

# 探索中醫眼科

黃偉傑 著

# 書名：探索中醫眼科

---

作者：黃偉傑

出版者：澄明堂中醫眼科中心

地址：香港銅鑼灣怡和街 28 號 10 樓 A 室

電話：(852) 2577 9309      傳真：(852) 2577 7295

電郵：enquiry@sseccm.com

ISBN：978-988-12424-0-2

---

2013 年 6 月出版

版權所有

---

---

## 前言

---

中醫眼科對治療眼疾有其獨特優點，但未受到廣泛認識，甚至連中醫界也不甚了解。早年經驗到不少患者在治療初期都容易放棄，究其原因部份病者已對其疾患帶着不能治癒之觀念，對長時間治療沒有信心，所以中途停止治療。現實是部份難治或“不能治”之眼疾，在中醫眼科卻另有看法。

希望本書能讓不同人仕對中醫眼科有更多認識，以致有更多病人有機會選用中醫眼科治療，讓更多患者視覺得到更好保護。

本書嘗試介紹中醫眼科特色及於現今眼科治療之角色，讓更多醫療工作者、病者或對中醫眼科有興趣的人仕可有更多了解。

謹在此向對兩位恩師“鄧明仲教授與廖品正教授”表示謝意，及他們對學生無私付出之敬意。

黃偉傑

二零一三年四月

---

## 本書簡介

---

中醫眼科不能治好所有眼疾，但對部份難治眼疾有其獨特優點，有部份眼疾如能與西醫眼科共同治療，會有更佳療效。本書嘗試展示部份中醫眼科優點及特色，讓大眾對這科有多些瞭解，更望將來能探討如何中西醫眼科共同合作，為患者爭取最佳療效。

本書選取了中醫眼科較有特色之病種作為內容，並配以病例說明中醫眼科特色。當中亦有中醫眼科如何配合西醫治療之例子，希望能展示中醫眼科治病的長處、及中西合用增進療效之特色。由於本書並非中醫專業用書，故此本書只會簡單講述中醫眼科理論、病因病機、治法等。

願透過本書將中醫眼科這寶貴知識讓更加多人認識，及讓患者得着更大益處。

中醫眼科簡介.....	5
弱視 .....	12
角膜疾患.....	15
角膜擦傷 .....	17
復發性角膜糜爛.....	20
神經營養性角膜病變.....	26
乾眼症.....	33
青光眼.....	29
黃斑部疾患 .....	49
年齡相關性黃斑病變.....	50
高度近視黃斑病變.....	53
中心性漿液性脈絡膜視網膜病變.....	58
糖尿病視網膜病變.....	65
視網膜色素變性 .....	71
非動脈炎性前部缺血性視神經病變.....	78
動眼神經麻痺.....	83
結膜下出血.....	88
中醫眼科配合西醫治療病例 .....	94
視網膜脫落修補手術 .....	94
黃斑裂孔手術.....	97
濕性年齡相關性黃斑病變.....	103
總結.....	107
附錄 1: 常見中醫眼疾病名定義.....	108
書目.....	117

## 中醫眼科簡介

---

最早一本中醫眼科專著《龍樹眼論》於一千多年前隋、唐時期已經出現，記載了藥物、針灸及手術治療眼疾等方法，包括「金針撥內障術」，即當時之白內障手術。當然，與現今手術之精細程度不可相提並論，但以當時來說已是一個很了不起的技術。宋、金、元時期，中醫眼科基礎理論及臨床治療都有所突破，並發展為獨立學科。到明、清時期，太醫院更設立獨立眼科專科。

古時由於缺乏檢查技術，中醫治療眼疾只能透過觀察眼外改變及根據患者症狀，依當時眼科理論進行診治，而現今中醫眼科則利用現代眼科診斷技術(如眼底檢查、視野檢查、眼壓量度等)，將檢查結果歸屬於中醫眼科辨證論治當中，以中藥或配合針灸為病人治病。

雖然中西醫哲學、方法學各有不同、各有長短，但兩者其實可互補不足、相輔相承。中醫眼科對一些西醫眼科認為難治之眼疾有其獨特優點。例如一些初期眼疾(如糖尿病視網膜病變、年齡相關性黃斑病變等)患者，接受中醫眼科治療能有效改善視力，並減輕疾病帶來之視力減退及更嚴重病變。其他疾患如視網膜色素變性、視神經病變、飛蚊症、青光眼等等，中醫眼科治療都有其獨特之處。雖然近期有不少研究指出部份中藥對一些難治疾患有其療效，但更重要的是如何按中醫眼科辨證原則治病，方可達到最佳療效。

臟象學說是中醫學其中一個重要理論，它把五臟六腑之關係相互聯繫，屬中醫人體生理、病理變化之學說。中醫之臟腑並不同西醫之臟器，中醫將身體功能歸納於不同臟腑，部份功能與西醫臟器相近，但不能將它們劃上等號。舉一例：中醫所謂“心主血脈”可考慮跟西醫“循環系統”相似。而中醫“心藏神，君主之官”與西醫學之心臟功能並沒有任何關連，而是跟西醫學腦部功能相似。

此外，中醫有不少抽象及較難理解之概念，如中醫所謂“風”，它以“取類比象”方法發展出來，主要以其“風善行數變”為主要表現。我們診治時遇上這些“風”病要分外風、內風；外風有風寒、風熱、風濕等；內風則有陰虛動風、熱極生風等。在疾患有真中風、類中風；眼疾有風牽偏視、青風內障、綠風內障等；臨床表現有惡風、震顫、抽搐、眩暈皆屬於風。所以這個“風”在中醫是有多重意義，要視乎情況才能配上合適演譯。故此考慮或理解中醫問題時，就必須要用中醫理論及思維去思考，否則只會造成誤解。

不少人都將眼病發生與中醫所謂之“肝”連上關係，相信主要是由於“肝開竅於目”這個中醫概念。但眼睛除與“肝”有密切關係外，還與其餘四臟(參考“表 1”)及中醫概念中之“氣、血、津液”都有着密不可分之生理及病理關係。

表 1 眼與中醫五臟之關係

臟	生理功能與病理關係
肝	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 肝開竅於目</li> <li>◇ 肝受血而能視 《審視瑤函·目為至寶論》指出：“肝中升運於目，輕清之血，乃滋目經絡之血也” 血養水(神水)、水養膏(神膏)、膏護瞳神。</li> <li>◇ 肝氣通於目</li> <li>◇ 肝主疏泄，調氣機，推動血與津液運行順暢。</li> </ul>
心	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 心主血脉，血受心氣推動，上輸於目，目受血養。</li> <li>◇ 心藏神，目為心使 《靈樞·大惑論》“目者心之使也，心者神之舍也” 《素問·解精微論》“夫心者，五臟之專精也，目者其竅也。”</li> </ul>
脾	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 脾輸精氣，上貫於目 《素問·玉機真臟論》—“其不及，則令人九竅不通” 《曲室秘藏·眼耳鼻門》—“夫五臟六腑之精氣，皆稟受於脾，上貫於目.....故脾虛則五臟之精氣皆失所司，不能歸明於目矣。” 升清作用</li> <li>◇ 脾統血，血養目竅</li> <li>◇ 脾主肌肉，瞼能開合</li> </ul>
肺	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 肺為氣之主，氣和目明</li> <li>◇ 《靈樞·決氣》“氣脫者，目不明”</li> <li>◇ 肺主宣降，眼絡通暢</li> </ul>
腎	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 腎精充足，目視精明 《素問·脉要精微論》—“夫精明者，所以視物，別黑白，審長短；以長為短，以白為黑，如是則精衰矣。”</li> <li>◇ 腎生腦髓，目系大腦</li> <li>◇ 腎主水，主津液，上潤目珠</li> </ul>



此外，中醫經絡系統負責運行全身氣血，連絡臟腑器官。《靈樞·邪氣臟腑病形篇》“十二經脈，三百六十五絡，其血氣皆上於面而走空竅，其精陽氣上走於目而為之睛”。眼睛倚靠經絡無間斷地傳輸氣血，方能維持視覺功能正常運作。

## 「五輪學說」

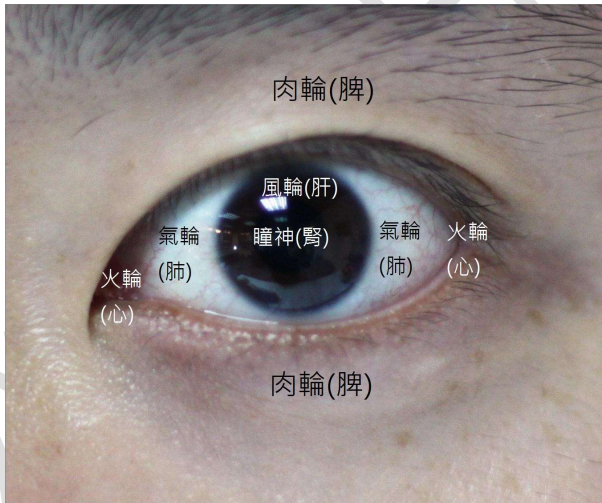


圖 1 「五輪學說」各部位分屬

「五輪學說」是中醫眼科一個重要理論，由明朝流傳至今。它將眼睛劃分為五個部位——五輪(風輪、火輪、肉輪、氣輪、水輪)，各部位分屬五臟(肝、心、脾、肺、腎)，藉此闡釋眼部解剖、生理及病理關係，並用於臨床指導治療。如黑睛(角膜)病為風輪(屬肝)疾患，兩眦(內外眼角)病為火輪(屬心)疾患，白睛(結膜及鞏膜)病為氣輪(屬肺)疾患，胞瞼(眼瞼)病為肉輪(屬脾)疾患，瞳神(內眼)病為水輪疾患(屬腎)。

在治療時除要考慮眼疾病位所屬之臟腑外，亦要注意眼疾與其他致病因素、氣血津液等都有一定關係，故治病時要整體考慮病者所患之眼疾、病況、眼科檢查及中醫四診等資料，從而歸納並總結，方能制定治療方案，以中藥及針灸等進行治療。在治療期間要持續觀察病情，調整治療方向，才能充分發揮中醫眼科治療特色。

## 中醫眼科的過去與現在

---

古時，中醫眼科望診只能夠從眼外觀察眼睛情況，從過往典籍記載描述，可得知當時診斷外眼病已相當明確及清晰。至於內眼病“瞳神疾病”，如視網膜(視衣)或視神經(目系)等疾患則主要依靠病人自述之症狀作為依據。例如：“視瞻昏渺”定義為“外眼無異常，而視力減退.....”，在西醫眼科學則有多個可能，如年齡相關性黃斑病變(乾性或濕性)、糖尿病黃斑病變、黃斑裂孔、黃斑出血、中心性漿液性脈絡膜病變等多個可能。可見古時診斷內眼病有其局限，但現今已可透過眼底檢查及其他先進儀器(OCT、螢光造影、視野檢查等等)作出明確診斷及監測內眼情況，並將它們歸屬於中醫望診內容，診治時就可利用這些檢查結果融入四診當中，作為辨證論治之依據。

舉一例：病者自覺一眼視力下降，外眼檢查無異常，而眼底檢查則發現黃斑部病變伴輕度出血，西醫診斷就是一個黃斑病變出血，診斷清晰；而中醫眼科則診斷為“視瞻昏渺”，眼底檢查“黃斑部出血”則歸屬望診內容，檢查時還要仔細觀察其出血量、色等。出血顏色及量可估計出血時間長久、是否持續出血，再配合四診其餘內容歸納出屬那類證型，如氣不攝血、氣血瘀滯、血熱妄行等。在診斷時，中西醫診斷分別各有一個(分

別為黃斑病變出血及視瞻昏渺)，但中醫方面則要辨證分型(氣不攝血、氣血瘀滯.....)，證型不同就要利用不同治法對應，所以檢視病者眼底情況在現代中醫眼科是一個重要方法。

如能掌握患者病況，作出準確診斷、辨證及治療，方能一矢中的。如診斷及治療法則不準確就療效不彰，甚或加重病情，所以眼科檢查配合確切中醫眼科辨證是治癒眼疾之重要關鍵。

中醫眼科治療眼疾內容廣泛，由外眼病如乾眼症、結膜炎等，至內眼病如糖尿病視網膜病變、黃斑病變等均有其獨特優點。每個眼睛疾患都有其特性，如病因、病機、轉歸、癒後等。如能掌握疾患特質及其各階段治療重點，配合合適治療，療效就能顯著。

中醫眼科對不少眼疾均有顯著療效，除須用西醫眼科手術治療之眼疾外，其餘均可考慮使用中醫眼科治療。當然，中、西醫眼科均有其優越之處，某些疾患還是需要中西合用方能取得成果。中醫眼科診治程序如下：

### 收集病史

- 了解病者主訴及症狀
- 收集相關資料 - 如過去接受過之治療及病史

### 眼科檢查

- 進行所有相關檢查

### 中醫四診

- 將眼科檢查結果歸屬於四診之中
- 完成四診 - 望、聞、問、切

### 治療

- 定立治療方案
- 處方藥物或針灸等治療

## 弱視 (Amblyopia)

---

弱視即眼睛健康無異常而最佳視力(經度數矯正後)未達正常水平者。原因多由屈光不正(即近視、遠視、散光)、斜視、或其他原因引起。常見多為屈光性弱視，患眼因未有配戴矯正度數鏡片，影像未能清晰投射於視網膜上，導致視覺系統發育遲緩視力不清。治療時必須先配戴正確屈光度數眼鏡，將清晰影像再次投射於視網膜上，讓視覺系統受到適當刺激而趨向發展成熟。此類患者必須配戴眼鏡作為最基本治療方法，而配合針灸有助縮短療程及提升視力之效果。

在診療時，必先進行屈光及眼睛健康檢查，以排除度數或其它眼疾問題，才能確診及制定治療方案。如為屈光性弱視患者，我們會建議長時間配戴正確度數眼鏡，影像就可清晰地投射於視網膜上刺激視覺系統，加上針灸治療就可更有效改善視力。

一般治療弱視，都可利用針灸治療，亦有部份患者需口服中藥以提高療效。

## 病例：

患者(男性，4 歲)因斜視接受視光學檢查。

### 屈光度數檢查：

右眼： $+5.00/-1.00 \times 005$                       視力：0.3

左眼： $+4.00/-0.75 \times 170$                       視力：0.5

(視力檢查以 Decimal Scale 表示)

診斷：雙眼弱視、雙眼遠視、調節性內斜視

治療建議：建議先長時間佩戴眼鏡矯正調節性內斜視及嘗試改善弱視視力，並定期觀察。

### 第 4 個月檢查：

戴鏡視力：

右：0.5

左：0.7

治療建議：雙眼視力有進展，故建議繼續配戴眼鏡治療。

### 第 9 個月檢查：

戴鏡視力：

右：0.5

左：0.7

治療建議：因雙眼視力未有進展，故建議針灸治療(每週 2-3 次)及繼續長時間佩戴眼鏡。

## 第 9 個月檢查(續)：

### 中醫診治資料：

病者夜間鼻塞，口乾，納(胃口)可，眠可，二便常。

舌象：舌淡紅苔黃白      脈象：細

診斷：雙眼弱視

證型：肝腎不足

治法：滋養肝腎，活血通絡

針灸治療：主要選用穴位包括攢竹、太陽、四白、合谷、光明等

### 討論：

從“表 2”可見，患者接受針灸治療 9 天後(3 次治療)，左眼弱視視力已恢復至正常水平；而右眼因弱視較嚴重，故需 43 天治療才接近正常。

針灸治療前 5 個月內，雖然已配戴合適眼鏡，但患者視力仍未有進展。後來經過 82 天(不足 3 個月)內共接受 26 次針灸治療，雙眼視力已提升至正常水平。可見適切眼科檢查及中醫針灸治療能對弱視患者起著正面而又快速康復作用。

本病例早期時，考慮到患者年紀較小，我們只建議患者配戴眼鏡作為治療方法，並配合定時覆診監察病情。當發現視力未有進展，才建議患者接受針灸治療，而此病例亦顯示配合針灸治療能有效及快速改善弱視眼視力。

表 2 弱視病例 - 針灸治療前後之視力進展

中醫眼科治療時間 / 日	戴鏡視力(右)	戴鏡視力(左)
針灸治療前 9 個月	0.3	0.5
針灸治療前 5 個月	0.5	0.7
0	0.5	0.7 <sup>+2</sup>
9	0.5 <sup>+2</sup>	1.0 <sup>-2</sup>
19	0.7 <sup>-2</sup>	1.0 <sup>-2</sup>
29	0.7 <sup>+2</sup>	1.0 <sup>-1</sup>
37	0.7 <sup>-2</sup>	1.2 <sup>-1</sup>
43	1.0 <sup>-3</sup>	1.2 <sup>-1</sup>
82	1.0 <sup>-2</sup>	1.2 <sup>+1</sup>



## 角膜疾患 (Corneal Diseases)

---

角膜對應中醫學“黑睛”部位，在五輪學說中屬風輪，內應於肝，肝與膽相表裡，故黑睛疾患常與肝膽相關。診治黑睛疾患時會先辨“翳”與“膜”。

“翳”指黑睛(角膜)上之混濁，“膜”則為白睛(眼白)或黑白之際(輪部)起障一片，白色或赤色，或如肉樣高起。翳要再細分“新翳”及“宿翳”。“新翳”屬初起，色多為灰白、表面粗糙、邊緣模糊，相當於角膜損傷及炎症等。“宿翳”則表面光滑、邊緣清晰、不伴有赤痛流淚等症狀，相當於角膜疤痕。

中醫眼科對黑睛疾患辨證可粗略概括為：翳障浮嫩，病情較輕，多為肝經風熱；翳障色黃，潰陷深大者，多為肝膽實火；翳障時隱時現，反復發作者，多為肝腎不足。但也有其他病因病機，故必須全面辨證求因。

治療黑睛疾病的基本法則是祛除邪氣，消退翳障，控制發展，防止傳變他症，促使早期癒合，縮小和減薄疤痕組織。常用治法為祛風清熱、瀉火解毒、清肝瀉火、退翳明目等。

## 角膜擦傷 (Corneal Abrasion)

---

角膜擦傷是常見眼科外傷病，病者有明顯眼外傷史，如被指甲、紙張或硬物等刮傷。症狀為眼睛劇烈疼痛、畏光、異物感、流淚等。

角膜擦傷屬中醫眼科之“黑睛疾病”，治療黑睛(角膜)疾患先要辨“新翳”與“宿翳”，其後再利用已收集之四診資料辨證論治。

### 病例：

患者(男性，21 歲)，昨天因打籃球時被籃球撞傷右眼，自述當時視力未見異常。求診時，症狀為右眼球刺痛、持續流淚、畏光，眼有黏性分泌物。納可，眠可；大便難，每日 1 次。

### 檢查：

裸眼視力： 右眼： $0.5^{-2}$       左眼： $1.0^{-2}$

### 生理顯微鏡檢查：

右眼角膜中央部份表皮擦傷伴明顯水腫(圖 2)，鼻側球結膜充血。

左眼前段未見異常

眼底檢查：雙眼底未見異常

眼壓： 右：14.5 mmHg      左：14.2 mmHg

舌象：舌紫紅苔白      脈象：浮數

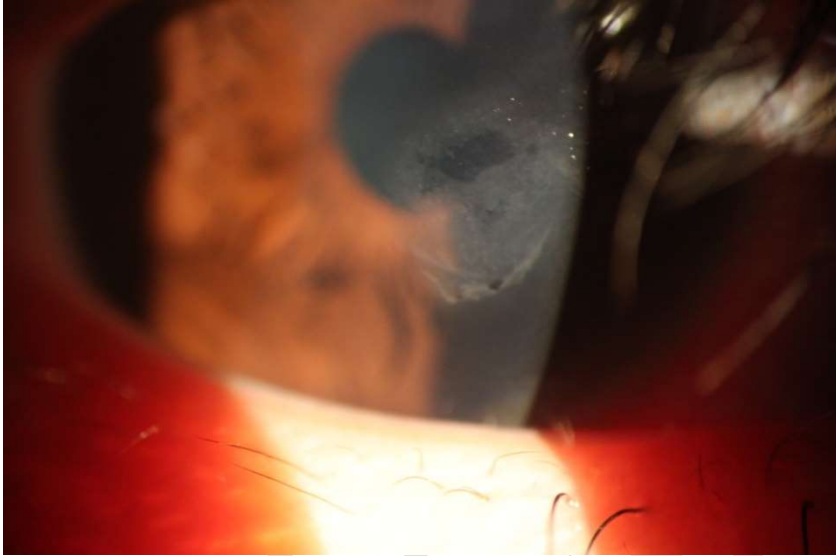


圖 2 首天求診時患眼角膜表皮擦傷

診斷：右眼角膜擦傷

中醫診斷：右眼撞擊傷目

證型：氣血瘀滯挾濕

治法：活血利濕，明目退翳

治療：處方口服中藥包括羌活、牛蒡子、決明子、蔓荊子、蒲公英、鬱金、生蒲黃、五靈脂等。另建議滴用人工淚液。

第 3 天覆診：

病者刺痛及畏光症狀已消除，但仍有輕微流淚。右眼視力已回復至  $1.0^{-1}$ 。

生理顯微鏡檢查：右眼角膜表皮已基本癒合，未見明顯水腫(圖 3)。

治療：由於角膜基本癒合，再予 1 星期中藥以鞏固療效。



圖 3 治療後第 3 天，角膜表皮損傷已癒合

### 討論：

中醫眼科先要辨明眼疾屬外障或內障，外障屬翳或膜，翳又分新翳與宿翳。此症則屬外障病之新翳，治法為“活血利濕，明目退翳”。

處方予患者中藥外，亦建議患者到西醫尋求預防感染治療，但患者未有接受建議，故處方時選用一些退翳之清熱解藥物如蒲公英及牛蒡子等，而這些藥物於現代藥理研究亦證明有抗菌作用。

處方中羌活、牛蒡子、決明子、蔓荊子為退翳藥物，用作處理角膜擦傷加速癒合；另用上失笑散(蒲黃、五靈脂)活血化瘀，配合羌活、蔓荊子等能迅速止痛。此病例顯示到中醫眼科治療角膜疾患有良好效果，而且於短時間內促進角膜修復及明顯減輕眼外傷後眼痛、流淚等症狀。

## 復發性角膜糜爛 (Recurrent Corneal Erosion)

復發性角膜糜爛常發生於曾有角膜外傷或角膜疾患病史之眼睛。主要症狀為反覆眼刺痛，常伴有流淚、畏光、視物不清等，常於夜間或睡醒時發作。發作期間，檢查可發現角膜表皮缺損(圖 4)。

