

综 述

中医治疗麻痹性斜视的历史与现状

石守礼* 刘晓明*

主题词 斜视/历史 斜视/中医药疗法

① 麻痹性斜视

麻痹性斜视是眼科临床经常见到的一种眼病，系由一条或数条眼外肌完全或不完全麻痹所引起的眼位偏斜，常突然发病。现将历史上对本病的认识及近年来中医药对本病的治疗概况做一回顾性综述。

1 古典医籍对本病的认识和治疗

本病在古籍中有根据其主观症状命名的，如视歧、视一为二；有根据客观症状命名的，如目偏斜候、神珠将返；有根据其病因命名的，如风起咽偏、风牵偏视等，均类似于现代医学之麻痹性斜视。《黄帝内经》中就已对该病进行了系统论述，《灵枢·大惑论》说：“故邪中于项，因逢其身之虚，其入深则随眼系以入于脑，入于脑则脑转，脑转则引目系急，目系急则目眩以转矣。邪其精，其精所中不相比也，则精散，精散则视歧，视歧见两物。”认为本病主要是由于体虚邪中，精（睛）散不能集中视物所造成，病变主要在脑^[1]。《诸病源候论·目偏视候》说：“睛不正则偏视，……皆由目之精气虚，而受风邪所射故也……。”^[2]由于这些书成书年代较早，只论述了其病因而无治疗方法，至《银海精微·风牵咽斜》始有了治法，“目睛斜视倒目者，……肝经受风邪所牵，使其筋缓缩不利。”已知眼斜与“筋”有关，在治法上提出“宜灸火发散风邪，以加全虫、白附子、南星、半夏、夜光流红丸。外用摩风膏，导引发散，目睛必转^[3]”。宋《太平圣惠方》、《圣济总录》均认为是由脏腑虚而复受风邪所致，并罗列出独活散、甘菊花散等多种方剂以供选择使用^[4,5]。《世医得效方·风起咽偏》认为由风邪引起，内服消风散，荆芥汤调下，或给予蝉花无比散^[6]。明代王肯堂《证治准绳》在论及“视一为二”症时，认为是“精华衰乱……肾胆真一之精不足”，论及“神珠将返”时认为是风热攻脑，筋络被其牵缩紧急，

吊偏珠子，是以不能运转。”论及“瞳神反背”时，认为因六气偏胜，风热搏急，其珠斜翻侧转”，必须用拨法手术治疗^[7]。傅仁宇治口眼喎斜、仪容不正，主张内服正容汤^[8]。清代黄庭镜《目经大成·瞳神反背》一症，其论点基本与《证治准绳》相同，只是在施术以后另给予正容汤及人参养荣汤内服。对于因风引起之口眼歪斜，则给予正容汤，加味地黄饮子、省风汤等^[9]。

