

讨论

小儿支气管炎继发于上呼吸道感染,多见于深秋及寒冬季。由感染(细菌、病毒)、刺激(物理、化学)、变态反应等所引起气管及支气管黏膜的急性反应,临床上肌肉或静脉用药可使血药浓度较快达到高峰,控制病情的发展。

小儿支气管炎与中医的“咳嗽”病证大体相当。“咳嗽”是中医常见的肺系病证,小儿形气未充,脏腑娇嫩,卫外功能不足,加之寒温不能自调,难以适应外界气候的变化,易为六淫之邪侵袭,邪从口鼻或皮毛而入,肺则首当其冲,宣肃失常,发为咳嗽。但小儿为“纯阳”之体,脏气清灵,易趋康复,且病因单纯,又少七情的危害,若治疗及时,预后往往比较好。肚脐位于腹部中心,是手三阴、足三阴6条阴经聚积处,中医学十分重视肚脐所在部位,称之为“神阙”。根据中医理论,神阙穴隶属任脉,与冲脉相交会、与督脉相表里。任脉、督脉、冲脉为“同源三歧”,三脉经气相通。同时,任脉与督脉周循全身,分别总督阳脉与阴脉,内联五脏六腑,外连四肢百骸,内通外联,承上启下,在防治疾病中具有十分重要的作用。“脐疗”正是基于这一理论。

从现代医学理论看,脐在胚胎发育过程中为腹壁最后闭合处,肚脐皮肤最薄,表皮角质也最薄,屏障功能最弱,药物容易透入。笔者自创的西药脐疗给药,正是基于肚脐皮下没有脂肪组织,脐下腹膜有丰富的静脉网,并有动脉小分支,血管丰富,外用药物较易吸收,并能迅速进入血液循环,从而达到治疗的目的。

静脉滴注往往由于患儿害怕及家长心痛,而且因患儿年龄小,血管不易找到,加之哭闹,极度不配合,往往很难进针,而用西药脐疗法,避免了上述缺点,且简便易行,患儿不怕,家长欢迎,疗效可靠,适应症广。本组资料表明,西药脐疗组总有效率达85%,与静脉滴注组总疗效相差不大,统计学差异不明显,说明同一种药物用西药脐疗法可达静脉滴注的效果。西药脐疗法既避免了患儿的扎针之苦,又无中医脐疗配药制药的繁琐,得到广大就诊患儿及家长的青睐,适应于在乡村合作医疗和社区卫生服务站中推广应用。

参考文献

[1] 李毅. 儿科疾病诊断标准. 北京: 科学出版社, 2001: 161

(收稿日期: 2007年12月2日)

· 临床报道 ·

明目地黄丸治疗干眼症临床观察

宋立, 王笑莲

(北京中医药大学东直门医院, 北京100700)

关键词: 明目地黄丸; 干眼症; 视疲劳; 临床观察; 随机对照法

由于计算机、空调的普及,人们视频工作时间过长,环境污染,配带角膜接触镜,角膜屈光手术及内眼手术的发展,干眼症的发病率逐年增高,并有年轻化的趋势。日本8个眼科中心对2 127例连续门诊新患者的检查结果显示,有359例(17%)患干眼症。北京同仁医院流行病学调查,干眼症发病率在20%左右,表明干眼症是临床最常见的眼病之一^[1],已引起越来越多的医务工作者重视。但我国目前尚无适合国情的、规范化的治疗方案,且由于药物的滥用(如复方制剂、多种药物同时使用)常常导致药物毒性作用的增加,造成眼表的损害或加重干眼症状。所以寻找能够简便、安全、而又有效减轻或缓解干眼症状的治疗方法,合理选择,合理应用其治疗方法是当务之急。笔者采用明目地黄丸并爱丽眼药水治疗组和爱丽眼药水对照组进行临床观察,取得较好的疗效,以求探索新的治疗手段,现报告如下。

资料与方法

1. 临床资料 2007年7月-2008年4月在本科门诊就医的干眼症患者44例,其中男性10例,女性34例;年龄18-88岁,经

常使用电脑工作的19例,占43%;长期使用眼药水的19例,占43%;另外,白内障超声乳化加人工晶体植入术后者8例,占18%;佩戴隐形眼镜者2例,占5%;每天长时间看电视者12例,占27%。余未诉特殊。均无全身免疫性疾病。随机分为治疗组和对照组。治疗组24例48只眼,18-88岁,平均(58.63±17.39)岁;对照组20例40只眼,24-76岁,平均(54.10±13.87)岁,两组间各项基本资料无差异($P>0.05$),具有可比性。

