

· 针灸经络 ·

特殊穴位针刺治疗外展神经麻痹的临床疗效观察

吴卫卫¹, 张松², 许进进¹, 张获益¹

1. 中国中医科学院广安门医院保定医院, 河北 保定 071000; 2. 蠡县医院, 河北 蠡县 071400

摘要 目的: 观察特殊穴位针刺治疗外展神经麻痹的临床疗效, 并与传统针刺和药物治疗外展神经麻痹进行疗效对比。方法: 选取 2020 年 6 月—2022 年 3 月由中国中医科学院广安门医院保定医院眼科治疗的 97 例外展神经麻痹患者, 采用随机数字表法将其随机分为接受特殊穴位针刺疗法 35 例(特殊组)、接受传统针刺疗法 32 例(传统组)和接受纯药物治疗 30 例(药物组)。对比分析各组患者的起效时间、临床疗效和疗程等情况。结果: 特殊组起效时间较传统组和药物组均明显加快, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 与传统组和药物组相比, 特殊组的临床总有效率明显提高, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 特殊组疗程时长较传统组和药物组均明显缩短, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 特殊组患者满意度较传统组和药物组均显著提高, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 特殊穴位针刺治疗外展神经麻痹较传统针刺和药物治疗起效更快, 疗程更短, 疗效显著, 满意度高, 值得推广应用。

关键词 特殊穴位; 针刺; 外展神经麻痹; 复视

中图分类号: R246.82

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2026)06-0048-04

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260118

外展神经麻痹是由一条或多条眼外肌麻痹或运动受限而致, 患者多以复视、斜视等为主要临床症状, 常伴有头痛、头晕、代偿头位等^[1]。中医学将眼珠突然偏斜, 转动受限, 视一为二为临床特征的眼病称之为“风牵偏视”, 认为病因主要为风邪中经络。部分患者因复视问题, 严重影响生活和工作, 常须遮盖一只眼睛才能正常视物、走路, 备受困扰^[2]。根据发病年龄的差异, 外展神经麻痹通常分为先天性和后天性。先天性外展神经麻痹多由神经发育异常或因外伤受损等所致, 而后者常见的病因多为外伤、颅内肿瘤、糖尿病等, 是后天性眼外肌麻痹的首要病因^[3-4]。西医学认为在病因明确、病情稳定的基础上, 经过 6 个月治疗后仍存在斜视问题的患者可手术治疗^[5]。近年来, 针灸疗法在这一领域的治疗效果逐渐得到认同, 且随着临床经验的积累, 出现了很多新的方法。本研究通过对笔者曾诊治的 100 例外展神经麻痹患者临床资料的回顾性分析, 发现特殊穴位针刺治疗非外伤和肿瘤导致的外展神经麻痹疗效令人满意, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 6 月—2022 年 3 月由中国中医科学院广安门医院保定医院眼科治疗的外展神经麻痹患者 97 例, 根据随机数字表法将其分为接受特殊穴位针刺疗法 35 例(特殊组)、接受传统针刺疗法 32 例(传统组)和接受纯药物治疗 30 例(药物组)。特殊组男女分别为 16 例、19 例, 平均年龄(50.95 ± 5.74)岁, 平均病程(7.18 ± 2.82)d; 传统组男女分别为 14 例、18 例, 平均年龄(49.20 ± 7.44)岁, 平均病程(7.17 ± 3.03)d; 药物组男女分别为 13 例、17 例, 平均年龄(49.77 ± 6.49)岁, 平均病程(7.20 ± 3.21)d。三组性别、年龄、病程的基线资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本次研究已获中国中医科学院广安门医院保定医院伦理委员会批准(批号: 20220408-004)。

1.2 诊断标准

诊断标准参照文献^[6]制定, ①内斜视, 外转明显受限; ②第二斜视角大于第一斜视角; ③可有代偿头位; ④复视。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合上述诊断标准; ②年龄 18~60 岁; ③病程

收稿日期: 2025-06-05 修回日期: 2026-03-18

基金项目: 保定市科学计划项目(2241ZF072)

