

浮针疗法治疗肩周炎临床研究进展

程天保¹, 包 瑞^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第三医院针灸脑病科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年6月29日; 录用日期: 2026年7月28日; 发布日期: 2026年8月10日

摘 要

肩周炎是临床常见的慢性退行性疾病, 以肩关节疼痛和活动受限为主要特征。浮针是一种作用于皮下疏松结缔组织的针刺技术, 因其操作轻巧、见效快而备受关注。文章系统梳理了浮针治疗肩周炎的主要临床证据, 重点比较了单独使用与联合中药、推拿、康复等手段的疗效差异, 同时指出当前研究中样本量偏小、随访缺失等薄弱环节。浮针疗法确有推广价值, 但其标准化治疗流程 and 高质量头对头试验仍有待推进。

关键词

浮针疗法, 肩周炎, 冻结肩, 临床研究

Clinical Research Progress of Fu's Subcutaneous Needling in Treating Periarthritis of Shoulder

Tianbao Cheng¹, Rui Bao^{2*}

¹Graduate School, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Acupuncture and Encephalopathy, The Third Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: June 29, 2026; accepted: July 28, 2026; published: August 10, 2026

Abstract

Periarthritis of shoulder is a common chronic degenerative disease in clinical practice, characterized by shoulder joint pain and limited range of motion. As a novel acupuncture technique, Fu's

*通讯作者。

文章引用: 程天保, 包瑞. 浮针疗法治疗肩周炎临床研究进展[J]. 亚洲急诊医学病例研究, 2026, 14(3): 361-367.
DOI: 10.12677/acrem.2026.143046

subcutaneous needling (FSN) performs sweeping manipulation in the subcutaneous superficial fascia layer combined with reperfusion activities, demonstrating significant advantages in the treatment of periarthritis of shoulder. This paper systematically reviews the principal clinical evidence for floating needle therapy in the treatment of periarthritis of shoulder, with a focus on comparing the efficacy differences between its use as a standalone treatment and in combination with traditional Chinese medicine, tuina, and rehabilitation. It also highlights existing weaknesses in current research, including small sample sizes and a lack of follow-up. While floating needle therapy demonstrates clear value for wider clinical application, the establishment of standardized treatment protocols and the conduct of high-quality head-to-head trials remain to be advanced.

Keywords

Fu's Subcutaneous Needling, Periarthritis of Shoulder, Frozen Shoulder, Clinical Research

Copyright © 2026 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

肩周炎(Periarthritis of Shoulder), 又称冻结肩(Frozen Shoulder), 是以肩关节疼痛和活动受限为主要特征的慢性退行性疾病, 属于中医“痹证”范畴, 好发于 50 岁左右人群, 故中医称之为“五十肩”[1]。其全球发病率约 5.0%~8.8%, 且呈不断上升趋势, 目前我国冻结肩患者已超数千万人[1][2]。该病病程较长, 自然病程可达 6~24 个月, 部分患者虽疼痛消失但肩关节功能无法完全恢复, 严重影响日常生活质量。

肩周炎治疗手段多样, 包括非甾体抗炎药、糖皮质激素注射、物理治疗、康复训练及手术治疗等, 但各有利弊[3]。中医外治法尤其是针灸疗法因其疗效确切、副作用少等优势, 在肩周炎治疗中占据重要地位[1]。

浮针疗法(Fu's Subcutaneous Needling, FSN)是由符仲华教授于 1996 年创立的新型针刺技术[4]。与传统针灸不同, 浮针在病痛周围皮下浅筋膜层进行水平扫散, 针尖对准病灶但不刺入肌肉, 配合再灌注活动以达到治疗效果。该疗法具有操作简便、痛苦小、见效快、适应症广等特点, 近年来在肩周炎治疗中应用日益广泛。本文旨在系统梳理浮针疗法治疗肩周炎的临床研究进展, 为临床推广应用提供循证依据。

2. 浮针原理与作用机制

浮针疗法由符仲华教授于 1996 年创立, 是一种融合传统针灸学与现代解剖学的新型针刺技术[4]。浮针使用一次性专用针具, 在非病痛区域的皮下浅筋膜层进行扫散手法, 通常配合再灌注活动。因其针刺时只在皮下疏松结缔组织, 像“浮”在肌肉表面一样, 故取名“浮针”。

