

5 讨论

口腔溃疡是口腔科较为常见的一种口腔黏膜损害,中医学又称口疮,发病部位多在嘴唇黏膜、舌头边缘黏膜及颊部黏膜等处。其发病原因较多,如手术、放疗、化疗、感冒、消化不良、免疫力低下、精神持续性紧张等都会引发口腔溃疡^[1]。因为口腔会有烧灼疼痛和刺激性疼痛,所以该病患者临床表现多为厌食、流涎、说话不清等。

口腔溃疡具有顽固性和反复发作性,可影响患者的正常生活。对于该病的治疗,目前临床上没有统一的治疗方法,多用药物维持治疗,雷尼替丁和双黄连口服液是较为常用的药物^[2]。本研究对联合组患者行 2 种药物联合应用的治疗方法,从研究结果来看,和仅给予盐酸雷尼替丁胶囊治疗的对照组比较,联合组总有效率为 93.75%,优于对照组的 79.17%,差异具有显著性意义($P < 0.05$),提示双黄连口服液联合盐酸雷尼替丁胶囊治疗口腔溃疡具有更加优越的疗效。

双黄连口服液是由金银花、黄芩、连翘等精炼而成,金银花可清热解毒、驱邪散风;黄芩具有清热燥湿、凉血解毒等功效;连翘可清热解毒,消肿散结。故对于口腔溃疡,双黄连口服液可解热抗菌、消炎止痛,保护口腔溃疡创面,预防黏膜感染,促进溃疡面的恢复。盐酸雷尼替丁胶囊是选择性 H_2 受体

拮抗剂,可通过竞争性拮抗组胺,控制细胞炎性因子的释放,抑制变态反应^[4]。笔者认为 2 种药物共同应用,可实现中西医结合的优势,标本兼治,相互促进,增强患者的细胞免疫力,保护口腔黏膜。且直接给药的方式直达病处,更加增强了药效。另外,本研究还提示,2 种药物共同作用无显著副作用,用药安全性较高,且 2 种药物均经济实惠,用药方便。

综上所述,双黄连口服液联合盐酸雷尼替丁胶囊治疗口腔溃疡,能够有效提高临床疗效,且用药方便安全,符合病情的患者可优先使用该疗法治疗。

[参考文献]

- [1] 刘光丽. 双黄连口服液联合雷尼替丁治疗口腔溃疡 55 例[J]. 中医药导报, 2013, 19(4): 105-106.
- [2] 蔡向平, 丁楠. 双黄连口服液与雷尼替丁治疗口腔溃疡的临床观察[J]. 中国医药指南, 2013, 11(24): 284-285.
- [3] 李清. 双黄连口服液与雷尼替丁治疗口腔溃疡临床观察[J]. 中外医学研究, 2012, 10(36): 130.
- [4] 王爱云, 王志刚. 双黄连口服液与雷尼替丁治疗口腔溃疡临床观察[J]. 当代医学, 2011, 17(3): 148-149.

(责任编辑:刘淑婷,吴凌)

中西医结合治疗睑板腺功能障碍临床观察

沈国红

德清县人民医院眼科,浙江 德清 313200

[摘要] 目的:观察中西医结合治疗睑板腺功能障碍的临床疗效。方法:将 98 例患者随机分为观察组 50 例和对照组 48 例,2 组均给予眼睑清泪热敷、睑板腺按摩、妥布霉素地塞米松眼膏涂眼、玻璃酸钠滴眼液滴眼,观察组在此基础上加用中药熏洗治疗。均以 2 周为 1 疗程,连续治疗 2 疗程。结果:总有效率观察组为 94.0%,对照组为 72.9%,2 组比较,差异有显著性意义 ($P < 0.05$);2 组患者治疗后泪膜破裂时间、泪液分泌试验比较,观察组改善优于对照组,差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论:中西医结合治疗睑板腺功能障碍具有显著临床效果。

[关键词] 睑板腺功能障碍;中西医结合疗法;中药熏洗

[中图分类号] R777.1+3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 06-0122-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.059

睑板腺功能障碍是一种慢性、弥漫性睑板腺异常,通常以睑板腺终末导管的阻塞和(或)睑板腺分泌物质或量的改变为特征,常引起泪膜异常、眼部刺激症状、可导致眼表炎症及损伤^[1]。本科采用中西医结合治疗睑板腺功能障碍 50 例,取

得了良好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

观察病例均为 2012 年 5 月~2013 年 9 月来本院眼科就诊患者 98 例,均符合《眼表疾病学》^[2]中睑板腺功能障碍的

[收稿日期] 2013-12-16

[作者简介] 沈国红 (1977-),女,主治医师,主要从事眼科临床工作。

诊断标准,随机分为2组。观察组50例,男22例,女28例;年龄(40.25±16.82)岁。对照组48例,男19例,女29例;年龄(41.75±15.64)岁。2组患者在性别、年龄等方面比较,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 患眼行眼睑清洁热敷、睑板腺按摩。热敷及按摩方法:眼睑部热毛巾敷(40~50℃左右)10 min,然后用食指和拇指分别卡住内外眦部睑板向中央挤压按摩,连续5 min,每天2次。妥布霉素地塞米松眼膏(美国爱尔康公司),每天1次,睡前用。0.1%玻璃酸钠滴眼液(日本参天公司),每天4次。

2.2 观察组 在对照组的基础上加用中药熏洗。药物组成:黄芩、黄连、黄柏、土茯苓、苦参、白鲜皮、荆芥各10 g,野菊花、蒲公英各15 g,连翘6 g。上药加水浓煎取汁250 mL备用,每次取20 mL,将药液置于中药熏洗仪中,温度控制在40℃左右,喷雾口正对患眼距离20 cm左右,每次20 min,每天1次。

2周为1疗程,均连续治疗2疗程。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 ①泪膜破裂时间(BUT):荧光素染色后在裂隙灯下嘱患者闭眼,从睁眼开始计时到出现第一个破裂斑止为泪膜的破裂时间,测3次取平均值,正常值 >10 s。②泪液分泌试验(SIt试验):在无表面麻醉下测试,将滤纸条置于患眼下结膜囊内,记录5 min后浸湿长度。 ≤ 5 mm/5 min为泪液分泌不足, >5 mm/5 min且 <10 mm/5 min为泪液分泌减少, ≥ 10 mm/5 min为正常。

3.2 统计学方法 所有数据使用SPSS16.0进行统计分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料率比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]拟定。治愈:临床症状消失,SIt >10 mm/5 min,BUT >10 s;好转:临床症状减轻,SIt较治疗前延长2 mm/5 min以上,BUT较前延长2 s以上;无效:临床症状无改善。

4.2 2组治疗前后BUT、SIt比较 见表1。2组患者治疗前BUT、SIt比较,差异均无显著性意义($P>0.05$)。经治疗后2组BUT、SIt与同组治疗前及组间比较,差异均有显著性意义($P<0.05$)。

4.3 2组临床疗效比较 见表2。总有效率观察组为94.0%,对照组为72.9%,2组比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。

5 讨论

睑板腺功能障碍属于中医学睑弦赤烂、风弦赤烂等范畴。其病因多由脾胃湿热内蕴,复受风邪,风湿热邪搏结于睑弦所致;或因心火内盛,外受风邪,引动心火,风火上攻,灼烧睑眦而成^[4]。本病常为双眼发病,病程长,病情顽固,缠绵难

表1 2组治疗前后BUT、SIt比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	BUT(s)	SIt(mm/5 min)
对照组	48	治疗前	3.84±1.82	4.48±0.71
		治疗后	7.31±1.42	7.02±1.72
观察组	50	治疗前	3.88±1.78	4.37±0.66
		治疗后	10.88±1.36	10.82±1.64

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

表2 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
对照组	48	12(25.0)	23(47.9)	13(27.1)	72.9
观察组	50	18(36.0)	29(58.0)	3(6.0)	94.0

与对照组比较,① $P<0.05$

愈。目前现代医学治疗主要以睑板腺局部的物理疗法、人工泪液等为主,然而疗效不稳定。

近年来,本科室对睑板腺功能障碍患者采取中药熏洗治疗,取得了一定临床疗效。眼睑热敷及睑板腺按摩是利用升高温度和增加压力,使睑板腺内积存的异常脂质溶解及排出。所用妥布霉素地塞米松眼膏含有糖皮质激素类,可以抑制炎症因子和趋化因子产生,具有抗炎、抗免疫的作用,能明显减轻炎症反应。玻璃酸钠滴眼液改善泪膜的涂布不均,减少患者因干眼造成的不适。配合熏洗,中药方中黄芩、黄连、黄柏、土茯苓、苦参清热燥湿;野菊花、蒲公英、连翘清热解毒;白鲜皮、荆芥、苦参祛风止痒。中药熏洗,可使药液直接作用于眼表,使药力直达患处,同时借助药液的热作用促进眼睑局部的血液循环,增加药物渗透能力,从而充分发挥药效,使眼部气机流畅,疏邪导滞,达到祛风除湿、清热解毒的作用。中药熏洗液以雾化的形式喷出,对眼睛的刺激性小,患者无明显的刺激症状。本观察结果显示,中药熏洗观察组总有效率明显优于对照组,差异有显著性意义($P<0.05$);且患者临床体征BUT、SIt改善也优于对照组($P<0.05$),提示中药熏洗治疗睑板腺功能障碍安全有效,值得临床进一步观察应用。

[参考文献]

- 田青青,曹岐新. 中西医结合治疗睑板腺功能障碍32例[J]. 浙江中医杂志, 2012, 47(8): 597.
- 刘祖国. 眼表疾病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003: 286-308.
- 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994: 96.
- 王砚颖,姚小萍,庄晋峰,等. 中药熏蒸法联合眼部按摩治疗睑缘炎的临床观察[J]. 国际眼科杂志, 2012, 12(4): 798-799.

(责任编辑:冯天保)