

中西医结合治疗单纯疱疹病毒性角膜炎的疗效观察

张伟¹, 韦东^{2*}

(1. 吉林省吉林中西医结合医院眼科, 吉林 吉林 132012;

2. 中国中医科学院西苑医院眼科, 北京 100091)

[摘要] 目的: 通过对中西医结合治疗单纯疱疹病毒性角膜炎的临床观察, 评价其临床疗效及安全性。方法: 随机选取符合研究标准的单纯疱疹病毒性角膜炎的病例, 随机分为治疗组和对照组。治疗组应用中西医结合治疗, 口服院内自制中药制剂菊兰清明片或谷龙清明片 + 西药。对照组单纯应用西药治疗。共连续治疗 3 周。结果: 治疗组治愈率为 76.7%, 有效率为 20%, 总有效率为 96.7%; 对照组治愈率为 61.7%, 有效率为 21.6%, 总有效率为 83.3%。经统计学处理, 两组之间的治愈率和总有效率有显著性差异 ($P < 0.05$)。治疗组平均治愈时间短于对照组。治疗组明显优于对照组。治愈病例均随访 1 年, 治疗组无复发; 对照组复发 10 例, 占对照组治愈病人的 27%。结论: 中西医结合治疗单纯疱疹病毒性角膜炎疗效优于单纯西医治疗, 疗程短, 见效快, 减少复发。

[关键词] 中西医结合; 单纯疱疹病毒性角膜炎; 菊兰清明片; 谷龙清明片

[中图分类号] R285.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2010)05-0229-02

单纯疱疹病毒性角膜炎为临床常见, 由单疱病毒 I 型或 II 型感染所致。多因感冒、劳累、外伤、精神压力等因素诱发, 由于抗生素和皮质类固醇的广泛应用, 其发病率有明显上升趋势。往往因反复发作而严重危害视功能, 临床尚无有效控制复发的药物, 因而成为一种世界性的重要致盲原因^[1]。由于该病单纯应用西药治疗效果差, 复发率高, 该病的研究成为一个紧迫的问题。我科采用中西医结合方法治疗单纯疱疹病毒性角膜炎, 效果甚佳, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察对象均为 2006 年 11 月至 2008 年 12 月期间临床明确诊断单纯疱疹病毒性角膜炎的门诊及住院患者。年龄最小 18 岁, 最大 60 岁; 男性 72 人, 女性 48 人; 单眼患者 104 人, 双眼患者 16 人; 病程最短 1 天, 最长 3 个月。随机分为两组, 治疗组 60 例, 对照组 60 例, 两组在性别、年龄、患眼情况等方面均有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 自觉症状: 畏光、流泪、异物感、眼红、疼痛, 眼睑痉挛等。体征: 充血, 轻度睫状充血或混合充血; 浸润, 角膜上皮点状、树枝状、地图状浸润或角膜实质层水肿混浊; 角膜知觉减退。

1.2.2 中医诊断标准 风热上犯型: 黑睛骤生星翳, 抱轮红赤, 羞明隐涩, 发热恶寒, 热重寒轻, 咽痛, 舌苔薄黄, 脉浮数。一般为浅层的点状、树枝状及地图状角膜炎。虚火上炎型: 病情日久, 迁延不愈, 星翳疏散, 抱轮微红, 羞明较轻, 眼内干涩不适, 伴口干、头晕、腰酸、盗汗等, 舌红少津, 脉细数。一般为深层的盘状角膜炎, 坏死性角膜基质炎及深部溃疡型角膜炎。

1.3 病例入选标准 符合诊断单纯疱疹病毒性角膜炎标准; 年龄 18 ~ 60 岁, 男女性别不限; 自愿作为受试对象。

1.4 病例排除标准 精神病患者及精神障碍者、妊娠或哺乳期妇女、对所用药过敏者、伴有严重心、肺、肝、肾功能障碍者。

1.5 病例剔除标准 研究期间同时服用其他治疗单纯疱疹病毒性角膜炎药物的患者。研究期间因出现不良反应、病情恶化或其他意外情况而不能继续进行试验者。患者要求中止者。破盲患者; 未按规定治疗无法判断疗效; 资料不全等影响疗效评估或安全判断者。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 单纯应用西药治疗。浅层的点状、树枝状、地图状角膜炎给予 0.1% 阿昔洛韦滴眼液 (武汉五景药业有限公司生产) 点眼。可酌情应用抗菌滴眼液。深层的盘状角膜炎、坏死性角膜基质

[收稿日期] 2010-04-01

[通讯作者] * 韦东, Tel: 010-87985537; E-mail: dong_wei601@sina.com.cn

炎及深部溃疡性角膜炎给予 0.1% 阿昔洛韦滴眼液点眼,必要时阿托品散瞳,上皮健康者,可有选择地给予妥布霉素地塞米松滴眼液(15 mg 5 mg 5 mL,美国爱尔康公司生产)或 0.1% 氟米龙滴眼液(5 mg 5 mL 日本参天制药生产)点眼。重者可静点阿昔洛韦注射液(武汉人福药厂生产),可酌情应用抗菌素静点。

