

南京中医学院附属医院
陆绵绵 编

中西医结合治疗眼病

(修订本)

人民卫生出版社

中西医结合治疗眼病

南京中医学院附属医院 陆绵绵 编

人民卫生出版社出版
(北京市崇文区天坛西里10号)

四川新华印刷厂印刷
新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 11印张 4插页 244千字

1976年3月第1版第1次印刷

1982年1月第2版第2次印刷

印数：120,201—126,500

统一书号：14048·3484 定价：0.91 元

修订再版说明

本书曾于1976年出版，为了更好地继承与发展中医、实行中西医结合，作者通过近几年的临床实践，对本书作了较大幅度的修订。

本书的宗旨是在中医理论指导下，发展中西医结合辨证施治，因此其重点仍在上篇总论的辨证与治法章。

第四章“辨证”中，除充实原书已有的“八纲辨证”、“六淫辨证”、“五轮辨证”、“内眼病辨证”外，还增加了“脏腑辨证”、“六经辨证”与“卫气营血辨证”。因中医眼科脱离不了中医基础理论，上述辨证方法，实早已渗透于眼科辨证领域，故作者将各种辨证的一般规律，逐个加以整理，使中医眼科辨证逐渐趋于条理化。

第五章“治法”中，在谈治疗大法之前及每一治法中，介绍一些眼科辨证用药的普遍规律与国内用药动态，大多数药物附有部分药理作用（摘自“中药大辞典”，江苏新医学院编，1977年出版），以供读者参考。

下篇各论部分，仍是有选择地介绍一些病种。多数疾病在谈具体证治之前，皆提出证治要点，抓住证治核心，由浅入深加以分析，以便读者既能掌握辨证施治规律又能灵活应用；至于具体用药，可根据各地习惯就地取材，不能强求统一。

由于作者开展中西医结合工作经验有限，本书一定有许多缺点、错误，欢迎广大读者批评指正。

本书中的“六经辨证”由成都中医学院眼科教研组王明芳医师编写；眼的解剖插图由重庆医学院眼科教研组施殿雄医师绘制，在此一并表示感谢。

南京中医学院附属医院 陆绵绵

1980年8月

目 录

上篇 总 论

第一章 视器的结构与功能	1
第一节 眼球的结构与功能	1
第二节 眼附属器的结构与功能	13
第三节 视觉传导	22
第四节 眼的血管与神经	24
第二章 眼病的病因病理与预防	28
第一节 外感眼病的病因病理与预防	28
第二节 内伤眼病的病因病理与预防	33
第三节 眼外伤的病因病理与预防	40
第三章 诊法	42
第一节 问诊	42
第二节 望诊	47
第三节 切诊	68
第四节 闻诊	69
第四章 辨证	69
第一节 八纲辨证	70
第二节 脏腑辨证	72
第三节 五轮辨证	81
第四节 六经辨证	83
第五节 六淫辨证	93
第六节 卫气营血辨证	107
第七节 内眼病的辨证	110

第五章	内治法与常用药物	112
第一节	祛风散寒法与常用药物	115
第二节	祛风清热法与常用药物	121
第三节	清热泻火法与常用药物	125
第四节	祛湿法与常用药物	134
第五节	退翳法与常用药物	148
第六节	清热凉血法与常用药物	154
第七节	止血法与常用药物	159
第八节	祛瘀法与常用药物	164
第九节	平肝潜阳法与常用药物	175
第十节	补血法与常用药物	180
第十一节	滋阴法与常用药物	183

下篇 各 论

第一章	眼睑疾患	191
第一节	眼睑缘炎	191
第二节	眦睑缘结膜炎	194
第三节	麦粒肿	196
第四节	霰粒肿	198
第五节	目眨	199
第六节	上睑下垂	200
第七节	目睛	204
第二章	泪器疾患	205
第一节	流泪与泪溢	205
第二节	泪囊炎	207
第三章	结膜疾患	210
第一节	急性结膜炎	210
第二节	慢性结膜炎	214

