

Clinical Observation on Effect of Tongshenjinxiao Prescription for Acute Anterior Uveitis with Syndrome of Wind Heat Dampness

Chunyan Gu

Baoshan District Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai
Email: cheer_gu@163.com

Received: Oct. 30th, 2017; accepted: Nov. 13th, 2017; published: Nov. 21st, 2017

Abstract

Objective: To observe the clinical effect of Tongshenjinxiao prescription for acute anterior uveitis with syndrome of wind heat dampness. **Methods:** Sixty patients (60 eyes) of acute anterior uveitis with syndrome of wind heat dampness were randomly divided into control group and treatment group as research object according to the diagnostic criteria. The treatment group was treated with Tongshenjinxiao prescription, tropicamide phenylephrine eye drops and tobradex eye drops. The control group was treated with tropicamide phenylephrine eye drops and tobradex eye drops. Follow up observation lasted for 2 weeks, the effects of the 2 groups were compared. **Result:** 1) The curative effect of vision: After 1 week and 2 weeks, the vision efficiency of the treatment group was 60% and 83% respectively while the counterpart of control group was 60% and 83%. 1 week and 2 weeks after treatment, the difference between groups was statistically significant ($P < 0.05$). 2) Anterior segment sign: 1 week and 2 weeks after treatment, the treatment group was superior to the control group in improving the ciliary congestion, posterior corneal sediment, aqueous humor and planktonic cell signs. The difference between groups was statistically significant ($P < 0.05$). 3) The curative effect of TCM syndrome: after 1 week, 2 weeks, the total effective rate of the treatment group was 93.33% and 93.33% respectively while the results of control group was 63.33% and 73.33%. At each time point, the curative effect in treatment group was better than that in control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Tongshenjinxiao prescription was used to treat acute anterior uveitis with syndrome of wind heat dampness. It could significantly improve the anterior segment signs, visual acuity and relieve symptoms of wind heat dampness.

Keywords

Tongshenjinxiao, Wind Heat Dampness, Anterior Uveitis

瞳神紧小方治疗前葡萄膜炎风湿夹热型的临床观察

顾春燕

宝山区中西医结合医院, 上海
Email: cheer_gu@163.com

收稿日期: 2017年10月30日; 录用日期: 2017年11月13日; 发布日期: 2017年11月21日

摘要

目的: 观察瞳神紧小方对风湿夹热型急性前葡萄膜炎患者临床疗效。方法: 将诊断为风湿夹热型急性前葡萄膜炎患者60例, 随机分为对照组和治疗组, 治疗组予瞳神紧小方、美多丽和典必殊治疗, 对照组仅予美多丽和典必殊治疗。随访观察2周, 比较2组疗效。结果: 1) 视力疗效: 治疗一周、二周, 治疗组视力有效率分别为86.67%、96.6%, 对照组视力有效率分别为60%、83%。治疗一周、二周后组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。2) 眼前节体征: 治疗1周、2周后, 治疗组在改善睫状充血、角膜后沉积物、房水闪辉、浮游细胞的体征方面均明显优于对照组, 差异有统计学意义。3) 中医症候疗效: 治疗组在治疗一周、二周后的总有效率分别为: 93.33%, 93.33%, 对照组的总有效率分别为63.33%, 73.33%, 治疗组各时间节点疗效均好于对照组($P < 0.05$)。结论: 瞳神紧小方对治疗风湿夹热型急性前葡萄膜炎可明显改善眼前节体征, 提高视力, 并可改善风湿夹热症状。

关键词

瞳神紧小, 风湿夹热, 前葡萄膜炎

Copyright © 2017 by author and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

葡萄膜炎是常见的眼内炎症性疾病, 其致盲率高达 1.1%~9.2% [1]。根据炎症所在解剖部位, 葡萄膜炎被分为前葡萄膜炎, 中间葡萄膜炎, 后葡萄膜炎, 以及全葡萄膜炎。前葡萄膜炎在葡萄膜炎中最为多见, 大约占有所有葡萄膜炎的一半。前葡萄膜炎累及虹膜和(或)睫状体前部, 因睫状体与虹膜联系紧密, 某一部位所发生的炎症会影响另一部位导致同时发炎。据统计[2]约有 2/3 的急性前葡萄膜炎病例转为慢性或反复急性发作, 是眼科的常见病又是难治病。由于失治误治可严重影响视力, 导致继发性白内障、角膜病, 青光眼和黄斑水肿等并发症。本课题采用名老中医邹菊生教授经验用方瞳神紧小方, 观察其治疗风湿夹热型急性前葡萄膜炎的临床疗效, 现将结果报告如下:

2. 资料与方法

2.1. 研究对象

本研究观察的 60 例 60 只眼风湿夹热型前葡萄膜炎患者均来自上海中医药大学附属龙华医院眼科自

2014年1月~2015年3月期间就诊的门诊及住院患者。凡符合西医诊断标准和中医证候诊断标准的风湿夹热型前葡萄膜炎的患者作为观察对象,其中对照组30例,治疗组30例;左眼33只,右眼27只;男性35例,女性25例,男女比例约1.4:1。其中对照组男性18例,女性12例,平均年龄(44.13 ± 11.51)岁;左眼16只,右眼14只;风湿免疫疾病既往史有12例;病程最短1天,病程最长8天,平均病程(3.60 ± 1.79)天。治疗组男性17例,女性13例,平均年龄(41.23 ± 11.49)岁;左眼17只,右眼13只;风湿免疫疾病既往史有13例;病程最短1天,病程最长7天,平均病程(3.40 ± 1.81)天。两组患者在性别、年龄、眼别、风湿免疫疾病既往史、病程等方面进行比较,差异均无统计学意义($P < 0.05$),具有可比性。

西医诊断标准:参照《临床葡萄膜炎》[3]主要症状:眼红、眼痛、畏光、流泪视力下降等。眼前节检查所见:睫状充血、KP、房闪、房水浮游细胞、前玻璃体浑浊;虹膜纹理不清,或有虹膜结节;瞳孔变小,对光反射迟钝。

中医证型标准:参照《22个专业95个病种中医诊疗方案》[4]瞳神紧小之风湿夹热型:发病较缓,病情缠绵,反复发作。眼珠坠胀疼痛,眉棱骨胀痛,畏光、流泪、视力缓降,抱轮红赤或白睛混赤,黑睛后壁有点状或羊脂状物沉着,神水混浊,黄仁肿胀,纹理不清;瞳神缩小,展缩失灵,或瞳神干缺,或瞳神区有灰白膜样物覆盖,或可见神膏内有细尘状、絮状混浊;常伴肢节肿胀,酸楚疼痛;舌红苔黄腻,脉濡数或弦数。

1) 纳入标准:①符合急性前葡萄膜炎的诊断标准。②年龄在18~75周岁,性别不限。③其它全身病如糖尿病、高血压、冠心病、风湿免疫系统疾病等目前情况稳定。④无其他感染性眼病者。

2) 排除标准:①并发其他眼病严重干扰本病观察者,如青光眼、角膜溃疡等患者。②妊娠或哺乳期妇女。③精神病患者。④正在参加其他药物临床实验者。⑤伴有心、肝、肾功能不全者。

2.2. 治疗方法

治疗组:采取中药与西药治疗并用,疗程二周。中药治疗:主方选用瞳神紧小方加减(生地12g、当归12g、玄参12g、金银花12g、蒲公英30g、甘草6g、金樱子12g、木瓜12g、海风藤12g、藁本12g),据患者其眼部临床表现及全身症状,辨证加减中药治疗。服药方法:水煎服,1日2次。西药治疗:局部使用美多丽(0.5%托吡卡胺)滴眼液扩瞳,每日一次;典必殊(妥布霉素15毫克和地塞米松5毫克/5毫升)每日3~6次点眼,根据病人情况调整用药频次。

