

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20190808-k0001

中图分类号: R 246.8 文献标志码: B

复发性黄斑水肿案

朱 丹¹, 仲远明²✉(¹南京医科大学附属眼科医院中医科, 江苏南京 210029; ²南京医科大学第一附属医院针灸科, 江苏南京 210029)

[关键词] 视网膜中央静脉阻塞; 黄斑水肿; 针刺

患者, 男, 78 岁。初诊日期: 2018 年 5 月 10 日。主诉: 左眼视力下降 9 月余。现病史: 于 2017 年 8 月 14 日无明显诱因出现左眼视力下降, 于南京医科大学附属眼科医院眼底病专科门诊就诊。裸眼视力: 右眼 0.8, 左眼 0.05。左眼眼底照相示: 视盘旁脉络膜萎缩, 左眼全视网膜散在大量火焰状浅层出血及圆片状深层出血, 静脉血管迂曲扩张显著, 黄斑区结构不清。光学相干断层扫描 (OCT) 示: 囊样水肿改变。荧光素眼底血管造影 (FFA) 提示为缺血型视网膜中央静脉阻塞 (CRVO)。既往史: 否认糖尿病、高血压、冠心病等病史。西医诊断: 左眼 CRVO, 左眼黄斑水肿。分别于 2017 年 8、9、10 月中旬在玻璃体腔内注射雷珠单抗 (Lucentis), 并于 10 月底行全视网膜激光光凝术。2018 年 1 月复查, 视网膜出血较前好转, OCT 示: 黄斑囊样水肿复发并伴局限性浆液性视网膜神经上皮层脱离。裸眼视力: 右眼 0.8, 左眼 0.15。予玻璃体腔内注射 Lucentis+曲安奈德 (TA) 联合治疗后黄斑水肿消失, 裸眼视力: 右眼 0.8, 左眼 0.15。2018 年 3 月复查, 眼底视网膜出血基本吸收, 黄斑水肿又复发, 复予 Lucentis+TA 玻璃体腔内注射, 黄斑水肿未有好转, 裸眼视力: 右眼 0.8, 左眼 0.15, 遂转至南京医科大学附属眼科医院中医科就诊。刻下症: 双眼干涩, 时有胀痛, 脾气急躁, 双耳耳聋, 神疲乏力, 食欲欠佳, 早醒、醒后难以入睡, 舌红、边有齿痕、苔薄白, 脉弦涩。眼科检查: 双眼球结膜轻度充血, 角膜透明, 前房中深, 晶体、玻璃体轻度混浊, 双侧瞳孔等大同圆, 对光反射正常, 小瞳下右眼视乳头血管清晰, 走行正常, 黄斑区清晰, 中心凹光反射存在; 左眼底出血基本吸收, 视盘界清, 视网膜平伏, 静脉血管迂曲扩张, 眼底散在激光斑, 黄斑中心凹光反射不清。裸眼视力: 右眼 0.8, 左眼 0.15 (不能矫正)。OCT: 左眼黄斑囊样水肿, 较 2018 年 3 月未见明显吸收。

西医诊断: 左眼黄斑囊样水肿; 中医诊断: 视瞻昏渺 (肝郁脾虚证)。治则: 疏肝健脾, 行气活血, 利水消肿。予针刺治疗。取穴: 睛明、攒竹、太阳、承泣、四白、天柱、风池、合谷、足三里、阴陵泉、光明、三阴交、太冲。操作: 患者取仰卧位, 局部皮肤常规消毒。睛明, 采用 0.25 mm×25 mm 毫针, 嘱患者闭目, 将眼球轻轻推向外侧, 沿眼眶边缘刺入 15~18 mm, 使局部酸胀, 不做任何手法; 天柱、风池, 采用 0.30 mm×40 mm 毫针, 针尖向对侧眼球方向斜刺 30~32 mm, 匀速捻转提插至局部酸胀; 攒竹, 采用 0.25 mm×25 mm 毫针, 向睛明方向透刺 18~20 mm, 稍捻转至局部有酸胀为度; 太阳、四白、承泣, 采用 0.25 mm×25 mm 毫针, 直刺 18~20 mm, 小幅度捻转至局部酸胀; 合谷、足三里、阴陵泉、光明、三阴交, 采用 0.30 mm×40 mm 毫针直刺 30~32 mm, 匀速捻转提插, 以局部酸胀为度; 太冲, 采用 0.30 mm×25 mm 毫针直刺 15~18 mm, 匀速捻转提插至局部出现酸胀。留针 30 min, 隔日治疗 1 次, 治疗 15 次为一疗程, 连续治疗 3 个疗程。2018 年 8 月 15 日复查, 裸眼视力: 右眼 0.8, 左眼 0.3。OCT 示: 黄斑水肿较前吸收, 中心凹结构较前恢复。继续治疗, 改为每周治疗 1 次, 连续治疗 3 个月, 2018 年 11 月 10 日复查, 裸眼视力: 右眼 0.8, 左眼 0.4。OCT: 黄斑水肿消失, 中心凹下椭圆体带不连续。分别于治疗结束 1、3 个月电话随访, 患者病情稳定, 视力未见明显下降。

