

· 医案医话 ·

## 中医药治疗中重度干眼症 3 例

莫雅婷<sup>1</sup>, 马琴<sup>2</sup>, 李丹玉<sup>1</sup>, 杨薇<sup>1</sup>

(1. 中国中医科学院眼科医院, 北京 100040; 2. 醴陵市中医院, 湖南 株洲 412200)

**[摘要]** 干眼症的现代医学专科治疗常以局部治疗为主, 与全身原发病联系较少。中医学则在整体观念的指导下, 注重眼局部与整体的联系, 体现了治病求本的思想。通过 3 例全身原发病表现多样的干眼症病案的治疗, 加深对整体观念和治病求本的认识。

**[关键词]** 干眼症; 中重度; 原发病; 整体观念; 治病求本

**[中图分类号]** R276.7

**[文献标志码]** B

**[文章编号]** 0257-358X(2021)07-0759-03

**DOI:** 10.16295/j.cnki.0257-358x.2021.07.018

干眼症(dry eye)是指因泪液的量、质或流体力学异常而导致的眼表损害和(或)泪膜不稳定<sup>[1]</sup>。临床上多有双眼干涩、异物感、畏光、眼红、视物不清等表现。按照严重程度可分为轻度、中度和重度。中度是指患者有中重度主观症状, 有角结膜荧光素染色, 但经过治疗后体征可消失; 重度是指患者有中重度主观症状, 角结膜荧光素染色明显, 经过治疗后体征不能完全消失<sup>[2]</sup>。越来越多的研究表明, 其发生不仅与眼的局部状态相关, 更与全身因素如性别、年龄、自身免疫、全身疾病、药物等相关<sup>[3-8]</sup>。治疗上, 现代医学专科治疗往往关注改善眼部状态, 对于较复杂的中重度干眼症疗效有限。在此背景下, 中医药着眼于全身辨证, 将本病归属于中医学白涩病、燥症、神水将枯、干涩昏花等范畴, 基于此种认识, 治疗上注重局部与整体相结合, 重视全身原发病与眼病的联系, 优势独特。兹报道 3 例中重度干眼症的中医药治疗案例。

### 1 白涩病(阴虚血热, 阴阳不和证)

李某, 女, 46 岁, 2017 年 10 月 23 日初诊。主诉: 双眼干涩 5 年。现病史: 5 年前无明显诱因出现双眼干涩, 睁眼疼痛, 干哭无泪, 好动, 多汗, 曾多次于当地医院就诊, 诊断为“干眼症”。经人工泪液、外用雾化、针灸等治疗后无明显好转, 遂到中国中医科

学院眼科医院就诊。既往失眠 20 年, 甲状腺功能亢进(甲亢)20 年, 月经提前伴量少 20 年。刻下症: 眼差, 入睡困难, 纳可, 二便调, 舌红苔少, 脉细。专科检查: 视力右眼 0.9, 左眼 0.8; 眼压: 右眼 11.1 mm Hg (1 mm Hg ≈ 0.133 kPa), 左眼 12.3 mm Hg; 双眼球结膜轻度充血, 余眼前节(-); 泪膜破裂时间(tear break-up time, BUT)示: 右眼 0 s, 左眼 0 s; 角膜荧光素钠染色示: 双眼角膜上皮点状着染, 均大于 4 点; 泪液分泌(Shirmer I)试验示: 右眼 0 mm/5 min, 左眼 0 mm/5 min。眼后段(-)。西医诊断: 干眼症, 中医诊断: 白涩病(阴虚血热, 阴阳不和证)。治则养阴清热、调和阴阳。处方以两地汤合桂枝加附子汤加减: 生地 30 g, 玄参 30 g, 白芍 15 g, 麦冬 15 g, 地骨皮 9 g, 阿胶(烊化)9 g, 桂枝 15 g, 炙甘草 6 g, 生姜 10 g, 大枣 12 个, 制附子 6 g。21 剂, 日 1 剂, 水煎服, 日 2 次。3 周后复诊, 诉双眼干涩较前好转, 月经未提前, 量可, 纳眠可, 已无其他不适。专科检查: 视力右眼 0.9, 左眼 0.9; 眼压: 右眼 12.3 mm Hg, 左眼 14.1 mm Hg; BUT 示右眼 4 s, 左眼 4 s。角膜荧光素钠染色示: 双眼角膜上皮点状着染, 右眼 2 点, 左眼 1 点。Shirmer I 试验示: 右眼 8 mm/5 min, 左眼 9 mm/5 min。甲状腺检查仅一项指标略高。定期随访未见复发。

