

眼底病 的中医证治研究

石守礼 编著



中国科学技术出版社

眼底病的中医证治研究

石守礼 编著

中国科学技术出版社

• 北京 •

C0164185



图书在版编目 (CIP) 数据

眼底病的中医证治研究/石守礼编著. -北京: 中国科学技术出版社, 1996. 1
ISBN 7-5046-2095-5

I. 眼… II. 石… III. 眼底疾病-中医治疗法-研究
IV. R276.734

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (95) 第 21043 号

2480/01

中国科学技术出版社出版

北京海淀区白石桥路 32 号 邮政编码: 100081

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京市燕山联营印刷厂印刷

*

开本: 787×1092 毫米 1/32 印张: 4.875 字数 109 千字

1996 年 2 月第 1 版 1996 年 2 月第 1 次印刷

印数: 1—2000 册 定价: 8.00 元

内 容 提 要

眼底病是严重损害人类视力的一大类疾病。鉴于当前现代医学对之尚无特效疗法，作者根据自己多年临床经验，并参考古今文献，将对眼底病具有较高疗效的中医药疗法编著成此书。

本书全面系统，理论联系实际，着重以现代医学理论对其病因病机进行阐述，而以中医药给以治疗。

本书适合医药院校师生、临床医师及医药科研工作者阅读。

前 言

眼底病是严重损害病人视力的一大类疾病，鉴于目前现代医学对眼底病尚无特效药物而往往束手无策，因而许多西医师转而从中药方面进行治疗探索。近几年来，许多眼科工作者在运用中医中药治疗眼底病方面取得了进展，摸索出一些经验。从临床效果看，中医药对眼底病的治疗确有独到之处和疗效，因此受到眼科学界的关注和患者的欢迎。本世纪70年代以后，虽然相继出版了数种中医眼科著作，但尚未见有关中医药治疗眼底病方面的专著。为适应中西医眼科同仁的需要，为解决患者的疾苦，笔者总结自己三十余年的临床经验，参照中西医各家学说，编撰了这本《眼底病的中医证治研究》。

本书分为上下两编。上编为总论，主要讲解中医对眼底病的认识及辨证用药的方法；又考虑到一些初学者和从事中医眼科工作人员的需要，还适当加入了正常眼底结构和检查方法的介绍。下编为各论，着重叙述临床常见的和自己临床研究的眼底病，共19种。每病之前简述中西医对本病的认识；次为病因病机，叙述中医学对该病的病因病机的认识，并尽量借鉴最新科研成果与公认的理论学说；再次为临床表现，基本按发病过程、自觉症状和眼底表现来叙述；为便于读者能抓住重点，迅速确切地诊断出该病，针对临床表现又加上诊断要点，使读者一目了然，便于记诵；对于类似的病或容

易混淆的病，则又标明鉴别诊断方法；最后为治疗，治疗分辨证分型（或分期）与针灸治疗两项；末附病例介绍。书中所列方剂中的虎骨、犀角等现为禁用药物，在临床中可用其他同功药物代替。

本书所采取的编写方法，力求对已有临床经验的中西医眼科医生适用，也对初学者与患者适用；对从事其他各科的临床医务人员适用，对基层医务人员和医学院校师生，也有一定的参考价值。

书稿虽经多次修改，但由于水平所限，不当之处一定不少，尚祈读者不吝赐教。

对于本书的出版，魏群英同志给予了很大支持和帮助，谨致谢意。

河北中医学院附属医院眼科

石守礼谨识

1994年10月

目 录

上篇 总 论	(1)
一、正常眼底与眼底检查法	(1)
(一) 正常眼底	(1)
(二) 眼底检查法	(4)
(三) 眼底病变的描述和记录法	(7)
二、眼底病的辨证	(8)
(一) 依据五轮辨证	(8)
(二) 依据脏腑气血辨证	(10)
(三) 依据眼底表现辨证	(15)
三、眼底病的治法	(17)
(一) 舒肝解郁法	(17)
(二) 滋补肝肾法	(17)
(三) 滋阴降火法	(18)
(四) 清肝泻火法	(19)
(五) 清热凉血法	(19)
(六) 活血化瘀法	(19)
(七) 平肝潜阳法	(20)
(八) 益气养血法	(21)
(九) 健脾祛湿法	(22)
(十) 温中祛寒法	(22)
下篇 各 论	(24)

