

针刺上睛明、球后、阳白、窍明结合汤剂辨证论治脑梗死后同向偏盲2例

唐辰兰¹, 刘悦², 姚靖^{2*}

¹黑龙江中医药大学第一临床医学院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院眼科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年10月18日; 录用日期: 2025年11月11日; 发布日期: 2025年11月20日

摘要

枕叶梗死是同向偏盲的最常见病因, 2023~2024年, 黑龙江中医药大学附属第一医院眼科收治2例脑梗死后偏盲患者。2例患者均在脑梗死后出现同向偏盲伴视力下降, 于外院接受脑梗死对症治疗1个月以上, 视功能及视觉质量未见明显改善, 于我院就诊均诊断为脑梗死后同向偏盲、视神经萎缩, 予针刺及汤剂口服辨证论治后视野及视力得到改善。本文通过对2例患者的诊治过程进行总结, 浅析脑梗死后同向偏盲的发病机制及中医辨证论治经验。

关键词

偏盲, 针刺, 针药结合

Acupuncture at Shang Jingming, Qiu Hou, Yangbai, and Qiaoming Combined with Decoction Based on Syndrome Differentiation in the Treatment of Homonymous Hemianopia after Cerebral Infarction: A Report of 2 Cases

Chenlan Tang¹, Yue Liu², Jing Yao^{2*}

¹The First Clinical Medical College of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Ophthalmology, First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

*通讯作者。

文章引用: 唐辰兰, 刘悦, 姚靖. 针刺上睛明、球后、阳白、窍明结合汤剂辨证论治脑梗死后同向偏盲 2 例[J]. 临床医学进展, 2025, 15(11): 1926-1932. DOI: 10.12677/acm.2025.15113302

Received: October 18, 2025; accepted: November 11, 2025; published: November 20, 2025

Abstract

Occipital lobe infarction is the most common cause of homonymous hemianopia. From 2023 to 2024, 2 patients with hemianopia after cerebral infarction were admitted to the Department of Ophthalmology, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine. Both patients suffered from homonymous hemianopia with decreased vision after cerebral infarction. They received symptomatic treatment for cerebral infarction in other hospitals for more than one month, and their visual function and visual quality did not improve significantly. They were diagnosed with homonymous hemianopia and optic atrophy after cerebral infarction in our hospital. After dialectical treatment with acupuncture and decoction, their visual field and vision were improved. This paper summarizes the diagnosis and treatment process of 2 patients, and analyzes the pathogenesis of homonymous hemianopia after cerebral infarction and the experience of TCM syndrome differentiation and treatment.

Keywords

Hemianopia, Acupuncture, Combination of Acupuncture and Medicine

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

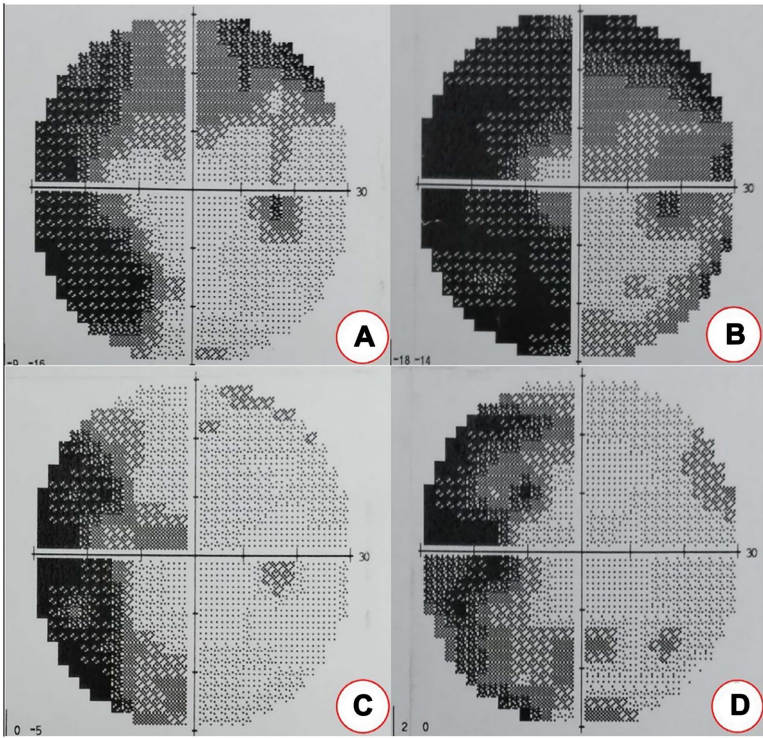
偏盲(Hemianopsia)属于脑梗死常见后遗症之一。研究表明[1], 脑梗死病变部位涉及枕叶时, 约 90% 的患者出现眼部症状包括视力下降、视野缺损或同侧偏盲, 与枕叶是高级视觉中枢密切相关。近年来随着中医药对视路疾病的研究深入, 诸多病例报道均指出中医特色诊疗体系(包括中医辨证论治、中药制剂、针刺以及其他特色疗法)为主的中西医结合治疗方案在枕叶梗塞后同向偏盲病例中取得了良好的效果。黑龙江中医药大学第一附属医院收治 2 例脑梗后偏盲患者, 针药并用取得一定疗效。现报道如下。

