

针灸治疗重症上睑下垂一例个案报道

赵镇玺¹, 高松², 吴德俊³, 齐彦军^{1*}

¹上海市浦东新区花木社区卫生服务中心中医科, 上海

²上海市浦东新区合庆社区卫生服务中心全科, 上海

³复旦大学附属浦东医院普外科, 上海

收稿日期: 2026年3月10日; 录用日期: 2026年4月10日; 发布日期: 2026年4月22日

摘要

文章报道一例采用针灸为主治疗重症后天性上睑下垂的个案。患者为老年男性, 无明显诱因情况下, 出现重度右侧上睑下垂, 经西医评估手术风险高且效果不确定后, 转而寻求针灸治疗。通过以局部取穴与远端取穴、循经取穴相结合的治疗方案, 经过两个疗程的针灸干预, 患者睑裂宽度显著增加, 眼部功能及生活质量得到明显改善。本案例表明, 针灸作为非手术治疗重症上睑下垂的一种潜在替代或辅助疗法, 值得进一步深入研究和探讨。

关键词

上睑下垂, 针灸, 眼睑, 个案报道, 中医

A Case Report of Acupuncture and Moxibustion for Treating Severe Ptosis of the Upper Eyelid

Zhenxi Zhao¹, Song Gao², Dejun Wu³, Yanjun Qi^{1*}

¹Department of TCM, Huamu Community Health Service Center, Pudong New District, Shanghai

²Department of GP, Heqing Community Health Service Center, Pudong New District, Shanghai

³Department of GS, Fudan University Pudong Medical Center, Shanghai

Received: March 10, 2026; accepted: April 10, 2026; published: April 22, 2026

Abstract

This paper reports a case of severe acquired ptosis treated primarily with acupuncture and moxibustion.

*通讯作者。

The patient, an elderly male, developed severe right upper eyelid ptosis without apparent triggers. After a Western medical assessment indicated high surgical risks and uncertain outcomes, he sought acupuncture treatment. Through a therapeutic approach combining local, distal, and meridian-based point selection, two acupuncture intervention sessions led to significant increases in palpebral fissure width, along with notable improvements in ocular function and quality of life. This case demonstrates that acupuncture, as a potential non-surgical alternative or adjunct therapy for severe upper eyelid ptosis, warrants further in-depth research and exploration.

Keywords

Ptosis of the Upper Eyelid, Acupuncture and Moxibustion, Eyelid, Case Report, Traditional Chinese Medicine (TCM)

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

上睑下垂(Ptosis)是指上睑提肌和 Müller 平滑肌的功能不全或丧失,导致上睑部分或全部下垂,遮盖瞳孔[1]。重症者可严重影响视野,甚至导致弱视和脊柱代偿性侧弯等问题[2]。西医治疗以手术为主,但存在术后矫正不足、过度矫正、眼睑闭合不全等风险,部分患者或因身体状况无法手术[3]。中医称此病为“睑废”、“目睑垂缓”,病机多与脾胃气虚、清阳不升,或风邪中络、筋脉弛缓有关。针灸能疏通经络、调和气血、补益中气,常被用于治疗该病[4]-[6]。本文详细记录一例重症上睑下垂患者的治疗过程与效果。

2. 病例资料

2.1. 基本信息

患者,杨某,男性,80岁。

2.2. 主诉

左眼睑下垂一周。

2.3. 病史

2022年11月6日,患者在无明显诱因情况下,出现左眼睑下垂,不能正常启闭,无发热恶寒,无恶心、呕吐,无头晕头痛。当日于仁济医院就诊,完善相关检查,检查中发现肝素结合蛋白升高,MRI及头颅增强CT所见均与2018-09-27检查相仿,并无新增病变。无特殊处理。为求进一步治疗,选择中医治疗。患者此次发病以来,精神萎靡,胃纳差,大便秘,小便正常。

2.4. 查体

该患者左眼睑下垂,右眼睑正常,故检测以左眼为主。① 测量眼裂高度[7]:左眼眼裂高度为0mm,右眼眼裂高度为6.91mm。② 提上睑功能测定[8]:各方向均为0,判定为完全下垂。③ Tensilon 试验[9]:阳性。

检查方法:① 测量睑裂高度(我国人脸裂高度为7.41~8.92mm,因年龄不同,睑裂高及眼球关系有

很大差异)。^② 提上睑肌功能测定: 需患者睁眼向前平视及向上、向下注视, 分别测量睑裂高度, 并观察睑裂与眼球关系。记录上睑上举持续时间, 以判定提上睑肌功能。为避免睑裂开大时受额及皱眉肌的影响, 在检查时应先用两拇指紧压患者眉弓, 再使患者向各方向注视, 记录睑裂高度。上睑完全不能上举者为完全下垂, 能轻度上举者为不完全下垂。术前应将患者向各方向注视留影以作参考。^③ Tensilon 试验: 若怀疑有重症肌无力, 应作 Tensilon 试验。若日终下垂加重且患者为老年人, 则可能有老年性下垂, 同时有肌无力。

