

基于 68 例病毒性角膜炎的中药熏眼治疗效果观察

尹 星

开远市人民医院 云南开远 661699

【摘要】目的 探讨针对选取的 68 例病毒性角膜炎患者, 采取中药熏眼所取得的治疗效果。**方法** 选取在我院接受治疗的 68 例病毒性角膜炎患者, 采取随机分组方式, 将其分为对照组和观察组两组, 各 34 例。给予对照组 34 例 50 只眼常规的病毒治疗方式, 观察组 34 例 48 只眼需在对照组的基础上, 采取中药熏眼的治疗方式, 对比分析两组患者的治疗总有效率。**结果** 相比于对照组, 观察组患者具有相对较高的治疗总有效率 ($P < 0.05$)。**结论** 中药熏眼治疗方式在病毒性角膜炎疾病中的运用, 具有重要意义, 能够取得较好的治疗效果, 值得大力推广。

【关键词】 病毒性角膜炎; 中药; 熏眼**【中图分类号】** R772.21**【文献标识码】** A**【文章编号】** 2095-9753 (2019) 06-024-02

病毒性角膜炎是一种多发性眼表疾病, 在眼科中具有较大的发病率, 其病程较长、对视觉功能具有严重损害性并且极易反复发作, 是我国的一种常见眼科疾病^[1]。当前, 各种抗生素以及皮质激素被大量运用, 从而增大了病毒性角膜炎的发病率。为了有效治疗该疾病, 需研发出大量的高效和耐药性药物, 从而促使其从根本上得到治愈, 极大的提升病毒性角膜炎患者的免疫力。基于此, 本文主要探讨了中药熏眼治疗方式对病毒性角膜炎疾病的治疗效果, 现将具体报道呈现如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院在 2016 年 7 月-2018 年 9 月收治的病毒性角膜炎患者 68 例作为研究对象, 共 98 眼。其中, 男 36 例 55 眼, 女 32 例 43 眼, 平均年龄为 (42.5±12.6) 岁, 35 例 42 眼点状浸润病毒性角膜炎患者, 20 例 36 眼的浅层浸润病毒性角膜炎患者, 13 例 20 眼的深层浸润病毒性角膜炎患者。将 68 例 98 眼的研究对象按照随机数字表法, 均分为两组, 各 34 例, 其中, 观察组 34 例, 48 只眼, 对照组 34 例 50 只眼。诊断标准: 具有一定的发病诱因或感冒、发热等症状、角膜知觉逐渐减退; 角膜出现浑浊、并且逐渐变化为地图状、树枝状等。

1.2 方法

给予对照组和观察组常规的治疗方式, 如使用 5g3% 阿昔洛韦滴眼膏, 2 次/d, 或基因工程干扰素滴眼液, 6 次/d; 大多数病人在结膜受到损害时, 分泌的泪液较少, 可选用人工泪液; 出现前房反应时, 使用散瞳剂; 对于病情较严重, 视力

明显下降但角膜上皮无损害者, 可将 0.5ml 的阿昔洛韦和 2mg 的地塞米松在患者结膜下注射, 1 次/d; 角膜上皮出现损坏时, 为了避免感染, 可使用氧氟沙星眼膏等抗生素。观察组还需在常规治疗的基础上, 联合中药熏眼治疗: 将菊花、车前子、蒲公英、大青、黄芩、金银花等中药按照分别 10g 的剂量制药, 稀释后放入熏蒸器加热熏眼, 3 次/d, 10min/次。

1.3 观察指标

治疗前后, 采取荧光素对角膜进行染色, 针对角膜荧光素染色情况, 在裂隙灯显微镜下进行观察。在判断临床症状是否有所改善时, 可采取相关研究中提出的分级计分法来进行判定, 如: 根据患者所具有的畏光、目赤、疼痛、角膜着色等临床症状, 将它们有效划分为四个等级, 即轻(+)、中(++)、重(+++)、消失(-)^[2]。疗效判定: 治愈: 眼部充血和刺激症状消失, 角膜浸润灶逐渐愈合, 角膜炎染色不着色; 有效: 眼部具有相对较轻的刺激症状, 角膜浸润减轻或浸润灶范围缩小, 角膜荧光染色着色; 无效: 眼部具有明显的刺激症状, 角膜浸润灶有扩大趋势, 角膜着色明显。

