

基于“一气周流”理论指导针灸治疗周围性面瘫恢复期患者的临床观察*

刘洪吉,艾孜扎·艾克拜,林奇清,陈婕

(广州中医药大学东莞医院,广东 东莞 523000)

[摘要] 目的:观察基于“一气周流”理论指导下针灸治疗周围性面瘫恢复期患者的临床疗效。方法:将60例周围性面瘫恢复期(病程8 d至3个月)患者随机分为对照组和治疗组,每组30例。对照组患者选取患侧阳白、太阳、四白、颤髎、颊车、地仓、翳风、牵正,双侧合谷。阳白和太阳、四白和颤髎、颊车和地仓分别连接电针,采用疏密波,频率2 Hz/100 Hz。治疗组患者在对照组患侧面部取穴基础上,再选取百会、气海、中脘、关元、双侧天枢,左侧肢体选取阴陵泉、三阴交、太冲,右侧肢体选取合谷、足三里、丰隆,面部不予加电针,并在腹部放置艾灸盒治疗。两组均每天治疗1次,6 d为1个疗程,每个疗程间隔1 d,共治疗3个疗程。观察两组患者治疗前后Sunnybrook面神经评定系统评分,House-Brackmann(H-B)面神经瘫痪分级,患侧面神经支配的额肌、眼轮匝肌、口轮匝肌的肌电信号潜伏期及波幅,血清免疫球蛋白IgA、IgG、IgM水平,并比较临床疗效。结果:治疗后,两组患者Sunnybrook面神经评定系统评分均升高($P<0.05$),H-B面神经瘫痪分级评级均改善($P<0.05$),患侧面神经支配的额肌、眼轮匝肌、口轮匝肌的肌电信号潜伏期均缩短($P<0.05$),波幅均升高($P<0.05$),血清IgA、IgG、IgM水平均降低($P<0.05$);且治疗组患者各项指标均优于对照组(均 $P<0.05$)。治疗组的总有效率为96.67%(29/30),明显高于对照组的80.00%(24/30)($P<0.05$)。结论:基于“一气周流”理论指导下针灸治疗周围性面瘫恢复期患者疗效显著,可明显改善面神经功能,加快神经传导速度,增强机体免疫功能。

[关键词] 周围性面瘫;恢复期;一气周流;针灸

[中图分类号] R246.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2026)01-0098-05

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2026.01.016

Clinical Observation of Acupuncture Treatment for Patients with Peripheral Facial Paralysis in the Recovery Stage Based on the Theory of "One Qi Circulation"

LIU Hongji, AIZIZA·Aikbai, LIN Qiqing, CHEN Jie

(Dongguan Hospital, Guangzhou University of Chinese Medicine, Dongguan Guangdong 523000, China)

[Abstract] Objective: To observe the clinical efficacy of acupuncture treatment for patients with peripheral facial paralysis in the recovery stage under the guidance of the "one qi circulation" theory. Methods: Sixty patients with peripheral facial paralysis in the recovery stage (disease duration: 8 days to 3 months) were randomly divided into a control group and a treatment group, with 30 cases in each group. Patients in the control group were acupunctured at Yangbai (GB14), Taiyang (EX-HN5), Sibai (ST2), Quanliao (SI18), Jiache (ST6), Dicang (ST4), Yifeng (SJ17), and Qianzheng (Extra) on the affected side, and at bilateral Hegu (LI4). Electroacupuncture with dense-disperse waves at a frequency of 2 Hz/100 Hz was applied between Yangbai (GB14) and Taiyang (EX-HN5), Sibai (ST2) and Quanliao (SI18), and Jiache (ST6) and Dicang (ST4). Based on the acupoints selected on the affected side in the control group, patients in the treatment group additionally received acupuncture at Baihui (DU20), Qihai (RN6), Zhongwan (RN12), Guanyuan (RN4), bilateral Tianshu (ST25), left-side Yinlingquan (SP9), Sanyinjiao

*基金项目:广东省东莞市陈婕名医传承工作室项目(5000297);东莞市社会发展科技项目(20231800900301)

