

## • 当代名医 •

# 唐由之中西医结合治疗青光眼经验

周尚昆\* 王慧娟 指导:唐由之

中国中医科学院眼科医院,北京市石景山区鲁谷路 9 号,100040)

\* 通讯作者:zhshk198@yahoo.com.cn,13070145046

**[摘要]** 青光眼是常见致盲眼病,可引起视功能不可逆的损害,治疗较为棘手。“国医大师”唐由之认为,该病的主要病因是眼孔不通,房水壅塞,房水不能排出眼外所致;该病的诱因是情志不舒,肝脉郁滞,引动肝风痰火而发。因此,在治疗上要谨守病机,以通为用。他根据发病的缓急、眼压的高低分别采用中西医结合的方法,分阶段进行治疗。对于眼压偏高者,采用清肝火、利水明目的方法配合西医降眼压药物或手术进行治疗;对于眼压基本正常者,则以中医为主采用补益肝肾、养血活血的方法进行治疗,取得了较好的效果。

**[关键词]** 青光眼;中医药疗法;经验;唐由之

唐由之(1926—),男,中国中医科学院名誉院长,主任医师、研究员,全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,首批“国医大师”。先后参与创办中国中医科学院眼科医院和眼科研究所,组织成立中华中医药学会眼科分会,中国中西医结合学会眼科专业委员会,创办《中国中医眼科杂志》。1946 年起从事中医临床工作,擅长中西医结合治疗各种眼病。特别是继承和发扬金针拨障术,改进手术部位,克服了古代白内障针拨术的近期并发症青光眼的问题。科研成果“白内障针拨套出术的研究”获中华人民共和国科学技术进步二等奖。为中医眼科事业的继承和创新做出了突出贡献。

青光眼是常见致盲眼病,相当于中医眼科的“绿风内障”、“青风内障”、“黄风内障”及“乌风内障”。古人通过细致的观察对该病的症状、发展过程甚至转归均有详尽的记录,如《秘传眼科龙木论》在“绿风内障”中描述到:“初患之时,头旋,额角偏痛,连眼险骨及鼻颊骨痛,眼内痛涩见花。或因恶心痛甚欲吐,或因呕逆后,便令一眼先患,然后相牵俱损”<sup>[1]</sup>,和现代急性闭角型青光眼急性发病的情况相差无几。中国中医科学院唐由之研究员在诊疗该病的过程中积累了丰富的经验,现介绍如下。

### 1 抓病机,以通为用

唐老师体会到,该病多见于情志不畅、肝气不疏之人,忧郁忿怒日久则肝郁化火,动风,引起肝经脉络壅塞或玄府闭塞不通。从解剖上看,青光眼的发生主要是房水引流不畅引起,或受阻于瞳孔,或受阻于小梁,以及睫状体环等,从而导致眼内压的升高。唐代王焘在《外台秘要》中记载“此疾之源皆从内,肝管缺,眼孔不通所致也”。基于以上认识,唐老师认

为,“不通则痛”,青光眼的中医病机在于:眼孔不通,房水壅塞,房水不能排出眼外;至于情志不舒,肝脉郁滞,引动肝风痰火等则是诱因。在治疗上,则要谨守病机,以通为用,一方面要疏通水道,使房水能顺利排除眼外,另一方面要疏肝平肝,使肝脉通畅,消除诱因。如在青光眼发作期,在采用活血利水、平肝疏肝中药治疗的同时还需要选用毛果芸香碱滴眼液外用以缩小瞳孔,噻吗心安滴眼液外用配合醋氮酰胺口服以减少房水生成,外用地匹福林、拉坦前列素等促进房水的排出或减少房水的生成;或根据病情采用虹膜根部切除或激光虹膜打孔术或小梁切除术等方法进行治疗。对于难治性青光眼,如新生血管性青光眼、无晶状体性青光眼、人工晶体性青光眼,经过多次小梁滤过术,术后眼压仍不能控制,如果再按照常规的小梁切除术等很难起到治疗效果;采用前房内植入硅胶管引流则手术复杂,费用较高;采用睫状体冷凝光凝等破坏性手术,虽有可能控制眼压,但患者视力很难维持。唐老师根据中医“针拨白内障手术”的经验,选用中医传统的手术部位——睫状体平坦部作为切口,另建“眼孔”,疏导房水,以达到“肝管无滞”,恢复正常眼压的目的,将房水从后房引流,经葡萄膜脉络膜通道,引流到眼外<sup>[2]</sup>。由他主持的“睫状体平坦部滤过术房水引流途径的研究”通过观察兔睫状体平坦部滤过术后荧光分布及动态变化,也证明了这一引流途径的科学性<sup>[3]</sup>,从而发明了具有中医特色的创新的抗青光眼手术方法,取得了较好的效果。

