自擬方治療單純皰疹性角膜炎的療效觀察

Observation on the clinical efficacy of a self-made formula to treat herpes simplex keratitis

周育鋒[1]，劉建利[2] *ZHOU Yufeng, LIU Jianli*

（1甘肅天水市秦州區眼科醫院，741000； 2 陝西培榮中醫眼科醫院，722405）

[摘要] 目的 觀察自擬方治療單純皰疹性角膜炎的療效。 **方法** 對我院2013年10月—2015年12月期間單純皰疹性角膜炎的患者，60例（74隻眼），隨機分兩組，每組30例（37隻眼），在基礎用藥（更昔洛韋滴眼液、貝複舒滴眼液）的基礎上，實驗組服用自擬方中藥，對照組用明目蒺藜丸，對兩組分別進行治療和觀察。 **結果** 實驗組在改善症狀、縮短病程、改善減輕角膜雲翳、恢復病情、提高視力方面，明顯尤於對照組。 **結論** 自擬方在治療單純皰疹性角膜炎方面療效明顯。

[關鍵詞] 自擬清肝祛風退翳方；單純皰疹性角膜炎；聚星障

單純皰疹性角膜炎是門診常見病，多發病，具有眼部刺激症狀重，病程長，易復發，視力損害嚴重等特點。近年來，由於抗生素及激素的廣泛應用及濫用，其發病率呈逐漸上升趨勢。筆者自2013年10—2015年12月，對60例單純皰疹性角膜炎患者分為兩組，在基礎用藥相同的情況，對實驗組服用自擬方治療，對照組服用明目蒺藜丸治療，對兩組的治療進行觀察，自擬方療效顯著，現報導如下。

1 臨床資料

1.1 一般資料

觀察60例，男性35例，雙眼5例，10隻眼；單眼30例，30隻眼；共40隻眼。女性29例，雙眼5例，10隻眼；單眼24例，24隻眼；共34隻眼，合計：74隻眼。年齡18-65歲，病程短者3天，長者半年。其中淺層者（點狀，樹枝狀，淺地圖狀）：59隻眼。深層者（深地圖狀，盤狀）：15隻眼。以上均為門診治療患者，隨機分為兩組：試驗組和對照組。其中試驗組30例，37隻眼，其中淺層型30隻眼；深層者，7隻眼；對照組30例，37隻眼，其中淺層型29隻眼，深層者，8隻眼。在觀察期間，有二例病人，分別於服藥10天及半月後，由於病情未明顯緩解而放棄治療。有一例患者，由於反復感冒，而中斷服藥。以上三例脫落病例，均以其最後一次資料納入統計分析。

1.2 診斷標準

1.2.1 西醫診斷標準（根據李鳳鳴主編《眼科全書》，人民衛生出版社1996年6月第一版）單純皰疹病毒性角膜炎的診斷標準：①臨床表現 紅痛澀磨，畏光流淚、視力下降。②眼部檢查：角膜病變有特殊的形態，如星狀、樹枝狀、地圖狀或盤狀等，角膜知覺減退，眼瞼紅腫，睫狀充血或混合性充血。③組織培養：可分離出單純皰疹病毒

臨床分型：①淺層型：病變局限上皮層，或僅波及角膜基質層前1/3，包括星狀、樹枝狀、地圖狀。②深層性：病變波及角膜基質層後2/3，包括深層角膜潰瘍、盤狀角膜基質炎，或合併虹膜炎等。

1.2.2 中醫證侯診斷標準（根據中華人民共和國國際標準<GB/T16751.2-1997>，《中醫臨床診療術語·證侯部分》1997.10.01實施）

肝經風熱證

主症：畏光澀痛 ，黑睛混濁，黑睛星翳（如星點狀、條狀或花瓣）。

次症：白睛紅赤疼痛，發熱惡風，舌苔黃，脈浮數

1.2.3 症狀分級量化

香港全科中醫學會 版權所有 Copyright HKCCM All Rights Reserved

肝經風熱證：

畏光澀痛　0分：無

2分：輕微畏光澀痛

4分：畏光澀痛明顯

6分：畏光澀痛嚴重

黑睛混濁　0分：無

2分：黑睛輕微混濁

4分：黑睛明顯混濁

6分：黑睛嚴重混濁

白睛紅赤疼痛　0分：無

1分：白睛輕微紅赤疼痛

2分：白睛明顯紅赤疼痛

3分：白睛嚴重紅赤疼痛

舌脈：舌紅，苔薄黃，脈浮數。

1.2.4 證候病情分級

輕度：證候積分小於總分的1/3。

中度：證候積分大於總分的1/3小於總分的2/3。

重度：證候積分大於總分的2/3。

1.3　病例納入標準

符合西醫診斷標準。符合中醫證候診斷標準　。年齡18~65歲。

1.4　病例排除標準：

（1）妊娠或哺乳期婦女，過敏體質或對本藥過敏者。

（2）伴有細菌或真菌混合感染者，以及角膜營養不良者。

（3）合併有心血管、腦血管、肝、腎和造血系統嚴重原發性疾病，精神病患者。

2　方法

2.1　治療方法

試驗組用藥：自擬方，　藥物組成：防風6g，木賊10g，決明子20g，青葙子15g，桑葉15g，蛇蛻3g，蟬蛻6g，野菊花15g，杭菊花15g，穀精草15g，密蒙花15g，生芪30g，白蒺藜10g，甘草3g。對照組用藥：名稱：明目蒺藜丸，規格：9g×6袋×1盒，批准文號：Z22020709。基礎用藥：淺層型：更昔洛韋滴眼液，外滴患眼，每日4—6次，貝複舒（重組牛鹼性成纖維細胞生長因數）滴眼液，外滴患眼，每日4—6次。深層型：除用上藥外，另可適量用典必舒（複方妥布黴素）滴眼液。試驗組用藥：自擬方，成人取一付，煎煮二次，混合煎出液，早晚飯前各服一半。對照組用藥：明目蒺藜丸，9g，口服，每日三次。治療療程：3個月為1療程。

2.2　療效觀測指標

（1）視力檢查：　遠、近視力（包括矯正視力）。每兩周測一次視力。

（2）眼部檢查：　眼瞼、結膜，重點檢查角膜病變，如侵及面積深淺。裂隙燈螢光素鈉染色檢查，觀察病變之形態、大小、深度及著色情況。深基質層型的角膜病變觀察水腫混濁情況、角膜厚度、角膜後彈力層皺褶、kp及房水閃光等。每週至少檢查兩次。

（3）眼部症狀：疼痛、畏光、流淚、紅赤、澀磨等。

（4）全身證侯的相關症狀：發熱、惡風，口苦咽乾，大便秘結，小便黃，舌苔舌質、脈象等。

2.3　療效評定標準

香港註冊中醫學會　版權所有　Copyright HKRCM All Rights Reserved

(1)　臨床痊癒：眼部刺激症狀及充血全部消失，角膜潰瘍癒合，螢光素鈉染色陰性，角膜水腫消退，恢復正常厚度，kp消失或變為棕色，房水閃光陰性，視力恢復。

(2)　顯效：眼部刺激症狀及充血基本消失，角膜潰瘍基本癒合，螢光素染色弱陽性，或有淺層點狀著色，角膜水腫基本消失，kp變為棕色，房水閃光陰性，視力提高4行或以上。

(3)　有效：眼部刺激症狀及充血明顯減輕，角膜潰瘍1/2以上癒合，螢光素鈉染色陽性，角膜水腫減輕，視力提高2行或以上。

(4)　無效　：和治療前相比無明顯改善。

2.4　中醫證侯療效判定標準

參照《中藥新藥臨床指導原則》[1]根據積分法判定證侯療效，判定依據證侯中主症和次症分級量化積分值減少。

（1）臨床痊癒　中醫臨床症狀、體征消失或基本消失，證侯積分減少≥95%。

（2）顯效　中醫臨床症狀、體征明細改善，證侯積分減少≥70%。

（3）有效　中醫臨床症狀、體征均有好轉，證侯積分減少≥30%。

（4）無效　中醫臨床症狀、體征均無明顯改善，甚或加重，證侯積分減少不足30%。

注：計算公式（尼莫地平法）為：[（治療前積分-治療後積分）/治療前積分]*100%。

2.5　統計學方法

計量資料採用均數±標準差（±s）進行統計描述，計數資料採用構成比或率的形式進行統計描述。採用t檢驗或者x^2檢驗進行統計分析，檢驗水準α=0.05。

3　結果

3.1　療效比較

表1：兩組療效比較：

組別	例數	眼數	治愈	顯效	有效	無	總有效率
試驗組	淺層	30	13	8	7	2	91.8%
	深層	7	2	2	2	1	
對照組	淺層	29	12	5	7	5	83.8%
	深層	8	0	5	2	1	

由表1可知，兩組藥物對單純皰疹病毒性角膜炎均有明顯效果，其中試驗組有效率高於對照組（x2=3.945, p=0.047）。

3.2　中醫證侯

中醫證侯療效比較見表2：

表2 中醫證侯療效比較（ ± s）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

組別	治療前	治療後	t	p
實驗組	10.97±2.04	8.09±1.69	4.231	0.004
對照組	11.02±1.56	10.14±1.23	1.598	0.214
t	1.624	5.321	-	-
p	0.201	0.003	-	-

兩組治療前症候積分差異無統計學差異，治療後症候積分差異有統計學意義；實驗組治療前後中醫症候積分比較差異有統計學意義，而對照組治療前後中醫症候積分比較差異無統計學意義，見表2。試驗組和對照組均能在一定程度上改善中醫證候，而試驗組有效率高於對照組。

3.3 復發率及病程的比較見表3

表3 復發率及病程的比較：

組別	治癒眼數	時間（年）	復發眼數	復發率	一月治癒眼數	二月治癒眼數	三月治癒眼數	平均病程天
試驗組	15	2	2	13.3%	3	7	5	64天
對照組	12	2	4	33.3%	1	5	6	82.5天

由表3可知，試驗組和對照組在治療單純皰疹性角膜炎方面均可以有效的縮短病程（單純皰疹性角膜炎病程1-6月）。而且有效的降低了單純皰疹性角膜炎的復發率（2年內單純皰疹性角膜炎的復發率為20--35%）。而試驗藥物療效更為顯著。

4 討論

單純皰疹性角膜炎，是一種嚴重的世界性致盲眼病[2]，其發病率和致盲率均佔角膜病首位。是由單皰病毒感染所致，該病毒在眼部原發感染後常在三叉神經節內長期潛伏，當機體抵抗力下降（如感冒、全身或局部使用皮質類固醇、免疫抑制劑等）時，潛伏的病毒啟動，沿三叉神經逆行至靶組織，引起發病，長期應用西藥抗病毒藥容易產生抗藥性，運用激素易致復發，所以宜局部用藥作為輔助治療，而以中藥治療為主。

單純皰疹性角膜炎屬中醫聚星障範疇，病名[3]首見《證治準繩·雜病·七竅門》，書中對翳之形、色及變化過程記載甚詳。「聚星障證，烏珠上有細顆，或白色或微黃色，微黃者急而變重，或團聚、或散漫、或一同生起、

香港註冊中醫學會 版權所有 (C)Copyright HKRCMP All Rights Reserved

或先後逐漸一而二，二而三、三而四、四而六、七、八十數餘」。常在感冒發熱基本好轉或痊癒後出現。《證治準繩　雜病　七竅門》曰，翳膜者，風熱重則有之。五輪學說黑睛屬風輪，內應肝膽，所以本病的發生與肝膽功能失常有關，治療以清肝祛風，退翳明目為主。故用自擬方：防風6g，木賊10g，決明子20g，青葙子15g，桑葉15g，蛇蛻3g，蟬蛻6g，野菊花15g，杭菊花15g，穀精草15g，密蒙花15g，生芪30g，白蒺藜10g，甘草3g。方中，木賊，用於治療肝經風熱，目赤翳膜，畏光流淚。《嘉佑本草》：「言目疾，退翳膜」。防風，散上焦風熱，祛風退赤，《本草正》：防風，氣味俱輕，故散風邪，退翳。桑葉、野杭菊花，擅疏風散熱，清肝明目止淚，退翳消障。決明子，歸肝經，《本草求真》：除風散熱，苦能泄熱，鹹能軟堅，甘能補血，力薄氣浮，又能升浮，能升散風邪，故為清肝治目收淚之要藥。青葙子，歸肝經，用於肝熱目赤，瞳神緊小，黑睛生翳，疼痛流淚。《本草正》「能清肝火血熱，故治赤眼，退赤障，消翳腫」。蛇蛻、蟬蛻，歸入肝經，散風熱，目赤腫痛，畏光流淚，退翳明目，除翳膜。谷精草、密蒙花，歸肝經，肺經，散風熱，退翳明目。白蒺藜，《本草逢原》：為治風明目要藥，目病為風木之邪，風盛則目病，風去則目明矣。用於風熱翳膜，目赤流淚。中醫理論認為：「正氣存內，邪不可干」，故方中運用了生黃芪30g，以扶正祛邪，增強自身抵抗力，預防復發。通過治療觀察，實驗組和對照組在基礎用藥的基礎上，實驗組不但能提高療效，而且能明顯縮短病程，預防復發。

參考文獻

[1] 鄭筱萸. 中藥新藥臨床研究指導原則[S]. 北京: 中國醫藥科技出版社, 2002：29.

[2] 惠延年. 眼科學[M]. 北京. 人民衛生出版社. 2001.5.29:84

[3] 彭清華. 中醫眼科學[M]. 北京：中國中醫藥出版社，2012：135

（編委：王冠明審校2021.07.08）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved