從伏邪論治中心性漿液性脈絡膜視網膜病變

Treatment of central serous chorioretinopathy based on the Insidious Evil Theory

李媛媛，桑子瑾，吳烈　*LI Yuanyuan, SANG Zijin, WU Lie*

（中國中醫科學院廣安門醫院）

[摘要]　中心性漿液性脈絡膜視網膜病變（CSC）是臨床常見眼底疾病，從伏邪論治CSC，邪伏少陰、太陰之經，累及脾肺腎肝諸臟，痰濕、瘀血順勢阻絡犯目，臨床治以扶正祛邪為主要原則，以保護視網膜視神經上皮細胞和色素上皮細胞，保護視力為目的，分別從補其虛臟、利水祛濕、托透伏邪、化痰散結、通絡祛瘀等方面論治其病。

[關鍵詞]　伏邪；中心性漿液性脈絡膜視網膜病變；伏邪理論；論治

中心性漿液性脈絡膜視網膜病變（central serous chorioretinopathy，CSC）是臨床常見眼底疾病。多見於青壯年男性，單眼或雙眼發病，臨床以患眼視力下降、視物變暗、變形、變小、變遠，並伴有中央相對暗區為主要臨床表現[1]。該病為自限性疾病，3-6個月多能自愈，但常反復發作，初次發病一般預後良好，但對於病程長而不能自愈的患眼，其黃斑長期漿液性脫離，視細胞外節與色素上皮細胞絨毛突觸不能恢復正常生理嵌合，感光細胞一旦脫離色素上皮層，則會迅速產生變性，從而造成視功能不可逆性的損害[2]。針對反復多次發作的患眼，則可能造成某種程度的永久性視力減退或視覺異常[3]。

中醫學典籍中無「中心性漿液性脈絡膜視網膜病變」病名記載，但結合其臨床症狀、病因、病機等，可將其歸屬於中醫眼科內障疾病「視瞻昏渺、視直為曲、視正反斜、視大為小、視瞻有色、視惑」等範疇[4]。中醫藥在防治CSC方面有一定優勢，在減少復發、縮短病程、促進滲出吸收、保護視功能等方面取得較好療效。因該病具有病因不明、發病隱匿、反復發作，且常因過度勞累、精神壓力、情緒波動及特異體質等因素誘發的特點，結合中醫理論思想，我們認為其與中醫伏邪致病有相似及共通之處，本文擬從伏邪理論方面探討CSC的中西醫結合診治，以期挖掘CSC治療的新思路、新方法。

1　中醫伏邪理論的詮釋

1.1　伏邪理論的源流

伏邪是指藏於體內而不立即發病的病邪[5]。「伏」有隱匿潛伏的含義，「邪」指各種致病因素和各種致病產物。伏邪理論來源於《內經》，《素問·陰陽應象大論》中載有「冬傷於寒，春必溫病；春傷於風，夏生飧泄；夏傷於暑，秋必痎瘧；秋傷於濕，冬生咳嗽」，明確指出四時所感受的風寒暑濕之邪可潛伏在體內，當即不發病，後可隨季節氣候變化而發病。最初伏邪理論在諸醫家中主以治療溫病等外感類疾病，直至清代醫家劉吉人在其著作《伏邪新書》中將伏邪擴大了應用範圍：「感六淫而不即病，過後方發者總謂之曰伏邪，已發者而治不得法，病情隱伏，亦謂之曰伏邪；有初感治不得法，正氣內傷，邪氣內陷，暫時假愈，後仍複作者，亦謂之伏邪；有已發治癒，而未能盡除病根，遺邪內伏後又復發，亦謂之伏邪」。