一、视网膜中央动脉阻塞·····	(24)
二、视网膜中央静脉阻塞·····	(31)
三、视网膜静脉周围炎·····	(40)
四、原发性高血压视网膜病变·····	(47)
五、糖尿病性视网膜病变·····	(55)
六、妊娠毒血症性视网膜病变·····	(61)
七、中心性浆液性视网膜脉络膜病变·····	(65)
八、中心性渗出性脉络膜视网膜病变·····	(73)
九、原发性视网膜色素变性·····	(80)
十、渗出性脉络膜炎·····	(85)
十一、视网膜脱离·····	(90)
十二、视神经炎·····	(96)
十三、视乳头水肿·····	(104)
十四、视盘血管炎·····	(109)
十五、缺血性视乳头病变·····	(115)
十六、视神经萎缩·····	(121)
十七、皮质盲·····	(127)
十八、闪辉性暗点·····	(130)
十九、玻璃体混浊·····	(134)
附方·····	(141)

上篇 总 论

一、正常眼底与眼底检查法

(一) 正常眼底

眼底是眼球内部组织的一部分，可分为视神经乳头、视网膜血管、黄斑区及一般眼底四部分。要正确诊断眼底病，首先必须了解正常眼底。

1. 视神经乳头 简称视乳头。由来自神经纤维层的视神经纤维向后汇集而成。实际上视乳头大部分表面与视网膜处于同一平面上而并不突出，因此称其为视神经乳头并不确切，故现在倾向于称其为视盘。它位于眼球后极部鼻侧约 3 毫米处，颜色较眼底其他部分稍淡而发亮，大致呈淡红色，其形态近似圆形或竖椭圆形，实际直径约 1.5 毫米，边界清楚，在近中央处有一小凹陷，色又稍淡，属视乳头的生理凹陷。这种凹陷是由于从视网膜各处来的神经纤维在此集中后而形成的。此种情形就像我们手中攥一绺线，将线头分摊开放在拇指和食指上形成的陷坑一样，不过并不是每一个人视盘上都可查见生理凹陷，其大小也并不一致。视盘的中央部是视网膜中央血管进出于眼底的地方。视盘在眼底上比较醒目，就像在红色天幕上出现一个圆形的大月亮一样，因此往往把它作为观察眼底病变的标志。视乳头上没有视细胞分布，故在视野中呈现出一个盲点，此盲点即所谓生理盲点。

2. 视网膜血管 视网膜中央血管从视盘的中央进入（或走出）眼内，呈放射状分布于整个眼底，进入视网膜的称视网膜中央动脉，走出（离开）视网膜的称视网膜中央静脉，动脉与静脉伴随而行。中央血管一般先分成上下两支，再分为颞上、鼻上、颞下、鼻下四支，然后再分成若干小分支而布满整个视网膜。有些人还可在其视乳头颞侧边缘部看到一个不与中央血管相连的，呈钩状走出的动脉，它从视乳头走向黄斑区，此血管为睫状血管系统，称睫状视网膜动脉。当视网膜中央动脉阻塞时，此条血管仍可畅流无阻，使病人保持一部分视力。视网膜动脉、静脉在颞上血管分布区交叉较多，在动脉硬化时，硬化的动脉压迫静脉，可使静脉血液回流受阻，造成血管破裂而出血。在一些人的眼底上，可见到其血管管径较粗、弯曲度较大，称先天性血管蛇行，尤其当有静脉蛇行时，要与视神经乳头炎、视网膜静脉阻塞或视乳头水肿所引起的静脉怒张、迂曲相区别。

视网膜动脉较静脉稍细，动脉、静脉直径之比约为 2 : 3。动脉颜色为亮红色，静脉呈暗红色。视网膜血管一般见不到搏动，在一部分正常人中，可在视乳头上及其附近见到静脉搏动，如见到动脉搏动，则属病理现象，往往提示其眼压较高（一般眼压高于 6.7kPa 时，才可见到动脉搏动）。见到眼底血管搏动时，要仔细区分是动脉还是静脉搏动，尤其不可把静脉搏动传导至动脉上的搏动误认为是动脉搏动。

