

WHO西太区资助项目

中医循证临床实践指南

专科专病

Evidence-based Guidelines of Clinical Practice in Chinese Medicine
Specific Disease

中国中医科学院 组织编写

全国百佳图书出版单位

中国中医药出版社

中医循证临床实践指南

张其成 主编

北京中医药大学出版社

ISBN 7-309-05111-1

定价：35.00元

WHO 西太区资助项目

中医循证临床实践指南

专科专病

Evidence – based Guidelines of Clinical
Practice in Chinese Medicine
Specific Disease

中国中医科学院 组织编写

图书在版编目(CIP)数据

中医循证临床实践指南·专科专病 / 中国中医科学院编写. —北京:
中国中医药出版社, 2011. 1

ISBN 978 - 7 - 5132 - 0278 - 7

I. ①中… II. ①中… III. ①中医治疗法 - 指南 IV. ①R2 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 001923 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
北京顺义兴华印刷厂印刷
各地新华书店经销

*

开本 880 × 1230 1/16 印张 11.5 字数 325 千字
2011 年 1 月第 1 版 2011 年 1 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 0278 - 7

*

定价 38.00 元
网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换
版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720
读者服务部电话 010 64065415 010 64065413
书店网址 csln.net/qksd/

前 言

《中医循证临床实践指南》(以下简称《指南》)是中医药领域第一部通过国际合作、基于证据的指导中医临床实践的专著。

中医学是中华民族几千年来与疾病斗争过程中积累的宝贵财富,其丰富的理论知识与有效的医疗实践中蕴含着深厚的科学内涵,是中华民族优秀文化的重要组成部分。中医学的优势和特色在于天人合一、形神统一的整体观和辨证论治的个体化诊疗模式。规范化和标准化建设是发展中医药、促进其走向世界的必由之路。编撰临床实践指南(Clinical Practice Guideline, CPG)的目的旨在针对特定的临床情况,制定系统的、能帮助临床医生和患者做出恰当处理的指导方案。在指南的指导下结合患者的具体病情做出诊断和治疗的决策,有助于循证医学的原则在临床医疗实践中得到更好的贯彻和实施,有助于规范临床医生的医疗行为,提高中医医疗服务质量。

2007年,中国中医科学院与世界卫生组织西太区达成合作意向,编写一套基于证据、有中医诊疗特色和优势的28种疾病的中医临床实践指南和5种疾病的针灸临床实践指南。7月,曹洪欣院长与世界卫生组织西太区签署了编写第一批11种疾病基于证据的传统医学临床实践指南的实施协议(APW)。项目组聘请名誉院长王永炎院士为负责人,成立了专家指导委员会和项目办公室,《指南》编制工作正式启动。为保证《指南》的编撰质量,我们组织200余名专家展开研究与编写工作,多次召开编写工作会议,确定编写体例与工作细则,研究解决编写中遇到的困难与问题。成立审定委员会,包括中文统审组和英文统审组。2007年9月,为保证项目高质量按时完成,中国中医科学院决定立项,给予专项经费资助。项目办公室与11个指南和5个针灸指南编写组分别签署工作协议。12月完成了第一批11个指南和5个针灸临床实践指南的中英文编写工作,并向WHO西太区提交了中英文文稿和技术报告。

第一批11个病种包括:原发性支气管肺癌、年龄相关性黄斑变性(湿性)、慢性稳定性心绞痛病、脑梗死、2型糖尿病、感冒、类风湿关节炎、偏头痛、失眠症、原发性骨质疏松症、慢性胃炎。第二批17个病种包括:血管性痴呆、高血压病、慢性阻塞性肺疾病、慢性乙型肝炎、艾滋病、IgA肾病、再生障碍性贫血、单纯性肥胖病、慢性盆腔炎、小儿肺炎、特应性皮炎、寻常型银屑病、慢性前列腺炎、神经根型颈椎病、桡骨远端骨折、抑郁症、2009甲型H1N1流感。并将这28个病种分为《中医内科》(20种)和《专科专病》(8种)两个分册。5个针灸指南由中国针灸学会主持编写,病种包括:面瘫、带状疱疹、抑郁症、偏头痛和中风假性球麻痹。《指南》的体例系在WHO西太区提供的框架下,经过《指南》编写指导委员会、审定委员会、项目办公室和编写组反复讨论,结合中医学的特点,并按照“研制基于证据的传统医学临床实践指南”香港研讨会通过的《指南》模板,对已完成的《指南》进行了反复修改和完善。指南的内容主要由介绍、背景、临床特征、诊断标准(包括西医诊断标准和中医证候诊断)、干预、管理和推荐及方法构成。附件包括指南编写人员情况、信息资源、证据分级与推荐强度、指南评价及指南涉及的专业词汇表。

