

### 3 讨论

CAG属于“痞满”“胃痞”范畴,其主要病机为脾胃气虚、气滞血瘀,为本虚标实证,其中,脾虚络阻是CAG的主要证型,因此,临床治疗应遵循健脾益气的原则治疗本虚,遵循行气活血的原则治疗标实<sup>[5]</sup>。同时,以往研究<sup>[6]</sup>表明,CAG的主要病理基础即脾胃虚弱,主要病机及环节即胃失和降、气机阻滞,在病程发展的过程中形成血瘀。健脾活血方中丹参、党参、黄芪三者共为君药,丹参具有活血、祛瘀、生新之功效,党参、黄芪可益气、补脾;同时,白术与山药配伍,可益气、养胃、健脾;桃仁、红花、当归共用,可活血、补血、散瘀;以上五味药物共为臣药。枳壳、九香虫、香附三味药可开郁、宽中、行气;川芎可行气止痛,活血化瘀;木香可消食、健脾;茯苓渗湿、健脾;白花蛇舌草可解毒、清热;以上七味药为佐药。炙甘草为使药,可调和诸药,和中缓急。全方配伍严谨,可达到活血祛瘀、健脾益气的效果<sup>[7-8]</sup>。

本研究结果显示,观察组治疗总有效率为91.67%,高于对照组的78.33%,差异有统计学意义( $P<0.05$ );治疗后,观察组患者各项中医证候积分、胃镜及病理积分均明显低于对照组( $P<0.05$ ),证实健脾活血汤治疗CAG的优势显著。与常规西医疗比较,中医药具有独特的辨证优势,可达到标本兼治的效果,减少病情复发及不良反应<sup>[9]</sup>。本研究为强化对比,对照组患者同样使用纯中药制剂胃复春片治疗,该药主要成分为香茶菜、枳壳等,可消除胃黏膜炎症,改善局部血液循环状态,促进黏膜再生及修复,调节机体免疫,应用效果良好<sup>[10]</sup>。分析研究结果,与胃复春片比较,健脾活血汤的治疗效果

更好,患者获益更大,推测可能是由于健脾活血汤组方针对性更强,行气活血而不伤正,补虚而不留瘀,可达到醒脾调胃、活瘀定痛之功效。

综上所述,健脾活血汤治疗CAG疗效显著,可降低患者中医证候积分及病理积分,值得临床应用。

### 参考文献

- [1] 闫文慧,闫文峰.健脾活血汤对慢性萎缩性胃炎患者血清PG、G-17表达的影响[J].北方药学,2019,16(4):139-140.
- [2] 韩远峰,夏仕俊,于林冲,等.疏肝健脾活血法治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效研究[J].中医临床研究,2018,10(24):73-76.
- [3] 王萍.雷贝拉唑钠肠溶片联合胃复春片治疗慢性胃炎伴反流性食管炎的疗效及安全性[J].临床医学,2019,39(9):119-120.
- [4] 胡锦涛,蒋士生,肖梅英,等.健脾解毒活血汤对幽门螺杆菌相关性胃炎脾胃湿热证模型小鼠IL-1 $\beta$ 、GAS的影响[J].湖南中医杂志,2019,35(10):144-146.
- [5] 黄荣.温脾养胃汤联合荆花胃康胶丸治疗46例脾胃虚寒型幽门螺杆菌感染慢性胃炎患者的疗效观察[J].实用医技杂志,2018,25(12):1382-1383.
- [6] Xing Chen, Ruilin Wang, Chunmei Bao, et al. Palmatine ameliorates Helicobacter pylori -induced chronic atrophic gastritis by inhibiting MMP-10 through ADAM17/EGFR[J]. European Journal of Pharmacology, 2020,882:173267.
- [7] 苏惠玲.慢性萎缩性胃炎患者血清胃蛋白酶原、胃泌素17水平及其临床意义[J].中国实用医刊,2020,47(5):33-36.
- [8] Liangjun Yang, Zhipeng Hu, Jiajie Zhu. Effects of weifuchun tablet for chronic atrophic gastritis: A protocol for systematic review and meta-analysis[J]. Medicine, 2020,99(22):e20374.
- [9] 沈靖.多潘立酮与泮托拉唑联合应用于慢性浅表性胃炎治疗的价值分析[J].泰山医学院学报,2018,39(10):1123-1124.
- [10] 徐伟超,赵润元,李佃贵,等.国医大师李佃贵诊治慢性萎缩性胃炎临床经验的数据挖掘[J].中华中医药杂志,2019,34(9):4350-4353.

doi:10.3969/j.issn.1009-4393.2022.07.023

--论著--

## 揶针埋针联合红花清肝十三味丸治疗早期麦粒肿患者的临床疗效

张静

(昌平区中西医结合医院眼科,北京 102200)

**摘要:**目的 探索揶针埋针联合红花清肝十三味丸治疗早期麦粒肿患者的临床疗效。方法 选取2017年7月至2019年6月本院收治的126例早期麦粒肿患者作为研究对象,采用区组随机化法分为参照组和实验组,各63例。参照组接受常规抗感染治疗,实验组在参照组基础上并行揶针埋针联合红花清肝十三味丸治疗,比较两组治疗前后主观症状积分、首发非接触泪膜破裂时间(noninvasive first break-up time, NIKF-BUT)、平均泪膜破裂时间(noninvasive average break-up time, NIKav-BUT)及临床疗效。结果 治疗7、14 d后,两组主观症状积分均下

降,且实验组低于参照组( $P<0.05$ );两组 NIKF-BUT 和 NIKav-BUT 水平均延长,且实验组长于参照组( $P<0.05$ );实验组治疗总有效率为 96.83%,显著高于参照组的 80.95%( $P<0.05$ )。结论 揸针埋针联合红花清肝十三味丸治疗早期麦粒肿效果显著,能有效改善患者临床症状,消除肿痛,延长泪膜破裂时间。

关键词: 揸针埋针;红花清肝十三味丸;早期麦粒肿;临床疗效

# Clinical effect of pressing acupuncture and buried needle combined with Honghua Qinggan Shisanwei Pill in the treatment of patients with early styte

ZHANG Jing

(Department of Ophthalmology, Changping District Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing, 102200, China)

**Abstract:** Objective To explore the clinical effect of acupuncture and buried needle combined with Honghua Qinggan Shisanwei pill in the treatment of patients with early styte. Methods 126 patients with early styte treated in our hospital from July 2017 to June 2019 were selected as the research subject, they were divided into the reference group and the experimental group according to the block randomization method, with 63 cases in each group. The reference group received conventional anti-infective treatment, the experimental group were treated with acupuncture and acupuncture combined with Honghua Qinggan Shisanwei pills on the basis of reference group. The subjective symptom scores and first episodes of patients noninvasive first break-up time (NIKF-BUT), noninvasive average break-up time (NIKav-BUT) and clinical efficacy between two groups before and after treatment were compared. Results After 7 days and 14 days of treatment, the subjective symptom scores of the two groups were decreased, and the subjective symptom scores of the experimental group was significantly lower than the reference group ( $P<0.05$ ); NIKF-BUT and NIKav-BUT of the two groups were improved, and the experimental group was significantly longer than the reference group ( $P<0.05$ ); the total effective rate of treatment in the experimental group was 96.83%, which was significantly higher than 80.95% in the reference group ( $P<0.05$ ). Conclusion The treatment of early styte patients with the acupuncture needle combined with Honghua Qinggan Shisanwei pills can effectively improve the clinical symptoms of patients, eliminate swelling and pain, and prolong the time of tear film rupture.

Keywords: Acupuncture and buried needle; Honghua Qinggan Shisanwei pills; Early styte; Clinical efficacy

麦粒肿又称针眼或土疔,本质为眼睑处出现的小硬结、红肿,因其形似麦粒,故得名麦粒肿<sup>[1-2]</sup>。麦粒肿具有较强的惯发性,且多发于青年患者的一侧眼睑,亦有少部分患者为两侧并发;麦粒肿早期仅具有轻微症状,如眼痒、红肿等,若不及时采取治疗措施,会累及整个眼睑,严重者甚至留下瘢痕<sup>[3]</sup>。西医学角度认为,麦粒肿是急性化脓性炎症,故其对抗治疗也较为简单,即应用抗感染药物进行涂抹、口服及注射治疗<sup>[4]</sup>。中医学角度则认为,麦粒肿是因外邪入侵所致的疔肿,需认清病源,进行综合性治疗。基于此,本研究旨在探讨揸针埋针联合红花清肝十三味丸治疗早期麦粒肿患者的临床疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2017年7月至2019年6月就诊于本院的早期麦粒肿患者126例为研究对象,采用区组随机化法分为两组,每组63例。参照组男38例,女25例;平均年龄(45.53±8.48)岁;平均病程(2.56±1.48)d;左眼患病35例,右眼患病28例。实

验组男36例,女27例;平均年龄(46.23±9.18)岁;平均病程(2.12±1.54)d;左眼患病30例,右眼患病33例。两组临床资料比较差异无统计学意义,具有可比性。本研究经本院医学伦理委员会审核批准。

1.2 诊断、纳入及排除标准 诊断标准:参照《针眼的诊断依据、证候分类、疗效评定—中华人民共和国中医药行业标准〈中医内科病证诊断疗效标准〉(ZY/T001.1-94)》<sup>[5]</sup>中关于麦粒肿的症状描述,发病初起眼睑痒痛,睑弦微肿,手按能感受到明显的小硬结,且具有明显的压痛感;患者角膜荧光染色呈阳性;泪膜破裂时间(BUT)≤10 s。纳入标准:①患者符合麦粒肿的相关诊断标准,且处于发病早期;②患者未接受相关治疗或接受治疗已停药>14 d;③患者及家属均对本研究知情并自愿签署知情同意书。排除标准:①存在严重肝肾衰竭或合并严重基础性疾病;②病历资料不完整;③病情不稳定,具有恶化的趋势;④具有精神类疾病或交流障碍;⑤接受影响本研究的其他治疗方案。

## 1.3 方法

1.3.1 常规治疗 参照组接受常规抗感染治疗,

即指导患者应用红霉素眼膏(北京双吉制药有限公司,国药准字H11021270)涂于眼睑处,每天1~2次;左氧氟沙星滴眼液(参天制药株式会社,国药准字H20150279),每次1滴,每天3次。持续治疗14 d。

1.3.2 揸针埋针联合红花清肝十三味丸治疗 实验组患者在参照组基础上并行揸针埋针联合红花清肝十三味丸治疗,指导患者取坐位,取患者攒竹、丝竹空、四白、印堂、鱼腰、太阳等穴,行常规碘伏消毒;采用清铃揸针(0.2 mm×0.9 mm),以医用镊子夹持揸针,瞄准患者穴位,按下揸针并揸入皮肤;以手指对揸针进行力量埋针,埋针力度需结合患者实际承受力度,埋针时间约1 min,以此增强穴位刺激效果,每天3次,每次间隔时间>4 h,埋针后留置1~3 d,后以医用镊子夹持胶布取出揸针;同时给予实验组患者红花清肝十三味丸(内蒙古蒙药股份有限公司,国药准字Z15020395,规格:2 g/10粒)口服治疗,每次11~15粒,每天2次。持续治疗14 d。

1.4 观察指标 ①主观症状积分。主观症状积分评分包含6个项目,即视物模糊无法久视、强烈的灼热感与痒感、眼睛干涩且具有异物感、眼胀痛、眼畏光及眼红,分值为0~3分,0分为无任何症状;1分为偶有症状;2分为时有症状,但休息后可缓解;3分记为常有症状,休息后无改善。②首发非接触泪膜破裂时间(noninvasive first break-up time, NIKF-BUT)、平均泪膜破裂时间(noninvasive average break-up time, NIKav-BUT)。应用Oculus Keratograph 5测定NIT-BUT,指导患者于光线阴暗的室内入座,使其下颌与额头紧贴Oculus Keratograph 5的托架,使患者放松面部,眼睛自然睁开,并注视placido盘;通过Tear Film Scan软件测定患者角膜前表面曲率变化,以此识别患者泪膜变化,并获得NIKF-BUT及NIKav-BUT相关数据;于治疗前及治疗7、14 d后均指导患者测定3次,取3次平均值作为最终数据。③临床疗效。参照《针眼的诊断依据、

证候分类、疗效评定—中华人民共和国中医药行业标准<中医内科病证诊断疗效标准>(ZY/T001.1-94)》<sup>[9]</sup>中相关疗效评定标准及实际治疗效果,制定疗效评价标准:显效,患者主观症状基本消失,眼部无痒感、无红肿,疼痛及摩擦感消失,BUT>10 s;有效,患者主观症状明显改善,眼部偶尔存在痒感,红肿、疼痛及摩擦感消失,BUT>10 s;无效,患者主观症状无明显改善,眼部仍具有痒感、红肿、疼痛及摩擦感,甚至更为严重,BUT≤10 s。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.5 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件进行数据分析,计量资料以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,采用 $t$ 检验,计数资料以[n(%)]表示,采用 $\chi^2$ 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组主观症状积分比较 治疗前,两组主观症状积分比较差异无统计学意义;治疗7、14 d后,两组主观症状积分均下降,且实验组低于参照组( $P<0.05$ ),见表1。

表1 两组主观症状积分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

Table 1 Comparison of subjective symptom scores between the two groups ( $\bar{x}\pm s$ , scores)

组别	例数	治疗前	治疗7 d后	治疗14 d后
参照组	63	18.54±3.15	17.47±3.25	16.24±0.27
实验组	63	18.69±3.61	16.58±0.11	15.18±2.67
$t$ 值		0.248	2.172	3.135
$P$ 值		0.804	0.031	0.002

2.2 两组NIKF-BUT和NIKav-BUT比较 治疗前,两组NIKF-BUT和NIKav-BUT比较差异无统计学意义;治疗7、14 d后,两组NIKF-BUT和NIKav-BUT均延长,且实验组长于参照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表2。

2.3 两组临床疗效比较 治疗后,实验组治疗总有效率为96.83%,高于参照组的80.95%,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表3。

表2 两组NIKF-BUT和NIKav-BUT比较( $\bar{x}\pm s$ ,s)

Table 2 Comparison of NIKF-BUT and NIKav-BUT between the two groups ( $\bar{x}\pm s$ , s)

组别	例数	NIKF-BUT			NIKav-BUT		
		治疗前	治疗7 d后	治疗14 d后	治疗前	治疗7 d后	治疗14 d后
参照组	63	2.13±0.57	2.65±0.18	2.97±0.21	4.59±1.67	6.94±0.88	7.25±0.96
实验组	63	2.23±0.61	2.89±0.84	3.15±0.08	4.53±1.54	7.35±0.90	7.67±0.13
$t$ 值		0.950	2.217	6.357	0.209	2.585	3.448
$P$ 值		0.343	0.028	0.000	0.834	0.010	0.000

注:NIKF-BUT,非接触泪膜破裂时间;NIKav-BUT,平均泪膜破裂时间

表3 两组临床治疗疗效比较[n(%)]

Table 3 Comparison of clinical therapeutic effects between the two groups [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
参照组	63	25(39.68)	25(39.68)	13(19.05)	50(80.95)
实验组	63	33(52.38)	28(44.44)	2(3.17)	61(96.83)
$\chi^2$ 值					9.156
P值					0.002

### 3 讨论

麦粒肿具有较高的发病率,且发病无年龄限制,但多见于青年患者,多由细菌感染所致。发病早期无明显症状,通常仅具有眼痒、眼睑充血及硬结等表现<sup>[6-8]</sup>。麦粒肿通常潜伏2~3 d后开始发作,表现为硬结软化,产生脓肿,而后脓肿中聚集脓液,出现眼睑红肿、疼痛等症状。严重者炎症甚至扩散至整个眼睑板,导致眼睑脓肿,且具有一定的反复性<sup>[9-10]</sup>。中医学认为,麦粒肿是眼疔,病因多为风邪、热邪及湿邪客于眼睑,而对患者津液造成损伤,演化为疔肿;或因摄入过多辛辣油腻食物,进而导致脾胃积热;或因患者心火、肝火上炎,热毒聚于眼睑,以此表现为疔肿;或因患者脾胃湿热失调,上行至目,热毒壅阻于眼睑处,引发肿痛,进而出现疔肿。麦粒肿严重影响患者的日常生活、工作及形象,若不采取及时有效治疗措施,不仅对患者造成痛苦,且眼睑处可能留下瘢痕<sup>[11]</sup>。

