



眼皮顫動及面部神經障礙 — 身體比大腦更早知道答案

施尚伯

百善堂中醫診所

摘要

本文報告主要探討以「眼皮顫動」為主訴，且合併顏面或神經相關症狀之患者，探討其病因病機、診斷及中西醫整合治療策略。三例中兩例呈現不同程度的眼皮顫動，一位患者以顏面麻木為主訴，並伴隨頸項僵硬、下焦氣化失常或月經異常。西醫對應診斷涵蓋眼瞼肌束顫動^[1]、良性眼瞼痙攣^[2,3]、半側顏面痙攣^[4,5]、Bell's palsy^[6-8]及第三對腦神經麻痺^[9,10]；中醫辨證則屬濕熱內蘊、肝風內動、心腎不交、經絡痺阻。治療以疏風清熱、調肝益腎、活血通絡為主，並配合針灸、小針刀等方法鬆解頸源性張力^[11,12]。結果顯示大部分症狀獲得緩解或改善，惟其中一例因疑似第三對腦神經麻痺徵象而需轉介神經內科評估。本文結論認為：眼皮顫動不應視為單純民俗吉凶，而應視為神經與經絡失衡的早期警訊；中西醫結合診療能提升療效，亦呼應「未病先治」的臨床意義。

關鍵字：眼瞼肌束顫動、良性眼瞼痙攣、半側顏面痙攣、Bell's palsy、第三對腦神經麻痺、肝風內動、經絡痺阻、中西整合

壹、前言

眼皮顫動在民間常以「左眼跳財、右眼跳災」來解釋，隱含文化意義。然而臨床經驗顯示，它更常是神經或經絡異常的早期訊號。西醫觀點中，眼瞼肌束顫動多為良性，與疲勞、壓力、咖啡因過量相關，但若持續、擴大或合併紅旗徵象（眼皮下垂、複視、瞳孔異常、進展性面癱），則必須考慮神經疾病。中醫則將其視為氣血失和、經絡阻滯或肝風內動的徵兆，屬於「未病先兆」的臨床反應。本文藉由三則病案，呈現眼皮顫動或顏面麻痺的臨床多樣性，並提出中西醫整合的診治觀點。

