

针刺联合西药治疗后天性麻痹性斜视临床观察

马红霞¹, 赵欣¹, 刘静^{2*}

(1. 北京市第一中西医结合医院, 北京市朝阳区金台里 13 号内 2 号, 100026; 2. 中国中医科学院望京医院)

摘要 目的 观察针刺联合西药治疗后天性麻痹性斜视的临床疗效。方法 将 60 例后天性麻痹性斜视患者随机分为治疗组与对照组各 30 例。对照组应用复方樟柳碱注射液颞浅动脉旁皮下注射及口服营养神经药物, 治疗组在对照组基础上联合针刺治疗, 两组均治疗 4 周。治疗前后观察患者眼部症状评分, 包括眼位偏斜、眼球活动障碍、复视、第一斜视角大于第二斜视角、代偿头位, 并评价临床疗效。结果 治疗组临床疗效治愈率为 40.0%, 总有效率为 93.4%, 对照组分别为 10.0%、66.7%, 治疗组总有效率及治愈率均显著高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后眼部症状总评分及复视、眼位偏斜、眼球活动障碍评分改善情况均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 针刺联合西药治疗后天性麻痹性斜视疗效优于单纯西药治疗, 可显著改善眼部症状。

关键词 后天性麻痹性斜视; 针刺疗法; 眼球活动障碍

麻痹性斜视 (paralytic strabismus) 是由于神经核、神经或眼外肌本身的病变引起的单条或多条眼外肌全或部分麻痹而引起的眼位偏斜、眼球运动受限、复视、眩晕、恶心、呕吐等为特征的临床常见眼病。后天性麻痹性斜视是 1 岁以后才发生的, 在双眼视觉已经建立后由于神经系统疾病、全身病、肌病或外伤等引起的麻痹性斜视^[1]。本病属中医眼科“风牵偏视”“目偏视”“横目斜视”范畴, 在临床中病因复杂、发病迅速。目前, 西医眼科对于本病的治疗多采用口服神经营养药物或颞浅动脉注射复方樟柳碱注射液, 但是疗效并不确切。我们采用针刺联合西药治疗后天性麻痹性斜视, 为评价其临床疗效, 我们采用随机对照临床研究的方法进行观察, 报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照我国斜视分类专家共识 (2015) 中麻痹性斜视的诊断标准^[2]: 1) 眼位偏斜: 患眼向麻痹肌作用的相反方向偏斜; 2) 眼球活动障碍: 患眼向麻痹肌作用方向活动受限; 3) 第二斜视角大于第一斜视角; 4) 代偿头位: 头向

麻痹肌方向偏; 5) 复视: 双眼视一为二。眼位检查采用红玻璃法定性检查复视像, 确定麻痹肌, 并定量检查眼位偏斜度, 检查单眼和双眼 9 个方位眼肌运动。

中医诊断及辨证标准采用《中医病证诊断疗效标准》目偏视的诊断与辨证标准^[3], 中医证型分为: 1) 风邪袭络型: 目偏视, 复视, 或上胞下垂, 发病急骤或有眼痛, 头痛发热, 舌红, 苔薄, 脉弦。2) 风痰入络型: 目偏视, 复视, 头晕, 呕恶, 舌红, 苔腻, 脉弦。3) 肝风内动型: 突发目偏斜, 头晕耳鸣, 面赤心烦, 肢麻, 舌红, 苔黄, 脉弦。4) 外伤瘀滞型: 外伤后目偏斜, 或有胞睑、白睛瘀血, 眼痛, 活动受限, 视一为二, 舌红, 苔薄, 脉弦。

1.2 纳入标准

1) 符合上述诊断与辨证标准; 2) 签署知情同意书。

1.3 排除标准

1) 妊娠及哺乳期妇女。2) 精神类疾病患者。3) 合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病。4) 合并其他眼病或合并明显影响眼肌检查的疾病者。5) 先天性麻痹性斜视患者。

1.4 脱落与剔除标准

1) 不按时复诊或失访者, 无法判断疗效或资

基金项目: 北京市中医药科技发展基金 (QN2014-20)

