

● 医案医话 ●

针刺治疗同向性偏盲验案1则

蒙璐¹, 路明²

(1. 天津中医药大学, 天津, 300193;

2. 天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300193)

[关键词] 同向性偏盲; 眼针; 醒脑开窍针刺法; 验案

[中图分类号] R246.82 [文献标识码] B DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.053

同向性偏盲是脑卒中的常见并发症, 本病常以视物模糊、视物缺损等眼部症状为首发, 严重影响患者日常生活, 甚至造成心理障碍。中医学称本病为“暴盲”, 始见于《证治准绳·杂病·七窍门》: “平日素无他病, 外不伤轮廓, 内不损瞳神, 倏然盲而不见也。”^[1] 本病多因暴怒惊恐、脾虚湿蕴、外感邪热、肝肾亏虚等致脉络瘀阻, 猝然出现一眼或双眼视力急剧下降。急性期西医治疗以抗血小板聚集、改善脑代谢及脑循环等基本治疗方法为主, 对于恢复期的功能改善则以视觉辅助及视觉训练方法等客观干涉为主, 缺少体化性治疗。中医注重辨证论治, 治疗方法独具特色。现将使用醒脑开窍针刺法结合局部眼针治疗同向性偏盲的验案1例介绍如下。

丁某, 女, 52岁, 2016年12月2日初诊。主诉: 双眼左侧视物模糊2d。患者于2016年11月30日晚上无明显诱因出现双眼左侧视物模糊, 当时神清, 无头晕、头痛、胸闷憋气、二便失禁等症, 休息后未缓解。遂就诊于天津中医药大学第一附属医院门诊, 查颅脑CT示: 右枕叶梗死灶, 右丘脑、双侧基底节区软化灶。诊断为脑梗死。刻诊: 患者神清, 精神可, 双眼左侧视物模糊、干涩, 纳可, 寐安, 二便调。舌暗有瘀斑、苔黄, 脉沉弦。查体: 双侧瞳孔等大等圆, 对光反射存在, 眼球运动正常, 视野检查患者双眼左侧同向性偏盲, 眼底无异常。双侧肢体肌力正常。既往有高血压病病史。西医诊断: 偏盲; 中医诊断: 暴盲; 辨证: 气血瘀阻证。治以行气活血, 通窍明目。针刺以眼针局部穴位为主, 结合醒脑开窍针刺法及头针疗法。主穴: 人中、内关(双)、上睛明(双)、球后(双)、承泣(双)、攒竹(双)、四白(双); 配穴: 四神聪、光明(双)、合谷(双)、太冲(双)、足三里(双)、三阴交(双)、枕上正中中线等。操作: 患者仰卧位或坐位, 令其闭目, 常规消毒后, 选用0.25mm×40mm和0.30mm×75mm一次性针灸针, 人中施雀啄泻法, 至眼球湿润为度; 内关施捻转泻法(施捻转手法第一定义^[2], 即以督脉为中心, 两手指用力方向向心为补、离心为泻); 上睛明左手按压眼球、右手

沿眼眶进针0.5~1.0寸, 至眼球有酸胀感为度, 禁提插捻转; 球后与承泣交替使用, 左手向上按压眼球, 余操作同上精明; 四白右侧眼球向目内眦方向斜刺、左侧眼球向目眦方向斜刺, 进针0.3~0.5寸, 至眼球有酸胀感为度; 攒竹眼眶内缘斜刺0.3~0.5寸, 捻转补法; 光明直刺进针0.8~1寸, 施提插补法; 合谷配合太冲, 行捻转泻法; 风池向鼻尖方向直刺1.8~2.0寸, 施捻转补法; 枕上正中中线沿头皮15°斜刺, 捻转进针1.5寸后快速捻转, 频率240次/min; 余穴施常规手法。每天1次, 留针30min, 14d为1个疗程。疗效(采用视野检查法, 即对比法^[3], 对比治疗前后患者视野变化): 治疗3d后患者诉双眼干涩减轻。1周后患者自觉视物较前清晰。治疗1个疗程后, 检查患者双眼左侧视野均较治疗前扩大, 自觉视野轮廓变宽, 视物更清晰, 色彩感更丰富。出院后继续于医院门诊针灸巩固治疗, 症状控制良好。

按: 本案患者因肝阳上亢、气血逆乱而瘀阻脑络、目中脉络闭阻, 基本病机是脉络瘀阻, 故治以行气活血, 通窍明目。《灵枢·大惑论》载: “五脏六腑之精气, 皆上注于目而为之精。”《素问》载: “凡刺之真, 必先治神”; 目系连目珠, 入于脑; 目者, 心之使也, 神之舍也, 心主血脉、主神志; 故取督脉人中配心包经络穴内关, 开窍醒神, 神动则气行; 肝藏血, 开窍于目, 泪为肝之液, 《内经》载: “肝气通于目, 肝和则目能辨五色” “肝受血而目能视”; 脾为后天之本, 五脏六腑之精气皆禀受于脾气运化, 脾运健旺则精气营血上充于目则明; 肾主水、藏精生髓, 《素问》载: “夫精明者, 所以视万物、别黑白、审长短。”故本病病位在目, 但与心肝脾肾四脏功能失调、气血功能紊乱密切相关。《针灸大成》载: “目之内, 太阳膀胱之所过。目之锐, 少阳胆经。目之上网, 太阳小肠经也。目之下网, 阳明胃经也。然阳明经起于目两旁, 交中, 与太阳、少阳交会于目, 惟足厥阴肝经, 连于目系而已。”太阳、少阳、阳明及厥阴经之经气交汇于眼部, 故取上精明、球后、承泣、四白、攒

