

眼病的辨证论治

黄叔仁著



6.7

眼病的辨证论治

黄叔仁 著

安徽科学技术出版社

内 容 简 介

本书是根据作者二十多年来从事中西医结合治疗眼病临床经验写成的。第一章详细讨论了眼病的诊断、辨证和论治三者间的关系，并提出了作者自己的看法；第二至十一章以眼的解剖单位为序，分别讲解有关疾患的病因、机理、诊断和辨证论治，每一处方附有方解及药物的加减法。

本书可供中西医眼科临床及教学上的参考，亦可作为中医医学院校眼科学的课外参考读物。

眼病的辨证论治

黄叔仁 著

*

安徽科学技术出版社出版

安徽省新华书店发行

安徽新华印刷厂印刷

*

开本787×1092 1/32 印张4.75 字数98,000

1979年9月第1版 1979年9月第1次印刷

印数1—3,000

统一书号：14200·8 定价：0.41元

目 录

第一章 眼病诊治概说·····	1
第一节 眼病的辨证论治 ·····	1
一、证的涵义；诊断、辨证、论治三者的关系 ·····	1
二、眼病的局部辨证与全身辨证·····	4
三、眼病治疗中的标、本、缓、急； 舍症从脉、舍脉从症及“兼病” ·····	8
四、异病同治、同病异治与同证异治、异证同治 ·····	10
第二节 药物治疗 ·····	12
一、内治 ·····	12
二、外治 ·····	15
第三节 针灸治疗 ·····	17
一、针法 ·····	19
二、灸法 ·····	20
三、针灸取穴 ·····	20
第二章 眼睑病·····	32
第一节 睑缘炎·····	33
第二节 麦粒肿·····	36
第三节 霰粒肿·····	39
第四节 眼睑带状疱疹 ·····	40
第五节 上睑下垂 ·····	42
第六节 麻痹性眼睑闭合不全和麻痹性眼睑外翻·····	45

第三章	结膜病	47
第一节	流行性急性结膜炎	48
第二节	沙眼	50
第三节	泡性结膜炎和泡性结膜角膜炎	55
第四节	春季结膜炎	57
第五节	攀筋(翼状胬肉)	59
第四章	角膜病	62
第一节	卡他性角膜溃疡	63
第二节	边缘性角膜溃疡	64
第三节	急性匍行性角膜溃疡	66
第四节	树枝状、盘状角膜炎	71
第五节	浅层点状角膜炎	75
第六节	蚕蚀性角膜溃疡	77
第七节	角膜软化	79
第五章	巩膜病	82
第一节	浅层或深层前部巩膜炎	82
第二节	周期复发性浅层巩膜炎	84
第六章	葡萄膜病	86
第一节	虹膜睫状体炎	88
第二节	眼底周边葡萄膜炎	91
第三节	渗出性脉络膜炎	92
第四节	中心性脉络膜视网膜病变	95
第五节	葡萄膜大脑炎和交感性眼炎	98
第六节	口、眼、生殖器综合征	101
第七节	玻璃状疣及眼底血管样条纹	103

第七章	视网膜病	106
第一节	视网膜静脉周围炎	107
第二节	视网膜中央静脉阻塞	110
第三节	视网膜中央动脉阻塞	111
第四节	原发性视网膜脱离	113
第八章	视神经病	115
第一节	视神经炎	116
第二节	视神经萎缩	119
第九章	晶状体及玻璃状体病	123
第一节	白内障	124
第二节	玻璃状体混浊	127
第十章	原发性青光眼	130
第一节	急性和慢性郁血性青光眼	131
第二节	单纯性青光眼	136
第十一章	其他	139
第一节	末梢性神经麻痹性斜视	139
第二节	视疲劳症	141
第三节	闪辉暗点症	143

第一章 眼病诊治概说

第一节 眼病的辨证论治

一、证的涵义；诊断、辨证、论治三者的关系

来自体内外的一切致病因素(包括病因和诱因。病因中又包括始发病因、继发病因)称为邪气。与之相斗争的拮抗能力(泛指得之于遗传、先天、后天的各种抗病能力,包括防御、稳定、监视、代偿、修复等)称为正气。

