

· 论著: 临床经验 ·

“靳三针”结合体针治疗外展神经麻痹的临床疗效观察

蒲宁¹, 庞菲², 汤志刚¹, 尤斌¹, 杨继若¹

[摘要]目的 观察“靳三针”配合体针治疗外展神经麻痹的临床疗效。方法 将 62 例 (62 只眼) 符合纳入标准的外展神经麻痹患者随机分为治疗组 30 例 (30 只眼) 和对照组 32 例 (32 只眼)。治疗组采用“靳三针”联合体针治疗, 对照组单纯采用体针治疗, 每日 1 次, 10 次为 1 个疗程, 每个疗程后休息 2 d, 共治疗 3 个疗程。观察 2 组治疗前后眼球运动度和复视角度的变化。结果 (1) 眼球运动度: 治疗后, 2 组比较, $t=11.213$, $P=0.000$, 差异有统计学意义。治疗前后比较, $t_{\text{治疗组}}=-53.125$, $t_{\text{对照组}}=-40.995$, 均 $P=0.000$, 差异有统计学意义。(2) 复视角度: 治疗后, 2 组比较, $t=-4.877$, $P=0.000$, 差异有统计学意义。治疗前后比较, $t_{\text{治疗组}}=9.998$, $t_{\text{对照组}}=7.496$, 均 $P=0.000$, 差异均有统计学意义。(3) 临床疗效: 总有效率, 治疗组为 96.67%, 对照组为 78.13%, 2 组比较有统计学意义 ($\chi^2=4.737$, $P=0.030$)。结论 “靳三针”可改善眼部血液循环, 促进神经肌肉功能恢复。“靳三针”加体针治疗外展神经麻痹治疗效果优于单纯使用体针治疗。

[关键词] 外展神经麻痹; 靳三针; 体针

中图分类号: R774.6 文献标识码: B 文章编号: 1002-4379(2021)01-0022-04

Observation on clinical curative effects of abducens palsy by Jin's three needles combined with acupuncture PU Ning, PANG Fei, TANG Zhigang, et al. The First People's Hospital of Lanzhou, Lanzhou 730050, China

[Abstract] **OBJECTIVE** To observe the clinical efficacy of Jin's three needles combined with acupuncture in the treatment of abducens palsy. **METHODS** Sixty-two patients (62 eyes) with abducens palsy were randomly divided into treatment group (30 cases, 30 eyes) and control group (32 cases, 32 eyes). The treatment group (TG) was treated with Jin's three needles plus acupuncture, while the control group was (CG) treated with acupuncture only. The treatment was given once a day, 10 times as a course, altogether 3 courses, and each course with 2 days intervals. The changes of eye movement and diplopia angle before and after treatment were observed. **RESULTS** (1) Eye movement: After treatment, there was significant difference between the two groups ($t=11.213$, $P=0.000$). After treatment, the variation of treatment group and the control group both showed statistical significance ($t_{\text{TG}}=-53.125$, $P_{\text{TG}}=0.000$; $t_{\text{CG}}=-40.995$, $P_{\text{CG}}=0.000$). (2) Diplopia angle: After treatment, the diplopia angle of the two groups was compared, and the difference was statistically significant ($t=-4.877$, $P=0.000$). After treatment, the variation of treatment group and the control group both showed statistical significance ($t_{\text{TG}}=9.998$, $P_{\text{TG}}=0.000$; $t_{\text{CG}}=7.496$, $P_{\text{CG}}=0.000$). (3) Clinical efficacy: The total effective rate was 96.67% in the treatment group and 78.13% in the control group. The difference was statistically significant. ($\chi^2=4.737$, $P=0.030$). **CONCLUSIONS** Jin's three needles could improve the blood circulation of eyes and promote the recovery of neuromuscular function. Jin's three needles plus acupuncture was better than acupuncture alone in treating abducens palsy.

