

中西医结合治疗干眼病临床分析

郑慧

(贵州省黔南州中医医院 都匀 558000)

摘要:目的:探讨中西医结合疗法治疗干眼病的临床效果。方法:选取我院 2010 年 10 月~2012 年 12 月收治的 86 例干眼病患者,将其分为西药组和结合组,各 43 例。西药组给予人工泪液,结合组在西药组的基础上再给予口服润燥明目中药汤剂。结果:西药组总有效率为 72.09%,结合组总有效率为 88.37%,且结合组症状改善评分优于西药组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗干眼病不仅能够改善临床症状,增加泪液分泌,同时能够提高用药安全。

关键词:干眼病;人工泪液;润燥明目汤

中图分类号:R276.7

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.031

干眼病是眼科常见的疾病之一,是指由于眼泪的减少或者泪腺功能下降,导致眼睛表现出微小伤痕的一种症状,主要临床表现为眼睛干涩、灼痛感,后加重,休息后缓解,其他症状不明显,起初就诊于河南省人民医院,确诊为重症肌无力,给予胆碱酯酶抑制剂等药物治疗后症状易反复,效果欠佳。再加上患者服药不规律,反而症状较前加重。来我处就诊时面色㿠白,睁眼困难,常欲闭眼,伴有自汗、乏力,常不欲饮食,时常头部昏沉不适,小便尚可,大便稍偏稀,舌质淡,苔白稍腻,脉细弱。处方给予补中益气汤加减:黄芪 90 g,党参 20 g,炒白术 30 g,当归 10 g,升麻 10 g,柴胡 10 g,陈皮 6 g,五爪龙 15 g,炙甘草 6 g。7 剂,水煎服,日两次。复诊时患者自诉诸症减轻,时感畏冷,腰部发凉,上方加巴戟天 10 g,仙灵脾 10 g,再服 15 剂后诸症明显好转,嘱其续服 1 个月,巩固疗效,已不影响正常的工作和生活,患者持续服用 8 个月,1 年后随访,已无明显不适,未出现复发。

3 讨论

重症肌无力在神经内科临床上属难治性疾病,目前尚无特定的中医病名与之对应,根据其不同的临床表现可以归为“睑废、上胞下垂”或者“痿证、虚虚劳”等范畴。根据笔者多年的临床经验,发现本病病因复杂,多数患者是由于先天禀赋不足或者后天供养失调,包括情志内伤、劳倦过度、为外邪所侵、疾病失治误治、病后失养,而出现元气虚损,脏腑功能失调。本病的病机也是复杂多变,主要责之于脾。徐升^[1]等强调运用脾胃学说治疗重症肌无力,是脾胃学说发展的表现,体现了脾胃学说外延的现代涵义。刘建萌^[2]指出:重症肌无力以肌肉无力为突出表现,根据脾主肌肉的理论认识,本病之根在脾胃。脾为后天之本,气血生化之源,位于中焦,为气机升降出入之枢机。若脾健则上源之水充足,滋养四肢百骸,脏气充足,百骸通利,《素问·太阴阳明论》指出:“四肢皆禀气于胃,而不得至经,必因于脾乃得禀

眼屎较多,眼酸、眼痒、怕光和视力减退。近年来干眼病的年轻化趋势明显,主要是由于现代生活中,青年人的工作、娱乐与电视、电脑、手机接触越来越也。今脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷之气,气日以衰,脉道不利,筋骨肌肉皆无以生,故不用焉。”因脾主升主运,脾气虚弱,则气虚下陷,升举乏力,上睑属脾,脾虚可致提睑无力而下垂;脾主四肢肌肉,脾虚气血化源不足,故四肢痿软不能随用,正如《脾胃论》上所说:“气之充足,皆由脾胃之气无所伤,而后能滋养元气。若胃气之本弱,饮食自倍,则脾胃之气既伤,而元气亦不能充,诸病之所由生也。”