广义地说,人的一生,从生命一开始的胚胎时期起,直到死亡为止,无时无刻不存在着正气同邪气的斗争。当正气有某种不足,给邪气以可乘之机;或邪气的力量过强,超越了正气的负荷能力,正气失去其主导地位时,才发生病理状态。所以,疾病是正气处于某种劣势下的邪正斗争。

邪正斗争是病的内在联系,是病的本质。症状和体征则是邪正斗争的外在表现,是病的现象。

通过望、问、闻、切,正确地掌握病人眼部和全身的症状和体征,用八纲、脏腑、经络、气血等理论加以归纳、推理。归纳和推理称为“辨”,通过辨而概括出来的具体病人在具体时间内全身的和眼部的邪正斗争形势,称为“证”。

证不等于病,辨证不等于诊断。

眼病的辨证以眼病的诊断为前提,辨证本身又是诊断的

补充。眼病的诊断和辨证都是眼病论治的依据，又都是为论治服务的。诊断侧重于解决论治的针对性，而辨证则侧重于解决论治的整体性、灵活性。

在眼病的检查中，充分应用现代自然科学成就，可以使每种眼病都有严格的诊断指标，对病因和病理机制也有比较清楚的了解，这是近代医学中对眼病诊断的长处。如果仅凭辨证是无法解决这些问题的。所以，在现有条件下，眼病的辨证是在有了某一眼病诊断之下的辨证。有了这一前提，论治才有其针对性。例如，感染性眼病的抗感染，青光眼的降低眼压，眼肿瘤的抗肿瘤等。但是，针对性仅侧重于解决眼病的致病因素，也就是邪正斗争中邪气的一方，不够全面。《内经》谓“正气内存，邪不可干”。正气的某种缺陷是疾病形成的内因，邪气则仅是疾病的外因。唯物辩证法认为内因是根据，外因是条件，外因通过内因而起作用。如果忽视在引起疾病和治疗疾病中正气的主导作用，显然是错误的。因此，诊断必须以辨证为补充，有了这一补充，眼病论治才有其整体性和灵活性。

“证”提示了患有某种眼病的具体病人在具体时间内邪正斗争的形势。根据辨证，论治就是考察斗争中的两个侧面，权衡扶正与去邪之间相辅相成关系，采取扶正或去邪措施。无论扶正或去邪，都是为了改变斗争中邪正力量对比，使之向有利于正气方面转化，使治疗措施达到“拨乱反正”的作用。这种对斗争中邪正双方的全面估量，是辨证增强了眼病论治的整体性之一。

眼病诊断的对象是某种具体的眼病。眼病辨证的对象则为患有某种具体眼病的具体病人。由于病人个体之间的差异

(例如年龄、性别、体质——脏腑阴阳气血的盛衰)，以及这一病人当时的精神状态、生活环境(社会环境和自然环境)的差异等，对同一致病因素(邪气)所引起的眼病，可以有不尽相同的表现。由此可见，眼病虽是局部的病，但与全身息息相关。无论眼病的全身辨证或局部辨证，均应着眼于全身。因而眼病的治疗也必须重视眼病与全身情况的关系，这是辨证增强了眼病论治的整体性之二。

有了上述两个整体性，就增加了眼病论治的灵活性。例如，整个病程是邪正斗争的过程，随着邪正力量的相互消长，“证”也就不断地变化着，治疗措施要紧跟着证的改变而改变，变就是灵活性。再如，论治之所以称“论”，说明治疗对诊断与辨证虽有很大依赖性，但尚有讨论之余地，这余地也就是灵活性。这里包括治疗上的标、本、缓、急；舍症从脉、舍脉从症；同病异治，异病同治；同证异治，异证同治，等等，当于下文分别叙述。

