

引用:朱淑君,魏伟. 中西医结合治疗急性视网膜坏死综合征验案 1 则[J]. 湖南中医杂志,2023,39(5):97-99.

中西医结合治疗急性视网膜坏死综合征验案 1 则

朱淑君,魏伟

(南京中医药大学附属医院,江苏 南京,210029)

[关键词] 急性视网膜坏死综合征;中西医结合疗法;验案;魏伟

[中图分类号] R276.741 [文献标识码] B DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.05.026

急性视网膜坏死综合征(acute retinal necrosis syndrome, ARNS)是一种主要由带状疱疹病毒、巨细胞病毒及人类疱疹病毒等感染引起的特殊类型的急性葡萄膜炎^[1]。ARNS起病隐匿,一旦发病,可迅速累及眼部各层组织,诱发免疫应答而产生炎症反应。ARNS初期常表现为急性巩膜炎、玻璃体炎、闭塞性视网膜血管炎,后期炎症消退,视网膜坏死灶逐渐吸收,视神经萎缩,视网膜变薄,玻璃体机化牵拉,引起视网膜脱离。该病对患者视力产生极大损害,属于眼部严重的致盲性眼病^[2]。目前针对ARNS的治疗,国内外医学界尚未形成标准化诊疗指南方案,西医治疗主要以全身抗病毒为主,部分文献报道中选择视网膜光凝术及玻璃体切割手术等作为辅助治疗手段,但对于其疗效评价始终存在争议^[3]。近年来中医药治疗ARNS初见疗效,尤其在延缓病情进展及改善患者预后方面,但相关报道较少。魏伟教授运用龙胆泻肝汤合三仁汤加减联合西医治疗ARNS验案1则疗效确切,现介绍如下,以飨同道。

患者,男,55岁,因“左眼视物模糊5d”于2021年3月11日至我院眼科就诊。刻诊:患者神清,精神尚可,面色偏黄,左眼视物昏朦,视力骤降,抱轮红赤,眵多黏稠,无眼痛眼胀及畏光流泪等症状,夜寐尚安,食纳一般,二便调,舌红、苔黄腻,脉濡数。患者既往有高血压病、2型糖尿病病史十余年,平素血压、血糖控制一般。眼科检查:右眼最佳矫正视力(BCVA)1.0,眼压16 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa),裂隙灯下检查未见明显异常;左眼

BCVA 0.08,眼压17 mmHg,裂隙灯下见球结膜睫状充血,角膜透明,角膜后沉着物(++),房水闪辉(++),前房深度正常,瞳孔圆,直径约4 mm,光反射迟钝,晶状体轻度混浊,玻璃体显著混浊,可见大量炎性细胞。散瞳见眼底视盘色可界清,周边部视网膜大片黄白色坏死病灶,以颞下方为著,部分病灶周围血管闭塞呈白线状,黄斑中心凹反射未见。荧光素眼底血管造影(FFA):葡萄膜炎(左眼)、黄斑水肿。光学相干断层扫描(OCT):左眼视网膜增厚,神经上皮层间见囊样暗腔,外层组织光带反射不均匀,层次不清,局部减弱,视网膜色素上皮细胞(RPE)欠均匀。西医诊断:左眼葡萄膜炎;中医诊断:暴盲(肝胆湿热证)。予妥布霉素地塞米松眼膏、醋酸泼尼松龙滴眼液滴眼,地塞米松球旁注射抑制眼部炎症反应,氧氟沙星滴眼液滴眼抗感染,复方托吡卡胺滴眼液散瞳,并予盐酸伐昔洛韦片口服经验性抗病毒治疗。实验室检查:巨细胞病毒抗体IgG 140.70U/ml,风疹病毒抗体IgG 25.76 IU/ml,I型单纯疱疹病毒IgG抗体28.11 COI,风疹病毒抗体IgM 4.72 COI。为明确病毒性感染源,于3月13日行左眼前房穿刺抽液。眼内液病原检测示:水痘-带状疱疹病毒(VZV)阳性。西医诊断:ARNS(左眼);中医诊断:暴盲(左眼,肝胆湿热证)。根据患者病情立即调整治疗方案。预防性使用视网膜光凝术,防止视网膜脱离。同时口服盐酸伐昔洛韦片0.3 g,2次/d,静脉滴注更昔洛韦注射液250mg,2次/d,加强全身及局部抗病毒治疗;为加强眼部抗病毒效果,使药物直接作用于病灶,采取每周2次

基金项目:江苏省中医药管理局资助项目(JS1304)

第一作者:朱淑君,女,2020级硕士研究生,研究方向:中医眼科学

通信作者:魏伟,男,医学博士,主任中医师,教授,研究方向:中医眼科学,E-mail:13951776603@163.com

玻璃体腔药物注射更昔洛韦的方式抑制病毒复制,连续注射3周。另外,口服阿司匹林肠溶片100mg,1次/d,抗血小板聚集,改善视网膜血管闭塞状态;口服醋酸泼尼松片30mg,1次/d,减轻炎症反应,后逐周减量至20mg。再配合氯化钠缓释片预防性补钾,法莫替丁片抑酸护胃。中医治以清肝泻火、化湿明目之法,拟龙胆泻肝汤合三仁汤加减治疗。处方:龙胆草6g,泽泻10g,生地黄10g,焦栀子10g,茯苓15g,当归10g,木通5g,盐车前子20g,生薏苡仁10g,豆蔻仁9g,六一散(包煎)10g,淡竹叶10g,生厚朴10g,炒白术10g。每天1剂,分早晚2次饭后温服。治疗过程中患者病情平稳,角膜后沉着物及房水闪辉较前减轻,玻璃体浑浊逐渐减轻,炎性细胞明显减少,眼底原黄白色病灶较治疗前吸收,未见新发坏死灶。治疗3周后患者病情较前明显好转。专科检查:右眼BCVA 1.0,眼压18 mmHg,裂隙灯下检查未见明显异常;左眼BCVA 0.2,眼压14 mmHg,裂隙灯下见左眼球结膜无明显充血,角膜透明,后方无沉着物堆积,前房深度正常,房水闪辉(+),瞳孔圆,药物性散大,光反射(-),晶状体轻度混浊,玻璃体混浊较前稍减轻,未见玻璃体腔内炎性细胞。散瞳见视盘色可界清,颞侧、颞下周边部黄白色坏死灶及周围光凝斑可见,其余部分周边部视网膜坏死灶已吸收,黄斑中心凹反射未见。复查左眼底照相示:屈光间质浑浊(较前清);OCT示:视网膜较前稍变薄,神经上皮层可见点状高反射。3月31日复查眼内液病原检测显示阴性,提示病情已愈。

按语:本案患者以左眼视物不清起病,病程中出现视物昏朦、目赤眵多等症状,完善各项专科检查后提示炎症感染,考虑葡萄膜炎。因本病的临床表现缺乏特异性,难以直接与Vogt-小柳原田综合征、巨细胞病毒性视网膜炎等相鉴别,遂于入院后行眼内液病原检测后确诊为VZV感染致ARNS。近年来有关报道证实抗病毒药物、糖皮质激素、抗凝药物联合治疗ARNS较单纯抗病毒治疗效果更为显著,患者远期视力恢复更加稳定^[4]。故本案采取伐昔洛韦口服、更昔洛韦静脉滴注联合玻璃体腔药物注射抗病毒治疗为主,辅以局部及全身使用糖皮质激素防止炎症细胞堆积,避免炎症化学中介物的合成与分泌^[5];阿司匹林肠溶片抑制血栓素A₂的

生成,阻断血小板聚集,延缓血管闭塞的进程。同时,为最大限度地改善患者预后,降低后期视网膜脱离的概率,对病变部位行预防性视网膜光凝术,改善网膜缺血、缺氧状态。

中医学根据ARNS患者所表现出的突然视物模糊、视力下降等特点将其归属于“暴盲”范畴^[6]。《证治准绳》记载:“平日素无他病,外不伤轮廓,内不损瞳神,倏然盲而不见也。”其病机多端,然不外乎邪实、正虚所致。急性期以实证为主,多因感受湿热邪毒而影响肝胆功能,或饮食不节酿生湿热,湿热蕴结肝胆,热盛化毒,上犯目窍所致,治以疏肝利胆、清热化湿为要^[7]。随着病情进展,湿热邪气壅滞气血,瘀阻目络,玄府闭塞,遮蔽神光而视物不清,故行化瘀散结、宣通目窍之法。后期病情缠绵,反复迁延,再加之所用攻伐之品伤及脾肾,气阴亏虚,应辅以益气养阴、补益脾肾之品。根据患者病情变化审机论治、随证变通。

本案患者突发左眼视物模糊不清,起病急骤,当属“暴盲”实证。发病初期因湿热之邪侵袭肝胆,郁而化热,肝胆疏泄不及,内外湿热合邪,循肝经直灼目系,发为本病。目为肝之外窍,肝火上炎,耗损阴液,故视物昏朦;木火刑金,燔灼于目,故见抱轮红赤;湿热黏滞,熏蒸肝胆,上犯目窍,故见眵多黏稠;湿热入里,热病伤阴,故见神膏混浊;舌红、苔黄腻,脉濡数,为湿热内蕴肝胆之象。治疗以清肝泻火、化湿明目为要。然湿与热合,热寓湿中,湿处热外,若湿不祛则热不清,故本案以化湿为要,选用龙胆泻肝汤合三仁汤加减。龙胆泻肝汤为清肝胆、利湿热之实效方,起苦寒直折之用;而三仁汤为湿温证通用方,可开上、畅中、渗下,肃清三焦湿热。方中以龙胆草为君药,借助其苦寒之性清泻肝胆实火,清利肝经湿热,以解肝火上灼目窍之急;栀子为臣,可助龙胆草清泻燥湿之功,又可通泻三焦之火,导热下行,使邪有出路;木通、车前子、泽泻清热利湿,导湿热从小便而去;厚朴、白术燥湿利水,茯苓、薏苡仁、豆蔻仁、淡竹叶及六一散中的滑石皆性味甘淡利水,可渗湿于下;甘草调和诸药。又因肝体阴而用阳,主藏血,肝胆实火易伤阴,且本方多选用苦燥渗利之品,亦会耗伤阴血,故辅以生地黄、当归滋阴凉血,祛邪而不伤正。诸药配伍,泻中有补,疏中有养,降中寓升,共奏清肝利胆,湿热分治之效。

现代病理学研究认为,肝胆湿热证的本质与机体免疫调节异常、炎症密切相关^[8],而龙胆泻肝汤与三仁汤中的有效成分对葡萄膜炎相关炎症细胞释放具有明显抑制作用,可有效缓解患者眼部炎症反应^[9-10]。且部分报道证实龙胆泻肝汤还有抗病毒作用,通过抑制VZV的合成与复制,延缓病情进展^[11]。

近年来中医药治疗ARNS的优势日益凸显,对疾病发生机制和诊疗规划的思考更加深刻,中西医结合治疗ARNS的相关文献报道均表明综合疗效显著,其价值和优势正逐步受到医学界的认可^[12]。因此,以西医为据,中医立法,利用中西医结合治疗的独特优势可促进ARNS中西医结合防治工作的蓬勃开展。然而,由于本病发病率低,临床罕见,且症状缺乏特异性,故诊断存在一定困难,极易误诊误治,延误病情。因此对于疑似ARNS的患者应认真分析病情,尽快诊断,及早治疗,审时度势,把握时机,综合诊治,方能挽救患者视功能。

参考文献

- [1] SCHAAL S, KAGAN A, WANG Y, et al. Acute retinal necrosis associated with epstein-Barr virus: Immunohistopathologic confirmation[J]. JAMA Ophthalmol, 2014, 132(7): 881-882.
- [2] SENTER G, NASCIMENTO H, BELFORT R J. Acute retinal necrosis: Is the current valacyclovir regimen adequate? [J]. Ocul Im-

munol Inflamm, 2020, 28(4): 665-666.

- [3] QUAN SC, SKONDRA D. Case report: Varicella-zoster encephalitis with acute retinal necrosis and oculomotor nerve palsy[J]. Optom Vis Sci, 2019, 96(5): 367-371.
- [4] LAINS I, ELIOTT D. Challenges and updates on the management of acute retinal necrosis[J]. Int Ophthalmol Clin, 2022, 62(2): 173-196.
- [5] HERMOSO-FERNANDEZ F M, GONZALEZ-GALLARDO C, CRUZ-ROJO M. Acute retinal necrosis: Time to consider double dose of foscarnet in the first 72 hours[J]. Rom J Ophthalmol, 2021, 65(3): 267-270.
- [6] 庞华,柳成刚,黄云蕾. 暴盲源流考[J]. 中国中医眼科杂志, 2022, 32(4): 297-300.
- [7] 刘源,陈兹满,李安琪,等. 龙胆泻肝汤加减治疗急性视网膜坏死综合征验案1则[J]. 中国中医眼科杂志, 2021, 31(5): 351-353.
- [8] 李沁媚,李铮,司红彬. 中药防治湿热证的药效作用及机制研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(14): 208-216.
- [9] 刘滨,荣立洋,孙园园,等. 龙胆泻肝汤对葡萄膜炎大鼠 Notch 信号通路的干预作用[J]. 眼科新进展, 2018, 38(2): 106-110.
- [10] 王广伟,张禹,张佳宁,等. 基于 PI3K/Akt/NF-κB 信号通路探讨加味三仁汤对脂多糖诱导的大鼠肾小球系膜细胞增殖的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(5): 32-37.
- [11] 张泽鑫,黄志凯,曾慕煌,等. 龙胆泻肝汤方的药理研究进展[J]. 国医论坛, 2018, 33(4): 67-70.
- [12] 姜怀彦,许红霞. 急性视网膜坏死综合征的早期诊断与综合治疗[J]. 中国全科医学, 2019, 22(S2): 38-40.

(收稿日期:2022-12-05)

[编辑:刘珍]

(上接第87页)

参考文献

- [1] MERLINEM, RAFALDKIVA, CORONADOPR, et al. Fibrinogen Induces Microglia-Mediated Spine Elimination and Cognitive Impairment in an Alzheimer's Disease Model[J]. Neuron, 2019, 101(6): 109-1108.
- [2] 中国痴呆与认知障碍诊治指南写作组,中国医师协会神经内科医师分会认知障碍疾病专业委员会. 2018中国痴呆与认知障碍诊治指南(三):痴呆的认知和功能评估[J]. 中华医学杂志, 2018, 98(15): 1125-1129.
- [3] 陈英华,孙忠人,杜文秀,等. 电针四神聪和风池穴治疗血管性认知障碍临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(4): 245-247.
- [4] 张琳琳,于臻,徐家淳. 针刺治疗老年性痴呆的选穴频次浅析[J]. 河北中医, 2017, 39(2): 281-283.
- [5] 马冉,孔立红,齐凤军,等. 百会穴对脑的作用之古今研究探析[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(2): 425-428.

- [6] 谢冕,张雪梅,郭波,等. 针刺百会穴对老年大鼠吸入麻醉后认知功能障碍的影响[J]. 重庆医学, 2016, 45(26): 3624-3626.
- [7] 高玲莉,冯晓东. 电针神庭、百会穴对脑缺血再灌注后认知障碍大鼠学习记忆能力及自噬相关基因和蛋白表达的影响[J]. 康复学报, 2016, 26(4): 17-22.
- [8] 郭婷,任博,刘智斌,等. 灸法治疗痴呆病探析[J]. 针灸临床杂志, 2020, 36(2): 92-95.
- [9] 袁宏伟,刘云霞,张含,等. 基于通督醒神理论探讨针灸治疗卒中后认知障碍[J]. 新中医, 2022, 40(3): 22-25.
- [10] 朱才丰. 蔡圣朝主任医师学术思想与临床经验总结及温阳补肾灸治疗轻度认知功能障碍的临床研究[D]. 南京:南京中医药大学, 2015.
- [11] 李俊,胡小军,王青,等. 通窍活血汤加减联合“回阳九针”治疗卒中后认知障碍的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(4): 75-80.

(收稿日期:2022-10-25)

[编辑:徐琦]