* 通讯作者: zyuji@sina.com

料不全等影响判断者; 2) 不依从设计方案的规定, 应用其他治疗方法者。

1.5 一般资料

于 2014 年 1 月至 2016 年 12 月收集就诊于北京市第一中西医结合医院眼科和中国中医科学院望京医院眼科门诊和住院的后天性麻痹性斜视患者 60 例。按照随机数字表分为治疗组、对照组各 30 例。治疗组中男 17 例, 女 13 例; 年龄 40~70 岁, 平均 (50.0±6.4) 岁; 病程 1~30 天, 中位病程 10 天; 中医证型: 风邪袭络 5 例, 风痰入络 17 例, 肝风内动 8 例。对照组中男 12 例, 女 18 例; 年龄 39~72 岁, 平均 (51.0±5.5) 岁; 病程 1~28 天, 中位病程 9 天; 中医证型: 风邪袭络 9 例, 风痰入络 14 例, 肝风内动 5 例, 外伤瘀滞 2 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组: 口服维生素 B₁ (天津中津药业股份有限公司, 国药准字: H11020580), 每次 10 mg, 每日 3 次; 维生素 B₁₂ (大同长兴制药有限责任公司, 国药准字: H14022782), 每次 25 μg, 每日 3 次; 颞浅动脉旁皮下注射复方樟柳碱注射液 (华润紫竹药业有限公司, 国药准字: H2000495), 每次 2 ml, 每日 1 次。共治疗 4 周。

治疗组: 在对照组的基础上加用针刺治疗。主穴: 攒竹、太阳、鱼腰、球后、合谷。病位配穴: 外展神经麻痹: 瞳子髎、睛明; 动眼神经麻痹: 阳白、上明; 滑车神经麻痹: 丝竹空。辨证配穴: 风邪袭络: 翳风、风池; 风痰入络: 丰隆; 肝风内动: 太冲、百会; 外伤瘀滞: 血海。上述穴位中双侧分布的均双侧取穴。操作方法: 取汉医牌一次性针灸针 (厦门钜翔医药有限公司, 规格: 0.25 mm × 25 mm 或 0.25 mm × 50 mm 毫针), 针刺得气后留针 30 min, 每周治疗两次, 共治疗 4 周。

2.2 观察指标及方法

治疗前后采集眼部症状评分^[3], 眼位偏斜 (按照 0~15 度、15°~35 度、35°~45 度、>45 度分别计 0、1、2、3 分), 眼球活动障碍、复视 (按照无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分), 第二斜视角大于第一斜视角、代偿头位 (按照“否”“是”, 分别计 0、1 分)。

2.3 疗效判定标准

根据《中医病证诊断疗效标准》^[4] 制定, 治

愈: 眼位正, 眼球运动自如, 复视消失, 眼部症状评分为 0 分; 好转: 患眼偏斜度减轻, 复视像距离缩小, 眼球运动受限部分恢复, 治疗后眼部症状评分小于治疗前; 未愈: 眼位仍偏斜, 程度无好转, 症状无减轻, 治疗后眼部症状评分无改变或者增加。有效 = 治愈 + 好转。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析, 计数资料用频数、百分率、构成比描述, 采用卡方检验; 计量资料先进行正态性和方差分析, 符合正态分布且方差齐者用 t 检验, 符合正态分布但方差不齐者用校正的 t 检验, 不符合正态分布采用 u 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者眼部各症状治疗前后评分分布情况比较

表 1 示, 两组患者治疗前眼部各症状评分分布差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后两组患者眼位偏斜、眼球活动障碍、复视症状评分均较治疗前显著改善, 且治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 两组后天性麻痹性斜视患者眼部各症状治疗前后评分分布情况比较 (例)

组别	症状	时间	0 分	1 分	2 分	3 分
治疗组 (30 例)	眼位偏斜	治疗前	0	14	15	1
		治疗后	19	11	0	0
	眼球活动障碍	治疗前	0	14	7	9
		治疗后	10	12	8	0
	复视	治疗前	0	3	18	9
		治疗后	10	12	8	0
	第二斜视角大于第一斜视角	治疗前	17	13	0	0
		治疗后	20	10	0	0
	代偿头位	治疗前	21	9	0	0
		治疗后	26	4	0	0
对照组 (30 例)	眼位偏斜	治疗前	0	18	8	4
		治疗后	11	14	4	1
	眼球活动障碍	治疗前	0	15	9	6
		治疗后	4	10	13	3
	复视	治疗前	0	6	20	4
		治疗后	4	8	17	1
	第二斜视角大于第一斜视角	治疗前	20	10	0	0
		治疗后	23	7	0	0
	代偿头位	治疗前	22	8	0	0
		治疗后	26	4	0	0

3.2 两组患者治疗前后眼部症状总评分比较

表 2 示, 两组患者治疗前眼部症状总评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 两组患者治

疗后眼部症状总评分均较本组治疗前下降 ($P < 0.05$); 治疗后两组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 2 两组后天性麻痹性斜视患者治疗前后眼部症状总评分比较 [分, $M (IQR)$]