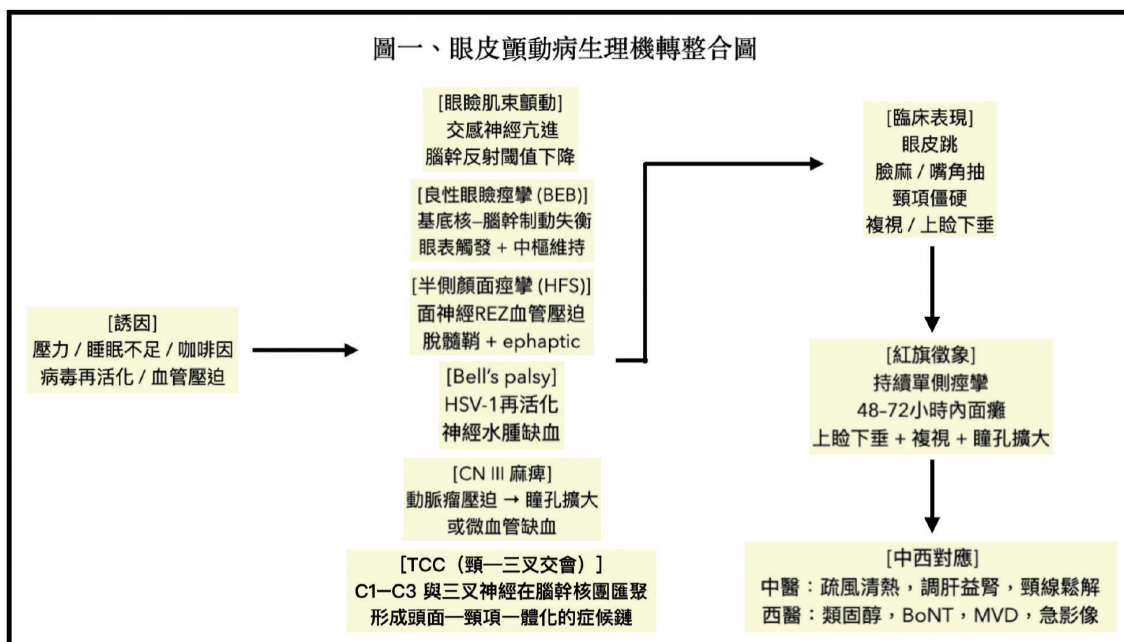
貳、該疾患之病因病理（西醫觀點）

- 眼瞼肌束顫動：交感神經亢進、腦幹反射閾值下降，常與壓力、咖啡因、睡眠不



足相關，多屬自限性〔1〕。

- 良性眼瞼痙攣 (BEB): 屬顱面局灶性肌張力不全，基底核—腦幹反射抑制失衡，眼表炎症或畏光為觸發因素，中樞神經可塑性為維持因子〔2,3〕。
- 半側顏面痙攣 (HFS): 多由血管壓迫面神經根出口區，造成脫髓鞘與異位放電〔4,5〕。
- Bell's palsy: HSV-1 再活化引起炎性水腫，於顱骨管道中造成壓迫性缺血〔6-8〕。
- 第三對腦神經麻痺 (CN III palsy): 由動脈瘤壓迫或微血管缺血導致〔11,12〕。
- TCC (頸—三叉交會): C1-C3 與三叉神經在腦幹核團匯聚，形成頭面—頸項一體化的症候鏈〔11,12〕。



圖一 眼皮顫動病生理機轉整合圖

顯示從常見誘因（壓力、睡眠不足、咖啡因、病毒再活化、血管壓迫），進展至不同病理機轉（眼瞼肌束顫動、良性眼瞼痙攣、半側顏面痙攣、Bell's palsy、第三對腦神經麻痺），再表現為臨床症狀。若進一步出現紅旗徵象（持續單側痙攣、48-72 小時內面癱、上瞼下垂伴複視及瞳孔擴大），則需立即依循中西醫對應策略（類固醇、BoNT（肉毒桿菌毒素）、MVD（顯微血管減壓術）、急影像檢查；或中醫疏風清熱、調肝益腎、針刀頸線鬆解）處理。

參、臨床表現

眼皮顫動可為多種神經性疾患的早期徵象，其病理涵蓋中樞與周邊神經軸線，



依西醫分類，臨床常見表現如下：

- **眼瞼肌束顫動 (Myokymia)**：臨床表現為單側眼皮輕度顫動、間歇發作，通常為自限性。
- **良性眼瞼痙攣 (BEB)**：兩側眼瞼不自主閉合，常伴畏光、眼部不適。
- **半側顏面痙攣 (HFS)**：單側眼角與嘴角反覆抽搐，初期間歇、進而持續。
- **貝爾氏麻痺 (Bell's palsy)**：短時間內出現單側顏面下垂、閉眼困難等症狀。
- **第三對腦神經麻痺 (CN III palsy)**：上瞼下垂、複視、瞳孔擴大。
常因動脈瘤壓迫或血管病變所致，需緊急處理。

註：瞳孔纖維位於神經周邊，故外在壓迫（如後交通動脈瘤）常累及瞳孔；而微血管缺血型則多瞳孔保留。

- **TCC 放大效應 (Trigemino-Cervical Complex)**：

C1-C3 脊神經與三叉神經脊束核於腦幹交會，構成頭面—頸項的整合中樞，當頸部筋膜張力長期過高時，此神經中樞，易變得更敏感，放大頭面部感覺輸入，進而誘發眼皮跳、顏面麻、頸僵、頸因性頭痛等症狀。

此外，臨床常見的「眼皮顫動」患者，亦可能合併其他自主神經或經絡相關異常症狀，表現複雜且體質不一。

下表為本研究三則個案之主訴、體質與辨證摘要：

表 1 三病案主要臨床特徵比較

病案	性別 / 年齡	主訴	舌脈	辨證	趨勢
一	男 / 31 歲	雙側眼皮跳、頻尿	舌暗紅、苔白潤、有齒痕；脈數濇牢	濕熱下注	向癒
二	女 / 54 歲	右臉嘴麻、手麻、頸僵	舌淡紅、苔白薄；脈數濇牢	風濕阻絡	膠著期
三	女 / 48 歲	右臉僵硬、嘴角抽、左下眼眼皮跳、亂經	舌紅苔少；脈弦濇洪牢	氣血虛 + 肝風	高危波動