2 现代医家对本病的认识和治疗

2.1 辨证分型治疗：这是最常用的方法之一，但对本病的辨证分型，目前尚无统一之证型，各家分法不一，方药也不太统一。有从病因辨证的，也有从脏腑气血辨证的，总括起来大致有以下几种证型：（1）脾虚中气不足型：治以健脾益气升阳，方用补中益气汤或培土健肌汤加减^[10~14]。（2）脾肾不足：治宜补益脾肾，方用六味地黄汤加减或自拟方^[10,12]。（3）风邪入络，或风痰阻络：治以祛风化痰通络，方用牵正散，正容汤，羌活胜风汤加减^[10,12,14~17]。（4）肝阳上亢，肝风内动：治以平肝潜阳熄风，方用补阳还五汤^[10]。（5）瘀阻经络：治以活血化瘀，方用桃红四物汤、血府逐瘀汤加减^[11,12,15]，而郭氏治一例小儿外伤之眼肌麻痹，认为是头部筑撞，筋络拘急，肝受风邪，热痰阻窍所致，以安宫牛黄丸人参煎汤送服而获痊愈^[16]。（6）营卫不和，风邪袭络：治以调和营卫，散风通络，方用桂枝汤加减^[12]。陈氏用平肝养血祛风通络治疗本病，平肝以重镇药石决明、生龙牡、珍珠母为主，养血以四物汤为主，祛风以牵正散为主，根据病情加减，治疗16例，获得满意疗效^[17]。李氏按发病新久而施以不同治法，认为新病是血虚风邪乘虚而入，侵袭筋脉，自拟祛风活血汤（羌活、荆芥、白芷、当归、川芎、赤芍、路路通、防风、桂枝、党参、细辛、生姜、大枣），上睑下垂加升麻、黄芪以升脾气；瞳孔散大者加五味子以敛耗散之气。久病者用滋阴地黄丸（《审视瑶函》方），不论新久均外贴拔风膏（蓖麻仁100g，川乌、草乌各5g，冰片、麝香各2g，研细末，以蓖麻仁捣膏，摊在3cm×3cm麻纸上，贴患侧太阳、翳风、颊车、地仓或眶周穴上，隔日一换，每次1~2穴），共治疗32例，治愈31例，好转1例^[18]。据作

* 河北中医学院附属医院，石家庄市长安西路3号
(050011)

收稿日期：1991—06—29；修回日期：1992—05—17

者统计9篇文章共210例病人,其治愈好转率为91.90%。

2.2 单方治疗: 单方(或曰专方、基本方),多以一固定方为主,根据临床稍加损益,治疗本病亦收到一定疗效。张氏用加减正容汤(羌活、防风、荆芥、僵蚕、制半夏、秦艽、木瓜、茯神、钩藤、制白附子、制南星、制全虫、蝉蜕、甘草)治疗30例,治愈22例,显效2例,有效2例,无效4例,有效率86.7%,平均服药30剂^[19]。陈氏用牵正散加味(白附子、当归、熟地、炒僵蚕、地龙、钩藤、全虫、川芎、甘草、白芍、生黄芪、石决明)治疗,对小儿或病久及有复发倾向的成人,经服上述汤药取效后,可应用散剂(白附子、炒僵蚕、全虫、地龙、草决明、晚蚕沙各30g,望月砂、夜明砂、甘草各15g,共为细末,每服3g,每日2次),共治14例,均于4个月治愈^[20]。许氏以去痹汤(天麻、僵蚕、地龙、全虫、海风藤各3g,炮川乌或炮草乌、炒山甲、炮南星各2g)内服,治疗13例,治愈8例,基本痊愈1例,好转2例,无效2例,认为本方对单一眼肌麻痹效果好^[21]。梅氏用培土健肌汤治疗13例,治愈10例,有效3例^[22]。

从上述资料分型出现频率上看,风邪外袭或风痰阻络出现频率为11,脾虚气弱者8,肝阳上亢或肝风上扰为7,外伤及气滞血瘀者为6。在方剂上出现频率,正容汤为8,补中益气汤或培土健肌汤为7,补阳还五汤为4,加味牵正散为3。说明脾虚气弱,风邪外袭或风痰阻络、肝阳上亢、气滞血瘀型在临床上比较多见。

2.3 针灸治疗: 针灸对本病有较好的疗效已为临床所证实,一般采用局部与远端穴位配合治疗。如尚氏等对内直肌麻痹取患侧睛明(补)、攒竹透鱼腰、印堂(泻);外直肌麻痹取患侧太阳(补)、瞳子髎透鱼腰、安眠(泻);下直肌麻痹取承泣(补)、四白、太阳(泻);上直肌麻痹取上明(补)、阳白、印堂、鱼腰(泻);双侧内直肌麻痹取双睛明(补),印堂透两侧鱼腰(泻),均留针45分钟,共治疗18例,治愈16例,好转2例^[23]。齐氏治疗外展神经麻痹,患者取仰卧位或坐位,局部取上眼睑中点,沿眼眶的骨边缘刺入眼球与眼眶之间,深达20mm~30mm,使眼球及前头部有酸、麻、胀、沉感,捻转提插约半分钟,不留针,起针后以棉球压迫止血,配合合谷、曲池、内关透外关,每次选用辅穴1个,每日1次,10次为一疗程,疗程间休息2~3日,共治疗21例,痊愈15例,显效4例,有效1例,无效1例^[24]。郑氏治疗168例175只眼,按其麻痹肌的不同而采用不同的穴位,上直肌麻痹主