为了进一步说明眼病的诊断、辨证、论治三者之间的有机联系，现举一例以明之：

睑缘腺感染化脓细菌后，引起红、肿、痛、脓等局部急性化脓性炎症反应，是为外麦粒肿。有了外麦粒肿这一眼病的诊断，了解了外麦粒肿的发病原因(化脓细菌感染)和它的病理机制(急性化脓性炎症)，从而可采取抗感染治疗，使治疗措施有了针对性。但是，抗感染治疗并不能解决外麦粒肿的全部问题。例如有一些外麦粒肿病人除了局部红、肿、痛、脓之外，还有发热、头痛、脉浮数、苔白糙、口渴等表有风热证；有些病例还有大便秘结、苔黄糙、口渴、口中有秽气等里有燥热证；有些病例还有大便溏、小便深黄、苔黄腻、

口渴不欲饮、胸腹痞闷等里有湿热证等。在这些病例，除了抗感染(局部或局部与全身)治疗以外，由于不同个体对化脓细菌的反应有所不同，还必须结合全身与局部的辨证，给以不同处理，如表有风热证者宜解表清热；里有燥热证者宜泻下清热；里有湿热证者宜利湿清热等。

设甲、乙、丙三人的睑缘上，接触同样数量、同一种菌株、同样毒性的化脓细菌，其结果可能是：甲不发生麦粒肿，乙发生一次后不再发，丙则在一次感染后以后又顽固复发。三人所受的邪气相同而反应却不一，这就使我们不得不考虑细菌入侵后，邪正斗争的另一个方面，即正气方面。《内经》谓“邪之所凑，其气必虚”，气就是正气，这个“虚”字要作广义解释，指机体给予邪气入侵的一切可乘之机。因此，在麦粒肿治疗上，特别是顽固复发病例的治疗上，不能单纯考虑化脓细菌这一个方面；还应考虑到给邪气以入侵之机的另一方，即正气的一方，并采取相应措施。例如妇女月经期发病者要调经养血，肠胃功能不良者要调理脾胃，有屈光不正者要矫正屈光不正等等。

上例说明了眼病治疗上针对性、灵活性、整体性(局部和全身、正气和邪气)的关系。由此可见：在制订眼病治疗方案时，必须重视针对性、灵活性、整体性三者的密切结合，才能有一个正确的或比较正确的治疗方案。正确的治疗，来源于正确的诊断和辨证；反过来，治疗效果的优劣、预后估计的正确与否，又检验着诊断和辨证的是否正确。

二、眼病的局部辨证与全身辨证

中医把人体的生命活动，概括为五个既相互依存又相互

制约的功能单位，即心、肝、脾、肺、肾的五脏说。人体所有器官的一切生理和病理活动，完全从属于五脏，作为视器官的眼，也不能例外。“五脏”间的功能协调，是人体健康的必要条件，也是视器官健康的必要条件；反之，就成为一切疾病的根本，也是眼病的根本。因此，眼病的治疗必须着眼于“脏病”的治疗。眼病的局部辨证和全身辨证就是在这种理论指导下进行，并且为这一目标服务的。当然，无论全身或局部的辨证，都是在有了某种眼病诊断的前提下进行的。

在述及眼病局部辨证时，先谈一下“五轮说”。所谓“五轮”，仅仅是一种假设。即上、下眼睑(包括睑结膜)为肉轮，属脾；球结膜及其下面的巩膜为气轮，属肺；内、外眦(泪阜、半月状皱襞及内、外眦附近球结膜的血管)为血轮，属心；角膜、虹膜(包括睫状体)为风轮，属肝；瞳孔以后的晶状体、玻璃状体、脉络膜、视网膜、视神经及其以上的视路为水轮，属肾。五轮分属五脏，并不意味着简单的分割，通过脏与脏之间的生、克、制、化关系、脏与腑的表里关系、脏与经络气血相灌输的关系等，将眼与全身紧密地联系起来。所以五轮说是五脏说在眼科学上的具体化，是眼与全身息息相关的理论根据。这种假设的目的，是把眼病的根本落实在“脏病”上。当眼有病而全身无症状与体征，或虽有而甚轻微，以致无法作全身辨证时，从五轮辨证，就成了服药内治的一种依据。现以视力障碍这一眼病常见症状为例，进一步说明五轮说在眼病治疗上的意义：

