

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20220119-k0005

中图分类号: R 246.82 文献标志码: A

杨骏针灸治疗动眼神经麻痹临床经验*

王 珊^{1△}, 唐友斌^{2✉}, 张庆萍³, 袁爱红², 解鸿宇², 季 荣¹, 张万林¹, 郝 琳¹, 指导: 杨 骏²(¹安徽中医药大学研究生院, 合肥 230038; ²安徽中医药大学第一附属医院针灸康复二科, 合肥 230031; ³安徽中医药大学针灸推拿学院)

【摘 要】 总结杨骏教授针灸治疗动眼神经麻痹的临床经验。杨骏教授治疗本病重视辨病、辨证, 根据动眼神经麻痹的发病特点, 主张“初病审因, 从源求治”; 依据病因病机将本病分为风邪袭络、脾胃虚弱、气虚血瘀 3 型, 辨证选穴, 结合采用睑周点按刺法、透穴抬睑刺法、健侧平衡对刺法, 改善动眼神经麻痹症状; 提倡头针、电针组合, 以达最佳量效状态; 注重眼周局部刺激, 以期气至病所。

【关键词】 动眼神经麻痹; 针灸; 名医经验; 杨骏

YANG Jun's clinical experience of acupuncture for oculomotor paralysis

WANG Shan^{1△}, TANG You-bin^{2✉}, ZHANG Qing-ping³, YUAN Ai-hong², XIE Hong-yu², JI Rong¹, ZHANG Wan-lin¹, HAO Lin¹, Director: YANG Jun²(¹Graduate School of Anhui University of CM, Hefei 230038, China; ²Second Department of Acupuncture-Moxibustion and Rehabilitation, First Affiliated Hospital of Anhui University of CM, Hefei 230031; ³College of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Anhui University of CM)

ABSTRACT Professor YANG Jun's clinical experience of acupuncture and moxibustion for oculomotor paralysis is summarized. Professor YANG Jun pays attention to disease differentiation and syndrome differentiation in the treatment of this disease. According to the characteristics of oculomotor paralysis, "early diagnosis and seeking treatment from the source" is advocated. According to the etiology and pathogenesis, professor YANG divides oculomotor paralysis into three types: the syndrome of wind-evil attacking collaterals, the syndrome of spleen-stomach weakness and the syndrome of qi-deficiency and blood-stasis. As such, the acupoints are selected according to syndrome differentiation, and several different acupuncture methods (pricking needling at eyelids, penetrating needling and lifting eyelids and contralateral-balance needling on the healthy side) are adopted to improve the symptoms of oculomotor paralysis. It is also suggested to use the combination of scalp acupuncture and electroacupuncture to achieve the best dose-effect state. Moreover, local stimulation around the eyes is important to achieve the effects of "qi reaching affected area".

KEYWORDS oculomotor paralysis; acupuncture and moxibustion; famous doctor's experience; YANG Jun

动眼神经麻痹是指由多种病因导致的动眼神经功能受损, 出现受其支配的组织肌肉功能障碍的一类疾病, 以眼睑位置异常、眼球运动障碍为主要特征, 发病后不仅影响面部美观, 而且给患者日常工作生活带来诸多不便。研究^[1-2]显示, 针灸治疗动眼神经麻痹疗效显著, 不良反应少, 复发率低。

杨骏教授, 全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 从事针灸临床、科研、教学 40 余载, 擅长针灸治疗神经系统疾病, 现将其针灸治疗动眼神经麻痹临床经验总结如下。

