

中医成才经验

邓亚平治眼病的学术思想

谢学军 袁晓辉 周华祥 李 晟 靳晓平 指导:邓亚平

(四川省中医医院,成都市红星路一段44号,610077)

关键词 名老中医; @ 邓亚平

邓亚平教授出生于湖南省常宁县,1948年以优异的成绩考入华西医科大学,进行为期6年的大学学习,毕业后分配在四川省人民医院眼科工作。1954年-1961年邓老得到当时四川省人民医院眼科主任罗文彬教授的悉心指导,1962年调入成都中医学院附属医院(即现在的四川省中医医院)师承全国著名中医眼科专家陈达夫教授学习中医眼科,此后一直在成都中医药大学附属医院眼科从事中西医结合眼科工作。为进一步系统的学习中医药知识,邓老于1973年-1975年参加成都中医学院举办的西医离职学习中医班,1976年又到广州中医学院参加中医五官科学习班。邓老这种始学西医,再学中医的学医行医经历,逐步形成了她融汇中西医的独有学术思想与诊疗特色。

1 在中医眼科的病因病机方面倡导“万病皆瘀”学说

“万病皆瘀”的理论是邓亚平教授在学习中医基础理论、并实践于临床,融汇中西医眼科的相关知识而提出的。邓老认为,任何眼病皆有“瘀滞”,内障眼病中,轻者如云雾移睛,重者如暴盲皆因“瘀滞”所致。从眼部检查所见而言,眼睑、结膜血管的迂曲扩张,泪囊的慢性炎症,角膜变性,各种原因的玻璃体混浊液化,脉络膜、视网膜、视乳头的炎症、出血及缺血等病变都与“瘀滞”有关。邓亚平教授对眼病的病因病机之所以强调“瘀”,提出“万病皆瘀”的理论基础是:中医基础理论关于气血津液以及脏腑与眼的关系,尤其强调眼与血、眼与肝的关系密切。中医眼科将肝所受藏之血特称为“真血”。明代眼科专著《审视瑶函·目为至宝论》阐释:“真血,即肝中升运于目,轻清之血,乃滋目经络之血也。此血非比肌肉间混浊易行之血,因其轻清上升于高而难得,故谓之真也。”对于血与目中之神水、神膏及瞳神的关系,以及血虚、血瘀与眼病发

生的关系,该篇还论述到:“血养水,水养膏,膏护瞳神……。夫目之有血为养血之源,充和则有发生长养之功,而且少病,少有亏滞目疾生矣。”清代医家唐容川在其所著《血证论》中明言:“离经之血,虽清血鲜血,亦是瘀血。”由此可见,中医眼科非常重视眼与血、眼与肝的关系,养目之血必须“充和”,若血虚、血瘀均可导致目病的发生。为此,邓亚平教授提出“万病皆瘀”,强调在眼科临证必须注意活血化瘀的灵活运用。

在长期临床实践中,邓亚平教授及其学生和弟子对出血性眼病的临床特点进行了总结:1)出血性眼病所致的眼内出血,由于眼内无窍道直接排出,故吸收消散难、易于留瘀,瘀留目内则变症丛生,后患无穷;2)出血性眼病不象体表四肢出血能机械性直接止血,故止血也不易;3)眼部组织脆弱而脉络丰富,因而出血性眼病易反复出血,常新旧出血同时兼见。因此,邓老认为诊治出血性眼病必须注意以下几个问题:其一,必须注意止血有留瘀之弊,因瘀血不除,血行不畅,脉络不通,又可引发出血,而化瘀又须勿忘再出血之嫌,即须处理好止血与化瘀的关系,不可偏执;其二,必须重视血与水的关系,因为“血不利便化为水”,因此,在出血性眼病的中期应在辨证治疗的同时,常加用利水渗湿的五苓散,可减轻出血性眼病所致的视网膜水肿;其三,必须将辨病与辨证相结合,若为视网膜静脉周围炎、视盘血管炎等炎性出血的眼病,其出血是眼内血管因炎性刺激,血液的成分破壁而出所致,故初期以凉血止血为主,佐以清热泻火之品,药用牡丹皮、赤芍、生地、黄芩、墨旱莲等,出血停止再酌情调治;若为老年性黄斑变性等变性出血,其出血是眼内组织因变性疾病使血管脆性增加,凝血机制不良而出血,此即中医“气不摄血”或“脾不统血”之故,因此,一般以补气摄血或补血止血为主,药用黄芪、人参、白芍、茯苓、阿胶等益气止血、补肾明目;若为视网膜静脉阻塞所致的眼底出血,其出血是眼内血管栓塞,血流无法通过,破壁外溢,故常以行气活血化瘀为主,药用桃仁、红花、干地黄、枳壳、川芎、石菖蒲等;若为外伤所致眼内出血,是因为眼