註：僅病案一與三主訴中明確出現眼皮跳；病案二雖有顏面症狀，惟未見眼部相關主訴。

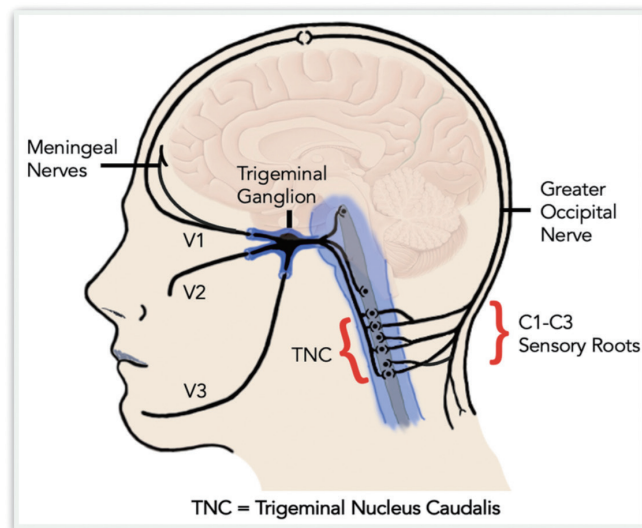
肆、診斷及分類準則

- 西醫分類：肌束顫動、BEB、HFS、Bell's palsy、CN III 麻痺。
- 中醫辨證：濕熱下注、肝風內動、心腎不交、風寒濕痺。
- **紅旗徵象 (Red flag sign)**：持續單側痙攣、進展性面癱（48-72 小時內）、上瞼下垂伴複視 + 瞳孔擴大。



伍、中醫病因病機

- 濕熱內蘊，清陽不升：
下焦氣化失司，則膀胱功能受阻，臨床多見頻尿、尿急；清陽不得上承，目竅失養，則出現眼瞼顫動。此病機與現代醫學所述代謝異常與泌尿系統功能紊亂相關聯。
- 肝失疏泄，肝風內動：
肝主疏泄而司筋，若氣機不暢，則風動於內，筋惕肉瞤、肢體麻木，並可伴隨頭痛眩暈。其病理機轉對應於中樞神經過度興奮與基底核—腦幹制動失衡的臨床觀察。
- 心腎不交，水火失濟：
腎陰不足，不能上濟心火，則心火獨亢，水火失衡，神明失藏，臨床可見失眠、煩躁，進一步加重抽搐症狀。現代研究亦指出，睡眠不足與情志失調是眼瞼肌束顫動的重要誘因。
- 風寒濕邪，閉阻經絡：
經脈瘀阻則筋脈失養，臨床見頸項強直、顏面麻木。此與現代醫學所述三叉—頸神經複合體（trigemincervical complex, TCC）之「會聚與放大效應」相呼應，說明頸源性張力可加重頭面部症狀〔11,12〕。
- 註：三叉—頸神經複合體（trigemincervical complex, TCC）：



圖二 三叉—頸神經複合體（trigemincervical complex, TCC）神經線路圖〔13〕

- 即三叉神經脊束核與上頸神經（C1-C3）在腦幹之交會區域，是整合頭面部與頸項疼痛、張力訊號的重要中樞平台。
研究顯示，頸部筋膜張力、枕部肌肉攣縮可經 TCC 誘發或加劇顏面神經相關症



狀，如眼皮顫動、嘴角抽動、面部麻木等〔11,12〕。

- 小針刀於 C2 夾肌部位鬆解緊張結構，常能顯著改善顏面抽動與頸項僵硬，也有協助神經放電並重置神經電位的作用。（※ 需注意安全性並清楚解剖構造。）

陸、中醫治療思路

- 急性期：疏風清熱、解表通絡（荊防敗毒散、八正散；針風池、大椎、翳風）。
- 非急性期：調肝益腎、活血祛瘀（天麻鉤藤飲、柴葛解肌湯；針顴膠、百會、命門）。
- 緩解期：固本安神、養血補腎（酸棗仁湯、濟生腎氣丸；艾灸神闕、氣海）。

柒、病案例舉

病案一（濕熱下注型）

患者：戴 O 元，男，31 歲。

初診日期：114/06/24

主訴：左眼跳動，後演變為雙側交替（約 6:4），伴頻尿、殘尿、排尿費力，偶有心口疼痛。

四診所見：舌暗紅、苔白潤、有齒痕；脈數濇牢。

治療經過：

- 114/06/24：八正散合參苓白朮散、金鎖固精丸。小針刀後枕部 2 針（完骨—風府中點處，進 0.6-0.8 寸，頸椎旁緣作刺激及瀉電排除）。
- 114/06/30：眼跳仍在但減少，且臉色轉亮，胃痛及腹瀉改善。處方調整為八正散減量、參苓白朮散與白朮增量。