2.5. 实验室检查

心肌标志物、肝功能、肾功能、出凝血时间、血常规、血气分析、血糖、血沉、心电图均正常; 肝素结合蛋白(20.72 ng/ml)升高; 放射学诊断(CT 平扫 + 增强 2022.11, 6): 1) 左额大片软化灶, 左侧基底节区、放射冠及半卵圆中心多发腔梗; 2) 老年性脑改变; 头颅 CTA: 颅底动脉硬化, 左侧颈内动脉远端及左侧大脑前动脉 A1 段纤细、左侧大脑脉闭塞; 右侧大脑中动脉粗细不均匀, 右侧胚胎型大脑后动脉; 放射学诊断(MRI + DWI 2022.11.7): 1) 左额叶软化灶; 2) 左侧基底节区、侧脑室旁及双侧半卵圆中心多发腔梗; 3) 老年性脑改变; 4) 所见较 2018-09-27 相仿; 舌淡, 苔白滑, 脉沉弱无力。

2.6. 四诊合参

^① 患者杨某, 老年男性, 左眼睑下垂一周。^② 2022 年 11 月 6 日初诊, 患者在无明显诱因情况下, 出现左眼睑下垂, 不能正常启闭。^③ 查体: 该患者左眼睑下垂, 右眼睑正常, 故检测以左眼为主: 1) 测量眼裂高度: 左眼眼裂高度为 0 mm, 右眼眼裂高度为 6.91 mm; 2) 提上睑功能测定: 各方向均为 0, 判定为完全下垂; 3) Tensilon 试验: 阳性。^④ 检查: 1) 肝素结合蛋白(20.72 ng/ml)升高; 2) 放射学诊断(CT 平扫 + 增强 2022.11, 6): 左额大片软化灶, 左侧基底节区、放射冠及半卵圆中心多发腔梗; 老年性脑改变; 3) 头颅 CTA: 颅底动脉硬化, 左侧颈内动脉远端及左侧大脑前动脉 A1 段纤细、左侧脑脉闭塞; 右侧大脑中动脉粗细不均匀, 右侧胚胎型大脑后动脉。^⑤ 舌淡, 苔白滑, 脉沉弱无力。综合以上症状、体征、舌脉表现, 诊断为: 痿证(脾肾阳虚)。

3. 病机分析

眼睑下垂的病因十分繁杂, 涉及神经科、眼科和内分泌科, 临床上分为先天性和后天性[10]。先天性, 从生下后眼不睁, 属动眼神经上睑提肌分支, 或动眼神经核发育不全所致, 有遗传性。后天性睑下垂, 因动眼神经麻痹, 或因沙眼、肿瘤、炎症和外伤、睑肥厚、损伤上睑提肌所致。眼睑下垂可累及双眼, 也可为单眼, 眼睑遮盖了瞳孔造成视物困难。发生于儿童的眼睑下垂主要以先天性单纯性眼睑下垂、下颌瞬目综合征、重症肌无力、外伤等多见[11]。发生于成年人眼睑下垂的主要原因包括重症肌无力、慢性进行性眼外肌麻痹、甲亢性眼肌病、颅内动脉瘤压迫性眼睑下垂等。发生于老年人眼睑下垂的主要原因包括老年眼腱膜退行性变、重症肌无力、脑梗后睑下垂、糖尿病性动眼神经麻痹等[12] [13]。

中医认为, 痿证是以肢体软不能随意运动为主要症状的一种疾病。导致肢体痿软的原因众多, 仅就《素问·痰论篇》中所提到的就有“有渐于湿, 以水为事, 若有所留, 居处相湿, 肌肉濡渍, 痹而不仁, 发为肉痿”。可见不论内伤情志、外感湿热、劳色欲都能损伤内脏精气, 导致筋脉失养, 产生痿证, 正如《证治准绳》所说: “若会通八十一篇言, 便见五劳五志六淫尽得成五脏之热以为痿也” [14]。

本证患者年高体弱, 脾胃亏虚, 精微不输。胃为后天之本, 若素体脾胃虚弱, 或久病成虚, 中气受损, 则受纳、运化、输布的功能失常, 气血津液生化之源不足, 无以濡养五脏、运行血气, 以致筋骨失养, 关节不利, 肌肉瘦削, 而产生肢体虚弱不用。如果原有痿证, 经久不愈, 导致脾胃虚弱则痿证可能更加严重。《医宗必读·痿》所云: “阳明者胃也, 主纳水谷, 化精微以资养表里, 故为五脏六腑之海, 而