此病對應中醫眼疾“聚開障”或“聚散障”。《中醫大辭典》：「又名聚散障、夜星聚散、星月聚散、浮萍障、時發時散翳。多由肝腎陰虛，虛火上炎，或陰虛兼濕熱所致。症見黑睛生翳，「或圓或缺，或厚或薄，如雲似月，或數點如星，痛則見之，不痛則隱，聚散不一，來去無時，或月數發，或年數發」(《證治準繩·雜病》).....」。可見過去中醫對眼疾症狀及眼外表現形容細緻，從中得知過往中醫眼科已對角膜病有相當認識，此病屬“黑睛疾病”之“翳證”範疇。

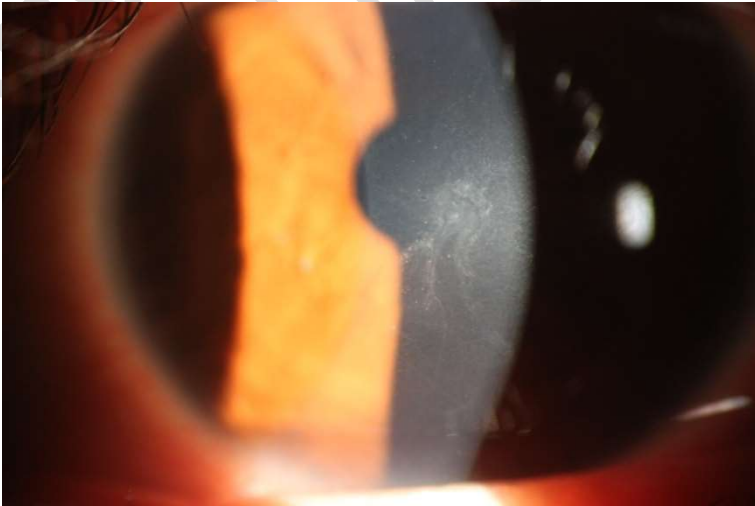


圖 4 角膜中央部表皮缺損

## 病例：

患者（女性，26歲）自述16個月前外遊乘搭飛機後左眼不適，兩個月後西醫眼科診斷為左眼復發性角膜糜爛，患者左眼疼痛反覆發作，未有休止，並伴有畏光、流淚症狀，大多於夜間或早上睡醒時發作，發病當天因眼劇痛畏光症狀而不能上班。上次發作為6天前。病者日間滴用人工淚液及睡前塗眼膏，患者曾接受“Diamond burr”治療，病情未見改善。患者自述眼乾、納可、眠可、大便常；月經常。

## 檢查：

裸眼視力：右：1.0      左：0.7<sup>-2</sup>

生理顯微鏡檢查：

    雙眼瞼結膜充血

    右眼未見異常

    左眼上瞼有分泌物，角膜中央部有表皮缺損(表 3, 第 1 天)

    舌象：舌紅苔黃

    脈象：弦細

診斷：左眼復發性角膜糜爛



中醫診斷：左眼聚散障

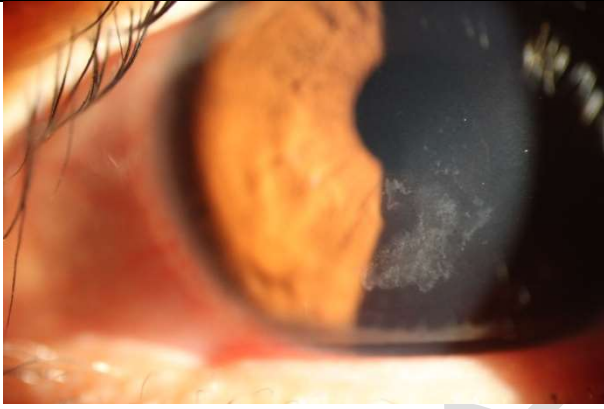

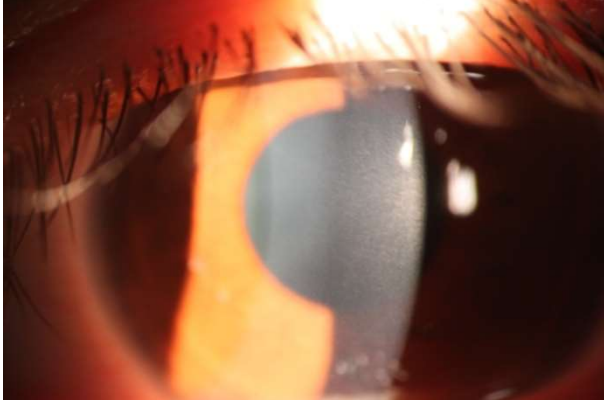
證型：肝火上炎

治法：清熱柔肝，退翳明目

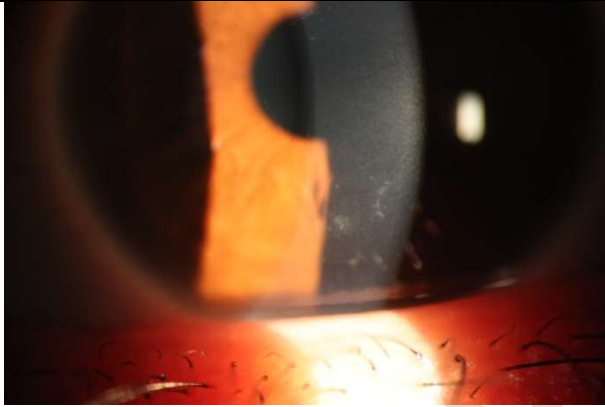
治療：處方口服中藥黃芩、決明子、白芍、當歸、枸杞子、菴蔚子、青葙子、木賊、白蒺藜等。

表 3 復發性角膜糜爛病例治療進程

左眼角膜相片	中醫眼科治療天數及病況簡述
	<p>第 1 天</p> <p>距上次發作有 6 天。</p> <p>檢查可見角膜表皮缺損。</p>
	<p>第 6 天</p> <p>藥後左眼未再發作，</p> <p>角膜糜爛略為修復。</p>

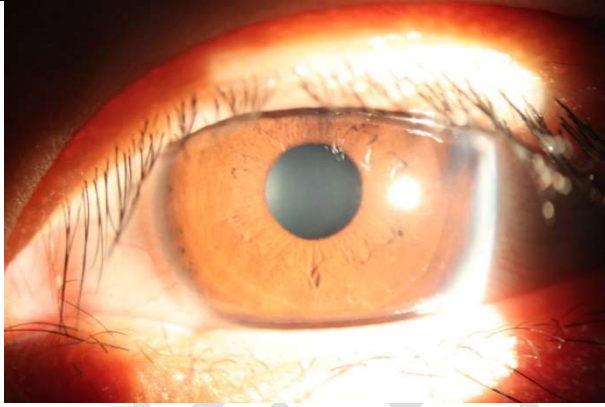
	<p>第 25 天</p> <p>數天前感冒後，左眼開始夜間疼痛流眼淚，今午滴用人工淚液後疼痛再加劇。表皮明顯缺損。</p>
	<p>第 27 天</p> <p>昨日左眼曾劇痛流淚、畏光。角膜損傷比第 25 天時已明顯減輕。</p>
	<p>第 49 天</p> <p>至今未再出現眼劇痛流眼淚及畏光等症狀。</p>





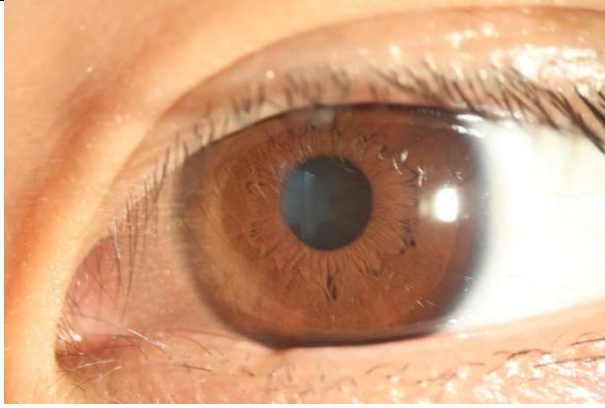
第 63 天

今天眼症再發，距前次發作有 1 個月，角膜上皮輕度缺損。



第 91 天

近 28 天未有明顯發作。



第 120 天

未有復發，相距上次發作已 57 天。角膜未見異常，其後停用中藥未再復發。

## 討論：

此病例發病已有 1 年多，經西醫治療後未有好轉，病者故嘗試尋求中醫眼科治療。於治療早期，角膜表皮仍容易剝落，反覆發作。

第一次接受診治時(表 3, 第 1 天)距上次發作有 6 天，角膜檢查可見表皮剝落。經治療後角膜表皮修復時間續漸縮短，發作時間由近乎未有休止，延至兩個月以上。接受 4 個月中醫治療後，病患暫告痊癒，其後未有復發。可見中醫眼科治療此角膜疾患病例，對患者有着積極而又正面的幫助。

此外，從明代·王肯堂《證治準繩·雜病》記載之“聚散障”「或圓或缺，或厚或薄，如雲似月，或數點如星，痛則見之，不痛則隱，聚散不一，來去無時，或月數發，或年數發」，可見數百年前醫者已能清晰敘述“復發性角膜糜爛”之臨床表現。對前人細緻之觀察及精闢描述，反映出他們當時已掌握此角膜疾患轉變規律及特點，實在令人讚嘆不已！

## 神經營養性角膜病變 (Neurotrophic Keratopathy)

神經營養性角膜病變主要症狀為眼紅、畏光、流淚、視力下降、灼熱感及異物感等。病因有疱疹病毒感染角膜病史、滴用某類眼藥水、長期配戴隱形眼鏡、三叉神經切斷術等。

檢查時可發現角膜上皮缺損(圖 5)，伴邊緣微微隆起。此病有機會繼發感染，嚴重者可出現角膜潰瘍、虹膜炎、前房積膿等，後期更可發生角膜穿孔。

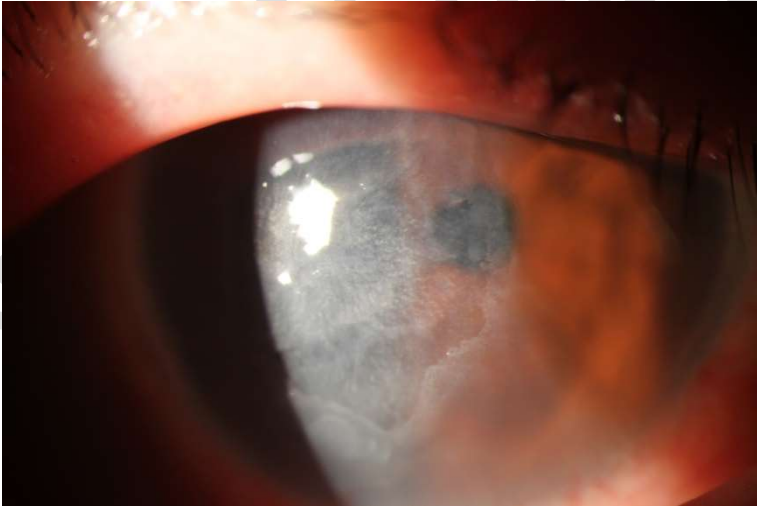


圖 5 角膜上皮大範圍缺損

此病中醫病名為“花翳白陷”，屬黑睛疾病。以黑睛缺損處四周高起，中間低陷，形如花瓣樣為主要表現。此病角膜上皮缺損不易斂口，治療此病時會先分辨病者屬虛屬實。雖然此病以虛證居多，但亦有虛中挾實。故此，要先細心分析病人體質才可進行治療。

## 病例：

病者(女性，59 歲)，素有乾眼症病史，另有糖尿病服用西藥控制及膽結石病史。求診中醫眼科 1 個多月前曾作右眼白內障手術，其後右眼出現角膜糜爛，接受西醫治療後未見好轉而尋求中醫眼科治療。

患者首診時右眼畏光、流淚、短氣、四肢冷、項背強。擔心眼睛病況。胃納一般，眠可，夜尿 1 次；大便日 1 次，便稍乾，平素溏。

## 檢查：

戴鏡視力：

右眼：0.05      左眼：0.4<sup>+2</sup>

生理顯微鏡檢查：

雙眼激光虹膜根部造孔

右眼球結膜略浮腫，角膜上皮大範圍缺損(表 4, 第 1 天)，角膜水腫不清只能隱約窺見人工晶體

左眼白內障，餘未見異常

舌象：舌紅偏紫少苔

脈象：弦細略數

診斷：右眼神經營養性角膜病變

中醫診斷：右眼花翳白陷

證型：肝脾兩虛

治法：益氣養肝，退翳明目

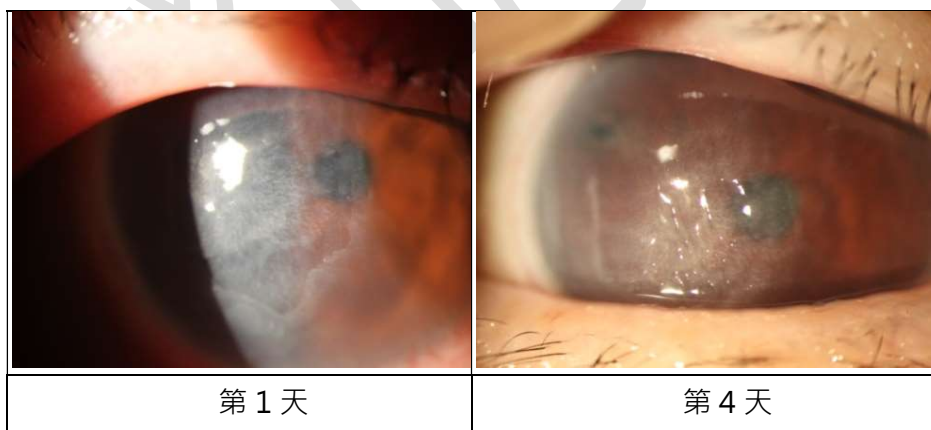
治療：處方口服中藥生黃耆、白芍、生地、枸杞、制首烏、密蒙花、木賊、決明子、青葙子等。

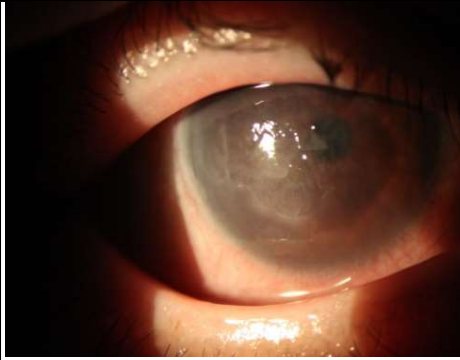
## 討論：

此病屬中醫眼科“翳證”範疇，黑睛（角膜）內應於肝。病者體質瘦弱，久病未能恢復，從虛症考慮，結合全身症狀，為肝脾兩虛。脾虛氣血生化之源不足，引致角膜缺損久不斂口，治法為益氣養肝、退翳明目。

從“表 4”相片可見，病者接受中醫眼科治療 4 天後已可見到角膜開始有不平滑表皮長出，但未能緊貼角膜。西醫於第 15 天替病人清走不整齊死皮後，表皮開始再續漸修復。於第 36 天，角膜缺損範圍續漸縮小，並於第 48 天癒合。其間患者同時進行西醫眼科治療，此病例可視為中、西醫共同治癒之病例。

表 4 神經營養性角膜病變病例治療進程

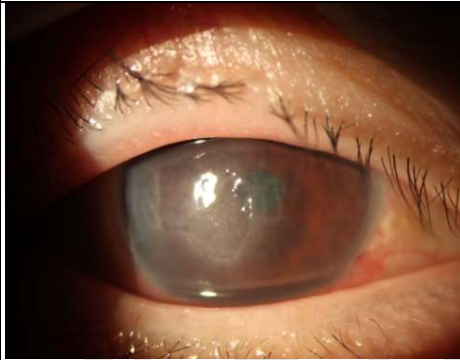




第 10 天



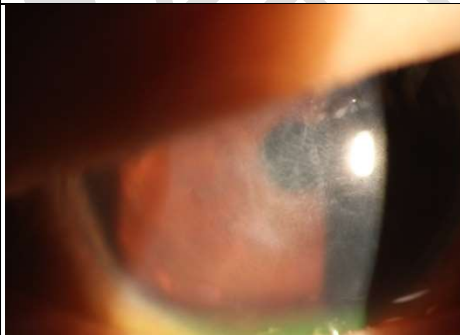
第 15 天



第 20 天



第 36 天



第 48 天

## 乾眼症 (Dry Eye Syndrome)

---

乾眼綜合症(Dry Eye Syndrome)又稱為乾眼症或角結膜乾燥症(Keratoconjunctivitis Sicca)，指淚液分泌減少或蒸發過多而導致淚膜異常之病變。有部份嚴重患者可引致角膜潰瘍、結痂、變薄等併發症，但常見都以乾眼症狀為主。有部份患者因自身免疫疾病引起，如 Sjögren 綜合症。

檢查時利用生理顯微鏡檢查淚液、角膜及結膜情況，還可作其他檢查如 Schirmer's Test、淚膜破裂時間等。如懷疑患有自身免疫疾病，則要進行相關檢查以作診斷。

治療常以人工淚液滴眼，有部份患者會用高黏稠度眼膏塗眼，或於淚點(圖 6)進行淚點栓塞法。有不少患者滴用人工淚液後數分鐘，眼乾症狀都會再次出現，尤其多見於用眼過度者(如電腦使用者)。

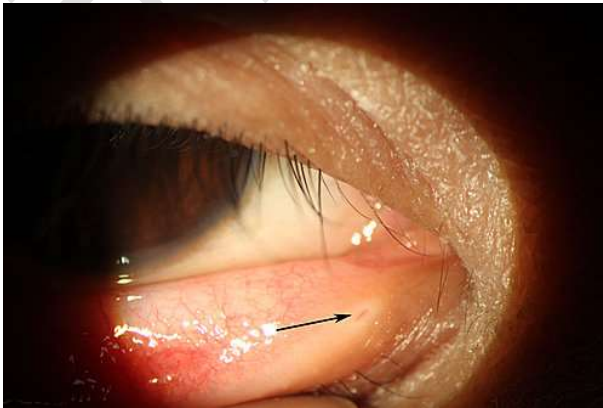


圖 6 淚小點

此病中醫眼科病名為“白澀症”。常見證型為肝腎陰虛外，亦有部份患者屬氣血不足、濕阻中焦等，而表現為“白澀症”。治療以內服中藥為主，同時建議患者改善用眼習慣，以增強療效。

患眼如伴有角膜、結膜受損或併發角結膜病變，治療時則要針對當時眼症而定立對應治法。

### 病例：

患者(女性，51 歲)，自述雙眼乾澀 5 年，西醫診斷 Sjögren 綜合症 1 年，持續使用人工淚液及眼膏。當時患者自述雙眼乾痛加重 1 星期，並放射至前額；畏光、目不能睜，需要倚靠丈夫帶來看病。

患者自述遇風時皮膚易起紅疹、身熱汗出、心煩、全身關節痛、腰痛、足大趾麻木。

口劇乾，口苦

納可，眠一般，尿頻，夜尿 3-5 次，大便 3 天/次，大便偏乾。

月經週期不規則

### 檢查：

戴鏡視力： 右：0.5      左：0.5

生理顯微鏡檢查：全角膜 Grade 3 染色伴水腫。

舌象：舌暗紅齒痕苔少有涎      脈象：沉細弱



診斷：Sjögren 綜合症      中醫診斷：白澀症

證型：氣血虧虛、風邪襲目

治法：益氣養血、疏風退翳

治療：處方口服中藥太子參、北沙參、麥冬、當歸、白芍、牛蒡子、決明子、木賊等。

第 5 天覆診：

患者自述各症狀減輕，雙目已能睜開，不用倚靠丈夫到來看病。生理顯微鏡檢查角膜下部 Grade 2 染色。再處方中藥一星期。

第 12 天覆診：

患者自述症狀明顯減輕

戴鏡視力：右：0.9<sup>+1</sup>      左：0.7<sup>+2</sup>

討論：

病者接受中醫眼科治療 1 個多星期後雙眼症狀明顯改善，雙目已能睜開，角膜染色減輕。視力亦因角膜損傷減輕而改善。這難治之自身免疫病例可反映出中醫眼科對治療此乾眼綜合症(白澀症)病例有其突出療效。

## 青光眼 (Glaucoma)

---

青光眼發生是由於視網膜神經細胞凋亡，而導致視野缺損的一種疾患。

此病一般分為急性、慢性、繼發性及先天性；另診斷時亦需要分辨閉角型及開角型。急性發作之青光眼可因眼壓突然上升，導致患者眼睛疼痛，重則伴有同側頭痛、嘔吐、虹視等。慢性者眼壓升高相對緩慢，可以全無症狀或只有輕微眼脹感覺。另有一種稱為“正常眼壓青光眼”，症狀與慢性青光眼相似，但眼壓沒有超出正常範圍，這類患者通常在視覺嚴重受損時或通過眼睛檢查時方被發現。

青光眼後期，視網膜神經節細胞已有一定數量損傷，病者視野日漸縮窄；最後，週邊視野可完全喪失，好像拿著竹筒看東西一樣，走路時容易碰撞到如桌椅等物件；中央視力也會漸漸減退，直至完全失明。

普遍認為青光眼有三個可能病因——過高眼壓、視網膜微循環障礙及神經病變。臨床上有不少眼壓控制良好或患有“正常眼壓青光眼”之患者，視野仍持續喪失，這說明控制眼壓並不是絕對有效的方法阻止青光眼惡化。

中醫眼科按體質採用不同治法進行治療，從而起着保護視覺及減少視覺喪失之作用。除服用中藥外，還會建議後期患者同時配合針灸治療。

青光眼患者外眼無異常，病位於瞳孔後，歸類為瞳神疾患。此病可對應中醫眼科病疾中之「五風內障」—「綠風」、「青風」、「黑風」、「烏風」、「黃風」五種，其中「綠風內障」及「青風內障」較為常見。