指南编制工作在统一部署下顺利进行。

专家指导委员会对指南编写的总体框架、编写体例、共性技术(文献检索方法、策略、范围、文献证据级别、文献质量等级、推荐强度等级)反复论证,对各指南编制方案进行专题研讨,审定委员会提出中、英文稿编写、翻译细则,并指导统审工作。项目办公室组织、协调,形成了一个大军

团作战的高水平编写队伍。同时邀请相关领域的专家，对指南编写的关键环节，从文献检索、证据分级、证据合成与专家共识到指南撰写、翻译举行专题讲座，对指南编写人员进行培训等，共召开不同层次的编写工作会议近 20 次，对各指南逐一进行多次论证、中英文统审和讨论，组织编写组对指南草案进行反复修改、完善。

各疾病编写组分别成立起草小组，形成了汇集循证医学、临床流行病学、临床医学、中医学、文献学、统计学等专业人员参与的编写队伍，包括各专业领域著名专家学者、临床医生及护理人员的老中青结合、多学科参与的团队，分工协作，共同推进。各组在项目办公室统一工作方案和组织协调下，按照国际临床实践指南编制办法，进行了相关文献检索和信息收集。检索的数据库包括中外文大型生物医学数据库和检索文本文献，包括中、日、英文文献以及中国古代医籍等。本指南所有证据均选用结构性摘要表，并按照本指南选用的分级体系进行评价。通过文献检索与评价、证据评价、合成推荐建议等程序，形成指南中文版文稿。

在广泛征求意见的基础上，特别是围绕保证编写质量，各组分别召开多次专家咨询会，部分编写组通过函审广泛征求意见，经过反复论证达成共识，对指南中文稿进行反复修改。审定委员会对指南中文稿和英文稿进行了认真的统稿和审定。

中国针灸学会成立了专家委员会，全程参与了针灸临床实践指南编制的咨询与指导工作，学会常务理事会通过决议，将 5 个针灸临床实践指南作为学会标准，向全国推行。

《指南》的特色在于引进国际通行的临床实践指南编写的思路和方法，旨在制定融合西太区各国传统医学精华和最新成就，整合和吸纳国际中医药临床研究成果和成功经验，借鉴临床流行病学的研究方法。多学科交叉组成的编写人员队伍，突破单纯由中医药领域专家共识形成指南的局限，形成具有循证医学证据的中医药防治疾病的临床实践指南。这对于规范使用中医药，提高中医药的临床疗效具有重要意义。指南的编写参照 WHO 西太区组织专家讨论推荐的要求和模板进行，这在国际上尚属首次。中国中医科学院通过实施这一项目，锻炼了一支编写临床实践指南、能与国际接轨的专业队伍，为促进中医药走向世界奠定了坚实基础。

《指南》的编写与出版，凝聚着我院专家学者与管理干部的辛勤汗水，是集体智慧的结晶。由于辨证论治的个体化诊疗模式是中医学理论与实践的精华，与循证医学有机结合存在着很大的难度，广大编写人员不辞辛苦，精益求精，几易其稿，使指南的系统性、完整性更加完善。然而由于编写者时间和编写经验有限，难免出现疏漏之处，恳请广大读者提出宝贵意见。