视网膜中央动脉只是供应视网膜内层的营养，外层则由脉络膜的毛细血管供应。视网膜中央动脉为末梢血管，无吻合支，故在中央动脉阻塞时，必定要引起视网膜的营养不良。

3. 黄斑区 黄斑区是指眼球后极部的区域，它位于视乳头颞侧约 2~2.5 乳头直径（简称 PD）处稍偏下方，呈横椭

圆形或近似圆形。该处视网膜较薄，无网膜血管分布，且色素上皮层较厚；加之此处脉络膜的毛细血管较丰富，故较眼底其他部位的颜色为深，呈暗红色或红褐色。黄斑的中心处稍凹陷，称中心凹，形同一个凹面镜，当用检眼镜的灯光照射时，由于内界膜将光线反射于视网膜前的玻璃体内，故呈现一针尖样大小的亮点，犹如红色苍穹上一颗灿烂的金星，称中心凹光反射。因此，黄斑区可作为检查眼底时的第二个标志。应该注意的是，中心凹光反射不是每个人都那样明显，尤其老年人也可看不到中心凹光反射，不可因看不到中心凹光反射就诊断为病态，还需综合各方面情况后再做决定。在黄斑的边缘部，由于该部视网膜组织较厚而稍突出，故当检眼镜的光线照射时，在黄斑区周围便形成一个光环，是谓黄斑反光轮。儿童和青年人的黄斑反光轮明显，40岁以上者反光轮消失。

黄斑的中心凹处只有锥体细胞而无柱体细胞，且多而密集，是视力最敏锐的地方。常说的检查视力即是检查黄斑部的功能，黄斑部任何轻微的病变，都可使视力大受影响。

4. 一般眼底 眼底的颜色取决于视网膜色素上皮层色素量的多少。中国人的正常眼底的颜色为均匀一致的桔红色，这是由于脉络膜血管内的血液颜色，透过视网膜色素上皮层及半透明的视网膜所形成的。黑种人由于脉络膜及视网膜色素上皮层色素较多，其眼底颜色呈暗褐色，而白种人由于眼底色素较少，所以眼底呈淡红色。有些人视网膜色素上皮层色素较少，可以透见扁平而多吻合的脉络膜血管及血管间色素，于是眼底就形成了斑状花纹，称为豹纹状眼底。这种情况常见于高度近视患者及一部分正常人，有时也可在正常眼底的周边部见到这种情况。如果豹纹状眼底仅局限地出现在

眼底某一部分，则大多为病理表现，要详细检查。

白化病患者的眼底由于缺乏色素，往往使白色巩膜及脉络膜血管显露出来，只在视乳头附近及后极部稍显红色。

除以上眼底表现外，有时可以在视乳头周围见到一个白色的环，为脉络膜和视网膜色素上皮未达到视乳头边缘，从而暴露了巩膜与结缔组织所致，称为巩膜弧。但更多见的是颞侧巩膜弧，尤其是近视眼患者，颞侧巩膜弧形斑往往较宽大，呈新月状，但无太大临床意义。正常情况下，用检眼镜一般看不清脉络膜的形态。

视网膜上有两种视细胞，一种是锥体细胞，主要分布于黄斑区，司明视觉和色觉；一种是柱体细胞，分布在黄斑以外的视网膜周围部分，司暗视觉。所以视网膜病变往往影响视觉和色觉。

(二) 眼底检查法

我国古代眼科将所有眼病分成两大类，凡发生在眼外部的眼病，统称外障眼病；发生于眼内部的疾病就统称为内障眼病。对于眼内部的疾病，由于当时尚没有仪器可以检查，故多以病人的主觉症状来命名，如视瞻昏渺、视瞻有色、青盲、暴盲、云雾移睛等。显然，这种分类方法是很粗糙的。1851年德国医学家、生理学家赫尔姆霍兹(Helmholtz)发明了检眼镜，从而给眼科临床和科研提供了有力的工具。

检查眼底不但可以直接观察到病变的部位和形态，提供治疗上的依据，还可给全身疾病的诊断和治疗提供一些可靠依据，故除眼科外，临床其他各科也需要眼科医生来帮助进行眼底检查，所以眼科医生必须掌握眼底检查法。

检查眼底一般用检眼镜在暗室内进行。检眼镜分直接与间接两种。间接检眼镜所见到的眼底范围大。放大约4倍，但

应时刻注意它所见到的眼底像为倒像，绘图和记录时应将它颠倒过来，即所见像的上方病变，实为下方病变，鼻侧为颞侧等，依此类推。由于其放大倍数小，微小病变不易察清，且设备移动不便，自直接检眼镜问世后，间接检眼镜在国内已逐渐被直接检眼镜代替。直接检眼镜放大倍数约 16 倍，可以观察更细微的病变，出诊、会诊携带方便，眼底像为正像，颇受眼科医生欢迎。因此，这里主要介绍直接检眼镜检查法。