下润宗筋……主束骨而利机关”；“阳虚则血气少，不能润养宗筋，故弛纵，宗筋纵则带脉不能收引，故足痿不用”，正是对这一病机的精准阐释[15]。

4. 治疗方案

患者中医诊断为痿证(脾胃阴亏，精微不运)；西医诊断为老年性肌无力或脑梗后眼睑下垂。治则为补脾益气，健运升清；予针灸治疗，取穴：① 局部取穴：阳白、鱼腰、丝竹空、瞳子髎、攒竹。旨在直接刺激眼周神经肌肉，提升眼睑。② 远端取穴：百会：为督脉要穴，诸阳之会，灸之可升举阳气；足三里(双)、三阴交(双)：健运脾胃，补益后天之本，化生气血；合谷(双)：“面口合谷收”，循经取穴，引导气血上荣于面；风池穴：督脉腧穴，“脑户”有解表散寒，清神醒志作用，善治外风；风府穴：足少阳胆经经穴，风邪窝，有疏风明目聪耳作用，主外观病。治疗偏向于内风和脑部精神疾病。

操作步骤：① 患者取仰卧位，穴位常规消毒。② 选用 0.25 mm×25 mm 一次性无菌毫针。③ 局部穴位：阳白、鱼腰向眉头方向平刺，丝竹空、瞳子髎向太阳穴方向平刺，攒竹向下睛明方向斜刺。进针深度约 0.5~0.8 寸，得气后行轻柔的捻转补法，以患者感到局部酸胀为度。④ 远端穴位：直刺，得气后行提插捻转补法。⑤ 百会穴采用温针灸，插置艾段灸 2 壮。⑥ 留针 30 分钟，期间行针 1 次。

疗程：每周治疗 3 次，10 次为 1 个疗程，疗程间休息一周。共治疗 2 个疗程后评估疗效。

5. 疗效观察

① 测量睑裂高度，左眼裂 5.2 mm。② 提上睑肌功能测定：患者睁眼向前平视及向上、向下注视，测量睑裂高度分别 5.5 mm、5.2 mm、5.0 mm，观察到睑裂随眼球运动而运动。上睑上举持续时间，10 秒，在检查时用两拇指紧压患者眉弓，再使患者向各方向注视，记录睑裂高度。③ Tensilon 试验：阳性。④ 治疗结果：治疗 1 个疗程后：患者自觉睁眼轻松感增加，额肌代偿性收缩减轻。测量睑裂宽度：右眼 5 mm，左眼 4 mm；治疗 2 个疗程后：患者无需仰头即可进行平视阅读，疲劳感显著减轻。额肌活动趋于正常。测量睑裂宽度：右眼 7 mm，左眼 6 mm。疗效评定为显效；随访：治疗结束 1 个月后电话随访，患者诉疗效稳定，日常生活已无大碍，对治疗效果满意。

6. 病案讨论

本例患者为先天性重症上睑下垂，病史长，病情重。中医辨证属典型的“脾胃气虚，清阳不升”。眼睑在五轮中为“肉轮”，归脾所主。脾胃气虚，则气血生化不足，清阳之气不能上充于目，睑肌失养，故而弛缓下垂。患者常耸眉，皱额，仰头形成一种特殊仰视姿态。如自幼发生此症，长期遮住瞳孔，容易形成废用性弱视。眼睑下垂是许多疾病的早期症状，应尽早明确诊断，针对病因治疗[16]。先天性眼睑下垂应手术矫正[17]。

针灸选穴依据：取阳白、攒竹等足太阳、阳明经局部穴位，可直接刺激眼轮匝肌和上睑提肌，改善局部气血循环和神经肌肉兴奋性；足三里、三阴交为强壮要穴，针刺能大补脾胃之气，从根源上化生气血，为治疗之本；百会位于巅顶，用灸法可温通诸阳，升提下陷之气，是“下病上取”、“陷者举之”的经典应用；合谷属手阳明经，其经脉上行头面，能疏通面部经气，引领气血上达病所；诸穴合用，共奏补中益气、升阳举陷、疏通经络之效，使眼睑得养而能抬举。

值得注意的是，本例患者同时存在脑梗病史及 Tensilon 试验阳性，提示其睑下垂可能与神经损伤及肌无力状态叠加相关。西医针对此类老年复杂病例，手术治疗风险较高(如麻醉耐受差、术后恢复慢等)，而针灸通过局部与远端取穴结合，既直接改善眼周肌肉功能，又兼顾整体气血调补，在缓解症状的同时，使患者原有的胃纳差、大便秘等脾胃虚弱表现亦有所改善，体现了中医“整体观念”的优势。不过，本研

