

# 针灸治疗梅杰综合征的研究进展

杜宇涵<sup>1</sup>, 宋春华<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

<sup>2</sup>黑龙江中医药大学附属第二医院门诊针灸科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年5月11日; 录用日期: 2026年6月1日; 发布日期: 2026年6月15日

## 摘要

梅杰综合征(Meige Syndrome)是一种以眼睑痉挛、口下颌肌张力障碍为特征的神经系统疾病,属于罕见的锥体外系疾病,严重影响患者生活质量。针灸作为传统中医疗法,在治疗梅杰综合征方面展现出独特优势。本文综述近年来针灸治疗梅杰综合征的研究进展,从病因病机、针灸作用机制、不同针灸疗法及临床效果等方面进行阐述,为临床治疗提供参考。

## 关键词

梅杰综合征, 针灸治疗, 研究进展, 综合疗法, 综述

# Research Progress of Acupuncture in the Treatment of Meige Syndrome

Yuhan Du<sup>1</sup>, Chunhua Song<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Graduate School, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

<sup>2</sup>Outpatient Acupuncture Department, The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: May 11, 2026; accepted: June 1, 2026; published: June 15, 2026

## Abstract

Meige syndrome is a neurological disorder characterized by blepharospasm and oromandibular dystonia. As a rare extrapyramidal disease, it significantly impairs the quality of life of affected patients. As a classic therapy of traditional Chinese medicine, acupuncture has exhibited unique advantages in the management of Meige syndrome. This article reviews the recent research progress of acupuncture for Meige syndrome, covering etiology and pathogenesis, mechanism of acupuncture, various acu-

\*通讯作者。

文章引用: 杜宇涵, 宋春华. 针灸治疗梅杰综合征的研究进展[J]. 中医学, 2026, 15(6): 146-151.

DOI: 10.12677/tcm.2026.156324

puncture interventions, and clinical efficacy, so as to provide evidence and reference for clinical treatment.

## Keywords

Meige Syndrome, Acupuncture Treatment, Research Progress, Combined Therapy, Review

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

梅杰综合征(Meige Syndrome)是一种以眼睑痉挛、口下颌肌张力障碍为特征的神经系统疾病,属于锥体外系疾患。该病多见于中老年人,女性发病率略高于男性,临床表现为双眼睑痉挛、口下颌肌张力障碍、面部肌肉不自主抽动等症状,严重影响患者生活质量。目前,西医治疗以肉毒素注射、口服抗胆碱能药物、手术治疗为主,但存在疗效不持久、副作用明显等问题。针灸疗法因其独特的整体调节优势和较少的不良反应,在梅杰综合征治疗中展现出显著疗效,成为临床研究的热点。

## 2. 梅杰综合征的病因病机

中医将梅杰综合征归为“痉证”“筋惕肉瞤”范畴,南宋·杨士瀛《仁斋直指方》载:“眼者五脏六腑之精华。其首尾赤眦属心,其满眼白睛属肺,其乌睛圆大属肝,其上下肉胞属脾,而中间黑暗一点如漆者,肾实主之,是属五脏,各有证应。”可见五脏与目关系之密切[1]。五轮学说中胞睑属脾为肉轮,脾为气血生化之源、后天之本。《素问·痿论》曰:“脾主身之肌肉。”张景岳曰:“约束,眼胞也,能开能合,为肌肉之精,主于脾也。”《灵枢·经脉》曰:“肝足厥阴之脉……循喉咙之后,上入颞颥,连目系”[2]。认为其病机为“阳明厥阴失阖,肝风内动,筋脉失养”。阳明经为多气多血之经,主受纳腐熟水谷;厥阴经为两阴交尽,主敛藏阴血。若阳明厥阴失于调和,则肝风内动,筋脉失于濡养,导致眼睑痉挛及口下颌肌张力障碍。此外,情志不遂、气血亏虚亦是重要诱因,如《证治准绳·杂病》载:“目脾不待人之开合而自牵拽振跳也,乃气分之病,属肝脾二经络牵振之患”。