2. 诊断标准 参照2004年全国干眼症的诊断与治疗进展研讨会制定的诊断标准:①患者有明显自觉症状(必需):如眼疲劳、异物感、干涩感、烧灼感、眼胀感、眼痛感、畏光、眼红。其中以眼疲劳、异物感、干涩感3项症状为主要指标。②泪膜不稳定性(必需):泪膜破裂时间(tear break-up time, BUT)≤10s。③泪液分泌量减少:泪液分泌试验(Schirmer test I)≤10mm/5min。④眼表面损害(加强诊断):角膜荧光素染色≥2分。

3. 病例排除标准 ①不符合病例纳入标准,或符合纳入标准但未按规定治疗,无法判定疗效或资料不全,影响疗效判

定者。②本项观察仅限于干眼症(单纯性干眼)患者,不包括干眼综合症(干眼病)患者,代表性疾病:干燥综合征(Sjögren syndrome, SS)、斯蒂芬斯-约翰逊二氏综合征(Stevens-Johnson syndrome)、眼类天疱疮病、严重的眼热烧伤、眼化学烧伤等均不在此观察范围。

4. 研究方法

4.1 分组方法 采用随机对照试验方法,对符合病例纳入标准的受试患者按病情轻中重度分级,再随机分为明目地黄丸并爱丽眼药水治疗组和爱丽眼药水对照组,治疗组24例,对照组20例,两组共44例。

4.2 治疗方法 治疗组:采用北京勃然制药有限公司生产的明目地黄丸(规格:6g/袋,10袋/盒;批号:0701097)。每日2次,每次1袋,口服。配合参天制药株式会社生产的0.1%爱丽眼药水(玻璃酸钠滴眼液,规格:5ml/支,批号:1HT3106)点眼,每日4次,每次1滴。对照组:单纯采用参天制药株式会社生产的0.1%爱丽眼药水点眼,每日4次,每次1滴。治疗组与对照组均于治疗4周后进行总结。

5. 观察指标及测定方法

5.1 观察指标 ①采用问卷调查方式比较治疗前后临床症状评分变化;②泪膜稳定性改变(BUT);③泪液分泌量的变化(Schirmer test I);④角膜荧光素染色的变化。

5.2 测定方法

5.2.1 问卷项目及评分方法 见表1。

表1 问卷项目及评分

①眼疲劳	②异物感	③干涩感	④烧灼感
⑤眼胀感	⑥眼痛感	⑦畏光	⑧眼红
⑨睫毛碎屑	⑩分泌物	⑪视力波动	
0分	无症状		
1分	出现频率<3次/周,休息缓解		
2-4分	介于1-5分之间		
5分	经常出现,影响生活质量及工作,用药才能缓解		
6-8分	介于5-9分之间		
9分	持续出现,严重影响生活质量,用药不能缓解		

5.2.2 泪膜破裂时间(BUT) 在患者结膜囊内点一滴荧光素钠,用钴蓝色滤光片观察自最后1次瞬目后睁眼至角膜出现第1个黑斑泪膜缺损为止,<10s为泪膜破裂时间缩短。

表3 两组治疗前后次要症状分值变化(±s)

组别	时间	眼数	烧灼感	眼胀感	眼痛感	畏光	眼红	睫毛碎屑	分泌物	视力波动
治疗组	治疗前	48	0.88±1.94	2.42±2.80	2.17±3.14	1.67±2.57	1.04±1.99	0.42±0.96	0.58±0.87	0.48±0.85
	治疗后	48	0.33±1.26*	1.31±2.61 [△]	1.15±1.87	1.13±2.45	0.54±1.05	0.04±0.20 [△]	0.23±0.59 [△]	0.31±0.55
对照组	治疗前	40	1.95±2.41	4.35±3.25	2.58±2.37	2.60±3.35	1.80±2.93	0.50±1.22	0.90±1.28	0.65±1.08
	治疗后	40	1.20±1.59	2.73±2.61+	1.53±1.57 [△]	1.75±2.90	1.45±2.76	0 [△]	0.25±0.44 ^{△△}	0.20±0.61 [△]

注:与本组治疗前比较,△P<0.05,△△P<0.01;与对照组同期比较,*P<0.05。

5.2.3 Schirmer test I 方法是取天津晶明新技术开发有限公司生产的标准为5×35mm的whatman41号滤纸条(产品批号:20051024),将试纸一端折放于下睑中外1/3穹窿部,5min后测量泪液浸湿试纸的长度。一般认为正常人湿长>10mm/5min。