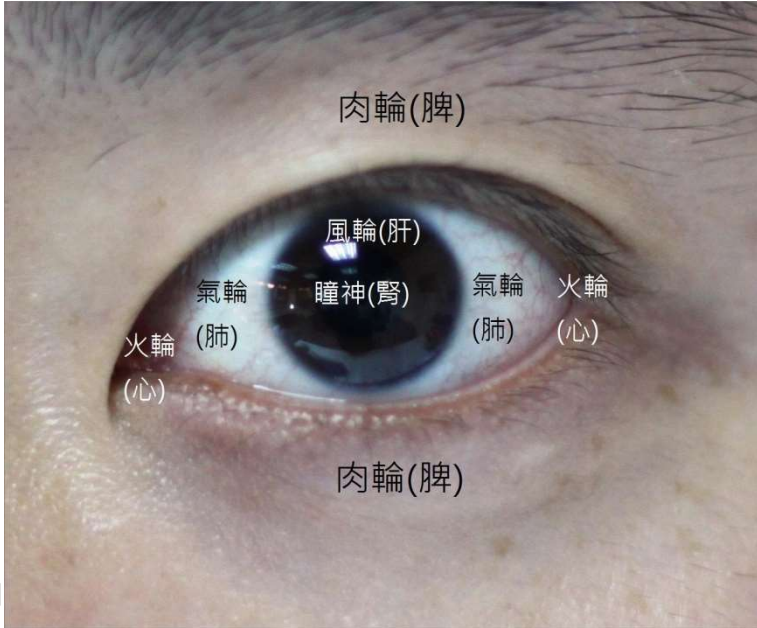


圖 7 五輪圖

“圖 7”為中醫眼科五輪學說之五臟歸屬，瞳神(瞳孔)屬腎，肝腎同源，故治療此類疾患常先考慮與肝腎之關係(注意中醫之“肝腎”並不同解剖時所能觸及之肝臟與腎臟)，並以辨證論治作為診治之指導。

病例一：

患者 (女性, 65 歲) 於 2009 年底因自覺左眼脹不適求診。自述左眼脹, 早上尤甚, 並伴有淚水盈眶症狀。雙眼見條索狀飛花(左眼較多)。口乾, 夜間明顯; 噁氣、頭暈, 伴顛側頭痛及頸痛; 腰痠、四肢冷、左膝活動時有響聲。

納可, 眠差; 大便乾, 每日 1 次。

既往曾接受膽囊及胃瘰肉切除手術; 有高脂血症及骨質密度過低等病史。心電圖檢查曾發現異常。

檢查:

戴鏡視力: 右:  $1.0^{-2}$  左:  $1.0^{-1}$

眼壓: 右: 18 mmHg 左: 18 mmHg

生理顯微鏡檢查:

雙眼晶體輕度混濁, 餘無異常。

眼底檢查: 雙眼杯盤比(C/D ratios)異常(下圖), 未見其它異常。



右眼杯盤比 (C/D ratio): 0.5



左眼杯盤比 (C/D ratio): 0.7

Single Field Analysis

Eye: Left

Name:

DOB: -1944

ID:

Central 24-2 Threshold Test

Fixation Monitor: Gaze/Blind Spot

Stimulus: III, White

Pupil Diameter: 6.2 mm

Date: 12-16-2009

Fixation Target: Central

Background: 31.5 ASB

Visual Acuity:

Time: 11:07 AM

Fixation Losses: 1/16

Strategy: SITA-Standard

RX: +3.00 DS DC X

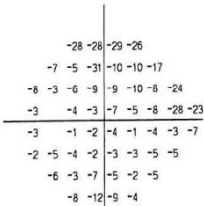
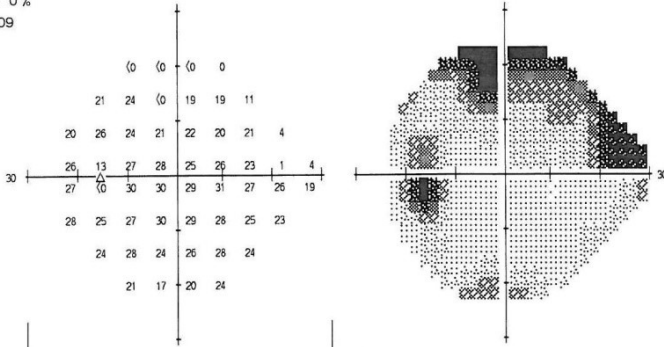
Age: 64

False POS Errors: 4 %

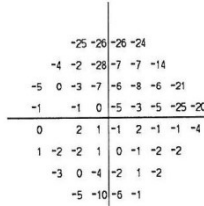
False NEG Errors: 0 %

Test Duration: 08:09

Fovea: OFF



Total Deviation

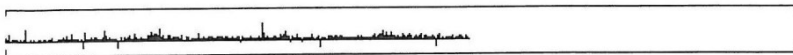


Pattern Deviation

GHT  
Outside normal limits

MD -7.44 dB P < 0.5%  
PSD 7.69 dB P < 0.5%

:: < 5%  
∩ < 2%  
∩ < 1%  
■ < 0.5%

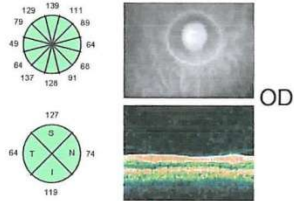
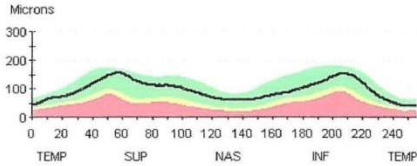


© 2005 Carl Zeiss Meditec  
HFA II 750-11182-4.1/4.1

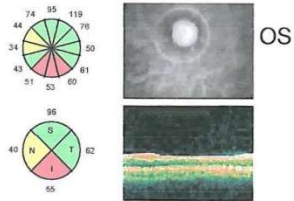
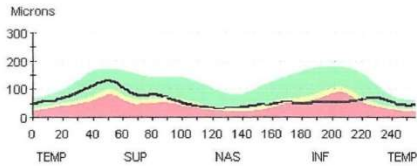
圖 8 左眼視野檢查發現視野缺損

DOB: 1944, ID: Female

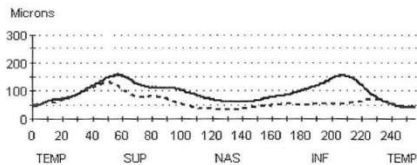
Scan Type: Fast RNFL Thickness (3.4)  
Scan Date: 12/16/2009  
Scan Length: 10.87 mm



Signal Strength (Max: 10)	10
---------------------------	----

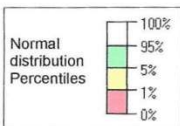


Signal Strength (Max: 10)	10
---------------------------	----



— OD - - - - OS

OD	Scans used	1, 2, 3
OS	Scans used	1, 2, 3



	OD (N=3)	OS (N=3)	OD-OS
lmax/lmax	0.98	0.53	0.45
Smax/lmax	1.02	1.87	-0.86
Smax/Tavg	2.45	2.09	0.36
lmax/Tavg	2.42	1.11	1.30
Smax/Navg	2.13	3.21	-1.08
Max-Min	116.00	96.00	20.00
Smax	157.00	130.00	27.00
lmax	155.00	69.00	86.00
Savg	127.00	96.00	31.00
lavg	119.00	55.00	64.00
Avg.Thick	95.70	63.33	32.37

Signature: \_\_\_\_\_

Physician: \_\_\_\_\_

圖 9 光學相干斷層掃描(Optical Coherence Tomography, OCT)檢查結果：左眼異常

檢查(續)：

視野檢查(圖 8)：

右眼未見異常，左眼視野缺損。

OCT 檢查(圖 9)：

右眼未見異常，左眼異常。

舌象：舌暗紅胖齒痕苔少

脈象：沉細數

診斷：左眼正常眼壓青光眼

中醫診斷：左眼青風內障

證型：肝腎不足，氣虛血滯

治法：補益肝腎，益氣通絡

治療：處方口服中藥枸杞子、楮實子、茯苓、絞股藍、川芎、地龍等。

患者被診斷患有“左眼正常眼壓青光眼”後，患者選擇單純以中醫眼科治療。此病屬瞳神疾患，從整體狀況作治療考慮，治法以補益肝腎為主。

患者開始接受中醫眼科治療後，於 1 年多內接受數次視野檢查(圖 10 及 圖 11)，結果表明左眼視野功能指標明顯改善。MD<sup>1</sup> 由-7.44dB 升至 -2.53dB，MD Slope: +3.77±3.22, P<5%(圖 11)。以往一般認為青光眼所喪失之視野並不能恢復或改善，但此病例視野功能之改善，與這認識並不一致。從此例可見中醫眼科治療青光眼眼疾有其獨特優點。

---

<sup>1</sup> MD: Mean Deviation 可理解為患者視覺功能與正常人之差距，負數值愈大代表視野功能愈差

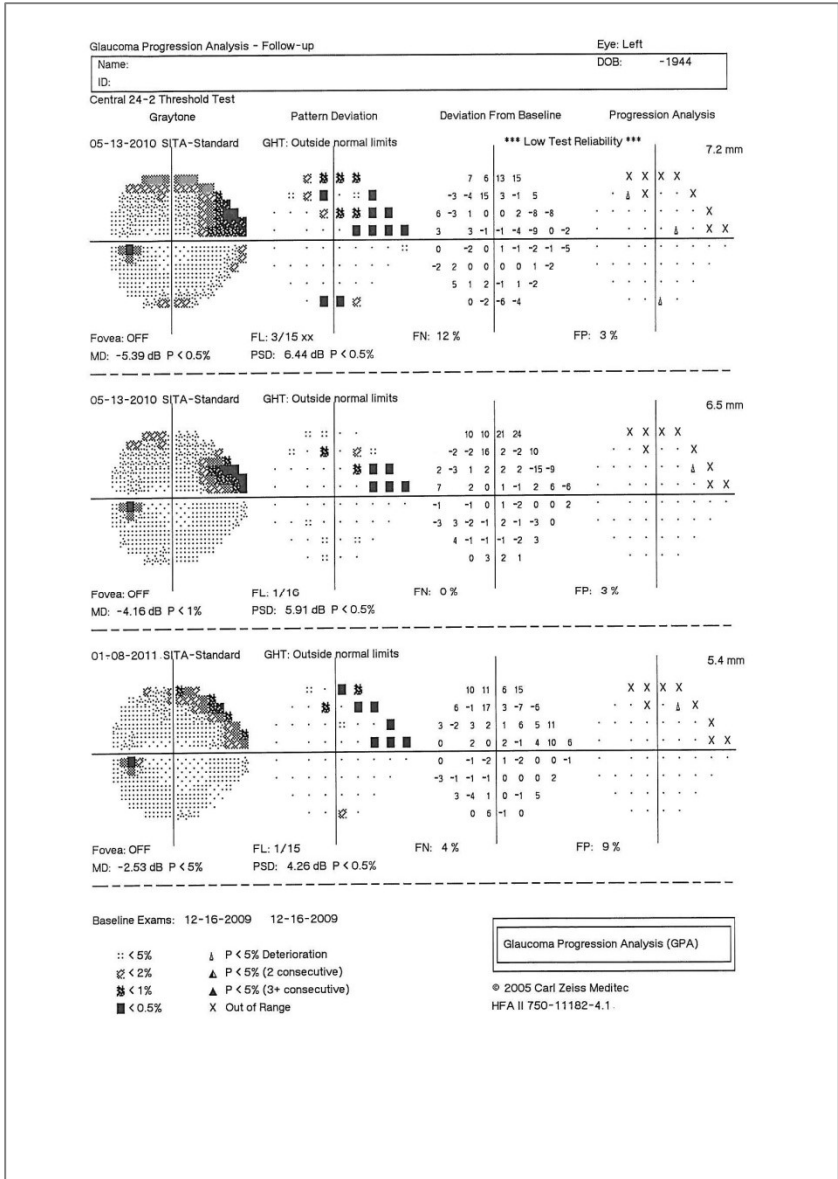


圖 10 一年多內左眼視野檢查



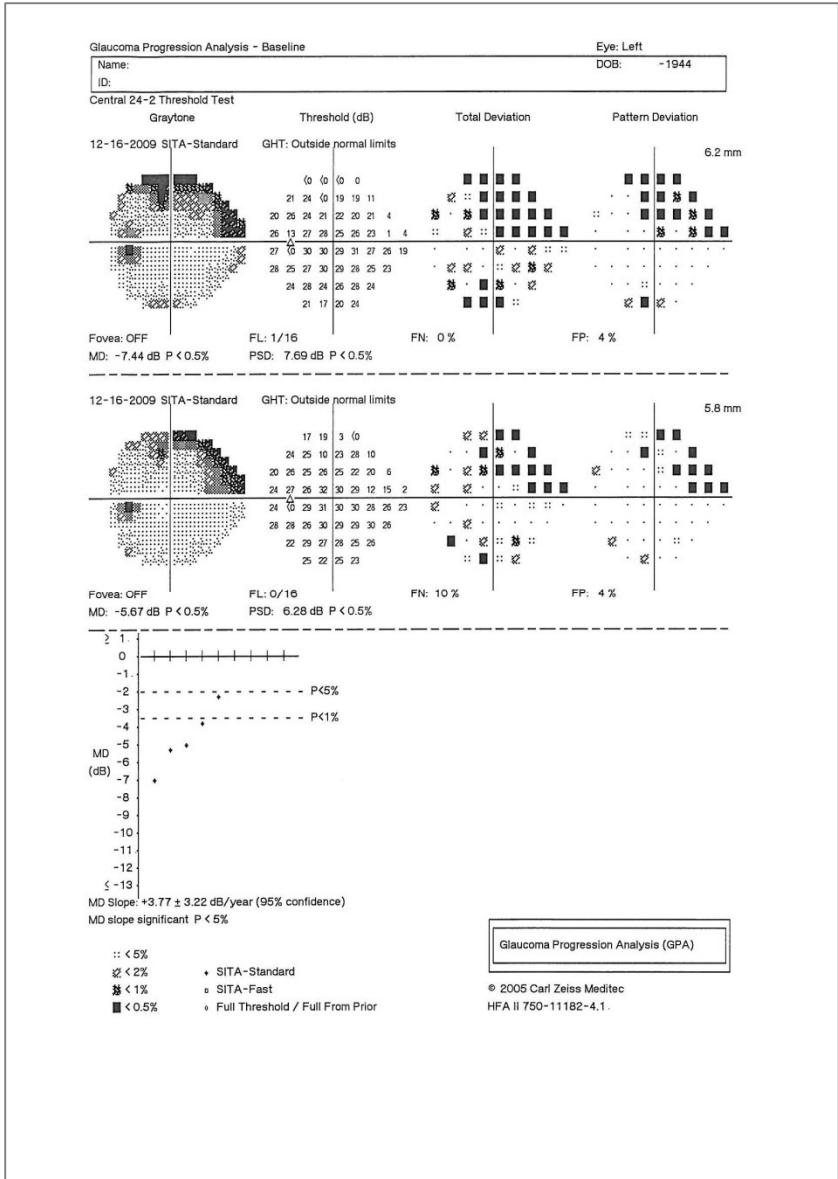


圖 11 一年多內左眼視野檢查, MD 明顯改善

## 病例二：

患者(男性，53 歲) 於 2012 年 3 月底求診，雙眼患有高度近視(高於一千度)，於 4 年前先後進行右眼視網膜退化激光修補術、左眼視網膜脫落修補(硅油注入)手術、左眼白內障摘除手術等。左眼術後半年，被診斷為左眼青光眼及右眼懷疑青光眼，當時眼壓處於正常水平。患者左眼自此一直滴用降眼壓藥水。

病者自述口乾多飲，牙肉腫。

納可，眠可，夜尿 0-1 次，大便日 1 次。

既往有糖尿病及輕微脂肪肝病史。

### 檢查：

戴鏡視力： 右：0.8<sup>-1</sup>                      左：0.8<sup>-2</sup>

眼壓： 右：16.3 mmHg                      左：13.9 mmHg

生理顯微鏡檢查：

右眼玻璃體混濁液化；左眼人工晶體植入在位；餘無異常。

眼底檢查：

杯盤比(C/D ratios)(圖 12 及 圖 13): 右: 0.4    左: 0.8

雙眼視盤顯側弧形斑，左眼視盤蒼白

左眼黃斑疤痕伴色素堆積

雙眼視網膜血管變細，週邊視網膜變薄伴激光疤痕

OCT 檢查：雙眼異常(圖 14)

視野檢查：雙眼視野缺損(圖 15 及 圖 16)

舌象：舌紅偏紫苔薄黃

脈象：細略弦數



圖 12 右眼底照片

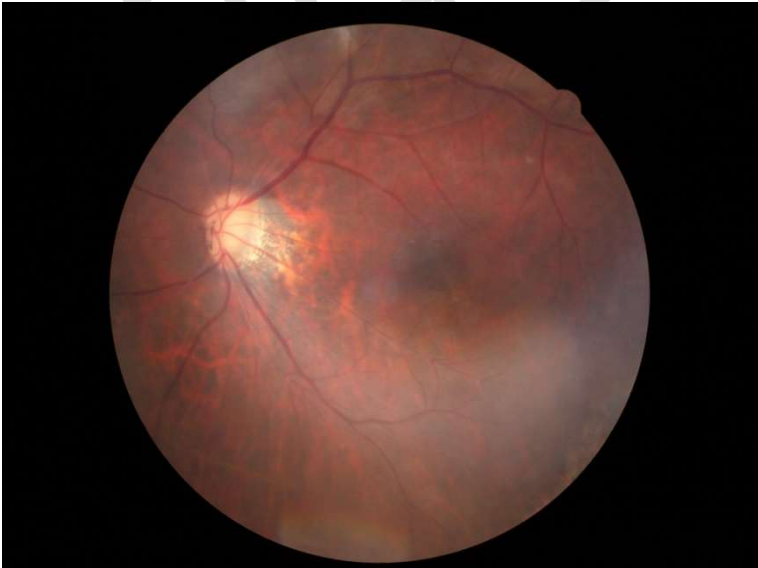


圖 13 左眼底照片

Patient:  
Patient ID:  
Diagnosis: ---

DOB: '1959  
Exam.: /2011  
Comment: ---

Sex: M

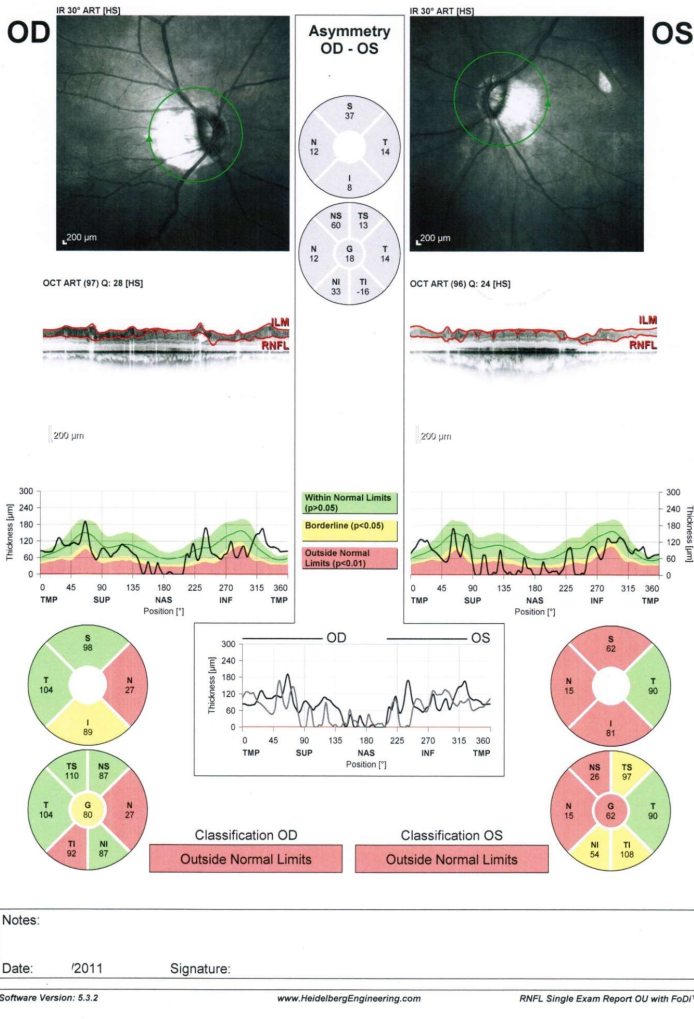


圖 14 光學相干斷層掃描(Optical Coherence Tomography, OCT)檢查

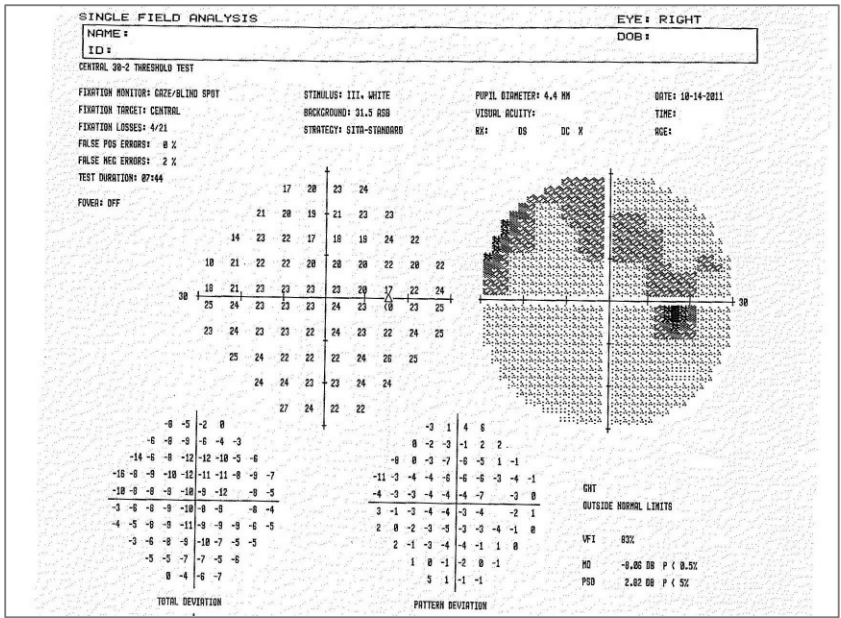


圖 15 右眼視野檢查(於首次中醫眼科診症前 5 個月之檢查 : 2011 年 10 月)