## 3. 针灸治疗梅杰综合征的作用机制

针刺是针灸治疗梅杰综合征的基础方法。严苏娟等[3]基于“阳明厥阴主阖”理论,采用针刺调厥阴(太冲、内关)以平肝息风,调阳明(足三里、合谷)以濡养筋脉,治疗30例患者,总有效率达83.3%。段成思等[4]根据“诸风掉眩,皆属于肝”理论,以平肝息风、滋补肝肾为法,针刺风池、翳风、太冲等穴,治疗20例患者,症状改善率达75%。顾茜彦等[5]选取15例梅杰综合征患者,采用“通督益髓”法针灸治疗,体针穴取百会、大椎、身柱、至阳、筋缩及双侧太溪、照海等,艾灸穴取筋缩,头针穴取双侧焦氏头针的舞蹈震颤区,于体针及艾灸治疗完成后进行头针针刺,得气后嘱患者带针步行20 min。以上针灸治疗均每次20 min,隔日1次,每周治疗3次,连续8周。于治疗前、治疗后及全部治疗完成后3个月随访,观察患者肌张力障碍评定量表(BFMDRS-M)、异常不自主运动量表(AIMS)、眼睑痉挛残疾指数量表(BSDI)评分,并于治疗后评定临床疗效。与治疗前比较,患者治疗后和随访时BFMDRS-M眼睛、嘴巴、言语与吞咽、颈部亚项评分及总分与AIMS、BSDI评分均降低( $P < 0.05$ );患者随访时与治疗前以上评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,有效13例,无效2例,总有效率为86.7% (13/15)。

“通督益髓”法针灸可改善梅杰综合征运动症状及功能障碍, 并具有持续效应。鲍亮等[6]运用魏福良基于“虚-实-虚实夹杂”的辨证纲领, 创新性提出分期辨证思维体系, 在治疗过程中注重局部症状与整体调理相结合, 特别关注患者发病前后的神志异常(神乱)与神气耗伤(神伤)等病理特征, 强调形神同治的治疗理念。针灸治疗梅杰综合征的作用机制涉及多层面、多靶点的调节。

从现代医学视角来看, 梅杰综合征与基底节-丘脑-皮层运动环路失衡、多巴胺、 $\gamma$ -氨基丁酸、乙酰胆碱等神经递质紊乱、皮层兴奋性增高、脑网络连接异常密切相关。研究显示, 针刺可通过调节基底节、丘脑、脑干网状结构及初级运动皮层的兴奋性, 降低运动环路过度同步化放电; 同时影响纹状体多巴胺D1/D2受体表达、提升GABA能抑制、改善脑血流灌注与神经可塑性, 从而缓解眼睑及口下颌肌群的不由自主痉挛。因此, 针灸治疗梅杰综合征的作用机制呈现传统中医理论与现代神经调控机制相互印证、多层面、多靶点协同调节的特点。

