

综 述

中医对糖尿病视网膜病变的认识

北京中医学院东直门医院研究生 周 剑

导 师: 祁 宝 玉

糖尿病在祖国医学中属于“消渴”范畴。对其并发症——糖尿病视网膜病变,前人早有认识,如《河间六书·宣明方论·消渴总论》指出,消渴一证可“变为雀目与内障”。《儒门事亲·刘完素三消论》曰:“夫消渴者,多变聋盲……之类。”中医对本病尚无特有命名,根据其临床表现,可诊断为“视瞻昏渺”或“暴盲”,属于“眼底血证”范畴。现将中医对本病的认识综述如下。

一、对病因病机的认识

历代医家对糖尿病的病因病机论述很多,诸如阴虚燥热、肝郁、脾胃升降失常、血瘀等^{〔1~4〕},其中持有阴虚燥热观点者较为多见,然而,对其并发症——糖尿病视网膜病变发病机理的论述还不够深入,归纳起来有以下两种观点:

1. 以阴虚燥热,精血亏损立论:《秘传证治要诀及类方》曰:“三消久之,精血既亏,或目无所见……。”导致阴虚燥热的主要因素有三^{〔1〕}:一是过食肥甘,积热内蕴,化燥伤津;二是情志失调,气郁化火,消烁阴津;三是素体阳虚,复因房室不节或劳伤过度更伤阴津。以上诸因均可导致阴津亏耗,燥热偏盛,日久则精血受损,从而奠定了糖尿病视网膜病变的发病基础。《灵枢·大惑论》曰:“五脏六腑之精气,皆上注于目而为之精。”目之滋养及其功用的发挥无不赖于精;血为养目之源,靠血供养二目才能维持视物功能;津液为养目之液,五脏六腑之津液皆上渗于目,具有濡养滋润和卫护眼睛的作用。由于阴虚津耗,日久导致肾阴亏损,肝失涵养,精血不能上承于目,或阴虚火旺,虚火上炎,灼伤眼底血脉,或燥热上攻,损伤眼底血络,均能发为本病^{〔1,5〕}。

2. 以血瘀立论:有学者认为,诸凡阴虚燥热,津亏液少,不能载血循经畅行;或过食厚味,其性壅滞,阻碍气机;或阴损及气,气阴两虚,气虚无力鼓动血行;或阴损及阳,阳虚寒凝;或久病入络等等,均能形成血瘀^{〔6〕}。近年来借助现代研究手段,中医认识到

血瘀与局部缺血缺氧、血液循环障碍(特别是微循环障碍)、血液流变性异常及血液凝固系统异常有关^{〔7〕},结合血瘀证诊断标准^{〔8〕},从临床观察和实验室检查方面进一步认识到本病与血瘀的关系。

雪村八一郎在临床观察时发现^{〔9〕},本病与舌紫暗、色素沉着或皮下出血、毛细血管扩张等瘀血体征密切相关,病情愈重,瘀血程度也愈重。刘成等观察到在125例糖尿病患者中并发视网膜病变者46例,后者符合血瘀诊断标准者占91.3%^{〔10〕}。也有人发现糖尿病夹血瘀证者,其视网膜病变发病率显著高于糖尿病无血瘀证者^{〔11〕}。

实验研究室检查结果表明,糖尿病视网膜病变患者有明显的微循环障碍。有人观察了本病患者的眼球结膜及甲皱微循环,发现在微血管、微血流及微血管通透性三方面均有明显障碍,且病情愈重,微循环障碍愈甚^{〔12〕}。眼底荧光素血管造影也提示本病有视网膜循环障碍。Linhart报告视网膜正常循环(由动脉初现到静脉消失)时间约为15~20秒,而糖尿病为25~90秒;Ferrer测定正常人动脉循环时间为9.7秒(青年人)及10.22秒(成年人),而糖尿病并发视网膜病变者为13.54秒(青年人)和14.79秒(成年人)^{〔13〕}。有人认为眼底微循环障碍与眼球结膜、手指甲皱微循环障碍呈平行关系^{〔14〕}。也有人发现眼球结膜微循环的障碍较眼底改变出现早些^{〔15〕}。糖尿病视网膜病变患者大多有血液流变性异常,主要表现为血粘度增高,包括全血粘度、血浆粘度、血沉及全血还原粘度均明显升高,红细胞电泳时间明显延长^{〔10,16〕}。