对照组:仅局部使用美多丽(0.5%托吡卡胺)滴眼液扩瞳,每日一次;典必殊(妥布霉素15毫克和地塞米松5毫克/5毫升)每日3~6次点眼,根据病人情况调整用药频次。

2.3. 观察方法

观察方法,于就诊首日、1周后、2周后分别做观察记录,共3次。

2.4. 观察指标

1) 中医临床症状积分:1) 视物模糊:0分=无;2分=稍有视物模糊;4分=视物模糊明显;6分=视物模糊严重。2) 抱轮红赤:0分=无;2分=轻微红或不红;4分=抱轮红明显;6分=抱轮红赤。3) 目珠坠痛:0分=无;2分=隐痛;4分=触痛;6分=剧痛。4) 畏光流泪:0分=无;2分=轻微畏光、流泪;4分=畏光、流泪明显;6分=畏光、流泪严重。5) 关节酸痛:0分=无;2分=偶有关节酸痛;4分=时有关节酸痛;6分=常有关节酸痛。6) 头重胸闷:0分=无;2分=偶有头重胸闷;4分=时有头重胸闷;6分=常有头重胸闷。7) 舌脉:舌质红苔黄腻0分=无,1分=有;脉濡数0分=无,1分=有。

2) 视力:采用国际标准视力表。评分标准:参考国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》中的

疗效评价标准, 视力提高小于 1 行、不变或下降为 0 分; 提高 1 行为 1 分; 提高 2~3 行为 2 分; 提高 4 行以上为 3 分。

3) 眼前节表现积分: (1)睫状充血: 0 分 = 无; 2 分 = 轻、粉红色; 4 分 = 较重、暗红; 6 分 = 重、紫暗伴球结膜水肿。(2)角膜后沉积物: 0 分 = 无; 2 分 = 10 个以内; 4 分 = 10~20 个; 6 分 = 20 个以上。(3)房水闪辉: 0 分 = 无; 2 分 = 光带浅灰色; 4 分 = 光带灰白色; 6 分 = 光带乳白色。(4)浮游细胞: 0 分 = 无; 2 分 = 每个视野可见 5~10 个细胞; 4 分 = 每个视野可见 11~20 个细胞; 6 分 = 每个视野可见 21~50 个细胞。

2.5. 疗效评价

疗效评价标准: 参照《中药新药治疗色素膜炎的临床研究指导原则》:

痊愈: 症状和体征消失, 视力恢复 1.0 以上, 或特异性病原检查转阴。

显效: 症状和体征基本消失, 如(+++)转为(+), 视力提高 4 行以上。

有效: 症状和体征有改善, 如(+++)转为(++), (++)转为(+), 视力提高 2~3 行。

无效: 症状和体征无改善, 视力提高不足两行或下降。

痊愈: $n \geq 90\%$; 显效: $n \geq 75\%$; 有效: $30\% \leq n < 75\%$; 无效: $n < 30\%$ 。

症状疗效指数% = (治疗前症状积分 - 治疗后症状积分) / 治疗前症状积分 $\times 100\%$ 。

2.6. 统计学方法

本课题使用 spss19.0 统计软件进行统计分析, 若两组计量资料满足正态分布的条件则使用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 进行描述统计, 采用两样本 t 检验; 若不符合正态分布条件的资料以采用秩和检验进行统计分析; 计数资料(非等级资料, 期望值小于 5 的格数 $\leq 20\%$)采用 χ^2 检验; 等级资料的采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 一般情况

本研究纳入的 62 例 62 只眼。其中因为失访或因非医学原因主动退出而脱落, 治疗组脱落 1 例, 对照组脱落 1 例, 最后完成 60 例。其中对照组 30 例, 治疗组 30 例; 左眼 33 只, 右眼 27 只。两组的基线情况如性别、年龄、病程、风湿疾病历史、治疗前睫状充血评分、角膜后沉积物评分、浮游细胞评分、房水闪辉评分等方面差异无统计学意义, $P > 0.05$, 见表 1。

