

特色针刺治疗急性期周围性面瘫的研究进展

刘 焱¹, 刘 刚^{2*}

¹黑龙江中医药大学第二临床医学院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第二医院针灸一科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年10月19日; 录用日期: 2025年11月12日; 发布日期: 2025年11月24日

摘 要

本文就2018~2025年特色针刺疗法治疗急性期周围性面瘫(APFP)的相关文献进行综述。现有研究表明, 特色针刺疗法在APFP治疗中呈现疗效确切、选穴精简、疼痛反应轻以及治疗依从性高等优势。因此, 本文从特色毫针刺法、特色针具刺法、特殊部位刺法三个维度系统评述特色针刺治疗APFP的方案。提出今后应重视特色针刺治疗的早期介入, 同时深化APFP机理机制的探讨, 完善特色针刺疗法治疗APFP的远期疗效观察, 以期为临床针刺治疗APFP拓宽思路, 优化治疗方案, 并为患APFP的孕妇、儿童等特殊人群提供新的治疗方法。

关键词

周围性面瘫, 针刺, 急性期, 研究进展, 综述

Research Progress on Acupuncture in the Treatment of Acute Peripheral Facial Palsy

Yan Liu¹, Gang Liu^{2*}

¹The Second Clinical Medical College, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²First Department of Acupuncture and Moxibustion, Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: October 19, 2025; accepted: November 12, 2025; published: November 24, 2025

Abstract

In this paper, the related literatures on the treatment of acute peripheral facial paralysis (APFP) with characteristic acupuncture therapy from 2018 to 2025 are reviewed. The existing research shows that the characteristic acupuncture therapy has the advantages of exact curative effect,

*通讯作者。

文章引用: 刘焱, 刘刚. 特色针刺治疗急性期周围性面瘫的研究进展[J]. 临床医学进展, 2025, 15(11): 2112-2120.
DOI: 10.12677/acm.2025.15113326

simplified acupoint selection, light pain response and high treatment compliance in APFP treatment. Therefore, this paper systematically comments on the scheme of characteristic acupuncture treatment of APFP from three dimensions: characteristic needle needling, characteristic needle needling and special part needling. It is suggested that attention should be paid to the early intervention of characteristic acupuncture treatment in the future, and at the same time, the discussion on the mechanism of APFP should be deepened, and the long-term curative effect observation of characteristic acupuncture treatment of APFP should be improved, so as to broaden the thinking of clinical acupuncture treatment of APFP, optimize the treatment scheme, and provide new treatment methods for pregnant women, children and other special groups suffering from APFP.

Keywords

Peripheral Facial Paralysis, Acupuncture, Acute Phase, Research Progress, Review

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

周围性面瘫, 亦称周围性面神经麻痹(Peripheral Facial Palsy, PFP), 是神经内科常见病, 其发病机制为面神经核或其下行纤维受损, 出现同侧面部表情肌瘫痪, 由于面神经损害部位的不同, 进而出现不同的临床表现, 如舌前 2/3 味觉减退; 泪液、唾液分泌异常; 听觉过敏; 耳后乳突压痛等[1]。面瘫是受世界卫生组织认可的 40 余种针灸优势病种之一, 大量临床试验证明针刺对面瘫患者确有疗效, 而对于针刺治疗急性期周围性面神经麻痹(Acute Peripheral Facial Paralysis, APFP)的应用时机, 临床实践中仍存在学术争议。近年研究[2]-[4]证实, 针刺对 APFP 患者的恢复起到积极作用, 尤其是特色针刺疗法展现出疗效确切、副作用小、治疗成本低、适应症广等优势。本文通过整理了 2018~2025 年特色针刺疗法治疗 APFP 的相关文献, 旨在为临床针刺治疗 APFP 拓宽思路, 优化治疗方案, 并为患 APFP 的孕妇、儿童等特殊人群提供新的治疗方法。

2. 特色毫针刺法

2.1. 《黄帝内经》中记载的特色毫针刺法

2.1.1. 巨刺法

巨刺法是《灵枢》中“九刺”之一, 是左病刺右, 右病刺左的一种特殊针刺方法。《素问·调经论》明确指出: “痛在于左而右脉病者, 巨刺之”, 《素问·阴阳应象大论》曰: “善用针者, 从阴引阳, 从阳引阴, 以右治左, 以左治右”[5]。故巨刺法可通过刺激健侧腧穴, 激发经气相互输注, 通调患侧气血, 达到振奋经气、祛邪外出之效[6]。

