

•眼科专题

# 抑阳酒连散联合西药治疗 急性前部葡萄膜炎的临床疗效观察

黄小云

(台山市中医院五官科, 广东 江门 529200)

**摘要:** **目的** 探讨抑阳酒连散联合复方托吡卡胺、妥布霉素地塞米松对急性前部葡萄膜炎患者临床症状及炎症因子、免疫功能水平的影响。**方法** 回顾性分析2018年1月至2020年1月于台山市中医院就诊的72例急性前部葡萄膜炎患者的临床资料,根据不同的治疗方法将其分为西药组(36例,复方托吡卡胺、妥布霉素地塞米松治疗)和联合组(36例,抑阳酒连散联合复方托吡卡胺、妥布霉素地塞米松治疗),两组患者均治疗1个月,并定期随访24个月。比较两组患者治疗1个月后临床疗效,症状消失时间,治疗前与治疗2周后炎症因子、免疫功能指标水平,治疗后6、12、24个月复发率。**结果** 治疗1个月后联合组患者临床总有效率高干西药组;畏光消失时间、流泪消失时间、眼痛消失时间及视力恢复时间均短于西药组;与治疗前比,治疗2周后两组患者血清白细胞介素-5(IL-5)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )及外周血CD8<sup>+</sup>百分比均降低,且联合组低于西药组;而血清白细胞介素-10(IL-10)及外周血CD4<sup>+</sup>、CD3<sup>+</sup>百分比,CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>比值均升高,且联合组高于西药组;联合组患者治疗后6、12、24个月的复发率均低于西药组(均 $P<0.05$ )。**结论** 抑阳酒连散联合复方托吡卡胺、妥布霉素地塞米松治疗急性前部葡萄膜炎患者,其疗效确切,能显著改善患者临床症状与细胞免疫功能,促进其视力恢复,并能够降低炎症因子水平,减少后续疾病复发。

**关键词:** 急性葡萄膜炎;抑阳酒连散;复方托吡卡胺;妥布霉素地塞米松;炎症因子;免疫功能;视力恢复

**中图分类号:** R773

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2022.11.0017.04

葡萄膜炎属于眼睛内部的常见炎症疾病,结合解剖部位划分为全葡萄膜炎、前部葡萄膜炎、后部葡萄膜炎及中间葡萄膜炎,患者易伴随全身自身免疫病,可因病情反复发作出现一系列严重的并发症,导致患者失明。前部葡萄膜炎多影响虹膜和睫状体的前部,是最常见的一类葡萄膜炎,患者多起病急。西医治疗时常选择糖皮质激素、免疫抑制剂、非甾体抗炎药进行对症治疗,但受个体因素影响,不同患者的疗效不一,且存在一定的不良反应<sup>[1]</sup>。因此,需积极探索出更为合理、有效的治疗方案。中医学认为,急性前部葡萄膜炎出现多与肝经风热或者肝胆湿热有关,上攻于目或者风湿热邪在经络流窜,上犯清窍进而致病<sup>[2]</sup>。抑阳酒连散具有祛风、除湿、清热的功效,经研究证实,其用于治疗风湿夹热所致急性前葡萄膜炎,有助于改善患者眼痛、流泪等临床症状<sup>[3]</sup>。基于此,本研究旨在探讨抑阳酒连散联合复方托吡卡胺、妥布霉素地塞米松对急性前部葡萄膜炎患者临床症状及炎症因子、免疫功能水平的影响,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 回顾性分析2018年1月至2020年1月于台山市中医院就诊的72例急性前部葡萄膜炎患者的临床资料,根据治疗方式的不同将其分成西药组(36例)和联合组(36例),西药组患者中男性20例,女性16例;年龄30~58岁,平均(42.35±5.68)岁;病程1~4d,平均(3.02±0.68)d。联合组患者中男性21例,女性15例;年龄30~60岁,平均(42.40±5.42)岁;病程1~5d,平均(3.05±0.54)d。两组患者一般资料相比,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),组间具有可比性。纳入标准:西医符合《眼科学(第8版)》<sup>[4]</sup>中有关急性前部葡萄膜炎的诊断标准,中医符合《中医眼科学》<sup>[5]</sup>中有关风湿夹热证的诊断标准者;存在眼红、眼痛、流泪、畏光及视力降低等症状者;经眼前节检查确诊者;眼珠疼痛和坠胀感,眉棱骨胀痛感者;瞳神缩小、神水混浊、眼睛后壁存在沉着物者;病情缠绵,处在反复发作状态者;舌红,舌苔黄腻,脉弦数或者濡数者。排除标准:存在角膜溃疡或青光

