

综 述

中医治疗视神经萎缩的概况

北京燕山石油化工公司职工医院眼科 韦企平

视神经萎缩是较常见的慢性眼底病。现代医学认为各种原因致使视神经发生退行性病理改变后均可造成视神经萎缩。本病的临床特点：一是进行性视力下降，严重者可失明；二是视野和色觉异常；三是视乳头颜色变浅。本病分类方法并不统一，国内曾有人⁽¹⁾尝试新分类法。但目前多习惯按眼底表现分单纯性和继发性两大类。对该病的治疗方法颇多，如组织疗法、封闭疗法、输血和氧气疗法、发热疗法、高压氧舱疗法等；多种维生素、神经营养剂、血管扩张剂、碘制剂、士的宁、脱氧核苷酸钠类药物应用以及视神经按摩、球后埋线术和各种新医疗法等，据报道均有一定疗效。本文仅就近三十年中医为主治疗本病的文献做一简要综述。

一、中医对本病的认识

由于历史条件所限，古代医家不能直接观察眼内病变，但对本病不同阶段症状却早有详细、生动的描述。早在隋代巢元方所著《诸病源候论》中已有青盲的论述。书中曰：“青盲者，谓眼本无异，瞳子黑白分明，直不见物耳。”随着医学的发展，历代医家对本病认识逐渐深刻。明代王肯堂《证治准绳·视瞻昏渺症》一书中有：“目内外别无症候，但自视昏渺，蒙昧不清也……月复月、年复年，非青盲则内障来矣。”同书还提及可见青绿兰碧的视瞻有色症。这些文献记载结合中医眼科特有的望诊和问诊，可以推知视神经萎缩为内障眼病。早期视力减退及视野改变可包括在视瞻昏渺、视瞻有色症中；青盲症则已属病情严重，视力近失明或已失明。对病因病机，中医认为外感六淫、七情郁结、饮食劳倦、热病久病、头目外伤及先天禀赋不足等均可导致本病。如《证治准绳》谓：“有神劳，有血少，有元气弱，有元精亏而昏渺者，致害不一。”《串视瑶函》认为青盲病因有二：“一曰神失，二曰胆涩。若伤于七情，则伤于神，若伤于精血，则损于胆。”《目经大成·青盲篇》则云：“肝伤则血不和，目不能辨五色；胃伤则五脏失资，不能运精归明于目。”而《眼科金镜》认为青盲乃“玄府幽隐之源郁遏，脏腑精华不

能上升归明于目”所致，尤以小儿青盲“盖因病后、热留经络，玄府壅闭，精华不能上升荣养之故。”现代中医眼科结合辨病、辨证对本病认识更为全面和深刻^(2~3)。总之，本病发生主要与肝肾、气血关系密切，但可涉及脾胃、心、胆等脏腑。究其病机，虚证多属肝肾亏损或脾胃虚弱，精血不足不能上荣于目，或气血不足使目失濡养；实证则为情志郁结或余热留络，肝失疏泄，玄府郁闭，精血不能上运于目。

二、辨证分型和治疗

历来中医有各家学说之分，加之患者病情病因各异，本病在辨证分型上各有所论是很自然的。但各家在具体审因施治中都从不同角度突出了中医治病的具体特点。现参考数家文献^(2~8)把本病主要分型、组方归纳如下：

(一) 虚证类：

1. 肝肾阴虚型：主证为双眼干涩，头目眩晕，耳鸣腰痠，神烦多梦，颧红盗汗，舌红少苔，脉细数。治宜滋补肝肾为主，以六味地黄汤为基础随证加减，或选明目地黄汤、驻景丸加减方、大补元煎、左归丸等。

2. 营血不足型：证见头昏眼花，视物疲劳，睛珠隐痛，面色苍白，健忘少寐，心悸虚烦，唇舌色淡，脉沉细。治宜养血明目为主，用四物汤或当归养荣汤加减。若兼见气短懒言，乏力自汗等属气血两亏之证，应气血双补，选八珍汤或人参养荣汤、归脾汤等。