5.2.4 角膜荧光素染色 规定无染色为0分,有染色则分轻、中、重3级,将角膜分为4个象限,每个象限0-3分,共0-12分。

6. 临床疗效标准

6.1 临床症状问卷评分 治疗后比治疗前下降≥6分值为显效;下降≥3分值为有效;下降≤2分值为无效。

6.2 客观检查评分 ①BUT评分:治疗后比治疗前增加≥5秒为显效;增加≥3s为有效;≤2s为无效。②Schirmer test I:治疗后比治疗前增加≥6mm为显效;增加≥3mm为有效;增加≤2mm为无效。③角膜荧光素染色:治疗后比治疗前下降≥6分值为显效;下降≥3分值为有效;下降<3分值为无效。

6.3 疗效判定标准 根据(疗后分值与疗前分值之差)/疗前分值的数值(%),分为明显改善(分值变化≥70%);部分改善(分值变化≥30%);无改善(分值变化≤30%)。

7. 统计学分析 采用SAS 8.2软件。两组间比较采用独立t检验,自身疗前疗后比较采用配对t检验。

结果

1. 两组主观症状的变化 治疗前两组主观症状无差异,说明两组的主观症状具有可比性。治疗后两组分别自身比较,主观症状较治疗前明显改善,有显著统计学差异。治疗后两组的各项主观症状进行比较,治疗组好于对照组。尤其在视力疲劳、干涩感、眼胀感的三项观察中,治疗组有明显改善,与对照组相比分值下降,有统计学差异(P<0.05, P<0.01)。见表2、表3。

表2 两组治疗前后主要症状分值的变化(±s)

组别	时间	眼数	视疲劳	异物感	干涩感
治疗组	治疗前	48	4.75±3.07	4.31±3.46	3.21±3.20
	治疗后	48	2.65±2.11 ^{△△*}	2.94±2.56 ^{△*}	1.54±2.17 ^{△△}
对照组	治疗前	40	6.60±2.97	5.98±3.07	5.30±3.24
	治疗后	40	4.80±2.71 ^{△△}	4.50±2.96 [△]	3.85±2.89 [△]

注:与本组治疗前比较,△P<0.05,△△P<0.01;与对照组同期比较,*P<0.05。

2. 两组客观指标的变化 见表4。治疗前BUT、角膜荧光素染色两组间无差异(见表3)说明两组平衡性好,具有可比性。但Schirmer test I试验治疗前两组间有差异,平衡性差,故没有

可比性。治疗后治疗组BUT较治疗前明显改善,有极显著统计学差异($P<0.01$)。Schirmer test I较前明显改善,有显著统计学差异($P<0.05$),角膜荧光素染色则无明显改善。治疗后对照组BUT数值延长,有统计学差异($P<0.05$),而Schirmer test I、角膜荧光素染色则无明显改善。治疗后BUT、角膜荧光素染色两组间无差异。Schirmer test I因治疗前两组间已有差异,故不作为两组间疗效评价指标。

表4 两组治疗前后客观指标变化($\bar{x} \pm s$)

组别	眼数	BUT (s)	Schirmer test I (mm)	角膜荧光素染色
治疗组	治疗前	48 3.44±1.27	4.29±2.72*	0.77±1.51
	治疗后	48 5.23±2.76 ^{△△}	6.15±4.14 [△]	0.40±0.87
对照组	治疗前	40 3.13±1.22	6.05±4.68	0.85±1.49
	治疗后	40 4.83±3.08 [△]	7.85±6.04	0.40±0.93

注:与本组治疗前比较,[△] $P<0.05$,^{△△} $P<0.01$;与对照组同期比较,^{*} $P<0.05$ 。

讨论

最近的研究证实^[2]干眼临床检查结果与患者的干眼症状不相符合,也就是说相当一部分患者只有症状而体征非常轻,甚至没有体征。王建英等^[3]注意到临床上有一部分患者具有目干涩的症状,却不具备客观诊断标准,将其命名为“特异性干眼症”。Toda等^[4]的调查发现71.3%的干眼患者有视疲劳的症状,这些症状严重影响生活质量,所以干眼症的诊断主要依据是自觉症状,而不是体征。其中以眼疲劳、异物感、干涩感3项症状对干眼的诊断价值最高,治疗也应该以改善症状为主要目标。

