

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20200209-k0001

中图分类号: R 246.6 文献标志码: B

脑梗死后同向性偏盲案*

黄馨云¹, 顾侃¹, 王慈¹, 张仁²✉(¹上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院, 上海 200437; ²上海市中医文献馆, 上海 200020)

[关键词] 脑卒中; 同向性偏盲; 针刺

患者,女,65岁,于2019年8月5日就诊。主诉: 双眼视物模糊伴视野缺损1年余。现病史:2017年10月13日无明显诱因突发行走不稳,次日左侧肢体肌力下降至0级,急送至上海市第十人民医院就诊,急查头颅MRA提示:右侧颞叶、基底节区、放射冠区急性脑梗死灶;两侧中动脉M1段中段以远部分闭塞;左侧大脑中动脉A1近段、右侧大脑后动脉P1段管径中、重度节段性变窄。经系统治疗后,仍遗留左侧肢体活动欠利。出院后,患者自觉双眼视物较前模糊,双侧视野较前减小,书写出现患侧忽略,行走不稳,时常不能躲避患侧障碍物,为求进一步中西医结合康复治疗,遂至上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院针灸科就诊。入院时查体:对光反射右侧存在,左侧稍迟钝,双眼睑无下垂,眼裂大小正常,眼球各方向活动正常,眼震正常,双侧瞳孔3mm,调节及辐辏反射正常。角膜明,前房清,瞳孔圆,晶体轻度混浊,眼底视盘色红界清、C/D=0.4,黄斑区结构反光存在,动脉稍细。2019年8月7日完善相关检查:视力:右眼0.5,左眼0.6;眼压:右眼17.4 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa),左眼14.9 mm Hg。光学相干层析成像(optical coherence tomography, OCT)提示:双眼黄斑区结构反射清晰。视野检查:右眼:MS [dB] 13.4, MD [<2.0 dB] 13.1, sLV [<2.5 dB] 9.6;左眼:MS [dB] 13.6, MD [<2.0 dB] 12.9, sLV [<2.5 dB] 9.9,提示:右眼颞侧、左眼鼻侧视野缺损(图1A、图1B)。头颅MRA:右侧颞顶枕叶、基底节、放射冠区陈旧性梗死灶;脑桥小脑梗灶;脑萎缩;双侧大脑中动脉狭窄、闭塞,右侧大脑前动脉A2-3段、右侧大脑后动脉狭窄。刻下症:神清,精神可,双眼视物模糊伴双侧视野缺损,书写及行走有患侧忽略,左侧肢体活动欠利,胃纳可,二便调,夜

寐安,舌淡红、苔白腻、边有齿痕,脉细涩。西医诊断:脑梗死后同向性偏盲;双眼白内障。中医诊断:青盲(气虚血瘀证)。针刺取穴:方案一:百会、风池、攒竹、瞳子髎、球后、血海、足三里、合谷、太冲;方案二:视区及视联络区(头皮针穴),新明1(耳垂后皮肤皱襞中点)、上健明(睛明穴上5分)、承泣、太阳、阳池、太溪、光明。操作:患者取坐位,攒竹、球后、瞳子髎、上睛明及承泣穴均选用0.25 mm×25 mm毫针,余穴均选用0.25 mm×40 mm毫针。百会,平刺21 mm。风池,向同侧外眼角针刺32 mm,行提插捻转手法使针热感向眼区或前额放射。视区,速进针至帽状腱膜后向下平刺21 mm;视联络区,同法向对侧斜刺13~21 mm,头皮针操作时每穴需快速捻转2~3 min,捻转频率200次/min,以产生局部酸胀感为度。攒竹,向上健明方向透刺21 mm。瞳子髎、太阳,向后平刺13 mm。球后、上健明、承泣直刺13~21 mm,针感向目眶内放散。新明1穴,斜向上刺入21~27 mm,加以小幅度捻转提插,促使针感向太阳穴或眼区放散,提插幅度为1~2 mm,捻转频率180次/min。阳池透外关,平刺17~32 mm。余穴常规针刺,以提插捻转补法为主。针毕,方案一中取风池、瞳子髎,方案二中取新明1、太阳连接G6805-2低频脉冲治疗仪,连续波,频率2 Hz,强度以患者舒适为度。方案一与方案二交替使用,每次留针20 min,每日治疗1次,治疗5 d后休息2 d,14 d为一疗程,每个疗程后休息10 d,共治疗3个疗程。治疗2个疗程后,患者自觉视野较前增加,视物模糊较前减轻。治疗3个疗程后,患者自觉视野范围较前明显增大,视物较前清晰,书写时无明显患侧忽略,行走时可避让患侧障碍物。2019年10月9日眼科复查:视力:右眼0.5,左眼0.6;眼压:右眼15.4 mm Hg,左眼13.7 mm Hg。OCT提示:双眼黄斑区结构反射清晰。视野检查:右眼:MS [dB] 15.7, MD [<2.0 dB] 10.9, sLV [<2.5 dB] 11.0;左眼:MS [dB] 18.7, MD [<2.0 dB] 7.9,