竹以疏通眼部经络气血。《灵枢·九针十二原》载：“刺之要，气至而有效”，故针刺四白穴时针尖指向视野偏盲的方向，将经气感应通过一定的针刺手法传导到病变的部位，即气至病所。风池穴为足少阳与阳维之交会穴，太冲为肝经的原穴，光明为胆经的络穴，此3穴可清肝明目。取多气多血之阳明经穴足三里、三阴经交会穴三阴交，补益脾肾，调整全身气血。枕上正中对应枕叶皮质中枢，经过针刺手法及刺激时间累积到一定的刺激量，可以使其刺激信号直接穿过高阻抗颅骨而直接作用于大脑皮质达到激发大脑细胞兴奋的作用，从而促进神经功能的恢复^[4]，改善后循环。四关穴疏通气血瘀滞、清理受蒙之清窍。针刺第1周以人中、内关及头针强刺激为主，眼部针刺以眼球湿润、酸胀感为佳，球后及承泣交替使用；治疗1周后患者诉眼部干涩明显减轻、视物较前清晰，故人中、内关、头针施轻刺激，眼部针刺以酸胀感为度即可；门诊巩固治疗以平刺激为主。以上诸穴配合，共奏行气活血、通窍明目之功，故临床疗效颇佳。

参考文献

- [1] 彭清华,彭俊. 暴盲病名沿革及分化[J]. 中医药学报,2010,28(9):1812-1813.
- [2] 郭闫萍. 醒脑开窍针刺法对针灸治疗中风的贡献[J]. 针灸临床杂志,2007,23(11):1-3.
- [3] 袁援生,陈晓明. 现代临床视野检测[M]. 北京:人民卫生出版社,1999.
- [4] 王薇,杨松堤,宋文安. 孙申田教授头针治疗经验[J]. 针灸临床杂志,2014,30(3):61-63.

第一作者:蒙璐,女,2015级硕士研究生,研究方向:针灸推拿学

通讯作者:路明,女,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中风病及其后遗症的诊疗, E-mail: drluming@163.com

(收稿日期:2018-07-18)

肩关节损伤防治(一)

选择合适的活动方式 肩关节损伤是运动

损伤中最常见的一种,其中“过头动作”如做投铅球等投掷运动时,最容易导致肩关节损伤。此外,棒球、网球、吊单杠、自由泳等,还有一些运动的特殊动作,如羽毛球中的劈杀动作、乒乓球中的拉弧圈动作等也容易导致肩关节损伤。因此,在运动时,要掌握正确的运动姿势,避免不必要的损伤。(http://www.cntcm.com.cn/yskp/2018-07/09/content_46727.htm)

针刺治疗

基底动脉尖综合征验案1则

吴梦晗,谷文龙,孟祥刚,雷云,杜宇征,赵琦
(天津中医药大学第一附属医院,天津,300193)

[关键词] 基底动脉尖综合征;醒脑开窍针刺法;验案

[中图分类号] R246.1 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.054

基底动脉尖综合征(TOBs)是指以基底动脉顶端为中心,双侧大脑后动脉和小脑上动脉组成“干”字结构发生血液循环障碍所致的症候群。本病属中医学“中风病”范畴,多在气血阴阳失衡基础上忧思恼怒、气候变化、久病体虚等引起气血逆乱、上犯脑窍而发。笔者收治1例基底动脉尖综合征患者,在西医常规治疗基础上运用石学敏院士“醒脑开窍”针刺法为主,配合眼部“十字针”法治疗效果显著,现报告如下。

患者,男,61岁,2016年11月4日初诊。主诉:意识不清伴右侧肢体不遂14d。病史:患者于2016年10月21日凌晨6时许,被家属发现昏迷,呼之不应,就诊于天津某医院,查颅脑MRI示:脑干、双侧丘脑区梗死灶(见图1)。颅脑MRA示:①基底动脉局限性管腔轻度狭窄;②双侧大脑脚及双侧丘脑梗死(见图2)。诊断为“基底动脉尖综合征”,予抗血小板、清除自由基、改善脑循环等治疗,经治未见明显好转,故就诊于我院针灸科。刻诊:神志不清,呼之可醒,醒后易入睡,黄昏幻觉6~7次/d,左眼闭合不睁,左眼球向内、向下、向上转动受限,视物重影,语言不清,饮水呛咳,右侧肢体活动不利,鼻饲饮食,睡眠时间倒错,二便调;舌淡、苔白腻,脉弦滑。查体:嗜睡,记忆减退及计算力障碍,醒时对周围环境及人物辨别力差,左眼脸闭合,左眼球外下斜位,左眼球内收位时瞳孔距目内眦8mm,双瞳孔不等大,左:右=5mm:2.5mm,复视,左眼鼻侧偏盲,右上肢肌力Ⅱ级,右下肢肌力Ⅲ级;压眶反射存在,左眼直接、间接对光反射均减弱。洼田饮水试验分级为4级,MMSE计算力评分1分。西医诊断:基底动脉尖综合征;中医诊断:中风病中脏腑(痰浊瘀闭证),治则:醒脑开窍、疏通经络、滋补肝肾、化痰宣闭。拟在西医常规治疗基础上,应用“醒脑开窍”针刺法为主,辅以左眼“十字针”及对症与证的针刺治疗。(1)“醒脑开窍”针刺法。取穴:内关、人中(印堂、上星)、三阴交、下极泉、尺泽、委中。操作:内关直刺13~25mm,行提插捻转泻法1min;人中向鼻中隔方向斜刺7~13mm,雀啄法至眼球湿润为度(神清后以印堂、上星代替人中,印堂直刺);三阴交在下肢功能位时取穴,沿胫骨下缘与皮肤呈45°角向下斜刺