

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2019.01.009

中图分类号: R 246.6 文献标志码: B

韦伯尔综合征案*

王伟杰^{1△}, 于涛^{2✉}(¹天津中医药大学研究生院, 天津 300193; ²天津中医药大学第一附属医院综合康复科, 天津 300193)

[关键词] 韦伯尔综合征; 中风; 中经络; 针刺

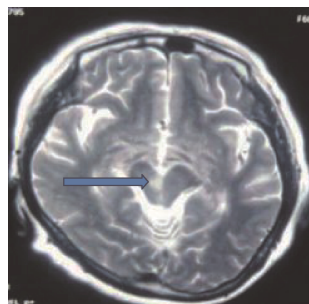
患者, 女, 68 岁。初诊日期: 2017 年 3 月 9 日。主诉: 左侧肢体不遂伴右睑下垂 15 d。病史: 2017 年 2 月 22 日上午突然出现头晕及视物成双, 继而左侧肢体无力及右眼睑下垂, 于河北某医院诊为“脑梗死”, 住院治疗(具体不详)半月后无明显好转, 遂转入天津中医药大学第一附属医院综合康复科。刻下症: 神清, 精神可, 左侧肢体活动不利, 右睑下垂, 遮盖眼球指物失准, 复视明显, 动作迟缓, 精细活动欠佳, 偶有呛咳, 无口咽, 二便调, 舌暗红、苔少, 脉细数。本次发病发现高血压: 160 mm Hg/90 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa)。否认既往病史。查体: 双瞳孔不等大, 右瞳孔直径约 4 mm, 直接与间接对光反射消失, 眼球内收及上下活动不能, 呈向右下方凝视状态, 眼睑完全下垂; 左瞳孔直径约 2.5 mm, 对光反射灵敏, 眼球自如运转, 眼睑无下垂。双眼球无震颤, 左侧上下肢肌力 3 级, 巴宾斯基征(±), 右侧正常。美国国立卫生研究院卒中量表(National Institutes of Health stroke scale, NIHSS)评分为 9 分。颅脑 MRI 示: 右侧大脑脚区高密度影(见图 1)。西医诊断: 韦伯尔综合征。中医诊断: 中风(中经络), 证属阴虚风动。治则: 滋阴明目, 息风通络。治疗: 取穴: 主穴取水沟、印堂, 患侧睛明、太阳、四白、曲池、合谷、上八邪、委中、青灵、三阴交、申脉透照海、太冲、涌泉, 双侧风池、完骨、翳风、咽后壁; 辅穴以患侧阳白、廉泉、头针运动区、肩髃、手三里、外关、血海、阴陵泉、阳陵泉、挟鼻、足三里、上巨虚、下巨虚。操作: 选取 0.25 mm×40 mm 和 0.30 mm×75 mm 一次性针灸针, 患者仰卧位, 穴区常规消毒。针刺睛明时需固定眼球, 从目内眦角垂直进针约 15 mm, 微捻转以眼球酸胀为度; 水沟沿正中向上与皮肤呈

45° 角斜刺 7~10 mm, 雀啄法致眼球湿润为度; 嘱患者发“啊”音, 清楚暴露咽后壁后, 以 0.30 mm×75 mm 毫针点刺咽后壁正中数下, 使出血量约 1 mL; 于患侧瞳孔直上的上眼睑及两侧旁开 5 mm 处, 各以 0.25 mm×40 mm 毫针浅刺约 1 mm, 使呈悬挂状, 共 3 针, 注意不要刺破眼皮而损伤眼球; 风池、完骨、翳风均向喉结方向直刺 45~55 mm, 行小幅度高频率捻转补法, 以局部酸胀为度; 上八邪(位于手指蹼缘上 1.5 寸), 共 3 穴, 直刺 30 mm, 以局部酸胀感为度; 三阴交沿胫骨内侧缘与皮肤呈 45° 角进针 40 mm, 行提插补法, 委中、青灵直刺 20~30 mm, 行快速提插泻法, 提插深度约 35 mm, 不留针, 3 穴皆以患肢抽动为度; 以 0.30 mm×75 mm 毫针申脉深透照海, 以针尖不露出体表为度; 余穴均常规针刺, 平补平泻。每天 1 次, 每周治疗 6 次, 每次留针 30 min。治疗初即配合抗血小板聚集、降压、降脂药物等基础治疗: 硝苯地平控释片(Bayer Schering Pharma AG, H 20130332) 30 mg, 每日 1 次; 硫酸氢氯吡格雷片(深圳信立泰药业股份有限公司, H 20120035) 75 mg, 每日 1 次; 阿托伐他汀钙片(Pfizer Inc, H 20051407) 20 mg, 每晚 1 次。治疗 7 次即无饮水呛咳, 故停咽后壁点刺。治疗半个月后, 右侧眼缝已现(见图 2a), 光感明显。治疗 1 个月后, 眼裂能用力睁开至 0.3 cm, 黑睛暴露(见图 2b), 并可微向内转动, 复视依旧。治疗 2 个月, 眼裂可睁开 0.5 cm(见图 2c), 眼球向各方向有不完全转动, 与健侧眼球偶有同步动作, 晨起无复视可持续 2 h, 仍辨距不良, 患肢肌力增至 4 级, 活动欠稳准。3 个月后, 眼睑及眼球活动完全恢复正常(见图 2d), 瞳孔大小左右比例约 1:1, 复视消失, 患肢肌力 4+ 级。NIHSS 评分为 2 分。为巩固疗效, 按照上述方法连续治疗 2 周, 嘱继续规律口服上述药物, 清淡饮食并多进行功能锻炼。随访 3 个月, 患者眼睑无