穴取球后、健明₂、健明₄、上明、承泣,配穴健明、合谷、外明;内直肌麻痹取睛明、健明、鱼尾透鱼腰、攒竹,配合谷、阳白、承泣;下直肌取球后、承泣,配合谷、内关、健明₁;外直肌麻痹取球后、外直肌、睛明,配鱼尾透鱼腰,太阳、承泣、瞳子髎、合谷;上斜肌取健明₄、上斜₁、上斜₂、睛明、球后,配健明₂、健明₃、上明、合谷、阳白、外明、承泣、攒竹;下斜肌取健明、球后、健明₃,配合谷、内关、太阳、阳白、承泣、上明、健明₂。每次取主穴1~2个,配穴2~3个,针深1~1.5寸,以有酸、麻、胀为度,每日1次,10次为1疗程,疗程间休息2~3天,经治痊愈率占50%,无效率占15.6%,认为针刺对内直肌麻痹疗效最好,上下斜肌疗效差^[25]。鞠氏对上睑提肌麻痹取攒竹、鱼腰、睛明,配合谷;外直肌麻痹取睛明、球后、瞳子髎、丝竹空,配太阳、合谷、风池;内直肌麻痹取睛明、攒竹、鱼腰、阳白,配合谷、承泣、四白;上斜肌麻痹取睛明、攒竹、球后,配合谷、阳白、承泣、太阳;全眼肌麻痹取睛明、球后、丝竹空、攒竹,配承泣、太阳、鱼腰。每次选穴不超过5个,用毫针直刺1~1.5寸,留针15~20分钟,每日1次,6次为1疗程,疗程间隔2天,共治疗64例,治愈61例,好转1例,无效2例,总有效率为96.6%^[26]。王氏采用“穴区带”法治疗外眼肌麻痹46例,其法为:先在患侧有关眼病的各“带”内用敏感点探测器和指压法查找敏感点,主要敏感点在头一带眶周及颞部,头六带顶部、上肢九带中、下段等,然后选主要敏感点施针,用“快进针、慢推针,扎出针感,就地捻转”的手法,使针感传达放散到患眼部。每日或隔日针刺1次,不分疗程,直至敏感点消失治疗结束为度。经治痊愈35例,有效8例,无效3例,总有效率为93.38%。其主要作用有:(1)解除中枢(脊髓)神经抑制状态;(2)促进神经再生恢复;(3)促进损伤肌神经纤维芽枝增长^[27]。杨氏认为本病多因脾胃之气不足,脉络空虚,风邪随眼系入脑,故采用补益脾胃,通经活络之法,取主穴四白、合谷,配攒竹、丝竹空、颌厌、风池、足三里、光明、脾俞、胃俞、肝俞、肾俞,每次取主穴1~2个,辅穴2~3个。头面部只针患侧,四肢穴取对侧或双侧,眼部穴位捻转进针不提插,采用平补平泻手法,得气后留针半小时。治疗10例,除2例中断治疗外,治愈3例,有效5例。并提出四白穴可针1寸深,以刺入眶下孔为佳,针感颇强,但应缓慢刺入,得气后不提插,以免刺伤眶下动脉^[28]。杨氏又采用留针后每10分钟旋刮针柄30秒以加强针感的方法,治疗29例麻痹性斜视,治愈12