## 2 控眼压, 中西互参

在青光眼的治疗上, 控制眼压是关键。从青光眼的病理、生理角度来看, 房水由睫状体冠部产生, 经过后房、瞳孔, 流到前房, 经过前房角、小梁网、Schlemm 管以及葡萄膜巩膜通道等排出眼外。房水的产生与排出的相对平衡是眼内压稳定的基础。当房水排出通道受阻或者房水生成相对增多, 均引起眼内压的增高, 对视乳头、视网膜神经纤维等造成极大的损害。因此, 在治疗上要抓住主要矛盾, 灵活运用各种治疗方法, 将控制眼压放在首位。古人在描述该病的过程中, 尚没有眼压这一概念, 常采用中药汤剂或配合针灸进行治疗。唐老师在临床中观察到: 在降低眼压方面, 单纯采用中药或针灸的方法比较单一, 降压效果不太明显, 特别是在眼压较高的情况下, 很难收到较好的效果, 需要结合现代的检查手段, 查房角, 针对不同的类型和发病机理, 采用不同的中西医结合方法进行。如对于急性闭角型青光眼来说, 由于眼压的急剧升高常导致眼胀痛、头痛、恶心、呕吐, 视力急剧下降, 在治疗的时候就应当急则治其标, 快速静脉滴注 20% 甘露醇, 必要时还需要前房穿刺放出部分房水, 以快速降低眼内压, 挽救视力。当眼压稳定后, 再配合中药以缓解全身症状, 同时也为了更好的保护受损的视神经, 促进视功能的恢复。中西结合的灵活运用, 往往能收到较好的效果。

## 3 分阶段, 清肝火, 补肝肾

唐老师认为, 青光眼的发病有缓急, 在中医治疗上也应当分阶段, 根据疾病所处的不同阶段, 有侧重的进行治疗。若患者眼压偏高 (高于 30mmHg) 或发病之初, 他常采用清肝火、利水明目法配合西医降压药物或手术进行治疗, 选用石决明、珍珠母、猪苓、茯苓、泽泻、车前子、丹参等; 若患者眼压能控制到基本正常, 或发病较久, 病势较缓, 眼底视盘颜色较淡, 杯盘比 (C/D) 较大者, 常采用培补肝肾、养血活血的方法, 以促进受损的视功能得到一定程度的恢复。这一阶段也是中医眼科的防治重点, 优势所在。根据五轮学说, 青光眼属瞳神水轮疾病, 在脏属肾; 另一方面, 肝开窍于目, 因此, 对于眼压稳定者, 只有采用滋补肝肾明目的方法, 方能精充目明, 促进视神经功能的恢复; 在药物的选择上, 他常选用具有滋补肾阴的制何首乌、黄精以及具有补肝肾明目的枸杞子等; 在此基础上他根据中医气血理论, 考虑到久病伤气、伤血, 而“肝受血而能视”, 长期的高眼压

状态必然导致眼局部微循环的障碍, 引起眼部血液供应的不足, 灵活选用具有养血补血作用的熟地黄、当归, 活血行血的丹参、川芎等药物, 促进眼局部及全身功能的恢复, 常收到意想不到的效果。为更好地控制眼压, 唐老师在治疗青光眼的各个阶段均酌情选用具有利水明目作用的药物, 如车前子等以协助降低眼内压。对于全身症状明显的患者, 唐老师总的诊疗思路是, 谨守病机, 以局部辨证为主, 参照全身, 随症加减的方法进行治疗。如患者情绪较为急躁则加疏肝明目之品蔓荆子、柴胡; 若患者大便秘结则加瓜蒌以润肠通便; 若纳差便溏则加 (炒) 白术等。