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	11 (6, 20)	4 (2, 7) *
对照组	30	12 (7, 23)	6 (4, 10) *

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$

3.3 两组患者临床疗效比较

表 3 示, 两组患者总效率比较, 治疗组优于对照组 ($\chi^2 = 10.76$, $P < 0.05$)。两组患者治愈率比较, 治疗组优于对照组 ($\chi^2 = 7.20$, $P < 0.05$)。由于各证型患者例数有限, 未进行统计学分析。

表 3 两组不同证型后天性麻痹性斜视患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	证型	例数	治愈	好转	未愈	总有效
治疗组		30	12 (40.0)	16 (53.4)	2 (6.6)	28 (93.3)
	风邪袭络	5	3 (60.0)	2 (40.0)	0	5 (100)
	风痰入络	17	3 (17.6)	12 (70.5)	2 (11.7)	15 (88.2)
	肝风内动	8	6 (75.0)	2 (25.0)	0	8 (100)
	外伤瘀滞	0	0	0	0	0
对照组		30	3 (10.0)	17 (60.0)	10 (33.3)	20 (66.7)
	风邪袭络	9	1 (11.1)	5 (55.6)	3 (33.3)	6 (66.7)
	风痰入络	14	1 (7.1)	10 (71.4)	3 (21.4)	11 (78.5)
	肝风内动	5	1 (20.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	2 (40.0)
	外伤瘀滞	2	0	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)

4 讨论

后天性麻痹性斜视是眼科临床上的常见病和多发病, 常继发于代谢性疾病、血管性疾病、炎症、外伤、肿瘤疾病。有研究对 116 例后天性麻痹性斜视患者进行病因分析, 发现其主要病因依次为糖尿病 (23.28%)、颅脑外伤 (19.83%)、血管性疾病 (17.24%)、眼眶外伤 (13.79%)、炎症 (10.35%)^[4]。另有研究发现, 血管病因素引起的后天性麻痹性斜视占 48.1%^[5]。目前对于麻痹性斜视的治疗西药多应用弥可保、维生素 B₁₂、肉毒素以及复方樟柳碱等药物, 但可能有上睑下垂、垂直斜视、复视等副作用^[6-9]。手术治疗麻痹性斜视的临床报道较少, 但此种手术不易量化、手术后远期眼位回退, 睑裂变小, 手术分离范围广, 容易导致眼前段缺血等缺点^[10]。

中医学古代文献中就有麻痹性斜视症状的记载, 如《诸病源候论》曰“目是五脏六腑之精

气, 人脏腑虚而风邪入于目, 睛不正则偏视”。眼肌在五轮中属肉轮, 在脏为脾, 脾主肌肉。脾气亏虚, 痰浊内生, 风邪外袭, 夹痰阻络或者外伤后气血瘀滞, 导致目斜。临床中采用中医药及针刺疗法治疗本病均取得了较好的疗效^[11-14]。

本研究结果显示, 针刺联合西药治疗可有效改善患者眼部症状, 且治愈率与总有效率均显著高于常规西药治疗 ($P < 0.05$)。本研究所选择的穴位为局部取穴结合远端取穴。眼部取穴会直接兴奋麻痹的眼外肌, 提高支配眼肌运动神经的兴奋性, 最大程度促使麻痹肌恢复功能; 远端辨证取穴, 可调理脏腑、疏通经络气血。由于本研究样本量有限、观察周期较短, 未能对远期疗效及不同中医证型患者的疗效差异进行分析, 在今后的研究中应扩大样本量、延长治疗与随访时间, 对针刺治疗的疗效进行评价。

