

者不同,当辨之。仲景对奔豚病的论述充分体现了其“观其脉证,知犯何逆,随证治之”的辨证思维。王松龄教授认为,临床应用经方治疗奔豚病,并不等于“照本宣科”,墨守成规,要跳出教条的框框,赋予独立思考,运用思维、理论、经验以及调查研究获得的临床材料,建立自己的辨证观^[2]。总之,使用经方时学会抓主证,临床用药时遵循方证相应,活用经方,以彰显经方之妙。

[参考文献]

- [1] 周德安. 实用中医临床情志病学[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2014: 298.
- [2] 刘渡舟. 方证相对论[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 3-5.

(责任编辑: 刘淑婷)

葛根汤治疗动眼神经麻痹医案1则

赵曼丽^{1,2}, 张伦忠^{1,2}

1. 山东潍坊市中医院, 山东 潍坊 261041; 2. 国医大师熊继柏传承工作室, 湖南 长沙 410208

[关键词] 动眼神经麻痹; 葛根汤; 辨证论治; 整体观念; 医案; 熊继柏

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2020) 13-0040-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2020.13.012

国医大师熊继柏教授从事中医临床实践工作60年,一直强调“中医的生命力在于临床”,笔者有幸跟师侍诊学习,获益颇多。熊老师要求学生要有清晰的临证思维,诊断疾病要依据全面诊察后的辨证分析,因证选方,因方遣药。

熊老师认为,整体观念和辨证论治是中医两大根本法则,临床诊断疾病、治疗疾病是一个辨证论治过程,疾病的发生、发展过程千变万化,所谓“玄冥幽微,变化难极”。辨证论治是中医诊病的基本法则,只有坚持辨证论治,临证时根据病变部位、性质、邪正虚实、盛衰,因证而立法,依法而选方,随方遣药,真正贯穿理法方药基本步骤,才能以常测变,得心应手。而怎样辨证论治?是通过望神、察色、按脉、全面诊察,综合分析,准确辨证,才能作出决断。熊老师讲全面仔细地诊察是准确辨证的前提,而全面诊察体现的就是整体观念思想指导下的辨证论治,诊治疾病必须从整体出发,决不能只局限于某一个脏腑、某一个部位、某一个病症,把握整体观念指导下辨证论治这一基本特点,全面诊察,才能真正掌握辨证论治的本领,才能广泛施治,真正提高临证水平,确保临床疗效。

笔者在临床中根据熊老师的诊疗思维方法,在整体观念指导下辨证论治,确定病位、病性,选方用药,应用葛根汤

治疗1例多方治疗无效的动眼神经麻痹患者,效果良好,现报道如下。

李某,女,75岁,2018年12月9日初诊。主诉:头痛伴视物模糊1个月。患者1个月前出现头痛,以右侧颞部、眼眶周围疼痛为著,伴有视物模糊、成双,右侧眼睑下垂,先后多方求治,诊断为动眼神经麻痹,给予激素冲击、营养神经、改善循环等治疗,中药以养阴熄风,予以大定风珠为主,配合针灸等治疗,效果不显著,遂求诊于笔者。诊见:患者右侧眼眶周围疼痛、视物模糊、视歧、右侧眼睑下垂,右侧颈部板滞感,患者精神疲倦,纳少,寐差,性情急躁,二便正常。患者发病前有上呼吸道感染病史,曾服用莲花清瘟胶囊、头孢类药物治疗。查体:血压128/80 mm Hg(1 mm Hg≈0.133 kPa),神志清,精神萎靡,平视前方时,眼裂在3点位,双瞳孔不等大(左:右为3 mm:5 mm),右眼直接、间接对光反射迟钝,右眼呈外展位,向内、向下、向上运动受限,左眼各向运动自如,余神经系统查体未见异常。舌质淡红、苔薄白,脉浮。辅助检查,数字减影血管造影(DSA):未见动脉瘤。颅脑核磁共振成像(MRI)平扫并强化:左侧海绵窦区软组织增厚且明显异常强化;免疫球蛋白G(IgG)相关性炎症待排,建议结合临床。脑脊液检查:生化、常规、抗

[收稿日期] 2019-08-06

[作者简介] 赵曼丽(1974-),女,医学博士,主任医师,研究方向:中西医诊治脑血管病及痴呆等。

[通信作者] 张伦忠, E-mail: zhanglunzhong@163.com。

体、抗酸杆菌涂片、隐球菌检查等均为正常。

根据患者发病特点及症状体征，西医诊断：动眼神经麻痹；中医诊断：视歧，风寒袭表，太阳经气不利。治则：发汗解表，疏通经气；予葛根汤为主治疗，处方：葛根 24 g，桂枝、白芍、党参各 12 g，炙麻黄、甘草、黄芩各 6 g，生姜 3 片，大枣 5 枚。6 剂，每天 1 剂，水煎，取汁 400 mL，分早、晚 2 次温服。同时，患者用激素已 1 个月，效果不理想，嘱停用激素。