1 辨病、辨证, 中西相辅

依据西医辨病思维, 杨骏教授提出“初病审因, 从源求治”的观点^[3], 即早期病因学诊断和及时有效的干预是治疗的关键。动眼神经麻痹以上睑下垂、睑裂变窄、复视、眼球活动障碍以及瞳孔改变等为主要临床表现^[4-6], 但其病因复杂, 涉及颅内病变、糖尿病、颅脑外伤、病毒感染等。杨骏教授指出在明确其病因学诊断后, 应该把握原发疾病治疗的最佳时间, 予以现代医学手段干预。如痛性眼肌麻痹予激素治疗, 糖尿病所致患者给予规律降糖和营养神经治疗, 眼眶急性炎症反应予以抗生素抗感染治疗, 颅脑外伤患者优先考虑手术。及时有效的西医治疗可以有效避免不可逆性眼部神经损伤, 在此前提之下再行针灸干预, 中西医结合治疗常可在较短时间取得良好效果。

*国家自然科学基金资助项目: 81873370; 杨骏全国名老中医药专家传承工作室项目: 国中医药人教发〔2016〕42 号

✉通信作者: 唐友斌, 主任医师。E-mail: 54803419@qq.com

△王珊, 安徽中医药大学硕士研究生。E-mail: 412921624@qq.com

动眼神经麻痹属西医病名,根据其临床症状可将其归属于中医学“风牵偏视”“睢目”“睑废”“上胞下垂”“痿病”等范畴。杨骏教授临证讲求辨证论治,以中医经典理论为基础,辨证审因,将本病分为风邪袭络、脾胃虚弱、气虚血瘀 3 种证型,从而确定治法,在针刺手法、头针及局部取穴的基础上,区分不同证型的配穴治疗。

(1) 风邪袭络证。《素问·太阴阳明论》载:“伤于风者,上先受之”“故犯虚邪贼风者,阳受之”,风为阳邪,轻扬开泄,具有升发、向上、向外的特点;眼为清阳之窍,位居阳位,易受风邪侵袭。杨骏教授指出若腠理疏松,风邪克于肌表,循络入里,肌肉失约则发病,如《诸病源候论》云:“风客于睑肤之间,所以其皮缓纵,垂覆于目,则不能开,世呼为睢目”。治疗当以祛风为治法,常取风池、风府。风为百病之长,常兼夹他邪,如夹热者,加曲池;夹痰者,加丰隆;夹寒邪者,于风池行温针灸。

(2) 脾胃虚弱证。《兰室秘藏》云:“故脾虚则五脏之精气皆失所司,不能归明于目”,《素问·阴阳应象大论》载:“清阳出上窍,浊阴出下窍”。杨骏教授指出脾胃位居中焦,升清降浊,清气不升则目不明、胞睑升举无力,《银海指南》言:“中气不足,为眼皮宽纵”。治疗以补益脾胃为原则,《灵枢·九针十二原》载:“五脏之有疾,当取之十二原”“合治内腑”,故针刺常取脾经原穴太白、胃经合穴足三里。

(3) 气虚血瘀证。《灵枢·口问》载:“目者,宗脉之所聚也”,《灵枢·邪气脏腑病形》载:“十二经脉,三百六十五络,其血气皆上于面而走空窍,其精阳气上走于目而为睛。”眼及其周围组织依赖周身经脉气血的濡养。杨骏教授认为本病日久耗损正气,津液亏损,经脉受阻,气虚血瘀,常表现为泪液减少,出现眼球滞涩、视物成双、胞睑下垂等症状,形成虚实夹杂的顽疾。治疗当益气通络,重用阳明经穴,取手阳明大肠经之合谷、臂臑,足阳明胃经之头维、足三里。合谷为手阳明大肠经原气输注之处,足三里乃足阳明胃经之合穴,手足阳明经经气相通,二穴相配以达“同气相求”之功。头维为足阳明脉气所发,具有通络明目之效,如《玉龙歌》云:“若是眼昏皆可治,更针头维即安康”。臂臑为手阳明大肠经腧穴,又“阳明主面”,手阳明为多气多血之经,顺经而刺可充养阳明之气,活血通络,善于治疗目疾。研究^[7-9]表明,针刺臂臑可增强眼睑活动相关脑区的功能连接,用于治疗视神经疾病和眼外肌疾病疗效显著。

