

李翔教授中西医结合治疗完全性外直肌麻痹病案报道

刘红信¹ 李翔² 贾正品¹ 柯欣怡¹ 刘雪梅¹ 汪伟¹

【摘要】 本文报道并分析了李翔教授中西医结合治疗完全性外直肌麻痹 1 例的疗效机制。

【关键词】 李翔； 外直肌麻痹； 中西医结合； 病例报道

DOI:10.3969/j.issn.1674-9006.2015.02.018

中图分类号:R77

Case report of professor Li Xiang on treating complete lateral rectus muscle palsy with traditional Chinese medicine and western medicine LIU Hong-ji¹, LI Xiang², JIA Zheng-pin¹, KE Xin-yi¹, LIU Xue-mei¹, WANG Wei¹ (1, Department of Ophthalmology, The Teaching Hospital of Chengdu University of TCM, Chengdu, Sichuan, 610072)

【Abstract】 This paper reported and analyzed the therapeutic mechanism of Professor Li Xiang treating absolute lateral rectus paralysis by integrating traditional Chinese and Western Medicine in 1 cases.

【Key words】 Li Xiang; Absolute lateral rectus paralysis; Combination of TCM and western medicine; Case report

患者:余某,男,52 岁,四川省德阳人。

初诊(2014 年 05 月 12 日):因“左眼外转不能,视物双影 1+ 月”入院。既往糖尿病 6 年、高血压 8 年。患者 1+ 月前因左眼病毒性角膜炎于德阳市人民医院住院治疗,予局部及全身抗病毒、控制血糖等,治疗期间出现左眼外转不能,视物双影,行头颅 CT 检查未见明显异常,诊断为“左眼外直肌麻痹”。予复方川芎嗪注射液静滴、左侧太阳穴樟柳碱注射、维生素 B₁₂ 肌注、监控血压、血糖等治疗,1 月后角膜炎痊愈出院。但左眼外转不能、视物双影仍无明显好转,其后,分别多次于各医院眼科就诊,间断应用复方血栓通胶囊、胞磷胆碱钠片、活血化瘀、营养支持药物治疗无效,故于我院求治,门诊以“左眼外直肌麻痹”收治入院。入院症见:左眼外转不能,视物双影,纳食尚可,二便正常,睡眠一般,口干口苦,舌质暗红,苔黄腻,脉弦滑。眼科检查:双眼视力 0.8(矫正无),双眼光定位准确,上下睑结膜轻充血,角膜透明,晶体 C₁N₁ 混浊,黄斑中心凹光反射消失。右眼各方向运动正常,左眼外转不能,33cm 处角膜映光法查右眼注视左眼内斜约 15°,眼压:右 12.0mmHg,左 14.2mmHg。辅助检查:血常规、心电图、胸部正位平片、黄斑 OCT、眼部 B 超均未见异常。鼻窦、鼻咽 CT 检查无明显异常,生化检查:血糖 7.4mmol/L、甘油三酯 6.15mmol/L ↑、其余正常,血压 145/96mmHg。中医诊断为:1. 左眼目偏斜,2. 双眼圆翳内障,3. 消渴,4. 风眩。西医诊断为:1. 左眼外直肌麻痹,2. 双眼年龄相关性白内障,3. 糖尿病,4. 高血压病 I 级。四诊合参,辨证为风痰瘀阻络。治以祛风化

痰、活血通络,予牵正散加减。

处方:白附子 10g,僵蚕 10g,地龙 10g,全蝎 10g,川芎 15g,葛根 30g,白芍 40g,鸡血藤 30g,防风 29g,钩藤 30g,黄芩 15g,桑白皮 20g,炒稻芽 30g,生甘草 3g。

5 剂,每日 1 剂,水煎,分 3 次口服。

其他治疗:舒血宁 20ml、环磷腺苷葡胺 90mg、胞磷胆碱钠 0.5mg 静滴,每日 1 次;盐酸川芎嗪注射液 40mg 左眼电离子导入、樟柳碱注射 20.2mg 左侧太阳穴、中药(葛根、冰片)眼部熏蒸、针刺(左攒竹透鱼腰、承泣、太阳、合谷、内关)每日 1 次;精蛋白生物合成胰岛素注射液(预混 50R)皮下注射早 18IU、晚 20IU 及米格列醇口服早晚各 25mg 控制血糖、厄贝沙坦片 0.15g 口服日 1 次控制血压。嘱少食辛辣发物,注意休息、睡眠良好,情绪乐观。

