

健脾活血法治疗 复发性中心性浆液性 脉络膜视网膜病变验案1则

李明泽, 李 晴, 童 毅

(天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300193)

[关键词] 复发性中心性浆液性视网膜脉络膜病变; 健脾活血法; 验案

[中图分类号] R276.741 **[文献标识码]** B

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.01.034

中心性浆液性脉络膜视网膜病变(central serous chorioretinopathy, CSC)是一种病因和发病机制尚未完全清楚的眼底病变,好发于20~45岁的中青年男性。该病虽有一定的自限性,但因病程较长,且部分患者反复发作或迁延不愈,给患者的视功能造成了严重的损害^[1]。据报道,约有50%的患者具有复发倾向^[2],而30%~50%的患者在首次发病后出现过2次复发,10%的患者则复发3次以上,频繁复发后,患者的视功能出现严重减退,病变越接近黄斑中心凹则视力越差^[3]。中医药在促进渗漏吸收、缩短病程、恢复视力、减少复发方面有着较好的效果^[4]。童毅副主任医师从事中医眼科事业17年,尤其在针刺、中药治疗麻痹性斜视、视神经萎缩、青光眼、干眼症、青少年近视等方面具有独到的临床经验。其采用健脾活血法治疗复发性CSC有较好的疗效。笔者有幸跟师学习,受益匪浅,现将1例典型病例介绍如下。

李某,男,45岁,主因“右眼视物遮挡,视物变形2周余”于2003年12月就诊于当地医院眼科,经查视力:OD 0.3, OS 1.0,光学相干断层扫描(OCT)示:右眼神经上皮层浅脱离,左眼未见异常。眼底荧光血管造影(FFA)示:右眼视网膜充盈时间正常,早期黄斑区下方可见点状高荧光,晚期轻度渗漏;左眼未见异常。诊断为右眼CSC,予甲钴胺、维生素C及激光联合治疗后效果不佳。为求中医治疗,患者于2004年6月就诊于我院眼科门诊,经查视力:OD 0.3, OS 1.0。眼前节检查:双眼角膜透明,前房正常,瞳孔约3mm,对光反应存在。眼底检查:右眼黄斑区圆形局限性视网膜浅脱离,左眼未见异常。OCT示:右眼黄斑中心凹曲线不明显,神经上皮层反光欠均匀,RPE层反光连续,层间反光增厚,左眼未见异常。否认高血压病、糖尿病等病史。诊断为右眼CSC。患者舌淡红,边有齿痕,苔薄白,脉弦,证属肝郁脾虚,治以疏肝解郁、健脾利水为法。予以逍遥散合五苓散加减治疗。处方:牡丹皮10g,栀子10g,柴胡10g,白芍10g,

当归10g,茯苓10g,甘草6g,白术10g,薄荷6g,猪苓10g,泽泻10g,桂枝10g。水煎,每天1剂,分早晚2次服用。方中逍遥散疏肝解郁,五苓散健脾利水。连续服用3个月后复查视力:OD 0.8, OS 1.0。查OCT示:右眼神经上皮脱离情况较前减轻。患者病情时有反复,进展为双眼发病,右眼视力于0.3~0.5波动,左眼视力于0.5~0.7波动,未予以进一步诊治。2017年6月,患者再次出现双眼视力下降,遂再次就诊于我院眼科门诊。经查视力:OD 0.3, OS 0.5。眼底检查:双眼黄斑区色素紊乱、水肿,可见明显环形反光环,中心凹光反射消失。OCT示:双眼黄斑区神经上皮层脱离,椭圆体带部分缺失。患者舌暗淡,边有瘀斑,苔白,脉弦涩,证属肝郁血瘀,治以疏肝利水、活血化瘀为法,予以逍遥散加减治疗。处方:柴胡10g,白芍10g,川芎10g,当归10g,菊花10g,丹参10g,鸡血藤10g,红花10g,太子参10g,黄芪10g,麦冬10g,防风10g,枸杞子10g,茯苓10g,泽泻10g,甘草6g。水煎,每天1剂,分2次温服。连续治疗3个月后复查OCT示:双眼神经上皮脱离情况较前明显改善。双眼视力恢复到1.0。