参考文献

- [1] 何守志. 临床眼科学 [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2001: 794.
- [2] 中华医学会眼科分会斜视与小儿眼科学组. 我国斜视分类专家共识 (2015 年) [J]. 中华眼科杂志, 2015, 51 (6): 408-410.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京: 南京大学出版社, 2012: 95.
- [4] 张沧霞, 陈宝刚, 胡冰, 等. 后天麻痹性斜视 116 例病因分析 [J]. 眼科新进展, 2008, 28 (5): 356-360.
- [5] 石慧君, 张铭连. 81 例麻痹性斜视病因分析及中西医结合疗效观察 [J]. 中国中医眼科杂志, 2011, 21 (6): 337-338.
- [6] 夏群, 杨建. 弥可保和维生素 B₁₂ 治疗眼肌麻痹性斜视 [J]. 眼科新进展, 2005, 25 (4): 160-161.
- [7] 孙时英, 吴国夷, 苏玉民. A 型肉毒毒素治疗麻痹性斜视 [J]. 眼科新进展, 2002, 22 (8): 250.
- [8] 潘敏敏, 张小茹, 赵晓婷. 复方樟柳碱 II 号治疗眼肌麻痹性斜视 114 例 [J]. 洛阳医学学报, 2001, 9 (1): 35.
- [9] 付景珂. 弥可保穴位注射治疗后天性麻痹性斜视临床观察 [J]. 中国斜视与小儿眼科杂志, 2010, 18 (2): 88-92.
- [10] 杜红, 孙恒, 李宪武. 直肌环扎术在麻痹性斜视手术中的临床应用 [J]. 临床眼科杂志, 2011, 19 (4): 347-348.
- [11] 田凤胜, 杨卫国, 宋惠丽, 等. 针刺治疗糖尿病麻痹性斜视: 随机对照研究 [J]. 中国针灸, 2008, 28 (2): 84-86.
- [12] 刘春辉. 针刺治疗麻痹性斜视 53 例疗效观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34 (10): 1461-1462.
- [13] 彭崇信, 东梅, 郝小波, 等. 眼肌直刺特色疗法治疗麻

痹性斜视的临床疗效研究 [J]. 中国全科医学, 2011, 14 (3): 3415-3416.

针”治疗麻痹性斜视的体会 [J]. 中国全科医学, 2011, 14 (5): 1726-1727.

[4] 张彬, 庞荣, 贾海波, 等. 培土建肌汤配合针刺“四穴八

Clinical Observation on Acupuncture Combined with Western Medicine in Treating Acquired Paralytic Strabismus

MA Hongxia¹, ZHAO Xin¹, LIU Jing²

(1. Beijing First Hospital of Integrated Chinese and Western Medicine Hospital of Beijing, Beijing 100026; 2. Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences)

ABSTRACT Objective To observe clinical curative effect of acupuncture combined with western medicine in treating acquired paralytic strabismus. **Methods** Randomly divided 60 patients with acquired paralytic strabismus into a treatment group and a control group, with 30 cases in each group. The control group accepted compound anisodine injection for subcutaneous injection beside superficial temporal artery and oral administration of neurotrophic drugs. The treatment group accepted acupuncture treatment in addition to the treatment of the control group. Both groups were treated for 4 weeks. Before and after treatment, measured the ocular symptom scores, including eye position deviation, eyeball movement obstacle, diplopia, the first squint angle being greater than the second, compensatory head posture and evaluated the clinical curative effect. **Results** The clinical curative rate in the treatment group was 40.0% and the total effective rate was 93.4%, which in the control group were 10.0% and 66.7% respectively. The total effective rate and curative rate in the treatment group were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the improvement in the total ocular symptom score and diplopia, deviation of eye position, eyeball movement disorder scores were superior to those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupuncture combined with western medicine was superior to simple western medicine in treating acquired paralytic strabismus, and could significantly improve the eye symptom.

Keywords acquired paralytic strabismus; acupuncture therapy; ocular movement disorder

(收稿日期: 2016-12-28; 修回日期: 2017-06-06)

编辑: 焦爽

(上接第 1468 页)

Drug Resistance to Epidermal Growth Factor Receptor Tyrosine Kinase Inhibitor in Non-Small Cell Lung Cancer and Coping Strategy: Discussion based on Yang Deficiency

LIU Lei¹, LI Zhenxiang², XIAO Jun², LIN Jiamao²

(1. Preclinical Medical School, Zhejiang University of Chinese Medicine, Hangzhou, 310053; 2. Cancer Research Institute of Shandong Province)

ABSTRACT Epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor (EGFR-TKI) is a kind of targeted drug for the treatment of non-small cell lung cancer (NSCLC), but almost all patients develop EGFR-TKI resistance. In Chinese medicine, it is believed that Yang deficiency is the leading cause of tumor, which could end up with the internal formation of cancer toxin and promote the formation of tangible excess pathogens. Clinical and experimental studies have shown that the Chinese medicine treatment based on Yang-warming method can inhibit EGFR-TKI resistance and improve the therapeutic effect of EGFR-TKI. The mechanism may be related to the regulation of miRNA gene and estrogen receptor expression, being against tumor heterogeneity and the regulation of tumor microenvironment. Therefore, Yang deficiency is the key pathogenesis of the EGFR-TKI resistance in NSCLC, and the method reinforcing Yang and suppressing Yin is the basic therapeutic way in Chinese medicine to overcome EGFR-TKI resistance.

Keywords non-small cell lung cancer; epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor; drug resistance; Yang deficiency

(收稿日期: 2017-04-01; 修回日期: 2017-05-05)

编辑: 黄健