

眼三针疗法治疗脑血管病所致动眼神经麻痹临床研究

颜金凤¹, 李娜², 扈罗曼¹, 孙娟¹

1. 青岛大学附属医院康复医学科, 山东 青岛 266555; 2. 青岛大学附属医院眼科, 山东 青岛 266555

【摘要】目的：观察眼三针疗法治疗脑血管病所致动眼神经麻痹的临床疗效。**方法：**纳入 2020 年 7 月—2024 年 7 月在青岛大学附属医院康复医学科接受治疗的 40 例脑血管病所致动眼神经麻痹患者为研究对象，通过随机数字表法分为对照组与观察组各 20 例。2 组均给予神经营养支持及对症处理原发病治疗，在此基础上，对照组给予常规针刺疗法治疗、观察组则采用眼三针疗法治疗。2 组均治疗 4 周。比较 2 组临床疗效、复视程度、睑裂宽度、瞳孔直径及视功能相关生活质量。记录不良事件发生情况。**结果：**治疗 4 周后，观察组总有效率 95.0% (19/20)，对照组总有效率 80.0% (16/20)，2 组比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗 4 周后，2 组复视程度、睑裂宽度均较治疗前改善，观察组复视程度、睑裂宽度改善均优于对照组，差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。瞳孔直径同组治疗前后比较以及治疗 4 周后组间比较，差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗 4 周后，2 组视功能相关生活质量均较治疗前改善，观察组视功能相关生活质量优于对照组，差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗期间，2 组均未发生严重不良事件。**结论：**眼三针疗法与常规针刺均能有效改善脑血管病所致动眼神经麻痹症状，但眼三针疗法对复视程度、睑裂宽度及视功能相关生活质量展现出更好的疗效，且选穴少而精，相较于常规针刺疗法更具优势。

【关键词】 动眼神经麻痹；脑血管病；眼三针；复视；睑裂；生活质量

【中图分类号】 R246 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2025) 24-0084-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.24.014

Clinical Study on Eye Three-Needle Therapy for Oculomotor Nerve Palsy Caused by Cerebrovascular Disease

YAN Jinfeng¹, LI Na², HU Luoman¹, SUN Juan¹

1. Department of Rehabilitation Medicine, The Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong 266555, China; 2. Department of Ophthalmology, The Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong 266555, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of eye three-needle therapy on oculomotor nerve palsy caused by cerebrovascular disease. **Methods:** A total of 40 patients with oculomotor nerve palsy caused by cerebrovascular disease who were treated in the Department of Rehabilitation Medicine of the Affiliated Hospital of Qingdao University from July 2020 to July 2024 were included in the study. They were divided into the control group and the observation group by the random number table method, with 20 cases in each group. Both groups were given neurotrophic support and symptomatic treatment of the primary disease. The control group was additionally given conventional acupuncture therapy, and the observation group was additionally treated with eye three-needle therapy. Both groups were treated for four weeks. The clinical effects, degree of diplopia, palpebral fissure width, pupil diameter, and visual function-related quality of life were compared between the two groups; the incidence of adverse events was recorded. **Results:** After four weeks of treatment, the total effective rate was 95.0% (19/20) in the observation group and 80.0% (16/20) in

【收稿日期】 2025-06-03

【修回日期】 2025-09-11

【基金项目】 山东省中医药科技项目面上项目 (M-2022230)