直接检眼镜检查法：直接检眼镜为一手电筒式的器具，内装 2 节干电池（或通过变压器将交流电变为直流电），其装置分照明系统和观察系统。照明系统设在圆筒形之手柄内，电源开关位于手柄的上方。观察系统装在手柄的顶部。分别设有三棱镜反光系统、观察孔及透镜轮盘。有些检眼镜还装有可拨动的光栏盘，分大、中、小三种光栅，以及无赤光等。

检查应在暗室内进行，病人取坐位或仰卧位，检查右眼时，医生站在病人右侧，用右手持检眼镜，医生用右眼自观察孔观察；检查左眼时，医生站在病人左侧，左手持检眼镜，用左眼观察。总结成一句话，就是“四右”、“四左”。检查眼底应像观察显微镜一样，两眼都要睁开，不得睁一眼闭一眼。未持检眼镜的另一只手固定于患者头部，大拇指靠近被检眼的上睑处，以便在患者眼裂不大时，用该指轮提上睑以协助，但不可一直牵拉上睑，以免妨碍患者瞬目动作。

检查时，手掌握住检眼镜手柄稍上处，食指伸直扶住透镜转盘，一眼置窥孔处，打开开关，使光线经瞳孔射入被检眼内，将检眼镜移近被检眼前 2 厘米处，即可窥见眼底红光反射，拨动透镜转盘，直至看清眼底为止。如患者及医生两人都是正视眼，大约透镜转盘拨至 0～-3 处（可从下方装有镜片的圆孔中看出）即可。嘱病人向正前方注视，此时正好

看清视乳头。应注意视乳头的颜色如何，过于发红往往为炎症引起；苍白为视神经萎缩的表现；边界不清大多为炎症或水肿所致。应注意生理凹陷的大小，通常以凹陷的垂直径与视盘直径的比(C/D)来衡量其为生理或病理的凹陷。一般人的C/D在0.3以下，若 $C/D \geq 0.6$ ，则往往属病理性改变。如在视乳头边缘处见到一片银白色有丝光样的大白斑，边缘呈羽纹状态时，为有髓神经纤维。如视乳头表面有一条形灰白色混浊，可随眼球转动而在玻璃体中飘动者，大多属残存的玻璃体动脉。这两种情况都属先天性异常。

观察完视乳头后即可沿视网膜血管进行检查。应注意动静脉比例是否正常，动脉有没有变成白线状，静脉是否怒张迂曲，血管旁是否伴有白鞘，以及有无出血、渗出等。如动脉细、反光强，动静脉比例在2:3以下，并且有交叉压迫征时，往往是视网膜动脉硬化的表现，提示着全身小动脉也有硬化。

检查黄斑区时，可将光线自视乳头稍向颞侧移动约2~2.5PD(视乳头直径)，此时即可查见颜色较眼底其他部位稍深的黄斑区。亦可让病人注视检眼镜灯光，此时检眼镜正好对准黄斑，但病人的瞳孔往往因此而缩小许多，故检查黄斑区时宜将光栏盘拨至小光斑。检查时应注意黄斑中心凹光反射存在与否，有无色素紊乱、水肿反光晕圈，有无黄白色小点状渗出或小白斑、出血点、裂孔等。最后检查眼底各部，观察有无出血、渗出、机化物、萎缩斑、色素斑块、隆起等。

当屈光间质混浊时，眼底像往往模糊不清，此时应详细检查屈光间质。方法是拨动透镜转盘，使用+20D透镜，并逐渐减少其度数，即可查出混浊所在的部位。一般说，用+20D的透镜可观察角膜上的异物及角膜后的大块沉着物；用

+10D 可查见晶状体之混浊；用+8D 可查见玻璃体之混浊。总之，愈近眼底，所用透镜之度数愈低。晶状体混浊常呈楔形车辐状，玻璃体的混浊可呈粉尘状、丝状或块状，且可随眼球的运动而轮度摆动。

检查眼底常规应用小瞳孔检查，如欲详细检查眼底，或怀疑病变接近周边部时，在排除眼压高的情况下，可用 2.5%~10% 苯肾上腺素（新福林）散瞳详查。苯肾上腺素只散瞳而不麻痹睫状肌，作用时间短，最适宜老年人做散瞳检查眼底，故有人称它为老年散瞳剂。

