

本文引用:夏飞,喻娟,彭清华.彭清华教授治疗中心性渗出性脉络膜视网膜病变经验[J].湖南中医药大学学报,2019,39(6):729-732.

彭清华教授治疗中心性渗出性脉络膜视网膜病变经验

夏飞¹,喻娟^{2*},彭清华^{1*}

(1.湖南中医药大学,湖南长沙410208;2.湖南中医药大学第一附属医院眼科,湖南长沙410007)

〔摘要〕 中心性渗出性脉络膜视网膜病变,目前临床尚无确切有效的治疗。西医主要采用病因治疗,有一定疗效。彭清华教授将眼科局部辨证与全身辨证相结合,采用活血利水法治疗中心性渗出性脉络膜视网膜病变,临床疗效满意。

〔关键词〕 中心性渗出性脉络膜视网膜病变;活血利水法;眼科局部辨证;彭清华

〔中图分类号〕R276.7 **〔文献标志码〕**B **〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.06.0012

Professor PENG Qinghua's Experience in Treating Central Exudative Chorioretinopathy

XIA Fei¹, YU Juan^{2*}, PENG Qinghua^{1*}

(1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China; 2. Ophthalmology Department, The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China)

〔Abstract〕 For central exudative chorioretinopathy (CEC), there is no accurate and effective treatment clinically. Western medicine is mainly aimed at the treatment of etiology, anti-VEGF and other treatment, with a certain effect. By combining the local syndrome differentiation of ophthalmology and the whole body syndrome differentiation, Professor PENG Qinghua's uses the method of invigorating blood and draining water to treat CEC, with satisfying clinical efficacy.

〔Keywords〕 central exudative chorioretinopathy; the method of invigorating blood and draining water; local syndrome differentiation of ophthalmology; PENG Qinghua

中心性渗出性脉络膜视网膜病变(central exudative chori, CEC),简称中渗,又称青壮年出血性黄斑病变或特发性局限性视网膜下新生血管,系孤立地发生在黄斑部的渗出性脉络膜视网膜病变,并伴视网膜下新生血管(choroidal neovascularization, CNV)^[1]。中医学可根据病变的不同时期或症状分别归为“暴盲”“视瞻昏渺”“视直如曲”“视惑”等范畴。临床以视力显著下降,眼前黑影遮蔽,视物变

形,黄斑部可见黄白色渗出并伴有出血为主要特征。该病青壮年多见,单眼发病多,无明显性别差异。病程较长,常间歇发作,可持续一两年甚至更长时间。且可由于瘢痕形成而导致视力永久性损害^[2]。西医对其病因认识尚不十分明确,可能与原虫、真菌、结核、梅毒^[3]及病毒^[4]等因素有关。病理上属于局限性肉芽肿性脉络膜炎^[5]。治疗包括激光光凝治疗、光动力疗法(photodynamic therapy, PDT)、经瞳孔温

〔收稿日期〕2018-07-01

〔基金项目〕国家自然科学基金资助项目(81603665);湖南省自然科学基金资助项目(2017JJ3238);中医药防治眼耳鼻喉疾病湖南省重点实验室(kc1704005,2017TP1018);中央财政支持地方高校资助项目。

〔作者简介〕夏飞,男,在读硕士研究生,研究方向:中医诊治眼底病,E-mail:243730512@qq.com。

〔通讯作者〕*喻娟,女,博士,主治医师,E-mail:hi_yujuan@163.com;彭清华,男,二级教授,主任医师,E-mail:pqh410007@126.com。

热疗法(transpupillary thermo therapy, TTT)、抗血管内皮细胞生长因子(vascular endothelial growth factor, VEGF)等。但单纯抗 VEGF 玻璃腔注射^[6]无菌要求严格,还存在是否需要多次给药问题,而且给药的剂量、间隔时间、次数及用药的长期安全性还需进一步研究证实。普通激光治疗^[7]适用于屈光间质清楚并且位于黄斑中心凹颞侧及上下侧 1/4 PD 以外的新生血管膜,对黄斑中心凹下 CNV 无能为力。TTT^[8]是利用温热疗法传送的热能,使眼底病变部位升温至 45℃~60℃来治疗本病,但是难以确定精确的 TTT 治疗能量,过量时会导致视力急剧下降及中心暗点。PDT^[9]可选择性地破坏异常的新生血管,但不能从根本上防止 CNV 的发生,也无法改善视力,并且费用较高。