有人报告糖尿病视网膜病变的发生是由视网膜微循环中微血管病变并微血栓的形成而引起的,而血小板在动脉血栓形成中起着触发的主导作用^{〔17〕}。本病患者血小板数量无明显增高,主要表现为血小板功能的亢进,即血小板粘附性和聚集性增高,并且血小板粘附性和聚集性随糖尿病视网膜病变的发生、发展而逐步增高^{〔18,19〕}。有学者测定了血浆凝血因子VIII促凝

活性(VIII:C)及血浆凝血因子 VIII 相关抗原(VIIR:Ag),发现本病患者以上两项测值均较正常人升高⁽²⁰⁾。进一步研究还发现,糖尿病视网膜病变患者 VIIR:Ag 高于无视网膜病变患者,而增殖型糖尿病视网膜病变患者又明显高于单纯型患者,认为VIIR:Ag随糖尿病视网膜病变的发生、发展逐步提高,是促使本病发生和发展的一个危险因素⁽²¹⁾。此外,糖尿病视网膜病变患者血浆纤维蛋白原增高,有容易形成体外血栓的倾向⁽²²⁾,这也与血瘀有关。

二、治疗方法

在控制糖尿病的基础上,各地报道采用中药治疗的方法大致有以下几种。

1. 辨证论治:阴虚胃热者宜滋阴补肾、清胃泻热,代表方有玉女煎、增液地黄汤加减⁽⁵⁾。肝肾阴虚者宜滋补肝肾,方用杞菊地黄汤或羊肝丸⁽¹⁾,或石斛夜光丸⁽²³⁾,或二至地黄汤⁽²⁴⁾,或增液合六味地黄汤⁽⁵⁾。肺肾阴虚者宜滋阴清热、益气生津,方用二冬汤、增液生脉合芍药甘草汤⁽⁹⁾、养阴益气汤(生地、元参、麦冬、天冬、玉竹、知母、生石膏、黄芪、甘草)⁽²⁴⁾。阴虚火旺者宜滋阴降火,方用加味犀角地黄汤⁽²⁴⁾。阴损及阳宜补肾温阳,方用金匱肾气丸⁽⁵⁾。

2. 按眼底改变分期论治:本病出血期,眼底可见到明显出血,治以凉血止血、养阴益气,方用固本止血汤(黄芪、生山药、苍术、女贞子、旱莲草、仙鹤草、白茅根、茜草根、三七粉、大黄后下);病至吸收期,出血已经停止或基本停止,眼底有大量的瘀血留滞,血色暗红,此期治疗重在活血祛瘀,方用固本祛瘀汤(黄芪、苍术、生山药、元参、女贞子、旱莲草、菟丝子、丹参、泽兰、红花、郁金);到了恢复期,眼底瘀血吸收或大部分吸收,剩下少量瘀血,滞结为斑,或有结缔组织增殖,此期因眼底征象已缓解,消渴本病症状重显突出,治疗当以益气养阴为主,辅以软坚散结、活血祛瘀,方用固本散结汤(黄芪、苍术、生山药、元参、女贞子、菟丝子、川芎、红花、贝母、海蛤粉、生牡蛎)⁽²⁵⁾。

眼底出血初起宜止,可用凉血止血药如生地、丹皮、知母、大小蓟、槐花炭、制军炭等;出血久不吸收,属于瘀血,宜活血化瘀,可选用花蕊石、参三七、蒲黄、茜草等,而红花、桃仁、三棱、莪术等药因可导致再出血⁽⁵⁾不宜选用;伴有渗出可加丹参、牛膝;对有陈旧性渗出及机化物或有增殖性病变者可加昆布、海藻、山楂、花蕊石⁽²⁶⁾。

3. 单验方:何国芬等从活血化瘀中药中,提取制成“活血化瘀灵”,对22例糖尿病视网膜病变患者进行

静脉滴注治疗,结果获显效3例,有效11例⁽²⁷⁾。乐毅等采用血栓通(中药三七之提取物)治疗1例糖尿病视网膜病变患者,疗后双眼视网膜出血和左眼黄斑出血均吸收,视力明显提高⁽²⁸⁾。