杨淑宏等[7]将 APFP 患者随机分为对照组(常规针刺治疗)和治疗组(巨刺法联合常规针刺治疗)各 47 例。治疗组主穴选取双侧下关、地仓、颊车、阳白、四白、牵正, 对照组主穴仅选取患侧腧穴。结果显示, 治疗组总有效率(95.65%), 优于对照组总有效率(81.82%)。钟青华[8]将 APFP 患者随机分为观察组(巨刺法结合常规针刺)和对照组(常规针刺), 每组各 30 例。观察组针刺双侧阳白、四白、颧髎、颊车、地仓、翳风、攒竹、迎香、足三里、太冲、合谷、风池, 对照组仅针刺患侧腧穴。结果显示, 观察组总有效率(96.7%)与对照组(91.7%)无显著差异, 但观察组的愈显率(83.3%)高于对照组(66.7%)。

2.1.2. 毛刺法

毛刺法亦是《灵枢》中“九刺”之一,是一种轻刺皮毛,针尖仅刺入皮肤浅层的特殊针刺方法。祖国医学认为面瘫的病因在于气血不足以致卫外失固,外邪乘虚内侵,而面瘫急性期邪气轻浅,病位多在皮毛肌腠。《灵枢》[9]云:“毛刺者,刺浮痹皮肤也”,“浅刺之,使精气无得出,以养其脉,独出其邪气”。所以毛刺法可通过浅刺皮部,既起到鼓舞卫气、疏散邪气之效,又可避免引邪入里、耗伤正气之弊。

郑肖等[10]将 APFP 患者随机分为观察组(西药常规治疗 + 毛刺法)和对照组(西药常规治疗),每组 40 例。毛刺法于患侧阳白、太阳、颧髎、地仓、颊车、四白、翳风浅刺破皮(深度 0.2 寸,约 0.5 cm),手法轻柔,并于健侧合谷、双侧足三里行常规针刺,两组急性期后均予常规针刺治疗。结果显示,观察组总有效率为 95.00% 显著高于对照组的 87.50%。此外,毛刺法具有手法轻柔、疼痛较小的优点,因此张柏雯[11]将其应用于 APFP 儿童患者,结果显示,毛刺法组的总有效率为 93.10% 高于常规针刺组的 86.67%,为儿童 APFP 患者寻找到新的治疗方法。

2.1.3. 半刺法

半刺法属于《灵枢·官针》[9]“五刺”的范畴,经文有云:“半刺者,浅内而疾发针,无针伤肉,如拔毛状,以取皮气”。该刺法的操作特色为“浅刺疾出”,即迅速浅刺,快速出针,全程不施以行针手法,亦不深及肌肉层次。半刺法可宣泄皮部的邪气,治疗病位较浅的疾患,故适用于 APFP 患者。

周英团队[12]将 APFP 患者随机分为 A 组(半刺法 + 西药)、B 组(浅刺法 + 西药)、C 组(单纯西药),每组各 20 例。其中 A 组于患侧颧髎、下关、攒竹、阳白、颊车、太阳、地仓、外关及健侧合谷行快速点刺(进针后不行针、快速出针),B 组主穴同 A 组,进针 5~10 mm (得气或不得气均留针 20 min)。稳定期 A、B、C 组均予常规针刺、TDP 照射和闪罐治疗。临床疗效观察显示,三组总有效率分别为 A 组 100%、B 组 95.0%、C 组 85.0%,经统计学分析三组组间差异并无统计学意义,而愈显率依次为 A 组 85.0%、B 组 75.0%、C 组 55.0%,A 组与 C 组存在显著差异,提示半刺法在改善面瘫愈显率方面较单纯西药治疗更具优势。龙华等[13]针对 APFP (风寒型)开展随机对照试验,将患者随机分为治疗组(半刺法结合透灸法)与对照组(西药常规治疗)各 40 例。其中治疗组于患侧阳白、四白、颧髎、颊车、地仓、下关、牵正、攒竹、迎香、承浆及健侧合谷行快速浅刺(破皮即止,施针后不行针、快速出针),并于患侧翳风穴行透灸法(温和灸,持续 50 min),对照组仅予常规西药治疗。结果表明,治疗组总有效率为 90.00% 显著高于对照组的 70.00%。此外,孙梦娟[14]鉴于半刺法具有操作轻快、刺激强度轻微且不行针、不留针的特点,将其应用于孕妇 APFP 患者,结果显示半刺组总有效率及 H-B 评分均优于常规组,为孕妇这一特殊群体提供新的 APFP 治疗方法。

2.2. 近代的特色毫针刺法

2.2.1. 挂针法

挂针法属于毫针浅刺法,是一种将毫针刺入腧穴皮下浅层,通过针体自然悬垂,形成轻柔持续的牵拉力刺激腧穴皮部,从而起到治疗作用的特色针刺手法[15]。

钟倩等[16]将 APFP 患者随机分为观察组和对照组各 30 例。两组均给予西药基础治疗,观察组急性期(前 7 天)取阳白、太阳、四白、颧髎、地仓、翳风、颊车、牵正、合谷为主穴行双针挂针疗法(采用 1.5 寸毫针浅刺皮部,双针挂针留针 30 min),并予翳风穴温和灸(艾条悬灸 30 min),对照组急性期仅予基础治疗,7 天后两组均改用常规针刺治疗。结果显示,在治疗第 7 天和第 21 天观察组面神经功能评分均显著高于对照组,且观察组恢复速度更快、效果更显著。叶一林等[17]将 APFP 患者随机分为观察组(隔牵正散灸联合挂针疗法)和对照组(常规针刺治疗)各 30 例。观察组取患侧阳白、鱼腰、下关、四白、颊车、