应该说明的是，直接或间接资助指南制定的资助者没有对指南最终的推荐意见产生任何影响。指南工作组成员和咨询专家与指南的制定均无利益冲突或潜在的利益冲突。

《指南》的问世，要感谢 WHO 西太区对此项目的资助支持，感谢中国中医科学院的专项资助，感谢国家中医药管理局国际合作司和政策法规司领导的热心指导，感谢各位专家的通力合作，感谢中国中医药出版社的编辑出版。

曹洪欣 王永炎
2010 年 11 月

《中医循证临床实践指南》编委会

主编：曹洪欣 王永炎

副主编：陈可冀 刘保延 梁菊生 范吉平 翁维良 吕爱平 刘建平

编委：

审定委员会(中文稿)：王永炎 曹洪欣 刘保延 晁恩祥 李乾构 沈绍功 谢雁鸣

韩学杰 王志国 王泓午 张明雪 王忠 刘 焜 黎元元

宇文亚 王丽颖 史楠楠 房繁恭 瞿明杰 刘炜宏 武晓冬

(英文稿)：吕爱平 谢竹藩 邹建华 王奎 朱明 薛崇成 刘建平

张允岭 王惠珠

项目办公室：邹建华 谢雁鸣 赵宜军 张咏梅 刘 焜 宇文亚

编写组：

中医内科

慢性乙型肝炎指南编写小组

组长：姚乃礼

成员：刘绍能 陈兰羽 陶夏平 周斌 吕文良 刘震 白宇宁 王少丽 燕东
刘慧敏

艾滋病指南编写小组

组长：梁菊生 王健

成员：刘颖 邹雯 陆嘉明 董继鹏 王莹

原发性支气管肺癌指南编写小组

组长：林洪生

成员：花宝金 侯炜 张培彤 李杰 李道睿 张培宇 董海涛 杨宗艳 贺用和
卢雯平 闫洪飞 石闯光 郑红刚 蒋宇光

再生障碍性贫血指南编写小组

组长：麻柔

成员：刘锋 唐旭东

2型糖尿病指南编写小组

组长：林兰

成员：倪青 魏军平 梁晓春 王学美 方邦江 李显筑 余江毅 苏诚炼 王洪武
龚燕冰 庞健丽 肖月星 王秀秀 孔文文

单纯性肥胖病指南编写小组

组长：翁维良 高 蕊

成员：郭中宁 李 博 许 云 李 智 田元祥 耿 涛

抑郁症指南编写小组

组长：赵志付

成员：王彩凤 熊抗美 王 敏 张 成 刘 超 肖 怡 孙 璐 赵 鹏
廖洪超 汪卫东 杨秋莉 黄世敬 唐启盛 张 捷 苏建民 冯秀杰
李 丽 郭荣娟

失眠症指南编写小组

组长：刘艳骄

成员：何丽云 汪卫东 齐向华 许 良 徐 建 闫 雪 胡春宇 吕学玉
吕梦涵 王 芳 滕 晶 张艳红 米歇尔（加拿大）

血管性痴呆指南编写小组

组长：周文泉

成员：罗增刚 李 浩 时 晶 荆志伟 刘 方 程 伟 刘征堂 郭明冬
郭仁真 张 晋 李鸿涛 倪敬年 刘 垣

偏头痛指南编写小组

组长：何良志

成员：李 涛 刘红梅 石学敏 刘长信 郭 兰 杨 霞 周哲屹 冯 柯
杨 苗 李 扬 高金柱 石秋杰 袁洪雷 吴平凡 鲁 岩

高血压病指南编写小组

组长：雷 燕

成员：王 阶 陈可冀 蒋跃绒 詹思延 杨 静 王振华 杜雪君 陶丽丽

