

# 培补肝肾活血通络法治疗儿童弱视的临床观察

夏红<sup>1</sup>, 朱漓<sup>1</sup>, 杨雪<sup>2</sup>, 冯建安<sup>1</sup>

**【摘要】**目的 观察培补肝肾活血通络法治疗儿童弱视的临床疗效。方法 将符合纳入标准的儿童弱视患者 74 例 134 只眼, 随机分为对照组(36 例 65 只眼)和治疗组(38 例 69 只眼)。对照组用 1%阿托品眼膏点眼后验光配镜, 同时采用遮盖方法及精细作业治疗; 治疗组在戴镜、遮盖及精细作业的基础上, 采用自拟培补肝肾活血通络方口服, 以 1 个月为 1 个疗程, 连续治疗 3 个疗程。比较两组视力和视力改善的起效时间, 治疗后评价临床疗效。结果 治疗组 38 例 69 只眼, 基本痊愈 23 只眼, 进步 36 只眼, 无效 10 只眼, 总有效率 85.5%; 对照组 36 例 65 只眼, 基本痊愈 13 只眼, 进步 20 只眼, 无效 32 只眼, 总有效率 50.8%。治疗组疗效优于对照组(Mann-Whitney *U* 检验,  $Z=-3.684, P<0.001$ )。两组患者治疗后视力均明显改善( $P<0.05$ ); 治疗后治疗组视力明显高于对照组( $P<0.05$ )。治疗组视力改善的起效时间短于对照组( $P<0.05$ )。结论 培补肝肾活血通络法治疗儿童弱视的有效率明显高于常规基础治疗, 且起效快, 有临床应用价值。

**【关键词】**培补肝肾活血通络; 儿童弱视; 临床观察

中图分类号: R777.4\*4 文献标识码: A 文章编号: 1002-4379(2017)02-0099-04

**Clinical observation on treatment of children amblyopia by Peibuganshen Huoxuetongluo method** XIA Hong, ZHU Li, YANG Xue, et al. *Sichuan Academy of Traditional Chinese Medicine Sciences, Chengdu 610031, China*

**【Abstract】**OBJECTIVE To observe the clinical effects of Peibuganshen Huoxuetongluo method on children amblyopia. **METHODS** Seventy-four children amblyopia cases (134 eyes) met the inclusion criteria were randomly divided into control group of 36 patients (65 eyes) and treatment group of 38 patients (69 eyes). The patients in control group were treated with 1% atropine and optometry glasses as well as cover up therapy and eyesight exercise; in addition to above mentioned methods, subjects in treatment group were given Peibuganshen Huoxuetongluo decoction orally. Both groups were treated continuously for 3 courses of 3 months. The eyesight and effect onset time were compared between the two groups. After treatment, clinical curative effect was evaluated. **RESULTS** Among 38 cases (69 eyes) in treatment group, 23 eyes were recovered, 36 improved, 10 had no effects and the total effective rate was 85.5%; among 36 cases (65 eyes) in control group, 13 eyes were recovered, 20 improved, 32 had no effects and the total effective rate was 50.8%. The efficacy of treatment group was remarkably superior to the control group (Mann-Whitney *U* test,  $Z=-3.684, P<0.001$ ). The eyesight of the treatment group after treatment was remarkably higher than that of the control group ( $P<0.05$ ). The onset time of eyesight of the treatment group was shorter than that of the control group, and the differences had statistical significance ( $P<0.05$ ). **CONCLUSIONS** Treating children amblyopia with Peibuganshen Huoxuetongluo method showed higher effective rate and shorter onset time in contrast to the routine basic therapy, thus it was of value in clinical application.

**【Key words】** Peibuganshen Huoxuetongluo; children amblyopia; clinical observation

现代医学针对儿童弱视的主要方法为戴镜、遮

盖、压抑等疗法, 但治疗周期长, 且各有其利弊, 若治疗不及时或方法不当, 将导致终身视力低下, 无完善的立体视。本研究从儿童弱视发生的条件及特点分析, 通过辨病, 提出儿童弱视具有“肝肾亏虚、经脉不通”两个基本特征, 以“培补肝肾, 活血通络”为治疗原则, 自拟方剂, 结合西医常规治疗, 对比分析疗效

DOI:10.13444/j.cnki.zgzyykzz.2017.02.008

基金项目: 四川省中医药管理局科研项目(2014-B-026)