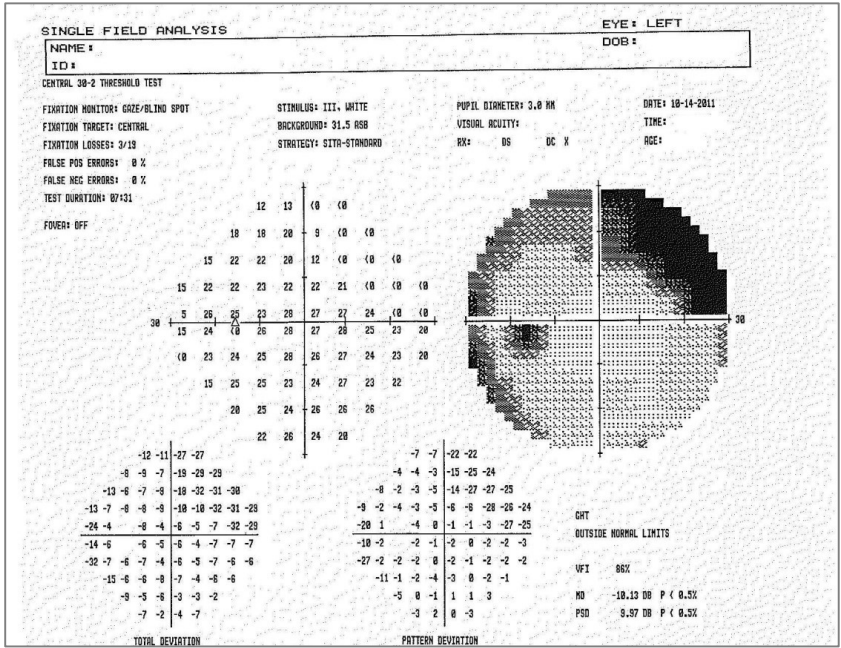


圖 16 左眼視野檢查(於首次中醫眼科診症前 5 個月之檢查 : 2011 年 10 月)

診斷：雙眼青光眼、左眼視網膜脫離修補術後、左眼白內障術後

中醫診斷：雙眼青風內障

證型：陰虛火旺，血瘀阻滯

治法：清熱養陰，活血散結

治療：處方口服中藥知母、黃柏、生地、枸杞子、楮實子、丹參、莪朮等。

本病例左眼視野缺損無大改變，故只集中討論右眼進展。“圖 17”至“圖 19”（2010 年 7 月至 2011 年 10 月期間）為未接受中醫治療前之視野檢查，而“圖 20”為中醫治療 3 個月後之視野檢查。此期間右眼視野 MD (Mean Deviation) 順時序分別為-6.03dB (P<0.5%，中醫治療前 20 個月)，-4.67dB (P<1%，中醫治療前 17 個月)，-8.06dB (P<0.5%，中醫治療前 5 個月)，-3.74dB (P<2%，中醫眼科治療後 3 個月)。“圖 17”及“圖 18”（2010 年 7 月及 10 月），視野指標(MD)有輕微提升，但一般考慮為學習效果(Learning Effect)，但第 3 次（圖 19，2011 年 10 月）則明顯下降視野變差，而且出現典型青光眼弓形視野缺損 (arcuate defect)，可見當時青光眼已明顯影響患者右眼視野功能，其後患者 2012 年 3 月底開始中醫眼科治療後，2012 年 6 月（圖 20）所顯示之視野缺損明顯改善，MD 由前次-8.06dB 跳升至-3.74dB(比以往多次為佳)。

對此病例而言，中醫眼科介入對早期青光眼所出現之視野缺損有明顯改善。

病例二右眼視野檢查結果：

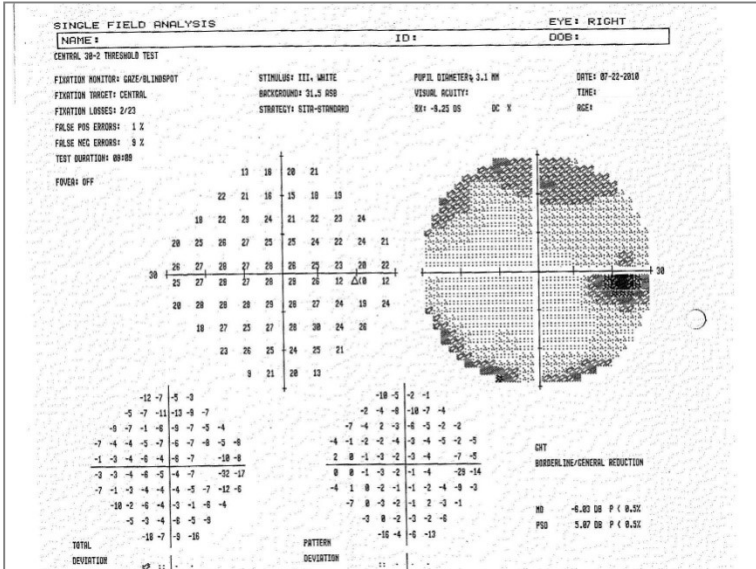


圖 17 2010 年 7 月視野檢查(右眼)(未接受中醫眼科治療前)

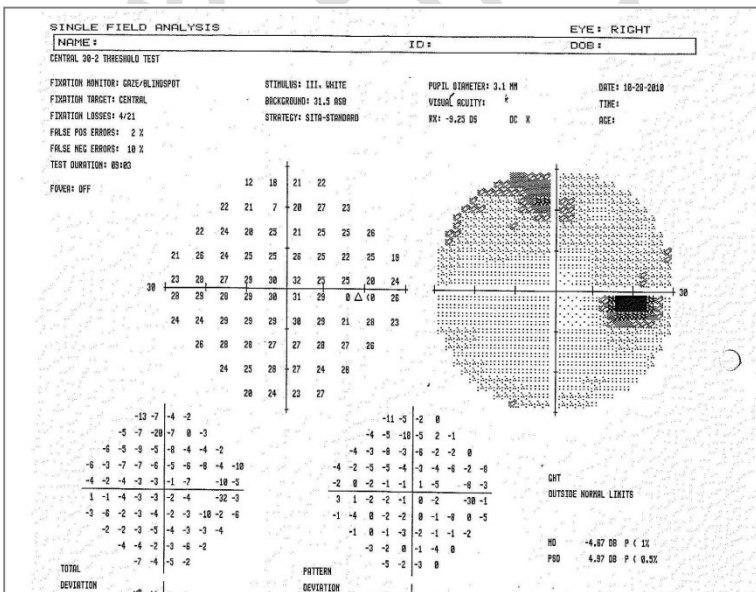


圖 18 2010 年 10 月視野檢查(右眼)(未接受中醫眼科治療前)

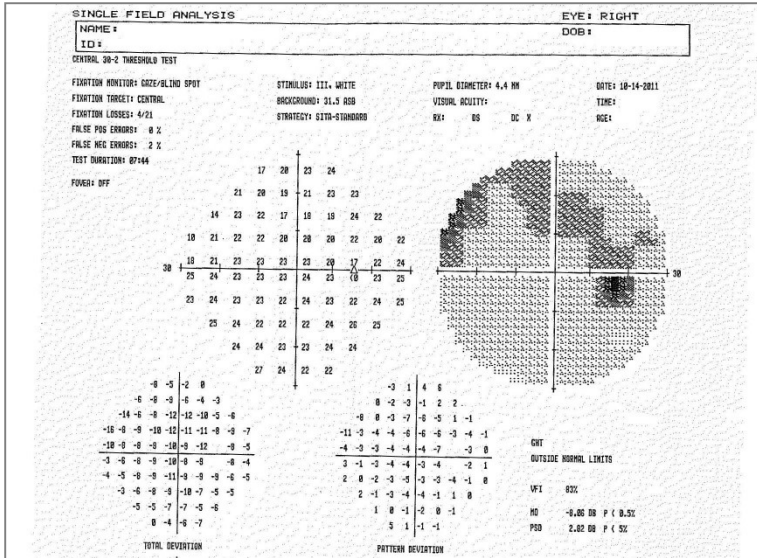


圖 19 2011 年 10 月視野檢查(右眼)(未接受中醫眼科治療前)

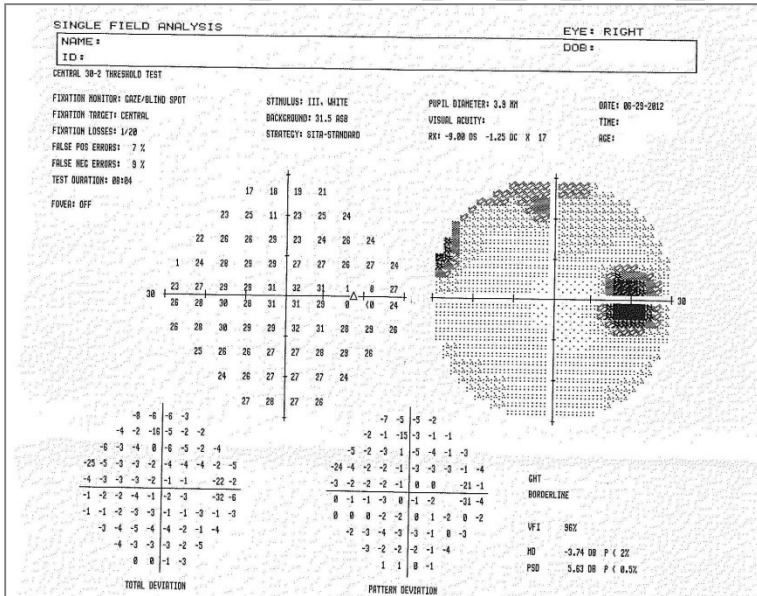


圖 20 2012 年 6 月視野檢查(右眼)(接受中醫眼科治療後 3 個月)



## 討論：

中醫理論認為正常視覺有賴於身體重要物質及功能正常運作——如氣、血、腎精等等。如古籍所載：《素問·五臟生成篇》“肝受血而能視”、《靈樞·脈度》“肝氣通於目，肝和則目能辨五色矣。”、“腎精充足、目視精明”、《素問·脈要精微論》“夫精明者，所以視物，別黑白，審長短；以長為短，以白為黑，如是則精衰矣。”。當眼睛出現毛病時，我們就按中醫理論去推論身體哪些功能出現異常，再進行治療。

病例一患者患有正常眼壓青光眼，她沒有採用西醫治療方法。我們治療時，用上中醫“補益肝腎、活血通絡”治法而取得進展。此病為瞳神(瞳孔後)疾患，屬腎。根據病者情況，考慮中醫理論之“肝腎同源”，故補益肝腎。而舌診及眼底檢查歸屬於望診範疇，如視盤及網膜血管形態可考慮此例為氣血瘀滯，故配用活血通絡之法。這些治法近似針對現代研究之青光眼病因——神經病變及微循環障礙。

病例一以“補益肝腎、活血通絡”為治法，而病例二則用“清熱養陰、活血散結”。可見病症雖同為青風內障(青光眼)，而兩例治法不一，但又各能取得進展。由此可見，中醫眼科辨證論治方法對治療此兩例，起着改善青光眼視野缺損作用。

## 黃斑部疾患 (Macular Diseases)

---

黃斑部屬視網膜中央一個區域，主要負責觀看細微視物及辨別顏色。黃斑部出現病理性改變會影響中央視力，導致視物不清、變形、變色等。

數百年前中醫眼科醫書已有類似黃斑疾患記載，因當時未有西醫診斷知識及技術，故只能以患者所描述症狀而判斷病症。例如病人眼外觀無異常，而視物模糊，自覺眼前有一片帶色陰影遮隔，名為“視瞻有色”，與西醫“中心性漿液性脈絡膜視網膜病變”（或俗稱黃斑積水）相似。

現今中醫眼科已將現代診斷技術融入於中醫眼科診治當中，在治療黃斑疾患時能更清晰得知黃斑區情況，如出血、滲出、疤痕等，在制定治療方案時可更準確，從而提升療效。

黃斑部疾患可對應中醫眼科之「視瞻昏渺」、「視瞻有色」、「暴盲」等病症。黃斑部病變跟中醫之肝、脾、腎有着密切關係，所以治療此類疾患時，常考慮肝、脾、腎為先。

## 年齡相關性黃斑病變 (Age-related Macular Degeneration)

---

年齡相關性黃斑病變是現今主要致盲眼疾之一，一般分為乾性及濕性。由於年齡增長，黃斑區出現變異，最初以輕微視物不清或視物疲勞為病徵。

眼底檢查可發現患者視網膜黃斑區出現玻璃膜疣、滲出、新生血管、或出血等。

濕性黃斑病變患者眼睛，其新生血管常有滲出及出血，而導致中央視力及視野模糊、視物變形扭曲；如反覆發作，黃斑區會被嚴重破壞，最後中央視力及視野可完全喪失。

此眼疾可先後影響雙眼，不健康飲食習慣、吸煙、長期暴曬或年齡在五十歲以上人士，都是黃斑病變的高危一群。

中醫眼科治療：

疾病初期利用中醫藥治療能有效改善視力及減輕視物不清所帶來之生活障礙，並減低患者視力持續下降之風險。若黃斑區有出血則可按病情選用止血、涼血、攝血、活血等治法止血及加快瘀血之重吸收，減輕視力不清及日後形成疤痕之後遺症。

## 病例：

患者(女性·58歲)自述1個月前接受視光檢查時發現左眼視力欠佳，近2星期視物模糊加重。右眼有飛花、口乾多飲、心悸。

納可，眠易醒，大便偏乾；停經數年。

## 檢查：

戴鏡視力：

右：1.0      左：0.8

Amsler Grid:

右：未見異常      左：中央部線條重影

生理顯微鏡檢查：

雙眼晶體混濁及玻璃體液化

眼底檢查：

左眼黃斑區玻璃膜疣(圖 21)

舌象：舌紅瘀暗齒痕苔黃，有剝苔      脈象：細略弦

診斷：左眼年齡相關性黃斑病變      中醫診斷：左眼視瞻昏渺

證型：肝腎陰虛挾瘀

治法：清熱養陰，活血明目

治療：處方口服中藥菊花、決明子、桑椹子、墨旱蓮、丹參、茯神等。

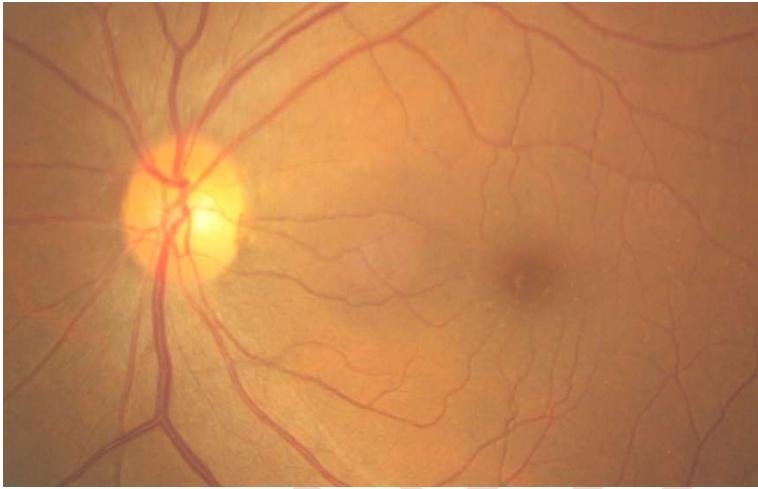


圖 21 左眼黃斑區玻璃膜疣

表 5 年齡相關性黃斑病變病例—視力進程

中醫眼科治療天數	戴鏡視力(右)	戴鏡視力(左)
0	1.0	0.8
4	$1.2^{-2}$	1.0
11	$1.2^{-1}$	$1.2^{-2}$

**討論：**

此病例為初期年齡相關性黃斑病變，接受中醫眼科治療後4天視力已見改善(表 5)，左眼 Amsler Grid 檢查重影已明顯減輕，可見中醫眼科對此病初期有明顯改善視力之效果。

## 高度近視黃斑病變 (Myopic Maculopathy)

---

高度近視主要因眼球過長引致，常伴有脈絡膜、視網膜退化改變。視網膜黃斑區亦易受影響，常因視網膜黃斑區萎縮及脈絡膜新生血管形成出血，而導致黃斑區嚴重受損(圖 22)，視力喪失。

中醫眼科古籍《目經大成》有“近視”之記載，而《審視瑤函·內障》稱為“能近怯遠症”。古時稱先天性近視為“近覷”《證治准繩·雜病》，而高度近視又經常眯眼視物者，俗稱“覷覷眼”。至於有眼症狀者如視物續漸不清，則為「視瞻昏渺」；突然視力嚴重下降則為「暴盲」。

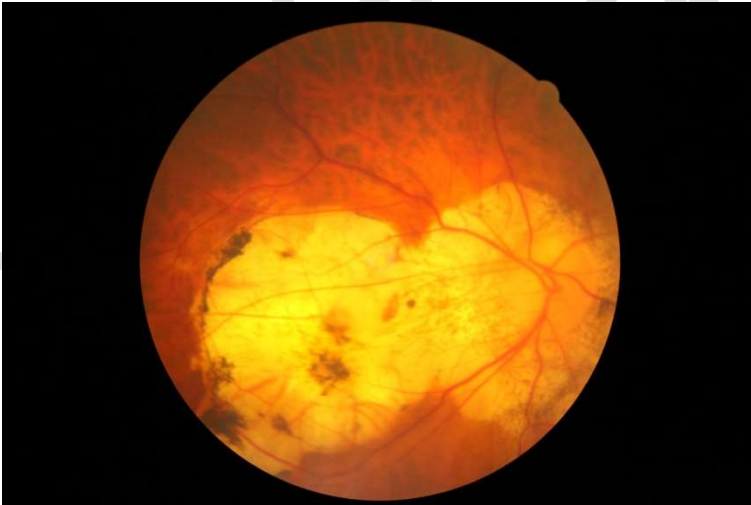


圖 22 高度近視眼底

## 病例：

患者(女性，51 歲)患有雙眼高度近視(高於一千度)。自覺左眼視力下降 1 年多。就診前 1 個月，西醫眼科診斷左眼黃斑病變出血並注射抗血管內皮生長因子(Anti-VEGF)藥物，視力未有改善。

1 年前右眼曾行白內障摘除人工晶體植入手術。

病者自述神疲、背寒、動則汗出，易感冒。

納可，眠易醒，夜尿 1 次；大便日 1 次，偏乾。停經 5 年。

## 檢查：

裸眼視力：右：0.4<sup>2</sup>      左：0.05

生理顯微鏡檢查：

右眼人工晶體在位，右眼角膜癍痕，左眼下瞼結膜有濾泡。

眼底檢查(圖 23 及 圖 24)：

雙眼視網膜後極部變薄伴後葡萄腫，視盤週邊及黃斑區可見萎縮灶。

左眼黃斑區有鮮暗紅色夾雜塊狀出血灶，並伴有癍痕。

舌象：舌淡紅瘀點苔薄白略粗      脈象：細略弦

診斷：雙眼高度近視黃斑病變(左眼出血)

中醫診斷：雙眼視瞻昏渺

證型：氣虛血瘀

治法：益氣養血、化瘀止血

治療：處方口服中藥黨參、白朮、茯苓、當歸、枸杞子、生三七、生蒲黃等。

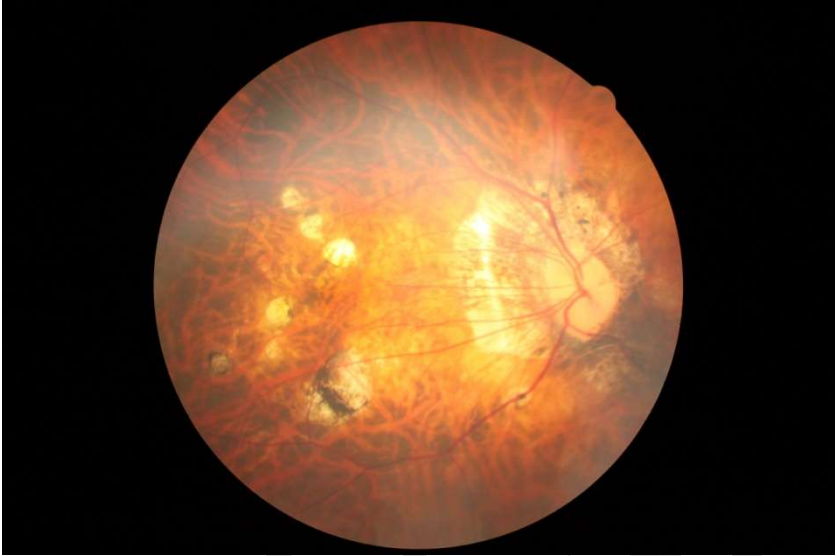


圖 23 右眼眼底相片

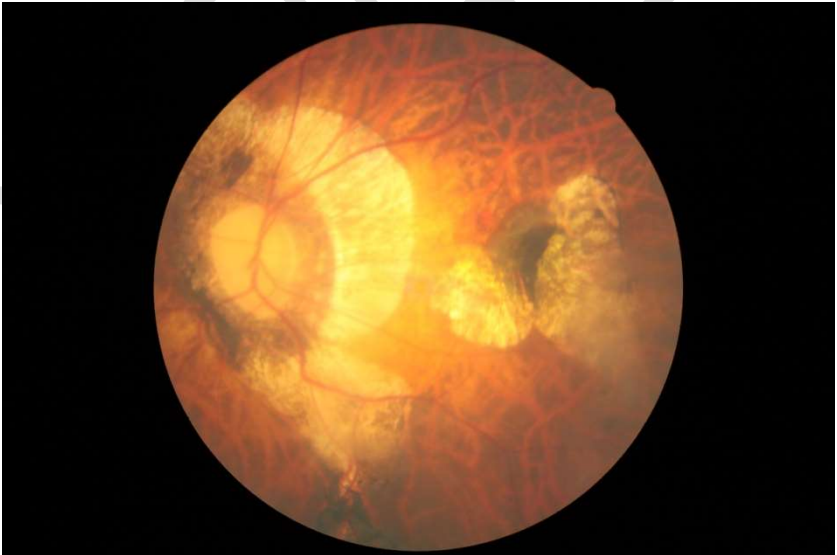


圖 24 左眼眼底相片



表 6 雙眼高度近視黃斑病變病例 — 視力進展

週(約)	裸視視力(右)	戴鏡視力(左)
0	0.4 <sup>-2</sup>	0.05
1	0.4 <sup>-1</sup>	0.05 <sup>+1</sup>
3	0.5 <sup>-2</sup>	0.05 <sup>+1</sup>
5	0.5 <sup>-2</sup>	0.1 <sup>+1</sup>
7	0.5	0.2 <sup>+1</sup>
8	0.5 <sup>-2</sup>	0.1 <sup>+1</sup>
10	0.5 <sup>-1</sup>	0.1 <sup>-2</sup>
12	0.5 <sup>+2</sup>	0.2 <sup>-1</sup>
13	0.5 <sup>+2</sup>	0.2 <sup>-1</sup>
14	0.5 <sup>+2</sup>	0.2
16	0.5 <sup>+2</sup>	0.2 <sup>-1</sup>
18	0.6 <sup>-2</sup>	0.2 <sup>-1</sup>
20	0.6 <sup>-2</sup>	0.2
22	0.6 <sup>-2</sup>	0.2 <sup>-1</sup>
25	0.6 <sup>+3</sup>	0.2 <sup>-1</sup>
27	0.5	0.2 <sup>+2</sup>
30	0.6 <sup>+1</sup>	0.2

