

杞菊地黄汤内服联合超声雾化治疗肝肾阴虚型干眼症临床观察

杨雪艳, 何锦贤, 梁先军, 曾胜

佛山市中医院眼科, 广东 佛山 528000

[摘要] 目的: 评价杞菊地黄汤内服联合超声雾化治疗肝肾阴虚型干眼症的临床疗效。方法: 将 60 例 (120 眼) 患者随机分为治疗组和对照组各 30 例, 2 组均以新泪然滴眼液局部滴眼, 治疗组同时给予杞菊地黄汤内服联合超声雾化治疗, 疗程均为 4 周。观察眼局部症状、泪膜破裂时间 (BUT)、基础泪液分泌试验 (SIT) 及角膜荧光素染色 (FL) 情况。结果: 治疗后总有效率治疗组为 95.00%, 对照组为 83.33%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组症状总积分均较治疗前明显下降 ($P < 0.05$), 治疗组积分下降较对照组更显著 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组患者白睛红赤、眼干涩、眼疲劳、异物感症状积分下降较对照组更显著 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组 SIT、BUT 及 FL 积分均较治疗前改善 ($P < 0.05$), 且上述指标改善较对照组更显著 ($P < 0.05$); 对照组仅 SIT 指标较治疗前改善明显 ($P < 0.05$)。结论: 新泪然滴眼液联合杞菊地黄汤内服、超声雾化治疗肝肾阴虚型干眼症临床疗效显著。

[关键词] 干眼症; 肝肾阴虚; 中西医疗法; 杞菊地黄汤加味; 超声雾化

[中图分类号] R777.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0216-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.096

干眼症是指由于泪液质和量的异常或泪液流体力学异常引起的泪膜不稳定和眼表损害, 从而导致眼部不适症状的一类疾病^[1]。干眼症可发生于任何年龄阶段^[2], 随着年龄的增长, 患病率呈上升趋势。在我国, 近年来随着环境污染的加重及电脑的普及使用, 干眼症的发病率不断增加, 已成为一种常见性疾病^[3]。目前, 对干眼症患者的常用治疗方法只能暂时缓解症状, 不能从根本上解决问题。笔者临床应用杞菊地黄汤内服联合超声雾化治疗肝肾阴虚型干眼症, 取得较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均来源于 2013 年 6—10 月在本院眼科门诊就诊并确诊为干眼的患者 60 例 (120 眼)。男 21 例, 女 39 例; 平均年龄 (45.2 ± 10.3) 岁。所有患者随机分成治疗组与对照组各 30 例 (60 眼), 2 组患者年龄、患病时间及性别构成等比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《干眼的诊断》^[4]及《眼表疾病学》^[5]中相关诊断标准制定: ①主观症状: 具有以下前 5 项中 1 项或 1 项以上阳性, 即干涩感、异物感、视疲劳、烧灼感、畏光、疼痛、流泪、眼红、视物模糊; ②泪膜不稳定: 泪膜破裂时间 (BUT) ≤ 10 s 为异常; ③泪液分泌减少: 泪液分泌试验 (SIT) ≤ 10 mm/5 min 为异常; ④角膜荧光素染色 (FL): 阳性。排除其他原因的同时, 具有 ① + ② + ③ 项, 即可作出水样液缺乏性干眼症诊断。

1.3 中医辨证标准 根据《中医眼科学》^[6]中白涩症肝肾阴虚型标准: 眼部干涩不爽, 双目频眨、羞明畏光、白睛隐淡红, 久视后则诸症加重, 黑睛可有细点星翳, 可伴口干少津、腰膝酸软、头晕耳鸣、夜寐多梦, 舌红、苔薄, 脉细。

1.4 纳入标准 ①符合西医诊断标准; ②符合肝肾阴虚型干眼中医辨证标准; ③年龄 18~72 岁; ④签署知情同意书。

1.5 排除标准 ①患有睑缘炎、瞬目异常、睑板腺功能障碍等蒸发过强性干眼症患者; ②有其他影响泪液分泌的全身性疾病者, 如干燥综合征、甲状腺功能亢进、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎等; ③泪小点栓塞、睑缘缝合或泪小管封闭者; ④ 3 月内有活动性眼部炎症、外伤及眼部手术史者; ⑤长期应用与治疗本病有关的中、西药物, 且停用未滿 2 周者; ⑥合并心、肝、肾和血液系统等方面的原发性疾病; ⑦妊娠期或哺乳期妇女; ⑧对本研究所用中药过敏者。

2 治疗方法

2.1 对照组 用新泪然滴眼液 (美国 Alcon 公司) 点眼, 每次 1~2 滴, 每天 4 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上应用杞菊地黄汤内服联合超声雾化治疗。处方: 熟地黄、枸杞子、菊花各 15 g, 山茱萸、山药各 10 g, 泽泻、牡丹皮、茯苓各 8 g。每天 1 剂, 水煎服至 100 mL, 内服 80 mL。雾化方法: 取剩余药液 20 mL, 过滤, 放入粤华 WH-802 超声雾化器 (广东粤华医疗器械厂) 内, 病人坐位, 手持螺纹管末端, 超声雾化口对准患

[收稿日期] 2014-12-13

[基金项目] 佛山市卫生局医学科研课题立项项目 (2014133)

[作者简介] 杨雪艳 (1978-), 女, 主治中医师, 研究方向: 眼表疾病、眼底病。

眼距离 5~10 cm,雾化双眼,每天1次,每次10 min。

2组均以7天为1疗程,4疗程后进行疗效评价。

3 观察项目与统计学方法

3.1 主观症状 包括干涩感、异物感、视疲劳、畏光、烧灼感、眼痛感、流泪、眼红。以症状的无、轻(偶然)、中(经常)、重(持续)程度分别记为0、1、2、3分。

3.2 中医证候 肝肾阴虚型干眼中医症状分级量化标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]拟定。眼干涩,0分(无),2分(偶有干涩),4分(常有干涩不爽),6分(一直干涩难忍);白睛红赤,0分(无),1分(白睛微红),2分(白睛红赤),3分(白睛赤肿);畏光,0分(无),1分(畏光欲眯眼),2分(畏光眯眼),3分(畏光不敢睁眼);视物疲劳,0分(无),1分(视物易疲劳),2分(视物时间明显缩短),3分(眼睑时欲垂闭,不能视物);异物感,0分(无),1分(轻微异物感),2分(中度异物感),3分(重度异物感);口干,0分(无),1分(口微干),2分(口干饮水),3分(口渴思饮)。

3.3 客观指标 治疗前后检测 BUT、SIT 值,并统计 FL 积分:无染色为0分;有染色则将角膜分为4个象限,每个象限0~3分,共0~12分。

3.4 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计软件进行统计分析,计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治愈:症状消失,角膜染色消退,SIT 多次测定大于 10 mm/5 min 或 BUT 大于 10 s;好转:症状减轻,角膜染色减少,SIT 多次测定泪液分泌量有所增加或 BUT 时间有所提高;未愈:症状未改善,角膜染色无变化或增多,SIT 多次测定泪液分泌未增加或 BUT 未提高。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后总有效率治疗组为95.00%,对照组为83.33%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	眼数	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
对照组	60	18	32	10	83.33
治疗组	60	22	35	3	95.00 ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后症状积分比较 见表2。治疗后2组症状积分均较治疗前明显下降($P < 0.05$),治疗积分下降较对照组更显著($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
对照组	30	9.43 ± 1.62	7.73 ± 1.28 ^①
治疗组	30	9.54 ± 1.17	6.75 ± 1.32 ^{①②}

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.4 2组治疗后中医证候积分比较 见表3。治疗后治疗组患者白睛红赤、眼干涩、眼疲劳、异物感症状积分下降较对照组更显著($P < 0.05$)。

表3 2组治疗后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	白睛红赤	眼干涩	畏光	眼疲劳	口干	异物感
治疗组	30	0.45 ± 0.53 ^①	2.11 ± 1.45 ^①	0.79 ± 0.74	1.13 ± 0.72 ^①	0.59 ± 0.81	0.81 ± 0.73 ^①
对照组	30	0.16 ± 0.38	1.23 ± 1.14	0.61 ± 0.57	0.59 ± 0.51	0.57 ± 0.70	0.47 ± 0.52

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.5 2组治疗前后 SIT、BUT 及 FL 积分变化 见表4。治疗后治疗组 SIT、BUT 及 FL 积分均较治疗前改善($P < 0.05$),且各项指标改善较对照组更显著($P < 0.05$)。对照组仅 SIT 指标较治疗前明显改善($P < 0.05$)。

表4 2组治疗前后 SIT、BUT 及 FL 积分变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	眼数	SIT(ml/5min)		BUT(s)		FL(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	3.73 ± 1.34	6.11 ± 2.65 ^①	4.13 ± 2.07	5.66 ± 3.16	7.67 ± 1.44	6.24 ± 3.31
治疗组	60	3.79 ± 1.42	7.68 ± 2.49 ^{①②}	4.05 ± 1.32	7.74 ± 2.59 ^{①②}	7.73 ± 1.62	4.30 ± 3.52 ^{①②}

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.6 不良反应 2组用药后未发现眼部不适感及全身不适反应。

5 讨论

近年来,干眼症在临床上发病率越来越高,本病可造成患者眼表的损害,降低患者的生活质量。根据干眼症的分型不同,治疗方法不同,目前,局部使用不同功能的人工泪液滴眼是干眼症的最常用的治疗方法,作为一种模仿人体泪液的人工泪液,能够对眼睛起到保护作用,缓解眼部干涩、异物感等不适症状。但是人工泪液只能暂时缓解症状,不能从根本上解决泪液分泌不足及蒸发过强问题,同时尽管人工液中的防腐剂浓度很低,但如长期作用眼表,可能引起严重的医源性后果使眼表病情恶化^[8]。此外,自体颌下腺移植、泪小点栓塞、眼睑缝合等方法治疗本病疗效有限。因此寻找既有益于改善泪液缺乏,稳定泪膜,且副作用又小的干眼症治疗的方法,是目前需要解决的问题。

干眼症属中医学白涩症范畴。中医学认为,“肝开窍于目”,“五脏化液”肝为泪,泪液濡润则目明;若肝肾阴虚,肝之阴液不足,目失濡润,则发为本病。杞菊地黄汤为主治肝肾阴虚而致的两眼昏花、视物不明或眼睛干涩等症的常用方药。方中熟地黄滋养肾阴;山茱萸补肝肾,敛精气;山药健脾养肺、肾益化源;泽泻清泻肾火,并制熟地黄之腻;牡丹皮泻肝肾虚火;茯苓去湿;菊花质轻柔,气清香,可疏散风热,平肝明目;枸杞补益肝肾。诸药相伍,共奏滋养肝肾、清肝明目之效。有研究表明,杞菊地黄汤能稳定增加泪膜的稳定性,减

少角膜上皮异常性的作用^[9]。

中药超声雾化作为一种特色治疗手段,普遍应用与各类眼表疾病。本研究中,笔者通过超声雾化的方式将杞菊地黄汤雾化成微小微粒,使药物均匀分布在眼表,既使药物作用充分发挥,又能促进眼局部血液循环,使眼部气血流畅,可增加反射性泪液分泌;从而达到保护、营养角结膜、促进组织修复、缩短病程的作用。而且中药雾化刺激性小,患者接受程度高。因此随着治疗时间的延长,杞菊地黄汤内服联合超声雾化进一步改善泪腺功能,促进泪液分泌,稳定泪膜,改善泪液缺乏,缓解干眼的症状。

通过临床观察,本研究结果证实,杞菊地黄汤内服联合超声雾化、人工泪液治疗干眼症临床效果明显,整体疗效优于单用人工泪液。其具体作用机制还有待于扩大样本量,进一步观察和研究。

[参考文献]

- [1] 姜永杰,姜永梅.干眼症的病因与治疗研究进展[J].中国实用眼科杂志,2012,30(3):240-243.
- [2] Wilson SE. Inflammation: a unifying theory for the origin of

dryeye syndrome [J]. Manag Care, 2003, 12(12 Suppl): 14-19.

- [3] 欧阳忠,梁燕,邓勇峥,等.干眼相关因素 logistic 回归分析[J].国际眼科杂志,2010,10(2):277-279.
- [4] 刘祖国.干眼的诊断[J].中华眼科杂志,2002,38(5):318-320.
- [5] 刘祖国.眼表疾病学[M].北京:人民卫生出版社,2003:286-308.
- [6] 曾庆华.中医眼科学[M].北京:中国中医药出版社,2003:148-149,26-29.
- [7] 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,2002:313-320,389,308.
- [8] 王育文,袁建树,金亚明,等.维生素 A 雾化治疗干眼的临床观察[J].浙江临床医学,2008,2(10):196.
- [9] Chang YH, Lin H, Li WC. Chinal evaluation of the traditional Chinese prescription Qi-Ju-Di-Huang-Wan For dry eye [J]. Phytother Res, 2005, 19(4): 349.

(责任编辑:冯天保)

液氮冷冻联合中药治疗跖疣热瘀互结证 42 例疗效观察

姚文娟¹, 廖列辉²

1. 增城市中医院, 广东 增城 511300; 2. 广东省中医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的:观察液氮冷冻联合中药口服治疗热瘀互结型跖疣的临床疗效。方法:将 84 例患者随机分成 2 组各 42 例,对照组采用单纯液氮冷冻治疗,治疗组采用液氮冷冻联合祛疣方口服治疗,2 周为 1 疗程,观察 8 周,疗程结束后随访 6 月。结果:痊愈率、总有效率治疗组分别为 66.7%、83.3%,对照组分别为 38.1%、61.9%,2 组比较,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。复发率治疗组为 7.1%,对照组为 43.8%,2 组比较,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:中西医结合治疗热瘀互结型跖疣可提高临床疗效,减少复发率。

[关键词] 跖疣;热瘀互结;中西医结合疗法;祛疣方;液氮冷冻

[中图分类号] R752.5'4

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2015) 07-0218-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.097

跖疣是人类乳头瘤病毒(HPV)感染所引起,发生于足底的寻常疣^[1]。目前临床上跖疣治疗方法包括冷冻、激光、电灼、微波、光动力、中药等,均有一定疗效,但存在复发率高问题。笔者临床上采用液氮冷冻联合祛疣方治疗热瘀互结型跖

疣,收到较好疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例全部来自增城市中医院和广东省中医院皮肤科门诊患者共 84 例,年龄 16~62 岁,男 46 例,女

[收稿日期] 2014-11-19

[作者简介] 姚文娟 (1972-),女,主治中医师,研究方向:皮肤病学。