过去对干眼症的治疗,西医^[5]主要从补充人工泪液及保持泪液入手,多是局部用药,虽然各种人工泪液有助于减轻症状,但随着泪道排出和蒸发,作用时间短暂,效果欠佳。中医也在尝试各种方法,如利用鱼腥草、柴胡、生脉散等具有清热解毒、利湿抗炎、抗病原体的作用,分别配制成喷雾剂或超声雾化喷眼治疗干眼症^[6-7];利用雷火灸配合局部点眼,或配合中药治疗干眼症^[8-10];利用电针治疗干眼症^[11];另外,有大量报道利用中医的五轮学说指导临床辨证论治,分别采用中药汤剂加减治疗干眼症均取得了一定成效^[12-14]。但现代人生活节奏快,中医治疗受条件限制,患者多不能坚持,影响其疗效。能否在现有的中成药中,筛选治疗有效,易被患者接受的药物是笔者治疗研究的初衷。

明目地黄丸具有滋肾、养肝、明目的功效,可用于肝肾阴虚,目涩畏光,视物模糊,迎风流泪等症。干燥性角膜炎、老年性泪腺萎缩、老年性白内障早期阶段等见上述症状者皆可服用。组成:熟地黄,生地黄,山茱萸,淮山药,泽泻,茯神,牡丹皮,柴胡,当归,五味子。原方以六味地黄丸为滋养肝肾之基础,更增熟地黄、当归、五味子益精养血;柴胡升散,疏肝解郁。全方补中有泻,升降得宜,共呈补养肝肾,益精明目的作用。

《黄帝内经》云:“目得血而能视”,眼目之所以能视万物,辨颜色,全靠五脏六腑之精气的濡养。《素问·金匱真言

论》说:肝“开窍于目”。肝藏血,眼赖肝血濡养才能发挥视觉功能。故《素问·五脏生成篇》说:“肝受血而能视”。《灵枢·脉度》说“肝气通于目,肝和则目能辨五色矣”。《灵枢·大惑论》说:“五脏六腑之精气,皆上注于目而为之精。精之窠为眼……”在病理情况下,肝肾疾病往往反映于目,如肝肾阴亏,精血不能上荣于目,则两目干涩,运转不灵,神疲目衰,眼磨不适等。可见补养肝肾在治疗干眼症中的重要性。明目地黄丸是通过其补养肝肾、益精明目的功效对干眼症进行标本兼治。现在该药随着药物制剂的改进,携带更加方便,服用简单,易为广大患者接受。

本项临床观察证实,明目地黄丸治疗组和对照组在改善干眼症临床症状及部分客观指标方面均较治疗前有明显变化,而在改善视力疲劳、干涩感、眼胀感的三项主要症状中,治疗组的效果更加突出,有统计学差异($P<0.05$),但客观指标治疗后两组间无明显差异。说明明目地黄丸确实对干眼症的症状改善有一定作用,尤其在缓解视力疲劳,减轻眼部干涩感、眼胀感等方面疗效显著。

参考文献

- [1] 闫玲,张丽彩,初培莲,等.滋肾明目治疗干眼症临床观察.山东中医杂志,2005,24(10):598-599
- [2] Toda I, Fujishima H, Tsubota K. Ocular fatigue is the major symptom of dry eye. Acta Ophthalmol, 1993, 71: 347-352
- [3] 王建英,段少英,王峰,等.中西医结合治疗特异性干眼症.美国国际眼科杂志,2002,2(1):104
- [4] 刘祖国.干眼的诊断和正确治疗.干眼的诊断与治疗进展研讨会,2004:6,12
- [5] 柯碧莲,刘皋林.干眼病的药物治疗进展.世界临床药物,2006,27(7):413-416
- [6] 李洁,高健生.鱼腥草雾化治疗眼病的疗效观察.中国实用眼科杂志,2005,23(9):996
- [7] 孙林萍.生脉散注射液超声雾化喷眼辅助治疗干眼症160例.上海中医药杂志,2007(2):51-52
- [8] 宋立,张南,矫红,等.雷火灸治疗干眼症的临床观察.中华中医药杂志,2007,22(10):726-729
- [9] 金明,王晓娟,宋海蛟,等.中药及熏灸治疗干眼症的临床观察.中国中医眼科杂志,2006,16(2):71-73
- [10] 华平东.中药内服结合雷火灸法治疗干眼症100例.上海中医药杂志,2007(10):63-64
- [11] 刘志敏.电针治疗干眼症20例. Chinese Acupuncture & Moxibustion, 2007, 27(7): 516
- [12] 周秀,章洪.辨证论治干眼症80例.浙江中医学院学报, 2002, 26(3): 40
- [13] 王商,谷安琪,雷世奇.中药治疗干眼症的临床疗效观察.中国中医眼科杂志,2003,13(3):143
- [14] 傅彦江.干眼病的中医药治疗.中国中医药信息杂志,2003,10(11):56

(收稿日期:2007年12月6日)