

乾眼症的現代中西醫治療

劉欣怡¹、謝昌儒^{1,*}

¹財團法人彰化基督教醫院中醫部，彰化，臺灣

身處 3C 產品普及的世代，現代人使用 3C 產品的頻率和時間升高，對於眼睛的傷害增加，其中常見衍生疾病之一即為乾眼症，其病因、症狀表現多樣化。在西醫眼科診療中，首先以現有評估工具，作為診斷依據，依照病因分作兩種類型：蒸發型、水份不足型，前者與瞼板腺功能不良，或眼部結構異常相關，後者則與淚腺破壞或功能異常有關，治療選擇取決於病因及病情嚴重度，方法包含藥物治療（抗生素、類固醇、眼藥水等）、手術治療（淚管栓塞術）等。中醫觀點中，與乾眼症相關的文獻記載繁多，對於症狀、病因及治療方法皆有論述，病因涵蓋內因、外因及不內外因，依據臨床辨證分作常見的五型：肝腎陰虛型、肺陰不足型、脾肺虛弱型、脾胃濕熱型、肝經鬱熱型，治療上選用相對的方藥，合併針灸治療，促進淚液分泌增加，增加淚膜穩定性，改善臨床症狀。透過中、西醫在診治乾眼症上各自扮演的優勢角色，給予患者適切的治療，並落實日常眼睛保健，緩解乾眼症症狀。

關鍵字：乾眼症、眼睛乾澀、眼睛疲勞、目澀、神水將枯

* 通訊作者：謝昌儒，財團法人彰化基督教醫院中醫部，地址：彰化市旭光路 235 號 2 樓，電話：04-7238595 分機 4026，Email：181032@cch.org.tw

112 年 3 月 24 日受理，112 年 5 月 31 日接受刊載

前言

乾眼症，Dry eye syndrome，顧名思義此症候群類疾病的病因多元、臨床症狀表現多變，因此與全身性的體質息息相關，雖然主要症狀表現於眼睛，但卻與中醫所強調的全人觀點不謀而合，此優勢正能彌補西醫眼科目前在乾眼症治療上的不足之處；另外，在現代人用眼習慣與古代大相逕庭之下，中醫在治療乾眼症也應有更多不同的思考方向，而非墨守滋補肝腎一途。

茲以此篇探討中西醫對乾眼症的觀點與治療方法，以期未來在西醫眼科儀器檢查的解剖微觀下，聯合中醫針對體質症狀的辨證論治，了解中西醫的治療方向與優勢，讓乾眼症的治療達到更顯著且持續的臨床療效。

乾眼症之西醫觀點與治療 [1, 2]

乾眼症，又稱乾性角結膜炎（Keratoconjunctivitis sicca），是一常見的多因性眼睛疾病，表現的一系列臨床症狀與徵兆皆與眼睛表面潤澤度受損相關，其病因及加重因子往往重疊、相互影響，涉及淚膜（Tear film）或三叉神經等解剖構造，目前根據統計分析，乾眼症以女性較為多見。

眼睛外部解剖構造主要分為兩部份，一為表面，主要由角膜（Cornea）、結膜（Conjunctiva）、淚膜構成，二為附屬器，包含眼瞼、淚腺、眼眶，以及周邊連結的肌肉和神經，以現今西醫乾眼症發病機制而言，與淚膜的相關性最高。淚膜的組成分作三層，由內至外，分別為黏液層（Mucin layer）、房水層（Aqueous layer）、脂質層（Lipid layer），

個別具有不同組成成分與功能，最內層的黏液層是由結膜杯狀細胞具黏滑、均質性的塗層，減少眨眼摩擦力以保護角膜；中間層為房水層，組成是由淚腺分泌富含多種成分、功能的混合物，如：電解質、酵素、抗體、維生素、抗微生物肽（Antimicrobial proteins）等物質；最外層為脂質層，主要為瞼板腺（Meibomian gland），又稱麥氏腺體，分泌凝膠狀糖蛋白（gelatinous glycoproteins），具有延緩淚膜液體蒸發的作用，以及緩衝淚水直接滴落臉頰等功能。

乾眼症發病機制主要分作兩大類：蒸發型乾眼症（Evaporative Dry Eye）、水份不足型乾眼症（Aqueous-Deficient Dry Eye），兩項機制大多會共存，可能以其一為主，共同造成眼睛表面的發炎反應，連續作用形成惡性循環，持續加重乾眼症症狀。

1. 蒸發型乾眼症：

病因可分作三種：

- 1.1 瞼板腺功能不良，與瞼緣炎（Blepharitis）相關，淚膜最外層的屏障受損，無法最小化淚液蒸發作用。
- 1.2 眼部結構、功能異常，如：眼瞼位置不正常、眨眼功能低下等，造成淚膜暴露於外界的範圍和時間增加，蒸發率隨之上升。
- 1.3 使用含防腐劑眼藥水、長期配戴隱形眼鏡等，刺激眼睛表面，進而導致乾眼症發生。

2. 水份不足型乾眼症：

主要病因為淚腺破壞或功能異常，造成淚液不足、淚管阻塞，使得淚膜甚至整個眼睛表面都為處於高滲透壓（hyperosmolarity）狀態，此一型態可再區分為兩種次分型：

- 2.1 與乾燥症（Sjögren's syndrome）相關

型：是一全身型慢性自體免疫發炎疾病，通常小於 65 歲發病，乾燥表現不僅限於眼睛。

2.2 與乾燥症不相關型：此型態有多種誘發因子，其中最常見的屬年老所引起的淚腺管阻塞。

乾眼症最常見的症狀，包含眼睛出現乾澀感、砂礫感、灼熱感、異物感、血絲、畏光性、視物模糊等，甚至在一些患者是以淚液過度分泌表現，而加重因子則是某些藥物使用，如含有防腐劑成分的眼藥水等，以及處於低溫、低濕度、多風的環境下，此外長時間使用 3C、配戴隱形眼鏡的生活型態，皆會導致乾眼症症狀更加嚴重。而身處疫情時代，長時間佩戴口罩也會引發乾眼症，若選用較不合貼的口罩，或是講話時常伴隨口罩位移，會使吸吐的空氣團聚在眼周附近，可能導致淚液快速蒸發，並且具有乾眼症病史、女性身分，以及每日配戴 >3 小時口罩者，可能誘發或加重乾眼症，因此可建議配戴具有氣囊的口罩，透過調節空氣進出，避免乾眼症發生 [3]。