例,有效13例,治疗2~6个月仍无效者4例^[31]。聂氏采用针刺配合穴位贴敷法治疗麻痹性斜视,内斜肌麻痹取瞳子髁透丝竹空,阳白透鱼腰,正光,球后,配风池、合谷;外斜肌麻痹攒竹透睛明、四白透承泣、正光,配合谷、太冲。起针后将马钱子片(先浸泡1.5小时再加入适量绿豆,煮至绿豆绽开时,取出马钱子切成片,贮于干燥容器内),贴敷于1~2个主穴上,用胶布固定保留12~24小时以上。治疗42例,痊愈32例,有效9例,无效1例;治疗次数3~25次。小儿患者进针宜快,轻捻转不留针,成人用平补平泻法,眼区不提插捣针,留针半小时,每10分钟行针1次,起针后用消毒干棉球轻压针孔以防出血^[30]。

2.4 电针治疗:电针对本病的治疗亦有很好的疗效,迟氏对动眼神经麻痹取瞳子髁透承泣、鱼腰、攒竹,配天牖、阳白、四白、目窗、合谷;外展神经麻痹取丝竹空、瞳子髁透承泣,配四白、天牖、头临泣、风池、合谷。每次取主穴1~2个穴位,辅穴1~3个。眼部穴位捻转进针不提插,用平补平泻手法,选2个穴位,接电针治疗仪,留针20分钟,每5~10分钟行针1次,10次为1疗程,疗程间隔3~5日,共治21例,治愈15例,好转4例,无效2例^[31]。周氏对上睑下垂取阳白及眶上神经点为主,内直肌麻痹取睛明为主,外直肌麻痹取瞳子髁为主,下斜肌麻痹取球后为主。配穴用攒竹、承泣、肝、脾、肾俞,每日1次,留针20分钟,10次为1疗程。治疗17例,痊愈12例,基本治愈1例,明显好转2例,好转1例,无效1例^[32]。叶氏采用电针刺激眼球协同运动中枢及视区,并根据眼肌麻痹所在部位,配以附近之俞穴,如动眼神经不全麻痹,配承泣、鱼腰、睛明、丝竹空;外直肌麻痹配风池、瞳子髁、球后。眼球协同运动中枢的部位,相当于前额发际2cm,中缝旁开2cm,针刺时针尖向额中回方向针,视区为枕骨粗隆旁开1cm,上下4cm为进针部位,针尖向下刺。进针得气后加电脉冲刺激,频率为50~100/分,每日或隔日针1次,10次为1疗程,疗程间隔3~5天。共治16例,治愈8例,好转7例,无效1例^[33]。

2.5 推拿按摩:雷氏报告用推拿法治疗外伤性眼肌麻痹10例,经6日至2个月治疗均愈。其法让患者仰卧,术者用一指弹推睛明、承泣、四白、太阳穴,然后用双手拇指分别按揉百会、鱼腰、攒竹、睛明、瞳子髁、丝竹空、风池、太阳,再用双手拇指指腹分抹眼眶周围,反复施行20分钟后,患者取坐位,术者点揉其肝俞和胆俞,拿对侧合谷及下肢光明穴,共约5~10分钟,每日1次^[34]。

从上述的报道看,中药及针灸治疗眼肌麻痹的效果均较好,但由于疗程的设计不同,因此对疗效判定有一定困难。另外,针药并用在疗效上是否有叠加作用,也值得探讨,惜尚未见报道。

