

原发性干燥综合征患者腺体外表现的中医治疗进展[※]谢璐遥[△], 钟晓鸣[✉], 刘铁陵, 王婷, 李明, 赵振局

(四川省绵阳市中医医院, 四川 绵阳 621000)

【摘要】 腺体外表现(EGMs)是原发性干燥综合征(pSS)的常见受累表现,可累及肌肉骨骼、皮肤、神经、肾脏、血液、肺部、胃肠道、心血管等多个系统及脏器,严重影响患者生命健康。中医治疗 pSS 可改善患者症状和生活质量。该文综述近年来 pSS 患者 EGMs 的中医治疗进展,以期对 pSS 的临床治疗提供参考。

【关键词】 原发性干燥综合征;腺体外表现;燥痹;中医治疗

中图分类号:R257.9 文献标识码:A DOI:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2025.1928

原发性干燥综合征(primary sjögren's syndrome, pSS)是一种全身性自身免疫性疾病,以淋巴细胞增殖及进行性外分泌腺体损伤为特征,主要累及外分泌腺,以唾液腺、泪腺受累常见,患者可出现眼干、口干等症状,称为腺体表现^[1]。pSS 还可引发单核细胞浸润和免疫复合物沉积,累及腺体外器官,导致多系统、多脏器受损(包括肌肉骨骼、皮肤、肾脏、神经系统、血液系统等),进而产生一系列全身症状,称为腺体外表现(extraglandular manifestations, EGMs)^[2]。由于 pSS 可累及多个系统,患者临床症状复杂多变、轻重不一,部分患者口干、眼干症状不典型,反而以 EGMs 为突出表现,甚至以 EGMs 为首发症状,从而就诊于其他相关科室,这在一定程度上阻碍了 pSS 的早期诊治^[3]。在已确诊的 pSS 患者中,合并 EGMs 者不在少数,如 HERNANDEZ-MOLIA G 等^[4]对 109 例 pSS 患者的研究结果显示,86% 的患者至少存在 1 种 EGMs。

目前对于 pSS 广泛的 EGMs,诊断标准尚未达成普遍共识,这与 EGMs 诊断不充分、随后治疗不足及部分患者进展为严重器官功能障碍有关^[5]。由此可见,相较于腺体表现,EGMs 对患者生命健康的影响更大。西医目前尚无理想治疗方式,以对症及替代治疗为主,近年来中医药治疗本病的优势逐渐凸显^[6]。本文总结归纳近年来 pSS 患者 EGMs 的中医治疗进展,以期对 pSS 的临床治疗提供参考。

1 肌肉骨骼系统受累

pSS 患者可出现肌肉骨骼系统受累,通常表现为慢性关节痛与肌痛,属中医“燥痹”范畴。国医大师路志正认为,经络不通在燥痹发病过程中至关重要,提出“持中央、运四旁”的针刺润燥理论,临床中常将其与药物治疗结合起来,可迅速改善患者口眼干燥、疼痛、乏力等症状^[7]。马玉草等^[8]以络病理论为指导,探讨干燥综合征(SS)的诊疗思路,认为痰瘀阻滞关节易致关节疼痛、僵硬,甚至屈伸不利,故治法以祛瘀通络为主,临床多用雷公藤、青风藤、络石藤、海风藤等藤类药物。王庆等^[9]从五脏理论阐释燥痹的病机及诊治特点,认为燥痹患者关节肿痛症状与“脾主肌肉四肢”关系密切,治疗时重视健脾益气,临床常用四君子汤、生脉饮、参麦地黄丸等化裁,并根据证型辅以润燥生津、活血通络等药物。黄海珍等^[10]从阴阳互根互用角度出发,认为燥盛伤阴则四肢关节失于阴液濡养,不荣则痛而见关节疼痛,阴液不足致阳气无源而气虚,气能行津,气虚致阴液不行,进一步加重肢体阴液不足,引发关节疼痛等症状,因此临证用桂枝汤加减以滋阴和阳,方中白芍、甘草酸甘化阴、补充阴液,且能缓急止痛,可改善 SS 患者关节疼痛症状。李满意等^[11]在历代医家论治燥痹经验的基础上,结合临床实践,认为燥痹可辨证分为阴虚热毒、阴虚血瘀、阴虚津亏、气虚津亏,本虚者治以扶正为主,予滋阴润燥、补气生津、益气养血等法,标实者治以祛邪为主,予清热解毒、活血化瘀等法,同时兼顾生津润燥,为燥痹的规范化诊治提供了思路。可见,肌肉骨骼系统受累的 pSS 患者以疼痛为主要表