浮针操作包括以下步骤: 1) 触诊定位: 寻找患肌周围的肌筋膜触发点(MTrP), 标记进针点, 通常选在距离痛点 5~10 cm 处; 2) 快速进针: 将浮针与皮肤呈 15°~30°角, 快速刺入皮下疏松结缔组织层; 3) 扫散手法: 以进针点为支点进行扇形扫散, 频率约 100 次/min, 每部位操作 2~3 min; 4) 再灌注活动: 扫散过程中配合患者主动或被动活动患肢; 5) 留针: 退出针芯, 将软套管保留在皮下, 留置时间通常为 6~24 h, 具体时间根据病情、季节及患者耐受度调整[5]。

浮针疗法的作用机制主要包括: 1) 筋膜力学调节: 扫散时针体与周围组织摩擦刺激成纤维细胞活化, 释放组胺等生物活性物质, 扩张局部毛细血管, 增加血流灌注; 2) 再灌注活动: 使缺血缺氧的患肌获得

血流再灌注, 加速代谢废物和炎症因子清除, 打破“疼痛-痉挛-缺血”恶性循环; 3) 神经调控: 刺激皮下神经末梢, 通过神经-内分泌-免疫网络调节, 抑制疼痛信号传导, 下调 IL-6、TNF- α 等促炎因子水平; 4) 患肌学说: 符仲华教授提出“患肌”理论, 认为疼痛症状源于有激痛点的骨骼肌, 浮针通过松解筋膜粘连, 改善肌肉张力, 从根本上解除疼痛来源[4] [5]。

3. 临床应用进展

3.1. 浮针单独治疗

林广华等[6]将 80 例患者分为浮针组(39 例)和电针对照组(37 例), 浮针组总有效率 92.31%, 高于对照组 54.05% ($P < 0.05$), VAS 评分低于对照组, Constant-Murley 评分高于对照组($P < 0.05$)。朱萍[7]将 62 例风寒湿型患者分为浮针组和温针组各 31 例, 治疗 3 个疗程后浮针组总有效率 96.8%, 高于温针组 90.0% ($P > 0.05$), 显效率 83.3% 高于温针组 56.7% ($P < 0.05$), VAS、ROM、ADL、MMT 评分及 CMS 总分改善均优于温针组($P < 0.05$)。封迎帅等[8]将 68 例患者分为浮针组和电针组各 34 例, 治疗 20 天后, 浮针组显效率为 73.53% (25/34), 显著高于电针组的 20.59% (7/34), 差异有统计学意义($P < 0.01$); 浮针组总有效率为 94.12% (32/34), 电针组为 91.18% (31/34)。浮针组治疗后 VAS 疼痛评分(1.57 ± 0.37)显著低于电针组(2.04 ± 0.39 , $P < 0.01$), CMS 总分(91.01 ± 4.54)显著高于电针组(79.48 ± 4.15 , $P < 0.01$), 且在 ROM、ADL、疼痛、肌力各子项评分上浮针组均优于电针组($P < 0.01$)。提示浮针在缓解肩周炎疼痛及改善肩关节功能方面均优于电针。

3.2. 浮针联合中药内服

范秀杰[9]将 80 例患者分为对照组(西药结合针灸)与观察组(浮针结合独活寄生汤)各 40 例, 观察组总有效率 95.0%, 高于对照组 77.5% ($P < 0.05$), VAS 评分低于对照组, ROM 评分高于对照组, 不良反应发生率 5.0% 低于对照组 17.5% ($P < 0.05$)。相建良等[10]将 80 例患者分为对照组(口服桂枝芍药知母汤)和试验组(浮针联合桂枝芍药知母汤)各 40 例, 试验组近期及远期 VAS 评分、MTTrP 数量评分均低于对照组, Constant 评分高于对照组。周文军[11]分析 93 例患者, 浮针联合三痹汤组总有效率 95.74%, 高于单纯三痹汤组 80.43% ($P < 0.05$)。

3.3. 浮针联合推拿

陈森林[12]将 90 例风寒湿型粘连期患者分为推拿组、浮针组和浮针联合推拿组各 30 例, 联合组显效率 93.3%, 高于推拿组 73.3% 和浮针组 66.7% ($P < 0.05$)。

3.4. 浮针联合艾灸/雷火灸

刘双琦[13]将 72 例风寒湿型急性期患者分为治疗组(浮针结合雷火灸)与对照组(常规针刺)各 36 例, 治疗 3 周后治疗组总有效率 93.75%, 高于对照组 83.87% ($P < 0.05$)。张路等[14]将 80 例患者分为热敏灸 + 浮针组与普通针刺组各 40 例, 治疗 3 疗程。联合组 VAS 评分更低(1.06 vs 1.75 , $P = 0.009$), CMS 评分更高(78.59 vs 66.72 , $P < 0.001$), 总有效率 97.50% 优于对照组 77.50% ($P = 0.007$)。

3.5. 浮针联合中药外敷/熏蒸

韩茂宾[15]将 60 例患者随机分为观察组(浮针 + 传统针刺 + 中药外敷)与对照组(传统针刺 + 中药外敷), 各 30 例, 治疗 21 天。观察组 VAS、PRI 疼痛评分降低幅度及 CMS 功能评分提高幅度均优于对照组($P < 0.05$); 总有效率观察组 96.67% 高于对照组 93.33% ($P = 0.015$)。浮针联合外敷在改善疼痛和肩功

能方面优于单纯传统疗法组合。

3.6. 浮针联合定向透药/超声引导注射

徐春琼等[16]将 84 例患者随机分为观察组(定向透药 + 浮针)与对照组(单用浮针), 各 42 例, 治疗 8 次(隔日 1 次)。观察组 VAS 评分低于对照组($P = 0.002$), Constant-Murley 评分高于对照组($P = 0.002$), 肩部疼痛及功能活动症候积分均优于对照组($P < 0.001$); 总有效率观察组 97.62% 高于对照组 80.95% ($P = 0.034$)。定向透药联合浮针疗效优于单用浮针。邱冬梅等[17]将 80 例患者随机分为观察组(超声引导下肩关节腔注射 + 浮针)与对照组(浮针 + 功能锻炼), 各 40 例, 治疗 1 个月。观察组 VAS、PPI 评分低于对照组, CMS 评分高于对照组(均 $P < 0.001$); 肩关节外旋、外展、前屈活动度均明显大于对照组($P < 0.001$); 总有效率观察组 92.50% 高于对照组 72.50% ($P = 0.019$)。超声引导注射联合浮针在缓解疼痛、改善活动度方面优于浮针联合锻炼。

3.7. 浮针联合运动康复

侯建鹏等[18]将 80 例粘连型患者分为观察组(浮针配合运动康复)和对照组(电针)各 40 例, 治疗 2 周后观察组总有效率 92.11%, 高于对照组 74.36% ($P < 0.05$), VAS 评分下降、Fugl-Meyer 评分和 Constant-Murley 评分升高均优于对照组($P < 0.05$)。林波等[19]将 70 例粘连期患者分为治疗组(浮针联合功能锻炼)和对照组(功能锻炼)各 35 例, 治疗组总有效率 91.43%, 高于对照组 71.43% ($P < 0.05$), 肩关节前屈、后伸、外展角度均大于对照组($P < 0.05$)。

3.8. 浮针在术后康复中的应用

温刘莹等[20]将 60 例 MUA 术后患者随机分为浮针组(每周 2 次)和塞来昔布组(口服), 均配合康复锻炼, 疗程 2 周。治疗 1 个月后, 浮针组在 VAS 降低、CMS 升高及肩关节外展上举、前屈上举、后伸活动度改善方面均优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 总有效率浮针组 96.55% 略高于对照组 92.59% ($P > 0.05$)。浮针组无不良反应, 对照组 1 例恶心。浮针能有效缓解术后疼痛和功能受限, 安全性高。

3.9. 进针点规律研究

张宾等[21]通过数据挖掘分析浮针治疗痛症文献(数据检索截止于 2021 年 12 月), 肩周炎频次排名前 9 位的进针点依次为: 阿是穴、距阿是穴 6~10 cm、距阿是穴 6~8 cm、距阿是穴 5~6 cm、尺泽至肩前穴连线上 2/3 与下 1/3 处、距阿是穴 0~15 cm、距阿是穴 8 cm、曲池至肩髃连线上 2/3 与下 1/3 处、天井至肩贞连线上 2/3 与下 1/3 处; 聚类分析显示存在 5 个有效聚类群。