通信作者:陈婕,女,主任中医师,研究方向为针灸推拿

(SP6), and Taichong (LR3), as well as right-side Hegu (LI4), Zusani (ST36), and Fenglong (ST40). No electroacupuncture was applied on the face, and a moxibustion box was placed on the abdomen. Both groups were treated once daily. Six days constituted one treatment course, with a 1-day interval between courses, totaling 3 courses. The Sunnybrook Facial Grading System score, House-Brackmann (H-B) facial nerve grading, latency and amplitude of electromyographic (EMG) signals from the frontalis, orbicularis oculi, and orbicularis oris muscles innervated by the affected facial nerve, and serum levels of immunoglobulins IgA, IgG, and IgM were observed before and after treatment. Clinical efficacy was also compared. Results: After treatment, both groups showed increased Sunnybrook scores ($P<0.05$), improved H-B grades ($P<0.05$), shortened latency and increased amplitude of EMG signals from the frontalis, orbicularis oculi, and orbicularis oris muscles ($P<0.05$), and decreased serum levels of IgA, IgG, and IgM ($P<0.05$). Moreover, all outcome measures in the treatment group were superior to those in the control group. The total effective rate was 96.67% (29/30) in the treatment group, significantly higher than 80.00% (24/30) in the control group ($P<0.05$). Conclusion: Acupuncture treatment based on the "one qi circulation" theory is significantly effective for patients with peripheral facial paralysis in the recovery stage. It can markedly improve facial nerve function, accelerate nerve conduction velocity, and enhance immune function.

[Keywords] peripheral facial paralysis; recovery stage; one qi circulation; acupuncture

周围性面瘫是由于面神经管内面神经的非特异性炎症引起的周围性面肌瘫痪,以口眼歪斜为主要临床特点^[1]。临幊上不少学者^[2]将周围性面瘫的病程发展分为3期:急性期、恢复期和后遗症期。该病恢复期病情趋于稳定,是治愈的转折点。正气亏虚,邪气已衰是此期最主要的病因病机。目前在周围性面瘫恢复期患者的中医治疗中,大多学者^[3-4]均基于经筋理论指导针灸治疗,鲜见以整体观“一气周流”理论针对其病因病机的治疗方案。因此,笔者遵照“一气周流”理论中“中土斡旋,土枢四象,一气周流”的气机升降模型,结合周围性面瘫恢复期的病因病机,用之于此期患者的针灸治疗。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 参照《针灸治疗学》^[5]中面瘫的诊断标准:(1)以口眼歪斜为主要特点;(2)突然出现一侧面部肌肉板滞、麻木、瘫痪,额纹消失,眼裂变大,露睛流泪,鼻唇沟变浅,口角下垂歪向健侧,病侧不能皱眉、蹙额、闭目、露齿、鼓颊;(3)部分患者初起时有耳后疼痛,还伴患侧舌前2/3味觉减退或消失、听觉过敏等症状。

1.2 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)单侧面瘫,病程为8 d至3个月;(3)年龄18~65岁,男女不限;(4)患者自愿签署知情同意书,依从性良好。

1.3 排除标准 (1)周围性面瘫继发于其他疾病;(2)面部有皮肤破损者或凝血功能异常;(3)不能耐受针灸;(4)不能积极配合治疗;(5)合并有心脑血管等疾病。

1.4 别除和脱落标准 (1)由于其他原因或自愿终止治疗者;(2)治疗期间接受其他治疗者;(3)观察记录资料不完整者。

1.5 样本量估算 以治疗后的总有效率作为主要结局指标进行前期预试验的样本量估算,对照组的总有效率为 $p_1=70.0\%$,治疗组的总有效率为 $p_2=97.5\%$,设双侧检验水准 $\alpha=0.05$,检验

效能 $1-\beta=80\%$, $\bar{p}=(p_1+p_2)/2$, \bar{q} 代表 $1-p_1$ 和 $1-p_2$ 的均值,根据样本量计算公式: $n=2\bar{p}\bar{q}(z_{\alpha}+z_{\beta})^2/(p_1-p_2)^2$,计算得到对照组和治疗组各需研究对象至少28例,考虑到临床试验中存在剔除、脱落等问题,故纳入60例患者进行试验。

1.6 研究对象 选取2024年3月至2024年10月期间在广州中医药大学东莞医院针灸科病房住院的病程8 d至3个月的周围性面瘫恢复期患者。按照随机数字表法分成对照组和治疗组,每组30例。本研究方案已通过广州中医药大学东莞医院临床伦理学委员会审批[批件号:东中医伦审(研)PJ[2024]63号]。