**作者简介:** 黄小云,大学专科,主治医师,研究方向:五官科相关疾病的诊疗。

[12] 王道斌,李永康,罗磊.两种治疗方案对行大型翼状胬肉切除术患者眼部舒适度及随访复发率的影响[J].中国药物与临床,2019,19(7):1083-1085.

[13] 鲁江,贺经,刘云.翼状胬肉切除联合自体角膜缘干细胞移植术后硬性角膜接触镜的干预效果[J].国际眼科杂志,2017,17(6):1188-1190.

眼等其他眼部疾病者；妊娠期或者哺乳期女性；肝、肾、心等重要脏器存在严重病变者；过敏体质者；存在认知障碍、严重神经系统病或者精神病者等。本研究经院内医学伦理委员会批准。

**1.2 治疗方法** 西药组患者予以常规西医治疗，方法如下：使用复方托吡卡胺滴眼液（沈阳兴齐眼药股份有限公司，国药准字 H20055546，规格：5 mL：托吡卡胺 25 mg，盐酸去氧肾上腺素 25 mg）和妥布霉素地塞米松滴眼液（齐鲁制药有限公司，国药准字 H20020497，规格：5 mL：妥布霉素 15 mg；地塞米松 5 mg）滴眼，1 滴 / 次，4~6 次 /d。联合组患者在西药组的基础上联合中医治疗，选择抑阳酒连散口服，方剂组成包含：生地黄 15 g，防己、寒水石、栀子、黄芩（酒制）、白芷、防风、羌活、蔓荆子、知母、黄柏各 10 g，独活、黄连（酒制）各 6 g，将上述药材加入适量水煎煮之后取汁 400 mL，分成 2 次于早晚温服，200 mL / 次，1 剂 /d，治疗期间注意患者是否发生不良反应。两组患者均治疗 1 个月，并定期随访 24 个月。

**1.3 观察指标** ①治疗 1 个月后临床疗效，参照《眼科学（第 8 版）》<sup>[4]</sup> 中的判定标准，疼痛、流泪及畏光等症状消失，炎症完全控制，角膜后沉着物（KP）、房水闪光消失，视力在原基础上提高 0.5 以上为显效；眼内炎症基本控制，疼痛、流泪及畏光等症状有所缓解，KP、房水闪光（+），视力在原基础上提高 0.1~0.5 为有效；眼内炎症未控制，眼部病变无任何改善甚至加重为无效。总有效率 = 显效率 + 有效率。②临床症状消失时间和视力恢复时间，临床症状消失时间包括畏光消失时间、流泪消失时间、眼痛消失时间。③炎症因子水平，采集两组患者治疗前与治疗 2 周后空腹状态下的静脉血 3 mL，以 3 000 r/min 的转速，离心 15 min 后分离取血清，经酶联免疫吸附实验法对血清白细胞介素 -5（IL-5）、白细胞介素 -6（IL-6）、白细胞介素 -10（IL-10）、肿瘤坏死因子 - $\alpha$ （TNF- $\alpha$ ）水平进行检测。④免疫功能，采血方式同③，采用流式细胞检测仪对两组患者外周血中的 T 细胞亚群 CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>、CD3<sup>+</sup> 百分比进行检测，并计算 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 比值。⑤复发情况，统计两组患者治疗后 6、12、24 个月的疾