2. 临床资料

例 1 患者女, 53 岁, 主诉以“双眼视物遮挡感 1 个月, 加重 1 周”于 2023 年 5 月 22 日收入黑龙江中医药大学附属第一医院(以下简称为“我院”)。患者自述 1 个月前突发双眼视物遮挡感, 于外院就诊, 诊断为脑梗死, 予对症治疗(具体治疗方案不详)后双眼视物遮挡感未见明显改善, 近 1 周自觉眼症加重伴视物模糊, 为求中西医结合诊疗于我院就诊, 经查诊断为“双眼不完全同向偏盲(伴黄斑回避), 双眼视神经萎缩”。既往史: 脑梗死病史 1 个月, 2 型糖尿病病史 10 余年, 未规律用药, 血糖控制不佳。就诊时患者双眼视物遮挡感, 怕热喜冷, 手汗出, 腰膝酸软, 纳、眠尚可, 尿频、饮冷后尤甚, 大便干, 用药则泻, 舌淡苔白腻, 脉沉缓弱。专科情况: 右眼: 0.6, 左眼: 0.5+, 矫正后右眼: 1.0, 左眼: 0.8, 双眼睑结膜、球结膜未见充血, 角膜光泽, 巩膜瓷白, 前房常深, 虹膜纹理清晰, 瞳孔对光反射(+), 晶状体密度增高, 玻璃体混浊, 眼底视盘界清色略淡, 血管静脉迂曲扩张, 动脉略狭细, 黄斑中心凹光反射(-), 网膜未见明显出血及渗出。眼压: 右眼: 17 mmHg, 左眼: 17 mmHg。辅助检查: 视野检查(见图 1(A)、图 1(B)): 右眼视野指数(Visual Field Index, VEI): 68%, 平均缺损(Mean Deviation, MD) -13.96 dB, 模式

