

补阳还五汤治疗动眼神经麻痹2例

安徽滁县地区第二人民医院眼科 李应湛 樊悦礼

例一：傅××，男，28岁，1979年6月18日初诊。右眼不能睁大及外斜视40余天。患者2月前右眼因视神经萎缩在某医院诊治，球后注射肌苷，在第4次注射后，当时感眼胀，次日不能睁大，并出现外斜、复视、头昏及恶心。曾用维生素B₁、B₆、B₁₂、菸酸及针灸治疗月余，症状未改善，来我院就诊。检查：视力右0.1、左1.5，右上睑不能完全睁大，上睑遮盖瞳孔上方一半，平视睑裂宽4、左9(毫米，下同)，上视右5、左11，下视右2、左3；右眼视轴向外偏斜，角膜映光法测约15°，斜视尺测3毫米；眼球无突出，运动向上、向下、向内受限，向外运动自如。角膜透明，知觉略减退，前房正常，瞳孔中度扩大，直径4毫米，对光反应及调节反应消失。晶状体、玻璃体透明；眼底视乳头境界清，色苍白，中央静脉轻度扩张，动脉正常，视网膜反光稍强，未见出血及渗出物，黄斑区中心凹反射略暗，周围少量色素。眼压指测正常。左眼无特殊。全身检查无特殊。新斯的明试验1小时内症状无改善(排除重症肌无力症)，血白细胞9100/立方毫米，中性69%，淋巴31%。诊断：右眼外伤性动眼神经完全麻痹；右眼单纯性视神经萎缩。

治疗经过：给补阳还五汤及配合维生素B₁、B₆、菸酸口服治疗。补阳还五汤处方：生黄芪120克，归尾6克，赤芍5克，地龙3克，桃仁3克，红花3克，川芎1.5克。服药5剂，右眼睑裂上午稍能开大，眼球仍受限。服10剂，眼裂可睁大7毫米，眼球内转稍可活动。服17剂，两眼睑大小相等，已能完全睁大，眼位仍轻度外斜，仍有复视，视物距离较前靠近，眼上下视运动自如，无复视，内转稍受限，瞳孔仍中度大。服23剂，两眼睑及眼球运动功能恢复，复视消失，视力仍右0.1、左1.5。继续服药5剂以巩固疗效。随访6个月，睑及眼球运动自如，无复视，瞳孔略较左稍大，直径3毫米，视力0.1。

例二：张××，男，45岁。1981年2月10日左眼因患中心性浆液渗出性视网膜脉络膜病变在我院治疗，给维生素B₁、B₁₂、C、菸酸、路丁及皮质激素全身应用外，并球后注射肌苷加皮质激素，每5天1次，

在第5次球后注射时，患眼痠胀，拔针不久眼球轻度突出，复视，次日更明显，并感头昏、恶心不适。检查：视力右1.5，左0.7，右眼无特殊，左眼上睑下垂，平视睑裂宽4、上视5、下视2，眼球运动向上、向下受限，向内固定，向外能达正常位，眼位外斜，角膜映光法测定在瞳孔边缘(约15°)，结膜无充血，角膜透明，反射迟钝。前房正常，瞳孔中度大，直接和间接对光反应均消失。晶状体、玻璃体无混浊；眼底视乳头境界正常，静脉稍扩张，动脉正常，视网膜无出血及渗出物，黄斑区中心凹反射消失，周围散在点状渗出及放射状条纹。指测眼压正常。诊断：左眼外伤性动眼神经完全麻痹；左眼中心性浆液渗出性视网膜脉络膜病变。

治疗经过：除继续用维生素类、皮质激素治疗外，在动眼神经麻痹发生的第4天，加服补阳还五汤加防风3克。服5剂，睑裂略能开大，眼球稍能活动，服12剂后去防风。服至23剂，症状大见好转，复视明显减轻，眼内转动时稍受限制，上、下方向转动恢复正常。服32剂，上睑下垂消失，眼球运动功能及瞳孔大小、对光调节反射均恢复，眼底静脉正常，黄斑区中心混浊，反射模糊，周围仍见少量渗出，改服人参再造丸10天，以巩固疗效，眼底病继续治疗。又1个月，眼底黄斑区水肿消失，黄斑中心凹反射恢复，渗出物吸收，视力1.2。随访观察1年，无复发，双眼视力1.5，眼睑及眼球活动如常，无复视，眼底正常。