作者简介: 吴卫卫(1986-), 男, 硕士, 主治医师, 从事中医眼科相关研究。

不超过6个月;④单侧眼睛患病。

1.3.2 排除标准

①颅内、眶内等肿瘤所致者;②重症肌无力者;③有精神疾患或意识障碍不能配合者;④妊娠妇女;⑤任何眼运动神经麻痹史者;⑥眼外肌手术史者;⑦颅脑外伤及手术史者。

1.4 治疗方法

特殊组选穴均为患眼侧穴位,包含睛明穴(目内眦角稍上方凹陷处)、上明穴(眉弓中点垂线,眶上缘与眼球缝隙间)、特殊穴1(上明穴与外眦角连线中点,眶上缘与眼球缝隙间)、特殊穴2(外眦角处,眶缘与眼球缝隙间)、承泣穴(瞳孔直下,眼球与眶下缘缝隙间)。患者可采取坐位或仰卧位,健眼向前直视。针刺时,医者一手轻推眼球以增加眶缘与眼球间空隙,一手持针沿内眶壁方向直刺。所用针具针身直径0.20 mm,针刺深度睛明穴以不超过0.8寸(20 mm)为宜,其余各穴以0.5~0.8寸(13~20 mm)为宜,1次/d,每个疗程10 d。以上各穴刺入后,均禁行提插捻转等任何手法,留针30 min。针刺结束后,按压睛明穴等眶内穴1~3 min,防止出血、渗血。

传统组选穴为百会穴(头顶正中线与两耳尖连线交点处)、印堂穴(两眉头连线中点处)、双侧太阳穴(眉梢与外眦角连线中点向后一横指凹陷处)、患侧四白穴(目正视,瞳孔直下,眶下孔凹陷处)、双侧合谷穴(手背,第1、2掌骨间,当第2掌骨桡侧中点处)、双侧风池穴(枕骨下,胸锁乳突肌与斜方肌之间凹陷处)。所用针具针身直径0.20 mm,医者以常规刺法刺入各穴深度约0.8寸(20 mm),留针30 min,1次/d,每个疗程10 d。针刺结束后,稍按压各穴以防止出血、渗血。

药物组仅口服甲钴胺片(华北制药股份有限公司,5 mg×20片,批号:20200421)和维生素B1片(山西利丰华瑞制药有限责任公司,5 mg×100片,批号:20200501)治疗,口服剂量:甲钴胺片0.5 mg/次,3次/d、维生素B1片10 mg/次,3次/d。

各组最长治疗时间不超过6个月。若持续治疗6个月后,病情无明显改善,建议患者手术治疗。

1.5 满意度及疗效判定标准

参考张建洁^[7]对患者满意度的测评方式,结束治疗后,所有患者根据对治疗过程和结果的个人主观感

受如实反馈,分为非常满意、基本满意和不满意。满意度=(总例数-不满意例数)/总例数×100%。

痊愈:患眼运动灵活,旋转到位,无复视、内斜视、头晕等任何不适症状;显效:患眼运动基本正常,向患眼颞侧视时稍有复视,颞侧角膜缘与外眦角间有1~2 mm间隙;有效:患眼运动明显改善,向患眼颞侧视时,颞侧角膜缘与外眦角间有2~4 mm间隙;无效:症状无明显改善。总有效率=(总例数-无效例数)/总例数×100%。

1.6 不良事件

针刺治疗中,若出现刺穿眼球壁而导致球内出血,起针时出现断针、皮下血肿等,以及口服药物出现过敏等问题,即判定为不良事件。

1.7 统计学方法

采用SPSS 22.0软件对研究数据进行统计学分析。计量资料以平均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料多组间比较时,数据符合正态分布且满足方差齐性则进行单因素方差分析,如若方差不齐则采纳单因素方差分析校正结果。计数资料以百分比(%)表示,多组间比较行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 起效时间和治疗时间比较