*中国中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目:
1542962311683

✉通信作者:张仁,主任医师。E-mail: zzzlll_010@163.com

sLV[<2.5 dB] 8.3(图 2A、图 2B)。患者后因出国探亲中止治疗,随访 1 个月,诉视力及视野基本同末次出院时,无明显患侧忽略,行走较前平稳。

按语:脑卒中后同向性偏盲是卒中常见并发症,既往文献^[1]显示 20%~59%的卒中患者会出现视野缺损。同向性偏盲会造成认知、书写、阅读、行走及其他活动障碍,使康复效能降低,影响患者的生活质量,治疗上常以营养神经、行为康复训练或借助外用设备补偿视野缺损,但目前有限的循证证据均质量低下,尚无标准有效的治疗手段^[1],我国脑卒中康复治疗指南中亦未纳入视觉障碍功能的康复治疗策略^[2]。本案患者是脑梗死导致的同向性偏盲,病程已超过 1 年,是慢性视觉损害。四诊合参,属中医学“青盲”(气虚血瘀证),治以益气活血、通络明目之法。百会,乃一身之宗,百神之会,《证治准绳》认为神失是青盲的病因之一,取百会意治神振阳,以益气血。胆涩乃《证治准绳》认为青盲的另一病因,胆涩则神膏衰,目不明,故取胆经风池、瞳子髎及光明以通胆经之气。风池为足少阳与阳维之会,有通窍明目、疏导眼部气血之功。风池向同侧外眼角针刺,使用提插捻转手法使针感向眼区方向传导,以达到“气至病所”之效。目之精华在瞳子,瞳子髎位于目外眦骨隙中,为胆经之源,是足少阳、手太阳及手少阳三脉之会,可行气益睛。取胆经络穴光明以疏胆气明目,又寓上病下取之意。攒竹、球后、上健明、承泣均位于眼区,可疏调局部气血、通经明目。太阳,经外奇穴,重在活血通窍。视联络区位于视区两侧,与视区同高宽约 2 寸之长方形区域,左右各一,其与视区联用可刺激视觉中枢,尤适于因脑血管意外后引起的视觉障碍。新明 1 为眼病效穴。本案基础疾病乃中风,故配体穴时重升阳补虚,祛滞逐瘀,阳池储三焦气血,透外关可促三焦阳气通散脏腑,又可助脏

腑之精上注养目。又取血海、足三里、太溪以养气血、补脏虚,从本论治。本案辅以四关穴,合谷主气,太冲主血,此对穴可调阴阳、畅气机、活血明目。虑及本案患者病程已长,眼病难治,仿明清治眼病之法备及两套处方,两方并行,多经多穴,以促疗效。同时患者长期服用抗血小板聚集药物,两方轮替又可避免反复频繁刺激眼区相同穴位而增加眼部血肿及其他针刺意外的风险,提高患者的依从性。

本案患者为老年女性,基础疾病多,脑血管病变范围广、血管条件差且病程较长,基于良好的循经感传效应,短期针刺治疗便使患者视野较前明显增加,同时纠正了患者的书写及行走患侧忽略,增加了患者进一步康复的效能,让患者对康复治疗重拾信心。值得关注的是,本案提示脑卒中后遗症期(即使病程超过 1 年)合并同向性偏盲的患者视野仍有进一步改善或恢复的潜能。

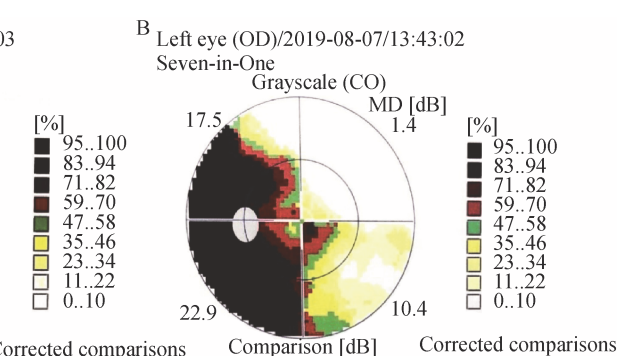


图 1 患者针刺治疗前视野检查结果

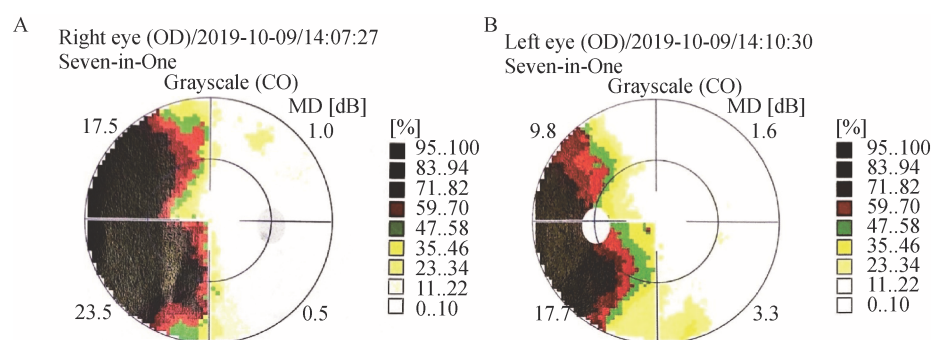


图 2 患者针刺治疗后视野检查结果

参考文献

- [1] Pollock A, Hazelton C, J Rowe F, et al. Interventions for visual field defects in people with stroke[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2019, 5(5): CD008388.
- [2] 张通. 中国脑卒中康复治疗指南[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 301-318.

(收稿日期: 2020-02-09, 编辑: 朱琦)