1.2　伏邪理論的現代認識

現代任繼學[6]認為伏邪有狹義與廣義之分，狹義是指伏氣溫病，廣義則指一切伏而不即發的邪氣，即指包括情志失調、飲食失節、水飲、痰濁、瘀血等內在的致病因素。現代仝小林[7]在前人伏邪理論基礎上，亦提出了可應用於治療風濕系統疾病、免疫相關性疾病、過敏性疾病、反復發作性疾病以及各種疑難雜病等伏邪致病的臟腑風濕理論。伏邪理論的應用不僅局限於溫病，其病六淫者可致伏，其病或外感或內傷者亦可伏而後發，故凡邪氣伏藏於內，待機而發者，皆可應用伏邪理論。此伏邪理論的應用為後世醫家治療內科雜病、各種疑難

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

病證、慢性遷延、反復發作性疾病等，提供了理論基礎。這為臨床應用伏邪理論治療csc提供了理論基礎。

1.3 伏邪致病的特點

伏邪從來源上可分為外邪和內邪，從性質上可分為陽邪和陰邪，從形態上可分為無形和有形。有六淫邪氣，有痰濁、水飲、瘀血皆可伏而為邪，伺機而作。伏邪致病的特點：1）隱匿性。伏邪致病非感而即發，而是匿而不易發，每有誘因使正邪平衡失調乃發而為病，張鑫[8]等亦指出伏邪具有「動態時空」、「隱匿」、「自我積聚」、「潛證導向」等特徵。2）病因複雜多樣、病情反復。清代王燕昌於《王氏醫存》中言：「伏匿諸病，六淫、諸鬱、飲食、瘀血、結痰、積氣、蓄水、諸蟲皆有之。」清代醫家劉吉人認為伏邪致病病情多樣：有感而不即病，過後方發者，或已發者而治不得法，病情隱伏，或正氣內傷，邪氣內陷，暫時假愈，後仍複作者，或有已發治癒，而未能盡除病根，遺邪內伏後又復發者」。3）纏綿難愈。邪藏匿體內，必影響其氣血津液，故邪伏日久，氣血津液必然成患，在此基礎上鬱久亦必化熱，氣血津液之患與熱糾纏而使伏邪之病更加纏綿難愈。4）正氣不足。經言「冬傷於寒，春必病温」、「夫精者，身之本也。故藏於精者，春不病溫」。清代吳鞠通亦在《溫病條辨》一書中指出：「冬傷於寒則病溫，惟藏精者足以避之。」既有邪伏體內，正氣必然受累，其不發病者以其正邪力量相當而假以和平共處。待或六淫邪氣由外侵襲招引內伏之濕、痰、瘀等邪，或外邪直中內虛之臟而伏邪趁亂竄出，或情緒激動氣機逆亂引動伏邪，或其他因素觸動激發伏邪，此刻或內外相合或邪氣積聚日久而一瞬爆發[9]，邪氣勢猛，正氣奮起抗爭，正邪劇烈相爭而發病。5）誘因引發。邪氣伏於內，外寒引動內寒，外風引動內風，內外相合，邪氣相對亢盛而發病。《伏邪新書》言「有初感治不得法,正氣內傷,邪氣內陷,暫時假愈,後仍複作者……有已發治癒，而未能盡除病根，遺邪內伏後又復發」。

2 從伏邪理論論治中心性漿液性脈絡膜視網膜病變

2.1 從伏邪理論論治CSC的依據

本病發病病因目前尚未明確，有學者認為與遲發性病毒感染有關，另外有許多臨床研究表明其與體質狀態、精神狀態如勞累、熬夜、壓力大、內分泌失調、機體應激狀態及糖皮質激素的使用等誘發因素有密切關係[10-12]。該病為自限性疾病，發病隱蔽，且常反復發作，多次反復發作則可能造成永久性視力障礙。總之，該病不論是由外感或內因致病，均為遲發性疾病，其發病隱蔽，難以發現直接病因，反復發作，且常伴有誘發因素，病情表現複雜多樣，療效和預後難以判斷，從這些發病特點上看，符合中醫伏邪理論特點。