【作者简介】 颜金凤 (1987-), 女, 硕士, 主治医师, E-mail: yanjf@qdu.edu.cn。

【通信作者】 孙娟 (1981-), 女, 博士, 副主任医师, E-mail: suntcm@qdu.edu.cn。

the control group, there being no significance in the difference ($P > 0.05$). After four weeks of treatment, the degree of diplopia and the palpebral fissure width in the two groups were improved when compared with those before treatment, and the improvement in the degree of diplopia and the palpebral fissure width in the observation group was superior to that in the control group, differences being significant ($P < 0.05$). After four weeks of treatment, neither the comparison within the same group before and after treatment nor the comparison between the groups showed statistically significant differences in pupil diameter ($P > 0.05$). After four weeks of treatment, the visual function-related quality of life in the two groups was improved when compared with that before treatment, and the visual function-related quality of life in the observation group was better than that in the control group, differences being significant ($P < 0.05$). During the treatment, no serious adverse events occurred in both groups. **Conclusion:** The eye three-needle therapy and conventional acupuncture can effectively improve the symptoms of oculomotor nerve palsy caused by cerebrovascular disease, but the eye three-needle therapy shows a better clinical effect on the degree of diplopia, the palpebral fissure width and the visual function-related quality of life, and the selected acupoints are less and more refined, which is more advantageous than conventional acupuncture.

Keywords: Oculomotor nerve palsy; Cerebrovascular disease; Eye three-needle therapy; Diplopia; Palpebral fissure; Quality of life

动眼神经麻痹属于神经系统病变范畴,其特征性症状为眼肌运动功能丧失及眼球活动异常^[1]。本病的致病因素具有多样性,后天获得性病例多与创伤性损伤、感染性病变及血管性异常有关,其中糖尿病、颅内动脉瘤和脑卒中等系统性疾病是常见诱因。本病的典型临床表现包括上眼睑下垂程度不一、眼球向外下方偏斜、眼球活动范围受限以及复视等^[2]。现代医学领域尚未开发出能够有效逆转神经纤维变性坏死过程的特异性药物,现行的治疗方案主要侧重于改善微循环和促进神经组织修复,同时需结合具体病因实施个体化干预措施^[3]。多项临床研究证实,针灸疗法在改善此类病症方面展现出显著优势^[4-7]。但针灸疗法取穴复杂多样,多为个人经验总结,疗效差异较大,使得针刺治疗动眼神经麻痹缺乏规范高效的临床诊疗路径,临床推广困难。眼三针疗法是靳瑞教授所创新三针疗法体系的重要组成部分,专为眼病而设,其组穴精要,仅取睛明、承泣与上明三穴。既往多项临床研究已初步证实眼三针疗法在眼科疾病中的应用价值^[8-9]。脑血管疾病为康复医学科最常见的病种,本团队成员在临床实践中以眼三针疗法治疗脑血管疾病所致动眼神经麻痹起效迅速,患者痛苦较小,方案标准化与可推广性高,能为建立本病标准化针灸临床路径提供临床证据,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《神经病学》^[10]中动眼神经麻痹的诊断标准诊断:上睑下垂,眼球向上、向内、向下转动受限,瞳孔直径正常或散大,对光反射迟钝或消失。

1.2 纳入标准 符合诊断标准;患者病情平稳,具备配合医师顺利完成针灸治疗流程的能力;年龄18~70岁,性别不限;脑血管病发病时间<180天,且仅单侧眼部受累;患者自主决定参加本研究,并在充分了解研究内容后完成知情同意书的签署。

1.3 排除标准 出生即存在动眼神经功能障碍者;妊娠期女性;罹患肿瘤、重症肌无力、多发性硬化症者;存在严重心、肝、肾功能损害等情况的患者;癌症病情严重或伴有精神障碍,难以在治疗过程中配合者;存在凝血机制异常或止血功能缺陷的患者;眼局部感染者;无法适应针灸治疗者。

1.4 剔除与脱落标准 未能遵循既定治疗方案治疗或随访者;因临床数据记录不完整等导致研究结果的客观性受到干扰或治疗效果难以准确评估者;出现严重不良反应,无法坚持完成总疗程治疗者。

1.5 一般资料 采用前瞻性研究的方法,纳入2020年7月—2024年7月在青岛大学附属医院康复医学科接受治疗的40例脑血管病所致动眼神经麻痹患者为研究对象,通过随机数字表法分为对照组与观察组各

20 例。研究过程中无剔除或脱落病例。对照组男 14 例，女 6 例；平均年龄(53.4±14.2)岁；平均病程(55.4±2.1)天。观察组男 13 例，女 7 例；平均年龄(50.7±14.1)岁；平均病程(58.2±2.4)天。2 组一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经青岛大学附属医院伦理委员会审批通过(伦理审批号：QYFYEC2024-127)。

