

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20190913-k0003

中图分类号: R 246.82 文献标志码: A

# 张仁针刺治疗青光眼经验\*

刘 坚<sup>1</sup>, 徐 红<sup>2</sup>, 张 进<sup>3</sup>, 应嘉炜<sup>3</sup>, 沈凤娇<sup>4</sup>( <sup>1</sup> 同济大学附属上海第四人民医院针灸科, 上海 200081; <sup>2</sup> 上海中医药大学附属龙华医院针灸科; <sup>3</sup> 上海市中医文献馆;<sup>4</sup> 上海市金山区中西医结合医院针灸科 )

**[摘 要]** 介绍张仁主任医师针刺治疗青光眼经验。认为青光眼主要病机为眼部气血壅滞, 目中玄府闭塞不通, 脉络不通。治疗上应以目为本, 疏肝为先, 以通为用, 强调辨病辨证相结合选穴组方; 注重行气法、导气法的运用。主张分型施治、综合治疗、调摄情志, 强调早期介入、长期坚持、规律治疗。

**[关键词]** 青光眼; 青盲; 针刺; 名医经验; 张仁

## Professor ZHANG Ren's clinical experience of acupuncture for glaucoma

LIU Jian<sup>1</sup>, XU Hong<sup>2</sup>, ZHANG Jin<sup>3</sup>, YING Jia-wei<sup>3</sup>, SHEN Feng-jiao<sup>4</sup> (<sup>1</sup>Department of Acupuncture and Moxibustion, Shanghai Fourth People's Hospital Affiliated to Tongji University, Shanghai 200081, China; <sup>2</sup>Department of Acupuncture and Moxibustion, Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of TCM; <sup>3</sup>Shanghai Literature Institute of TCM; <sup>4</sup>Department of Acupuncture and Moxibustion, Shanghai Jinshan District Traditional Chinese and Western Medicine Hospital)

**ABSTRACT** Professor ZHANG Ren's clinical experience of acupuncture for glaucoma is summarized. Professor ZHANG believes that key pathogenesis of glaucoma is stagnation of *qi* and blood in the eyes, obstruction of *xuanfu* in the eyes, and obstruction of meridians. The treatment should focus on the eye, with smoothing the liver and keeping functional state of six-*fu* as priority; he also emphasizes the acupoint selection based on the combination of disease differentiation and syndrome differentiation, and pays attention to the application of acupuncture method of promoting *qi* circulation and inducing *qi* movement. Professor ZHANG proposes that the patients should be treated according to different types, and stresses the importance of using comprehensive treatment and emotional adjustment method, as well as early intervention, long-term adherence and regular treatment.

**KEYWORDS** glaucoma; qingmang; acupuncture; famous doctor's experience; ZHANG Ren

青光眼是常见的眼科疾病, 是一组威胁和损害视神经及其视觉通路, 最终导致视觉功能损害, 主要与病理性眼压升高有关的临床征群<sup>[1]</sup>。全世界青光眼的发病率为 2%~5%, 居不可逆性致盲眼病之首位<sup>[2-3]</sup>, 约 60% 患者分布于亚洲<sup>[2]</sup>。张仁主任医师为上海市名中医、第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、上海市非物质文化遗产项目“方氏针灸疗法”传承人, 从事针灸临床、科研和文献研究工作近 50 载, 对眼病的治疗有着独特的见解和丰富的经验, 笔者有幸侍诊, 深得教诲, 现总结其针灸治疗青光眼经验如下。

### 1 病因病机

青光眼为瞳神疾病, 属中医学“五风内障”“青盲”的范畴, 根据不同阶段的病情表现, 又有“青风”

