

分类号: R246.82

密 级: 保 密

学校代码: 10541

学 号: 20073056

湖南中医药大学 硕士学位论文

论文题目: 解毒退翳汤治疗单纯疱疹病毒性角膜炎
肝经风热型的临床观察

研 究 生: 高卓林

导 师: 曾明葵 教授

专 业: 中医眼科学

研究方向: 角膜病

中国·湖南·长沙

二〇一〇年五月

原创性声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文是本人在导师指导下，独立进行研究工作所取得的研究成果。除文中特别加以标注引用的内容外，本论文中不包含任何他人已经发表或撰写过的研究成果，也不包含为获得湖南中医药大学或其他单位学位、证书而使用过的材料。与我共同对本研究所作过重要贡献的单位及个人均已在论文中作了明确说明并致谢。

作者签名：

年 月 日

关于学位论文使用授权说明

本人完全了解湖南中医药大学有关收集、保留及使用学位论文的规定，即：学校可以采用复印、缩印或其它手段保存学位论文；可以公布学位论文的全部或部分内容，允许学位论文被查阅和借阅；学校可根据国家或湖南省有关部门规定送交学位论文或通过国内有关权威机构收录论文全文，向社会提供信息服务。

（保密论文在解密后守此规定）

作者签名：

导师签名：

年 月 日

目录

中文摘要.....	
Abstract.....	
引言.....	
第一部分 临床资料.....	1
1 一般资料.....	1
1.1 被试因素:	1
1.2 受试对象及分组:	1
2 诊断标准:	2
2.1 西医诊断标准.....	2
2.2 中医证型诊断标准.....	2
3 纳入病例标准.....	3
4 病例排除标准:	3
5 剔除及脱落病例标准:	3
6 终止试验和撤出试验标准:	3
第二部分 治疗方法.....	4
1 分组给药及观察.....	4
1.1 分组给药.....	4
1.2 观察周期:	5
2 疗效指标.....	5
2.1 所用检测仪器:	5
2.2 观察指标:	5

2.3 疗效判定标准:	7
3 治疗期不良反应观察.....	7
4 统计分析方法.....	8
第三部分 结果与分析.....	9
1 一般临床资料.....	9
1.1 治疗前两组相关性资料的比较分析.....	9
1.1.1 治疗前两组性别分布的比较分析 (见表 1)	9
1.1.2 治疗前两组年龄分布的比较分析 (见表 2)	9
2 临床疗效.....	10
2.1 两组治疗前后对数视力比较分析 (见表 3)	10
2.2 两组刺激症状消退天数比较分析 (见表 4)	11
2.3 两组患者角膜荧光染色消退天数比较分析 (见表 5)	11
2.4 两组治疗前后中医症候积分比较分析 (见表 6)	11
2.5 两组治疗后疗效比较分析 (见表 7)	12
第四部分 讨 论.....	13
1 祖国医学对单纯疱疹病毒性角膜炎的认识.....	13
1.1 对病名的认识.....	13
1.2 对病因病机的认识.....	13
1.3 对单纯疱疹病毒性角膜炎治疗的认识.....	14
1.3.1 单纯疱疹病毒性角膜炎的中医证型及治疗.....	15
2 导师对本病的认识.....	17
3 现代医学的认识.....	18

3.1 单纯疱疹病毒性角膜炎的发病机制研究.....	18
3.2 西医治疗研究.....	19
4 关于解毒退翳汤与新制柴连汤的疗效机理探讨.....	20
第五部分 结 论.....	23
第六部分 问题与展望.....	24
致 谢.....	25
附录一：综述：	27
附录二：解毒退翳汤临床观察表.....	35

中文摘要

目的：

本文在单纯疱疹病毒性角膜炎的中西医研究和治疗进展的基础上，从理论和临床两方面分析和探讨，运用导师自拟方治疗单纯疱疹病毒性角膜炎肝经风热型的临床疗效。

方法：

按随机数字表方法将西医诊断为单纯疱疹病毒性角膜炎和中医辨证为肝经风热型的合格患者按就诊顺序随机分为 A 组(解毒退翳汤组) 30 例 (32 只眼)，B 组(新制柴连汤组) 30 例 (31 只眼)。疗效判定指标：视力，角膜染色，眼部刺激症状消退天数，中医症候积分。

结果：

1. 两组药物均对单纯疱疹病毒性角膜炎肝经风热型的治疗有疗效，治疗前后各项指标均有差异 ($P < 0.05$)。

2. 两组药物临床疗效相比，解毒退翳汤组优于新制柴连汤组 ($P < 0.05$)。

结论：

导师自拟方解毒退翳汤治疗单纯疱疹病毒性角膜炎肝经风热型有明显疗效，可作为治疗单纯疱疹病毒性角膜炎肝经风热型的临床专方。

关键词：

单纯疱疹病毒性角膜炎 解毒退翳汤 肝经风热型 临床观察

Abstract

Purposes:

We reviewed the study and treatment development of Herpes Simplex Keratitis(HSK) both in traditional medicine and western medicine. On the basis of the review, we analysed the clinical effectiveness of our methods which created by Professor Zeng on Ganjing aneopyretic syndrome of HSK.

Methods:

With the table of random number, the patients whose western medical diagnose is Herpes Simplex Keratitis(HSK) and Chinese Traditional medical pattern of syndrome is Ganjing aneopyretic syndrome were divided into tow groups: A group(Jiedutuiyi decoction group) includes 30 cases(32 eyes), B group(Xingzhicailian decoction group) includes 30 cases(31 eyes). The indexes for therapeutic effects are Vision, cornea staining, extinct days of cilinct body hyperemia, and the multiple scores of manifestation of TCM

Results:

1.Both of methods have effect on treating the herpes simplex keratitis of Ganjing aneopyretic syndrome and make a difference before and after the treatment from the indexes ($P<0.05$).

2.Compared the clinical effect, the Jiedutuiyi decoction group was

better than the Xingzhicailian decoction group($P<0.05$).

Conclusion:

Jiedutuiyi decoction has significant curative effect on the Ganjing aneopyretic syndrome of HSK. It can be used as a specialized decoction on treating the Ganjing aneopyretic syndrome of HSK.

Keywords:

Herpes Simplex Keratitis(HSK); Jiedutuiyi decoction; Ganjing aneopyretic syndrome; Clinical Observation

引 言

单纯疱疹病毒性角膜炎 (herpes simplex keratitis ,HSK) 是由单纯疱疹病毒(herpes simplex virus ,HSV)引起的角膜感染, 简称单疱角膜炎^[1]。HSV 由核酸组成, 外包以蛋白质外壳。HSV 分为 I 型和 II 型。I 型的感染主要是眼部, 大多数眼部疱疹感染由此型病毒引起, II 型的感染部位是生殖器, 偶尔也引起眼部感染。人是 HSV 唯一的自然宿主。HSV 对人的感染性很强, I 型的常见传播途径是带菌者与正常人之间的密切接触, II 型则以性接触传播为主。新生儿可经产道感染, 除累及眼部外, 还可累及皮肤、血液、内脏和中枢神经系统, 并可致命。

单纯疱疹病毒性角膜炎是临床上最为常见的一类角膜炎症, 而且在角膜病中致盲率占第一位, 全球可能有超过 1 千万 HSK 患者, 并亦已成为我国角膜病的首发致盲原因。近年来, 由于抗生素, 皮质类固醇及其他免疫抑制剂的广泛引用, 其发病率有明显上升。由于单纯疱疹病毒潜伏在角膜和三叉神经节, 当机体抵抗力下降或受刺激时如: 发热, 疲劳, 外伤, 精神压力, 月经期以及免疫缺陷疾病可直接感染角膜上皮细胞, 在细胞内增殖导致细胞变性、坏死、脱落, 形成上皮缺损, 呈典型的树枝状角膜炎, 如进一步扩大加深, 则形成地图状角膜炎, 此称为浅层发病。深层性的发病并非 HSV 的持续性增殖, 而只是一种宿主对 HSV 抗原以细胞免疫为主的迟发性超敏反应。HSV 由上皮或内皮进入角膜实质后, 炎症细胞、抗原抗体复合物或

角膜实质内不断复制的病毒，致胶原板层溶解，产生不同类型的深层炎症，主要有盘状角膜炎和机制坏死性角膜炎。更重要的一点是单纯疱疹病毒性角膜炎反复发作，迁延不愈，给治疗带来巨大的困难。由于目前无有效控制复发的药物，多次发作后角膜混浊逐次加重，最终导致失明。目前治疗本病主要依靠西药的局部治疗为主，不但容易引起复发，使角膜损伤进一步加重，引起视力的急剧下降，并且在药物长期使用过程中也容易引起其他眼部疾病，如干眼症等。因此寻找更加有效、副作用相对较少的治疗单纯疱疹病毒性角膜炎的方法，是眼科工作者的长远任务。中医药在减少用药时间，控制复发，降低副作用方面表现出独特的优势，在临床上显示出良好的治疗效果，值得进一步深入研究。

解毒退翳汤是导师治疗单纯疱疹病毒性角膜炎的经验方，全方由黄连，防风，木贼，谷精草，当归，赤芍，红花，千里光，白芷，金银花，柴胡，甘草组成，具有祛风清热平肝，活血退翳明目之功效。用于治疗单纯疱疹病毒性角膜炎肝经风热型，其证型表现为眼睛涩痛，羞明，视物模糊，抱轮红赤，黑睛翳障。本课题试图通过对解毒退翳汤治疗单纯疱疹病毒性角膜炎用药前后的疗效观察，对解毒退翳汤治疗单纯疱疹病毒性角膜炎作前瞻性研究，为临床用药提供参考。

第一部分 临床资料

1 一般资料

1.1 被试因素:

解毒退翳汤由黄连 5g, 防风 10g, 木贼 10g, 谷精草 15g, 当归 10g, 赤芍 10g, 红花 5g, 千里光 15g, 白芷 10g, 金银花 20g, 柴胡 10g, 甘草 5g 组成; 新制柴连汤由柴胡 10g, 黄连 5g, 黄芩 10g, 赤芍 10g, 蔓荆子 10g, 栀子 10g, 龙胆草 6g, 木通 10g, 荆芥 10g, 防风 10g, 甘草 5g 组成。均由湖南中医药大学第一附属医院中药房提供。用法: 固定剂量, 每次用水 500ml, 煎至 250ml, 温服, 上、下午各一次, 每日一剂。

1.2 受试对象及分组:

观察对象为 2009 年 5 月-2010 年 2 月以来湖南中医药大学第一附属医院眼科门诊及住院病人中符合纳入标准者, 共观察 60 例。按就诊先后顺序编号利用随机数字表随机将观察者分为 A 组 (解毒退翳汤组), B 组 (新制柴连汤组), 每组各 30 例。

2 诊断标准：

2.1 西医诊断标准：根据人民卫生出版社出版的李凤鸣编《眼科全书》^[2]制定。

- ① 有明显的感冒、发热、体虚劳累或外伤等病史，或与月经有关；
- ② 角膜知觉减退或消失；
- ③ 角膜混浊，有典型的点状、树枝状、地图状、盘状及不规则的角膜浸润或溃疡
- ④ 角膜荧光染色（+）

2.2 中医证型诊断标准：参照国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》^[3]制定肝经风热型的辨证标准。

主症：眼珠疼痛畏光，刺痛流泪，抱轮红赤，黑睛星点翳障，或聚或散，或连缀成片，形如树枝或地图状。主舌：舌红，苔薄黄，主脉：脉浮数或弦数。

次症：眼睛干涩，视物模糊。

诊断：主症任何三个症状，并见主舌、主脉者。或者主症两个，并见一个以上次症者。

3 纳入病例标准：凡符合单纯疱疹病毒性角膜炎西医诊断标准及中医辨证属肝经风热型，本次发病病程在 7 天内的新发病例或复发病例。

4 病例排除标准：

- ①妊娠或哺乳期妇女，过敏体质或对本药过敏者。
- ②伴有细菌或真菌混合感染着，以及角膜营养不良者。
- ③合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统严重原发性疾病，精神病患者。

5 剔除及脱落病例标准：

- ①入院后发现不符合入选标准者。
- ②符合入选标准，但未进行治疗者。
- ③未按规定检查或主要指标缺项者。
- ④未按规定用药，无法判定疗效或资料不全影响疗效或安全性判断者。

6 终止试验和撤出试验标准：

- ①不能坚持治疗者。
- ②试验中出现严重不良事件的患者。
- ③试验过程中出现严重的其他并发症者。
- ④症状恶化，必须采取紧急措施者。
- ⑤患者主动要求退出临床试验者。

第二部分 治疗方法

1 分组给药及观察

1.1 分组给药

A组：口服中药解毒退翳汤治疗。药物组成:黄连 5g, 防风 10g, 木贼 10g, 谷精草 15g, 当归 10g, 赤芍 10g, 红花 5g, 千里光 15g, 白芷 10g, 金银花 20g, 柴胡 10g, 甘草 5g.由湖南中医药大学第一附属医院中药房提供。用法：固定剂量，每次用水 500ml，煎至 250ml, 温服，上、下午各一次，每日一剂；配合 10mg/L 无环鸟苷滴眼液滴眼（江苏云阳集团药业有限公司生产，批号：081205，090910 国药准字：H32023354），每日 3 次，鱼腥草眼液滴眼（湖南中医附一医院生产，批号：090125，091012，湘药制字：Z20070307），每日 3 次，并发虹膜睫状体炎症反应者配合 1%阿托品眼液（湖南中医附一医院生产，批号：081109 090812,湘药制字：Z20070939）或阿托品凝胶扩瞳（沈阳兴齐制药有限责任公司生产，批号：090311,国药准字：H20052295），每日 2 次。

B组：口服中药新制柴连汤治疗。药物组成:柴胡 10g, 黄连 5g, 黄芩 10g, 赤芍 10g, 蔓荆子 10g, 栀子 10g, 龙胆草 6g, 木通 10g, 荆芥 10g, 防风 10g, 甘草 5g.由湖南中医药大学第一附属医院中药房提供。用法：固定剂量，每次用水 500ml，煎至 250ml,温服，上、

下午各一次，每日一剂；配合 10mg/L 无环鸟苷滴眼液滴眼（江苏云阳集团药业有限公司生产，批号：081205，090910 国药准字：H32023354），每日 3 次，鱼腥草眼液滴眼（湖南中医附一医院生产，批号：090125，091012，湘药制字：Z20070307），每日 3 次，并发虹膜睫状体炎症反应者配合 1%阿托品眼液（湖南中医附一医院生产，批号：081109 090812,湘药制字：Z20070939）或阿托品凝胶扩瞳（沈阳兴齐制药有限责任公司生产，批号：090311,国药准字：H20052295），每日 2 次。

1.2 观察周期：

该疗法第 5,10,15 天各观察一次。5 天为一个疗程，连续用 3 个疗程，对治疗期间各项指标进行记录。

2 疗效指标

2.1 所用检测仪器：

视力检测仪器采用湖南中医药大学第一附属医院眼科所用标准对数视力表。角膜染色采用荧光素钠染色。眼前节检查采用托普康 SL-1E 带哥德曼眼压计裂隙灯显微镜（日本产）检查。

2.2 观察指标：

1. 视力检查。采用标准对数视力表检查，治疗始末均以矫正视力为准并予记录，期间常规检查视力。

2. 眼部症状和体征如角膜刺激症状、睫状充血等的消失天数。

3. 中医症候观察：中医症候观察采用症状计分方法进行观察。

主症按 6 分 4 分 2 分 0 分记入，次症按 3 分 2 分 1 分 0 分记入。

(1) 羞明流泪

(0 分) (-) 无畏光流泪。

(2 分) (+) 轻微畏光，偶有流泪。

(4 分) (++) 明显畏光，日光灯下不能睁眼，常有流泪。

(6 分) (+++) 严重，室内也不能睁眼，流泪不止。

(2) 抱轮红赤

(0 分) (-) 无抱轮红赤。

(2 分) (+) 轻微，粉红色。

(4 分) (++) 较重，红色。

(6 分) (+++) 偏重，深红。

(3) 黑睛翳障

(0 分) (-) 治疗前有角膜病变，角膜溃疡愈合，荧光素钠染色阴性。

(2 分) (+) 治疗前有角膜病变，角膜溃疡基本愈合，荧光素钠染色弱阳性或有浅层点状着色。

(4 分) (++) 治疗前有角膜病变，角膜溃疡 1/2 以上愈合，荧光素钠染色阳性。

(6 分) (+++) 治疗前有角膜病变，角膜溃疡 1/2 以下愈合，荧光素钠染色阳性。

(4) 眼睛涩痛

(0 分) (-) 无眼痛。

(1 分) (+) 眼内偶有涩痛。

(2分)(++) 眼涩痛, 伴轻微头痛或眉棱骨疼痛。

(3分)(+++) 眼珠坠痛, 伴头痛或眉棱骨疼痛。

(5) 视物模糊,

(0分)(-) 视物如常。

(1分)(+) 稍感视物模糊, 不影响正常生活。

(2分)(++) 视物模糊, 影响工作、生活。

(3分)(+++) 视物不清或伴虹视。

2.3 疗效判定标准:

参照郑筱萸主编《中药新药临床研究指导原则》^[4]制定。

(1) 根据积分法判定症候疗效, 判定依据症候中主症和次症分级量化积分值减少。

(2) 计算公式: 采用尼莫地平总疗效判定方法: $n = [(治疗前积分 - 治疗后积分) \div 治疗前积分] \times 100\%$

(3) 评定标准:

临床痊愈: 中医临床症状、体征消失或基本消失, 症候积分减少 $\geq 90\%$;

显效: 中医临床症状、体征明显改善, 症候积分减少 $\geq 70\% < 90\%$;

有效: 中医临床症状、体征积分均有好转, 症候积分减少 $\geq 30\% < 70\%$;

无效: 症状及体征无明显改善, 或继续恶化, 症候积分减少 $< 30\%$ 。

3 治疗期不良反应观察

治疗期间对每个所选病例进行不良反应观察, 出现不良反应随

时记录。

4 统计分析方法

(1) 计数资料用 χ^2 检验。

(2) 计量资料以平均值加减标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示。各组治疗前后比较采用配对 t 检验；组间先用方差分析,方差齐性,用完全随机 t 检验；方差不齐,用非参数检验。

(3) 等级资料用秩和检验。

以上数据均运用 spss15.0 统计软件进行处理。

第三部分 结果与分析

1 一般临床资料

两组共计 60 人（63 只眼）。A 组（解毒退翳汤组）30 例中，男 16 例，女 14 例；年龄最小 14 岁，最大 61 岁，平均 31.70 岁；单眼发病 28 例，双眼发病 2 例，共 32 只眼；初发者 18 眼，复发者 14 眼；本次发病最短 2 天，最长 3 个月。B 组（新制柴连汤组）30 例中，男 17 例，女 13 例；年龄最小 16 岁，最大 64 岁，平均 31.37 岁；单眼发病 29 例，双眼发病 1 例，共 31 只眼；初发者 18 眼，复发者 13 眼；本次发病最短 2 天，最长 3 月余。两组在性别、年龄、病程方面无显著差异。（详见表 1，2）

1.1 治疗前两组相关性资料的比较分析

1.1.1 治疗前两组性别分布的比较分析（见表 1）

表 1 两组性别分布的比较

组别	人数	男	女
A 组	30	16	14
B 组	30	17	13

经 χ^2 检验，两组间性别分布： $\chi^2=0.067$ ， $P=0.795$ 。

由表 1 可见，两组在性别分布上无差异（ $p>0.05$ ），具有可比性。

1.1.2 治疗前两组年龄分布的比较分析（见表 2）

表 2 两组年龄分布的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	人数	年龄 (岁)
A 组	30	31.70±11.66
B 组	30	31.37±11.95

经配对 t 检验, 两组间年龄相比较: $t=0.108$, $P=0.915$ 。

由表 2 可见, 两组患者的年龄分布无差异 ($p>0.05$), 具有可比性。

2 临床疗效

2.1 两组治疗前后对数视力比较分析 (见表 3)

表 3 两组治疗前后对数视力比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	眼数	治疗前	治疗后 (第 15 天后)
A 组	32	4.60±0.20	4.96±0.15
B 组	31	4.57±0.26	4.82±0.26

经成组 t 检验, 两组间治疗前对数视力相比: $t=0.565$, $P=0.574$, $P>0.05$; 两组间治疗后对数视力相比较: $t=2.719$, $P=0.009$, $P<0.01$ 。

经配对 t 检验, A 组治疗前后对数视力相比较: $t=-10.932$, $P=0.000$; B 组治疗前后对数视力相比, $t=-12.194$, $P=0.000$; 两两比较均有 $P<0.01$

从上表 3 可以看出, 两组治疗前对数视力相比, $p>0.05$, 无差异, 表明治疗前两组具有可比性; A 组治疗前后对数视力相比, $p<0.01$, 差异有统计学意义, 表明 A 组能有效提高视力; B 组治疗前后对数视力相比, $p<0.01$, 差异有统计学意义, 表明 B 组能有效提高视力; 两组治疗后对数视力相比, $p<0.01$, 差异有统计学意义, 表明 A 组在提高视力上较比 B 组更有疗效。关于视力: 因受病灶部位及其大小等因素的影响, 对疗效的判断缺乏普遍意义。

2.2 两组刺激症状消退天数比较分析（见表 4）

表 4 两组患者刺激症状消退天数比较

组别	5	10	15	>15
A 组	16	12	4	0
B 组	10	8	9	4

经 χ^2 检验，两组间角膜刺激症状消退天数比较 $\chi^2=8.09$, $p<0.05$ 。

由表 4 可见，两组患者角膜刺激症状消退天数比较， $p<0.05$ ，差异有统计学意义，结果表明 A 组在促进角膜刺激症状消退方面优于 B 组。

2.3 两组患者角膜荧光染色消退天数比较分析（见表 5）

表 5 两组患者角膜荧光染色消退天数比较

组别	5	10	15	>15
A 组	17	11	3	1
B 组	9	7	9	6

经 χ^2 检验，两组间角膜荧光染色消退天数比较 $\chi^2=9.91$, $p<0.05$ ；

由表 5 可见，两组患者角膜荧光染色消退天数比较， $p<0.05$ ，差异有统计学意义。表明 A 组药物在角膜修复过程较 B 组药物的疗效更好。

2.4 两组治疗前后中医症候积分比较分析（见表 6）

表 6 两组患者治疗前后中医症候积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	眼数	中医证候积分	
		治疗前	治疗后（第 15 天）
A 组	32	16.53±1.25	2.96±3.90
B 组	31	16.89±1.52	5.88±6.17

经成组 t 检验，两组间治疗前中医症候积分相比： $t=-0.965$, $P=0.344$, $p>0.05$ ；

两组间治疗后中医症候积分相比较： $t=-2.705$, $P=0.009$, $p<0.01$ 。

经配对 t 检验，A 组治疗前后中医症候积分相比较： $t=28.741$, $P=0.000$ ；B 组治

疗前后中医症候积分相比, $t=17.048, P=0.000$; 两两比较均有 $p<0.01$

从上表 6 可以看出, 两组治疗前中医症候积分相比, $p>0.05$, 无差异, 表明治疗前两组具有可比性; A 组治疗前后中医症候积分相比, $p<0.01$, 差异有统计学意义, 表明本组能有效降低中医症候积分; B 组治疗前后中医症候积分相比, $p<0.01$, 差异有统计学意义, 表明本组能有效降低中医症候积分; 两组比较中 A、B 两组中医症候积分相比, $p<0.01$, 差异有统计学意义, A 组在降低中医症候积分改善临床症状方面优于 B 组。

2.5 两组治疗后疗效比较分析 (见表 7)

表 7 两组患者治疗后疗效比较 (%)

组别	痊愈	显效	有效	无效	合计	总有效率
A 组	15	13	3	1	32	96.87
B 组	8	8	9	6	31	80.65

经秩和检验, 两组间总疗效比较: $z=-2.63, P=0.04, p<0.05$ 。

由表 7 可见, 两组治疗后疗效比较, $p<0.05$, 差异有统计学意义, 表明 A 组疗效优于 B 组, 说明临床上解毒退翳汤配合西药治疗单纯疱疹病毒性角膜炎肝经风热型较新制柴连汤配合西药治疗具有更好的疗效。

第四部分 讨 论

1 祖国医学对单纯疱疹病毒性角膜炎的认识

1.1 对病名的认识

单纯疱疹性角膜炎是现代医学之病名，属于中医学“聚星障”范畴。其称谓最早出现于《证治准绳·杂病·七窍门》中，“聚星障证，乌珠上有细颗，或白色，或微黄，微黄者，急而变重。或联缀，或团聚，或散漫，或一同生起，或先后逐渐一而二，二而三，三而四，四而六七八十数余。如此生起者，初起者易治，生定者退迟，能大者有变，团聚生大而作一块者，有凝脂之变，联缀四散，傍风轮白际而起，变大而接连者，花翳白陷也”。清代黄庭镜《目经大成》中有“此证黑睛有细颗，或白或黄，或连缀，或从萃，或散漫，或齐起，或先后逐渐相生”的描述。

1.2 对病因病机的认识

古代医家认为风为六淫之首，百病之长，其性轻扬易犯上窍。角膜中医学称“黑睛”，五轮中属风轮，在体属肝。黑睛具有保护瞳神及眼内组织的作用，是光线进入眼内的必经之路。《素问·太阴阳明篇》曰：伤于风者，上先受之。倪维德认为本病乃“风热不制”之病。风与热常合而为病，热性炎上，蒸灼目窍，致黑睛受损。顾

锡认为“风火致目疾”。《银海指南》中“然其中有相夹而来者，盖风为白病之长，如夹寒，夹暑，夹躁，夹火之类。有相从而化者，如风邪化火，寒邪化火，湿邪化火，躁邪化火之类。风邪发于前，火邪继于后，故凡人之目病者，皆以为风热也”。张元素认为“翳膜者，风热重而有之”。《目经大成》中有“聚星之障风热时来去，故时隐时现”。热之极则为火，火邪为六淫之一。《素问·玄机原病式》曰“目迷不明，目赤肿痛，翳膜眦疡，皆为热也”，认为目病因热而致。《儒门事亲》中提到“……黑水神光被翳，火乘肝与肾也……能治火者，一句可了”。特别强调火热而致目病的观点。故聚星障亦和脏腑功能失调有关。《素问·金匱真言论》：“东方青色，入通于肝，开窍于目，藏精于肝。”《审视瑶函·无论所属论》“白睛内之黑睛，则属肝木，应东方，甲乙寅卯也，木在四时为春，春生万卉，其色青莹，木能鉴视，故木为肝木之窍。肝木主风，故曰风轮”。“黑水神光属肾水，兼属肝木”。“目者，肝之官也”，黑睛在脏属肝，黑睛疾病常与其相关。《银海指南》中“肝属风木，本能生火，为血涵养。否则火盛血伤，目病生焉。其脏属疏泄，凡人愤闷不平，或受六淫之邪，则气不宣流，遂生星翳障雾。”论述了肝与眼的生理病理关系。

1.3 对单纯疱疹病毒性角膜炎治疗的认识

本病多乃风热外袭所致，治法当以祛风散热。古代医家也各有风采，朱丹溪在《脉因证治》中提到“如暴盲失明，昏涩，翳膜、眵泪，斑入眼，皆表也，风热也，宜发散以去之”。《审视瑶函》中

用海藏地黄散内服清心肝壅热，治疗目赤肿痛，生赤翳；外用黄牛胆煎点眼治疗聚星障。《证治准绳》中用羚羊角散泻肝经之火。

1.3.1 单纯疱疹病毒性角膜炎的中医证型及治疗

近十几年来，许多学者以中医药治疗为主，采用中西医结合的方法治疗本病取得了较好的疗效。徐艳等^[5]治以祛风清热，解毒凉血，明目退翳，采用秦皮汤（秦皮、秦艽、防风、柴胡各10g，大青叶、金银花各30g，玄参、赤芍各15g，薄荷、甘草各6g）配合抗病毒眼液治疗本病41例，治愈18例，好转20例，无效3例，总有效率达92.7%。刘志兰^[6]治以疏风清热，退翳明目，采用清热明目汤（石决明25g，决明子25g，赤芍15g，荆芥10g，防风10g，青箱子18g，木贼15g，麻黄6g，蝉蜕6g，玄参15g）治疗本病50例，治愈30例，显效11例，好转8例，无效1例，总有效率达98%。高丽华，崔淑婷^[7]等治以清肝泻火，清热解毒，祛风明目，采用普济消毒饮（金银花15g，连翘9g，蒲公英15g，黄连9g，板蓝根12g，菊花9g，蝉蜕12g，陈皮9g，党参10g，麦冬10g，黄芪10g，淫羊藿10g，桔梗9g，甘草6g）治疗本病30例33只眼，治愈28例，好转4例，无效1例，总有效率97%。李苹^[8]采用辨证治疗单纯疱疹病毒性角膜炎，肝经风热型治以银翘散（金银花、连翘各20g，竹叶、薄荷、荆芥、防风、蝉蜕、黄芩各10g，木贼15g板蓝根30g菊花、夏枯草各20g）为主加减；肝胆火炽型治以龙胆泻肝汤（龙胆草15g，黄芩、栀子各12g，板蓝根、败酱草各30g，茯苓，泽泻，车前子、刺蒺藜、木贼、柴胡、密蒙花各15g）为主加减；湿热

蕴伏型治以三仁汤（杏仁、白寇仁各15g，薏苡仁、鱼腥草、金银花各30g厚朴、半夏、陈皮、滑石、通草、栀子、竹叶、秦皮各15g，蝉衣、甘草各10g）为主加减；正虚邪留型治以八珍汤和玉屏风散（党参、黄芪各30g，当归、生地黄、赤芍、川芎、白术、茯苓、刺蒺藜、防风各15g。蝉蜕、木贼各10g）为主加减。共治疗32例39眼，治愈31只眼，好转6只眼，无效2只眼，总有效率94.9%。姚镇平^[9]采用清凉退翳汤加减(赤芍、牡丹皮、酒大黄、玄参、金银花、龙胆草、车前子、夏枯草、蝉蜕、木贼草、羌活、甘草) 治疗89例96只眼,结果治愈79眼,好转13眼,无效4眼,有效95.18%。亢泽峰^[10]等采用自拟益气解毒方(生黄芪、淫羊藿、炒白术、防风、金银花、紫草、蒲公英) 治疗132例,对照1组运用银翹散加减治疗,对照2组口服VitB₁ 10mg、VitC 0.2mg,每日3次,结果治疗组疗效优于对照组(P<0.01)。刘金玉^[11]采用除翳明目片（夏枯草、青葙子、密蒙花、栀子、菊花、赤芍、牡丹皮、川芎、连翘、牛蒡子、金银花、薄荷、车前子、木贼）并配合阿托品眼膏，无环鸟苷眼药水及诺美沙星眼药水治疗37例，治愈33例，有效3例，无效1例，总治愈率97.3%。申文辉^[12]等治以滋阴养阴，活血除风，采用当归活血丸（当归，川芎，赤芍，生地黄，桑皮，木通，龙胆草，黄芩，山栀子，防风，荆芥，金银花，连翘，大黄，生甘草）配合抗生素，抗病毒眼液等对症处理治疗本病68例72只眼，治愈62例，有效8例，无效2例，总有效率97.22%。张萍^[13]采用名老中医张望之经验方清热退翳丸内服联合阿昔洛韦眼液治疗100例，治愈76例，好转21例，无效3例，总有效率97%。李淑芳^[14]采用辨证分型后口服

中药汤剂，并配合无环鸟苷眼药水和细胞生长因子眼药水等治疗42例（47眼），治愈37例，好转7例，无效3例，总有效率93.6%。

2 导师对本病的认识

目居高位，直接与外界接触，易受风邪侵袭；风为百病之长，其性轻扬易犯上窍；肝主风，开窍于目，为风木之脏，风气通于肝，容易招致风邪，且风能生火，火性炎上，因而风火每相挟为病。《原机启微》中“风热不制之病”、“七情五贼劳役饥饱之病”等篇章无论从病因病机，症状特点，预后转归，治法方药都有详细论述，并很有参考价值，其方药至今还被临床使用。

导师认为角膜病的发病机制即指其发生发展的过程，是受致病的因素、感染的轻重、体质的强弱等多方面的影响，其病机变化也是多种多样的，外因多由风热湿邪致病，内则与脏腑、经络、气血、津液等组织的功能失调有关，其中以脏腑功能失调为主。肝经风热型单纯疱疹病毒性角膜炎，在外为风热毒邪外袭，循经犯目，而风热不制，灼伤黑睛；在内为肝经伏火，外邪入侵，激引内邪，内外和邪，交攻于目，症情之重，或致久病难愈，或致反复发作。故其治疗的主要原则是祛除病邪，顾护正气，治肝为主，兼顾脾肺，控制发展，促其修复，消退翳障，防止变症。因此祛风散邪，清热解毒，活血凉血，退翳明目等是治疗角膜炎的常用方法。由于角膜炎刺激症状显著，角膜组织无血管，角膜高度透明而炎症易留翳障，故祛风发散药，活血药，退翳药的应用应贯穿角膜炎治疗全过程。

3 现代医学的认识

3.1 单纯疱疹病毒性角膜炎的发病机制研究

HSV 对人的传染性很强。20 岁以上的成年人中，血清抗体阳性率达 90%，而出现临床症状者只占 1~10%。原发感染仅见于对本病毒无免疫力的儿童，多为 6 个月至 5 岁的小儿。原发感染后病毒终生潜伏于体内待机再发。继发感染多见于 5 岁以上儿童和成人。一些非特异性刺激如感冒、发热、疟疾、感情刺激、月经期、日晒、应用类固醇皮质激素及创伤等都可能成为复发的诱因。本病的发病情况大致如下：

1. 显性或隐性感染 HSV 从泪液中扩散至角膜、结膜、眼深部组织及附属器。

2. 神经潜伏感染 HSV 从三叉神经末梢沿神经轴索行至三叉神经节细胞核内，并在此潜伏。病毒从周围组织中消失。

3. 神经元内 HSV 的活化在各种诱发因素的作用下，破坏了病人全身稳定状态，处于潜伏感染过程的病毒发生活化，并沿神经轴索回到周围组织。

4. 病毒在周围组织内繁殖，并扩散到泪液中。

5. 角膜炎复发。

6. 再次潜伏于神经元。

关于其复发机理还不十分清楚，除了和 HSV 本身的因素（型和株）及潜伏感染有关外，宿主方面至少还和细胞免疫、组织相容性

抗原、特应性变态反应有关。郑曰忠^[15]等在这类患者外周血 T 淋巴细胞亚群及细胞因子测定中发现，初发性和复发性单纯疱疹病毒性角膜炎患者表现有 CD4/CD8 下降和 NK 细胞数目下降，血清 IL-2、IL-6、IFN- γ 升高，以复发组患者改变较为明显。杨燕宁^[16]等动态观察 I 型单纯疱疹病毒感染角膜后的组织病理改变中发现在单纯疱疹病毒性角膜炎发展中，中性粒细胞浸润导致进行性的组织破坏。杨燕宁^[17]等在小鼠单纯疱疹病毒性角膜炎中基质金属蛋白酶的表达及活性研究中发现 I 型单纯疱疹病毒角膜感染后，有角膜细胞和浸润的炎性细胞分泌产生的 MMPs 可能对上皮性角膜炎与溃疡形成过程起重要的促进作用。MMPs 与 TIMPs 的相互作用可能对单纯疱疹病毒性角膜炎的坏死性病变更起重要调节作用。

3.2 西医治疗研究

在本病的治疗方面西医主要采用抗病毒药物的局部应用配合营养角膜的药物。胡月枝^[18]等采用回顾性分析 53 例病毒唑球结膜下注射治疗该病的研究，结果治愈 30 例，好转 12 例，总有效率 79.25%。并认为病毒唑球结膜下注射能有效的治疗单纯疱疹病毒性角膜炎。张一蓉^[19]采用更昔洛韦眼用凝胶合并地塞米松眼药水和阿托品眼药水治疗深层单纯疱疹性角膜炎 16 例，治愈 16 例，治愈率 100%，并得出结论，实验组可以明显改善早期的临床症状，尤其是治疗后第 7 天及第 14 天，且治愈时间明显缩短。胡军^[20]等采用大量维生素 C 治疗本病 48 例，治愈 31 例，有效 13 例，无效 4 例。总有效率 91.7%，

并通过生物化学法测定患者血清 SOD、MDA 水平值发现大剂量维生素 C 可能通过抑制自由基反应、增强氧化应激效应这一途径对单纯疱疹病毒性角膜炎发挥治疗作用。并有报道称可采用角膜移植治疗穿透性角膜炎的手术治疗以及使用抗 HSV 糖蛋白单克隆抗体治疗本病，并降低复发率的基因疗法。

4 关于解毒退翳汤与新制柴连汤的疗效机理探讨

解毒退翳汤由黄连，防风，木贼，谷精草，当归，赤芍，红花，千里光，白芷，金银花，柴胡，甘草组成。方中黄连苦寒，清热燥湿，防风辛甘，为风药中之润剂，祛风解表，二者共为君药，意为驱除外感风邪的同时清肝经之热。木贼、谷精草疏散风热，明目退翳，千里光清热解毒，清肝明目，当归活血散瘀，赤芍清热凉血，散瘀止痛，红花活血散瘀止痛，以上五药皆入肝经，既可助君药清热祛风，又有活血散瘀止痛，明目退翳之力，俱为臣药。再佐以金银花清热解毒，疏风散热，白芷祛风消肿止痛。柴胡为引经之药，又有解表退热，疏肝解郁之效，甘草既可清热解毒，缓急止痛，又可调和诸药，二者皆为使药。选用的中药现代医学研究表明：黄连中的黄连素具有抗菌、抗病毒、抗炎、解热的作用。防风含多糖类、酚类、挥发油等，具有解热镇痛、抗炎作用，同时能提高巨噬细胞吞噬功能，增强单核-吞噬细胞系统活性，提高非特异性免疫能力。木贼所含有硅酸盐和鞣质有收敛作用。当归含有维生素 B12、蔗糖、脂肪酸、亚叶酸及阿魏酸钠等成分，红花含有红花苷，红花醌苷等成分，当归配红花既有阻止坏死发生发展，又可促进创面的愈合。千里光中含有对羟基苯乙酸、水杨酸等抗菌有效成分的同时还含有鞣质，在治疗溃疡面的同时有利于伤口的恢复。金银花含有挥发油，

黄酮类，绿原酸，异绿原酸等促进白细胞的吞噬作用，具有明显的抗菌、抗病毒、抗炎的作用。可见解毒退翳汤在抗菌、抗病毒、抗炎、提高机体免疫功能的同时兼顾修复角膜受损病灶，这可能就是解毒退翳汤在治疗上将祛风清热与活血退翳并重对待的结果。

新制柴连汤由柴胡，黄连，黄芩，赤芍，蔓荆子，山栀子，龙胆草，木通，甘草，荆芥，防风组成。全方包括龙胆泻肝汤及黄连解毒汤的主要药物，故清热泻火解毒之力较强。又有荆芥，防风等发散之品，祛风之力亦不弱，且入肝经的药物较多，还有赤芍凉血行血，故为治疗肝经风热的方剂。组方中柴胡所含柴胡挥发油具有解热、镇痛，提高机体的免疫功能，同时有抗肝细胞损伤的作用。黄芩所含有的黄芩甙、黄芩甙元能降低血管通透性，抑制炎性渗出和水肿，有抗菌、抗病毒、抗炎、抗变态反应的作用，黄酮类化合物有促进细胞免疫的作用。赤芍中的赤芍甙具有抗炎、镇静、解热镇痛的作用。可见新制柴连汤只具有一定的抗菌、抗病毒、抗炎、提高机体免疫功能的作用，这可能是新制柴连汤在治疗上的作用机理。

本临床观察结果表明，治疗组中中药汤剂良好的抗菌、抗病毒、抗炎、促进角膜上皮的修复、提高机体免疫功能的作用有关。西医治多是针对某一方面的发病机制，治疗组中药方剂在立法、组方和选药上从整体出发，辨证论治，既抗菌、抗病毒、抗炎，又能增强机体的免疫功能，抑制炎症反应，从而提高机体的抗病能力，以及促进角膜上皮的修复，从而达到良好的作用效果。对照组中的中药汤剂在治疗过程中比较片面，因此本研究中治疗组总有效率明显高于对照组，患者的症状和体征更快改善，视力提高，证明治疗组在临床治疗单纯疱疹病毒性角膜炎肝经风热型确实具有较优疗效。

在两个方药组比较中，解毒退翳汤较新制柴连汤能更好的降低患

者中医症候积分,改善临床症状,对角膜修复更有疗效,总有效率高。这可能与解毒退翳汤的祛风清热与活血退翳并重有关,而后方更偏于祛风,清热力度,而忽视了患者在患病期间的临床症状和体征。其结果表明解毒退翳汤更适合于单纯疱疹病毒性角膜炎肝经风热型的临床治疗。

第五部分 结 论

本文通过观察解毒退翳汤组、新制柴连汤组对单纯疱疹病毒性角膜炎肝经风热型治疗的临床疗效得出如下结论：

1. 中药汤剂结合西药治疗本病，均能明显提高患者视力。
2. 治疗组中药汤剂结合西药治疗本病，在睫状充血和眼部刺激症状的消退天数等方面较对照组中药汤剂结合西药更具有明显的疗效。
3. 中药汤剂结合西药能明显改善单纯疱疹病毒性角膜炎肝经风热型的中医症候。
4. 治疗组中药汤剂结合西药治疗单纯疱疹病毒性角膜炎肝经风热型的总疗效优于对照组中药汤剂结合西药。
5. 解毒退翳汤结合西药治疗单纯疱疹病毒性角膜炎肝经风热型优于新制柴连汤结合西药。

第六部分 问题与展望

本课题观测到解毒退翳汤治疗单纯疱疹病毒性角膜炎肝经风热型的确切疗效，为临床的进一步使用提供了一定依据。但由于经费不足及时间限制，在解毒退翳汤治疗单纯疱疹病毒性角膜炎肝经风热型机理的微观领域及本病复发的方面还缺乏进一步的研究，有待在今后的研究中进一步完善。

致 谢

本课题研究及论文的完成自始至终得到导师曾明葵教授的悉心指导与鼎力支持。在本文的课题选定、临床设计和论文的最终成文等各个重要环节导师都给于予我耐心的教导。谨向导师致以衷心的感谢。感谢导师三年来在学习、工作上辛勤培养和生活上无微不至的关怀。

本课题的完成还得到了中医附一眼科的李传课教授、彭清华教授、张明亮教授、罗萍教授、喻京生教授、姜健丽教授、张健教授；科内李波、张湘晖、罗丹、吴权龙等老师及黄研、田秀容、张群等同门师兄妹们的指导和帮助，在此一并致以衷心的感谢。

最后对在三年研究生学习期间给与我帮助和关怀的所有人表示由衷的感谢。

参考文献

1. 葛坚. 眼科学[M]. 北京: 人民卫生出版社. 2005: 184
2. 李凤鸣. 眼科全书[M]. 人民卫生出版社出版, 1996: 1379
3. 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1995: 103
4. 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 54
5. 徐艳, 王统辉. 加味秦皮汤治疗单纯疱疹病毒性角膜炎 41 例 [J]. 河南中医, 2008 年 5 月第 28 卷第 5 期: 52
6. 刘志兰. 清热明目汤治疗单纯疱疹性角膜炎 50 例 [J]. 中医研究, 2006 年 7 月第 19 卷第 7 期: 37-38
7. 高丽华, 崔淑婷等. 普济消毒饮治疗单纯疱疹性角膜炎 30 例 (33 眼) [J]. 中医研究, 2007 年 6 月第 20 卷第 6 期: 43-44
8. 李苹. 辨证治疗单纯疱疹性角膜炎 32 例体会 [J]. 中国中医急症 2007 年第 16 卷第 7 期: 880-881
9. 姚镇平. 清凉退翳汤治疗单纯疱疹性角膜炎疗效观察 [J]. 中国中医眼科杂志, 2003 年第 13 卷第 4 期: 212-213
10. 亢泽锋, 高健生等. 益气解毒方抗单纯疱疹病毒性角膜炎复发的疗效评价 [J]. 中国实用眼科杂志, 2004 年第 22 卷第 5 期: 391-393
11. 刘金玉. 除翳明目片结合西药治疗单纯疱疹病毒性角膜炎 [J]. 中国实用医药 2008 年第 3 卷第 2 期: 50-51
12. 申文辉, 唐俊凤. 当归活血丸联合抗病毒滴眼剂治疗单纯疱疹性角膜炎的临床观察 [J]. 临床医药, 2008 年第 17 卷第 5 期: 58-59
13. 张萍. 中西医结合治疗单纯疱疹病毒性角膜炎 100 例 [J]. 中华中医药学刊, 2008 年第 26 卷第 7 期: 5951-5953
14. 李淑芳. 中西医结合治疗单纯疱疹性角膜炎 42 例临床观察 [J]. 吉林中医药, 2008 年第 28 卷第 7 期: 509-510
15. 郑曰忠, 冯金玲等. 单纯疱疹病毒性角膜炎患者外周血 T 淋巴细胞亚群及细胞因子测定 [J]. 临床眼科杂志 2004 年第 12 卷第 3 期: 395-399
16. 杨燕宁 刑怡桥等. 实验性单纯疱疹性角膜炎的组织病理学研究 [J]. 华中医学杂志 2002 年第 26 卷第 5 期: 261-262
17. 杨燕宁, Dirk Bauer 等. 小鼠单纯疱疹病毒性角膜炎中基质金属蛋白酶的表达式及活性研究 [J]. 中华眼科杂志 2004 年第 40 卷第 6 期: 395-399
18. 胡月枝, 毛艳氏. 球结膜下注射病毒唑治疗单纯疱疹性角膜炎的疗效观察 [J]. 宁夏医学院报, 2007 年第 29 卷第 1 期: 57-58
19. 张一蓉. 更昔洛韦联合地塞米松治疗深层单纯疱疹性角膜炎 [J]. 现代中西医结合杂志, 2008 年第 17 卷第 12 期: 1849-1850
20. 胡军, 郭含睿. 大剂量维生素 C 对单纯疱疹病毒性角膜炎的疗效分析 [J]. 重庆医学 2008 年第 37 卷第 11 期: 1226-1227

附录一：综述：

单纯疱疹病毒性角膜炎的研究进展

角膜疾病是我国主要的致盲病之一，尤其是在边远贫困地区，角膜疾病对广大人民群众生活和劳动的影响就更为严重[1]。近年来由于抗生素和糖皮质激素的广泛应用，细菌性角膜炎的控制获得改善，而病毒性角膜炎，尤其是单纯疱疹病毒性角膜炎（HSK）占角膜致盲病首位，由于单纯疱疹病毒潜伏在角膜和三叉神经节，当机体抵抗力下降或者受刺激时如：发热，疲劳，外伤，精神压力，月经以及免疫缺陷病可使单疱疹病毒角膜炎反复发作，迁延不愈，给治疗带来巨大困难。

单纯疱疹性角膜炎属于中医学“聚星障”范畴。其称谓最早出现于《证治准绳·七窍门》中，角膜中医学称“黑睛”，五轮中属风轮，在体属肝。黑睛具有保护瞳神及眼内组织的作用，是光线进入眼内瞳神的必经之路，《素问·金匱真言论》：“东方青色，入通于肝，开窍于目，藏精于肝。”《审视瑶函·无论所属论》“白睛内之黑睛，则属肝木，应东方，甲乙寅卯也，木在四时为春，春生万卉，其色青莹，木能鉴视，故木为肝木之窍。肝木主风，故曰风轮。”

西医在其病理学和分子生物学方面有深入研究，郑曰忠[2]等在这类患者外周血T淋巴细胞亚群及细胞因子测定中发现，初发性和复发性单纯疱疹病毒性角膜炎患者表现有CD4/CD8下降和NK细胞数目下降，血清IL-2、IL-6、IFN- γ 升高，以复发组患者改变较为明显。

杨燕宁[3]等动态观察 I 型单纯疱疹病毒感染角膜后的组织病理改变中发现在单纯疱疹病毒性角膜炎发展中，中性粒细胞浸润导致进行性的组织破坏。杨燕宁[4]等在小鼠单纯疱疹病毒性角膜炎中基质金属蛋白酶的表达及活性研究中发现 I 型单纯疱疹病毒角膜感染后，有角膜细胞和浸润的炎性细胞分泌产生的 MMPs 可能对上皮性角膜炎与溃疡形成过程起重要的促进作用。MMPs 与 TIMPs 的相互作用可能对单纯疱疹病毒性角膜炎的坏死性病变起重要调节作用。

在单纯疱疹病毒性角膜炎的临床研究中，中医和西医方法丰富，治疗效果也很明显的。

1 中医药治疗方面的临床研究

(1) 全身用药

徐艳等[5]治以祛风清热，解毒凉血，明目退翳，采用秦皮汤（秦皮、秦艽、防风、柴胡各 10g，大青叶、金银花各 30g，玄参、赤芍各 15g，薄荷、甘草各 6g）配合抗病毒眼液治疗本病 41 例，治愈 18 例，好转 20 例，无效 3 例，总有效率达 92.7%。刘志兰[6]治以疏风清热，退翳明目，采用清热明目汤（石决明 25g，决明子 25g，赤芍 15g，荆芥 10g，防风 10g，青箱子 18g，木贼 15g，麻黄 6g，蝉蜕 6g，玄参 15g）治疗本病 50 例，治愈 30 例，显效 11 例，好转 8 例，无效 1 例，总有效率达 98%。高丽华，崔淑婷[7]等治以清肝泻火，清热解毒，祛风明目，采用普济消毒饮（金银花 15g，连翘 9g，蒲公英 15g，黄连 9g，板蓝根 12g，菊花 9g，蝉蜕 12g，陈皮 9g，党参 10g，麦冬 10g，黄芪 10g，淫羊藿 10g，桔梗 9g，甘草 6g）治疗本病 30

例 33 只眼，治愈 28 例，好转 4 例，无效 1 例，总有效率 97%。李莘[8]采用辨证治疗单纯疱疹病毒性角膜炎，肝经风热型治以银翘散（金银花、连翘各 20g，竹叶、薄荷、荆芥、防风、蝉蜕、黄芩各 10g，木贼 15g 板蓝根 30g 菊花、夏枯草各 20g）为主加减；肝胆火炽型治以龙胆泻肝汤（龙胆草 15g，黄芩、栀子各 12g，板蓝根、败酱草各 30g，茯苓，泽泻，车前子、刺蒺藜、木贼、柴胡、密蒙花各 15g）为主加减；湿热蕴伏型治以三仁汤（杏仁、白寇仁各 15g，薏苡仁、鱼腥草、金银花各 30g 厚朴、半夏、陈皮、滑石、通草、栀子、竹叶、秦皮各 15g，蝉衣、甘草各 10g）为主加减；正虚邪留型治以八珍汤和玉屏风散（党参、黄芪各 30g，当归、生地黄、赤芍、川芎、白术、茯苓、刺蒺藜、防风各 15g。蝉蜕、木贼各 10g）为主加减。共治疗 32 例 39 眼，治愈 31 只眼，好转 6 只眼，无效 2 只眼，总有效率 94.9%。姚镇平[9]采用清凉退翳汤加减(赤芍、牡丹皮、酒大黄、玄参、金银花、龙胆草、车前子、夏枯草、蝉蜕、木贼草、羌活、甘草) 治疗 89 例 96 只眼,结果治愈 79 眼,好转 13 眼,无效 4 眼,有效率 95.18%。亢泽峰[10]等采用自拟益气解毒方(生黄芪、淫羊藿、炒白术、防风、金银花、紫草、蒲公英) 治疗 132 例,对照 1 组运用银翘散加减治疗,对照 2 组口服 VitB1 10mg、VitC0.2mg ,每日 3 次,结果治疗组疗效优于对照组(P<0.01)。

(2) 局部治疗

局部滴眼

于晓林[11]等采用自制灭毒灵滴眼液（主要成分黄精多糖）治疗 53

例 57 只眼，21 天为一个疗程，治疗 1~2 个疗程，结果总有效率 92.98%，优于 0.1 无环鸟苷 ($P<0.01$)。赵峪[12]等采用中药银黄滴眼液治疗 HSK，期间运用随机、双盲、多中心、平行和阳性药物对照方法治疗 112 例，总有效率达 85.58%，并能有效提高裸眼视力和矫正视力，在用药 7 日的临床疗效及中医症候疗效的愈显率均优于对照组 ($P<0.01$)。夏清艳[13]采用鱼腥草注射液滴眼法治疗 48 例 56 眼中治愈 52 只眼，有效 3 只眼，无效 1 只眼，总有效率 98.21%。

雾化疗法

陈阳[14]等采用黄菊液（黄芪、大黄、紫草、龙胆草、赤芍、蒲公英）局部雾浴治疗 36 例，与 0.1% 无环鸟苷滴眼液滴眼治疗患者对照，结果治疗组总疗效 96.43%，对照组总有效率 80.77%，两组有显著性差异 ($P<0.05$)。郑丽绵[15]等采用中药（以决明子、蔓荆子、蝉蜕、钩藤、山栀子、连翘、菊花、川芎等为基本方，随证加减）内服，同时应用黄芪注射液电离子导入治疗 45 例（53 眼）治愈 19 例，好转 27，无效 7 例，总有效率 86.79%。陈亚琴[16]采用中成药内服合雾化辨治 34 例（40 眼）本病，治愈 32 例，显效 3 例，好转 4 例，无效 1 例，总有效率 97.5%

2 西医治疗方面的临床研究

胡月枝[17]等采用回顾性分析 53 例病毒唑球结膜下注射治疗该病的研究，结果治愈 30 例，好转 12 例，总有效率 79.25%。并认为病毒唑球结膜下注射能有效的治疗单纯疱疹性角膜炎。张一蓉[18]采用更昔洛韦眼用凝胶合并地塞米松眼药水和阿托品眼药水治疗深层单纯

疱疹性角膜炎 16 例，治愈 16 例，治愈率 100%，并得出结论，实验组可以明显改善早期的临床症状，尤其是治疗后第 7 天及第 14 天，且治愈时间明显缩短。胡军[19]等采用大量维生素 C 治疗本病 48 例，治愈 31，有效 13，无效 4。总有效率 91.7%，并通过生物化学法测定患者血清 SOD、MDA 水平值发现大剂量维生素 C 可能通过抑制自由基反应、增强氧化应激效应这一途径对单纯疱疹病毒性角膜炎发挥治疗作用。

3 中西医结合治疗方面的临床研究

刘金玉[20]采用除翳明目片（夏枯草、青箱子、密蒙花、栀子、菊花、赤芍、牡丹皮、川芎、连翘、牛蒡子、金银花、薄荷、车前子、木贼）并配合阿托品眼膏，无环鸟苷眼药水及诺美沙星眼药水治疗 37 例，治愈 33 例，有效 3 例，无效 1 例，总治愈率 97.3%。申文辉[21]等治以滋阴养阴，活血除风，采用当归活血丸（当归，川芎，赤芍，生地黄，桑皮，木通，龙胆草，黄芩，山栀子，防风，荆芥，金银花，连翘，大黄，生甘草）配合抗生素，抗病毒眼液等对症处理治疗本病 68 例 72 只眼，治愈 62 例，有效 8 例，无效 2 例，总有效率 97.22%。张萍[22]采用名老中医张望之经验方清热退翳丸内服联合阿昔洛韦眼液治疗 100 例，治愈 76 例，好转 21 例，无效 3 例，总有效率 97%。李淑芳[23]采用辨证分型后口服中药汤剂，并配合无环鸟苷眼药水和细胞生长因子眼药水等治疗 42 例（47 眼），治愈 37 例，好转 7 例，无效 3 例，总有效率 93.6%。

综上所述，采用中医辨证治疗配合局部西药治疗，采用内服外用多

种途径治疗单纯疱疹病毒性角膜炎的效果，明显由于单纯西药治疗效果，也充分发挥了中药的抗病毒作用与提高机体免疫力的作用，显示了中药治疗此病的疗效所在。这是中医药治疗本病的优势，但也存在一些有待完善的问题，如有效药物和方剂的进一步筛选，便捷有效剂型的制备，使复发率进一步减低等，都尚需我们投入更多的努力。

参考文献

1. 葛坚. 眼科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社. 2005: 184
2. 郑曰忠, 冯金玲等. 单纯疱疹病毒性角膜炎患者外周血 T 淋巴细胞亚群及细胞因子测定 [J]. 临床眼科杂志 2004 年第 12 卷第 3 期: 395-399
3. 杨燕宁, 刑怡桥等. 实验性单纯疱疹性角膜炎的组织病理学研究 [J]. 华中医学杂志 2002 年第 26 卷第 5 期: 261-262
4. 杨燕宁, Dirk Bauer 等. 小鼠单纯疱疹病毒性角膜炎中基质金属蛋白酶的表达及活性研究 [J]. 中华眼科杂志 2004 年第 40 卷第 6 期: 395-399
5. 徐艳, 王统辉. 加味秦皮汤治疗单纯疱疹病毒性角膜炎 41 例 [J]. 河南中医, 2008 年 5 月第 28 卷第 5 期: 52
6. 刘志兰. 清热明目汤治疗单纯疱疹性角膜炎 50 例 [J]. 中医研究, 2006 年 7 月第 19 卷第 7 期: 37-38
7. 高丽华, 崔淑婷等. 普济消毒饮治疗单纯疱疹性角膜炎 30 例 (33 眼) [J]. 中医研究, 2007 年 6 月第 20 卷第 6 期: 43-44
8. 李苹. 辨证治疗单纯疱疹性角膜炎 32 例体会 [J]. 中国中医急症 2007 年第 16 卷第 7 期: 880-881
9. 姚镇平. 清凉退翳汤治疗单纯疱疹性角膜炎疗效观察 [J]. 中国中医眼科杂志, 2003 年第 13 卷第 4 期: 212-213
10. 亢泽锋, 高健生等. 益气解毒方抗单纯疱疹病毒性角膜炎复发的疗效评价 [J]. 中国实用眼科杂志, 2004 年第 22 卷第 5 期: 391-393
11. 于晓林, 曾庆华等. 灭毒灵滴眼液治疗单纯疱疹病毒性角膜炎的临床研究 [J]. 中国中医眼科杂志, 1999 年第 9 卷第 1 期: 29-31
12. 赵峪, 吴烈等. 银黄滴眼液治疗单纯疱疹性角膜炎临床研究 [J]. 中国中医眼科杂志 2007 年第 17 卷第 4 期: 187-190
13. 夏清艳, 施晓哲. 鱼腥草注射液连续自动滴眼法治疗单纯疱疹病毒性角膜炎临床观察 [J]. 中国中医药信息杂志: 2007 年第 1 卷第 14 期: 12
14. 陈阳, 张金萍等. 黄菊液雾浴治疗单纯疱疹病毒性角膜炎 36 例临床观察 [J]. 江苏临床医学杂志, 2002 年第 6 卷第 3 期: 251
15. 郑丽绵, 蔡海云等. 中药配合黄芪离子导入治疗单纯疱疹病毒性角膜炎的疗效观察. 广州中医药大学学报, 2008 年第 25 卷第 4 期
16. 陈亚琴. 中成药内服合雾化辨治单纯疱疹病毒性角膜炎 [J]. 浙江中医药大学学报 2008 年第 32 卷第 3 期: 333-335
17. 胡月枝, 毛艳氏. 球结膜下注射病毒唑治疗单纯疱疹性角膜炎的疗效观察 [J]. 宁夏医学院报, 2007 年第 29 卷第 1 期: 57-58
18. 张一蓉. 更昔洛韦联合地塞米松治疗深层单纯疱疹性角膜炎 [J]. 现代中西医结合杂志, 2008 年第 17 卷第 12 期: 1849-1850
19. 胡军, 郭含睿. 大剂量维生素 C 对单纯疱疹病毒性角膜炎的疗效分析 [J]. 重庆医学 2008 年第 37 卷第 11 期: 1226-1227
20. 刘金玉. 除翳明目片结合西药治疗单纯疱疹病毒性角膜炎 [J]. 中国实用医药 2008 年第 3 卷第 2 期: 50-51
21. 申文辉, 唐俊凤. 当归活血丸联合抗病毒滴眼剂治疗单纯疱疹性角膜炎的临床观察 [J]. 临床医药, 2008 年第 17 卷第 5 期: 58-59
22. 张萍. 中西医结合治疗单纯疱疹病毒性角膜炎 100 例 [J]. 中华中医药学刊, 2008 年第

26 卷第 7 期: 5951-5953

23. 李淑芳. 中西医结合治疗单纯疱疹性角膜炎 42 例临床观察[J]. 吉林中医药, 2008 年第 28 卷第 7 期: 509-510