地仓、迎香、口禾髎、水沟及健侧合谷行挂针疗法(针灸针快速刺入皮下 0.3~0.4 寸, 快速向内旋转针柄 5~10 次形成滞针, 轻拉针柄向正常方向牵拉 10 次后松手, 针柄自然下垂且针尖形成小皮丘, 留针 30 min), 并于挂针结束后在患侧下关、翳风穴敷贴药糊, 以艾柱悬灸药糊上方行温和灸, 药糊干燥后更换 2 次(共灸 3 次), 灸毕局部保暖避风寒。对照组选穴同观察组, 行常规针刺治疗(阳白、鱼腰、迎香 15°平刺, 其余穴位直刺 0.5~0.8 寸, 留针 30 min)。结果显示, 观察组治愈率(93.33%)显著高于对照组(80.00%)。

2.2.2. 温针灸法

温针灸是一种通过将艾柱固定于毫针针柄, 结合针刺的机械刺激与艾灸的温热效应, 实现温经通络、散寒止痛的治疗作用的一种特色针刺疗法[18]。

汤铨团队[19]将 APFP 患者随机分为观察组(交替温针灸联合鼠神经生长因子)和对照组(仅使用鼠神经生长因子)各 43 例。观察组取四白、阳白、颊车、颧髎、地仓、合谷、风池、太阳、翳风为主穴行交替温针灸(针刺患侧穴位得气后, 于翳风穴针柄插入 2.0 cm 艾柱, 距皮肤 2.0 cm 施灸 1 壮, 留针 30 min; 次日针刺健侧穴位, 灸法同前, 每日 1 次交替治疗), 对照组仅予鼠神经生长因子治疗。结果显示, 观察组总有效率为 93.02%, 显著高于对照组的 76.74%。

3. 特色针具刺法

3.1. 毫火针

毫火针疗法是融合传统火针与毫针技术改良而成的特色针刺疗法, 其将特殊材质的毫针烧红后快速刺入腧穴, 通过热力学效应与机械刺激的协同作用, 从而起到温热散寒, 活血通络的功效, 实现防治疾病的目的, 且该疗法相较于传统火针具有低痛感、低损伤、操作灵活等优势[20]。

罗文团队[21]将 APFP 患者随机分为治疗组(毫火针半刺法联合西药常规治疗)与对照组(西药常规治疗)各 45 例。治疗组于患侧阳白、攒竹、四白、颧髎、迎香、地仓、颊车、牵正、翳风及双侧合谷行毫火针半刺法(针尖烧至发白后快速浅刺, 不行针、不留针), 对照组仅予西药治疗。结果表明, 治疗组总有效率为 91.11%, 显著优于对照组的 71.11%。严媚等[22]将 APFP 患者随机分为观察组(毫火针半刺联合翳风穴牵正散超声导入治疗)和对照组(西药常规治疗)各 42 例。观察组于患侧阳白、攒竹、太阳、四白、迎香、颧髎、地仓、承浆、颊车、牵正行毫火针半刺法(针尖烧红后快速刺入, 破皮即止, 不留针), 并于患侧翳风穴予牵正散(白附子、白僵蚕、全蝎)超声导入治疗(水煎剂经凝胶贴片药物导入), 对照组仅予西药常规治疗。结果显示观察组总有效率为 90.48%, 显著高于对照组的 66.67%。

3.2. 杵针

杵针疗法是以中医理论及易学理论为基础的非侵入性外治法, 其通过特制针具在体表特定穴区施以点叩、运转等操作, 激发经气循行并调节气血阴阳平衡, 从而实现防治疾病的目的[23]。

寇君等[24]将 APFP 患者随机分为对照组(西药常规治疗)和观察组(杵针治疗联合西药常规治疗)各 75 例。杵针施术流程包括: 1. 奎星笔于风府八阵穴行开阖手法(由深至浅渐次提杵), 2. 五星三台杵点叩风府八阵及河车脑椎段(慢频重叩深达穴区), 3. 七耀混元杵分理河车脑椎段(上下分理至皮肤潮红), 4. 奎星笔逆太极运转风府八阵, 5. 奎星笔开阖风府、风池、合谷、牵正穴。结果表明, 观察组总有效率(92.00%)高于对照组(80.00%)。

