

经方外用“大黄黄连泻心汤”治疗“胞生痰核”的临床观察

董羿¹ 洪倩¹ 刘军² 薛飞扬² 吴星伟³ 闫兆^{2*}

(1.徐州医科大学附属淮海医院(中国人民解放军陆军第七十一集团军医院) 徐州 221004)

(2.徐州市新健康老年病医院 徐州 221000)

(3.上海市第一人民医院 上海 200080)

【摘要】目的 观察经方外用“大黄黄连泻心汤”治疗“胞生痰核”的有效性和安全性。方法 将符合纳入标准的“胞生痰核”患者40例随机分为2组,观察组20例,对照组20例。观察组采用经方外用“大黄黄连泻心汤”点眼涂布于患处,每日2次。对照组采用妥布霉素滴眼液点眼,每日3次治疗,同时红霉素眼膏涂布眼睑、热敷,每晚1次。同时2组均治疗14天,在治疗开始日、第7天、第14天,3个时间点观察统计各组患者“胞生痰核”的症状、体征的变化,以及在治疗过程中出现的药物不良反应,双眼病例取病情严重眼统计。结果 1、“胞生痰核”评分:两组治疗后各时间点的“胞生痰核”评分逐渐降低,观察组总有效率95.00%,临床效果优于对照组总有效率70.00%, $P=0.073$,有统计学意义。组间比较显示,治疗后14天时,观察组总评分明显低于对照组。2、疗效评价:治疗后7天,观察组痊愈0例,显效8例,好转10例,无效2例,有效率90%;对照组痊愈0例,显效0例,好转8例,无效12例,有效率40%;治疗后14天,观察组痊愈5例,显效13例,好转1例,无效1例,有效率95%;对照组痊愈1例,显效9例,好转4例,无效6例,有效率70%;治疗后,两组患者胞生痰核囊肿大小、睑内形态学表现,较治疗前均有改善,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗期间观察组和对照组均未见不良反应发生。结论 经方外用“大黄黄连泻心汤”可以有效地改善“胞生痰核”患者的症状和体征,是治疗“胞生痰核”的一种安全、有效的方法,临床值得推广应用。

【关键词】“胞生痰核”;经方外用;“大黄黄连泻心汤”

“胞生痰核”是指胞睑内生硬核,触之不痛,皮色如常的眼病,为眼科常见病,上胞、下睑均可发生,其病程长、发展缓慢,儿童与成人均可发病,但以青少年多见。“胞生痰核”相当于西医学的睑板腺囊肿,也称霰粒肿,是睑板腺特异性无菌性慢性肉芽肿性炎症[1]。睑板腺功能障碍,可有眼干涩、眼痒、磨痛、烧灼感、异物感、以及眼睑发粘、睑缘发红、有分泌物、视力波动等临床表现。这些症状和体征,大多可从中医古籍收录的眼病中找到类似描述,如《医宗金鉴·外科心法要诀》“眼胞痰核”,《证治准绳·眼目集》中“风沿烂眼”,《银海精微》“胎风赤烂”“风弦赤眼”,《审视瑶函》“白涩症”、“毗帷赤烂症”等[2]。由于睑板腺开口阻塞和分泌物存留,形成核状硬结,小的囊肿可以自行吸收,但多数长期不变,或逐渐长大,也可自行溃破,在睑结膜面形成肉芽肿,或在皮下形成暗紫红色的肉芽组织,可伴有继发感染,形成急性化脓性炎症。此病反复发作,继发感染,影响容貌,给患者带来痛苦,也给眼科手术带来风险。目前临床小而无症状者无需治疗,有症状或继发感染多采用抗生素眼膏或滴眼液外涂治疗,大者可热敷或注射激素促其吸收,硬核大或已形成肉芽肿宜用手术治疗此病[3]。此病容易反复发作,长期抗生素或激素治疗副作用较多,部分患者不接受手术治疗等,治疗上缺乏公认的有效非手术方案。

本研究根据闫氏中医眼科多年临床经验,采用经方外用“大黄黄连泻心汤”点眼涂布患处,设立西药对照组,观察不同方法治疗“胞生痰核”的临床效果,以寻找一种安全有效的治疗方法。现将结果报告如下:

1 对象与方法

1.1 研究对象

收集2018年1月至2019年1月在徐州医科大学附属淮海医院(中国人民解放军陆军第七十一集团军医院)门诊,确诊为“胞生痰核”的患者40例(40只眼),中医辨证属于痰湿结聚、痰热阻滞证型,纳入研究,采用随机数字表法,分为中药治疗组(观察组)和西医对照组(对照组)。每组各20例(20只眼)。观察组:20例(20只眼),男12例,女8例;右眼14只,左眼6只;年龄(23.17 \pm 9.34)岁;病程(43.79 \pm 17.63)d,症状评分(0.35 \pm 0.12)。对照组:20例(20只眼),男9例,女11例;右眼12只,左眼8只;年龄(24.39 \pm 8.74)岁;病程(46.83 \pm 16.63)d;症状评分(0.34 \pm 0.10)。所有患者受试前均告知研究内容并签署知情同意书。

1.2 诊断、纳入及排除标准

西医诊断标准[4]:(1)眼睑无明显红痛,可触及肿块,初起如米粒,可渐长大,与皮肤无粘连,表面光滑,压痛阴性。(2)翻转眼睑,相对应部位的睑结膜呈紫红色或灰蓝色改变,若在睑内溃破,可形成肉芽肿。(3)多见于上睑,也可见于下睑,可单个也可数个发生,大小不等。

中医诊断标准[5]:1.主症:睑板腺开口阻塞和分泌物存留所形成的眼睑皮下核状硬结,是不红不疼,皮色如常,推之能移的眼病。2.中医辨证分型标准[6]:1、痰湿结聚:胞睑内硬结有米粒或黄豆大,不红不疼,皮色如常,与胞睑皮肤无粘连,皮肤推之能移,病程缓慢,逐渐增大;若大者硬核凸起,胞睑有重坠感,睑内成灰蓝色隆起;舌苔薄白,脉缓。2、痰热阻滞:证见胞睑内生硬结,翻转胞睑可见相应睑结膜面呈紫红色隆起,初硬渐软,微痒痛,按压疼痛;伴口干咽燥,大便不畅,舌红苔薄黄腻,脉滑数。

纳入标准:(1)符合“胞生痰核”诊断标准;(2)中医辨证符合痰湿结聚、痰热阻滞证型标准;(3)病程符合30~60d;(4)年龄18~30岁。签署知情同意书,愿意按照本研究方案接受治疗及随访。排除标准:(1)眼部合并有病毒或真菌感染患者;(2)对药物成分过敏者;(3)有全身严重心、肺、肝、肾等系统性疾病者;(4)精神疾病患者;(5)妊娠及哺乳期妇女;(6)不配合检查随访,或者不严格执行治疗方案,不愿签署知情同意书者。

1.3 治疗方案

对照组:给予妥布霉素滴眼液(美国爱尔康公司批号:201803047)0.5ml点眼,每日3次,同时给予红霉素眼膏(济宁辰欣药业股份有限公司批号:201804175)0.5ml涂布眼部胞睑内外,配合眼部热敷10分钟,促进药物及囊肿吸收,每晚1次,用药14天。

观察组:纯中药外用,给予“大黄黄连泻心汤”经方外用点眼,临床应用时,痰湿、痰热皆有功效,不用严格区分证型,以痰核大小,决定用药量之多寡,一般以药物完全覆盖住痰核表面为度。取中药萃取粉剂,翻开眼睑,涂布于胞生痰核之表面,完全覆盖住痰核,轻轻将眼睑复位,泪液逐渐溶解中药萃取粉剂,渗透压梯度不断变化,更有利于药物渗透痰核包膜。药物组成:大黄200g、黄连100g、黄芩100g,以注射用水煮至沸腾,除去药渣,再浓缩,提取干燥粉末。珍珠100g研磨水飞,取湖珠洗净污垢,用无菌纱布包好,再用100g豆腐置砂锅内,下垫一块,上盖一块,加注射用水淹没豆腐寸许,蒸煮5小时,至豆腐呈蜂窝状为止。取出,去豆腐,

用注射用水清洗，烘干，研细过筛，水飞至无渣，备用。冰片 50g 研细粉，备用。诸药合用，研磨细粉水飞后，涂抹于胞生痰核之处，直达病所，每日 2 次，7d 一个疗程。

以上两组均 7 天 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。本研究方案通过本院伦理委员会批准，所有受试者均签署知情同意书。

1.4 “胞生痰核”评分标准

受试者纳入治疗当天、用药后 7 天、14 天，参照吴星伟教授起草《“胞生痰核”临床路径》对“胞生痰核”病变程度进行评分。1、症状积分：(1) 囊肿大小：均依次分为正常(消失)、轻度(2-4mm)、重度(≥4mm) 4 级，依次记作 0 分、1 分、2 分、3 分。2、睑内形态学表现：依次分为正常、轻度(结膜紫红或灰蓝色)、中度(睑内囊肿溃破)、重度(肉芽肿形成) 4 级，依次记作 0 分、1 分、2 分、3 分。