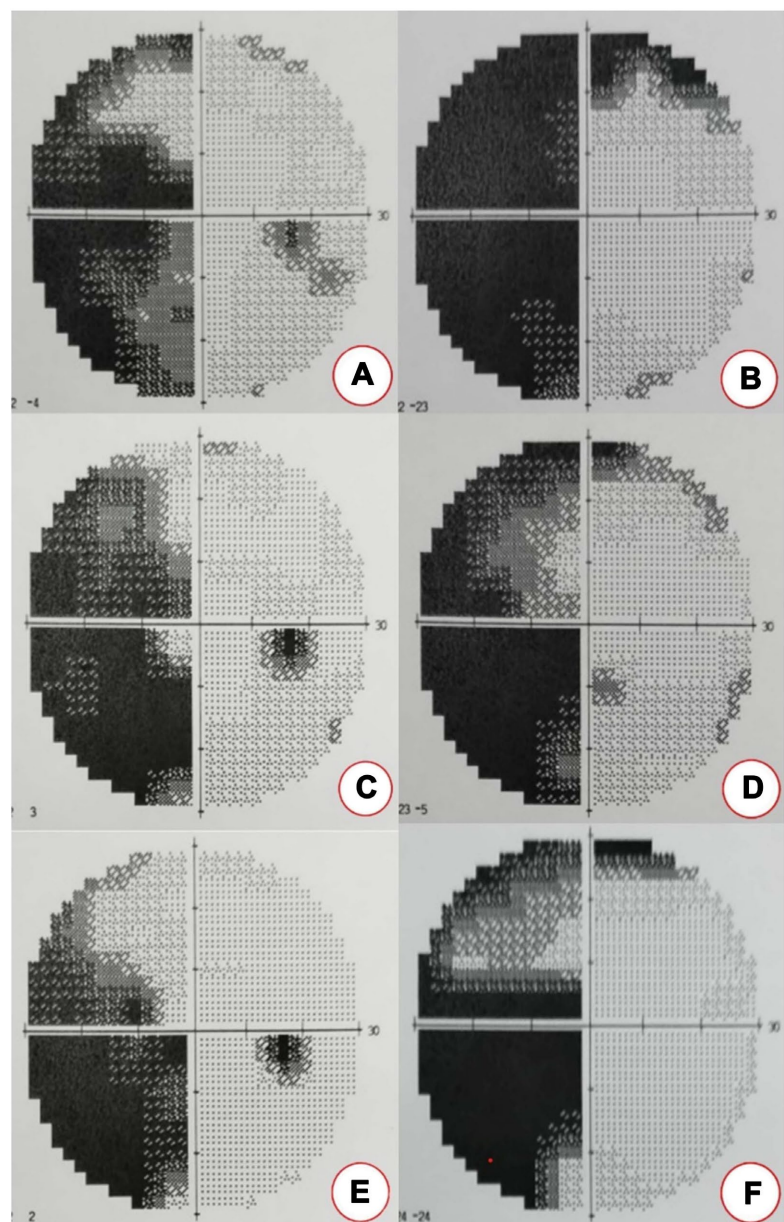
标准差(Pattern Standard Deviation, PSD) 9.75 dB; 左眼 VFI 49%, MD -19.97 dB, PSD 9.50 dB。3.0T 磁共振颅脑平扫检查所见: 右颞枕顶叶大面积异常信号, T2FS 呈不均匀略高信号, 局部 T1WI 呈条索高信号。右基底节、双侧脑室周围、双额叶小点片状 T1WI 等、略低信号、T2WI 及 FLATR 略高信号影, 脑室系统略扩张, 脑沟及脑裂略增宽, 中线结构居中。检查结果: 1) 右侧颞枕顶叶异常信号, 考虑脑梗死, 再灌注损伤不排除; 2) 脑内小梗死灶、小缺血灶; 3) 轻度脑萎缩, 请结合临床。西医诊断: ① 双眼不完全同向偏盲(伴黄斑回避); ② 双眼视神经萎缩; ③ 脑梗死恢复期; ④ 2 型糖尿病。中医诊断: 青盲(肝肾不足证)。治疗上给予针刺结合汤剂口服治疗, 针刺治疗以通窍明目为法, 具体取穴如下: 上睛明、球后、阳白、窍明、太阳、攒竹、率谷、百会、大椎、风池、光明、太冲、三阴交、阳陵泉。操作时选用 0.25 mm×25 mm 规格的短针, 嘱患者自然闭目, 医师以惯用手拇指、示指夹持针柄, 向上睛明、球后缓慢入针, 行平补平泻手法, 患者有眼球发胀感为得气。针刺阳白、窍明、攒竹、鱼腰穴时, 使针身呈 45° 角向下方斜刺, 直至患者有针刺感为宜, 余穴均采用常规手法, 留针 40 min, 每日 1 次, 交替选穴。汤剂治以补益肝肾、益气养阴, 方用肾气丸合增液汤加减, 具体遣方如下: 熟地黄 20 g、山药 10 g、山萸肉 10 g、茯苓 10 g、牡丹皮 10 g、附子 10 g(先煎)、白术 30 g、麦冬 25 g、生地黄 20 g、玄参 20 g、蜜百合 10 g、淡竹叶 10 g、杜仲 10 g、牛膝 10 g、当归 15 g、肉苁蓉片 15 g、炒火麻仁 10 g、炒山桃仁 10 g。

二诊(2023 年 6 月 2 日)患者自觉视物渐清, 视物遮挡感缓解, 尿频、便干情况得到缓解, 双目有神。视力右眼 0.6+, 左眼 0.6 + 2, 复查视野显示(见图 1(C)、图 1(D)): 右眼 VFI 71%, MD -12.18 dB, PSD 10.80 dB; 左眼 VFI 80%, MD -11.06 dB, PSD 9.06 dB。较治疗前, 双眼 VFI、MD 均有改善。



注: (A) 右眼(初诊), 可见鼻侧视野缺损; (B) 左眼(初诊), 可见颞侧视野缺损; (C) 右眼(二诊), 可见鼻侧视野缺损面积较前减小, 视敏度提高, VFI、MD 均较初诊时好转; (D) 左眼(二诊), 可见颞侧视野缺损面积较前减小, 视敏度提高, VFI、MD 均较初诊时好转; VFI 视野指数; MD 平均缺损。

Figure 1. Visual field images of case 1 before and after treatment
图 1. 例 1 患者治疗前后视野图像



注：(A) 右眼(初诊)，可见鼻侧视野缺损；(B) 左眼(初诊)，可见颞侧视野缺损；(C) 右眼(二诊)，可见鼻侧视野缺损面积较前减小，视敏度提高，VFI、MD 均较初诊时好转；(D) 左眼(二诊)，可见颞侧视野缺损面积较前减小，视敏度提高，VFI、MD 均较初诊时好转；(E) 右眼(三诊)，可见鼻侧视野缺损面积较二诊减小，视敏度提高，VFI、MD 均较二诊时好转；(F) 左眼(三诊)，可见颞侧视野缺损面积较二诊减小，视敏度提高，VFI、MD 均较二诊时好转。

Figure 2. Visual field images of case 2 before and after treatment
图 2. 例 2 患者治疗前后视野图像

例 2 患者男，64 岁，主诉以“双眼视物遮挡感 4 月余”于 2023 年 6 月 7 日收入我院。患者自述 4 个月前不明原因突发脑梗死后出现双眼视野缺失，于深圳某医院就诊，经查诊断为“多发性脑梗死”，告知患者梗死部位涉及视觉中枢、记忆中枢及运动中枢(患者未出示相关报告)，先予脑梗治疗丁苯酞注射液静滴治疗，治疗后脑梗相关症状改善，但视野缺失症状未见明显缓解，后就诊于西安某医院，诊断同前，行脑梗死介入治疗手术，术后视野缺失症状未见明显改善。2 周前就诊于本地某医院神经内科，诊断

同前,予针刺治疗6次,杞菊地黄丸口服,眼症未见明显好转。今为求中西医结合治疗来我院就诊。经查诊断为“双眼不完全同侧偏盲(伴黄斑回避)、双眼视神经萎缩”。既往史:高血压病史20年,现每日口服缬沙坦、康欣,血压控制良好。糖尿病病史20年,现每日皮下注射诺和达、口服捷诺维,血糖控制良好。脑梗死病史4月余,4个月前于西安某医院行脑梗介入手术,现每日口服施慧达、甲钴胺。中医诊察:双眼视野缺损,不耐久视,平素畏风,口苦口干,口渴欲饮,偶有心悸胸闷,多思虑,易怒,纳可,眠差,易醒,醒后难再入眠,小便微黄,大便干,舌红苔薄黄有裂纹,脉弦滑(右脉有力)。专科情况:VD:0.4,VS:0.6,双眼睑结膜、球结膜均未见充血,角膜光泽,巩膜瓷白,前房常深,虹膜纹理清晰,瞳孔等大同圆,对光反射略迟钝,晶体密度增高,玻璃体混浊,眼底视盘界清,鼻侧色略淡,血管狭细,走行迂曲,黄斑中心凹光反射(-),网膜未见明显出血及渗出。眼压:右眼:14.4 mmHg,左眼:12.6 mmHg。辅助检查:视野检查(见图2(A)、图2(B)):VEI 61%,MD -15.49 dB,PSD 13.35 dB;左眼VEI 52%,MD -16.67 dB,PSD 14.46 dB。西医诊断:①双眼不完全同侧偏盲(伴黄斑回避);②双眼视神经萎缩;③双眼老年性轻度白内障;④脑梗死恢复期;⑤3级高血压(极高危);⑥2型糖尿病。中医诊断:青盲(肝郁气滞证)。治疗上给予针刺结合汤剂口服治疗,针刺治疗具体取穴具体取穴如下:上睛明、球后、阳白、窍明、太阳、攒竹、率谷、百会、大椎、风池、光明、太冲、三阴交、阳陵泉,针对患者右侧肢体偏瘫以局部取穴为主,不在此赘述,针刺操作同例1。汤剂治以疏肝解郁、通腑息风,方用大柴胡汤合升降散加减,具体遣方如下:北柴胡15 g、黄芩片10 g、清半夏15 g、麸炒枳实10 g、大黄7.5 g、白芍25 g、防风10 g、全蝎10 g、炒僵蚕10 g、蝉蜕10 g、姜黄10 g、厚朴10 g、陈皮10 g、当归10 g、佩兰10 g、木香5 g。

