

叶、牛蒡子、柴胡各 10 g,木贼 12 g,生甘草 5 g。若抱轮红赤较甚者加丹皮、赤芍各 15 g;若羞明流泪,鼻塞头痛较显著者加防风、羌活各 10 g。(2)肝胆火炽型:症状:黑睛星翳连缀溃陷扩大加深,呈树枝状或地图状,白睛混赤,畏光难睁,热泪频流,灼热疼痛,口干口苦,小便黄赤,舌质红,苔薄黄,脉弦数。治法:清肝泻火、解毒退翳。选方:龙胆泻肝汤(《兰室秘藏》)加减,方药:龙胆草 9 g,黄芩、车前子、栀子、泽泻、当归、柴胡各 10 g,银花、蒲公英各 25 g,生甘草 5 g。大便秘结者加大黄 10 g,以泻下通腑。(3)湿热蕴伏型:症状:黑睛生翳溃腐,状如地图,或黑睛肿胀混浊,形如圆盘,抱轮红赤,反复发作,头重胸闷,口腻,舌质红,苔黄腻。治法:清热除湿。选方:三仁汤(《温病条辨》)加减,方药:杏仁、白蔻仁、半夏、车前子、通草、竹叶、秦皮、乌贼骨各 10 g,薏苡仁、茯苓、滑石各 15 g,生甘草 6 g。抱轮红赤明显者加黄连 10 g。同时外滴眼药水更昔洛韦眼用凝胶,滴入患眼结膜囊中,1 滴/次,4 次/d。

1.2.2 对照组 在滴用与观察组相同眼药水的基础上,口服维生素 A 2.5 U/次,3 次/d,维生素 B<sub>2</sub> 10 mg/次,3 次/d。两组患者均以 10 d 为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程,观察两组的治疗效果。

1.3 统计学方法 采用数理统计软件 SPSS19.0 对收集的数据进行整理与统计分析,并进行卡方检验, $P < 0.05$  显示差异具有统计意义。

1.4 结果 两组患者临床治疗效果比较见表 1。

表 1 两组患者临床治疗效果比较 眼(%)

组别	n	治愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
观察组	39	24(61.54)	8(20.51)	5(12.82)	2(5.13)	94.87*
对照组	39	15(38.46)	6(15.38)	9(23.08)	9(23.08)	76.92

注:与对照组相比,\* $P < 0.05$ 。

## 2 讨论

本病临床表现较为复杂,根据病变的深浅可分为浅层型、深层型<sup>[2]</sup>。浅层型即病变在角膜上皮层及浅表基质层,根据病变形态有树枝状、地图状角膜炎。树枝状角膜炎:初起时角膜表面有细小颗粒状小

泡,小泡破溃后即相互融合形成条状溃疡,并伸出分支呈树枝状。荧光素染色阳性,溃疡边缘上皮上有大量病毒。未经治疗的病例,病毒分离阳性率达 80%~90%。地图状角膜炎:多由树枝状角膜炎发展而来,溃疡向纵深发展,扩大并融合如地图状,病毒分离阳性率仅为 5%~20%。深层型的病变位于基质层,包括盘状角膜炎及深层角膜基质炎。角膜基质浸润水肿,后弹力层皱褶,角膜后有沉着物。病毒分离仅于溃疡边缘偶获阳性<sup>[3]</sup>。

中医药对本病的治疗应分清病之新久。患病初期,病邪表浅,治宜疏风祛邪为主,使病邪从表而解;病至中期,以清热解毒为主;病至后期,反复发作,多为正虚留邪,治宜扶正祛邪。由单纯疱疹病毒引起角膜炎性病变,在机体抵抗力下降的情况下发病<sup>[4]</sup>。常单眼发病,也可双眼同时或先后发病,主要表现为树枝状、地图状或圆盘状角膜炎病灶,病程长,反复迁延,治疗不及时可严重影响视力,甚至失明。故各型方中均加明目退翳药,阴虚邪流体虚反复发作者平素可用中药调理。此病早期属中医“聚星障”范畴,点状浸润相互融合,形成树枝状或地图状溃疡,属中医“花翳白陷”范畴。多由风热或风寒之邪乘虚袭眼;或由外邪入里化热,或肝经伏火,复受风邪,风火相搏,火热上炎引起;或素食煎炒五辛,酿成脾胃湿热,上熏黑睛而成;亦可因素体偏于阴虚,或热病后灼伤津液,以致阴津亏乏,兼感风邪所致。本组资料显示,以中医辨证方法结合局部治疗 32 例单纯疱疹病毒性角膜炎效果良好,具有安全有效的临床应用价值,值得临床推广应用。

