

梁凤鸣针药并用 治疗动眼神经麻痹 1 例

荆宜君, 梁凤鸣

(天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300193)

[关键词] 动眼神经麻痹; 针刺; 中药; 验案; 梁凤鸣

[中图分类号] R246. 6, R277. 75 [文献标识码] B

DOI: 10. 16808/j. cnki. issn1003-7705. 2021. 08. 035

动眼神经麻痹是眼科的常见疾病之一, 常以患眼上睑下垂、除外展位外其余眼球各运动方位均受限等为主要症状, 病因多且复杂。西医治疗动眼神经麻痹采用营养神经、扩张血管药物、糖皮质激素治疗为主, 或采用佩戴三棱镜、手术治疗等方法^[1], 但治疗效果欠佳。在此基础上, 中医通过辨病辨证进行个体化治疗, 采用中药与针刺相结合的治疗方法, 可取得较好的疗效。梁凤鸣教授临床治疗动眼神经麻痹, 采用针刺眼周及远端穴位疏经通络、调和气血, 加之中药祛风除湿、化痰通络, 并配合西药对症支持疗法, 疗效显著, 现介绍其验案 1 则如下。

患者, 男, 17 岁, 主诉: 右眼上睑抬举困难、双眼视物重影 6 d。患者 6 d 前无明显诱因出现右眼上睑抬举困难, 双眼视物重影, 伴双眼胀痛、头痛, 就诊于当地某医院, 查颅脑 CT 平扫、颅脑核磁共振 (MRI)、眼眶轴位 CT 均未见明显异常, 诊断为“右眼上睑下垂”, 予口服甲钴胺、维生素 B₁ 治疗未见好转。后就诊于当地其他中医院, 予针刺、中药治疗, 未见好转, 遂就诊于我院眼科。入院症见: 神清, 精神可, 右眼上睑下垂, 视物重影, 伴双眼胀痛, 余未见明显异常。患者体型盛壮, 纳可, 时有腹胀气, 便溏。舌淡暗、苔厚, 脉弦滑。患者既往高眼压症病史 1 年, 平素滴用他氟前列腺素, 双眼滴用, 2 次/d, 眼压控制一般。专科检查可见: 双眼矫正视力正常, 右眼上睑下垂, 遮盖角膜缘约 3 mm, 红玻璃试验: 阳性。水平分离, 左侧、左上、左下、上侧分离较大, 距离约为 15 cm, 周边影像为左眼。右眼上转、内转、下转均受限。左眼未见明显异常。眼压: 右眼为 24 mmHg (1 mmHg ≈ 0. 133 kPa); 左眼为 23 mmHg。心电图、血常规、生化检查等未见明显异常; 胸部 CT 平扫: 前纵隔胸腺区形态不规则。西医诊断: 右眼上睑下垂; 右眼动眼神经麻痹; 双眼高眼压症; 屈光不正。中医诊断: 上胞下垂, 风痰阻络证。1) 针灸治疗。选穴: 上睛明 (右)、承泣 (右)、阳白、攒竹、太阳、四白、丝竹空、瞳子髎、风池、合谷、内关、足三里、阴陵泉、丰隆、三阴交、太冲 (除特殊标注外均为双侧取穴)。操作: 患者取仰卧位, 嘱患者闭眼后开始针刺, 使用 0. 25 mm×40 mm 毫针, 腧穴局部皮肤常规消毒。针刺上睛明、承泣时, 医师一手固定眼球, 分

别向下、向上轻推, 另一手持针沿眼眶下缘缓缓刺入, 进针约 15 mm, 不进行提插或捻转等任何手法, 以防眶周出血, 留针 30 min。内关、阴陵泉、足三里采用补法; 合谷、太冲用泻法; 其余腧穴常规针刺, 行平补平泻法, 行小幅度提插捻转以得气, 留针 30 min。起针时注意按压上睛明、承泣穴 3~5 min 防止眶内出血。每天 1 次, 每周休息 1 d, 2 周为 1 个疗程。2) 中药汤剂。治以祛风除湿、化痰通络, 采用正容汤合六君子汤加减。方药组成: 羌活 10 g, 防风 10 g, 白附子 6 g, 胆南星 10 g, 木瓜 10 g, 烫水蛭 3 g, 清半夏 10 g, 陈皮 10 g, 炙黄芪 10 g, 党参片 10 g, 炒白术 10 g, 茯苓 10 g, 丹参 10 g, 炙甘草 10 g。每天 1 剂, 水煎, 每次 150 ml, 早晚餐后 30 min 温服。3) 其他疗法。予以甲唑胺片口服, 每次 25 mg, 每天 1 次; 盐酸卡替洛尔滴眼液双眼滴用, 2 次/d, 以降眼压。另外辅以直流电药物透入疗法、鱼腥草滴眼液双眼加压雾化疗法以改善眼部循环, 清利眼目, 营养神经。治疗 3 d 后, 患者眼胀痛较前减轻, 右眼上睑能稍微上抬。治疗 6 d 后, 右眼上睑上抬程度较前改善, 右眼球可稍微向上、向下、向内运动。治疗 9 d 后, 患者右眼上睑抬起正常, 右眼球各方位运动正常, 各方位视物无复视。临床治愈。3、6 个月随访, 未见复发。