课题项目:国家“十五”科技攻关计划“名老中医学术思想、经验传承研究”(2004BA721A01Z84)

球结构精细,组织脆弱,任何轻微的损伤均可使眼球的血管破裂而出血,故治疗早期应以凉血止血为主,选用生蒲黄、白茅根、荆芥炭、侧柏叶等,中期应以活血化瘀行气为主,选用桃仁、红花、丹参、郁金、牛膝等,后期应以益气活血、补益肝肾为主;若为糖尿病性视网膜病变,其证候特点是本虚标实、虚实夹杂,随病变的发生发展,其中医病证逐渐从阴虚→气阴两虚→阴阳两虚演变,并且患者全身的瘀血表现也随之加重,肝肾虚损、阴损及阳、目窍失养是其基本病机,因虚致瘀、目窍阻滞为其发展过程中的重要病机,故特别强调对其治疗应扶正祛邪,不宜用破血逐瘀之品,处理好扶正与祛瘀、活血与止血的关系。

病案举例:患者某,女,67岁,右眼视力突然下降1周。2005年10月10日初诊。1周前患者右眼视力无明显诱因突然下降,今来我处就诊。初诊:症见 VOD:CF/眼前,VOS:0.8,右眼前节未见异常,晶状体周边可见少许混浊,玻璃体下方呈网状混浊,在视网膜前形成膜样混浊,眼底模糊;左眼未见异常。舌淡红,苔薄白,脉弦。6年前(即1999年)在我院诊断为“右 BRVO”;患高血压病9年。患者右眼玻璃体出血仅7天,为新鲜出血,全身无其他不良情况,故应考虑为热灼脉络,重在凉血止血、佐以活血,方选生蒲黄汤加减。处方:生蒲黄 25g(另包),墨旱莲 25g,荆芥炭 15g,侧柏炭 15g,大蓟 15g,小蓟 15g,生地黄 15g,丹参 30g,牡丹皮 15g,山茱萸 15g,6剂,煎服,日1剂。辅助疗法:1)止血口服液,3盒/1支,3次/日;2)血栓通胶囊,3盒/3片,3次/日。二诊:2005-10-17,服药6剂,右眼视力明显提高。VOD:0.4,VOS:0.8,余同前。治疗有效,继续守方治疗,在上方基础上加龙骨 15g,牡蛎 15g,琥珀 15g,乳香 15g,没药 15g以软坚散结。辅助疗法:1)血栓通胶囊,5盒/3片,3次/日;2)胎宝胶囊,3盒/3片,3次/日。三诊:2005-11-10,服药6剂,视物较前清楚。右眼有分泌物。VOD:0.5+3,VOS:1.0,右眼睑结膜轻度充血,角膜未见异常,玻璃体下方呈网状混浊,在视网膜前形成膜样混浊,眼底模糊可见;左眼未见异常。全身症见患者口干不适。舌质淡红,舌苔薄白,脉弦。右眼视力进一步提高,视物较前清楚。此次就诊已经距离初诊1个月,出血得到有效控制,故改用血府逐瘀汤加减,重在活血化瘀散结,佐以止血。右眼有分泌物给予泰利必妥眼液滴眼。处方:当归 25g,赤芍 15g,生地黄 15g,川芎 15g,桃仁 15g,红花 15g,丹参 30g,牡丹皮 15g,龙骨 25g,牡蛎 25g,麦冬 15g。6剂,水煎服,日1剂。辅助疗法:1)泰利必妥眼液,1支/OD,3次/日;2)复方血栓通胶