按: 患者年龄 46 岁, 现代医学上属围绝经期, 此阶段性激素改变是干眼症发生的危险因素之一。中医理论认为, 年四十而阴气自半, 此阶段阴血不足, 虚阳上越, 故可出现更年期综合征等一系列阴虚内热的症状。甲亢和失眠等慢性病长期损耗肝血与阳气。肝血不足则无以涵养肝气以通目窍, 故出现玄府不通、畏光、眼干、视物不清等症状。肝血为经血之

**[收稿日期]** 2020-04-29

**[基金项目]** 中国中医科学院基本科研业务费自主选题项目基金资助课题(编号: ZZ11-040); 高健生名医工作室建设项目(编号: 2013)

**[作者简介]** 莫雅婷(1994-), 女, 广东东莞人, 医学硕士, 住院医师, 主要从事中医药防治视神经疾病临床研究。邮箱: dg\_myt@126.com。

源,长期伤阴,阳热相对有余,故见月经量少、提前。正如《傅青主女科》所说:“先期者火气之冲,多寡者水气之验,故先期而来多者,火热而水有余也;先期而来少者,火热而水不足”。后期出现的脾气暴躁易怒、心烦、心率快、好动、汗多等甲亢表现,也属阴血亏虚、阳热相对有余的结果。然而阴阳互根互用,阴血不足与长期失眠势必损及阳气,其多汗并非太阳中风证表现的恶风自汗,而是阳密不固表现的多汗,汗多则阳气无所止息,营卫失调,进一步伤阴耗阳。本着治病求本的原则,一以桂枝加附子汤滋阴和阳,调和营卫,回阳固表以使其寤寐得宜,汗出有度,整体阴阳复归平衡,二予两地汤相配,养血清热,上养于目,恢复已失阴血。二方合用更合乎张景岳阴阳互补的认识:“善补阳者,必于阴中求阳,则阳得阴助而生化无穷;善补阴者,必于阳中求阴,则阴得阳升而泉源不竭。”方中地骨皮、生地黄能清骨中之热、肾经之热。针对肾经之热,清其骨髓,则肾气自清,而又不损伤胃气,水盛火自平;玄参清血中之火而微补;炙甘草合白芍酸甘化阴,桂枝合炙甘草辛甘化阳,炙甘草调中扶土;附子回阳固表,性善走散,温化阴液行于全身则症状自解。

## 2 白涩病(寒热错杂证)

陈某,男,42岁,2018年5月22日初诊。主诉:双眼干涩2年余。曾于他院就医确诊为“干眼症”,予人工泪液等常规治疗无明显好转。患者平时用电脑手机较多,工作繁忙,饮食不规律,大便有时不成形。既往慢性胃炎病史,否认高血压、糖尿病史。刻下症:大便不成形,质黏,色黄,量可,小便调,纳眠差,舌淡红,苔黄腻。专科检查:视力右眼0.8,左眼1.0;眼压:右眼13.2 mm Hg,左眼14.7 mm Hg;眼前节:双眼球结膜轻度充血,余眼前节(-)。BUT示右眼1 s,左1 s;角膜荧光素钠染色检查:双眼角膜上皮点状着染,均大于4点;Schimmer I 试验示:右眼1 mm/5 min,左眼1 mm/5 min。眼后段(-)。西医诊断:干眼症;中医诊断:白涩病(寒热错杂证)。治则平调寒热。处方以半夏泻心汤加味:半夏10 g,黄芩10 g,干姜10 g,人参15 g,炙甘草6 g,黄连6 g,大枣12个,肉桂3 g。7剂,水煎服,日2次。1周后复诊,自诉感到身体较前有劲,视物持久,眼中有泪。舌淡红,苔薄腻。专科检查:视力右眼1.0,左眼1.0;眼压:右眼13.6 mm Hg,左眼13.7 mm Hg。BUT示右眼5 s,左眼4 s;角膜荧光素钠染色:双眼(-);Shirmer I 试验示:右眼9 mm/5 min,左眼8 mm/5 min。嘱按原方继续服1周停药。1周后再诊,前述症状已无。定期随访未见复发。

按:患者平时较多使用电子产品,久视伤血。饮

食不规律则伤及脾胃,中气受伤。大便不成形,舌苔黄腻则说明其病以脾胃虚寒为本,湿热为标。结合既往慢性胃炎病史,可概括病机为脾胃运化失司,清阳不升,浊阴不降。《脾胃论》论述:“脾虚则五脏之精气皆失所司,不能归明于目矣”。脾虚不能升清,故可见双眼干涩。方用半夏泻心汤平调寒热,辛开苦降,和解中焦枢机。半夏燥湿祛痰,合黄连、黄芩清热降逆和胃,与温中暖脾的干姜相配辛开苦降,顺应胃气下降,肉桂与黄连相配是为交泰丸,交通上下阴阳。人参、大枣、甘草补脾,顺应脾升。全方寒温并用,寒热同调,中焦升降如常,则脾胃病与眼病皆得愈。

