

除湿汤熏蒸治疗睑板腺功能障碍临床观察

周清, 任秋锦, 岳辉

长沙市第四医院眼科, 湖南 长沙 410000

[摘要] 目的: 观察除湿汤加减方熏蒸联合睑板腺挑排治疗睑板腺功能障碍的临床疗效。方法: 将 168 例患者随机分为实验组 84 例, 对照组 84 例, 实验组采用除湿汤加减方熏蒸联合睑板腺挑排及羟糖苷滴眼液及妥布霉素地塞米松眼膏治疗。对照组行睑板腺挑排及羟糖苷滴眼液及妥布霉素地塞米松眼膏治疗。每 2 周复诊 1 次, 随诊时间为 6 月。结果: 总有效率实验组 94.1%, 对照组 79.7%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗 1 月后, 实验组与对照组泪膜破裂时间、泪液分泌试验比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 除湿汤加减方熏蒸可以在西医治疗的基础上有效的改善睑板腺患者的临床症状。

[关键词] 睑板腺功能障碍; 除湿汤; 睑板腺挑排

[中图分类号] R777.1*3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 09-0175-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.083

2011 年, 在悉尼 APAO 大会上, 睑板腺功能障碍(MGD) 引起了巨大的关注, 成为国内外热点话题, 北京眼病研究的数据显示, 在大于 40 岁的人群中 MGD 的患病率高达 68%, 国内最新试验数据显示干眼患者中超过 87.6% 都与 MGD 有关^[1]。MGD 是一种慢性、弥漫性睑板腺异常, 目前已得到越来越多的临床医师的重视。它通常以睑板腺体终末导管的阻塞和(或)睑板腺分泌物质或量的改变为特征, 而睑板腺阻塞是 MGD 的最常见原因^[2]。根据美国和日本的报道, 正常人群中睑板腺异常者占 20% ~ 55%^[3], 在 >40 岁的人群中其患病率可高达 68%。目前 MGD 主要治疗方法是人工泪液联合消炎眼药水治疗, 但临床效果往往不佳。经过长期的临床实践观察笔者发现, 除湿汤加减方熏蒸联合睑板腺挑排在治疗 MGD 及与之相关或合并的干眼症中可起到很好的作用, 再联合人工泪液等治疗可以收到良好的疗效。

1 临床资料

观察病例为 2012 年 1 月—2013 年 7 月本院眼科门诊依从性好, 可按时随访的 MGD 患者, 共 168 例, 随机分为 2 组。实验组 84 例, 男 40 例, 女 44 例; 平均年龄(68.50 ± 17.82)岁。对照组 84 例, 男 42 例, 女 42 例; 平均年龄(69.25 ± 18.82)岁。2 组性别、年龄等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 行睑板腺挑排治疗。结膜囊内滴爱尔凯因滴眼液 1 次, 5 min 后用 5 号 1 次性小针头挑除睑板腺开口处脂栓

并用棉签挤压按摩睑板腺至清亮液体排出为止。根据情况 1~2 周重复治疗 1 次。患者治疗后使用妥布霉素地塞米松眼膏, 每天睡前 1 次。羟糖苷滴眼液, 每天 4 次。

2.2 实验组 在对照组治疗的基础上加用除湿汤加减方熏洗。药物组成: 荆芥、防风、黄连、黄芩、茯苓、牡丹皮、赤芍、白鲜皮、白菊花各 10 g, 蝉蜕、枳壳各 5 g。熏蒸治疗的具体方法是将煎药罐连药带液离开火炉, 立即用一厚纸筒或有孔厚纸盖罩住药罐, 使热气蒸腾上熏眼部, 其温度以 45℃为宜, 每次 10 min, 每天 1~2 次。禁忌: 眼部有急性结膜炎及出血者不用。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 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。泪液分泌试验(Schimer 试验): 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 采用 SPSS 17.0 软件包进行统计学处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 行 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]。以临床症状(眼干涩、异物感、眼红、视疲劳)、泪液分泌量、泪膜破裂时间为主要观察指标。显效: 症状消失, Schimer

[收稿日期] 2015-05-21

[基金项目] 湖南省中医药科研计划资助项目 (201464)

[作者简介] 周清 (1966-), 女, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合眼病治疗。

法测定大于 10 mm/5 min, BUT 大于 10 s; 有效: 症状减轻, Schimer 法测定泪液分泌量增加大于等于 30%, BUT 较前延长大于等于 30%; 无效: 症状消失, Schimer 法测定泪液分泌量未增加, BUT 时间无变化。

4.2 随诊 每 2 周复诊 1 次, 随诊时间为 6 月, 患者每次随诊均行相应组治疗, 并进行泪膜破裂时间及泪液分泌实验检查。

4.3 2 组治疗前及治疗后 1 月、3 月、6 月后 BUT、Schirmer 比较 见表 1、表 2。2 组患者治疗后 1 月、3 月、6 月时 BUT、Schirmer 比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前及治疗后 1 月、3 月、6 月 BUT 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后 1 月	治疗后 3 月	治疗后 6 月
实验组	84	3.62 ± 1.34	6.21 ± 1.23	8.42 ± 1.32	9.36 ± 1.53
对照组	84	3.72 ± 0.97	4.55 ± 1.41	6.53 ± 1.32	7.48 ± 1.33

与对照组比较, ① $P < 0.05$

表 2 2 组治疗前及治疗后 1 月、3 月、6 月 Schirmer 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后 1 月	治疗后 3 月	治疗后 6 月
实验组	84	4.98 ± 0.71	6.48 ± 0.91	7.62 ± 0.32	9.36 ± 1.53
对照组	84	5.1 ± 0.97	5.24 ± 1.12	5.53 ± 1.02	5.48 ± 1.12

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.4 2 组临床疗效比较 见表 3。总有效率实验组 94.1%, 对照组 79.7%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
实验组	84	57(67.9)	22(26.2)	5(6.0)	94.1
对照组	84	29(34.5)	38(45.2)	17(20.2)	79.7

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

睑板腺功能障碍(MGD)是一种眼科常见病、多发病。该病主要引起睑板腺的脂质代谢异常, 使脂质的分泌的质和量的改变, 临床上会引起泪膜的异常、眼部刺激症状、炎症反应以及眼表疾病。目前治疗主要是以对睑板腺局部的物理疗法联合人工眼泪为主, 临床表明该方案能够缓解患者不适症状, 然而病情易于反复, 疗效不稳定^[6]。由于该病因复杂, 病程长, 易复发, 单纯用西药的方法疗效不佳, 在西药的基础上加上中医的治疗方法, 疗效更稳固, 病程缩短, 复发率也降低。睑板腺功能障碍属于中医学“睑弦赤烂”范畴, 认为其为湿热相攻所致。MGD 中医辨证为脾胃湿热、外感风邪, 风湿热邪相搏上攻睑弦所致, 而除湿汤具有除湿清热驱风止痒作用。

除湿汤是清代岭南名医黄岩《眼科纂要》的经典方剂。本研究根据经典方剂针对 MGD 患者的具体情况研制出除湿汤加减方, 方中荆芥、防风祛风止痒; 黄连、黄芩清热燥湿; 茯苓运脾除湿; 枳壳理气和中; 全方共奏祛风清热除湿之功; 加白鲜皮、蝉蜕驱湿止痒; 白菊花清热祛风; 牡丹皮、赤芍凉血活血。熏眼法是以药物煎剂利用其热气蒸腾上熏眼部的治疗方法, 现代医学认为, 温热刺激可以升高眼睑温度, 使之高于睑板腺脂质的熔点以利于脂质的流动; 可以使眼睑、结膜毛细血管扩张, 促进眼睑、结膜血液及淋巴液循环, 促进睑板腺的良性或正常分泌, 睑板腺开口通畅, 有利于药物渗透、吸收和传播; 湿润眼睑、结膜、角膜, 解决眼睑、结膜、角膜干燥不适感觉的作用。

因此该法具有物理湿热敷及药物治疗的双重作用, 能发散外邪, 疏通经络, 畅行气血同时采用物理湿热敷使药物直达病, 即所谓: “外治之理即内治之理, 外治之药即内治之药”。笔者研究发现治疗前后 BUT 检查结果显示实验组较对照组明显延长, Schirmer 值明显延长, 患者的自觉症状明显好转。睑板腺开口挑排等物理治疗可以使睑板腺过多的异常分泌物排出, 使阻塞的腺管畅通, 增加泪膜的稳定性, 增加泪液分泌量, 改善患者的自觉症状。因此在除湿汤熏蒸的基础上, 再进行睑板腺挑排可以起到更好的效果, 而且标本兼治, 使疗效更稳固, 病程缩短, 从根本上祛湿, 除热, 驱风止痒, 可彻底的缓解患者眼部的不适症状, 达到缓解症状、降低复发率, 治愈 MGD 的目的。

[参考文献]

- [1] 洪晶. 干眼患者睑板腺状况的分析[J]. 中华眼科杂志, 2011, 47(9): 32.
- [2] 张兴儒, 李青松, 周欢明, 等. 睑板腺功能异常[J]. 中华眼科杂志, 2011(1): 74.
- [3] Arita R, hoh K, Inoue K, et al. Noncontact infrared meibography to document age-related changes of the meibomian glands in a normal population [J]. Ophthalmology, 2008, 115(5): 911-915.
- [4] 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.
- [5] 闫海艳, 孙伟, 李娜. 综合治疗不同类型干眼症的临床疗效对比[J]. 眼科新进展, 2012, 32(5): 486-488.

(责任编辑: 马力)