目前西醫診斷及評估乾眼症，主要是根據患者主觀症狀描述，以及使用檢查工具輔助，現有的評估工具包含：

1. 角結膜活體染劑（corneal and conjunctival vital dye staining）：於眼睛表面滴入染劑後，分析染劑分布面積，評估受損程度。
2. 淚膜穩定性（tear-film stability）：螢光染劑滴入眼睛表面後，觀察其分解速率，若時間越短則表示淚膜穩定性越低。
3. 淚水試紙測試（Schirmer tests）：測量 5 分鐘內淚液分泌量，正常人可沾濕試紙達 10mm，<5mm 則可能為乾眼症。
4. 問卷調查（Questionnaires）：主要以患者

描述評估。

5. 淚膜干涉儀（Tear film interferometry）：利用光學原理製成的工具，用以區分乾眼症發病型態。

6. InflammDry immunoassay：檢測淚膜上 MMP9 濃度，>40 ng/ml 表示眼睛表面處於發炎狀態。

治療方面而言，是根據病因及病情嚴重度選擇適合的治療方法，若是由眼瞼疾病（如：眼瞼炎）引起的乾眼症，最主要的治療方法是保持眼瞼衛生，搭配抗生素、類固醇治療，亦可使用茶樹精油（tea tree oil）、熱敷等，幫助治療眼瞼疾病；其二為降低發炎作用，新興治療藥物有 0.05% 環孢靈眼用凝膠（Cyclosporine ophthalmic emulsion），為非類固醇類免疫調節劑，可增加淚液合成，以及 0.5% Lifitegrast 眼藥水（Xiidra®），此二者藥物若要達到療效，需連續使用治療數個月，另外，短期給予局部類固醇使用，也可減少發炎作用。再者，為促進淚液分泌質量，可使用局部潤滑劑（topical lubricants），提升淚膜質量，另外使用 Diquafosol tetrasodium 眼藥水、自體血清施打、配戴治療用隱形眼鏡，以及淚管栓塞術（Punctal plugs or occlusion），將栓子置於鼻淚管入口內，減少淚水的流失，以維持眼睛表面濕潤度，但僅具短暫效果。最後，透過改變生活型態及飲食習慣，例如：減少 3C 使用時間、增加水分攝取、充分睡眠時間、補充必需脂肪酸、避免藥物或環境誘發因子等，以緩解乾眼症症狀表現。

乾眼症之中醫觀點與治療

歷史上與乾眼症關於的中醫病名記載繁

多，如：目澀、眼澀痛、白眼痛、乾澀昏花、神水將枯、瞳神乾缺、白澀症、神氣枯瘁等多種名稱，是以自覺眼睛乾澀不適，甚則視物模糊為主症的眼疾，而中醫最早對乾眼症的相關記載可追溯至晉代皇甫謐《針灸甲乙經》曰：「目澀身痺……臨泣主之」至隋唐年間時，出現更多與乾眼症相關的醫家論述，而在巢元方《諸病源候論》及《龍樹眼論》皆提出「其液竭者，則目澀」的想法，認為病因與淚液枯竭相關。關於乾眼症的具體治療方法，直至北宋時期官修方書中始有較多記載，在《太平聖惠方》中載有「治眼澀痛諸方」，內容根據眼澀痛及伴隨症狀，提出適用方藥，如：車前子丸、菊花散、玄參散等，以及個別的服藥方法。到了明代以後，對於此病有更詳實的記載，傅仁宇《審視瑤函》曰：「不腫不赤，爽快不得，沙澀昏朦，名曰白澀」提出更細微的臨床症狀描述，而在王肯堂《証治准繩》中曰：「年老素體陰虧，……，神水將枯為陰脫之兆」更具體提出可能的致病原因，並根據症狀表現建構辨證分型，是論述最為全面的著書。至清代後，黃庭鏡《目經大成》曰：「視而昏花，開閉則乾澀異常……氣象漸變枯敗如死人，故曰神氣枯瘁」更首次提出與乾眼症相關病名之間病程轉變的過程 [4, 5]。

分析記載乾眼症相關的文獻中，根據陳無擇《三因極一病證方論》將病因區分為內因、外因及不內外因三大部分，以乾眼症常見病因而言 [4, 5, 6]：

1. 內因：情志內傷屬於內因範疇，七情中又以「悲」為主，《針灸甲乙經》曰：「液者所以灌精濡空竅者也，故上液之道開則泣，泣不止則液竭，液竭則精不灌，精不灌則目無所見矣，故名曰奪精……是以悲

哀則泣下，泣下水所由生也」呼應「其液竭者，則目澀」。

2. 外因：與燥邪最相關，葉天士《臨證指南醫案·卷五》曰：「燥為乾澀不通之疾」燥邪傷陰，陰液虧虛，五臟失養，導致目失濡潤，乾眼症發作。
3. 不內外因：多與飲食勞倦、年老體衰、久病不癒等相關。