“绿风”“黄风”“乌风”“黑风”“雷头风内障”等病名。对本病的病因病机古人早已有详尽的描述,《外台秘要·眼疾品类不同候》中认为:“此疾之源, 皆从内肝管缺, 眼孔不通所致也”;《证治准绳·杂病·七窍门》中载“痰湿所致, 火郁、忧思、忿怒之过”引起本病;《秘传眼科龙木论》认为本病发生“皆因五脏虚劳所作”“或因劳倦, 渐加昏重”所致;《审视瑶函·内障》记载:“阴虚血少之人, 及竭劳心思, 忧郁忿恚, 用意太过者, 每有此患。然无头风痰火攻者, 则无此患。”可见本病虚实皆有, 先天不足、体质虚弱或过劳, 均可致目窍失养、神水滞涩, 诱发本病; 风、火、痰等上犯目窍, 则引起肝系窍道或目中玄府闭塞不通, 最终致病。

《灵枢·大惑论》载:“五脏六腑之精气, 皆上注于目而谓之精。”《灵枢·邪气脏腑病形》曰:“十二经脉, 三百六十五络, 其血气皆上于面而走空窍,

\*张仁全国名老中医药专家传承工作室项目: 1542962311683

第一作者: 刘坚, 副主任医师。E-mail: liujianzhenjiu@163.com

其精阳气上走于目而为睛。”“肝开窍于目”“肝受血而能视”“肝气通于目，肝和则目能辨五色矣。”目与五脏六腑、精气血有着密切关系，目之所以具有视物功能，依赖于肝血的濡养和肝气的疏泄，肝血充足、肝气调和是目能视物辨色的重要条件。肝气郁结，气郁不得疏泄化火，火动，阳失潜藏，阳亢则风自内生，风火相煽，上冲巅顶而发本病；(肾)水不涵木、(心)血不濡肝、肺虚不能制约以及土壅侮木等也可致肝阳上亢而发本病，也有因肝阳不足、浊阴上逆而致。眼为肝窍，肝脉与目系相连而通于瞳神，所以肝经阴阳失调为主要病机。同时，七情最易伤气，气机不利可影响脏腑、器官、组织以及气血、水液等的功能活动，可导致眼内气血瘀滞，脉道阻塞；肝病犯脾，脾失健运，使眼内水液排泄困难。可见，气虚血瘀、气郁化火、肝肾亏虚、心脾两虚、阴虚风动、痰火上扰均能阻碍气机，扰乱气血而诱发青光眼。

张仁主任医师认为眼部气血壅滞，目中玄府闭塞不通，脉络不通是其主要病机；情志不舒，肝脉郁滞，引动肝风痰火等则是诱因。因此针灸治疗原则应以疏通气血、宣泄壅滞、清利目窍、疏肝理气为主。

## 2 穴方思路

张仁主任医师提出治疗青光眼应“以目为本，疏肝为先，以通为用”。即在治疗上谨守病机，一方面要疏通水道，使神水流畅，另一方面要疏肝平肝，使肝脉通畅。强调辨病辨证相结合选穴组方，所用主穴分为 2 组，一组为新明 1 穴（位于耳垂后皮肤皱襞之中点，翳风前上 5 分）、新明 2 穴（眉梢上 1 寸，外开 5 分）、上健明（睛明上 5 分）、承泣、天柱、目窗；另一组为风池、太阳、球后、上明（在额部，眉弓中点，眶上缘下）、翳明（在翳风后 1 寸处）、头临泣。配穴为行间、太冲、四白、光明、还睛（上臂三角肌下端前沿，臂臑前 5 分处）、安眠、百会、印堂。主穴每次取 1 组，交替轮用，配穴在效不显时依症酌加 1~3 穴。提倡中取为主，结合远、近配穴。中取，是指选取离病位较近的颈项部的腧穴，如新明 1 穴、风池、翳明、天柱、安眠；近取，是指眼眶内及眼周局部取穴，如上健明、新明 2 穴、承泣、球后、上明、太阳、目窗、头临泣、四白、百会、印堂；远取，即四肢远道取穴，如行间、太冲、光明、还睛。该组方以中取效穴为君穴，近取效穴为臣穴，远取效穴为佐使穴。耳后的经验穴新明 1 穴、足少阳胆经之风池穴治疗眼底病较单独使用眼周穴效果显著<sup>[4-6]</sup>。结合眼周的球后、上健明等穴，远部的光明、行间等穴，诸

穴合用以通畅气血、宣泄壅滞、清利目窍、濡养神珠。

风池、目窗、头临泣是足少阳、阳维之会，为足少阳胆经穴，胆合于肝，助肝行疏泄之功，可调畅气机，亦助脾胃之运化，使津液得以输布濡养全身组织；光明为足少阳胆经络穴，沟通调节肝、胆两经，通络明目；针刺足厥阴肝经之荣穴行间，可使上逆之肝气下行以降低眼压<sup>[7]</sup>；太冲为足厥阴肝经的输穴、原穴，《马丹阳十二穴歌》有太冲穴治疗“眼目似云朦”记载；天柱，属足太阳经，足太阳之脉“入项连目系”，针刺之可疏通眼部经气；承泣、四白为足阳明胃经穴，可疏通眼部经络，还有益脾胃、调补气血的作用；上健明、新明 2 穴、球后、上明、太阳、翳明、还睛、新明 1 穴、安眠具有通调眼部气血、活络明目的功效，有助于降低眼压<sup>[8-11]</sup>。

## 3 针刺特点

### 3.1 针具选择

张仁主任医师认为，头面穴特别是眶内穴宜选用 0.25 mm × (25~40) mm 毫针，针具过粗，易发生皮下出血及产生痛感；过细则不易得气，影响疗效。颈项穴及肢体穴可采用 (0.25~0.30) mm × (25~40) mm 毫针，以获取较强针感。

### 3.2 强调刺法

针刺眶内穴上健明、承泣、上明、球后及颈项穴风池、天柱时，操作不当易发生意外事故。张仁主任医师主张采取速进缓送之法进针，即以拇示指持针，针尖贴近穴区表面，快速捻转压刺入皮下 1~2 mm，略作停顿，调整方向，缓缓进针至所需深度。颈项穴多朝向同侧目区，进针 30~38 mm，至得气；针刺眶内穴时，针尖略偏向眼球方向直刺 20~30 mm，至得气。

### 3.3 重视手法

《黄帝内经》载：“气至而有效”，表明了气与效的关系。杨继洲指出：“有病道远者，必先使气直到病所。”张仁主任医师治疗青光眼尤其重视“气至病所”，临床中常用行气法和导气法使气至病所。

行气法，是张仁主任医师在长期临床实践中总结出来的一种捻转结合小提插促进针感的特殊手法，分为轻行气法和强行气法。轻行气法，即以拇指指腹将针柄压在中指上，以中指转动为主做快速捻转结合小幅度提插，此法多用于眼周穴，不易发生皮下出血等。如新明 2 穴、太阳，以 0.25 mm × 25 mm 毫针直刺 15 mm 至得气，做逆时针快速转动，捻转幅度 180°、频率 120 次/min，提插幅度约 0.5 mm，使沉、胀针感向太阳穴或眼内放射。本法捻转提插幅度小而

频率快,其针感明显而刺激量较小。强行气法,即以拇指指腹将针柄压在示、中二指指腹上,以拇指做较大幅度的向前(顺时针方向)捻转,捻转幅度 $360^{\circ}$ 、频率 80 次/min,提插幅度 1~2 cm,行针 1 min。本法刺激量较大,多用于耳后新明 1 穴、翳明穴。如针刺新明 1 穴时,取(0.25~0.30) mm $\times$ 40 mm 毫针,针体与皮肤呈 $45^{\circ}$ ~ $60^{\circ}$ 角,向前上方快速进针,针尖达耳屏间切迹后,将耳垂略向前外方牵引,向前上方徐徐刺入,针体达下颌骨髁状突浅面,深度为 30~38 mm,出现针感后,施上述强行气手法,促使以热、胀、酸为主的针感传导至颞部及眼区。

导气法首见于《灵枢·五乱》:“五乱者,刺之有道乎……徐入徐出,谓之导气。补泻无形,谓之同精。”但对于怎样做到“徐入徐出”并未具体说明。张仁主任医师认为,导,即诱导、引导、催导之意。行针时,应以和缓为贵,慢进慢出,导气复元。虚者导其正气,使之恢复旺盛;实者导其邪气,使之不致深入。针刺达到一定深度,稍加捻转提插,获得针感后,将针尖朝向病所,即《针灸大成》载:“待针沉紧气至,转针头向病所。”再用拇示指执针行徐入徐出之法,以提插为主,反复施行,动作宜慢,捻转角度小于 $90^{\circ}$ ,提插幅度 5~10 mm,频率 30 次/min,操作要有连续性,行针约 1 min,以针感逐渐向病所放射为宜。张仁主任医师认为本法对控制针感传导及促进“气至病所”有较好作用,多用于天柱、风池、行间、太冲穴。风池、天柱穴采用(0.25~0.30) mm $\times$ 40 mm 毫针,针尖向同侧瞳孔方向刺入 30~38 mm,施以徐入徐出的导气手法,诱导针感向前额或眼眶放射。针刺行间穴时,采用 0.30 mm $\times$ 40 mm 毫针直刺得气后,再提针至皮下向太冲穴透刺,并使用导气法使针感上行。

## 4 经验体会

### 4.1 分型施治

临床上通常将青光眼分为原发性、继发性和儿童(发育)性 3 大类<sup>[1]</sup>,原发性青光眼又分为开角型和闭角型 2 种。张仁主任医师针对不同类型青光眼采用不同针刺方法。

开角型青光眼,重在治本。原发性开角型青光眼,特别是正常眼压或低眼压青光眼,是张仁主任医师治疗的重点。现代医学虽可控制原发性开角型青光眼患者眼压,但不能阻止其视神经损伤<sup>[4]</sup>。张仁主任医师认为,控制眼压是标,改善视神经损伤为本。针刺宜标本兼顾,但重在治本。取穴上,以上述穴方为主,

强调新明 1 穴、上明、上健明、承泣、风池、目窗的择用。新明 1 穴为治疗视神经和视网膜病变的要穴,上明、上健明、承泣相当于靳三针中治疗视神经萎缩之“眼三针”,张仁主任医师将二者化为一方,再取风池、目窗降眼压,起到标本同治的作用。在操作上分别采用强、轻行气手法,更可增强疗效。

急性闭角型青光眼,重在治标。此类眼病多有眼压居高不下及头痛、眼痛、眠差、焦躁等症状。在急性发作期,针刺治疗以降眼压、缓解各类症状为主;术后患者可采用针刺改善视力。选穴上,宜在上述穴方的基础上,重用新明 1 穴、风池、新明 2 穴、太阳、目窗、行间、上明、上健明、承泣、百会、印堂穴以降眼压、止痛明目。张仁主任医师特别强调行间穴的运用,行间为肝经之荥穴,是清肝降火之要穴<sup>[12]</sup>,张仁主任医师多用此穴降眼压。

继发性青光眼,标本同治。张仁主任医师强调宜在治疗原发病的基础上,积极控制眼压、改善症状。以青光眼睫状体炎综合征为例,张仁主任医师治疗时一方面重视原发病(虹膜睫状体炎)的治疗,以清热解毒、滋阴降火之法,消除眼部红肿、眼眶胀痛、畏光流泪等症;同时注重行气活血降压以治疗青光眼。在上述主穴方基础上,加四白及耳尖二穴,即①新明 1 穴、上健明、承泣、目窗、天柱、太阳;②翳明、球后、四白、头临泣、风池、耳尖,两组方交替应用。虹膜睫状体炎为热毒伤阴,故取胆经之头临泣、目窗、风池,重在祛肝胆之风火邪毒,承泣、四白则用以解阳明之毒邪。耳尖、太阳予点刺出血,意在去血分之热毒。诸穴合用,有标本兼治之功。

### 4.2 综合治疗

青光眼属于病情较复杂的难治性眼病,仅采用较单一的治法难以取效,需采用综合治疗方法。一是针刺疗法需配合西医的常规疗法。青光眼宜应用针灸联合药物治疗,在治疗过程中,不可骤然停用药物,亦不可在取效后停止针灸治疗。二是提倡重视综合方术,即不同的刺灸法的综合协调运用。综合多种针法,如加用脉冲电刺激以增强得气、穴位注射以针药结合、皮肤针叩刺以加强刺激、耳穴贴压以维持针刺疗效等。张仁主任医师认为在运用综合方术时还需讲究精到,避免滥用,一般情况应用不超过 4 种针法。

### 4.3 治疗要素

张仁主任医师总结针灸治疗青光眼的 3 个要素,即早期介入、长期坚持、规律治疗。

早期针灸介入治疗十分重要,往往能获得事半功



倍的效果。一般来说,病程越短,疗效越好,特别是开角型青光眼患者,早期多表现为眼压增高,尚未对视神经造成损害,此时针灸干预,再加上患者的积极配合,多可在较短时间内控制眼压,明显改善眼部症状。针灸治疗要取得长期稳定的效果,十分关键的一点是坚持有规律的治疗。张仁主任医师认为,以调节为主的针灸疗效有 2 个特点,即时效应和累积效应。只有规律的按疗程治疗,其即时效应才能得以维持;只有长期坚持治疗,才能产生累积效应。张仁主任医师针灸治疗青光眼每周 3 次,3 个月为一疗程。疗程结束对眼压、眼底及症状进行评估后修改治疗方案,进行下一疗程的治疗。当症状控制后,疗程长度不变,但治疗间隔可延长,转为每周 2 次,甚至逐渐减为 1 次。长期规律的治疗,不仅维持疗效稳定,还可以逐渐减少药物用量甚至停药。

#### 4.4 情志调摄

原发性青光眼患者多数有焦虑、抑郁等不良情绪<sup>[13-16]</sup>。目为肝窍,肝主疏泄,具有调畅人体情志和气的功能,肝脉与目系相连而通于瞳神。中医认为青光眼发病多与肝郁气滞有关,《素问·举痛论》曰:“……余知百病生于气也。怒则气上……惊则气乱,思则气结。”情志不遂是青光眼发病及病情加重的一个重要诱因。现代医学认为,长期的不良情志刺激,使神经血管自动调节功能紊乱,瞳孔散大,虹膜松弛,房角关闭,眼压升高,引起发病,如眼压持续升高,造成视神经视网膜的病理损害,最终导致失明<sup>[17]</sup>。张任主任医师认为针刺过程中心理疏导必不可少,调节情志、保持情绪稳定乐观、树立信心是防治青光眼的必要措施。在治疗青光眼时,张仁主任医师采用言语与针刺来调摄情志。

针刺治疗过程中,医者通过言语疏导,让患者尽量保持乐观豁达的心态,不要过分激动、悲伤、精神紧张等,防止不良情绪诱发或加重病情;医者用形象的方式向患者说明病情和治疗,并让患者间相互交流。针刺选穴加用百会、印堂以疏肝调神解郁。

#### 5 典型病例

患者,男,62 岁,因“双眼视物模糊伴目胀头痛 4 年,加重半年”于 2007 年 3 月 31 日就诊。现病史:4 年前因目胀、视物昏花、头痛就诊于某专科医院,查眼压左 3.325 kPa、右 2.793 kPa,左眼视野缩小,确诊为慢性开角型青光眼。经盐酸卡替洛尔滴眼液等多种药物治疗,眼压得以控制。1 年后复查时眼压有所上升,左 3.325 kPa、右 2.926 kPa,经盐酸卡

替洛尔滴眼液、酒石酸溴莫尼定滴眼液等药物积极治疗,病情稳定。半年前症状加重,双侧眼压波动于 3.059~3.724 kPa,左眼视野进行性损害,专家建议手术治疗,患者拒绝,遂来上海市中医文献馆门诊部就诊。刻下症:视物昏花,左眼为甚,视野缩小,伴目胀、头痛、口苦,情绪低落,舌淡、苔微黄,脉弦细。专科查体:眼压:左 3.325 kPa、右 2.926 kPa;视野:双鼻侧视野缩小,左眼为甚,且向心性缩窄;杯盘比:0.8。西医诊断:慢性开角型青光眼;中医诊断:青风内障(肝郁气逆,上扰目络)。治以疏肝解郁,清利目窍。取穴:新明 1 穴、新明 2 穴(或太阳)、目窗、风池、上健明、球后(或承泣)。操作:根据上述针刺手法针刺,针后同侧新明 1 穴、目窗穴为一对,分别连接电针仪,连续波,频率 4 Hz,强度以患者耐受为宜,治疗 30 min。同时予甲钴胺注射液 0.5 mg 穴位注射球后或太阳穴;皮肤针均匀轻叩正光 1(眶上缘外 3/4 与内 1/4 交界处)、正光 2(眶上缘外 1/4 与内 3/4 交界处)穴区直径 1 cm 范围,每穴叩刺 50~100 下,以局部红润为度。上述治疗方法每周 3 次。并继续予盐酸卡替洛尔滴眼液、酒石酸溴莫尼定滴眼液治疗。

治疗 3 个月,患者头痛目胀有所缓解,改为每周治疗 2 次;治疗 6 个月后,视物模糊好转。定期检查眼压及视野。治疗 1 年后,临床症状消失,眼压维持在 2.128~2.527 kPa,视野不断改善。停用酒石酸溴莫尼定滴眼液,仅采用盐酸卡替洛尔滴眼液治疗,眼压稳定。针刺治疗从第 3 年起改为每周治疗 1 次,采用王不留行籽于眼、目 1、目 2、肝、肾、神门、耳中行耳穴贴压,每次取一侧耳,双侧交替,嘱其自行按压,每天 3 次,每次每穴按压 1 min。治疗 3 年半后完全停用药物,针灸治疗持续 7 年,2014 年逐渐停止,继续随访至 2019 年 5 月未复发。

综上,张仁主任医师治疗青光眼谨守病机,提出以目为本、疏肝为先、以通为用的治疗思路,主张辨病辨证相结合选穴组方;尤其注重行气法、导气法的运用,以达到疏通气血、宣泄壅滞、清利目窍、疏肝理气的目的。注重分型施治、综合方术,提出应早期介入、长期坚持、规律治疗,并兼顾情志调摄。

#### 参考文献

- [1] 葛坚,王宁利. 眼科学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2015: 261-265.
- [2] Tham YC, Li X, Wong TY, et al. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis[J]. Ophthalmology, 2014, 121(11):

2081-2090.

- [3] Nageeb N, Kulkarni UD. Glaucoma awareness and self-care practices among the health professionals in a medical college hospital[J]. J Clin Diagn Res, 2015, 9(12): NC01-NC04.
- [4] 张仁, 徐红, 刘坚. 眼病针灸[M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2014: 88-89.
- [5] 张曦文, 杨光, 童毅, 等. 从肝论治针刺风池穴对原发性开角型青光眼眼压的即效观察[J]. 中国中医眼科杂志, 2019, 29(4): 285-288.
- [6] 孙河, 张慧, 林柏松. 针刺对慢性高血压兔视网膜 Bcl-x1、BDNF 表达的影响[J]. 中国针灸, 2010, 30(8): 661-664.
- [7] 黄叔仁. 针刺行间对原发性青光眼眼压影响的研究[J]. 中医杂志, 1963(8): 19-20.
- [8] 徐红, 刘坚, 徐斯伟, 等. 针灸治疗难治性眼病的文献分析[J]. 中国针灸, 2008, 28(8): 625-628.
- [9] 赫群. 针灸治疗原发性青光眼概况[J]. 中国针灸, 1999, 19(1): 58-60.
- [10] 武玉和, 李铁, 段晓英, 等. 针刺球后穴治疗原发性开角性青光眼 60 例临床观察[J]. 吉林中医药, 2010, 30(5): 424-425.
- [11] 郭素云, 薛月梅. “还睛穴”治疗眼疾 520 例临床观察[J]. 陕西中医, 1988, 9(5): 215-216.
- [12] 裘沛然, 陈汉平. 新编中国针灸学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1992: 270.
- [13] 李静敏, 陈丽莉, 孙璐. 原发性急性闭角型青光眼患者心理社会因素分析及其对预后影响的初步研究[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2010, 10(3): 163-165.
- [14] 唐桂兰, 张淑英, 段蔚, 等. 中年原发性闭角型青光眼患者心理因素分析[J]. 中国中医眼科杂志, 2011, 21(5): 258-260.
- [15] van Nispen RM, Vreeken HL, Comijs HC, et al. Role of vision loss, functional limitations and the supporting network in depression in a general population[J]. Acta Ophthalmol, 2016, 94(1): 76-82.
- [16] Lim NC, Fan CH, Yong MK, et al. Assessment of depression, anxiety, and quality of life in Singaporean patients with glaucoma[J]. J Glaucoma, 2016, 25(7): 605-612.
- [17] 张春英, 张玉磊. 浅析情志因素在原发性闭角型青光眼发病中的作用[J]. 陕西中医, 2009, 30(6): 689-690.