第三节	沙眼	217
第四节	泡性结膜炎	222
第五节	春季卡他性结膜炎	224
第六节	翼状胬肉	226
第四章	角膜疾患	228
第一节	匍行性角膜溃疡	228
第二节	树枝状角膜炎	232
第三节	深层角膜炎	236
第四节	浅层点状角膜炎	240
第五节	边缘性角膜炎	242
第六节	蚕蚀性角膜溃疡	245
第五章	巩膜疾患	247
第一节	浅层巩膜炎	247
第二节	巩膜炎	249
第六章	色素膜疾患	253
第一节	色素膜炎的病因与分类	253
第二节	急性虹膜睫状体炎	254
第三节	慢性虹膜睫状体炎	258
第四节	渗出性脉络膜炎	261
第五节	色素膜大脑炎	264
第六节	毕夏氏综合征	268
第七章	晶状体疾患——白内障	268
第一节	白内障的分类	268
第二节	老年性白内障	270
第八章	青光眼	272
第一节	原发性闭角型青光眼	274
第二节	原发性开角型青光眼	280
第九章	玻璃体疾患	284
	玻璃体混浊	284

第十章	视网膜疾患	288
第一节	中心性视网膜脉络膜炎	288
第二节	视网膜静脉周围炎	293
第三节	视网膜中央动脉栓塞	298
第四节	视网膜中央静脉血栓形成	301
第五节	视乳头脉管炎	305
第六节	原发性视网膜色素变性	307
第十一章	视神经疾患	311
第一节	视神经乳头炎	311
第二节	球后视神经炎	315
第三节	视神经萎缩	317
第十二章	视力疲劳症	321
第一节	屈光不正	321
第二节	视力疲劳症	326
第十三章	眼肌疾患	328
第一节	共同性斜视	329
第二节	麻痹性斜视	330
第十四章	眼外伤	334
第一节	眼外伤证治要点	334
第二节	风邪外乘	336
第三节	气血瘀滞	337
第四节	出血	339
第五节	交感性眼炎	341
	〔各论附方〕	343

上篇 总 论

第一章 视器的结构与功能

视器是一个比较重要的感觉器官，它在认识客观世界与创造世界中占重要的地位。眼球是视觉器官的首要组织，体积虽小，但其构造非常精密，功能极为复杂。不论是中医或西医，眼科早已成为一个独立的医学科目，今后祖国医学必定要向中西医结合方面发展，研究中医理论必须结合现代医学知识，因此，作为一个眼科医师，首先要对眼的结构与功能有一个基本的了解，才谈得到中西医结合的诊断与治疗。现将眼球与眼附属器分述于后。

