

中药结合视网膜激光光凝治视网膜静脉周围炎 18 例

★ 寿武林 (浙江省嘉兴市中医院 嘉兴 314001)

摘要:目的:探讨治疗视网膜静脉周围炎的有效治疗方法及治疗时机。方法:比较中药结合视网膜光凝与单纯视网膜光凝在治疗效果、预后方面的不同,以及激光治疗时机对于疗效的影响。结果:中药结合视网膜光凝治疗效果优于单纯视网膜光凝,两者有显著差异,且早期行视网膜光凝优于晚期治疗。结论:中西医结合治疗能发挥各自优势,取得较好疗效。

关键词:视网膜光凝;Eales 病;中西医结合疗法

中图分类号:R 774.1⁺1 **文献标识码:**B

视网膜静脉周围炎又称 Eales 病或青年复发性玻璃体出血。是一种免疫损伤所致的血管阻塞性疾病。好发于 20 ~ 30 岁的男性青年,90% 为双眼发病^[1]。早期由于出血较少或未影响黄斑时,视力大多不受影响,随着病程进展反复玻璃体出血,甚至引起牵引性视网膜脱离,从而严重影响视力或造成失明。我院自 2002 ~ 2007 年应用中药结合视网膜光凝治疗视网膜静脉周围炎 18 例,取得了较好的疗效,现报告如下:

1 临床资料

患者均为门诊病人,经散瞳检查及眼底血管荧光造影后确诊为视网膜静脉周围炎 32 例 59 眼。随机分为中药 + 激光组(治疗组)18 例 33 眼和激光组(对照组)14 例 26 眼。治疗组:男性 15 例 29 眼,女性 3 例 4 眼,年龄 15 ~ 42 岁,平均 28.8 岁;对照组 12 例 24 眼,女性 2 例 2 眼,年龄 20 ~ 35 岁,平均 25.6 岁。合并不同程度玻璃体出血 48 眼,发病至初次激光 ≤ 3 个月者 11 例, > 3 个月者 20 例。眼底检查:视网膜周边部小静脉迂曲扩张,呈螺旋形多伴有白鞘,有大小不等的火焰状出血或片状出血,下方玻璃体有不同程度的新鲜或陈旧性积血。荧光血管造影:受累静脉渗漏和组织染色,毛细血管扩张或微血管瘤形成,周边视网膜存在不同程度的无灌注区和新生血管。

2 治疗方法

两组患者均根据眼底荧光造影提示病变区域采用激光治疗。激光仪为美国产 H GM532 倍频激光,经充分散瞳后表面麻醉,安装三面镜。激光参数:光斑能量 120 ~ 200 Mw,光凝光斑 150 ~ 200 μm,持续时间 0.1 ~ 0.2 秒,于病变区及造影显示无灌注区和新生血管区,以形成 II ~ III 级光斑为宜,对于新生血管区不直接光凝,采用包绕方式以免出血,间隔 1 周后可重复治疗。激光治疗结束后 3 个月复查眼底血管造影,以免遗漏无灌注区或新生血管。治疗组另外口服中药:槐花 15 g,仙鹤草 10 g,白茅根 30 g,金银花 10 g,黄芩 10 g,生地 15 g,白芍 10 g,炒牡丹皮 10 g,三七粉 3 g(冲服)。有

玻璃体机化时加生牡蛎 30 g,夏枯草 30 g,炒鸡内金 20 g。对照组口服安络血、复方芦丁片或血塞通片。

3 结果

3.1 疗效判定 患者均在治疗 3 个月后复查视力及眼底血管荧光造影,并随访 6 ~ 18 个月。治愈:视力(或矫正视力)恢复至 1.0 以上,经眼底血管荧光造影无新生血管或无灌注区,无荧光血管渗漏。有效:视力(或矫正视力)提高 3 行以上,眼底血管造影无新生血管或无灌注区,无荧光血管渗漏。无效:视力(或矫正视力)无提高或提高小于 2 行,眼底血管造影存在新生血管或无灌注区,有荧光血管渗漏。恶化:视力下降,再次出现玻璃体出血甚至视网膜脱离。

3.2 治疗结果 见表 1、2。

表 1 2 组疗效比较

	n	治愈	有效	无效	恶化
治疗组	33	18	12	2	1
对照组	26	6	9	7	4

注: $\chi^2 = 9.47, P < 0.01$ 。

表 2 激光治疗时间与疗效比较

	n	治愈	有效	无效	恶化
≤ 3 月	37	9	15	2	1
> 3 月	22	5	6	7	4

注: $\chi^2 = 16.14, P < 0.01$ 。

4 讨论

Eales 病目前的发病原因尚不清楚,以往多认为与结核感染或局部病灶有关,目前无肯定有效的药物治疗方法。视网膜激光光凝术可以封闭破裂和极度扩张的毛细血管与微小静脉使出血减少;促进视网膜与脉络膜静脉吻合支的形成,有利于出血的吸收^[2]。此外,视网膜光凝术破坏了视网膜缺血区域的部分光感受器,使未受损的区域供氧增加,减少因缺氧产生的血管生长因子,可以预防或减少新生血管的形成,防止反复玻璃体积血。经激光治疗后,视网膜出血、软

