

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2023.01.010

障眼明片联合人工泪液治疗视疲劳临床观察

林宝涛

深圳眼科医院角膜科,广东深圳 518040

摘要 目的 评价障眼明片联合人工泪液治疗视疲劳的有效性和安全性。方法 回顾性分析本院收治的 60 例视疲劳患者的临床资料,根据治疗方法的不同分为对照组和观察组,每组 30 例。对照组采用人工泪液治疗,观察组在对照组基础上加用障眼明片。比较 2 组临床疗效以及治疗前、治疗 4 周后、治疗 8 周后的视疲劳症状评分、泪河高度和泪膜破裂时间(break-up time, BUT)变化。结果 治疗 8 周后,对照组总有效率为 90.00%,观察组总有效率为 96.67%。治疗 4 周及 8 周后,2 组视疲劳症状评分均较前降低($P < 0.05$),且观察组治疗 8 周后的视疲劳症状评分明显低于对照组($P < 0.05$);对照组 BUT 较治疗前无明显变化($P > 0.05$),而观察组 BUT 明显高于治疗前及对照组($P < 0.05$)。治疗 8 周后,2 组泪河高度均显著增加($P < 0.05$),且观察组治疗 4 周和 8 周后的泪河高度均高于对照组($P < 0.05$)。结论 障眼明片联合人工泪液治疗视疲劳能够显著增加患者的泪膜破裂时间和泪河高度,改善视疲劳症状,且效果明显优于单用人工泪液。

关键词 障眼明片;视疲劳;人工泪液;联合治疗;视疲劳症状评分

中图分类号 R276.7 **文献标志码** A

视疲劳并不是单独的眼病,而是由眼科或某些全身疾病引起的眼部症状,因此也被称为“视疲劳综合征。”视疲劳在眼科临床较为常见,其严重程度与人的耐受力、性格、性别、年龄等有关。流行病学调查发现,23%学龄儿童、64%~90%电脑使用者及 71.3%干眼患者均存在不同程度的视疲劳^[1]。引起视疲劳的原因主要有屈光不正、调节集合障碍、眼肌功能障碍、干眼症、神经因素和环境因素等^[2]。视疲劳主要表现为:用眼过度而出现短暂的视物模糊或重影、眼部胀痛、干涩、流泪、眼痒,甚至出现头痛头晕、恶心呕吐等不适。西医治疗视疲劳的手段有矫正屈光不正、手术治疗、化学药物治疗和眼外肌训练等,其疗效有限,仅能改善局部症状,难以彻底治愈。中医治疗视疲劳不仅能改善局部症状以治标,还能通过调节人体整体状况以治本^[3]。目前关于视疲劳的中医治疗可分为中医特色外治法和中药。外治常采用针刺、中药熏蒸、刮痧等方法,能起到疏通经络、活血化瘀的作用。此外,具有养肝明目、补肾益精或补血安神等功效的中药能够在一定程度上缓解视疲劳症状。障眼明片由全国眼科泰斗、中医名家李藻云教授在传统名方益气聪明汤和驻景丸的基础上,结合自身用药经验研制而成,有补益肝肾、退翳明目的作用,主要用于治疗肝肾亏虚所致的干涩不舒、单眼复视、腰膝酸软或

轻度视力下降。本研究探讨障眼明片联合人工泪液治疗视疲劳的有效性和安全性,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2022 年 1 月—5 月深圳眼科医院门诊收治且均经临床确诊的 60 例视疲劳患者的临床资料,按照治疗方法的不同分为对照组和观察组,每组 30 例(各 60 只眼)。观察组男 12 例,女 18 例;年龄 23~65 岁,平均年龄(42.57±10.89)岁;病程 0.5~7 年,平均病程(3.15±1.73)年。对照组男 14 例,女 16 例;年龄 24~74 岁,平均年龄(43.23±13.95)岁;病程 1~8 年,平均病程(3.57±1.81)年。2 组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准

①诊断为视疲劳的患者;②年龄 18~75 周岁,男女不限;③临床资料无缺损或丢失,能坚持完成治疗及随访者。

1.3 排除标准

①干燥综合征早期或恶性肿瘤等全身性疾病;②青光眼、眼底疾病、其他眼部感染性疾病;③研究者认为存在不宜参与本试验的其他情况。

1.4 治疗方法

对照组仅接受玻璃酸钠滴眼液(齐鲁制药有限公司,国药准字 H20103633)外用治疗,1 滴/次,4 次/d,持续 8 周。

观察组除采用人工泪液外用治疗外,同时口服障眼明片(广州白云山中一药业有限公司,国药准字 Z44022460),2 片/次(0.42 g/片),3 次/d,持续 8 周。

1.5 观察指标与疗效判定标准

比较 2 组治疗前及治疗 4 周、8 周后的视疲劳症状评分、泪膜破裂时间(break-up time, BUT)和泪河高度。①视疲劳症状评分:根据《视疲劳调查量表》进行评估,考察内容包括眼部健康问题、双眼视觉功能问题、心理和全身因素等问题,分别从症状出现频率和强度等方面进行分级评价,分数越高表示症状越严重^[4]。②BUT 测定:BUT 在裂隙灯显微镜下测量。于结膜囊内滴入 0.125% 荧光素溶液 1 滴(约 0.01 mL),嘱被检者眨眼数次,然后向前平视,不再瞬目,保持睁眼状态。通过钴蓝色滤光片,用 3 mm 宽的光线回扫视角膜。检查时自患者睁眼时开始,立即持续观察并计时,直到角膜出现一个黑斑泪膜缺损时为止。用秒表测定出现泪膜破裂的时间即 BUT,连续测量 3 次,取平均值。③泪河高度测定:采用裂隙灯检

查法,观察在角结膜表面的光带和下睑缘光带的交界处泪液的液平高度,该高度在一定程度上可反映泪液的分泌量^[5]。

疗效评价参考《中药新药临床研究指导原则》进行综合评价,以疗效指数作为评定标准,疗效指数=(治疗前分值-治疗后分值)/治疗前分值×100%,其中疗效指数≥60%为显效,60%<疗效指数≤30%为有效,疗效指数<30%为无效。显效率=显效例数/总例数×100%,总有效率=[(显效+有效)例数/总例数]×100%。此外,记录 2 组不良反应的发生情况。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件包对数据进行统计处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料以例数或百分比表示,采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床疗效

治疗 8 周后,观察组显效率为 90.00%,总有效率为 96.67%;而对照组显效率为 53.33%,总有效率为 90.00%。见表 1。

表 1 2 组患者临床疗效($n=30$,例,%)

组别	显效	有效	无效	显效率	总有效率
对照组	16	11	3	16(53.33)	27(90.00)
观察组	27	2	1	27(90.00)	29(96.67)

2.2 2 组视疲劳症状评分、BUT 及泪河高度比较

治疗 4 周和 8 周后,2 组视疲劳症状评分较治疗前显著降低($P < 0.05$),且观察组治疗 8 周后的视疲劳症状评分显著低于对照组($P < 0.05$);对照组 BUT 较治

疗前无明显变化($P > 0.05$),而观察组 BUT 较治疗前及对照组显著升高($P < 0.05$)。治疗 8 周后,2 组泪河高度均显著升高($P < 0.05$),且观察组治疗 4 周和 8 周后的泪河高度显著高于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组治疗前后视疲劳症状评分、BUT 及泪河高度比较($n=30$, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	视疲劳症状评分(分)	BUT(s)	泪河高度(mm)
对照组	治疗前	38.800±2.808	4.400±0.305	0.146±0.016
	治疗 4 周后	27.033±2.062*	4.533±0.278	0.174±0.020
	治疗 8 周后	15.667±1.003*	4.967±0.277	0.200±0.024*
观察组	治疗前	39.267±1.953	4.500±0.253	0.142±0.022
	治疗 4 周后	22.100±0.963*	5.767±0.274* [△]	0.218±0.032* [△]
	治疗 8 周后	9.667±0.735* [△]	6.333±0.273* [△]	0.221±0.024* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$;与对照组比较[△] $P < 0.05$

2.3 安全性评价

治疗过程中,2 组均未出现明显的不良反应。

3 讨论

视疲劳是指各种原因引起的眼睛视物时超过正

常负荷,造成用眼后视觉障碍、眼部不适并伴发全身症状,最终无法进行正常视作业的综合征。视疲劳属于中医“肝劳”范畴,亦称为“目倦。”视疲劳以视物不能持久,久则眼胀、昏花、头痛为主要表现,包括肝肾阴

(下转第 72 页)