2 治疗方法

2 组均给予常规疗法治疗，包括神经营养支持及对症处理原发病。

2.1 对照组 在常规疗法基础上给予常规针刺治疗。参考《中医眼科学》^[11]中风牵偏视的针灸诊疗方案，选取攒竹(患侧)、鱼腰(患侧)、丝竹空(患侧)、太阳(患侧)、四白(患侧)、风池(双侧)、合谷(双侧)、太冲(双侧)、光明(双侧)进行施治。针具规格为 0.18 mm×25 mm(长春爱康医疗器械有限公司)，攒竹平刺约 0.2 寸，鱼腰沿眉中向内斜刺约 0.3 寸，丝竹空平刺约 0.5 寸，太阳直刺约 0.3 寸，四白直刺约 0.2 寸，风池、合谷、太冲、光明均直刺约 0.8 寸，所有穴位均施以平补平泻手法，以得气为度，留针 30 min，起针后立即用无菌干棉球按压针眼 5 min，若按压后皮下瘀青或血肿者立即局部冷敷 30 min。每天 1 次，每周 5 次，治疗 4 周。

2.2 观察组 在常规疗法基础上给予眼三针疗法治疗。选取患侧睛明、上明、承泣三穴。所用针具规格同对照组。睛明施针时指导患者闭目，术者以押手稳定患者眼球，持针沿眶壁与眼球间隙平缓刺入 0.5 寸左右。上明施针时，术者用中指轻压固定患者眼球，针体自眶上缘中点垂直进入，沿眶内壁推进 0.5 寸左右。承泣施针时，术者押手上推固定患者眼球，针具沿眶内侧壁进入 0.5 寸左右。三穴针刺深度均以得气为度，采用无提插捻转的静置针法，留针 30 min。治疗过程中观察患者情况，起针后立即用无菌干棉球按压针眼 5 min，压力适度，勿按眼球。如出针时眼底出血可适当延长按压时间。按压后有皮下淤青或血肿者立即局部冷敷 30 min。每天 1 次，每周 5 次，治疗 4 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。治疗 4 周后评估疗效。②复视程度。治疗前、治疗 4 周后，使用视觉模拟评分法(VAS)评估患者的复视程度。在标准 A4 纸上绘

制 10 cm 的水平标尺，标尺左端标记“0”代表无复视症状，右端标记“10”表示极端严重复视，中间区域对应不同复视程度。评估标准划分为 0~2 分(无症状)、3~4 分(轻度)、5~6 分(中度)、7~8 分(重度)、9~10 分(极重度)5 个等级。③睑裂宽度。治疗前、治疗 4 周后，参考《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[12]中眼睑下垂的评估规范，通过按压眉弓区域以限制额肌活动，进而评估提上睑肌的功能状态，分别在眼球向上和向下注视的不同方位，精确记录患者治疗前后眼睑裂隙的垂直径线数值。④瞳孔直径。采用角膜地形图仪采集患者的瞳孔参数，检测过程中要求患者保持平视前方，分别记录治疗前、治疗 4 周后患眼的瞳孔直径。⑤视功能相关生活质量。治疗前、治疗 4 周后，使用美国国家眼科研究所研制的视功能相关生命质量量表(NEI VFQ-25)中文版^[13]评估，由 12 个维度、共 26 个条目构成，取除整体健康状况之外所有维度的平均分为整体得分，总分 0~100 分，得分越高提示视功能相关生活质量越好。⑥记录针刺不良事件发生情况。

3.2 统计学方法 使用 SPSS22.0 统计学软件处理数据。计量资料以均数±标准差($\bar{x}±s$)表示，同组治疗前后比较采用配对样本 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验。计数资料以百分比(%)表示，采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考文献[14]中的疗效标准，根据患者上睑下垂、眼球转动受限及瞳孔受累的改善情况评估疗效。治愈：上述体征均完全消失。好转：与治疗前相比，上述 3 种体征至少 1 项有改善。无效：与治疗前相比，上述 3 种体征均无改善或加重。总有效率=(治愈例数+好转例数)/总例数×100%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗 4 周后，观察组总有效率 95.0%(19/20)，对照组总有效率 80.0%(16/20)，2 组比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较						例
组 别	例数	治愈	好转	无效	总有效率(%)	
观察组	20	7	12	1	95.0	
对照组	20	1	15	4	80.0	
χ^2 值						6.633
P 值						0.085