1.7 治疗方法

1.7.1 对照组 参照《针灸治疗学》^[5]中周围性面瘫的治疗方案。(1)针刺取穴:患侧阳白、太阳、四白、颤髎、颊车、地仓、翳风、牵正,双侧合谷。(2)针刺操作:患者取仰卧位,消毒穴位皮肤,选用规格为0.35 mm×40.00 mm一次性无菌针灸针。阳白向内与皮肤呈15°角平刺25~30 mm;四白直刺20~25 mm;地仓向耳尖斜刺15~20 mm;颊车、翳风、颤髎、太阳、合谷直刺25~30 mm。进针后,平补平泻得气,阳白和太阳、四白和颤髎、颊车和地仓连接KWD-808I型脉冲针灸治疗仪(常州英迪电子医疗器械有限公司),采用疏密波,频率2 Hz/100 Hz,1次/d,留针20 min,每6 d为1个疗程,每个疗程间隔1 d,共治疗3个疗程。

1.7.2 治疗组 (1)针刺取穴:面部选穴与对照组一致,头部选百会,腹部选气海、中脘、关元、双侧天枢,左侧肢体选取阴陵泉、三阴交、太冲,右侧肢体选取合谷、足三里、丰隆。(2)针刺操作:患者取仰卧位,消毒穴位皮肤,选用规格为0.35 mm×40.00 mm一次性无菌针灸针。面部针刺操作与对照组一致,不连接脉冲电疗仪;百会向后枕部与皮肤呈15°角平刺25~30 mm,平补平泻,以酸胀为度;气海、中脘、关元、双天枢(需排尿后进行针刺)直刺25~30 mm,捻转补法,以酸胀为度;阴陵泉、三阴交、太冲、合谷、足三里、丰隆直刺25~30 mm,行提

插捻转法,以酸胀为度。(3)艾灸操作:针刺得气后,选取规格为27.0 cm×17.5 cm×9.5 cm的艾灸盒,用镊子将点燃的直径15 mm、高25 mm的艾柱固定于艾灸盒中,将艾灸盒置于患者腹部,艾灸盒覆盖针刺范围,并且保证艾灸盒底部不会触碰到针柄。1次/d,留针20 min,每6 d为1个疗程,每个疗程间隔1 d,共治疗3个疗程。

1.8 观察指标

1.8.1 Sunnybrook面神经评定系统 采用Sunnybrook面神经评定系统评估面神经功能,分别于治疗前后评估得分,评分系统包括与健侧比较的面部静态分、与健侧比较的随意运动分、标准表情的联动分,总计100分,分数越高表明面神经恢复功能越好^[6]。

1.8.2 House-Brackmann(H-B)面神经瘫痪分级 采用H-B面神经瘫痪分级表评估面神经功能,分别于治疗前后进行评级,共6个等级。I级:面神经正常,所有面部功能正常;II级:面神经轻度功能障碍,面部两侧有明显差异但不影响外观,面肌轻度无力;III级:面神经中度功能障碍,面部两侧有明显差异且轻微影响外观,面肌无力,动态时面部不对称;IV级:面神经中重度功能障碍,面部严重不对称,只有非常轻微的可察觉运动,面肌明显无力;V级:面神经重度功能障碍,面肌静态下明显不对称,面肌仅能轻微运动;VI级:面神经完全麻痹,面肌无运动。评级越低代表面神经功能越好^[6]。

1.8.3 面神经肌电信号 分别于治疗前后进行测定。患者取仰卧位,使用64导肌电图/诱发电位仪(Nicolet Viking Quest,美国Natus Neurology Incorporated公司),连接地线,电极片使用凝胶贴于患者额肌,以耳后茎乳孔为刺激点,逐步加大电刺激产生额肌动作电位潜伏期与波幅并记录。以相同的方法测定眼轮匝肌、口轮匝肌动作电位潜伏期与波幅。潜伏期越长、波幅越低,表明面神经电信号传导速度越慢、面神经损伤越重。

1.8.4 血清免疫球蛋白水平 分别于治疗前后采集患者空腹静脉血,使用化学发光免疫分析仪测定患者IgA(正常范围1.00~4.20 g/L)、IgG(正常范围8.60~17.40 g/L)、IgM(正常范围0.50~2.80 g/L)水平。血清免疫球蛋白水平数值下降表明人体免疫力提升。

1.9 疗效评价标准 结合《中国特发性面神经麻痹神经修复治疗临床指南》^[6]中Sunnybrook面神经评定系统自拟疗效评分进行评估。痊愈:评分≥95分;显效:70分≤评分<95分;缓解:55分≤评分<70分;无效:评分<54分。总有效率=(痊愈例数+显效例数+缓解例数)/总例数×100%。

1.10 统计学方法 采用SPSS 27.0软件进行统计学处理。计量资料采用“均数±标准差”($\bar{x} \pm s$)表示,满足正态性和方差齐性时,组间比较采用成组t检验,组内治疗前后比较采用配对t检验,否则采用秩和检验;计数资料采用例数和率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料比较采用秩和分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 基线资料 两组患者性别、年龄、病程比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。(见表1)