4. 中西医结合疗法:吕金琢等采用中西医结合疗法治疗本病24例48只眼,中药基本方由生黄芪、山药、制首乌、生地、元参、杞子、白术、石斛、沙参、麦冬、茯苓、菊花、泽泻、丹皮、当归、金樱子组成,西药给予眼宁肌注、口服维生素及止血剂,待视网膜出血稳定后球后注射透明质酸酶,疗效较满意⁽²⁹⁾。

三、评述及展望

糖尿病视网膜病变的发病机理迄今还不十分明确,根据目前对本病的认识,有理由设想,视网膜病变的发生是糖尿病血生化不正常的结果。从中医方面来说,笔者认为本病作为糖尿病的并发症,仍不离其阴虚之本,由于阴虚津少,不能载血畅行;或阴虚火旺,煎熬血液而致血瘀;或阴虚津亏伤及气,气虚无力推动血液运行,均可使瘀血阻于眼底络脉,终致糖尿病视网膜病变的发生。由此可知,阴虚是本病的病理基础,血瘀对疾病的发生和发展起着重要的作用。

目前本病尚无统一辨证标准,糖尿病的病理过程最初为阴虚,逐渐发展为气阴两虚,最终阴损及阳,阴阳俱虚。以此为据,探讨糖尿病视网膜病变的辨证规律,对于认识本病有一定的积极意义。

治疗本病的有效药物不多,而且疗效也不确切,目前已证实本病的发生与血瘀有关,但是治疗方面的探讨还未深入。本病为虚实夹杂之证,是否在治本的基础上加入活血化瘀药物能产生理想的效果,值得进一步研究。

本病是糖尿病的并发症,目前光凝治疗可以说是一种比较好的治疗手段,但也有其弊病。要真正解决其根本问题,当然不是终末器官治疗技术的发展所能实现的,必须注意局部与整体的关系,进一步探讨清楚其病因病机,采取根本防治手段,这是我们今后应该努力的方向。

参 考 文 献

- (1) 上海中医学院主编. 内科学. 第一版. 上海科技出版社, 1979:148~150.
- (2) 李良. 新中医 1985; (8):1~3.
- (3) 张尚臣. 河南中医 1984; (5):26.
- (4) 祝谌予. 新医药学杂志 1978; (5):8~9.
- (5) 姚芳蔚. 上海中医杂志 1983; (9):5~7.
- (6) 赵虹, 等. 云南中医杂志 1986; (6):45~47.
- (7) 王阶, 等. 中国医药学报 1989; 4(3):7~9.

- (8) 第二届全国活血化瘀研究学术会议修订, 血瘀证诊断标准. 中西医结合杂志 1987; 7(3):129.
- (9) 雪村八一郎. 日本东洋医学杂志 1984; 35(1):35~40.
- (10) 刘成, 等. 辽宁中医杂志 1984; (7):18~20.
- (11) 高彦彬. 消渴病气阴两虚夹瘀证治研究. 北京中医学院东直门医院 88 届硕士研究生论文.
- (12) 朱治人, 等. 上海医学 1983; 11(11):446~649.
- (13) 梁树今, 等. 眼底荧光血管造影释义. 第一版. 河北人民出版社, 1980:33.
- (14) 余华宁, 等. 眼科新进展 1989; 9(1):8~11.
- (15) 张希兰, 等. 中华眼科杂志 1983; 19:32.
- (16) 朱治人, 等. 上海医学 1983; 11(2):85~89.
- (17) Irving AR. Ann Ophthalmol 1980; 12:13.
- (18) 朱治人, 等. 中华眼科杂志 1984; 1(1):38~40.
- (19) 邓春繁. 实用眼科杂志 1987; (12):745~748.
- (20) 黄庆玲, 等. 中华内分泌代谢杂志 1986; 2(3):191~195.
- (21) 王传富, 等. 眼底病. 1987; 3(4):225.
- (22) 朱治人, 等. 中华医学杂志 1983; 61(4):219~222.
- (23) 吕仁和. 糖尿病. 第一版. 北京, 人民卫生出版社, 1983:7.
- (24) 张怀安. 湖南中医学院学报 1986; (4):15~16.
- (25) 牛满山. 河南中医 1983; (6):28.
- (26) 吕金琢, 等. 中西医结合眼科杂志 1989; 7(4):172.
- (27) 何国芬, 等. 山西医药杂志 1988; 17(1):19.
- (28) 乐毅, 等. 血栓通治疗视网膜出血 20 例. 全国中医眼科学会第二次学术年会论文.