[Keywords] abducens palsy; Jin's three needles; acupuncture

DOI:10.13444/j.cnki.zgzykzz.2021.01.005

作者单位: 1 兰州市第一人民医院, 兰州 730050

2 甘肃省第二人民医院, 兰州 730000

通讯作者: 杨继若, E-mail: yangjiru6617@163.com

外展神经麻痹在临床上比较多见, 是眼球运动受限的一种眼病。患者常因复视就诊。常单眼发病, 老年人较多见。临床上可将其分为先天性麻痹和后

天性麻痹。中医称为“视歧”或“风牵偏斜”。治疗上,除治疗原发疾病外,一般给予扩张血管、营养神经及改善微循环等治疗。使用药物一般有甲钴胺片、维生素 B1、维生素 B12 及眼周注射复方樟柳碱注射液等^[1-2],若治疗 6 个月后仍不恢复,可给予手术治疗^[3]。本研究观察“靳三针”联合体针治疗外展神经麻痹的临床疗效,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2016 年 2 月—2019 年 2 月兰州市第一人民医院确诊的外展神经麻痹患者 66 例(66 只眼),随机分为治疗组 33 例(33 只眼)和对照组 33 例(33 只眼)。其中治疗组 1 例因治疗期间突发冠状动脉粥样硬化性心脏病转入心内科治疗;治疗组 2 例、对照组 1 例因个人原因退出治疗,对脱落患者不进行疗效评定。最终纳入有效例数合计 62 例(62 只眼),其中治疗组 30 例(30 只眼)和对照组 32 例(32 只眼)。治疗组男 14 例(14 只眼),女 16 例(16 只眼),平均年龄(42.74 ± 19.33)岁,平均病程(36.24 ± 11.69)d。对照组男 17 例(17 只眼),女 15 例(15 只眼),平均年龄(41.33 ± 18.64)岁,平均病程(34.89 ± 13.51)d。2 组在性别、年龄、病程等方面,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准、纳入标准和排除标准

1.2.1 诊断标准^[4] 临床表现为患眼眼球外展受限,向患眼内侧方斜视,第二斜视角大于第一斜视角,伴有复视,部分患者可见头部转向患侧,呈代偿头位,并有轻度头晕、恶心。

1.2.2 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)了解本实验研究目的及实施方法;(3)病程 ≤ 6 个月;(4)单眼患病;(5)自愿参加并签订知情同意书。

1.2.3 排除标准 (1)颅内、眶内、鼻咽部肿瘤压迫患者;(2)重症肌无力患者;(3)有针刺禁忌症患者;(4)有意识障碍,不能配合治疗的患者;(5)妊娠期妇女。

1.3 治疗方法

对照组:单纯使用体针治疗。体针取穴:百会、攒竹(患侧)、阳白(患侧)、丝竹空(患侧)、瞳子髎(患侧)、四白(患侧)、曲池(患侧)、合谷(双侧)、足三里(双侧)、丰隆(双侧)、光明(双侧)、三阴交(双侧)、太溪(双侧)、太冲(双侧)。

治疗组:在对照组的基础上联合“靳三针”治疗。“靳三针”中选用“眼三针”^[5]。眼 I 针:睛明穴(目内眦角稍上方的凹陷处)上 1 分;眼 II 针:承泣穴(瞳孔直下,位于眶下缘与眼球之间);眼 III 针:目正视,

瞳孔直上,当眶上缘与眼球之间。

操作:患者仰卧位,皮肤常规消毒后,先针刺头面部穴位,选用 0.25 mm \times 25 mm 毫针刺入百会、攒竹、阳白、丝竹空、瞳子髎、四白穴,其中四白穴直刺 15 mm,其余穴位 15°角平刺 5~10 mm。以上穴位均采用小幅度提插平补平泻法,使所针刺穴位有酸麻胀感,并放射至患眼部。后用 0.30 mm \times 40 mm 毫针刺入曲池、合谷、足三里、丰隆、光明、三阴交、太溪、太冲穴,刺入深度为 20~35 mm,以所刺入穴位有酸麻胀感为度,足三里、光明、太溪用补法,其余穴位用平补平泻法。针刺眼 I 针时,医者左手轻推眼球向外侧固定,右手持针,缓慢垂直进针 8~12 mm;针刺眼 II 针时,医者以左手轻推眼球向上方固定,右手持针,紧靠眶下缘缓慢进针直刺 10~12 mm;针刺眼 III 针时,医者以左手轻推眼球向下固定,右手持针,紧靠眶上缘缓慢直刺 10~12 mm。进针后不行提插捻转手法,以防刺破血管引起血肿,出针时用干棉球按压针孔 2~3 min,以防出血。

2 组均每日治疗 1 次,10 次为 1 个疗程,每个疗程后休息 2 d,共治疗 3 个疗程。

1.4 观察指标及检查方法

1.4.1 眼球运动度 患者头部固定,两眼向前平视并注视检查者的手指,以瞳孔中央为起点,以目内眦、目外眦为终点,分别向鼻侧、颞侧测定,两者之间的距离为观测指标(以 mm 为单位)^[6]。