根據《仁齋直指方》曰：「眼者五臟六腑之精華。其首尾赤眦屬心，其滿眼白睛屬肺，其烏睛圓大屬肝，其上下肉胞屬脾，而中間黑暗一點如漆者，腎實主之，是屬五臟，各有證應」說明五臟與眼睛疾患皆有相關性，《太平聖惠方》曰：「小兒心肺壅滯，內有積熱，因其解，風邪傷於皮毛，入於臟腑……目澀多渴」說明邪熱客肺，則宣發失常，通調不利，導致津不上承，而發乾眼，另外《秘傳眼科龍木論》所言：「臟腑邪熱傳於肝，真氣不榮於目，故目澀也」提到肝失於榮，則目不得養，引起乾眼症，而《審視瑤函·白痛》曰：「白澀症，不腫不赤，爽快不得，沙澀昏朦，名曰白澀，氣分伏隱，脾肺濕熱。……，其病不腫不赤，只是澀痛，乃氣分隱伏之火，脾肺絡濕熱，……」提出目澀病的發病可能由濕熱邪阻脾、肺二臟之絡所引起；此外，《審視瑤函》又曰：「精虧血少虛損，則起坐生花；竭視酒色思慮，則昏蒙乾澀」精血虧虛，真水不足，水不得制火，邪熱復傷及真陰，說明腎所生之真陰損耗內熱生，相互灼竭，造成雙眼乾澀昏朦。因此，根據古代文獻記載，並經現代臨床研究統計，以中醫臟腑辨證而言，引起乾眼症的主要病位為肺、肝、脾、腎四臟，病性主證為眼睛視物模糊、淚液減少、眼部乾澀感，次證則依照不同的病機衍生出多樣的兼症。

常見中醫辨證分型如下，則主要分作五種 [4, 5, 6, 7]：

1. 肝腎陰虛型：

1.1 病因：年老虛衰、素體陰虛、久病勞倦。

1.2 病位：肝、腎。

1.3 病性：

1.3.1. 主證：眼部乾澀、白睛淡紅。

1.3.2. 次證：頭暈耳鳴、口乾少津、腰膝痠軟、神疲乏力、舌紅或淡、苔少、

脈細數或細弱。

1.4 病機：

以上病因引起肝陰、肝血不足及腎精虛損，乙癸同源，無法相互化源，陰液虧虛，又肝經連接目系，目不得榮，無法滋養眼球後脈絡叢，導致眼部乾澀、白睛淡紅，《銀海睛微》曰：「婦人遇行經之際，眼目澀痛者何也？答曰：肝虛也」亦說明了肝在目澀症中扮演的角色（如圖 1）。

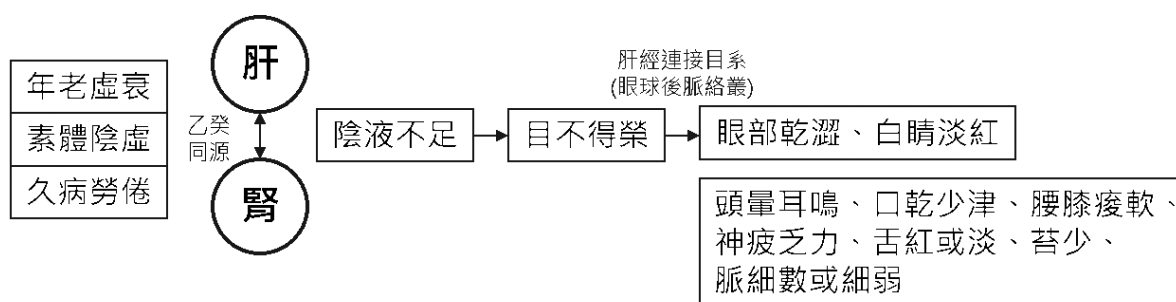


圖 1 肝腎陰虛型病機圖

2. 肺陰不足型：

2.1 病因：餘邪未解、新感燥邪、久咳不癒。

2.2 病位：肺。

2.3 病性：

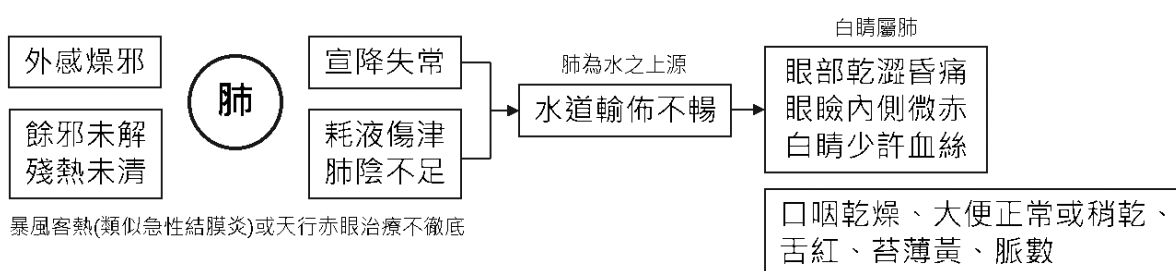
2.3.1. 主證：眼部乾澀昏痛、眼瞼內側微赤、白睛少許血絲。

2.3.2. 次證：口咽乾燥、大便正常或稍乾、

舌紅、苔薄黃、脈數。

2.4 病機：

餘邪殘熱未清，外感燥邪，或久咳不癒，耗傷肺津，宣降作用失常，又肺為水之上源，津液無法輸布全身，導致眼部乾澀昏痛，甚則內熱虛火傷絡，眼瞼、白睛出現血絲（如圖 2）。