※四川省中医药管理局科学技术研究专项课题(2021MS082)

✉通信作者:钟晓鸣, E-mail:49802537@qq.com

△第一作者:谢璐遥, E-mail:1262912257@qq.com

现,其病机不离不通则痛、不荣则痛,临证需精准把握病机,兼顾各类证型。

2 皮肤受累

pSS 皮肤受累主要表现为皮肤干燥、雷诺现象、血管炎,亦有皮肤溃疡、荨麻疹样皮肤损害等。本病尚无统一的中医病名,临证时主要根据不同临床表现进行辨证论治。董振华教授认为,pSS 皮肤黏膜损害以阴虚血燥为本,以风热燥毒为标,日久可发生血热血瘀,甚则损伤阳气,临证多从虚、热、瘀论治^[12]。陈学达主任中医师认为,风邪犯表,脾虚湿困,津液被遏不能上承,故口干、目涩、耳鼻干痒,治疗 SS 合并慢性荨麻疹时善用风药,运用麻黄连翘赤小豆汤合资生汤加减以养阴生津、胜湿止痒、滋养脾胃,疗效较好^[13]。彭中应等^[14]认为,SS 伴发唇炎的病机之一是中土亏虚兼有阴火上乘、湿热蕴蒸,导致津液不得上承以濡养口唇,应用具有培固中土、降逆客气、清热燥湿功效的甘草泻心汤治疗 1 例 SS 伴发唇炎患者,服药 3 剂后患者口唇溃疡初见结痂,6 剂后患者口唇溃疡基本痊愈。总之,中医治疗 pSS 皮肤受累表现尚无明确的诊疗规范,结合症状多责之于湿,治疗时可运用风药,标本兼顾。

3 神经系统受累

pSS 患者中枢神经、周围神经、自主神经均可受累,临床表现多样,尚无统一的中医病名。脊髓病变属中枢神经受累,张子涵等^[15]认为该病病久则肝肾不足、经络失养,治以清热利湿、补益肝肾,方用四妙散加减,可显著改善患者走路无力、肢体僵硬等症状。小纤维神经病属周围神经受累,韦尼等^[16]从毒瘀损络角度分析 SS 小纤维神经病的病机,因小纤维神经病除有广泛性疼痛外,还可见畏寒、自汗、面部潮红、腹泻、低血压、性功能障碍等虚损表现,故认为虚滞、瘀阻、毒损是疾病关键病因,临床中遵循叶天士“通补”之法,以活血解毒通络方(主要组成为丹参、当归、川芎、鸡血藤、玄参、连翘、地黄、麦冬、石斛、南沙参、北沙参、太子参、甘草等)为基础并配合补益、通络之品以扶正祛邪,即“以补药之体作通药之用”。自主神经功能障碍可导致睡眠障碍,焦保钦等^[17]基于“五脏皆可致燥”思想,从“心为五脏之主”的角度探讨老年 pSS 的病因病机及治疗,认为老年患者年老体衰,阴常不足,阴不制阳则虚火内扰,灼伤阴液而内生燥邪,燥邪扰神,心神失养,故见心悸怔忡、失眠健忘、夜不能寐,临证治疗常选用酸

枣仁、百合、茯神等清养心神。综上所述,pSS 神经系统受累的中医治疗需标本兼顾、扶正祛邪。

4 肾脏受累

pSS 患者常见的肾脏损害为肾小管间质病变,其中以远端肾小管酸中毒(dRTA)较为多见。肾脏受损严重者可进展为慢性肾功能不全,若继发于 pSS 急性发作,还可出现肌无力、多尿、肢体麻木等低钾血症表现,王新昌教授认为,此时辨证以脾肾两亏、肝血不足为主,应治以补脾益肾、养血柔肝,可用肾气丸合一贯煎加减治疗^[18]。对于 pSS 继发慢性肾功能不全的患者,董振华教授认为病机关键为脾胃虚弱,临证时可从调养先天、后天两方面入手,选用香砂六君子汤为主方加减化裁,配合补肾活血利湿药物^[12]。针对蛋白尿、血肌酐升高等肾脏损害症状,巴元明教授认为该病病机与遗精相似,皆为肾精不固、精微下泄所致,故以治疗遗精的代表方三才封髓丹为基础自拟滋肾封髓汤,该方由天冬、熟地黄、党参、黄柏、砂仁、甘草、穿山龙、分心木、积雪草、六月雪组成,具有滋阴益气、固精封髓之效,兼能祛风除湿、清热利湿^[19]。总之,中医认为 pSS 肾脏受累的病位主要在肝、脾、肾三脏,临床可从补益先后天的角度入手施治。