纳入研究的有效率汇总见表 1。

Table 1. Summary of effective rates of clinical studies on Fu's subcutaneous needling for periarthritis of shoulder

表 1. 浮针疗法治疗肩周炎临床研究有效率汇总

作者	年份	样本量	干预	对照	有效率(%)	疼痛改善	功能改善
林广华等[6]	2022	80	浮针	电针	92.31 vs 54.05	VAS 优于对照	CMS 优于对照
朱萍[7]	2022	62	浮针	温针	96.8 vs 90.0	VAS 优于温针	CMS/ROM 优于温针

续表

封迎帅等[8]	2021	68	浮针	电针	73.52 vs 20.58	VAS 优于电针	CMS 优于电针
范秀杰[9]	2026	80	浮针 + 独活寄生汤	西药 + 针灸	95.0 vs 77.5	VAS 优于对照	ROM 优于对照
相建良等[10]	2022	80	浮针 + 桂枝芍药知母汤	单用中药	优于对照	VAS 远期优于对照	CMS 远期优于对照
周文军[11]	2022	93	浮针 + 三痹汤	单用中药	95.74 vs 80.43	VAS 优于对照	CMS 优于对照
陈森林[12]	2024	90	浮针 + 推拿	单用推拿/浮针	93.3 vs 73.3/66.7	VAS 联合组最优	CMS 联合组最优
刘双琦[13]	2024	72	浮针 + 雷火灸	常规针刺	93.75 vs 83.87	VAS 优于对照	ROM 优于对照
张路等[14]	2022	80	热敏灸 + 浮针	普通针刺	97.50 vs 77.50	VAS 1.06 vs 1.75	CMS 78.59 vs 66.72
韩茂宾[15]	2024	60	浮针 + 中药外敷	传统针刺 + 外敷	96.67 vs 93.33	VAS 优于对照	CMS 优于对照
徐春琼等[16]	2024	84	定向透药 + 浮针	单用浮针	97.62 vs 80.95	VAS 优于对照	CMS 优于对照
邱冬梅等[17]	2026	80	浮针 + 超声注射	浮针 + 锻炼	92.50 vs 72.50	VAS 优于对照	CMS/ROM 优于对照
侯建鹏等[18]	2023	80	浮针 + 运动康复	电针	92.11 vs 74.36	VAS 优于电针	CMS 优于电针
林波等[19]	2023	70	浮针 + 功能锻炼	单用锻炼	91.43 vs 71.43	VAS 优于对照	ROM 优于对照
温刘莹等[20]	2023	60	浮针	塞来昔布	96.55 vs 92.59	VAS 优于对照	CMS/ROM 优于对照

4. 现存问题与展望

- 1) 研究质量有待提高。现有研究多为单中心、小样本 RCT，缺乏大样本、多中心、高质量随机对照试验。多数研究未详细描述随机化方法、分配隐藏和盲法，存在偏倚风险。此外，缺乏长期随访数据。
- 2) 作用机制研究不够深入。目前机制多基于理论推测，缺乏针对肩周炎的专门机制研究。浮针虽可调节 IL-6、TNF- α 等炎症因子，但其在关节囊纤维化逆转、成纤维细胞调控等方面的分子机制尚不明确。
- 3) 操作标准化不足。浮针在进针点选择、扫散参数、留针时间、再灌注活动等方面缺乏统一标准，影响研究结果的可比性。
- 基于本文回顾的文献，浮针治疗肩周炎的核心要素集(Core Elements)可初步归纳如表 2 所示：

Table 2. Core elements of Fu’s subcutaneous needling for periarthritis of shoulder
表 2. 浮针治疗肩周炎核心要素集

要素	具体内容
患肌检查	触诊肩周肌群(三角肌、冈上肌、冈下肌等), 寻找并标记 MTrP
进针点	距 MTrP 或痛点 5~10 cm; 或选相关经络线上 2/3 与下 1/3 处[21]
扫散手法	15°~30°角进针, 扇形扫散, 频率约 100 次/min, 每部位 2~3 min
再灌注活动	急性期被动活动为主, 粘连期主动活动为主(爬墙、体后拉手、钟摆运动)
留针时间	6~24 h, 据病情、季节及耐受度调整
联合方案	急性期优选定向透药/热敏灸+浮针; 粘连期优选运动康复 + 浮针