4.3 2 组治疗前后复视程度、睑裂宽度、瞳孔直径比较 见表 2。治疗前, 2 组复视程度、睑裂宽度、瞳孔直径比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 4 周后, 2 组复视程度、睑裂宽度均较治疗前改善,

观察组复视程度、睑裂宽度改善均优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。瞳孔直径同组治疗前后比较以及治疗 4 周后组间比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后复视程度、睑裂宽度、瞳孔直径比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	复视程度(分)		睑裂宽度(mm)		瞳孔直径(mm)	
		治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后
观察组	20	4.60 ± 1.046	2.70 ± 1.081 ^①	4.35 ± 1.089	7.20 ± 1.322 ^①	4.70 ± 0.733	3.60 ± 0.681
对照组	20	4.65 ± 1.040	3.45 ± 0.998 ^①	4.30 ± 1.128	6.25 ± 1.019 ^①	4.65 ± 0.745	3.90 ± 0.641
<i>t</i> 值		0.157	2.279	0.126	2.545	0.214	1.435
<i>P</i> 值		0.880	0.029	0.885	0.015	0.832	0.160

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

4.4 2 组治疗前后视功能相关生活质量比较 见表 3。治疗前, 2 组视功能相关生活质量比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 4 周后, 2 组视功能相关生活质量均较治疗前改善, 观察组视功能相关生活质量优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组治疗前后视功能相关生活质量比较($\bar{x} \pm s$) 分

组 别	例数	治疗前	治疗 4 周后
观察组	20	42.50 ± 1.792	67.80 ± 4.238 ^①
对照组	20	41.50 ± 2.115	62.95 ± 3.516 ^①
<i>t</i> 值		1.613	3.939
<i>P</i> 值		0.115	< 0.001

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

4.5 不良事件 2 组各有 2 例患者出现针刺部位轻微皮下出血, 给予冷敷及按压处理, 均未影响后续治疗的进行。

5 讨论

动眼神经麻痹归属于中医学睑废、风牵偏视等病范畴, 其发病与经筋失养密切相关。本病因脑血管疾病所致者, 病机为风中经络, 致气血运行不畅或血溢脉外, 气虚血滞, 脉络痹阻, 精气上注于目者不足, 致目窍失养, 筋脉弛缓不用, 而出现眼部病变。治宜行气活血通络。本研究所采用的常规针刺疗法以眼周局部腧穴(攒竹、鱼腰、丝竹空、太阳、四白)为主, 旨在疏通眼部经络、行气活血; 配合远端穴位(风池、合谷、太冲、光明)以平肝熄风、祛风通络, 整体施治。该疗法针刺穴位较多, 所取穴位痛感较强, 可能增加患者的不适感, 标准化程度较低, 在一定程度上限制了其临床推广应用。

正是基于上述传统针刺疗法的局限性与标准化需求, 本研究重点探讨眼三针疗法治疗脑血管病所致动眼神经麻痹的疗效。该疗法由靳瑞教授创立, 取穴精炼, 遵循“腧穴所在, 主治所及”的取穴理论, 仅取睛明、上明、承泣三穴。睛明为足太阳经的起始穴, 足太阳经上额交巅, 入络于脑, 为经气输注于目的重要途径。睛明是手、足太阳经, 足阳明经, 以及阴、阳跷脉的交会要穴, 主治目疾^[15]。承泣位于足阳明胃经, 为阳跷脉、任脉与足阳明经交会之处, 作为多气多血的阳明经要穴, 承泣的气血濡养作用可有效调节经筋功能, 维持阴阳平衡。上明为经外奇穴, 其位于眶上缘中点与眼球之间, 具有明目开窍作用^[16]。三穴协同刺激可有效调节阳经气血运行, 濡养眼部经筋, 进而改善眼肌运动障碍、斜视及复视等临床症状, 实现治疗目标。从解剖定位与生理功能层面分析, 睛明、上明及承泣在眼部结构中的分布具有显著特性。睛明深层分布着眼内直肌组织, 上明眶内深部对应眼上直肌区域, 而承泣眶内深层则有下直肌与下斜肌。通过针刺上述穴位可有效促进眼周微循环, 直接激活受损眼外肌的收缩-舒张协同机制, 进而对动眼神经的功能重建产生积极影响。