暴風客熱(類似急性結膜炎)或天行赤眼治療不徹底

圖 2 肺陰不足型病機圖

3. 脾肺虛弱型：

3.1 病因：飲食不節、勞倦過度、久病不癒。

3.2 病位：肺、脾。

3.3 病性：

3.3.1. 主證：白睛乾澀淚少、黑睛晦暗無光澤、睜眼無力。

3.3.2. 次證：食少腹脹、面色無華、疲累、

懶言、便溏、舌淡紅、苔薄白。

3.4 病機：

以上病因造成脾失健運、肺氣虛損，脾肺虛弱，宗氣不足，氣血生化無源，推動不行，目失所養，導致白睛乾澀淚少，甚則黑睛晦暗無光澤，且睜眼無力等症狀（如圖3）。

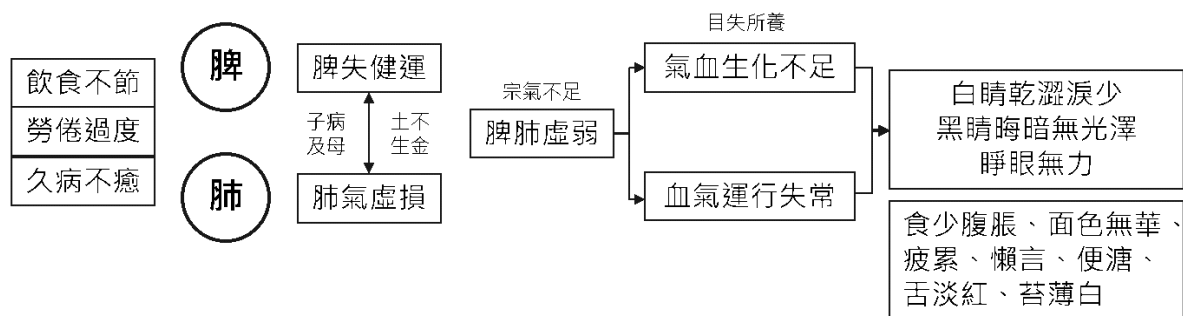


圖 3 脾肺虛弱型病機圖

4. 脾胃濕熱型：

4.1 病因：飲食膏粱厚味、勞倦過度。

4.2 病位：脾、胃。

4.3 病機：

4.3.1. 主證：眼部乾澀刺痛、視物模糊、上眼瞼沉重乏力、雙眼分泌物多而黏稠。

4.3.2. 次證：口臭口黏、小便短赤、大便乾而不爽、苔白或黃膩少津、舌淡

或紅、脈細濡。

4.4 病機：

以上病因損傷脾胃功能，使脾失健運、胃失納降，無力運化水濕，日久濕熱蘊結於中焦，使清陽不升、津不上承，導致眼部乾澀刺痛、視物模糊，以及由於水濕蓄積，伴隨上眼瞼沉重乏力、雙眼分泌物多而黏稠等症狀（如圖4）。

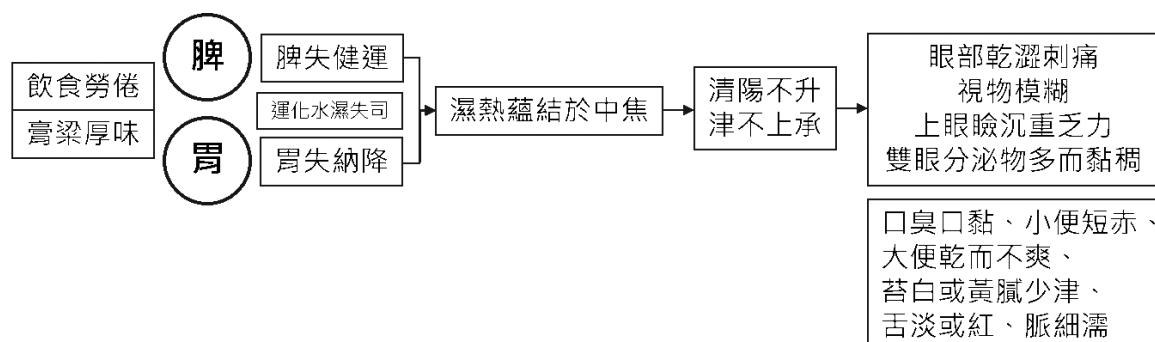


圖 4 脾胃濕熱型病機圖

5. 肝經鬱熱型：

5.1 病因：情志失常。

5.2 病位：肝。

5.3 病性：

5.3.1. 主證：眼球乾澀灼熱刺痛、眦部白色泡沫樣眼屎、白睛稍有血絲、無法久視。

5.3.2. 次證：口苦咽乾、煩躁易怒、便秘

溲赤、舌紅、苔黃、脈細數。

5.4 病機：

內傷七情導致肝失調達，無力疏泄，《太平聖惠方》曰：「臟腑壅滯，熱氣積蓄在內，不得宣通之所致也」氣機鬱滯，日久鬱而化火，火性炎上，灼津傷液，造成眼部乾澀、灼熱刺痛感，並且眼角處有白色泡沫樣眼屎、眼白稍有血絲等症狀（如圖 5）。

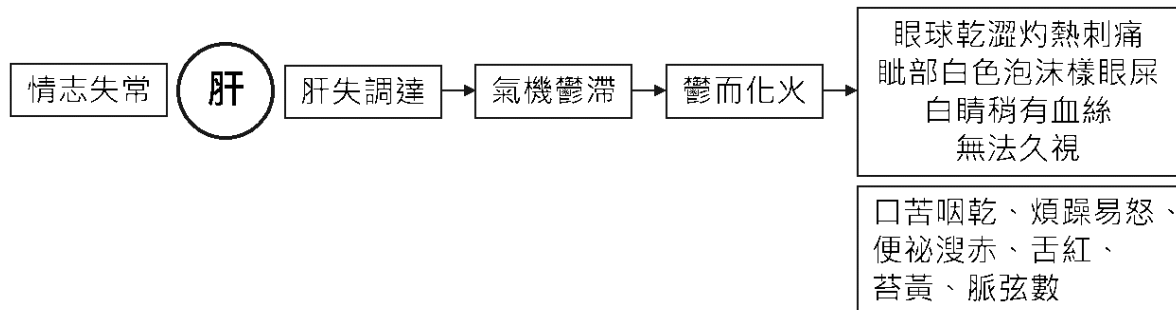


圖 5 肝經鬱熱型病機圖

中醫治療乾眼症，主要有中藥及針灸兩大方面：

1. 中藥 [6, 7, 8, 9]：

內服中藥治療，除了根據前述文獻整理歸納後的辨證分型，相對應使用方劑（如表 1），並可針對不同的乾眼症發病病機，於方中加佐相應且同時具有明目功效的藥物，例如：菊花、密蒙花、穀精草、木賊、蒺藜、夏枯草、蟬蛻、石決明、決明子、茺蔚子、石斛、枸杞子、楮實子等（如表 2）。

引經藥則可以引導其他藥物進入病症所屬的臟腑經絡，或引導藥物到達疾病病變部位，文獻指出，眼睛具有“病位至高”“結構複雜”“脈絡深邃”三大特性，更應搭配使用引經至眼部的單味藥，如《蘭室秘藏·頭痛門》中所提及：「高巔之上，惟風可到」，故以上行之風藥，或是具有升發之性、辛香