慢性稳定性心绞痛指南编写小组

组长：曹洪欣 史大卓

成员：殷惠军 蒋跃绒 高铸焯 董国菊 王承龙 张华敏 李立志 郭 艳
郭春雨

脑梗死指南编写小组

组长：王永炎

成员：邹忆怀 刘建平 周 莉 常静玲

感冒指南编写小组

组长：姜良铎

成员：刘建平 赵百孝 刘清泉 张纾难 焦 扬

2009 甲型 H1N1 流感指南编写小组

组长：王永炎

成员：晁恩祥 王融冰 王书臣 周平安 姜良铎 张燕萍 李国勤 李秀惠
刘清泉 王玉光 刘薇 焦扬

慢性胃炎指南编写小组

组长：唐旭东

成员：吕宾 周丽雅 詹思延 李振华 李保双 高蕊 王凤云 王萍
卞立群 刘赓 张引强 林媚 李博 赵迎盼

类风湿关节炎指南编写小组

组长：冯兴华

成员：姜泉 何夏秀 张华东 曹炜 母小真 唐晓颇 刘宏潇 葛琳
王海隆 张显彬 梁慧英 石英杰 张鹏翔 莫捷 袁永 许凤全
焦娟

原发性骨质疏松症指南编写小组

组长：谢雁鸣

成员：董福慧 孙树椿 王和鸣 宇文亚 刘庆思 马良宵 廖星 徐桂琴
支英杰 牛潞芳 武常生

IgA 肾病指南编写小组

组长：聂莉芳

成员：徐建龙 李赛 薛武更 余仁欢 于大君 韩东彦 孙红颖 高蕊

慢性阻塞性肺疾病指南编写小组

组长：王书臣

成员：张燕萍 赵兰才 苗青 何昌生 张文江 许宗伟 崔云 樊茂蓉
谭素贞 韩克华 祁海艳 罗海丽 代昭欣

专科专病

年龄相关性黄斑变性（湿性）指南编写小组

组长：唐由之

成员：巢国俊 冯俊 王慧娟 张励 李学晶 梁丽娜 周尚昆 钟舒阳
王影 任燕茹 于静

特应性皮炎指南编写小组

组长：黄尧洲

成员：姚春海 刘青云 陈少君 李云峰 宋艳丽 迟慧彦 余远遥 郎娜
赵一丁 李彬 罗然 刘洋 关雅素 张婉容

寻常型银屑病指南编写小组

组长：刘瓦利

成员：庄国康 颜志芳 王俊慧 闫雨荷 陈岩 王君伟 潘军 聂晨

神经根型颈椎病指南编写小组

组长：朱立国

成员：于杰 王尚全 王乾 李金学 高景华 张清 冯敏山 金哲峰
徐凡平 甄朋超 魏戌

慢性前列腺炎指南编写小组

组长：贾金铭

成员：马卫国 董佳晨 罗少波 焦拥政 孔令青

慢性盆腔炎指南编写小组

组长：李光荣

成员：郭永红 赵瑞华 王燕 陈瑞雪 刘新敏 艾莉 曾玲

小儿肺炎指南编写小组

组长：安效先

成员：冀晓华 彭征屏 刘昆 潘潞 崔宁

桡骨远端骨折指南编写小组

组长：张兴平

成员：周卫 高云 李金学 赵勇 孙瑞华 郑移兵 徐聪 孙研
余跃 李文杰 陈青海 宋山峰

针 灸

针灸临床实践指南制定方法编写小组

组长：刘保延

成员：梁繁荣 吴中朝 刘志顺 赵吉平 赵宏 武晓冬 訾明杰 吴曦
彭唯娜 房繁恭

带状疱疹指南编写小组