中西医结合分期论治急性胰腺炎 20 例

★ 张涛¹ 潘锋² 陈江³ (1. 广州中医药大学 广州 510405; 2. 浙江省中西医结合医院消化科 杭州 310000; 3. 江苏省苏州市中医院消化科 苏州 215000)

摘要:目的:探讨中西医结合分期论治急性胰腺炎疗效的临床观察。方法:将 40 例急性胰腺炎患者随机分为 2 组。治疗组 20 例,采用中西医结合分期论治;对照组 20 例,采用西医保守治疗。结果:两组疗效比较,无显著性差异。但是治疗组并发症发生率、症状体征改善以及住院时间均低于对照组。结论:中西医结合分期治疗急性胰腺炎能降低患者并发症发生率,缩短住院时间,提高治疗总有效率。

关键词:急性胰腺炎;分期论治;中西医结合疗法

中图分类号:R 2-031 **文献标识码:**B

笔者采用大柴胡汤或大承气汤结合丹参注射液以及常规西药治疗 20 例急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP),并与常规西药治疗 20 例 AP 对照,现总结如下。

1 临床资料

所有病例均来自于浙江省中西医结合医院及苏州市中医院,2006 年 1 月~2008 年 6 月患者 40 例,其中 Ranson 标准 ≥ 3 项或 APACHE II 评分 ≥ 8 分及 Balthazar CT 分级 $\geq$ II 级的病例诊断为重症急性胰腺炎^[1]。隐藏随机分配即应用按顺序编码密闭不透光的信封法随机分配。治疗组(中西医结合治

疗)20 例,男 12 例,女 8 例;年龄 35~65 岁,平均 (48 ± 2.01) 岁。对照组(单纯西药治疗)20 例,男 9 例,女 11 例;年龄 35~70 岁,平均 (49 ± 2.84) 岁。两组患者的年龄和性别构成比以及病情严重程度无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

两组病人均禁食、胃肠减压、维持水电解质及酸碱平衡、胃肠外营养支持、韦迪(泮托拉唑)40 mg 静滴 BID 抑制胃酸分泌、思他宁(生长抑素)3 mg 微泵静推 24 小时维持抑制胰腺分泌、哌拉西林-三唑巴坦 4.5 g 静注 8 小时一次控制感染等常规治疗;

性渗出及水肿吸收,仅残留陈旧性的改变,如硬性渗出、色素及极化物等。其次,早期激光干预治疗能明显缩短病程^[3],且能防止视网膜无灌注区和新生血管的形成,阻止玻璃体出血等并发症的发生。

中医学对本病无固定的名称,包括在“云雾移睛”、“视瞻昏渺”、“暴盲”等范畴。中医学认为本病系营血受热邪之煎熬,火热之邪灼伤血络,血不循经,溢于脉外而成。止血、化瘀是关键,若滥用苦寒之品来止血,则易而伤阴血而留瘀。叶天士曰:“在卫汗之可也,到气才可清气,入营犹可透热转气,入血则恐耗血动血,直须凉血散之。”笔者认为,本病应注重清营透热,将营阴之热透达气分而清之,从而达到止血清源的目的。方中生地、丹皮、白茅根凉血止血,银花、黄芩透热转气,加仙鹤草、三七粉以止血活血,使止中有散,止血而不留瘀。当有机化形成时则加入生牡蛎、夏枯草、炒鸡内金等软坚散结之品。中药治疗本病的机理是通过调理气血,改善血供,加速了积血的吸收。由于存在玻璃体积血,视网膜

光凝将会受到影响,中药的治疗能有效促进出血的吸收,防止再出血,为激光创造有利条件,并对减轻视网膜光损伤有积极的作用。本组数据说明中药与激光的结合能提高疗效,减少再出血的机率,但就病程而言,短期 3 个月能行有效治疗疗效优于 3 个月后,两者有显著差异。

目前,由于尚无法从病因上采取治疗措施,因此,减少并发症的发生就显得尤为重要。早期发现,早期治疗预后较好。但以后的定期随访和复查眼底荧光造影仍是十分重要,若发现新生血管或无灌注区应该及早行激光治疗。

参考文献

- [1] 刘家琦,李凤鸣.实用眼科学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1999.
- [2] 周炜,郭希让.眼科激光治疗学[M].郑州:河南医科大学出版社,1998.
- [3] 许道成,肖斯林,林泽贤,等.视网膜氩激光光凝治疗 Eales 疗效观察[J].国际眼科杂志,2007,7(5):1 447-1 449.

(收稿日期:2008-11-18 责任编辑:周茂福)