

Treatment and Research Progress of Iridocyclitis with Traditional Chinese and Western Medicine

Zujie Zheng

Chengdu University of TCM, Chengdu, Sichuan, 610000, China

Abstract

Uveitis is an extremely complex and refractory disease in ophthalmic diseases, and its incidence is very high, it is mainly divided into anterior uveitis, middle uveitis, posterior uveitis and total uveitis. Iridocyclitis, according to the anatomical site, belongs to anterior uveitis. At present, the etiology, mechanism and treatment of iridocyclitis have been reported, this paper summarizes the collection of Chinese and western medicine to the treatment of iridocyclitis, hoping to help us better clinical treatment of iridocyclitis.

Keywords

uveitis; iridocyclitis; treatment with traditional Chinese and western medicine

虹膜睫状体炎的中西医治疗及研究进展

郑祖杰

成都中医药大学, 中国·四川 成都 610000

摘要

葡萄膜炎在眼科疾病中是一种极其复杂且难治的病种,且发生率很高,主要分为前葡萄膜炎、中葡萄膜炎、后葡萄膜炎以及全葡萄膜炎。虹膜睫状体炎,按照解剖部位而言,归属于前葡萄膜炎。目前,虹膜睫状体炎的病因、机制、治疗方法等均已有了相关报道,论文综述收集了中西医对虹膜睫状体炎的治疗,希望能够帮助我们临床上更好地治疗虹膜睫状体炎。

关键词

葡萄膜炎;虹膜睫状体炎;中西医结合治疗

1 引言

葡萄膜炎,是一种常见的眼科疾病,依据国际上解剖分类方法,可分为前葡萄膜炎、中间葡萄膜炎、后葡萄膜炎以及全葡萄膜炎四种,其中前葡萄最为常见,占中国葡萄膜炎疾病的50%左右。前葡萄膜炎主要分为虹膜炎、虹膜睫状体炎、前部睫状体炎3类,由于虹膜和睫状体的血供基本都是来自于虹膜动脉大环,故两者往往同时发生炎症,称之为虹膜睫状体炎。发病机制目前只要为四类,即感染、自身免疫、外伤性、特发性等多种类型^[1]。临床上,虹膜睫状体炎分为急性虹膜睫状体炎和慢性虹膜睫状体炎,属于疑难眼科疾病,反复性大、治疗困难是其很大的特点,本文将综述中西医的对于虹膜睫状体炎的治疗,以期帮助我们在临床上取得更好且有效的治疗。

2 中医对虹膜睫状体炎的研究与治疗

根据其症状表现,急性虹膜睫状体炎,在中医中属于“瞳神紧小”范畴,慢性虹膜睫状体炎属于“瞳神干缺”范畴。

【作者简介】郑祖杰(1994-),男,中国湖北恩施人,硕士,执业医师,从事中西医结合眼科研究。

东汉张仲景在《伤寒论·观两目》中曾说过“瞳神缩小者脑系枯结”,是最早关于“瞳神紧小”类似症状的相关记载了,但也未曾明确地详细介绍这一疾病;随后唐代王焘在《外台秘要》中也有类似的症状描述,“瞳子渐渐细小如簪脚,甚则小如针”,但依旧未曾深究。直至元代,本病有了更进一步的发展,倪维德所著《原机启微》中有更进一步的描述,称本病为“强阳搏实阴之病”。明代王肯堂的《证治准绳·杂病·七窍门》中首次提出了“瞳神紧小”这一病名,可以说是质的飞跃;明末清初傅仁宇在《审视瑶函》更加详细地分析了这一疾病的病因病机,并命其为“瞳人紧小”“瞳人锁紧”。到清代,许多医家对此均有描述,如黄庭镜在《目经大成》中言“因何倏忽水干木槁,瞳神收缩精光少……此症谓金井修尔收小,渐渐小如针孔也”;《眼科捷径》中说:“瞳仁睛小如粟米,名肝决。”《眼科龙木论》《银海指南》《金匱启钥》等多本著作均涉及相关内容。而最早出现“瞳神干缺”的类似记载,见于宋朝的《秘传眼科龙木论》:“此眼初患之时……即瞳人干缺。”元朝时,对本病的认识加深,如危亦林的《世医得效方》载:“此证其睛干涩,全无泪液,或白或黑,始则疼痛,后来稍定,而黑不见。此证不可治疗。”