按语: 动眼神经, 又称第Ⅲ对脑神经, 由运动纤维和副交感纤维组成, 支配同侧的提上睑肌、内直肌、上直肌、下直肌、下斜肌及瞳孔括约肌、睫状肌等。其结构复杂, 功能容易受其本身、邻近结构病变、全身系统疾病等的影响。本病发病时, 除之前提到的主症外, 还可出现瞳孔散大, 对光反射迟钝甚至消失等。其常见的病因包括脑血管病变、动脉瘤、头部外伤、炎症、肿瘤及内分泌代谢疾病等^[2]。林文等^[3]发现, 动眼神经麻痹病因以脑动脉瘤最为多见, 其次为糖尿病、神经炎、肿瘤、脑干梗死等。

本病可归属于中医学“睑废”“胞睑下垂”“风牵偏视”“目偏视”等范畴^[4]。其病位在目、胞睑, 又属中医学“痿病”范畴。《目经大成》云: “只上下左右两睑日夜长闭而不能开, 攀开而不能眨……以手拈起眼皮, 方能视。”关于本病病因, 《诸病源候论》认为: “若血气虚……所以其皮缓纵, 垂覆于目, 则不能开, 世呼为眵目, 亦名侵风。”《圣济总录》称之为“眼睑垂缓”, 认为其是气血虚弱, 肌腠疏开, 邪客于睑肤之间所致。《赤水玄珠》载: “因先伤于内, 而后感于外, 相兼成病者也。”认为因气血亏虚, 运化失司, 痰湿内生, 阻滞胞睑脉络, 筋肉失去濡养而出现眼皮弛缓。

本案患者形盛体虚, 素体脾胃失调, 脾运不健, 气不化津, 津液不布, 聚湿生痰, 而又复感风邪, 风

痰相结,阻滞经络,客于目系,使眼带失养,弛缓不用,致上胞下垂,并伴眼珠转动不良,目偏视。故辨证为风痰阻络。采用针刺眼周及远端穴位疏经通络、调和气血,加之中药祛风除湿、化痰通络,并配合西药对症支持疗法,疗效显著。

针刺治疗中,由于睛穴“经脉所过,主治所及”的特性,针刺上睛明、承泣、阳白、攒竹、太阳、四白、丝竹空、瞳子髎等近端取穴,得气后可引经络之气聚于眼部,疏通眼部经络,行气活血明目;针刺风池穴可祛风邪;因睑废属于痿病,“治痿独取阳明”,且阳明经为“多气多血”之经,故远端循手足阳明经取穴,选取合谷及足三里,具有健脾益气,濡养筋脉之效;三阴交是肝脾肾三经交汇穴,配合足三里可达益气养血之效;太冲是足厥阴肝经的原穴,肝主一身之气,配合丰隆、阴陵泉以行气化痰;内关为手厥阴心包经之穴,刺之以宁心定神。诸穴配伍,标本兼治,相辅相成,同时健脾行气,使气血生化有源,灌注于目,濡养胞睑,并祛风除湿,化痰通络,疏经通络,疏通眼周气血,共奏提睑开合之效。

中药汤剂予以正容汤合六君子汤加减治疗,治以祛风除湿、健脾行气、化痰通络。正容汤出自《审视瑶函》卷六,称本病属“风木之病”,言“祛风以羌活,化痰须南星,生草清热,秦艽荣筋。面部需白附僵蚕,筋舒急资木瓜、松节”。本方以羌活、防风、白附子、胆南星为君,羌活、防风祛风,胆南星、白附子、法半夏燥湿化痰、祛风止痉;木瓜、水蛭柔筋止痉通络;炙黄芪、党参、炒白术、炙甘草补益脾气,充后天之本,治生痰之源;茯苓、陈皮健脾行气;本病风痰阻络,且患者年少,易于化热,故佐丹参以防化热,并防诸药温燥伤津。全方以祛风除湿、化痰通络为主,健脾行气为辅,风痰兼治,标本兼顾,疗效