5 血液系统受累

pSS 的血液系统损害主要表现为自身免疫性血细胞减少,以白细胞减少为主,其次为血小板减少。白细胞减少以无力、心悸、四肢酸痛、失眠多梦等为主要表现,属于中医“气虚”范畴;血小板减少则见各种出血症状,多由气虚不能统摄血液所致,故临证常从气血两虚论治。王法明等^[20]将 46 例 pSS 伴白细胞减少症患者随机分为治疗组(24 例)和对照组(22 例),治疗组采用自拟益气活血汤(主要组成为徐长卿、穿山龙、鬼针草、紫草、白花蛇舌草、桑寄生、补骨脂、生黄芪、丹参、鸡血藤等)治疗,对照组口服利血生片与硫酸羟氯喹片治疗,结果显示,治疗 14 d 后,治疗组白细胞计数较治疗前高,且高于对照组,提示中药治疗 pSS 伴白细胞减少疗效较好。侯佳奇等^[21]将 72 例 pSS 患者随机分为治疗组和对照组,每组 36 例,治疗组以解毒通络生津方(主要组成为白花蛇舌草、莪术、白芍、生黄芪、当归、炙甘草等)联合羟氯喹治疗,对照组以醋酸泼尼松联合羟氯喹治疗,治疗 12 周后,两组患者白细胞计数降低、贫血、血小板减少症状及红细胞沉降率、C-反应蛋白水

平、中医症状积分均改善,但治疗组疗效更显著,且感染事件发生率低于对照组,提示解毒通络生津方联合羟氯喹对 pSS 血液系统损害有治疗作用,可改善患者炎症指标,抑制自身免疫反应,且对骨代谢影响更小。从中医角度分析,解毒通络生津方有补气摄血、养血润燥之效,可改善患者中医症状,且安全性较好。可见,中医治疗 pSS 血液系统损害虽无统一标准,但临床可从补益气血角度入手施治。

6 肺部受累

pSS 肺部受累以间质性肺疾病(interstitial lung disease,ILD)为主。ILD 起病隐匿,常见症状为持续咳嗽和进行性加重的劳力性呼吸困难。pSS 合并 ILD (pSS-ILD)属于中医“燥痹”“肺痿”范畴,病机以内燥为核心。苏健等^[22]从脾胃浊毒理论阐释 SS-ILD 的病机演变,认为疾病早期脾虚运化失司,致水谷之精化生异常而产生浊邪,中期浊邪逐渐积聚并转化为浊毒,浊毒性质黏滞胶结,耗伤气津,晚期浊毒与痰、瘀胶结形成癥瘕,对脉络造成损伤,同时损害各脏腑,因此早期治疗着重阻断浊毒生成源头、保护津液,中晚期治疗以化浊解毒、开通络脉为主,兼顾补虚复正,并根据病情的不同阶段分别采用健脾、滋阴、清热、活血等治法。陆家麟等^[23]认为,SS-ILD 的发病之本为中焦不足、元气亏损、阴火上乘,根据“火与元气不两立”理论,治以补益中焦、升举元气、降泻阴火之法,临床应用补脾益肺、升阳泻火类方药,并结合药物性味配伍辛宣苦降、甘寒润燥、化痰祛瘀之品。张阳等^[24]基于“玄府气液”“阳气怫郁”理论及“三焦胃肠燥热怫郁”的根本病机,以辛、甘、咸、淡剂标本兼治,同时酌加清热、活血之品。陈凤等^[25]从皮部-经络-脏腑理论出发,认为 SS-ILD 的病机为早期邪气侵入、气机郁闭,中期精津失布、痰瘀互结,晚期精亏不散、失荣痿废,治疗以固本培元、通络逐邪为总则,在不同病情阶段,侧重应用宣散通络、祛瘀化痰、扶正祛邪治法。宋彦等^[26]认为 SS-ILD 起病隐匿、病程缠绵,久病易入络入血,治疗可从肺络理论入手,针对 SS-ILD 以阴虚为本,以燥、毒、瘀为标,以及肺络痹阻的基本病机,运用辛润通络法,选用当归、桃仁、菟丝子等辛润活血通络药物,以达行气活血、滋阴润燥的治疗目的。综上所述,pSS-ILD 病程长,临证时可进行分期治疗,根据各期特点采取相应治法,且需将标本兼顾贯穿治疗始终,尤其重视补脾调中。

