

辨证外用中药汤剂熏眼熏洗对前葡萄膜炎患者 中医症状积分及最佳矫正视力的影响分析*

成姣阳, 宋森, 杨倩

(保定市第一中心医院眼科, 河北 保定 071000)

摘要: 目的: 探究辨证外用中药汤剂熏眼熏洗法治疗前葡萄膜炎的应用效果。方法: 选取 87 例 108 眼前葡萄膜炎患者为研究对象, 以随机数表法将其分为观察组 (45 例 56 眼) 与对照组 (42 例 52 眼), 对照组单纯采用糖皮质激素治疗, 观察组在上述基础应用上辨证外用中药汤剂熏眼熏洗治疗。分析两组中医证候疗效差异, 比较治疗前及治疗 14d 后, 两组中医症状积分、血浆生化指标 [纤维蛋白原 (FIB)、超敏 C 反应蛋白 (hsCRP)、抗心磷脂抗体-免疫球蛋白 A (ACA-IgG)]、最佳矫正视力 (BCVA)、生活质量 [低视力者生活质量评分量表 (CLVQOL)] 变化, 分析两组患眼症状消退时间及 6 个月复发率差异。结果: 治疗 14d 后, 观察组患者治疗有效率显著高于对照组 ($P<0.05$); 两组患眼瞳神紧小、抱轮红赤、畏光多泪、神水混浊中医症状积分及血浆 FIB、hsCRP、ACA-IgG 水平均较治疗前显著降低, 且观察组明显低于同一时间对照组 ($P<0.05$); 两组患眼 BCVA 水平及 CLVQOL 各项评分均较治疗前有显著提升, 且观察组明显高于同一时间对照组 ($P<0.05$)。观察组患眼症状消退时间及 6 个月复发率均明显少于对照组 ($P<0.05$)。结论: 辨证外用中药汤剂熏眼熏洗法能有效改善前葡萄膜炎患眼临床症状及视力水平, 减轻炎症反应并提高患者生活质量, 有利于加快患者预后康复。

关键词: 中药汤剂; 熏眼熏洗; 前葡萄膜炎; 中医症状积分; 最佳矫正视力

中图分类号: R 773.9 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 01-0171-04

西医临床治疗前葡萄膜炎多推荐以糖皮质激素、睫状肌麻痹剂/散瞳剂与非甾体类抗炎药治疗前葡萄膜炎, 治疗方案不仅缺乏规范性, 患者过早停药后反跳风险极高^[1], 而长期用药患者则由于副作用频发, 诊疗体验欠佳。中医理论多将前葡萄膜炎归为“瞳神紧小”“瞳神干缺”等范畴, 认为机体因感受外邪、体虚劳倦或七情内伤, 先有风湿热邪侵犯肝经, 后又循肝经而上以搅扰黄仁, 故应以清热疏肝之法施治。目前中医药内治法使用经方或中成药治疗前葡萄膜炎的临床应用已较多, 外治法也已受到

眼科临床重视。本研究旨在分析中药熏眼熏洗法辅助西药治疗前葡萄膜炎的临床效果, 取得一定成果, 现作如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 7 月~2020 年 6 月期间, 我院收治的 87 例 108 眼前葡萄膜炎患者为研究对象, 以随机数表法将其分为观察组 (45 例 56 眼) 与对照组 (42 例 52 眼)。(1) 纳入标准: ①临床表现及体征符合前葡萄膜炎相关西医诊断标准^[2]; ②符

* 基金项目: 保定市科技计划项目 (No. 1941ZF238)。第一作者及通讯作者: 成姣阳, 本科, 研究方向: 眼科疾病, E-mail: 361845902@qq.com。

- [4] 中华医学会耳鼻喉科头颈外科分会. 中国慢性鼻窦炎诊断和治疗指南 (2018) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2019, 16 (2): 81-100.
- [5] 程雷, 董震, 孔维佳, 等. 变应性鼻炎诊断和治疗指南 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 51 (1): 6-24.
- [6] 中华中医药学会. 中医耳鼻咽喉常见病诊疗指南 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 17.
- [7] 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: 88-90.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 21-22.
- [9] Fokkens WJ, Lund VI, Mullol J, et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists [J]. Rhinology, 2012, 50 (1): 1-12.
- [10] 王学慧, 梁彬, 顾兴智, 等. 疏风通窍汤内服及冲洗对内窥镜鼻窦手术后术腔黏膜恢复的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2018, 17 (7): 1731-1735.
- [11] 许政敏, 谷庆隆, 刘大波, 等. 通窍鼻炎颗粒治疗儿童鼻炎及鼻-鼻窦炎临床应用专家共识 [J]. 中国实用儿科杂志, 2020, 14 (2): 88-92.
- [12] 李春杰. 鼻窦内窥镜手术联合辨证施药对慢性鼻窦炎临床观察 [J]. 四川中医, 2016, 10 (4): 176-178.
- [13] 马鹏, 冯俊, 彭涛, 等. 疏风解毒胶囊辅助治疗对慢性鼻-鼻窦炎患者血清炎症因子及免疫功能的影响 [J]. 中华中医药杂志, 2020, 35 (1): 483-486.
- [14] 杨娜, 柳荫. 香菊胶囊联合盐酸羟甲唑啉喷雾剂治疗小儿过敏性鼻炎的临床研究 [J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2019, 22 (5): 528-531.

(收稿日期 2022-05-09)

合前葡萄膜炎中医诊断标准^[3]，共有主症包括瞳神紧小、抱轮红赤、畏光多泪、神水混浊及视物模糊，辨证症状如下：肝经风热证：次症包括目珠坠痛、头额疼痛，舌脉象包括舌质红、苔薄白或微黄、脉浮数或弦数；肝胆火炽证：次症包括口舌生疮、口干苦、尿赤黄、大便干结，舌脉象包括舌质红、苔黄而粗糙、脉弦数；风湿夹热证：次症包括瞳神有白膜黏着，关节酸楚、小便不利或短涩灼痛，舌脉象包括苔黄腻、脉滑数；③年龄 ≥ 18 岁；④对药物治疗方案知情同意。（2）排除标准：①诊断为病原体感染导致前葡萄膜炎；②合并自身免疫性疾病、视网膜脱离、青光眼、角膜溃疡、眼底病变或精神疾病；③对研究所用药物有过敏反应；④妊娠期或哺乳期妇女。观察组男性 27 例 34 眼，女性 18 例 22 眼；年龄为 24~69 岁，平均 (43.72 ± 9.36) 岁；病程为 2~16d，平均 (8.13 ± 2.62) d；肝经风热证 19 例，肝胆火炽证 11 例，风湿夹热证 15 例。对照组男性 27 例 33 眼，女性 15 例 19 眼；年龄为 22~68 岁，平均 (43.04 ± 9.45) 岁；病程为 2~14d，平均 (7.85 ± 2.33) d；肝经风热证 21 例，肝胆火炽证 12 例，风湿夹热证 9 例。两组一般临床资料比较结果显示，差异均无统计学意义 $(P>0.05)$ ，具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组患眼采取常规西药方案治疗，给予醋酸泼尼松龙滴眼液（百力特，生产企业：爱尔兰 Allergan 制药公司，规格：50mg/5mL，进口药品注册证号：H20130131）2 滴/次，初始频次 1 次/2h，用药 2d 后减少至 4 次/d，4d 后减少至 2 次/d+硫酸阿托品眼膏（生产企业：上海通用药业股份有限公司，规格：1%，国药准字 H31021160）取适量涂于眼睑内，3 次/d+双氯芬酸钠滴眼液（迪非，生产企业：沈阳兴齐眼药股份有限公司，规格 5mg/5mL，国药准字 H10960176）1 滴/次，5 次/d。观察组在其基础上联合中药熏眼熏洗法进行治疗，基础方选用：菊花 10g、金银花 20g、连翘 5g、防风 5g、夏枯草 10g、青箱子 15g，临证化裁：肝经风热证患者辨证增加柴胡 10g、黄连 5g、荆芥 5g，肝胆火炽证患者辨证增加柴胡 10g、龙胆草 5g，风湿夹热证患者辨证增加黄芩 10g、防己 5g、栀子 5g；采用 DT-88 型眼部熏蒸仪，以纱布将药材包括并置入储药盒，放入 200 生理盐水，气孔喷出蒸汽后靠近患眼，嘱患者将患眼微微睁开，熏蒸治疗 15~20min/次，具体视患者耐受度而定，眼部自觉发热可停止熏蒸，随后取出包裹药材纱布，直接蘸取药液清洗患眼，患者半卧并偏向患侧，尽量延长药液在患眼停留时间，2 次/d。两组均持续治疗 14d 后观察疗效，持续随访 6 个月观察复发情况。

1.3 观察指标

1.3.1 中医证候疗效 参考《中药新药临床研究指导原则》^[4]，对不同证候缓解情况进行评估，根据严重程度每项主症计为 0~6 分，次症计为 0~4 分，分

数与严重程度正相关，有相应舌脉象计为 1 分，无则计为 0 分，将其治疗 14d 后总分相较于治疗前总分变化率进行划分，降低率 $>70\%$ 为显效，降低率 $30\% \sim 70\%$ 为好转，降低率 $<30\%$ 或有增高则为无效，有效率=显效率+好转率。

1.3.2 中医症状积分 于治疗前及治疗 14d 后，选取《中药新药临床研究指导原则》有关前葡萄膜炎相关症状^[4]，对患眼瞳神紧小（0 分：无症状，1 分：瞳神轻度缩小而黄仁纹理不清，2 分：瞳神中度缩小而展缩不灵，3 分：瞳神重度缩小而黄液上冲）、抱轮红赤（0 分：无症状，1 分：角膜周围淡红色，2 分：角膜周围深红色，3 分：白睛完全混赤）、畏光多泪（0 分：无症状，1 分：畏光欲眯眼伴少许流泪，2 分：畏光眯眼伴明显流泪，3 分：畏光难睁眼伴热泪如汤）、神水混浊（0 分：无症状，1 分：神水轻度混浊且视物模糊，2 分：神水中度混浊且目珠坠痛，3 分：神水重度混浊且血灌瞳神）等进行评分。

1.3.3 血浆生化指标检测 于治疗前及治疗 14d 后，清晨采集患者静脉血 5mL 于抗凝管，迅速置于 4000r/min 转速下离心处理 15min，提取上层血浆，分别采用纤维蛋白原（FIB）、超敏 C 反应蛋白（hsCRP）免疫比浊法试剂盒及抗心磷脂抗体-免疫球蛋白 A（ACA-IgG）酶联免疫吸附法试剂盒对上述指标水平进行检测。

1.3.4 最佳矫正视力（BCVA）评估采用小数记录表，以 2.0 为最优视力，以 0.025 为最差视力。

1.3.5 生活质量 借助低视力者生活质量评分量表（CLVQOL）^[5]，分别从远视力-移动-光感（12 个条目）、调节能力（4 个条目）、阅读与精细工作（5 个条目）、日常生活能力（4 个条目）4 个维度共 25 个条目进行评估，每个条目计为 0~5 分，分数越高表示生活质量越好。

1.4 统计学分析 数据资料均录入统计学软件 SPSS 19.0 进行处理，分类变量以例数表示，组间比较采用 Pearson 卡方检验；连续变量先实施方差齐性与正态性检验，均证实具备方差齐性且近似服从正态分布，因此以平均值 $\pm$ 标准差表示，两组不同时间点比较行配对 t 检验，组间同一时间比较则采用独立样本 t 检验；上述双侧检验均以 $\alpha=0.05$ 为水准， $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 中医证候疗效比较 治疗 14d 后，观察组患者治疗有效率显著高于对照组 $(P<0.05)$ ，见表 1。

表 1 两组患者中医证候疗效比较 $[n(\%)]$

组别	<i>n</i>	显效	好转	无效	有效率(%)
观察组	45	37(82.22)	7(15.56)	1(2.22)	97.78 ^①
对照组	42	24(57.14)	10(23.81)	8(19.05)	80.95

注：与对照组比较，^① $P<0.05$

2.2 中医症状积分比较 治疗 14d 后, 两组患眼瞳神紧小、抱轮红赤、畏光多泪、神水混浊中医症状

积分均较治疗前显著降低, 且观察组明显低于同一时间对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组患眼中医症状积分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	时间	眼数	瞳神紧小	抱轮红赤	畏光多泪	神水混浊
观察组	治疗前	56	2.14±0.51	2.25±0.40	1.96±0.57	1.87±0.46
	治疗 14d 后	56	1.22±0.35 ^{①②}	1.08±0.31 ^{①②}	0.94±0.30 ^{①②}	0.79±0.24 ^{①②}
对照组	治疗前	52	2.19±0.52	2.21±0.42	1.93±0.55	1.83±0.45
	治疗 14d 后	52	1.43±0.41 ^②	1.26±0.35 ^②	1.12±0.29 ^②	0.96±0.29 ^②

注: 与对照组比较, ^① $P<0.05$; 与治疗前比较, ^② $P<0.05$

2.3 血浆生化指标比较 治疗 14d 后, 两组患者血浆 FIB、hsCRP、ACA-IgG 水平均较治疗前显著降低, 且观察组明显低于同一时间对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者血浆 FIB、hsCRP、ACA-IgG 水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	n	FIB(g/L)	hsCRP(mg/L)	ACA-IgG(U/mL)
观察组	治疗前	45	4.48±1.25	10.48±3.74	0.60±0.17
	治疗 14d 后	45	3.66±0.74 ^{①②}	6.09±1.56 ^{①②}	0.39±0.10 ^{①②}
对照组	治疗前	42	4.59±1.28	10.86±3.25	0.58±0.15
	治疗 14d 后	42	4.02±0.78 ^②	7.22±1.85 ^②	0.44±0.12 ^②

注: 与对照组比较, ^① $P<0.05$; 与治疗前比较, ^② $P<0.05$

2.4 BCVA 比较 治疗 14d 后, 两组患眼 BCVA 水平均较治疗前显著提升, 且观察组明显高于同一时

间对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 两组患眼 BCVA 测试结果比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	眼数	BCVA
观察组	治疗前	56	0.45±0.14
	治疗 14d 后	56	0.83±0.26 ^{①②}
对照组	治疗前	52	0.43±0.14
	治疗 14d 后	52	0.67±0.21 ^②

注: 与对照组比较, ^① $P<0.05$; 与治疗前比较, ^② $P<0.05$

2.5 生活质量比较 治疗 14d 后, 两组患者 CLVQOL 各项评分均较治疗前有显著提升, 且观察组明显高于同一时间对照组 ($P<0.05$), 见表 5。

表 5 两组患者 CLVQOL 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	时间	n	远视力-移动-光感	调节能力	阅读与精细工作	日常生活能力
观察组	治疗前	45	32.47±6.85	11.35±2.61	12.48±3.75	9.52±2.39
	治疗 14d 后	45	47.90±9.75 ^{①②}	16.52±2.94 ^{①②}	18.05±3.93 ^{①②}	15.83±3.04 ^{①②}
对照组	治疗前	42	34.08±6.91	11.47±2.38	11.90±3.58	9.10±2.47
	治疗 14d 后	42	41.62±9.27 ^②	15.09±3.26 ^②	15.37±4.14 ^②	14.17±3.31 ^②

注: 与对照组比较, ^① $P<0.05$; 与治疗前比较, ^② $P<0.05$

2.6 症状消退及复发情况比较 观察组患眼症状消退时间为 (10.31±3.27) d, 明显短于对照组的 (12.55±4.41) d ($t=3.013$, $P=0.003$)。治疗后 6 个月内, 观察组患眼均未见复发, 复发率明显低于对照组的 11.54% (6/52) ($\chi^2=4.819$, $P=0.028$)。

3 讨论

元代眼科著作《原机启微》中言前葡萄膜炎为“神水紧小, 渐小而又小, 积渐之至, 竟如菜子许……若瞳神失去正圆, 边缘参差不齐, 如虫蚀样, 则称瞳神干缺。”表明我国传统医学已在数百年前形成对前葡萄膜炎表现的观察与认识体系^[6]。后世医家在诊治经验中则总结出, 肝主风木而开窍于目, 风气通于肝, 故而肝脏易招致风邪侵袭, 风性善行数变, 因而瞳神紧小起病较急, 病位在肝, 更能协同湿邪、热邪相兼为病^[7]; 又有七情内伤、体虚劳倦, 肝失疏泄, 火气旺盛而克脾土, 脾失健运, 水湿运化失司而酿生湿邪, 郁化为热上蒸于目, 灼伤神水而发病, 加之脏腑功能失调, 黄仁失去濡养, 故

“目自调而水亦随涸”^[8], 应以疏风清热、清泻肝胆、燥湿利水之则论治。本研究所用方药中, 菊花性微寒味甘苦, 可清肝明目, 疏风散热; 金银花性寒味甘, 可清热消炎, 解毒退肿; 连翘性凉味苦, 可清热消肿, 解毒散结; 防风性微温味甘辛, 可祛风解表, 健脾胜湿; 夏枯草性寒味辛苦, 可泻火明目, 清肝消肿; 青箱子性微寒味苦, 可平肝明目, 清窍退翳; 基础方兼顾清热、祛风、燥湿、平肝、消肿之效, 辨证增加柴胡、黄连、荆芥能强化清热燥湿、疏肝解表之功, 辨证增加柴胡、龙胆草, 则强调泻肝胆之火、渗肝脾之湿, 辨证增加黄芩、防己、栀子, 能清热祛风、泻火利湿之功, 局部外用配伍无需考虑攻补兼施, 用药更为贴合病情, 是针对不同证型前葡萄膜炎之良方。本研究结果显示, 两组患眼治疗后瞳神紧小、抱轮红赤、畏光多泪、神水混浊中医症状积分均明显减少, 而 BCVA 水平则明显增大, 其中观察组改善趋势较对照组更为显著, 中医证候疗效有效率更高, 提示中药熏眼熏洗疗法能

有效持续促进前葡萄膜炎患眼临床症状改观,并恢复其整体视功能,治疗操作简便容易开展,可作为辅助治疗前葡萄膜炎的常用措施。

相关研究指出,FIB与hsCRP均属于急性时相蛋白,可激活初级补体活化途径,增加血管通透性与血液粘滞性,可促进炎症进展,灵敏反映病情严重程度;而ACA-IgG作为致病性自身抗体,可破坏视网膜内外屏障,外周抗原流经葡萄膜时引发致敏反应,导致前葡萄膜炎加重^[9]。本研究结果发现,观察组患者血浆FIB、hsCRP、ACA-IgG水平下降幅度明显大于对照组,这表明辨证外用中药汤剂熏眼熏洗法药材有效成分进入患眼后良好抑制其病情活动,在治疗前葡萄膜炎时可有效消除炎症反应与异常免疫反应。现代药理学研究表明,青葙总皂苷能有效改善新西兰白兔虹膜与睫状体抗氧化能力,并促进晶状体浑浊程度减轻;夏枯草提取物则能明显上调模型小鼠抗炎因子表达,下调致炎因子表达,具有显著免疫调节作用;连翘的甲醇提取物与正己烷可溶物均可有效阻碍局部肉芽肿炎症模型增生进展,其中多酚类化合物与连翘苷也聚能抑制炎症介质释放;金银花提取物对局部急性炎症抑制效果与地塞米松相当,可有效减少小鼠外周血汇总前列腺素、组胺与丙二醛含量;菊花多糖及绿原酸可有效减少大鼠淋巴细胞表达肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、干扰素- γ (INF- γ) 水平,将细胞免疫抑制在可控水平^[10];因此上述药物中活性成分均可对前葡萄膜炎患眼免疫调节及炎症抑制产生积极作用。

局部糖皮质激素治疗前葡萄膜炎已有较长历史,由于给药后起效较快,且临床症状缓解效果确切,已成为多数西医推崇的首选药物,目前临床治疗前葡萄膜炎常用的激素剂型主要包括醋酸泼尼松龙滴眼液与妥布霉素地塞米松滴眼液^[11],避免全身用药已将药物不良反应控制在较轻水平,而以醋酸滴眼液在眼内结构的穿透性远强于磷酸溶液或混悬液,因此可获得与结膜下注射相似的局部药物浓度,加之代替结膜下注射则能规避侵入性操作,确保患者治疗依从性与疗法安全性。但已有研究表明,激素滥用与依赖是导致前葡萄膜炎病情迁延或复发的主要原因,长期激素应用安全性令人堪忧,全身并发症频发且原发病情可能愈发顽固^[12],患者生活质量受到负面影响,冲击治疗后如何合理减少剂量已成为当前眼科临床亟待解决的重要课题。本研究中,观察组症状消退时间明显短于对照组,CLVQOL评分提升幅度明显大于对照组,而6个月复发率则明显低于对照组,这表明在泼尼松龙局部应用基础上实施中药熏眼熏洗治疗,可有效加快前葡萄膜炎患眼体征缓解,并增强疗效持续性,以减少近期复发,改善患者生活质量。有关学者提出,熏眼熏洗法是在眼部贴敷热疗基础上发展而来,能通过热刺激增

进局部血液循环,加快炎性渗出物转移、吸收,并提高吞噬细胞活性,增强免疫介质代谢,局部营养输送效率增加,痛阈随之提升,患者治疗依从性得以保障;也能促进药液成分渗透进入病变部位,药物吸收与代谢加快,因此起效更快,治疗更彻底^[13]。

综上所述,常规西药联合以中药熏眼熏洗能加快改善前葡萄膜炎患眼临床症状与体征,并促进视力恢复,将近期复发风险控制在较低水平,对改善患者生活质量大有裨益。

参考文献

- [1] McMullen RJ, Fischer BM. Medical and Surgical Management of Equine Recurrent Uveitis [J]. Vet Clin North Am Equine Pract, 2017, 33 (3): 465-481.
- [2] Espinosa G, Muñoz-Fernández S, García Ruiz de Morales JM, et al. Document of treatment recommendations for non-infectious anterior uveitis [J]. Med Clin (Barc), 2017, 149 (12): 552. e1-552. e12.
- [3] 国家中医药管理局. 瞳神紧小的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94) [J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19 (07): 31.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002. 305-308.
- [5] 邹海东, 张哲, 许迅, 等. 低视力者生活质量量表中文版的研制和信度与效度考评 [J]. 中华眼科杂志, 2005, 41 (3): 246-251.
- [6] 陈辉, 曹丰, 李广明. 增强MRI检测Gd-DTPA经静脉注射后在兔眼内的渗透性及分布 [J]. 西部医学, 2017, 29 (02): 269-272.
- [7] Zhao C, Zhang M. Immunosuppressive Treatment of Non-infectious Uveitis: History and Current Choices [J]. Chin Med Sci J, 2017, 32 (1): 48-61.
- [8] Chen SC, Sheu SJ. Recent advances in managing and understanding uveitis [J]. F1000Res, 2017, 6 (16): 280.
- [9] Zhao J, Chen W, Huang X, et al. Serum Th1 and Th17 related cytokines and autoantibodies in patients with Posner-Schlossman syndrome [J]. PLoS One, 2017, 12 (4): e0175519.
- [10] Yang L; Aobulikasimu · Nuerbiye, Cheng P, et al. Analysis of Floral Volatile Components and Antioxidant Activity of Different Varieties of Chrysanthemum morifolium [J]. Molecules, 2017, 22 (10): E1790-E1790.
- [11] 唐娜, 姜小涵, 赵颖熙, 等. 急性前葡萄膜炎中医体质与生存质量的相关性 [J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志, 2020, 22 (12): 934-939.
- [12] 荣立洋, 郭大东, 李佳, 等. 葡萄膜炎中医病因病机分析与中西医结合治疗研究 [J]. 中医药导报, 2017, 23 (04): 75-77.
- [13] 李艳, 梁海英, 张荣, 等. 中西医结合治疗前部葡萄膜炎的疗效观察及其对C-反应蛋白的影响 [J]. 四川中医, 2016, 34 (8): 207-208.

(收稿日期 2021-06-09)