

孔裂性视网膜脱离术后网膜下液吸收的对比

★ 邱昌龙 齐峰 王洪林 宋立川 (华北煤炭医学院中医学系 唐山 063000)

摘要:目的:对比不同药物治疗对孔裂性视网膜脱离术后网膜下液吸收的促进作用。方法:133例孔裂性视网膜脱离术后患者随机分为四组:网复汤辨证组、网复汤组、葛根素组、西药组,记录并比较视网膜下液完全吸收时间。结果:(1)网复汤辨证组效果优于其它三组($P < 0.05$)。(2)网复汤组疗效优于葛根素组和西药组($P < 0.01$)。(3)葛根素与西药比较无显著性差异($P > 0.05$)。结论:(1)网复汤是孔裂性视网膜脱离术后促进网膜下液吸收的有效方剂;(2)辨病与辨证结合用药能增强网复汤促进孔裂性网脱术后网膜下液的吸收。

关键词:孔裂性视网膜脱离;网复汤;视网膜下液

中图分类号:R 276.7 **文献标识码:**B

近年来,随着科技的发展,使孔裂性视网膜脱离的手术成功率显著提高,然而手术的成功并不代表患者视力的恢复,大量研究显示,术后合理用药对促进术后视力恢复,缩短病程有着非常重要的意义。中医药在网脱术后的应用越来越受到广泛的重视和认可,但究竟如何合理高效地使用中药方剂目前仍

然是我们需要解决的一个问题。本研究以2003年1月~2006年6月期间在我校附属医院进行的孔裂性视网膜脱离手术并随访半年以上的133只眼作为研究对象,分析网复汤等中、西药物对术后网膜下液吸收促进作用的差异,从而探讨如何合理高效使用中药方剂来配合手术治疗孔裂性网脱。

3 治疗结果

见表1、2。

表1 两组疗效比较

组别	例数	治愈	好转	有效	无效	总有效率(%)	P值
观察组	67	42	13	10	2	97.0	<0.05
对照组	30	12	6	5	7	76.7	

表2 两组痛经复发率比较

组别	有效	复发	总复发率(%)	P值
观察组	65	8	12.3	<0.01
对照组	23	9	39.1	

4 讨论

按照中医理论,原发性痛经属于经行腹痛的范畴,作为痛证,其病机不外乎两方面,即“不通则痛”或“不荣则痛”,而痛经所不同于其它痛证在于其病位特殊:其病位在胞宫,而胞宫之生理功能又主要在于冲任二脉和肝肾两脏,其中尤以肝最为重要,所谓“女子以肝为本”,“肝血为经血之源”,所以痛经的病机要点应该为各种原因导致胞宫失养,或胞宫气血受阻,两者又常常相互影响,即胞宫失养加重气血

不畅,气血受阻则使胞宫失养更甚,所以选择一个既能“通脉”,又能“补虚”,而且作用部位在肝系统之方剂作为基础方来治疗经行腹痛是很有必要的,也便于临床医生掌握和应用,而当归四逆汤恰合此机。

当归四逆汤为厥阴寒证主方,由桂枝汤去生姜,倍用大枣,加当归、细辛、通草而成。方中当归、芍药养肝之血,桂枝、细辛温经散寒,甘草、大枣补益中气,通草温经脉,畅血行,上七药以辛甘并举,酸甘并用,通补兼施,急缓兼顾,有养血散寒,温经通脉之功。而且此方更是包含温经通络祛痛,补益养荣祛痛和缓急和络祛痛三法于一身的一张治痛良方^[2]。本方有养肝血、散寒邪,调营卫,通阳气的功效,而且温而不燥,补而不滞,通过本研究证实:通过适当加减变化可用于治疗各型痛经,值得推广应用。

参考文献

- [1] 刘敏如,谭万信. 中医妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001:329 - 331.
- [2] 王荣忠. 当归四逆汤治疗痛症三法浅释[J]. 实用中医内科杂志, 2008,22(7):79 - 80.

(收稿日期:2009-02-18 责任编辑:秦小琬)

1 临床资料

133 例孔裂性视网膜脱离患者中,男性 64 例,女性 69 例,年龄 12~65 岁,病程 5 天~24 个月。其中简单型网脱 55 例,巨大裂孔者 27 例,多发性、散在分布性大裂孔者 29 例,有严重玻璃体增殖性视网膜病变者 22 例。患者年龄、手术前后视力,术后眼底情况等因素经过统计学比较均无显著性差异。

诊断标准:

(1)突然视力下降或视野缺损;(2)眼底检查见视网膜灰白隆起及裂孔;(3)B 超检查确诊。

2 治疗方法

所有病例均以手术治疗,术后因给药不同随机分为四组:(1)网复汤辨证组(33 例):术后以网复汤(黄芪 30 g,当归 10 g,丹皮、泽泻、茯苓各 10 g,乳香、没药、香缘、佛手各 15 g)为基础方辨证用药:脾气亏虚加车前子 30 g、白术 10 g、党参 15 g、炙甘草 6 g;肾气不固加炮附子 10 g、白芍 30 g、生姜 10 g;血瘀水停加三七、丹参各 15 g;肝肾阴虚加熟地、山茱萸、山药各 15 g;湿热内蕴加大黄 10 g、茵陈蒿 15 g。具体药物用量亦根据患者体质进行适当变化,日 1 剂水煎服。(2)网复汤组(30 例):仅给网复汤,每日 1 剂水煎服。(3)葛根素组(34 例):术后以葛根素注射液入 5% 葡萄糖注射液静脉点滴。(4)西药组(36 例):术后常规使用激素、维生素、肌苷治疗。

所有患者均告知其所用药物乃术后常规必用药物,以防止患者心理对疗效的影响。

除常规术后护理及检查外,记录视网膜下液完全吸收时间。检查记录由不知情医师进行,排除人为心理的偏倚。

3 结果

见表 1。

表 1 网膜下液吸收情况比较

组别	眼数/只	吸收天数($\bar{x} \pm s$)/天
网复汤辨证组	33	$2.02 \pm 1.35^*$
网复汤组	30	$2.76 \pm 1.78^*$
葛根素组	34	$3.94 \pm 2.18^{*\Delta}$
西药组	36	$4.31 \pm 1.07^{*\Delta}$

注:经 t 检验,与网复汤辨证组比较,* ($P < 0.05$); Δ ($P < 0.01$);与西药组比较, $\Delta P > 0.05$ 。

结果说明,对于促进网膜下液吸收,各组排名为:网复汤辨证组 > 网复汤组 > 葛根素组 = 西药组。

可以知道网复汤是孔裂性视网膜脱离术后促进网膜下液吸收的有效方剂;辨病与辨证结合用药能增强网复汤促进孔裂性网脱术后网膜下液的吸收。

4 讨论

目前越来越多的研究显示,中医药的应用可促

进视网膜下液的吸收,改善术后眼底血供,为术后视力恢复进一步提供条件。如何规范、合理、准确地应用中医药是我们对于该病需要解决的重要问题,而解决这一问题关键在于以下两方面:

第一,确立视网膜脱离术后病机,针对病机立法处方。只能根据患者具体表现将其归入中医神光自现、云雾移睛、视瞻昏渺、暴盲等病之中,部分现代中医将该病命名为视衣脱离,再根据病情将其分为脾虚湿泛证、脉络瘀滞证、肝肾阴虚等证型。显然,从中医理论出发对网脱的认识至今尚无定论,笔者认为网脱病机或因脾虚或因肾虚或因湿热等,虽然病因种种,总是使阳气阴血不能充养于目,一方面视衣失于滋养或固摄,另一方面,目失所养使病理产物蓄积(气滞、血瘀、水停)而促成本病,手术虽可促使网膜复位,但手术创伤又加重气滞血瘀水停,所以网脱及其术后之病机要点应该是气血亏虚(正虚)为本,气滞、血瘀、水停(邪实)为标,我们以扶正祛邪为原则,确立补气养血,行气活血利水为基本治法,网复汤之所以能够促进视网膜下液的吸收,正是由于其立方紧扣基本病机,从而缩短了术后病程。

第二,辨证论治,因人制宜是提高临床疗效的根本。目前,以单味药物或单方运用于网脱术后的报导已经不少,但笔者认为单纯使用某一味药物或单纯使用某一方剂来配合手术促进视功能恢复,便于临床医生掌握,也便于使用,但又有其片面性,例如腾岩^[1,2]等报导,葛根素具有脱离网膜复位后视功能恢复的作用,但本研究显示:葛根素组疗效与西药组比较无显著性差异,而且网复汤组效果明显优于葛根素组,说明葛根素对于促进术后网膜下液的吸收并不比西药有明显优势,笔者分析网复汤组疗效之所以强于葛根素组和西药组,就在于其紧扣病机立方,而如何进一步提高疗效,就应该进行具体辨证,根据患者病机侧重不同而实施个体化的治疗方案,所以辨证施治与辨病结合才是我们中医眼科医生的最佳选择,本研究正是针对该病的基本病机确立基本治法(辨病),再通过辨证具体用药,辨病与辨证相结合而取得了满意疗效,希望能与其他从事眼科临床的医生们达成共识。

参考文献

- [1] 腾岩. 葛根素对孔源性视网膜脱离术后视功能恢复作用的临床研究[J]. 伤残医学杂志, 2003, 11(2): 16.
- [2] 腾岩. 多焦 ERG 对葛根素提高网脱术后视功能的疗效评价[J]. 中国实用眼科杂志, 2005, 23(3): 278-280.

(收稿日期:2009-02-28 责任编辑:曹征)