### 参考文献

- [1]申加华.玉屏风散二联治疗复发性单纯疱疹病毒性角膜炎临床研究[J].大家健康(学术版),2014,8(2):49-50
- [2]刘正立,吴加亮,尹霞.中西医结合治疗单纯疱疹病毒性角膜炎临床分析[J].亚太传统医药,2014,10(6):67-68
- [3]李金涛,王彬,于春红.清热滋阴明目汤联合抗病毒西药综合治疗单纯疱疹病毒性角膜炎[J].四川中医,2014,32(4):104-107
- [4]陈希.中西医结合治疗单纯疱疹病毒性角膜炎的疗效观察[J].当代医药论丛,2014,12(3):30-31

(收稿日期:2014-06-25)

# 中西医结合治疗视网膜静脉阻塞临床观察

毛军生 邓义新 邓义群

(江西省峡江县中医院 峡江 331400)

关键词:视网膜静脉阻塞;中西医结合疗法;临床疗效分析

中图分类号:R774.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.041

视网膜静脉阻塞是一种临床较为常见的眼底血管病变,临床可观察到患者出现静脉扩张迂曲,患者视力均存在不同程度的损害,中年以上患者多发,为

单眼发病。随着医学技术的不断发展,对于本病有了进一步的认识,治疗方法也得到了不断的提高<sup>[1]</sup>。为了对中西医结合治疗视网膜静脉阻塞的临床疗效进

行探讨分析,本次研究选择了 2012 年 1 月~2013 年 12 月于我院进行治疗的 40 例视网膜静脉阻塞患者进行分析。现报道如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选择于 2012 年 1 月~2013 年 12 月到我院进行治疗的 40 例视网膜静脉阻塞患者作为研究对象,其中男 24 例,女 16 例,患者均为单眼;年龄 26~78 岁,40 岁以下患者 5 例,40 岁以上患者 35 例;视网膜中央静脉阻塞 11 例,分枝静脉阻塞 29 例,包括颞上枝静脉阻塞 24 例。

1.2 治疗方法 在进行治疗前后对所有的患者进行系统检查,包括血 12 项、凝血 4 项以及尿系列等,确保患者的血压及眼压均处于正常范围。治疗方法:在患侧颞浅动脉旁采用复方樟柳碱注射液进行皮下注射,1 次/d,每次 2 mL,连续注射 2 周为 1 个疗程;若患者临床症状较为严重,可根据具体情况加球旁注射,2 d 注射 1 次。将 20 mL 香丹注射液加入 5%葡萄糖注射液 500 mL 中静脉滴注,1 次/d,2 周为 1 个疗程;病情较重者可增加剂量至每天 2 次。使用碘普胺注射液进行肌肉注射,1 次/d,每次 2 mL,2 周为 1 个疗程<sup>[2]</sup>。中药治疗:一般情况下,早期的视网膜中央静脉血栓多出现局部的气血瘀滞,治疗时可选择具有活血祛瘀、软坚散结的药物,同时补虚扶正、攻补兼用。在临床多用桃红四物汤对症加减,组方:桃仁 10 g、生地 10 g、赤芍 10 g、当归 10 g、红花 6 g、川芎 6 g 等;或血府逐瘀汤对症加减,组方:生地 20 g、牛膝 10 g、桃仁 10 g、当归 10 g、赤芍 10 g、川芎 6 g、柴胡 6 g、桔梗 6 g、红花 6 g、枳壳 3 g、甘草 3 g 等;若患者视网膜出血可见逐渐被吸收,且视力有一定恢复,多是患者阴气不足导致的,治疗可行气通路、滋阴通络明目,临床用药为:生地 10 g、茯苓 10 g、山茱萸 10 g、泽泻 10 g、白芍 10 g、枸杞子 10 g、当归 10 g、五味子 5 g、柴胡 5 g 等<sup>[3]</sup>。每天 1 剂,水煎服。治疗后进行 1~3 个月的随访。