二诊(2023年6月25日)患者自觉视物遮挡感缓解,视物渐清,失眠、大便干、心悸胸闷的症状明显改善。复查视力右眼0.6+,左眼0.6+2,复查视野(见图2(C)、图2(D)):右眼VFI 62%,MD -13.75 dB,PSD 13.13 dB;左眼VFI 57%,MD -16.68 dB,PSD 14.23 dB。

三诊(2023年7月6日):患者自觉视物遮挡感明显改善,口不苦不干,舌色、苔改善,脉象缓和,复查视野(见图2(E)、图2(F)):右眼VFI 63%,MD -13.85 dB,PSD 14.38 dB;左眼VFI 62%,MD -12.38 dB,PSD 14.06 dB。较治疗前,双眼VFI、MD均有改善。

3. 讨论

同侧偏盲表现为双眼同一侧视野缺损,可伴或不伴有视力下降。Zhang X等[2]指出,同侧偏盲发生后,50%患者在同侧偏盲发生1个月内,出现症状自发缓解,此后5个月,视野自发改善可能性逐渐降低,直至6个月病程,视野改变基本稳定。枕叶损伤继发视网膜神经节细胞跨神经元逆行变性,导致视网膜神经纤维层萎缩、神经节细胞复合体萎缩,甚至视神经萎缩[3]。针对枕叶功能损伤后发视神经萎缩患者,西医治疗主要采取无创脑刺激技术、应用扩张血管及营养神经药物等治疗,疗效不确定且无统一理论指导。若错过早期自愈及治疗,偏盲的预后不容乐观,视野缺损往往使患者生活及工作受限,偏盲侧视觉忽视不仅严重影响患者生活质量,甚则加重跌扑等意外风险[4]。

2例病例均为脑梗死后双眼不完全同侧偏盲(伴黄斑回避)患者,经外院脑梗死对症治疗眼症未见好转,病程均在超出最佳症状自发缓解期后求治。于我院就诊时,患者眼外观完好,双眼视野缺损,眼底视盘界清色略淡,参照1994版《中医病证诊断疗效标准》[5]诊断2例患者为青盲病。“青盲”病名首见于《神农本草经》[6],后世沿用至今。本病病因繁多,《证治准绳·杂病·七窍门》[7]中认为,本病可因“玄府幽邃之源郁遏,不得发此灵明耳”,即基本病因病机是各种原因导致气血不能濡养目系,日久眼络瘀阻,最终神光湮灭。

针刺治疗通过疏通经络,改善局部血液循环及视网膜的血流灌注,营养视神经纤维,促进视神经功

能修复,使青盲患者受损的视功能得到安全有效的平复[8]。2例患者针刺取均肝经、胆经、督脉穴位及经外奇穴。眼与肝胆联系密切,《审视瑶函》[9]阐述:“肝中升运于目,轻清之血,乃滋目经络之血也”

“神膏者,目内包涵之膏液,……由胆中渗润精汁,升发于上,积而成者,方能涵养瞳神。此膏一衰,则瞳神有损”,瞳神需肝气、胆精濡养,针刺肝胆两经,补、疏肝胆两经气血,可通窍明目;膀胱经、督脉连目系,直疏气血,治疗原发中风;再取经外奇穴以达到一定的主治作用。治疗采用上睛明、球后、太阳、攒竹、窍明为主穴,局部取穴以缓解眼肌紧张及血管痉挛,改善局部供血;膀胱经、胆经、督脉三条经脉均经过窍明穴,针刺窍明穴能改善视路功能并抑制其退行性改变,促使受损的视神经实现自我修复[10];百会、率谷、大椎、风池可以改善颈部、脑部供血,促血上行,濡养目系;远端取胆经之光明、肝经之太冲,补益肝胆,填充神膏,涵养瞳神;足三阴经交会之三阴交与阳陵泉配穴可活血行血,改善一身气血运行,诸穴合用,以调理肝肾、疏络通窍。