组长：刘志顺

组员：彭唯娜 刘保延 王晶 毛湄 邓艳华 于金娜 廖育麟 穆岩
罗云 肖晓玲 王扬 武晓东 赵宏 訾明杰 郭旭

面瘫指南编写小组

组长：梁繁荣

成员：李 瑛 吴 曦 陈 勤 李学智 罗 玲 郑 晖 曾 芳 黄文静
赵 凌 武晓冬 赵 宏 訾明杰 郭 旭

抑郁症指南编写小组

组长：赵 宏

成员：郭 旭 柏巧玲 王 寅 刘 军 王 漪 姚 明 王 杨 苏 苇
赵玉雪 陶 莎 陈锦宇 罗 云 顾宝光

中风假性球麻痹指南编写小组

组长：赵吉平

成员：王 军 刘保延 李 俊 白 鹏 王 朋 王 鹏 赵 宏 武晓东
訾明杰 郭 旭

偏头痛指南编写小组

组长：吴中朝

成员：杨金洪 王京京 胡 静 焦 玥 黄子明 王丽娜 郭宇鹏 陈仲杰

总目录

年龄相关性黄斑变性（湿性）中医临床实践指南	（ 1 ）
特应性皮炎中医临床实践指南	（ 20 ）
寻常型银屑病中医临床实践指南	（ 45 ）
神经根型颈椎病中医临床实践指南	（ 65 ）
慢性前列腺炎中医临床实践指南	（ 90 ）
慢性盆腔炎中医临床实践指南	（ 107 ）
小儿肺炎中医临床实践指南	（ 126 ）
桡骨远端骨折中医临床实践指南	（ 148 ）

年龄相关性黄斑变性（湿性）中医临床实践指南

要点说明

1 关键事项

本指南的指导意见源自传统中医对年龄相关性黄斑变性（湿性）的观点总结及自1987年至2009年5月国内外文献研究的结果，并根据循证医学分级标准而得出。

需要说明的是，本指南并不是医疗行为的标准或者规范，而仅仅是根据现有的研究证据依据特定方法制作出的一个文本。随着临床实践的深入，新证据的不断产生，指南所提供的建议亦会随之不断修正。采用指南推荐的方法并不能保证所有人都能获得理想的临床结局。同时，就指南本身而言，并不能包括所有有效的疗法，也并不排斥其他有效的疗法。最终临床治疗措施的抉择需要卫生从业者根据临床的具体情况，结合自身的经验及患者的意愿做出。

2 关键建议

本指南提供了当前存在的治疗年龄相关性黄斑变性（湿性）的方法，医生当根据各地实际情况酌情选用。中医药治疗湿性老年性黄斑变性以中药汤剂和中成药为主，辅以针灸、中药离子导入、饮食调理、心理疏导等方法综合干预，关键建议如下：

湿性年龄相关性黄斑变性患者，在发病及病程进展过程中，其本质的病机是脾虚和/或肝肾阴虚，故治法当从补益肝肾、健脾利湿入手。（推荐强度：A）

健脾益气、补益肝肾的药物可以使部分早期患者的眼底情况得到改善，提高视力，并对早期黄斑变性眼具有预防作用。（推荐强度：B）

湿性年龄相关性黄斑变性患者，多属本虚标实证，治当从益气养阴、凉血化瘀入手，标本兼顾。急则治其标：凉血止血，健脾利湿；缓则治其本：益气养阴，补益肝脾肾。（推荐强度：A）