囊,3盒/3片,3次/日。四诊:2006-1-16,服药6剂,视物又较前清楚。VOD:0.6,VOS:1.0,右眼视网膜模糊可见血管。舌质暗红,有瘀点,舌苔薄白,脉弦。全身症见疲乏无力,梦多,纳差。右眼视力进一步提高。右眼底模糊可见血管,说明眼内出血有明显吸收,患者出现疲乏无力,梦多,纳差等全身症状,考虑为病久致虚,久用活血化瘀之品损伤正气,辨证为肝肾不足、兼有气虚,此时距发病已有3个月,故予补益肝肾、益气活血治之,方选驻景丸加减,主要加益气活血之品,患者梦多加夜交藤安神。全身服用神经营养剂。处方:楮实子 25g,羌蔚子 15g,菟丝子 25g,枸杞子 15g,丹参 30g,郁金 15g,红花 15g,牛膝 15g,泡参 30g,黄芪 25g,黄精 15g,夜交藤 15g。6剂,水煎服,日1剂。辅助疗法:1)甲钴胺片,0.5mg×5盒/1片,3次/日;2)VitB1,100mg×100片/2片,3次/日。

按:生蒲黄汤是陈达夫教授的经验方,具有止血活血、凉血散瘀之功效,方中生蒲黄、墨旱莲、荆芥炭、生地黄凉血止血;眼内出血若只止血而不散瘀,则瘀血积于眼内,为患极大,故配以丹参、牡丹皮凉血活血散瘀。因本案患者右眼出血仅1周,并且出血量大,故在此基础上,加侧柏炭、大蓟、小蓟以增强凉血止血之力;因睡眠差,故加山茱萸以安神;二诊时,右眼视力明显提高,说明治疗有效,继续守方治疗,因睡眠差,故在上方基础上加龙骨、牡蛎以增强安神之功,加琥珀、乳香、没药以软坚散结;三诊时,右眼视力进一步提高,此次就诊已经距离初诊1个月,出血得到有效控制,故改用血府逐瘀汤加减,重在活血化瘀散结,佐以止血。四诊时,右眼视力进一步提高,眼内出血有明显吸收,患者出现疲乏无力,梦多,纳差等全身症状,考虑为病久致虚,久用活血化瘀之品损伤正气,故辨证为肝肾不足、兼有气虚,此时距发病已有3个月,给予补益肝肾、益气活血治之,方选驻景丸加减,主要加益气活血之品。本病案的辨证治疗过程体现了急则治其标,缓则治其本,标本兼治以及攻补兼施,在病变的不同阶段适时调整止血与活血的用量,在病变的后期则转为扶正为主的临证思辨特点。

2 对眼科疾病之“瘀”的诠释

邓亚平教授在学习和实践中医有关基础理论的基础上,结合临证实践和西医学的相关知识,对眼科疾病之“瘀”进行了新的诠释。邓老认为,造成眼病的“瘀”有广义和狭义之分。狭义之瘀即“有形之瘀”,反映血运行不畅,留滞、停滯瘀积于局部,表现为中医的血瘀证或西医的微循环障碍,如眼睑、球结膜血管的青紫曲张甚至是怒张、前房及玻璃体出血、混浊、眼底的出血、

渗出、视网膜前膜、玻璃体视网膜纤维组织的增生牵拉等,舌可有瘀点或瘀斑、舌下静脉曲张,脉可有弦涩等。同时,由于视网膜血管是人体肉眼唯一可直接观察到的微血管,对于“有形之瘀”眼科医生可以从检眼镜中直接看到视网膜血管的“瘀”之改变,如视网膜静脉阻塞的眼底出血、渗出、水肿、视网膜静脉迂曲、扩张、串珠样改变、微动脉瘤等改变。广义之瘀即“无形之瘀”,除狭义之“瘀”外,还包括各种病因病理产物的综合病变,即某些人们无法直接看见的血液黏滞、血液动力学改变等病理改变,这也是活血化瘀法在眼科临证中广泛应用的依据。

虽然早在《黄帝内经》就有“恶血留内”之记载,其治则为“结者散之,留者攻之”(《素问·至真要大论》)。《说文》对“瘀”的解释为:“瘀为积血”,即狭义的“瘀”,反映血液运行不畅,停滞、留滞、瘀积于局部的病理。清代医家唐容川在其所著《血证论》中明言:“离经之血,虽清血鲜血,亦是瘀血”,这应视为对狭义的“瘀”的扩展。据此,邓亚平教授在临证治疗血热妄行所致的出血性眼病时,就特别注意止血而勿忘留瘀之弊,少用十灰散,而常用生蒲黄汤。在临证中,邓亚平教授发现很多眼病虽然没有“有形之瘀”的改变,但是实验室检查发现其患者存在血黏度增高、血液动力学异常等病理改变,灵活应用活血化瘀法治疗能取得显著疗效,于是在眼科临证中又提出要注意“无形之瘀”。如邓老在临证治疗甲状腺相关性眼病时,该病虽无出血、积血等“有形之瘀”的体征,但是邓老在选方用药时常以活血化瘀、利水渗湿法、用四苓散合四物汤加减治疗。