病例1患者久病消渴,下元虚衰、虚阳外越,加之肾阴亏虚而生内热,故怕热喜冷,肾阳不充则温煦失职,腰膝酸痛;津液入却气化不利,故饮冷后尿频尤甚;阴虚内热,耗伤津液致大便干,煎熬血脉而至瘀滞,又年龄渐长而肝气渐虚,疏泄不及,血瘀脑络,发为中风,以致玄府郁闭;肾虚则髓少,髓海不丰,目失气血精液濡养,渐则神光泯灭,发为青盲;舌淡苔白腻,脉沉缓弱,均为肝肾不足之证。四诊合参,患者为肝肾不足、真虚假实、真寒假热之证,治以塞因塞用,以肾气丸为底方,肾气足则髓海充,肝气行则血瘀祛,玄府有源则目视精明,又合增液汤以增水行舟,润肠通便,杜仲、牛膝、当归、肉苁蓉共奏补肾强筋骨之效,淡竹叶、蜜百合清除虚热,全方共奏肝肾共补,通窍明目之效。

病例2患者亦久病消渴,因职业原因平素思虑过重、情志不畅,肝气郁结,郁久化火,煎熬津液,络脉瘀阻,发为中风,致使玄府郁闭,目失光明;胆火上炎则口干口苦,肝火冲心偶见心悸胸闷,久病伤阴,出现口渴欲饮,阴不制阳,故夜卧不安,阴液不能上濡神水,则不耐久视,又因阳气内郁不得御外,故畏风,小便微黄,大便干,舌红苔薄黄有裂纹,脉弦滑(右脉有力)可见患者属肝郁气滞之真实假虚,治以疏肝解郁、通腑息风,以大柴胡汤为底方,合升降散以疏肝气、通玄府、泄腑实、宣郁热,加木香、佩兰行气化湿,防风、当归以祛风养血保阴,全方共奏疏肝解郁、通窍明目之效。枕叶梗死后继发同侧偏盲常因治疗原发脑梗死而错过挽救视野的最佳治疗期,患者经颅内介入治疗后,视野缺损仍未见明显改善,患者自述经指导服用杞菊地黄丸后反出现烦躁易怒加重等症,可见患者并非单纯之阴虚阳亢,经通腑泄热后诸症皆减,实则为真实假虚。

针对两位西医诊断相同但中医证型不同的患者,采取了“同病异治”的策略,将针刺与辨证论治下的个性化汤剂紧密结合,并均取得疗效,具体地展示了中医个体化治疗的实践过程,体现了中医“整体观念”和“辨证论治”的特色。另一方面,本研究存在样本量小的固有局限性,存在偏倚风险,在未来的研究中,将引入更客观的检测手段以评估视路传导功能的改善程度,从而为所提出的作用机制提供更直接的证据。

综上所述,针对脑梗死后同向偏盲这一西医治疗手段有限、尤其是在恢复后期预后不佳的临床难题,本研究提供了一个基于中医理论的、有效的干预方案,展示了中医药在治疗视路神经损伤相关疾病方面的潜力,为偏盲、视神经萎缩患者人群提供新的治疗思路。

伦理声明

该病例报道均已获得病人的知情同意。

参考文献

- [1] 陈洁,魏世辉,李琳,等.枕叶梗塞眼部临床特点与影像学分析[J].中国中医眼科杂志,2010,20(5):258-261.

-
- [2] Zhang, X., Kedar, S., Lynn, M.J., Newman, N.J. and Biousse, V. (2006) Natural History of Homonymous Hemianopia. *American Journal of Ophthalmology*, **142**, 366. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2006.06.023>
 - [3] 宋茂美, 徐隋意, 李常新. 枕叶损伤继发视网膜神经节细胞跨神经元逆行变性的研究进展[J]. 中国医师杂志, 2023, 25(1): 153-156.
 - [4] Schaller-Paule, M.A., Friedauer, L. and You, S. (2020) Sudden Onset Homonymous Quadrantanopia. *British Medical Journal*, **371**, m3338. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3338>
 - [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
 - [6] 汤丹月, 柳成刚. 青盲源流考[J]. 中国中医眼科杂志, 2020, 30(2): 128-131.
 - [7] 王肯堂. 证治准绳[M]. 倪和宪, 校. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 423.
 - [8] 夏燕婷, 廖良, 韦企平, 等. 韦氏三联九针联合药物治疗视神经萎缩疗效观察[J]. 中国针灸, 2021, 41(2): 171-174.
 - [9] 傅仁宇. 审视瑶函[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 25+206.
 - [10] 贾天琦, 赵晓龙, 郭雨佳. 窍明、承泣、太阳、睛明四穴针刺联合丹枢逍遥散辨证治疗青光眼视神经萎缩的疗效分析[J]. 中医药信息, 2022, 39(4): 26-30.