病复发情况。

**1.4 统计学方法** 使用 SPSS 23.0 统计软件分析数据，计数资料与计量资料分别以 [例 (%)]、 $(\bar{x} \pm s)$  表示，两组间比较分别采用  $\chi^2$ 、 $t$  检验。以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 临床疗效** 治疗 1 个月后联合组患者临床治疗总有效率高于西药组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
西药组	36	15(41.67)	13(36.11)	8(22.22)	28(77.78)
联合组	36	19(52.78)	16(44.44)	1(2.78)	35(97.22)
$\chi^2$ 值					4.571
$P$ 值					<0.05

**2.2 症状消失与视力恢复时间** 联合组患者畏光消失时间、流泪消失时间、眼痛消失时间及视力恢复时间均短于西药组，差异均有统计学意义（均  $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者症状消失与视力恢复时间比较  $(\bar{x} \pm s, d)$

组别	例数	畏光消失时间	流泪消失时间	眼痛消失时间	视力恢复时间
西药组	36	7.48 $\pm$ 1.28	7.98 $\pm$ 1.32	8.95 $\pm$ 1.62	24.35 $\pm$ 4.68
联合组	36	4.12 $\pm$ 1.35	5.06 $\pm$ 1.44	6.68 $\pm$ 1.50	18.25 $\pm$ 3.46
$t$ 值		10.837	8.969	6.169	6.289
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**2.3 炎症因子水平** 与治疗前比，治疗 2 周后两组患者血清 IL-5、IL-6、TNF- $\alpha$  水平均降低，且联合组低于西药组；而血清 IL-10 水平升高，且联合组高于西药组，差异均有统计学意义（均  $P < 0.05$ ），见表 3。

**2.4 免疫功能指标** 与治疗前比，治疗 2 周后两组患者外周血 CD4<sup>+</sup>、CD3<sup>+</sup> 百分比，CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 比值均升高，且联合组高于西药组；而外周血 CD8<sup>+</sup> 百分比均降低，且联合组低于西药组，差异均有统计学意义（均  $P < 0.05$ ），见表 4。

**2.5 复发率** 联合组患者治疗后 6、12、24 个月复发率均低于西药组，差异均有统计学意义（均  $P < 0.05$ ），见表 5。

表 3 两组患者炎症因子水平比较  $(\bar{x} \pm s, ng/L)$

组别	例数	IL-5		IL-6		IL-10		TNF- $\alpha$	
		治疗前	治疗 2 周后	治疗前	治疗 2 周后	治疗前	治疗 2 周后	治疗前	治疗 2 周后
西药组	36	35.92 $\pm$ 9.32	27.46 $\pm$ 1.84*	76.50 $\pm$ 7.24	43.50 $\pm$ 7.22*	19.74 $\pm$ 2.32	23.40 $\pm$ 2.45*	61.78 $\pm$ 0.15	41.56 $\pm$ 0.16*
联合组	36	36.85 $\pm$ 8.26	17.35 $\pm$ 1.28*	76.48 $\pm$ 7.35	32.50 $\pm$ 7.45*	19.65 $\pm$ 2.45	28.86 $\pm$ 2.54*	61.75 $\pm$ 0.20	31.24 $\pm$ 0.14*
$t$ 值		0.448	27.063	0.012	6.362	0.160	9.283	0.720	291.247
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，\* $P < 0.05$ 。IL-5：白细胞介素 -5；IL-6：白细胞介素 -6；IL-10：白细胞介素 -10；TNF- $\alpha$ ：肿瘤坏死因子 - $\alpha$ 。