表1 两组患者基线资料比较

组别	n	性别/例		年龄/岁			病程/d		
		男	女	最大	最小	$\bar{x} \pm s$	最长	最短	$\bar{x} \pm s$
对照组	30	17	13	61	21	42.10±11.57	36	14	21.03±6.35
治疗组	30	16	14	63	23	43.13±12.87	27	12	19.67±4.51
检验统计量		$\chi^2=0.670$			$t=-0.327$			$t=0.960$	
<i>P</i>		0.795			0.745			0.341	

2.2 两组患者治疗前后Sunnybrook面神经评定系统评分比较 治疗前,两组患者Sunnybrook面神经评定系统评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后,两组患者Sunnybrook面神经评定系统均较治疗前升高($P<0.05$),且治疗组高于对照组($P<0.05$)。(见表2)

表2 两组患者治疗前后Sunnybrook面神经评定

系统评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前		治疗后		<i>t</i>	<i>P</i>
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后		
对照组	30	54.23±7.55	70.70±13.59	-7.540	0.000		
治疗组	30	52.93±6.62	82.00±12.98	-12.474	0.000		
<i>t</i>		0.709		-3.294			
<i>P</i>		0.481		0.002			

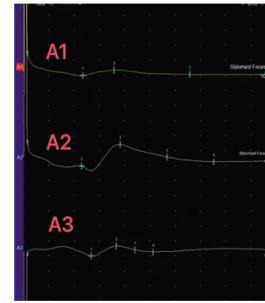
2.3 两组患者治疗前后H-B面神经瘫痪分级比较 治疗前,两组患者H-B面神经瘫痪分级比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后,两组患者H-B面神经功能分级均较治疗前改善($P<0.05$),且治疗组优于对照组($P<0.05$)。(见表3)

表3 两组患者治疗前后H-B面神经瘫痪分级比较(例)

组别	n	时间	I级	II级	III级	IV级	V级	VI级	Z	P
			治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后		
对照组	30	治疗前	0	2	12	12	4	0	-4.630	0.000
		治疗后	2	9	14	4	1	0		
治疗组	30	治疗前	0	2	13	10	5	0	-4.764	0.000
		治疗后	7	13	9	1	0	0		

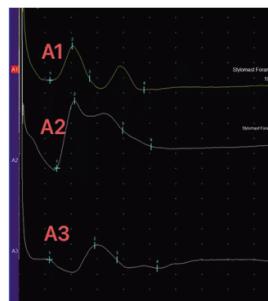
注:治疗后,治疗组与对照组比较, $Z=-3.018$, $P<0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后患侧面神经肌电信号传导潜伏期及波幅比较 治疗前后患侧面神经肌电信号图,以治疗组编号30的患者为例(见图1~2)。治疗前,两组患者患侧面神经支配的额肌、眼轮匝肌与口轮匝肌肌电信号传导潜伏期及波幅比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后,两组患者患侧面神经支配的额肌、眼轮匝肌与口轮匝肌肌电信号传导潜伏期均较治疗前缩短($P<0.05$),波幅均较治疗前升高($P<0.05$),且治疗组潜伏期短于对照组($P<0.05$),波幅高于对照组($P<0.05$)。(见表4)



注:A1.额肌;A2.眼轮匝肌;A3.口轮匝肌。

图1 患者治疗前患侧面神经肌电信号传导图



注:A1.额肌;A2.眼轮匝肌;A3.口轮匝肌。

图2 患者治疗后患侧面神经肌电信号传导图

表4 两组患者治疗前后患侧面神经肌电信号传导潜伏期与波幅比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	额肌		眼轮匝肌		口轮匝肌	
			潜伏期/ms	波幅/mV	潜伏期/ms	波幅/mV	潜伏期/ms	波幅/mV
对照组	30	治疗前	3.51±0.35	0.45±0.09	3.35±0.35	0.59±0.09	3.14±0.39	0.67±0.14
		治疗后	2.78±0.32 ^a	0.63±0.08 ^a	2.71±0.23 ^a	0.92±0.88 ^a	2.52±0.30 ^a	0.86±0.12 ^a
治疗组	30	治疗前	3.67±0.23	0.44±0.06	3.47±0.31	0.56±0.93	3.27±0.26	0.62±0.11
		治疗后	2.55±0.35 ^{ab}	0.83±0.81 ^{ab}	2.52±0.25 ^{ab}	1.39±0.83 ^{ab}	2.30±0.22 ^{ab}	1.20±0.13 ^{ab}

