

# 复明片对青光眼术后视神经功能恢复的疗效观察

邓续旺<sup>1</sup> 袁灵梅<sup>1</sup> 贾洪亮<sup>2</sup>

(1 江西中医学院 2007 级研究生 南昌 330006; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词: 复明片; 青光眼术后; 视神经功能

中图分类号: R 775

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0041-02

我们在近几年临床工作中,应用复明片配合青光眼术后治疗,并取得一些临床经验。现介绍如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 所选 40 例 56 眼均为我院青光眼手术后患者。其中男性 30 例,女性 10 例;年龄 40~75 岁,平均年龄 57.5 岁;原发性闭角型青光眼 37 例,原发性开角型青光眼 3 例。

1.2 入选标准 患者均术前应用了 1~3 种降眼压药,现已行抗青光眼手术治疗。目前视力:光感~1.2。眼压:2~15mmHg(眼压测量用 Goldmann 眼压计),平均(8.61±3.66)mmHg。患者均用 Humphrey 自动视野计,检测 2 次以上,视野结果均存在不同程度的缺损,视野范围:管状~30°。青光眼诊断参照 1987 年全国青光眼学组所推荐的标准。排除标准:合并有视网膜色素变性等眼部疾患及颅脑疾患者。

1.3 治疗方案 术后 1 周,检查患者视力、视野、眼压,眼部无明显术后并发症,除眼部术后点抗生素滴眼液外,未用其他治疗药物。给予复明片 1.5g,3 次/d,口服,观察服药后视力、眼压、视野效果。

## 2 疗效观察

经复明片治疗后,观察期最长达 6 个疗程,最短 2 个疗程(30d 为 1 个疗程)。

2.1 疗效标准 服药后,患者视力能提高国际标准视力表 2 行以上者或由光感达到 0.02,并视野有 5°~10°改善者为显效;视力仅提高 1 行或视野有 5°~10°改善者为有效;视力、视野无改善者为无效。

2.2 治疗结果 40 例 56 眼中显效 35 眼,占 62.5%;有效 12 眼,占 21.4%;无效 9 眼,占 16.1%;总有效率为 83.9%。

## 3 典型病案

夹某,女,68 岁,退休工人,因左眼视力下降并伴左眼球胀痛 2 年余,在他院已确诊为慢性闭角型质量,而且健脾益肾的中药可调节前列腺的功能,活血化瘀、清热利湿之中药又可改善前列腺液和尿液的代谢,提高尿流率,增强患者的抗病能力,抑制病原微生物的生长、繁殖,减少复发。另外,及时、规

青光眼,经点用 1~2 种降压药物,眼压未见下降,并且视力进一步下降。于 2008 年 3 月在我院门诊以慢性闭角型青光眼收治入院。手术前视力为 0.1,眼压为 26mmHg,视野鼻侧象限性缺损,鼻侧缺损范围达 30°。手术后第 10 天给予复明片治疗,连服 2 个疗程后回院复查视力、视野和眼压,复查视力为 0.3,鼻侧视野缺损范围 15°,眼压为 14mmHg。停药 1 星期后,再继续服药 2 个疗程,回院复查视力、视野和眼压,视力为 0.4,鼻侧视野缺损范围 15°,眼压为 13mmHg。

## 4 讨论

青光眼不仅是眼科常见病、多发病,而且是眼科急重症之一,致盲率较高。其引起视力下降、视野缺损的病因是复杂的、多方面的,并和全身疾病有着密切的关系,尚有部分患者病因不明,如属急性闭角型青光眼,则发病急剧,视力可数日内迅速下降,甚至失明。目前普遍接受的有关青光眼视功能损害的机理主要有视神经纤维受压(机械学说)和视乳头的供血不足(血管学说)或两者联合作用所致。而视网膜神经节细胞(retin ganglion cells RGCs)的慢性进行性丢失是青光眼最主要的病理生理学特征。一般认为,高眼压、缺血等原发性损伤因素首先引起敏感性视网膜神经节细胞的崩解死亡,崩解产物致使躲过原发损伤的视网膜神经节细胞进入凋亡程序而最终丢失,它是青光眼患者视神经病变进展的最主要因素。对于本病治疗目前主要是通过药物和手术控制眼压治疗及视神经药物保护治疗。但眼压控制稳定后由于长期高眼压,视神经慢性缺血缺氧,使轴索渐渐丢失,引起视功能仍有继续下降发展的可能。随着对青光眼发病机理的深入研究,视神经视网膜血液灌注被认为是青光眼视神经损害的最重要因素之一,故改善视神经视网膜血流灌注并加强视神经保护越来越受重视。

中医学把视神经、包裹视神经的鞘膜及血管统范、合理、长疗程应用抗生素也是不可取代的重要治疗。所以,目前对本病的治疗我们认为以中、西医结合,取长补短,常可获得满意效果。

(收稿日期: 2008-09-04)

# V 形截囊空气泡植入晶体在白内障手术中的临床观察

杨志英 刘晓燕 邱永发

(江西省抚州市第一人民医院 抚州 344000)