3.3. 揶针

揶针是一种通过将微型针具持续埋置于腧穴, 对该腧穴的皮部产生长效弱刺激, 以起到调和气血、疏通经络、激发卫气等治疗作用的特色针具[25]。

张振丰[26]等将 APFP 患者随机分为治疗组(针刺 + 穴位注射 + 揠针)和对照组(针刺 + 穴位注射), 每组 30 例。对照组采用穴位注射配合针刺治疗, 针刺患侧阳白、攒竹、翳风、完骨、下关、牵正、太阳、颧髂、鱼腰、地仓、颊车、承浆、迎香及双侧足三里、合谷(提插捻转手法, 留针 30 min), 穴位注射将醋酸泼尼松龙与维生素 B12 混悬液分三组注射(完骨、牵正、太阳; 翳风、下关、颧髂; 地仓、颊车、承浆)每穴 0.3~0.5 ml。治疗组在对照组基础上加用揠针治疗(避开当日注射穴位埋针, 每日按压 3~4 次, 每次 1 min, 次日针刺前取针)。结果显示, 治疗组在多个指标(量表评分、实验室指标、肌电图等)上均显著优于对照组。因 APFP 患者常伴随耳周疼痛的症状, 施琪等[27]选择使用揠针结合雷火灸对其进行针对性治疗, 该团队将 APFP 伴耳周疼痛患者随机分为常规组(西药基础治疗)与观察组(西药基础治疗 + 揠针联合雷火灸), 每组各 30 例。观察组以患侧颊车、地仓、翳风、牵正、完骨及对侧合谷为主穴行揠针治疗(将揠针垂直刺入皮下固定留针 24 h, 每日更换一次, 治疗期间每日按压穴位 3~5 次, 每次 1 min), 同时以雷火灸条距耳周及穴位 2~3 cm 行回旋灸(局部皮肤红热为度, 15 min/次, 每日 1 次), 疗程 2 周。结果显示, 联合疗法在缓解耳周疼痛与恢复面神经功能的疗效优于单纯常规治疗。

3.4. 浮针

浮针疗法是一种通过使用新型浅筋膜微创针具在病灶周围皮下疏松结缔组织进行扫散操作, 并结合患者的再灌注运动, 通过结缔组织的压电效应及引体效应将生物电信号传导至病灶区域, 降低组织液压阻力, 促进组织液与血液循环, 从而起到治疗作用的特色针刺疗法[28] [29]。

江淑红等[30]将风痰阻络型 APFP 患者随机分为观察组(常规西药 + 浮针治疗)与对照组(常规西药治疗)各 45 例。浮针操作: 以指腹触诊选定面部疼痛最显著处为进针点, 采用中号进针器呈 15°~20°刺入皮下浅筋膜层(注意避让血管), 首先朝太阳穴方向针刺, 并嘱患者主动做抬眉、皱眉等动作训练(每个动作 3~5 次, 持续 10 s 后放松 20~30 s), 随后退针至皮下向迎香穴针刺, 并嘱患者主动做耸鼻、鼓腮等动作训练(方法同前), 每次治疗 30 min, 隔日 1 次, 共 10 天。结果显示观察组总有效率达 95.56%, 显著高于对照组的 71.11%。

3.5. 三棱针点刺放血法

三棱针是基于“《灵枢》九针”中“锋针、铍针”发展而来的特殊针具。三棱针点刺放血法是用三棱针快速刺入人体特定浅表部位后快速出针, 使该部位流出适量血液, 从而起到治疗作用的一种特殊针刺疗法[31] [32]。

刘子涵等[33]将 APFP 患者随机分为治疗组和对照组各 34 例。对照组予激素联合营养神经西药治疗, 并于急性期取患侧攒竹、丝竹空、颧髂、阳白、四白、水沟、迎香、地仓、颊车及双侧合谷行浅刺平补平泻法(留针 30 分钟), 恢复期加用电针疏密波。治疗组在对照组治疗基础上, 于急性期联合颊黏膜放血疗法(清洁口腔后, 用三棱针在患侧颊黏膜小静脉或阳性反应物处点刺 3~5 下, 出血量 5~10 滴后按压止血, 入组后第 1、3、5 天各施治 1 次, 术后禁食水 2 小时)。结果显示, 治疗组在各量表评分以及平均治愈时间均优于对照组。

4. 特殊部位刺法

4.1. 腹针

腹针疗法是通过毫针针刺腹部特定穴区以治疗全身疾病的针刺方法, 简称腹针, 属于微针疗法[34]。

刘敏肖等[35]将 APFP 患者随机分为观察组(基础治疗 + 透刺电针 + 腹针引气归元法)与对照组(基础治疗 + 透刺电针)各 40 例。基础治疗给予西药营养神经、抗病毒等常规治疗。透刺电针法以针具透刺