3. 脾虚气弱型：证见眼睑无力，头昏眼花，面色萎黄，气短懒言易倦怠，食少便溏，脉细，舌淡胖有齿痕。治当健脾调胃、益气升阳，选用补中益气汤、益气聪明汤或香砂六君子汤、参苓白术散等。

4. 脾肾阳虚型：主证为脾气虚症状加畏寒肢冷，便溏或有五更泄，脉沉细弱无力。应以温肾健脾治其本，选附桂八味丸或右归丸加减。

(二) 实证类：

1. 肝经风热型：多见于小儿。临床以双眼瞻视昏渺或青盲、目紧上视、口眼歪斜、瞳神散大、烦躁不

安为主,可兼见项强口噤,肢体屈伸不利或手足震颤,脉弦数有力,舌质色红或绛少苔,小儿指纹青紫,透见风关或气关。治宜平肝熄风、清热解毒、芳香开窍,方用钩藤熄风饮化裁,必要时可配服安宫牛黄丸或紫金锭。当后期病情转化为邪热郁闭玄府之血虚肝郁型时,应投以疏肝清热、通利玄府的明目逍遥汤。

2. 肝气郁结型:主证为头眩目胀,烦躁忧郁,纳差胁胀,妇女月经不调或经前乳房作胀,脉弦,舌红苔微黄。治宜舒肝解郁为主,可用丹栀逍遥散或柴胡参术汤加減。

3. 气血瘀滞型:证见视物昏暗,头目刺痛不移,胸痞闷,舌紫暗或有瘀斑,脉细涩。治应行气活血、化瘀通络,用血府逐瘀汤加減。

除以上各型外,亦有报道心肺气虚或肺肾两虚等证型的,但临床较为少见。从文献统计本病虚证多见。有人报道⁽⁹⁾156眼5个证型,有4个证型皆与肝肾有关。本病病程长,眼底又可见视乳头色泽淡或苍白、视网膜血管普遍变细等退行性变化。精气夺则虚,久病多虚,内障多虚,虚则补之,故对本病采用以滋补肝肾、益气养血为主立法是不可忽视的重要治疗原则。但在临床用药中应注意几点:(1)分型是便于治疗和总结,某一方药多是针对病情发展的某一阶段或该阶段之主证,临证不可按图索骥,拘泥一方一证,应灵活变通,化裁用药。(2)本病以补虚为主。前人经验⁽¹⁰⁾,内障眼病用补法应在照顾脾胃勿使滋腻前提下,滋阴养血、益精明目药可重用,补阳药当慎用、轻用。同时,据据气血互生、气为血帅、血为气母等中医理论,应注意益气养血、理气活血药的适当配伍。(3)自五轮八廓学说至今,中医眼科历来重视眼的局部辨证。《审视瑶函》有“目病不专重诊脉”之言。当本病确无全身证候可辨时,瞳神属肾,按照肝肾同源的理论,结合眼底辨证,可在补益肝肾基础上适当佐以调胃健脾、活血理气、开窍清肝明目药。前人⁽¹¹⁾有以六经辨证为纲,结合五轮八廓治疗本病也取得疗效。(4)小儿多为纯阳之体,脏腑娇嫩,形气未充,肝常有余,脾常不足,胃气易伤,故用药稍谬,变化俄顷。临床一定要抓住患儿这些生理、病理特点进行调治。

三、疗效和机理探讨

自1957年国内报道⁽¹²⁾中医治疗视神经萎缩证后,三十年来有关本病文献资料较少。根据部分文献^(7-9,13,14)统计,中药治疗本病共计656只眼,经治疗治愈249只眼(38%),显效101只眼(15.4%),有效177只眼(27%),无效129只眼(19.6%),总有效率80.4%。其中有效率最高达98.08%⁽¹⁴⁾,最低为

