

眼底出血的辨证论治

——50例报告

内蒙古医学院 卢启铭 沈德惠*

眼底出血是眼科临床的常见病症，可由不少全身性疾病或局部眼病所引起。一般为骤然发病，视力突然减退，对患者视力危害甚大。近年来我们对50例(60只眼)采用中医辨证论治，收到了一定疗效，现简要介绍如下：

一般资料

本组无选择的治眼底出血50例(60只眼)，均为门诊观察病例。其中视网膜静脉周围炎25例；高血压视网膜动脉硬化8例；视网膜中央静脉阻塞6例；外伤性玻璃体视网膜出血5例；视盘脉管炎3例；视网膜血管炎2例；高山性视网膜出血1例。因观察病种不一，故眼底出血分别发生在不同年龄组。观察时间短者1年，长者7年。本组13例(15只眼)不同程度配用过西药或理疗(三七、碘离子透入)。

辨证论治

一、肝旺型：视力下降明显，视网膜出血量较多，可伴有头痛、眩晕、耳鸣耳聋、口苦胁痛、急躁易怒、尿赤便秘、舌质红苔黄、脉弦数。

治则：平肝泻火 凉血止血

方药：龙胆泻肝汤加减：龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、当归、生石决、丹皮、白蒺藜、生蒲黄、三七。

二、阴虚内热型：视力轻度下降，视网膜出血量较少，色鲜红，可伴有心烦、低热、口干咽燥，舌红苔少，脉细数。

治则：滋阴降火

方药：知柏地黄丸加减：知母、黄柏、生地、丹皮、石斛、天花粉、牛膝、赤芍、白芍。

三、脾气虚弱型：视力下降、迁延日久，网膜出血量较多，伴有乏力纳少，腹胀便溏，舌体胖嫩边有齿痕、苔白、脉细弱。

治则：补气摄血佐以化瘀

方药：归脾汤加减：党参、生黄芪、苍朮、白

术、陈皮、三七、葛根、当归、赤芍、白芍。

四、瘀血阻滞型：视力突降，乃因外伤及病邪所阻，视网膜出血量多而颜色紫红，或视网膜静脉迂曲，舌质紫暗或有瘀斑，脉细涩。

治则：活血祛瘀

方药：血府逐瘀汤加减：当归、生地、桃仁、红花、川芎、丹皮、枳壳、柴胡、天花粉、三七、细辛、威灵仙、鸡血藤。

本组50例分属于以上各种类型。视网膜静脉周围炎：阴虚内热型11例，肝旺型4例，瘀血阻滞型8例，脾气虚弱型2例；高血压视网膜动脉硬化：肝旺型6例，瘀血阻滞型2例；外伤性玻璃体视网膜出血：瘀血阻滞型5例；视网膜中央静脉阻塞：阴虚内热型2例，肝旺型1例，瘀血阻滞型3例；视网膜管炎：瘀血型2例；视盘脉管炎：瘀血阻滞型3例；高山性视网膜出血：阴虚内热型1例。

治疗结果

一、疗效标准：1.基本治愈：眼底出血全部吸收，视力增加并保持在视力表5行以上，恢复工作或学习后无复发。2.显效：眼底出血基本吸收，视力增加3~4行。能坚持半日工作或学习。3.有效：眼底出血见吸收，视力增加2行以上或更高，而又复发者。4.无效：眼底出血无吸收或恶化，产生其他并发症，视力无增进者(其中包括不能坚持治疗者)。

二、结果：根据上述标准，本组病例基本治愈28只眼，显效6只眼，有效17只眼，有效率达85%。无效9只眼，乃因并发青光眼、白内障、视网膜剥离之故。视力情况(见附表)：

附表 视力情况(以眼计)

治 疗 前 后	视 力	光 感	手 动	数指/ 1米内	0.03 ~ 0.09	0.1 ~ 0.3	0.4 ~ 0.6	0.7 ~ 0.9	1.0 ~ 1.5
治 疗 前	3	9	12	2	20	7			7
治 疗 后	2	2	5	2	13	5	9		22