作者单位: 1 四川省中医药科学院中医研究所, 成都 610031

2 厦门大学数学科学学院, 福建 厦门 361005

通讯作者: 夏红, E-mail: 1260729047@qq.com

和视力改善的起效时间,现将结果报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

研究对象为 2014 年 7 月—2016 年 2 月在四川省中医药科学院中医研究所眼科、四川省中西医结合医院五官科、成都市第二人民医院眼科门诊诊断为儿童弱视的患者。本研究已通过四川省中医药科学院中医研究所伦理委员会批准,所有受试者均进行知情同意并签署知情同意书。

**西医诊断标准。**参照 1996 年 4 月中华眼科学会全国儿童弱视斜视防治学组工作会议制定的标准<sup>[1]</sup>,分为五类:斜视性弱视,屈光参差性弱视,屈光不正性弱视,形觉剥夺性弱视,其他。按程度分为:轻度弱视,矫正视力 0.6~0.8;中度弱视,矫正视力 0.2~0.5;重度弱视,矫正视力 $\leq$ 0.1。

**中医证候诊断标准。**因目前无统一儿童弱视中医辨证标准,参照 1994 年国家中医药管理局发布的《中华人民共和国中医药行业标准《中医病症诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>中“能近怯远”肝肾亏虚证制定:远视力下降,或伴有眼前黑花飞舞;舌淡红,少苔,脉无特殊变化。

**纳入标准:**(1)符合西医弱视诊断分类标准的屈光参差性弱视和屈光不正性弱视;(2)符合西医诊断标准(即轻到中度弱视);(3)符合中医证候标准(即肝肾亏虚、经脉不通证型的病例);(4)年龄 3~12 岁;(5)自愿受试并签署知情同意书。**排除标准:**(1)合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重全身性疾病及精神病患者;(2)长期服用其它有关治疗药物或使用其它治疗方法,未能终止者;(3)患眼合并其它眼病,影响疗效判定者;(4)未按规定用药,无法判定疗效,或资料不全等影响疗效或安全性判断者。

### 1.2 分组及治疗

采用随机数字表法将纳入的受试者随机分为治疗组与对照组。治疗组:内服中药+基础治疗。对照组:基础治疗(方法、疗程同治疗组)。

**内服中药。**自拟培补肝肾活血通络方:制何首乌 10 g、熟地黄 10 g、枸杞子 10 g、肉苁蓉 10 g、盐菟丝子 10 g、川芎 6 g、丹参 10 g、泽泻 10 g、陈皮 6 g(中药配方颗粒剂,四川新绿色药业科技发展股份有限公司,生产许可证号:川 Z20090440)。6 到 12 岁患儿每日 1 剂,分 3 次服,每次 100 ml,6 岁以下患儿每 2 日 1 剂,分 3 次服,每次 50 ml。疗程:1 个月为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程,每周服药 4 d,停药休息 3 d(若治疗期间出现感冒发热、腹泻等情况则暂停用药,待恢复后接续前面的疗程完成治疗)。

**基础治疗。**(1)屈光矫正:使用 1%阿托品眼膏每日 3 次,共 3 d,麻痹睫状肌后验光,确定戴镜度数,配戴合适的眼镜矫正屈光不正。(2)遮盖主眼:根据弱视情况采取单眼遮盖或交替遮盖。4 岁以下,遮盖主眼 4 d,遮盖弱视眼 1 d;4 岁以上,遮盖主眼 6 d,遮盖弱视眼 1 d,以避免发生遮盖性弱视的危险。(3)精细作业训练:遮盖主眼,强迫使用弱视眼,穿珠子,穿针,刻剪纸,描画等,以消除主眼对弱视眼的抑制。每天 1 次,每次 30 min。疗程:1 个月为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程。

### 1.3 观察指标

**视力检测:**患者每次就诊时,用国际标准视力表检测双眼矫正视力,记录结果。

**起效时间:**以矫正视力提高 2 行的时间为起效时间。

### 1.4 观测时点

本课题设立治疗前、治疗 1 个月末、2 个月末、3 个月末、6 个月末,共 5 个时点。若观察期末到 3 个疗程因临床基本痊愈而停止治疗,则观察记录至实际结束时点。停止各组相应治疗,进入洗脱期,消除各治疗措施对受试者的影响。在停止治疗后半年对受试者进行观察,指标同观察期。

### 1.5 疗效标准

治疗后 6 个月末进行疗效评价。疗效评价标准根据 1996 年 4 月中华眼科学会全国儿童弱视斜视防治学组工作会议通过的弱视治疗疗效评价标准<sup>[1]</sup>。基本痊愈:矫正视力提高至 0.9 或以上;进步:视力提高 2 行或 2 行以上;无效:视力退步、不变或提高仅 1 行。总有效率=(基本痊愈眼数+进步眼数)/总眼数 $\times$ 100%。

### 1.6 统计学方法

应用 SPSS 17.0 软件进行统计学分析,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用 Mann-Whitney  $U$  检验,组内比较采用配对 Wilcoxon 检验;计数资料组间比较采用  $\chi^2$  检验或 Mann-Whitney  $U$  检验;等级资料比较采用 Mann-Whitney  $U$  检验。所有的统计检验均采用双侧检验,检验水准  $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 基线情况

共纳入 76 例,受试过程中脱落 2 例,共 74 例患者(134 只眼)完成治疗。治疗组(38 例 69 只眼),男性 19 例,女性 19 例;平均年龄(6.25 $\pm$ 2.63)岁;平均病程(12.93 $\pm$ 16.84)个月。对照组(36 例 65 只眼),男

性 16 例, 女性 20 例; 平均年龄  $(5.65 \pm 2.53)$  岁; 平均病程  $(9.56 \pm 16.68)$  个月。治疗前矫正视力治疗组  $0.55 \pm 0.13$ , 对照组  $0.58 \pm 0.10$ 。两组病例的性别、年龄、病程、治疗前矫正视力分别经  $\chi^2$  检验、非参数 Mann-Whitney  $U$  检验, 均  $P > 0.05$ , 组间具有可比性。

## 2.2 疗效比较

治疗组 69 只眼, 基本痊愈 23 只眼 (33.3%), 进步 36 只眼 (52.2%), 无效 10 只眼 (14.5%), 总有效率 85.5%; 对照组 65 只眼, 基本痊愈 13 只眼 (20.0%), 进步 20 只眼 (30.8%), 无效 32 只眼 (49.2%), 总有效率 50.8%。治疗组疗效好于对照组 (Mann-Whitney  $U$  检验,  $Z = -3.684, P < 0.001$ ; 总有效率比较  $\chi^2$  检验,  $\chi^2 = 18.769, P < 0.001$ )。

## 2.3 治疗前后视力比较

治疗后, 治疗组矫正视力  $0.81 \pm 0.15$ , 对照组矫正视力  $0.71 \pm 0.18$ , 均较治疗前明显提高 (配对 Wilcoxon 检验, 治疗组治疗前后比较,  $Z = -6.950, P < 0.001$ ; 对照组治疗前后比较,  $Z = -5.988, P < 0.001$ )。治疗后治疗组视力明显优于对照组 (Mann-Whitney  $U$  检验,  $Z = -3.326, P = 0.001$ )。

## 2.4 治疗后视力进步的起效时间比较

治疗组起效时间为 1 个月者 36 只眼, 2 个月者 17 只眼, 3 个月者 4 只眼, 6 个月者 2 只眼, 无效者 10 只眼; 对照组起效时间 1 个月者 7 只眼, 2 个月者 8 只眼, 3 个月者 11 只眼, 6 个月者 7 只眼, 无效 32 只眼。治疗组的起效时间主要集中在 1~2 个月, 并以 1 个月内居多, 整体上短于对照组 (Mann-Whitney  $U$  检验,  $Z = -6.001, P < 0.001$ )。

## 3 讨论

儿童弱视 (children amblyopia) 是眼科临床常见的妨碍儿童视觉发育的严重眼病。在视觉系统发育的关键期, 进入眼内的视觉刺激不够充分, 剥夺了形成清晰物像的机会和 (或) 两眼视觉输入不同引起清晰物像与模糊物像之间发生竞争, 造成的单眼或双眼视力发育障碍, 给患儿的生活学习产生很大的影响, 因此治疗儿童弱视是保护儿童视力的重要工作。

目前现代医学针对儿童弱视方法较多, 各有其利弊, 疗效也各有千秋, 治疗周期一般较长。单纯物理疗法中, 使用最多的是传统屈光矫正、遮盖治疗、精细作业训练, 但治疗时间长, 患儿不易坚持; 压抑疗法疗程长, 费用高; 后像法及红色滤光片法只适于旁中心注视者; 药物疗法中, 口服西药左旋多巴起效缓慢, 且有多系统不良反应<sup>[3]</sup>。

中医由于历史的原因, 至今尚无有关儿童弱视

的明确名称, 根据其外无黯障, 仅视物模糊的症状, 一般将屈光不正、屈光参差性儿童弱视归于“能远怯近”“能近怯远”范畴。明代王肯堂在《证治准绳杂病·七窍门·能远视不能近视》中论述与儿童弱视形成关系最为密切的远视时说:“能远视不能近视者, 阳气有余, 阴气不足也, 乃血虚气盛……阴精不足, 阳光有余, 病于水者, 故光华发见散乱而不能收敛近视, 治之在心肾, 心肾平则水火调”。《此事难知》在论述远视病因病机时说:“不能近视, 责其无水, 法当补肾”。《眼科阐微》谓:“小儿目病, 与大人不同……小儿秉受天真不足, 气血嫩弱……小儿目无精彩, 肾虚也。”

近年来中医药治疗儿童弱视取得了令人鼓舞的临床疗效, 如通过中药汤剂、耳穴压豆, 以补肾滋肝疏肝, 活血化瘀<sup>[4-6]</sup>; 中药离子导入联合遮盖疗法, 补益肝肾, 养血明目<sup>[7]</sup>, 等, 均取得了较好疗效。

本研究在中医理论的指导下, 提出儿童弱视的发生在于先天禀赋不足, 导致元阳不足, 肝肾精血虚亏; 气血运行不畅, 头目经络受阻, 而致气血津液不能上承于目, 目失濡养, 神光发生无源, 日久则成儿童弱视。采用培补肝肾, 活血通络为治疗原则, 自拟方剂。方中制何首乌为君药, 滋肾水益肝血。熟地黄、枸杞子、肉苁蓉、菟丝子共为臣药, 协助君药共奏补肝肾益精血之功。川芎、丹参为佐药, 使补中有动, 补而不滞。泽泻, 使补中有泻, 防止滋补之品滞腻之弊; 补益药物性质多粘腻, 妨碍消化, 故加少许陈皮, 理气运脾, 此二药在方中用量较小共为使药。全方药物集中归经于肝肾, 滋补肝肾兼通经络, 补阳又可益阴, 阴平阳秘, 动静兼顾, 使补而不滞, 补中有泻, 滋而不腻, 协调阴阳。既考虑到眼部的生理特点, 又兼顾了儿童稚阴稚阳之体。诸药合用, 使肝肾之精血, 循目中幽深之脉道, 通达于目中, 涵养目窍, 共奏培补肝肾, 活血通络之功<sup>[8]</sup>。

本研究以最基本的屈光矫正、遮盖疗法<sup>[3]</sup>、精细作业治疗儿童弱视为对照组, 研究培补肝肾活血通络法 (屈光矫正、遮盖疗法、精细作业与中药联合) 治疗儿童弱视的疗效, 发现治疗组总有效率 85.5%, 明显高于对照组的 50.8% ( $P < 0.05$ ); 对两组患者的视力改善的起效时间进行比较发现, 治疗组起效时间整体上低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。提示培补肝肾活血通络法是儿童弱视治疗中的重要治则之一, 不仅疗效明显优于单纯西医基础治疗, 而且起效快, 可望缩短疗程。因本课题研究周期有限, 开展小样本临床预实验研究, 仅收集研究了屈光不正性儿童弱视和屈光参差性儿童弱视的病例, 缺乏

远期观察数据,在后续研究中将做进一步完善。

### 参考文献

[1] 中华医学会眼科学会全国儿童弱视斜视防治学组. 弱视的定义、分类及疗效评价标准[J]. 中国斜视与小儿眼科杂志, 1996, 4(3): 97-98.

[2] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 114.

[3] 张惠芳, 燕振国. 儿童弱视治疗方法新进展 [J]. 中国斜视与儿童眼科杂志, 2014, 22(3): 45-47.

[4] 徐艳, 潘春英. 综合疗法辅助中药治疗儿童弱视 87 例[J]. 中医研究, 2012, 25(1): 31-33.

[5] 韩治红, 邱敏. 耳穴压豆联合遮盖法及中药治疗儿童弱视的随机对照临床研究[J]. 针灸研究, 2015, 40(3): 247-250.

[6] 李迎舒. 中西医结合治疗儿童弱视的临床观察[J]. 中国中医眼科杂志, 2011, 21(3): 166-167.

[7] 谢祥勇, 唐勇华, 何碧华, 等. 中药离子导入配合按摩眼部穴位治疗儿童弱视立体视觉疗效观察[J]. 中国中医眼科杂志, 2012, 22(4): 276-278.

[8] 夏红. 培补肝肾活血通络法治疗儿童弱视探析[J]. 四川中医, 2010, 28(9): 83-84.

### · 个案报告 ·

## 外伤性泪囊大脓肿伴泪囊瘻 1 例

许娜

【关键词】泪囊脓肿;泪道瘻,外伤

中图分类号:R777.2 文献标识码:B 文章编号:1002-4379(2017)02-0102-01

患者男,16岁,因“外伤后右眼泪囊区反复流脓1年”于2016年4月10日入院。患者1年前受伤后在当地医院行眼睑裂伤清创缝合术(当时伤情不详)。此后右侧泪囊区皮肤反复流脓,红肿不明显。给予抗炎治疗后病情无明显好转,流脓症状持续存在。眼科检查:右眼视力1.5,左眼视力1.2,右眼下眼睑见长约2cm的条形皮肤瘢痕。泪囊区隆起,可触及约2.0cm×2.0cm大小的包块,质中等,边界清,活动性差,无压痛,皮肤可见瘻口,按压有脓液流出。眼睑启闭正常,无睑内外翻及倒睫,泪小点位置正常。余检查(-)。右眼冲泪道:自下泪点冲洗,见部分冲洗液自上泪点返流,伴少许分泌物,部分自皮肤瘻口溢出。CT提示右侧眼球外内侧约2cm囊性病灶,壁厚,病灶挤压眼球,考虑囊肿并感染可能。入院诊断:右眼泪道瘻,右眼眶肿物(囊肿?)。给予全身抗炎治疗后,完善术前准备,在局麻下行右眶肿物探查术。沿原下睑皮肤瘢痕处切开皮肤,分离皮下组织,触及厚壁囊性包块,靠皮肤面囊壁破溃,按压见大量脓液溢出,肿物与周围组织粘连。沿破溃口剪开囊壁,见囊壁厚,囊腔内大量脓液,清除干净囊腔内脓液后见囊内壁表面光滑似黏膜组织,囊腔直径大约2cm,沿下泪点置入泪道探针,将其内壁顶起,见泪总管开口于囊腔内上方,考虑增大的囊肿物为泪囊。寻找泪前嵴,切开骨膜,骨膜剥离器沿泪囊窝将骨膜连同囊壁一起分离,进一步证实囊肿组织为泪囊。鼻骨凿孔,行鼻腔泪囊黏膜吻合,术后加压包扎。术

后诊断:右眼外伤性慢性泪囊炎、泪囊脓肿、泪囊瘻。

### 讨论

外伤性泪囊炎是指外伤引起的鼻部局部解剖结构紊乱,疤痕增生,鼻泪管阻塞而导致溢泪、溢脓。泪囊位于内眦深部泪前后嵴之间的泪囊窝内<sup>[1]</sup>,位置较深,表面被皮肤和眼轮匝肌覆盖,顶部位于内眦韧带的下面。泪囊长12~15mm,宽4~7mm,一般不容易被外伤所累。泪囊脓肿多为外伤或泪囊慢性炎症感染,持续时间较长,久而久之泪囊壁逐渐扩大形成一个巨大脓性囊腔,但像本文患者这样巨大的泪囊脓肿实属少见。泪囊瘻多伴有异物残留,而该患者术中探查并未发现异物残留,考虑为长期炎症脓液刺激致使泪囊壁及皮下组织破溃,最终穿破皮肤形成瘻道。术前误诊原因:(1)不能详尽掌握患者当时受伤情况;(2)慢性泪囊炎除急性发作外一般不会导致皮肤破溃流脓,该患者受伤后泪囊区皮肤反复溢脓,而红肿等急性炎症症状不明显,因此术前我们考虑为外伤异物残留等导致的炎性包裹,未考虑为泪囊巨大脓肿并瘻道形成,故术前未行泪道造影,术中也未在下泪道内注入亚甲蓝行泪囊染色。若有条件做泪道内窥镜检查 and 泪道造影+三维重建CT检查,对诊断会有帮助。该患者选择行鼻腔泪囊吻合术,术后患者流脓、流泪症状消失,治疗有效。该病例提示临床眼科医师应尽可能全面地对患者的病情进行分析,以制定出适合患者的个体化诊疗方案。

### 参考文献

[1] 李凤鸣. 眼科全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 212.

DOI:10.13444/j.cnki.zgzyykzz.2017.02.009

作者单位:玉溪市人民医院眼科,云南 玉溪市 653100

通讯作者:许娜, E-mail: xuyaoqiaoxn@163.com