病機分析：

濕熱困脾，下迫於下焦，氣化失司，清陽不升，上竅失養。故臨床表現為眼瞼顫動並伴尿頻、尿急。

預後：治以清熱利濕、健脾升清後，症狀逐步緩解，呈現「向癒」之勢。

表 2 病案一時序表

日期	症狀主訴	舌診 / 脈象	治法與處方	轉歸
114/06/24	左眼跳動，兩側交替（6:4）；頻尿、殘尿、排尿費力；偶心痛	舌暗紅、苔白潤、有齒痕；脈數濇牢	八正散 5g、參苓白朮散 2g、金鎖固精丸 3g、白朮 2g、滑石 3g；小針刀 2 針（後枕部）	症狀稍緩



114/06/30	臉色明亮，胃痛與腹瀉改善；眼跳減少	同前	八正散 3g、金鎖固精丸 2g、參苓白朮散 4g、白朮 4g、滑石 3g	向癒
-----------	-------------------	----	--------------------------------------	----

顯示病案一由眼皮顫動與下焦失調起病，經八正散、參苓白朮散與小針刀後枕部治療後，症狀逐步改善，體現「清熱利濕、健脾升清」之治效。

病案二（風濕阻絡型）

患者：張○芬，女，54歲。

初診日期：114/07/14

主訴：左趾抽筋、右臉麻、手麻、腰薦痠痛，「陰吹」感。07/16 嘴唇腫脹，頸部出現「掣聲」。07/17 症狀稍緩。

四診所見：舌淡紅、苔白薄微黃；脈數濇牢。

治療經過：

- 07/14：方藥甘麥大棗湯合荊防敗毒散、天麻鉤藤飲、知柏地黃丸及黃柏。針灸大椎、天柱、秉風、定喘。
- 07/15-16：症狀緩步改善。方藥同前。續針風府、大椎、天柱。
- 07/17：漸入向癒。配合水藥二號（疏經活血湯）每天一次，共三天。針同前。

病機分析：

風濕之邪外襲，經絡閉阻，氣機不暢；頸項筋膜張力牽動三叉神經系統，因而出現顏面麻木、手麻與頸僵。

預後：症狀改善相對緩慢，屬「膠著期」，需持續治療與觀察，方能轉趨穩定。

表 3 病案二時序表

日期	症狀主訴	舌診 / 脈象	治法與處方	轉歸
114/07/14	左趾抽筋；右臉 / 口麻；手麻；腰薦痠痛；陰吹感	舌淡紅、苔白薄；脈數濇牢	甘麥大棗湯 5g、荊防敗毒散 2g、天麻鉤藤飲 3.5g、知柏地黃丸 3.5g、黃柏 2g；針灸大椎、天柱、秉風、定喘	稍穩
114/07/15-16	嘴唇腫脹，頸部「掣聲」；症狀仍有	舌苔微黃	方藥同前；續針大椎、天柱、秉風	緩步改善
114/07/17	症狀改善，臉麻減輕	—	配合水藥二號（疏經活血湯）每天一次，共三天；針同前	膠著期，漸入向癒



顯示病案二自臉麻、手麻、腰薦痛起病，舌淡紅苔白薄，風濕阻絡，病程改善緩慢。以針灸與祛風化濕藥物並行，逐步減輕症狀。

病案三（氣血虛夾肝風型，高危波動）

患者：衛○宜，女，48歲。

初診日期：114/03/29

主訴：突發右臉僵硬，右顛頂痛；04/02 嘴角抽動轉為麻，左眼皮難睜，伴坐骨神經痛；04/07 抽搐頻率下降，精神轉佳；04/14-30 症狀波動，仍有間歇頭皮痛。

四診所見：舌紅苔少或白潤交替；脈弦濇或洪牢。

治療經過：

- 03/29：荊防敗毒散、柴葛解肌湯。針上關、顴膠、命門、腎俞。
- 04/02-04/04：症狀波動。方藥轉為麻黃附子細辛湯、黃連解毒湯、抑肝散。針加百會、前頂。
- 04/07-14：部分改善。當歸龍薈丸、清上蠲痛湯、濟生腎氣丸。針命門/腎俞。
- 04/17-30：方藥改為濟生腎氣丸、真人活命飲。水煎藥吳茱萸合青黛等藥材。持續針灸。