## 4. 针刺疗法

### 4.1. 单纯针刺

单纯针刺是梅杰综合征的基础疗法。谢秀俊等[7]报道1例眼睑及口周肌肉持续性抽动的患者, 针刺治疗, 穴取双侧大敦、三间、少商、足临泣、鱼腰、四白、夹承浆、风池、翳风, 隔日治疗1次。治疗10次后患者面部抽动频率明显降低, 无情绪波动下基本不抽动; 针刺治疗改为每周1次, 巩固治疗4次。1个月后随访, 面部肌肉无抽动。刘钧天等[8]报道一例双眼睑痉挛及面部肌肉不自主抽搐的患者, 针刺内关、太冲、曲泉、合谷、鱼腰(双)、攒竹、四白。鱼腰、四白、攒竹浮刺, 余穴常规操作。针刺得气后留针30 min, 每天1次, 每周治疗5次。治疗1个月后, 患者疗效明显, 偶有眼睑痉挛, 眨眼, 无口唇抽搐。BFM评分: 4分, UDRS评分: 3分。董华等[9]总结张建明教授经验, 提出“疏通经络、平肝熄风”的针刺方案, 予醒脑开窍针刺法治疗取主穴及相关配穴, 主穴: 印堂、上星、百会、内关(双侧)、三阴交(双侧); 配穴: 患侧太阳、四白、地仓、翳风; 留针30 min, 隔日治疗1次, 每周3次, 蝶腭神经节针刺术每周1次, 左右交替进行, 7 d为1个疗程, 共治疗8个疗程。许文涛等[10]则以风池穴为主穴, 配合阳白、太阳、攒竹、四白等穴, 改善椎-基底动脉供血问题, 改善脑缺血症状, 进而改善眼区血液循环, 促进神经功能恢复正常。薛立文等[11]总结周德安教授经验, 针灸“治动”理论, “治病先治神”, 故各穴方中均取百会、神庭, 百会穴施以补法可益气升阳, 泻法可清热泻火, 平补平泻可镇静安神。神庭乃神所居之处, 两穴相配, 共同发挥镇静安神、醒脑开窍之功。“怪病多痰”, 中脘、内关、列缺、天枢、公孙、丰隆是周老“针灸治痰”组成穴位, 通过荡涤顽痰以治疗“动证”这一迁延不愈的顽疾怪病。临床研究表明, 单纯针刺治疗梅杰综合征的有效率可达70%~80%, 且不良反应较少。

### 4.2. 眼针

眼针疗法在梅杰综合征治疗中具有靶向性优势。郭海珍等[12]报道彭氏眼针结合体针治疗案例, 根据有关“观眼可验内之何脏腑受病”的学术思想, 发现眼部的络脉“皆悬贯于脑, 下连脏腑”, 据此提出了“眼-脑-脏腑”的联系, 强调眼部络脉变化可以反映内在脏腑状态, 刺激眼部穴区可以调节各脏腑经络气血, 通过针刺眼周睛明、攒竹、承泣等穴, 配合体针合谷、太冲, 实现眼肌痉挛的快速缓解眼睑三针平刺作为治疗眼睑开合失司的创新疗法, 既可治疗眼睑闭合不全, 又可治疗眼睑抬举无力, 疗效显著, 推测可能与改善眼睑血供, 促进局部肌力的恢复有关。

### 4.3. 脐针

张盛君等[13]则采用脐针疗法, 按顺序取脐针震位、巽位、离位、坤位、眼点。患者仰卧位, 露出肚

脐, 采用“一看二摸三探四扎”的进针顺序, 脐壁碘伏棉棒消毒, 用针于脐壁内 1/3 处, 针柄与皮肤呈 15° 角平刺进针, 依据脐后天八卦图, 按顺序依次震、巽、离、坤位、眼点进针, 进针时须缓慢刺入, 以针下沉紧或遇阻力感为佳, 留针 30 min, 前 2 周每周治疗 3 次, 隔天 1 次, 治疗 2 周后改为每周治疗 2 次, 隔 4 天 1 次, 治疗 2 月后双眼睑痉挛发作次数明显减少(近 1 月未发作)通过脐部穴位刺激调节全身脏腑功能, 取得良好疗效优势在于针对性强、疗效显著, 且操作简便易行。

## 5. 方药

中药方剂在梅杰综合征治疗中发挥协同作用。邓奕等[14]应用“正容汤”加减治疗, 方中白附子、全蝎、僵蚕等虫类药物搜风通络, 配合白芍、甘草缓急解痉。陈杨丽等[15]采用逍遥散合止痉散加减, 通过疏肝解郁、熄风止痉实现症状控制。方药治疗的优势在于整体调节、标本兼治, 且可根据患者体质和病情进行个体化调整。

## 6. 综合疗法创新实践

### 6.1. 针药结合疗法

针药结合是梅杰综合征治疗的常见模式。马雨雨等[16]报道 1 例针药结合治疗案例, 针刺取穴百会、神庭(双侧)丝竹空透瞳子髁、翳风透完骨; 头维、四白、申脉、三阴交、太冲, 配合补脾养血汤加减: 生黄芪 15 g、翻白草 12 g、鬼箭羽 9 g、金银花 9 g、天花粉 20 g、白芍 12 g、茯苓 15 g、鸡内金 15 g、重楼 6 g、玄参 9 g、龙葵 9 g、石菖蒲 9 g、远志 9 g、薤白 15 g、生龙骨 15 g、生牡蛎 15 g、白豆蔻 9 g、藁本 9 g, 7 剂, 治疗 1 个月后患者症状基本消失。高丽丽等[17]则采用处方: 炒白芍、炒白术、白茯苓、生地、当归、白蒺藜、灵磁石、枸杞子、首乌藤各 10 g, 炒米仁 15 g, 砂仁、川芎、羌活、柴胡、荆芥、防风各 6 g, 天麻 9 g。并取穴合谷、太冲、阳陵泉、足三里、三阴交、百会、睛明、攒竹、鱼腰、太阳、阳白、四白、下关。通过养血柔肝、缓急解痉实现长期疗效维持。曹丛红等[18]则以小柴胡汤为基础, 配合“烧山火”针刺法, 通过调和少阳、温经散寒实现疗效提升。陈旻等[19]运用针刺结合中药对 11 例患者进行治疗。1 次治愈 3 例(占 27.2%); 2 次治愈 8 例(占 72.7%), 双侧眼睑不自主闭合或痉挛明显减少 2 例; 无效 1 例(占 27.2%)。针药结合疗法的优势在于发挥针灸与中药的协同作用, 提高治疗效果。

### 6.2. 针刺联合毫火针

吴秋汶等[20]采用醒脑开窍针法结合毫火针治疗, 吴秋汶采用治疗: 先施醒脑开窍针法, 再予毫火针治疗。醒脑开窍针法取穴: 双侧风池、印堂、上星、百会、三阴交。毫火针疗法取穴: 阳白、鱼腰、四白、太阳、承泣、颧髎、攒竹、丝竹空、瞳子髁、地仓、下关、颊车、风池、中脘、天枢、内庭、太冲。治疗 1 周后症状改善, 眨眼频率降低, 下颌抽动频率减少, 约 10 d 后口干症状缓解, 眼肌痉挛及下颌抽动较前已明显减少, 1 个月后电话随访, 症状较前明显好转。此外, 选穴符合面部三叉神经眼支、上颌支、下颌支的分布, 可疏通病变部位气血、改善面部神经和肌肉紧张, 从而缓解痉挛抽动。

### 6.3. 针刺联合刮痧

曹丛红等[21]采取针刺联合刮痧配合走罐治疗梅杰综合征患者 40 例(80 只眼)的临床资料, 依据 Shorr 和 Albert 等制定的痉挛强度分级评估方法, 进行疗效评价, 并对轻、中、重等不同眼肌痉挛强度分级进行疗效对比分析。结果 40 例患者 80 只眼, 显效 16 只眼, 有效 58 只眼, 总有效率为 92.5%。轻、中、重度者的显效率分别为 30.7%、18.1%、0.0%; 总有效率分别 92.3%、95.4%、80.0%。整体上眼肌痉挛强度分级低者的疗效好于分级高者, 但差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论针刺联合刮痧配合走罐可以有

效减轻梅杰综合征临床症状,眼肌痉挛强度分级低者的疗效相对更好。针刺联合刮痧的优势在于多途径、多靶点调节,提高治疗效果。

#### 6.4. 体针结合揸针疗法

体针与揸针的结合实现了持续刺激与即时效应的统一。王欣等[22]报道 1 例体针结合揸针治疗案例,体针取百会、肝俞、肾俞、合谷、太冲、风池、三阴交、至阴,四白、阳白、攒竹、丝竹空、承泣。起针后,取双侧阳白、四白、攒竹、头维、丝竹空诸穴,常规消毒后,选用一次性无菌揸针,留针 4~6 h,埋针期间,可按压数次,以加强刺激。每天 1 次,10 次为 1 个疗程。2 个疗程后,双侧眼睑抽动症状基本消失。体针结合揸针疗法的优势在于操作简便、疗效持久,且患者依从性较高。

### 7. 针灸治疗的局限性

尽管针灸治疗梅杰综合征总体安全性较高、不良反应轻微,但在临床实践中仍存在特定风险与局限,需客观认识并提前防范:局部不良反应主要见于眼周、面部穴位,如睛明、攒竹、鱼腰、四白等,针刺过深或角度不当可能出现皮下出血、血肿、眼胀、头晕、一过性视物模糊;毫火针操作不当可致局部烫伤、色素沉着、轻微瘢痕。部分患者对针刺刺激敏感,初次治疗或强刺激后可短暂诱发眼睑、口下颌抽动加重,多见于精神紧张、焦虑、病程较长者。在疗效方面,对于重度、病程超过 5 年、合并明显焦虑抑郁、已长期使用肉毒素或抗精神病药物的患者,针灸起效慢、复发率偏高,部分病例仅能缓解症状、难以根治;单纯针灸对严重口下颌痉挛、吞咽困难、构音障碍改善有限,多需联合药物或其他疗法。机制层面,目前针灸调节梅杰综合征基底节-皮层环路、神经递质失衡的具体分子通路尚不清晰,缺乏特异性作用靶点,难以精准预测疗效与预后。此外,现有研究多为小样本、单中心、回顾性或个案报道,缺乏统一的辨证分型、取穴方案、刺激参数、疗程规范、疗效评价标准,不同研究间结果差异较大,难以横向比较与推广。

### 8. 小结

本文系统梳理了针灸治疗梅杰综合征的理论基础、临床实践及创新疗法。通过单纯针刺、眼针与脐针特色疗法、方药治疗及综合疗法等不同维度的探讨,结合现代研究进展,揭示了针灸治疗梅杰综合征的多元路径。针灸治疗梅杰综合征具有显著疗效和独特优势,但也存在一些挑战和局限性。针灸治疗梅杰综合征具有整体调节、安全温和、不良反应少、可反复治疗、适合长期管理等独特优势,尤其对轻中度眼睑痉挛、面部抽动及合并焦虑失眠者疗效突出。但仍面临疾病特异性挑战:其一,梅杰综合征属于罕见、慢性、进行性锥体外系疾病,病因复杂、个体差异极大,针灸难以覆盖所有亚型与严重程度,重度、长病程患者疗效有限、复发率高;其二,本病常伴精神心理共病,如焦虑、抑郁、强迫,单纯针灸调筋通络难以完全解决情绪应激诱发的痉挛加重,需重视心身同治;其三,中西医协同机制尚未阐明,针灸与肉毒素、抗胆碱药、抗焦虑药的最佳联合时机、剂量、疗程缺乏高质量证据;其四,临床研究样本量偏小、缺乏严格随机对照、随访时间短、盲法不足,难以提供高级别循证依据支撑临床决策与指南制定。未来研究应重点关注:开展多中心、大样本、长期随访的随机对照试验,建立统一辨证分型、取穴规范、刺激参数与疗效评价体系;结合功能磁共振、脑电图、分子生物学技术,深入揭示针灸调节基底节-丘脑-皮层环路及神经递质失衡的具体机制;探索针灸与药物、肉毒素、心理干预、康复训练的最佳协同方案,实现个体化精准治疗;重视心身同治,将情志调节、睡眠改善纳入整体治疗策略,提高长期疗效、降低复发率。通过多维度、跨学科的深入研究,推动针灸治疗梅杰综合征的标准化、规范化与现代化发展,为患者提供更安全、有效、可及的治疗选择。