在治疗湿性年龄相关性黄斑变性过程中，活血化瘀药的运用很重要。但对患有高血压、动脉硬化的老年患者，以及孕妇、有出血倾向者应慎用活血化瘀药。（推荐强度：A）

湿性年龄相关性黄斑变性患者在晚期伴有瘢痕形成时，应注意酌加半夏、浙贝母、海藻、昆布等软坚散结之品。（推荐强度：B）

单纯运用补肝肾、凉血化瘀药物治疗湿性年龄相关性黄斑变性是不够的，对于体质较差的患者还应运用益气养血药物。（推荐强度：B）

围激光手术期，运用中医中药治疗有助于提高临床疗效。（推荐强度：A）

年龄相关性黄斑变性患者要注意饮食习惯，避免过食辛辣、热烫、油腻食品。此外，膳食的选择和药膳的调理可能对预防黄斑变性有一定作用。（推荐强度：B）

加强对湿性年龄相关性黄斑变性患者的心理疏导，对提高患者生活质量可能有一定帮助。（推荐强度：B）

3 实施过程

根据患者个人症状体征情况，明确湿性年龄相关性黄斑变性的中医诊断。

根据患者个体症状不同而进行辨证治疗。

根据当地实情及患者情况选用中药汤剂或中成药。

向患者推荐湿性黄斑变性的生活起居、膳食和心理的调节方法。

目 录

介绍	3
背景	3
临床特征	4
1 病史	4
2 症状	4
3 体征	4
4 辅助检查	5
诊断标准	5
1 西医诊断	5
2 鉴别诊断	6
3 中医诊断要点	6
4 证候诊断	6
干预、管理和推荐	6
1 干预	6
2 管理	7
3 结局	9
4 推荐	10
方法	10
1 临床证据的检索策略	10
2 证据级别和质量评价	10
3 推荐强度	10
4 评议和咨询过程	10
5 宣传	11
6 执行	11
7 更新	11
附件	16
附件 1：指南工作组	16
附件 2：信息资源	17
附件 3：证据分级与推荐强度标准	17
附件 4：指南评价	18
附件 5：词汇表	18
附件 6：缩略语表	19

介 绍

年龄相关性黄斑变性（AMD）是导致老年人视力减退不可逆的致盲眼病之一，能严重影响老年人生活质量。本病在临床上分为干性、湿性两种，本指南主要适用于湿性年龄相关性黄斑变性患者。迄今为止，湿性黄斑变性在全世界仍缺少理想的治疗方法，中医治疗本病能取得一定疗效，弥补了部分空白。

2005年4月至今，受WHO委托，我们成立了眼科临床实践指南撰写委员会，开始主持编写“中医治疗湿性年龄相关性黄斑变性”临床实践指南。本指南运用循证医学方法^[1]对中医药治疗湿性年龄相关性黄斑变性进行系统性回顾和总结，使临床眼科医生能够应用中医来认识和规范湿性年龄相关性黄斑变性的治疗。

编写本指南的工作人员包括数位国内著名的眼底病专家、临床医生、研究人员、统计学人员、图书馆信息人员、循证医学专家和管理专家。本指南适合眼科专业医师阅读。

背 景

年龄相关性黄斑变性^[2]（ICD-10编码：H35.3），又称老年性黄斑变性，是一种黄斑部疾病，具有下面一个或多个特点：①玻璃膜疣形成；②视网膜色素上皮层异常，如脱色素或色素增生；③累及黄斑中心凹的色素上皮层和脉络膜毛细血管的地图样萎缩；④新生血管性（渗出性）黄斑病变。

年龄相关性黄斑变性为黄斑区结构的衰老性改变。主要病理表现为视网膜色素上皮细胞对视细胞外节盘膜的吞噬消化能力下降，使未被完全消化的盘膜残余小体滞留于基底部细胞原浆中，并向细胞外排出，沉积于Bruch膜，形成玻璃膜疣。由于黄斑部结构与功能上的特殊性，此种改变更为明显。玻璃膜疣也见于正常视力的老年人，但由此继发的种种病理改变可导致黄斑部变性发生。本病大多发生在45岁以上，其患病率随年龄增长而增高，是当前老年人致盲的主要疾病之一。

在文献中，AMD有几种分类方法，本临床指南采用1986年中华医学会眼底病学组的分类方法来确定干性（萎缩型）和湿性（渗出型）AMD，这是由于目前中医学治疗AMD的建议是基于这种分类方法而确定的。

AMD的分类方法见表1：

表 1

AMD 分类

	萎缩型（干性）	渗出型（湿性）
年龄	多为45岁以上	多为45岁以上
眼别	双眼发生	双眼先后发生
视力	下降缓慢	下降较急
临床表现	早期：黄斑区色素脱失，中心凹光反射不清或消失，多为散在玻璃膜疣 晚期：病变加重，可有金箔样外观；地图状色素上皮萎缩，囊样变性或板层裂孔	早期：黄斑区色素脱失，中心凹光反射不清或消失，玻璃膜疣常有融合 中期：黄斑区出现浆液性或出血性盘状脱离，重者视网膜下血肿；或视网膜内出血、玻璃体积血 晚期：瘢痕形成
眼底荧光血管造影	黄斑区有透见荧光或弱荧光，无荧光素渗漏	黄斑区有脉络膜新生血管、荧光素渗漏，出血病例有遮蔽荧光