- 4439-4441.
- [7] 赵海峰,张蓉娟,张萌,等. 附子、瓜蒌合煎薄层指纹图谱研究[J]. 陕西中医,2012,33(12):1666-1667.
- [8] 程显怡,马骏,李强,等. 附子与瓜蒌不同配比急性毒性比较[J]. 西部中医药,2013,26(3):13-15.
- [9] 柴中元,杨尧森.“附子不宜与瓜蒌同用”之我见[J]. 中国药师,2002,5(3):191.
- [10] 彭小静,朱虹,徐道亮,等. 加味栝楼瞿麦汤对糖尿病肾病大鼠肾组织 HGF, IGF-1 及 VEGF 的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2012,18(17):215-218.
- [11] 李坤. 瓜蒌瞿麦丸治愈消渴案[J]. 四川中医,1996,15(11):39.
- [12] 王付. 经方时方合用辨治糖尿病及其并发症[J]. 辽宁中医杂志,2011,38(11):2252-2253.
- [13] 赵宇. 瓜蒌瞿麦丸合氯沙坦对糖尿病肾病早期尿微量白蛋白影响的研究[J]. 系统医学,2018,3(4):27-29.
- [14] 陈志刚. 瓜蒌瞿麦丸治疗糖尿病肾病蛋白尿的临床观察[J]. 长春中医药大学学报,2009,25(1):92.
- [15] 罗试计,庞英华,许廷生. 瓜蒌瞿麦散治疗糖尿病肾衰阳虚型水肿 32 例[J]. 河南中医,2006,26(4):44-45.
- [16] 卢翔,郑乐群,胡美娅. 加味瓜蒌瞿麦汤联合常规西药治疗 III-IV 期糖尿病肾病 30 例临床研究[J]. 江苏中医药,2019,51(8):39-41.
- [17] 薛积才. 瓜蒌瞿麦丸加激素治疗肾病综合征(脾肾阳虚型)30 例临床研究[J]. 新中医,2016,48(1):49-50.
- [18] 朱祥麟. 瓜蒌瞿麦丸治老年前列腺肥大[J]. 四川中医,1992,11(4):33.
- [19] 刘杰,张仁义. 瓜蒌瞿麦汤治疗慢性前列腺炎 66 例[J]. 实用中医药杂志,2005,21(8):468.
- [20] 翁剑飞,曾国志,吴起浩,等. 瓜蒌瞿麦丸治疗脾肾两虚型弱精子症 30 例[J]. 福建中医药,2020,51(4):76-77.
- [21] 张淑文. 瓜蒌瞿麦丸治疗尿道综合征 52 例[J]. 中国医药学报,2003,18(2):126-127.
- [22] 郑桂敏,孟嫣,施洋,等. 加减瓜蒌瞿麦丸治疗复发性尿路感染的临床观察[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2017,18(6):520-522.
- [23] 张银柱,刘晓峰. 上病下取治疗干燥综合征[J]. 环球中医药,2017,10(3):316-318.
- [24] 陆漩霖,农秀明,成平,等. 加味栝楼瞿麦汤联合壮医脐穴针刺治疗子宫腺肌症的临床观察[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(4):844-849.
- [25] 李振生. 瓜蒌瞿麦丸应用举隅[J]. 河南中医,1999,19(5):5-6.

(收稿日期:2022-06-27)

(上接第 54 页)

虚、肝郁气滞和气血亏虚 3 种中医证候,其中以肝肾阴虚证最为常见^[6]。治疗视疲劳侧重养肝明目、补血活血^[7]。障眼明目片具有补益肝肾、健脾调中、升阳开窍、退翳明目的功效^[8],可用于治疗视疲劳引起的眼部与身体不适症状。方中肉苁蓉、枸杞子、山茱萸、菟丝子、黄精、熟地黄补益肝肾,缓解由于肝肾阴虚引起的视疲劳;石菖蒲开窍宁神、化湿和胃,改善用眼过度引起的头晕头痛等不适症状;决明子、青箱子、蔓荆子、菊花、密蒙花、车前子清肝明目;党参、黄芪补气健脾;白芍敛阴柔肝;葛根、升麻升举阳气而引药上行;黄柏退虚火;川芎活血;甘草清热解毒、调和药性。方中药物相辅相成,能够有效调养肝肾,补血安神,从而减轻用眼过度后眼部不适和某些全身疾病在眼部的表现^[9]。

本研究结果表明,经障眼明目片治疗后,患者的视疲劳症状评分明显降低,泪膜破裂时间和泪河高度显著增加,说明障眼明目片能显著改善视疲劳症状及干眼情况。经 8 周治疗后,观察组显效率高于对照组,说明障眼明目片联合人工泪液治疗视疲劳疗效确切,能够有效改善视疲劳。

综上所述,障眼明目片联合人工泪液治疗视疲劳能有效缓解症状,增加泪膜破裂时间和泪河高度,且疗效明显优于单用人工泪液。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会眼科学分会眼视光学组. 视疲劳诊疗专家共识(2014 年)[J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志,2014,16(7):385-387.
- [2] 林恺,缪晚虹. 视疲劳的病因与治疗概述[J]. 浙江中西医结合杂志,2019,29(4):346-348.
- [3] 何敬. 视疲劳中医治疗[J]. 辽宁中医药大学学报,2018,20(12):195-197.
- [4] 林艳艳,邓如芝,李志华,等. 视疲劳量表的制订及评价[J]. 中华眼科杂志,2021,57(4):284-291.
- [5] 马骏,宁晓玲. 泪河高度测定[J]. 中华眼科杂志,2015,51(3):224.
- [6] 黎晓冬. 调节性视疲劳中医辨证分型及其证候要素分布规律的临床研究[D]. 成都:成都中医药大学,2020.
- [7] 郭涵,朱晓林,王静波,等. 基于中医传承辅助系统探讨治疗视疲劳用药规律[J]. 中医临床研究,2021,13(25):35-38.
- [8] 张荣. 障眼明目片治疗老年性白内障 380 例疗效观察[J]. 广东医学,1984,5(5):29-30.
- [9] 刘珊珊,尹震,李吉来. 障眼明目片对去势所致干眼新西兰兔的治疗作用[J]. 当代医学,2020,26(16):52-54.

(收稿日期:2022-09-30)