1.5 疗效判定标准

临床疗效标准：(1) 痊愈：与用药前相比，复查时症状、体征均恢复正常，计分为 0。(2) 治疗前后将患者的上述各项积分相加，得到疗效积分，计算疗效指数。疗效指数(n)=[(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分]×100%。显效 n≥75%；有效 30%≤n<75%；无效 n<30%。

1.6 安全性指标

治疗前后对受试者进行一般项目(体温、心率、呼吸、血压)、心电图、血常规、肝肾功能检查。试验中如果出现不良反应，随时观察并记录。

1.7 统计学方法

采用 SPSS19.0 软件对实验结果进行统计分析，计量资料以均数±标准差(x±s)表示，组间比较采用两独立样本 t 检验，组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验，计数资料采用 X² 检验，若 P<0.05，则认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 症状评分比较

总评分：两组治疗后，各时间点的“胞生痰核”总评分逐渐降低，组内两两比较差异均有统计学意义(P<0.01)。组间比较显示，治疗后 14 天时，观察组总评分明显低于对照组。

症状体征评分：观察组各项症状评分逐渐降低，且不同时点两两比较差异均有统计学意义(P<0.05)；组间比较，治疗 7 天时，观察组患者囊肿均有不同程度缩小，睑结膜充血水肿减退，对照组无明显改善；治疗 14 天时，观察组部分患者囊肿已消失，睑结膜略有充血，对照组部分患者症状改善；观察组所有症状评分，均明显低于对照组(P<0.05)。(表 1)

两组患者治疗前后症状评分比较

| 组别 | 治疗前 | 治疗后 | t 值 | P 值 |
|-----------|-----------|-----------|-------|-------|
| 观察组(20 例) | 0.35±0.12 | 0.15±0.15 | 8.441 | 0.014 |
| 对照组(20 例) | 0.34±0.10 | 0.26±0.16 | 4.351 | 0.5 |
| t 值 | 0.342 | -2.660 | | |
| P 值 | 0.733 | 0.010 | | |

2.2 疗效比较

两组治疗后各时间点的“胞生痰核”评分逐渐降低，组内两两比较差异均有统计学意义(P>0.05)。组间比较显示，治疗后 14 天时，观察组总评分明显低于对照组。2、疗效评价：治疗后 7 天，观察组痊愈 0 例，显效 8 例，好转 10 例，无效 2 例，有效率 90%；对照组痊愈 0 例，显效 0 例，好转 8 例，无效 12 例，有效率 40%；治疗后 14 天，观察组痊愈 5 例，显效 13 例，好转 1 例，无效 1 例，有效率 95%；对照组痊愈 1 例，显效 9 例，好转 4 例，无效 6 例，有效率 70%；治疗后，两组患者胞生痰核囊肿大小、睑内形态学表现，较治疗前均有改善，差异有统计学意义(P<0.05)；两组疗效随治疗时间延长逐渐增加，观察组各时点的疗效结果，均好于对照组。(表 2)

对照组(20 例) 1(5%) 9(45%) 4(20%) 6(30%) 14(70%)

表 2 两组患者临床疗效的比较(例数/率)

| 组别 | 疗效 | | | | 总有效率 |
|-----------|--------|---------|-------|-------|---------|
| | 痊愈 | 显效 | 好转 | 无效 | |
| 观察组(20 例) | 5(25%) | 13(65%) | 1(5%) | 1(5%) | 19(95%) |

对照组(20 例) 1(5%) 9(45%) 4(20%) 6(30%) 14(70%)

2.3 安全性观察

实验结束，观察组和对照组均未见不良反应发生。

3 讨论

“胞生痰核”相当于西医学的睑板腺囊肿，也称“霰粒肿”，是睑板腺特发性无菌性慢性肉芽肿性炎症，常反复发作，或形成肉芽肿，或继发感染，或压迫眼球。“胞生痰核”累及睑板腺，还可引起睑板腺功能障碍，睑板腺分泌物的量下降，导致泪膜的脂质层减少，泪液涂布不良，造成泪膜破裂时间缩短，角膜上皮脱落。“胞生痰核”感染后，炎症反应还可能波及相邻的结膜、角膜组织，造成结膜充血、角膜上皮脱落、角膜浸润，产生一系列眼部不适症状。西医手术切除，部分患者难以接受。采取热敷，抗生素滴眼液滴眼，抗生素眼膏外涂，应用激素，往往只取到减轻症状，控制病情发作，大多难以治愈，且多易复发。

中医“胞生痰核”又名“脾生痰核”，首见于《眼科易知》。《目经大成·痰核》对此症有详细描述：“良廓内生一核，大如芡实，按之坚而不疼，只外观不雅，间亦有生于下睑者……翻转眼胞，必有行迹，一圆一点，色紫或黄。”综观典籍，“胞生痰核”其病机不外是“痰湿”和“痰热”两类。痰湿类较平和，痰热类较严重，舌苔痰湿多白腻，痰热多黄腻，脉象痰湿多濡缓，痰热多滑利。

“大黄黄连泻心汤”经方外用点眼，临床应用时，痰湿、痰热皆有功效，不用严格区分，以痰核大小，决定用药量之多寡。

“大黄黄连泻心汤”出自《伤寒论》：大黄二两、黄连一两，以麻沸汤二升渍之，须臾绞去滓，分温再服。林亿按：大黄黄连泻心汤诸本皆二味，又后附子泻心汤，用大黄、黄连、黄芩、附子，恐是前方中亦有黄芩，后但加附子一味也。《活人书》本方有黄芩[7]。

眼科五轮学说源于《内经》的眼与脏腑相关的理论，已是历代眼科专家的共识。南宋《仁斋直指方》谓：眼者五脏六腑之精华，其首尾亦毗属心，其满目白睛属肺，其乌睛圆大属肝，其上下肉胞属脾，而中间黑暗一点如漆者，肾实主之[8]。

我们取大黄、黄连、黄芩三味为主药，皆苦寒之品，苦能燥湿，寒能清热。涂布于胞目之上，清泄心脾之热。大黄有将军之称，利湿退黄，功效强悍；黄连清热燥湿、泻火解毒，善疗臃肿疔疮；黄芩清热燥湿，解毒凉血，取其有苦寒之性而无泄下之力，功效相对平和。辅以珍珠、冰片等品，退翳明目，其清除痰湿之功效可以倍增。珍珠为历代中医眼科外用之要药，明目退翳，解毒生肌。一般分海珠和湖珠两种。“大黄黄连泻心汤”辅以湖珠，易得而价廉，且湖珠生于淡水之中，取其清气，清热效果更佳。炮制时湖珠纳入豆腐内，放入笼中，蒸五小时，再研磨水飞。冰片清热解毒，明目退翳，能明显增加“大黄黄连泻心汤”通透散结之功效。诸药合用，研磨细粉水飞后，涂抹于胞生痰核之处，直达病所，一般均能在十余天内，使痰核的包裹消于无形。临床应用多年，效果显著，亦采用仲景辨证施治之意。

需要指出的是，“胞生痰核”西医治疗也有效果，不易痊愈的主要原因是痰核的包裹不易消除，严重时手术也是必须将包裹破坏才能根治。

中医治疗“胞生痰核”，最大的特色就是在使用“大黄黄连泻心汤”时，可以促使“胞生痰核”的包裹彻底吸收消失。具体变化机制，尚祈眼科同仁共同努力，以揭示其真谛。

参考文献

[1] 彭清华. 中西医结合眼科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018: 98-99.
 [2] 韦企平. 如何从中医角度认识睑板腺功能障碍[J]. 中国中医眼科杂志. 2018, 028(003):138-139. 韦企平. 如何从中医角度认识睑板腺功能障碍[J]. 中国中医眼科杂志. 2018, 28(3) :138.
 [3] 赵堪兴, 杨增培. 眼科学[M]. 北京: 人民卫生出版社. 2015: 138.
 [4] 李凤鸣. 中华眼科学[M]. 北京: 人民卫生出版社. 2015: 286.
 [5] 曾庆华. 中医眼科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 82.
 [6] 吴星伟. 参照中华人民共和国中医药行业标准《中国病症诊断疗效标准》(ZY/T001.5-94).
 [7] 曹颖甫. 经方实验录[M]. 北京: 中国医药科技出版社. 2016: 73.
 [8] 杨士瀛. 仁斋直指方[M]. 北京: 中医古籍出版社. 2017: 86.

*通讯作者: 闫兆, 女, 1977 年 02 月, 江苏省徐州市人, 副主任医师, 硕士研究生, 研究方向: 中医学。