

中西医结合治疗干眼症的现状与展望

赵小静

作者单位:(301900)中国天津市蓟县中医医院眼科
作者简介:赵小静,本科,主治医师,研究方向:青光眼。
通讯作者:赵小静. xiaojing1975@163.com
收稿日期:2012-11-21 修回日期:2013-01-14

Status and prospects for integrative treatment of dry eye syndrome

Xiao-Jing Zhao

Department of Ophthalmology, Jixian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301900, China

Correspondence to: Xiao-Jing Zhao. Department of Ophthalmology, Jixian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301900, China. xiaojing1975@163.com

Received:2012-11-21 Accepted:2013-01-14

Abstract

• Keratoconjunctivitis sicca, commonly known as the 'dry eyes', is to point to any cause to tear quality or quantity anomaly or dynamic anomaly, leading to decline tear film stability, and accompanied by eye discomfort and/or ocular surface tissue lesion characteristics of many kinds of disease body. In recent years the study on pathogeny and pathogenesis continuously go deep into the research, combining traditional Chinese and western medicine treatments of dry eyes and had made new progress. The present study reviewed nearly 3 years relevant literature researches. The combination of traditional Chinese and western medicine treatment methods are summarized.

• KEYWORDS: dry eyes; combining traditional Chinese and western medicine treatment; present situation and prospect

Citation: Zhao XJ. Status and prospects for integrative treatment of dry eye syndrome. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2013;13(2): 299-301

摘要

角结膜干燥症俗称“干眼症”是指任何原因造成的泪液质或量异常或动力学异常,导致泪膜稳定性下降,并伴有眼部不适和/或眼表组织病变特征的多种疾病的总称。近年来对本病的发病机制研究的不断深入,中西医结合治疗干眼症取得新的进展。本人回顾了近3a来有关的文献研究,对中西医结合治疗方法进行了综述。

关键词:干眼症;中西医结合治疗;现状与展望

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2013.02.22

引用:赵小静.中西医结合治疗干眼症的现状与展望.国际眼科

杂志 2013;13(2):299-301

0 引言

干眼症是眼科常见病之一,其常见的临床症状包括眼睛干涩、患者容易疲倦、眼区痒、有异物感、灼热感、眼皮紧绷沉重、分泌物粘稠、怕风、畏光、对外界刺激很敏感、暂时性视力模糊等^[1]。

1 发病机制

引起干眼症的病因很多,但常将其病因分为四型:(1)水液层泪腺泪液分泌不足,是最常见病因;(2)油脂层分泌不足;(3)黏液素层分泌不足;(4)泪液过度蒸发导致泪膜分布不均匀。在日常生活中可以导致干眼症的原因主要包括5种情况:(1)长时间从事计算机操作、读书或其他精细的作业导致瞬目次数减少而引起泪液减少;(2)配戴隐形眼镜、患有过敏性结膜炎以及大气污染、紫外线等的影响而引起的泪液减少或者泪液的质量下降。(3)自身眼裂大或所处环境干燥等引起泪液蒸发过多。(4)部分降压药的应用及精神安定剂也会减少泪液的产生。(5)年龄增长、睡眠不充分或精神紧张等生理原因也会引起泪液质量的下降。临床分类中将干眼症病因共分为两类:泪液生成部分不足型及泪液蒸发过强型。干眼症病因并不是相互完全独立的,事实上,各分类之间常常存在交叉且会同时存在,临床中各病因很少单独出现。

西医学认为干眼症的发病机制主要是由于年老或其他因素导致雄激素缺乏进而破坏调节T淋巴细胞和效应T淋巴细胞之间的平衡,T淋巴细胞的渗透恢复而发生泪腺的炎症进而使眼表腺体功能性静止,泪液分泌减少引发干眼症;近年研究表明,任何导致泪膜完整性和功能的破坏的损害因素(临床中常见的因素包括泪腺腺泡细胞和眼表上皮细胞的凋亡异常增加或者是性激素的失调等),都可引起干眼不适症状,而泪膜的持续异常可损伤眼表正常的修复或防御机制,导致眼表和泪腺处于一种慢性炎症状态,炎症因子可通过刺激人体淋巴细胞增生来避免泪腺相应的免疫攻击,其自身也可干扰正常腺体的分泌;同时炎症因子还可作用于人体交感及副交感神经来抑制眼表相应的感觉神经的活性进而导致泪膜完整性的破坏。临床中干眼症各个发病机制中的各因素间是相互影响相互关联的,故临床中单一的治疗手段可能无法解决干眼症中的全部问题,所以近年多采用中西医结合治疗干眼症并取得良好的临床疗效。

2 病理表现

虽然临床中引起干眼症的起始病因不同,但一旦进入干眼症的进展阶段,炎症就成为干眼发病机制中最关键的因素,这就使得不同类型的干眼症表现出相似的病理生理改变。因此纵使干眼症的临床表现类型不同,但其病理生理改变很相似。眼表细胞的改变裂隙灯检查可见球结膜轻微充血、结膜囊少量黏液分泌物、角膜荧光素染色着色

或角膜卷缩。结膜活检显示浆液腺显示淋巴细胞浸润,纤维性变,最后萎缩;结膜上皮浅层分离并分层,杯状细胞减少或消失^[2]。但早期结膜刮片,杯状细胞常增多。同时唇腺活检显示在唇黏膜腺和小涎腺上皮及肌上皮细胞膨胀,间质中淋巴细胞和浆细胞浸润,这些都了解泪腺的病变情况。

3 干眼症的治疗

干眼症的治疗方法分为药物治疗和手术治疗,其中最主要的还是要以消除诱因为主,让眼睛得到充分的休息,并多眨眼保持眼球表面的湿润;还可以用人工泪液进行替代治疗;目前临床中应用效果较好的治疗方法为中西医结合进行治疗,多人用此方法在临床对患者进行治疗后均取得令人满意的疗效。

3.1 中医辨证论治 运用中医整体观念对干眼症进行治疗时应尤其注意患者全身状态的整体性的调节。中医传统观点认为干眼症的发生主要与肺、肝及肾三脏有密切关系,“肝受血则能视”、“肝开窍于目”等理论是指肝系可以将血液等营养物质上输注目;肾主水主津液,肺主宣发肃降津液、水液,两者相互作用而使津液上承于目而滋润目。故在临床治疗中可针对不同症型给予患者不同的中药进行局部熏洗治疗以及相应的中药内服、眼周穴位按摩、针灸治疗等,辩证论治体系是中医学体系中最为重要的一环。本病运用中西医结合治疗方法在临床上往往可以取得较好的满意疗效。喻京生等^[3]用中西医结合治疗干眼症60例中采用辩证论治分为3型:(1)肺阴不足型予以养阴清肺汤加减;(2)肝肾阴虚型予以杞菊地黄丸加减;(3)脾虚气弱型予以归脾汤加减。沈莉^[4]运用中西医结合治疗干眼症进行辩证分型认为共分为4型:(1)肺阴不足型给予养阴清肺汤;(2)肝肾阴虚型给予六味地黄汤;(3)虚火浮越型给予金匱肾气丸;(4)脾虚气弱型给予归脾汤。治疗组55例中显效31例,有效17例,无效7例,总有效率87.3%;对照组55例中显效18例,有效24例,无效13例,总有效率76.4%。黎喜燕等^[5]在中西医结合治疗泪液缺乏型干眼症中用辩证论治分为3型:(1)肝肾阴虚型治则滋补肝肾,用杞菊地黄汤加减;(2)肺阴不足型治则养阴清肺、生津润燥,用养阴清肺汤加减;(3)湿热伤阴型治则滋阴利湿、宣畅气机,治用三仁汤合二至丸加减。观察组68例患者中45例痊愈,7例显效,5例好转,11例无效,治疗总有效率为83.82%;对照组68例患者中34例痊愈,6例显效,3例好转,25例无效,治疗总有效率为63.24%。故我们认为对于此病的中医辩证分型较统一的有3型为肺阴不足型、肝肾阴虚型、脾虚气弱型。至于还有其他的辩证分型则是各个医家根据具体情况而定,针对本病各型治疗所用的方药也要根据具体情况而加减运用。结果证实在对本病进行辩证论治之后的对症结合西医治疗能获得更好疗效。

3.2 中西医结合治疗 陈云珍等^[6]在治疗干眼症患者125例中用单纯玻璃酸钠组(100例)治愈16例,好转65例,未愈19例,有效率为81.0%;联合组(98例)治愈20例,好转72例,未愈6例,有效率为93.9%。认为玻璃酸钠滴眼液联合鱼腥草滴眼液在干眼症治疗上的效果明显优于单独用西药组。鞠胜^[7]在运用雷火灸治疗干眼症中治疗组42例用雷火灸疗法结合玻璃酸钠滴眼液点眼。结果治疗组总有效率95.56%,对照组总有效率82.22%。认为赵氏雷火灸配合玻璃酸钠滴眼液疗法治疗干眼症临床疗

效显著,安全性好。王锋^[8]在芪明颗粒治疗2型糖尿病患者干眼症中采用芪明颗粒配合玻璃酸钠滴眼液治疗后,治疗组总有效率78.33%,对照组46.67%。治疗后两组BUT及泪液分泌量比较,治疗组明显优于对照组。认为芪明颗粒对干眼治疗有着显著的疗效。王连方等^[9]在中西医结合治疗干眼症45例中运用局部给予人工泪液配合中药口服处方。治疗的45例中显效15例,有效25例,无效5例,总有效率为88.89%。认为人工泪液配合中药内服治疗干眼症疗效显著,值得推广应用。李钟睿等^[10]在中药熏眼联合人工泪液治疗干眼症中,给予患者人工泪液点眼治疗的同时联合中药(应用野菊花、秦皮、黄柏、薄荷、桑叶、红花等)熏眼。治愈率达30.26%,总有效率达80.26%。治疗组疗效明显优于对照组,认为中药熏眼联合人工泪液治疗干眼症疗效显著。黄洁等^[11]在针灸联合人工泪液治疗干眼症中对38例患者使用针灸结合人工泪液治疗干眼症。临床效果证明此种疗效的持续效应优于单纯人工泪液治疗。认为针灸结合人工泪液是治疗干眼症的一种新途径,除了能够缓解干眼的症状外,还可以刺激泪腺的自主分泌,值得临床推广应用。郑晓霞^[12]在中西医结合治疗干眼症42例中采用玻璃酸钠滴眼液、维生素A及抗生素常规治疗外给予中药治疗(处方:百合、冬麦、沙参、玄参、决明子、当归、芍药、麦冬、当归、枸杞子、菊花、决明子、密蒙花)。治疗后显效14例,有效25例,总有效率为92.86%,观察组治疗后症状积分及泪液分泌量改善程度较对照组明显。认为中西医结合治疗干眼症疗效显著,优于单用西药治疗,值得临床推广应用。王全权等^[13]在润燥明目汤配合西药治疗干眼症20例中给予人工泪液滴眼及维生素A口服治疗同时予自拟润燥明目汤,结果治疗组总有效率明显优于对照组,FL, S I t, BUT改善优于对照组。认为润燥明目汤配合西药治疗干眼症有较好疗效。张芳^[14]在玄麦润目汤治疗干眼症39例中给予患者人工泪液滴眼液滴双眼的基础上采用玄麦润目汤超声雾化加口服治疗,结果治疗组总有效率76.9%,对照组总有效率60.0%。认为在人工泪液滴眼液滴双眼基础上采用玄麦润目汤超声雾化加口服治疗干眼症,效果优于单纯应用人工泪液滴眼液滴双眼。曾镜如^[15]在中西医联合治疗干眼症中试验组在西医治疗基础上加服中药方剂治疗结束后分析总结试验结果,试验组160例中显著130例,有效25例,无效5例,总有效率为96.88%;对照组160例中显著108例,有效23例,无效29例,总有效率为81.76%。认为中西医联合治疗干眼症药效持久温和,疗效显著,毒副作用小,是一种值得在临床上推广和应用的方法。黄洲基^[16]运用中西医结合治疗干眼症患者48例,治疗组口服润目汤并滴卡波姆眼液。48例中显效16例,有效29例,无效3例,总有效率93.75%;对照组30例中显效7例,有效14例,无效9例,总有效率70%。认为本治疗观察体现了中医治病求本的原则,达到标本兼顾的目的。赵莉^[17]在中西医结合治疗干眼症患者50例中对观察组在施行滴眼液治疗的基础上,通过清热养阴、生津润燥等中草药治疗,同时配合攒竹、承泣、迎香等穴位的针灸治疗后。观察组患者治疗的总体有效率约为90%,对照组患者的临床治疗总体有效率约为60%。认为在临床上选择适当的治疗方法,专研个体化治疗是提高临床疗效的关键所在。李利文^[18]运用中西医结合疗法治疗干眼症患者中,观察组54例患者应用玻璃酸钠的基础上给予杞菊地黄丸治疗。

结果观察组总有效率为 98.1%, 明显高于对照组 83.0%。认为中西医结合治疗干眼症疗效满意, 且无严重不良反应发生, 值得临床推广应用。周莹^[19] 运用中西药结合治疗干眼症患者, 采用中西药结合治疗(补肝四物汤加减)。观察组总有效率为 92.1%, 对照组总有效率为 75.0%。认为中西药结合治疗干眼症临床效果肯定, 副作用较小, 值得临床上推广和应用。

4 展望

近几年, 随着干眼症现代病理学研究的不断深入, 治疗方法也从原先单一的人工泪液疗法向针对病因的多因素个体化治疗方向发展^[20,21]。同时手术治疗方法也越来越多, 但对于有手术禁忌证的患者, 临床可应用人工泪液等西药同对患者进行辩证论治后的中医药结合治疗, 治疗取得良好的临床疗效。同时患者的临床观察结果也提示患者的各种症状、体征及试验室指标都有一定程度的改善, 这都体现了中医药结合西医治疗干眼症的优势, 我们应该更加进一步的在此方面探索发展。然而对于干眼症的致病机制以及怎样在临床中更加有效合理的应用中西医结合治疗干眼症, 怎样确定应用中西医结合治疗的标准和对症治疗方面仍有待于进一步探讨^[22,23]。

参考文献

- 1 Wladis EJ. Intraductal meibomian gland probing in the management of ocular rosacea. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2012; 28(6): 416-418
- 2 Yaguchi S, Ogawa Y, Kamoi M. Surgical management of lacrimal punctal cauterization in chronic GVHD-related dry eye with recurrent punctal plug extrusion. *Bone Marrow Transplant* 2012; 47(11): 1465-1469
- 3 喻京生, 颜家朝, 张晓利. 中西医结合治疗干眼症 60 例疗效观察. *中医药导报* 2012; 18(2): 107-108
- 4 沈莉. 中西医结合治疗干眼症疗效观察. *浙江中西医结合杂志* 2012; 22(6): 464-465
- 5 黎喜燕, 赵伟, 谭泳昌. 中西医结合治疗泪液缺乏型干眼症 68 例临床观察. *河北医学* 2012; 18(11): 1669-1671
- 6 陈云珍, 赵雪芹, 张茉莉, 等. 玻璃酸钠滴眼液联合鱼腥草滴眼液治疗干眼症的疗效观察. *国际眼科杂志* 2011; 11(4): 704-705
- 7 鞠胜. 雷火灸疗法治疗干眼症 84 例临床观察. *中国现代药物应用*

2012; 6(17): 64

- 8 王锋. 芪明颗粒治疗 2 型糖尿病患者干眼症的临床观察. *中国社区医师·医学专业* 2012; 20(14): 206-207
- 9 王连方, 任钰萍. 中西医结合治疗干眼症 45 例临床观察. *浙江中医杂志* 2012; 47(5): 347
- 10 李钟睿, 张晓梅, 刘丽娟. 中药熏眼联合人工泪液治疗干眼症的临床观察. *哈尔滨医科大学学报* 2012; 46(2): 184-185
- 11 黄洁, 赵婕, 徐红, 等. 针灸联合人工泪液治疗干眼症的疗效观察. *眼科新进展* 2012; 32(9): 847-849
- 12 郑晓霞. 中西医结合治疗干眼症 42 例疗效观察. *中国现代医生* 2011; 49(20): 117-118
- 13 王全权, 陈海林, 宗芳, 等. 润燥明目汤配合西药治疗干眼症 20 例. *中国中医急症* 2011; 20(8): 1303-1304
- 14 张芳. 玄麦润目汤治疗干眼症 39 例疗效观察及护理. *河北中医* 2011; 33(5): 748-749
- 15 曾镜如. 中西医联合治疗干眼症临床观察 160 例. *中国医药指南* 2010; 8(16): 30-31
- 16 黄洲基. 中西医结合治疗干眼症 48 例. *中国中医药现代远程教育* 2012; 10(18): 34-35
- 17 赵莉. 中西医结合治疗干眼症 50 例. *中国中医药现代远程教育* 2012; 10(11): 38-39
- 18 李利文. 中西医结合治疗干眼症的临床观察. *中国医药指南* 2012; 10(2): 18-19
- 19 周莹. 中西药结合治疗干眼症临床疗效研究. *甘肃医药* 2011; 30(10): 612-613
- 20 Murakami Y, Manche EE. Prospective, randomized comparison of self-reported postoperative dry eye and visual fluctuation in LASIK and photorefractive keratectomy. *Ophthalmology* 2012; 119(11): 2220-2224
- 21 Lee SY, Petznick A, Tong L. Associations of systemic diseases, smoking and contact lens wear with severity of dry eye. *Ophthalmic Physiol Opt* 2012; 32(6): 518-526
- 22 Clark D, Eggenberger E. Neuro-ophthalmology of movement disorders. *Curr Opin Ophthalmol* 2012; 23(6): 491-496
- 23 Swymer C, Neville MW. Tafluprost: the first preservative-free prostaglandin to treat open-angle glaucoma and ocular hypertension. *Ann Pharmacother* 2012; 46(11): 1506-1510