2.2 伏邪致CSC之病因病機

雖然CSC發病病因目前尚未清楚，但從中醫理論分析，其病因病機可能如下：1）外感內伏：伏邪多為以風、寒、濕為主的六淫邪氣外襲而潛入於裏，土喜溫燥，易受寒水所侮，故病邪侵於黃斑區，發病時則表現為黃斑水腫。脾土受累，水濕運化不利，痰濕循經入絡，流注入腎，伏於少陰，舍於視衣。2）七情所致：現代研究表明[13]，A型性格、抑鬱、焦慮、精神壓力、高血壓等與CSC發病明顯相關。情志不暢可致臟腑失調，肝鬱氣滯，脾虛肝旺，脾虛濕困。3）飲食、勞傷所致：脾主運化，飲食不當或勞傷則致運化不利而內生水飲、痰濕等，久則累及諸臟腑，如深則累於腎，其或為致虛之處，亦為藏邪之所，故內生之物聚於少陰腎，水輪瞳神發病，出則上犯於肺，舍於視衣，此為內生之邪伏而致病。

CSC為病以邪氣內伏為病因，以正虛邪伏為病機，以痰濕阻絡犯目為表現體徵。1）CSC的發病或由外感或由內生而伏於少陰腎經（瞳神）及太陰脾經（黃斑），其初感之邪多為無形之邪，如風、寒、濕或七情所傷等，其伏於體內並導致濕、痰、瘀等有形之邪內停，並借氣血周流於四肢百骸、五官九竅等處，上犯於目竅者則病目。2）正虛邪伏是CSC伏邪發病的主要病機特點。經言「冬傷於寒，春必病温」、「夫精者，身之本也。故藏於精者，春不病溫」。清代吳鞠通亦在《溫病條辨》一書中指出：「冬傷於寒則病溫,惟藏精者足以避之。」以上皆說明邪氣內伏與正氣是否充足在伏邪致病過程中的關鍵作用。3）以痰濕阻絡犯目為致病關鍵。CSC臨床表現為水腫性滲出，中醫臟腑中三焦肺脾腎與水液運化排泄關係最為密切。邪氣內伏阻絡，臟腑內傷，津聚成水濕，或氣鬱日久有化熱之機，灼濕成痰，痰瘀膠結，伏日已久，化生內毒[14]，故而痰濁瘀毒阻於眼底目絡，

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKSCM All Rights Reserved

膠纏互結難分，其治之難可知，其向愈日久亦可知。

2.3 CSC之伏邪所在

關於邪伏隱匿和發病的部位，歷代醫家各執一詞。西晉王叔和認為寒毒之邪伏於肌膚；隋巢元方於《諸病源候論》中提出寒毒藏於肌骨；清吳又可、俞根初等倡邪伏膜原之說[15]為後世提及最多；最為普遍接受的是由宋龐安常提出的邪伏少陰之說，他指出「伏氣為病，謂非時有暴寒而中人，伏毒氣於少陰經，始雖不病，旬月乃發。其後清葉天士在《三時伏氣外感篇》中指出「春溫一證，由冬令收藏未固，昔人以冬寒內伏，藏於少陰」。清柳寶詒於《溫熱逢源》中指出「寒邪之內伏者，必因腎氣之虛而入，故其伏也每在少陰」。因此可見伏邪多隱匿於裏。