表 4 两组患者免疫功能指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	CD3 <sup>+</sup> (%)		CD4 <sup>+</sup> (%)		CD8 <sup>+</sup> (%)		CD4 <sup>+</sup> /CD8 <sup>+</sup>	
		治疗前	治疗 2 周后	治疗前	治疗 2 周后	治疗前	治疗 2 周后	治疗前	治疗 2 周后
西药组	36	60.38±6.02	62.60±2.05*	32.38±5.14	40.12±5.48*	27.68±4.12	22.98±3.86*	1.17±0.34	1.72±0.30*
联合组	36	59.76±6.14	65.78±6.75*	32.20±5.25	47.50±5.36*	27.56±4.20	18.25±3.42*	1.16±0.32	2.68±0.35*
<i>t</i> 值		0.433	2.705	0.147	5.777	0.122	5.503	0.129	12.495
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,\**P*<0.05。

表 5 两组患者复发率比较 [例 (%)]

组别	例数	治疗后 6 个月	治疗后 12 个月	治疗后 24 个月
西药组	28	7(25.00)	11(39.29)	15(53.57)
联合组	35	0(0.00)	3(8.57)	6(17.14)
$\chi^2$ 值		7.475	8.490	9.289
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05

### 3 讨论

急性前部葡萄膜炎作为临床常见的眼部疾病,患者多起病急,且病理表现显著,局部伴随明显症状,未及时治疗或者病情迁延不愈,能导致多类并发症的发生,使其视力严重受损,甚至失明。西医学上认为,急性前部葡萄膜炎的出现和多类因素有关,如细菌、真菌及病毒感染和机械性、化学性损伤等<sup>[6]</sup>。急性前部葡萄膜炎的主要发病机制为免疫反应,治疗时多采取对症用药,但疗效往往不理想,且长期用药易产生疼痛、出血等不良反应,影响预后效果。

中医学将急性前部葡萄膜炎归为“瞳神缩小”范畴,认为其主要病因为外感六淫之邪,其中风、湿、热比较常见;主要病机在于肝、胆、胃、脾及肾脏功能紊乱。风湿和热邪相搏,风湿邪热熏蒸肝胆,上攻头目,进而引起诸多症状<sup>[7]</sup>。治疗时需坚持祛风、除湿、清热的原则。抑阳酒连散具有抑阳缓阴的功效,方中生地黄、寒水石及知母可滋阴抑阳、泻火;独活、防风、羌活、防己、蔓荆子及白芷可除湿祛风、清利头目;黄柏、黄芩、黄连及栀子可解毒清热、燥湿、抑阳;黄芩和黄连均为酒制,能引各类药物直接到达病所,诸药合用,共奏抑阳缓阴、祛风除湿、滋阴清热之功效<sup>[8-9]</sup>。本研究发现,治疗 1 个月后联合组患者的临床总有效率高于西药组,畏光消失时间、流泪消失时间、眼痛消失时间及视力恢复时间均短于西药组,说明抑阳酒连散联合西药治疗急性前部葡萄膜炎,能迅速改善患者的临床症状,促进其视力恢复。

急性前部葡萄膜炎多属于自身性免疫疾病,由 T 淋巴细胞介导而导致的自身免疫性炎症,其中 CD4<sup>+</sup>、CD3<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>T 淋巴细胞属于机体细胞免疫的核心成分,CD4<sup>+</sup>、CD3<sup>+</sup>百分比下降和 CD8<sup>+</sup>百分比上升代表急性前部葡萄膜炎患者受病毒的影响,导致其免疫系统受损,不利于病情