## 討論：

從眼底檢查可見(圖 23 及 圖 24)·因高度近視雙眼黃斑部明顯變薄及萎縮·導致視力變差。左眼出血及癍痕形成·導致左眼視力比右眼更差。經過數月中醫眼科治療·雙眼視力緩緩改善(表 6)·而且左眼未有再次出血。

中醫考慮出血病症時·先要辦清出血部位及臟腑所屬·分清虛實。病理變化多考慮“火熱薰蒸·迫血妄行”及“氣虛不攝·血溢脈外”·治法則按病情使用“涼血止血”、“收斂止血”或“活血止血”等法。

由於患者左眼有黃斑部出血·我們用上中醫較有特色治法——“化瘀止血”。“化瘀止血”看似有矛盾·如何化瘀又止血？相信止血方面較易理解·因左眼黃斑區已有出血·故止血。但為何要活血？以中醫角度考慮已離經(血液離開正常循行之脈道)之血屬瘀·所以選用化瘀法將這些脈道以外之瘀血清除。

其實可將這治法看作成兩個機理·一是停止/防止持續出血·二則將已出之血用化瘀法將其清除。另一方面·可透過選擇不同藥物或調整藥物用量讓它們互相制衡·可見這治法是相對全面。

我們在辨證方面從整體考慮·歸納後認為患者主要屬氣虛·故用上益氣法。

此病例黃斑部雖受到相當破壞·但仍可見到患者接受中醫眼科治療後出血及非出血眼視力都有改善·而且出血眼未有再次出血。

中心性漿液性脈絡膜視網膜病變(俗稱:黃斑積水)是一種好發於青壯年人眼疾，主要症狀為視力下降、視物變形或變色，患者視物受到明顯影響。圖 25 為該病眼底照片，箭頭圍繞部份為黃斑區積水範圍。

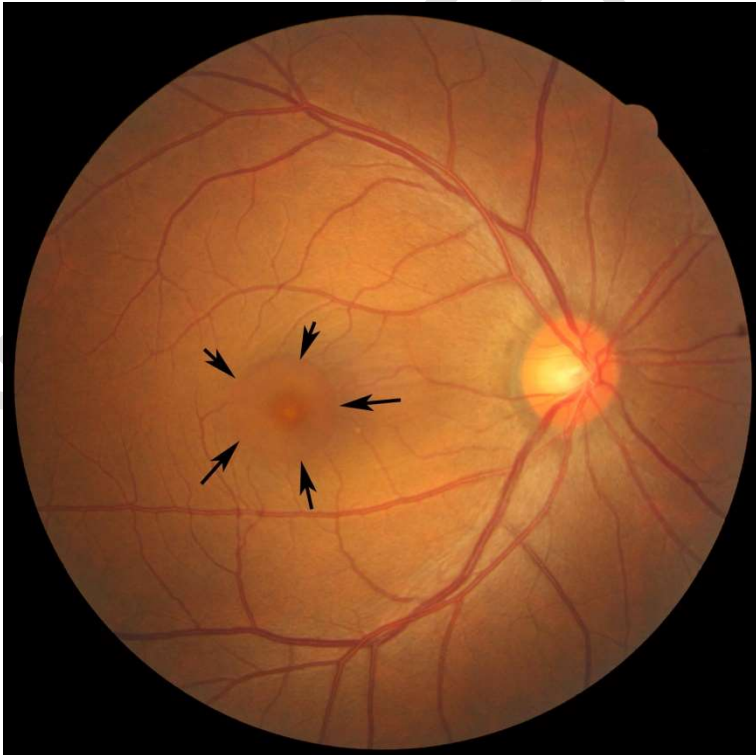


圖 25 箭頭圍繞為中心性漿液性脈絡膜視網膜病變積水範圍

部份患者可於數月內自行恢復大部份視力，但部份患者於積水消退後仍遺留視物變色/變形、對比敏感度下降等症狀而影響視覺，亦有不少患者未能自行痊癒。由於中央視力明顯減退，故患者日常生活及工作均受到明顯影響，而帶來不少困擾。

診治時，視力檢查是一項重要臨床監測指標。另外，亦會參考視網膜光學相干斷層素描(Optical Coherence Tomography, OCT)檢查結果，此檢查可量化黃斑區積水程度及有助監察病程。

中醫眼科根據患者主要症狀，而診斷為“視瞻昏渺”、“視瞻有色”或“視直如曲”等中醫疾患。中醫眼科對此病治療法則明確，治療以內服中藥為主，患者可於較短時間內減輕症狀及積水情況，並減少治癒後可能出現之後遺症。

此病病因主要為生活緊張及壓力、過度情緒、過勞或休息不足等。由於此病容易復發，故此患者除積極治療外，還要注意休息及情緒等因素。

### 病例 1：

患者(女性，47 歲)主訴左眼視物不清半年，加重 1 個多星期。患者自述左眼如透過不潔玻璃視物，並伴有輕微視物變形。

患者自覺疲乏、口微乾、畏熱；納可，眠易醒，尿頻，大便溏薄(正服用減肥藥)。經期延長至 13 天，月經週期正常。

檢查：

裸眼視力(表 7, 第 0 週)：右：1.0      左：0.9

生理顯微鏡檢查：

雙眼初期白內障、玻璃體液化。

眼底檢查：

右眼黃斑未見明顯異常。

左眼黃斑反光消失，伴滲出及輕微積水(表 7, 第 0 週)。

舌象：舌紅紫苔薄白少津      脈象：滑略數

診斷：左眼中心性漿液性脈絡膜視網膜病變

中醫診斷：左眼視瞻昏渺

辨證：肝腎陰虛挾瘀

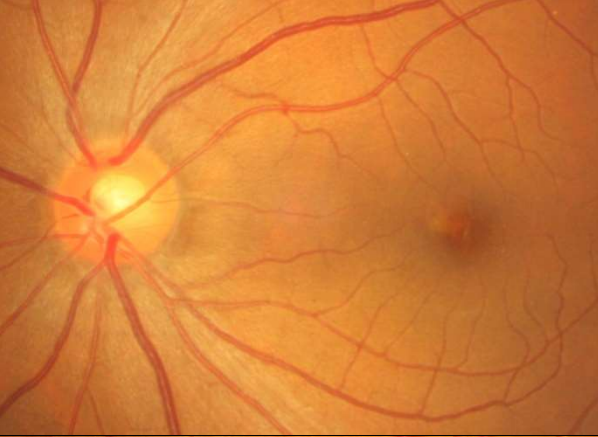
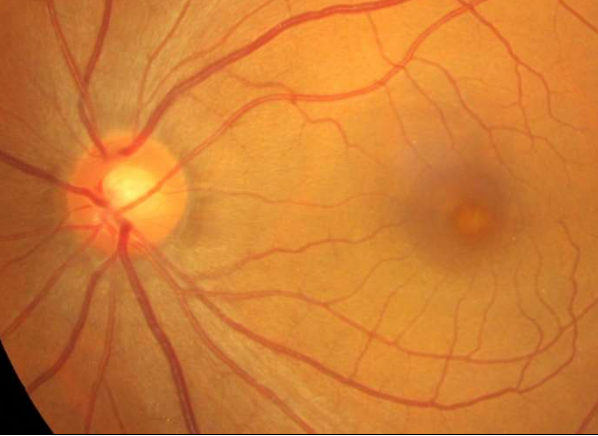
治法：滋養肝腎，利水活血。


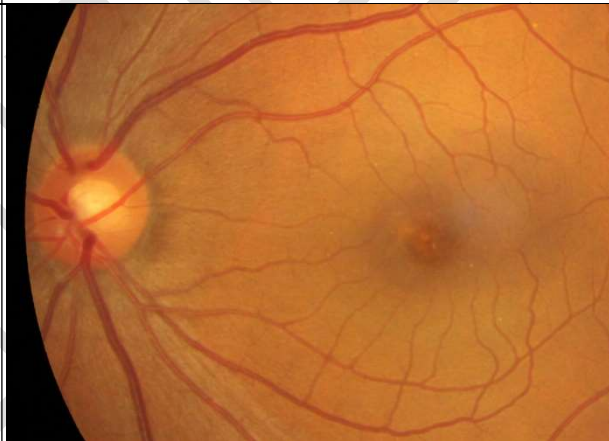

治療：處方口服中藥桑椹子、女貞子、生地、黃耆、白朮、茯苓、澤蘭等。

討論：

從“表 7”可見，經首星期治療後，黃斑積水範圍雖略有增大，但患眼視力已明顯恢復正常。其後眼底照片顯示水腫逐漸消退，而雙眼視力亦維持高於正常水平。病者共接受 9 週治療後，未有復發。

表 7 中心性漿液性脈絡膜視網膜病變病例 1 治療進展

治療時間/週	視力 (右)	視力 (左)	左眼底照片
0	1.0	0.9	
1	$1.2^{-2}$	$1.2^{-2}$	
1.5	$1.2^{+2}$	$1.2^{-1}$	
2.5	$1.2^{+2}$	$1.2^{-1}$	

3.5	$1.2^{+3}$	1.2	
5	$1.2^{+3}$	$1.0^{+2}$	
7	$1.2^{+3}$	$1.5^{-2}$	
9	1.5	$1.5^{-1}$	

## 病例 2：

患者(男性，41 歲)主訴 4 星期前因家事情緒困擾，左眼視物變形變暗，逐漸加重。過往左眼亦曾有變形及變暗症狀。

病者自述唇乾，納可，眠易醒多夢，二便基本正常，偶大便溏。

### 檢查：

眼底檢查：左眼黃斑積水(表 8, 第 0 週)，餘未見異常。

舌象：舌紅中裂苔白

脈象：弦細

診斷：左眼中心性漿液性脈絡膜視網膜病變

中醫診斷：左眼視瞻昏渺

證型：肝鬱脾虛，氣滯濕停。

治法：疏肝健脾，理氣利水。

治療：處方口服中藥柴胡、白芍、茯苓、白朮、菴蔚子、澤瀉等。

### 討論：

從“表 8”相片可見，病例 2 黃斑積水經治療後續漸減輕，左眼視力於治療 10.5 週後已提升至右眼水平。情志因素在中醫學是常見致病因素，就如此例患者因家事情緒波動後而發病。中醫病機以肝鬱氣滯橫逆犯脾，脾病水濕失運，故發此病。

病例 2 證型為“肝鬱脾虛”，而病例 1 證型則為“肝腎陰虛挾瘀”。從上述兩例可見，它們雖為同一眼疾，但中醫辨證有別，治法亦相應有所不同，選用藥物按不同治法亦不一樣。可見中醫治病並非單以診斷為依據，而是以辨證為根本作為指導治療方向。



表 8 中心性漿液性脈絡膜視網膜病變病例 2 治療進展

治療時間 /週	視力 (右)	視力 (左)	左眼底照片
0	1.5	1.2 <sup>+1</sup>	
1	1.5	1.5 <sup>-1</sup>	
4	1.5	1.2 <sup>-2</sup>	
4.5	1.5	1.2 <sup>+3</sup>	
6.5	1.5	1.2 <sup>+2</sup>	
10.5	1.5 <sup>-1</sup>	1.5 <sup>-1</sup>	

## 糖尿病視網膜病變 (Diabetic Retinopathy)

---

糖尿病視網膜病變是糖尿病其中一種併發症，即中醫「消渴目病」。早期症狀主要為視力下降及視物變形。若視網膜新生血管大量出血進入玻璃體腔，則會導致視力急劇下降。病程繼續發展可引起牽拉性視網膜脫離、繼發性青光眼，導致視力及視野受損，甚至失明。

中醫方面，古代醫家已認識到消渴(對應現今之“糖尿病”)最終可致盲及引發其他病症，如《三消論》指出：“夫消渴者，多變聾盲”。《秘傳證治要訣》更進一步指出：“三消久之，神血既虧，或目無所見，或手足偏廢”。根據其不同臨床表現，糖尿病視網膜病變分屬於中醫眼科“視瞻昏渺”、“雲霧移睛”、“暴盲”及“血灌瞳神”等內障眼病。

消渴目病之發病機制(摘至廖品正教授講義)：

“目為肝之竅，瞳神水輪屬腎，當病久及肝腎時，多併發眼部病變，特別是視網膜(視衣)病變。肝腎陰虧，目失濡養，加之陰虛內熱，氣陰耗傷，氣虛帥血乏力，陰虛血行滯澀，均可導致眼絡瘀阻。瘀血阻絡，可引起眼底發生微血管瘤、滲出、水腫、出血等。若血瘀出血於絡外，則可溢入神膏(玻璃體)，滲灌瞳神。若眼內瘀滯日久不消，瘀鬱生熱或消渴燥熱，煉液成痰；或脾腎陽虛，痰濁內生，致痰瘀互結，則可形成視網膜玻璃體增殖性病變，終至失明。”

中醫眼科治療：

控制血糖是治療此病之重要基礎，由於此病眼局部病變多種多樣，透過眼底檢查、螢光造影、OCT 檢查等手段對中醫眼科治療有極大幫助，診治時將它們歸屬於中醫望診內容。

視網膜及玻璃體出血量大時，使視力嚴重下降，除利用內服中藥外，可配合針灸治療。按照出血病程各階段作相應治療。此病早期，接受中醫眼科治療可改善視力及減慢病程進一步惡化。

病例：

患者(女性，59 歲)患有糖尿病 22 年，注射胰島素控制血糖 2 年。空腹血糖 7-8mmol/L，餐後 2 小時血糖達 13mmol/L。西醫眼科建議激光治療(廣泛性視網膜光凝術, Panretinal Photocoagulation)。

病者自述迎風流淚、咽癢有痰、短氣、疲乏、雙膝乏力、動則汗多；易頭暈。

納一般、眠可、夜尿 1 次、大便日 1 次。

檢查：

戴鏡視力： 右：0.3      左：0.6<sup>-1</sup>

眼底檢查：

右眼(圖 26)黃斑區有滲出伴水腫出血，視網膜週邊散在出血及滲出。

左眼(圖 27)黃斑反光不清伴滲出，餘未見異常。

舌象：舌紅中裂無苔無津

脈象：細數



圖 26 右眼眼底相片

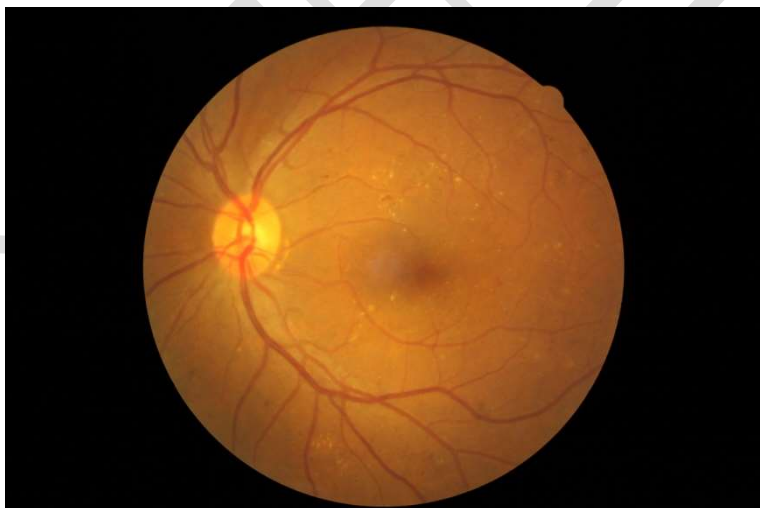


圖 27 左眼眼底相片

診斷：雙眼糖尿病視網膜病變

中醫診斷：消渴目病

證型：氣陰兩虛，血滯濕停

治法：益氣養陰、利水理血

治療：處方口服中藥黃耆、生地、枸杞、五味子、生三七、蒲黃、茺蔚子等。

### 討論：

“表 9”為治療期間之視力變化，可見經中醫眼科治療 10 週內視力明顯改善，右眼視力由 0.3 升至 0.7<sup>-1</sup>，左眼視力由 0.6<sup>-1</sup> 升至接近正常視力 0.9<sup>+2</sup>。另一方面，經治療後身體各症狀及血糖亦趨向穩定，空腹血糖降低至 3-6mmol/L，餐後 2 小時血糖亦降至 9-11mmol/L。

中醫眼科治療糖尿病視網膜病變時，會考慮病者體質，常見有陰虛內熱、氣陰兩虛、陰陽兩虛等，並且會觀察眼底改變，綜合整體情況辨證施治，方能取得療效。此例可反映出我們用藥時除改善病者視力外，同時亦可改善病者身體症狀及起着穩定血糖效果。

註：此患者於 12 週時右眼進行廣泛性視網膜光凝術治療(Panretinal Photocoagulation)，術後視力如 9.5 週時。

表 9 糖尿病視網膜病變病例治療進展

治療時間/ 週	矯正視力 (右)	矯正視力 (左)	空腹血糖/ mmol/L	餐後 2 小時血糖/ mmol/L
0	0.3	0.6 <sup>-1</sup>	7-8	13
1	0.4 <sup>+2</sup>	0.8	7 <sup>+</sup>	
2	0.4 <sup>-1</sup>	0.8 <sup>+2</sup>	7 <sup>+</sup>	13
3.5	0.5 <sup>-1</sup>	0.8 <sup>+2</sup>	6-8 <sup>+</sup>	
5.5	0.5 <sup>-2</sup>	0.8	5 <sup>+</sup>	9-10
7.5	0.5 <sup>+2</sup>	0.9 <sup>+2</sup>	5-6	10-11
9.5	0.7 <sup>-1</sup>	0.9 <sup>+2</sup>	3-4	

## 視網膜色素變性 (Retinitis Pigmentosa)

視網膜色素變性是一個眼科遺傳病，多於青年階段發病，一般雙眼罹患，病程漫長。先以夜間視物困難為主要症狀，其後週邊視野持續縮窄，最後階段波及視網膜後極部，中央視野及視力亦續漸變差，終致失明。

此病最早記載於中醫典籍《太平聖惠方》，以夜盲和視野日漸縮窄為主症的眼病，稱為“高風內障”，又名“高風雀目”。病久則成青盲或瞳內變生翳障。中醫病因多以先後天之本為考慮因素，病因可概括為“稟賦不足，命門火衰”、“肝腎虧損，精血不足”、“脾胃虛弱，清陽不升”等。以上諸種不足，均可使脈道不得充盈，血流滯澀，目失所養，以致神光衰微，夜不見物，視野縮窄。

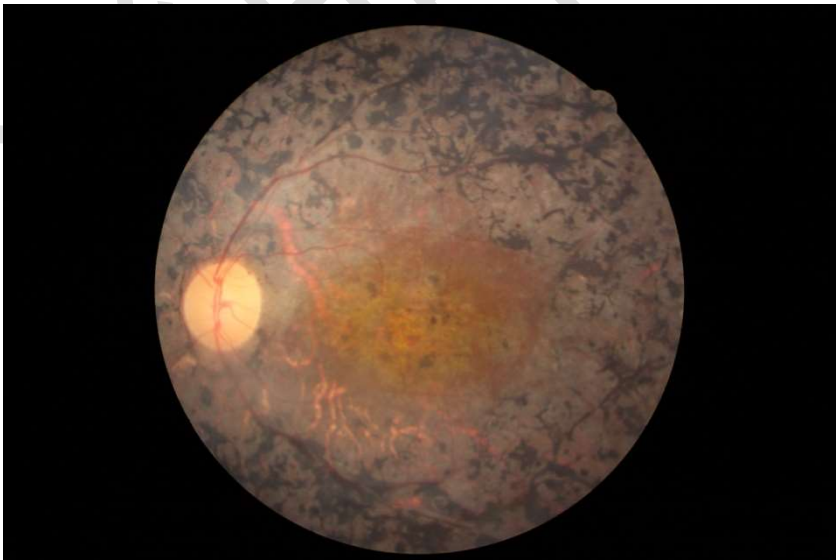


圖 28 典型視網膜色素變性眼底照片 - 骨細胞樣色素散佈於視網膜上

SINGLE FIELD ANALYSIS

EYE: RIGHT

NAME: ID: DOB:

CENTRAL 30-2 THRESHOLD TEST

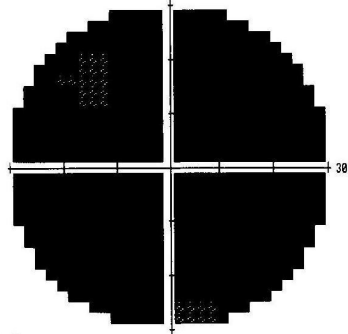
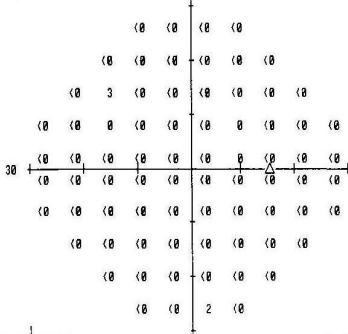
FIXATION MONITOR: BLINDSPOT  
 FIXATION TARGET: SMALL DIAMOND  
 FIXATION LOSSES: 0/13  
 FALSE POS ERRORS: 0 %  
 FALSE NEG ERRORS: N/A  
 TEST DURATION: 07:06

STIMULUS: III, WHITE  
 BACKGROUND: 31.5 ASB  
 STRATEGY: SITRA-FAST

PUPIL DIAMETER:  
 VISUAL ACUITY:  
 RX: +2.00 OS -2.50 DC X 90

DATE: -2009  
 TIME: 9:33 AM  
 AGE: 41

FOVEA: OFF

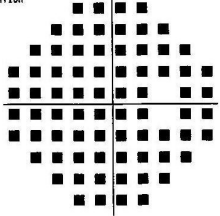


-29	-28	-28	-28
-30	-31	-30	-30
-31	-27	-33	-33
-30	-32	-34	-34
-31	-33	-34	-35
-30	-32	-34	-35
-31	-33	-34	-34
-31	-32	-33	-33
-31	-31	-27	-32

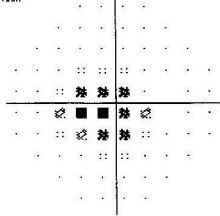
2	3	3	3
0	0	0	1
0	4	-2	-2
1	-1	-1	-4
0	-2	-4	-5
0	-2	-4	-5
0	-2	-3	-4
-1	-2	-3	-3
-1	-1	-2	-2
0	0	4	-1