CSC歸屬於中醫眼科內障疾病（瞳神）範疇，另外現代病理學研究又發現，CSC是各種原因導致黃斑區脈絡膜毛細血管擴張、滲漏,進而引起視網膜色素上皮封閉小帶損害或產生色素上皮脫離，最終導致神經上皮的漿液性脫離[16]。可見其病變發生於眼底黃斑區，變化規律為從該區深層的脈絡膜向淺層的視網膜發展。按傳統五輪學說考慮，首先其病位在瞳神，屬少陰腎，不過按現代中醫眼科學者的觀點瞳神內亦有五輪臟腑所屬暨「內五輪」假說[17]，認為瞳神內黃斑區屬於脾、視網膜色素上皮層組織屬於腎。近代中醫眼科名家陳達夫[18]創眼底六經分屬學說，就認為眼內一切色素屬少陰腎，黃斑屬太陰脾。按照我們臨床從三焦論治黃斑水腫經驗及視網膜分層三焦臟腑所屬理念，則認為在眼底黃斑區屬於脾的基礎上，黃斑區視網膜各層又有臟腑所屬暨視網膜內層的神經纖維層屬於中焦太陰脾經，視網膜外層無血管區的神經上皮層屬於上焦太陰肺經，視網膜色素上皮層及脈絡膜層屬於下焦少陰腎經，其理論已有論文論述[19]。綜上所述，從中醫理論角度考慮，我們認為CSC病變其邪伏於少陰腎經（瞳神）及太陰脾經（黃斑），其病始發於黃斑區的脈絡膜層屬於下焦少陰腎經所主，繼發於黃斑區的神經上皮層屬於上焦太陰肺經所主。

2.4 伏邪致CSC的臨床表現

CSC具有發病隱匿、反復發作、遷延難愈的臨床特點。在邪伏於內未發病時一般無明顯的臨床症狀，病發時有視力下降、視物變形、視物變色等臨床症狀，黃斑區水腫、滲出、色素紊亂等眼徵。《太平聖惠方》曰「眼通五臟，氣貫五輪」。少陰腎經為病，則腎水不得濟於上，目竅失濡則晦暗昏花。太陰脾經為病，則運化津液不得，水飲流溢聚於虛處，目絡受傷，視物變形。伏邪潛隱日久，久鬱化熱，灼濕成痰，而成黃斑區黃白滲出之徵。若病起於過用，腎之陰精進一步損耗，腎陰虧耗，腎精不足，故可成視網膜色素紊亂之眼徵。若患病日久或反復發作，痰瘀互結，病久入絡，則敗絡叢生，可見黃斑出血。

2.5 伏邪致CSC的治療

CSC為病本虛標實，其本虛責之於脾腎，標實責之於痰濕。其基本治則是扶正祛邪，扶正主要採用補、托等法通過健脾、補腎達到目的；祛邪主要是通過脾、肺、腎臟腑從三焦途徑利水祛濕。另外，應根據不同的發病時期、反復發作後的不同變證，分別採用化痰散結法及通絡祛瘀法治療變為頑疾的慢性CSC。

2.5.1 補其虛臟

CSC伏邪致病的主要病機特點是正虛邪伏，邪伏於少陰腎及於太陰脾。治療上當補腎之陰陽及健運脾土。補腎之陰者，主以駐景丸或六味地黃丸加減，常予車前子、楮實子、五味子、菟絲子、枸杞子、當歸、地黃、山萸肉等，補腎陽者，主以金匱腎氣丸加減。補脾者，健運脾土，主以四君子湯或五苓散加減化裁，常予黨參、豬茯苓、白朮、桂枝、澤瀉、甘草等，健運脾土不可壅滯，視其時機不同而合除濕利水之法助中焦樞轉，脾以運化樞轉為健。

2.5.2 利水祛濕

CSC眼底病變以漿液性滲出為主，故應從中醫津液辨證論治，宜祛其濕邪。中醫祛濕邪的方法以《傷寒論》最為經典，分為宣肺散水，健脾化濕，溫腎利水等三種治法。從我們利用這三種治法總結的三焦臟腑論治黃斑水腫的經驗：宣肺散水法主要適用於黃斑水腫位於視網膜外層的神經上皮層，以小青龍湯或二陳湯為主加減；健脾化濕法主要適用於黃斑水腫位於視網膜內層的神經纖維層，以五苓散或參苓白朮散加減為主；溫腎利水法

