

DOI :10.3969/j.issn.1672-9463.2018.03.009

揸针联合眼舒颗粒治疗干眼临床观察

曹兴伟 张霞 方琳 汪伟

干眼又称角结膜干燥症,是多种原因引起的泪液的质或量的异常,或动力学异常引起的泪膜稳定性下降,并伴有眼部不适,或眼表组织损害的一类病症的总称^[1]。常表现为眼部的干涩感、异物感、烧灼感、眼痒、畏光、眼红、视疲劳等不适感,由于空气污染的影响、电脑、手机的长时间使用等诸多因素,导致干眼患者较多,因此探寻一种方便且有效的治疗方式成为眼科工作者的目标。眼舒颗粒是由我院王明杰教授经过多年的临床实践,自主研发的治疗眼表疾病的院内制剂。揸针又称微型针灸,具有使用方便、针刺无痛的特点。近年来作者用揸针联合眼舒颗粒治疗干眼,效果较好,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料 收集我院眼科门诊 2016 年 10 月~2017 年 10 月确诊为干眼的患者 90 例,随机分为两组。观察组 45 例,男 20 例,女 25 例,年龄 20~58 岁,平均(42.1±9.6)岁;病程 1~21 个月,平均(10.71±6.01)月。对照组 45 例,男 21 例,女 24 例;年龄 20~55 岁,平均(41.7±9.4)岁;病程 1~24 个月,平均(10.98±6.35)月。两组患者年龄、性别、病程相比较,均无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 依据刘祖国等^[2]关于干眼诊断标准:主观症状(必需):干燥感、异物感、疲劳感、不适感。泪膜不稳定(必需):泪膜破裂试验。泪液分泌减少:泪河高度、Schirmer 试验。眼表面损害(加强诊断):荧光素染色。在上述几项中,排除其他原因后有 1+2 (5min)或 1+2 (10min)

+3/4,即可诊断为干眼。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准;签署知情同意书。

1.4 排除标准 不符合诊断标准;未按规定治疗或采用了其他方式影响疗效评价;资料不全无法判定疗效;出现不良反应,难以继续完成治疗方案;合并妊娠、意向妊娠或哺乳期者;患有严重的高血压、糖尿病、心脏病及肾功能异常等;排除因倒睫、严重的结膜炎、结膜及角膜异物、角膜溃疡、虹膜炎等眼部疾病引起的眼干不适者。

1.5 治疗方法 治疗组:采用揸针(日本株式会社生产,代理公司:四川唯高科技有限责任公司,注册证编号:国械注进 2014227129)联合眼舒颗粒治疗。取穴:太阳、攒竹、四白、丝竹空、印堂、合谷、三阴交穴位。操作:常规消毒穴位周围皮肤后,将带有胶布的揸针用镊子夹取,揸针针尖对准穴位按下,刺入皮肤,嘱患者不定时按压贴针部位,使其产生酸胀感,面部选取靠近患处穴位。揸针每天更换 1 次。每日 1 次,连续 14 天为 1 个疗程,眼舒颗粒口服,每次 10g,每日 3 次,14 天为 1 个疗程。2 个疗程后统计疗效。

对照组患者用 0.1% 玻璃酸钠滴眼液(德国 URSAPHARM 公司,进口药品注册证号 H20150150),每天滴眼 3 次,每次 1 滴。1 个月后评定疗效。

1.6 观察指标 主观感受症状积分、泪液分泌实验(SIT)、泪膜破裂时间(BUT)、角膜荧光染色(FL)为主要疗效判定指标。其中主观感受症状包括干涩感、异物感、烧灼感、眼痒、畏光、眼红、视疲劳。无症状记 0 分,偶尔有症状记 1 分,经常出现记 2 分,持续出现无缓解记 3 分。记录 7 组主观感受分值,参照中药新药临床研究指导原则^[3]:疗效指数(%)=(治疗前症状积分-治疗后症状积分)/治疗前症状积分×100%。疗效指数 90% 为治愈,60% 疗效指数 <90% 为显效,30% 疗效指数 <60% 为有效,疗效指数 <30% 为无效。

