多元化治疗病毒性角膜炎疗效观察

李玲 张慧芳 李红

(邯郸钢铁有限责任公司职工医院 河北邯郸 056001)

关键词:角膜炎;雾化;病毒唑针;庆大霉素;维生素 C;无环鸟苷眼液;中药煎剂

中图分类号:R 772.21

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0059-01

病毒性角膜炎是眼科常见疾病、多发病,有眼部刺激症状重、病程长、易复发、对视力损害严重的特点,是我国常见的致盲眼病之一。典型表现:睫状充血,角膜点状、星状、树枝状、地图状溃疡,着色阳性,重者合并虹膜炎。临床诊断并不困难,我院自 2001 年 1 月~2005 年 3 月共医治 130 只眼,取得了满意疗效,并进行了对照观察。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 按患者就诊的先后顺序设治疗组和对照组,诊断标准参照《现代眼科学》。治疗组:52 例(65 眼),男 30 例,女 22 例;年龄 3~78 岁;65 眼中表浅型 40 眼,基质型 25 眼;病程:表浅型 1d~2 个月,平均 13d,基质型 11d~2 年,平均 5 个月;患者均有不同程度眼痛、畏光、流泪、异物感、视力减退症状;65 眼中混合充血 63 眼,角膜后沉着物 26 眼,角膜知觉敏感减弱 42 眼、迟钝 17 眼、消失 6 眼;65 眼角膜荧光染色均为阳性。对照组:42 例(65 眼),男 23 例,女 19 例;年龄 5~68 岁;65 眼中表浅型 42 眼,基质型 23 眼;病程:表浅型 3d~6 个月,平均 27.5d,基质型 50d~6 年,平均 6 个月;65 眼均有不同程度眼痛、畏光、流泪、异物感、视力减退症状;混合充血 49 眼,角膜后沉着物 18 眼,角膜知觉敏感减弱 37 眼、迟钝 14 眼、消失 5 眼;65 眼角膜荧光染色均为阳性。

1.2 治疗方法 对照组:用抗病毒滴眼液,如无环鸟苷眼液、病毒唑滴眼液及抗生素滴眼液点眼。球结膜下注射病毒唑、干扰素,每周 3 次,每次 0.3~0.5mL,一般 3~4 次为 1 个疗程。口服或静滴维生素 C、抗生素等药物。如溃疡面大,在充分散大瞳孔(1%阿托品膏涂眼)的基础上包扎患眼。根据角膜上皮是否修复及深层浸润、虹膜炎反应和 KP 的多少,用氟美松 0.3mL 球结膜下注射,隔日 1 次,视病情变化用量递减。治疗组:在上述西药治疗的基础上,另加(1)眼部雾化:蒸馏水 10mL+ 病毒唑针 0.5g+ 维生素 C1g,30min,1d 2 次,使眼局部处于抗病毒大环境中。(2)热敷,1d 2 次,促进眼部血液循环。(3)同侧眉弓部注射庆大霉素 4 万 U,连用 3d,杀灭潜伏三叉神经内病毒。(4)刺激症状重者同侧颞封治疗,减轻刺激

症状,改善恶性循环。(5)中医药治疗:炎症初期用明目汤,组方:川芎、归尾、栀子、石膏、白芍、菊花、连翘、黄连、黄芩、荆芥、防风、蔓荆、蒺藜、生地、羌活、薄荷、草决明、桔梗、甘草;中期用甘露消毒饮,组方:滑石、绵茵陈、石菖蒲、黄芩、夏枯草、连翘、薄荷、白蔻仁、藿香、菊花、木通、蝉蜕;后期用补益汤,组方:黄芪、党参、菟丝子、枸杞子、山萸肉、五味子、女贞子、黄精、丹参、川芎、陈皮、升麻、柴胡。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 (1)治愈:临床症状消失,裂隙灯检查角膜浸润吸收,云翳形成,荧光染色阴性。(2)好转:临床症状减轻,裂隙灯检查角膜浸润基本吸收,角膜水肿不明显,角膜溃疡基本修复,荧光染色范围缩小或弱阳性,角膜水肿消失。(3)无效:治疗后自觉症状及眼部症状加重或无改善。

2.2 结果 2 组疗效比较及 2 组治疗前后视力变化见表 1、表 2。治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

表 1 2 组疗效比较 眼

	n	治愈	好转	无效	治愈率(%)	复发(1年)	复发率(%)
治疗组	65	60	3	2	92.3	8	12.3
对照组	65	40	15	10	61.5	15	23.1

表 2 2 组治疗前后视力比较 眼

		视力	<0.1	0.1~0.5	0.6~1.0
治疗组	治疗前	18	33	14	
	治疗后	3	8	54	
对照组	治疗前	15	35	15	
	治疗后	5	17	43	

3 讨论

病毒性角膜炎是由单纯疱疹病毒 I~II 型感染所致,感染后病毒潜伏在三叉神经节细胞核内,在感冒、发热、劳累、情绪激动、糖皮质激素应用等诱因作用下,病毒活化下行于角膜繁殖且破坏角膜发病。多元化结合治疗单纯疱疹病毒性角膜炎是在西医基础上,通过调整脏腑功能,提高了机体免疫力,增强了机体抗病毒能力,有效地促进了单纯疱疹病毒性角膜炎的痊愈,为临床治疗单纯疱疹病毒性角膜炎提供了新的思路。

(收稿日期: 2006-12-11)

转手术。对照组 88 例中 74 例(84.1%)治愈,14 例中转手术。经 χ^2 检验, $P < 0.05$, 2 组治愈率差异有统计学意义。

4 体会

阑尾脓肿一般采用保守治疗或脓肿切开引流^[1],亦有一期手术治疗^[2]和穿刺抽脓治疗等方法^[3]。本人采用中西医结合治疗,临床观察效果良好,而且经济方便,患者易接受,方法可取。中医认为阑尾脓肿属“肠痈”之毒热期,易变证,治疗主要以通里攻下为主,辅以清热解毒,行气活血。对病程长、体质差、生命体征不稳、全身中毒症状较重者可急诊行阑尾脓

肿切开引流,千万不可拖延,以免发生意外^[4]。

参考文献

[1]刘金刚,余序.阑尾脓肿 508 例诊治分析[J].中国实用外科杂志,1994,14(5):291~292
 [2]张志学.阑尾穿孔脓肿包裹一期手术[J].中华外科杂志,1997,35(8):458
 [3]宋伟勇.经皮穿刺抽脓治疗阑尾脓肿 41 例分析[J].实用外科杂志,1992(4):184~185
 [4]李俊海,李晓峰.中西医结合治疗阑尾脓肿 260 例观察[J].中华现代中西医杂志,2004,2(9):231

(收稿日期: 2006-10-30)