病機分析：

氣血不足，無以濡養筋脈，致肝風內動；**頸胸腰張力軸相互牽連**，標實夾虛，導致症狀反覆波動。

預後：雖部分症狀改善，但仍出現左眼瞼開合困難，疑涉第三對腦神經麻痺，屬「**高危現象**」，需進一步影像學檢查，以防中樞病變。

表4 病案三時序表

日期	症狀主訴	舌診/脈象	治法與處方	轉歸
114/03/29	右臉僵硬、右顛痛；睡眠延長；L3-5 術後緊	舌紅苔少；脈弦濇	荊防敗毒散、柴葛解肌湯；針上關、顴膠、命門、腎俞	稍緩
114/04/02-04	嘴角抽轉麻；左眼皮難睜；右小腿抽搐	舌紅白潤苔；脈沉緊	麻黃附子細辛湯、黃連解毒湯、抑肝散；針加百會、前頂	波動
114/04/07-14	抽動頻率下降；精神轉佳；月經延後且少	舌紅白潤苔；脈沉濇緊	當歸龍薈丸、清上蠲痛湯、濟生腎氣丸；針命門/腎俞	部分改善



114/04/17-30	右顴眉緊痛；左側吹冷氣頭痛；腰部神經壓迫感	舌苔白厚；脈洪牢減	真人活命飲、濟生腎氣丸；水煎藥（吳茱萸、青黛等）；針持續	高危波動 ，需影像檢查
--------------	-----------------------	-----------	------------------------------	--------------------

顯示病案三為氣血虛夾肝風，病程波動反覆，含臉僵、嘴角抽、左眼皮難睜，並伴腰椎術後影響。治療過程涵蓋疏風清熱、**溫經通陽**與調肝熄風，最終因疑及**CN III 麻痺**需影像檢查。

捌、結論

表 5 眼皮顫動相關症狀之中西醫診療對照表

臨床症狀 / 表現	西醫可能診斷與機轉	中醫辨證要點	中西治療對應
間歇性眼皮跳，無其他神經徵象	眼險肌束顫動 ：交感高張、疲勞、咖啡因	濕熱內蘊、清陽不升	西醫：休息、減咖啡因；中醫：八正散、參苓白朮散；頸項放鬆
持續雙眼不自主閉合 / 畏光	良性眼險痙攣 (BEB) ：基底核—腦幹制動失衡	肝風內動、氣機失疏	西醫：BoNT 注射；中醫：天麻鉤藤飲、柴葛解肌湯；針顴膠、百會
頸僵、顛頂牽扯感	TCC 放大效應	經絡痺阻、風寒濕痺	西醫：復健、姿勢矯正；中醫：針刀項線（C2 夾肌）、活血祛風藥
單側臉部陣發性抽動	半側顏面痙攣 (HFS) ：面神經血管壓迫	經絡痺阻、風濕阻絡	西醫：BoNT 或顯微血管減壓；中醫：荊防敗毒散、祛風通絡；針大椎、天柱
單側面癱 48-72 小時內進展	Bell's palsy ：HSV-1 再活化 → 神經水腫	風寒阻絡、心腎不交	西醫：72 小時內類固醇 ± 抗病毒；中醫：麻黃附子細辛湯、柴胡清肝湯；針翳風、頰車
上瞼下垂、複視、瞳孔擴大	CN III 麻痺 ：動脈瘤壓迫或缺血	氣血虛、肝風內動	西醫：急影像、排除動脈瘤；中醫：當歸龍薈丸、清上蠲痛湯；針百會、命門



系統整理眼皮顫動相關症狀之西醫診斷與病理機轉、中醫辨證要點，以及中西治療對應，顯示雙方治療思路可互補，特別是在「**紅旗辨識 + 體質調理**」的整合策略上。

臨床上應特別警覺以下紅旗徵象，以辨別病勢輕重，避免延誤治療：

1. 單側持續性眼瞼抽動，症狀未隨休息緩解；
2. 48-72 小時內進展性面癱；
3. 上瞼下垂合併**複視與瞳孔擴大**（可能提示第三對腦神經受損）。

若出現上述徵象，應儘速安排影像學檢查並啟動轉介流程，以排除**顱內壓迫或中樞神經病變**。在急症處理階段，中醫亦可依「急則治其標」原則，透過針灸、疏風、鬆解頸源張力等方法，緩解神經壓迫與張力過度反應；病勢穩定後，進一步依「緩則治其本」策略，施以調肝益腎、健脾升清、活血通絡之法，強化體質、預防復發。

