

中医割烙术治疗翼状胬肉 115 例^{*}

★ 洪亮 程先华 高东霞 陈小娟 贾洪亮 高小翌 叶明花 李汝杰 (江西中医学院附属医院 南昌 330006)

★ 刘锋祥 (江西省鹰潭市中医院 鹰潭 335000)

★ 王洪波 (江西省南昌市洪都中医院 南昌 330008)

摘要:目的:观察中医割烙术治疗翼状胬肉的临床疗效。方法:将 226 例符合本课题标准的翼状胬肉患者随机分为试验组(115 例)和对照组(111 例)。试验组运用中医割烙术治疗,对照组运用西医单纯胬肉切除术治疗。观察两组 1 个月、3 个月有效率及 6 个月复发率。结果:试验组复发率为 9.57%,对照组复发率为 27.93%,试验组的疗效明显优于对照组,两组治愈率比较有显著性差异($P < 0.05$)。结论:中医割烙术能有效治疗翼状胬肉,明显降低术后复发率。

关键词:翼状胬肉;割烙术

中图分类号:R 276.777.773 **文献标识码:**B

翼状胬肉是指睑裂部球结膜上皮组织及结膜下组织增生肥厚,并向角膜表面移行的病变,由于其形似昆虫翅膀而得名,是眼科常见病、多发病,其不仅影响眼的外观,而且进行性胬肉常致眼部充血,沙涩不舒,还可因病变牵拉角膜而引起散光或侵犯视区,严重影响视力,或因牵拉眼球引起运动障碍造成复视,危害极大。我们通过临床实践,将中医割烙术治疗翼状胬肉和用单纯胬肉切除术治疗相比较,具体报道如下:

1 资料和方法

1.1 诊断标准 参照有关诊断依据^[1]:(1)睑裂部球结膜及结膜下组织呈三角形膜状赘生物隆起,其尖端侵入角膜称为头部,角膜缘跨越处称颈部,大部分在球结膜为体部。临床以鼻侧多见,也有鼻、颞侧同时发生者。(2)胬肉菲薄,不充血,头部光滑平坦,不生长或生长很慢,无明显自觉症状者,为静止性;如胬肉肥厚充血,头部隆起浸润,生长较快,明显畏光、流泪、异物感者为进行性。(3)当胬肉侵入瞳孔区,有视力障碍。

1.2 分级标准 参照国内有关标准^[2]。胬肉病变程度分为四级。Ⅰ级:胬肉头部处于角膜边缘处;Ⅱ级:胬肉头部已侵入角膜缘与瞳孔之间;Ⅲ级:胬肉头部已达到瞳孔边缘;Ⅳ级:胬肉头部已达瞳孔区或已跨过瞳孔区。

充血程度分为四级。O 级:胬肉体部如薄膜状,

无明显充血;+ 级:胬肉体部如薄膜状,轻度充血,血管纤细;++ 级:胬肉体部肥厚,血管轻度扩张;+++ 级:胬肉体部肥厚,颜色深红,血管明显扩张。

记录方法:如胬肉位于角膜缘处,无明显充血,则记录为 I 0;如胬肉色红,则记录为 I ++,余类推。

1.3 临床资料 本课题所选的病例均为 2003 年 1 月~2005 年 12 月于江西省中医院、鹰潭市中医院、江西中美博爱眼科中心眼科门诊与住院手术的翼状胬肉患者。为确保试验组与对照组的病例数相等,借助 SAS 统计分析系统,产生随机数字表,即列出流水号为 1~240 所对应的治疗分配表。按受试者就诊时间的先后将其分入试验组或对照组。本课题共观察病例 235 例,其中 9 例不符合要求予以排除,有效病例 226 例,其中女性 151 例,男性 75 例,年龄 28~65 岁,平均 (50.14 ± 8.36) 岁,病程 2 个月~35 年,平均 (7.17 ± 6.10) 年。试验组 115 例和对照组 111 例。

两组病人在性别、年龄、病程、病变程度等方面进行比较,无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.4 治疗方法 试验组用中医割烙术,对照组用西医单纯胬肉切除术,术后两组均常规用抗感染疗法治疗 10 天,待角膜上皮恢复后局部点用抗生素眼药水及皮质类固醇眼药水 4 周左右。

中医割烙术:

* 国家中医药管理局课题(No.2002ZL19)

(1)常规清洁结膜囊,消毒眼睑及附近皮肤。

(2)用1%的地卡因作表面麻醉后,置开睑器,再用2%利多卡因(如无高血压可在5 mL麻药中加0.1%肾上腺素2~3滴)在翼状胬肉颈部和体部作结膜下浸润麻醉。

(3)从颈部开始剪开球结膜,并扩大到变性的筋膜囊两侧缘外各0.5 mm,用钝头剪潜行分离,边分离边剪开距变性的筋膜囊两侧缘外各0.5 mm的非薄球结膜,直至距角膜缘5.5~6.0 mm处;再行变性的筋膜囊与巩膜分离。

