

李翔教授运用四逆散治疗干眼症临床经验

谢钊¹ 李翔²

【摘要】 本文旨在总结李翔教授运用四逆散加减治疗眼表疾病的临床思路及经验,对眼表一些疑难疾病的治疗具有启发意义。

【关键词】 李翔; 四逆散; 临床经验

DOI:10.3969/j.issn.1674-9006.2020.02.015

中图分类号:R77

Clinical experience of modified Sini Powder for treating dry eye by professor Xie Zhao¹, Li Xiang² (1. The Second People's Hospital of Chengdu Pidu District, Chengdu, Sichuan, 611733; 2. Affiliated Hospital Chengdu University of TCM, Chengdu, Sichuan, 610072)

【Abstract】 This article aims to summarize Professor Li Xiang's clinical experience in the treatment of ocular surface diseases with Sini Powder addition and subtraction, and it's important to treat other difficult ocular surface diseases.

【Keywords】 LI Xiang; Sini Powder; Clinical experience

笔者师从成都中医药大学眼科李翔教授,李老师在运用中医药治疗眼科疑难疾病方面造诣颇深,在跟师学习中发现老师常以四逆散为基础方,临证加减用于治疗各种眼表疾病,尤其是干眼症疗效颇佳。

四逆散出自东汉·张仲景《伤寒论》之少阴病篇第318条:少阴病,四逆,其人或咳,或悸,或小便不利,或腹中痛,或泄利下重者,四逆散主之。四逆散为疏肝理脾的经典方,方药由柴胡(6克)、枳实(6克)、芍药(6克)、炙甘草(6克)组成,具有运转枢机之效,起调畅气机、疏肝和胃、透达郁阳作用。临床常广泛用于各种内科疾病,只要具有腹痛、食欲不振、恶心呕吐、胸胁痛、便秘、腹胀等相关症状,均可随证使用。李翔教授临证时,多“病证结合、审因论治、追本溯源”,不拘泥于专科专方,认为只要病机相符,即“有是证即用是方”、“异病同治”,效如桴鼓。四逆散广泛应用于眼科各种病症,现列举干眼症(白涩症)验案,分享如下:

案1:干某,男,44岁

初诊(2016年05月10日):自诉干眼症6月余,曾先后滴用如不含防腐剂的玻璃酸钠滴眼液(海露)、玻璃酸钠滴眼液(爱丽)、聚乙二醇滴眼液(思然)、羟糖苷滴眼液(泪然)、羧甲基纤维素钠滴眼液(潇莱威)、小牛血去蛋白提取物眼用凝胶(速高捷)、维生素A棕榈

脂眼用凝胶、重组人表皮生长因子滴眼液(易贝)、重组牛碱性成纤维细胞生长因子滴眼液(贝复舒)等多达十余种眼药,口服维生素A、B、C、E、叶黄素等多种维生素,效果不佳,时好时坏,患者焦虑紧张,自诉已严重影响工作生活,辗转至我院就诊。刻下症:双眼久视疲劳,疼痛不适,胞睑压痛,白睛微红,焦虑紧张,睡眠不佳,胃脘隐痛,胃酸打呃,纳可便常,舌质红,苔黄,脉弦。专科检查:VOU1.0,双眼睑压痛,睑球结膜轻充血,角膜染色(一),泪膜破裂时间6s,泪液分泌试验11mm/5min。西医诊断:双眼干眼症,中医诊断:双眼白涩症,辨证为肝脾不调,治予调和肝脾,方用四逆散加减(柴胡10g、枳壳20g、白芍30g、甘草3g、砂仁15g、瓦楞子20g、焦山楂30g、柿蒂20g、延胡索20g、牡蛎20g、合欢皮20g),5剂,2日1剂,少量频服,仅用海露眼液滴眼,每日3次,每次1~2滴。

