

中西医结合治疗急性眼外肌麻痹的临床观察

张 扬¹, 唐天德², 杜建华^{1△}

(1. 昆明医科大学第一附属医院, 云南昆明 650032; 2. 云南省泸西县中医院, 云南泸西 652400)

摘要: **目的** 观察针灸联合西药对急性眼外肌麻痹的疗效。**方法** 收集急性眼外肌麻痹 48 例(66 眼), 根据治疗方法的不同分为西药组、针灸组及联合组。对患者治疗前后复视症状、眼球运动及斜视度的改变进行观察, 并比较 3 组间疗效。**结果** ①1 月后复诊, 3 组大部分患者复视减轻, 眼球运动好转, 斜视度较前均有下降($P<0.05$), 其中联合组效果最好。②治疗后组间比较, 西药组与针灸组无统计学意义($P>0.05$), 而联合组与另外 2 组有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 中西医结合对急性眼外肌麻痹的疗效优于单纯药物或针灸治疗者。

关键词: 急性眼外肌麻痹; 针灸; 中西医结合

中图分类号: R276.7 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2014)02-0067-03

急性眼外肌麻痹因涉及第Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ对颅神经损伤, 治疗较为棘手, 西医采取激素、神经营养等对症治疗虽然取得了一定疗效, 但副作用较大, 效果有限; 而针灸对急性眼外肌麻痹特别是联合西药的治疗临床上报道较少。昆明医科大学第一附属医院采取针灸联合西药治疗急性眼外肌麻痹取得了满意的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集 2006 年 3 月至 2013 年 4 月间眼科和中医科联合诊治的急性眼外肌麻痹 48 例(66 眼)。其中, 外展神经麻痹 33 眼, 滑车神经麻痹 17 眼, 动眼神经麻痹 16 眼。男 31 例, 女 17 例; 年龄 12~78 岁, 平均(44.5 ± 8.7)岁。所有患者以突然出现复视为首要症状, 伴单眼或双眼不同程度运动障碍, 发病均在 2 周以内。经病史询问、血生化及影像学检查排除颅内肿瘤、脑血管意外、重症肌无力等眼科以外急症; 部分患者发病前有非手术治疗的眼眶骨折血肿、轻度颅脑外伤、血管性疾病、炎症、颅内手术史、糖尿病等, 经专科检查治疗病情已稳定者; 部分患者 MRI 检查发现有轻度中枢脱髓鞘疾病或腔隙性脑梗塞表现; 还有一部分病因不清。

1.2 治疗分组

根据患者的病情, 如有糖尿病、肝肾功能不全、消化道溃疡, 明显骨折疏松、年龄较大的患者不采用西药治疗, 仅采取针灸治疗; 不愿接受针灸的患者采用单纯西药治疗; 其他的采取西药结合针灸的方法治疗。将对象分为①西药组(20 眼: 给激素、神经营养剂对症治疗); ②针灸组(21 眼: 给予针灸治疗); ③联合组(22 眼: 在西药组治疗基础上联合针灸治疗)。

1.3 治疗方法

1.3.1 西药组

第 1 周给予甘露醇 250mL+地塞米松 10mg 静滴, 肌注鼠神经生长因子和甲钴胺针; 第 2 周根据病情甘露醇、地塞米松减半, 其他治疗不变; 第 3、4 周停针剂, 改口服泼尼松片 30mg 清晨餐后顿服, 3~5d 每 5mg 递减至完。

1.3.2 针灸组

根据中医辨证论治针灸取穴, 以眼周穴为主穴: 主穴睛明、攒竹、四白、太阳、瞳子髎、光明、翳风、丝竹空。配穴: ①肾虚型取穴双肾俞、太溪; ②脾虚型, 取穴双脾俞、足三里; ③风邪侵犯者配双风池、合谷、翳明; ④肝风挟痰者取双太冲、丰隆、合

收稿日期: 2013-12-23

作者简介: 张杨(1974-), 男, 云南昆明人, 主治医师, 研究方向: 眼肌, 眼整形, 眼眶病。

△通信作者: 杜建华, E-mail: adamzhangy@sina.cn

谷。⑤外伤瘀血阻络者配双风池、合谷。每次针灸取主穴患侧取穴,配穴双侧取穴。眼周穴位常规消毒,进针 1cm 左右,虚则补之,实则泻之。患者自觉酸、胀、麻、重感后,采用电针治疗仪,选用疏密波,中度电刺激。留针 40min 后取针。每日 1 次,10 次为 1 个疗程,疗程间休息 2d。一般 2~3 疗程。治疗头 2 周给予活血化瘀类药物静滴,如血塞通、丹参注射液,之后改为口服制剂。

1.3.3 联合组

在西药治疗基础上联合针灸治疗,二者方法不变。

1.4 检查项目

1.4.1 复视及眼球运动

定性检查患者的复视及眼球运动改变情况。根据患者自觉症状并结合红玻璃片检查法,对患者 9 个观察眼位近距离 33cm 处的复像分离情况进行检查,将复视方向分为水平、垂直和旋转;并根据麻痹肌所在的功能位判断眼球运动的恢复情况。

1.4.2 斜视度检查

应用同视机 I 级画片,定量检查第一眼位的自觉斜视角。外展神经麻痹为内斜视;滑车神经麻痹为外旋转性斜视(可伴垂直和水平性斜视);动眼神经麻痹为外下斜视或外上斜视同时伴旋转性斜视。为了便于分析,将不同眼外肌麻痹患者的检查结果,根据水平、垂直、旋转的斜视角进行分离归类后对应比较,详见表 1。

1.5 统计方法

运用 SPSS17.0 软件包进行统计学分析。治疗前后定量检查结果采用配对 t 检验;组间比较采用方差分析。

2 结果

2.1 复视及眼球运动好转

治疗 1 月后随访,大部分患者自觉复视及眼球运动情况较前有不同程度好转。外展神经麻痹者原在位和颞侧水平复视距离缩小,少部分原在外的复视消失,眼球运动外转幅度加大;滑车神经麻痹者原在位和鼻下方注视的旋转性复视的旋转角度、垂直或水平复视均减小,少部分原在位复视消失,患眼向鼻下方的运动距离加大;动眼神经麻痹者原在位和鼻上或鼻下方注视的水平、垂直复视距离缩

小,复视的旋转角度减小,患眼向鼻侧、上方或下方运动较前好转。说明 3 种治疗方法对急性眼外肌麻痹复视缓解及眼球运动好转均有疗效。其中,自觉复视及眼球运动较前好转者西药组有 11 例(占本组例数 55%),针灸组有 10 例占(47.6%),联合组有 16 例(占 72.7%)。说明在治疗效果中,西药组与针灸组疗效相近,而联合组效果最好。

2.2 斜视度下降

表 1 治疗前后不同治疗组斜视角分类比较表($\bar{x} \pm s$)

斜视角	比较	西药组	针灸组	联合组
水平(52 眼)	治疗前	23.5°±6.8°	22.3°±7.5°	24.1°±6.3°
	治疗后	20.2°±6.6°	19.3°±7.4°	17.5°±5.8°
垂直(31 眼)	治疗前	6.4°±2.3°	6.6°±2.1°	6.2°±3.3°
	治疗后	4.1°±2.5°	4.5°±2.3°	3.1°±2.9°
旋转(33 眼)	治疗前	7.1°±2.7°	6.8°±2.5°	7.3°±3.0°
	治疗后	5.0°±2.9°	4.8°±2.8°	3.0°±2.8°

治疗 1 月,经配对 t 检验,每组的水平斜视角、垂直斜视角、旋转斜视角均较治疗前明显下降($P < 0.05$),说明 3 种治疗方法对急性眼外肌麻痹均有效果。其中,联合组的斜视角下降幅度最大,治疗效果也最好。经方差分析,3 组间治疗前比较无统计学差异($P > 0.05$),说明 3 种方法具有可比性;治疗后比较西药组与针灸组没有统计学意义($P > 0.05$),而联合组与另外 2 组有统计学意义($P < 0.05$)。说明西药与针灸对急性眼外肌麻痹治疗效果相近,而联合治疗的效果好于单独治疗者。

3 讨论

3.1 西医发病原因及治疗

急性眼外肌麻痹常见的发病原因是眼眶或颅脑外伤后神经损伤;颅内血管性疾病如动脉瘤、血管畸形、蛛网膜下腔出血、脑梗塞等;病毒、细菌、结核等急性和亚急性感染;脱髓鞘疾病,重症肌无力,维生素 B₁ 缺乏或糖尿病等代谢性疾病^[1];还有相当一部分患者经目前的各种检查方法不能明确其病因。由于急性期神经功能处于一个暂时性的“失活”状态,眼外肌还未萎缩。此时通过保守治疗能够促使神经“苏醒”,恢复眼外肌的正常收缩。西医除病因治疗外,常采取对症治疗的方法。在研究中,西药组采用激素和甘露醇静滴,较快地控制了炎症和免

疫反应,减轻了神经及周围组织的水肿压迫,促进了神经系统的血液供应,对病例中,因炎症、外伤和脱髓鞘疾病造成的眼外肌麻痹起到了很好的治疗效果;还有神经营养剂鼠神经生长因子和甲钴胺,对病例中所有受损的神经都起到了营养和修复的作用,加快了神经功能的恢复。但西药也有其缺点,如激素的副作用较大,神经生长因子价钱昂贵等不能长期使用。

3.2 中医发病机制及针灸治疗依据

对于急性眼外肌麻痹,中医认为该病症属于“风牵偏视”范畴,多由脉络空虚,外邪入中,阻滞经脉,气血运行不畅所致。临床常见正虚邪实,虚实夹杂的复杂病情变化,以气血虚,肝肾阴虚,肝风内动为本,风寒湿邪及痰瘀为标。眼部经脉失养而致眼肌运动障碍^[2]。治疗当以行气活血,祛瘀通络为主。通过远近配穴,局部取穴与辨证取穴相结合,可激发多经气血运行,从而使眼部经脉得以濡养,发挥其正常的功能。本研究中,睛明是手足太阳、足阳明三经会于眼部的交会穴,穴位深部为眼内肌,眼神经分支,补之则益肾、养血、明目。攒竹是足太阳膀胱经穴,穴居眼周,有通经祛风、泻热、止痛之功。四白属足阳明胃经之穴,主治目赤痛痒、迎风流泪、眼睑瞤动等。太阳属经外奇穴,有清热解毒、凉血化瘀、通经止痛之功,是临床治疗眼疾、头疾等的常用穴。常配瞳子髎、光明、翳风、丝竹空治疗眼周疾病。针灸治疗有调节神经、驱邪通络、舒经活络、行气活血、改善局部血液循环、促进新陈代谢的作用^[3]。《灵枢·邪气脏腑病形篇》:“十二经脉,三百六十五络,皆上于面而走空窍。”现代医学研究发现,眼周取穴针刺可以通过神经体液调节机制刺激神经末梢^[4],同时还能增加眼动脉的血流量,使毛细血管扩张,通透性增强,改善眼周微循环和第Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ对颅神经缺血缺氧状态。为麻痹肌的恢复提供良好的营养环境^[5-6]。从研究中,针灸组治疗的有效性可以看出,针灸可以刺激神经细胞的活性恢复和神经纤维的传导功能。

3.3 中西医结合治疗机制及优点

中医擅长标本兼治,通过调节阴阳失衡使机体局部或全身的功能状态得以恢复;西医强调的是对因和对症治疗,对因相当于中医的治本,对症相当于中医的治标。对于急性眼外肌麻痹病因明确者,西医一般能标本兼治,但随病程延长疗效下降,副作用显现;而病因不明者,西药很难有的放矢。本研究中很多患者病因不明,故西医的对因治疗很难凑效。通过针灸治疗调整机体的生理功能,激发机体固有的抵御疾病和自我修复的能力,以达到治疗疾病的目的。此时,利用中医调理阴阳,标本兼治的功效益,急则治其标,缓则治其本。特别是针灸疗法对神经系统疾病有特殊的治疗作用,这种以生理机制为基础的作用特点,使针灸具有非常明显的安全优势与应用范围广泛的优势,辅以后瘀通络的血塞通或丹参注射液往往取得较好的效果。中西医结合能扬长避短,充分发挥西药在去除病因,对急症早期疗效显著的作用;针灸的副作用小、费用低,在慢性期能刺激机体对损伤神经功能康复的优点。从所做研究结果中可以看出,中西医结合有助于最大限度地促进急性眼外肌麻痹的恢复,二者联合的治疗效果明显好于单纯药物或针灸治疗者。

参考文献:

- [1] 安得仲. 实用神经眼科学概论 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 135-138.
- [2] 吴运芹, 张华荣, 王动力. 中西医结合治疗眼外肌麻痹的观察中[J]. 临床和实验医学杂志, 2007, 6(6): 147.
- [3] 徐元, 张俭, 田萍, 等. 中西医结合治疗后先天性眼外肌麻痹临床观察[J]. 四川医学, 2012, 33(1): 114-115.
- [4] 陈德松, 顾玉东, 满富强, 等. 电刺激对小鼠失神经支配肌肉萎缩的影响[J]. 中华理疗杂志, 1991, 14(4): 210.
- [5] 尤景春. 运动神经肌肉电刺激对鼠骨骼肌微血管灌流的影响[J]. 国外医学: 物理与康复学分册, 1992, 12(2): 84.
- [6] 崔庆霞. 中西医结合治疗眼外肌麻痹的疗效观察 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(21): 42-43.