## 4 典型病例

刘某某, 男, 35 岁。患者于 2009 年 6 月 8 日以“左眼胀痛视野缩小 2 年”为主诉来诊。既往史: 7 岁时左眼外伤, 行白内障摘除手术。2006 年劳累后左眼眼胀、视野中央有暗点, 当时测眼压: 右 15mmHg, 左 30mmHg, 在当地诊断为“左眼无晶状体性青光眼”, 未曾系统治疗。就诊时查视力: 右眼 1.0, 左眼 0.5, 左眼虹膜部分萎缩, 瞳孔强直, 晶状体缺如, 玻璃体混浊, 眼底: 右眼正常, 左眼视盘苍白, C/D 0.7, 有轻度弧形斑, 豹纹状, 黄斑检查不清。查房角: 双眼房角宽。测眼压: 右 18.2mmHg, 左 27.3mmHg, 视野: 右眼正常, 左眼视野缺损。诊断为: ①左眼开角型青光眼; ②左眼无晶体眼。处方: 拉坦前列素滴眼液滴眼, 每晚 1 次; 中药: 生地、熟地黄、山药、茯苓、泽泻、当归、丹参、枸杞子、覆盆子、黄芪等。2009 年 10 月 23 日二诊: 查视力右 1.0, 左 0.6, 眼压: 右 18.8mmHg, 左 26.8mmHg, 其余症状同前, 加用 2% 美开朗滴眼液滴左眼。在上方基础上加牛膝 15g 以引水下行。2010 年 1 月 15 日三诊: 查视力右 1.0, 左 0.6, 眼压: 右 19.2mmHg, 左 25.7mmHg, 左眼底同前, 视野明显改善。原来的滴眼液不变, 中医处方: 茯苓、泽泻、地肤子、猪苓、熟地黄、当归、丹参、枸杞子、黄芪等。2010 年 4 月 23 日四诊: 视力右 1.0, 左 0.6+3, 眼压右 19.4mmHg, 左 21.6mmHg, 眼底同前。给予中药: 制何首乌、黄精、生地、熟地黄、丹参、车前子、黄芪等巩固治疗。

按: 首诊时唐老师考虑到患者眼压偏高 (27.3mmHg), 病程较长 (2 年), 而眼底视神经偏淡, C/D=0.7, 从局部辨证来看应当属于气血不足 (下转第 1201 页)

程不统一等问题,可能使纳入研究异质性增大,在一定程度上影响了本结果的可靠性。所有研究均未提及随访,缺乏后效评价。因此,有待开展多中心大样本的临床试验进一步验证。在推拿选穴方面,除 1 篇文献采用俞募穴为主<sup>[8]</sup>,其余均以小儿特定穴为主,说明特定穴推拿是目前临床治疗小儿疾病的常用有效手段。

国内虽然开展了相当数量的推拿治疗小儿腹泻的临床试验,但文章质量偏低。本系统评价共纳入 15 个随机对照试验。由于推拿操作很难做到患者、干预者的盲法,故只包括评价者单盲。其中 5 篇文献描述了具体的随机方法,2 篇文献采用单盲法,所有文献均未报道分配方案的隐藏、病例的退出和失访,2 项研究无基线比较信息。上述因素均不利于试验的偏倚控制。为提高 RCT 的质量和可信度,今后的研究设计和文献发表应当重视“随机”和“盲法”的设计与报告。采用报告试验的强化标准(CONSORT 标准),遵循《中医药临床随机对照试验报告规范》,提高研究质量。