起效时间方面,特殊组较传统组和药物组明显更短,差异均具有统计学意义($P<0.05$);治疗时间方面,特殊组较传统组和药物组均明显减少,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。传统组与药物组比较起效时间明显加快,治疗天数明显缩短,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 三组外展神经麻痹患者起效时间和治疗时间的比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	起效时间	治疗时间
特殊组	35	6.750±2.193	19.575±5.683
传统组	32	13.200±3.438 [*]	36.300±6.655 [*]
药物组	30	21.400±3.460 ^{**}	63.567±7.785 ^{**}

注:与特殊组比较,^{*} $P<0.05$;与传统组比较,[#] $P<0.05$ 。

2.2 临床疗效比较

总有效率方面,特殊组较传统组和药物组显著提高,差异均具有统计学意义($P<0.05$);传统组较药物组明显提高,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 三组外展神经麻痹患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
特殊组	35	27(77.14)	6(17.14)	1(2.86)	1(2.86)	34(97.14)
传统组	32	10(31.25)	9(28.13)	4(12.50)	9(28.13)	23(71.88) [*]
药物组	30	1(3.33)	7(23.33)	3(10.00)	19(63.33)	11(36.67) ^{**}

注:与特殊组比较,^{*} $P<0.05$;与传统组比较,[#] $P<0.05$ 。

2.3 患者满意度比较

满意度调查结果显示,特殊组较传统组和药物组显著提升,差异均具有统计学意义($P < 0.05$);传统组较药物组明显提升,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 三组外展神经麻痹患者满意度比较(例)

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	满意度/%
特殊组	35	26	4	5	85.71
传统组	32	12	6	14	56.25*
药物组	30	1	5	24	20.00**

注:与特殊组比较,* $P < 0.05$;与传统组比较,** $P < 0.05$ 。

2.4 不良事件比较

本次研究中,特殊组患者针刺过程中出现皮下血肿 2 例,发生率 5.71%;传统组患者针刺治疗中出现皮下血肿 3 例,发生率 9.38%;药物组患者服药期间未发生不良事件,三组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.5 复发率比较

患者治疗结束 3 个月后,针对各组痊愈及显效患者进行随访。特殊组复发 1 例,复发率 2.86%;传统组复发 2 例,复发率 6.25%;药物组复发 1 例,复发率 3.33%。三组间复发率比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

外展神经麻痹发病率约为 11.3/10 万^[8]。外展神经属运动神经,主要是支配外直肌使眼球进行外展运动^[9-10]。外展神经纤维起自脑桥外展神经核,出脑干,沿颅底走行入海绵窦底,经眶上裂入眼眶^[11]。外展神经细弱,且行程长,因此易受累及,造成外展神经麻痹^[12-15]。

外展神经麻痹病因繁杂,需在详细询问病史的基础上,完善眼部、鼻咽部和神经系统等检查,并可行头颅 CT、MRI,甚至 MRA 检查,找出病因,针对治疗。尽管如此,临床中仍有部分患者病因不明^[16]。

目前,西医学的治疗手段主要是药物或手术治疗,以及注射肉毒杆菌毒素 A^[17-18]。药物以营养神经药物为主,辅以降糖、降压、改善循环的药物,但疗效并不理想^[19]。手术可以立即改善眼部外观,但创伤大、费用高,且术后眼球运动仍不灵活。注射肉毒杆菌毒素 A 可防止内直肌挛缩并促进外直肌恢复肌力,但目前国内开展较少且多作为手术治疗前的辅助性治疗^[20]。

近年来,针刺治疗外展神经麻痹得到快速推广,确切的疗效也得到了广大患者的一致认可^[21-24]。《灵枢·大惑论》记载:“目系急,以致目眩睛斜,视歧而见

一物为两物。”《证治准绳·杂病·七窍门》谓:“筋络被其牵缩紧急,吊偏珠子,是以不能运转。”中医学认为“目系急”和“筋络牵缩紧急”是导致眼球偏斜、不能转动的直接原因。《证治准绳·杂病·七窍门》明确记载:“药不能疗,止用拨治,……然后拨之,则疗在反掌。”明确了针刺治疗效果卓著。

