

补阳还五汤加减治疗眼科病证 4 则

彭 清 华*

主题词 眼疾病/中医药疗法 补阳还五汤/治疗应用

笔者在临床上常用补阳还五汤加减治疗眼科疑难急重症,取得良效,现举例报告如下。

1 视神经挫伤,外伤性视神经萎缩

刘某,男,18岁。因不慎从3米高的围墙上跌下,右眼撞在横卧于地的木头上致右眼视物不见6天,而于1990年10月4日就诊。诉右眼撞伤后第2天即在某省医院作CT检查发现右眼视神经管骨片裂伤,视神经轻度肿胀;第3天作视觉诱发电位(VEP)检查,右眼波型呈熄灭型。诊断为视神经挫伤(右),予以血管扩张剂、维生素、能量合剂等治疗无效而求治于我院。现右眼视物不见,视力:右:手动/眼前;左:1.2。右眼睑轻度青紫,角膜透明,前房清晰,瞳孔散大约5mm,对光反射迟钝。查眼底见右眼视乳头边界清、色泽偏淡,视网膜及其黄斑部无明显异常;左眼无异常。舌淡红,脉缓。诊断:视神经挫伤(右)、外伤性早期视神经萎缩(右)、眼睑挫伤(右)。中医诊断:暴盲(右)。治以益气活血、养阴利水,方用补阳还五汤加减:黄芪30g,生地15g,当归尾12g,地龙12g,赤芍10g,川芎10g,旱莲草15g,红花6g,茯苓30g,白术10g,炙甘草5g,每日1剂。配合高压氧治疗,每日1次,连续10次。服药5剂后,右眼视力上升到0.01;再服7剂,视力上升到0.08;原方继服15剂,右眼视力0.3,眼底视乳头淡白色。上方继服30剂,右眼视力未再增进。随访2年余,右眼视力一直维持在0.3。

按:视神经挫伤以外伤后视力急剧下降为特征,若抢救治疗不及时,可产生视神经萎缩而永久失明。本例外伤后已气阴两亏,乃以补阳还

五汤为主益气活血,加生地、旱莲草养阴血,炙甘草益气,茯苓、白术益气利水消肿明目,并配合高压氧治疗以加强视神经耐缺氧的功能,终于挽救了患者的部分视功能。

2 外伤性动眼神经麻痹

胡某,男,24岁。因左眼不能睁开及外斜视12天,而于1991年3月14日就诊。患者诉因患家族遗传性视神经萎缩(Leber氏病)而在某区医院中医科诊治,治疗除口服中药、针灸外,并球后注射复方丹参注射液2ml,每周2次。在左眼第6次球后注射后,患者自觉左眼胀感明显,当天下午即发现左眼外斜视、眼睑不能睁大、复视、头晕、目眩、恶心。经该院针灸、中药及维生素B₁、B₁₂和血管扩张剂烟酸、丹参片等治疗10余天未见明显疗效而就诊于我院。查视力:右0.15,左0.1。左上眼睑下垂,遮盖瞳孔约1/2,不能睁大,新斯的明试验1小时内症状无改善(排除重症肌无力);平视时睑裂宽右眼11mm,左眼5mm;左眼向外偏斜,角膜映光法检查外斜约15°,眼球无明显突出,向上、向下、向内侧运动受限,向外侧运动自如。角膜透明,知觉略减退,前房清晰,瞳孔直径5mm,对光反射迟钝,晶体、玻璃体透明,眼底视乳头边界清、色苍白,视网膜静脉稍充盈,A:V=1:2,视网膜及黄斑部未见渗出与出血,黄斑部中心凹反光暗。右眼外无特殊,眼底改变与左眼基本相同。全身情况无特殊,舌淡红、苔薄白,脉弱。诊断:外伤性动眼神经麻痹(左眼),Leber氏病(双眼)。辨证为气虚血瘀型。治疗采用益气活血法,用补阳还五汤加减:黄芪60g,当归尾12g,赤芍10g,川芎10g,地龙10g,桃仁10g,红花6g,僵蚕5g,每日1剂。配合针刺睛明、攒竹、风池、足三里、三阴交穴。服7剂后,左眼睑裂稍能增大到6mm,眼珠运动仍受限。再服14剂,左眼睑裂上午能正常开大,下午不能正常提起,

* 湖南中医学院第一附属医院,长沙市韶山路105号(410007)

收稿日期:1994-08-15

眼球运动明显好转。上方继服12剂后,左眼睑及眼球运动功能恢复正常,复视、恶心、头晕等症状消失,嘱继服10剂以善后。随访1年余,眼睑及眼球运动自如,无复视,瞳孔直径4mm,视力:右0.12,左0.08。

