



糖尿病視網膜病變的中西醫治療

羅瑞陽

祥同中醫診所

一、前言

糖尿病視網膜病變 (Diabetic Retinopathy, DR) 在 20 歲到 65 歲的人口中，是最常造成合法視盲的主因。良好的血糖控制並不能防止 DR 的產生，只能延緩 DR 的發生；相反的，血糖控制很差的患者會比血糖控制良好的人更早出現視網膜病變。血糖控制穩定可以減少 DR 的發生，也有人發現以皮下注射胰島素來改善血糖控制的頭幾個月，病人的 DR 會惡化^[1]。若能及早以中藥介入，無論是血糖的控制，或併發症的處理，對患者的視力會更有幫助。

二、糖尿病視網膜病變臨床特徵及診斷治療依據

DR 通常是兩眼同時發病，因血管壁內皮細胞消失、屏障功能下降，而發生滲漏，出現視網膜深層的小出血斑點和視網膜的水腫混濁，繼而發生廣泛的微血管閉鎖，甚則擴張而出現微血管瘤。小出血點及長期的水腫，會使血管上出現硬性的蠟樣滲出物，或視網膜上出現灰白色軟性的棉絨狀斑。

嚴重的 DR 會在眼底有不可逆的病變產生，視網膜廣泛的微血管閉鎖與缺血，誘使血管生長因子增加而刺激血管新生，使得灌流不足的組織能重新建立血液供應。視網膜上血管新生總是發生在灌流良好與不足的介面間^[2]，發生於不同的位置對於視力的影響甚鉅。

螢光眼底攝影是診斷 DR 的重要工具，可判斷 DR 的有無及其嚴重程度。以往只依有無血管增生分為非增殖期與增殖期。最新分類分成五級^[3]。第一級，為無明顯病變；第二級為只出現微細血管瘤；第三級為不只出現微細血管瘤，但又沒有第四級那麼嚴重；第四級的變化是嚴重的視網膜出血或有靜脈念珠狀變化或有網膜內微細血管異常。第五級則是出現新生血管或玻璃體或網膜前出血。第一級至第四級屬非增殖期，第五級則已達“增殖期”，必須積極接受治療，否則可能會進一步惡化造成視力喪失。

患者可能因單純的視神經盤或網膜血流不足而影響視力，但構造上並無明顯變化。也可因出血或滲出物出現在黃斑部而有自覺性的視覺障礙。長在視網膜表面的新生血管常與玻璃體後膜相接觸，玻璃體的收縮會牽引此新生血管，因而造成玻璃體出血、視網膜牽引性剝離。分期的用意在於評估治療方式的採用，(一)



雷射凝固法可凝結出血點及燒結掉不正常的微血管，防止出血及滲出液的增加。(二)長效型類固醇或血管內皮細胞生成因子抑制劑(anti-VEGF)的注射，以阻止水腫及血管新生的發生。(三)玻璃體坦部的切除術，切除玻璃體與新生血管的沾粘，阻止玻璃體出血及視網膜牽引性剝離〔1〕。

無論使用藥物、雷射燒灼或手術，治療的目的地是希望維持患者目前的視力。但處置後出現的後遺症仍舊不少，更無法阻止整個病變的進行。如長久服用類固醇會造成高眼壓而導致青光眼，雷射的燒灼燙傷血管後，會有黃斑部水腫及血管新生，手術切除的傷口癒合也會產生新的沾粘。評估疾病造成傷害與治療副作用的孰輕孰重，一直是醫者心中天平的兩端，也是醫學進步的動力。

三、傳統中醫眼科視網膜病變的思維

視網膜疾病在中醫眼科中屬於內障的範圍，內障的特點是「外不見症，從而內蔽」。內障也包括了玻璃體、葡萄膜甚至視神經的問題。這些組織因解剖位置相連而互相影響。中醫眼科對於內障疾病的分類及命名，限於當時的客觀條件，無法窺得眼內結構，故其命名主要是依據患者的自覺症狀，如視瞻昏渺、青盲、雷頭風等。而外障的命名，如黃膜上衝、胬肉攀睛、血灌瞳仁等，則大多依據醫者所見症狀，兩者正好相反。

《中醫眼科學講義》提到青盲、瞻視昏渺、視瞻有色，皆為慢性眼病。其共同特點為視力或視覺有變化，但沒有瞳神的變形或變色的徵象。其病因病機中有一為飲食不節，勞傷過度，脾氣受損，精微不化，不能運精於目。另一為七情鬱結，玄府阻閉，氣血瘀滯，精氣不能升運於目〔4〕。

《銀海精微》中「視物不真」一病，“乃視物不明，如紗遮眼，其因為血衰氣旺，病機為腎水肝血皆衰，腎水衰乃虛陽上攻、肝血衰故目不得血”〔5〕。

《審視瑤函》中「瞻視昏渺」一病，“其因多端…有因目病漸發漸生，痛損經絡，血液澀少，故光華虧耗而昏…”。「青盲症」，“此症謂目內外並無障翳氣色等病，只自不見者…其因有二，一神失，二膽澀”〔6〕。

綜觀上述典籍中有關只會影響到視力而無其他病症的眼病，多因氣血衰弱而起，其所用的方劑，如補中益氣湯、參苓白朮散、明目地黃丸、龜鹿二仙膏等，皆為補養之劑。誠如《靈樞·大惑論》所言：五臟六腑之精氣皆上注於目而為精。若無其他病癥，只見視力減退，則從補養氣血著手。並未提到因糖尿病（消渴、三消）或其他病症影響到視力，且無其他眼部症候（如生翳、紅腫、發癢等）。

四、中西醫結合的治療概念



藉助於現代的檢驗儀器，可作微觀的病理檢驗，結合中醫的理論，對於選方用藥可以有更精準的發揮。DR 為糖尿病的併發症，治療的首要條件為血糖的控制，唯有血糖控制穩定、全身的症狀得到好轉，眼部的症狀才能被控制。故治療當以急者治其標，緩者治其本為綱要。要知高血糖並非是急症，而視力的惡化需要在短期間就控制住病情，因為造成的傷害幾乎都是不可逆性的。整個治療過程中，主次的拿捏實為重要。

用藥的方式可依據西醫對 DR 的分級來區分，第一級，因為無明顯的血管病變，用藥可以血糖的控制為主，病機為陰虛燥熱，治則為滋養腎陰，如知柏地黃丸、左歸丸等。第二、三級已出現微細血管瘤，病機為陰虛血熱，治則為滋陰與涼血並重，於前藥中再加入牡丹皮、地骨皮、川七等藥。第四級有視網膜出血或靜脈念珠狀變化，則當以活血涼血並消瘀血為重，方以桃紅四物湯加乳香、沒藥、蒼朮、黃芩、丹參、茯苓、澤瀉、車前子等。第五級則是出現新生血管或玻璃體或網膜前出血，則以理氣活血化瘀為主，可於前方再加入黃連、黃柏，並少佐乾薑、附子。

久病或已長期使用類固醇的患者，乾薑、附子要重用，一方面化寒凝的氣血，但一方面也要注意不要造成再次的出血，及要能迅速將滲出物從眼底帶走。若血糖的控制仍舊不佳，可於方中重用桑白皮及生石膏。

若患者已經過西醫治療，則須問明接受過何種治療及目前正在服用的藥物。如已接受雷射燒灼，則須加重涼血的藥物，如牡丹皮、地骨皮、丹參、川七等，燒灼後視網膜會出現局部的水腫，要加茯苓、澤瀉、車前子、大黃等以排出滲出物。如已服用過類固醇，則一面加重乾薑、附子以活血，一面加入可將滲出物液化排出的藥物。如已注射過血管內皮細胞生長因子抑制劑，則加入能增加血管壁通透性的藥物，如赤芍、丹參、川七等。如已經過手術治療，則要少佐活血化瘀藥，以防止術後的沾粘。

針灸的治療方面，急性期可於大椎上中下放血，行經頭面部經絡之井穴放血。其他穴位可考慮：攢竹、絲竹空、合谷、風池、天柱、完骨、太衝、地五會、陽交、三陰交。必須要注意的是，若眼壓已高，可於攢竹、絲竹空，大椎上中下放血，切記不可於眼睛周圍做局部的扎針，以防進一步升高眼壓。

五、結論

現代醫學可藉由多項儀器對眼底做微觀並給予量化的病程評估，反而對患者的自覺症狀較少著墨。DR 病程若已到有輕微視力減退的症狀，此時均已造成不可逆血管病變。糖尿病患者對於血糖控制、四肢末梢神經的知覺多半會有警戒心，但會定期追蹤視力者仍屬少數。雖然中醫並無適當的檢驗設備可作微觀檢查，以



台灣地區就醫之方便，若能建議患者配合西醫眼科定期做眼底的檢查，則能夠防範於未然，對於糖尿病患者不失為一大福音。

六、參考文獻

1. Kanski，臨床眼科學，藝軒圖書出版社，P483，P487-497。
2. 林澤源、劉文峻，眼科的診斷與治療，合計圖書出版社，P233，P222-223。
3. 許迅，糖尿病性視網膜病變新的國際臨床分型，上海醫學 2005 年第 28 卷第一期，P8-9。
4. 中醫眼科學講義，醫藥衛生出版社，P87-88。
5. 孫思邈：銀海精微，力行書局，P87-88。
6. 傅仁宇，審視瑤函，五洲出版社，P177-180。

通訊作者：羅瑞陽

聯絡地址：新北市永和區竹林路 150 號

電 話：02-8921-3311

E-mail: jueiyanglo@gmail.com