风轮与水轮的病变，直接损害视力。由风轮病变引起的称为“外障”；由水轮病变引起的称为“内障”。如果依此推论，则外障当求之于肝病；内障当求之于肾病，然而事实上

并不能局限于肝、肾，这是因为：

第一，前面已经提到，由于脏腑、经络、气血之间有着错综复杂的联系，一个脏的失常往往可以连锁地引起其他脏的失常。例如心与肾有相交关系，肾阴不足，心火上炎，血热妄行，可导致眼底出血，治宜清心凉血；肾与肝有相生关系，肾阴不足，肝阳上亢，可导致眼压升高，治宜泻肝清火；肾阳与脾阳有相助关系，肾阳不足，使脾阳不振，浊阴上扰，湿阻经络，可导致视网膜水肿，治宜健脾利湿；如此等等。

第二，五轮纯粹是一种假设，其主体思想无非是说明眼病的整体性，以摆脱治疗上“头痛医头”、“脚痛医脚”的局部观点。如果因水轮属肾而一味治肾，风轮属肝而一味治肝，那就等于刻舟求剑，失去了五轮说的本来意义。

当然，假设毕竟是假设，五轮说既无解剖学、生理学、病理学上的任何根据，在指导临床用药方面，也存在着难以自圆其说的问题。例如“脾胃论”者李东垣，其治眼亦从脾胃立论，所制益气聪明汤对某些视神经萎缩有较好疗效，但这种疗效的获得，不能以五轮说来解释。由此可见，在从眼部症状与体征的辨证论治方面，不一定拘泥于五轮。再如五轮辨证把眼病的根本落实在“脏病”上，已如前述，却不能适用于所有眼病。例如因虹膜后粘连或愈着性角膜白斑所引起的继发性青光眼，按五轮辨证为肝经实热证，用龙胆草汤内服虽然可以使症状缓解于一时，但如果不施行手术解决其房水排出障碍这个基本问题，就不可能获得根治（尽管是病理的治愈）。类似的例子还不少。眼病的五轮辨证，虽然有上述严重缺陷，但在中医眼科学中，仍有重要研究价值，不可轻率地全盘否定。

眼病时眼部所出现的症状和体征，要按表、里、寒、热、虚、实、阴、阳八纲进行辨证，同时也涉及到风、寒、暑、湿、燥、火六淫的问题。六淫在某些场合是指自然界反常气候(温度、湿度、气压等)所形成的致病因素(邪气)；但在某些场合，却又成了证的名词。例如火是热的强化，可以归纳在八纲中热的一纲里。再如眼痒为风，但决不是眼因吹了风而发痒，所以风不是一种病因，而是一种证。六淫之外，还有“痰”和“瘀”的问题：在眼科领域里，“痰”不是指气管或支气管的分泌物，而是指湿阻经络，滞而成痰。这种“痰”不能用一般利湿药治疗而必须用南星、贝母、半夏等化痰药才能奏效。例如霰粒肿之用化坚二陈汤；某种类型的中心性脉络膜视网膜病变之用加减温胆汤等。因此，痰既不是始发病因，也不是始发病因消失后的继发病因(成为致病因素的病理产物)，实际上是一种特定的证，可视为强化了湿证。“瘀”比较容易理解，从狭义讲，血循环不畅或已失去生理功能的血液称为瘀。它是一种病理产物，又是致病因素(继发病因)。例如前房和玻璃状体积血；视网膜中央动、静脉的阻塞；各种原因的眼眶或眼睑出血引起的血肿等。但在中医学中，瘀的含义比较广泛。除上述之外，凡局部的青紫红肿、虬丝赤脉(例如睫状充血、巩膜炎症的结节状充血、角膜或其他组织的新生血管)、积聚包块(例如眶内肿瘤、非特异性炎性肉芽肿)均属于瘀。甚至疼痛也被认为是瘀的表现，所谓“痛者气血不通之意”，“通则不痛、不通则痛”。因此在眼病而有强烈疼痛的主诉时，可适当增用行气活血药物。这不仅能减轻疼痛，而且也有利于这一眼病的治疗。

