

深层疱疹性角膜炎辨证规律的探讨

——附 41 例临床疗效分析

中国中医研究院广安门医院眼科 高培质

内容提要：作者根据深层疱疹性角膜炎 41 例 43 只眼的临床观察，认为本病应以气虚为本，风热为标，分为风热、气虚、阴虚三型，分别制定专方施治，治法各有侧重。治疗后全部有效，复发率和致盲力减低，治愈率达 58.1%。

深层疱疹性角膜炎为单纯疱疹性角膜炎的深基质层型，包括盘状角膜炎及深层角膜基质炎。整个角膜基质层有浸润水肿，后弹力层皱褶及角膜后沉淀物。本病病情严重，病程冗长，且易反复发作，对视力影响大，甚至失明。目前对本病尚缺乏理想的疗法，不能控制其复发，这就造成本病复发率及致盲率高于其他角膜病。我们根据祖国医学对眼病诊治的整体观念，运用中医辨证论治治疗本病，收到较为满意的效果，对本病的辨证论治规律，也有了新的认识。现将 1985 年 1 月至 1986 年 6 月临床观察的 41 例 (43 只眼) 进行分析，报告结果如下：

临 床 资 料

观察病例来源于我院门诊及住院病人。男性 31 例，女性 10 例。41 例，有 2 例双眼发病，其余均为单眼发病，计右眼 23 只，左眼 20 只。病程最短 5 天，最长 720 天，平均 130.6 天。发病次数最少 1 次，最多 10 次以上，平均 3.3 次；其中发病 2 次以上者 25 例，占 61%。发病诱因以感冒、发烧、过度疲劳为多，共 27 例，占 65.9%。角膜病变类型属盘状角膜炎 28 只眼，占 65.1%；弥漫性实质性角膜炎 15 只眼，占 34.9%。

治疗方法和结果

一、辨证分型治疗

1. 风热型：共有 16 例 (16 只眼)。病之初期多有感冒、发热等诱因。发病急，畏光、流泪、眼痛等刺激症状显著，眼睑浮肿、球结膜睫状充血或混合性充血较重，角膜实质层混浊、水肿，伴虹膜睫状体炎症，而病人全身症状不明显。多数病人容易感冒，过服苦寒中药则纳减或大便稀溏。舌苔薄白，舌质正常或略肿胀，或伴齿印，脉细或无力。治以祛风清热为主，辅以健脾益气。方用病毒 1 号方 (自制)，主要药物有防风、金银花、蝉衣、白术、茯苓、当归等。水煎，每日一剂。

2. 气虚型：共有 21 例 (23 只眼)。发病时间较长，迁延难愈，发病前多有感冒、发热、过度疲劳史，或病后有服苦寒中草药史。自觉症状较轻，畏光，视力明显下降，喜闭眼，一般无泪，无分泌物，球结膜充血轻微或不充血，角膜实质层及后弹力层水肿明显，呈盘状或弥漫性混浊，有的角膜表层溃疡或大小水泡长期不消。全身症状较明显，表现有纳差、全身乏力或下肢痿软、喜热恶寒、大便稀溏等。舌苔薄白或稍腻，舌质胖嫩，伴明显的齿印。脉沉细无力，以右脉为著。治以健脾益气、升阳利水为主。方用病毒 2 号方 (自制)，主要药物有太子参、炒白术、薏仁、柴胡、蝉衣等。水煎，每日一剂。

3. 阴虚型：本组中仅有 4 例 (4 只眼)。病程长，时轻时重。自觉畏光、干涩、无泪，球

结膜充血不重,但长期不消,角膜实质层混浊,水肿较轻。多有口干喜冷饮,以夜间为著,大便干。苔少或无苔,舌质红,脉细。治以养阴清热为主。方用病毒3号方(自制),主要药物有生地、麦冬、五味子、白蒺藜等。水煎,每日一剂。

