

睑板腺按摩联合改良式雷火灸治疗中老年干眼患者的 效果观察

廖美英 黎 琴 (通讯作者) 黄明丽 梁海敏 黎巧梅

广西中医药大学附属瑞康医院眼科 广西 南宁 530011

摘要:目的:探讨睑板腺按摩联合改良式雷火灸对中老年脂质缺乏型干眼患者的应用效果。方法:选取60例(120只眼)中老年脂质缺乏型干眼患者,按随机数字表法分为观察组和对照组。对照组睑板腺按摩每周一次,0.1%玻璃酸钠滴眼液滴眼,每日4次,10天为一个疗程,连续两个疗程;观察组在对照组基础上予改良式雷火灸。分别于治疗前、2个疗程结束后观察记录两组患者的泪膜破裂时间(BUT),泪液分泌试验(SIT),干眼症状总积分情况。并比较两组患者BUT、SIT、干眼症状总积分及临床总效果。结果:治疗后两组患者BUT较治疗前延长($P < 0.05$)且观察组BUT优于对照组差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组SIT较治疗前提高($P < 0.05$)且优于对照组差异有统计学意义($P < 0.05$);两组患者干眼症状总积分较治疗前降低且观察组干眼症状总积分优于对照组差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组总有效率优于对照组差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:睑板腺按摩联合改良式雷火灸能有效促进中老年脂质缺乏型干眼患者的泪液分泌,延长泪膜破裂时间,较好地改善患者干眼症状,效果满意。该方法操作简单、无创伤、患者无痛苦,临床易于推广。

关键词:改良式雷火灸;中老年;脂质缺乏型干眼;效果

引言:

干眼是由于泪液的量或质或流体动力学异常引起泪膜不稳定和或眼表损害,导致眼部不适症状及视功能障碍的一类疾病。主要表现为眼睛干涩、异物感、畏光、视疲劳、视力模糊、分泌物黏稠等症状,患者大多存在泪液不足的情况^[1]严重影响患者生活质量。据统计^[2]我国的干眼发生率约为21% - 30%。中医学认为干眼症属于“神水将枯”“白涩症”“燥症”“神水枯瘁”等,属于燥证范畴。随着社会的发展,视频终端广泛应用,生活压力加大,作息紊乱,长期空调环境,中老年人脏腑功能退化下降等,罹患脂质缺乏型干眼在临床已经常见^[3]。西医治疗主要是人工泪液替代疗法,能暂时改善干眼的症状,长期使用可能会造成依赖性甚至眼表的二次损害。本研究基于中医辨证论治理论出发,以传统经络学为原理,探索可调节雷火灸架行改良式雷火灸对中老年脂质缺乏型干眼的应用效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

1.1.1 诊断标准

参照干眼临床诊疗专家共识(2020年)^[4]诊断标准如下:

(1) 睑板腺功能障碍的表现:睑缘增厚、睑缘角化、睑板腺开口堵塞及凸起变形、睑板腺管呈条索状,睑板腺管内有凝脂等表现。(2) 在(1)的基础上患者有以下的眼部主观症状之一:干燥感、异物感、疲劳感、不适感、烧灼感、视力波动等,且泪膜破裂时间(tear film break-up time, BUT) $\leq 5s$ 或(无表面麻醉)泪液分泌试验(Schirmer I Test, SIT) $\leq 5mm/5min$,可诊断为睑板腺功能障碍型干眼。(3) 在(1)基础上患者有以下眼部主观症状之一:干燥感、异物感、疲劳感、不适感、烧灼感、视力波动等,且 $5s < BUT \leq 10s$ 或 $5mm/5min < SIT < 10mm/5min$ 时,且有角结膜荧光素染色

阳性,可诊断睑板腺功能障碍型干眼。

中医诊断标准参照2019年版彭清华主编的《中医眼科学》^[5]及1995年国家中医药管理局发布的中医病证诊断疗效标准^[6]制定,干眼诊断标准:主症:(1)眼干,(2)双目频眨,(3)羞明畏光,(4)白睛隐隐淡红,(5)久视加重,(6)黑睛可有细点状星翳;次症:(1)口干少津;(2)腰膝酸软;(3)头晕耳鸣;(4)五心烦热;夜寐多梦(5)舌红苔薄,脉细。以上主症和次症中1-2项者诊为干眼。