第一节 眼球的结构与功能

眼球是视器的主要部分，略似球形，故称眼球，前后径约为24毫米，垂直径约为23毫米。

眼球位于眼眶的前半部，稍靠近眶内壁，被眼眶筋膜及肌肉等悬吊在眶内。为了接受外界物体的光线，眼球的前面是暴露在外面的。

眼球由眼球壁与眼内容物所组成，其后面有一条视神经，直通于脑。（图1）

一、眼球壁 由外中内三层膜性组织所构成。

（一）外层：为一层较坚固的、由纤维组织所构成的纤维膜，其前1/6球面积为角膜，其后5/6为巩膜，二者衔接处称角巩膜缘。

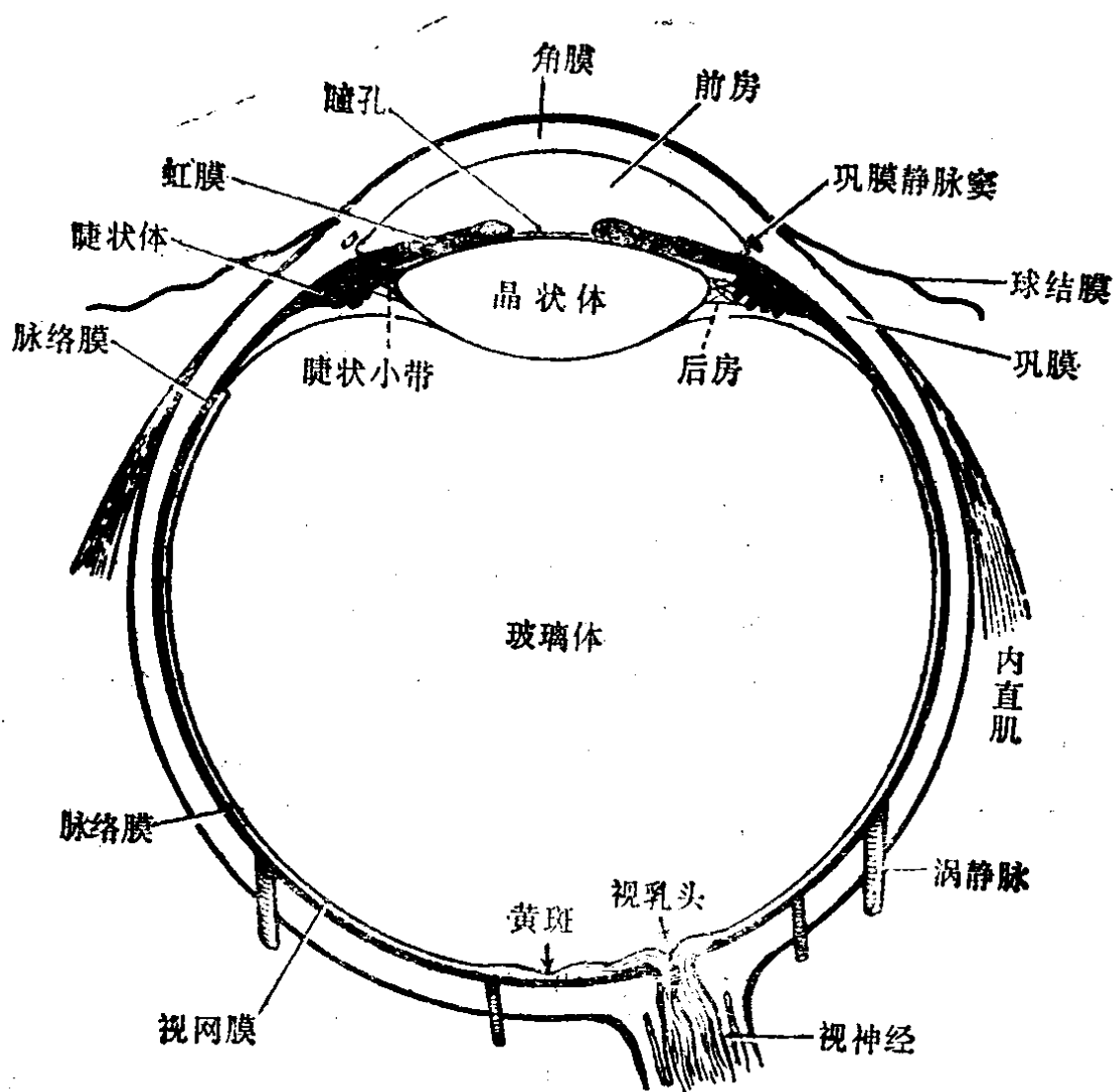


图1 眼球切面图

1.角膜：位于眼球前正中部分，近似圆形，向前稍微凸出，似表玻璃一样，嵌入巩膜沟内，其直径约为11毫米，它在眼的屈光系统中屈光力最强，作用象照相机的镜头。

组织学上，角膜由外而内可分为五层，即上皮细胞层、前弹力层、基质层、后弹力层、内皮细胞层等。（图-2）

（1）上皮细胞层：表面光滑，共有5~6层扁平细胞，最底层是柱形基底细胞。上皮细胞层抵抗力较强，一般不易引起感染。它很容易与前弹力层分离，角膜上皮极易因

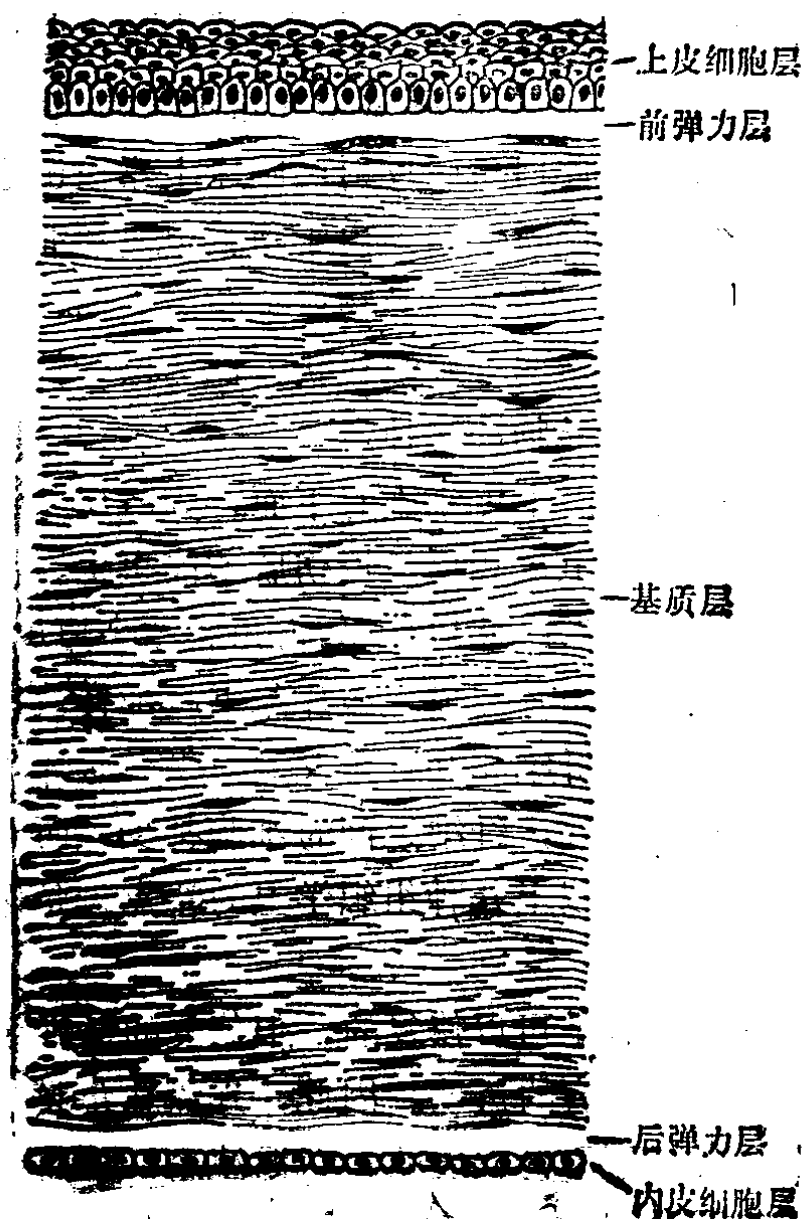


图2 角膜切面图

轻度擦伤而脱落，但上皮细胞层再生能力也很强，擦伤后在无感染的情况下可很快修复，不留疤痕。