2 针刺手法

《灵枢·九针十二原》载:“刺之要,气至而有效”,针刺手法乃针刺得气的关键,是影响针刺疗效的重要因素。研究^[10-11]表明,眼周局部针刺手法通过控制针刺的角度、深度及行针的力度、幅度,改善视觉诱发电位电生理活动,通过促进眼周血液循环和眼内房水循环,从而治疗各类眼病。杨骏教授临证根据辨证分型采取不同的针刺手法,风邪袭络证采用睑周点按刺法,脾胃虚弱证采用透穴抬睑刺法,气虚血瘀证采用健侧平衡对刺。

2.1 睑周点按刺法

睑周点按刺法为承古典针法“半刺”发展而来。“半刺者,浅内而疾发针,无针伤肉,如拔毛状,以取皮气”(《灵枢·官针》),具有浅刺疾出、手法轻灵的特点。杨骏教授将此法用于皮肉娇嫩的眼睑部位,操作时嘱患者仰卧位、闭眼,局部常规消毒后,使用 0.30 mm × 40 mm 毫针,医者左手固定患者眼睑以保持闭合状态,右手拇指、示指、中指共同持针,环指抵住针尖处,针尖露出约 5 mm,找定眼睑一处作为点刺起始点,随即点刺眼睑一周,若病情严重者可反复操作 2~3 次,点刺半径逐次缩小。点刺时,环指作垫,一按一松,浅刺于皮肤如蜻蜓点水之状,防止刺伤眼球,不留针。《素问·刺要论》言:“病有浮沉,刺有浅深”,风邪袭络证邪气在表,通过浅刺局部胞睑,刺激皮部,因势利导,驱散在表之风邪。研究^[11]表明,针刺局部眼睑,可直接刺激眼部肌筋膜层及支配眼球运动的肌肉等组织,提高相关肌肉组织兴奋性,促进眼周肌肉的收缩,有效改善眼部肌肉麻痹。

2.2 透穴抬睑刺法

透穴抬睑刺法是将“透刺法”和“五轮学说”相结合的特殊手法。《太平圣惠方·眼内障论》载:“眼通五脏,气贯五轮”,《银海精微·五轮八廓总论》云:“脾属土曰肉轮,在眼为上下胞睑”。根据“五轮学说”,动眼神经麻痹表现的上胞下垂等症状,属脾胃虚弱,肉轮有病。杨骏教授认为在病变脏腑所对应的体表区域和肌肉失约部位施以相应的针刺手法,可以起到内外同治的作用。操作时患者取坐位,局部常规消毒后,使用 0.35 mm × 40 mm 毫针,取患侧丝竹空透刺攒竹,沿皮缓慢进针,直至接近攒竹穴时停针,此时拇指、示指、中指 3 指持针,拇指在针柄的下方,示指、中指在针柄的上方,以拇指为支点,示指、中指下压针柄,形成一个杠杆力,使皮下针身带动下垂眼睑逆向上提,操作 3~5 s 即可,需注意手法轻柔,

防止伤及眼球,不捻转,留针 30 min。

杨骏教授指出透穴抬睑刺法施术部位在上睑,可调上睑下垂之症;施术部位属五轮之脾脏,内调脏腑;手法特点为“逆向上提”,对应其中气下陷之病机。研究^[12]证实,毫针针刺作为一种物理疗法,其起效的重要因素是一种机械力的刺激作用,表现为针体直接或间接(通过牵引周围组织)作用于某个或某些穴位的机械力。透穴抬睑刺法的运针过程正是符合以上理论,体现了生物力学在瘫痪或失用肌肉上的被动训练作用。此外,依据《灵枢·经筋》所载手足三阳之经筋结聚于眼及其周围,共同支配胞睑的开合及眼球的转动,杨骏教授认为动眼神经麻痹属于经筋病,透穴抬睑刺法的操作部位在上眼睑,属足太阳经筋的分支“目上纲”统领之处,可达疏调经筋之功。研究^[13]表明,丝竹空向眉头方向透刺能促进眼周局部血液循环及改善局部组织营养,治疗动眼神经麻痹疗效较好。

2.3 健侧平衡对刺

《灵枢·官针》载:“巨刺者,左取右,右取左也”,健侧平衡对刺针法是对巨刺法的应用^[14],即一侧机体有病,而于对侧选取相应穴位治疗的方法。根据经络理论,人体经络气血阴阳相贯、左右互通,“善用针者,从阴引阳,从阳引阴,以右治左,以左治右”(《素问·阴阳应象大论》),从而起到整体调节的作用。杨骏教授指出动眼神经麻痹常单侧发病,随疾病进展渐至气虚,血行无力,络脉瘀阻,应采取健患侧同调的治法,利用健侧正常生理功能激发气血以助患侧,即是“扶正通络,寓通于补”之意。操作时,患者取坐位,局部常规消毒,使用 0.25 mm × 25 mm 毫针,取双侧攒竹,与皮肤呈 45°角向鼻根(胃经循行处)针刺 12~15 mm,适当捻转,以患者自觉酸胀为度,可调和阴阳,沟通阳明经经气,补益气血,通经活络,从而促进患眼功能恢复。

3 头针、电针,量效结合

杨骏教授认为治疗动眼神经麻痹,头针、电针结合应用具有叠加效应。头针是在继承中国古代针刺治疗脑病的理论和经验基础上,结合现代医学神经、生理、解剖知识,经过临床实践总结而来,主要根据大脑皮层功能定位的头皮相应区域确定刺激区,尤其适用于治疗神经系统疾病。头针种类繁多,标准化头针枕区与焦顺发头针视区是目前治疗眼病运用较为广泛的头针分区。枕区的枕上正中线与视觉传导路径密切相关,其位置相当于强间与脑户的连线^[15];视区是焦顺发教授提出的主治视力障碍、白内障等眼病的

头针穴区,位于头部前后正中线旁开 1 cm 的平行线与枕外隆突水平线的交点,向上引长 4 cm 的区域^[16]。杨骏教授治疗本病时将标准化头针枕上正中线与焦顺发头针视区联合运用。操作时,患者取坐位,局部常规消毒,取 0.35 mm × 40 mm 毫针,先针枕上正中线(强间透刺脑户),以此为参考,左右视区各取一穴,由上向下沿头皮平刺 15~25 mm,在视区接 KWD-808 I 脉冲电疗仪,电疗仪两组独立的电极线分别连接左右视区,两组线另一电极均接在水浸湿的纱布上作无关电极。杨骏教授认为针刺取效的关键在于量效结合,电针产生的电流信号穿过颅骨,作用于视区皮质功能区,而刺激的波形、频率、强度和時間は刺激量的重要参数。临床予以疏密波,频率为 2 Hz/100 Hz,刺激强度以患者自觉适宜为度,电针刺激约 30 min。研究^[17-18]表明,疏密波电针可以改善动眼神经麻痹患者神经功能,促进大鼠受损神经修复生长的作用更强;时疏时密、频率不同的脉冲波能够有效避免出现电针耐受现象,多频组合的疏密波可引起中枢释放不同的神经肽,其影响脑区更为广泛,从而疗效更佳^[19]。