本研究中特殊穴位针刺法借鉴了“靳三针”靳瑞教授的“眼三针”刺法,在“眼三针”的选穴基础上加用特殊穴 1 和特殊穴 2。遵循“经脉所过,主治所及”理论,所用各穴皆为眼周经络精要之处。睛明穴祛风清热、通络明目之功,为眼疾要穴。遵《灵枢·经筋》“太阳为目上纲,阳明为目下纲”之旨,作为两经交会穴的睛明穴,遂有汇通两经气血、濡养眼部精气的功效。承泣穴有祛风清热、散邪明目之功。上明穴为经外奇穴,于各种目疾功效显著。再加用特殊穴 1 和特殊穴 2,两穴深部即为外直肌,针刺时针尖直达肌腹,直接刺激了麻痹的外展神经和外直肌的肌梭、肌腱等组织。各穴相配可收通经活络、条达气血、祛邪明目之效,进而修复受损的脉络,治愈眼疾。

结合现代医学理论分析,针刺眶内穴可明显改善眼周血液循环,眼部营养供给更加充足,加快眼部组织细胞新陈代谢,而且可对外展神经支配的肌肉组织进行直接刺激,将神经-肌肉兴奋收缩耦联机制激活,促使释放大量的神经递质,快速修复外展神经,麻痹的外直肌张力得到迅速提高^[25-26]。

本研究中特殊组在起效速度、治疗时长、临床总有效率和患者满意度 4 个方面均优于传统组和药物组,说明特殊穴位针刺在治疗外展神经麻痹的实际应用中临床疗效令人满意。但是,本研究不仅样本量较小,而且未对患者自身基础疾病做分类处理或基线资料对比,未来需要做更大样本、更严谨对比、更多类型外展神经麻痹的研究,以期临床治疗提供更详细的参考数据。

综上所述,在非外伤和肿瘤导致的外展神经麻痹治疗中,特殊穴位针刺疗法较传统针刺和药物治疗起效更快,疗程更短,疗效更好,满意度更高,值得临床推广应用。

参考文献:

[1] 李彩莲,杨玲,陈盈颖,等. 经络辨证取眶内穴位针刺治疗外展神经麻痹的研究进展[J]. 上海针灸杂志,2025,44(3):382-386.
[2] 景丹丹,刘瑜. 李忠仁针刺四关穴治疗疑难眼病验案 3 则[J]. 江苏中医药,2022,54(4):63-65.
[3] 邢静,李慧丽,张腾,等. 目偏牵正汤联合针刺治疗目偏视的临床研究[J]. 中国中医眼科杂志,2024,34(1):40-45.
[4] KASTURI N. Congenital sixth nerve palsy with associated anomalies[J].