恢复<sup>[10]</sup>。IL-5、IL-6、TNF- $\alpha$  均属于急性前部葡萄膜炎中促炎因子,其中 IL-5 能加快嗜酸粒细胞繁殖,IL-6 参加免疫反应细胞的增殖和分化,TNF- $\alpha$  能导致机体中炎症因子聚集,其指标水平越高,即急性前部葡萄膜炎患者的炎症反应越严重<sup>[11]</sup>。而 IL-10 属于一类炎症抑制因子,葡萄炎在非活跃期时,高水平的 IL-10 会缓解葡萄炎的进展,对炎症反应发挥着非常重要的负性调控作用<sup>[12]</sup>。现代药理研究发现,生地黄中的地黄苷 A 可促进吞噬细胞的吞噬功能,具有增强体液免疫和细胞免疫功能的作用;黄连中的小檗碱可阻碍细菌生长,提高免疫力,发挥抗炎作用;知母中的知母多糖可通过激活巨噬细胞,激活 T 淋巴细胞,调节免疫活性,减轻炎症损伤;黄芩中包含的黄芩素具有多种功效,既可加速吞噬细胞吞噬,还可以对免疫功能进行双向调节,有利于提高患者免疫力<sup>[13]</sup>。黄柏中的主要活性物质为黄柏碱和木兰花碱,能抑制 RNA 合成,发挥抗炎、抗病毒的作用<sup>[14]</sup>。本次研究发现,治疗 2 周后联合组患者血清 IL-5、IL-6、TNF- $\alpha$  水平及外周血 CD8<sup>+</sup> 百分比均低于西药组,而血清 IL-10 水平及外周血 CD4<sup>+</sup>、CD3<sup>+</sup> 百分比,CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 比值均高于西药组,说明抑阳酒连散联合西药治疗急性前部葡萄膜炎,能调节患者 T 淋巴细胞亚群及血清的炎症因子水平,并改善其细胞免疫功能。

本研究还显示,联合组患者治疗后 6、12、24 个月的复发率均低于西药组,说明抑阳酒连散联合西药治疗急性前部葡萄膜炎可减少疾病复发。分析原因在于,在局部采取扩瞳剂与糖皮质激素的同时,加以抑阳酒连散中药治疗急性前部葡萄膜炎患者,能避免虹膜后粘连,减少不良反应的发生,更好地促进患处吸收药物,控制病情发展,避免停药后复发,降低患者复发率<sup>[15]</sup>。

综上,抑阳酒连散联合西药治疗急性前部葡萄膜炎,其疗效确切,能改善患者临床症状及细胞免疫功能,促进其视力恢复,并能够降低炎症因子水平,减少后续疾病复发,值得临床推广。

### 参考文献

- [1] 杨芬.妥布霉素地塞米松滴眼液和氟米龙滴眼液对急性前葡萄膜炎疗效对比[J].中外医疗,2018,37(9):116-118.

## •眼科专题

## 白内障超声乳化术中患者发生后囊膜破裂的危险因素分析

朱广萍

(无锡市第八人民医院眼科, 江苏 无锡 214011)

**摘要:** **目的** 探讨白内障患者于超声乳化术中出现后囊膜破裂的相关危险因素, 为临床预防提供参考。**方法** 回顾性分析 2019 年 10 月至 2021 年 12 月无锡市第八人民医院收治的行超声乳化术治疗的 188 例白内障患者的临床资料, 根据术中是否发生后囊膜破裂将其分为后囊膜破裂组 51 例 (57 眼) 与后囊膜未破裂组 137 例 (144 眼)。对两组患者的一般资料予以单因素分析, 并对单因素分析中差异有统计学意义的因素予以多因素 Logistic 回归分析分析后囊膜破裂发生的危险因素。**结果** 后囊膜破裂组年龄  $\geq 55$  岁的患者占比及有玻璃体手术史、有玻璃体积血、晶状体核分级 IV 级、术前视力  $< 20/200$  的患眼占比均显著高于后囊膜未破裂组; 以单因素分析中差异有统计学意义的因素为因变量, 白内障患者超声乳化术中发生后囊膜破裂为自变量, 进行多因素 Logistic 回归分析, 结果显示, 年龄  $\geq 55$  岁、有玻璃体手术史、有玻璃体积血、晶状体核分级 IV 级、术前视力  $< 20/200$  均为白内障患者超声乳化术中发生后囊膜破裂的独立危险因素 ( $OR=2.601$ 、 $2.462$ 、 $2.686$ 、 $2.418$ 、 $1.852$ , 均  $P<0.05$ )。**结论** 白内障患者超声乳化术中发生后囊膜破裂的危险因素包括年龄  $\geq 55$  岁、有玻璃体手术史、有玻璃体积血、晶状体核分级 IV 级、术前视力  $< 20/200$ , 临床可根据以上因素筛选白内障超声乳化术中后囊膜破裂的高危患者, 并给予预防措施, 以降低白内障患者超声乳化术中发生后囊膜破裂的风险。