得气后接电针(取穴: 攒竹透阳白、迎香透地仓、曲鬓透听会、颧髻透四白、风池透太阳), 连续波 2 Hz, 强度以患者耐受为度, 30 min/次。腹针引气归元法以针具刺入 2~3 寸(取穴: 中脘、神阙、关元、气海、下脘), 得气后轻旋针柄至麻胀, 配合呼吸提放针(吸气提、呼气放), 留针 20 min。结果显示, 观察组总有效率(97.59%)显著高于对照组(95.00%), 观察组痊愈率(57.50%)显著高于对照组(35.00%)。张萍等[36]将患者随机分为治疗组(常规西药联合面部浅刺及腹针治疗)与对照组(仅常规西药治疗)各 30 例。两组均予激素、营养神经等常规西药治疗。治疗组于面部攒竹、丝竹空、阳白、四白、颧髻、地仓、颊车行浅刺法(浅刺平刺, 不提插捻转, 留针 25 min), 于腹部中脘、中脘上、关元、健侧商曲、患侧滑肉门、上风湿点、水分行薄氏腹针刺法(中脘、关元深刺, 中脘上、商曲、上风湿点、水分浅刺, 滑肉门中刺, 仅捻转不提插, 留针 25 min 并行 TDP 红光照射)。结果显示治疗组在治愈率、治愈天数、总有效率及面神经麻痹评分改善方面均显著优于对照组。

4.2. 耳针

耳针疗法是通过采用毫针针刺、压丸埋豆等刺激手段作用于耳廓上特定穴区以防治疾病的一类疗法, 简称为耳针[37]。

李文杰等[38]将 APFP 患者随机分为对照组(常规西医治疗)与治疗组(常规西医治疗联合耳针疗法)各 47 例。对照组予激素、抗病毒及营养神经药物治疗。治疗组加用耳针治疗: 取额、眼、面颊、口、三焦、胃、缘中为主穴, 耳廓消毒后以华佗牌 II 型磁疗贴贴敷固定, 嘱患者每日按压 4~5 次, 每个穴位按压 10 次, 隔日更换磁疗贴并行双耳交替治疗。结果显示, 治疗组总有效率为 95.74%, 显著优于对照组的 80.85%。治疗组治愈率 68.09%亦显著高于对照组 38.30%。

4.3. 眼针

眼针疗法是通过采用毫针针刺等刺激作用于眼眶内外的特定穴区以防治疾病的一类疗法, 简称为眼针[39]。

贺佳妮等[40]采用点刺眼睑、内颊车结合眼针治疗并观察 23 例 APFP 患者。眼睑点刺采用 0.35 mm × 25 mm 针灸针, 沿上睑内眦至外眦方向以 10°~15°快速点刺 3~5 遍(针尖轻触表皮至局部潮红无出血)。内颊车定位口腔黏膜咬合线对应颊车穴处, 采用 0.35 mm × 50 mm 针灸针, 以 45°角斜刺 2~3 mm 至微量渗血(针刺后予淡盐水含漱)。眼针选取双侧上焦区、肺区、脾区(0.35 mm × 15 mm 针浅刺眼睑 2~3 mm, 轻刮针柄 3~5 次以激发经气, 静留 20 min 不施手法), 每日治疗 1 次, 6 次为 1 个疗程, 疗程间隔 1 天, 共治疗 3 个疗程, 最终愈显率达 78.3%, 总有效率达 95.65%。针对 APFP 伴有舌前 2/3 味觉异常的患者, 康健等[41]将患者随机分为对照组(常规西医治疗 + 体针干预)与试验组(加用眼针埋针)各 30 例。两组均予激素联合抗病毒及神经营养药物, 并行体针治疗(取双侧合谷、足三里、太冲、牵正及患侧地仓、颊车、四白直刺留针 20 min, 每日 1 次, 疗程 2 周)。试验组加用眼针埋针干预: 基于眼周八区十三穴理论, 选取双侧心区、上焦区、肝区, 以 0.35 mm × 13 mm 针具距眶内缘 2 mm 处 15°~30°平刺埋针(不施手法, 留针 48 h, 隔日 1 次, 疗程 2 周)。结果表明, 实验组在总有效率和显效率均显著优于对照组。

5. 讨论

目前, 特色针刺疗法治疗 APFP 患者取得了一定的成果。通过总结上述内容可得出以下结论: 1) 关于特色针刺治疗的选穴: 特色针刺治疗 APFP 取穴部位多集中在面部、腹部、耳部、肢体。面部常用腧穴有: 地仓、颊车、阳白、四白、颧髻、攒竹、迎香、牵正、翳风等; 腹部常用腧穴有: 中脘、中脘上、下脘、气海、关元等; 耳部常用穴区有: 额、眼、面颊、口等; 肢体部位常用腧穴有: 合谷、太冲、足三里