4) 缺乏与指南推荐疗法的直接比较。现有研究多将浮针与传统针灸比较, 缺乏与 NSAIDs、糖皮质激素注射等一线疗法的头对头比较。未来应开展大样本、多中心 RCT, 建立标准化方案, 运用超声弹性成像等现代技术客观评估疗效, 并从分子层面深入探讨机制。

5. 结论

综合现有证据, 浮针治疗肩周炎的有效性初步得到肯定, 尤其在缓解疼痛和改善早期活动度方面, 其快捷性和可接受度优于传统体针。但若将其推荐为一线疗法, 目前的证据强度尚不足够。在临床实践中可将浮针作为综合方案的一部分, 而非替代西药或康复训练。只有当大规模、长期随访、与指南推荐疗法(如糖皮质激素注射)正面比较的试验得出阳性结果后, 浮针才能真正进入主流治疗路径。

参考文献

[1] 中华中医药学会. 肩关节周围炎中医诊疗指南: T/CACM 1416-2022 [S]. 北京: 中华中医药学会, 2022.

[2] 冻结肩诊疗的多学科合作中国专家共识编写专家组. 冻结肩诊疗的多学科合作中国专家共识(2023 版) [J]. 中华疼痛学杂志, 2023, 19(5): 727-737.

[3] 梁倩倩, 张霆. 肩周炎中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药, 2023, 18(7): 911-917.

[4] 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, 25(10): 733-736.

[5] 符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016.

[6] 林广华, 何惠娟, 李书梅. 浮针疗法治疗肩周炎疗效观察[J]. 新中医, 2022, 54(21): 170-173.

[7] 朱萍. 浮针治疗风寒湿型肩周炎的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 武汉: 湖北中医药大学, 2022.

[8] 封迎帅, 林亚平, 张子怡, 等. 浮针与电针治疗肩周炎的临床对照研究(英文) [J]. 世界针灸杂志, 2021, 31(2): 89-94.

[9] 范秀杰. 浮针结合独活寄生汤治疗肩周炎临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2026, 42(5): 864-865.

[10] 相建良, 李建伟, 徐洲, 等. 浮针联合桂枝芍药知母汤治疗肩周炎临床观察[J]. 光明中医, 2022, 37(20): 3760-3763.

[11] 周文军. 浮针联合三痹汤对肩周炎患者疼痛程度及关节功能的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(1): 110-112.

[12] 陈森林. 浮针联合推拿治疗风寒湿型粘连期肩周炎的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 南昌: 江西中医药大学, 2024.

[13] 刘双琦. 浮针结合雷火灸治疗风寒湿型肩周炎的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 长春: 长春中医药大学, 2024.

[14] 张路, 廖希希, 王琪, 肖晓华. 热敏灸配合浮针治疗肩周炎临床观察[J]. 光明中医, 2022, 37(13): 2387-2389.

[15] 韩茂宾. 浮针联合中药外敷治疗肩周炎的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 武汉: 湖北中医药大学, 2024.

-
- [16] 徐春琼, 普天强, 严定丰, 李卫林, 张忠顺, 魏华英. 中医定向透药联合浮针治疗肩周炎疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40(6): 1215-1217.
- [17] 邱冬梅, 熊继荣, 丁文涛, 谢晖. 超声引导下肩关节腔注射联合浮针治疗肩周炎的临床研究[J]. 中国医疗器械信息, 2026, 32(10): 1-3+16.
- [18] 侯建鹏, 公维治, 徐西林, 等. 浮针配合运动康复治疗粘连型肩周炎临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2023, 39(3): 25-29.
- [19] 林波, 陈慧珍, 蒋励, 等. 浮针疗法联合功能锻炼治疗粘连期肩周炎的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2023, 31(17): 29-32.
- [20] 温刘莹, 郭富明, 黄学成, 刘付懿斐, 杨俊兴. 浮针疗法对冻结肩手法松解术康复效果的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(10): 2536-2542.
- [21] 张宾, 尹力为, 朱欢欢, 等. 浮针治疗痛症的研究现状和肩周炎与网球肘进针点分布规律探究[J]. 辽宁中医杂志, 2025, 52(4): 162-165+226.