65.53%⁽¹³⁾。现代医学经多年实验研究,仍无使人信服的证据表明大的神经通路在损伤后能够恢复功能⁽¹⁵⁾。统计结果表明,中药确实可使部分视神经萎缩患者视力提高、视野扩大。从已开展的大量中草药药理生化研究正在逐步揭示中药对视神经病变治疗有效的可能机理。已知视神经纤维间有丰富的微循环网相互吻合。当原有损害未使视神经纤维全部坏死或只是部分视神经纤维受到不同程度抑制而不能发挥正常作用时,通过补肝肾、益气血和活血化瘀药的及时合理应用,会有助于改善病变区微循环障碍,增强局部组织代谢能力和组织营养,有利于受害视细胞和视神经纤维的功能恢复。这和中医肝开窍于目,目得血而能视;营卫实则能视,营卫虚则昏暗;肝肾之气充则睛采光明等理论是相符的。文献报道⁽¹⁶⁾这类中药可改善机体代谢失调,并对植物神经、内分泌和血液系统有协调作用,有的对核酸及环核苷酸代谢具有调节作用,这无疑对神经组织的修复也会有利的。还有研究证实⁽¹⁷⁾,逍遥散有改善血液循环、抗菌、增强机体免疫力、调节代谢和促使增生病灶转化吸收的综合作用,这也为临床上以逍遥散为主组方治疗脑炎、高烧后儿童视神经萎缩疗效较高提供了一定药理学依据⁽⁸⁾。此外,根据中医目系内通于脑,肾藏精、生髓,脑为髓海,肾与脑相通等学说,补肾益精则可荣脑明目,这将有助于增强中枢神经系统的反射活动和传导功能,为受抑制的视神经纤维创造了有利于康复的内环境。当然,神经眼科领域内有许多未被认识的复杂问题,结合中医理论辨证用药的药理实验又缺乏合适的病理模型,故中药治疗本病的确切作用机理有待深入探索研究。

文献中^(18,19)有部分针灸治疗本病的报道,他们以中医理论为指导,按针灸取穴原则在眼局部或与眼直接、间接相通的经络上取穴针刺治疗,有效率自62.5%至87.33%不等。临床所取穴位多为睛明、球后、风池、大椎、肝俞、肾俞等^(20~22)。近年有人报道⁽²³⁾用新明穴治疗本病有效。值得注意的是在眼球周围针刺要熟悉局部解剖关系,对针刺方向、深浅、手法均应谨慎掌握。早在六十年代已有人⁽²⁴⁾探讨针刺对皮层视分析器机能的影响。近年文献报道⁽²⁵⁾针刺提高本病视力可能是生物电或某种本态未明的增视物质在起的作用。日本有人⁽²⁶⁾以视觉诱发电位为指标探讨额部和枕部经穴与眼部疾病的关系。期待今后有更多学者在这一领域内开拓新的研究途径。

四、其他问题

(一) 诊断:临床单靠眼底望诊确认本病应慎重,因视神经乳头颜色变浅并非肯定为病态。据统计⁽²⁷⁾部

分或全部视乳头苍白在正常眼可占 16%，因颅内疾患所致的视神经萎缩占 28.7%⁽¹⁾；而鞍区肿瘤发生视神经萎缩的可高达 86~97%⁽²⁸⁾。此外，视乳头形态、色泽等也可因各种生理性变异、屈光异常而不同。因此，对视神经萎缩的辨病除详细询问病史、家族史，做屈光、视野检查外，应做必要的全身体检。可以说，避免误诊是确保中医疗效的首要前提。

(二) 坚持治疗：本病预后与病因、年龄、病程、初诊视力等多种因素有关。由于视功能的恢复比较缓慢，因此无论中药、针灸，一旦确定治疗方案，不可因短期内治疗无效而轻易放弃治疗。有些病例常在坚持几个疗程后开始见效，这已为临床实践所证明^(8,13)。同时，鉴于本病为病程较长的慢性病，病者多有焦虑、悲观情绪，临床应重视心理咨询，劝告患者避免急躁、忧思劳伤，合理安排饮食等，这些对病情的恢复和稳定无疑是有益的。

参 考 文 献

- (1) 朱学敏：中华眼科杂志(5):290, 1959。
- (2) 庞赞襄：中医眼科临床实践。113页，河北人民出版社，1976。
- (3) 陆南山：眼科临证录。90页，上海科技出版社，1979。
- (4) 姚和清：眼科证治经验。115页，上海科技出版社，1979。
- (5) 中医研究院广安门医院：韦文贵眼科临床经验选。108