1 周后(2014 年 05 月 19 日)患者左眼外转、视物双影有所好转,口干口苦消失,纳食二便正常,睡眠一般,舌质暗红,苔黄,脉弦滑。眼科检查:双眼视力 0.8(矫正无),33cm 处角膜映光法查右眼注视左眼内斜约 10°,眼压:右 12.5mmHg,左 15mmHg,血糖及血压控制正常,余检查同前。仍辨证为风痰瘀阻络,继续原有方案。

2 周后(2014 年 05 月 26 日)患者左眼外转、视物双影明显好转,舌苔由黄腻转为苔黄,纳食尚可,二便正常,睡眠一般,舌质暗红,苔黄,脉弦滑。眼科检查:双眼视力 0.8(矫正无),33cm 处角膜映光法查右眼注视左眼内斜约 5°,双眼压:12mmHg,14.6mmHg。血糖及血压控制正常,余检查同前。仍辨证为风痰瘀阻络。因诸证减轻,舌质仍暗红,苔黄,脉弦滑,故加用伸筋草、丝瓜络增化瘀通络力量。

处方:白附子 10g,僵蚕 10g,地龙 10g,全蝎 10g,川芎 15g,葛根 30g,白芍 40g,鸡血藤 30g,伸筋草 30g,

作者单位:1. 610075, 四川成都, 成都中医药大学硕士研究生;2. 610072,

四川成都, 成都中医药大学附属医院

通讯作者:李翔,教授,E-mail:jeannelxiang@126.com

丝瓜络 30g, 防风 29g, 钩藤 30g, 黄芩 15g, 桑白皮 20g, 炒稻芽 30g, 生甘草 3g。

5 剂, 每日 1 剂, 水煎, 分 3 次口服。

其他治疗: 舒血宁改为 25ml 静滴, 增强活血通络力量。

3 周后(2014 年 06 月 03 日)患者左眼外转正常、视物双影消失, 舌质由色暗红色变为淡红, 纳食二便正常, 睡眠一般, 苔黄, 脉弦。眼科检查: 双眼视力 1.0 (未矫), 33cm 处角膜映光法查左眼内斜 0°。眼压: 右 12mmHg, 左 14.6mmHg。血糖及血压控制良好, 治愈出院。继用中药煎剂、胞磷胆碱钠片口服 1 次 1 片, 1 日 3 次。

随访 3 月, 病情稳定。双眼视力 1.0, 血糖及血压控制良好。

讨论: 外直肌麻痹严重影响外观, 破坏双眼立体觉视功能, 影响生活和工作, 甚至造成心里障碍, 若发展至后期, 则需手术治疗。本例患者分别多次于各医院治疗月余无效, 于我院在应用中西医结合疗法治疗后痊愈, 特报道如下。

外直肌位于眼球颞侧, 起始于蝶骨大翼的外直肌棘和总腱环, 向前止于眼球颞侧角膜缘后 6.9mm。收缩时, 牵拉眼球, 使眼球向外侧转动。与眼球接触弧较长, 可后徙 7~8mm。由展神经支配。外直肌麻痹有先天与后天之分, 前者为先天性发育异常, 后者病因复杂, 多由颅脑外伤、脑膜炎、脑炎、头颅血管性疾病、颅内肿瘤、鼻咽部肿瘤、内分泌障碍(如糖尿病)、代谢障碍、中毒及重症肌无力等引起。任何年龄均可发病, 但多见于成年人, 且无明显性别差异。其主要表现为眼位偏斜, 患眼向麻痹肌作用的相反方向偏斜, 眼球活动障碍, 患眼向麻痹肌作用方面活动受限, 第二斜视角大于第一斜视角, 代偿头位, 头向麻痹肌方向偏斜, 复视、双眼视一为二, (复视象检查确定麻痹肌), 头晕目眩或有恶心呕吐^[1-2]。