由附表看出，本组大部分病人经治疗，可以恢复有用视力，维持其独立生活和工作能力。但尚有9只

* 现在北京中医研究院广安门医院眼科

眼进入国际盲目标标准范围（视力在0.02以下），占15%，对这部分病人除病员要早期积极治疗外（如视网膜中央静脉阻塞、视网膜静脉周围炎），尚需进一步探索有效的治疗措施。

三、复发情况：本文对视网膜静脉周围炎33只眼，作了治疗前后疗效观察。治疗前有复发的18只眼，治疗后有复发的9只眼，复发率有所下降。但因观察病例少、时间短，中药治疗是否确有使本病不复发的疗效，尚需进一步观察。

结 语

本文对50例（60只眼）眼底出血进行了全身及局部病变的分型治疗，对视力的提高有一定疗效，但有少数患者，尤其视网膜静脉周围炎患者易于复发，有待今后进一步探讨。

从临床观察，眼底出血属于“虚证”的有“阴虚”、“气虚”两类；属于“实证”的有“肝旺”、“瘀血”两类。前者多见于慢性和易发的病变，后者多见于急性和外伤性病变。

在临床工作中，我们体会到，辨证论治也有一定局限性，如病之早期，症状未显或经治疗全身症状消失，这个“证”就比较难“辨”，治疗就更无所适从。因

此一定要结合西医的检查方法，明确诊断是很重要的，把“辨证”和“辨病”结合起来，例如将西医检查中所观察到的眼底情况：出血的多少、颜色、形态等，用中医“辨证”的方法加以归纳、分析（这可看做是发展或扩大了中医望诊的内容和范围）。这样既加强了对疾病的认识，又丰富了“辨证”的内容，使“论治”更有针对性。

参 考 文 献

1. 刘河间：《刘河间伤寒六书·素问玄机原病式》卷二，13～14页，清刻本
2. 张隐庵：《黄帝内经灵枢集注》186页，上海科学技术出版社，1958
3. 同2.225页
4. 滑寿：《难经本义》，26页，商务印书馆出版，1956
5. 巢元方等：《诸病源候论》148页，人民卫生出版社影印，1955
6. 楼英：《医学纲目》卷十三，47～49页，世界书局，民国二十六年
7. 王肯堂：《证治准绳》（一）杂病，487页，上海科学技术出版社影印，1959
8. 黄庭镜：《目经大成》卷二，33页，广东中医学院五官科教研组翻印，1976
9. 高学山：《高注金匱要略》，85页，上海卫生出版社，1956
10. 同7.488页

中 医 治 疗 慢 性 肝 炎 的 点 滴 体 会

中医研究院西苑医院 步玉如

中医治疗慢性肝炎，方法颇多。目前，较为常用而突出者：一曰，苦寒清湿热；二曰，五味子降酶。余亦曾沿用之，但效果殊欠满意。

查肝炎初起，急性阶段，或黄或不黄，大抵湿热之象，均极突出。此时，以茵陈、山栀、胆草、条芩……等味，苦寒清化，确属对症。但慢性肝炎，湿热多不明显，恣用苦寒，反伤脾胃。五味子降转氨酶，确有一定的效果，但停则多复，或更增高，所谓反跳是也。

中药治病，必以中医理论为指导，方可获效。否则，纵有效亦平平。因此，必于辨证施治，理法方药，多所寻求。

窃思慢性肝炎，以胁痛、腹胀，为主症。两胁部位，乃肝胆经脉所络所循，腹胀是足太阴脾病。《金

匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》云：“见肝之病，知肝传脾”正谓此也。本病及土，乃肝脾不和，自应以和肝理脾立法，方属正治。

多年来，几经思考研治，自订一方，名曰“十二味和肝汤”，药有柴胡、黄芩、白芍、太子参、陈皮、法夏、炙草、生别甲、三棱、佛手、丹参、郁金。一般药味，均用10g，丹参可重用，18～30g。生别甲亦较重，如肝脾大者，可多至30g。三棱不宜多，便溏者，8g是矣。

此方可连续服用，多有良效。不但可减轻症状，肝脾大者，如病程较短，亦可回缩。肝功能，大多改善。曾有转氨酶增高，长期不降者，服此汤恢复正常。慢性肝炎，病情复杂，临证须细辨，不可执一。非“十二味和肝汤”通治慢性肝炎也。