按语:现代医学认为,CSC的发病机制尚不十分清楚,吲哚青绿荧光血管造影(ICGA)为进一步阐明CSC的发病机制提供了依据。ICGA发现CSC患者脉络膜充盈延迟,脉络膜毛细血管和静脉扩张、脉络膜血管通透性增高,色素上皮脱离和隐形色素上皮脱离在早期也会出现^[5]。

本病属中医眼科学“视瞻有色”“视瞻昏渺”的范畴,为内障眼病。其发病机制与人体脏腑功能失调有着密切的关系。《证治准绳·杂病·七窍门》中对其病因病机记载较详细,认为:“当因其色而别其证以治之。若见青、绿、蓝、碧之色,乃肝肾不足之病,由阴虚血少,精液衰耗,胆汁不足,气弱而散……若见黄赤者,乃火土络有伤也。”童师结合临床归纳中医病机如下:饮食不节,或思虑过甚,内伤于脾,脾不健运,水湿上泛;或聚湿为痰,郁遏化热,上扰清窍;或肝肾两亏,精血不足,目失所养。过度疲劳和精神紧张是本病的诱发因素。

本病多与肝、脾、肾三脏功能失调和瘀血阻络有关。本病复发的早期主要是脾虚所致。早期脾失健运,津液运化失常,精微不化,不能运精于目,水湿内停,积于视衣,而发为本病。中期脾胃虚弱,聚湿生痰,痰湿内阻,湿浊内蕴,蒙蔽清窍,属虚中夹实,以实为主。后期脾气久虚,生化无源,肝肾不足,虚实夹杂,终至阴精亏损,精血不足,目失涵养,此期以虚为主。复发性CSC根本病机在“虚”,主要因脾肾亏虚而致本病久延不愈,反复发作。后期常瘀血与水湿互结。如《金匱要略》言:“经为血,血不利则为水”,指出了血与水的病理关

系。唐容川《血证论》则强调了“血病而不离乎水”“水病而不离乎血”的病理关系,明确指出:“病血者,未尝不病水;病水者,亦未尝不病血者也……失血家往往水肿,瘀血化水,亦发生水肿,是血病而兼水也。”可见在病理上水病与血病相互影响,从而为水血同治提供了病理依据。肝喜条达,主疏泄而恶抑郁,肝郁则易于化火生热,而肝木之病易犯脾土,脾主运化,性喜燥而恶湿,今肝郁犯脾,脾之运化失职,势必造成湿邪阻络。所以 CSC 的治疗应以疏肝解郁、健脾渗湿、活血化瘀为主。故临床采用逍遥散合五苓散加减治疗。逍遥散疏肝解郁、养血健脾、调和肝脾;五苓散健脾利水渗湿。本病在多次反复发作后,瘀血与水湿互结,故健脾利水、活血化瘀之法对复发性 CSC 的后期治疗有较好的疗效。

参考文献

[1] 张承芬,董方田,陈有信. 眼底病学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2010:420.
 [2] MARIA W,INGER CM,PASCAL WH,et al. Central serous chorioretinopathy[J]. Acta Ophthalmol,2008,86(2):126-145.
 [3] 张季瑾,王艳梅,徐凤,等. 中心性浆液性脉络膜视网膜病变眼底影像检查特征对比观察[J]. 国际眼科杂志,2014,14(10):1887-1889.
 [4] 刘建勇. 中心性浆液性脉络膜视网膜病变的中医治疗近况[J]. 浙江中医杂志,2002,14(10):451-453.
 [5] 刘雪霞,师燕芸,李果,等. 中心性浆液性脉络膜视网膜病变发病机制与治疗方法的研究进展[J]. 中华眼科医学杂志,2015,5(6):323-327.

第一作者:李明泽,女,2016 级硕士研究生,研究方向:针刺治疗眼底病

通讯作者:董毅,男,副主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医眼病的临床研究,E-mail:lyty215@126.com

(收稿日期:2018-11-08)

温馨提示

为了严肃学风,尽力杜绝学术界剽窃、伪造、篡改及一稿多投、一个学术成果多篇发表等学术不端现象,以期进一步提高本刊学术水平,营造良好学术氛围,本刊已采用 CNKI 科研诚信管理研究中心提供的“科技期刊学术不端文献检测系统(AMLC)”对每一篇来稿进行检测,对抄袭率超过 30% 或“治疗方法”与已发表的相关文献基本相同的论文一律不进入初审流程。请各位作者投稿前自行把好准入第一关,避免一切学术不端行为。

强宝全治疗老年性复视验案 1 则

张思捷¹,强宝全²

(1. 天津中医药大学,天津,300193;

2. 天津市中医药研究院附属医院,天津,300120)

[关键词] 老年性复视;针灸疗法;验案;强宝全

[中图分类号] R276.774+.2 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.01.035

强宝全教授为天津市中医药研究院附属医院针灸科主任医师,硕士研究生导师。强教授守道敬业,医技精湛,对中西医结合的临床诊治有着独到的见解,临床疗效显著。笔者有幸跟师学习,聆听教诲,受益良多,现将强教授治疗老年性复视验案 1 则介绍如下,以飨同道。

代某,男,61 岁,2018 年 7 月 10 日初诊。主诉:复视 16d。患者 2018 年 6 月 28 日因“复视 4d”于他院就诊,头颅 CT 平扫未见异常。OGTT 2h 血糖:11.60mmol/L。头部 MRA:双侧椎动脉颅内段,基底动脉走行迂曲。诊断:1)后循环缺血;2)2 型糖尿病;3)颈动脉硬化。住院期间行改善脑代谢、降糖等对症支持治疗。出院后,患者复视依旧,严重影响生活,遂至天津市中医药研究院附属医院针灸科门诊强宝全主任处就诊。患者神清,精神可,双眼视物成双,纳可,夜寐差,二便调,舌红,苔白略腻,脉沉弦细。查体:双眼视力、视野粗测正常,双瞳 3:3mm,对光反射(+)。双眼:眼位居中,眼球运动尚可,右视水平细小眼震,余查体无异常。中医诊断:视歧,元气衰惫、目窍失养证。针灸治疗以固本调神、通经养窍为法。取穴:主穴取关元、百会、四神聪;配穴取足三里、三阴交、风池、太冲、光明、睛明或球后。操作方法:患者取仰卧位,针选长度 40~50mm、直径 0.25mm 的华佗牌一次性针灸针,所选穴位采用常规消毒,针刺深度以得气为度。刺风池时,向对侧内眼角方向进针,针刺深度为 2.0~2.5cm,以有向同侧头角放射的麻胀感为度。球后、睛明采取闭眼取穴。刺球后时,将眼球推向上方,沿眶下缘由外下向内上方刺向视神经孔,进针 2.5cm。刺睛明时,将眼球推向外侧固定,沿眶缘和眼球之间进针 2.5cm。睛明、球后隔日交替选用。关元、光明、足三里采用提插捻转之补法;三阴交、太冲采用平补平泻法;余穴采用常规刺法。均留针 30min,1 次/d,以 7d 为 1 个疗程。嘱患者改善生活方式,多运动,调控血糖。3d 后,患者复视好转,20cm 距离内视歧已消失。1 个疗程后,患者复视症状消失,视物清晰,夜寐佳。继续巩固治疗 1 周后,随访 5 个月未复发。

按语:复视是两眼将外界同一物体视为 2 个物