综上所述，可见眼病时局部辨证的方法，原则上与全身

辨证相同，二者均以症状和体征为依据。局部辨证把发生于眼或其附属器某一部位的症状和体征通过五轮这一假设，与五脏结合起来，以论证这一眼病是某一脏腑、经络、气血的表里、寒热、虚实、阴阳，从而指导处方用药。例如眼睑为肉轮，属脾胃二经。眼睑红肿痛脓是热毒证，当用银翘解毒汤或普济消毒饮；眼睑浮肿不红是寒湿证，当用五苓散；眼睑午后下垂是气虚证，当用补中益气汤；如此等等，余可类推。

眼及其附属器疾患的常见症状与体征，从八纲(加上六淫)结合五轮辨证，将分述于下面有关章节内。眼病病人的全身辨证则与中医内科同。

眼病在局部症状以外，又有全身症状与体征可资辨证者，原则上以全身证为论治的主要依据而参考局部证。当全身无症状与体征，或虽有而不明显，不足为辨证的根据时，则以局部证为论治的主要依据，但仍须顾及全身一般情况(如体质、年龄以及妇女的经期、胎前、产后等)。

三、眼病治疗中的标、本、缓、急；

舍症从脉、舍脉从症及“兼病”

眼病辨证时，往往会遇到全身证和局部证不相一致，甚至完全相反。例如局部为热证而全身却是寒证，局部是实证而全身却是虚证等等。其治疗对策必须根据当时病人全身和局部的邪正斗争形势加以抉择。这里有标、本、缓、急问题，还有和标、本、缓、急不尽相同的舍症从脉或舍脉从症的问题(此处脉作全身证解，症作局部证解)。

在中医眼科里，标、本有双重涵义：从正气同邪气的关

系来说，正气是本，邪气是标；从眼病同脏病的关系来说，则脏病是本，眼病是标。由于眼病是由脏病引起的，而脏病又是由邪正斗争引起的，所以这两种标、本的涵义又是相互交错，紧密结合的。

病有标、本，治分缓、急。以邪正的标本关系而言：邪气盛而正气不足者，以去邪之治标为急，待邪气去除之后，再行扶正。如果正气过于虚弱，可在去邪剂中，稍加扶正药。倘邪气已衰，正气又虚，则又当以扶正之治本为主，稍佐去邪药，清除余邪。以眼病与“脏病”的标本关系而言：当首先考虑保护视功能。凡视功能受到或可能受到急剧损害时，以治眼病之标为急务；反之，视功能受害缓慢的眼病，就可根据具体情况酌情对待，或治其本，或标、本兼治。例如一个有全身肝肾阴虚证的原发性青光眼病人，当其急性发作时，眼球坚硬胀痛，头痛如劈，角膜雾状混浊，周围郁血，瞳孔散大。从眼部辨证属于肝经实热，尽管全身辨证为肝肾阴虚，但此时眼证急剧，急则治其标，宜用龙胆草汤以泻肝经实热。只有在眼证缓解之后，再行滋养肝肾，以治其本。又如麦粒肿顽固复发，当其复发时，眼睑局部红、肿、痛、脓，五轮辨证，属脾胃风热化毒证。如果全身有脉濡细、舌质肥胖而淡、苔白腻、腹痛泄泻、食欲不振等脾胃虚寒证时，本急于标应治其本，宜用香砂六味汤（旧名香砂六君子汤）加厚朴以养胃去寒。因为此种麦粒肿之所以顽固复发，可以理解为脾胃气虚，邪气易于侵犯。前方用药似乎与麦粒肿无关，但脾胃气虚既是麦粒肿易于复发的根本，则养胃去寒使脾胃正气充实，自是杜绝其复发的合理措施。当然，此时眼局部可用如意金黄膏或金霉素等抗菌素眼膏，以求标本兼治，