病案举例:患者某,女,48岁。左眼不能上转1年,伴复视,双眼球突出。2003年08月20日初诊。患者1年前无明显诱因左眼不能上转,伴复视,眼球突出。当时在华西就诊,诊断为“甲亢”住院治疗,甲亢病情好转,但眼部症状不好转,左眼反复充血。现来我院就诊。初诊:VOD 0.4, VOS 0.25。检查见双眼上睑退缩。右眼结膜(-),角膜(-)瞳孔圆,晶体无混浊,玻璃体无混浊,眼底正常。左眼结膜充血(+),角膜上皮少许点状着色,瞳孔圆,晶体无混浊,玻璃体无混浊,眼底正常。眼球运动:左眼上转受限。全身无明显不适。舌淡、苔薄白,脉细。因为肝气郁结,气机不畅,气血失和,运行不畅,气滞血瘀;肝气横逆犯脾,脾失健运,水湿内停,则眼部肌肉肥厚,眼球突出,上睑水肿,故辨证为气滞血瘀、水湿内停。治以活血化瘀、利水渗湿,方选四苓散合四物汤加减,主要见软坚散结之品。

处方:川芎 15g, 生地黄 15g, 赤芍 15g, 当归 15g, 茯苓 15g, 猪苓 15g, 泽泻 15g, 白术 15g, 荔枝核 15g, 浙贝母 15g, 夏枯草 15g, 枳壳 15g。水煎服,每日1剂。辅助疗法:强的松,30mg,口服,日1次,服7日;叶酸2片,口服,3次/日;甲氨喋呤4片,口服,日1次。二诊:2005-9-26。服药7剂后,感左眼球突出好转,但仍不能上转,伴复视。纳眠可,二便调,舌淡、苔薄白,脉弦。VOD 0.4/矫正 0.8, VOS 0.25/矫正 0.6。双眼上睑退缩,右眼结膜(-),角膜(-)瞳孔圆,晶体无混浊,玻璃体无混浊,眼底正常。左眼上睑退缩,眼球突出,结膜充血(+),角膜(-),瞳孔圆,晶体无混浊,玻璃体无混浊,眼底正常。眼球运动:左眼上转受限,外展轻度受限。鉴于左眼患者角膜染色消失,说明患者眼睑闭合状态较上次就诊时好转,双眼上睑退缩减轻,治疗有效,故继续治以活血化瘀、软坚散结,并加强软坚散结的力量,用桃红四物汤合化坚二陈汤加减治疗。处方:川芎 15g, 生地黄 15g, 赤芍 15g, 枳壳 15g, 夏枯草 15g, 桃仁 15g, 红花 15g, 陈皮 15g, 法半夏 15g, 茯苓 15g, 荔枝核 15g, 浙贝母 15g, 僵蚕 6g。水煎服,每日1剂。辅助疗法:强的松,15mg,口服,日1次,服7日;叶酸2片,口服,3次/日;甲氨喋呤2片,口服,日1次。

按:四苓散为健脾利水渗湿之代表方,而四物汤为养血活血化瘀之代表方,以生地黄易四物汤中的熟地黄,其意在于熟地黄过于滋腻,不利痰瘀的消除,在此基础上加荔枝核 15g, 浙贝母 15g, 夏枯草 15g, 枳壳 15g 以软坚散结,并配合糖皮质激素等治疗。复诊时,左眼球突出好转,左眼患者角膜染色消失治疗有效,故应继续活血化瘀、并加强软坚散结之力,方选桃红四物汤合化坚二陈汤加减,加荔枝核 15g, 浙贝母 15g, 僵蚕 6g, 以加强软坚散结之力。综上所述,本案的治疗体现了治疗甲状腺相关眼病时应注意辨证与辨病的结合,水血同治的临证思辨特点。经过治疗,患者的病情得到良好的控制,同时患者也未出现明显糖皮质激素的副作用。

3 结语

综上所述,邓亚平教授的学术思想概括起来为:在中医眼科临床基本理论上强调“万病皆瘀”的学说,诠释眼科临床中的“有形之瘀”和“无形之瘀”,发展了唐容川的“瘀血”的学术内容;在中医眼科临证上,突出从瘀论治,灵活应用活血化瘀法,对中医眼科的学科建设起到了积极的推动作用。

(2007-04-04 收稿)