随着人口的老齡化，本病已成为老年人致盲的主要眼病之一^[3]。比欧坝眼病研究所（Beaver Dam Eye Study）调查了不同年龄 AMD 的总患病率，发现年龄为 43 ~ 54 岁患者的患病率小于 10%，而年龄为 75 ~ 85 岁患者的发病率则增加三倍以上。比欧坝眼病研究所在对这些患者随诊 10 年后，发现在 43 ~ 54 岁人群中 AMD 发病率为 4.2%，而年龄在 75 岁及以上的人群中则增加到 46.2%^[4]。

目前通过流行病学调查及各种基础研究发现，AMD 发生的主要危险因素是年龄的增加，而吸烟是除年龄和种族以外能被多个研究一致证实的又一危险因素。此外，还可能与遗传、环境因素、免疫反应、慢性光损伤、心血管疾病、动脉硬化等全身因素有关，但结果并不一致^[5]。

近年来的研究，使临床治疗有了一定进展，对于脉络膜新生血管（Choroidal Neovascularization CNV）患者符合 MPS（Macular Photocoagulation Study, MPS）的标准^[6]，或者黄斑中心凹下 CNV 符合 TAP^[7]（Treatment of Age - Related Macular Degeneration with Photodynamic Therapy, TAP）或 VIP^[8]（Verteporpin in Photodynamic Therapy, VIP）标准的主要为典型病变或者没有典型的隐匿性病变，应当在荧光素眼底血管造影后一周内进行激光治疗。目前，许多中医药治疗方法正在以随机的或非随机的临床试验对其疗效进行评估，但目前还没有充分的证据将其推荐用于临床治疗。

中医学对本病无相似病名，根据本病不同的症状、不同的阶段和视力损害的程度，可分别属于“云雾移睛”、“视瞻昏渺”、“视瞻有色”、“视惑”、“视直为曲”、“视大为小”、“视小为大”和“暴盲”等范畴^[9]。中医学在数百年前对本病有所认识，如《证治准绳·杂病·七窍门》：“若人年五十以外而昏者，虽治不复光明，其时犹月之过望，天真日衰，自然目光渐谢。”陈达夫^[10]在《内经》有关理论指导下，对内眼结构与脏腑经络关系做了大胆的探讨，于 1962 年创建了中医《眼科六经法要》，建立了内眼结构与内脏相属的学说，提出视网膜属于足厥阴肝经，眼中的一切色素属于足少阴肾经，脉络膜属于手少阴心经，而视网膜黄斑区属于足太阴脾经，形成了独特的眼病诊疗方法。中医学认为本病早期以气血虚、肝脾肾亏虚为主，后期转化为以痰、湿、瘀阻为主要病机^[11]。故治疗应本着“急则治其标，缓则治其本”的原则，根据疾病不同发展阶段，采用健脾利湿、补益肝肾、凉血止血、活血化痰及软坚散结等方法，可以促进眼底出血和渗出的吸收，改善 AMD 患者的视力。

湿性 AMD 病情严重、危害性大，积极开展湿性 AMD 的研究，是满足社会不断进步、提高人类健康水平的需要，在防盲治盲中具有重要的意义。但是，目前中医治疗湿性 AMD 的诊疗方法尚不够规范，其有效性不能客观体现，妨碍了中医疗法在国际上的推广。因此，整合和吸纳中医治疗湿性年龄相关性黄斑变性的研究成果和成功经验，借鉴临床流行病学的研究方法，形成具有循证医学证据的中医治疗湿性年龄相关性黄斑变性的临床实践指南，有利于西太地区年龄相关性黄斑变性治疗水平的提高，有利于发挥中医药优势，为眼科医师提供一种经济有效的传统疗法。