作者单位 646000 四川泸州,西南医科大学附属中医医院
通讯作者 汪伟

1.7 疗效判定标准 参照国家中医药管理局颁发的《中医病证诊断疗效标准》^[4] 结合临床实际制定。以主观感受临床症状、泪液分泌实验(SIT)、泪膜破裂时间(BUT)、角膜荧光染色(FL)为主要疗效判定指标。治愈:主观症状消失, SIT >10mm/5min, BUT >10s, FL 阴性;显效:主观症状明显改善, 5mm/5min < SIT <10mm/5min, BUT 较前延长, FL 减少, 评定为 1 分;有效:主观症状改善, SIT 值较前增加, BUT 时间较前延长, FL 减少, 评定为 1~2 分;无效:主观症状无改善, SIT、BUT、FL 评定均无明显变化。

1.8 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件, 以均数 ± 标准差表示计量资料, 采用 *t* 检验, 等级资料用秩和检验, 以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后眼部主观症状积分比较 治疗前两组患者的主观症状积分无明显差异(*t* = 0.410, *P* = 0.683), 治疗 4 周后两组患者主观症状积分均较治疗前降低, 差异有统计学意义(*P* = 0.009), 观察组主观症状积分与对照组比较下降更明显, 差异有统计学意义(*t* = -2.44, *P* = 0.017)。见表 1。

表 1 两组治疗前后眼部主观症状积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗 4 周	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	45	9.09 ± 3.21	1.40 ± 1.83	19.644	0.000
对照组	45	8.82 ± 2.96	2.55 ± 2.58	24.345	0.000

2.2 两组治疗前后 SIT 比较 治疗前两组患者的 SIT 值比较无明显差异(*t* = -0.236, *P* = 0.814); 治疗 4 周后两组患者 SIT 值与治疗前比较均有升高, 差

异有统计学意义(*P* < 0.05), 观察组 SIT 值与对照组比较升高更明显, 差异有统计学意义(*t* = 3.812, *P* = 0.00)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 SIT 比较($\bar{x} \pm s$, mm/5min)

组别	n	治疗前	治疗 4 周	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	45	4.69 ± 1.81	9.27 ± 2.96	-13.641	0.000
对照组	45	4.60 ± 1.75	7.11 ± 2.36	-9.608	0.000

2.3 两组治疗前后 BUT 比较 治疗前两组患者的 BUT 时间比较无明显差异(*t* = 0.00, *P* = 1.0), 治疗 4 周后两组患者 BUT 与治疗前比较均延长, 差异有统计学意义(*P* < 0.05); 治疗组 BUT 与对照组比较延长更显著, 差异有统计学意义(*t* = 2.573, *P* = 0.012)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 BUT 比较($\bar{x} \pm s$, s)

组别	n	治疗前	治疗 4 周	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	45	4.73 ± 1.61	8.35 ± 2.21	-12.414	0.000
对照组	45	4.73 ± 1.65	7.17 ± 2.12	-7.348	0.000

2.4 两组患者治疗前后 FL 比较 治疗前两组患者的 FL 评分比较无明显差异(*t* = -0.229, *P* = 0.819); 治疗 4 周后两组患者 FL 评分与治疗前比较均有明显降低, 差异有统计学意义(*P* < 0.05); 观察组治疗后 FL 评分与对照组比较差异无统计学意义(*t* = -1.880, *P* = 0.062)。见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 FL 比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗 4 周	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	45	3.73 ± 3.39	0.95 ± 1.58	8.119	0.000
对照组	45	3.58 ± 3.03	1.77 ± 2.45	7.736	0.000

2.5 两组临床疗效比较 观察组总有效率高于对照组, 差异有统计学意义(*Z* = -2.804, *P* < 0.05)。见表 5。

表 5 两组临床疗效比较[n (%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	45	23 (51.11)	11 (24.44)	7 (15.56)	4 (8.89)	41 (91.11)
对照组	45	11 (24.44)	13 (28.89)	10 (22.22)	11 (24.44)	34 (75.56)

3 讨论

干眼又称角结膜干燥症, 属中医学中的“目涩候”、“白涩症”等范畴。最早可以追溯到隋朝的《诸病源候论》有此记载, 曰“目, 肝之外候也。脏腑之精华, 宗脉之所聚, 上液之道, 若悲哀内动腑脏, 则液道开而泣下, 其液竭者, 则目涩。又风邪内乘其腑脏, 外传于液道, 亦令泣下而数欠, 泣竭则目涩”, 至明代《傅氏眼科审视瑶函》中提到: “白涩症不肿不