注:与本组治疗前比较,^aP<0.05;与对照组比较,^{ab}P<0.05。

2.5 两组患者治疗前后血清免疫球蛋白水平比较 治疗前,两组患者血清免疫球蛋白水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后,两组患者血清免疫球蛋白水平均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组明显低于对照组($P<0.05$)。(见表5)

2.6 两组患者临床疗效比较 治疗后,治疗组总有效率为96.67% (29/30),明显高于对照组[80.00% (24/30)]($P<0.05$)。(见表6)

表6 两组患者临床疗效比较

组别	n	痊愈/例	显效/例	缓解/例	无效/例	总有效[例(%)]
对照组	30	2	10	12	6	24(80.00)
治疗组	30	9	15	5	1	29(96.67)
χ^2						4.043
P						0.044

3 讨 论

周围性面瘫的最早记载出现在《黄帝内经》中,称“卒口僻”“口喎”,《针灸集成》称其为“面瘫”,此后一直沿用至今。中医针灸是治疗该病的首选手段^[7]。针灸治疗周围性面瘫多以分期论治,分为急性期、恢复期、后遗症期。急性期是否采用针灸介入治疗尚未形成统一的观点^[8]。大部分患者在急性期发病1周后开始恢复^[3],称为恢复期,也是周围性面瘫痊愈的转折期,此时期病情趋于稳定,正虚邪退,这时期的针灸介入治疗越早越能避免面神经进一步损伤,所以恢复期的针灸

治疗显得尤为重要。

梁繁荣在其分期论治周围性面瘫的经验中,认为周围性面瘫为本虚标实之疾,正气亏虚为本,外感风寒热邪为标,且恢复期的治疗应以益气养血、疏调经筋为主^[3]。笔者经过临床观察,发现周围性面瘫恢复期患者气虚症状明显,一项数据挖掘研究^[9]也表明周围性面瘫恢复期的中医证型多为气血亏虚型,且在相关针灸治疗周围性面瘫恢复期临床研究^[10]中,针刺多选取面部穴位为主,并结合热敏灸、面部拔罐、透刺等方法,来达到激发面部经脉气血的功效,使得面部得到气血濡养。但笔者认为,针对周围性面瘫恢复期气虚为本的病因,针灸治疗不仅要疏通面部经络气血,也要以整体观恢复人体正气,针刺选穴也要结合远端选穴及辨证选穴原则,以整体观完善治疗手段。所以笔者以清代著名医家黄元御提出的“一气周流”整体观理论指导周围性面瘫恢复期针灸治疗,观察其临床疗效。

“一气周流”理论是以阴阳气化理论和五脏气机升降理论为基础,用气的运动变化形式来诠释天地、人体气机的变化^[11]。黄元御在《四圣心源·天人解》^[12]中提到“气含阴阳,则有清浊,清则浮升,浊则沉降,自然之性”,“清浊之间,是谓中气,中气者,阴阳升降之枢纽,所谓土也”。气有阴阳分清浊,清浊之间的中气枢轴运动,带动阴阳升降,形成四象轮旋,这是自然界气机运转,同样也是人体气机周流的具象化体现。中气化生脾胃,则为中土,中土运动之气化生心肝肺肾四象,黄元御将其描述为“四象之母,实生四象”^[12],中气的升降带动肝肾之气左升、心肺之气右降,阴升为阳,阳降为阴,则形成人体的一气周流模型^[13](如图3)。杨志敏在其临证辨治中,着重强调一气“升降沉浮”的作用,旨在通过用药处方调动人一身一气的调节能力来对抗病邪,恢复一气在人体的周流模式,气正、气顺则病邪自除^[14]。《灵枢·刺节真邪》曰:“用针之类,在于调气。”所以针灸治病亦以调气为根本,与“一气周流”理论有异曲同工之妙。陈天竹等^[15]基于“一气周流”理论指导针灸治疗中风后偏瘫的探讨中表明该理论能为提高临床针灸疗效提供新的治疗思路。

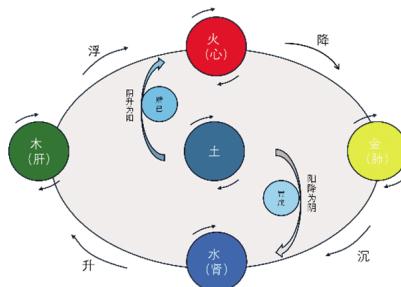


图3 人体“中土斡旋,土枢四象,一气周流”的气机升降模型

表5 两组患者治疗前后血清免疫球蛋白水平比较 ($\bar{x} \pm s$, g/L)