1.3 统计学方法 对于收集到的数据采用 SPSS13.0 统计学软件进行分析,采用  $t$  检验及  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

1.4 疗效评价指标及标准 将患者出血吸收的程度与其视力提高程度作为观察指标,以患者视网膜出血吸收的程度与其视力提高程度作为疗效评价的依据。痊愈:治疗后患者眼底血液循环得到显著改善,视网膜出血已基本吸收,且视力提高 4 行及以上;有效:患者视网膜出血部分得到吸收,且视力提高 2~4 行;无效:患者视网膜出血没有被吸收,视力

提高范围在 1 行以内甚至降低;反复:患者视力下降 1 行以上,且可见视网膜出现再次出血。

1.5 结果 本次研究的 40 例患者中,经治疗后痊愈 21 例,占 52.5%;有效 11 例,占 27.5%;无效 7 例,占 17.5%;另外有 1 例患者出现反复,占 2.5%。总有效率达到了 80.0%。

## 2 讨论

临床研究发现,视网膜静脉阻塞是由多种病因导致的,且与高血压、动脉硬化等多发病有紧密的关系。另外,致病因还包括外伤、口服避孕药以及过度疲劳等问题。视网膜静脉阻塞成因复杂,既包括血管异常,又可能与血液成分改变、血液动力学异常等因素相关。随着医学技术的不断发展,治疗方式也有了不断地提高,现阶段主要采用综合疗法,针对患者的具体情况有针对性地进行治疗,防治出现血栓及组织水肿,同时促进出血的吸收。复方樟柳碱注射液能够有效地加速患者眼缺血区血管活性物质恢复正常,维持血管正常紧张功能,降低血管痉挛的发生率,提高血流量,改善患者眼部血液供应情况,加快缺血组织恢复的速度,达到提高患者视力的目的;香丹注射液具有活血化瘀、通络明目的临床效果,且能够有效地提高血流量,降低血浆的黏稠度,降低血小板的聚集率,防止形成血栓,能够有效地吸收组织内炎性渗出物,最终促进患者视功能提高。同时再根据患者不同的情况辅以具有活血化瘀、行气通路、滋阴通络、软坚散结等作用的药物,促进瘀血吸收<sup>[4]</sup>。

本次研究中患者经治疗 1~2 个疗程之后临床效果较为显著,视力有了不同程度地提高,经治疗 21 例患者痊愈,占 52.5%;11 例患者有效,占 27.5%;7 例患者无效,占 17.5%;1 例患者出现反复,占 2.5%;总有效率达到了 80.0%。总之,在对视网膜静脉阻塞患者进行临床治疗时,要根据患者的具体情况,遵辨证施治的原则加用活血滋阴、软坚散结等攻补兼施的药物进行治疗。后期注意疗效的巩固,促进瘀血完全吸收。在治疗时同时结合西医灵活诊断及中医辨证论治,促进中西药协同发挥作用,提高临床疗效,值得在临床推广应用。

### 参考文献

- [1]张俊连,周玲玲.中西医结合治疗视网膜中央静脉阻塞[J].陕西中医学院学报,2005,28(5):46-47
- [2]牛膺筠,赵岩松,高云霞,等.视网膜缺血再灌注损伤的机制及 bF-GF 对其干预作用[J].国际眼科杂志,2003,3(3):27-31
- [3]蔡耀楠,赖世隆.血瘀证、气虚血瘀证患者微循环改变及血浆 TXA<sub>2</sub>、PGI<sub>2</sub> 水平的研究[J].徐州医学院学报,1997,17(3):281-284
- [4]李凤鸣.眼科全书[M].北京:人民卫生出版社,1997.2 227

(收稿日期:2014-06-26)