走竄的藥物來載藥上行，如薄荷、川芎、防風、蔓荊子、葛根、辛夷、升麻、蒺藜、柴胡、石決明、冰片、蔥白等，可使藥力直達目系來加強療效。如《醫宗金鑑》中綠風羚羊飲，應用桔梗載藥上行，加上防風、細辛上達頭目，以治療肝熱熾盛挾風上攻於目的綠風內障；或如《原機啟微》中石斛夜光丸，在應用性味滋膩的補益肝腎之品時，佐使菊花、蒺藜、防風來疏風清熱，引諸藥入足厥陰肝經、疏利厥陰之經氣，並以其輕清上行之功來使精血升運於目。

整體而言在臨床應用上，因乾眼症為症候群類疾病，主要應著重在調整患者體質所表現的症狀為治療基礎與方向，再酌加眼科專用藥並根據辨證病機配伍相應的引經藥，以達到改善眼部症狀的目的，因此開方選藥上可以十分靈活且因人而異。

表 1 乾眼症的辨證分型與常用方劑

證型	方劑
肝腎陰虛	杞菊地黃丸、滋腎明目湯加減
肺陰不足	（初期：邪熱留戀）桑白皮湯、銀翹散、桑菊飲加減； （後期：灼傷肺陰）養陰清肺湯、百合固金湯加減
脾肺虛弱	香砂六君子湯、四君子湯、補中益氣湯加減
脾胃濕熱	三仁湯、溫膽湯加減
肝經鬱熱	加味道遙散、柴胡疏肝散、四逆散加減

表 2 乾眼症的常用中藥

藥物	歸經	功效	適用的乾眼症類型
菊花	肺、肝	疏散風熱，平肝明目，清熱解毒	邪熱犯肺，或肝經風熱引起的乾眼症
密蒙花	肝	清肝明目，涼血退翳	肝熱引起的乾眼症
穀精草	肝、胃	疏散風熱，明目退翳	風熱引起的乾眼症
木賊	肺、肝	疏散風熱，明目退翳	風熱引起的乾眼症
蒺藜	肝	平肝疏肝，祛風明目	風熱引起的乾眼症
夏枯草	肝、膽	清肝火，散鬱結	肝火上炎引起的乾眼症
蟬蛻	肺、肝	疏散風熱，明目退翳，透疹止癢，止癩	肝經風熱引起的乾眼症
石決明	肝	平肝潛陽，清肝明目	風熱，或肝火上炎引起的乾眼症
決明子	肝、腎、大腸	清肝明目，潤腸通便	風熱，或肝經實火引起的乾眼症
茺蔚子	肝	清肝明目，活血調經	肝熱引起的乾眼症
石斛	胃、腎	養陰清熱，益胃生津，明目	胃腎陰虛引起的乾眼症
枸杞子	肝、腎	補肝腎，益精血，明目	肝腎不足引起的乾眼症
楮實子	肝、腎	滋肝腎，明目，利水消腫	肝腎不足引起的乾眼症

2. 針灸 [8,9]：

穴位是臟腑經絡之氣輸注於體表的部位，通過針刺局部穴位能調節經絡氣血運行，根據經絡循行分析可見足三陽經與眼部緊密連結，因此，治療選穴以足三陽經穴位為主，

此三條經絡皆起於眼或眼周，且經筋分別坐落在上眼瞼、下眼瞼、眼外眥部，藉由其經脈、經筋與眼睛本體及眼周的聯繫，發揮治療作用。統計研究分析中，以治療穴位所屬經絡而言，使用頻次由高至低依序為足太陽

膀胱經、足陽明胃經、足少陽膽經、手少陽任脈、手少陰心包經、手太陰肺經、手太陽三焦經、足少陰腎經、足厥陰肝經、督脈、小腸經，臨床上常用的穴位如表 3。

表 3 乾眼症的常用針灸穴位

經絡	穴位	功效及《針灸大成》主治眼疾相關記載
足太陽膀胱經	攢竹	宣泄眼部鬱熱而散結，通絡明目。 一名始光、一名員柱、一名光明，主目眈眈，視物不明，淚出目眩，瞳子癢，目瞢，眼中赤痛及瞼瞤動。
	睛明	滋陰清熱，調節眼部氣血，為手足太陽經及足陽明經交會穴，治療急慢性眼疾之效穴。 一名淚孔，主目遠視不明，惡風淚出，內眦赤痛，眈眈無見，眦癢。
足陽明胃經	承泣	祛風散火，疏邪明目。 主目冷淚出，上觀，瞳子癢，遠視眈眈，昏夜無見，目瞤動，眼赤痛。
	四白	祛風明目。 主目赤痛，澀淚不明，目癢目膚翳。
	足三里	調理脾胃，扶正培元，為足陽明經合穴、下合穴，促進氣血生化，健脾生津。 主臟氣虛憊，真氣不足，目不明。
足少陽膽經	陽白	祛風明目。 主瞳子癢痛，目上視，遠視眈眈，昏夜無見，目痛目眇。
	瞳子膠	祛風泄熱，明目，為手太陽經及手足少陽之交會穴。 一名太陽、一名前關，主目癢，翳膜白，青盲無見，赤痛淚出多眇眦，內眦癢。
	風池	祛風清熱，利五官七竅，疏利頭面氣血，加強眼區經絡疏通，為足少陽經及陽維脈之交會穴。 主目淚出，目內眦赤痛，目不明。
	光明	通絡，明目，為足少陽經絡穴，肝開竅於目，膽經上通於目，能治目疾。
手陽明大腸經	合谷	疏散風邪，開關通竅，調氣活血。 一名虎口，主目視不明，生白翳。
足太陰脾經	三陰交	運脾養血，調補肝腎，為足三陰經之交會穴。
手少陽三焦經	絲竹空	疏風，明目，為手足少陽經之交會穴。 主目赤，視物眈眈不明。
足厥陰肝經	太衝	平肝熄風，清熱利膽，調血養血，明目。
經外	太陽	活血明目通絡，疏通眼部氣血。

根據現今研究結果，針灸能顯著改善乾眼症，可能是藉由以下機制：促進淚液分泌、增加淚膜穩定性、提升淚膜黏蛋白分泌、穩定眼部神經傳導調控，通過不同途徑對淚液分泌與淚膜狀態產生影響，共同減緩乾眼症症狀。

中醫臨床乾眼症顯效病例分享

1. 50 歲巫先生，身材高壯，患有乾眼症約兩年，於 111 年 3 月 24 日至中醫門診就診

1.1 病況：自述近兩個月終日眼睛刺痛感，易感覺眼睛乾澀、刺痛、分泌物量少、質不黏，伴有眼睛疲勞感，視物無模糊，點人工淚液後症狀可稍減緩但過不久又發作。眼科診所檢查右眼初期白內障，眼壓正常，另開立 Kary Uni OPH Soln 使用。此患者有鼻過敏史，噴嚏鼻水時間不定，運動後減緩，冬季眼睛易癢。無口乾，平時習慣晚睡（12:00AM 過後），睡眠品質尚可，無頭痛頭暈，二便平，飲食不忌，有跑步運動習慣，工作需長時間使用電腦。雙側下眼胞浮腫，左寸內側浮關尺沈弱，右脈寸浮濡關尺沉弱，舌胖大淡紅，苔少齒痕明顯。

1.2 診治：患者已患有乾眼症兩年，工作需長時間注視電腦螢幕，近兩個月因用眼過度導致眼有刺痛感、並有少量分泌物，是以肝經風熱上擾，使眼刺痛不適，故選用桑菊飲疏散肝經風熱，夏枯草清泄肝火並有養肝明目之效；患者習慣晚睡，肝陰不足亦會加重乾澀情形，

葉天士提出：「肝為剛臟，非柔潤不能調和也」「養肝之體，即可以柔肝之用」，故以女貞子、枸杞子、石斛滋肝腎之陰，在清肝熱之餘兼顧滋陰柔肝，以防肝火上炎；另外，患者身材高壯且有運動習慣，但診其雙側關尺脈沉弱無力，加上舌胖大有齒痕，下眼胞浮腫，是以脾氣虛為本，使清陽不升而目失所養，更導致眼睛乾澀症狀加重，伴有眼睛疲勞感，故用補中益氣湯來顧及脾虛之本，加強益氣、升提津液。

1.3 處方：以桑菊飲 4g，夏枯草 1.5g，補中益氣湯 4g，女貞子 1.5g，枸杞子 1.5g，石斛 1.5g。

1.4 後續追蹤：第二次回診（111 年 3 月 31 日）時，主訴眼刺痛改善約五成，用眼過度則稍感刺痛，眼胞腫脹感減輕，較無緊繃感。故原處方續使用，至 111 年 5 月 19 日回診時，眼睛不適已少發作，只有偶視物太久時眼睛覺乾澀，但已不會伴隨刺痛感，目視其下眼胞腫脹程度已無初診時所見之腫脹。

2. 32 歲顧小姐，於 111 年 5 月 23 日至中醫門診就診，主訴眼睛乾澀已半年。

2.1 病況：眼睛乾澀嚴重時角膜破皮反覆，無眼癢，使用人工淚液可較緩解，工作須長時間用眼，去年冬天時左側上眼瞼內麥粒腫、右側下眼瞼霰粒腫。LMP04/24，I/D:28/4，經色量正常，無經痛，經前經來大腿痠痛、水腫，納可，容易脹氣，解便日一行，小便色黃明顯，容易口乾，入眠可，但近一個月淺眠易醒。雙寸浮滑尺沉，右關弦，左關無力。

2.2 診治：此患者眼睛乾澀已超過三個月，嚴重至反覆角膜破皮，可見火性上炎而灼津傷液，造成眼部乾澀伴有角膜潰破，而患者口乾、伴有小便色黃且就診日前一個月淺眠易醒，故以導赤散清心經火熱，引熱下行從小便出，此方清熱與養陰兼顧，尤適用於見有熱邪而伴有陰不足之證，並以薄荷、荊芥、山梔子加強清熱，以石斛養陰，以緩解角膜破皮之不適感。另外患者經來水腫，加以月經欲至，輔以當歸芍藥散、何首烏養血健脾、調肝固益，以利角膜癒合。

2.3 處方：導赤散 6g，當歸芍藥散 3g，薄荷 1g，山梔子 1.5g，荊芥 1g，石斛 1.5g，何首烏 1g。

2.4 後續追蹤：111 年 6 月 6 日回診，眼睛乾澀緩解微，服中藥後無角膜破皮，口乾改善，脹氣緩，眠進步，LMP05-31，經來 4 天無不適，經前腰痠緩解。111 年 6 月 20 日回診，眼睛濕潤，並已較少乾澀感發作，脹氣偶，入眠可，僅接近晨起時較淺眠，口乾已少。

3. 75 歲施女士，體型高瘦，就診日期於 111 年 5 月 5 日，主訴眼睛乾澀。

3.1 病況：眼睛乾澀伴有眼頭癢，天熱時視物較模糊，有白黏帶黃眼屎，左眼頭偶有異物感，較嚴重時覺眼睛刺痛。平素怕熱、怕風，容易頭痛，二便可，夜尿 2-3 行，眠可。有高血壓、高血脂、心臟病病史。2013/12/21: CAD-TVD s/p POBA for RCA and s/p POBA and stent deployment for LAD，規律服用心臟科藥物，血壓控制穩定，於一年前接受膽囊切除手術。

3.2 診治：患者伴有眼癢，有白黏帶黃眼

屎，在天熱時視物較模糊，同時怕熱、怕風，又容易頭痛，皆為頭面部風熱之證，故以川芎茶調散搭配菊花、蔓荊子疏風清熱，再加上患者年紀較長，體型瘦骨嶙峋，又有多重慢性病史，故仍須考慮化源不足致陰液虧虛，使目不得榮，因此加上知柏地黃丸及黨參，在滋補肝腎之際，兼顧清瀉上炎之火之治療方向，以利眼睛刺痛、眼屎等症之舒緩而不反覆發作。