4 局部刺激,气至病所

在病变局部及邻近部位选取穴位的方法,是“腧穴所在,主治所在”的体现,也是针灸选穴原则之一。动眼神经麻痹局部症状明显,杨骏教授常选用眼周太阳、鱼腰、球后 3 个奇穴施针,加强局部刺激。从穴位功效来看,太阳、鱼腰、球后主治口眼喎斜、眼睑下垂、眼球瞬动、黑睛偏视等症,是治疗眼病的常用穴。从现代医学的角度而言,太阳、鱼腰、球后 3 穴深部分别分布有眶上动静脉、动眼神经分支、眶下动脉和睫状后动脉,3 穴合用可改善眼部及眼周血液循环,促进动眼神经及其支配眼肌的功能恢复^[20-22]。操作时,患者取坐位,局部常规消毒,使用 0.25 mm × 25 mm 毫针,球后轻推眼球向上,沿眼眶下缘缓慢直刺 12~15 mm;太阳直刺 10~12 mm;鱼腰与皮肤呈 15°角向下刺约 5 mm;针刺球后、太阳、鱼腰 3 穴过程中,应密切与患者交流,以针感向眼球内部放射、眼球酸胀为度,禁提插捻转。

5 典型病例

患者,女,49 岁,于 2020 年 10 月 13 日就诊。主诉:左侧上眼睑下垂伴左眼球活动受限 1 月余。现病史:1 月余前因劳累后出现左侧上眼睑抬举困难,左眼向外下方斜视,伴视物模糊,无口角歪斜,无肢体活动障碍,于当地医院眼科就诊,行头颅 CT 检查

未见明显异常,诊断为“动眼神经麻痹”,予以甲钴胺、血栓通、前列地尔等药物治疗未见明显好转。刻下症:左侧上眼睑下垂,左眼球向上、向内活动受限,自然状态下呈向外下方斜视,劳累后出现视物模糊,食少纳呆,二便调,睡眠差;舌淡、苔薄白,脉细弱。既往有糖尿病病史 5 年余,口服二甲双胍治疗,近半年血糖控制欠佳,空腹血糖为 6~8 mmol/L,餐后 2 h 血糖为 8~13 mmol/L。专科检查:左侧上眼睑约遮盖至瞳孔的 1/2,睑裂宽度为 5 mm,左眼球向外下方斜视,向上、向内活动受限,双侧瞳孔等大等圆,直径为 2.5~3.5 mm,对光反射存在,双侧鼻唇沟对称,伸舌居中,四肢肌力、肌张力正常,余颅神经检查(-)。西医诊断:动眼神经麻痹(左侧);中医诊断:睑废(脾胃虚弱证),治则:补中益气、健脾升清。予针刺治疗,穴取太白、足三里、枕上正中、视区,左侧丝竹空透攒竹、太阳、鱼腰、球后。操作:患者取坐位,局部常规消毒,采用 0.35 mm×40 mm 毫针,于丝竹空沿皮透刺攒竹,使用透穴抬睑刺法;枕上正中、双侧视区沿头皮向下平刺 20 mm,双侧视区连接 KWD-808 I 脉冲电疗仪,予疏密波,频率为 2 Hz/100 Hz,强度以患者自觉适宜为度,电针刺激 30 min;采用 0.25 mm×25 mm 毫针,球后避开眼球紧靠眶缘缓慢直刺 12 mm,太阳直刺 10 mm,鱼腰与皮肤呈 15°角向下刺约 5 mm,以针感向眼球内部放射、眼球酸胀为度,禁提插捻转;太白直刺 12 mm,足三里直刺 30 mm,适当捻转以得气为度,留针 30 min。针刺治疗隔日 1 次。针刺 5 次后,患者睁眼乏力感减轻,左侧上眼睑可抬至瞳孔上,睑裂宽度为 8 mm,眼球活动稍有改善;针刺 10 次后,患者自然睁眼,左侧睑裂宽度基本与右侧相同,平视时眼球居中,基本无斜视,向内、向上活动自如,视物清晰,嘱患者加强眼部肌肉功能锻炼,注意休息,避免用眼过度。随访半年,未见复发。

综上,动眼神经麻痹病因复杂,但其症状均由动眼神经受损导致,针灸对其治疗具有特异性。杨骏教授根据病因及发病特点将本病分为 3 个证型辨证选穴;治疗善施手法,师古创新,采用睑周点按刺法、透穴抬睑刺法、健侧平衡对刺法,丰富了手法操作的内容,不仅可以治疗动眼神经麻痹,也可用于其他眼病的治疗;头针、电针组合叠加增效,注重局部刺激,有效改善动眼神经麻痹症状。