角膜上皮细胞层与结膜上皮在胚胎学上同为外胚叶发生而来，在解剖学上互相连续，故结膜疾病可以累及角膜上皮细胞层。因此角膜上皮层与结膜的病变，临床上皆用祛风清热药治疗，而不拘泥于中医的五轮学说，是有一定道理的。

角膜上皮层下分布有丰富的感觉神经末梢，它们来源于三叉神经第一支，因此角膜的感觉是异常灵敏的，轻微刺激可立即发生瞬目反应，此曰角膜反射，临床上常以测定角膜反射来提供某些疾病的诊断依据。由于角膜上皮层非常敏感，即使有很细小的灰尘、铁屑等异物嵌在角膜表面，也可以引起疼痛、流泪、眼睑痉挛等刺激症状，此为保护性反应，有时大量的泪液可以将异物冲洗掉。

(2) 前弹力层：上皮细胞的下面，为一层无组织结构的透明膜，它与角膜上皮相反，损伤后不能再生。

(3) 角膜基质层：此层最厚，占角膜整个厚度的9/10，是由100~150层胶原板片组成，板片象书页那样彼此平行地重叠，各层板片胶原纤维相互直角交叉，每一板片由大量纤维构成，纤维直径一致，纤维之间的细胞甚少，而且没有血管、神经没有髓鞘，以上几种组织学上的特点，是保证角膜透明的物质基础。

基质层受损害后是可以修复的，但修复的纤维组织排列不规则，故失去了原有的透明。因此，凡深达角膜基质层的炎症或外伤，会留下不同程度的白色混浊斑，从而妨碍光线的透入而影响视力。同时因屈折力的不同而引起散光，这种散光为不规则性，非普通镜片所能矫正。

由于角膜缺乏血管，其营养靠角膜周围血管网来供应，故其新陈代谢是非常缓慢的，以致局部抵抗力差而容易发生感染，尤其在角膜的中央部分，更是如此，所以临床治疗角膜病时常配养血活血药，对祛除病邪与病变的修复有一定帮助。