临床特征

1 病史

眼病史^[12]。

家族史^[13]，特别是 AMD 家族史。

个人史，特别是吸烟史^[14]。

2 症状

单眼或双眼中心视力减退，视物变形，中央出现暗点或暗影遮挡，严重者致盲^[15]。

3 体征

早期黄斑区色素可有大小不等、边界模糊的黄白色玻璃膜疣。尤其是这些玻璃膜疣互相融合成软性玻璃膜疣，这将是湿性 AMD 发生的先兆。渗出期，黄斑区可出现浆液性色素上皮脱离及神经上皮脱离，并可见灰白色 CNV，有时病变周围还可见到一些硬性渗出。如果 CNV 出血，则可见视网膜内

出血以及视网膜下出血，严重者可突破视网膜内界膜，引起玻璃体积血。瘢痕期，眼底后极部形成大片机化瘢痕^[16]。

4 辅助检查

4.1 眼底彩照

通常在进行荧光血管造影时也拍摄立体彩色眼底像，这是由于眼底照相在发现眼底的标志物、评估视网膜和 RPE 的浆液性脱离、确定遮挡荧光原因或晚期不能确定渗漏来源的病例时是有用的。立体照相还可以作为患者治疗随诊的基础资料。

4.2 眼底荧光血管造影 (FFA)

静脉注射荧光素进行眼底血管造影对于 AMD 的临床诊断是必须的^[17,18]，特别是当患者主诉有新的视物变形，或者有不能解释的视物模糊和/或临床检查发现 RPE 隆起或视网膜隆起、视网膜下积血、硬性渗出，或视网膜下纤维增生，以及合并下列情况时：用于发现和确定 CNV 的范围、类型、大小和定位，并计算病变含有典型性 CNV 的百分比；发现在治疗后仍持续存在或复发的 CNV；协助确定不能被临床检查结果所揭示的视力下降的原因。

4.3 脉络膜吲哚青绿血管造影 (ICG)

吲哚青绿血管造影是一项可以观察脉络膜循环的技术，这项检查对评价和治疗 AMD 意义尚不明确^[19]。它可能在评价某些类型的 AMD 中，如色素上皮脱离、边界不清的 CNV、视网膜血管瘤样增殖病变等被证明是有用的。湿性 AMD 脉络膜吲哚青绿造影表现为热点、异常粗大的脉络膜血管、强荧光等。具体表现^[16]为：

不含 CNV 的浆液性色素上皮脱离 (PED)：脱离区可呈弱荧光。

典型 CNV：早期出现明确强荧光点或区域，晚期加亮或扩大，但仍能较好确定边界的强荧光区。

血管性 RPE 病变：ICG 有两种类型。一种为有浑浊的渗出和薄的出血，显示早期强荧光和晚期荧光渗漏，边界不清；另一种荧光染色慢且少，即使持续 30 分钟也未见明显染色。

血管性 PED：显示 CNV 的早期强荧光，晚期染色和渗漏。

瘢痕染色：类似 FFA，早期见多个无规则强荧光，伴有色素或出血遮蔽荧光，晚期强荧光斑扩大，瘢痕组织染色。

4.4 光学相干断层扫描 (OCT)^[16]

OCT 检查可以确定视网膜下积液和视网膜增厚的程度，并已被证明是有用的^[20,21]，但此项检查在评价和治疗 AMD 中的价值也是不明确的。OCT 可能会提供一些荧光素眼底血管造影的补充信息。CNV 在 OCT 中的形态学表现为：视网膜色素上皮/脉络膜毛细血管层的红色反射光带局限性增厚，可呈梭形或不规则形，或边界模糊。出血和渗出在 OCT 上表现为浆液性和/或出血性视网膜下和/或色素上皮脱离；瘢痕在 OCT 上表现为视网膜色素上皮/脉络膜毛细血管层的光带局限性增厚，边界较清楚，且反光增强；瘢痕上方视网膜组织通常萎缩变薄。

诊断标准

1 西医诊断^[2]

年龄：多为 45 岁以上。

眼别：双眼先后发病。

视力：下降较急。

临床表现：早期黄斑区色素脱失，中心凹光反射不清或消失，玻璃膜疣常有融合；中期黄斑区出现浆液性或出血性盘状脱离，重者视网膜下出现血肿，或视网膜内出血、玻璃体积血；晚期瘢痕形成。