赤, 爽快不得, 沙涩昏矇, 名曰白涩”。现代医家认为其病因病机多为外感风热, 余热未清, 隐伏目络, 肺阴不足, 目失濡养, 肝肾亏虚, 阴血不足, 过劳或用目过度, 肝肾阴精亏损, 不能上濡于目所致, 治疗应以祛风清热利肺, 滋补肝肾, 养血明目为主^[5]。眼舒颗粒方中黄芪、当归、白芍益气养血, 枸杞子、黄精滋养肝肾, 葛根、地龙、川芎、柴胡、羌活、白芷、防风祛风解痉、理气活血, 柴胡引药入目^[6]。联合揸针取穴: 太阳、攒竹、四白、丝竹空、印堂等眼周穴位, 能促进眼

部气血运行,活血通络,改善视疲劳,促进泪液分泌功能恢复。合谷穴为手阳明大肠经之原穴,通过揸针刺刺激可以有效调节气血而达到活血理气的作用。三阴交是肝、脾、肾三经的交会穴,具有补脾、调肝、益肾、宁神的功效。合谷、三阴交两穴合治系阴阳相合,能使气血同调、阴阳同治及脏腑一体,以达行气活血、滋阴补肾的效果^[7]。

研究发现揸针联合眼舒颗粒治疗干眼,能够改善干眼所致的眼部干涩不适,其有效率优于对照组,在泪液分泌功能及泪膜破裂时间的恢复上,都优于对照组,在对角膜上皮修复的治疗上,观察组与对照组比较无明显差异,两组积分比较差异无统计学意义。

目前社会环境的影响,空气污染、电脑、手机的长时间使用等诸多因素都可能引起干眼的发生。随着对眼健康的重视,出现大量的治疗方式,如人工泪液、加热眼罩、传统针刺等,都被证明是能有效地缓解干眼症状,但人工泪液具有较强的依赖性,停药后症状反复,且多数人工泪液含有防腐剂,治

疗疾病的同时,又破坏眼表的正常生态功能。传统针刺在眼周取穴具有较大的风险性,且治疗过程容易不变,因此我们选取方便易行的揸针联合眼舒颗粒治疗干眼,达到了甚至优于人工泪液的治疗效果,具有一定的临床应用价值。但因目前我们治疗样本较小,还有待长时间大样本观察。

参 考 文 献

- 1 赵堪兴,杨培增.眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:92
- 2 刘祖国,彭娟.干眼症的诊断及治疗规范[J].眼科研究杂志,2008,26(3):162
- 3 中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国中医药科技出版社,2002:306-310
- 4 国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准中医眼科病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:102
- 5 段俊国.中医眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2014:156-158
- 6 李群英,汪伟,冯小梅,等.眼舒颗粒治疗视疲劳的临床观察[J].中国中医眼科杂志,2010,20(5):264
- 7 冯均信,刘希茹.针刺治疗干眼症临床观察[J].陕西中医眼科杂志,2017,38(11):1595

(收稿 2018-01-11)

表格形式的选取

表格是记录数据或事物分类等的一种有效表达方式,具有简洁、清晰、准确的特点,逻辑性和对比性又很强,我刊目前推荐使用三线表(是卡线表经简化和改造而成的),通常一个表只有3条线,即顶线、底线和栏目线,“三线表”由此而得名。其中顶线和底线为粗线,栏目线为细线,必要时可加辅助线。三线表的规范格式:

▲表序和表题:表序即表格的序号,一篇论文中如只有1个表格,则表序编为“表1”。表题即表格的名称,应准确得体(能确切反映表格的特定内容),应简短精练。

▲项目栏:指表格顶线与栏目线之间的部分,栏目是该栏的名称,反映了表身中该栏信息的特征或属性。

▲表身:三线表内底线以上、栏目线以下的部分叫做表身,是表格的主体。表身内的数字一般不带单位,百分数也不带百分号,均归并在栏目中。表身中不应有空项,如确系无数字的栏,应区别情况对待,在表注中简要说明,不能轻易写“0”或画“—”线等填空,因“—”可代表阴性反应,“0”代表实测结果为零。

▲表注:必要时,应将表中的符号、标记、代码,以及需要说明的事项,以最简练的文字,横排于表题下作为表注也可附注于表下。