解结”的重要性,临证从“筋”入手,以“手扪心会”精细触诊,将体表“筋结”精辨为“拘挛态”与“粘连态”两类,分别采用“震颤松筋解结法”与“恢贯透刺切割法”实施差异化微创松解,祛除局部“横络”对气血、经筋的痹阻,恢复其正常的张弛与舒缩功能,为临床治疗 HFS 提供了新的诊疗思路。

参考文献

- [1] 谭耀晋,史欣怡,林威明.林威明采用针刺治疗面肌痉挛经验[J].湖南中医杂志,2023,39(1):51-54.
- [2] 姜春宁.针药结合治疗原发性面肌痉挛阴虚风动证的临床疗效观察[D].天津:天津中医药大学,2024.
- [3] 刘培,杨贯钊,王红涛,等.微血管减压术治疗原发性面肌痉挛的临床研究及其对患者面神经损伤程度分析[J].黑龙江医学,2025,49(4):459-461.
- [4] 王庄华.从阳引阴法针刺治疗原发性面肌痉挛的临床疗效观察[D].福州:福建中医药大学,2023.
- [5] 全菲,刘洪,崔瑾.崔瑾针刺结合隔药饼灸治疗面肌痉挛经验[J].贵州中医药大学学报,2022,44(6):5-8.
- [6] 朱学睿,王震.王震针刺治疗面肌痉挛经验总结[J].按摩与康复医学,2023,14(4):25-27.
- [7] 吴小红,刘丹萍,李思康.针灸治疗原发性面肌痉挛随机对照研究 Meta 分析[J].中医药临床杂志,2019,31(12):2276-2280.
- [8] 田鸿芳,韩德雄,刘婧,等.以“辨病位”为核心构建针灸临床诊疗体系的思考:以《针灸学》治疗篇为例[J].中国针灸,2022,42(3):345-349.
- [9] 边明彤,孙晓薇,陈付艳,等.基于数据挖掘技术研究针灸治疗卒中后痉挛性瘫痪的选穴规律[J].湖南中医杂志,2025,41(6):31-40.
- [10] 赵红艳,陈睿.三通针法治疗面肌痉挛的疗效观察[J].上海针灸杂志,2025,44(4):445-450.
- [11] 李睿,何常春.体针结合耳针治疗面肌痉挛验案 1 则[J].湖南中医杂志,2024,40(12):72-73.
- [12] 林紫嫣,范升,刘巨尧,等.基于“从颈治瘫”理念观察刃针治疗缺血性卒中后上肢痉挛性瘫痪的疗效[J].湖南中医药大学学报,2025,45(2):274-279.

(本文编辑 匡静之)