1.4.2 复视角度 患者保持头部不动,在距离双眼 1 m 设置水平缓慢移动的光源,复视角度为眼球由第一眼位至外转,刚好出现复视时,麻痹眼瞳孔中心所在的方位与水平所成的角度^[7]。

1.5 疗效标准

痊愈:患眼眼球活动自如,无复视及内斜视,代偿头位消失,无头痛头晕等自觉症状。有效:患眼眼球运动度有明显改善,运动受限有极大的恢复,复视、内斜视、头痛、头晕等症状明显减轻,代偿性头位明显好转。无效:症状及体征无明显改善。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 22.0 进行统计学分析。计量资料以平均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验进行比较。计数资料采用率(%)表示,比较采用 χ^2 检验,等级资料采用等级秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组眼球运动度比较

治疗后,2 组比较, $t=11.213$, $P=0.000$,差异有统

计学意义。治疗前后比较,治疗组 $t=-53.125, P=0.000$, 差异有统计学意义; 对照组 $t=-40.995, P=0.000$, 差异有统计学意义(表 1)。

2.2 2 组复视角度比较

治疗后, 2 组比较, $t=-4.877, P=0.000$, 差异有统计学意义。治疗前后比较, 治疗组 $t=9.998, P=0.000$, 差异有统计学意义; 对照组 $t=7.496, P=0.000$, 差异有统计学意义(表 1)。

表 1 2 组治疗前后眼球运动度和复视角度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	眼球运动度(mm)		复视角度(度)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组 ($n=30$)	8.86 \pm 1.24	20.32 \pm 1.12 [#]	90.18 \pm 45.15	30.12 \pm 11.25 [#]
对照组 ($n=32$)	8.91 \pm 1.17	17.23 \pm 1.05 [#]	90.15 \pm 43.15	46.15 \pm 14.33 [#]
t 值	-1.634	11.213	0.003	-4.877
P 值	0.108	0.000	0.998	0.000

注: * 与对照组比较, $P<0.05$; # 与治疗前比较, $P<0.05$

2.3 临床疗效

治疗组痊愈率为 83.33%, 对照组为 46.88%, 2 组等级资料比较, 差异有统计学意义($Z=-3.059, P=0.002$); 治疗组总有效率为 96.67%, 对照组为 78.13%, 2 组比较, 差异有统计学意义($\chi^2=4.737, P=0.030$)(表 2)。

表 2 2 组临床疗效比较

组别	临床疗效			
	痊愈	有效	无效	总有效
治疗组	25(83.33)	4(13.33)	1(3.33)	29(96.67) [*]
对照组	15(46.88)	10(31.25)	7(18.75)	25(78.13)

注: * 与对照组比较, $P<0.05$

3 讨论

外展神经属运动神经, 支配眼外直肌, 控制眼球的外转运动。因其在颅内走行较长, 在其中任何部位发生损害都容易造成外展神经麻痹^[8], 可由颅内肿瘤、糖尿病、脑血管病、颅内炎症及外伤等引起, 也可能无明显原因^[9]。

中医学对此病早有认识。《灵枢·大惑论》^[10]中有载:“邪中于项, 乘虚入脑, 引目系急, 以致目眩睛斜, 视歧而见一物为两物”, 可见此病病机为正气虚损, 邪袭经络, 眼部经络受阻, 筋肉废而不用。病因可为感受外邪, 风中经络, 使患眼局部经络气血运行受阻, 眼肌废而不用; 也可脾虚生痰, 痰湿上扰阻络, 气血运行不畅而经络失养, 眼肌不用^[11]; 还可因眼周气滞血瘀, 经气壅滞, 眼肌失养而筋肉活动受阻^[12]。经络辨证是针灸治疗的核心基础, 结合该病发病部

位与经络循行特点而知该病与手少阳三焦经、足阳明胃经、足少阳胆经及足太阳膀胱经相关。故治疗选穴以祛风健脾化痰、疏通眼部经络为主。

本研究中眼周的常规取穴主要作用是刺激眼周的经气运行, 从而加强眼部的血液循环, 以达到治标的目的。曲池、合谷、光明穴有活血明目之功效, 有远治的作用。百会统领一身之气, 足三里、丰隆、三阴交、太溪、太冲相配可针对病因而治本, 加之“荣输治外经, 合治内府”, 故在调理脏腑气血的基础上化痰、活血, 眼部之经血得行, 标本才可兼治。