角膜基质层与巩膜同为中胚叶发生而来，因此巩膜有病可以波及角膜的基质层，故巩膜炎可引起硬化性角膜炎。

(4) 后弹力层：是一层外观似无组织结构的透明膜，富有弹性，抵抗力较强。角膜溃疡侵蚀了基质层后，后弹力层可以从溃疡处膨出，中医称为黑翳如珠，此时必须采取各种措施以防角膜穿孔。后弹力层受损伤后可以由内皮分泌。

(5) 内皮细胞层：由一层排列整齐的扁平细胞所构成，是角膜的最内层，色素膜发炎时，可使角膜内皮水肿粗糙，以致炎性细胞可沉着于内皮后面，称角膜后沉淀物。

人类内皮无再生能力，内皮缺损后由四周内皮细胞通过滑动和增大来予以弥补。内皮是保持角膜正常含水状态的主要因素，内皮的代谢性水泵作用，能将基质的水输送到前房，这种作用和基质层粘多糖的汲水倾向建立动态平衡，使角膜保持含水76~78%。内皮受损或缺如，角膜立即呈现水肿。

2. 巩膜：巩膜是由互相交叉的纤维构成的一层不透明的白色纤维膜，厚约0.5~1毫米，占眼球的5/6球面积，其前方与角膜紧紧衔接，其前表面被球筋膜及球结膜覆盖，透过这二层薄膜可看到巩膜的白色外观，及其表层的血管，中医称此部分为“白睛”。

成人巩膜质地坚韧，有维持眼球外形的作用，但在角巩膜缘及视神经穿过处的结构较为薄弱，故角巩膜缘处易因受暴力而致破裂，视神经穿孔处的菲薄筛板易因高眼压而后退。小儿巩膜较薄而富有弹性，故在婴幼儿时期发生高眼压可将眼球撑大，临床上称为“牛眼”。

巩膜浅层称上巩膜，为紧附于巩膜表面的菲薄而疏松的结缔组织所构成，富有血管，故此处发炎时充血非常显著。巩膜被许多血管与神经穿过，而巩膜本身血管却很少，代谢缓慢，故在巩膜炎时多加活血药可以促进渗出的吸收。

另外，在巩膜上赤道后方，有4~6条呈旋涡形状的静脉，称涡静脉，是色素膜与部分巩膜血液回流的静脉汇集而成。青光眼时眼压压迫涡静脉，它的回流受阻，血液改道从前方回流，故表现白睛上的静脉充盈。

3.角巩膜缘：指围绕在角膜周围，宽约1.5~2毫米的乳白色半透明带，是角膜与巩膜交叠衔接之处，其内即为前房角，有小梁与巩膜静脉窦，是房水回流的主要通道，也是组织学上较为薄弱的地方，受暴力时易破裂。角膜缘也是大多数眼内手术切开的位置。

(二) 中层：称色素膜，富于血管与色素，又名血管膜或葡萄膜，自前到后分虹膜、睫状体与脉络膜三个部分。

1.虹膜：中医称“黄仁”，是色素膜最前面部分，是一棕黑色圆盘形膜，似一横膈位于晶状体的前面，将眼球前面的空腔分为前房与后房，其中央有一圆孔称瞳孔，中医有“瞳子”、“瞳神”、“瞳仁”、“金井”等名称。

虹膜组织富于色素，故呈棕黑色，通过透明的角膜与前房水可以看到它。中医将此部位称为“黑睛”。白种人色素较少，故虹膜呈浅蓝色或淡灰色。

虹膜组织内富有色素，故能阻挡光线进入眼内，而仅在瞳孔部位能通过光线，瞳孔可以开大或缩小，以调节进入眼内的光量，保证视网膜结象的清晰度。瞳孔之所以能伸缩自如，是因为虹膜组织内有瞳孔开大肌与瞳孔括约肌，前者受交感神经支配，后者受副交感神经支配。