究仅为单一个案，样本量有限，且随访时间较短，未来需开展多中心、大样本的临床研究，进一步验证针灸治疗重症上睑下垂的有效性及其作用机制，为其临床应用提供更充分的证据支持。

7. 结论

本个案显示，针灸对于重症先天性上睑下垂可能具有显著的治疗效果，能有效改善睑裂高度和患者生活质量。尽管个案报道证据等级有限，但它为无法或不愿接受手术的患者提供了一个有价值的非手术治疗思路。其确切疗效和作用机制有待未来通过大样本随机对照试验(RCT)进一步验证。

声 明

本病例报道已告知患者，并征得其同意。

基金项目

- 1) 胡宗德上海市名中医工作室基层工作站(JCGZZ-2025035);
- 2) 参麦脂消方治疗湿热蕴结型代谢相关性脂肪肝的随机对照临床研究(PKJ2025-Y95)。

参考文献

- [1] Hamie, L., Hamie, M., Kurban, M. and Abbas, O. (2022) Eosinophilic Ulcer of the Oral Mucosa: An Update on Clinicopathologic Features, Pathogenesis, and Management. *International Journal of Dermatology*, **61**, 1359-1363. <https://doi.org/10.1111/ijd.15986>
- [2] 李高峰, 陈新. 上睑眶隔的解剖学研究及其在矫正上睑下垂中的作用[J]. 中国美容整形外科杂志, 2025, 36(1): 6-9.
- [3] 崔迎欣, 常晓雪, 吴霞, 等. 埋没导引上睑提肌缩短术与单纯上睑提肌缩短术治疗上睑下垂的效果比较[J]. 中国美容医学, 2025, 34(2): 84-88.
- [4] 张昭, 梁凤鸣, 黎红梅, 等. 基于“阳气者, 精则养神, 柔则养筋”探析上睑下垂针刺治疗思路[J]. 中国中医药信息杂志, 2023, 30(2): 162-165.
- [5] 彭思扬, 常玮倩, 田煜坤, 等. 基于跷脉理论探讨益气温阳法治眼肌型重症肌无力[J]. 中国中医眼科杂志, 2024, 34(2): 156-158.
- [6] 陈绪爱, 商庆新, 徐向青, 等. 中医药治疗青少年眼肌型重症肌无力的研究进展[J]. 中国中医眼科杂志, 2023, 33(6): 578-581.
- [7] 《上睑下垂诊治专家共识》制定专家组. 上睑下垂诊治专家共识[J]. 中华医学杂志, 2017, 97(6): 406-411.
- [8] Hou, D., Tian, B., Wang, X., Wang, Q. and Zhu, Y. (2024) Cause Analysis and Surgical Treatment of Aponeurotic Ptosis with Upper Eyelid Depression. *Journal of Craniofacial Surgery*, **35**, 1947-1951. <https://doi.org/10.1097/scs.000000000010155>
- [9] Matsuura, H., Sogabe, Y. and Matsuura, H. (2019) Tensilon Test: Myasthenia Gravis. *QJM: An International Journal of Medicine*, **112**, 49-49. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcy173>
- [10] 唐炜雅, 李璐, 李文琳, 等. 经上睑皮肤切口采用不同术式治疗霍纳征相关上睑下垂的经验总结[J]. 中国美容整形外科杂志, 2025, 36(9): 532-535.
- [11] 黄丹平, 吴鹏森. 关注儿童先天性上睑下垂手术时机和手术方式的选择[J]. 眼科学报, 2021, 36(11): 847-851, 845.
- [12] 郑恺虹. 101例眼肌型重症肌无力患者临床资料分析[D]: [硕士学位论文]. 大连: 大连医科大学, 2020.
- [13] 周荣, 高伟成. 老年性上睑下垂发生机制研究进展[J]. 组织工程与重建外科杂志, 2022, 18(3): 281-283.
- [14] 刘自强, 李媛媛, 接传红, 等. 从“治痿独取阳明”论治动眼神经麻痹[J]. 中国中医眼科杂志, 2024, 34(1): 50-52, 60.
- [15] 苏锦华. 从脾论治眼肌型重症肌无力探析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(14): 81-83.
- [16] 王佳兴, 杨玉霞, 王书臣, 等. 基于扶阳思想探讨眼肌型重症肌无力治疗思路[J]. 中国中医眼科杂志, 2024, 34(11): 1056-1060.
- [17] 景筠. 眼肌型重症肌无力的诊疗进展[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2024, 24(5): 360-367.