直肌麻痹属祖国医学“风牵偏视”、“视一为二”、“视歧”、“目偏视”、“坠睛”、“神珠将反”等范畴^[2]。古书早有记载, 如《灵枢·大惑论》云: “邪中于项, 因逢其身之虚, 其入深, 则随眼系以入于脑, 入于脑则脑转, 脑转则引目系急, 目系急则目眩以转矣, 邪其精, 其精所中不相比也, 则精散, 精散则视歧, 视歧见两物。”《甲乙经》进一步解释道: “目者, 水沟主之。此证谓幼时所患目珠偏斜, 视亦不正, 至长不能愈者。患非一端, 有因脆嫩之时, 目病风热, 攻损脑筋急缩者; 有因惊风天吊, 带转筋络, 失于散治风热, 遂致凝滞经络而定者; 有因小儿眠之窗下亮处, 侧视久之, 遂致筋脉滞定而偏者。凡有此病, 急宜乘病嫩血气未定治之。若至长、筋络血气已定, 不复愈矣。此专言幼患至长不可医者, 非神珠将反急病之比。”《圣济总录》云: “坠睛者, 眼因贼风所吹, 血脉受寒, 贯冲瞳仁, 风寒气随眼带牵拽, 睛瞳向下, 名曰坠睛也反, 日久不治, 瞳仁损陷, 遂致失明。”《证治准绳·杂病·七窍门》: “瞳神背, 六因气偏胜, 风热搏急。其珠斜翻侧转, 白向外, 黑向内也。药不能

疗, 止用拨治, 须久久精熟, 能识其向人何眦, 或带上带下之分, 然后拨之, 则疗在反掌。否则, 患者徒受痛楚, 医者枉费心机。”不仅分析了病因病机, 还进一步提出了“药不能疗, 止用拨治”的治疗方法。近代中医认为本病多由脾胃运化失调, 聚湿生痰, 风痰阻络或外伤致气血淤阻, 致眼带转动失灵而出现目偏视。总之, 本病风邪为其因, 血瘀为其理, 多由外感风邪、气滞血瘀、风痰瘀阻阻滞经络所致^[2-10]。

该患者入院症见: 左眼外转不能, 视物双影, 纳食尚可, 二便正常, 睡眠一般, 口干口苦, 舌质暗红, 苔黄腻, 脉弦滑。四诊合参, 辨证为风痰瘀阻络, 治以祛风化痰、活血通络, 予牵正散加减, 方中白附子、白僵蚕祛风解痉, 化痰散结; 防风、全蝎、地龙、钩藤祛风通络; 川芎、鸡血藤行气活血通络, 遵“治风先治血, 血行风自灭”, 以达“风血同治”之理; 白芍、甘草、葛根缓急止痛; 桑白皮、黄芩宣肺泻热, 祛邪外出; 炒稻芽和中消食, 健脾扶正。诸药配合, 共奏祛风化痰, 化瘀通络之功。2 周后加用伸筋草、丝瓜络以加强舒筋活络之效。另外, 现代研究也证实僵蚕^[11]、地龙^[12]、全蝎^[13]、钩藤^[14]有抗惊厥和镇静的作用, 且全蝎^[13]镇痛, 作用于副交感神经而抑制平滑肌收缩, 川芎^[15]、白芍^[16]、葛根^[12]镇痛解痉。

此外舒血宁^[17]有扩张血管降低血管阻力、改善细胞代谢及功能的作用。盐酸川芎嗪注射液^[18]扩张小动脉, 改善微循环, 活血化瘀, 并对已聚集的血小板有解聚作用, 可加速恢复眼缺血区血管活性物质的正常水平, 缓解血管痉挛, 维持脉络膜血管的正常紧张度及舒缩功能, 增加血流量, 改善血流供应, 促进缺血组织迅速恢复。复方樟柳碱注射液^[19]调节植物神经, 缓解眼平滑肌及血管痉挛, 增加血流量, 改善血流供应。

“直流电药物离子导入”疗法^[20]是使用直流电将药物离子通过皮肤、粘膜或伤口导入体内进行治疗的方法。从体外给药, 避免了口服或注射药物带来的副作用或毒副反应。将药物直接导入局部组织, 使局部组织中药物浓度明显升高, 直流电导入的药物在局部形成“离子堆”, 然后逐渐进入人体内。所以药物在人体内停留的时间比其他给药方法要长, 作用时间也比较长。盐酸川芎嗪注射液采用离子导入方式, 其治疗作用明显增强。