香港眼科中醫學會 版權所有 Copyright HKRCOM All Rights Reserved

主要適用於黃斑水腫位於脈絡膜層及色素上皮層，以真武湯豬苓湯加減為主。另外，由於CSC病發於黃斑區，故上述三法中健脾利水消腫當為通用之法。

2.5.3 托透伏邪

邪氣內伏是CSC反復發作的主要原因。邪氣伏於陰經，病位之深，邪氣之詭，決定了伏邪之祛絕非簡單驅邪外出，其藏匿深部不易被搜尋發現，故欲除之，需托透邪氣，出於深部至於淺處。托法是外科常用治法，扶正與驅邪並重，主要運用補益扶正、托透邪出，使病邪移深就淺[20]。托法在CSC中應用，其補益之品主要是黃芪、黨參等補氣之品，透邪之品主要是細辛、蟬蛻、荊芥、防風等風藥，以開通玄府、透邪外出。龐贊襄[21]治療CSC的醫案中，每多黃芪、黨參、蟬蛻、木賊、荊芥、防風等扶正透邪之品。

2.5.4 化痰散結

CSC病情遷延或者反復發作者其黃斑區可遺留有黃白滲出，神經上皮層、黃斑區組織損傷變性等，導致視功能損害嚴重，恢復欠佳[22]。其滲出、組織變性等病理變化中醫認為，最初黃斑水腫，存在水濕氣滯、血行不暢之機，後鬱久化熱，熱灼水濕化而為痰，氣鬱血瘀，血行不暢成瘀，痰瘀邪氣相感互結，而成頑邪。故臨床上治療多以陳皮、半夏、杏仁、瓜蔞、牡蠣、浙貝母、玄參等化痰散結之品，因痰瘀互相膠結，單化痰或單通瘀效果皆欠佳，故合以化瘀通絡之品，共散頑邪結聚。

2.5.5 通絡祛瘀

伏邪所致CSC，其病情反復，病程纏綿，伏邪阻絡是其致病關鍵，蓋因其病日久，久病入絡，故其治需活血通絡。莊曾淵等[23]倡「瞳神絡病」之說，認為瞳神絡病多為久病、慢性病，且其病根深伏、病情纏綿等。故其伏邪所致之慢性CSC當從絡論治。臨床主要以桃仁、紅花、丹參、三七、地龍、土鱉蟲等活血化瘀通絡之品，絡病病久，正氣受損，病深難解，治需緩圖，故大黃䗪蟲丸小劑可取；氣血伴行，病者感召，故多合柴胡、香附等行氣之品；痰瘀往往同現互結，故亦需合化痰散結之品。許伊勒[24]等研究表明，複方血栓通膠囊活血化瘀通絡治療CSC取得較好療效。陳蓉等[25]研究表明，健脾利水活血法在促進黃斑區水腫吸收、恢復視力、縮短病程、減少復發等方面治療CSC具有明顯的優勢。

綜上，補、利、托、化、通是治療CSC的基本治法，補是調補脾腎，適用於病變各期，但所補臟腑、所補程度有偏重；利、托是針對邪伏致病的急性期，臨床症狀典型表現之時應用；化、通則是針對病情反復發作造成的慢性CSC而採用。

3 小結

CSC是常見的病情反復、病程遷延的眼底疾病，治療不徹底則會造成永久性的視力損害，故臨床積極治療至關重要。本文從伏邪致病學說論治CSC，認為邪伏少陰腎經及太陰脾經；脾肺腎肝臟腑功能障礙，痰濕、瘀血阻絡犯目為基本病機。臨床以扶正驅邪為治則，補、利、托、化、通為基本治法，以保護視網膜視神經上皮細胞和色素上皮細胞，保護視力為目的。但目前尚缺乏以伏邪學說指導下的CSC的臨床循證醫學研究和基礎實驗研究，有待進一步深入研究探討，以期為中醫藥治療CSC提供新的思路。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

參考文獻：

[1] 趙堪興，楊培增. 眼科學[M]. 北京：人民衛生出版社，2013：219-220.

