

# 中医辨证分型联合西药治疗干眼症临床观察

刘春姿

浙江中医药大学附属第一医院眼科, 浙江 杭州 310006

[摘要] 目的: 观察中医辨证分型联合西药治疗干眼症临床疗效。方法: 将干眼症患者 90 例作为研究对象, 采用随机数字表法将患者分为 2 组各 45 例。对照组采用西药治疗, 观察组在对照组基础上行中医辨证施治, 观察泪液分泌试验 (Schirmer test) 和泪膜破裂时间 (BUT) 检测结果, 行眼部症状评分, 并观察临床疗效。结果: 临床疗效总有效率观察组 84.44%, 对照组 62.22%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组 Schirmer 和 BUT 分别与对照组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组眼干涩、视觉疲劳、异物感、眼红评分分别与对照组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 在西药基础上辅以中医辨证分型治疗干眼症, 可有效改善患者眼干涩、异物感等症状, 提高临床疗效。

[关键词] 干眼症; 中西医结合疗法; 辨证分型; 泪膜破裂时间; 眼干涩; 异物感; 泪液分泌试验; 泪膜破裂时间

[中图分类号] R777.31 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0209-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.100

干眼症, 又称干燥性角膜结膜炎, 该疾病的诱发原因较为复杂, 临床表现也呈多样性, 主要表现为干涩感、畏光、眼红、烧灼感, 甚至可能诱发角膜组织穿孔等, 影响患者的正常生活。目前, 临床常取人工泪液治疗, 虽然可缓解眼睛干涩感, 但临床疗效并不明显。中医学认为干眼症属“白涩症”范畴, 可根据中医证型取药物行辨证施治。本研究采用中医辨证分型联合西药治疗干眼症, 结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 纳入标准 ①符合《眼表疾病学》<sup>[1]</sup>中拟定的干眼症诊断标准; ②年龄 18~70 岁; ③用药依从性好; ④了解并自愿签署知情同意书。

1.2 排除标准 ①伴随结膜病变、泪道阻塞等其他眼部病变者; ②半年内行眼科手术; ③严重心肺功能障碍; ④精神异常; ⑤合并全身疾病。

1.3 一般资料 选取 2012 年 4 月—2014 年 4 月本院治疗的干眼症患者, 共 90 例。均为双眼患病, 男 39 例, 女 51 例; 年龄 23~64 岁, 平均(45.39±2.77)岁; 病程 3 月~6 年, 平均(2.69±0.82)年。致病原因: 长期接触电脑 24 例, 佩戴隐性眼镜 15 例, 更年期 31 例, 长期使用抗生素眼药水 13 例, 其他 7 例。以《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>进行中医辨证分型: 肺阴不足型 41 例, 气阴两虚型 17 例, 阴虚湿热型 32 例。采用随机数字法将患者分为 2 组各 45 例, 2 组年龄、病程等经统计学处理, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 取西药治疗。右旋糖酐 70 甘油滴眼液(江西珍视明药业有限公司)滴注, 每次 1~2 滴, 每天 3~4 次。

2.2 观察组 在对照组基础上行中医辨证施治: ①肺阴不足型: 取养阴清肺汤治疗, 药物组成: 麦冬、百合、玄参、天花粉各 15g; 天冬、知母、蝉蜕、生地黄各 10g, 太子参、木贼各 12g, 白芍 13g, 炙甘草 6g; ②气阴两虚型: 取生脉饮合杞菊地黄丸治疗, 药物组成: 牡丹皮、山茱萸、茯苓、熟地黄、麦门冬、枸杞子、太子参各 10g; 甘草 3g, 菊花、五味子各 6g; ③阴虚湿热型: 取三仁汤合二至丸治疗, 药物组成: 牛膝、旱莲草、苍术、杏仁、丹参、黄柏、女贞子各 10g, 陈皮、砂仁各 6g, 薏苡仁 30g。取诸药用水煎煮, 早晚服用, 每天 1 剂。

2 组均持续用药 30 天。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①用药 30 天后观察临床疗效; ②行泪液分泌试验 (Schirmer test), 并采用荧光素钠眼科检测试纸检测 2 组患者泪膜破裂时间(BUT), 检测 3 次取平均值; ③参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>行眼部相关症状评分, 主症状眼干涩: 记为 0 分、2 分、4 分、6 分, 其中 0 分为无干涩感, 6 分为干涩难忍; 次症状为视觉疲劳、异物感、眼红均记为 0~3 分, 分值越高提示症状越严重。

3.2 统计学方法 将数据输入统计学软件 SPSS19.0 中进行分

[收稿日期] 2015-03-10

[作者简介] 刘春姿 (1977-), 女, 主治医师, 研究方向: 眼科眼表、屈光、青光眼等。

析,计数资料采用(%)表示,行 $\chi^2$ 检验,计量资料采用( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验。

#### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 以《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>为标准评估2组临床疗效。有效:眼干涩、视觉疲劳等症状消失,Schirmer 结果 $>10$  mm/5 min,角膜荧光素钠热染色结果呈阴性。显效:眼干涩、视觉疲劳等症状明显改善,Schirmer 结果为 $5\sim 10$  mm/5 min,角膜荧光素钠热染色结果显示存在小部分着色点。无效:眼干涩、视觉疲劳等症状未见明显变化,角膜荧光素钠热染色结果显示存在着色点。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗总有效率观察组84.44%,高于对照组62.22%,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),提示观察组疗效优于对照组。