“穴位注射”^[21]是选用中西药物注入有关穴位以治疗疾病的一种方法。它与针刺一样, 可以兴奋多种感受器, 产生针感信号, 通过不同的途径到达脊髓和脑, 产生诱发电位, 这种诱发电位可以有明显的抑制作用。将药物直接注入局部组织, 使局部组织药物浓度明显升高。太阳穴在颞部, 眉梢与目外眦之间, 向后约一横指的凹陷处。主治头痛、目疾, 现代研究表明太阳穴皮下是“三叉神经”和“睫状神经节”的汇集之处, 故可疏通经络、调节周围神经和三叉神经代谢。复方樟柳碱注射液采用太阳穴穴位注射方式, 其治疗作用也明显增强。

眼部中药熏蒸^[22]是借助药力和热力作用于机体

的一种治疗方法。是一种祖国医学最常用的传统外治方法。葛根活血、冰片散透,再借熏蒸之热力,其疏通经络之效倍增,而眼针进一步加强了疏通经络、缓急解痉的作用^[23]。

本例患者曾多次于各医院眼科应用多种药物,治疗效果欠佳,今于我院采取以上中西医结合疗法取得佳效,特此报道,以供参考。

参考文献

[1] 葛坚主编. 眼科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005, 78, 400-415.
[2] 段俊国主编. 中西医结合眼科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2005, 311-313.
[3] 乔松堂,高春丽,郭敬若,等. 中西医结合治疗眼外直肌麻痹 17 例[J]. 江西中医药, 1994, 25(S2):32.
[4] 张五岳,郭素梅. 后天性外直肌麻痹 25 例治疗体会[J]. 郑州大学学报, 2007, 42(4):804-805.
[5] 郑宏. 复方治疗麻痹性斜视临床观察[J]. 河北医药, 2008, 30(11):1838-1839.
[6] 王淑玲. 中西医结合治疗麻痹性斜视的临床观察[J]. 临床眼科杂志, 2002, 10(4):326.
[7] 张玉梅,李二军. 中西医结合治疗麻痹性外斜视 36 例[J]. 河北中医, 2010, 32(12):1854.
[8] 刘昱甫,于本性,王颖. 王颖治疗眼肌麻痹经验[J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 9(8):812-814.
[9] 阎爱民. 眼肌麻痹的中医治疗举隅[J]. 中西医结合眼科杂志, 1996, 14(1):40-45.

[10] 李璇,刘苗. 中西医结合治疗糖尿病并发眼肌麻痹 36 例临床观察[J]. 中医导报, 2014, 20(4):110-111.
[11] 郭晓恒. 僵蚕单体化合物抗惊厥活性[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(17):248-250.
[12] 周秋丽,王涛,王本祥主编. 现代中药基础研究与临床[M]. 天津:天津科技翻译出版公司, 2012:427-429, 1254-1259.
[13] 孔成诚. 不同提取方法全蝎镇痛、镇静、抗惊厥作用的考察[J]. 中国医药科学, 2012, 02(4):39-41.
[14] 黄华. 钩藤生物碱对中枢神经系统的药理作用研究进展[J]. 现代药物与临床, 2013, 28(5):806-810.
[15] 裴艳霞. 川芎的药理作用及临床应用[J]. 中国医药指南, 2011, 9(34):197-198.
[16] 薛建国. 生白芍和酒炒白芍对芍药甘草汤解痉镇痛作用的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2006, 33(5):304-305.
[17] 张雪玲,蔡燕文. 银杏叶注射液治疗糖尿病性眼肌麻痹疗效观察[J]. 吉林中医药, 2013, 33(5):489-490.
[18] 张莉,景宇光,姜大宪. 川芎嗪治疗眼底病[J]. 中医药信息, 1995, 12(64):44.
[19] 江萍,莫纯坚. 中老年人复视 38 例病因分析[J]. 国际眼科杂志, 2005, 5(4):806-808.
[20] 李志英,余杨桂,张淳,等. 直流电药物离子导入法在眼科应用的概况[J]. 中国中医眼科杂志, 1998, 3(8):58-61.
[21] 郭淑芹,任红,曹艳霞,等. 中药穴位注射治疗动眼神经麻痹多中心随机对照研究(英文)[J]. 世界针灸杂志(英文版), 2013, 1(23):9-14.
[22] 吴丹巍,郑军,竺月妹,等. 中药熏蒸联合穴位按摩治疗青少年近视的临床观察[J]. 上海中医药杂志, 2006, 40(7):58-59.
[23] 叶云红. 眼针为主治疗眼肌麻痹 20 例临床观察[J]. 中国针灸, 2000, 20(8):463-464.

(上接第 84 页)

短,症状较重,与急性鼻-鼻窦炎相类似。历代医家对鼻渊的论述可总结为两方面:①新病多由火热所致,如胆热、肺热、痰火;②久病者则可至虚,多见于肺脾气虚、肾阳虚、肾精不足。《素问·至真要大论篇》提出:“赤气后化,流水不冰,热气大行,介虫不复……甚则入肺,咳而鼻渊”。提出因感受了风热、肺经热盛而致鼻渊的病因病机。清代费伯雄《医醇剩义·脑漏》^[5]说:“阳邪外铄,肝火内燔,鼻窍不通,时流黄水,此火伤之脑漏也”。说明肝胆火热是鼻渊的重要病因,感受外邪,胆腑郁热,邪舍鼻窍,正气不足是鼻渊发生的主要病机。鼻渊属湿属热者多,胆热湿热贯穿于鼻渊的全过程。鼻渊病位在鼻,而鼻居头部,肺开窍于鼻,胆热移于脑,胆腑郁热是鼻渊的重要证型。故治疗上宜清胆泻热,散邪通窍,益气扶正。

清胆泻热法治疗急性鼻-鼻窦炎由来已久,本研究实验用中药的处方采用已故著名中医专家熊雨田先生家传验方,历经百余年临床实践,处方由黄芩、栀子、柴胡、苍耳子、辛夷、薄荷、白芷、细辛、川芎、黄芪、川木通、桔梗、茯苓等 10 余味中药组成。方中黄芩苦寒,善“清胆泻热”、“清肺泻热”、“清热燥湿”为君。以柴胡、白芷、苍耳子、辛夷、薄荷、细辛、川芎等共为佐助药。桔梗系“开肺气之药,可谓诸药舟楫,载之上浮”为使药;同时桔梗尚有排脓之功。诸多风药,其性轻扬,利于使全方药力直达头鼻病所。

上述清胆泻热方药的临床疗效观察,透射电镜给

了我们很直观的发现:中药的低、中剂量组及青霉素 V 钾组大鼠鼻黏膜透射电镜视野中有短纤毛存在,而短纤毛又往往是纤毛再生的表现。当炎症损伤时,内质网扩张,基质减少,严重时内质网扩张成囊状。炎症也使线粒体的结构改变,出现线粒体的肿胀变形,内嵴少而短,甚至消失,变为空泡,从而不能为纤毛的正常运动提供足够的能量,使纤毛的活动受限,不能有效地排出鼻腔分泌物。分析来看,清胆泻热汤剂可以有效减轻急性鼻-鼻窦炎大鼠鼻黏膜细胞内质网的扩张和线粒体的肿胀,直至功能逐步恢复正常。内质网扩张减轻后,其所“担负”的功能“蛋白质和脂质的合成、加工、包装和运输”亦逐步恢复正常。线粒体肿胀减轻后,其所“担负”的能量代谢、产生 ATP 功能亦逐步恢复正常,从而使鼻黏液纤毛结构、数量以及功能逐步恢复正常。

4 参考文献

[1] 郭国平. 鼻渊通窍颗粒治疗急性鼻窦炎的疗效观察[J]. 临床合理用药, 2015, 1:89.
[2] 熊大经. 实用中医耳鼻咽喉口齿科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2001:211.
[3] 杨阳,薛金梅,赵长青. 纤毛与慢性鼻. 鼻窦炎关系研究进展[J]. 国际耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 5:296-299.
[4] 叶菁,余洪猛,李华伟,等. 运用 Merocel 止血棉与肺炎链球菌建立大鼠急性鼻腔鼻窦炎模型[J]. 中国耳鼻咽喉科杂志, 2006, 4:214.
[5] 费伯雄. 医醇剩义[M]. 上海:上海科技出版社, 1963:35.