二诊(2016年05月17日):患者自觉双眼胞睑压痛、白睛微红、胃脘隐痛、胃酸打呃消失,睡眠良好,久视疲劳、疼痛不适、焦虑紧张、缓解80%,舌质淡红,苔薄黄,脉弦。专科检查:VOU1.0,双眼睑压痛、结膜充血消失,染色(一),泪膜破裂时间恢复正常(12秒)。辨证同前,效不更方,再投五剂。

以后患者未再复诊,二周后电话告知症状全消,半年后随访未再复发。

案2:倪某,65岁,女

初诊(2017年03月07日):右眼干涩、眼痒1年,曾长期使用珍珠明目液点眼,时有好转,反复发作,既

作者单位:1. 611733, 四川成都, 郫都区第二人民医院; 2. 610072, 四川成都, 成都中医药大学附属医院

通讯作者:李翔, E-mail: jeannelxiang@126.com

往有慢性胃炎病史,1 周前有感冒史。刻下症:右眼干痒疹涩,不耐久视,白睛微红,打嗝,咳嗽咯痰,偶有气紧,纳眠可二便常,舌质红有裂纹苔略花剥,脉弦细。专科检查:VOD 0.6, VOS 0.8, 右眼结膜轻充血,角膜染色(+),泪膜破裂时间 5s, 泪液分泌 7mm/5min。西医诊断:右眼干眼症,中医诊断:右眼白涩症,辨证为肝脾不调,治法疏肝理脾,方以四逆散加减(柴胡 10 g、枳壳 20 g、白芍 30 g、甘草 3 g、柿蒂 20 g、竹茹 20 g、砂仁 10 g、焦山楂 20 g、石斛 15 g、瓜蒌皮 20 g、苏子 10 g、陈皮 10 g、茯苓 20 g), 3 剂,2 日 1 剂,少量频服,局部海露滴眼液、易贝眼液滴眼,每日 4 次,每次 1~2 滴。

二诊(2017 年 03 月 14 日):右眼干痒疹涩减半,不耐久视消失,白睛色常,打嗝消失,咳嗽咯黄白痰未解,纳眠可二便常,舌质红有裂纹苔略花剥,脉弦细。专科检查:VOD 0.6, VOS 0.8, 右眼结膜无充血,角膜染色(-),泪膜破裂时间 6 s, 泪液分泌 8 mm/5min。中药加薏苡仁 30 g、鱼腥草 20 g、桔梗 15 g、苏子增为 15 g 3 剂增强宽胸散结,除湿化痰之效,局部用药不变。

三诊(2017 年 03 月 21 日):右眼干痒疹涩消失大半,咳嗽咯痰消失,纳眠可二便常,舌质红苔薄白,脉弦。专科检查:VOD 0.8, VOS 0.8, 右眼泪膜破裂时间 10 s, 泪液分泌 10 mm/5min, 效不更方,再投 5 剂。

未再复诊,半年后电话回访未再发病。

按:白涩症,类似西医的慢性结膜炎、干眼症。白涩症病名出自《审视瑶函》:“不肿不赤,爽快不得,沙涩昏朦,名曰白涩……”。综合历代所述,病机多归纳为:外感疫邪停留或余邪未清,隐伏肺脾之络,阻碍津液敷布;肺阴不足,目失所荣;饮食不节,陈酒恣燥,肥甘厚味,致使脾胃蕴积湿热,郁久伤阴;肝肾亏虚,精血暗耗,目失濡泽^[1]。综合以上病因病机,多从肺脾论治,分为邪热留恋证、肺阴不足证、脾胃湿热证、肝肾阴虚证四大证型,但随着现代生活节奏的加快,生活压力大,作息不规律和饮食随意而为,肝脾不调证日益常见,肝气不舒,气机不畅,脾胃运化失司,气不行津,津液不能上布,目珠不得濡养,发为白涩症。四逆散具有

疏肝理脾,调畅气血之效,可宣达郁滞,阳气外达则诸证皆消。李老师以四逆散为基础方,柴胡配枳壳“一升一降”,通利少阳三焦气机,助脾散精;配芍药“一气一血”,既补养肝血,又条达肝气;甘草调中,与芍药相配,酸甘养阴,以阴调阳^[2]。全方升降相宜,疏升肝木,理通脾滞,和解枢机而解患者之忧,达治病之效。