*国家中医药管理局对中医药部门公共卫生服务补助资金项目

✉通信作者: 于涛, 主任医师。E-mail: 1139095807@qq.com

△王伟杰, 天津中医药大学硕士研究生。E-mail: 1448819620@qq.com



注：箭头示右侧大脑脚区高密度影。

图 1 韦伯尔综合征患者颅脑 MRI 弥散像

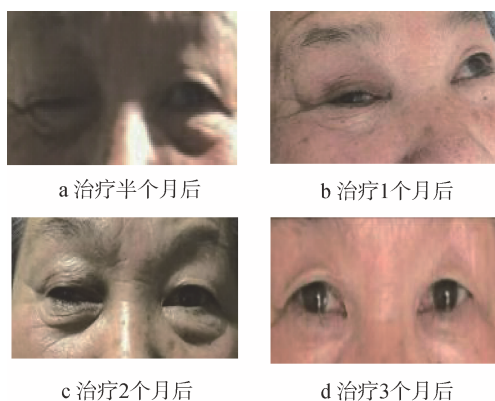


图 2 韦伯尔综合征患者各治疗时间点眼裂变化照片

下垂，未再发复视，家属诉各功能恢复良好，能自行走路，可操持简单家务。

按语：韦伯尔综合征又称大脑脚综合征，多因大脑后动脉或脉络膜前动脉堵塞，损害了大脑脚底区邻近的动眼神经核和皮质脊髓束，由于发自大脑皮层的运动纤维在脑干区多呈交叉走行，故临床症状多表现为病灶侧动眼神经麻痹和对侧中枢性面、舌瘫及偏瘫。动眼神经由运动纤维和副交感纤维组成，支配上睑提肌和除外直肌、上斜肌以外的所有眼肌，损伤后可出现上睑下垂、眼球内收及向上下方活动不能、眼球外展位、瞳孔散大及对光反射消失等。该病发病率不高，常由中脑出血或缺血、外伤、肿瘤、动脉瘤、脑膜炎或脱髓鞘疾病引起^[1]，国外有激素和手术干预的报道，预后不佳^[2]。

中医学认为本病属“中风”范畴，多由肝肾不足，阴虚风动，阴陷于下，阳亢于上，水不涵木，血随气逆，蒙蔽清窍，或痰瘀互夹，筋脉失养，络脉空虚，风邪乘虚上扰，脑窍被蒙，窍闭神匿，神不导气所致。本患者年近古稀，肝肾不足，阴虚风动，结合舌脉，治当醒神开窍、滋阴补肾、疏经通络。督脉为阳脉之

海，经云：“阳气者，精则养神，柔则养筋”，水沟、印堂属督脉，高居“精明之府”，故取之以开窍启闭，根据解剖，水沟深层有面神经分支，通过刺激水沟、印堂，使反射冲动快速作用于大脑，以达到醒神开窍的目的。睛明为手足太阳、足阳明、阳跷、阴跷之会，乃五脏六腑精气之所聚，其穴近于目，有疏风明目之功。阴阳跷脉交会于目内眦，司目之开阖，《灵枢·脉度》曰：“跷脉者，少阴之别……属目内眦，合于太阳、阳跷而上行，气并相还则为濡目，气不荣则目不合”，说明阴阳跷脉的功能与眼睑开阖及眼球的正常运转关系密切，照海、申脉分别为阴阳跷脉之八脉交会穴，故取申脉透照海以濡养眼目，通窍活络，并配以眼周的睛穴及眼皮“挂刺”，利用经络导向作用，疏通局部气血，从根本上调节眼睑开阖。现代医学认为，眼周取穴可直接刺激病变部位，使麻痹的神经产生兴奋从而恢复其功能^[3]。咽后壁点刺出血，可疏通经气，起祛瘀生新之功效，刺激局部肌肉和小韧带的感受器，形成对中枢神经的刺激作用，利于舌咽部随意运动的恢复，从而改善吞咽功能。风池、完骨、翳风可祛风通络、补益脑髓、改善后循环的血流供应、恢复脑干的传导和反射功能。胞睑为脾胃所主，阳明经多气多血，“主润宗筋”，取手足阳明经穴及血海、三阴交、阴陵泉等，以补益后天之本，使气血生化有源，以濡养经脉，使眼球获得纠偏矫正；肝经“连目系，上出额，与督脉会于巅”，其在窍为目，太冲可柔肝息风、养血明目。肾出于涌泉，配合太冲、三阴交可降肝火，补肾阴，滋水涵木。《标幽赋》有云：“拘挛闭塞，遣八邪而去矣”，故手功能的障碍即可取位于手部的上八邪，可以疏通局部的气血经络，改善手部的活动。余处局部取穴以疏经通络，增强肌力及感觉灵敏性，促进肢体恢复。诸穴合用，将现代研究与腧穴作用相结合，将针刺角度与手法量学相结合，在改善患者症状方面可获满意疗效。

参考文献

- [1] 汪锐, 张启明, 王丹, 等. 动眼神经麻痹的临床特点及预后分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(2): 93-95.
- [2] Bunpot S, Sarun N, Panitta S, et al. Two patients with rare causes of Weber's syndrome[J]. Neuroscience, 2010, 18(4): 578-579.
- [3] 羊春华, 武平, 周玉梅, 等. 针灸治疗动眼神经麻痹临床研究进展[J]. 山西中医, 2014, 30(8): 57-59.

(收稿日期: 2017-10-31, 编辑: 孟醒)