补中益气汤是补土派大家李东垣所创立的经典名方,方以黄芪为君药,补中益气,升举阳气;党参、白术、炙甘草为臣药补气健脾,气能生血,气虚日久,其血必亏,佐以当归补血养血,气虚下陷,辅以升散之升麻、柴胡以升阳举陷,配以陈皮使全方补而不滞。笔者在治疗本病的过程中逐渐体悟到本病病势缠绵,时常反复,治疗比较棘手,不能贪一时之功,需要长期考量治疗。在具体治法上可重用黄芪,最大量可以用到 180 g,甚至更高。因患者处于长期虚损状态,再加上运用激素,气血透支更重,也体现了气血同源,有形之血不能速生,无形之气需当急固。再则,陈皮用量不能太大,少量陈皮即可起到疏通气机的作用,用量过大反而耗气伤气,影响本病的治疗效果。

重症肌无力的治疗需要长期服药,短时间内较难奏效,故治疗本病不能急于一时,需对患者说明本病的严重性与长期性,以求患者的积极配合。本研究所有患者在笔者精心治疗和耐心开导下均按时长期服用中药,总有效率达 90%,体现了现代脾胃学说的创新与外延,值得进一步思考、整理和总结。

参考文献

[1]徐升,刘友章,杨晓军.从脾胃论治重症肌无力[J].山东中医杂志,2006,25(11):727-728
[2]刘建萌.补中益气汤重用黄芪治疗重症肌无力 25 例临床观察[J].辽宁中医杂志,2006,33(1):58

(收稿日期: 2013-05-20)

多,长时间面对荧光屏,缺乏适时地眨眼或让眼睛休息,影响了双眼的泪液分泌,从而形成干眼病^[1]。长期的眼部不适极大影响患者的生活和工作质量,严重者还可引发角膜炎、角膜新生血管、角膜溃疡,甚至致盲,因此必须及时进行治疗。我院采用中西结合法治干眼病,效果显著。现总结报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 86 例病例为我院 2010 年 10 月~2012 年 12 月收治的干眼病患者,将其分为西药组和结合组,各 43 例。西药组中男 23 例(36 眼),女 20 例(28 眼),年龄 25~74 岁,病程 2~16 个月;结合组男 22 例(32 眼),女 21 例(30 眼),年龄 24~73 岁,病程 2.5~15 个月。两组患者性别、年龄、病程无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 对于干眼病的诊断目前尚无统一标准,主要是通过临床症状、泪液分泌实验、泪膜破裂时间、荧光素染色等进行诊断,我们的经验是:(1)主观症状:干燥感、异物感、疲劳感、不适感;(2)泪膜不稳定:泪膜破裂时间 ≤ 10 秒;(3)泪液分泌减少:泪河高度、Schirmer 试验 <10 mm/5 min;(4) 荧光素染色 ≥ 1 ,满足以上条件者便可确诊。

1.3 方法

1.3.1 西药组 给予人工泪液,每日 3 次,每次 1 滴,1 个月为 1 个疗程,同时叮嘱患者注意用眼时间,缓解眼部疲劳,并加强眼部的护理,保持其干净。

1.3.2 结合组 在西药组的基础上再给予口服中药,方用润燥明目汤:石斛 15 g、生地 15 g、知母 10 g、决明子 12 g、密蒙花 9 g、白芍 10 g、丹参 9 g。每日 1 剂,每剂分 3 次煎煮,第 1、2 次加水 500 mL,煎取 200 mL,第 3 次加 1 000 mL 水,煎取 500 mL,将 3 次煎煮的量混合均匀,分早晚两次服用,一周服用 5 剂。同时在药液热时可对准患眼进行熏蒸,每次 5 min。疗程同西药组。

1.4 观察指标 观察两组患者临床症状改善情况,并通过相关标准进行症状及效果评定。

1.5 疗效标准 参考《全国干眼的诊断与治疗进展研讨会》中相关评分进行评定,即 0 分:无症状或症状频率 <3 次/周;1 分:休息后症状能缓解;2~4 分:症状出现频繁,影响生活和工作;5 分:症状需用药后才能缓解;6~8 分:症状持续出现,严重影响工作和生活;9 分:症状用药后无效。疗效指数=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分 $\times 100\%$,显效: $\geq 70\%$;有效:30~70%;无效:0~30%。

1.6 统计学分析 采用 SPSS13.0 统计软件进行统

计分析,数据以($\bar{X} \pm S$)表示,组间比较用 t 检验,率的比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组治疗效果比较:西药组总有效率为 72.09%,结合组总有效率为 88.37%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。且结合组症状改善评分优于西药组,有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组相关指标比较 ($\bar{X} \pm S$) 例