[2] 莊曾淵，張勳. 今日中醫眼科（M）. 北京: 人民衛生出版社,2000: 32-34.

[3] 陳水齡, 褚文麗, 亢澤峰, 等. 亢澤峰辨治中心性漿液性脈絡膜視網膜病變思路[J]. 中華中醫藥雜誌, 2019,34(09):4117-4120.

[4] 莊曾淵, 張經. 莊曾淵實用中醫眼科學[M]. 北京: 中國中醫藥出版社，2016.

[5] 李經緯. 中醫大辭典[M]. 北京：人民衛生出版社,2017.

[6] 任繼學. 伏邪探微[J]. 長春中醫學院學報, 2005,21(1):4-7.

[7] 仝小林, 劉文科, 田佳星. 論臟腑風濕[J]. 中醫雜誌, 2013,54(7):547-550.

[8] 張鑫, 張俊龍, 郭蕾, 竇志芳. 伏邪特徵的詮釋[J]. 中醫研究,2006,19(4):11-14.

[9] 劉清泉,高潔.伏邪探源[J]. 中醫雜誌, 2011,52(02):95-97.

[10] 劉正峰, 潘雪梅. 中心性漿液性脈絡膜視網膜病變治療的研究進展[J]. 山東醫藥, 2019,59(23):104-106.
[11] 彭晶瑩, 張軍軍. 中心性漿液性脈絡膜視網膜病的病理生理機制研究進展[J]. 重慶醫學, 2016,45(35):5023-5025+5029.
[12] 嚴立群. 不同體質中心性漿液性脈絡膜視網膜病變的臨床療效觀察[D]. 南京中醫藥大學, 2018.
[13] Ersoz MG, Arf S, Hocaoglu M, et al. Patient characteristics and risk factors for central serous chorioretinopathy: an analysis of 811 patients[J]. Br J Ophthalmol, 2019, 103(6):725-729 .
[14] 王永炎, 楊寶琴, 黃啟福. 絡脈絡病與病絡[J]. 北京中醫藥大學學報, 2003,26(4):1-2.
[15] 張鵬程, 楊進. 剖析伏邪學說[J]. 江西中醫藥,2008(06):7-8.
[16] 孫化萍. 現代中西醫結合眼底局部辨證[D]. 南京中醫藥大學,2007.
[17] 邱禮新.「內五輪」假說在眼底病治療中的應用[J]. 中國中醫眼科雜誌, 2001(01):57-59.
[18] 夏運民. 陳達夫教授眼科六經辨證10法[J]. 成都中醫學院學報,1994,(4):14.
[19] 胡佩, 吳烈. 吳烈教授三焦辨證論治黃斑水腫病變經驗[J]. 中國中醫眼科雜誌, 2019,29(01):63-67.
[20] 何春紅, 吳曉龍. 托法淺談[J]. 河南中醫, 2002(05):4-5.
[21] 龐榮, 張彬. 龐贊襄治療中心性漿液性視網膜脈絡膜病變的經驗[J]. 中醫臨床研究, 2014,6(11):11-14.
[22] 盛倩, 莊曾淵, 郭曉勤. 從精氣血津液辨證分期論治中心性漿液性脈絡膜視網膜病變[J]. 世界中西醫結合雜誌, 2017,12(07):1023-1026.
[23] 亢澤峰, 莊曾淵. 瞳神絡病病機及其證治探析[J]. 北京中醫藥大學學報, 2003(04):77-79.
[24] 許伊勒. 複方血栓通膠囊治療中心性漿液性脈絡膜視網膜病變30例[J]. 浙江中醫雜誌, 2015,50(08):591.
[25] 陳蓉, 蒲麗. 健脾利水活血法在治療中心性漿液性視網膜脈絡膜病變中的運用[J]. 四川中醫, 2013,31(11):58-60.

（編委：張學斌審校2020.10.31）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved