

中西医结合治疗常见眼病的临床疗效研究

马桂花

西宁市城东区东关大街社区卫生服务中心 青海西宁 810000

摘要: 本研究探讨中西医结合疗法在干眼症、糖尿病视网膜病变及青光眼治疗中的应用价值。通过系统分析不同眼病的中西医结合治疗方案,评估其临床疗效与安全性。结果显示,干眼症患者采用人工泪液配合中药内服及熏蒸治疗后,泪液分泌量及症状缓解率优于单纯西医治疗;糖尿病视网膜病变患者在抗VEGF治疗基础上联合活血化瘀中药,可减少注射频次,黄斑水肿消退更明显;青光眼患者运用降眼压药物联合中医辨证论治,眼压波动减少,视野缺损进展延缓。中西医结合治疗能够提高整体疗效,降低复发率,改善患者生活质量,在常见眼病防治中具有显著优势。

关键词: 中西医结合;干眼症;糖尿病视网膜病变;青光眼;临床疗效

引言

眼科疾病发病率逐年上升,干眼症、糖尿病视网膜病变、青光眼等常见病严重影响患者视功能及生活质量。西医在眼病治疗中虽有明确疗效,但部分患者存在药物依赖性强、副作用明显、病情易反复等问题。中医学对眼病的认识源远流长,强调整体调节与辨证施治,在改善症状、延缓病程方面展现独特优势。近年来,中西医结合治疗模式在临床实践中日益受到重视,通过融合西医的精准诊疗与中医的整体调理,可实现优势互补。本研究聚焦干眼症、糖尿病视网膜病变、青光眼三类常见眼病,系统梳理中西医结合的治疗策略,分析其临床应用效果,为眼科疾病的综合防治提供参考依据。

一、中西医结合治疗干眼症的临床疗效分析

(一) 西医治疗方案与中医辨证论治的结合应用

干眼症的西医治疗以人工泪液替代和抗炎为主,常用药物包括玻璃酸钠滴眼液、环孢素A眼液等,必要时采用泪道栓塞术。这些措施虽能快速缓解症状,但停药后易复发,长期使用防腐剂类眼药水还可能加重眼表损害。中医将干眼症归为“白涩症”范畴,认为其发生与肝肾不足、气血亏虚密切相关^[1]。临床常见肝肾阴虚型患者表现为双眼干涩、视物模糊,伴腰膝酸软,治疗采用杞菊地黄丸加减,滋养肝肾、明目润燥;气血两虚型患者除眼干外常有面色苍白、神疲乏力,用八珍汤加减补益气血;肺阴不足型患者多见于长期处于空调环境者,眼干伴咽干口燥,用养阴清肺汤调理。在具体应用中,

西药滴眼液维持眼表湿润的同时,配合中药内服改善全身状态,治疗周期通常为4-8周^[2]。此外,针刺睛明、攒竹、太阳等穴位可促进泪液分泌,中药熏蒸疗法利用药物蒸汽直接作用于眼部,既能湿润眼表又可使药效经皮吸收,对顽固性干眼症效果明显。

(二) 临床疗效评估与预后观察

疗效评估采用客观检查与主观症状相结合的方式。Schirmer试验测定泪液分泌量,治疗前患者平均值多低于5mm/5min,经中西医结合治疗后可提升至8-12mm/5min,而单纯西医治疗组仅达6-9mm/5min。泪膜破裂时间是反映泪膜稳定性的重要指标,联合治疗组患者从治疗前平均5秒延长至10秒以上,改善幅度优于对照组。症状评分方面,采用眼表疾病指数量表评估,联合治疗组患者干涩、异物感、畏光等症状总分下降60%以上,西医组下降约40%。随访3-6个月发现,中西医结合治疗的复发率明显降低,约75%患者能维持稳定状态,仅需间断使用人工泪液;而单纯西医治疗组停药1个月内复发率达50%。值得关注的是,联合治疗组患者的生活质量评分显著提高,尤其在视疲劳缓解、工作效率恢复方面表现突出,说明中医药的整体调理作用对改善预后具有积极意义^[3]。

二、中西医结合治疗糖尿病视网膜病变的临床研究

(一) 糖尿病视网膜病变的分期治疗策略

糖尿病视网膜病变根据病程进展分为非增殖期和增殖期,不同阶段的治疗重点有所差异。早期非增殖期患者眼底可见微血管瘤、点状出血,此时西医主张严格控

制血糖、血压，定期随访观察^[4]。这一阶段介入中医药治疗可有效延缓病情进展，中医辨证多属气阴两虚、脉络瘀阻，采用益气养阴、活血通络法，常用生脉散合血府逐瘀汤加减，药用黄芪、麦冬、丹参、三七等，连续服用3-6个月可减少眼底出血点，改善视网膜微循环。当病情进入增殖前期或增殖期，出现新生血管、玻璃体积血时，激光光凝是西医的标准治疗，通过破坏缺血区视网膜降低VEGF释放，阻止新生血管形成^[5]。光凝术后配合中药治疗能促进出血吸收，减轻激光反应，常用药物包括三七粉、云南白药等止血化瘀之品。对于发生牵拉性视网膜脱离或严重玻璃体体积血需行玻璃体切割术的患者，术后应用中药可加速眼内炎症消退，促进视功能恢复，临床多选用归脾汤或补中益气汤调理气血，辅以丹参饮活血化痰。

（二）中医药改善微循环的作用机制与临床应用

糖尿病视网膜病变的核心病理改变是视网膜微血管损伤和微循环障碍，中医药在改善微循环方面具有多靶点作用。活血化痰类中药如丹参、川芎、赤芍等能降低血液粘稠度，改善血流变学指标，研究发现丹参注射液可显著降低纤维蛋白原水平，增加红细胞变形能力，从而改善视网膜血液灌注。益气养阴法在糖尿病视网膜病变治疗中应用广泛，黄芪、党参等补气药能增强血管内皮细胞功能，麦冬、玄参等养阴药可减轻氧化应激损伤，两者配合使用既能改善眼底循环又可稳定血糖^[6]。现代药理研究证实，复方丹参滴丸、芪明颗粒等中成药对血管内皮生长因子具有调控作用，能在一定程度上抑制其过度表达，减少血管渗漏。临床观察显示，服用活血化痰中药3个月后，荧光造影检查可见视网膜血管渗漏面积缩小，黄斑区水肿减轻，眼底出血灶逐渐吸收，这些变化与微循环改善直接相关^[7]。

（三）抗VEGF治疗联合中医药的协同效应

玻璃体腔注射抗VEGF药物如雷珠单抗、康柏西普已成为糖尿病黄斑水肿的一线治疗，通过阻断VEGF与受体结合抑制新生血管生成，快速消退黄斑水肿。然而单纯注射治疗需要多次重复，通常每月一次连续3-6针，之后根据病情调整，部分患者因经济负担或依从性问题难以坚持。中西医结合方案在抗VEGF治疗基础上加用中药口服，可以延长注射间隔、减少注射次数。临床数据表明，联合组患者在完成3次负荷量注射后，配合服用复方血栓通胶囊或芪明颗粒，随访期内平均需补充注射1.8次，而单纯西医组需3.5次。OCT检查显示，

联合治疗组黄斑中心凹厚度下降更显著，从治疗前平均450 μm降至280 μm，西医组降至320 μm^[8]。在副作用方面，抗VEGF药物可能引起眼压升高、眼内炎等并发症，中药的应用能改善眼内环境，降低炎症反应，观察期内联合组眼压异常升高发生率仅为3%，对照组为8%。此外，中药对全身状态的调节有助于稳定血糖、改善血脂代谢，从源头上减少VEGF的病理性表达^[9-10]。

（四）视功能恢复与病情进展控制的疗效分析

视力改善是评价治疗效果的核心指标，采用国际标准视力表检查，治疗前患者平均视力为0.3-0.4，经过6个月中西医结合治疗后，68%患者视力提高2行以上，平均视力达0.5-0.6；单纯西医治疗组视力提高2行以上者占52%。眼底检查方面，联合治疗组出血吸收率达82%，硬性渗出减少或消失者占76%，而对照组分别为65%和58%。新生血管是增殖期病变的标志，激光光凝联合中药治疗后，随访6个月新率为71%，部分消退率23%，疗效优于单纯激光组的56%和30%。更重要的是病情稳定性，中西医结合治疗能将病情稳定期从平均8个月延长至14个月，减少了病情反复波动对视功能的损害^[11]。在预防致盲方面，联合治疗组3年随访期内致盲率为4.2%，显著低于常规治疗组的9.8%。这些数据表明，中西医结合不仅能改善当前症状，更能延缓疾病进展，对保护视功能具有长远价值。

三、中西医结合治疗青光眼的临床实践

（一）原发性开角型青光眼的综合治疗方案

原发性开角型青光眼起病隐匿，多数患者确诊时已有不同程度视野缺损。西医治疗首选降眼压药物，常用前列腺素类、β受体阻滞剂、碳酸酐酶抑制剂等单用或联合应用，目标是将眼压控制在安全范围内。药物治疗虽能有效降压，但部分患者眼压波动明显，且长期用药存在局部刺激、全身副作用等问题。中医认为青光眼属“青风内障”范畴，发病机制多与肝火上炎、肝肾阴虚相关^[12]。肝火上炎型患者眼压偏高，伴头痛目胀、急躁易怒，治疗用龙胆泻肝汤清肝泻火；肝肾阴虚型多见于病程较长者，眼压虽不甚高但视野持续恶化，伴腰酸耳鸣，用杞菊地黄丸滋补肝肾。临床实践中，西药维持基础降压的同时，根据辨证加用中药调理，疗程一般3个月。观察发现，联合治疗组患者24小时眼压曲线更平稳，峰值眼压平均降低2.3mmHg，谷值眼压波动减少，这种稳定性对延缓视神经损害至关重要^[13]。针刺攒竹、睛明、风池等穴位配合耳穴贴压，可辅助降低眼压，

改善眼部血液循环,对不耐受多种降压药的患者是有益补充。

(二) 急性闭角型青光眼的中西医急救与后续治疗

急性闭角型青光眼发作时眼压急剧升高,患者剧烈眼痛、视力骤降,伴恶心呕吐,属眼科急症。西医急救措施包括静脉滴注高渗剂降颅压、局部滴用强效降压眼药、口服碳酸酐酶抑制剂等,力求在短时间内将眼压从50-70mmHg降至正常范围。这一阶段中医药介入需谨慎把握时机,急性期配合使用清热泻火、通腑泄热的中药可协助降压,方用大承气汤加减,通过泻下作用分流眼压,但需注意患者体质,体弱者慎用^[14]。待眼压控制、充血消退后,尽早行激光虹膜周边切开术或虹膜根部切除术解除瞳孔阻滞,这是防止再次发作的关键。术后进入恢复期,中医药的作用更加明显,此时多属肝郁气滞、余热未清,用柴胡疏肝散合导赤散调理,既能疏肝解郁又可清除余热,促进眼内炎症吸收。预防对侧眼发作同样重要,统计显示未经预防性治疗的同侧眼5年内发作率达40-50%,而接受中西医结合预防方案者发作率降至15%以下,预防措施包括定期复查、前房角较窄者及先行预防性激光治疗、长期服用平肝明目中药如石决明、夏枯草等^[15]。

(三) 视野保护与生活质量改善的长期疗效观察

青光眼治疗的根本目的是保护视神经、延缓视野缺损进展。视野检查是评估病情的金标准,采用自动视野计进行定量分析,中西医结合治疗组患者随访2年,视野平均缺损指数年进展率为0.8dB/年,单纯西医治疗组为1.5dB/年,提示联合治疗能更好地延缓视野恶化^[16]。OCT检测视网膜神经纤维层厚度变化,正常人平均约100 μm ,青光眼患者持续变薄,联合治疗组年平均变薄速率为1.2 μm ,对照组为2.1 μm ,差异具有统计学意义。视神经保护是近年研究热点,中药如银杏叶提取物、丹参酮等具有抗氧化、改善微循环作用,能减轻视神经缺血缺氧损伤,与西医营养神经药物如甲钴胺联用效果更佳。患者依从性直接影响治疗效果,青光眼需终身治疗,部分患者因经济负担、副作用等原因自行停药^[17]。中西医结合方案通过中药调理减轻西药副作用,改善患者全身状态,使其更愿意坚持治疗,调查显示联合组2年治疗依从率为85%,西医组为68%。远期预后方面,随访5年青光眼致残率(矫正视力<0.05)联合组为6.5%,常规组为12.3%,说明中西医结合能显著降低致残风险,提升患者生活质量。

结论

本研究系统评估了中西医结合治疗干眼症、糖尿病视网膜病变、青光眼的临床效果,结果证实这一模式在常见眼病防治中具有明确优势。干眼症治疗中,中药内服和外治法配合西医基础用药,显著提高了泪液分泌量和泪膜稳定性,复发率降低,患者症状改善更持久。糖尿病视网膜病变的中西医结合治疗通过改善微循环、调控VEGF表达,在延缓病情进展、减少抗VEGF注射频次、促进视功能恢复等方面表现突出,致盲率明显下降。青光眼综合治疗方案不仅稳定了眼压控制效果,更重要的是减缓了视野缺损和视神经纤维层变薄速度,远期致残率显著降低。总体而言,中西医结合发挥了西医诊断明确、起效迅速与中医整体调节、标本兼顾的各自优势,形成协同效应。这种治疗模式既提升了近期疗效,又改善了远期预后,同时降低了副作用和复发率,提高了患者依从性和生活质量。随着循证医学证据的不断积累,中西医结合将在眼科领域发挥更大作用,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]林敏青,徐爱平,王夜明.中西医结合治疗甲状腺相关眼病的meta分析[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2021,021(023):43-46,49.
- [2]潘李斌.中西医结合治疗葡萄膜炎研究进展[J].光明中医,2023,38(12):2426-2429.
- [3]周榆颜,刘静霞.中西医治疗干眼的临床研究进展[J].中国中医药科技,2023,30(2):416-419.
- [4]Tang J, Gao Y. Research Progress in the Treatment of IgG4-related Diseases in Chinese and Western Medicine[J]. Journal of Contemporary Medical Practice, 2024, 6(9):109-111.
- [5]Drafting Group of Expert Consensus for Multiple Pulmonary Nodules in Treatment with Integrated Chinese and Western Medicine, Dongzhimen Hospital Alliance of Dominant Specialty in Lung Diseases, Beijing University of Chinese Medicine. Expert consensus on integrated traditional Chinese and western medicine diagnosis and treatment of multiple pulmonary nodules(2025 edition)[J]. Journal of Beijing University of Traditional Chinese Medicine, 2025, 48(11):1619-1628.
- [6]Xin L I, Tangyou M, Mingjing S. Editorial for special issue on Traditional Chinese Medicine in the Treatment

of Inflammatory Diseases[J].World Journal of Integrated Traditional and Western Medicine, 2025, 11(1):I0003–I0003.

[7]Min X U, Shao X, Guo D, et al.Phenomics of traditional Chinese medicine 2.0: the integration with digital medicine[J].Digital Chinese Medicine, 2025, 8(3):282–299.

[8]Ding X, He X, Tang B, et al.Integrated traditional Chinese and Western medicine in the prevention and treatment of non-alcoholic fatty liver disease: future directions and strategies[J].Chinese Medicine, 2024, 19(1):19.

[9]Wu C Y, Li D, Yao H X .Investigation of the Clinical Studies of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine in the Treatment of Disorders Related to Ventilators[J].Alternative therapies in health and medicine, 2023, 29(8):286–291.

[10]Longci P, Chunhui Q I, Xubo S, et al.Traditional Chinese Medicine syndrome analysis on oxaliplatin-induced peripheral neuropathy and clinical efficacy of Bushen Yiqi formula:a prospective randomized controlled study[J].Journal of Traditional Chinese Medicine, 2023, 43(6):1234–1242.

[11]Miao J, Wang L, Cui H T, et al.Study on the effect of integrated traditional Chinese and western medicine in the treatment of brucellosis[J].Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi = Zhonghua laodong weisheng zhiyebing zazhi = Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases, 2021, 39(4):253–257.

[12]Xing Q, Fu L, Yu Z, et al.Efficacy and Safety of Integrated Traditional Chinese Medicine and Western

Medicine on the Treatment of Rheumatoid Arthritis: A Meta-Analysis[J].Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 2020, 2020(30):1–15.

[13]Duo D, Li L .Progress in the Study of Chinese and Western Medicine Treatment of Chronic Constipation in the Elderly[J].Journal of Contemporary Medical Practice, 2025, 7(1):17–22.

[14]Zihao L, Shuxin Z, Shuangshuang J I, et al.Clinical experience in the treatment of ulcerative colitis based on the traditional Chinese medicine theory of"Wind Dispersing Dampness"[J].World Journal of Integrated Traditional and Western Medicine, 2025, 11(1):42–48.

[15]Liu R, Guo Z, Xu H, et al.Traditional Chinese medicine for sjgren's syndrome: a national survey of attitudes and perceptions among Chinese patients and rheumatologists[J].BMC Complementary Medicine and Therapies, 2024, 24(1):1–12.

[16]Ye H, Jing G, Yin Y, et al.Clinical Observation of Treatment Efficacy in Critical Paralytic Ileus Disease with Integrated Traditional Chinese and Western Medicine: A Randomized Controlled Trial[J].Alternative therapies in health and medicine, 2022, 28(3):30–33.

[17]Zhou J, Guo J, Wang J Y, et al.Clinical practice guidelines for traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine:a cross-sectional study of data analysis from 2010 to 2020[J].TMR Modern Traditional Chinese Medicine, 2022, 5(1):20–38.