GHT  
 OUTSIDE NORMAL LIMITS  
 MD -33.00 DB P < 0.5%  
 PSD 2.14 DB P < 10%

TOTAL DEVIATION



PATTERN DEVIATION



:: < 5%  
 ☉ < 2%  
 ☼ < 1%  
 ■ < 0.5%

圖 29 視網膜色素變性視野檢查結果 - 視野嚴重喪失



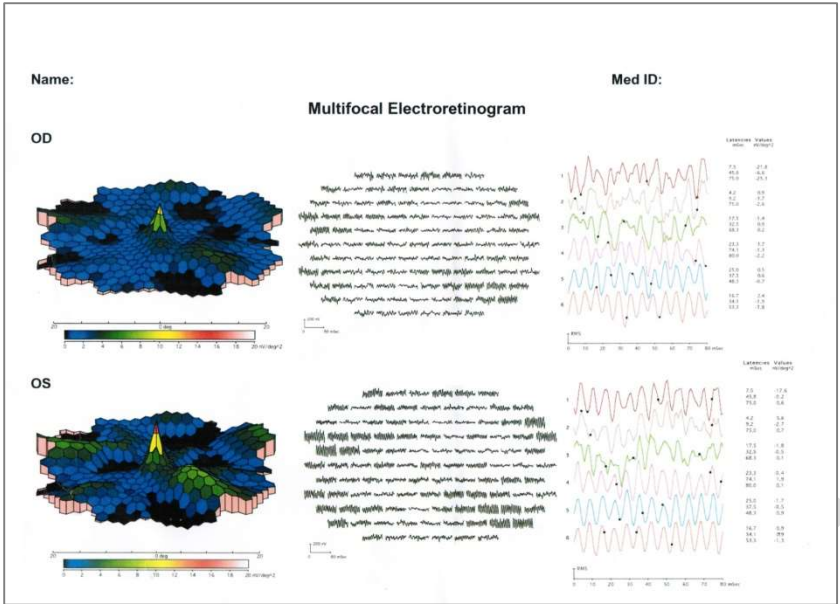


圖 30 視網膜色素變性眼電生理檢查 - 視網膜細胞對光刺激明顯減退

中醫眼科治療：

由於這病是一個進行性退變遺傳病，治療目標主要是儘量保存患者餘下視覺。相比其它眼疾，此病導致完全失明機會較大，對於這類病人一點光也很寶貴。此病容易帶給病人沉重心理負擔，治療時會特別注意病者之情志因素(心理因素)。

此病早期，接受中醫眼科積極治療，可望改善中央視力及減慢視覺衰退。若於中後期中醫眼科才介入治療，一般以減緩病情發展為目標，但亦有部份患者視力仍有改善空間。後期階段，視力一般會明顯下降，除內服中藥外，還會配合針刺治療。

## 病例：

病者(男性，40 歲)於 2006 年時，病者已有 20 年夜盲症狀，診斷為雙眼視網膜色素變性 8 年多，視力下降伴視野縮窄 3 年。2006 年時曾強烈建議患者長時間接受口服中藥及針灸治療。

## 檢查：

戴鏡視力(2006 年)：

右：0.6<sup>-1</sup>      左：0.4<sup>-1</sup>

小瞳下眼底檢查：

雙眼玻璃體及晶體未見明顯混濁。雙眼視乳頭臘黃色，邊界清楚。雙眼視網膜血管偏細，視網膜廣泛散在骨細胞樣色素，伴黃斑退變。

診斷：雙眼視網膜色素變性

中醫診斷：雙眼高風內障

## 2009 年覆診：

病者自述雙眼管狀視野，夜盲及視物不清，易疲累。

納一般，眠可，二便常。

## 檢查：

戴鏡視力(表 10)：

右：0.4      左：0.3<sup>-1</sup>

生理顯微鏡檢查：

雙外眼有分泌物，雙眼晶體混濁，玻璃體混濁及液化。

眼底檢查(圖 31 及 圖 32)：

雙眼視網膜後極部變薄，黃斑區萎縮灶(左眼有色素沉著)，視網膜血管變細，視網膜散在骨細胞樣色素。

舌象：舌紅暗苔少乾

脈象：弦

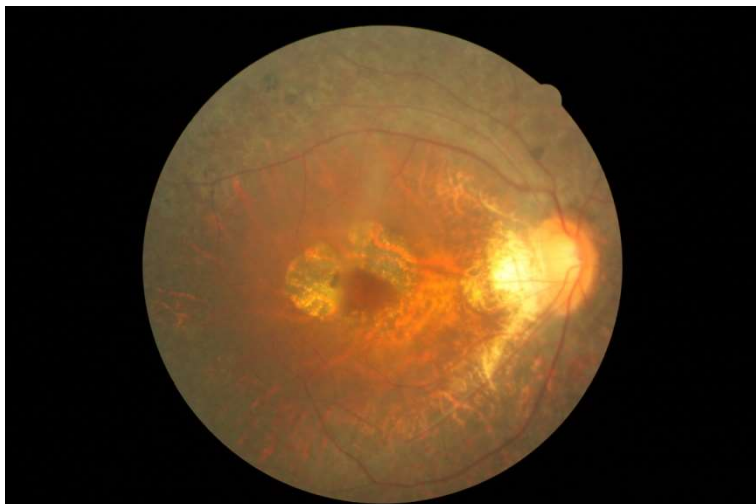


圖 31 右眼眼底照

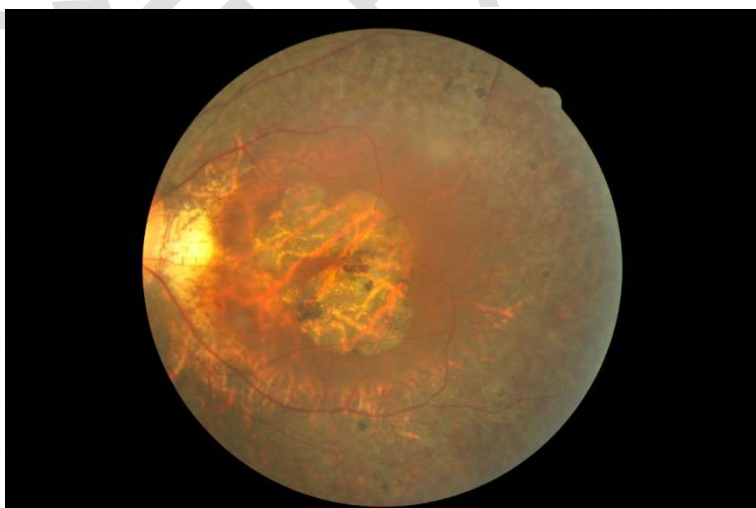


圖 32 左眼眼底照

診斷：雙眼視網膜色素變性，雙眼初期白內障

中醫診斷：雙眼高風內障，雙眼圓翳內障

證型：肝腎陰虛，血行瘀滯

治法：滋養肝腎，活血消滯

中藥治療：處方口服中藥枸杞子、楮實子、生地、丹參、莪朮、夜明砂、山楂等。

針灸治療：主要穴位包括風池、合谷、攢竹、太溪、三陰交、光明等。

表 10 視網膜色素變性病例治療進展

日期	戴鏡視力 (右)	戴鏡視力 (左)	備註
2006/12/4	0.6 <sup>-1</sup>	0.4 <sup>-1</sup>	
2006/12/27	0.7 <sup>-1</sup>	0.4 <sup>-1</sup>	此前間歇服用中藥
2007/11/5	0.6 <sup>+1</sup>	0.3	此前間歇服用中藥
2008/12/22	0.4	0.1 <sup>+1</sup>	過去 1 年停服中藥，此後規律服藥及針灸治療
2009/3/7	0.4	0.3 <sup>-1</sup>	規律服用中藥及針灸治療
2011/3/16	0.3	0.05 <sup>+1</sup>	雙眼白內障加重，視力下降
2011/10/18	0.4 <sup>-2</sup>	0.3 <sup>-2</sup>	右眼及左眼分別於 2011/3/30 及 2011/9/28 行白內障手術
2012/1/17	0.4	0.2 <sup>+1</sup>	
2012/5/16	0.4	0.2	

## 討論：

本病例治療初期時，已建議患者需長時間服用中藥及針灸治療，但患者由2006年12月至2007年12月只是間歇服用中藥(請參閱“表 10”)，於2008年期間更有差不多1年完全停用中藥，當時(2008/12/22)患者自覺視野變差及視力明顯下降。其後患者開始持續接受中醫眼科診治，於2011年因白內障視力下降，完成白內障手術後，雙眼視力基本跟2008年底相約，期間3年多最佳視力保持穩定，而左眼視力亦略有改善。

從這例反映出服用中藥配合針灸治療對此例有一個延緩視力減退效果。但有部份較晚期患者接受治療後，只能減慢其退變速度。

積極中醫眼科治療一般可暫停或延緩其惡化過程。讓患者能夠維持個人活動能力及日常自理能力。現今世界各地都進行着相關治療研究，只要能維持患者視覺，就可望有一天讓患者恢復視力。

## 非動脈炎性前部缺血性視神經病變 (Non-arteritic Anterior Ischaemic Optic Neuropathy, NAION)

---

非動脈炎性前部缺血性視神經病變表現為突發性單側視覺喪失，視野缺損及視力下降，但不伴有劇烈疼痛。

此病對應中醫眼科病之“暴盲”（定義：平素眼無它病，外觀端好，猝然一眼或雙眼視力急劇下降，甚至失明的內障眼病）。此病如未有適當治療，可發展為中醫眼科病中之“青盲”（定義：青盲是指眼外觀端好，而視力漸降至盲無所見的眼病）。

此病需要西醫血液及頭顱影像等檢查以排除其他疾患方能確診。此病屬中醫眼科瞳神疾患，患眼發病時視力驟降甚至失明，病機多為肝火上攻目系或氣滯血鬱，導致竅道蔽阻而發病。中醫所謂“目系”指眼球後方與腦相連系的組織，為足厥陰肝經所主，與肝、腎關係密切。眼底檢查可見視乳頭水腫、充血、靜脈擴張等；中醫可將這些症狀考慮為“熱盛血壅，氣血不通”，或“陰精虧虛，氣血不暢，壅塞脈道”等。

中醫治病時必須分清虛實，急性期多見實證，慢性多虛實夾雜。實證以瀉肝疏肝為主；本虛標實則以滋養肝腎、補益氣血為主，佐以活血通絡。

除考慮病者體質外，治療時還要參考眼底情況，如視乳頭水腫或出血則會配用利水活血等法。

**病例：**

患者(男性, 42 歲)首次求診時, 自述 1 星期前感冒及喝酒後, 右眼視覺突然變差下方視野不清。西醫眼科診斷為右眼非動脈炎性前部缺血性視神經病變, 予口服類固醇及抗生素, 雙眼滴用降眼壓藥物 Alphagan。患者於 9 個月前左眼亦曾出現類似情況, 曾接受短時間中醫眼科治療, 視乳頭水腫情況消退後無繼續治療。

患者自覺視物不清, 容易碰撞到週邊物件(左方尤甚)。頭暈, 精神欠清; 因病情緒鬱悶, 口乾, 乾咳無痰。

納一般, 眠尚可, 夜尿 0 次, 大便 1 日/次。

檢查:

裸眼視力(表 12, 第 1 天(右)):

右:  $1.0^{-2}$  左:  $0.5^{-1}$

眼底檢查:

右眼視乳頭水腫充血邊界不清(表 11, 第 1 天(右眼))

左眼視乳頭蒼白(圖 34)

舌象: 舌紫紅苔白 脈象: 弦數略滑

診斷: 右眼非動脈炎性前部缺血性視神經病變, 左眼視神經病變

中醫診斷: 右眼暴盲, 左眼青盲

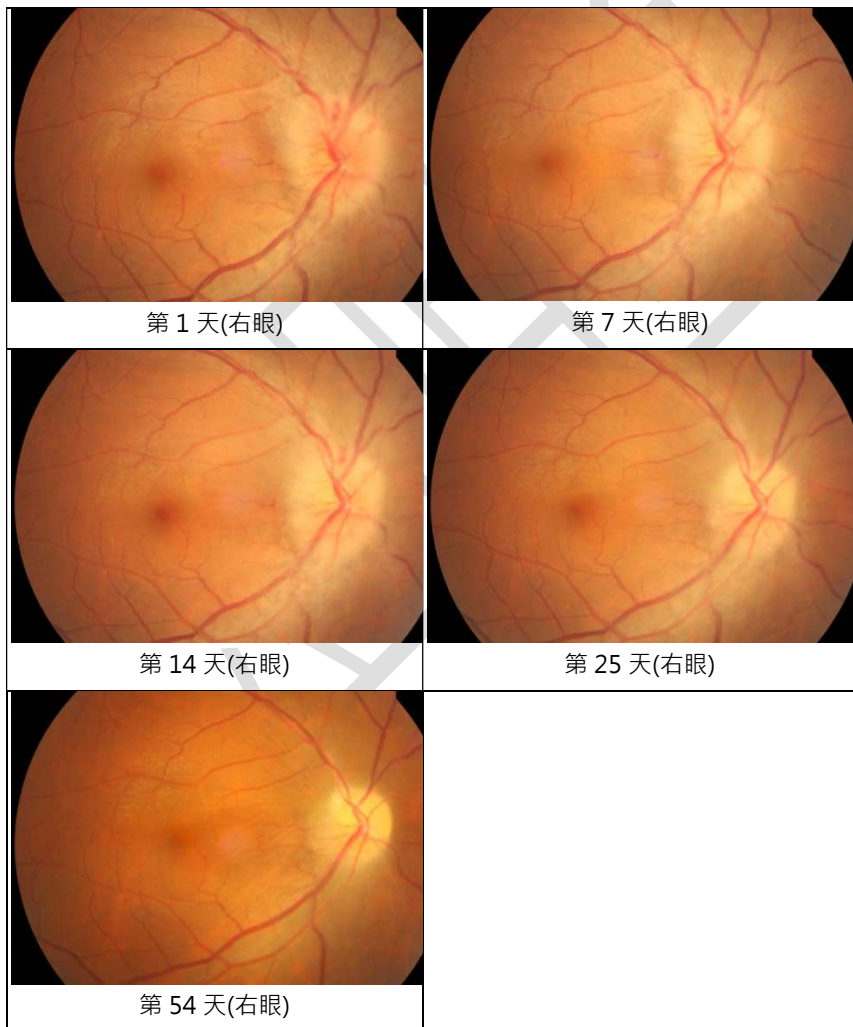
證型: 肝膽濕熱, 氣血阻滯

治法: 清肝利濕, 活血通絡

藥物治療：處方口服中藥龍膽草、黃芩、梔子、車前子、澤瀉、鬱金、地龍、僵蠶等。

針灸治療：針灸處方(建議 3-5 次/週)，選用穴位包括風池、翳風、合谷、行間、攢竹、外關、足臨泣等。

表 11 非動脈炎性前部缺血性視神經病變(NAION)：病例眼底相片





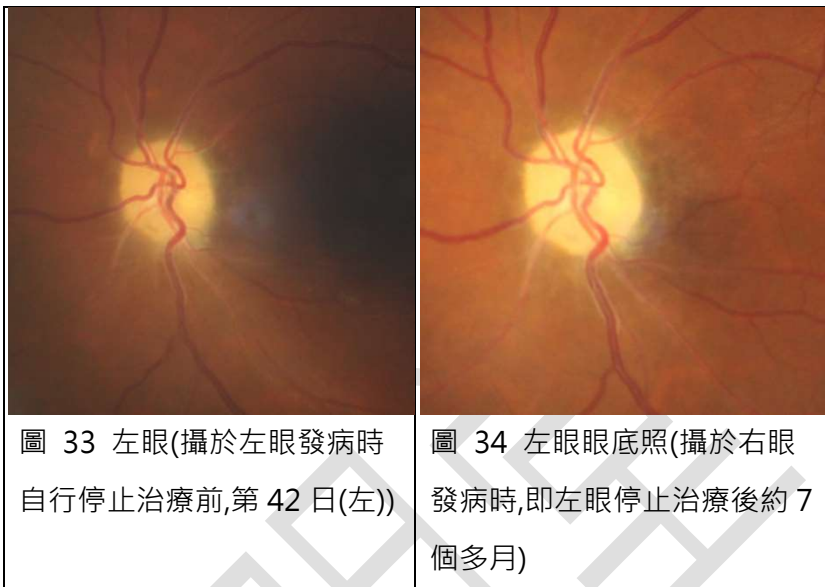


圖 33 左眼(攝於左眼發病時  
自行停止治療前,第 42 日(左))

圖 34 左眼眼底照(攝於右眼  
發病時,即左眼停止治療後約 7  
個多月)

### 討論：

發作初期，中醫眼科考慮如何縮短急性期病程以減少視神經損害及視覺喪失。此病易發展成視神經萎縮，導致視力及視野持續喪失，所以一般建議患者需持續治療直至病情穩定為止。

從“表 12”可見，此病例患者首次發病(左眼)時接受中藥及針灸治療(3 次/週)共 48 天(左)，左眼視力基本改善至接近正常水平( $1.0^{-2}$ )，但患者自行停止治療。當第二眼(右眼)發病時，右眼中央視力未有嚴重下降，但左眼視力由末次  $1.0^{-2}$  降至  $0.5^{-1}$ ，“圖 34”可顯示視乳頭比前次(圖 33)變得更蒼白，可見當時病者停止治療後視力下降及視神經萎縮加重。其後再次服用中藥及針灸治療後，左眼視力得以逐步改善。第 23 天(右)病者再自行停服中藥，只接受外地醫師針灸治療 3 星期，視力由  $0.8^{-1}$  稍微下

降至  $0.7^{+1}$ ，其間患者自述視野略有改善。到第 54 天(右)至第 60 天(右)，再服用中藥及針灸治療(2 次/週)，視力則再改善至接近正常水平。

右眼發病後，視力並未受到嚴重影響，但治療後視力由第 1 天(右) $1.0^{-2}$ 升至第 19 天(右) $1.5^{-2}$ 。視乳頭水腫亦於治療 25 天(右)後基本消退(表 11)。

這病例經中醫眼科診治後，病者雖然自覺視野缺損只略有改善，但眼底檢查視乳頭水腫充血明顯減退，而且治療對視力亦有明顯幫助。而此類患者須接受較長期治療，以避免視覺衰退後遺症。

表 12 非動脈炎性前部缺血性視神經病變(NAION) 病例治療進展

發病眼	中醫眼科治療/天 (首次診症日起)	裸眼視力 (右)	裸眼視力 (左)	備註
左(右眼發病 前 9 個月)	1,左	1.2	$0.6^{-2}$	
	4,左	1.2	$0.4^{+2}$	
	14,左	1.2	$0.6^{+2}$	
	20,左		$0.4^{+2}$	
	28,左		$0.4^{+2}$	
	35,左	1.2	$0.7^{-1}$	
	42,左	1.2	$0.7^{+3}$	
	48,左	$1.2^{-1}$	$1.0^{-2}$	
				其間自行終 止治療

右(本次發病)	1,右	$1.0^{-2}$	$0.5^{-1}$	
	3,右	$1.0^{+3}$	$0.5^{+4}$	
	12,右	$1.2^{-1}$	$0.6^{+4}$	
	19,右	$1.5^{-2}$	$0.8^{-2}$	
	23,右	$1.5^{-2}$	$0.8^{-1}$	
				患者停服中藥·及到其他醫師處針灸治療
	54,右	1.2	$0.7^{+1}$	
	58,右	1.5	$0.7^{+3}$	
	60,右	1.5	$1.0^{-2}$	
	65,右	$1.5^{-1}$	$1.0^{-2}$	

## 動眼神經麻痺 (Oculomotor Nerve Palsy)

---

動眼神經麻痺是第三對腦神經或其分支損傷而導致之眼疾。動眼神經控制眼球外肌肉，還負責控制張開眼睛之上瞼提肌和瞳孔收縮之括約肌。此神經功能異常會導致個別眼外肌肉無法正常轉動眼睛而產生斜視和複視重影，亦可伴有上瞼下垂或眼睛疼痛症狀；複視重影症狀隨眼睛轉向個別方位而明顯加重。

此病對應中醫眼科病之“風牽偏視”(定義：以眼珠突然偏斜，轉動受限，視一為二之臨床特徵的眼病)，主要症狀為眼珠突然偏斜、轉動受限、雙眼視物複視重影等。雖然此病與中醫病之“中風”病有相類似病機，但並不同屬一病。

### 病例：

患者(女性，58歲)12天前突然出現雙眼複視，伴眉心疼痛。當時入院西醫檢查，臚內影像檢查未有異常發現，經西醫診斷後予止痛藥物。患者自述患有高血壓、高膽固醇、及血黏稠度過高等病史。

患者求診中醫眼科時左眼球及眼外週邊劇痛(需服用西藥止痛)，左眼外斜，並伴有分泌物及異物感。自覺右眼如有風滲出、畏寒、多思慮、心煩。

納可，眼外週邊劇痛致徹夜難眠，大便1-2次/日，便溏。

檢查：

左眼非共轉性外斜視( $>30^\circ$ )，左眼上瞼下垂 (表 13, 第 1 天)

左眼除能向左外轉外，其餘方向均明顯受限

舌象：舌淡紅偏紫苔薄白      脈象：右弦細，左關浮

診斷：動眼神經麻痺      中醫診斷：風牽偏視

證型：虛風上擾挾痰

治法：平肝熄風，化痰通絡

藥物治療：處方口服中藥以正容湯加減為基礎，藥物包括膽南星、法半夏、防風、僵蠶，配以平肝熄風之天麻、鈎藤、地龍等藥物。





針灸治療：針灸處方(建議 3-5 次/週)，選用穴位包括風池、翳風、合谷、攢竹、豐隆、復溜、太沖等。



討論：

在診治此病時，必須配合西醫頭顱影像學檢查方可排除腦血管意外、顱內疾患等嚴重疾患，才能確診。

劇烈疼痛為此病常見症狀，此病者雖服用西藥止痛，但仍痛致徹夜難眠。病者自述於中醫眼科治療(藥物及針灸)後第 2 天，疼痛明顯緩和，第 5 天已不需再服用西藥止痛，左眼斜視亦在治療 7 天後開始略有改善(表 13)。患者經中藥及針灸治療 23 天後已基本痊癒，各症狀消失，包括複視及左眼斜視(第 23 天, 表 13)，其後繼續治療鞏固療效。此病例共服 50 天中藥及接受 20 次針灸而告痊癒，可見中醫眼科在治療此病例有其優越而又突出之效果。

表 13 動眼神經麻痺病例治療進程

接受中醫眼科 治療/天	
1	
4	
7	
12	

23	
32	

於本書“中醫基本概念”部份曾提及中醫“風”這概念，而此病例可表現它的多面性，此例為中醫眼科病“風牽偏視”、證型為“虛風上擾”屬內風、治法為“平肝熄風”(在五行中，風與肝相通)、藥物用“防風”、穴位選“風池、翳風”。