表1 2组临床疗效比较 例

组别	n	有效	显效	无效	总有效
观察组	45	25(55.56)	13(28.89)	7(15.56)	38(84.44) <sup>①</sup>
对照组	45	13(28.89)	15(33.33)	17(37.78)	28(62.22)

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组治疗前后 Schirmer 和 BUT 检测情况比较 见表2。治疗前,2组 Schirmer 和 BUT 分别比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),治疗后观察组 Schirmer 和 BUT 分别与对照组比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表2 2组治疗前后 Schirmer 和 BUT 检测情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	Schirmer (mm)	BUT(s)
观察组	治疗前	3.65 $\pm$ 0.14	4.22 $\pm$ 0.16
	治疗后	6.84 $\pm$ 0.17 <sup>①②</sup>	7.03 $\pm$ 1.06 <sup>①②</sup>
对照组	治疗前	3.64 $\pm$ 0.15	4.24 $\pm$ 0.17
	治疗后	5.42 $\pm$ 0.15 <sup>①</sup>	5.67 $\pm$ 1.10 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较,① $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,

② $P<0.05$

4.4 2组治疗前后眼部相关症状评分情况比较 见表3。2组治疗前眼部相关症状评分比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),治疗后观察组眼干涩、视觉疲劳、异物感、眼红评分分别与对照组比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。2组眼部相关症状分别与治疗前比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表3 2组治疗前后眼部相关症状评分情况比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	时间	眼干涩	视觉疲劳	异物感	眼红
观察组	治疗前	4.69 $\pm$ 1.03	2.03 $\pm$ 0.25	2.16 $\pm$ 0.34	2.31 $\pm$ 0.14
	治疗后	1.06 $\pm$ 0.52 <sup>①②</sup>	0.66 $\pm$ 0.21 <sup>①②</sup>	0.67 $\pm$ 0.30 <sup>①②</sup>	0.61 $\pm$ 0.22 <sup>①②</sup>
对照组	治疗前	4.64 $\pm$ 1.06	2.04 $\pm$ 0.26	2.20 $\pm$ 0.36	2.29 $\pm$ 0.16
	治疗后	2.71 $\pm$ 0.63 <sup>①</sup>	1.57 $\pm$ 0.29 <sup>①</sup>	1.54 $\pm$ 0.41 <sup>①</sup>	1.42 $\pm$ 0.36 <sup>①</sup>

与治疗前比较,① $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,② $P<$

0.05

#### 5 讨论

干眼症是眼科常见的临床疾病,与长期用眼、办公环境、长期滴注抗生素眼药水、眼科手术等因素存在直接关系。补充人工泪液是临床治疗干眼症的常用方式,但部分患者治疗后症状得不到有效改善<sup>[4]</sup>。

中医学认为干眼症与“白涩症”相似,《审视瑶函·卷三·白痛》中有关于该疾病的介绍,提出白涩症症状主要表现为“沙涩昏朦”。《灵枢·大惑论》中指出,眼睛为“五脏六腑精气上注之所”,即精气充足,上注于目,则目光清明,否则可能造成眼部干涩。干眼症又属于燥证的范畴,阴精不足是疾病的发病基础。燥邪易伤脏腑,造成津液不化,脏腑失养,气血运行不畅,经络受阻,则精气无法上输于目。泪为肝之液,脾脏为津液化生之处,因此,干眼症与脾、肝、肾等组织受损存在直接关系<sup>[5]</sup>。

基于干眼症的诱发因素、临床体征等,临床主要将其分为肺阴不足型、气阴两虚型、阴虚湿热型。本研究中心肺阴不足干眼症患者取养阴清肺汤治疗,主要由麦冬、太子参、木贼、知母、百合、白芍、蝉蜕、玄参、生地黄、天花粉等药物组成,具有补气、滋阴、补肾功效;气阴两虚型患者取生脉饮合杞菊地黄丸治疗,主要由牡丹皮、山茱萸、五味子、茯苓、熟地黄、麦门冬、菊花等药物组成,具有平燥、生津、润肺、明目的效果;阴虚湿热型取三仁汤合二至丸治疗,主要由牛膝、旱莲草、苍术、薏苡仁、杏仁、陈皮、丹参、黄柏、砂仁等组成养阴、生津、祛湿、生津等效果。因此,取诸药治疗不仅能够改善眼部不适症状,还可调节脏腑组织,控制疾病发展。本研究中观察组临床疗效优于对照组,眼部症状评分低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

综上所述,中医辨证分型联合西药治疗干眼症,可缓解眼部相关症状,提高视力水平,降低疾病复发率。

#### [参考文献]

- [1] 刘祖国. 眼表疾病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003: 288.
- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994: 101.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则:第3辑[S]. 1997: 184-186.
- [4] 林秋霞, 韦企平. 杞菊甘露饮及杞菊甘露饮配合针刺治疗肺肾阴虚型干眼症的临床研究[J]. 世界中医药, 2014, 23(7): 883-885.
- [5] 陆燕, 高卫萍. 干眼症的中医经验方治疗研究[J]. 中医学报, 2010, 25(3): 597-598.

(责任编辑:刘淑婷)