(编辑: 徐建平)

(英文摘要见第 86 页)

滞、气虚、情志、瘀血、表邪入里,后者即为胃肠型感冒。并甲状腺功能低下、贫血、电解质紊乱亦可有类似表现,需要鉴别。本病以疏理气机为基础,枳壳、半夏、元胡、木香、甘松、厚朴等为常用药物,阳虚证加予温中补虚,如附子理中丸;阴虚者多为内伤气血,养阴益胃为法,如四君子汤合参麦汤;痰湿证需化痰燥湿,如陈夏六君子汤;食滞可予以四磨汤之类;一派气虚者,补中益气汤主之;情志失调,疏肝理气为法,如柴胡疏肝散;瘀血证从心、肝辨证,活血化瘀为主;表邪入里,藿香正气汤为基础^[14-15]。

现代医学对器质性疾病病因理解较为深刻,定性定位后再予以中医辨证治疗,可以得到明确疗效,避免误诊,减少医疗事故发生,他脏病所致本脏外在表现,常常有迹可循,容易确立治疗大法,以引导中医初学者入门学习;功能性疾病和防治未病是西医学的软肋,中医循证辨治,可以取得明显优势。研习古代医家学识的同时,可以引入西医或其他医学知识,构建更加实效的中医体系,或者是中医未来发展的主要方向。

参考文献:

- [1] 田德禄. 中医内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 62-64.
- [2] 吴芳. 浅谈慢性充血性心力衰竭的中医辨证治疗[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(4): 55-56.
- [3] 李彦英, 张富斌, 罗丽红. 浅谈葶苈子用于治疗心力衰竭[J]. 中外医学研究, 2010, 8(5): 53.

- [4] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2009)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(6): 407-413.
- [5] 赖克方, 钟南山. 《咳嗽的诊断与治疗指南(2009 版)》解析[J]. 中国实用内科杂志, 2009, 29(12): 1088-1090.
- [6] 高亭, 袁菲, 段凤英. 慢性咳嗽 98 例临床分析[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(16): 2627-2629.
- [7] 甘慧娟, 朱文锋. 不同病程咳嗽患者证素特征研究[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(9): 2541-2544.
- [8] 潘桂娟. 论中医“痰病”的预防与治疗[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(10): 1322-1324.
- [9] 祖武. 应用活血化瘀药治慢性支气管炎几点体会[J]. 江西中医药, 2001, 32(4): 18-19.
- [10] 段练, 熊兴江, 王阶. 冠心病的治疗性血管新生与活血化瘀[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(11): 1561-1566.
- [11] 张晨, 李欧, 汪涛, 等. 活血化瘀法治疗慢性心力衰竭研究进展 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(10): 1250-1251.
- [12] 闫丽芳, 张启明, 王义国, 等. 中医胃脘痛的 25 个临床特征[J]. 中国中医基础医学杂志, 2009, 15(5): 374-374.
- [13] 孙丽. 慢性胃炎的中医辨治 [J]. 中国卫生产业, 2011, 8(7): 106-106.
- [14] 张志平. 胃病病中医治疗的现状 [J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(6): 131-132.
- [15] 缪志芳. 中西医结合调护胃病 [J]. 医学信息, 2012, 25(10): 224-225.

(编辑: 岳胜难)

(原文见第 67 页)

Clinical Observation on the Treatment of Acute Extraocular Muscle Paralysis by Traditional Chinese Combined with Western Medicine

ZHANG Yang¹, TAN Tian-de², DU Jian-hua¹

- (1. The First Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming 650032, China;
2. The Traditional Chinese Medicine Hospital of Lusi County in Yunnan, Lusi 652400, China)

ABSTRACT: **Objective** To observe the clinical effect of acupuncture combined with western medicine in treating acute extraocular muscle paralysis (AEMP). **Methods** 48 cases (66 eyes) of AEMP were analyzed retrospectively in our hospital. All patients were divided into 3 groups according to different treatment method: 1. Western medicine group; 2. Acupuncture group; 3 Combination group. The therapeutic effects were judged by the changes of symptom of diplopia, eye movement and strabismus angle before and after treatment and the difference was compared in 3 groups. **Results** 1. After 1 month follow-up, most of patients in 3 groups felt diplopia relieve, eye movement strengthen, and strabismus angle decline ($P < 0.05$) compared those before the treatment, which the effect of the combination group was the most obvious. 2. The combination group had difference compared with the other 2 groups after the treatment ($P < 0.05$), while there was no difference between the western medicine and the acupuncture group ($P > 0.05$). **Conclusion** The combination of Traditional Chinese and Western Medicine is superior to simple drugs or acupuncture on the treatment of acute extraocular muscle paralysis.

KEY WORDS: acute extraocular muscle paralysis; acupuncture; traditional Chinese Combined Western Medicine