二、辅助治疗

眼局部点用抗病毒1号眼药水(本院制剂室配制),每小时一次。1%阿托品眼膏每晚涂一次。每日湿热敷三次,每次15分钟。

本组角膜水肿严重病例中有12例配合点用氟美松和氯霉素混合液。局部点用激素的病人必须具备以下条件:(1)角膜表层浸润或溃疡完全吸收或愈合;(2)角膜实质层水肿严重且长期不消;(3)必须按时点用有效的抗病毒药物;(4)角膜水肿消退时,点激素药次数宜递减(一般开始只每日点2~3次),直至停用;(5)医生要密切观察病人角膜表层的变化,一旦发现浸润或溃疡时必须立即停用。

三、治疗结果

疗效标准制订如下。痊愈:自觉症状消退,充血消失,角膜表层荧光素染色阴性,表面光滑,角膜厚度正常或略薄,留有不同程度的瘢痕,角膜后壁沉着物(kp)变为棕色,房水闪光阴性,视力有不同程度提高。有效:自觉症状与充血消退,角膜水肿及混浊减轻1/2以上,kp大部分变为棕色,房水闪光阴性。无效:自觉症状与角膜水肿混浊无变化或较治疗前加重。

本组43只眼,治疗后获痊愈25只眼(风热型9只眼,气虚型14只眼,阴虚型2只眼),占58.1%;有效18只眼(风热型7只眼,气虚型9只眼,阴虚型2只眼),占41.9%。无无效病例。各型疗效经统计学处理无显著性差异。

各型的开始有效时间最短10.1天(风热型),最长11.5天(阴虚型),平均为10.9天;角膜水肿消失时间最短34.5天(气虚型),最长68.5天(阴虚型),平均为42.2天;充血消失时间最短26天(风热型),最长89天(阴虚型),平均为35天。以上三项所需时间均以阴虚型

为最长。

治疗前43只眼的视力统计,仅有光感或眼前手动者7只眼、能数手指者16只眼、视力为0.02~0.04者6只眼、0.05~0.09者1只眼、0.1~0.2者8只眼、0.3~0.4者3只眼;视力为0.5者仅2只眼。治疗后复查视力36只眼,复查结果分别为2、2、4、4、11、5只眼;视力 ≥ 0.5 者8只眼。统计结果表明:治疗前视力 ≤ 0.04 者29只眼(67.4%),治疗后只有8只眼(22.2%);治疗前视力0.1~0.5(最佳视力)者共13只眼(30.2%),治疗后视力0.1~1.2者24只眼(66.7%)。治疗前43例的平均对数视力值为 $3.13 \pm 1.05(M \pm SD, \text{下同})$,治疗后36例平均对数视力为 4.04 ± 0.78 。经统计学处理治疗前后有显著性差异($P < 0.001$)。

四、典型病例

例一:蔡×,女,18岁,1985年8月12日初诊,病历号166688。右眼发红、畏光、流泪、疼痛7天。发病前曾患感冒,三年来反复发作三次。查眼:视力右眼0.2,左眼1.5。右球结膜混合性充血(+),角膜中央有约 $6 \times 6 \text{ mm}$ 圆形盘状混浊,角膜全层水肿,约有二个角膜厚度,羊脂样kp(++),房水闪光(-),角膜知觉减退。纳佳,二便润,舌苔薄白,舌质红,脉细稍数。诊断为右眼盘状角膜炎合并虹膜睫状体炎。中医诊断为混睛障,风热型。治以祛风清热法为主,选服自制病毒1号方,每日一剂,分二次煎服。眼部点用中药病毒1号眼药水及1%阿托品眼膏并湿热敷。8月29日复查,自觉症状消失,角膜水肿消退,恢复正常厚度,角膜中央留有斑翳,kp变棕色,病眼视力0.4。治疗后随访2年,未有复发,视力有所提高。

例二:朱××,男,58岁,1985年1月14日初诊,病历号159718。左眼畏光、眼胀、视力下降已20余天,经用西药治疗无效。发病前无明确诱因。1981~1983年曾有二次发病。查眼:左眼视力眼前手动,球结膜混合性充血(++),角膜全层弥漫性混浊,水肿明显,

角膜增厚两倍,后弹力层线状混浊,灰白色kp(++),虹膜部分后粘连,瞳孔不呈正圆形,房水闪光(-),角膜知觉减退。诊断为左眼单纯疱疹性角膜炎,深层弥漫型,合并虹膜睫状体炎。中医诊断为混睛障,气虚型。初诊时根据大便稍干,脉弦细,误诊为肝胆实热,投予龙胆泻肝汤加减以清利肝胆。仅服四剂而病情加重,大便稀溏,乃按气虚型改予自制病毒2号方治疗。服药后迅速好转,至2月14日自觉症状及充血全消,角膜水肿消退,角膜混浊基本吸收,留有少许云翳,kp变为棕色,房闪(-),视力0.8。治疗后随访2年,无复发。

讨 论

深层疱疹性角膜炎的临床表现与中医眼病的混睛障症有相似之处。近些年来,中医眼科专著及文献报道多认为本病与肝经风热、肝胆实热、湿热上犯、热极生翳、气滞血瘀及热盛耗津、津液亏耗等有关,故多采用清热解热、清热除湿、理气化滞、养阴清热等法治疗^(1~4)。近年来有人从免疫学方面进行研究,发现本病患者细胞免疫低下,特别是病程长与反复发作的病人更为明显,经用黄芪等免疫促进剂治疗后免疫机能开始上升⁽⁵⁾。

我们通过几年的临床观察,认为本病有以下几个特点:(1)其发病与复发多有感冒或/和发烧、过度疲劳等诱因;(2)病程长,反复不愈,愈后且易复发;(3)发病初期一般都有眼痛、畏光、流泪、眼红等症状,病至中、晚期,这些症状明显减轻,只是畏光症状持续时间较长,无眼泪,无分泌物;(4)角膜水肿、混浊,视力下降严重,角膜知觉减退或消失,而刺激症状轻微;(5)常伴有纳呆、体乏或下肢疲软等全身症状,不少病人喜热食,舌质胖嫩,多伴齿印,脉沉细无力;(6)大部分病人于服用苦寒药物偏多后,大便变为稀溏,食纳减少,角膜表层溃疡长期不愈或反复发作。

基于上述所见,笔者认为本病应以气虚为本,风热为标。外感风热系由表虚不固所致。由于肺主气,主皮毛,肺病日久,可累及脾胃。

有因过服苦寒药物伤害中阳,有因饮食劳倦伤及脾胃,均可导致运化失调。若劳倦内伤,元气不足,亦可影响阴血亏虚。根据这些认识,我将深层单纯疱疹性角膜炎分为风热型、气虚型及阴虚型,分别用自制病毒1号、2号、3号方进行治疗。病毒1号方系以祛风清热治标为主,辅以健脾益气以治本;病毒2号方系以益气健脾、升阳利水治本为主,辅以少许清热药以治标;病毒3号方系以养阴清热为主。阴虚型病人很少,本文仅4例,且其中仅1例阴虚证较明显,其余3例均兼有脾气虚表现,故在养阴清热药中兼用健脾益气之品。

本文报告的41例患者,在治疗过程中有7例有1~3次小反复。停药后经2年随访,仅2例在停药后1~2个月时有不同程度的反复,可能与停药过早有关。

几年来,我们在中医整体治疗思想的指导下,对本病进行辨证论治,通过临床实践,对本病的发病机理和辨证论治规律有了进一步的认识,治疗效果较为满意。今后将在此基础上,继续探索治疗本病的辨证论治规律,为进一步减少复发率和致盲率,提高本病的治疗效果而努力。

参 考 文 献

- (1) 陆南山. 眼科临证录. 第1版. 上海科技出版社, 1979: 7~14.
- (2) 广州中医学院. 简明中医眼科学, 第1版. 上海人民出版社, 1971: 79.
- (3) 李纪源, 等. 眼病, 第1版. 河南科学技术出版社, 1984: 55.
- (4) 陆绵绵. 中西医结合治疗眼病, 第1版. 北京: 人民出版社, 1976: 135.
- (5) 吴连玺, 等. 中华眼科杂志1981; 17(6): 344.

振兴中医事业 培养医学人才 清华中医学校函授部面向全国招生

学制四年, 选用全国统编函授教材, 针对自学考试开设中基、诊断、中药、方剂、医古文、中医内、妇、儿科、针灸、西医内科、生理、解剖等十六门课程。各科均由著名中医专家、教授辅导教学。凡高中以上文化程度者均可报名。汇报名费2元至安徽颍上清华中医学校函授部即寄简章和登记表。