3 参考文献

- 1 灵枢经.北京:人民卫生出版社,1956:133.
- 2 诸病源候论.北京:北京人民出版社,1955:149.
- 3 银海精微.北京:人民卫生出版社,1964:24.
- 4 宋·王怀隐,等.太平圣惠方(上).北京:人民卫生出版社,1982:972.
- 5 圣济总录(上).北京:人民卫生出版社,1982:1857.
- 6 元·危亦林.世医得效方.北京:人民卫生出版社,1990:559.
- 7 明·王肯堂.证治准绳.上海:上海科学技术出版社,1959:492.
- 8 明·傅仁宇.审视瑶函.上海:上海科学技术出版社,1959:193.
- 9 清·黄庭镜.目经大成.北京:中医古籍出版社,1987:105.
- 10 姚芳蔚,等.中医药治疗眼肌麻痹61例.上海中医药杂志 1983;(2):21.
- 11 朱寿彭.麻痹性斜视中医治疗体会.中西医结合眼科 1983;3(4):19.
- 12 石守礼.辨证治疗眼肌麻痹34例临床报告.中医杂志 1985;26(6):39.
- 13 吴静秋.中西医结合治疗眼外肌麻痹.中西医结合眼科 1984;4(4):9.
- 14 河北省医院中医眼科.中西医结合以中药为主治疗麻痹性斜视.医药卫生科技经验交流资料(眼科)1975:28.
- 15 邓亚平.眼肌麻痹的中药治疗.资料选编 1979:25.
- 16 郭葆善,等.神珠将返症治验病例报告.中西医结合眼科 1985;5(3):36.
- 17 陈明举.麻痹性斜视16例治疗报告.山东中医杂志 1982;(5):282.
- 18 李光远.中药治疗眼肌麻痹32例.中西医结合眼科 1984;4(1):8.
- 19 张怀安,等.加减正容汤治疗眼肌麻痹30例疗效观察.中西医结合眼科 1983;3(1):35.
- 20 陈明举,等.牵正散加味治疗麻痹性斜视的体会.中西医结合眼科 1981;1(2):8.
- 21 许吉生,等.去痹汤治疗后天性眼肌麻痹疗效观察.中西医结合眼科 1984;4(3):21.
- 22 梅寒.培土健肌汤治疗眼肌麻痹.中西医结合眼科 1986;6(2):10.
- 23 尚崇学,等.针刺治疗眼肌麻痹所致复视18例临床观察.云南中医杂志 1981;2(4):32.
- 24 齐锡鑫.针刺治疗外展神经麻痹远期疗效观察.中医杂志 1990;31(1):10.
- 25 郑建中,等.针刺治疗麻痹性斜视.中西医结合眼科 1985;5(3):35.
- 26 鞠桂琴.针刺治疗眼肌麻痹64例.上海针灸杂志 1988;7(3):18.
- 27 王荏.“穴区带”针刺治疗外眼肌麻痹的观察.眼科进展 1985;5(2):14.
- 28 杨元德.针刺治疗麻痹性斜视的临床体会.中医杂志 1982;23(7):48.
- 29 杨元德.麻痹性斜视的针刺治疗.辽宁中医杂志 1988;

- 11(5):37.
- 30 聂汉云. 针灸配合穴位贴敷治疗麻痹性斜视 42 例. 四川中医 1987; 5(6):49.
- 31 迟志云. 针刺治疗眼肌麻痹 21 例. 中国针灸 1988; 8(1)
- 32 周书文. 电针治疗眼肌麻痹 17 例临床观察. 辽宁中医杂志 1983; 7(12):29.
- 33 叶增桂, 等. 电针头针治疗眼肌麻痹 16 例报道. 中国针灸 1984; 4(3):12.
- 34 雷征. 推拿治疗外伤性眼外肌麻痹 10 例. 中医杂志 1989; 30(7):10.

周围性面神经麻痹急性期针刺治疗观察

唐献林* 方起鹏* 李喜英* 白富章*

周围性面神经麻痹急性期能否应用电针或针刺, 临床上认识不尽一致。我们自 1970 年以来对 191 例周围性面神经麻痹在急性期应用电针与针刺进行临床观察, 均未发生病情加重的病例, 证明周围性面神经麻痹早期应用电针与针刺治疗是有益的。