纳入标准:①年龄 ≥ 55 岁;②所有患者均符合睑板腺功能障碍型干眼;③配合度良好;④自愿参与研究,并签署知情同意书。⑤参与研究一个疗程以上,因故未能继续者纳入统计。

排除标准:①合并高血压病3级;②共济失调者;③神经精神障碍者;④眼周有皮肤破损及炎症者;⑤内眼手术后 ≤ 3 个月者。

剔除标准:①治疗过程中出现过敏反应或者严重

不良反应者；②依从性差者，难以完成本次观察者；③治疗过程中主动退出者。

1.1.2 病例选择

采用随机数字表抽样的方法，选取2022年1月-2023年6月在我院就诊的中老年睑板腺功能障碍致脂质缺乏型干眼患者60例（120只眼），经本医院医学伦理委员会批准，遵循知情同意原则，分为观察组和对照组。每组30例（60只眼），其中观察组男8例，女22例，年龄55岁~75岁，平均为66.333±9.4077岁，对照组男8例，女22例，年龄55岁~73岁，平均为62.867±9.6087岁，病程6个月~4年。两组患者在性别、年龄、病程、文化程度等方面比较差异无统计学意义，具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

(1) 睑板腺按摩^[7] 睑板腺按摩每疗程一次，共两个疗程。(2) 0.1% 玻璃酸钠滴眼液滴眼，每次一滴，每日4次，10天为一个疗程，连续两个疗程。辅以日常生活指导，如饮食、作息、眼卫生等健康宣教。

1.2.2 观察组

在对照组基础上，施以可调式雷火灸架行改良式雷火灸法。具体方法如下：

改良式雷火灸法：(1) 将点燃后的4根雷火灸条放入可调式雷火灸架内固定针上，患者取仰卧位，闭目，施灸者将已准备好的可调式雷火灸架放于双眼、额头上，双耳两旁，调节好适宜距离，期间询问患者对温度的感受，调整适合高度，时间10分钟；(2) 眼部穴位雀啄灸和按摩：可调式雷火灸架撤下后，选取眼周穴位，一手持雷火灸条按穴位顺序，依次每个穴位行雀啄灸9次，每3次滞灸3秒共3次；雀啄灸后另一手拇指揉压该穴位10圈，每次待出现酸、麻、胀感后滞压5秒共5次。顺序为：睛明→攒竹→阳白→丝竹空→瞳子髻→四白→百会——耳→合谷；同法对侧。以上操作每天1次，每

次约30分钟。10天为1个疗程，共2个疗程。

1.3 观察指标及评价标准 于治疗前，治疗结束后进行

1.3.1 泪液分泌试验 (SIT)

于安静、柔和光线的检查室内，未滴入眼药水及无表面麻醉情况下将泪液检测滤纸条（天津晶明新技术开发有限公司）一端（标识处）折弯，置于被检者下睑结膜囊中外1/3交界处，避免接触角膜，另一端悬垂于下方眼睑，嘱患者轻闭双眼，5min后取下滤纸观察并记录滤纸湿润长度。数值≥10mm/5min为泪液分泌正常。

1.3.2 泪膜破裂时间 (BUT)

在常温、避光室内，下结膜囊滴入1% 无菌荧光素钠滴眼液，嘱患者瞬目3-4次，使荧光素均匀涂布于眼表，双眼平视，在裂隙灯显微镜下观察，从末次瞬目至角膜出现首个黑斑时间为泪膜破裂时间，测量三次取平均值。BUT ≥ 10S为正常。

1.3.3 主观症状积分

参考《中药新药临床研究指导原则》^[8] 自制问卷调查表，由患者根据干涩感、异物感、畏光、分泌物、烧灼感、视疲劳六项常见症状的严重程度自行填写。每个症状按程度从无到重分为消失、较轻、明显、难忍四个等级，分别赋以分值0、1、2、3分，各症状得分相加为干眼症状总积分（0~18分），总积分值越低症状越轻，疗效越好。