3.3 處方：川芎茶調散 6g，菊花 1.5g，蔓荊子 1.5g，知柏八味丸 5g，黨參 1g。

3.4 後續追蹤：5 月 14 日第二次回診敘述其眼睛乾澀緩解微，眼屎已減少，眼頭仍輕微發癢，晨起偶頭暈，吹風易鼻塞，開立原方加白芷，後因新冠疫情爆發無回診，迨同年 7 月 28 日又回診，敘述 5 月服藥後眼睛乾澀等諸症緩解，唯眼屎、眼頭偶有異物感仍續存，改以洗肝明目散取代川芎茶調散，加強眼部疏風清熱之效果，於 8 月 11 日回診時，眼睛乾澀持續緩解、眼已較有淚水，已無眼屎，續服用至 9 月後，眼睛刺痛感及左眼頭異物感皆已大幅改善。

4. 22 歲男性，學生，主述近一個月眼壓高，伴隨眼睛乾澀甚，111 年 12 月 30 日就診，欲以中醫調理。

4.1 病況：平時用電腦時間長，自幼發現眼角膜較厚（追蹤，無治療），於一個月前眼科檢查發現眼壓高、雙眼外側視野缺損，降眼壓藥持續使用後，維持雙眼眼壓皆 20 mmHg 左右，伴隨眼睛乾澀嚴重，幾無淚液，伴刺痛灼熱感，偶有眼屎白黏稠狀。平素易感疲倦，無怕冷或怕熱，常覺口乾舌燥，情志易感緊

張、焦慮，食後無腹脹，排便每日 1 行，平時解便較黏膩，而近日腹瀉質軟散日 1-2 行，壓力大時易腹瀉，睡眠品質佳，無運動習慣。有過敏性鼻炎，偶鼻水作，無鼻塞、鼻乾，家族有青光眼病史。

4.2 診治：患者就診時因眼睛乾澀嚴重而滿面愁容，其個性容易緊張焦慮，自述近一個月因被診斷視野缺損問題而影響情緒，肝失調達而無力疏泄，導致氣機不暢，氣不行水則使津液停聚無法上承，造成眼部乾澀嚴重、幾無淚液分泌且伴隨刺痛灼熱感，並有腹瀉、口乾情形，故以四逆散疏肝解鬱，使氣機調暢為先，另外青光眼患者眼壓控制於 20mmHg 不甚理想，平素易感疲倦、解便較黏膩，選用苓桂朮甘湯使水濕之運化輸佈有道，輔以車前子加強利水降壓。佐丹參及枸杞子活血、滋補肝腎之陰，鞏固眼部療效。

4.3 處方：四逆散 6g，苓桂朮甘湯 4.5g，車前子 1.5，丹參 1g，枸杞子 1g。

4.4 後續追蹤：112 年 1 月 6 日回診，患者敘述淚水增加，但仍乾澀，伴刺痛灼熱感輕微，以原方減車前子並加上菊花 2g 續服，1 月 13 日回診，眼睛乾澀已緩解，無灼熱刺痛感，面部表情較柔和，當天同行姑姑描述患者原本因眼症不適，終日眉頭深鎖不與家人交談，治療後情緒較平穩。

5. 41 歲男性患者，僵直性脊椎炎病史，長期下背痛，服用 Celecoxib 及 Sulfasalazine。近日因工作用眼過度，主訴眼睛乾澀甚，於 112 年 03 月 22 日就診。

5.1 病況：工作需久視電腦螢幕，近一周起

眼睛乾澀嚴重，覺眼周重脹及眉頭緊繃感，伴有肩頸緊繃痠痛，因眼症不適已就診眼科，然使用西醫開立之人工淚液後仍覺改善效果有限。口腔潰瘍反覆，口乾欲飲冷，無口氣重，容易疲倦，入睡需時，醒後仍疲倦，淺眠易醒，再入睡難，因工作久坐腰痠，大便日一行，量少質軟散。

5.2 診治：患者有僵直性脊椎炎病史，因長期每日服用西藥，故初因眼症就診時，表明希望不吃中藥而透過針灸的方式來改善其眼睛乾澀問題。患者工作需久坐使用電腦，造成眼睛乾澀並伴有肩頸痠痛問題，先選以風池穴疏利頭面部氣血，並以十總穴之合谷來加強頭面部的經氣循行，再選用眼周各個穴位來通絡明目，改善眼周肌肉疲勞痠脹感並促進淚液分泌。

5.3 針灸取穴：風池、攢竹、絲竹空、瞳子髎、陽白、四白、合谷。

5.4 後續追蹤：患者一周後回診，眼睛乾澀的症狀在針灸後已緩解許多，自述針灸較人工淚液的改善效果明顯許多，故持續針灸療程治療。

結論

乾眼症是一個多重原因的疾病，臨床症狀表現非常多元，歸屬於症候群類疾病，可知與全身性的體質息息相關，因此以中醫來介入有其優勢所在，臨床診治也應以病人實際上的表現為主。

因淚水的滲透壓上升，乾眼症患者的眼表無法受到穩定的淚液膜保護，伴隨了眼表的受損與一定程度的發炎反應，而產生了各

種不同的眼睛不適症狀，因此整體而言，乾眼症可視為一種炎症反應；發炎反應在中醫多歸屬於火熱，火性上炎，特別容易影響到頭面部的不適，因此在病人主訴有眼睛刺痛感甚或角膜潰破時，首先釐清虛實，初步可以急、慢性及疼痛程度來區分，以確立清熱瀉火或滋陰降火的用藥方向，急症或疼痛甚多屬實，以清熱瀉火為先，慢性而疼痛程度輕微伴虛證時，則以滋陰降火或清熱清劑來緩解慢性發炎所帶來的不適感。當病人屬於乾燥症相關型時，更應注意依發炎程度的輕重來做分期治療。