## 参考文献

- [1] 杨杰, 丁砚兵, 郑锦豪, 等. 国医大师涂晋文从整体观辨治梅杰综合征的经验[J]. 时珍国医国药, 2024, 35(9): 2262-2264.
- [2] 武润泽, 刘欣琦, 董莹, 等. 梅杰综合征的中医药治疗进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(3): 339-342.
- [3] 严苏娟, 鞠庆波. 基于“阳明厥阴主阖”理论探讨针刺治疗梅杰综合征[J]. 中医临床研究, 2025, 17(36): 1-5.
- [4] 段成思, 刘志勇, 王松龄. 王松龄基于“诸风掉眩, 皆属于肝”从肝论治梅杰综合征的经验[J]. 实用心脑血管病杂志, 2026, 34(5): 87-89, 95.
- [5] 顾茜彦, 陈贵生, 孙继业, 等. “通督益髓”法针灸治疗梅杰综合征 15 例[J]. 中国针灸, 2025, 45(12): 1730-1734.
- [6] 鲍亮, 丁雪纯, 张振丰, 等. 魏福良运用针灸治疗梅杰综合征经验[J]. 安徽中医药大学学报, 2026, 45(2): 25-28.
- [7] 谢秀俊, 黄静娴, 潘珏. 针刺治疗梅杰综合征案[J]. 中国针灸, 2025, 45(10): 1419-1420.
- [8] 刘钧天, 黄琰, 杜若桑, 等. 针灸治疗梅杰综合征医案 1 则[J]. 新中医, 2020, 52(6): 144-145.
- [9] 董华, 胡伟, 张建国. 张建国针刺治疗梅杰综合征的临床经验浅析[J]. 中国中医眼科杂志, 2025, 35(6): 531-535.
- [10] 许文涛, 耿维平, 戴淑青. 针刺风池穴为主治疗梅杰综合征初探[J]. 中医临床研究, 2021, 13(20): 96-98.
- [11] 薛立文, 崔莹雪, 徐俊峰, 等. 周德安针刺治疗梅杰综合征的临床经验[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(12): 6129-6131.
- [12] 郭海珍, 丛珊, 于涛, 等. 彭氏眼针结合体针治疗梅杰综合征 1 例[J]. 中国中医眼科杂志, 2023, 33(10): 958-960.
- [13] 张盛君, 包烨华. 脐针治疗梅杰综合征验案一则[J]. 浙江中医杂志, 2023, 58(6): 441.
- [14] 邓奕, 吴凯, 时健, 等. 张健应用“正容汤”治疗眼科疾病经验[J]. 中国中医眼科杂志, 2025, 35(2): 144-147, 163.
- [15] 陈杨丽, 赵彦青. 王松龄运用逍遥散合止痉散加减辨治梅杰综合征验案[J]. 中国民间疗法, 2023, 31(17): 93-96.
- [16] 马雨雨, 李玉杰, 彭亚蓉, 等. 殷克敬针药结合治疗梅杰综合征 1 则[J]. 中国中医眼科杂志, 2022, 32(9): 739-740.
- [17] 高丽丽, 傅晓云. 针药结合治疗难治性梅杰综合征 1 例[J]. 浙江中医杂志, 2020, 55(5): 367.
- [18] 曹丛红, 姚靖, 张海军, 等. 小柴胡汤加减联合“烧山火”针刺法治疗梅杰综合征 1 例[J]. 中国中医眼科杂志, 2020, 30(3): 219-220.
- [19] 陈旻, 何伟力, 张航曼. 针刺结合中药治疗梅杰综合征 11 例[J]. 江西中医药, 2013, 44(1): 52-53.
- [20] 吴秋汶, 宋洪堰, 苏涛, 等. 醒脑开窍针法结合毫火针治疗梅杰综合征[J]. 光明中医, 2020, 35(24): 3889-3892.
- [21] 曹丛红, 姚靖. 针刺联合刮痧配合走罐治疗 Meige 综合征 40 例[J]. 中国中医眼科杂志, 2017, 27(6): 367-369.
- [22] 王欣, 张文静, 任媛媛. 体针结合揞针治疗梅杰综合征验案 1 则[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(6): 81-83.