

- [19] 杨君义,徐飞.治疗阿片类药物相关性便秘的新药:纳德米定[J].中国新药与临床杂志,2018,37(10):549-551.
- [20] DANIALI M, NIKFAR S, ABDOLLAHI M. Evaluating naloxegol for the treatment of opioid-induced constipation[J]. Expert Opinion on Pharmacotherapy, 2020, 21(8):883-891.
- [21] EMMANUEL A, JOHNSON M, MCSKIMMING P, et al. Laxatives do not improve symptoms of opioid-induced constipation: results of a patient survey[J]. Pain Medicine, 2017, 18(10):1932-1940.
- [22] 邓文,杨云姣,吴继萍.基于药物性味从“燥”论治阿片类药物性便秘[J].中国中医药信息杂志,2021,28(7):129-132.
- [23] 郑金粟,权红,高剑虹,等.国医大师方和谦运用和肝汤治疗肝郁脾虚型便秘临床经验[J].中华中医药杂志,2019,34(7):3038-3040.
- [24] 胡帅航.阿片类药物所致便秘的中医证型研究及相关用药的网络药理学分析[D].北京:北京中医药大学,2021.
- [25] 姚嘉,王晨,孙远征,等.耳穴疗法在卒中后便秘中的应用进展及作用机制[J].河北中医,2023,45(10):1749-1752,1756.
- [26] 缪鑫鑫,赵倩,姜美琴.耳穴埋豆联合肢体功能锻炼对脑卒中便秘患者的临床疗效[J].国际老年医学杂志,2022,43(4):455-458.
- [27] 孙娟,禹玲.循证综合护理结合耳穴压籽用于脑梗死便秘患者效果观察[J].现代中西医结合杂志,2023,32(16):2309-2312.
- [28] 蓝亚燕,莫俊,孟成.大黄穴位贴敷配合耳穴压豆治疗老年功能性便秘护理研究[J].新中医,2020,52(7):135-138.
- [29] 桂屏,叶淑华,谢玉英,等.子午流注择时穴位贴敷对妇科腹腔镜术后患者胃肠功能的影响[J].中华护理杂志,2020,55(9):1376-1380.
- [30] 高启秀,王东杰,曾沁.子午流注纳子法配合合谷穴治疗肾虚型牙痛30例[J].中国针灸,2021,41(4):433-434.

(收稿日期:2024-02-15,修回日期:2024-04-08)

引用本文:李雄,张雨歌,程联英,等.清肝养血汤熏蒸联合揿针治疗肝肾阴虚型干眼症的疗效分析[J].安徽医药,2025,29(5):1023-1028. DOI:10.3969/j.issn.1009-6469.2025.05.033.



◇临床医学◇

清肝养血汤熏蒸联合揿针治疗肝肾阴虚型干眼症的疗效分析

李雄¹,张雨歌¹,程联英¹,沈世英²,荣晓凤¹作者单位:¹重庆医科大学附属第一医院中西医结合科,重庆 400016;²重庆市南川区人民医院中医科,重庆 408400

通信作者:沈世英,女,主任中医师,硕士生导师,研究方向为风湿病、内科病,Email:974332126@qq.com;

荣晓凤,女,主任医师,硕士生导师,研究方向为风湿病、老年病,Email:cyrxf@163.com

基金项目:重庆市科卫联合医学科研项目(2022MSXM185)

摘要 目的 探讨清肝养血汤熏蒸结合揿针疗法治疗肝肾阴虚型睑板腺功能障碍干眼症的临床效果及安全性。方法 选取2022年1月至2023年6月在重庆医科大学附属第一医院及重庆市南川区人民医院接受治疗的肝肾阴虚型睑板腺功能障碍干眼症病人120例,采用随机数字表法均分为两组,对照组(60例)接受常规睑板腺按摩治疗,观察组(60例)采用清肝养血汤熏蒸联合揿针治疗。比较两组病人临床疗效、中医证候积分、眼表疾病指数评分(OSDI)、免疫球蛋白G(IgG)、红细胞沉降率(ESR)、C反应蛋白(CRP)水平、泪液分泌量(SIT)、泪膜破裂时间(BUT)、睑板腺分泌功能评分、睑板腺分泌物性状评分、治疗不良反应发生情况。结果 观察组有效率93.3%显著高于对照组73.7%(P<0.05);治疗后,观察组中医证候积分[(5.53±1.20)分比(6.33±2.51)分]、OSDI[(15.77±2.56)分比(21.53±4.79)分]、IgG[(17.21±3.65)g/L比(19.33±4.15)g/L]、CRP[(10.52±1.53)mg/L比(11.84±1.26)mg/L]、ESR水平[(16.70±12.53)mm/h比(25.07±17.92)mm/h]、睑板腺分泌功能评分[(1.27±0.52)分比(1.73±0.52)分]、睑板腺分泌物性状评分[(1.37±0.49)分比(1.87±0.51)分]均较对照组低(P<0.05);治疗后,观察组SIT[(10.73±1.55)mm/5 min比(6.33±2.51)mm/5 min]、BUT[(13.13±1.53)s比(8.27±1.53)s]均较对照组升高(P<0.05);观察组不良反应发生率6.7%显著低于对照组20%(P<0.05)。结论 清肝养血汤熏蒸联合揿针治疗可显著提升病人临床疗效,改善病人的眼表症状及功能,且安全性高。

关键词 干眼症; 睫板腺; 肝肾阴虚; 中药熏蒸; 挖针; 临床疗效

Clinical efficacy of *Qinggan Yangxuetang* fumigation combined with thumbtack needle for dry eye disease with pattern of liver and kidney Yin deficiency

LI Xiong¹,ZHANG Yuge¹,CHENG Lianying¹,SHEN Shiying²,RONG Xiaofeng¹

Author Affiliations:¹Department of Integrated Traditional Chinese and Western Medical, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China;²Department of Traditional Chinese Medical, The People's Hospital of Chongqing Nanchuan District, Chongqing 408400, China

Abstract Objective To observe the clinical efficacy and safety of *Qinggan Yangxuetang* fumigation combined with thumbtack needle for meibomian gland dysfunction(MGD)-related dry eye with pattern of liver kidney Yin deficiency. **Methods** A total of 120 eligible patients from the First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University and the People's Hospital of Nanchuan District of Chongqing from January 2022 to June 2023 were evenly assigned into two groups, with 60 individuals allocated to the control group and an equal number to the observation group through a random assignment process. The control group received meibomian gland massage; and those in the observation group were treated with *Qinggan Yangxuetang* fumigation combined with thumbtack needle. The clinical efficacy, TCM syndrome score, Ocular Surface Disease Index (OSDI), immunoglobulinG (IgG), erythrocyte sedimentation rate (ESR), creative Protein (CRP), tear secretion test (SIT), tear film break-up time (BUT), meibomian gland secretion function score, meibomian gland secretion character score, and adverse reactions after treatment of two groups were observed. **Results** The observation group demonstrated a significantly higher overall efficacy rate compared to the control group (93.3% vs. 73.3%, $P<0.05$), respectively. After treatment, the observation group showed lower scores in the following parameters compared to the control group: TCM syndrome score [(5.53±1.20) points vs. (6.33±2.51) points], OSDI [(15.77±2.56) points vs. (21.53±4.79) points], IgG [(17.21±3.65) g/L vs. (19.33±4.15) g/L], CRP [(10.52±1.53) mg/L vs. (11.84±1.26) mg/L], ESR level [(16.70±12.53) mm/h vs. (25.07±17.92) mm/h], meibomian gland secretion function score [(1.27±0.52) points vs. (1.73±0.52) points], and meibomian gland secretion character score [(1.37±0.49) points vs. (1.87±0.51) points] ($P<0.05$). After treatment, the observation group exhibited an increase in the following parameters compared to the control group: SIT [(10.73±1.55) mm/5 min vs. (6.33±2.51) mm/5 min] and BUT [(13.13±1.53) s vs. (8.27±1.53) s] ($P<0.05$). The incidence of adverse reactions in the observation group was significantly lower than that in the control group (6.7% vs. 20%, $P<0.05$), respectively. **Conclusion** *Qinggan Yangxuetang* fumigation combined with thumbtack needle can significantly improve patient outcomes, improve patients' ocular surface symptoms and function, with higher safety.

Keywords Xerophthalmia; Meibomian glands; Yin deficiency of liver and kidney; Traditional Chinese medicine fumigation; Thumbtack needle; Clinical efficacy

近年来,随着社会环境的变迁和电子屏幕使用的普及,人们的视觉负荷日益增加,干眼症已成为眼科领域的高发疾病。全身性疾病(如干燥综合征相关性干眼症、Steven-Johnson综合征)、眼部局部疾病(如角膜炎、眼表结构异常)、空气污染、不良生活习惯等都是引发干眼症的危险因素。众多干眼症类型中,睑板腺功能障碍(meibomian gland dysfunction, MGD)型干眼尤为常见,这是一种慢性、广泛性的睑板腺疾病,其特征为睑板腺导管的阻塞或睑脂分泌的质量异常,可导致泪膜失稳、眼表炎症及眼部刺激症状^[1],其主要表现为眼干、畏光、异物感及视力下降等,严重时可影响视功能,其治疗已经成为社会发展的迫切需求。临床中,治疗MGD的方式多样化,但睑板腺按摩仍是目前主要有效治疗方法之一,但因其过程繁琐且易造成睑缘感染,病人依从性较低,从而导致疾病缓解率低。临幊上,MGD型干眼老年人群多见,临幊辨证多为肝肾阴虚,而睑板腺按摩的方式对此类干眼症也有疗效^[2],故本研究以肝肾阴虚型睑板腺功能障碍型干眼症为主要观察对象,在前期临幊初步有效基础上,观察清肝养血汤熏蒸联合揿针的临幊疗效,为干眼症治疗提供安全有效的中医药手段。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2022年1月至2023年6月在重庆医科大学附属第一医院及重庆市南川区人民医院接受治疗的肝肾阴虚型睑板腺功能障碍干眼

症病人120例,采用随机数字表法均分为对照组和观察组。两组在性别、年龄及病程基线特征上具有可比性,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。本研究符合世界医学会《赫尔辛基宣言》相关要求。

表1 肝肾阴虚型睑板腺功能障碍干眼症120例
基本资料比较

组别	例数	性别/例		年龄/(岁, $\bar{x} \pm s$)	病程/(个月, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		
对照组	60	10	50	55.82±5.33	44.73±3.09
观察组	60	12	48	56.32±3.87	45.32±3.04
t (χ^2)值		(0.22)		0.59	1.04
P值		0.637		0.558	0.299

1.2 诊断标准 (1)西医:依据《我国睑板腺功能障碍诊断与治疗专家共识(2017年)》^[1]中关于MGD型干眼症的诊断标准。

(2)中医:参考《中医眼科常见病诊疗指南》^[3]中干眼症的诊断标准,国家中医药管理局“十一五”重点专科协作组制定的白涩症诊疗方案,以及中华人民共和国中医药行业标准《中医病症诊断疗效标准》^[4]中神水将枯(ZY/T001.5-94)的相关内容进行综合判断。

1.3 纳入、排除及脱落标准 纳入标准:①符合肝肾阴虚型MGD干眼症病人;②年龄范围35~65岁,精神正常,具备正常认知能力;③近2周未针对干眼症进行特殊治疗;④研究病人已全面了解试验的整

个过程,知道可能的收益及风险,签署了知情同意书。

排除标准:①眨眼频率异常、眼睑裂隙宽度异常、眼睑与眼球配合失调等因素导致的蒸发过强型干眼症;②外伤、感染、手术或者其他引起眼部组织损伤形成瘢痕所导致的干眼病人;③存在眼部急性疾病,或眼睑闭合不全;④3个月内曾接受过眼部手术;⑤泪道闭塞者,或神经肌肉损伤导致无法控制眼睑开阖者;⑥正在服用抗组胺、抗胆碱能、抗抑郁等类药物可能导致药物性干眼者;⑦患有严重心肝肾等系统性疾病者;⑧对清肝养血汤成分有不耐受者;⑨研究者认为可能影响研究结果或病人安全的其他情况。

脱落标准:①受试者无法按规定的疗程完成治疗,或未能遵守治疗方案;②受试病人在试验期间自行使用与研究药物相关的其他治疗药物;③因受试者个人原因自动退出临床试验者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 对照组病人给予睑板腺按摩治疗。

(1)清洁:使用无菌棉签轻柔清除睑缘处的碎屑及睑板腺开口处的脂栓。

(2)眼局部冷、热敷:使用专用的眼部熏蒸仪器,或用无菌纱布、棉片,持续5~10 min,每天1~2次;对于重度病人,可先冷敷再热敷。

(3)按摩:通过对睑板的按摩挤压,将病理性的脂质排出,清除腺管的堵塞,恢复油脂分泌的通道。睑板腺按摩方法:眼周表面麻醉后,由专业眼科医生使用睑板腺挤压钳的宽而平尖端,从上下眼睑的内侧向外侧均匀施压,以疏通睑板腺开口并排出堵塞物。再次清洁:按摩后,2次清洁睑缘,以彻底挤压出油脂及分泌物。每周1次,共治疗1个月。

1.4.2 观察组 观察组病人予以清肝养血汤熏蒸联合揿针治疗。

(1)中药熏蒸治疗:熟地黄20 g,丹参20 g,桑叶15 g,菊花15 g,夏枯草15 g,山萸肉15 g,白芍15 g,牡丹皮10 g,枸杞子10 g,石斛10 g,三七粉3 g。将中药加入适量水煮沸,反复煎煮浓缩药液,过滤出无渣滤液,晾凉至适宜温度(35~45 °C),置入眼部熏蒸仪,病人闭眼熏蒸,每3天1次,每次持续20~25 min,疗程为1个月。治疗前眼部皮肤需确保无开放性伤口或感染。严格控制药液温度,避免灼伤眼睛及眼部皮肤。熏蒸过程中,病人应保持舒适和放松,避免在过度疲劳或饥饿状态下进行治疗。治疗过程如有任何不适,立即停止治疗。

(2)揿针治疗:选双侧攒竹、睛明、四白、三阴交、内关、足三里,腧穴定位参照2016年中国中医药

出版社出版《经络腧穴学》。

操作方法:手部操作方法参照国家标准《针灸技术操作规范第8部分:皮内针》规范,取病人最舒适体位,消毒穴位皮肤,用镊子将揿针刺入皮下约1~2 mm,病人每日按压揿针3~4次,每次约1 min,以病人耐受为度,每次间隔时间3~4 h。3 d后更换揿针,每次两对,交替使用,依照前法继续埋针。共治疗1个月。

1.5 观察指标

1.5.1 临床疗效 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]拟定疗效评价标准。疗效指数:治疗前中医证候积分之差/治疗前积分×100%。显效:OSDI下降>10分,SIT>10 mm/5 min,BUT>10 s,疗效指数≥70%。有效:OSDI下降5~10分,SIT较前增加,BUT较前延长,疗效指数30%~70%。无效:OSDI下降<5分,SIT未增加,BUT无延长,疗效指数≤30%。

1.5.2 中医证候积分 分为5种主观症状,眼部干燥感、视物疲劳、畏光羞明、异物感、疼痛感,每项评分0~3分,总分15分,得分越高表示症状越严重。

1.5.3 眼表疾病活动指数评分(OSDI) 包含12个问题,分为眼部症状、视觉功能、环境因素3个方面,每个问题得分0~4分,总分48分,分数越高干眼越严重。

1.5.4 免疫球蛋白G(IgG)、红细胞沉降率(ESR)、C反应蛋白(CRP)水平 采集病人空腹静脉血3 mL两管,一管经离心后取血清采用酶联免疫吸附试验测定IgG及CRP水平;另一管经过抗凝后用魏氏法测定ESR水平。

1.5.5 泪液分泌量(SIT) 使用无菌棉签清洁病人下眼睑后,将专用Schirmer试纸轻轻弯曲插入病人下眼睑中外1/3处,嘱病人闭眼,计时5 min,5 min后取出试纸,观察试纸湿润长度,每位病人测量3次取平均值。

1.5.6 泪膜破裂时间(BUT) 用荧光素钠染色条接触病人下眼睑结膜,嘱病人眨眼数次,使荧光素钠均匀分布在泪膜上,使用裂隙灯观察病人角膜,记录从病人最后一次眨眼开始计时,当出现第一个干燥斑点时的时间。每次测量重复3次,最终取平均值作为结果。

1.5.7 睑板腺分泌功能评分、睑板腺分泌物性状评分 在每只眼睑的鼻侧、中间和颞侧3个区域中随机选择1个位置进行检测。每个位置包含5个腺体,需对其分泌物的排出量及性状进行详细观察和记录。(1)睑板腺分泌功能评分:根据腺体可以排出分泌物的数量计算得分,最低0分,最高3分。(2)睑板腺分泌物性状评分:根据排出分泌物的性状计算

得分,最低0分,最高3分。对双眼的下眼睑进行评分记录,双眼取平均值;得分越高,表示症状越严重。

1.5.8 治疗不良反应发生情况 治疗期间注意观察两组病人眼压、有无局部感染、眼睑及结膜充血水肿等情况。

1.6 统计学方法 使用SPSS 26.0对数据进行分析,对符合正态分布的计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用配对样本t检验,组间比较采用独立样本t检验。临床疗效与不良反应发生率用例(%)表示,采用 χ^2 检验进行分析。对于两组等级数据的比较,则使用Wilcoxon秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗1个月后,观察组显效率、有效率及总有效率均高于对照组,无效率低于对照组($P < 0.05$),见表2。

2.2 两组治疗前后中医证候积分、OSDI比较 治疗前,两组中医证候积分、OSDI相比差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗1个月后,观察组中医证候积分、OSDI均较对照组低($P < 0.05$),见表3。

表2 肝肾阴虚型睑板腺功能障碍干眼症120例临床疗效比较/例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	60	10(16.7)	34(56.7)	16(26.7)	44(73.3)
观察组	60	30(50)	26(43.3)	4(6.7)	56(93.3)
$Z(\chi^2)$ 值			7.29		(8.64)
P值			<0.001		<0.001

2.3 两组治疗前后IgG、ESR、CRP水平比较 治疗前,两组IgG、ESR、CRP相比差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗1个月后,观察组IgG、ESR、CRP水平均低于对照组($P < 0.05$),见表4。

2.4 两组病人治疗前后SIT、BUT比较 治疗前,两组SIT、BUT相比差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗1个月后,观察组SIT、BUT均高于对照组($P < 0.05$),见表5。

2.5 两组治疗前后睑板腺分泌功能评分、睑板腺分泌物性状评分比较 治疗前,两组睑板腺分泌功能评分、睑板腺分泌物性状评分相比无差异统计学意义($P > 0.05$);治疗1个月后,观察组睑板腺分泌功能评分、睑板腺分泌物性状评分均低于对照组($P < 0.05$),见表6。

表3 肝肾阴虚型睑板腺功能障碍干眼症120例治疗前后中医证候积分、OSDI评分比较/(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	中医证候积分		t值	P值	OSDI		t值	P值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
对照组	60	11.70±2.00	6.33±2.51	17.55	<0.001	29.33±7.44	21.53±4.79	15.68	<0.001
观察组	60	11.87±2.16	5.53±1.20	19.84	<0.001	30.07±5.41	15.77±2.56	20.43	<0.001
t值		0.31	8.70			0.44	5.82		
P值		0.758	<0.001			0.664	<0.001		

注:OSDI为眼表疾病活动指数评分。

表4 肝肾阴虚型睑板腺功能障碍干眼症120例治疗前后实验室指标比较/ $\bar{x} \pm s$

组别	例数	IgG/(g/L)		t值	P值	ESR/(mm/h)		t值	P值	CRP/(mg/L)		t值	P值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
对照组	60	22.63±22.07	19.33±4.15	7.68	<0.001	35.53±20.07	25.07±17.92	21.69	<0.001	13.86±1.26	11.84±1.26	6.54	<0.001
观察组	60	22.44±5.51	17.21±3.65	9.64	<0.001	34.37±30.83	16.70±12.53	29.93	<0.001	13.92±1.37	10.52±1.53	7.65	<0.001
t值		0.25	2.11			0.17	2.10			0.16	3.66		
P值		0.801	<0.05			0.863	<0.05			0.876	<0.05		

注:IgG为免疫球蛋白G,ESR为红细胞沉降率,CRP为C反应蛋白。

表5 肝肾阴虚型睑板腺功能障碍干眼症120例治疗后SIT、BUT比较/ $\bar{x} \pm s$

组别	例数	SIT/(mm/5 min)		t值	P值	BUT/s		t值	P值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
对照组	60	4.40±1.73	6.33±2.51	13.46	<0.001	5.23±1.78	8.27±1.53	15.86	<0.001
观察组	60	4.37±1.63	10.73±1.55	20.23	<0.001	5.13±1.55	13.13±1.53	23.53	<0.001
t值		0.08	11.11			0.23	12.34		
P值		0.939	<0.001			0.817	<0.001		

注:SIT为泪液分泌量,BUT为泪膜破裂时间。

表6 肝肾阴虚型睑板腺功能障碍干眼症120例治疗后睑板腺分泌功能评分、睑板腺分泌物性状评分比较/(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	睑板腺分泌功能评分		t值	P值	睑板腺分泌物性状评分		t值	P值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
对照组	60	2.44±0.50	1.73±0.52	6.88	<0.001	2.53±0.51	1.87±0.51	7.95	<0.001
观察组	60	2.47±0.51	1.27±0.52	8.96	<0.001	2.57±0.50	1.37±0.49	9.96	<0.001
t值		0.26	3.47			0.25	3.88		
P值		0.798	<0.001			0.799	<0.001		

2.6 两组病人治疗后不良反应发生情况 本研究对照组病人出现6例眼压升高、4例结膜充血水肿、2例眼睑水肿,不良反应发生率为20.0%;观察组病人出现4例结膜充血水肿,不良反应发生率为6.7%,观察组明显低于对照组,两组病人不良反应发生率比较,差异有统计学意义($\chi^2=4.62, P<0.05$)。

3 讨论

干眼症是一种多因素引发的眼表疾病,其病因病机复杂,涉及眼表泪膜稳定性下降、泪液分泌不足或蒸发过强眼表炎症及神经感觉异常等多个方面^[6]。其中,眼表炎症和泪膜稳定性下降是干眼症发生和发展的核心病理机制。根据眼泪的主要成分和功能异常,干眼症可分为五大类型,包括水液缺乏型、脂质异常型、黏蛋白异常型、泪液动力学异常型和混合型^[7]。以往关于MGD型干眼的临床研究大多只关注了泪膜稳定性(BUT)和泪液分泌量(SIT)的变化,只有少数研究关注了这类干眼病人的血清学检验。然而,MGD型干眼本身就是一种慢性炎症性反应^[1],因此其免疫学检验也值得关注。以往的研究表明,MGD型干眼病人的外周血IL-6、IL-1 β 、TNF- α 水平均升高^[8],表明炎症反应参与了其发病过程。本研究的结果显示,MGD型干眼病人的免疫球蛋白IgG、ESR、CRP水平升高,而血清中的IgG、ESR、CRP水平与免疫相关性干眼症密切相关^[9],表明MGD型干眼症病人也可能存在免疫反应诱发加重干眼症状。

干眼症的主要症状包括眼干涩不适、视物疲劳、白睛泛红,在长时间用眼、熬夜、情绪抑郁等情况下会加重;同时,还可能出现口干咽燥、腰膝酸软、头晕耳鸣、五心烦热、舌红少津、脉细数或弦细等症状。中医将其归类为“燥症”,又称为“白涩症”,最早见于《审视瑤函·卷之三·白痛》,描述为“不肿不赤,爽快不得,沙涩昏朦,名曰白涩”^[10],可见中医治疗该病历史已久。《素问·五脏别论》中提到:“五脏之精,各归于目,皆为睛明,⋯⋯夫精之所生也,水谷之精也,精者,血之长也,故赖精而生。精气并于上,故目可以视,与日月光华相候也”。《难经·六十七难》中也提到:“目者,心之所以察也,肝之所以见也,脾之所以思也,肺之所以观也,肾之所

以伺也”。这些说明了泪液的生成、分布和排泄与肺、脾、肝、肾密切相关。《诸病源候论·目涩候》中提到:“夫五脏六腑皆有津液,通于目者为泪,目,肝之候也,脏腑之精华,宗脉之所聚,上液之道,其液竭者,则目涩”,说明干眼病因病机必有阴虚津亏,目失滋养。因此以滋补肝肾、补益脾肺、生津明目为主要治法。

揿针亦称皮内针或埋针,可通过刺激穴位皮部,调节经络气血运行,平衡阴阳,从而治疗疾病。经络可作为连接眼睛与脏腑的交通枢纽,经络可将脏腑产生的气血津液准确地输送至眼部以确保眼睛的正常生理功能。揿针因其操作便捷性、疗效稳定性、持续刺激效应和良好安全性在多种眼科病症及全身性疾病的治疗领域得到广泛应用^[11]。本研究选取的穴位主要以走行通过眼周的经络为主,以发挥“经络所过,主治所及”的作用,并根据辨证取穴的原则,发挥滋补肝肾、养阴润目的效果。攒竹穴又名“始光、光明”^[12],主治“目视不明,目赤痛,泪出”^[13],睛明穴又名“泪孔”^[12],主治“目赤痛,目眦烂,目不明”^[13],两穴常配伍使用,发挥疏风清热,明目止痛的功效。四白穴属于足阳明胃经穴,主治“目赤痛,僻泪不明,目痒”^[12],内关穴为手厥阴心包经络穴,主治“目赤”^[12],针刺上述眼周穴位能够疏通眼部经络,清热凉血,缓解因热毒或血热引起的眼部干涩、赤痛等症状。足三里穴为胃经下合穴,具有调节脾胃、运行气血、明目的效果;三阴交穴为肝脾肾三经交会穴,能够起到滋阴润燥、补益肝肾的功效。

药物熏蒸疗法通过其独特的热力学效应,能够有效促进局部微循环系统的生理改变。其作用机制主要体现在两个方面:其一,药物活性成分可直接经眼部表皮组织及特定腧穴进行透皮吸收;其二,部分药物分子可经毛细血管吸收后进入体循环,继而产生全身性药理效应。因此熏蒸疗法可以更好地发挥中药的治疗效果。清肝养血汤中,熟地黄滋阴肾阴,填精补髓;山萸肉固精敛气,收敛虚火;枸杞子滋补肾肝、养精明目;石斛生津明目;白芍能养肝平肝,牡丹皮、丹参、三七清热凉血,活血化瘀;桑叶、菊花、夏枯草疏散风热,清肝明目。最

新研究表明,菊花中活性物质-菊花总黄酮,具有较强的抗氧化、抗炎、抗凋亡、改善微循环等能力,可以有效地减少氧化应激对泪腺细胞的损伤^[14],从而维持泪腺的正常功能,促进泪液分泌。山茱萸中有效成分如山茱萸苷能够抑制眼表炎症介质TNF- α 、IL-6、前列腺素E2的释放,减轻炎症反应,缓解干眼症状^[15]。研究表明,夏枯草可以减少细胞因子TNF- α 和IL-1 β 的产生,减轻眼表炎症^[16]。枸杞子不仅能提高干眼大鼠模型的泪膜稳定性和泪液分泌量,还能修复角膜,减少氧化应激,改善睑板腺的分泌功能^[17]。铁皮石斛水提物可以缓解大鼠的干眼症状,并抑制促炎症细胞因子IL-1 β 和TNF- α 的表达^[18]。水通道蛋白(aquaporins, AQP)主要参与细胞内外水分的快速转运,其在泪腺的腺泡和导管细胞中高度表达,参与泪液的分泌过程。干眼症病人中泪腺中水通道蛋白表达水平降低,而铁皮石斛水提物能够上调干眼动物模型结膜细胞AQP表达,缓解干眼症状^[19]。白芍总苷是中药白芍的有效成分,具有抗炎、调节免疫等作用。现代研究表明,白芍总苷可以显著降低干眼大鼠眼表炎症细胞因子(TNF- α 、IL-1 β)的水平,并且与玻璃酸钠眼液相比,降低水平更为显著^[20]。

本研究结果显示,观察组病人治疗后SIT、BUT较对照组病人显著延长,表明清肝养血汤熏蒸联合揿针治疗可明显增加干眼病人泪液分泌量,同时稳定泪膜,延长眼泪在眼表停留时间,缓解干眼不适症状。此外,观察组病人治疗后睑板腺分泌功能评分以及分泌物性状评分较对照组显著降低,表明清肝养血汤熏蒸联合揿针治疗可疏通堵塞的睑板腺导管,进而促进睑脂分泌,进一步稳定泪膜,达到治疗干眼症的效果。同时,该治疗还可明显降低IgG、ESR、CRP水平,说明清肝养血汤熏蒸联合揿针可能通过免疫调节作用抑制炎症反应,减轻干眼眼表炎症。

综上所述,清肝养血汤熏蒸联合揿针的治疗方式可在短期内从病因上起到治疗干眼症的作用,从“内”解决干眼症病人泪液质、量的问题,符合中医“治病求本、标本兼治”的治则特色。清肝养血汤熏蒸联合揿针治疗MGD型干眼症疗效显著且安全性较好,但本研究未检测泪液中炎症细胞因子的水平,有待后续进一步研究,探讨其作用机制是否与抑制眼表炎症相关。

参考文献

- [1] 亚洲干眼协会中国分会,海峡两岸医药交流协会眼科专业委员会眼表与泪液病学组.我国睑板腺功能障碍诊断与治疗专家共识(2017年)[J].中华眼科杂志,2017,53(9):657-661.
- [2] 常彩霞,王新军,王开琦,等.润眼明目方熏蒸联合睑板腺按摩治疗干眼症临床研究[J].陕西中医,2023,44(3):324-327.
- [3] 中华中医药学会.中医眼科常见病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2012:290-291.
- [4] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.
- [5] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国中医药科技出版社,2002:181-182.
- [6] CRAIG JP, NICHOLS KK, AKPEK EK, et al. TFOS DEWS II definition and classification report[J]. The Ocular Surface, 2017, 15(3):276-283.
- [7] 亚洲干眼协会中国分会,海峡两岸医药卫生交流协会眼科学专业委员会眼表与泪液病学组,中国医师协会眼科医师分会眼表与干眼学组.中国干眼专家共识:定义和分类(2020年)[J].中华眼科杂志,2020,56(6):418-422.
- [8] 刘小瑜.桑白皮汤治疗MGD性干眼的临床观察及对相关炎症因子的影响[D].济南:山东中医药大学,2021.
- [9] 冯林,徐阳洋,李明瑶.硫酸羟氯喹治疗干燥综合征的疗效及对患者血清IL-17、ESR、CRP、IgG水平的影响[J].河北医学,2021,27(2):334-339.
- [10] 欧晨,彭清华,陈向东.浅析《审视瑶函》论治干眼[J].时珍国医国药,2019,30(4):封3-封4.
- [11] 唐家威,谢芳.揿针疗法的临床应用研究进展[J].中医研究,2023,36(1):92-96.
- [12] 杨继洲.针灸大成[M].靳贤,补辑重编,黄龙祥,整理.北京:人民卫生出版社,2006.
- [13] 皇甫谧,周琦.针灸甲乙经[M].北京:中国医药科技出版社,2019.
- [14] 时健,陈立浩,刘倩宏,等.菊花总黄酮及其含药血清对去势干眼雄兔和细胞模型的炎症机制研究[J].数字中医药(英文版),2020,3(4):283-296.
- [15] LEE H, KIM MY, JI SY, et al. The protective effect of oral application of corni fructus on the disorders of the cornea, conjunctiva, lacrimal gland and retina by topical particulate matter 2.5[J]. Nutrients, 2021, 13(9):2986.
- [16] WANG SJ, WANG XH, DAI YY, et al. *Prunella vulgaris*: a comprehensive review of chemical constituents, pharmacological effects and clinical applications[J]. Current Pharmaceutical Design, 2019, 25(3):359-369.
- [17] CHIEN KJ, HORNG CT, HUANG YS, et al. Effects of *Lycium barbarum* (goji berry) on dry eye disease in rats[J]. Molecular Medicine Reports, 2018, 17(1):809-818.
- [18] ZENG Q, SIU WS, KO CH, et al. *Dendrobium officinale* kimura et migo improved dry eye symptoms via promoting tear production in an experimental dry eye rat model[J]. Pharmacognosy Magazine, 2020, 16(69):294-302.
- [19] XIAO L, NG TB, FENG YB, et al. *Dendrobium candidum* extract increases the expression of aquaporin-5 in labial glands from patients with Sjögren's syndrome[J]. Phytomedicine, 2011, 18(2/3):194-198.
- [20] 刘惠婷.基于阴虚理论探讨白芍提取物滴眼液对干眼症的作用[D].广州:广州中医药大学,2019.

(收稿日期:2023-09-08,修回日期:2023-10-25)