2.1.2 治疗组 在应用西药(见对照组)的同时,风热上犯型给予菊兰清明片口服,虚火上炎型给予谷龙清明片口服。这两种中药均由我院中药制剂科制备,为吉卫药制字(97)0055 号及吉卫药制字(95)0057 号。菊兰清明片:菊花、石决明、白蒺藜、连翘、栀子、黄芩、板兰根、蝉蜕、羌活、防风、甘草等提取浓缩,制成片剂。每片 0.3 g,每次 4 片,1 日 3 次口服。谷龙清明片:菊花、熟地、生地、枸杞子、谷精草、桑椹、菟蔚子、栀子、车前子等提取浓缩制成片剂。每片 0.3 g,每次 4 片,1 日 3 次口服。

2.2 观察指标 自觉症状:畏光、流泪、刺痒、红赤等。黑睛星翳情况。角膜荧光染色情况。安全性指标:体温、呼吸、脉搏、血压等一般指标,血、尿、便常规化验,肝、肾功能及心电图检查。

2.3 疗效判定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]拟定。治愈:黑睛星翳消失,荧光素染色阴性,症状消失;有效:黑睛星翳减少或缩小,荧光染色阳性,畏光、刺痛、红赤、流泪等症状减轻;无效:黑睛星翳无变化或加重,荧光素染色呈阳性,症状无改善。

2.4 统计学方法 统计分析采用标准统计分析软件 SPSS 进行分析, χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

3 结果

3.1 临床疗效(见表 1) 治疗观察三周。治疗组治愈率为 76.7%,有效率为 20%,总有效率为 96.7%;对照组治愈率为 61.7%,有效率为 21.6%,总有效率为 83.3%。治疗组平均治愈时间为 12.2 d。对照组平均治愈时间为 15.8 d。两组之间的治愈率和总有效率有显著性差异($P < 0.05$)。治疗组明显优于对照组。治愈病例均随访 1 年,治疗组无复发,对照组复发 10 例,占对照组治愈病人的 27%。

表 1 两组疗效比较[n=60(%)]

组别	治愈	有效	无效	总有效率
治疗组	46(76.7) ¹⁾	12(20)	2(3.3)	96.7 ¹⁾
对照组	37(61.7)	13(21.6)	10(16.7)	83.3

注:与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

3.2 安全性评价 治疗前后安全性指标未发生异常变化。

中西医结合治疗单纯疱疹病毒性角膜炎疗效优于单纯西医治疗,疗程短,见效快,减少复发。

4 讨论

单纯疱疹病毒性角膜炎属中医黑睛疾病“聚星障”的范畴^[3],系眼科的常见病,多发病。根据多年临床经验,分为风热上犯型及虚火上炎型。中医认为黑睛在五轮学说中属风轮,内应于肝。风性轻扬,热性炎上,风邪上扰,侵袭于目,犯于黑睛,而致黑睛骤生星翳,抱轮红赤,羞明隐涩。治宜疏风清热,明目退翳;给予菊兰清明片口服。方中菊花、蝉蜕,疏散风热、解毒、退翳、明目;石决明、白蒺藜清肝明目;连翘、栀子、黄芩、板兰根加强清热解毒之功;羌活、防风以散风邪,甘草调和诸药,使风得散,目明翳退^[4]。虚火上炎型:对于素体阴虚以肝肾阴虚多见者,肝阴不足,则目失所养,肝肾同源,肾阴亏虚则肝失所养,阴不足则阳失所敛,虚火上炎,故抱轮微红,羞明;肝肾阴虚,以致无力抗邪,邪气久留不解,黑睛生翳,迁延不愈;眼内干涩不适为阴津不足,目失濡养。治宜滋补肝肾、清热、明目、退翳;给予谷龙清明片口服。方中:二地、枸杞子、桑椹、补肝肾、滋阴、明目;菊花清肝、明目;谷精草明目退翳;栀子、车前子、清热解毒;菟蔚子凉肝,共清上炎之火^[5]。

单纯疱疹病毒性角膜炎是目前较严重的角膜病,近几年来有明显上升和加剧趋势。单纯西医治疗,往往是从局部着手,忽略了全身状况的改善。中医治疗则本着整体观念,从病因入手,根据四诊八纲、辨证论治,不同的证候及病因,给予不同的治疗,并结合局部西药抗病毒治疗,标本兼治,可提高疗效,缩短病程,防止复发,保护视功能,体现了中西医结合的优势。

[参考文献]

- [1] 李凤鸣. 眼科全书[M]. 北京:人民卫生出版社,1996:1379.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:103.
- [3] 唐由之,肖国土. 中医眼科全书[M]. 北京:人民卫生出版社,1996:792.
- [4] 黄兆胜主编. 中药学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:426.
- [5] 南京中医药大学. 中药大辞典[M]. 上海:上海科学技术出版社,2006:2167.