3.2. 疗效比较

疗效比较情况, 如表 2~表 5 所示

3.2.1. 视力疗效

治疗 1 周后, 治疗组无效 4 例, 有效 13 例, 显效 6 例, 治愈 8 例, 总有效率 86.67%; 对照组无效 12 例, 有效 10 例, 显效 7 例, 治愈 1 例, 总有效率 60.00% ($Z = -2.391$, $P = 0.017$)。治疗 2 周后, 治疗组无效 1 例, 有效 9 例, 显效 2 例, 治愈 18 例, 总有效率 37.15%; 对照组无效 5 例, 有效 14 例, 显效 6 例, 治愈 5 例, 总有效率 83.00% ($Z = -3.137$, $P < 0.002$)。

3.2.2. 眼前节体征、刺激症状情况比较

睫状充血: 治疗后两组患者在均较治疗前有明显改善, 两组治疗一周、两周后与治疗前睫状充血评分、角膜后沉积物、房水闪辉、浮游细胞差值比较, 治疗组在缓解睫状充血方面明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

Table 1. Baseline comparison of two groups of patients with anterior uveitis
表 1. 两组前葡萄膜炎患者基线情况比较

| | | 对照组(n = 30) | 治疗组(n = 30) | P |
|-------|----------|---------------|---------------|-------|
| 性别 | 男性(例) | 18 | 9 | 0.832 |
| | 女性(例) | 12 | 21 | |
| | 年龄(岁) | 44.13 ± 11.51 | 41.23 ± 11.49 | 0.823 |
| | 病程(日) | 3.60 ± 1.79 | 3.40 ± 1.81 | 0.707 |
| 风湿疾病史 | 有(例) | 12 | 13 | 0.793 |
| | 无(例) | 18 | 17 | |
| | 睫状充血评分 | 3.20 ± 1.789 | 3.73 ± 1.461 | 0.211 |
| | 角膜后沉积物评分 | 4.13 ± 1.57 | 4.53 ± 1.279 | 0.284 |
| | 浮游细胞评分 | 4.07 ± 1.437 | 4.3 ± 1.668 | 0.510 |
| | 房水闪辉评分 | 4.13 ± 1.479 | 4.73 ± 0.98 | 0.069 |

Table 2. Comparison of two groups of ciliary congestion score before and after treatment at different time difference of treatment
表 2. 两组睫状充血评分的治疗前后不同时间治疗差值比较

| 时间 | 对照组 | 治疗组 | t | p |
|-------------|---------------|---------------|-------|-------|
| 治疗后一周与治疗前差值 | -1.47 ± 1.655 | -2.40 ± 1.522 | 2.273 | 0.027 |
| 治疗后二周与治疗前差值 | -1.87 ± 1.737 | -2.87 ± 1.548 | 2.355 | 0.022 |

Table 3. Comparison of two groups of corneal sediment score before and after treatment at different time
表 3. 两组角膜后沉积物评分的治疗前后不同时间治疗差值比较

| 时间 | 对照组 | 治疗组 | t | p |
|-------------|---------------|---------------|-------|--------|
| 治疗后一周与治疗前差值 | -0.73 ± 1.112 | -2.13 ± 1.167 | 4.758 | <0.001 |
| 治疗后二周与治疗前差值 | -1.33 ± 1.322 | -3.20 ± 1.126 | 5.887 | <0.001 |

Table 4. Comparison of difference in treatment time between two groups before and after treatment
表 4. 两组房水闪辉评分的治疗前后不同时间治疗差值比较

| 时间 | 对照组 | 治疗组 | t | p |
|-------------|---------------|---------------|-------|--------|
| 治疗后一周与治疗前差值 | -0.73 ± 1.337 | -2.40 ± 0.968 | 5.529 | <0.001 |
| 治疗后二周与治疗前差值 | -1.47 ± 1.570 | -3.80 ± 1.950 | 6.676 | <0.001 |

Table 5. Comparison of difference in treatment of floating cell score between two groups before and after treatment
表 5. 两组浮游细胞评分的治疗前后不同时间治疗差值比较

| 时间 | 对照组 | 治疗组 | t | p |
|-------------|---------------|---------------|-------|--------|
| 治疗后一周与治疗前差值 | -0.40 ± 0.814 | -2.93 ± 1.552 | 7.918 | <0.001 |
| 治疗后二周与治疗前差值 | -1.27 ± 1.437 | -3.87 ± 1.814 | 6.153 | <0.001 |