中醫概念有時就像風一樣難以捉摸，不易理解實踐，但只要掌握到其理論、疾患變化規律及特質，再按辨證論治進行治療就能顯出療效。如此例只用了 23 天治療，就為病人解決了各項不適。

## 結膜下出血 (Subconjunctival Haemorrhage)

結膜下出血是一個常見而又較簡單之眼科疾患，不少病者因其外觀而擔心影響視力。其實這病一般不會影響視覺，一般兩星期內可自行消退，但亦有部份患者例外。主要症狀為眼白有鮮紅色出血及有異物感不適。如反覆發作，則要考慮會否跟高血壓或糖尿病等疾患有關。

臨床表現為眼白(白睛)有點/塊狀出血，嚴重患者整個白睛可變成血紅色(圖 35, 病例 1)。中醫眼科病名為“白睛溢血”。

### 病例 1：

病者(女性，77 歲)，患有高血壓、糖尿病、冠心病等疾患，服用“薄血藥”、降血壓、糖尿病等西藥。

病者 3 天前發現左眼白睛出血。自述視矇、額及身有紅色痒疹，左腳掌痛。早上咯痰帶血，腰膝乏力，偶有心悸。

納可，眠可，夜尿 2 次，大便 1-2 次/日。

既往有左眼白內障術後、骨質疏鬆、痛風、高血壓、糖尿病及冠心病等病史。

### 檢查：

左眼結膜下出血(圖 35 及 圖 36)，量多致球結膜隆起

舌象：舌淡紅暗苔少      脈象：結脈

診斷：左眼結膜下出血      中醫診斷：左眼白睛溢血

證型：脾腎虧虛，氣虛失攝

治法：健脾益腎、瀉肺止血



治療：處方口服中藥黃耆、白朮、茯苓、山萸肉、生地、桑白皮、地骨皮、丹皮、仙鶴草等。

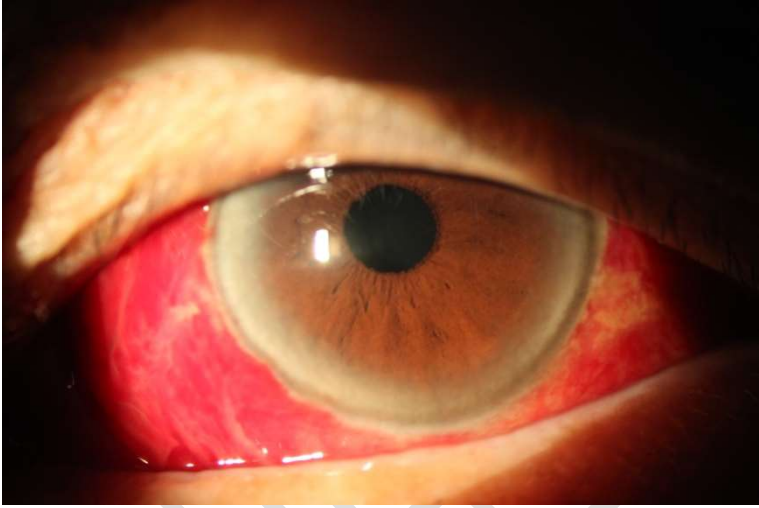


圖 35 結膜下出血 3 天，第一天診治

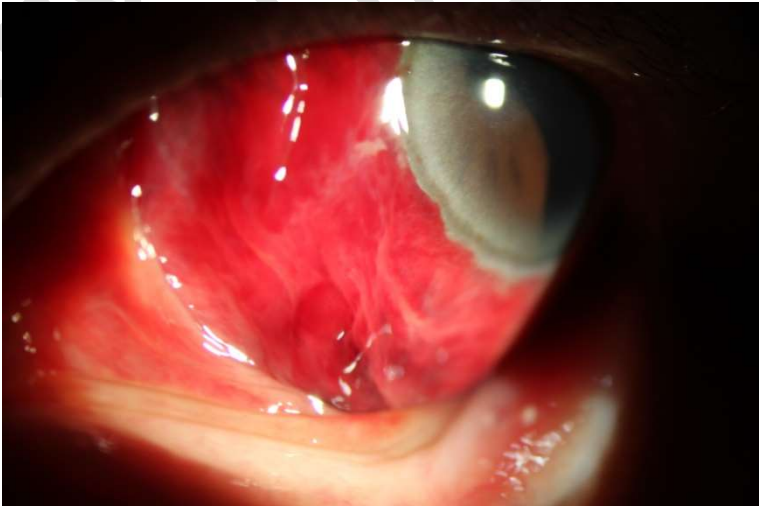


圖 36 第一天診治，出血量多致球結膜隆起

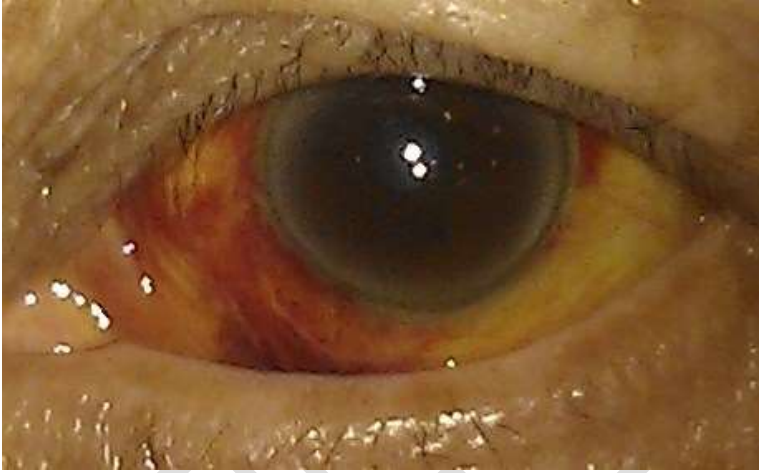


圖 37 結膜下出血，經治療後第三天

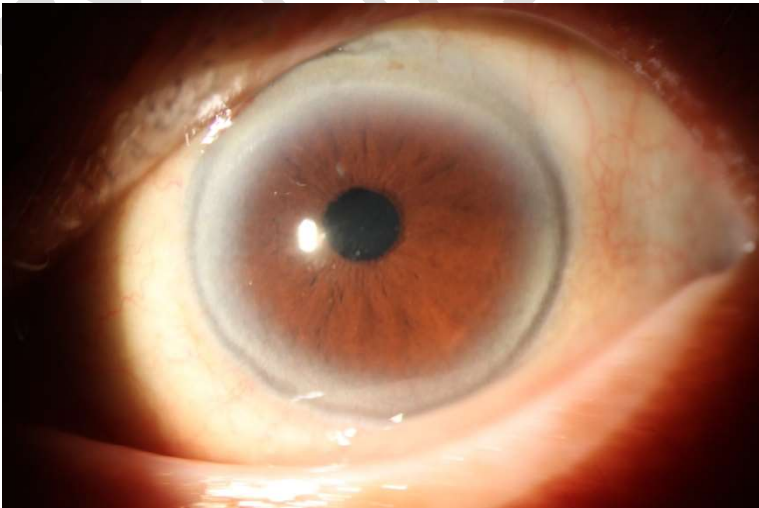


圖 38 經治療後第七天

## 討論：

“圖 35”及“圖 36”為患者出血後 3 天首次診治，因出血量較多可見球結膜隆起，患者感受到明顯眼部異物感。服用中藥處方 3 天後(圖 37)，結膜下出血明顯減退，並於 7 天後出血已完全重吸收(圖 38)，可見中藥對這類出血疾患明顯幫助。

治療此例時，以「五輪學說」(參考頁 9)為考慮，出血病位於“白睛”(即氣輪，圖 39)屬肺，故配上瀉肺治法。以此病者為例，以健脾益腎法為基礎配用桑白皮、地骨皮、丹皮等瀉肺散血，而收到快捷療效。

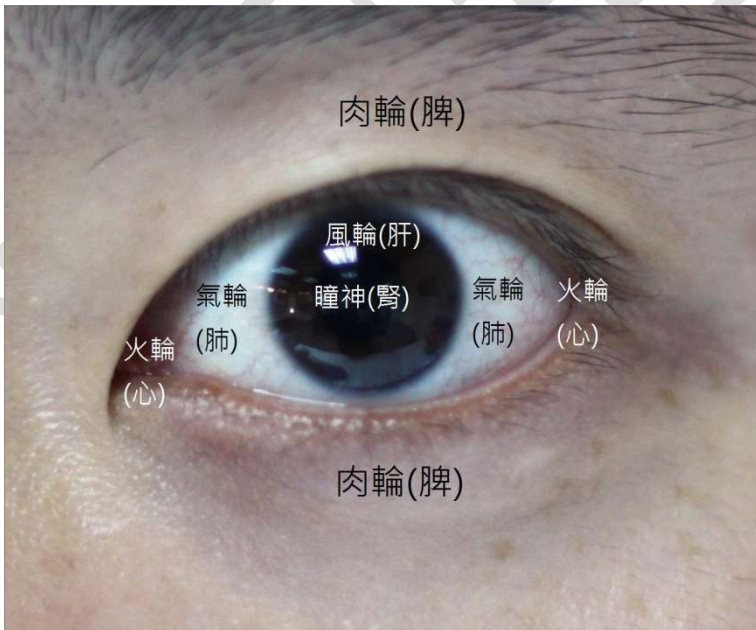


圖 39 五輪圖

## 病例 2：

患者(男性，50 歲)自述 11 天前揉眼後左眼白出血，未作治療。病者自述左眼有異物感，右肘皮膚有痒疹，右手掌指關節緊。

納可，眠不熟；大便溏，2-3 次/日。

否認過敏病史，否認糖尿病及高血壓病史

檢查：

戴鏡視力：右：1.2<sup>+2</sup>      左：1.2

左眼結膜下出血(圖 40)

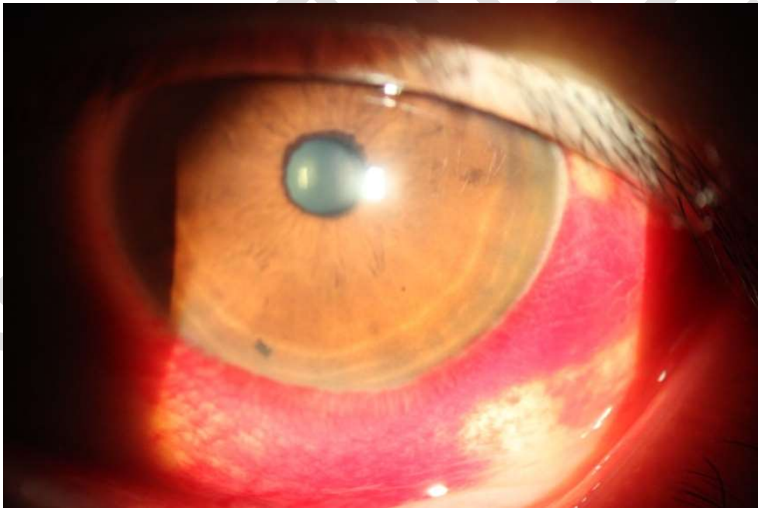


圖 40 結膜下出血，輪部附近結膜膨出

舌象：舌紅瘀點中裂苔黃白

脈象：弦細

診斷：左眼結膜下出血

中醫診斷：左眼白睛溢血

證型：濕熱上犯

治法：清熱利濕、止血化瘀

治療：處方口服中藥黃芩、桑白皮、生苡仁、生地榆、茅根、生蒲黃等。

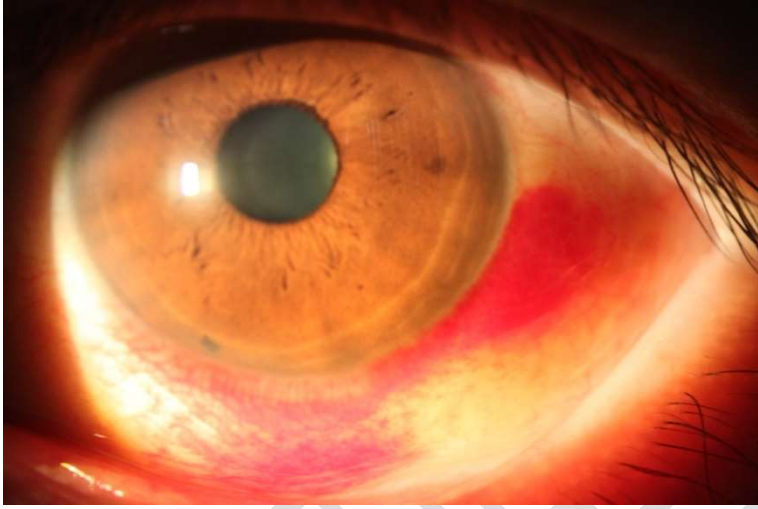


圖 41 治療 5 天後，出血已明顯吸收

#### 討論：

經診治 5 天後，患者左眼異物感、右肘皮膚痒疹、右手掌指關節緊等症狀消減。檢查時結膜下出血明顯減退，再處方中藥一週治療。一般認為結膜下出血一至兩週會自行消退，但此病者發病 11 天仍未有減退現象，當接受中醫眼科治療後而得到明顯改善。

從中醫角度，病例 1 屬虛證，基本治療方向為治脾腎，脾腎虛不能固攝血液而血溢脈外導致出血。而病例 2 證型為濕熱上犯屬實證，以清利濕熱為治法。雖然兩者同屬“白睛溢血”一病，但治法迥異而同時收到理想療效，可顯示出中醫“同病異治之特色”。

## 中醫眼科配合西醫治療病例

### Co-managed Cases of TCM & Western Medicine

---

眼科手術治療後，不少病者都有眼部不適及視覺功能恢復不理想。從中醫眼科觀點，常建議患者於手術後再利用中醫藥治療善後，有助減輕術後不適症狀及改善視覺功能。以下提出幾個病例作為參考。

#### 視網膜脫落修補手術

#### Retinal Detachment Surgery

---

患者(男性, 45 歲)接受左眼視網膜脫落修補手術(鞏膜扣帶術及冷凍黏結術) 2 個月，自覺視力未有明顯改善。

患者自述左眼見飛花漂浮、視物變形、不耐久視。自覺左眼外突，伴眼週不適，雙眼有分泌物。胃脹泛酸、矢氣、身熱汗多、短氣。

納可，眠易醒難再入睡，小便頻，大便 3-4 次/天，便偏軟。

3 年前曾接受雙眼激光矯視手術(LASIK)，術前屈光度數約-5D 至 -6D(近視 500 至 600 度)。膽囊切除術病史。

檢查：

裸眼視力：右：1.0      左：0.5

眼底檢查：

雙眼玻璃體液化混濁。右眼黃斑反光不清及視網膜週邊有激光疤痕。左眼黃斑反光消失伴有皺摺(圖 42)，視網膜週邊可見冷凍黏結術後痕跡。

舌象：舌紅齒痕苔白

脈象：細略弦

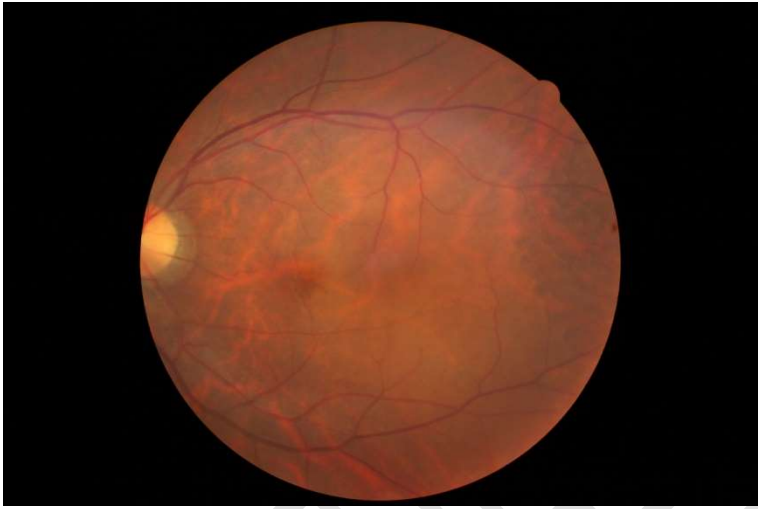


圖 42 左眼眼底照

診斷：左眼視網膜脫落術後

證型：肝熱脾濕

治法：清熱養陰，理脾散結

治療：處方內服中藥菊花、黃芩、車前子、白朮、茯苓、澤瀉、莪朮、浙貝母等。

討論：

視網膜脫落只能用手術方法修補，而此病例手術 2 個月後視力只有 0.5，未如病人祈望，並伴有視物變形、不耐久視等症狀。當中醫眼科介入治療 2 星期後，左眼飛花、視物變形、不耐久視、自覺眼突等症狀續漸減退，視力亦續步改善(表 14)。經 13.5 週(3 個多月)中醫眼科治療後，視力已恢復至接近正常水平，可見中醫眼科在治療此手術後病例有積極而正面之幫助。

表 14 視網膜脫落修補手術病例 - 視力進展

中醫眼科治療 / 週	視力(右)	視力(左)
0	1.0	0.5
1	1.2 <sup>-1</sup>	0.5 <sup>+2</sup>
2	1.2 <sup>-1</sup>	0.6 <sup>-1</sup>
4		0.6 <sup>-3</sup>
4.5	1.2 <sup>-2</sup>	0.7 <sup>-2</sup>
6.5		0.7 <sup>+3</sup>
7.5	1.2	0.7 <sup>+3</sup>
8.5	1.2 <sup>-3</sup>	0.7 <sup>+3</sup>
10.5	1.2 <sup>-1</sup>	0.7 <sup>-1</sup>
11.5	1.2 <sup>-1</sup>	0.7 <sup>-2</sup>
12.5	1.2	0.7 <sup>+2</sup>
13.5	1.2 <sup>-1</sup>	1.0 <sup>-2</sup>
15.5	1.2	1.0 <sup>-3</sup>
16	1.2 <sup>-2</sup>	1.0 <sup>-2</sup>
18	1.0 <sup>-2</sup>	1.0 <sup>-3</sup>
20	1.0 <sup>+1</sup>	1.0



## 黃斑裂孔手術

### Macular Hole Surgery

---

患者(女性·36歲)家人離世3個月後發現右眼黃斑水腫(中醫眼科首次診症前8個月)，當時西醫未予治療。半年後OCT示黃斑區部份穿孔(圖44)，西醫建議持續觀察未行手術。

病者自述右眼中央視野如有物阻、視力下降。

納可，眠易醒，大便4天/次。月經延後2-3星期

子宮肌瘤病史

檢查：

戴鏡視力：右：0.8      左：1.0<sup>-2</sup>

眼底檢查：右眼黃斑穿孔(圖43)；雙眼視網膜週邊激光瘢痕。

舌象：舌淡紅苔薄白      脈象：弦細數

診斷：右眼黃斑部部份裂孔

中醫診斷：右眼視瞻昏渺

證型：氣陰不足，水液停滯

治法：益氣固脫，利水益陰

治療：處方口服中藥有太子參、黨參、五味子、枸杞子、菴蔚子、澤瀉、茯苓、麥冬等。



圖 43 右眼黃斑裂孔

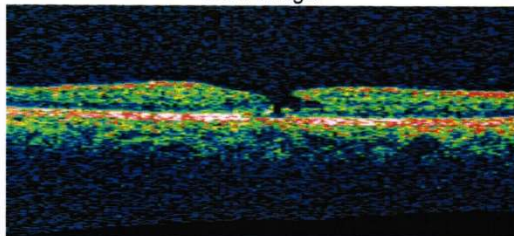
Scan Type: Fast Macular Thickness Map OD

Scan Date: /2011

DOB: ID: Female

Scan Length: 6.0 mm

OCT Image

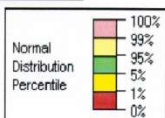


Fundus Image

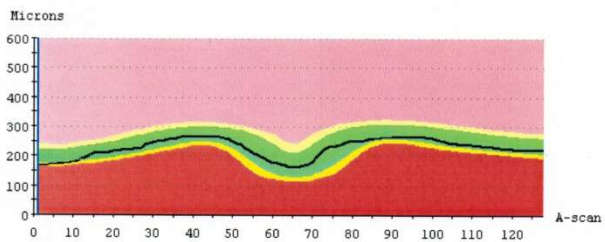


Signal Strength (Max: 10)	9
---------------------------	---

Retinal Thickness is	167	microns at A-scan	1
Caliper Length is	OFF		



Thickness Chart



Signature: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Physician: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

圖

44 黃斑裂孔病例 OCT 檢查結果 — 中醫眼科治療前 2 個月

## 討論：

患者右眼視力由最初 0.8 提升至治療後第 8 週 1.2<sup>+2</sup>(表 15)，但患者自述右眼中央視野仍如有物遮蓋。其後因視力續漸下降，轉介患者到西醫眼科處考慮手術治療。於第 16 週進行右眼黃斑修補手術後，第 18 週再次服用中藥治療以加快康復及改善視力。經 8 週(第 26 週)治療後，視力已基本回復至正常水平。

這病例可分為三個階段：0-8 週，單用中藥提升患眼視力；第二階段：因黃斑全層穿孔視力下降，中藥已不能改善情況，故要轉介西醫考慮手術治療；第三階段：中醫眼科善後，為手術後患眼加快康復，促進視力提升。

於第一階段，雖然黃斑部份穿孔，但患者服用中藥後仍有效提升視力。第三階段，成功手術是視力恢復關鍵，此類手術一般需要數個月至一年時間方能回復至最佳視力，但此例於手術 2 週後開始中醫眼科治療，2 個月已令患眼視力恢復至正常水平。可見這中西醫配合治療案例能使療效更加理想。