组别	治疗效果			症状积分(分)	
	显效	有效	无效	治疗前	治疗后
西药组	15	16	12	21 $\pm$ 6	12 $\pm$ 5
结合组	25	13	5	20 $\pm$ 7	7 $\pm$ 3

3 讨论

干眼病是眼科的常见病、多发病,任何原因引起泪膜和眼表面的异常均可引起干眼病。本病早期仅有眼部干燥感、异物感、畏光、视物模糊或波动等不适,病情发展后,可出现丝状角膜炎,症状演变为不能忍受,晚期出现角膜溃疡、角膜变薄、穿孔、偶有继发细菌感染。角膜瘢痕形成后,严重影响视力。流行病学调查证实,本病常与长期佩戴角膜接触镜、行激素替代治疗、使用影响支配泪液分泌的胆碱能神经功能的药物、不合理应用滴眼液、长期使用电脑或阅读、环境因素等有密切关系^[2]。

干眼症属中医“燥症”范畴,叶天士认为:“燥为干涩不通之疾”,肝开窍于目;《素问·宣明五论》曰:“五脏化液,肝为泪”,故泪液濡润肝窍及目。肝肾阴虚,肝之阴液不足,是本病发生的主要原因。肺为涕,肺之宣降失职、燥伤肺阴则不能上荣于目。《太平圣惠方·眼内障论》曰:“眼通五脏,气贯五轮”,《诸病源候论》曰:“夫五脏六腑皆有津液,通于目者为泪”,“目,肝之候也,脏腑之精华,崇脉之所聚,上液之道,其液竭者,则目涩”,《证治准绳·七窍门》曰:“神珠外神水干涩而不莹润”,这些记载充分论述了干眼症与五脏六腑的关系。当五脏失调,其正常功能受“燥”所伤,必会导致肺、肝、肾津伤液耗,不能发挥其生理功能,而发生本病^[3]。基于此,治疗本病应以滋阴生津、清热润燥为主,再佐以活血化瘀。因此,我们选择润燥明目汤,其中石斛清热凉血、养阴生津;生地黄清热凉血、养阴生津,两者合用,滋阴生津,以复阴精;知母清热泻火、滋阴润燥、生津止渴;决明子清泄肝火、疏散风热,是治目疾之要药;密蒙花清肝热,润肝燥,疏风热,散郁滞;白芍养血敛阴,平抑肝阳;丹参活血祛瘀、凉血消肿、养血安神。诸药合用,共奏滋阴生津、清热润燥、活血祛瘀之效^[4]。人工泪液是模仿人体泪液的成分做出的一种替代品,其离子浓度、pH 值与人体自身分泌

玻璃体切除术治疗自发性玻璃体积血 105 例临床分析

黎作为 冯小志 黎容
(广东省高州市人民医院 高州 525200)

摘要:目的:探讨自发性玻璃体积血的病因及玻璃体切除术的治疗效果。方法:对 2010 年 1 月~2012 月 12 月在我院接受玻璃体切除术,随诊超过 6 个月的自发性玻璃体积血患者 105 例(116 眼)的病因及手术效果进行回顾性分析。结果:术中清除玻璃体积血,明确病因。其中糖尿病性视网膜病变 63 眼(占 54.3%),老年黄斑变性 8 眼(占 6.9%),视网膜裂孔 11 眼(占 9.5%),孔源性视网膜脱离 13 眼(占 11.2%),视网膜静脉阻塞 12 眼(占 10.3%),视网膜静脉周围炎 3 眼(占 2.6%),Terson 综合征 3 眼(占 2.6%),放射性视神经视网膜病变 3 眼(占 2.6%)。术后 99 眼(占 85.3%)视力提高,13 眼(占 11.2%)视力无明显变化,4 眼(占 3.4%)视力下降。术中和术后并发症发生率低。结论:自发性玻璃体积血的病因多样,以糖尿病性视网膜病变、视网膜裂孔、孔源性视网膜脱离、视网膜静脉阻塞、老年性黄斑变性居多。玻璃体切除术能尽早明确病因,提高视力。