3.2.3. 中医症候疗效

治疗 1 周后对照组无效 29 例,有效 1 例,有效率 3.33%;治疗组无效 2 例,有效 28 例,有效率 93.33% ($P < 0.05$)。治疗 2 周后对照组无效 8 例,有效 8 例,显效者 14 例,有效率 73.33%;治疗组无效 2 例,有效 5 例,显效者 23 例,有效率 93.33% ($P < 0.05$)。说明接受瞳神紧小方的治疗组短期内(1 周、2 周后)对中医症候方面改善明显优于对照组。

4. 讨论

4.1. 现代医学对前葡萄膜炎的认识

葡萄膜炎是包含虹膜,睫状体,脉络膜和眼睛的视网膜之间的炎症,但也可以扩展到相邻的组织中,如视网膜、脉络膜、视神经和玻璃体等。该疾病分为感染性和非感染性葡萄膜炎,可影响前,中间和后眼的部分[7]。葡萄膜炎与一些自身免疫性疾病密切相关,如白塞氏病、反应性关节炎,结节病,以及 Vogt-小柳-原田综合征常常合并葡萄膜炎。葡萄膜炎的发病机制复杂,尚不完全清楚,主要认为与眼内自身免疫应答有关。眼球是一个暴露于外的器官,易受许多因素影响,眼内组织为维持眼内免疫微环境的稳定,必须有一套免疫保护机制。葡萄膜因其血管丰富,血流缓慢,致病性的抗原容易沉积,病原微生物容易入侵,产生免疫应答[8]。眼内有众多免疫防御抗原如视网膜 S 抗原、光感受器间维生素 A 类结合蛋白、视紫红质、视蛋白、phoducin、recoverin、视网膜色素上皮抗原、脉络膜黑色素相关抗原、晶状体抗原,加之病原体侵入,可使辅助性 T 细胞(Th 细胞)激活产生抗体,启动免疫反应,若不及时治疗致使眼血-视网膜屏障遭到破坏,激活嗜中性粒细胞形成活性氧自由基、免疫复合物和基质金属蛋白酶的释放导致血管炎症、坏死。而葡萄膜炎之所以容易反复发作、迁延难愈,有研究[5]发现可能与葡萄膜炎患者中参与淋巴细胞调控的 Fas/FasL 表达不平衡有关,自身免疫 T 淋巴细胞不能通过 Fas-FasL 的反应发生凋亡致葡萄膜炎病程延长、病情反复。

4.2. 前葡萄膜炎的治疗现状

4.2.1. 糖皮质激素

通常是首选,因为它能同时有效控制炎症反应。前葡萄膜炎通常局部糖皮质激素滴眼液滴眼,若是治疗效果欠佳,可考虑全身运用糖皮质激素。然而临床上观察到长期应用糖皮质激素,可能出现如体重增加,胃溃疡,骨质疏松症,体液潴留,高血压,糖尿病,和精神状态的变化,以及眼部并发症(例如加速白内障形成和青光眼)等副作用。

4.2.2. 非甾体类消炎药

主要运用于手术或者眼外伤引起的葡萄膜炎,通过抑制分泌花生四烯酸代谢产物,花生四烯酸代谢产物主要是介导炎症反应,术后及外伤的炎症反应可被其抑制,减轻眼痛等不适症状。常用的有:双氯芬酸钠滴眼剂、普拉洛芬滴眼等。

4.2.3. 睫状肌麻痹剂

及时合理的局部应用扩瞳剂,是本病治疗的关键因素,这是因为扩大病眼的瞳孔,最大作用能减少虹膜后粘连、继发性青光眼、瞳孔闭锁的可能;再就是能解除或缓解虹膜括约肌和睫状肌的痉挛状态,改善眼痛等不适症状;还能改善睫状血管的血运,减少炎症渗出。常用的有:东莨菪碱、托比卡胺、后马托品、硫酸阿托品、盐酸环戊醇胺酯等。