1.3.4 评价标准

参照2002年《中药新药临床研究指导原则》^[8] 拟定，疗效指数(N) = (治疗前临床症状总积分 - 治疗后临床症状总积分) / 治疗前临床症状总积分 × 100%。分为显效，有效，无效。显效：疗效指数(N) ≥ 70%，BUT ≥ 10S，SIT ≥ 10 mm/5min；有效：疗效指数在30%~69%，BUT较前延长、SIT较前提高；无效：疗效指数在30%以下，BUT无改变，SIT无增加。

表1：干预前后两组组内及组间 BUT、SIT 比较

组别	眼数	BUT				SIT			
		干预前	干预后	t	p	干预前	干预后	t	p
观察组	60	5.20±2.073	6.75±2.005	4.677	0.000	6.10±1.920	7.48±2.274	3.289	0.002
对照组	60	5.17±1.941	5.97±2.000	2.084	0.041	5.45±2.197	6.05±2.368	1.913	0.061
t		0.091	2.143			2.404		3.382	
p		0.928	0.034			0.087		0.001	

1.4 数据处理

所有数据采用 SPSS 19.0 统计软件进行统计学分析, 各项积分用均数 ± 标准差描述, 组间比较采用独立样本 t 检验; 治疗前后比较采用配对样本 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后两组组内及组间 BUT、SIT 比较

干预前两组患者 BUT、SIT 比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后两组患者 BUT 较治疗前延长 ($P < 0.05$), 观察组 BUT 优于对照组差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组 SIT 较治疗前提高 ($P < 0.05$)、与对照组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 对照组 SIT 与治疗前比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); (见表 1)。

2.2 两组患者干眼症状积分比较

干预前两组患者干眼症状总积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 干预后两组患者干眼症状总积分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$) (见表 2)。

表 2: 干预前后两组患者干眼症状总积分比较

组别	例数	干眼症状总积分	
		干预前	干预后
观察组	30	11.53 ± 3.10	3.80 ± 1.270
对照组	30	12.20 ± 3.188	6.97 ± 2.646
t		-0.821	-5.910
p		0.706	0.005

2.3 两组患者临床疗效比较

观察组总有效率为 86.66%, 对照组总有效率为 63.33%, 观察组疗效优于对照组差异有统计学意义 ($P < 0.05$) (见表 3)。

3 讨论

睑板腺功能障碍性干眼多由脾胃湿热内蕴, 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。该病病因复杂, 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^[9]。

改良式雷火灸改良式雷火灸为使用可调式雷火灸架, 灸条取自赵氏雷火灸 (渝食药监械号 / 渝械注准: 20150065/20172270086)。具有温经通络、活血化瘀、消炎止痛、通关利窍之功效。固定式的灸架其优点为温度均匀持久, 保证维持有效稳定的热作用, 药物在热效应下持续刺激穴位, 浸入穴位及眼表皮肤, 促进睑板腺管扩张及消融凝结的睑脂。其次对所取穴位采用雀啄灸 → 指压揉穴的方法, 利用雀啄灸穴位点能量代谢明显高于周围点的特点, 及指压揉穴通经得气的作用, 使穴位和经络系统产生更为有效的刺激, 畅通经络, 使脏腑气血循环加快, 组织新陈代谢加快, 促进各生理功能的恢复^[10]。改良式雷火灸法除热刺激和红外辐射的作用外, 还集经络效应、药物局部渗透效应于一体^[11], 抑制眼表细胞炎症反应及修复结膜杯状细胞、角膜结膜及泪腺损伤^[12], 同时使眼部气机流畅、气血津液上达, 促进泪液分泌, 濡养目及泪窍^[13], 有效的改善患者干眼症状。