组别	n	IgA				IgG				IgM			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
对照组	30	3.65±0.96	3.05±0.75	9.054	0.000	12.89±2.34	12.05±1.33	2.356	0.025	1.61±0.45	1.40±0.38	3.768	0.000
治疗组	30	3.64±1.01	2.55±0.68	11.018	0.000	12.96±2.18	10.68±2.01	11.871	0.000	1.65±0.32	1.21±0.28	12.335	0.000
t		0.072	2.689			-0.125	3.114			-0.363	2.240		
P		0.943	0.009			0.901	0.003			0.718	0.029		

周围性面瘫恢复期口眼歪斜症状趋于稳定^[16],病机表现大致为气血亏耗,外感邪气渐入于筋^[1],正虚外感导致清阳不升,浊阴不降,面部筋肉失养、经筋失用则面肌弛缓无力。“一气周流”理论中,黄元御认为“气原于胃,血本于脾”^[17],脾胃居于中,中气推动脾升胃降,灌气血于四肢、禀气血于五脏,而周围性面瘫恢复期气血亏耗,中气不运,脾胃升降失常,人体阴升阳降、左升右降的一气周流逆乱,气血无源,清浊陷逆,进而引起面部筋肉失养。十二经脉以阳明胃经与太阴脾经为枢纽,起于中焦脾胃,首注于手太阴肺经,终止于足厥阴肝经,又复注于手太阴肺经^[17],形成经脉气血周流的圆运动,《灵枢·邪气脏腑病形》云:“十二经脉,三百六十五络,其血气皆上于面而走空窍。”而周围性面瘫恢复期邪气留恋,经络痹阻,中气化生气血不足,经脉气血无法上于面而走空窍,头面经脉失养,面部肌肉弛缓无力^[18],进而引起经筋失用。针灸治病在于调气,调整十二经脉气机阴阳升降,恢复全身脏腑一气周流。故以此为对照。

在本研究治疗方法上,治疗组在其对照组选穴的基础上,根据“一气周流”理论中焦斡旋,左升右降,阴经升、阳经降之理,选取四肢躯干等相应的穴位。周围性面瘫病位在面,按对照组选穴取患侧阳白、太阳、四白、颤髎、颊车、地仓、翳风、牵正,恢复局部经脉气血周流。头部选百会^[19],百会属督脉,总督一身之阳,且百会位于巅顶,能益气升阳,引气血濡养上窍。腹部选气海、中脘、关元、天枢,取培中土之意。气海穴为诸气之海,调节一身之气;中脘属任脉,八会穴的腑会、胃的募穴,有健脾胃、补中气之功;关元属任脉,为小肠经之募穴,是足三阴、足阳明、任脉之会,为一身元气之所;天枢,天为天空,枢为枢纽,脐上为天属阳,脐下为地属阴,是谓升清降浊的枢纽。左侧肢体部选用阴陵泉、三阴交、太冲。阴陵泉,为脾经的土穴,脾喜燥恶湿,湿易阻脾气,使脾阳不能正常上升,故选左侧阴陵泉除湿升脾;三阴交为足太阴脾经之穴,且为足太阴、厥阴、少阴之会,故选其左侧升发肝肾脾之气;太冲为足厥阴肝经之原穴,主升,通调气机,取其左侧有左路升发之意。右侧肢体部选用合谷、足三里、丰隆。合谷为手阳明大肠经之原穴,取其右侧主降,与左侧太冲共达“开四关”之意^[20],两穴上下相召,分主气血,阴阳相合,有疏通经络、理气活血、平衡阴阳等作用^[21]。足三里是足阳明胃经的合穴,也是胃的下合穴,助胃的下行,有调理脾胃、扶正培元之效;丰隆为胃经的络穴,有和胃降逆的作用,《玉龙歌》中云“痰多宜向丰隆寻”,为化痰要穴,而痰湿易困阻清阳,使清浊陷逆,取右侧丰隆穴化痰降胃气。同时结合腹部艾灸,形不足者温之以气,血得温则行,气得温则运,血行则痰瘀消,气运则水津布^[18],达到温中土、补中气、调和气血之功。

Sunnybrook面神经评定系统与H-B面神经瘫痪分级是评价面神经功能的客观指标,并能对面神经功能恢复情况进行准确的评价。本研究中,治疗组治疗后的H-B面神经瘫痪分级、Sunnybrook面神经评定系统评分均明显优于对照组($P<0.05$),说明基于“一气周流”理论下针灸调节人体气血周流能有效帮助面神经功能的改善。表面肌(额肌、眼轮匝肌、口轮匝肌)电信号潜伏期及波幅是检测面神经损伤程度的客观指标^[21],