(4)作胬肉头颈部清除,实际是角膜(包括上皮层、前弹力层及浅层的基质层)板层切除,距胬肉头部前端1.0 mm角膜上皮必须完全刮除,暴露下方前弹力层。在距角膜缘5.5 mm处将胬肉颈部与体部剪除。

(5)用斜视钩或玻璃棒经酒精灯烧灼后,烙暴露巩膜面的血管及出血点,刀刃轻刮洁净巩膜面,再次烙角巩膜缘以及与此相距5 mm处巩膜面,共2排屏障。

(6)在距角巩膜缘5.5 mm,用8-0或10-0医用缝线,作菲薄球结膜与巩膜板层缝合3~6针,其残留的球结膜两端与健康球结膜两侧缘各缝1针。

(7)术毕,结膜囊内涂入抗生素眼膏,用眼垫遮盖术眼。10~12天拆线。

单纯胬肉切除术参照《眼科手术学》^[3]。

1.5 观察指标 症状和体征:采用统一表格记录患者治疗前后的症状和体征,内容包括结膜充血、眼部刺激症状(疼痛、沙涩、畏光、流泪)。

有效和复发情况:采用统一表格记录患者术后1个月、3个月的有效率及6个月的复发率。

1.6 疗效标准 参照国内有关标准^[1]。治愈:经治疗胬肉完全消退,无充血,无残膜遗留,原胬肉切除处角膜上皮愈合,无新生血管,无其他并发症,观察半年无复发。复发:术后随访半年,结膜仍充血,角膜创面又见新生血管及翼状胬肉组织侵入。翼状胬肉术后复发者,其病变程度可按诊断分级标准记录,并可与术前病变程度比较,再次判定疗效(有效:胬肉复发后与术前比较,胬肉头部变薄,体积缩小,大小及充血降1级以上。无效:胬肉复发后与术前比较,胬肉大小及充血程度无变化或胬肉继续生长者)。

2 结果

两组患者术后第一天均有不同程度的沙涩疼痛,畏光流泪,部分患者还有少量分泌物,结膜均有中或重度充血。两组患者术后第七天眼部刺激症状

和结膜充血情况进行比较,经统计学处理, P 均大于0.05,两组统计学上无显著差异,说明两种手术方法对患者造成的创伤基本相同,详见表1、2、3。

表1 两组手术后1个月有效率比较 例(%)

组别	有效	无效	合计
试验组	111(96.52)	4(3.48)	115(100)
对照组	103(92.79)	8(7.21)	111(100)

注:经统计学处理,两组术后1个月有效率比较, $P>0.05$,差异无显著意义。说明中医割烙术治疗翼状胬肉与西医单纯胬肉切除术在1个月无明显差别。

表2 两组手术后3个月有效率比较 例(%)

组别	有效	无效	合计
试验组	108(93.91)	7(6.09)	115(100)
对照组	92(82.88)	19(17.12)	111(100)

注:经统计学处理,两组术后3个月有效率比较, $P<0.05$,差异有显著性意义。说明中医割烙术治疗翼状胬肉与西医单纯胬肉切除术在3个月时能降低翼状胬肉术后复发率。

表3 两组手术后6个月复发率比较 例(%)

组别	治愈	复发	合计
试验组	104(90.43)	11(9.57)	115(100)
对照组	80(72.07)	31(27.93)	111(100)

注:经统计学处理,两组术后6个月复发率比较, $P<0.05$,差异有显著性意义。说明中医割烙术能有效降低翼状胬肉术后复发率。

3 讨论

翼状胬肉的治疗以手术切除增生的纤维血管组织为主,但术后复发率普遍较高,一般为20%~30%^[4],亦有报道达30%~69%^[5]。因此,消除或降低胬肉术后复发率是治疗本病的关键。当前尽管各种改良的手术方法和术后辅助抗代谢药物治疗虽然使其复发率有所下降,但均未能完全解决复发问题,同时又出现与抗代谢药物相关的诸多并发症。因此,寻找彻底消除或降低翼状胬肉术后复发的最佳手术方法一直是眼科界多年来不断研究的重要课题。

关于翼状胬肉发病机制,Coroneo提出翼状胬肉发病分两个阶段(two-stage)发展的假设^[6],这假设人为地将翼状胬肉发病过程分为两个阶段。第一阶段:角膜缘干细胞(stem cell)受到破坏,角膜屏障发生障碍;第二阶段:细胞增生活跃,并发生炎症,血管化和结缔组织重塑形,角膜结膜化,从而发生翼状胬肉。

翼状胬肉术后复发的原因有手术和非手术两方面:非手术因素包括术后眼部慢性炎症刺激,对阳光中紫外线的过度重复暴露及病人的个体差异。而手术因素主要由于翼状胬肉手术不仅造成角膜上皮的缺损,相应处的角膜缘浅层组织(角膜缘干细胞)亦遭到破坏;另外,由于手术的刺激使结膜上皮细胞增

殖加快,在角膜上皮得不到及时修复及角膜缘屏障功能丧失的情况下,结膜上皮作为角膜上皮的替代组织侵入角膜,即角膜上皮结膜化,角膜大量的新生血管形成,从而导致翼状胬肉术后的复发^[7]。