在生理情况下，婴儿及老人瞳孔较小，少年时瞳孔最大，近视眼瞳孔比远视眼大，惊恐或大怒时瞳孔往往散大。

虹膜的前表面有许多皱襞与隐窝，虹膜基质犹如海绵，因此外观上高低不平，此称虹膜纹理。虹膜萎缩时，可使纹

理结构呈丝瓜络状。虹膜的瞳孔缘依附于晶状体前面，由于晶状体的凸度，虹膜瞳孔缘处则稍向前隆起，一旦晶状体脱位或摘除后，虹膜变为扁平，且因失去晶状体的支持而出现抖动现象，称虹膜震颤。虹膜很薄，特别在根部，即虹膜与睫状体交界处更薄，故易因外伤而致虹膜脱离，呈“D”字形瞳孔及双瞳状态。

虹膜还分布有丰富的感觉神经，故感觉极为灵敏，一旦发炎，可有明显的疼痛。

2.睫状体：前方与虹膜根部连接，是中膜最肥厚的部分。前部隆起称睫状冠，紧贴巩膜，由70~80个子午方向走行的睫状突组成；向后延伸，逐渐平坦，直到锯齿缘，此曰睫状体环部或平坦部。

睫状突是产生房水的组织，它产生房水以营养眼球前部组织，并能调节眼内压；睫状体内有丰富的感觉神经分布，故发炎时常有剧烈的疼痛。如因炎症而使房水的成分发生改变，久之则可以引起晶状体代谢的改变而发生混浊，因炎症破坏了睫状突产生房水的功能，则眼内压下降，可致眼球萎缩。

睫状体内的睫状肌，是一群走行方向不同的平滑肌纤维，由动眼神经支配，环状肌纤维的收缩，可以引起附着在晶状体囊膜上悬韧带松弛，使有可塑性的晶状体增厚而增加屈光力，使眼睛能看清近距离的物体，此即调节作用。

虹膜与睫状体在解剖上互相连接，且受同一血管支配，故有病时极易互相影响。

3.脉络膜：是色素膜的后面部分，故又称后色素膜，其前方与睫状体连接处呈锯齿状，称为锯齿缘，位于巩膜内面，向后一直到视神经周围。脉络膜主要是由血管组成，自

外向内有**大血管层、中血管层、毛细血管层**，供给视网膜外层的营养，因**脉络膜血管**极为丰富，且有的膨大呈壶腹状，故血流缓慢，易致抗原抗体复合物或一些毒素沉着而发生疾病。脉络膜有病变，则视网膜外层亦可因营养障碍而发生病变。

脉络膜血管之间充满了大量色素，使眼内腔与巩膜之间无光线来往，保证瞳孔射入的光线能在视网膜上结象清晰。

脉络膜的最内层为一层玻璃样膜组织，称玻璃膜，位于脉络膜毛细血管层与视网膜色素上皮层之间，与后者有着密切的联系。

（三）内层：内层为视网膜，中医称“视衣”，是一种高度分化的神经组织，在胚胎学上，它是前脑的一个突出部分。视网膜厚约0.5毫米，其范围是从视神经孔头到锯齿缘，在组织学上可分为十层，从外而内有色素上皮层、视细胞层、外界膜、外颗粒层、外网状层、内颗粒层、内网状层、神经节细胞层、神经纤维层、内界膜。（图3）

从视细胞层到内界膜属神经感觉部视网膜，透明而薄。其外层为视网膜的感光细胞，即锥体与杆体所组成，其细胞核部分组成外颗粒层，其细胞突穿过外界膜组成视细胞层；其内层则由传导组织和支柱组织所组成。感光细胞接受光刺激后，通过光化学反应，产生神经冲动，由传导系统传到视中枢，从而产生视觉。

锥体是感受强光与颜色的，集中于眼的后极部，越到周边越少；杆体是感受弱光的，周边部最多。故在明亮处视物主要是锥体起作用，在黑暗处视物主要是杆体起作用，视网膜周边部损害就发生夜盲。