关键词: 白内障; V 形截囊; 空气泡

中图分类号: R 776.1

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)01-042-02

澳大利亚弗雷德·霍洛基金会在江西省贫困地区开展了约一万多例白内障手术, 主要采用 V 形截囊空气泡植入晶体的手术方法, 并培训当地眼科医生。为了观察疗效, 我们将无其他眼病的 560 例白内障患者随机分 A、B 两组, 两组均由同一医生完成, A 组 294 例 300 眼行 V 形截囊、空气植入晶体, B 组 266 例 272 眼行开罐式截囊、粘弹剂植入晶体作为对照组进行比较。现报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 A 组男 128 眼, 女 172 眼, 年龄 16~92 岁, 全部 V 形截囊行 ECCE+IOL。B 组男 137 眼, 女 135 眼, 年龄 6~89 岁, 全部开罐式截囊行 ECCE+IOL。

1.2 方法 两组均用 2%利多卡因和等量 0.75%布比卡因作球旁麻醉或球后麻醉, 加压降压, 做上方穹窿部为基底的结膜瓣, 垂直板层切开角膜缘。A 组: 用 26 号直针从 12 点穿刺进入前房, 行 V 形截囊称为目系(眼系、目本), 并且认为目系的濡养得失与肝肾两脏有密切的关系, 肝所受藏的精微物质能上输至目, 供养目窍, 从而维持目系即视觉的功能。《素问·金匱真言论》说:“东方色青, 入通于肝, 开窍于目, 藏精于肝。”肾主藏精, 故肾精的盛衰直接影响到眼的视觉功能, 正如《素问·脉要精微论》所言:“夫精明者, 所以视万物、别白黑、审短长。”所以说肝肾两脏的濡养得失与目系的功能是有紧密联系的, 从而对青光眼的恢复治疗以往各医家主要是围绕肝肾两脏而辨证论治, 以滋补肝肾、养阴生津、清肝明目、活血化瘀为辨证治疗基本手段。

近几年来, 国内有关青光眼视神经保护的治疗有较为广泛的研究, 并取得令人鼓舞的疗效, 均对青光眼视神经损害研究取得满意的效果, 并从理论上探讨了青光眼视神经损害的机理, 但是在临床上应用药物治疗青光眼术后视功能恢复方面的报道较少。我们近几年来在临床上应用中成药复明片治疗青光眼患者术后视神经功能恢复方面取得了较为满意的效果。复明片每片 0.3g, 其药物组成是: 羚羊角、蒺藜、木贼、菊花、车前子、夏枯草、决明子、人参、山茱萸(制)、石斛、枸杞子、菟丝子、女贞子、石决

囊, V 形囊瓣 3 个角顶点分别为 12 点、3 点 30 分、8 点 30 分, 3 点距晶体中心均 3mm, 基底部位于下方, 破囊时切割 3 点 30 分~12 点及 8 点 30 分~12 点, 平行虹膜剪开全层角膜缘, 水分离, 娩出晶体核, 吸净皮质, 注入空气泡, 掀起 V 形囊瓣, 植入 IOL, 将 V 形囊瓣底部剪一小口, 然后撕掉囊瓣, 缝合切口。B 组: 先用 26 号直针从 12 点穿刺进入前房, 可注入少许粘弹剂维持前房, 再用 26 号弯针行开罐式截囊, 截囊范围约 6mm, 扩大角膜缘切口、挽核、吸皮质同 A 组, 然后注入粘弹剂囊袋内, 植入 IOL, 缝合切口。两组常规结膜下注射抗生素及类固醇激素。

1.3 术后观察 通过视力、裂隙灯、眼压(非接触眼压计)检查, 对患者的术后视力、眼压、角膜水肿、晶体前膜形成情况进行临床观察。术后按常规给抗生素眼药水和激素类眼药水点眼, 每日 6 次。1 周、6 周、3 个月复查。

明、黄连、谷精草、关木通、熟地黄、山药、泽泻、茯苓、牡丹皮、地黄、槟榔。功能: 滋补肝肾, 养阴生津, 清肝明目, 活血化瘀。复明片对改善青光眼视神经轴浆流、视盘微循环状况、抑制视网膜神经节细胞的凋亡及保护视神经功能方面具有明显优势。中医学认为肝开窍于目, 目为肝之外候, 肝受血而能视; 肾生脑髓, 目系属脑, 由于脑与髓均为肾精所化生, 肾精充足, 髓海丰满, 则目视精明。所以视觉功能与肝肾关系密切。青光眼导致视神经受损的病因病机, 历代医家多认为是由于虚证所致, 《秘传眼科龙木论》谓:“因五脏虚痹所作”。而肝肾两脏与眼关系密切, 所以侧重补肝肾两脏。而在补益的同时, 我们还要注意眼部气血的通达, 所以要合并活血化瘀。因此, 自古以来一些医家治疗青光眼视功能损害重于滋补肝肾、活血化瘀, 但这方面的临床专题研究相对较少, 应加强用滋补肝肾类中药提高青光眼视功能的现代研究。为此我们选用具有滋补肝肾、养阴生津、清肝明目、活血化瘀功能的中成药复明片为研究对象, 从以上临床观察来看, 复明片对青光眼视神经功能的改善具有显著的作用效果。

(收稿日期: 2008-10-09)