常规西医治疗即针对性地应用抗生素药物,涂抹患眼眼睑处,或指导患者口服、注射抗感染药物;抗感染治疗虽必要,但部分致病菌毒性剧烈,易使病情反复,无法有效根治<sup>[12]</sup>。中医学认为,眼关乎全身脏腑,脏腑所产生的气血津液均上注于目,而目以此得到濡养,从而可视万物;目受血则视,精血上荣又需依靠经络的运行,故经络与目之间存在密切联系。揵针作用原理类似于针灸,但与针灸相比,其创伤小、操作简便,本质为揵钉皮内针,尾部为环形,与其本身呈90°。揵针埋针即为将针刺入皮下后,较长时间固定于相应的穴位,结合“静以久留”的思想,对穴位产生持续并微弱的刺激<sup>[13]</sup>。攒竹穴属太阳膀胱经,对其进行刺激,可清热明目,均衡患者眼部的气血、阴阳;太阳穴则位于颞部,为经外奇穴之一,亦能够明目、通络;四白穴属足阳明胃经,对其进行刺激可祛风、通络、明目;丝竹空穴属少阳三焦经,主管眼部气血,对其刺激可改善眼部的疲劳状态;刺激印堂穴则可调和阴阳,通畅气机;刺激鱼腰穴则可疏风通络,并具有一定的安神作用。通过揵针埋针刺刺激眼部的多处穴位,可达到改善经络脏腑及眼部气血循环的作用,对麦粒肿具有良好的

治疗效果。治疗眼疔亦需采取祛风、清热解毒的方式,本研究所配伍的红花清肝十三味丸是典型的清肝热药物,其组方为红花、川楝子、檀香、牛黄、木香、栀子、水牛角及丁香等,以上诸药协同作用,可调理患者的气机,祛除体内淤积的湿邪,改善麦粒肿的相关症状。本研究结果显示,治疗7、14 d后,两组主观症状积分均下降,且实验组低于参照组( $P<0.05$ );治疗7、14 d后,两组NIKF-BUT和NI-Kav-BUT均提升延长,且实验组长于参照组( $P<0.05$ );实验组治疗总有效率为96.83%,高于参照组的80.95%( $P<0.05$ )。

综上所述,揵针埋针联合红花清肝十三味丸治疗早期麦粒肿效果显著,能有效改善患者的临床症状,加快患者恢复进程。

### 参考文献

- [1] 苏艳,王慧博,李蔚为,等.韦企平从痰瘀互结论治眼科杂病[J].中华中医药杂志,2019,34(10):4474-4478.
- [2] 刘梅,陆希,陈曦,等.醋酸氯己定碘消毒液在跟骨牵引患者针眼护理中的应用[J].中华现代护理杂志,2017,23(2):209-211.
- [3] 周建芳,叶晓敏,黄春香,等.自体动静脉内瘘扣眼穿刺感染的分析及预防[J].中华医院感染学杂志,2017,27(7):1659-1662.
- [4] 蒋莉娅.基于河图洛书后天八卦图浅析眼针之观眼诊病[J].中华中医药杂志,2018,33(10):4426-4428.
- [5] 佚名.针眼的诊断依据、证候分类、疗效评定—中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J].辽宁中医药大学学报,2019,20(2):19.
- [6] 伍芳玲,曹世沛,曾欢,等.普通浓度、高浓度左氧氟沙星滴眼液治疗麦粒肿的临床疗效及安全性[J].当代医学,2018,24(7):80-82.
- [7] 徐中华.高浓度左氧氟沙星滴眼液治疗麦粒肿的效果[J].当代医学,2019,25(2):155-157.
- [8] 程湧,梁建宏,黎晓新.康柏西普玻璃体腔注射治疗急性后极部早产儿视网膜病变的疗效观察[J].中华眼底病杂志,2017,33(2):144-147.
- [9] 刘祖国,梁凌毅.重视蠕形螨性睑缘炎的诊治[J].中华实验眼科杂志,2018,36(2):81-85.
- [10] 王霜宁.角膜内皮功能紊乱的易患因素[J].中华实验眼科杂志,2017,35(7):669-672.
- [11] 赵明威,苗恒.构建眼内炎症性疾病的诊断思维[J].中华眼底病杂志,2019,35(5):432-434.
- [12] 李欣馨,许迅.盐皮质激素受体在眼底疾病中的研究进展[J].中华眼底病杂志,2018,34(1):96-99.
- [13] 高婷婷,李莹,刘洁,等.Stevens-Johnson综合征和中毒性表皮坏死松解慢性期眼表活体共聚焦显微镜观察[J].中华眼科杂志,2017,53(3):177-181.