参考文献

- [1] 周艳,严兴科. 针刺治疗动眼神经麻痹临床研究概况[J]. 甘肃中医药大学学报, 2020, 37(3): 95-99.
- [2] 俞大雄, 马睿杰. 近 10 年针灸治疗动眼神经麻痹临床研究进展[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(2): 184-187.
- [3] 朱婷, 潘宾, 袁爱红, 等. 杨骏治疗周围性面瘫经验[J]. 安徽中医药大学学报, 2021, 40(5): 37-39.
- [4] Eisenhut F, Gerner ST, Goelitz P, et al. High-resolution magnetic resonance imaging in isolated, traumatic oculomotor nerve palsy: a case report[J]. Radiol Case Rep, 2021, 16(2): 384-388.
- [5] 朱丽平, 王佳伟. 周围性动眼神经麻痹临床特点与病因分析[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2020, 20(8): 746-751.
- [6] 田国红, 万海林, 沙炎. 动眼神经麻痹的诊断及处理原则[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2016, 16(6): 450-453.
- [7] 谢林, 李晓燕, 刘志丹. 臂臑穴治疗眼病的临床应用与研究概述[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(7): 80-83.
- [8] 李晓燕, 何江波, 刘志丹, 等. 针刺臂臑穴对眼睑闭合运动相关脑皮层激活的 fMRI 研究[Z]. 上海: 上海市宝山区中西医结合医院, 2020.
- [9] 白宇峰. 针刺臂臑穴对视觉 M、P 通道影响的研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2011.
- [10] 路进宝, 王雅丽, 张建东. 针刺治疗视神经萎缩对视觉电生理影响的研究进展[J]. 中国中医眼科杂志, 2020, 30(1): 72-74.
- [11] 王欢. 眶内三针刺法治疗眼外直肌麻痹的临床疗效观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2017.
- [12] 李芳杰, 杨华元, 王观涛. 基本针刺手法的力学研究概述[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(1): 85-87.
- [13] 李成, 马新建. 透刺法为主治疗眼睑下垂 32 例[J]. 中国针灸, 2015, 35(5): 427.
- [14] 解鸿宇, 袁爱红, 潘宾, 等. 基于针刺手法浅析杨骏教授治疗难治性面瘫经验[J]. 中国针灸, 2021, 41(8): 919-921.
- [15] 梁繁荣. 针灸学[M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2012: 185-187.
- [16] 焦顺发. 焦顺发头针[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019: 27-29.
- [17] 路岩, 景伟. 电针疏密波治疗脑卒中后动眼神经麻痹 65 例临床疗效观察[J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32(5): 520-522.
- [18] 张尧, 邱有波, 杨拯, 等. 不同波形电针对脊髓损伤大鼠运动功能恢复的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2012, 27(12): 1097-1101.
- [19] 姜思媛, 侯文珍, 倪光夏, 等. 不同电针刺激参数对突发性耳聋临床疗效的影响[J]. 中国针灸, 2021, 41(10): 1103-1107.
- [20] 储开博, 何丽清. 从解剖学关系探讨“太阳透率谷”治疗偏头痛的机制[J]. 中国医药指南, 2008, 6(23): 288-289.
- [21] 刘杰, 龚丹, 张伯儒. 针刺鱼腰、上睛明穴为主治疗动眼神经麻痹 35 例[J]. 中国针灸, 2015, 35(2): 184.
- [22] 韦昭文, 唐莹, 李斯宁. 球后穴的针刺安全性研究[J]. 针刺研究, 2020, 45(5): 416-418.

(收稿日期: 2022-01-19, 网络首发日期: 2022-04-17, 编辑: 杨立丽)