明朝武之望《济阳纲目》中曾说：“不治证：瞳仁干缺，痛涩无泪。”清代沈金鳌的《杂病源流犀烛》载：“瞳人干缺，眼睛干涩，全无泪流，始而痛，后稍定，或白或黑，不能见物，不可治。”两个朝代的医家从侧面反映了本病治疗困难程度。根据全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材《中眼科学》(彭清华主编)规定,前者名为“瞳神紧小”“瞳神焦小”“瞳神缩小”,后者名为“瞳神干缺”“瞳神缺陷”“瞳人干缺”。

2.1 中医方剂

每个医家对于本病的辨证论治、选方用药有所不同,除了我们平常教材的标准方剂以外,还有一些其他的常用方,且已有相关研究证明,效果颇佳,如除风益损汤^[2]、祛风活血汤^[3]、还阴救苦汤^[4]等。

2.2 中医中成药

①桂枝茯苓胶囊。中医中成药具有使用简单、携带方便的特点,尤其是适合长期忙碌的患者。桂枝茯苓胶囊由桂枝、茯苓、牡丹皮、白芍、桃仁组成,江苏康缘药业公司生产,经研究证明,具有活血、化瘀、镇痛、抗炎作用,能够很好地抑制虹膜睫状体炎的复发^[5]。

②火把花根片。火把花根始载于《本草纲目》:“生于滇南者花红,呼为火把花。”为昆明山海棠的别名,具有清热解暑、祛风除湿、舒经活络的作用。火把花根片是从去皮的昆明山海棠根心制备而来的一种中成药,经研究证明,其作用类似于糖皮质激素,能使肾上腺素皮质激素合成增加,并明显降低胸腺重量,小剂量诱导抑制T细胞,大剂量抑制Ts细胞生成,使血清循环免疫复合物水平显著增高从而抑制体液免疫^[6]。

③雷公藤片。雷公藤为卫矛科雷公藤属植物,具有清热解毒、活血化淤、消肿止痛作用。雷公藤片主要成分为雷公藤甲素,由中药雷公藤制作而来。实验研究证明,该药具有一定的抗炎和免疫抑制作用,主要表现在降低毛细血管的通透性,抑制或对抗各类炎症介质,抑制炎症浸润和渗出,并有抗凝、抗栓塞及减少组织损伤作用,其免疫抑制作用表现在抑制体液免疫和细胞免疫。由于雷公藤的抗炎作用不是兴奋或依赖肾上腺皮质系统,其本身也无皮质类固醇的作用,故长期使用不产生耐药性,骤然停药后也无反跳现象^[7]。

④独一味胶囊。独一味是唇形科植物,广泛分布于中国西藏,药理实验证明具有活血化淤、镇痛、止血、消肿、抗菌消炎、抑菌等作用,还能增强机体免疫功能^[8]。此外,还有其他的中成口服药如“补肾明目口服液”^[9],中药制剂如“华蟾素注射液”^[10]“清开灵注射液”^[11]等均对虹膜睫状体炎有很好的治疗效果。

⑤中医其他疗法。一是针灸疗法:体针主要选择攒竹、丝竹空、太阳等局部穴位联合肝俞、足三里、合谷等;二是耳针:耳尖、神门、眼等。

3 西医对虹膜睫状体炎的常规治疗

3.1 非甾体类抗炎药

非甾体类抗炎药主要作用就是减少前列腺素的形成,抑制血小板聚集,减轻炎症反应,为治疗前葡萄膜炎常用药

物。药物主要分为滴眼液和口服药,滴眼液临床上用得最多的应该是普拉洛芬滴眼液、双氯芬酸钠滴眼液、溴芬酸钠滴眼液等;而口服的药物主要有布洛芬胶囊、吲哚美辛、阿司匹林等。也有研究证明,玻璃体腔内注射非甾体类抗炎药也有很好的疗效,如复方对乙酰氨基酚片^[12]。

3.2 睫状肌麻痹剂

麻痹睫状肌可以减轻睫状肌、瞳孔括约肌的痉挛,减轻眼部的疼痛,改善眼前节的局部血液循环,减轻炎症反应,而散瞳可以防止虹膜粘连,预防继发性青光眼等并发症,临床上常用的是托吡卡胺滴眼液和阿托品眼用凝胶,当遇到虹膜粘连尤其严重时,可考虑球结膜下注射散瞳合剂(1%硫酸阿托品+1%可卡因和+0.1%肾上腺素等量混合)^[13]。

3.3 糖皮质激素

糖皮质激素可以抑制身体的高敏状态,降低血管的通透性,抑制血管内外的淋巴2细胞,减少花生四烯酸及其促进因子的产生。糖皮质激素主要分为局部用药与全身用药,局部用药包括局部滴眼液、结膜下注射、球周注射等。全身用药主要分为静脉滴注和口服,包括短效(氢化可的松)、中长效(泼尼松与泼尼松龙)、长效(地塞米松)三大类。其中氢化可的松、地塞米松不适合长期使用,使用期间做好副作用的预防工作(补钾、护胃、补钙等);泼尼松与泼尼松龙适于长效使用,但也应定期复查,密切关注电解质等变化和调节药物用量。对于病情严重的患者,糖皮质激素的运用必须做到起始足量,缓慢减量,长期维持,且不宜超过7d。除此之外,还有研究证明,直流电导入地塞米松^[14]和地塞米松超声透入治疗^[15]对于我们我的急性虹膜睫状体炎也有很好的效果。

4 免疫抑制剂治疗

许多研究表明,葡萄膜炎大多数是由于自身免疫紊乱引起,Th细胞是整个免疫过程中的关键,Th细胞分化的Th1与Th2细胞分别在细胞免疫和体液免疫中发挥尤其重要的作用。①T细胞抑制剂:环孢霉素A通过与环孢素受体结合,从而抑制细胞活化与传导信号,使T细胞不能活化,起到免疫抑制作用,具有神经、肝肾毒性,长期使用可使血压升高;②抗代谢药物:硫嘌呤、氨甲嘌呤、麦考酚酯等;③烷化剂:环磷酰胺、苯丁酸氮芥;④他汀类药物:阿伐他汀、洛伐他汀等^[16];⑤血管紧张素II受体阻断剂:氯沙坦等^[17]。对于前三种免疫抑制剂,临床医生比较多见,且对我们的生殖功能下降和骨髓细胞生成等功能有很严重的影响,使用的时候需要慎重考虑;至于两者主要是降血压血脂,临床上用于治疗虹膜睫状体炎则少见,为我们将来的治疗提供一些新的思路。

5 生物制剂新疗法

5.1 干扰素(IFN)

干扰素是一种糖蛋白,它可以通过干扰病毒复制起到

抗病毒作用。例如,重组人干扰素 $\gamma^{[18]}$,既能够通过诱导 B7 的表达导致 T 细胞的活化增殖,激活免疫反应,又能够通过诱导 Fas/FasL 的表达来清除体内活化的淋巴细胞,从而消除此种免疫反应。对于顽固性的虹膜睫状体炎,已有临床研究证明,可以作为一个不错的方法来尝试。

5.2 肿瘤坏死因子 (TNF)

肿瘤坏死因子是能使肿瘤组织发生出血性坏死的细胞因子,主要分为 TNF- α 和 TNF- β 两类,能够激活并促进中性粒细胞贴附在血管内皮,使得中性粒细胞对 IL-1、IL-6632 等具有高度敏感性。已有研究证明, TNF- α 在免疫性葡萄膜炎动物模型中^[19]具有很好的治疗效果。目前常用的抗 TNF 制剂主要有英夫利昔单抗克隆抗体、依那西普和阿达木单抗克隆抗体。

6 基因治疗

随着医学技术的不断发展,基因治疗也是一个很大的热点,不同于传统的治疗方法,具有毒副作用小、靶向性、效果佳等特点。目前,基因治疗的研究主要分为两种方式:一是免疫分子的导入;二是导入与葡萄膜炎发生相关的抗原诱导免疫耐受。前者就是通过基因转染手段导入免疫调节基因因子,产生内源性免疫调节因子,发挥免疫调节功能,经过长期的动物实验研究,许多免疫分子的导入都对葡萄膜炎有着明显的效果,如 IL-4、IL-10、IL-27、干扰素等^[20];后者是指免疫活性细胞接触抗原后产生的一种特异性地面已应答或者无应答状态,在 Agarwal RK^[21]等的小鼠的逆转录病毒载体转染实验中,成功地诱导了小鼠的免疫耐受。

7 结语

综上所述,虹膜睫状体炎属于前葡萄膜炎,其病因复杂,病程缠绵,但同时可供选择药物相对也比较多,我们要根据患者的实际病情,具体情况具体分析,选择最佳的药物组合。祖国医学是中国的传统瑰宝,经临床研究发现,对虹膜睫状体炎确实有很好的疗效,且相对于西药而言,几乎没有毒副作用,我们应该继续发掘其中的价值。西医的传统治疗方法已经很成熟,效果明显,但有着明显的副作用影响。随着医学技术的发展,新型生物制剂在临床治疗中扮演的角色越来越重要,但未普及,传统治疗仍然占据着主导地位。而基因治疗作为最新出现的治疗思想,目前只停留于动物实验,为我们的治疗提供了新的思想。在我们的临床中,中西医结合治疗具有巨大的潜力,应该将中医治疗副作用小的优点和西医效果明显的优点更好地结合,优势互补,发挥更好的治疗效果。

参考文献

[1] 廖星星,徐国兴.葡萄膜炎的治疗进展[J].国际眼科杂志,2020,20(4):631-634.
[2] 秦文广,王艳,杨帅.除风益损汤联合西药治疗白内障术后虹膜睫

状体炎随机平行对照研究[J].陕西中医,2018,39(7):925-927.
[3] 钟益科,袁建树.还阴救苦汤治疗急性虹膜睫状体炎76例[J].中国中医急症,2014,23(6):1190-1191.
[4] 喻京生,彭清华,罗萍,等.祛风活血汤治疗白内障术后虹膜睫状体炎临床观察[J].辽宁中医杂志,2005(2):93-94.
[5] 吴坤林.桂枝茯苓胶囊治疗复发性虹膜睫状体炎的疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2004(1):79.
[6] 高宗银,金敏,朱云喜.火把花根片联合糖皮质激素治疗89例虹膜睫状体炎临床分析[J].国际眼科杂志,2010,10(5):971-972.
[7] 许国忠,杨莅,诸力伟,等.口服雷公藤为主治疗虹膜睫状体炎疗效观察[J].浙江中西医结合杂志,2007(3):170-171.
[8] 白俊平.独一味胶囊治疗急性虹膜睫状体炎60例[J].中国中医药信息杂志,2005(12):62.
[9] 黄霄,王培,叶河江.补肾明目口服液对葡萄膜炎慢性化发病机制的干预作用[J].时珍国医国药,2010,21(11):2919-2920.
[10] 赵俊生.华蟾素局部注射为主治疗急性虹膜睫状体炎的体会[J].中医眼耳鼻喉杂志,2017,7(4):227-231.
[11] 祝云淑.清开灵注射液治疗急性虹膜睫状体炎疗效分析[J].河北医药,2009,31(21):2961-2962.
[12] 陆爱红.超声乳化人工晶状体植入治疗葡萄膜炎并发白内障的临床价值[J].临床医学研究与实践,2016,19(1):72-73.
[13] 郝军生,贾绍友.睫状肌麻痹剂对眼部组织的影响[J].国际眼科纵览,2018,42(2):6.
[14] 杨超华.眼部直流电药物离子导入治疗的护理[J].医学信息,2015,27(8):157-158.
[15] 央珍.超声药物透入疗法治疗急性虹膜睫状体炎的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(1):70.
[16] Kohno H, Sakai T, Saito S, et al. Treatment of experimental autoimmune uveoretinitis with atorvastatin and lovastatin[J]. Experimental Eye Research, 2007, 84(3):569-576.
[17] Miyazaki A, Kitaichi. Anti-inflammatory effect of angiotensin type 1 receptor antagonist on endotoxin-induced uveitis in rats[J]. Graefes Archive for Clinical & Experimental Ophthalmology, 2008,246(5):747-757.
[18] 许福荣.干扰素针治疗顽固性虹膜睫状体炎[J].国际医药卫生导报,2003(24):38.
[19] 王兵,刘嫻.ANA、ANCA、HLA-B27、anti-dsDNA在诊断免疫相关性葡萄膜炎中的价值[J].国际眼科杂志,2018,18(1):108-111.
[20] 李燕利,杨炜.葡萄膜炎的生物治疗进展[J].国际眼科杂志,2013,13(6):1147-1151.
[21] Agarwal R K, Kang Y, Zambidis E, et al. Retroviral gene transfer of an immunoglobulin-antigen fusion construct protects from experimental autoimmune uveitis[J]. Journal of Clinical Investigation, 2000,106(2):245-252.