割烙术在中医眼科有着悠久的历史,《眼科龙木论·葆光道人秘传眼科·钩割针烙镰洗》记载:“夫眼之内,两头皆赤有息肉者,宜钩起以铍针割取令尽,如未全尽,可再取之,以尽为度……割了以火熨,令断其势即不再生。不尔二三年仍前发动。”《龙木总论·胬肉侵睛外障》记载:“此眼初患之时,或痒或痛,赤烂多年,肺脏丰壅,发无定准,渐生胬肉侵睛,遮睛瞳人,此状宜令钩割熨烙……终须割烙即长安。”《证治准绳·钩割针烙》曰:“凡障若掩及风轮之重厚者虽可割……若红障血分之病割去者必须用烙定,否则不久复生。”《审视瑶函·钩割针烙宜戒慎论》曰:“凡障如侵睛胬肉,鸡冠蚬肉……等症。可割……若红障血分之病,割之必用烙以断之,否则不久复生。”《目经大成·钩割针烙》曰:“如割,在土,金位,患攀睛,鸡冠蚬肉……等症者可割……至于烙……若障属血分,割如再长,务火烙以断之始平,且籍其能止血,不至亡阴。”殷伯伦^[8]教授经过多年的临床及对多种中医古代书籍的研究,认为翼状胬肉与蚕蚀性角膜溃疡均属中医红障血分之病,病因均属金克木,是球结膜下筋膜组织慢性增生肥厚(变性),向角膜侵蚀。前者是慢性、良性,病变起始局限在白睛的内外眦部;后者是急性、恶性,病变起始可在白睛任何部位。割烙术在中医眼科有着悠久的历史,我院开展此项手术 20 余年,曾运用环割加烙术治疗蚕蚀性角膜溃疡取得成功,在环割加烙术的启示下,采用割烙术治疗翼状胬肉,发现术后复发率大大降低,故认为用割烙术能有效地治疗翼状胬肉。

本手术切除胬肉纤维血管组织的关键是处理好胬肉头部前缘“正常”角膜上皮细胞、颈部原发变性区和体部周边区。Barraquer^[9]在论及翼状胬肉病因和治疗时,特别强调胬肉纤维血管组织切除范围的重要性。故手术时变性筋膜囊与其上面菲薄而透明的球结膜的分离要尽量达到充分完整。暴露巩膜的目的是在结膜到达角巩缘之前,角膜创面已经愈合

并达到了光滑平面,这样可防止巩膜面新生血管及结膜组织向角膜面移行。烙,一则术中可以止血,二则可破坏病变区域残余变性组织结构,有效地预防细胞分裂增殖,三则将病变区域内的小血管烧断凝固,阻断巩膜表层血管与角膜缘的连接,从而截断机体向病变区域的营养供应,阻断新生血管生成和铲除胬肉复发的环境基础。另外,这样还能延缓结膜上皮到达角膜缘的时间,待结膜上皮到达角膜缘时,角膜创面已经修复,这就阻止了结膜上皮作为角膜上皮的替代组织侵入角膜(即角膜上皮结膜化),角膜大量的新生血管形成,从而有效减少翼状胬肉术后的复发。

另外球结膜与巩膜浅层缝合亦要紧密,视长度而决定缝针数多少,不能缝一针了事,目的是使菲薄的球结膜与巩膜粘合成堤障,使残余的变性的筋膜囊被阻断,继则逐渐向萎缩发展。术后用激素及推迟拆线时间,意图达到减慢创口愈合、抑制毛细血管扩张、瘢痕形成减少等目的。

通过我们对手术病例的观察,认为中医割烙术能有效降低翼状胬肉术后的复发率,减少病人经济负担,而且手术简单,患者易于接受,是较理想的方法,值得研究和推广。

参考文献

- [1] 舒怀. 眼、耳鼻喉科疾病诊断标准[M]. 北京: 科学出版社, 2001.27
- [2] 石守礼. 关于翼状胬肉疗效标准划定[J]. 中国中医眼科杂志, 1997,7(1):57
- [3] 李绍珍. 眼科手术学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.44
- [4] 宋琛. 手术学全集·眼科卷[M]. 北京: 人民军医出版社, 1994.275
- [5] 王雨生. 翼状胬肉的治疗及其并发症[J]. 国外医学·眼科分册, 1999,18:117
- [6] Coroneo MT, Girolamo ND, Wakefield D. The pathogenesis of pterygium[J]. Curr Opin Ophthalmol, 1999,10:282~288
- [7] 朱美玲, 李军陵, 辽龙凤, 等. 自体角膜缘移植治疗翼状胬肉的临床观察[J]. 眼科研究, 1999,17(6):493~494
- [8] 殷伯伦. 环割加烙术治疗蚕蚀性角膜溃疡临床观察[J]. 中国中医眼科杂志, 1993,3(3):144
- [9] Barraquer J. Etiology, pathogenesis and treatment of the pterygium. In: Transaction of the New Orleans Academy of Ophthalmology, Symposium on Medical and Surgical Diseases of the corner[J]. CV Mosby, 1980(2):167

(收稿日期:2006-08-28)

欢 迎 投 稿 ! 欢 迎 订 阅 !