等。翳风穴是临床治疗 APFP 的主要腧穴之一。《针灸大成》[42]记载翳风穴“主耳鸣耳聋,口眼喎斜……”。翳风穴位于耳后乳突与下颌角之间的凹陷处,其深层解剖结构为面神经干出茎乳孔处,故针刺翳风可以更好地改善面神经功能。中脘穴是胃募穴、八会穴中的腑会,是胃腑之经气汇聚于腹部之处;下脘穴是足太阴脾经与任脉之会,中脘、下脘均位于中焦胃脘部,故针刺二穴可调和脾胃气血,升降中焦气机。气海是育的原穴,是元气汇聚之所;关元是足三阴经与任脉的交会穴,是关藏元气之处[43],故针刺气海、关元有补肾培元之效。中脘、下脘、气海、关元是薄氏腹针的引气归元组穴,四穴合用,有调脾补肾、升降气机、平衡气血之效。且中脘、中脘上在腹部全息理论中与头面部相对应,故应用腹针可达到扶正祛邪的作用以治疗面瘫[35][36][44]。耳穴是祖国医学和近现代西医理论相结合的产物。祖国医学认为,耳为十二经脉、五脏六腑之气汇聚之所,如《灵枢·口问》[9]谓:“耳者,宗脉之所聚也”,《灵枢·邪气脏腑病形》[9]云:“十二经脉,三百六十五络……其别气走于耳而为听”,明确指出十二经脉与耳窍相通,故可通过刺激耳部相应穴区,来实现对全身经脉脏腑气血的整体调控。近现代西医理论则从神经学说、胚胎学理论、生物全息理论等多学科角度对耳穴作用机制进行阐释,尽管理论视角各异,但均指向耳穴与机体的多维复杂关联,为耳穴治疗面瘫提供了理论依据[45]。因此刺激额、眼、面颊、口等耳部腧穴可以治疗 APFP。2) 关于特色针刺治疗 APFP 的临床应用:① 早期介入针刺治疗可采用巨刺法针刺健侧腧穴,避免刺激患侧神经导致神经水肿而加重病情。② 疼痛敏感的患者可选用杵针、揲针疗法。杵针疗法作用于肌表而不刺入皮肤,揲针疗法的针具微小仅作用于皮部,以上两种疗法疼痛感轻微可提高患者依从性。③ 孕妇和儿童等特殊群体可选用毛刺法和半刺法。毛刺法仅刺入皮下,半刺法浅刺急出,两种刺法具有鼓舞卫气、散邪外出的作用,刺激强度较弱,安全性高,适用于该特殊群体。④ 感受风寒的患者可采用温针灸或毫火针疗法。温针灸的热力持久和缓而深透,兼有温阳扶正散寒之效。毫火针的热力短暂迅猛而聚积,有通瘀破结散寒之功。⑤ 伴有耳后乳突疼痛的患者可采用放血疗法。APFP 患者耳后乳突疼痛多因面神经水肿所致,祖国医学认为其与经络气血瘀滞有关,放血疗法蕴“宛陈则除之”之理,有祛瘀生新、通络止痛之功[46]。⑥ 面部有明显压痛点的患者,可在压痛点行浮针治疗。浮针疗法作用于皮下筋膜,其扫散手法可化瘀通络,减轻局部组织水肿。⑦ 素体虚弱的患者可配合腹针疗法。腹针引气归元组穴具有补脾益肾的功效,可起到扶正祛邪的作用。

6. 不足与展望

根据近年来的文献研究,针刺治疗 APFP 的疗效确切[47][48],而特色针刺治疗 APFP 疗效较单纯针刺治疗具有更好的疗效,但临床上对特色针刺疗法的关注度较少,未能充分发掘其临床优势。目前在 APFP 的临床治疗上,医家普遍存在过度倚重糖皮质激素联合神经营养药物的治疗方案,而对传统针刺疗法尤其是特色针刺技术的临床价值尚未予以足够重视,同时还缺乏对针刺治疗 APFP 的机制探究和大样本、多中心的疗效观察。因此,今后需要从以下方面进行考虑:1) 目前临床医生多侧重使用糖皮质激素联合营养神经药物治疗 APFP,对针刺治疗 APFP 的安全性有顾虑,致使治疗时机延迟。且对于因糖皮质激素禁忌证而不能使用糖皮质激素的患者应更需尽早启动针刺治疗[49][50]。2) 特色针刺联合常规治疗有协同增效的作用,可有效缩短病程,提升愈显率,减少后遗症发生率,如揲针、腹针治疗。医家在治疗过程中应注意特色针刺治疗与常规治疗的协同使用,优化治疗方案,以提高疗效。3) 特色针刺疗法如半刺法、毛刺法、挂针法等浅刺技术能显著降低针刺疼痛,而浮针疗法的精简取穴能进一步减少患者进针时的痛苦。医家在治疗过程中应重视患者的主观感受,宜优先选用操作更为精简、痛感更轻的治疗方案,从而提高患者治疗依从性。4) 目前,特色针刺治疗 APFP 的现代医学作用机制仍尚未明确,相关基础研究仍存在明显不足,其具体作用通路、关键作用靶点及量效关系尚未阐明,亟需联合临床医学、基础医学、影像学、生物信息学等多学科团队开展协同研究,系统解析特色针刺疗法的作用本质,为其在本病治疗