而重点则在治本。

以上所举二例，似乎也可以视为舍脉从症(前者)或舍症从脉(后者)。但是，舍脉从症、舍症从脉，与治标、治本的意义不完全一样。其主要区别，在于脉(全身证)、症(局部证)之间没有直接的轮、脏联系，也就是说不等于眼病与“脏病”之间的标、本关系。例如角膜浅层炎，依五轮辨证为胆经风热证，而全身却有凛寒发热无汗、鼻塞、头痛、流清涕、脉浮迟、苔白腻等表有风寒证。此时角膜炎症虽有导致视功能永久性损害的可能，但表有风寒证很快可以解决。因此可选用九味羌活汤加减，以辛温发表为主，舍症从脉，先扫清“外围之敌”；兼用黄芩清胆经之热，牵制“敌之主力”。待表有风寒证消失后，再集中力量解决胆经风热证。因为胆经风热证与表有风寒证之间，没有直接或间接的轮、脏联系，所以不能用标本、缓急来解释。

至于“兼病”，是指病人在患有某种眼病的同时，发生了和这种眼病无关的另一种病。例如老年性白内障，依五轮辨证为肝肾不足证，初期及膨胀期可以用滋补肝肾法争取停止或延缓其发展(当已发展至未成熟期及成熟期，就目前来说，药物治疗已无能为力)。在冗长的经过中，又发生上呼吸道感染、肠胃炎症、麦粒肿或急性结膜炎等其他疾病时，称为兼病，此则不再属于白内障病的辨证论治范畴了。如果在白内障治疗中遇有这类情况，可暂停白内障治疗，先治兼病，待某种兼病治愈或控制后，再继续原来治疗。

四、异病同治、同病异治与同证异治、异证同治

由于证不等于病，同一种病可以有不同的证；不同的病

可以有相同的证。既然证是治的根据之一，所以同病有异治，异病有同治。不过，同治和异治都是相对的，明确地说：异治是在某一病的前提下的异治；同治是在某些病的前提下的同治。同中有异，异中有同。例如原发性青光眼急性发作和急性虹膜睫状体炎，是两种不同的病，但按其证来说，都可以因其属于肝经实热证而给以龙胆草汤或酒调洗肝散，以泻肝清热；但局部用药则截然不同，一需缩瞳，一需扩瞳。这是异病同治、同中有异的例子。两个同样是原发性青光眼急性发作的病人，一人可因肝经实热证而用龙胆草汤，另一人可因肝经虚寒证而用吴茱萸汤，但都要用缩瞳剂点眼。这是同病异治、异中有同的例子。又如泡性结膜炎为肺经热证，却有虚实之分：虚热证用养阴清肺汤加减；实热证用桑白皮汤加减。同病而一补一泻，可谓异治；然其清肺热是一致的，此则异中有同。巩膜炎和泡性结膜炎是两种不同的病，由于同为肺经热证而异病同治。但巩膜炎结节状充血呈暗紫色，并有疼痛，在肺经热证的基础上还有气滞血瘀，所以在上列方剂中还应加用丹参、香附、延胡索以行气活血，此则同中有异。

古典文献中虽没有异证同治、同证异治的提法，但眼病的辨证论治既以眼病的诊断为前提，在临床实践中，就必然会出现同证必须异治、异证必须同治的问题。只有补充了同证异治和异证同治之后，才能发挥就病论治和辨证论治各自的长处和纠正其各自的不足，才能使病、证、治三者更好地结合起来。例如眶内恶性肿瘤与假性肿瘤（非特异性炎性肉芽肿）是不同的病，预后优劣截然不同；如果从局部辨证来说，都属于气滞血瘀的实证。用行气活血、软坚散结的治法，对后者常有一定疗效；对前者则毫无效果（至少目前尚未见到