按:本例患者球后注射后引起左眼外斜视、眼睑下垂、复视等症,考虑是因球后注射时针尖误伤动眼神经所致。故采用益气活血的补阳还五汤治疗,方中重用黄芪益气升提,地龙、赤芍、川芎、归尾、桃仁、红花活血通络,加僵蚕祛风通络,共奏益气升提、活血祛风之功,较快地恢复了其开睑和眼球活动的功能。

3 视网膜中央动脉阻塞

刘某,女,54岁。因右眼视力急剧下降2天,于1991年5月18日就诊。现症见右眼视物不见,伴头晕、目眩。查视力:右眼:手动/眼前,左眼:1.0。查眼底可见右眼视神经乳头色淡白,视网膜动脉明显狭窄变细,颞上及颞下支动脉血栓呈串珠样改变, $A:V=1:3$,视网膜广泛性混浊水肿,黄斑部呈樱桃红色,中心凹反光消失。左眼底动脉反光增强, $A:V=1:2$,余未见明显异常。患者有高血压病史5年,一直服降压药治疗,现血压20/12kPa,舌淡红、苔薄白,脉弦细。诊断:视网膜中央动脉阻塞(右)。证属气虚血瘀型。治以益气活血,通络开窍,佐以平肝,方用补阳还五汤加减:黄芪30g,白参10g,地龙20g,赤芍15g,川芎10g,桃仁10g,红花6g,当归尾12g,石菖蒲10g,钩藤15g,天麻10g,每日1剂。配合静滴复方丹参注射液12ml,每日1次;静脉推注血栓通4ml,每日1次;球后注射归红注射液2ml,隔日1次。服药7剂后,右眼视力:指数/30cm;继服14剂后,右眼视力0.08;再服28剂,右眼视力0.2,查眼底见右眼视乳头颜色淡,视网膜动脉细,颞上及颞下支动脉血栓恢复通畅, $A:V=1:3$,视网膜水肿消退,黄斑部中心凹反光暗。嘱上方继服15剂以巩固疗效。随访1年,视力维持在0.2,眼底改变未加重。

按:视网膜中央动脉阻塞属眼科临床的急重症,如抢救治疗不及时,可致永久性失明,属

中医的暴盲症。患者气虚血运乏力,脉道瘀阻,脏腑精气不能上注于目而暴发失明,眼底呈现一派缺血征象。根据气行则血行的道理,用补阳还五汤加人参、石菖蒲、钩藤、天麻治疗。诸药合用,共奏气旺血行,瘀去络通,目视精明之功。

4 视网膜脱离术后

周某,男,56岁。患者诉于1个半月前突然右眼视力急剧下降,眼前大片黑影,随即到省某医院检查诊断为右眼裂孔源性视网膜脱离,在该院住院行冷凝、放水及巩膜外加压手术,术后伤口愈合可,但现术后已37天,右眼仍视物不清,患者于1990年10月13日就诊要求服中药治疗。查视力:右0.04,左1.0。扩瞳查眼底:右眼视神经乳头色淡红,边界清,从7点~2点方位的视网膜颞侧及上方有一明显的巩膜加压带,脱离的网膜基本平复,裂孔位于嵴上,已封闭。但在加压带周围有黄白色渗出病灶,且累及黄斑部,中心凹反光不清。舌淡红、苔薄白,脉弱。诊断:孔源性视网膜脱离复位术后(右)。治以益气活血、养阴利水,方用补阳还五汤加减:黄芪30g,赤芍15g,当归尾12g,川芎10g,地龙12g,红花6g,生地20g,旱莲草15g,茯苓30g,车前子20g,每日1剂。服药7剂后,右眼视力上升到0.08;继服上方14剂,右眼视力0.15;原方再服30剂,右眼视力0.4。嘱再服15剂以巩固疗效。追踪观察1年半,患者病情稳定。

按:中医学认为,视网膜脱离产生的原因,多为患者气虚不固致视网膜不能紧贴球壁而脱落,其治疗必须先施以视网膜脱离复位术使其解剖复位。而视网膜脱离手术是一种人为的眼外伤,不但伤气,且术后多有瘀血病理存在,况且有时术中还可致视网膜出血,加重其血瘀。因此,笔者在临床上以益气活血、养阴利水为治疗大法,以补阳还五汤为主益气活血,加生地、旱莲、枸杞等补养阴血,茯苓、车前子、白术等益气明目、利水消肿。若手术病变后期,视网膜纤维组织增生者,则去茯苓、车前子,加陈皮、昆布、海藻软坚散结;术后视网膜出血者,加生蒲黄、田三七粉活血化瘀。经多年运用,对恢复经手术治愈的视网膜脱离的视功能有较好的效果。