7 胃肠道受累

pSS 胃肠道受累可表现为胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease,GERD)、慢性萎缩性胃炎(CAG)等,在中医学中并无统一病名,临床上多围绕病机展开辨证论治。汪悦教授从肺肠合治角度出发,认为 pSS 合并 CAG 的病机多属胃阴亏耗,临证运用自拟麦冬地芍汤(主要组成为麦冬、生地黄、炒白芍、桃仁、紫菀等)治疗,不仅可养肺肠之阴,还可柔养胃阴、以安阳土,未病先防^[27]。王环^[28]从阳虚寒凝、阳不布津角度入手,运用栝楼瞿麦汤加味(主要组成为天花粉、瞿麦、山药、白术、茯苓、附片、北沙参、麦冬、当归、丹参、生地黄、路路通等)治疗 1 例上燥下寒型 SS 伴慢性腹泻患者,该方寒凉温燥、淡渗补益并用,攻补兼施,阴阳同调,治疗 3 个月后,患者口干、眼干、畏寒、下肢及腰背冷、小便少、大便稀溏等症状明显好转。刘瑞华等^[29]从 SS 阴虚津亏及 GERD 食管失濡、胃失和降或肝气(肝火)犯胃、胃气上逆的病机入手,治疗时予益气养阴、生津润燥之法以滋养其体,予和胃降逆、疏肝理气之法以恢复其用,并佐以制酸抑酸药物,常用药物为太子参、南沙参、石斛、山药、乌梅、葛根、佛手、柴胡、枳壳、清半夏、生姜、旋覆花、煅赭石、海螵蛸、赤芍、大血藤等。综上,pSS 胃肠道受累表现多样,病位主要在胃、肠、食管,亦可累及肺、肝等脏,阴虚与阳虚均可致燥,临证时应根据不同病机采取相应治法。

8 心血管受累

pSS 心血管受累可表现为冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)、肺动脉高压、心律失常、心包和心瓣膜疾病、心力衰竭等。王桂珍等^[30]将 60 例 SS 患者随机分为新风胶囊(XFC)组(新风胶囊由黄芪、薏苡仁、雷公藤、蜈蚣组成)和羟氯喹(HCQ)组,每组 30 例,连续用药 30 d 后,结果显示,治疗后两组患者心搏量(SV)、心排血量(CO)、射血分数(EF)、左心室短轴缩短率(FS)较治疗前高,与 HCQ 组比较,XFC 组 SV、CO、EF、FS 升高更为明显,提示 XFC 在改善 SS 患者心功能方面优于 HCQ,应用 XFC 后患者血清活性氧(ROS)、丙二醛(MDA)、红细胞沉降率(ESR)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)水平下降,提示 XFC 可上调抗氧化反应元件超氧化物歧化酶(SOD)、总抗氧化能力(T-AOC)表达量,下调氧化反应元件 MDA、ROS 表达量,减少免疫复合物沉积,减轻炎症反应对心肌组织

的损伤,进而改善心功能。由此可知,中医治疗对改善pSS患者心功能有一定作用,但目前该领域相关文献偏少,中医药改善心功能的作用机制研究尚不充分,尚不能很好地指导临床,从而充分发挥中医优势。

9 小结

本文综述了pSS合并EGMs的中医治疗进展。尽管已确诊的pSS患者中多数合并EGMs,但目前关于EGMs的中医诊断标准尚未达成一致,且中医治疗的作用机制尚不充分,这给诊断和治疗带来挑战。相较于腺体表现,EGMs对患者生命健康的影响更为显著。本文梳理了近年来pSS患者EGMs的中医治疗进展,深入探讨了肌肉骨骼系统、皮肤、神经系统、肾脏等各方面受累的治疗策略。未来研究应致力于制定明确的EGMs中医诊断标准,以提高早期诊治水平;深入挖掘中医治疗的作用机制,为临床提供更多理论依据及治疗方向。中医辨证论治的个体化策略对pSS患者尤其是以EGMs为主要表现的患者可能更为关键,需发挥中医优势,提高患者生活质量。

【利益冲突】 本文不存在任何利益冲突。

参考文献

- [1] IMGEBERG-KREUZ J, SANDLING J K, NORDMARK G. Epigenetic alterations in primary Sjögren's syndrome-an overview[J]. Clin Immunol, 2018, 196: 12-20.
- [2] IENOPOLI S, CARSON S E. Extraglandular manifestations of primary Sjögren's syndrome[J]. Oral Maxillofac Surg Clin North Am, 2014, 26(1): 91-99.
- [3] 黄旦, 刘健, 汪元, 等. 中医药治疗干燥综合征合并腺体外器官受累研究进展[J]. 中医药临床杂志, 2022, 34(9): 1759-1762.
- [4] HERNANDEZ-MOLINA G, MICHEL-PEREGRINA M, BERMÚDEZ-BERMEJO P, et al. Early and late extraglandular manifestations in primary Sjögren's syndrome[J]. Clin Exp Rheumatol, 2012, 30(3): 455.
- [5] MIHAI A, CARUNTU C, JURCUT C, et al. The spectrum of extraglandular manifestations in primary Sjögren's syndrome[J]. J Pers Med, 2023, 13(6): 961.
- [6] 郑爱红, 许早荣. 干燥综合征的中医认识及治疗[J]. 中国民间疗法, 2015, 23(10): 70-73.
- [7] 周新尧, 姜泉, 张华东, 等. 国医大师路志正“持中央、运四旁”针刺润燥理论形成与应用[J]. 中华中医药杂志, 2022,

37(11): 6345-6348.

- [8] 马玉草, 吕柳, 胡杰, 等. 基于络病理论探讨干燥综合征的病机与治疗[J]. 陕西中医, 2023, 44(4): 479-482.
- [9] 王庆, 陈忆莲, 吴国琳, 等. 基于五脏理论阐释干燥综合征的病机及诊治特点[J]. 北京中医药大学学报, 2017, 40(11): 964-968.
- [10] 黄海珍, 高永翔. 从桂枝汤探讨干燥综合征的治疗[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(5): 72-73.
- [11] 李满意, 刘红艳, 姜玉铃. 燥痹的证治[J]. 风湿病与关节炎, 2020, 9(6): 46-50, 59.
- [12] 宣磊. 董振华学术经验总结及滋阴祛湿法治疗原发性干燥综合征的临床研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2017.
- [13] 陈亚萍. 陈学达运用风药临床验案4则[J]. 浙江中西医结合杂志, 2020, 30(11): 930-932.
- [14] 彭中应, 储永良, 陈坤钰, 等. 从中土亏虚探析应用甘草泻心汤治疗干燥综合征伴发唇炎[J]. 山东中医杂志, 2023, 42(11): 1230-1233, 1244.
- [15] 张子涵, 钱玉良. 四妙散治疗原发性干燥综合征合并脊髓病变案1例并文献复习[J]. 临床医药实践, 2019, 28(1): 78-79.
- [16] 韦尼, 丁明辉, 杨帆, 等. 毒瘀损络致干燥综合征小纤维神经病机浅析[J]. 北京中医药, 2017, 36(1): 64-66.
- [17] 焦保钦, 金桂兰, 汪悦. 基于“五脏皆可燥”理论探讨心与老年原发性干燥综合征的形成及其论治[J]. 亚太传统医药, 2023, 19(9): 130-133.
- [18] 孙卓昕, 刘潇, 王晓鹏, 等. 王新昌辨治干燥综合征合并肾小管酸中毒及骨骼损害经验介绍[J]. 新中医, 2020, 52(10): 196-198.
- [19] 刘馥溧, 巴元明. 巴元明运用滋肾封髓汤治疗干燥综合征肾损害临证经验[J]. 时珍国医国药, 2023, 34(9): 2259-2261.
- [20] 王法明, 叶一萍, 丁晓媚, 等. 益气活血汤治疗原发性干燥综合征伴白细胞减少症疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2015, 25(6): 562-564.
- [21] 侯佳奇, 杨月, 薛鸾, 等. 解毒通络生津方治疗原发性干燥综合征血液系统损害的临床研究[J]. 风湿病与关节炎, 2016, 5(5): 13-17.
- [22] 苏健, 刘学, 张伟, 等. 基于脾胃浊毒理论辨治干燥综合征相关性间质性肺疾病[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(3): 392-396.
- [23] 陆家麟, 马君. 基于“火与元气不两立”探析干燥综合征相关间质性肺疾病[J]. 河北中医药学报, 2023, 38(3): 9-12, 17.