**关键词:** 白内障; 超声乳化术; 后囊膜破裂; 危险因素; 晶状体核分级; 视力

**中图分类号:** R776.1

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2022.11.0020.04

白内障是由各种原因引起的晶状体蛋白变性浑浊的眼部疾病, 也是致盲的主要原因之一。目前, 临床外科手术是治疗白内障的唯一有效手段, 其中超声乳化手术具有手术切口小、组织损伤小、术后视力恢复快等特点, 是治疗

白内障的常见外科手术方式<sup>[1]</sup>。但部分白内障患者在行超声乳化术时, 可能会出现后囊膜破裂, 从而影响术中人工晶状体植入, 延缓手术进度; 且会导致术后一系列并发症的发生, 如患者术后眼球转动困难、视网膜脱离等, 严重

**作者简介:** 朱广萍, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 眼科疾病。

- [2] 孟磊, 王龙龙, 张利生. 中西医结合治疗急性前葡萄膜炎临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(7): 861-863.
- [3] 高英, 颜瑞萍, 符碧峰, 等. 抑阳酒连散联合地塞米松离子导入治疗前葡萄膜炎 30 例 [J]. 中医研究, 2017, 30(12): 20-22.
- [4] 赵堪兴, 杨培增, 瞿佳, 等. 眼科学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 183-186.
- [5] 彭清华, 肖学军, 肖家翔, 等. 中医眼科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 143-147.
- [6] 李红. 抑阳酒连散联合西药治疗风湿夹热型急性前葡萄膜炎 30 例 [J]. 中医研究, 2019, 32(6): 15-18.
- [7] 杨颖, 于文洲. 芍药清肝散对急性前葡萄膜炎的临床效果研究 [J/CD]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(17): 83-84.
- [8] 王斌, 李文伟, 丁钰, 等. 抑阳酒连散联合后 Tenon 囊下激素注射治疗慢性葡萄膜炎疗效分析 [J]. 浙江临床医学, 2020, 22(10): 1422-1423, 1426.
- [9] 董京京. 抑阳酒连散治疗葡萄膜炎及视觉电生理的临床研究 [D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2014.
- [10] 宋艳. 穴位埋线治疗复发性葡萄膜炎对患者免疫功能的影响分析 [J]. 中国医药指南, 2015, 13(11): 2-3.
- [11] 郭建全. 曲安奈德对年龄相关性白内障术后前葡萄膜炎的疗效及其对炎症因子的影响 [J]. 眼科新进展, 2014, 34(8): 769-771, 775.
- [12] 邱敏, 韩非, 任意明. 胸腺肽  $\alpha 1$  联合激素治疗急性前葡萄膜炎的疗效及其对相关细胞因子的影响 [J]. 临床和实验医学杂志, 2018, 17(16): 1738-1741.
- [13] 商亚珍, 苏丙凡. 黄芩根及其茎叶成分的药理学研究进展 [J]. 承德医学院学报, 2005, 22(2): 153-155.
- [14] 徐涛. 中药黄柏的现代药理作用研究 [J]. 中国中医药咨讯, 2010, 2(34): 111.
- [15] 李艳, 梁海英, 马亮, 等. 中西医结合治疗急性前部葡萄膜炎减少复发的临床疗效 [J]. 中国中医急症, 2015, 24(5): 904-906.