- Indian J Ophthalmol, 2017, 65 (10): 1056 – 1057.
- [5] 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.
- [6] 葛坚, 王宁利. 眼科学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 439 – 440.
- [7] 张建洁. 基于患者体验及患者参与的医疗服务管理研究[D]. 北京: 北京理工大学, 2018.
- [8] PATEL S V, MUTYALA S, LESKE D A, et al. Incidence, associations, and evaluation of sixth nerve palsy using a population – based method[J]. Ophthalmology, 2004, 111 (2): 369 – 375.
- [9] 刘征, 史留举, 马琳, 等. 针刺眼外直肌穴配合电针治疗外伤后外展神经麻痹的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37 (12): 2355 – 2359.
- [10] 韩克阳, 宋传海, 王哲, 等. 韦氏三联九针疗法联合柴胡牵正散治疗周围性眼肌麻痹临床疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2023, 19 (10): 76 – 79.
- [11] 张永浩, 张花治. 中医治疗外展神经麻痹的研究进展[J]. 中国民间疗法, 2023, 31 (20): 118 – 121.
- [12] 徐宁, 黄桃, 丛雨, 等. 皮部浅刺针法联合中药内服治疗眼科疾病验案 3 则[J]. 江苏中医药, 2023, 55 (12): 52 – 55.
- [13] 李露, 陈晨, 张新成, 等. 温针灸结合电针治疗外展神经麻痹病案分析[J]. 中国民间疗法, 2024, 32 (20): 87 – 90.
- [14] 刘音. 电针结合辨证针刺治疗外展神经麻痹 38 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19 (6): 120 – 122.
- [15] 路岩, 景伟. 太阳穴电针丛刺法治疗外展神经麻痹的临床观察[J]. 航空航天医学杂志, 2022, 33 (4): 400 – 402.
- [16] 曹馨元, 孙忠人, 刘少鹏, 等. 高维滨电针为主治疗眼科疾病验案 3 则[J]. 江苏中医药, 2022, 54 (11): 62 – 65.
- [17] 许丽敏, 荣军博, 郎丽娟, 等. 上直肌转位联合内直肌后徙手术治疗外展神经麻痹性内斜视的临床疗效[J]. 眼科新进展, 2021, 41 (9): 857 – 860.
- [18] 艾立坤. 肉毒毒素眼科应用的适应证及疗效[J]. 眼科, 2016, 25 (5): 289 – 293.
- [19] 杨雪琴, 辛红霞, 王喜全. 复方三维 B 联合复方樟柳碱治疗外展神经麻痹 1 例[J]. 宁夏医学杂志, 2020, 42 (9): 790.
- [20] 吴怡, 艾立坤. 手术联合肉毒毒素治疗双眼外展神经麻痹一例[J]. 眼科, 2018, 27 (4): 319 – 320.
- [21] 杜福生, 平洁洁, 彭华. 外展神经麻痹案[J]. 世界针灸杂志(英文版), 2021, 31 (1): 71 – 74.
- [22] 刘金红, 华依霓, 赵静静, 等. 针药结合治疗糖尿病性外展神经麻痹案[J]. 天津中医药大学学报, 2021, 40 (5): 607 – 609.
- [23] 张培, 王莹, 赵红. 互动式针法治疗外展神经麻痹 1 例[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37 (1): 78.
- [24] 周凌云, 吴秀亭, 刘铁鏊, 等. 眶内电针治疗外伤性单侧外展神经麻痹临床疗效分析[J]. 神经损伤与功能重建, 2020, 15 (3): 144 – 147.
- [25] 王颖, 袁萍, 曲嘉瑶, 等. 电针睛明穴治疗糖尿病性外展神经麻痹 1 例[J]. 浙江中医杂志, 2023, 58 (2): 151.
- [26] 盛国滨, 陈剑, 王静. 针刺眼部经筋治疗外展神经麻痹临床疗效观察[J]. 中医药学报, 2012, 40 (1): 112 – 113.

Clinical Observation of Special Acupoint Acupuncture in the Treatment of Abducens Nerve Palsy

WU Weiwei¹, ZHANG Song², XU Jinjin¹, ZHANG Huoyi¹

1. Baoding Hospital of Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Baoding 071000, China; 2. Lixian Hospital, Lixian 071400, China

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy of special acupoint acupuncture in the treatment of abducens nerve palsy, and compare the efficacy with traditional acupuncture and drugs in the treatment of abducens nerve palsy. Methods: The clinical data of 97 patients with abducens nerve palsy treated by Department of Ophthalmology, Baoding Hospital of Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences from June 2020 to March 2022 were analyzed retrospectively, including 40 cases receiving special acupoint acupuncture therapy (special group), 30 cases receiving traditional acupuncture therapy (traditional group) and 30 cases receiving pure drug therapy (drug group). The onset time, clinical efficacy and course of treatment of patients in each group were compared and analyzed. Results: The onset time of special group was significantly faster than that of traditional group and drug group ($P < 0.05$); The total clinical effective rate of special group was significantly higher than that of traditional group and drug group ($P < 0.05$); The duration of treatment in the special group was significantly shorter than that in the traditional group and the drug group ($P < 0.05$); The satisfaction of patients in the special group was significantly higher than that in the traditional group and the drug group ($P < 0.05$). Conclusion: Compared with traditional acupuncture and drug therapy, special acupoint acupuncture has faster effect, shorter course of treatment, more significant curative effect and higher satisfaction. It is worth popularizing and applying.

Key words Special acupoints; Acupuncture; Abducens nerve palsy; Diplopia