二诊：眼眶部疼痛减轻，闭眼好转，仍有视物成双，但复视影与实物距离缩短，右侧颈部板滞感减轻，追问患者诉右眼遇冷疼痛加重。将葛根加量至 30 g，炙麻黄加至 9 g，另加细辛 3 g，继服 6 剂。

三诊：症状明显好转，眼眶部疼痛明显缓解，眼动较前好转，轻微复视，眼球内聚、上下转动已较灵活，双侧瞳孔基本等大等圆约 3 mm : 3 mm。守方继服 6 剂，症状全部消失，治愈。

按：动眼神经麻痹是一种可由多种病因导致的眼球运动异常、上睑下垂及瞳孔受损的疾病。其主要特征为上睑下垂，眼球上转、内转及下转受限，患眼瞳孔散大，对光反应迟钝或消失，可伴有复视。Bruce BB 等^[1]研究认为，导致动眼神经麻痹的常见原因有颅内动脉瘤、脑血管缺血或出血、神经缺血、神经炎、脑膜炎等；此外还有如肿瘤、脱髓鞘疾病、重症肌无力、放射性损伤、多发性骨髓瘤等其他非常见病因^[2-3]。分析该患者发病特点、诊疗经过，考虑患者为动眼神经麻痹，患者磁共振平扫并强化显示：左侧海绵窦区软组织增厚且明显异常强化，IgG 相关性炎症待排，但是炎症反应在左侧海绵窦区，而患者定位在右侧动眼神经受累，脑脊液 IgG 未见异常，激素治疗效果不理想，右侧动眼神经麻痹病因不明。

中医学认为，动眼神经麻痹归属上胞下垂、视歧、睑废、风牵偏视、目偏视等范畴。该患者在西医病因不明、治疗效差，中药应用养阴熄风、针灸治疗不理想情况下，笔者根据熊老师诊治疾病的思维方法，重新诊察患者，按照整体观念下的辨证论治诊疗思路，重新考虑患者病位、病性。患者主诉疼痛部位在右侧眼眶，右侧眼睑下垂，按照十二经络分布，循行于头面与眼部发生联系的有 8 条，足三阳经之本经均起于眼或眼的周围，而手三阳经皆有 1~2 条支脉终止于眼或眼附近。此外，以本经或支脉，或别出之正经系连于目系者，有足厥阴肝经、手少阴心经，以及足之三阳经。患者

除眼部病变表现外，还伴有右侧颈部疼痛拘急感，因相对于眼部疼痛症状不重，开始时未予重视，也未曾注意到症状之间的关联性；后期在疗效不理想的情况下，综合症状之间的关系，发现患者有颈部拘急，颈项部为足太阳膀胱经所过之处，按照足太阳膀胱经循行部位的分布特点，《灵枢·经脉》“膀胱足太阳之脉，起于目内眦，上额，交巅。其支者从巅入络脑，还出别下项……络肾，属膀胱”，能同时涵盖眼部及颈项部的经络是膀胱经，故考虑病位在足太阳膀胱经，结合患者发病前曾有外感史，发病时正值冬季，风寒邪气偏盛，年事已高，素体本虚，颜面部暴露于外，易感受外邪，且眼周疼痛遇冷加重，考虑病性为风寒邪气侵袭太阳经脉，眼部首先受邪，眼周脉络瘀阻而发病，病性为风寒外袭，太阳经气不利。《伤寒论》第 31 条：“太阳病，项背强几几，无汗恶风，葛根汤主之。”其方为：葛根四两，麻黄三两去节，芍药二两，生姜三两切，甘草三两炙，大枣十二枚擘，桂枝二两去皮。葛根汤中重用葛根从肠胃升提人体津气使之上行，更借麻黄、桂枝之力，鼓舞营卫之气，推运津气至肌腠，同时以解表邪；白芍将全身津气收敛向下，并制约麻桂，使津气不至于向外耗散太过，而桂枝还有通阳活血作用，白芍有活血养血作用，使血行畅通；同时白芍、甘草酸甘化阴，使津液化源充足，生姜、大枣、甘草辛甘化阳，健脾养胃生津，阴阳调和，津气上行，诸药配伍，共奏发汗解肌、升津舒筋、疏通膀胱经气之效，太阳表气得利，故症状消失。

动眼神经麻痹在临床上病因较多，发病机制不统一，其中海绵窦炎症导致动眼神经麻痹多用激素及免疫抑制剂治疗，本例患者在西医诊断不明，初期治疗效果不理想的情况下，笔者在熊老师所传授的整体观念指导下进行辨证论治，准确辨明病位、病性，因证选方，效如桴鼓。

[参考文献]

- [1] BRUCE B B, BIOUSSE V, NEWMAN N J. Third nerve palsies[J]. Semin Neurol, 2007, 27: 257-268.
- [2] PANDA B B, PARIJA S, MALLICK J, et al. Oculomotor nerve palsy as a rare presentation and first sign of multiple myeloma[J/OL]. J Clin Diagn Res, 2016, 10(5): ND01-ND03.
- [3] 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.

(责任编辑: 刘淑婷)