临床结果显示,周围性面瘫患者神经肌电信号大致表现为面神经动作电位潜伏期延长、波幅降低^[22],在本研究结果中治疗后治疗组患者的面神经动作电位潜伏期明显缩短、波幅明显升高,且优于对照组($P<0.05$),说明基于“一气周流”理论下的针灸治疗方法能有效地加快神经元代谢,促进神经纤维再生,有助于面神经损伤的修复。血清免疫球蛋白对于抵抗外来入侵病原体或抗原发挥着非常重要的作用,其异常升高是机体炎症反应的客观指标,自身免疫缺陷与病毒感染是导致血清免疫球蛋白水平升高的主要原因^[23],从中医的角度就是人体正气不足、外邪侵袭。梁文章等^[24]发现针刺可调节周围性面瘫患者的免疫功能,所以本研究以血清免疫球蛋白为客观指标观察周围性面瘫恢复期患者正气恢复情况,结果表明治疗组治疗后血清免疫球蛋白水平的表现明显低于对照组($P<0.05$),说明其治疗方案能明显改善局部面神经周围血液循环,抑制炎症反应,提升机体免疫功能。

综上所述,基于“一气周流”理论指导针灸治疗周围性面瘫恢复期患者,可明显改善面神经的功能,增强机体免疫功能,提高临床治愈率,值得在临床进一步推广和研究。但本研究存在样本量小、未对患者生活质量进行随访等不足,今后应设计更严谨的大样本、多中心随机对照试验,并对患者进行不定期的随访,为临床提供更多有力证据。

参考文献

- [1] 高超,庄杰,张帆.常规针刺配合浅针法对急性期周围性面瘫患者疼痛、面动脉血流动力学及面部肌电图的影响[J].中国中医急症,2022,31(4):690-693.
- [2] 王冬冬,李博,查永梅,等.张庆萍教授针灸治疗周围性面瘫临床经验撷英[J].中国针灸,2021,41(3):313-315.
- [3] 李德华,任玉兰,梁昊,等.梁繁荣教授基于经筋理论分期治疗周围性面瘫的经验撷英[J].世界中医药,2022,17(18):2632-2634,2639.
- [4] 杜新宇,石学敏.石学敏经筋刺法临床经验[J].四川中医,2016,34(1):12-14.
- [5] 高树中,杨骏.针灸治疗学[M].4版.北京:中国中医药出版社,2016:45-47.
- [6] 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.
- [7] KANG X Y, HUANG Y, LV X Y, et al. Systematic evaluation and meta-analysis of the efficacy of Jingjin acupuncture therapy in the treatment of peripheral facial palsy[J]. Front Neurol, 2024, 15: 1459738.
- [8] 陈思璇,李妍,莫溪桐,等.针灸治疗特发性面神经麻痹研究的反思及建议[J].中国针灸,2025,45(3):379-384.
- [9] 王姝.基于文献研究探讨针刺治疗周围性面瘫的分期、证型、症状选穴规律[J].中国针灸,2023,43(12):1457-1464.
- [10] 国艳.面部穴位透刺联合温针灸治疗周围性面瘫恢复期的临床疗效观察[J].中国医药指南,2024(15):117-119,133.

(下转第118页)