1.4 统计学方法

本次研究的所有数据采取 SPSS23.0 软件进行处理, 运用百分比表示计数资料, 用 χ^2 检验; 计量资料采取 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 用 t 检验, 当 $P < 0.05$ 时, 表示差异较大具有统计学意义。

2 结果

经治疗后, 对比两组患者的临床治疗效果, 相比于对照组, 观察组在采取中药熏药治疗病毒性角膜炎后, 具有相对较高的治疗总有效率 ($P < 0.05$), 如表 1 所示。

表 1: 对比两组患者的治疗效果 (眼数)

组别	治愈		好转		无效		总有效率 (%)
	眼数	有效率 (%)	眼数	有效率 (%)	眼数	有效率 (%)	
观察组	40	83.3	7	14.6	1	2.1	97.9
对照组	38	76.0	12	24.0	10	20.0	80.0
χ^2							7.889
P							0.004

3 讨论

病毒性角膜炎在眼科临床治疗中比较常见, 具有较大的治疗困难, 且是一种占比较大的角膜致盲疾病, 约为 63.2% 左右^[3]。近年来, 由于受到多种因素的干扰作用, 患者机体细胞的免疫功能大幅度下降, 从而导致病毒性角膜炎病毒被激活, 进而具有日益上升的发病率。中医学上认为, 当黑暗

与外物直接接触时, 极易引发风热现象。在一些常见的中药熏眼剂中, 大都具有祛风清热、清热解毒之作用, 如双花、蒲公英等, 因此可被用来治疗病毒性角膜炎疾病^[4]。

此外, 熏洗法在我国具有悠久的历史, 是一种外治法, 采用中药熏洗时能够恢复吞噬细胞的功能、刺激机体、提升 (下转第 28 页)

者受到心衰症状的影响,其他组织及器官血流灌注效果欠佳,造成其肺循环伴有显著淤血症状,患者发生肺部感染的可能性较高^[5]。本研究针对慢性心衰并肺部感染患者治疗措施予以研究,给予患者头孢哌酮/舒巴坦治疗,其结果显示,实验组发热症状、咳嗽症状、喘息症状、肺部啰音、住院时间均短于参照组,实验组腹泻、皮疹、恶心呕吐等药物不良反应发生率低于参照组。头孢哌酮/舒巴坦是头孢菌素第三代药物之一,是一种复合型药物,包括头孢哌酮与舒巴坦,其中,头孢哌酮在进入患者体内后,与细菌中蛋白质进行结合,从而导致其细菌受到破坏,能够杀灭细菌。舒巴坦具有较高的广谱性特征,在杀菌方面效果显著。

综上所述,针对慢性心衰并肺部感染患者予以头孢哌酮/舒巴坦治疗效果确切,可有效改善患者肺部感染症状,其药物不良反应发生率低,其安全性水平较高,因此,头孢哌酮/舒巴坦在慢性心衰并肺部感染治疗方面具有临床推广及应用

的优势。

参考文献:

- [1] 任燕,徐常娟.头孢哌酮舒巴坦在慢性心衰并发肺部感染中的疗效分析[J].智慧健康,2018(11).
- [2] 杨保伟.头孢哌酮舒巴坦在慢性心衰并发肺部感染中的疗效观察[J].北方药学,2017(10):38-39.
- [3] 郑颖文,邓小梅,钟玉兰.阿米卡星联合头孢哌酮/舒巴坦治疗老年慢性心力衰竭合并肺部感染的疗效观察[J].中华老年多器官疾病杂志,2017(16):840.
- [4] 周永安.阿米卡星联合头孢哌酮/舒巴坦治疗老年慢性心力衰竭合并肺部感染的疗效观察[J].现代医学与健康研究,2018(11):72-72.
- [5] 段飞龙.头孢哌酮钠-舒巴坦钠对慢性心力衰竭患者伴肺部感染的临床疗效评价[J].抗感染药学,2017(04):189-190.

(上接第24页)

神经系统的兴奋性;使胶原纤维大大降低,避免纤维素被渗出或者玻璃样变过程的产生,从而避免出现粘连或者瘢痕;也可对局部组织循环进行改善,提升人体的疼痛范围;在蒸汽微热的作用下,可促进眼部循环,从而促使人体的局部组织更容易吸收这些清热解毒药物,增强药物疗效^[5]。局部血液循环加快时,有助于人体更好的代谢局部的营养物质,从而有效排除致癌物质、病理产物的等。本文针对病毒性角膜炎患者,主要研究联合运用中药熏蒸治疗方式所取得的治疗效果,最终得出中药熏眼治疗病毒性角膜炎患者,能够有效治疗该疾病,并取得较高的治疗总有效率,治疗效果较理想。

综上,采取联合中药熏眼来治疗病毒性角膜炎患者,能够极大的提升疾病治愈率,保障患者的眼部功能,具有较大

的临床研究价值和推广价值。

参考文献:

- [1] 王齐.抗病毒滴眼液与中药熏眼治疗单纯疱疹性病毒性角膜炎[J].吉林中医药,2017,37(3):260-262.
- [2] 李金玲,周增堂.中药雾化熏眼联合抗病毒药物治疗单纯疱疹性病毒性角膜炎的疗效分析[J].现代中西医结合杂志,2017,23(9):987-988.
- [3] 周永飞.中药超声雾化熏眼减轻病毒性角膜炎疼痛症状26例疗效观察[J].浙江中医杂志,2016,45(6):436-437.
- [4] 张建荣.中药超声雾化眼浴疗法治疗单纯疱疹病毒性角膜炎的效果探讨[J].当代医药论丛,2017,15(8):135-136.
- [5] 姚巧,王方.中药雾化熏眼联合更昔洛韦治疗单纯疱疹性病毒性角膜炎的疗效分析[J].饮食保健,2016,3(12):90-91.

(上接第25页)

危重患者的抢救成功率予以提升,使闭塞脑血管尽早开通,使脑血运情况得到改善,使临床症状得到改善,将致残率降低,提升患者的生活质量^[4]。

有关研究显示,溶栓治疗是一种有效、较快的方法,可使缺血性脑组织血供情况在短时间内恢复,使其他功能损害程度和神经细胞损害程度予以降低,已成为临床治疗脑梗的首选方法^[5]。

综上所述,在脑梗溶栓治疗中开放急诊绿色通道,为患者争夺抢救时间,使并发症发生率降低。

参考文献:

- [1] 刘晓林,梁隆斌.危重症患者急诊绿色通道的一体化

管理[J].现代医药卫生,2016,32(8):1156-1158,1163.

[2] 冯稳,安娅玲.治疗脑梗死后的经验总结[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(17):3407-3407.

[3] 王晓萍,徐静,刘巍等.急诊绿色通道实施阿替普酶(rt-PA)静脉溶栓[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2015(84):80-81.

[4] 李昌容,周利,罗晓琴等.脑卒中中心急诊绿色通道护理流程对提高急性脑梗塞治疗效果的应用[J].医药前沿,2018,8(18):246-247.

[5] 中华医学会急诊医学分会卒中医学组,中国卒中学会急救医学分会.急性脑梗死溶栓治疗急诊绿色通道构建专家共识[J].中国急救医学,2017,37(8):681-684.

(上接第26页)

[2] 杜国忠,黄裕宏.64排螺旋CT对照组造影剂注射法在心脏冠状动脉成像中的应用[J].中国CT和MRI杂志,2012,10(3):105-9.

[3] 石明国,王鸣鹏,俞建明.放射师临床工作指南[M].北京:人民卫生出版社,2013:284-8

[4] 杨爱春,陈邦文,严珍珍.低剂量技术在CT冠状动脉成像中的应用[J].中国辐射卫生,2013,22(1):59-61.

[5] 王慧明,方佳,杜向东,等.16层螺旋CT冠状动脉成像与选择性冠状动脉造影对比研究[J].实用放射学杂志,2011,27(3):345-8.