若病人接受過西醫診療，在儀器檢查下已確診為哪一型的乾眼症，更可以幫助中醫用藥上的精準性：蒸發型乾眼症，主要為瞼板腺功能障礙，與過度角質化（Hyperkeratinization of meibomian ductal

system）或是分泌物黏度過高（Increased viscosity of meibum），因而造成油脂分泌異常，應考慮增加軟堅散結、消痰化瘀的中藥，當因阻塞嚴重到腺體萎縮時，則需養血益精；被診斷為水分不足型乾眼症時，若非與乾燥症相關，最常見的則屬年老所引起的淚腺管障礙，主要與淚腺發炎造成淚腺細胞受損或是神經反射能力喪失息息相關，但也可能是因為結痂疤痕造成淚腺本身的阻塞，或是眼表受刺激而眨眼的的能力受損，因此水分不足型在臨床觀察下多伴有慢性虛損的症狀，臨床用藥上須兼顧益氣健脾或補腎固精的部分；然而，病人很少是屬於絕對淚水不足或是蒸散過多型，混合型乾眼症也佔了一定的比率，因此當不確定病人分屬於哪一型時，應多方從病人的症狀搜集資料，根據病人症狀及體質辨證，依據病程調整各類用藥比例，隨症

表 4 中西醫結合之乾眼症臨證治療

乾眼症			
(一) 炎症反應：如眼睛刺痛感甚或角膜潰破			
實證：急性、疼痛甚		虛證：慢性、反覆、疼痛輕微	
清熱瀉火		滋陰降火或清熱清劑	
(二) -1 蒸發型乾眼症		(二) -2 水份不足型乾眼症	
瞼板腺功能障礙		與乾燥症相關型	與乾燥症不相關型：多屬年老所引起的淚腺管障礙
油脂分泌異常：過度角質化、分泌物黏度過高	腺體萎縮		
軟堅散結、消痰化瘀	養血益精	依發炎程度的輕重來做分期治療	益氣健脾或補腎固精
(三) 體質辨證			
根據病人症狀及體質辨證，依據病程調整各類用藥比例，隨證治之。			

治之。

綜上所述，臨床上中醫對於乾眼症可依患者的發炎程度、西醫診斷分型，再配合患者的體質辨證來做出最適合的治療，如表 4。

乾眼症的誘發因子太多，造成疾病很難達到穩定，治療時首先應了解病人有沒有其他的共病，再依症狀嚴重程度循序漸進，除了患者所敘述的不適情形，患者當下西藥的使用項目也可以幫助我們了解西醫診察下的發現。透過中醫內科用藥或是針灸介入，調整病人病性與體質，可以補充西醫眼科常規外用藥的不足之處，加上積極衛教病人日常生活中的眼睛保健，則可以發揮像治癒一般的效果。

參考文獻

1. Roni M Shtein. Dry eye disease. *UpToDate.*, Retrieved 2022. from <https://www.uptodate.com/contents/dry-eye-disease>
2. Janine A. Clayton. Dry Eye. *N. Engl. J. Med.*, 2018; 378:2212-2223.
3. Krolo I, Blazeka M, Merdzo I, Vrtar I, Sabol I, Petric-Vickovic I. Mask-Associated Dry Eye During COVID-19 Pandemic—How Face Masks Contribute to Dry Eye Disease Symptoms. *Med. Arch.*, 2021; 75(2):144-148.
4. 李俊鋒、柳成剛、王曉麗，白澀症源流淺析。中國中醫眼科雜誌。2021；31(1)：46-49。
5. 王莎莎、王晶、李延萍，中醫辨治乾眼症探討。河南中醫。2021；41(3)：392-4。
6. 廖品正、陸綿綿，中醫眼科學，知音出版社，台北，pp. 187-190，1993。
7. 康智助、葉家豪、楊鯉源，中醫治療乾眼症病例報告。台北市中醫醫學雜誌。2022；28(1)：37-43。
8. 楊崧、魏麗娟，眼科引經藥的源流及發展。中國中醫眼科雜誌。2020；30(12)：891-903。
9. 李朝妍、閔曉玲、孫武、李詩夢、史隨隨、楊國輝、周劍，祁寶玉教授在眼科運用引經藥的臨床經驗。2021；31(12)：887-893。
10. 劉銳、白旭東、徐慶，針灸治療乾眼臨床及機制研究現狀概述。中醫臨床研究。2021；30(13)：105-107。
11. 白振軍、鄒德輝，針灸治療乾眼症的臨床選穴規律分析。山西大同大學學報（自然科學版）。2019；35(4)：42-45。

The Modern Treatment of Dry Eye Syndrome on Traditional Chinese Medicine and Western Medicine

Hsin-I Liu¹, Chang-Ju Hsieh^{1,*}

¹*Department of Traditional Chinese Medicine, Changhua Christian Hospital, Changhua, Taiwan*

Living in a generation with vigorous popularization of 3C products, a greater time people spend on it, as well as the damage to eyes. One of the common diseases derived from it—Dry eye syndrome, with various causes and clinical symptoms. In the diagnosis of it, ophthalmologists assess the conditions with multiple tools, and then classify into two typical types, evaporative and aqueous-deficient. The former is related to Meibomian gland dysfunction or malconformation of eyes, the latter is attributed to tear gland damage or dysfunction. Treatments including medications and operations, are mainly depends on the cause and disease severity. Besides, there are lots of related literature within the Traditional Chinese Medicine, involving descriptions of symptoms, causes, and treatments. According to the clinical symptom differentiation, five most common types are presented, liver-and-kidney yin-deficiency, lung-yin-deficiency, spleen-and-lung-weakness, spleen-stomach-damp-heat, liver-stagnating-heat. Choosing the corresponding medications in the light of specific type, doctors can also combine acupuncture treatment, which help enhance tear production and secretion, and increase tear film stability. Finally, through the traditional Chinese medicine and western medicine exerting its own superiority on treating dry eye syndrome, and implementing the daily eyes care, patients can receive a comprehensive care, and be prospected a better prognosis.

Key words: dry eye syndrome, dry eyes, eyestrain, keratoconjunctivitis sicca, exhaustion of spirit water

*Correspondence author: Chang-Ju Hsieh, No. 235, Xuguang Rd, Changhua Country 500, Taiwan. Tel: 04-7238595 ext.4026, Email: 181032@cch.org.tw

Received 24th March 2023, accepted 31th May 2023