“靳三针”是靳瑞教授创立的独特针法, 其中的“眼三针”主要治疗眼部的疾患, 选穴部位及操作方法与传统眼周选穴及定位有略微差别。因“经脉所过, 主治所及”, 故“眼三针”可刺激眼周经络而加快局部气血运行, 改善局部微循环和营养代谢, 可治目赤肿痛、迎风流泪、目视不明等眼部疾患。眼 I 针睛明穴有祛风、清热、明目的功效, 是足太阳膀胱经的起始穴位, 也是手太阳小肠经、足太阳膀胱经、足阳明胃经、阴跷脉和阳跷脉的交会穴。《灵枢·经筋》^[10]曰:“太阳为目上纲, 阳明为目下纲”, 故足太阳膀胱经和足阳明胃经与维持眼部正常生理功能密切相关。而睛明穴恰为两经交会穴, 故可交通两经之气, 濡养眼部经血, 为治疗眼疾之首选穴位。眼 II 针承泣穴为足阳明胃经之穴, 是足阳明胃经、阳跷脉与任脉之交会穴, 有疏风活络、开窍明目的功效。足阳明胃经为多气多血之经, 承泣穴可调动气血上行, 汇聚于目而改善眼周血液循环。眼 III 针为经外奇穴之上明穴, 主治各种目疾。此三穴相配可交通多条经脉, 引气血上行于眼部, 加速眼部经气运行, 从而恢复受损经络, 而治愈眼疾。从现代医学来分析, 眼周穴位的刺激可直接作用于外展神经的肌肉、肌腱, 兴奋神经肌肉的兴奋收缩耦联, 从而恢复受损神经, 提高麻痹眼肌的肌张力。针刺同时也增加了毛细血管的通透性, 改善了眼部的血液循环, 促进眼部组织细胞的新陈代谢, 从而提高了眼部的营养供给, 降低眼部肌肉的紧张度, 而使神经肌肉功能恢复^[13]。需注意, 操作时眼 I 针深度最好在 15 mm 之内, 过深可能刺伤视神经和眼动脉; 眼 II 针进针方向可稍向上斜, 沿下直肌内进, 眼压过高的患者慎用此穴; 眼 III 针进针透皮后, 针体应在提上睑肌和上直肌之间进针, 针下应有较明显的阻力。

本研究结果显示, 治疗 3 个疗程后, 治疗组总有效率高于对照组。治疗组在眼球运动度、复视角度方

(下转 38 页)