- [24]张阳,毕张扬,张伟.从“三焦燥热怫郁”探讨干燥综合征相关间质性肺疾病[J].山东中医药大学学报,2022,46(5):554-558.
- [25]陈凤,林琪明,张伟.基于“皮部-经络-脏腑”论治干燥综合征相关性间质性肺疾病[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(9):1501-1504.
- [26]宋彦,贾新华,张心月,等.从“辛润通络法”论治干燥综合征合并间质性肺疾病[J].河北中医药学报,2021,36(4):22-25.
- [27]潘一,马顾全,张晶,等.汪悦教授应用肺肠合治法治疗原发性干燥综合征思路探析[J].亚太传统医药,2024,20(1):105-109.
- [28]王环.栝楼瞿麦汤化裁治疗干燥综合征伴慢性腹泻1则[J].国医论坛,2021,36(5):9-10.
- [29]刘瑞华,徐浩东,周新尧,等.干燥综合征合并胃食管反流病辨治摘要[J].江苏中医药,2022,54(7):41-43.
- [30]王桂珍,刘健,范海霞,等.基于氧化应激探讨新风胶囊对干燥综合征患者心功能的影响[J].时珍国医国药,2015,26(7):1672-1674.
- (收稿日期:2024-05-26)
- [编辑:郝利珍]

基于中医辨证理论探讨针刺治疗视网膜静脉阻塞的研究进展[※]

郑雅文^{1△},赵博军^{2✉}

(1. 山东中医药大学,山东 济南 250014;2 山东省立医院,山东 济南 250021)

【摘要】 视网膜静脉阻塞(RVO)是导致视力下降的重要因素之一,目前临床已形成完善的西医治疗体系,但在治疗过程中仍存在一系列不良反应。针刺作为中医传统疗法,在RVO的治疗中显示出显著疗效。该文综合近年国内外相关研究及文献,详细探讨RVO的病因病机,以及针刺治疗该病的作用机制与选穴规律,从而为RVO的临床诊疗提供参考与帮助。

【关键词】 视网膜静脉阻塞;络损暴盲;视瞻昏渺;血证;针刺

中图分类号:R246.8 文献标识码:A DOI:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2025.1929

视网膜静脉阻塞(retinal vein occlusion, RVO)是仅次于糖尿病视网膜病变的第二大致盲性眼底血管疾病^[1]。中医将RVO归类为“视瞻昏渺”“络瘀暴盲”等病证,主要病理机制是各种原因导致眼底血管瘀滞不通,血液无法正常流动,进而引发血管外溢。该病表现为视网膜静脉血管的迂曲扩张,可继发眼部出血、渗出及水肿等症状,严重影响视力。黄斑水肿(ME)是RVO常见并发症,且易反复发生,可导致视网膜光感受器不可逆损害,是造成视力下降的重要因素。目前,西医治疗RVO的主要方法是眼内注射抗血管内皮生长因子(VEGF)药物,但该药需反复、长期注射,存在不可持续性,且可能产生不良反应,同时给患者带来沉重经济负担^[2]。针刺治疗RVO显示出显著疗效,不仅操作简便、安全,且成本低廉、治疗周期相对较短,已

成为临床广泛应用的治疗方法。本研究基于近年研究成果及相关文献,探讨RVO的病因病机、针刺治疗的作用机制与选穴规律,为临床治疗RVO提供更多治疗选择,最终达到改善患者视力的目的。

1 病因病机

RVO属中医“络损暴盲”“视瞻昏渺”“血证”等范畴。众多中医学者认为,该病发生多与情绪波动、饮食失度、过度劳累等因素相关,而这些因素与肝、脾、肾三脏功能密切相关。《证治准绳·杂病》根据本病不同病机将患者分为病于阳伤者、病于阴伤者、伤于神者及元虚水少之人^[3]。病于阳伤者,因体内痰火过盛,常出现烦躁不安、口渴等症状;病于阴伤者,多因情绪失稳而耗伤津液,进而出现口干舌燥、眼睛干涩等不适症状;伤于神者,常感头晕目眩,严重时甚至有失明风险;元虚水少之人,易出现眩晕,伴视力模糊,严重者可能完全失明。结合临床实践,本病可归纳为以下5种证型。

1.1 气滞血瘀证 情志内伤、肝气郁滞等内部因素影

※基金项目:山东省自然科学基金(ZR2019MH111)

✉通信作者:赵博军, E-mail:15168860708@163.com

△第一作者:郑雅文, E-mail:2716619950@qq.com