- 1994, 98(12):1256-1268.
- [7] 国家卫生健康委办公厅.近视防治指南(2024年版)[J].眼科新进展, 2024, 44(8):589-591.
- [8] 中国民族医药学会眼科分会.视疲劳(肝劳)多民族医诊疗专家共识[J].中国中医眼科杂志, 2023, 33(5):401-406.
- [9] 张晓光.七叶洋地黄双苷滴眼液联合重组牛碱性成纤维细胞生长因子在视疲劳干眼症中的应用[J].实用中西医结合临床, 2022, 22(24):62-64, 112.
- [10] 呼正林, 袁淑波, 马林.眼科·视光-屈光矫正学[M].北京: 化学工业出版社, 2018.
- [11] 李传课.中医眼科学[M].2版.北京: 人民卫生出版社, 2015:636-639.
- [12] 孙思邈.备急千金要方[M].影印本.北京: 人民卫生出版社, 1955:553.
- [13] 黄帝内经·素问[M].何永, 马君, 何敬华, 校注.2版.北京: 中国中医药出版社, 2022:202209.439.
- [14] 熊黎明, 刘刚, 赵义平, 等.高度近视的病因及防控研究进展[J].牡丹江医学院学报, 2024, 45(5):150-153, 142.
- [15] RYU H, JU U, WALLRAVEN C. Decoding visual fatigue in a visual search task selectively manipulated via myopia-correcting lenses [J]. Front Neurosci, 2024, 18:1307688.
- [16] 于明月.羽毛球运动对青少年视疲劳的干预研究[D].扬州: 扬州大学, 2023.
- [17] 杨惠, 戎宽.膏摩顶法改善青少年近视视疲劳的临床疗效观察[J].中国中医眼科杂志, 2024, 34(1):34-39.
- [18] 石晶琳, 宋正宇.针刺治疗集合不足型视疲劳的临床观察[J].中国中医眼科杂志, 2023, 33(12):1124-1128.
- [19] 孙金宁, 张花治, 刘素珍, 等.中医外治法治疗视疲劳的研究进展[J].中国中医眼科杂志, 2023, 33(12):1171-1173, 1178.
- [20] DELSHAD S, COLLINS M J, READ S A, et al. The time course of the onset and recovery of axial length changes in response to imposed defocus[J]. Sci Rep, 2020, 10(1):8322.
- [21] SUN L, LI Z X, WANG S P, et al. The relationship between axis length difference and refractive error in unilateral myopic anisometropic children treated with orthokeratology[J]. J Ophthalmol, 2023, 2023:3110478.
- [22] 唐明明, 朱定耀, 罗平, 等.中药雾化熏眼联合冷热交替敷眼及睑板腺按摩治疗肺阴不足型干眼的疗效观察[J].中医药导报, 2021, 27(3):83-85, 95.

(收稿日期:2025-03-04 编辑:刘国华)

(上接第102页)

- [11] 苗琳琳, 万生芳, 张磊, 等.基于黄元御“一气周流、土枢四象”理论探析糖尿病胃轻瘫六期病机与辨治[J].上海中医药杂志, 2024, 58(4):67-71.
- [12] 黄元御.四圣心源[M].徐静, 宋白杨, 校注.北京: 中国医药科技出版社, 2020.
- [13] 罗元珍, 罗晓欣, 胡方林.黄元御一气周流论中的气化思维[J].中医药导报, 2025, 31(3):225-228.
- [14] 罗翠文, 徐福平, 杨志敏.杨志敏临床辨治运用“一气周流”理论经验探析[J].江苏中医药, 2014, 46(9):16-17.
- [15] 陈天竹, 邹忆怀, 张勇, 等.基于“一气周流”探析中风后偏瘫的针灸疗效机制[J].北京中医药大学学报, 2023, 46(11): 1611-1615.
- [16] 祝鹏宇, 孙明媚, 于天洋, 等.孙申田教授针灸治疗周围性面瘫临床经验摘要[J].中国针灸, 2021, 41(2):189-191, 220.
- [17] 刘硕, 阳缘乐, 王一楠, 等.基于“一气周流”思想探析“开四关”的运用[J].西部中医药, 2024, 37(11):33-36.
- [18] 田佳欢, 杨雪捷, 凡丹, 等.基于“一气周流”理论探析整合针灸治疗周围性面瘫的临床思路[J].实用中医内科杂志,

2024, 38(10):72-75.

- [19] 王友刚, 董昌武, 高大红, 等.百会实按灸结合通督调神针法治疗脑卒中后眩晕的临床疗效[J].中国老年学杂志, 2023, 43(11):2581-2584.
- [20] 叶翔, 王志明, 史俊丽, 等.“灵枢经关刺法联合开四关法”治疗痛性糖尿病周围神经病变的有效性研究[J].时珍国医国药, 2024, 35(9):2202-2205.
- [21] 李金华, 袁帅, 张传旭.调督和胃针法针刺结合表情肌功能训练操对周围性面瘫患者面动脉血流动力学及表面肌电图的影响[J].中国民族医药杂志, 2024, 30(5):28-31.
- [22] 鄢碧珠.神经肌电图对评估特发性面瘫严重程度及预后的价值分析[J].中国医疗器械信息, 2021, 27(4):149-150.
- [23] 刘更, 卜秀焕, 王田.分期针刺治疗周围性面瘫疗效及对IgA、IgG、IgM的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(6):1122-1125.
- [24] 梁文章, 梁勇, 黄经河.复方樟柳碱注射液联合针灸对面神经麻痹的疗效及对免疫球蛋白水平的影响[J].解放军预防医学杂志, 2018, 36(4):515-517.

(收稿日期:2025-12-10 编辑:刘国华)