本研究结果显示, 观察组与对照组在改善脑血管病所致动眼神经麻痹症状方面均显示出较好的疗效。尽管 2 组在总有效率及瞳孔直径比较上差异均无统计学意义, 该结果可能与样本量较少、研究设计存在局限等有关。但观察组在关键疗效指标如复视程度、睑裂宽度改善以及视功能相关生活质量的提

升方面均优于对照组,提示眼三针疗法具有更显著效果。此疗法选穴精准、取穴少而效专,操作规范性强,临床疗效高,患者接受度良好,为脑血管病所致动眼神经麻痹提供了一种更具推广价值的针刺治疗方案。

目前现代医学对针刺治疗动眼神经麻痹的作用机制研究尚不充分,未来需进一步开展相关基础与临床研究以深入探讨。此外,本研究亦存在样本量小、观察时间短、缺乏长期随访数据等不足之处。今后可开展多中心、大样本、长期随访的随机对照试验,以进一步验证眼三针疗法治疗动眼神经麻痹的远期疗效。

[参考文献]

- [1] 王东霞,赵小鹏,曹水清,等. 针刺治疗动眼神经麻痹研究进展[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2024, 48(4): 268-272.
- [2] 司肖曼,李富慧. 120例动眼神经麻痹患者的病因及临床特点分析[J]. 广州医药, 2023, 54(2): 75-78.
- [3] 张阳,李俊红. 动眼神经麻痹的定位诊断及治疗进展[J]. 中华眼科医学杂志(电子版), 2017, 7(3): 140-144.
- [4] 李珊珊,宾璐璐,叶永铭,等. 针刺治疗动眼神经麻痹的临证经验[J]. 中医杂志, 2024, 65(20): 2159-2162.
- [5] 马慧慧,时国臣. 时国臣针刺治疗动眼神经麻痹验案1则[J]. 中医药导报, 2020, 26(10): 196-197.
- [6] 王珊,唐友斌,张庆萍,等. 杨骏针灸治疗动眼神经麻痹临床经验[J]. 中国针灸, 2022, 42(6): 669-672.
- [7] 马长春,朴松兰,张仁,等. 张仁主任针灸治疗眼病经验[J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(6): 755-757.
- [8] 郭浩,吕海江,崔红培,等. 眼三针治疗4周后天性麻痹性斜视临床研究[J]. 新中医, 2021, 53(23): 194-196.
- [9] 蒲宁,庞菲,汤志刚,等. “靳三针”结合体针治疗外展神经麻痹的临床疗效观察[J]. 中国中医眼科杂志, 2021, 31(1): 22-24, 38.
- [10] 吴江. 神经病学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 2010: 8.
- [11] 段俊国,秦裕辉. 中医眼科学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社, 2021: 236.
- [12] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 2版. 北京:人民军医出版社, 2002: 467.
- [13] 黄江,刘晓玲. 中文视功能相关生存质量量表-25的初步应用评价[J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志, 2016, 18(11): 660-664.
- [14] 谢卓婷. 动眼神经麻痹的病因分析及外伤性动眼神经麻痹的新治疗[D]. 长春:吉林大学, 2021.
- [15] 彭思扬,常玮倩,田煜坤,等. 基于跷脉理论探讨益气温阳法治疗眼肌型重症肌无力[J]. 中国中医眼科杂志, 2024, 34(2): 156-158.
- [16] 陈静. 眼三针治疗视神经萎缩的临床疗效[J]. 内蒙古中医药, 2019, 38(7): 123-124.

[责任编辑:刘迪成,蒋维超(英文)]