页，人民卫生出版社，1980。

- (6) 柏超然：柏仲英眼科医案。内部资料，1981。
- (7) 衣元良：中西医结合眼科 5(4):63, 1985。
- (8) 韦玉英：明目逍遥汤治疗血虚肝郁型儿童视神经萎缩的临床研究。内部资料，1985。
- (9) 郭敬彩：庞赞襄中医眼科临床经验选编。内部资料，1984。
- (10) 韦文贵：上海中医药杂志(8):30, 1982。
- (11) 罗国芬：陈达夫中医眼科临床经验。四川科技出版社，1985。
- (12) 韦文贵：中医杂志(7):354, 1957。
- (13) 庞涛：实用眼科杂志 4(2):121, 1986。
- (14) 唐亮臣等：视神经萎缩 130 例疗效观察。内部资料，1985。
- (15) 刘湘梅：神经生长的生物学与病理学。261页，科学出版社，1985。
- (16) 程毓英：中草药 15(10):43, 1984。
- (17) 王静波：山东中医杂志(5):20, 1986。
- (18) 中医研究院针灸研究所等：中医杂志(1):38, 1960。
- (19) 浙江医学院眼科教研组：浙医学报(6):178, 1959。
- (20) 李志明：上海中医药杂志(8):27, 1958。
- (21) 夏贤闽：眼科针灸疗法。人民卫生出版社，1959。
- (22) 肖国士：中西医结合眼科 1(2):55, 1981。
- (23) 解放军三七一医院眼科：郑州眼科学术会议论文汇编。246页，1977。
- (24) 黄善生等：河北医学院学报 1(2):113, 1960。
- (25) 冯葆华等：中西医结合眼科 6(3):1, 1986。
- (26) 刘金兰译：国外医学中医中药分册(5):54, 1981。
- (27) 李平余等摘：国外医学眼科学分册，(3):186, 1981。
- (28) 王鸿启：中华眼科杂志(4):247, 1984。

马 魏 氏 综 合 征 治 验 一 则

江苏省泰县中医院 季炳琦 钱建业

马魏氏综合征(Mallory - Weiss 综合征)即食管下段或贲门粘膜撕裂症。此病临床较少见。现将一例因误食“石蒜”后剧烈呕吐所致之马魏氏综合征报道如下：

患者王××，女性，20岁。住院号 871680。因剧烈呕吐、呕血、黑便，伴胸骨后及胃脘部疼痛4天，于1987年7月17日晚6时急诊入院。该患者于1987年7月13日中午，误吃石蒜(俗名龙爪草头)作调味品之食物，致剧烈呕吐，先呕出所食之物，继则呕吐血块和鲜血一碗(约300毫升左右)，伴见胸骨后及胃脘部疼痛，经当地乡村医生给予“止血、止呕”等处理，无效，转入本院。入院查体：体温 37.3℃，血压 90/56 毫米汞柱，一般情况尚可，腹平软，剑突下压痛明显，肝脾肋下未及。舌红、苔薄白，脉象细弦。查大便隐血试验(+++)，急诊纤维胃镜检查示：幽门出口圆整，开闭自如，未见胆汁返流，幽门区及

胃窦部粘膜充血水肿，红白相间，可见斑片样充血，未见溃疡，新生物，贲门口与食道下段交界处近前壁处可见一线形疤痕，约1.5厘米长，周边充血，伴见二处新鲜出血点(胃镜号 87110)。中医诊断：1. 呕吐。2. 血证(呕血、便血)。西医诊断：马魏氏综合征。中医辨证：毒物败胃，胃络伤损。治拟：解毒和胃，宁络止血。处方：银花炭 15 克，绿豆 50 克，粉甘草 8 克，板蓝根 20 克，藕节炭 10 克，川当归 10 克，赤、白芍各 10 克，白及片 30 克，旋复花(包煎) 10 克，炒元胡 10 克。上药水煎服，日服一剂二汁。服药三剂后，呕吐、呕血、黑便未作，胸膈及胃脘痛减，大便色黄，继予前方去旋复花、藕节炭，加玫瑰花 6 克，续投七剂诸症告退，复查大便隐血试验阴性，纤维胃镜复查：贲门口与食管下段交界处之线形疤痕消失，无明显出血点，病已痊愈。