1 一般资料

观察病例分为电针组和针刺组治疗。电针组 100 例, 男 73 例, 女 27 例; 病变部位右侧者 68 例, 左侧者 32 例; 受风寒诱发者 79 例, 原因不明者 21 例。针刺组 91 例, 男 72 例, 女 19 例; 病变部位在右侧者 47 例, 左侧者 44 例; 受寒诱发者 66 例, 原因不明者 25 例。两组病程均为 1 日~10 日内, 年龄 18~51 岁, 平均 28.4 岁。

2 治疗方法

电针组取穴: 下关、太阳、阳白、鱼腰、颧髂、地仓、颊车、迎香。每穴选用 2~4 个穴位, 然后在穴位上常规消毒针刺, 用上海医疗器械厂生产的 6805 治疗仪通电加强刺激强度。将治疗仪输出的一极夹在共用的下关穴上, 另一极逐一夹在其他穴上。首次均选用疏密波(频率 14 次/分~16 次/分, 电压 0.8 伏~1.2 伏), 通电时间每次开始不超过 1 分钟, 随病情好转 10 天后可增至 2 分钟, 15 次后增加断续波, 二者交替进行。刺激强度应以面肌可见轻度收缩为宜, 如果病情较重而无面肌收缩以不疼痛为准, 每日 1 次, 10 次为一疗程。两疗程无好转则改用其他治疗方法。

针刺组取穴及疗程同电针组。穴位常规消毒后进针, 用平刺手法以平补平泻法。每次选 2~4 穴, 留针 5~10 分钟, 每日 1 次。

两组病例均同时内服激素、维生素以配合治疗。

3 治疗结果

疗效标准: 症状完全消失, 面肌功能恢复正常为治愈; 症状和体征完全消失, 静止时外观正常, 笑时轻度口角下垂为好转。症状及体征无变化为无效。

疗效结果, 电针组治愈 89 例(89.0%), 有效 11 例(11.0%); 针刺组治愈 57 例(62.6%), 有效 30 例(33.3%), 无效 4 例(4.4%)。两组疗效经统计学处理有非常显著性差异($P < 0.01$)。电针组平均治愈天数为 21.5 天, 针刺组平均治愈天数为 29.4 天。

4 讨论

周围性面神经麻痹急性期一般不主张应用电针与针刺治疗, 其理由不外乎怕刺激使病情加重。因为急性期面神经正处在急性炎症水肿期, 但根据现代医学理论面神经麻痹急性期面神经处于间生态, 如果此期能给一个很弱的良性刺激, 则可使神经产生兴奋, 增强肌纤维的收缩, 加速血液循环, 增加新陈代谢, 使炎症渗出物得到吸收, 从而改善神经冲动的传递, 促进神经纤维的再生, 使支配肌肉收缩的神经功能得到恢复。从中医理论上, 此期针刺和电针治疗可起到通经活络、调和气血的功效。

多年来, 我们在临床应用电针早期治疗急性面神经麻痹的实践中, 筛选出的最佳波型就是疏密波和断续波两种。疏密波是一种等幅的调频波, 其频率变化取决于调频信号, 频率在 5 次/秒~50 次/秒, 疏密率 10 次/分~20 次/分。疏波 < 4 Hz, 密波 > 70 Hz, 断续率 10 次/分~20 次/分。这样一个低频脉冲电针是符合神经肌肉生理学的特征。

关于针刺的手法一般要采取平刺, 进针不宜过深, 因而神经较浅, 如阳白可透鱼腰穴、太阳可透向外眼角、下关可透颧髂穴、地仓可透颊车、颧髂透迎香穴等。对面神经没有变性的, 电流强度应以面肌可见微弱收缩为宜, 如面肌不能产生收缩, 则电流强度应以患者不痛为度。通电时间开始每穴组不超过 1 分钟, 随病情好转可逐增至 2 分钟, 切忌因看到面肌收缩良好而延长通电时间, 以免导致面神经变性。

* 中国人民解放军 205 医院, 辽宁省锦州市重庆路 2 段 9 号(121001)

收稿日期: 1991-01-21; 修回日期: 1992-05-25