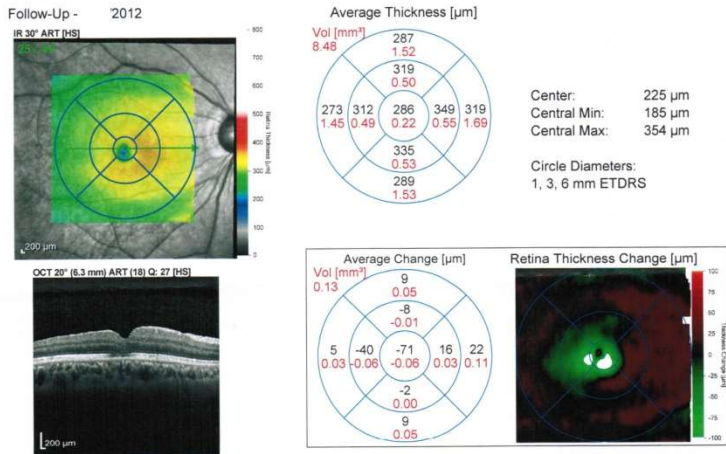
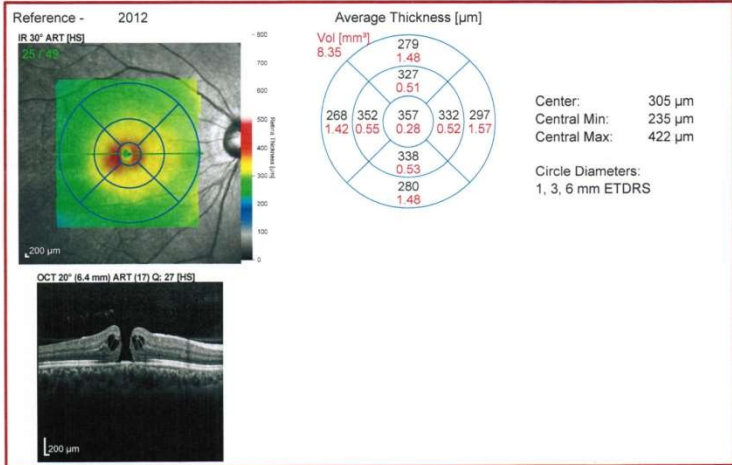
表 15 黃斑裂孔病例視力進展

中醫眼科治療/週	戴鏡視力(右)	戴鏡視力(左)	備註
0	0.8	1.0 <sup>-2</sup>	
1	1.0 <sup>-2</sup>	1.0 <sup>-2</sup>	
2	1.2 <sup>-2</sup>	1.0 <sup>-2</sup>	
4	1.2 <sup>-2</sup>	1.2 <sup>-2</sup>	
6			
8	1.2 <sup>+2</sup>	1.2 <sup>-2</sup>	
10	0.7	1.0 <sup>+2</sup>	
12	0.8-	1.0 <sup>+2</sup>	
13			
15	0.6 <sup>-2</sup>	1.2-	
16			行右眼黃斑穿孔修補術
18			術後續用中藥治療
19	0.6-	1.0 <sup>+3</sup>	
20	0.6 <sup>+4</sup>	1.0 <sup>+2</sup>	
21	0.7 <sup>+2</sup>	1.0 <sup>+3</sup>	
23			參考黃斑區掃描結果 (圖 45)
24	1.0 <sup>-3</sup>		
26	1.0 <sup>-1</sup>	1.2 <sup>-1</sup>	
28	1.0 <sup>-3</sup>	1.2 <sup>-1</sup>	
30	1.0 <sup>+3</sup>	1.2 <sup>+3</sup>	

Patient:  
Patient ID:  
Diagnosis: ---

DOB:  
Comment: ---

Sex: F **OD**



Notes:

Date: /2012      Signature:

圖 45 黃斑裂孔手術前後掃描結果

## 濕性年齡相關性黃斑病變

### Wet-type Age-related Macular Degeneration

---

患者(女性，64歲) 雙眼高度近視(-13D，1300度近視)，左眼視力低下多年。右眼被診斷濕性年齡相關性黃斑病變1年多，期間接受右眼玻璃體腔內注射 Avastin 十多次及激光治療，平均每月注射一次。未作中醫眼科治療前戴鏡視力：右 0.2<sup>+1</sup>，左：數指(60cm)。經中醫眼科廖品正教授治療3個月後有好轉，已將右眼玻璃體腔注射 Avastin 治療週期延至8星期。

納眠可，二便常。

既往有抑郁及胃功能失調病史。

檢查：

雙眼晶體混濁

眼底檢查(圖 46 及 圖 47)：右眼後極部變薄，可見視網膜萎縮灶；

左眼黃斑區大片疤痕。

舌象：舌淡瘀斑少苔

脈象：弦細

診斷：雙眼濕性年齡相關性黃斑病變

中醫診斷：雙眼視瞻昏渺

證型：肝腎陰虛，氣滯血郁

治法：滋養肝腎，疏肝理血

治療：處方口服中藥枸杞子、女貞子、墨旱蓮、柴胡、白芍、郁金、制香附、生三七、生蒲黃等。

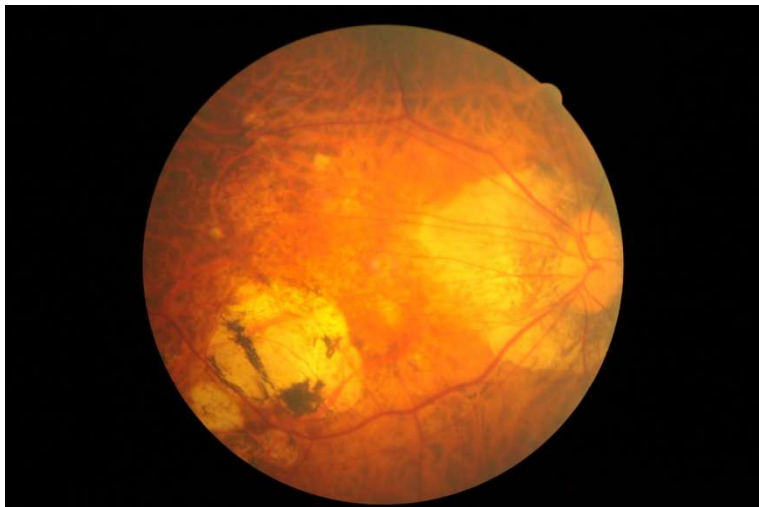


圖 46 濕性年齡相關性黃斑病變病例—右眼眼底相片

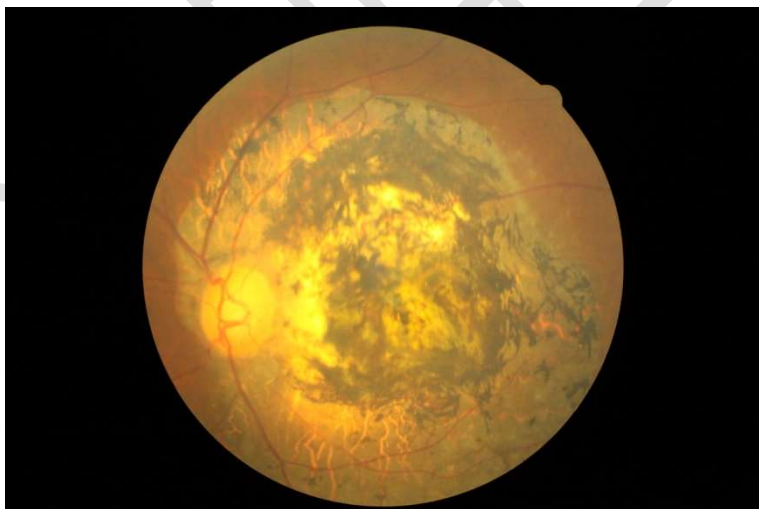


圖 47 濕性年齡相關性黃斑病變病例—左眼眼底相片



## 討論：

病者未接受中醫眼科治療前，因右眼濕性年齡相關性黃斑病變持續出血及滲漏，須於一年多內反覆注射抗血管內皮生長因子(Anti-VEGF)藥物十多次，約每月一次。開始接受中醫眼科治療(廖品正教授)三個月後，已可將其注射週期延至 8 星期，視力亦略有好轉。其後因廖教授完成多年香港教學工作後，由本人繼續為病者跟進。病者服用中藥至今，其間黃斑區仍有反覆滲漏及出血等症狀，需要時仍作球內注射抗血管內皮生長因子藥物，但注射週期續漸延長，至今(接受中醫治療 2 年多)已 1 年多未需注射，而且視力緩緩改善(表 16)及眼症穩定。

於 2011 年 4 月 10 日覆診時，病者報告 12 天前因玻璃體腔內注射導致玻璃體腔輕度出血而視力下降至 0.2，針對此次出血略為調整中藥處方，服用 3 天(4 月 13 日)後，視力迅速恢復至  $0.5^{-1}$ ，可見中醫眼科治療之彈性及配合西醫治療善後之特色。

由此例可見，中醫眼科治療配合西醫玻璃體腔內注射抗血管內皮生長因子藥物，對控制濕性年齡相關性黃斑病變效果明顯。此例經西醫治療配合內服中藥可延長注射週期，減低注射風險及次數。

表 16 濕性年齡相關性黃斑病變病例：視力及摘要

就診日期	中醫眼科 治療時間	視力(右)	Avastin 注射資訊
3/1/2011	3 個月	0.4 <sup>-2</sup>	上次注射為 8 週前
10/2/2011		0.3 <sup>+1</sup>	注射 11 天，距上次注射 11 週
28/3/2011		0.2 <sup>+2</sup>	注射 4 天，距上次注射 8 週
20/6/2011		0.3 <sup>-2</sup>	注射 4 天，距上次注射 12 週
4/7/2011	9 個月	0.3 <sup>-3</sup>	
22/8/2011		0.3 <sup>-2</sup>	注射 4 天，距上次注射 9 週
19/12/2011		0.5 <sup>-1</sup>	注射 5 天，距上次注射 17 週
9/1/2012	1.25 年	0.5 <sup>-3</sup>	
10/4/2012		0.2	注射 12 天，距上次注射 15 週。這次注射導致玻璃體腔輕度積血視力明顯下降。針對此次出血調整處方，服 3 天後視力恢復至 0.5 <sup>-1</sup> 。
13/4/2012		0.5 <sup>-1</sup>	
16/7/2012	1.75 年	0.5	
26/11/2012	2 年	0.7 <sup>-2</sup>	
27/3/2013		0.6	過去 1 年未需再次注射

## 總結

---

聽過有不少人都認為中醫不科學、很神祕等。可能因為當中有不少誤解及中醫本身有不少概念都難以理解。其實它治病以病人為中心，並不是以疾病作為治療對象，所以相同疾患於不同病者身上，都可能用上不同的治法及處方，就像為每位病者度身訂做個人處方。雖然這個方法對病人比較完善及理想，但要掌握它就不是一件簡單事情。

中醫治病講求理、法、方、藥，即中醫理論疾病病因病機、診法及治療法則、選用方劑、選擇藥物。當中任何一環有所偏差均會影響療效。要掌握這些臨床方法，並不能單從書本就能獲取得到，而是經過長時間臨床學習、實踐及揣摩、反覆推敲，才能帶出中醫療效及特色。

只要能掌握疾病特質及合適運用這些理論，療效就能顯明出來。寫這書希望讓多些人了解這門學科並不是虛無漂渺的古法，亦不是甚麼神祕或故弄玄虛的技倆，而是一個有其理論基礎及特定方法學之臨床醫學。

雖然本書所載篇幅並沒有太多中醫理論及用藥討論，但希望透過不同病種及病例，讓大家對中醫眼科有更多及較深認識，造福更多眼疾患者。

## 附錄 1：常見中醫眼疾病名定義

(廖品正, 中醫眼科學, 1986)

---

### 針眼

本病是指胞睑生小癰腫，形似麥粒，易於潰膿之眼病。《諸病源候論》稱之為針眼。又名偷針、土疔、土瘍。它類似於西醫學之麥粒腫。

### 胞生痰核

本病是指胞睑內生核狀硬結，而又不紅不痛的眼病。《龍樹菩薩眼論》對本病的診治早有記載。《證治準繩·七竅門》稱脾生痰核。又名疣病、胞睑腫核等。本病屬常見病，兒童與成年人均可罹患。相當於西醫學之霰粒腫。

### 粟瘡

本病因胞睑內面顆粒累累，色黃而軟，狀如粟粒。故名粟瘡。見於《證治準繩·七竅門》。睑內粟樣顆粒也可與椒瘡並生，而本病指單獨發病者。多見於兒童或青少年。類似於西醫學的結膜濾泡症與濾泡性結膜炎。

### 上胞下垂

本病指上胞不能自行提起，掩蓋部分或全部瞳神而影響視物者。在《諸病源候論》中稱睢目。又名侵風、目瞼垂緩。症重者，《目經大成》稱為瞼廢。有先天與後天之分，可單眼或雙眼發病。本病相當於西醫學之上瞼下垂。

### 胞輪振跳

胞瞼不能自控的搖惕瞤動稱胞輪振跳。本症名見於《眼科菁華錄》。又名脾輪振跳、目瞤，俗名眼皮跳。《千金要方》對本症早有記載。相當於西醫學之眼輪肌匝肌抽搐引起的症狀。

## 瞼內結石

本病胞瞼內面生有細小顆粒，色黃白，質堅硬，狀如碎米，可單發或多發。常見於老年人或患椒瘡、赤絲虬脈等慢性眼病者。《龍樹菩薩眼論》稱之為粟子疾。症狀與西醫學的瞼結膜結石症相似。

## 流淚症

流淚症是以淚液經常溢出瞼弦而外流為臨床特徵的眼病之總稱。有冷淚與熱淚之分。《諸病源候論》早有“目風淚出”及“目淚出不止”的記載，《銀海精微》有“迎風灑淚”及“充風淚出”的論述，並且提出了冷淚與熱淚的概念。熱淚多為暴風客熱、天行赤眼、黑睛生翳等外障眼病的症狀之一。

冷淚系目無明顯的赤痛翳障而流淚，淚水清冷稀薄。《證治準繩·七竅門》將冷淚分為“迎風冷淚”與“無時冷淚”。它類似於西醫學的瞼緣位置異常、淚道系統阻塞或排泄功能不全所引起的“淚溢症”。多見於老年人。

## 胬肉攀睛

本病為目中胬肉由眦角橫貫白睛，攀侵黑睛，故名胬肉攀睛。病名可見於《銀海精微》。生於大眦者較為多見，也有生於小眦者，亦可大小眦同時發生。男多於女。常見於成年人，特別是老年人及戶外工作者。病變進行緩慢，往往要經過數月或數年始侵入黑睛，甚者可掩及瞳神，影響視力。亦有停止發展者。它相當於西醫學的翼狀胬肉。

## 暴風客熱

本病為外感風熱，猝然發病，且有明顯紅腫熱痛的眼病，故名暴風客熱。最早見於《銀海精微》。

## 天行赤眼

本病白睛暴發紅赤，眵多粘結，常累及雙眼，能迅速傳染並引起廣泛流行，故稱天行赤眼。又名天行赤熱、天行暴赤。俗稱紅眼病。《銀海精微》對本病病因及其傳染流行等均有描述。發病多於夏秋之季，患者常有紅眼病接觸史。本病與西醫學之急性傳染性結膜炎相似。

## 金疳

本病指白睛表層發生形如玉粒之小泡，而周圍繞以赤脈的眼病。病名首見於《證治准繩·七竅門》。以單眼發病為多，亦有雙眼同時或先後發病者。體質虛弱之人，每易反復發作。相當於西醫學之泡性結膜炎。

## 白澀症

本病為眼部赤腫不顯，而只覺眼內乾澀不舒的慢性眼病。《審視瑤函》稱之為白澀症。藥物治療難取速效。類似於西醫學之慢性結膜炎，或淺層點狀角膜炎。

## 白睛溢血

本症為白睛血絡破損，血溢絡外的眼症。由於白睛上所見血色鮮紅，故《證治准繩·七竅門》名為色似胭脂症。現代稱白睛溢血，它與一般外障之赤絲滿目不同。大抵旬日即能消退，預後良好。

## 聚星障

聚星障是黑睛驟生多個細小星翳的眼病。見於《證治准繩·七竅門》。常在熱病後，或慢性疾病，或月經不調等陰陽氣血失調的情況下發病。多單眼為患，也可雙眼同時或先後發生。本病病程較長，易反復發作。治不及時，可變生花翳白陷、凝脂翳等症，癒後遺留疤痕翳障，影響視力。本病主要與西醫學的病毒性角膜炎相類。

## 花翳白陷

花翳白陷是以黑睛四周高起，中間低陷，形如瓣，善變速長為主要特徵的眼病。見於《秘傳眼科龍木論》。多因風熱毒邪引起。其病嚴重，若失治易致黑睛潰破，變生蟹睛等惡候。本病癒後常留疤痕，嚴重影響視力，類似西醫學的角膜潰瘍。

## 混睛障

混睛障是指黑睛深層呈現一片灰白翳障，混濁不清，漫掩黑睛，障礙視力的眼病。本病名見於《審視瑤函》。《秘傳眼科龍木論》稱為“混睛外障”。《目經大成》稱為“氣翳”。病程緩慢，往往需進行數月治療，方能逐漸減輕，但多數仍留疤痕而妨礙視力。本病與西醫學之角膜基質炎類同。

## 宿翳

宿翳是指黑睛疾患痊癒後遺留之疤痕翳障。本病名見於《目經大成》。歷代眼科文獻，根據其翳的形狀、範圍、程度、顏色等情況命名，名目繁多，然其要者不外冰瑕翳、雲翳、厚翳、斑脂翳四種。宿翳治療困難，一般翳薄而早治，可望減輕或消退；若年久翳老，用藥多難奏效。相當於西醫學的角膜疤痕。

## 瞳神緊小 瞳神乾缺

本病瞳神失去正常之展縮功能，持續縮小，甚至縮小如針孔，故稱瞳神緊小。若瞳神失去正圓，邊緣參差不齊，黃仁乾枯不榮，則稱瞳神乾缺。古代文獻最早在《秘傳眼科龍木論》中僅有瞳神乾缺的記載，至《證治准繩·七竅門》，才以瞳神緊小的發病特徵命名，並作了比較全面地論述。兩者瞳神見症雖有差別，實則同為黃仁病變，且瞳神乾缺是由瞳神緊小失治而成。其病因複雜，變化較多，且易反復發作。若治療失當，往往併發他症而導致失明。瞳神緊小、瞳神乾缺頗類西醫學之虹膜睫狀體炎，而後者又多見於慢性虹膜睫狀體炎。



## 綠風內障 青風內障

綠風內障和青風內障，為常見的一類致盲性眼病。一般綠風發病急劇，青風病勢輕緩，二者發病因素雖然複雜，但局部均與神水瘀滯有關。兩病皆類西醫學之青光眼。

### 綠風內障

綠風內障是以眼珠變硬，瞳神散大，瞳色淡綠，視力嚴重減退為主要特徵的眼病。在唐代，《外台秘要》所載“綠翳青盲”頗類本病，並認為是由“內肝管缺，眼孔不通”所致。至於綠風內障的病名，至《太平聖惠方》才有記載。可一眼先患，亦可雙眼同病。發作有急，有緩。不過無論病勢緩急，其危害相同，故應儘早診治。若遷延失治，盲無所見，則屬不治之症。

### 青風內障

青風內障是指起病無明顯不適，逐漸眼珠變硬，瞳色微混如青山籠淡煙之狀，視野縮窄，終至失明的眼病。病名早見於《太平聖惠方》。由於本病進展緩慢，一般症狀不明顯，故早期常被忽視，待到晚期就診，視力已難挽回，終於失明。

## 圓翳內障

本病是指晶珠混濁，視力緩降，漸至失明的慢性眼病。因最終在瞳神之中出現圓形銀白色或棕褐魚的翳障，故《秘傳眼科龍木論》稱之為圓翳內障。本病多見於老年人。常兩眼發病，但有先後發生或輕重程度不同之別。歷代眼科文獻所載與本病類同者計十餘種之多，如浮翳、沉翳、滑翳、棗花翳、黃心白翳、如銀內障等。其名雖異，實則均為晶珠混濁，只是病變之階段、程度、部位、顏色有所差別而已。本病相當於西醫學之老年性白內障。

## 驚震內障

驚震內障是指頭眼部挫傷或眼部銳器傷，損及晶珠，以致晶珠混濁的眼病。相當於西醫學之外傷性白內障。

## 雲霧移睛

本病眼外觀端好，唯自覺眼前似有蚊蠅或雲霧樣黑影飛舞飄移，甚至視物昏朦。《銀海精微》稱之為蠅翅黑花。《證治准繩·七竅門》始稱雲霧移睛。其病變在於神膏。相當於西醫學之玻璃體混濁。

## 視瞻昏渺

本病外眼無異常，而視力減退，以致視物模糊不清，故《證治准繩·七竅門》稱之為視瞻昏渺。

## 視瞻有色

本病眼外觀無異常，而視物模糊，自覺眼前有一片帶色陰影遮隔，故名視瞻有色(《證治准繩·雜病·七竅門》)。

## 暴盲

暴盲是指眼外觀端好，猝然一眼或兩眼視力急劇下降，甚至失明的嚴重內障眼病。病名見《證治准繩·七竅門》。患眼外觀雖無明顯異常，但瞳內病變卻多種多樣，病因病機則更為複雜。由於發病急劇，應及早救治。西醫學有多種眼底病可以引起暴盲症狀，最常見者如視網膜中央血管阻塞及急性視神經炎等。

## 青盲

青盲是指眼外觀端好，而視力漸降至盲無所見的眼病。病名首見於《神農本草經》，其後文獻多有記載，但《證治准繩·七竅門》為詳，類似於西醫學之視神經萎縮。本病可從視瞻昏渺、高風內障、青風內障等瞳神疾病演變而來，亦可由其它全身性疾病或頭眼部外傷引起。

## 高風內障

高風內障是以夜盲和視野日漸縮窄為主症的眼病。其記載以《太平聖惠方》為早。又名高風雀目。本病具有遺傳傾向，多於青少年時期發病，一般雙眼罹患，病程漫長。日久則成青盲，或瞳內變生翳障。相當於西醫學之視網膜色素變性。

## 近視

近視是以視近清楚，視遠模糊為特徵的眼病。古稱能近怯遠症，至《目經大成》始稱近視。其中，由先天生成，近視程度較高者又有近覷之稱，俗名覷覷眼。古代醫籍對本病多有論述。相當於西醫學之近視眼。

## 遠視

本病輕者視遠較視近清楚，故古稱能遠怯近症，至《目經大成》始名遠視。實際上，病重者視遠亦不清楚。相當於西醫學之遠視眼。

## 風牽偏視

風牽偏視是以眼珠突然偏斜，轉動受限，視一為二為臨床特徵的眼病。《證治准繩·七竅門》，稱之為神珠將反，並將其中眼珠偏斜嚴重，黑睛幾乎不可見者，稱為瞳神反背。本病主要由風中經絡所致。相當於西醫學之麻痹性斜視。若伴見半身不遂，口眼喎斜，語言不利，甚至猝然昏仆者，屬內科中風病。

## 目癢

本節目癢是指以眼部發癢為主要特徵的眼症。古代有眼“癢極難忍”、“癢若蟲行”的記載。類似西醫學之過敏性結膜炎。

## 書目

---

《中醫大辭典》編輯委員會. (1981). 《中醫大辭典》. 人民衛生出版社.

廖品正. (1986). 中醫眼科學. 上海科學技術出版社.

廖品正. (1992). 中醫眼科學. 人民衛生出版社.