（三）眼底病变的描述和记录法

检查完眼底后，应将检查结果详细描写并记录在病历上，以便作为治疗前后的对照。描写病变位置时，可将眼底大致分为视乳头黄斑区（或称后极部）、颞上、颞下、鼻上、鼻下等部位。发现病灶后应记录其方位及大小：较大的病灶可与视乳头直径（PD）进行对比，1PD 约为 1.5 毫米，其距离亦以视乳头为中心，记录约多少个 PD 距离。如在颞上发现一出血区，可记为在颞上血管分布区，距视乳头约 3PD 处，有一约 2PD 范围大小的浓厚紫红色出血灶；较小的病灶可与视网膜血管管径进行对照，如鼻下方距视乳头约 1.5PD 处的血管旁，有一约视网膜中央动脉 2 倍管径的黄白色小点，且位于视网膜血管之下。如此记录便于其他医生了解病变大小及其位置。

如有视乳头水肿、眼底肿物或视网膜脱离，则应测量其高度。方法为选择其最高处至能看得最清楚为止，记下所用透镜度数为多少，然后再观察其附近平坦处看得最清楚时所用的透镜度数是多少，计算两者之差，即可粗略测出其高度。如看清最高处用的是+3.00D，平坦处用的是-1.00D，则其

高度为： $(+3) - (-1) = +4D$ 。大约每高起 $3D$ （3 个屈光度）相当于 1 毫米。凹陷的测量法与此相同。同时也应该描述出其方位，并在病历上绘出示意图。

二、眼底病的辨证

现代医学治疗疾病讲求辨病，而中医治病讲求辨证。证，不等于症状的罗列，它除了包括症状外，还包括了病因、病位以及疾病的性质。比如眼疼是眼科的一个症状，但其疼痛的性质、部位及诱发原因是不尽相同的，因此就需要辨证。所谓辨证，就是把“四诊”（望、闻、问、切）收集来的材料，在中医理论的指导下进行分析、归纳、综合，以分辨疾病的病因、病位、性质以及由来和身体状况等情况，从而确定治疗原则，然后遣方用药。因此必须熟知眼科辨证的方法。眼底病的辨证方法，大致有五轮辨证、脏腑气血辨证和眼底辨证三种。

（一）依据五轮辨证

在唐朝以前，因为尚没有眼科专著问世，故大多为一病一方，且大多偏重于外眼病。自唐以后始有眼科专著出现，并且有了比较系统的眼科理论，如唐宋年间出现的“五轮八廓”学说即是。五轮学说是在《内经》的基础上发展起来的。《灵枢·大惑论》中记述：“五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精。精之窠为眼，骨之精为瞳子，筋之精为黑眼，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束，裹撷筋骨血气之精而与脉并为系，上属于脑，后出于项中。”这段经文将眼从外部划分成了瞳子、黑眼、血络、白眼、约束五个部分，后世医家遂将此段经文结合各脏之所主，以及五行生克关系，使眼的各个部分与脏腑发生联系，并冠之以“轮”而发展成

为五轮学说。如肝主筋，属风木之脏，故将黑睛（角膜与虹膜）与肝脏联系起来；肾主骨，属水，故将瞳子与肾脏联系在一起，等等，依此类推。现将五轮与五脏、五行等的关系列表如下：

五轮	五脏	所主	五行	部位
肉轮	脾	肌肉	土	上下胞睑
血轮	心	血	火	两毗
气轮	肺	气	金	白睛
风轮	肝	风	木	黑睛
水轮	肾	水	水	瞳神

眼底病在中医眼科属内障范畴，为瞳神疾病。瞳神，古人又称瞳子、金井、眊，俗称瞳人（仁）。从古书记载来看，瞳神有广义和狭义之分。狭义的瞳神单指瞳孔而言；广义的瞳神除瞳孔外，尚包括瞳孔以后的屈光和感光的组织。本书所述之瞳神疾患即指广义的瞳神而言。由于古代缺乏检查眼底的仪器，故立论大多根据五轮学说，即：瞳神属水，水能生木，肾肝为母子关系，故认为瞳神疾病大多与肝肾有关。虽有谓视觉功能的产生“源于命门，通于胆，发于心”者，但治疗仍未超出滋补肝肾、滋阴降火的法则，所以虽经历千余年，对内眼病的治疗仍无长足的进步。现代之中医眼科，在总结古人经验的基础上，对内眼病的辨证治疗有了很大的发展，且收到了显著的疗效。现将水轮辨证叙述如下：

（1）干涩昏花或起坐生花，多由阴血不足所致，因“肝受血而能视”，目得不阴血之濡养故干涩昏花不明。