按语: 缺血型视网膜中央静脉阻塞 (CRVO) 是比较常见的视网膜血管性疾病, 黄斑水肿是其常见的并发症, 多发于中老年人群, 病情缠绵难愈^[1], 若不及时治疗, 将会导致患者永久性的视力损害^[2]。CRVO 属中医“暴盲”“视瞻昏渺”的范畴, 病机主要为阴阳失调, 气血逆乱, 上扰清窍, 脉络受损, 血不循经而外溢。《灵枢·脉度》指出: “肝气通于目, 肝和则目能辨五色矣”, 患者平素脾气急躁, 肝失疏泄, 气机失调, 血行瘀滞; 脾主统血, 脉为血之府, 肝木

✉通信作者: 仲远明, 主任中医师、教授。E-mail: zym1952@sina.com

乘脾,脾失统摄,血行脉外而出现视网膜出血;脾虚运化不足,湿聚痰生,故患者黄斑区反复水肿,缠绵难愈。针刺治疗取足太阴脾经、足阳明胃经及足厥阴肝经腧穴为主。太冲为肝经原穴,合谷为治疗头面诸疾之要穴,二穴合用,具有行气活血、清肝明目的功效。足三里能扶正培元,补脏腑之虚损,与阴陵泉合用,可健脾利水、补气养血。三阴交为肝脾肾三经的交会穴,可补益三脏气血。光明为足少阳胆经络穴,研究^[3]表明此穴可增加眼部血供,对促进眼疾恢复有一定的帮助。根据“腧穴所在,主治所在”的治疗规律,重点刺激眼周穴位,可以疏通眼底和眼周经气,使血脉通利,故穴取睛明、攒竹、承泣、四白、太阳。另外颈项部是头目与五脏联系的枢纽部位,是气血上注头面的中枢,故取风池、天柱,二穴均位于椎-基底动脉附近,刺之可改善脑部血液循环^[4],使得目有所养,促进眼疾的恢复。

根据 FFA 检查结果,本案患者为缺血型 CRVO,缺血型患者较非缺血型并发症多、预后差。因此在治疗之前需要详细了解患者的病情,对于缺血型并确定有新生血管形成的患者,必须采取联合治疗^[5],针

刺可作为辅助治疗方法。因本案患者在发病后及时进行了玻璃体腔内注药及局部的视网膜激光光凝治疗,且后期 OCT 复查未见有明显新生血管形成,病情较为稳定,因此采用了单纯的针刺疗法。但患者病程较长,持续的黄斑水肿及浆液性视网膜神经上皮层脱离引起中心凹下感光细胞受损,故患眼视力提高有限。本案例表明,针刺可以起到很好的消退黄斑水肿、防止复发、提高视功能的作用。

参考文献

- [1] 吴秋菊,邓青,李蕊,等.不同类型糖尿病黄斑水肿患者视力与黄斑形态的相关性分析[J].国际眼科杂志,2016,16(2):303-306.
- [2] 张敏,朱健华,冯浩,等.视网膜静脉阻塞合并黄斑水肿患者黄斑区微结构改变与视力的相关性分析[J].眼科新进展,2016,36(11):1061-1064.
- [3] 宋晓晶,张栋.针刺合谷穴与光明穴在面部的红外热像显示研究[J].中国针灸,2010,30(1):51-54.
- [4] 侯志会,王琦,贾红玲.项七针疗法的临床研究现状[J].针灸临床杂志,2016,32(6):81-84.
- [5] 王彬,贾淑琴,霍建新.视网膜静脉阻塞的诊断与治疗研究进展[J].国际眼科杂志,2014,14(7):1227-1230.

(收稿日期:2019-08-08,编辑:张金超)

《中国针灸》杂志对研究性论文中引用参考文献的要求

参考文献是科学研究论文中不可缺少的组成部分,国家标准(GB/T 7714-2015)中明确规定科研文章的主体部分包括引言、正文、结论、致谢、参考文献。事实上,一项科学研究从开始选题到研究论证、最终撰写研究报告,都要参阅和利用大量的文献,吸取他人的研究成果,才有可能通过本项研究产生新的研究结果。因此,认真著录所引用的参考文献不仅能够全面反映一项研究工作立题的必要性、研究过程的可靠性、研究结果和结论的准确性,而且还反映了作者的科研道德和科研水平。另外,期刊发表论文,不只是单纯地“发表”研究成果,更重要的是在“发表”中进行“评价”,以促进学术交流。但是,近年来,针灸论文撰写中存在着忽视参考文献引用和著录的现象,直接导致了论文学术水平的下降,削弱了期刊的学术评价功能。参考文献的引用使论文和期刊具有学术评价功能,同时,期刊编辑也要通过引用参考文献的程度评价学术论文的质量。因此,《中国针灸》杂志要求,凡是投给《中国针灸》杂志的稿件,必须要著录参考文献,4000字以上论文要求参考文献15条以上。参考文献选择的标准是,以作者亲自阅读过的、近期期刊文献为主,请尽量少引用书籍文献。

欢迎购买 2019 年《中国针灸》杂志合订本

2019 年合订本,每册 398 元,包邮!购买杂志请直接支付宝转账,支付宝账号:
zhenjiuguangfa@aliyun.com,转账前请用支付宝扫二维码加好友,以便沟通。

亦可邮局汇款,地址:北京东直门内南小街 16 号,收款人姓名:《中国针灸》编辑部,邮编:100700。



用支付宝扫二维码,加我好友