#### 参考文献

- [1]于娟,齐尚锋.辨证推拿治疗小儿抗生素相关性腹泻临床观察[J].四川中医,2008,26(9):112-113.
- [2]杜丽芳.传统推拿法治治疗婴幼儿秋季腹泻 52 例[J].中国民族民间医药,2009,18(24):115,117.
- [3]邵湘宁,魏高文,刘雨.刘氏推拿法治治疗小儿轮状病毒性肠炎 68 例疗效观察[J].新中医,2006,38(3):67-68.
- [4]康蓓蓓,张焱,回世洋,等.小儿推拿法治治婴幼儿腹泻体会[J].辽宁中医杂志,2009,36(6):1009-1011.
- [5]杨晓仙.推拿治疗小儿腹泻疗效观察[J].辽宁中医杂志,2005,32(12):1301.
- [6]江浩,谭燕泉.推拿治疗小儿秋季腹泻 186 例疗效观察[J].山东中医杂志,2000,19(2):92-93.
- [7]殷明,陈秀珍,韩新民,等.推拿治疗婴幼儿轮状病毒肠炎 30 例[J].南京中医药大学学报(自然科学版),2000,16(1):40-41.
- [8]徐光宇,隆红艳.俞募穴推拿治疗婴幼儿轮状病毒肠炎 50 例[J].江西中医药,2011,42(6):54-55.
- [9]廖品东,曾雪莲,翟世翠.冯氏捏脊疗法治疗小儿腹泻的临床疗效观察[J].按摩与导引,2008,24(6):6-8.
- [10]冷丽,张军,王大志,等.推拿治疗小儿风寒泻 20 例的临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2011,(8):13.
- [11]高桂奇.推拿治疗婴幼儿轮状病毒肠炎临床观察[J].中医药临床杂志,2005,17(3):267-268.
- [12]徐珊,汪受传,李江全,等.推拿治疗小儿泄泻伤食证多中心随机对照研究[J].中西医结合儿科学,2011,3(3):210-211.
- [13]张子燕,沈红岩,王雪峰.运脾止泻推拿法治治疗小儿轮状病毒肠炎临床观察[J].辽宁中医杂志,2011,38(5):967-968.
- [14]许日香.温热药酒推拿治疗小儿寒湿型腹泻 86 例[J].陕西中医,2007,28(11):1534-1535.
- [15]钱雷.手法治疗小儿腹泻 34 例[J].云南中医中药杂志,2010,31(11):50-51.
- [16]丁季峰.中国医学百科全书·推拿学[M].上海:上海科学技术出版社,1982:2.
- [17]杨丽美,梁岩.捏脊法在治疗成人疾患中的应用[J].时珍国医国药,2006,17(2):254-255.

(收稿日期:2011-12-30;修回日期:2012-01-10)

[编辑:黄健]

(上接第 1186 页)

之象,因此采用标本兼治的方法,一方面决定继续用拉坦前列素滴眼观察降眼压效果,另一方面,选用具有补肝肾,调气血的中药治本。以六味地黄丸减牡丹皮、山茱萸,配合黄芪、当归补气养血,同时选用车前子、地肤子等配合泽泻、茯苓利水明目,以协助西药降低眼内压。治疗 3 个多月后,患者左眼视力得到一定程度的提高,但眼压下降不甚明显(26.8mmHg),则增大降眼压的力度,加用 2%美开朗滴眼液,同时增加了具有活血利水作用的牛膝。三诊时,患者的视力达到了 0.6,眼压 25.7mmHg,患者的视野扩大。唐老师考虑到视野和视力虽得到改善,但是眼压仍偏高,为了取得更好的效果,则调整诊疗思路,在补肝肾明目的基础上,加大了活血利水的力度,选用了茯苓、泽泻、地肤子、猪苓、当归、丹

参等大队活血利水药以促进眼压的下降。四诊,患者的左眼视力又有所提高,左眼压继续降低,基本接近正常,眼底 C/D 也没有进一步扩大,为了更好的巩固疗效,治疗方案调整为滋补肝肾、补气养血法以促进视功能的恢复,收到了较好的效果。

#### 参考文献

- [1]接传红,高健生整理.秘传眼科龙木论[M].北京:人民卫生出版社,2006:25.
- [2]唐由之.中医抗青光眼手术的思路与方法——睫状体平坦部滤过手术[J].中国中医眼科杂志,2006,16(1):1-4.
- [3]唐由之,王影.睫状体平坦部滤过术房水引流途径的研究[J].中国中医眼科杂志,2011,21(4):187-190.

(收稿日期:2011-08-18;修回日期:2012-03-15)

[编辑:洪涛]