中的规范化应用及机制创新提供高质量循证依据。5) 目前特色针刺疗法相关临床研究仍存在样本量不足、缺乏多中心试验以及欠缺对远期疗效的随访观察等问题, 亟待开展高质量临床研究以明确其干预效能, 建议通过扩大样本量、强化多中心协作及规范远期随访机制, 为 APFP 治疗方案优化提供循证依据。

基金项目

黑龙江省中医药管理局国医大师学术思想研究项目: 基于孙申田学术思想探讨电针经筋结点结合经颅重复针刺治疗周围性面神经麻痹的临床效果(项目编号 ZHY2024-306)。

国家中医药管理局第七批全国老中医药专家学术经验继承工作项目。国中医药人教函(2022)76号。

参考文献

- [1] 贾建平, 陈生弟. 神经病学[M]. 第8版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 38-40, 389-391.
- [2] 周英, 宋丰军, 李灵浙, 等. 不同针灸方法早期介入周围性面瘫的临床研究[J]. 上海中医药杂志, 2020, 54(1): 56-59.
- [3] 王韵, 余晓阳. 针刺治疗急性面神经炎介入时机的临床观察[J]. 中国针灸, 2019, 39(3): 237-240, 245.
- [4] 左歆. 基于肌骨超声评价针刺对面瘫急性期患者面神经水肿与面动脉血流动力学的影响[D]: [硕士学位论文]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2024.
- [5] 田代华. 黄帝内经素问(中医临床必读丛书)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [6] 李莹, 张中一, 陈跃来, 等. 巨刺法治疗急性期周围性面瘫临床疗效观察[J]. 中国针灸, 2015, 35(1): 7-10.
- [7] 杨淑宏, 吴玉敏, 张晨迪, 等. 巨刺法联合常规针刺辨证治疗急性期周围性面瘫患者的临床研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2023, 18(10): 2033-2037, 2043.
- [8] 钟青华. 巨刺结合常规针刺治疗急性期周围性面瘫的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 长沙: 湖南中医药大学, 2023.
- [9] 田代华 刘更生. 灵枢经(中医临床必读丛书)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [10] 郑肖, 吉海春, 李素红, 等. 毛刺法治疗急性期周围性面瘫的临床观察[J]. 中国中医急症, 2023, 32(11): 2017-2020.
- [11] 张柏雯. 毛刺法治疗小儿特发性面神经麻痹急性期的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2020.
- [12] 周英, 李灵浙, 郑士立, 等. 半刺法治疗周围性面瘫急性期临床研究[J]. 新中医, 2019, 51(6): 257-259.
- [13] 龙华, 冯淑兰, 李冰洁, 等. 半刺法配合透灸法治疗周围性面瘫急性期(风寒证)的临床观察[J]. 中国中医急症, 2020, 29(10): 1829-1831.
- [14] 孙梦娟. 半刺法治疗孕妇急性面神经炎临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2018.
- [15] 何晓宏. 挂针刺为主治疗面肌痉挛 87 例[J]. 陕西中医, 2003(10): 931-932.
- [16] 钟倩, 朱才丰, 桂林, 等. 双针挂针疗法结合温和灸治疗周围性面瘫急性期疗效观察[J]. 安徽中医药大学学报, 2019, 38(4): 58-61.
- [17] 叶一林, 杨原芳, 朱俐娜, 等. 隔牵正散灸联合挂针法治疗急性期周围性面瘫(风寒证)的临床研究[J]. 中国中医急症, 2020, 29(2): 305-308.
- [18] 陈利芳, 金晓飞, 李茹. 温针灸操作技术发展现状及问题分析[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(9): 3768-3771.
- [19] 汤铖, 何杰, 江永桂, 等. 交替温针灸联合鼠神经生长因子治疗急性期特发性面神经麻痹患者的疗效及其对面神经功能的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2024, 19(1): 111-115.
- [20] 刘恩明, 周凌云. 无痛针灸——毫火针[J]. 中国针灸, 2006, 26(S1): 87-89.
- [21] 罗文, 邓聪, 谢冬群, 等. 毫火针半刺法治疗围性面瘫急性期(风寒证)的临床观察[J]. 中国中医急症, 2020, 29(10): 1835-1837.
- [22] 严媚, 曾婧纯, 林诗雨, 等. 毫火针半刺联合翳风穴中药超声导入治疗急性期周围性面瘫的临床研究[J]. 中国中医急症, 2022, 31(4): 626-629.
- [23] 申治富, 余思奕, 胡幼平. 杵针疗法的理论及临床运用[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(6): 575-578.