4.2.4. 其他

对于一些全身运用糖皮质激素也无法控制病情的难治性、复发性前葡萄膜炎可以运用一些免疫抑制

治疗,能避免糖皮质激素引起的既发性青光眼,但因其价格昂贵,较少使用。这些治疗包括抗代谢类药物(包括甲氨蝶呤,硫唑嘌呤,霉酚酸酯),T细胞和钙调磷酸酶抑制剂(环孢霉素,FK506/他克莫司),干扰素(IFN)、烷化剂/细胞毒性药物(环磷酰胺,苯丁酸氮芥),静脉内免疫球蛋白(IVIG)和单克隆抗体和融合蛋白(抗TNF,阿那白滞,托珠单抗,利妥昔单抗)[6]等。

4.2.5. 治疗全身疾病

葡萄膜炎与一些自身免疫性疾病与密切相关,如白塞氏病、强直性脊柱炎(AS)、结节病、Fuchs综合征以及 Vogt-小柳-原田综合征(VKH)常常合并葡萄膜炎。Rathinam 和 Namperumalsamy [9]汇总近年来报道的 1.5 万例葡萄膜炎病例,前葡萄膜炎占 57.4%,其中特发性炎症反应占 44.7%,其次为疱疹性葡萄膜炎、Fuchs 综合征和强直性脊柱炎合并葡萄膜炎。积极治疗原发病,预后视力恢复也越好,并发症也较轻。因此眼科医生和全身性炎症性疾病(风湿病,免疫学家,内科等)专家应跨学科合作应加强联系,使葡萄膜炎的诊治疗取得更好的疗效。

4.3. 中医对葡萄膜炎的认识及治疗研究

瞳神紧小症见视物模糊,瞳神紧小,抱轮红赤或白睛混赤,黑睛后壁有灰白色细小或羊脂状物附着,黄仁纹理不清,神水混浊,黑睛与黄仁之间甚至可见黄液上冲。疾病的名字第一次出现在《证治准绳·七窍门》中。但是关于这种疾病的症状,最早在伤寒论中已有“目赤如鸠眼”特征性表现的记载。本病在《原机启微》形象地提出了“其病神水紧小,渐小而又小,积渐之至,竟如菜子许”的瞳神改变。《张氏医通》载有:“瞳神渐渐细如簪脚或如芥子,又有神水外围相类虫蚀,渐觉眵噪羞涩,视尚有光。”瞳神紧小多因邪热灼伤黄仁所致。以瞳神失去正常展缩功能,持续缩小,甚至小如针孔,视力下降为主要表现的内障类疾病。因瞳孔缩小是前葡萄膜炎主要体征,所以相当于西医所说的前葡萄膜炎。其病因复杂,病变多种多样,易反复发作,若失治、误治则可致瞳神与后晶珠黏着,瞳神失去正圆,黄仁干枯不荣,变生瞳神干缺,甚至绿风内障等并发症。

邹菊生教授[10]根据西医解剖学的原理,因虹膜又名血管膜,有丰富的血管网供应眼部血流,前房闪辉和房水细胞是邪热伤络,热入营血的征兆,房水细胞出现在病情急性发作及严重时,是热毒燔灼迫急,血行瘀滞所致,故房水细胞多时,抱轮红赤重,是热瘀所造成的。认为急性前葡萄膜炎与西医的脉管炎相似,病机均为邪热挟湿入里,热壅血滞,瘀阻营血。故在原用于治疗热毒脱疽的四妙勇安汤基础上加减用药治疗急性前葡萄膜炎,又因江南地区沿海,气候多雨,固体质多湿。湿热体质易得炎症,且易迁延为慢性,故根据辩证加以清热化湿药。基本方如下:生地 12 g、当归 12 g、玄参 12 g、金银花 12 g、蒲公英 30 g、甘草 6 g、野荞麦根 30 g、土茯苓 15 g、金樱子 12 g、海风藤 12 g、藁本 12 g、木瓜 12 g、枳壳 6 g、天花粉 12 g。方中生地、玄参、当归和营为君,针对黄膜血管炎症;蒲公英、野荞麦根、金银花、土茯苓清热解毒,其中蒲公英可以清阳明胃经热,利尿散结,药理提示:有较强的杀菌作用;金樱子性味酸涩平,入脾肺肾三经,清热固涩,具有敛虚火,养血气之功,对黑睛后沉着物、神水混浊有较好的效果;海风藤畅经络,和血脉,祛风化湿,理气通络;藁本辛温,散风除湿,止巅顶头痛;木瓜性味酸温,入肝益筋走血止痛,针对三叉神经刺激及睫状肌痉挛收缩有较好的效果;天花粉养阴清热生津,托毒排脓,枳壳行气止痛;生甘草调和诸药,清热缓急止痛。

本研究结果显示:治疗 1 周、2 周两组中医症候积分疗效差异有统计学意义。说明治疗组短期内对症状改善明显优于对照组。治疗 1 周、2 周后两组矫正视力差异有统计学意义。说明治疗组短期内对改善视功能方面明显优于对照组。两组治疗 1 周、2 周后前睫状充血评分、角膜后沉积物评分、浮游细胞评分、房水闪辉评分差异有统计学意义,治疗组明显优于对照组。两组治疗两组治疗 1 周、2 周、眼部

刺激症状评分差异无统计学意义。

本课题局限性分析：因我院我科以中医为特色，急性前葡萄膜炎大多数患者直接前往就近西医院治疗，因而病例收集量较少，有条件可以与各医院合作开展多中心临床研究，增加样本量更具说服力。本课题应增设单纯中药组，比较中西药、西药之间的疗效有无统计学意义，这样更加有说服力。

说明短期内瞳神紧小方可明显改善患者眼前节体征，提高视功能，能够明显改善视物模糊，抱轮红赤，目珠坠痛，畏光，流泪，关节酸痛、头重胸闷，舌红苔黄腻，脉濡数等全身不适症状，促进患者痊愈，安全有效。

参考文献 (References)

- [1] Jabs, D.A., Nussenblatt, R.B. and Rosenbaum, J.T. (2005) Standardization of Uveitis Nomenclature for Reporting Clinical Data. *American Journal of Ophthalmology*, **140**, 509-516. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2005.03.057>
- [2] Whitcup, S.M. Uveitis, A., Nussenblatt, R.B. and Whitcup, S.M., Eds. (2003) Uveitis: Fundamentals and Clinical Practice. Elsevier Health Sciences, St Louis, 273-285.
- [3] 杨培增. 临床葡萄膜炎[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 26-31.
- [4] 国家中医药管理局医政司. 22个专业95个病种中医诊疗方案中瞳神紧小方风湿夹热型诊断标准[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 361.
- [5] Selmi, C. (2014) Diagnosis and Classification of Autoimmune Uveitis. *Autoimmunity Reviews*, **13**, 591-594. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2014.01.006>
- [6] 杨培增. 葡萄膜炎治疗的最新进展[J]. 中国实用眼科杂志, 2002, 20(2): 83-87.
- [7] 陈玲, 杨培增. Fas FasL 系统及其在葡萄膜炎中的意义[J]. 眼科研究, 2001, 19(6): 560-562.
- [8] Feurer, E., Bielefeld, P., Saadoun, D. and Sève, P. (2015) Uvéites et biotherapies. *La Revue de Médecine Interne*, **36**, 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2014.07.008>
- [9] Rathinam, S.R. and Namperumalsamy, P. (2007) Global Variation and Pattern Changes in Epidemiology of Uveitis. *Indian Journal of Ophthalmology*, **55**, 173-183. <https://doi.org/10.4103/0301-4738.31936>
- [10] 郑军. 邹菊生治疗葡萄膜炎经验[J]. 中医杂志, 2011, 52(4): 282-283.

知网检索的两种方式:

1. 打开知网页面 <http://kns.cnki.net/kns/brief/result.aspx?dbPrefix=WWJD>
下拉列表框选择: [ISSN], 输入期刊 ISSN: 2166-6067, 即可查询
2. 打开知网首页 <http://cnki.net/>
左侧“国际文献总库”进入, 输入文章标题, 即可查询

投稿请点击: <http://www.hanspub.org/Submission.aspx>
期刊邮箱: tcm@hanspub.org