颇佳。

动眼神经麻痹在单纯西医治疗过程中,靶向作用欠佳,毒副作用较多^[5]。在中医学辨证论治理论指导下,针刺或中药等各种中医治疗之法可有效提高动眼神经麻痹治疗效果,如李敏^[6]、李伟等^[7]采取针刺治疗;赵斌等^[8]采用针配合中药治疗等,均取得了良好的治疗效果。本文所报道的梁凤鸣教授针药并用治疗动眼神经麻痹的方法可为临床治疗中提供参考。

参考文献

- [1] 王科,段劲峰,王晓莉. 单侧动眼神经麻痹的诊治与预后[J]. 四川医学,2010,31(10):1469-1470.
- [2] 张阳,李俊红. 动眼神经麻痹的定位诊断及治疗进展[J]. 中华眼科医学杂志:电子版,2017,7(3):140.
- [3] 林文,张月辉,詹成. 动眼神经麻痹 74 例病因分析[J]. 中国实用神经疾病杂志,2008,11(11):77-78.
- [4] 曾庆华,彭清华,余杨桂,等. 中医眼科学[M]. 北京:中国中医药出版社 2007:117.
- [5] 杨靖,黄立新,周军,等. 磁共振常规扫描序列结合 3D-FIES-TA 序列对动眼神经麻痹的诊断价值[J]. 中国实用神经疾病杂志,2014,17(9):63-65.
- [6] 李敏. 针刺治疗糖尿病性眼肌麻痹疗效观察[D]. 北京:中国中医科学院,2011.
- [7] 李伟,张如彤,李晓薇. 针刺治疗糖尿病麻痹性斜视 25 例[J]. 云南中医中药杂志,2012,33(5):47.
- [8] 赵斌,韦企平. 针刺联合中药治疗顽固性动眼神经麻痹 15 例[J]. 中国中医眼科杂志,2011,21(3):169-170.

第一作者:荆宜君,女,2018 级硕士研究生,研究方向:中医五官科(眼科方向)

通讯作者:梁凤鸣,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:老年性白内障、中医药及针灸治疗黄斑变性、糖尿病性视网膜病变、视神经病变等中西医结合临床治疗, E-mail:liangfm66@163.com

(收稿日期:2020-12-21)

(上接第 41 页)

参考文献

- [1] XING D,XU Y,LIU Q,et al. Osteoarthritis and all-cause mortality in worldwide populations:grading the evidence from a meta analysis[J]. Scientific Reports,2016,34(6):43-45.
- [2] JOHNSON VL,HUNTER DJ. The epidemiology of osteoarthritis[J]. Best Pract Res Clin Rheumatol,2014,28(1):5-15.
- [3] 杨巧丽,郑好飞,刘颖. 温补肾阳法对人体免疫功能低下的治疗作用探讨[J]. 时珍国医国药,2017,28(4):919-920.
- [4] 王培民,邢润麟. 以痛为枢,截断扭转治膝骨关节炎理论探讨[J]. 南京中医药大学学报,2016,32(6):501-505.
- [5] 郭勇,郭振江. “治骨先治脾”论治骨痹学术经验初探[J]. 中

- 国中医骨伤科杂志,2013,21(1):58-59.
- [6] 易法银. 中医临床医学流派[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,2014:171.
- [7] 李满意,姜玉铃. 肌痹的源流及相关历史文献复习[J]. 风湿病与关节炎,2014,3(9):57-65.
- [8] 陈浩雄,彭力平. 彭力平教授论治膝骨痹的经验[J]. 中国中医骨伤科杂志,2017,25(8):74-75.
- [9] 孙鹏辉,袁普卫,李堪印. 名老中医李堪印运用藤类药物治痹症的经验[J]. 中国中医骨伤科杂志,2020,28(3):75-76.
- [10] 王志宏. 卢敏教授基于“骨正筋柔”理论防治膝骨关节炎的临床经验总结[D]. 长沙:湖南中医药大学,2018:29-30.

(收稿日期:2020-12-18)