

中药联合人工泪液治疗白内障术后干眼的临床观察^{*}

陈黛茜¹, 陈国孝^{1△}, 徐 东²

(1. 浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江 杭州 310006; 2. 浙江省新华医院眼科, 浙江 杭州 310005)

摘要: **目的** 探讨中药联合人工泪液治疗白内障术后干眼的临床疗效。**方法** 选取白内障术后干眼患者 76 例(76 眼),随机分为治疗组和对照组各 38 例(38 眼)。治疗组采用杞菊地黄汤化裁联合人工泪液治疗,对照组采用人工泪液治疗,均以 7d 为 1 个疗程,连续治疗 4 个疗程,比较 2 组临床疗效和治疗后眼表症状、泪膜破裂时间(BUT)、基础泪液分泌试验 I(Schirmer I test)的变化。**结果** 治疗组总有效率为 86.84%,对照组为 65.79%,治疗组疗效优于对照组($P<0.05$);2 组治疗后组间眼表症状的变化与治疗前比较,除眼部烧灼感外,其余差异均有统计学意义($P<0.05$);2 组治疗后 BUT 和 Schirmer I test 均存在统计学差异($P<0.05$)。**结论** 杞菊地黄汤联合人工泪液对于改善白内障术后的干眼有较好的临床疗效,是一种治病求本的方法。

关键词: 白内障术后;干眼;中药治疗;临床观察

中图分类号: R276.7 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2015)06-0068-03

白内障是眼科致盲疾病之一,世界上大约有 50% 的盲人是由白内障所致^[1]。目前,白内障摘除联合人工晶状体植入术以其创伤小、恢复快、并发症少、疗效显著等优点广泛运用于白内障的治疗,并且是唯一有效的手术方式^[2-3]。但手术还是会破坏角膜上皮、泪膜和眼表的稳定性,影响角膜表面的修复,对眼表形成刺激反应。在临床工作中发现,部分患者在行白内障术后出现眼疲劳、异物感、烧灼感、眼痛、畏光等干眼表现。笔者通过 2 年临床实践,发现中药联合人工泪液治疗白内障术后干眼有较好疗效,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 1 月—2015 年 1 月在浙江中医药大学附属第一医院行白内障摘除联合人工晶体植入术治疗的患者 76 例(76 眼),按 1:1 随机数字表法分成治疗组和对照组。治疗组 38 例(38 眼),对照组 38 例(38 眼)。2 组在性别、年龄、体重等方面,经统计学处理分析,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

干眼诊断标准参照 2013 年中华医学会眼科学分会制定和发表的《干眼临床诊疗专家共识》^[4]:①有干燥感、异物感、烧灼感、疲劳感、不适感及视力波动等主观症状之一和 $BUT \leq 5$ s 或 Schirmer I 试验(无表面麻醉) ≤ 5 mm/5min 可诊断干眼;②有干燥感、异物感、烧灼感、疲劳感、不适感及视力波动等主观症状之一和 $5s < BUT \leq 10s$ 或 $5\text{mm}/5\text{min} < \text{Schirmer I}$ 试验结果(无表面麻醉) $\leq 10\text{mm}/5\text{min}$ 时,同时有角结膜荧光素染色阳性可诊断干眼。

1.3 观察方法

1.3.1 主观症状量化评分标准

按照《中药新药临床研究指导原则》(试行)^[5]中外眼症状轻重分级,将眼疲劳、异物感、烧灼感、眼痛、畏光 5 项均分为无、轻、中、重 4 级,分别对应计分 0、2、4、6 分。

1.3.2 泪液分泌试验 I(Schirmer I test)

将宽 5 mm、长 35mm 泪液检测滤纸条的一端 5 mm 处折弯叠放于下眼睑外侧 1/3 结膜囊内,其余部分自睑裂悬垂于眼睑外,轻闭双眼 5 分钟后,取出试纸,测量泪水渗透滤纸条的长度。泪液分泌正常时,滤纸条可被浸湿 10~15mm, <10 mm 为泪液低

^{*} 基金项目:浙江省中医药科技计划项目(2014ZB046)

收稿日期:2015-07-03

作者简介:陈黛茜(1988-),女,浙江温州人,在读硕士研究生,研究方向:小儿屈光不正、斜弱视、眼底病的中西医结合治疗。

△通信作者:陈国孝, E-mail: cgxd003@163.com

分泌,<5 mm 为干眼。

1.3.3 泪膜破裂时间(BUT)

将 2% 荧光素钠涂于结膜囊内,嘱被检者眨眼数次,再睁眼凝视前方,通过裂隙灯显微镜较窄的钴蓝光反复仔细观察角膜前泪膜,同时开始计时,直到角膜上出现第一个黑斑(泪膜缺损)时为止。每位患者测量 3 次,取平均值。正常为 15~45 s,<10s 为泪膜不稳定。