眼球近后极部，距视神经乳头颞侧约二个半视神经乳头

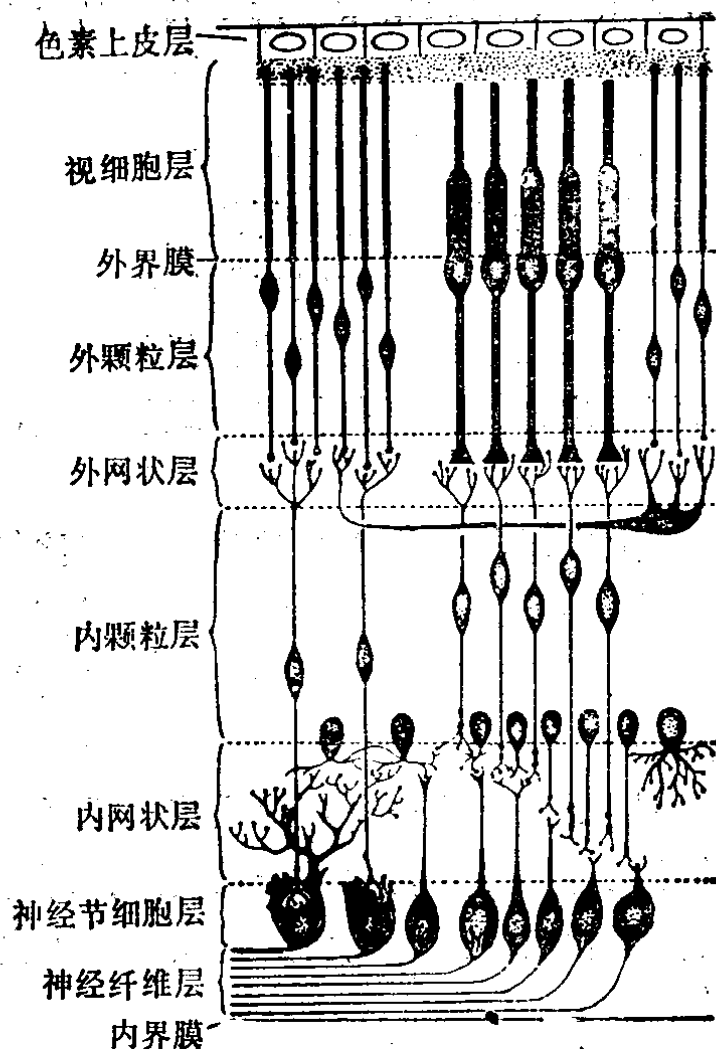


图 3 视网膜切面图

直径的稍偏下方，有一直径约 2 ~ 3 毫米的椭圆形小区域，称黄斑，是视网膜的机能中心，黄斑的中央只有视网膜外层，为锥体密集之处，是视网膜视觉机能最强的小区域。由此处视网膜的内层挤向四周，四周稍稍变厚，相对来说中央部稍为凹陷，此称中心凹，故临床上检查眼底时可以在黄斑中心看见一个反光点，称中心反射。

视网膜最后一个神经单元，为神经节细胞，它发出的神经纤维往黄斑鼻侧集中穿出巩膜，成为视神经。视神经的球

内段称视神经乳头，在眼底镜下呈圆盘状，故又称视盘。视神经将巩膜穿成许多小孔，形成筛状，称巩膜筛板。视盘直径约1.5毫米，中央稍为凹陷，是生理凹陷。视盘处没有感光细胞，只有司传导任务的视神经纤维，故没有感光作用。此处神经纤维较为拥挤，故易发生水肿与瘀血病变。视网膜出血时，浅层出血是在节细胞发出的神经纤维之间，故呈浅状、条状，而深层出血是在纵向行走的组织之间，故呈圆点状。

视网膜色素上皮层与脉络膜的玻璃膜附着比较紧密，故神经感觉部视网膜易与之分离，形成视网膜脱离，脱离后的视网膜外层因失去脉络膜的营养供给，则感光功能就会发生障碍，其后果是严重的。

视网膜的内层则依靠另一个血管系统即视网膜中央动脉来供养，此动脉又皆为终末动脉，一旦发生循环障碍，其所支配的视网膜内层相应的区域就会受到损害，失去传导神经冲动的功能。

二、眼球内容物

眼内容物有房水，晶状体和玻璃体，它们质地透明，与角膜一起构成眼的屈光系统，它们又统称为屈光间质，象一组光学透镜一样，外界的光线必须通过这一组屈光间质的屈折才能在视网膜上结象。

(一)房水：中医曰“神水”，是透明的液体，位于前房和后房内。虹膜将前后房隔开，角膜后面虹膜前面的空腔称前房，虹膜后面晶状体赤道部，玻璃体前面，睫状体内面的间隙称后房。

睫状突是产生房水的主要组织，产生的房水先汇聚在后房，产生一定的压力之后，房水通过瞳孔到达前房，再通过