## 3 白涩病(阴阳两虚证)

曲某,女,83岁,2015年5月14日初诊。主诉:眼干伴口干5年。现病史:自2000年开始出现双眼磨涩,眼干,分泌物多,就诊于他院,干眼分析示:右眼IV级,左眼IV级;BUT 试验示:右眼2 s,左眼2.7 s。诊断为干眼症。予补充人工泪液等治疗,因症状缓解不明显而就诊于北京各大三甲医院。2014年于他院确诊干燥综合征。治疗上,西医予鱼腥草眼药水、迪非眼药水、人工泪液等,中医以疏散风热、凉血解毒为治则,然眼干、口干缓解皆不明显,转诊于中国中医科学院眼科医院门诊。既往高血压病史10余年,肺栓塞病史10余年,服用华法林至今,骨性关节炎病史20年,右腿深浅静脉血栓10余年,L<sub>4</sub>/L<sub>5</sub> 椎间盘滑脱20余年,冠心病病史10余年。否认糖尿病及高血脂病史。刻下症见:口干,需携带水壶时时随饮,双眼上眼睑青紫,诉春秋季节手脚冰凉,长时间走路后腿痛,纳眠可,二便调。脉弱,舌暗,水滑,无苔。眼科检查:视力右眼0.5,左眼0.6;眼压:右眼11.2 mm Hg,左眼11.4 mm Hg。BUT 示:右眼2 s,左眼2 s。角膜荧光素钠染色示:双眼角膜上皮点状着染,双眼均大于4点。Shirmer I 试验示:右眼0 mm/5 min,左眼0 mm/5 min。眼后段(-)。西医诊断:干燥综合征,中医诊断:白涩病(阴阳两虚证)。治则温补脾肾、扶阳滋阴。处方以两地汤合理中丸加减:生地黄30 g,玄参30 g,白芍15 g,麦冬15 g,地骨皮10 g,阿胶(烊化)10 g,桂枝10 g,川椒3 g,党参10 g,甘草6 g,干姜6 g,白术10 g。21剂,水煎服,日2次。6月4日二诊,诉眼干、口干明显好转,脚仍凉,眼睑发紫改善不明显,左关脉弱。嘱继服上方3个月。9月3日三诊:诉眼干、口干已不明显,双眼少许磨涩,以夜晚为主,脚凉不明显,但双眼累,不爱睁眼,眼周青紫基本消退,剩余内眦上方少许青紫色。眼科检查:视力右眼0.5,左眼0.6;眼压:右眼14.2 mm Hg,左眼13.8 mm Hg。BUT 示:右眼5 s,左眼6 s。角膜荧光素钠染色示:双

眼角膜上皮点状着染,右眼 2 点,左眼 1 点。Shirmer I 试验示:右眼 9 mm/5 min,左眼 10 mm/5 min。眼后段(-)。随访已无眼干、口干,眼睑青紫未复发。2 年后患者再次来诊,诉近期再次出现眼干、口干,无关节疼痛与眼睑青紫,脉沉弱。根据全身症状辨证处方,药后眼干、口干缓解。此后间断复诊,继续缓解眼干、口干症状并巩固善后。

按:患者年老肾气亏虚,前医屡用清热解毒法无效而反戕伐脾阳。根据中医眼科五轮学说,眼睑青紫也反映了脾阳不足。患者春秋手脚易凉,春秋为阳气升发及收藏之时,阳气不足以升发,脾主四肢,阳气主温煦推动,脾阳亏虚则四肢不温。故以理中汤温中散寒,少量川椒散阴寒,通阳、助阳、引阳,且通三焦,解玄府之郁结,补命门之火<sup>[9]</sup>。眼干、口干、无苔,且时时口渴欲饮,说明患者阴血亏虚,虚阳上浮,血虚则血瘀,血不利则为水,故舌暗水滑。予两地汤滋肾阴根本,辅以桂枝通络化气利水,助津液敷化。二方一阴一阳,动药与静药合用,更取阴中求阳、阳中求阴之意,以求化气有源,则能温中散寒,脾肾双补。服用 21 剂后口干改善。而眼睑发紫、脚凉则需继服方可改善,说明阴血相对于阳气较易滋补,阳气尤其是脾阳恢复则需要相对较长的时间。