1.4 治疗方法

确诊干眼后,治疗组以杞菊地黄汤化裁(菊花 10g,枸杞子 12g、生地 10g,山药 15g,丹皮 10g,赤芍 12g,玄参 15g,藁本 10g,防风 10g,蝉蜕 10g,炙甘草 6g)内服,每日 1 剂,水煎,早晚分服;联合 0.3%玻璃酸钠滴眼液滴眼,每次 1 滴,每日 4 次。对照组单纯以 0.3%玻璃酸钠滴眼液滴眼,每次 1 滴,每日 4 次。上述药物均用 4 周,4 周后对比 2 组临床疗效。

1.5 疗效标准

按照《中药新药临床研究指导原则》(试行)^[9]制定本观察中医症候疗效标准。痊愈:临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$;有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重不足 30%。

1.6 统计学方法

采用 SPSS18.0 统计软件进行处理分析数据。计量资料采用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,组内治疗前后比较采用配对资料 t 检验;组间比较采用独立样本 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床疗效比较

治疗 4 周结束时,治疗组总有效率为 86.84%,对照组为 65.79%,经卡方检验($\chi^2=6.176,P=0.013<0.05$),差异有统计学意义。详见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较						$n(\%)$
组别	$n(\text{眼数})$	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	38	3	8	22	5	86.84 [△]
对照组	38	1	3	21	13	65.79

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$

2.2 2 组治疗后组间症状量化的比较

治疗 4 周结束时,治疗组眼疲劳、异物感、烧灼感、眼痛、畏光 5 项症状较对照组,经独立样本 t 检

验,除眼部烧灼感,其余差异均有统计学意义($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 2 组治疗后组间症状量化的比较 $(\bar{x}\pm s)$

症状	组别	$\bar{x}\pm s$	t 值	P 值
眼疲劳	治疗组	1.68 $\pm$ 1.20	-3.24	0.003
	对照组	2.74 $\pm$ 1.70		
异物感	治疗组	1.50 $\pm$ 1.12	-2.91	0.006
	对照组	2.54 $\pm$ 2.04		
烧灼感	治疗组	2.70 $\pm$ 1.65	-0.78	0.438
	对照组	3.03 $\pm$ 1.92		
眼痛	治疗组	1.32 $\pm$ 1.63	-5.67	0.000
	对照组	3.26 $\pm$ 1.64		
畏光	治疗组	2.05 $\pm$ 1.67	-2.05	0.032
	对照组	2.70 $\pm$ 1.65		

2.3 2 组治疗前后泪液分泌试验 I (Schirmer I test)、泪膜破裂时间(BUT)量化比较

治疗 4 周结束时,2 组治疗前 Schirmer I test 和 BUT 均无统计学差异 ($P>0.05$),2 组治疗后 Schirmer I test 和 BUT 均存在统计学差异($P<0.05$)。详见表 3。

表 3 2 组患者 Schirmer I test 与 BUT 量化比较 $(\bar{x}\pm s)$

组别	n	Schirmer 值/mm		泪膜破裂时间/s	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	38	4.87 $\pm$ 0.83	10.13 $\pm$ 3.57	3.96 $\pm$ 0.77	8.95 $\pm$ 2.53
对照组	38	4.69 $\pm$ 0.85	8.25 $\pm$ 3.16	4.02 $\pm$ 0.91	6.87 $\pm$ 2.48
t 值		1.07	4.57	1.82	4.83
p 值		0.65	0.003	0.51	0.002

3 讨论

白内障摘除联合人工晶体植入术属于眼内操作,手术本身会对眼表造成热损伤,人工晶体的异物反应及术中消毒液、麻醉剂、灌注液等的使用还会损害角、结膜上皮细胞,激发了一系列免疫反应,产生炎性介质,而炎症又是干眼发病最关键的因素^[6-8]。针对干眼的常规治疗以人工泪液局部滴眼为主,早期使用有利于泪膜的恢复,可改善角膜表面规则指数与光滑度^[9-10],但不能停药和根治。并且,滴眼液仍含有少量防腐剂,点用次数过多,时间过长,可能导致眼部刺激或眼睑粘重感,甚至有可能加重干眼症状。

中医认为,肝开窍于目,肝肾同源,肾为水之下源。若肝阴不足或肾阴亏虚则水不涵木,虚火上炎,

津液不能上承于目,则泪液分泌减少,遂成干眼^[1]。白内障患者以老年人居多,多存在肝肾不足,治疗应抓住肝肾阴虚的特点^[12-13]。又,白内障术后损目,风邪乘袭,组织脉络受损,气血阴液受伤,瘀热滞留,津液不布。故白内障术后的病机主要责之“瘀”“虚”^[14],可概括为阴虚津亏,瘀热滞留。可采用杞菊地黄汤化裁内服(菊花、枸杞子、生地、山药、丹皮、赤芍、玄参、藁本、防风、蝉蜕、炙甘草)治疗。方中枸杞子、山药补肾健脾;生地、玄参清热凉血,养阴生津;藁本、防风辛散祛风;赤芍、牡丹皮凉血散瘀;密蒙花、菊花养肝明目,退翳消膜。诸药合用,共奏滋阴生津,清热化瘀、祛风散邪之功。现代研究也表明,防风具有抗炎、镇静、止痛的作用。山药、蝉蜕还可促进创伤愈合,减轻人体对创伤的应激反应^[15]。由此改善干眼症状,缩短病程,减轻患者的痛苦,达到治病求本的目的。

参考文献:

- [1] 许亚静,廖荣丰. 老年性白内障围手术期的内科合并症用药问题及其相关对策 [J]. 临床眼科杂志,2010,18(2): 187.
- [2] 李平山. 干眼症中医临床研究概述 [J]. 环球中医药, 2012,5(3):237-240.
- [3] 刘明,邓一鹏. 超声乳化白内障吸除术治疗原发闭角型青光眼的临床观察 [J]. 中国医药导报,2010,7(29):161-162.
- [4] 中华医学会眼科学分会角膜病学组. 干眼临床诊疗专家共识(2013 年)[J]. 中华眼科杂志,2013,49(1):73-75.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:304-305.
- [6] 柯敏,张分队. 2 型糖尿病患者白内障超声乳化吸出术后泪膜的变化[J]. 眼科新进展,2008,28(4):282-284.
- [7] 聂素珍. 普拉洛芬联合玻璃酸钠治疗白内障术后干眼症的临床疗效[J]. 继续医学教育,2014,28(3):5-6.
- [8] 苑明茄,闰锡秋. 中医辨证联合倍然滴眼治疗白内障术后干眼症 62 例效果观察 [J]. 中医临床研究,2014,6(22): 52-53.
- [9] 陆博,张劲松. 人工泪液对年龄相关性白内障术后患者泪膜的影响[J]. 国际眼科杂志,2007,7(4):1006-1008.
- [10] 孙斌,何娟,代琴,等. 透明质酸钠滴眼液治疗准分子激光原位角膜磨镶术后干眼症状 672 例 [J]. 中国药业, 2013,22(23):73-74.
- [11] 李传课. 中医眼科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2011:456.
- [12] 姚靖,王佳娣. 中医治疗干眼症的临床体会[J]. 中国医学创新,2011,8(9):143-144.
- [13] 夏睦谊. 中医药治疗干眼症近况 [J]. 河南中医,2008,28(1):82-84.
- [14] 王永炎,庄曾渊. 今日中医眼科[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:154-155.
- [15] 王泳,冯松福,邓金印. 超声乳化联合前段玻璃体切割与房角分离治疗白内障晶状体半脱位合并闭角型青光眼的临床研究[J]. 眼科新进展,2011,31(5):477-479.

(编辑:徐建平)

The Clinical Observation of Traditional Chinese Medicine Combined with Artificial Tears for the Treatment of Xerophthalmia after Cataract Surgery

CHEN Daixi¹, CHEN Guoxiao¹, XU Dong²

(1. The First Clinical College of Zhejiang TCM University, Hangzhou 310006, China;

2. The Ophthalmology of Zhejiang Xinhua Hospital, Hangzhou 310005, China)

ABSTRACT: **Objective** To explore the clinical effect of Chinese herb combined with artificial tears in treatment of xerophthalmia after cataract surgery. **Methods** Select 76 cases of dry eye patients those were diagnosed after cataract surgery and randomly divided them into control group(38 eyes) and treatment group(38 eyes). The control group was given artificial tears, while on the basis of artificial tears, the treatment group was given Chinese herb (Qijudihuangtang). 7d is a course of treatment and continuous 4 courses. Then compares the clinical efficacy, the change of ocular surface symptoms, BUT, Schirmer I test of the two groups after treatment. **Results** The total efficiency in the treatment group was 86. 84%, obviously higher than in the control group ($P<0.05$);The change of ocular surface symptoms (except for the burning sensation in the eyes), BUT and Schirmer I test all have statistical significance after treatment ($P<0.05$). **Conclusion** Traditional Chinese medicine combined with artificial tears has a good effect to improve the symptoms of xerophthalmia after cataract surgery.

KEY WORDS: after cataract surgery; xerophthalmia; treatment of TCM; clinical observation