李翔教授为四川省第五批名老中医学术经验指导老师,师从国医大师郭子光先生和廖品正先生,精于眼病,在临证白涩症时常从肝脾论治,常获良效。白涩症病位在眼表,和胞睑、泪膜、白睛、黑睛关系密切。目为肝窍,胞睑属脾,黑睛属肝,泪液为津液,肝气不舒,脾胃运化失司,津液不能上布,目珠不得濡养,故发为不肿不赤,只是涩痛的白涩症,因此从肝脾论治白涩症直中本源。案 1 干某为中年男性,眼病日久,内心焦虑,气机不畅,肝失疏泄,气血不通,不通则痛,故见疹涩不适,胞睑压痛,胃脘隐隐作痛;而胃不和则卧不安,故眠差;气血不畅,阴血不足,无以濡养目珠,则目珠干涩;肝木失疏,无以克脾,脾失健运,浊气不降,清气不升,白睛无以营养而发红。患者舌质红,苔黄,脉弦亦为肝脾不调,隐隐化热之象。案 2 患者发病于惊蛰,春主生发,肝气旺盛,木旺乘土,肝气犯胃则打嗝;肝失疏泄,气血不畅,精明之府不能荣养,则见眼干眼涩、不耐久视、头晕;患者感冒病后,余邪未清,病邪留恋,隐伏卫表,肺气不宣,则咳嗽咯痰,而白睛属肺,肺失肃降则发红不适,舌质红有裂纹苔略花剥,脉弦细,为肝脾不调,肝肾亏虚的虚实夹杂之象。眼科虽为专科,但人体是一个有机整体,临证时辨病辨证结合,审因问源,不能拘泥于专科专方,经方时方,只要病机相符,随证治之,则事半功倍。

参考文献

- [1] 段俊国,毕宏生. 中西医结合眼科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:105.
- [2] 魏丹霞,谭艳云,李青,等. 国医大师郭子光“厥阴少阳为枢”四逆散方证释义及临床应用[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 2986-2988.
- [31] Shin JY, Yu HG. Chlorogenic acid supplementation improves multifocal electroretinography in patients with retinitis pigmentosa. J Korean Med Sci, 2014, 29(1): 117-121.
- [32] McCall K. Genetic control of necrosis-another type of programmed cell death. Curr Opin Cell Biol, 2010, 22(6): 882-888.
- [33] Rodriguez-Muela N, Hernandez-Pinto AM, Serrano-Puebla A, et al. Lysosomal membrane permeabilization and autophagy blockade contribute to photoreceptor cell death in a mouse model of retinitis pigmentosa. Cell Death Differ, 2015, 22(3): 476-487.
- [34] 罗维,祁玉麟,李杰,等. 补精益视片调控 MNU 大鼠感光细胞钙蛋白酶活性对凋亡和自噬之间的影响研究[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(9): 2069-2070.
- [35] Verkhatsky A. Calcium and cell death. Subcell Biochem. 2007, 45: 465-480.
- [36] Paquet-Durand François, Silva José, Talukdar Tanuja, et al. Excessive activation of poly(ADP-ribose) polymerase contributes to inherited photoreceptor degeneration in the retinal degeneration 1 mouse. The Journal of Neuroscience, 2007, 27(38): 10311-10399.
- [37] Sato K, Li S, Gordon WC, et al. Receptor interacting protein kinase-mediated necrosis contributes to cone and rod photoreceptor degeneration in the retina lacking interphotoreceptor retinoid-binding protein. J Neurosci, 2013, 33(41): 17458-17468.
- [38] Martinez-Fernandez de la Camara C, Olivares-Gonzalez L, Hervas D, et al. Infliximab reduces Zappinast-induced retinal degeneration in cultures of porcine retina. J Neuroinflamm, 2014, 11(10): 172.

(上接第 106 页)