(收稿日期: 2019-09-13, 编辑: 陈秀云)

(上接第 1322 页)

《中药大辞典》<sup>[3]</sup>中记载曼陀罗籽的用量为内服: 煎汤, 0.5~1 分, 可见曼陀罗籽的单次口服用量为 0.15~0.3 g。曼陀罗应用过量中毒主要以副交感神经功能阻断症状和中枢神经兴奋症状为主<sup>[4]</sup>, 中毒患者主要表现为烦躁不安、静坐不能、生理反射亢进等<sup>[5]</sup>, 影响腺体分泌是曼陀罗籽中毒患者最常见的症状之一<sup>[6]</sup>。此患者服用曼陀罗籽后经抢救遗留口干、咽干症状, 属于中医学“燥病”范畴, 《素问玄机原病式》曰: “诸涩枯涸, 干劲皴揭, 皆属于燥”。

我科室一直重视针刺调神及活血通络在燥病中的治疗作用。王乐亭先生强调燥病治疗中调神的重要性, 认为唾液腺分泌障碍以及泌汗异常均须调神, 提出“神安则百病安”, 调节五脏即可调神, 在治疗疾病中重视五脏俞穴的应用。五脏俞穴可以益气培本、调中安神, 加用血会膈俞, 可增强补血清血作用。清肝调神法中百会、神庭为督脉穴位, 可以安神定志; 承浆是任脉与足阳明胃经的交会穴, 可以治疗消渴嗜饮等症, 有调任清热的作用; 内关、合谷相配, 可安神清热、通络活血; 太渊补肺, 鱼际清泄肺热; 三阴交为脾、肾、肝三经交会穴, 太溪为肾经原穴, 两穴共用可补肾调脾; 太冲清肝、疏肝理气; 内庭清阳明

经热; 金津、玉液为经外奇穴, 又在舌下腺附近, 可生津止渴、活血化瘀。诸穴共用可起到清肝益肾、安神生津的作用。

本案为临床少见病, 又因中毒引起, 西医学在急性中毒早期解毒抢救效果很好, 但对于后期自主神经功能损害遗留症状往往缺乏针对性治疗。此患者针刺治疗有很好的临床效果, 总结经验, 一是治疗不能单纯清热润燥, 要注意加用通络穴位; 二是对于自主神经功能损伤患者一定要加用调神穴位, 重视调神疗法的作用。

#### 参考文献

- [1] 钮佳丽, 丁云龙. 1 例曼陀罗中毒的药学监护[J]. 医药导报, 2017, 36(6): 709-710.
- [2] 罗秋香. 1 例曼陀罗中毒报告并文献复习[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018(89): 186.
- [3] 南京中医药大学. 中药大辞典[M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2006: 1146.
- [4] 张金桥, 李品银, 卢通, 等. 误食曼陀罗幼苗中毒五例成功诊治分析[J]. 中华全科医师杂志, 2016, 15(5): 392-393.
- [5] 张虎. 急性曼陀罗中毒患者的临床诊治(32 例)[J]. 医疗装备, 2017, 30(5): 106-107.
- [6] 黄海云, 梁世山. 9 例儿童曼陀罗中毒临床分析[J]. 北方药学, 2017, 14(1): 120-121.

(收稿日期: 2020-05-27, 编辑: 杨立丽)