三参汤治疗心房纤颤

郑州市中医院 张宇庆

自 1989 年以来, 笔者用自拟三参汤纠正各种原因引起的心房纤颤 6 例, 取得了显著疗效, 现报道如下。

一、治疗方法 三参汤组成及煎服法: 党参 90 克, 丹参 60 克, 苦参 30 克, 当归 30 克, 地龙 30 克, 松节 100 克, 甘草 10 克, 生姜 10 克。上药每剂煎 3 次, 每次煎 20 分钟, 合并 3 次药液约 1000 毫升, 分早、中、晚 3 次服。治疗期间停药一切其他药物, 仅口服三参汤煎剂, 每日一剂。复律后续服 2 周以巩固疗效。若连服 3 剂未复律则为无效。

二、病例选择 各种原因引起的心房纤颤, 持续发作在 60 天以内, 无心力衰竭, 心电图检查诊为心房纤颤者。

三、临床资料 共治疗 6 例, 其中男性 3 例, 女性 3 例。年龄 42~65 岁。其中原发病为风湿性心瓣膜病者 2 例, 冠心病者 3 例, 病因不明者 1 例。6 例均经心电图检查诊为快速房颤, 2 例超声心动图示左房右室增大。临床表现均有心悸、胸闷的症状, 舌质紫暗、舌苔黄腻, 脉象结代散乱。其中 4 例经西地兰、乙胺碘呋酮治疗 1 周不见好转。

四、治疗结果 治疗前均经心电图检查, 服药后听诊观察心率, 复律后即刻描记心电图证实。全部病例均为服药 1 剂即刻复律。具体复律情况如下: 1 例房颤持续发作 1 天者, 服药后 1 小时即复律; 1 例持续发作 7 天、1 例持续发作 40 天者, 均于服药后 2 小时复律; 1 例持续发作 9 天者, 服药后 3 小时复律; 1 例持续发作 20 天者, 服药 4 小时后复律; 1 例持续发作 50 天者, 于服药 12 小时后复律。平均复律时间为 4 小时, 复律后继服三参汤巩固 2 周后停药。经

1990 年 8 月随访, 除 1 例于停药 1 月后复发外, 其余 5 例最长已 8 个月、最短 3 个月未复发。

五、验案举例 患者靳××, 女, 42 岁, 风湿性心脏病、二尖瓣狭窄病史二十余年, 多次超声心动检查均示二尖瓣狭窄, 左房右室内径增大。20 天前因心悸、胸闷、气短而检查心电图, 诊为快速房颤, 在某职工医院住院治疗, 经用西地兰、乙胺碘呋酮、中药等治疗 2 周, 一直未复律。给服三参汤后 4 小时自觉症状消失, 即作心电图, 恢复窦性心律, 继服三参汤 2 周停药, 至 1990 年 8 月已有 8 个月未复发。

六、体会 (1) 心房纤颤患者, 脉多呈结散代乱象, 临床表现多见胸闷、心悸, 口唇、舌质紫暗, 舌苔厚腻。辨证多属心气不足, 痰浊瘀血阻滞脉络, 而且多有湿郁化热趋势。三参汤用党参、甘草重剂以养心益气; 丹参、当归、地龙活血以通脉络; 松节祛风清热燥湿通络; 苦参燥湿清热; 生姜和胃散邪。全方共奏益气养心, 活血化瘀, 燥湿通脉之功。其中苦参、当归、丹参、地龙之抗心律失常的作用, 均不乏报道。诸药协同, 大剂量应用, 是取得良效的关键。(2) 方中松节用量较大, 笔者在治疗辨证时常用至 100 克左右, 未见明显副作用, 且发现其有较好的抗心律失常作用。《分类草药性》谓其能“通气和血”, 《滇南本草》谓其有“行经络治痰火”之功。因能除脉络中之痰湿浊邪, 故可用于心房纤颤。(3) 本方复律时间较快, 较之奎尼丁、乙胺碘呋酮疗效为优, 且无副作用。个别患者饭前服药有轻度恶心, 改为饭后服药即无此反应。(4) 本方对快速型房颤效果较好, 持续发作在 60 天以内, 无心力衰竭和传导障碍者均可服用。