彭清华教授系二级教授、主任医师、博士研究生导师,卫生部有突出贡献中青年专家,全国百名杰出青年中医,享受国务院政府特殊津贴的专家,新世纪百千万人才工程国家级人选,国家中医临床重点专科、国家中医药管理局重点学科和重点中医专科的学科带头人,全国眼底病中医医疗中心主任。彭教授从事眼科临床 30 年,对 CEC 的治疗疗效满意,总结介绍如下。

1 病因病机

中医对 CEC 病因病机的认识包括肝肾亏虚、湿浊痰瘀、火热动血等^[10]。病变脏腑涉及肾、肝、脾等。劳伤肝肾,精血亏虚,则目失濡养,神光无源,而视物昏暗;情志不调,则气机不畅,气滞日久,则血脉瘀阻,玄府闭塞,气血津液失常,溢出眼底则可见渗出、出血、视物模糊;肝肾阴虚,水不涵木,虚火自生,上炎目窍,灼烧津液,迫血妄行,故可见眼底出血、渗出;或饮食不节,恣食辛辣,嗜烟酒,则湿热内生,熏蒸上窍,导致气血津液失常,则肝郁气滞或痰湿久蕴而见眼底出血及渗出。

2 证治思路

临床上 CEC 患者多见中青年,多见单眼发病,多因脏腑功能不足,肝肾不足则虚火上炎,灼烧经脉,迫血妄行,血溢脉外,日久则经脉瘀阻,水谷精微不能上荣于目,而视物不清,形成虚实夹杂之证。彭

清华教授临床治疗 CEC 方多以知柏地黄丸加减,若渗出较多者,加车前子、法半夏、泽泻、薏苡仁以利水祛湿;若有虚火上炎且眼底出血者,加墨旱莲、女贞子、白茅根以滋阴清热,凉血止血;若瘀血日久不消,加五味子、鳖甲、三棱、莪术等破血散瘀;若头重及黄斑部水肿、渗出明显者,可加赤小豆、浙贝母、薏苡仁、姜半夏等化痰散结;对于经久不治、情绪急躁患者,可合逍遥散加减以疏肝解郁。在治疗眼底疾病时,彭清华教授始终将理血贯穿其中,同时加以滋补肝肾、清热利湿、疏肝理气等治法,因各种外界病理因素导致的眼底血管变细或阻塞,理血能促进视网膜黄斑部血液循环,改善视网膜黄斑部内环境,加速出血、渗出等的吸收。

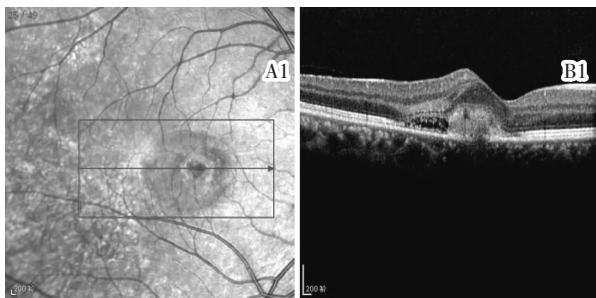
彭教授在临床上对眼底出血者以分期治疗为主,辅以辨证论治,分期治疗根据出血情况分出血期、瘀血期及吸收期^[11],分期治疗主要针对 CEC 有眼底出血,且尚未形成新生血管者。若伴有新生血管的形成,中药治疗进程缓慢,亦可能引起患者的急躁情绪。若门诊见眼底新生血管者,建议行抗 VEGF 加中药治疗,中西医结合的治疗可加快新生血管萎缩,眼底渗出、出血的吸收。1993 年,彭清华教授明确提出了眼病的水血同治原则。理论依据有:生理上水血同源,《灵枢·邪客》曰:“营气者,泌其津液,注之于脉,化以为血。”“汗者,血之液也。”这说明两者在一定的条件下可相互转换,且在一定条件下二者又互为生成之源。《素问·经脉别论》曰:“饮入于胃,脾气散精……水精四布。”《灵枢·营卫生会》曰:“……此所受气者,泌糟粕,蒸津液,化其精微,上注于肺脉,乃化而为血……”,表明两者均来自脾胃所化生的水谷精微。病理上水血互累。《灵枢·营卫生会》曰:“夺血者无汗,夺汗者无血。”《灵枢·百病始生篇》曰:“温气不行,凝血蕴里而不散,津液涩渗,着而不去而积皆成亦。”古代医家也提出许多水血同治的方法,并创立了许多经方。例如张仲景《伤寒杂病论》有养血利水、下血逐水、逐瘀除湿等多种水血同治之法,并有许多水血同治方剂,如水与血互结在血室的大黄甘遂汤,开创了临床水血同治的先河。彭清华教授认为临床眼病的治疗应遵循局部与全身辨证相结合,治疗 CEC 应以活血利水为主,早期兼以活血祛瘀,疏肝解郁,选方多以血府逐瘀汤加减,配以车前