球后注射药物治疗眼病能提高药效，球后注射麻醉剂，不仅可使眼球麻痹，眼外肌松弛，还能降低眼压，故球后注射为眼科治疗和麻醉常用的方法。但球后注射可能发生意外，如误伤涡静脉或后睫状动静脉引起球后出血或血肿；或因针尖刺伤眼外肌或支配眼外肌的神经分支，均可发生眼肌麻痹以及中央动脉痉挛引起暂时或永久性黑蒙。此外还可引起皮下或结膜下出血或血肿、面神经麻痹，甚至穿通巩膜。动眼神经在眶尖眶上裂中部入眼，球后注射误

尺骨鹰嘴骨折 86 例临床观察

中医研究院广安门医院骨科 李祖谟 王金柱

尺骨鹰嘴骨折是肘部常见损伤之一,其发病机制是由于肱三头肌强烈收缩或直接暴力所致。此骨折多发生在青少年,属关节内骨折,治疗不当或延误治疗会给肢体功能造成一定的影响。本文仅就我院 1970~1980 年 10 年间收治的 86 例尺骨鹰嘴骨折做一分析,报告如下。

临床资料

男 62 例,女 24 例,其比例约为 2.5:1。年龄 1~9 岁 30 例,10~18 岁 28 例,18 岁以上 28 例。左侧 31 例,右侧 55 例。新鲜骨折 84 例,陈旧性骨折 2 例。本组病例合并有其它部位骨折 7 例,其中合并桡骨小头骨折 1 例;合并肱骨外髁骨折 1 例;合并肘关节脱位、尺桡骨远端双骨折 1 例;合并内上髁、桡骨小头骨折 2 例;合并桡骨远端骨折 1 例及合并尺骨中段骨折 1 例。

方法和效果

一、分型标准及治疗方法

(一) 肱三头肌腱膜下裂隙骨折:骨折线为一裂隙,骨折无移位。对于本型骨折的治疗,由于肱三头肌腱膜完整,骨折线为一线形裂隙,不但骨折无移位,而且关节软骨亦无明显损伤,故治疗上比较简单。本组共 13 例,年龄均

在 1 岁半~9 岁范围内。我们采用保守治疗的方法,即外敷活血散,屈肘 90 度,前臂中立位,颈腕吊带,每日换药 1 次,5~7 天后去除颈腕吊带,停药外用,主动练习肘关节功能,2~3 周后,骨折愈合,肘关节功能基本恢复正常。

(二) 撕脱骨折:尺骨鹰嘴端被撕脱下小骨片,移向近端。本组共 9 例,治疗上与腱膜下裂隙骨折类似。一般制动 2~3 周之后去除外固定,练习肘关节功能。

(三) 骨折分离:尺骨鹰嘴干骺端部骨折,骨折块包括尺骨鹰嘴骨骺及干骺端骨片,有移位。本型骨折发生在尺骨鹰嘴骨骺闭合之前。本组有 8 例,年龄 12~15 岁,均为男性。治疗方法与横断骨折同,采用手法整复,伸肘 175 度位固定,一般 3~4 周拆除外固定,外用洗药,锻炼,5~6 周肘关节功能可恢复正常。

(四) 横断骨折:骨折部多通过尺骨鹰嘴切迹的中央部,有时骨折线稍微倾斜,骨折断端有移位。本组有 52 例,占全文 86 例骨折的 60.5%。对于此型骨折,我们均采用闭合整复,合理地使用棉压垫、长夹板外固定的方法。具体操作方法如下:以左侧为例,患者仰卧伸肘位,在局麻或无麻醉下,医者以右手拇指将分离之鹰嘴骨块向尺骨体逐渐推挤,然后在肘

伤眶尖神经、血管,可并发动眼神经麻痹,但并不多见,因此大多数人还是不愿意放弃这种较有效的注射方法。为了防止意外的发生,应熟练地正确掌握操作技术,对疑有出血性疾病者,更宜慎重。

眶内出血或神经损伤的吸收或恢复缓慢,因眶内脂肪的毛细血管供给较少,另外眶内压

力增加后,毛细血管的扩张度受到限制,所以吸收和恢复缓慢,甚至很难恢复。本文 2 例球后注射并发动眼神经麻痹应用补阳还五汤治疗后,分别在 23 天和 32 天治愈,眼睑和眼球活动功能均恢复正常。中医认为外伤属风邪,补阳还五汤有祛风通络、活血化瘀之效,故对本病的恢复起积极作用。