#### 4 结论

现代医学对于眼症的治疗,局部手段有补充人工泪液,少用或不用含防腐剂的眼部外用制剂,局部应用非甾体类抗炎药、糖皮质激素及免疫抑制剂,物理按摩,手术等,全身治疗方式较单一且疗效有限,若按常规方式治疗恐难以取效。以上 3 例病案情况即属于此。眼与全身脏腑经络的气血阴阳盈亏相关。在脏腑上,体现在“五脏六腑之精气,皆上注于目而为之精”。在经络上,体现在“十二经络,三百六十五络,其血气皆上走于面而走空窍,其精阳气上走于目而为睛”。因此,眼部病变是全身气血阴阳失衡的局部表现。该 3 例患者在干眼的局部症状之外,尚有较为严重的全身疾病,治疗过程体现了中医学治病求本,尤其是求原发病之本、全身基础状况之本的整体观念。

中医学对于眼症的认识较深入,治疗上或从阴虚、或从阳虚、或从火郁着手<sup>[10-12]</sup>,充分顾及全身整体状态,务求治病求本。以上 3 则案例,干眼症的发生与原发病密切相关,治疗时着眼于全身原发病的治疗,体现了治病求本不仅本于阴阳,也本于原发病。3 例患者在服用中药后眼部与全身状态均得到改善,证明了中医药治疗干眼症的优势。但临床实践中,仍有许多问题需要进一步探索,如患者曲某,

在三诊后眼干、口干已无,但 2 年后再次出现眼干、口干症状且脉弱,原因值得思考。笔者尝试总结原因:其一,与正气不足相关疾病的自然发展有关。患者来诊时全身状况以阴阳两虚、年老肾精不足、肾气亏虚为主,又兼有血瘀、寒凝。治疗上以调补阴阳、通络温散寒凝为方向,经治疗后,阴阳两虚状况得到极大改善,寒凝血瘀等实邪也基本祛除。然而结合患者高龄及既往多种器质性相关疾病,其年老肾气、肾精亏虚,阴气不足,阳气亦不足,2 年后再次复发与高龄、正气相关疾病的自然进展有关。其二,燥症普遍性的范畴下,干燥综合征发病的特殊性。干燥综合征从临床表现上可归属于中医燥症。在燥症普遍的发病特点之外,干燥综合征发病的病因病机特殊性在于先天禀赋不足。此外,中医现代研究发现本病发病与燥毒瘀三者夹杂相关。从本例复发前的治疗过程及复诊情况看,应可排除这种可能性,而与先天禀赋不足相关性更大一些。由于仅涉个案,此类反复发作的重度干燥综合征发病的共性特点,尚有待扩大样本以进一步加深探讨与总结。

#### [参考文献]

- [1] 中华医学会眼科学分会角膜病学组. 干眼临床诊疗专家共识(2013 年)[J]. 中华眼科杂志,2013,49(1):73-75.
- [2] 刘祖国,张晓博. 解读国际泪膜与眼表协会 2017 年干眼专家共识中的干眼定义与分类[J]. 中华眼科杂志,2018,54(4):246-248.
- [3] 沈乎醒,高卫萍. 2 型糖尿病发生干眼的相关因素分析[J]. 国际眼科杂志,2018,18(1):126-129.
- [4] 李倩文,张仲臣,张佳楠. 干眼病患者相关因素的研究进展[J]. 中华临床医师杂志(电子版),2013,18:8364-8367.
- [5] TONG L,TAN J,THUMBOO J,et al. Dry Eye[J]. BMJ, 2012,345:1-3.
- [6] 金珂,朱豫. 甲状腺相关眼病患者干眼症患病率及特征分析[J]. 眼科新进展,2015,35(5):473-475.
- [7] 杨华,尹连荣,高健生. 围绝经期干眼研究进展[J]. 中国中医眼科杂志,2018,28(5):346-349.
- [8] 杨永升,张守康,谢立科. 药源性干眼症[J]. 国际眼科纵览,2012,36(4):245-250.
- [9] 杨薇,宋剑涛,高健生. 益气升阳举陷法在眼科的应用[J]. 中国中医眼科杂志,2011,21(2):114-117.
- [10] 彭清华. 中医眼科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:129-131.
- [11] 李金田. 干眼症辨证施治一得[C]//世界中医药学会联合会第二届眼科年会、中华中医药学会第十次中医中西医结合眼科学术大会论文汇编,广东广州,2011:83-84.
- [12] 王一帆,宋立. 浅谈“玄府学说”在干眼辨证中的应用[J]. 中华中医药杂志,2017,32(3):1132-1134.