- [24] 寇君, 颜宇轩, 吴强, 等. 杵针联合甲钴胺治疗急性期周围性面瘫的疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2025, 27(1): 89-92.
- [25] 梁芳妮, 马燕辉, 刘红玉, 等. 揠针主要临床应用研究进展[J]. 中医药导报, 2019, 25(11): 122-124.
- [26] 张振丰, 鲍亮, 李春宁, 等. 揠针联合针刺及穴位注射治疗周围性面瘫急性期临床疗效观察[J]. 安徽中医药大学学报, 2024, 43(6): 38-43.
- [27] 施琪, 滕德凤, 覃桂水, 等. 揠针联合雷火灸治疗急性期周围性面瘫伴耳周疼痛的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31(1): 119-122.
- [28] 范刚启, 符仲华, 曹树平, 等. 浮针疗法及其对针灸学发展的启示[J]. 中国针灸, 2005(10): 733-736.
- [29] 陶嘉磊, 符仲华, 张宏如. 浮针疗法作用机制浅析[J]. 时珍国医国药, 2014, 25(12): 3006-3008.
- [30] 江淑红, 庄萍萍, 李鹏业, 等. 浮针对面神经炎急性期患者肌电图、面神经功能及炎症因子的影响[J]. 中国中医急症, 2023, 32(5): 841-844.
- [31] 广东省中医院肥胖内分泌专科团队. 针灸特色疗法介绍[J]. 皮肤科学通报, 2019, 36(2): 267-294.
- [32] 中国针灸学会. GB/T21709.4-2008 针灸技术操作规范 第4部分: 三棱针[S]. 北京: 中国标准出版社, 2008.
- [33] 刘子涵, 周平, 张佳艳. 颊黏膜放血联合针刺辅助急性期周围性面瘫临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40(5): 891-893.
- [34] 全国针灸标准化技术委员会(SAC/TC 475). GB/T21709.16-2013 针灸技术操作规范 第16部分: 腹针[S]. 北京: 中国标准出版社, 2013.
- [35] 刘敏肖, 李鑫, 唐进松, 等. 腹针引气归元法联合透刺电针对急性期周围性面瘫患者 Portmann 评分、神经营养因子的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(5): 15-18.
- [36] 张萍, 刘云霞. 面部浅刺配合腹针治疗急性期面神经炎的效果观察[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(3): 40-43.
- [37] 全国针灸标准化技术委员会(SAC/TC 475). GB/T21709.3-2021 针灸技术操作规范 第3部分: 耳针[S]. 北京: 中国标准出版社, 2021.
- [38] 李文杰, 李洋. 耳针疗法辅助治疗急性期周围性面瘫疗效观察[J]. 河北中医, 2024, 46(5): 809-814.
- [39] 全国针灸标准化技术委员会(SAC/TC 475). GB/T21709.15-2021 针灸技术操作规范 第15部分: 眼针[S]. 北京: 中国标准出版社, 2021.
- [40] 贺佳妮, 杜筱筱, 冯卫星. 点刺眼睑、内颊车结合眼针治疗急性期周围性面瘫 23 例[J]. 中国针灸, 2020, 40(5): 570.
- [41] 康健, 邵妍. 眼针埋针疗法联合体针治疗急性期周围性面瘫味觉障碍临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(1): 35-38.
- [42] 杨继洲, 黄龙祥. 针灸大成[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 439.
- [43] 张晟星. 经穴释义汇解[M]. 上海: 上海翻译出版公司, 1984.
- [44] 梁思明, 刘悦. 巨刺法联合腹针治疗周围性面瘫的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(3): 581-585.
- [45] 刘敬萱, 孙彦辉, 张莘, 等. 耳针理论学说的研究现状与思考[J]. 针刺研究, 2021, 46(10): 893-900.
- [46] 简妮, 金瑛. 耳尖放、血联合针灸治疗周围性面瘫急性期耳后疼痛效果观察[J]. 中国乡村医药, 2021, 28(3): 19-20.
- [47] 舒玉铃, 陈嘉杰, 李肖伟, 等. 针刺治疗急性期贝尔氏面瘫的临床观察[J]. 中国中医急症, 2024, 33(6): 1016-1019.
- [48] 崔倩倩, 朱才丰, 贺成功, 等. 针刺联合艾灸治疗急性期周围性面瘫的疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2024, 43(1): 59-65.
- [49] 卜云芸, 陈琳, 戴宜武, 等. 中国特发性面神经麻痹神经修复治疗临床指南(2022 版) [J]. 神经损伤与功能重建, 2023, 18(1): 1-12.
- [50] 朱玉华, 郑雪丽, 塞娜, 等. 贝尔面瘫的研究进展及诊疗现状[J]. 中华耳科学杂志, 2020, 18(4): 768-773.