子、茯苓、泽泻、白术等利水渗湿;加柴胡、陈皮、郁金等理气疏肝。若发病日久,出现神疲乏力、少气懒言,纳呆便溏者,可合归脾汤加减;后期若出血、渗出难消者,可加桂枝、炮姜等温经通脉。

3 验案举隅

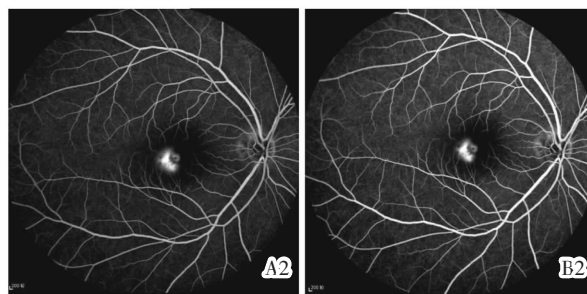
李某,女性,34岁,白领,工作中长时间使用电脑,有加班熬夜史,因右眼视力下降,视物变形1月余来彭清华教授门诊就诊。患者自诉曾多次于外院进行中药清热利湿、凉血散血等对症治疗,但自感病情无明显缓解,欲行中西医结合治疗。症见:右眼视力下降,视物变形,伴重影,无明显眼胀眼痛,腰酸,腿软,口干;精神状态尚可,无恶寒发热,饮食正常,夜寐欠安,大小便尚可;舌红少津苔薄白,脉细数。专科检查示:Vod 指数/眼前,矫正无提高;Vos 0.4,矫正 1.0。眼压:右眼 17 mmHg,左眼 18 mmHg;双结膜无充血,双角膜透明,无角膜后沉着物,双前房中深,丁达氏征(Tyndall, sign)(-),双虹膜纹理清,双瞳孔圆形,直径 3 mm,右眼对光反射稍迟钝,左眼对光反射灵敏;双晶体在位,核透明;查眼底示:视乳头色淡红,C/D=0.3,右眼黄斑部可见类圆形黄白色渗出病灶,大小约 1/2 PD,轻微隆起,边界欠清,病灶表面及周围可见出血,网膜面平伏;左眼网膜面未见明显病变。患者入院前在门诊已完善相关检查,其中光学相干断层扫描(optical coherence tomography, OCT)(图 1 所示)、荧光素眼底血管造影(fluorescein fundus angiography, FFA)(图 2 所示)均提示右眼网膜面可见隆起,结构紊乱,神经上皮层下可见暗区。泪液分泌测试示:右 5 mm,左 3 mm。

FFA 提示视网膜下新生血管形成,黄斑部大片渗出灶,与裂隙灯显微镜眼底检查所见大致相同。



注:A1.横断面 OCT;B1.纵断面 OCT。色素上皮脱离,黄斑中心光感受层、色素上皮层结构紊乱,反射增高,神经上皮层下见暗区

图 1 光学相干断层扫描



注:A2.右眼 FFA 早期黄斑区荧光渗漏;B2.右眼 FFA 后期黄斑区荧光渗漏。右眼造影后黄斑拱环内见 1/2PD 大小、边界清晰的类圆形强荧光,其间见片状弱荧光区域,随造影时间延长,染料渗漏增强,至晚期 CNV 荧光更强,范围扩大。左眼造影未见荧光渗漏

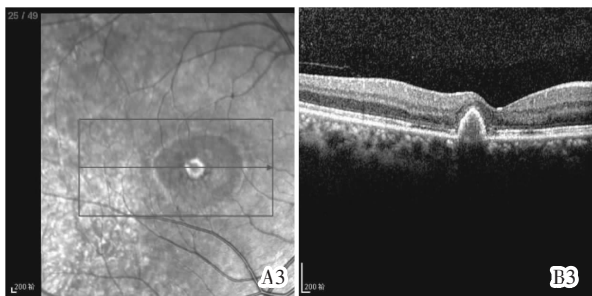
图 2 右眼荧光素眼底血管造影

彭清华教授辨病为暴盲,辨证为阴虚火旺证,患者因肝肾阴虚,阴虚则无以制阳,虚阳上浮于头目,虚火灼烧津液则津液减少,迫血妄行则眼底黄斑部可见片状渗出及少量出血灶,阴虚火热则夜寐欠安,肝肾不足则腰酸腿软。故治以滋阴降火,凉血化瘀散结。方用知柏地黄丸加减(熟地黄 10 g,生地黄 15 g,山药 10 g,茯苓 15 g,泽泻 10 g,牡丹皮 10 g,知母 10 g,黄柏 10 g,女贞子 10 g,墨旱莲 15 g,白茅根 15 g,蒲黄 10 g,栀子 10 g,车前子 20 g)7 剂,水煎,日 1 剂,分 2 次温服;并联合耳穴压豆目 1、目 2、肾、肝、脾等,每日按压 2~3 次,以促进黄斑部渗出物吸收,针灸选用翳明、攒竹、瞳子髎、太冲、风池、丝竹空、肾俞、肝俞等补肝肾泄虚火治疗。西药在告知患者情况并取得患者同意后,采用玻璃体腔注射抗 VEGF 药手术治疗。就诊后第 5 天,患者诉视物模糊有所缓解,视物变形较前稍缓解,检查示:Vod 0.1,右眼黄斑部类圆形黄白色渗出灶较前稍减小,约 1/3 PD,轻隆起,边界仍欠清,出血灶较前变淡,网膜面平伏,左眼同前。第 6 天,当时视力已恢复到 0.15,矫正视力为 0.4。

患者于 1 月后门诊复诊,检查示:Vod 0.2,右眼黄斑区少量黄色渗出,中心凹边缘见小片出血。夜寐尚可,大小便一般,舌红,苔薄黄,脉弦数。患者当时拒绝 OCT 检查,情绪稍焦虑,急于治愈,彭清华教授与患者谈话后嘱患者放松心态,并解释病情变化。后中医辨证为肝郁气滞,方拟丹栀逍遥散加减:白术 10 g,柴胡 10 g,当归 10 g,茯苓 15 g,甘草 5 g,牡丹皮 10 g,栀子 10 g,芍药 10 g,蒲黄 15 g,红花 5 g,车前子 15 g。同时考虑患者 CEC 伴视网膜下新

生血管,建议再次行玻璃体腔注射抗 VEGF 手术,患者同意手术。术后第 3 天,患者右眼视力提高至 0.25,矫正视力 0.5,自诉视物模糊较前减轻,视物仍变形。

2 个月后门诊复查,专科检查:Vod 0.25,左眼黄斑区反光可见,右眼黄斑区仍见少量片状黄色渗出灶,中心凹边缘可见小片状出血。口不渴,夜寐安,大小便正常,舌暗,苔薄白,脉细涩。患者自诉病情较前减轻,但仍有视物变形,视物模糊。中医辨证为瘀血阻络证。因患者视网膜下渗出大部分已吸收,仍可见小片出血,根据患者舌脉象及局部症状分期上可辨为瘀血期,方拟血府逐瘀汤加减:川芎 6 g,赤芍 10 g,当归 10 g,熟地黄 10 g,桃仁 10 g,红花 5 g,三七 3 g,牡丹皮 10 g,丹参 10 g,郁金 10 g,蒲黄 15 g,柴胡 5 g,桔梗 5 g,牛膝 10 g,枳壳 5 g,白术 10 g,茯苓 15 g,泽泻 10 g,车前子 10 g,7 剂。未行第 3 次抗 VEGF 治疗。第 3 天随访,裂隙灯显微镜下检查患者右眼底情况,可见黄斑中心凹边缘小片出血灶变淡,黄斑区仍可见少量黄色渗出,视力无变化。但患者自诉视物朦胧情况减轻,告知患者可复查 OCT 检查。患者诉工作出差,恐不能及时随访,嘱带中药 14 剂,半月后门诊复查。半月后患者复诊检查 OCT(图 3 所示),右眼视力 0.3,矫正视力到 1.0,裂隙灯显微镜下检查右眼底黄斑区边缘可见少量瘢痕形成,出血较前变淡,视物变形较前减轻,渗出已完全吸收。继续服用汤药 14 剂,以巩固疗效。



注:A3.横断面 OCT;B3.纵断面 OCT。右眼视网膜下方神经上皮下仍可见暗区

图 3 光学相干断层扫描

4 体会

在临床实践中,中西医结合治疗能加快 CEC 的

治疗进程,促进水肿、渗出及出血的吸收,从而提高视力。在已出现 CNV,且有眼底出血时,应考虑以中医辨证论治来促进眼底渗出、出血的吸收,改善患者的情绪,同时加以西药治疗眼底新生血管。

相对眼科其他临床病例,本病例数量过少,没有观察到能否抑制新生血管形成或使新生血管萎缩的有效证据,并不十分清楚该治疗是否抑制 CEC 中 CNV 生长,减少复发的机制变化。中医治疗 CEC 中 CNV 方面优势仍有待动物或细胞实验的证实。在临床中可以针对 CEC 的不同时期将眼科局部辨证与全身辨证相结合,采用随证加减的方药来治疗,并应用西医疗法中西医结合治疗。

参考文献

- [1] 刘家琦,李凤鸣.实用眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2010:445.
- [2] 彭清华.中西医结合眼科学[M].北京:中国中医药出版社,2010:598.
- [3] SHIN WEI PAN, NOR SHARINA YUSOF, et al. Syphilitic uveitis: report of 3 cases[J]. International Journal of Ophthalmology, 2010,3(4):361-364.
- [4] TRAN D L E, DANIEL WEISBROD, et al. Chorioretinitis with exudative retinal detachment secondary to varicella zoster virus[J]. Ophthalmologie, 2015,50:e91-e93.
- [5] 石慧,宋鄂,曹绪胜,等.中心性渗出性脉络膜视网膜病变的病因分析[J].中华眼底病杂志,2009,25(1):26-29.
- [6] BABA T, KUBOTA-TANIAI M, KITAHASHI M, et al. Two-year comparison of photodynamic therapy and intravitreal bevacizumab for treatment of myopic choroidal neovascularization [J]. British Journal of Ophthalmology, 2010,94:864-870.
- [7] 王利群,郑光瑛,高峰.氩激光治疗中心性渗出性脉络膜视网膜病变[J].中国实用眼科杂志,2003,21(5):365.
- [8] 胡丹,惠延年,张鹏,等.经瞳孔温热疗法治疗中心性渗出性脉络膜视网膜病变[J].中华眼底病杂志,2002,18(3):184.
- [9] WACHTLIN J, WEHNER A, HEIMANN H, et al. Photodynamic treatment verteporfin for patients with idiopathic choroidal neovascularization Two-year results[J]. Ophthalmologie, 2004,101(5):489-495.
- [10] 彭清华.中医眼科学[M].北京:中国中医药出版社,2016.
- [11] 彭清华.眼底病特色专科实用手册[M].北京:中国中医药出版社,2007:193.

(本文编辑 贺慧斌)