本研究结果显示, 干预后两组患者 BUT 较治疗前延长 ($P < 0.05$), 观察组 BUT 优于对照组差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组 SIT 较治疗前提高 ($P < 0.05$) 且优于对照组差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 对照组 SIT 与治疗前比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后两组患者干眼症状积分低于干预前, 观察组患者的干眼症状总积分优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 干预后观察组总有效率优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明两种方法均能稳定泪膜, 使泪膜破裂时间延长, 改善干眼症状。但观察组更优于对照组。分析其原因, 通过改良式雷火灸的方法, 以通调头面部经络, 促进其余经络的通调, 更快的促进脏腑气血运行, 达到活血利窍、促进泪腺分泌泪液、稳定泪膜, 改善患者干眼症状。相对于针刺、刮痧、口服中药等疗法, 该法无痛、无创伤、用时短、该操作简便, 易学, 临床易推广。

表 3: 干预后两组总有效率比较

分组	例数	有效 (%)	好转 (%)	无效 (%)	总有效率 (%)
观察组	30	13 (43.33)	13 (43.33)	4 (43.33)	26 (86.66)
对照组	30	8 (26.66)	10 (30.00)	11 (36.66)	18 (63.33)
P					0.049

注: 对照组秩均值: 34.65, 观察组秩均值: 26.35, u (Z 值): -1.965

小 结：

干眼作为眼科最常见的慢病之一，中医正在越来越发挥其重要性。本次研究尚有欠缺之处，如对睑板腺功能障碍型干眼有效，对其余证型干眼是否有同样的效果。另外样本量少，研究周期过短，选灸时间未能相对恒定，是否对结果有影响？有待我们下一步研究。

该研究与产品无相关利益关系。

参考文献：

[1] 孙游, 赵扬, 张玮, 等. 普拉洛芬联合玻璃酸钠治疗老年糖尿病白内障术后干眼症的疗效观察 [J]. 解放军医学院学报, 2018,39(12):1064-1066.

[2] 刘祖国, 杨文照. 重视我国干眼的流行病学研究 [J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志, 2014,16(9):513-516.

[3] 樊小青, 朱燕, 姚宁. 116 例干眼症的中医体质与中医证型频数调查 [J]. 西部中医药, 2014,27(4):79-81.

[4] 中国干眼专家共识: 定义和分类 (2020 年) [J]. 中华眼科杂志, 2020, 56:418-422。

[5] 彭清华. 中医眼科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2019:127-128

[6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京: 南京大学出版社. 1995:75.

[7] 廖美英, 黎琴, 黄明丽, 等. 睑板腺按摩联合中药雾化熏眼治疗干眼症的疗效观察及护理 [J]. 广西中医药大学学报, 2015,18(2):39-41.

[8] 中华人民共和国卫生部. 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, 2002:306-310

[9] 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.

[10] 罗海丽, 陈淑敏, 罗丽霞. 雷火灸神阙穴干预慢性疲劳综合征患者的对照研究 [J]. 护理学报, 2018, 25(12):53-56

[11] 郑俊, 陈可, 张玲. 改良中药热敷治疗寒湿型腰椎间盘突出症的效果观察 [J]. 护理学报, 2016,23(4):62-63

[12] ZHANG CH, ZHANG LL, ZHANG D, et al. Influence of electroacupuncture on histomorphology of lacrimal glands and ocular surface in experimental dry eye syndrome [J]. J Acupunct Tuina Sci, 2016,14(5):320-327

[13] 任芳, 胡晓丹, 南洋头面部刮痧疗法治疗肝肾阴虚型干眼临床观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2020,29(15):1616-1619,1626

基金项目：1. 广西壮族自治区中医药管理局自筹经费科研课题（GZZC2020099）；2. 广西壮族自治区卫生厅自筹经费科研课题（Z2013243）；3. 广西医药卫生适宜技术推广三等奖 编号：201821503；4. 国家新型实用专利：一种可调式雷火灸治疗架，专利号 ZL201920323300.1。

作者简介：

廖美英，女，副主任护师，广西南宁市华东路10号广西中医药大学附属瑞康医院。

通讯作者：黎琴，女，主任护师，广西南宁市华东路10号广西中医药大学附属瑞康医院。