关键词:玻璃体切除术;自发性玻璃体积血;分析

中图分类号:R776.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.032

自发性玻璃体积血是指视网膜或葡萄膜血管破裂引起血液积聚在玻璃体腔,其病因多样,包括视网膜血管疾病、视网膜裂孔、老年黄斑变性、放射性视神经视网膜病变等,其治疗复杂。一方面,玻璃体积血妨碍光线达到视网膜,影响视力;另一方面,玻璃体积血阻碍眼底的观察,使医生不能明确诊断以及对眼底病变进行治疗。本文回顾性分析 105 例 116 眼行玻璃体切除术的自发性玻璃体积血病例,综合文献报告,对其病因、玻璃体切除术的疗效进行分析,以提高临床医生对自发性玻璃体积血诊治的认识。现报告如下:

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取 2010 月 1 月~2012 月 12 月期间我院行玻璃体切除术且随诊超过 6 个月的自发性玻璃体积血 105 例 116 眼。其中男 56 例,占 53.3%,女 49 例,占 46.7%;年龄 17~86 岁;右眼 63 眼,占 54.3%,左眼 53 眼,占 45.7%;单眼发病 94 例,占 89.5%,双眼发病 11 例,占 10.5%。我院初诊病程 2 d~5 年。

1.2 术前检查 所有患者均常规检查视力、光定位、眼压、眼前节,散瞳检查玻璃体及眼底,眼部 B 超等专科检查,并常规行三大常规、血型、凝血四项、血生化、胸透、心电图等全身检查,其中 4 例患者外院行眼眶 CT 检查,2 例患者外院行头颅 MRI 检查。术前视力有 66 眼低于 0.02,38 眼 0.02~0.1,9 眼 0.1~0.3,3 眼 >0.3。玻璃体积血分级方法:Ⅰ级:

的泪液相似,且与人体泪液等渗、等张,能够对眼睛发挥补充水分、湿润眼表的作用,对角膜起到长时间的保护,改善泪膜稳定性及临床症状。通过与中药内服合用,起到内外兼顾的作用,效果更为明显。本组研究中结合组治疗效果明显优于西药组,进一步证实中西医结合治疗干眼病更为有效。

少量积血但不影响眼底观察;Ⅱ级:眼底红光反射明显,上方周边可见视网膜血管;Ⅲ级:部分眼底有红光反射,下半无红光反射;Ⅳ级:眼底无红光反射^[1]。本组自发性玻璃体积血无Ⅰ级玻璃体积血病例,Ⅱ级 49 眼(占 42.2%),Ⅲ级 33 眼(占 28.4%);Ⅳ级 29 眼(占 25.0%)。4 例 5 眼(占 4.3%)因晶状体混浊不能观察到玻璃体而未进行分级,但均经眼部 B 超及手术证实玻璃体积血。

1.3 手术方法 行标准三切口经睫状体平坦部玻璃体切除术。7 例患者采用气管插管全身麻醉,其余采用球后局部麻醉。放置开睑器后,沿角巩膜缘后 2 mm 处环形剪开球结膜,分别于颞上、鼻下方球结膜作放射状切口。巩膜电凝止血,持巩膜穿刺刀于颞下方距角巩膜缘后 4 mm 处作巩膜切口,无晶体眼巩膜切口在角巩膜缘后 3.5 mm 处,7-0 可吸收缝线作预置缝线,放置灌注针头后结扎固定。确认灌注针头进入玻璃体腔后打开灌注液开关,于颞上、鼻下方各作一巩膜切口分别为导光纤维、玻切头入口。行玻璃体切除,先从中央部开始,继向前、后及周边部推进,切除基底部玻璃体时,采用较低负压和较高切割频率,助手施以斜视钩顶压巩膜以充分暴露基底部玻璃体。仔细查看寻找玻璃体出血原因,尤其是新生血管部位、血管病变处。其中 13 例 13 眼联合巩膜外环扎+硅压术,69 例 75 眼联合视网膜前膜、黄斑前膜或视网膜新生血管膜剥离,切除或剪断牵引条索,与视网膜粘连过紧的膜则切除

参考文献

[1]惠延年.眼科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.73
[2]刘祖国.眼表疾病学[M].北京:人民卫生出版社,2003.286-287
[3]张明明,庄曾渊,谢立科.中西医治疗干眼病的临床研究概况与述评[J].中华中医药学刊,2009,28(5):1 026-1 028
[4]李元福.人工泪液和中药联合治疗干眼症的疗效[J].广东医学,2004,25(5):597-598

(收稿日期:2013-05-22)