此外，本研究案例顯示，「眼皮顫動」橫跨良性與嚴重神經病變的光譜。

1. 病理連續性：從良性肌束顫動^[1]，到 BEB^[2,3]、HFS^[4,5]，再到 Bell's palsy^[6-8] 與 CN III 麻痺^[11,12]，其機轉依次涉及交感亢進、基底核制動失衡、周邊神經壓迫、病毒炎症與血管性病因而。
2. 中醫病機呼應：濕熱內蘊、肝風內動、心腎不交、經絡痺阻，分別對應眼表炎症、自律高張、**睡眠障礙**與頸源性張力放大機制^[11,12]。
3. 臨床決策：需先辨識紅旗徵象（如 48-72 小時內出現面癱、上瞼下垂合併瞳孔擴大、或持續單側痙攣），此類表現常提示**顱內動脈瘤壓迫**、中樞神經病變或急性病毒性神經炎等具潛在危險性的病因。若未及時處置，恐導致不可逆之神經損傷甚至危及生命。待急症排除或病勢穩定後，方可進一步進行辨證論治。
4. 中西互補：西醫治療提供時間窗與病因校正（類固醇、BoNT、MVD、急影像）；中醫則調整體質、鬆解頸源性張力，提升恢復與生活品質。
5. 研究展望：未來可透過病例登錄與隨機對照試驗，結合臨床指標與神經生理測試，建立標準化的「**中西整合診療流程**」。

綜合而言，「眼皮顫動」可視為機體先於意識層面所發出的**早期警訊**。若僅以民俗「左吉右凶」視之，易流於迷信；然透過中西醫整合診療，則能賦予其科學與臨床意義，作為辨識全身性病機與神經學異常的重要徵象。此舉不僅能提升臨床診斷的敏感度，亦符合「**未病先治**」之預防醫學核心理念。

參考文獻

1. Jafer Chardoub AA, Patel BC. Eyelid Myokymia. [Updated 2023 Aug 8]. In:



- StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-.
2. Wabbels B, Fimmers R, Roggenkämper P. Ultra-Long-Term Therapy of Benign Essential Blepharospasm with Botulinumtoxin A-30 Years of Experience in a Tertiary Care Center. *Toxins (Basel)*. 2022 Feb 7;14(2):120.
 3. Cillino S, Raimondi G, Guépratte N, et al. Long-term efficacy of botulinum toxin A for treatment of blepharospasm, hemifacial spasm, and spastic entropion: a multicentre study using two drug-dose escalation indexes. *Eye*. 2010;24:600-607.
 4. Chopade TR, Lui F, Bollu PC. Hemifacial Spasm. [Updated 2024 Jan 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-.
 5. Sharma R, Garg K, Agarwal S, et al. Microvascular decompression for hemifacial spasm: A systematic review of vascular pathology, long term treatment efficacy and safety. *Neurol India*. 2017 May-Jun;65(3):493-505.
 6. Gronseth GS, Paduga R; American Academy of Neurology. Evidence-based guideline update: steroids and antivirals for Bell palsy: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2012 Nov 27;79(22):2209-2213.
 7. Chen N, Zhou M, He L, Zhou D, Li N. Acupuncture for Bell's palsy. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2010 Aug 4;2010(8):CD002914.
 8. Kim JI, Lee MS, Choi TY, Lee H, Kwon HJ. Acupuncture for Bell's palsy: a systematic review and meta-analysis. *Chin J Integr Med*. 2012 Jan;18(1):48-55.
 9. Modi P, Arsiwalla T. Cranial Nerve III Palsy. [Updated 2023 Jul 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-.
 10. Payne WN, Blair K, Barrett MJ. Anisocoria. [Updated 2023 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-.
 11. Bartsch T, Goadsby PJ. The trigeminocervical complex and migraine: current concepts and synthesis. *Curr Pain Headache Rep*. 2003 Oct;7(5):371-376.
 12. Bogduk N, Govind J. Cervicogenic headache: an assessment of the evidence on clinical diagnosis, invasive tests, and treatment. *Lancet Neurol*. 2009 Oct;8(10):959-968.
 13. Eli B, Friction V, Sangalli L, Dudhat D, Friction J. Football Sport Injuries and the Temporomandibular Complex. *Aca J Spo Sci & Med*. 2024 Dec;2(4):1-10.



通訊作者：施尙伯

聯絡地址：新北市板橋區新海路 344 號

聯絡電話：0939814717

E-mail：darkdirx@gmail.com

受理日期：2025 年 9 月 9 日；接受日期：2025 年 10 月 29 日