和治疗关键,上焦不利是视网膜外层水肿的主要病机,以麻黄剂宣通上焦乃其论治要点,具有一定的临床价值,但仍有待于临床进一步研究推广。

参考文献

- [1] 瞿佳.眼科学[M].北京:高等教育出版社,2009:142.
- [2] 宋阳光.黄斑水肿治疗研究进展[J].医学理论与实践,2015,28(21):2904-2905.
- [3] 韦企平.黄斑水肿从痰瘀论治浅谈[J].中国中医眼科杂志,2014,24(3):214-216.
- [4] 唐明伟.中医药对视网膜静脉阻塞黄斑水肿抗 VEGF 治疗的优化研究[D].广州:广州中医药大学,2016.
- [5] 李欣,庄曾渊,柏梅.视网膜静脉阻塞黄斑水肿的病、因、证、治思维模式[J].中国中医眼科杂志,2020,30(2):135-139.
- [6] 柯琴.伤寒来苏集[M].王晨,张黎临,赵小梅,校注.北京:中国中医药出版社,2008.
- [7] 黄煌.论《伤寒论》类方研究的学术意义[J].南京中医药大学学报,1995,11(2):18-20.
- [8] 徐大椿.伤寒论类方·伤寒方论[M].张立平,校注.北京:学苑出版社,2009:15-21.
- [9] 刘渡舟.新编伤寒论类方[M].武岩,张光华,吴凤全,整理.北京:人民卫生出版社,2013:46-61.
- [10] 陈瑞春.麻黄汤及其类方[J].陕西新医药,1978,6:50-53.
- [11] 李媛媛,张亿,张佳良,等.从“气化”理论探讨风药在中医眼科中的应用[J].中国中医眼科杂志,2020,30(4):270-274.
- [12] 张仲景.伤寒论[M].钱超尘,郝万山,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [13] 张仲景.金匱要略[M].何任,何若苹,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [14] 张介宾.景岳全书[M].李继明,整理.北京:人民卫生出版社,2017.
- [15] 张思远,吕红彬.黄斑水肿治疗进展[J].泸州医学院学报,2016,39(3):218-222.
- [16] 徐海峰,董晓光,王伟,等.玻璃体内注射曲安奈德治疗黄斑水肿[J].中华眼底病杂志,2005,4:205-208.
- [17] 佚名.黄帝内经素问[M].田代华,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [18] 胡佩,吴烈.吴烈教授三焦辨证论治黄斑水肿病变经验[J].中国中医眼科杂志,2019,29(1):63-67.
- [19] 方传明,周岳君,褚娇娇.表证概念探微[J].中医杂志,2020,61(5):388-391.
- [20] 佚名,灵枢经[M].田代华,刘更生,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [21] 常富业,王永炎,高颖,等.水淫玄府与隐性水肿假说[J].山东中医杂志,2004,23(11):643-645.
- [22] 巢元方.诸病源候论[M].宋白杨,校.北京:中国医药科技出版社,2011.
- [23] 唐宗海.血证论[M].魏武英,李俊,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [24] 吴烈,武丹蕾.眼底血证中医临床论治经验[J].中国中医眼科杂志,2018,28(4):207-209.
- [25] 施世德.原机启微[M].王兴伊,刘庆宇,校注.北京:中国中医药出版社,2015.

(收稿日期:2020-01-07)

(上接 24 页)

面疗效均优于对照组,说明体针结合“靳三针”治疗后,麻痹的外展神经及外直肌功能恢复良好,临床疗效优于单纯使用体针进行治疗,并且失败率较低。治疗组的大部分病人自觉治疗 5 次后复视即明显改善,而对照组需治疗 1~2 个疗程之后才自觉复视明显改善,可见,结合“靳三针”治疗后,显效时间明显缩短。因此,在发病早期应尽快结合使用以缩短病程,减轻病人痛苦。此外,治疗组病人在治疗的过程中自觉长期存在的干眼、视疲劳等症状都有一定程度的减轻,故可在临床上更多地运用“靳三针”治疗其他眼病并做更为深入的研究。

参考文献

- [1] 孙小俊.复方樟柳碱治疗外伤性眼外肌麻痹性斜视临床观察[J].中国社区医师(医学专业),2011,13(22):211-212.
- [2] 张小红.甲钴胺在麻痹性斜视中的效果和安全性观察[J].中国医疗前沿,2012,7(11):56-57.
- [3] 高天.颅脑外伤致外展神经麻痹性内斜视 12 例手术治疗分析[J].慢性病学杂志,2010,12(7):705-706.
- [4] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准(2017 版)[M].北京:中国医药科技出版社,2017.
- [5] 柴铁钊.靳三针临症配穴法[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2018.
- [6] 周凌云,赵明,纪晓杰.眼部内刺法与电针眼外肌穴治疗外展神经麻痹症的临床研究[J].针灸临床杂志,2012,28(6):6-9.
- [7] 杨爱萍,曹敏,厉馨,等.眼周穴位艾灸联合五官超短波治疗糖尿病性眼肌麻痹临床观察[J].河北中医,2018,40(9):1394-1398.
- [8] 李霞,贾文辉.外展神经麻痹的病因分析[J].实用妇科内分泌杂志,2017,4(31):51.
- [9] 张玲玲,尹勇.外展神经麻痹病因及治疗的研究进展[J].中国民族民间医药,2016,25(6):49-50.
- [10] 佚名.黄帝内经[M].姚春鹏,译注.北京:中华书局,2010.
- [11] 张晓,徐菲.定风明视胶囊治疗后先天性麻痹性斜视风痰阻络证的临床研究[J].中国中医眼科杂志,2019,29(6):447-450.
- [12] 银子涵,李燕婷,曾鹏飞,等.针灸及其相关疗法治疗麻痹性斜视的临床进展[J].中国中医眼科杂志,2019,29(4):332-334.
- [13] 相永梅,王健,郝长宏,等.以健明 3、上明穴为主电针治疗外展神经麻痹 48 例[J].中国针灸,2011,31(8):753-754.

(收稿日期:2019-12-04)