

针刺治疗水液缺乏型干眼症临床观察

孙晓艳¹, 何慧琴²

1. 南京中医药大学2007级七年制, 江苏 南京 210029

2. 南京中医药大学第三附属医院眼科中心, 江苏 南京 210001

[摘要] 目的: 观察针刺治疗水液缺乏型干眼症的临床疗效。方法: 回顾性分析诊断为水液缺乏型干眼症的87例患者的资料, 治疗组45例采用针刺治疗, 对照组42例采用人工泪液治疗。观察2组患者治疗前后角膜染色、泪膜破裂时间、泪液流量及眼部症状积分等指标的变化。结果: 2组治疗后角膜染色改善、泪液流量增加、泪膜破裂时间延长、眼部症状积分改善, 分别与治疗前比较, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$); 2组治疗后泪液流量、泪膜破裂时间、眼部症状积分分别比较, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$), 在改善角膜染色方面, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。2组临床疗效比较, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$), 治疗组疗效优于对照组。结论: 针刺治疗水液缺乏型干眼症疗效满意。

[关键词] 水液缺乏型干眼症; 针灸疗法; 针刺; 眼针; 体针

[中图分类号] R777.34 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2013) 12-0139-04

Clinical Observation of Acupuncture in Treating Xerophthalmia of Body Fluid Deficiency Type

SUN Xiaoyan, HE Huiqin

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of acupuncture for xerophthalmia of body fluid deficiency (BFD) type. **Methods:** A retrospective analysis was carried out in 87 BFD xerophthalmia patients. Forty-five patients were enrolled into the treatment group and were treated with acupuncture, and the control group had 42 patients and was treated with artificial tears. The corneal fluorescein staining, breaking-up time of tear film, tear fluid volume and the eye symptom scores were observed before and after treatment in two groups. **Results:** After treatment the outcomes of corneal fluorescein staining, breaking-up time of tear film, tear fluid volume and the eye symptom scores in two groups were improved in both groups after treatment ($P < 0.01$ compared with those before treatment), and the improvements in the treatment group were superior to those in the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The total effective rate of the treatment group was better than that of the control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Acupuncture in treating xerophthalmia of BFS type can achieve satisfied efficacy.

Keywords: Xerophthalmia of body fluid deficiency type; Acupuncture Therapy; Needling; Eye-acupuncture; Body-acupuncture

干眼症是由于眼泪的量或质或流体动力学异常引起的泪膜不稳定和(或)眼表损害, 从而导致眼不适症状及视功能障碍的一类疾病^[1], 临床表现为眼干涩感、异物感、发痒或烧灼感、畏光、眼红、视力疲劳

等。随着视频终端产品及隐形眼镜的广泛运用, 环境污染的日益加重, 干眼症患病率正逐年上升, 发病年龄也日趋年轻化。本研究探讨针刺治疗干眼症的临床疗效, 结果报道如下。

[收稿日期] 2013-06-24

[作者简介] 孙晓艳 (1989-), 女, 硕士研究生, 研究方向: 中医眼科学。

[通讯作者] 何慧琴, E-mail: hehuiqin22@hotmail.com。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]拟定。眼干涩、视物疲劳、异物感、眼红、烧灼感、刺痛感、畏光等症状中有1项或1项以上；泪液分泌量测定(Schirmer I法)少于10mm/5min；泪膜破裂时间少于10s。

1.2 纳入标准 符合上述干眼症诊断标准；年龄18~80岁；若已用其他药物治疗，必须停药2周以上；签署知情同意书。

1.3 排除标准 患有其他眼部疾病，如泪道阻塞，结膜、角膜病变，严重沙眼，结膜瘢痕化；已行其他眼部手术且未滿3月者；合并有心、脑血管、肝、肾及造血系统等严重原发性疾病，精神病；正在应用其他治疗干眼症的人工泪液或其他眼部用药。

1.4 一般资料 回顾性分析南京市中医院眼科2012年1月~2013年4月门诊患者中诊断为水液缺乏型干眼症的87例患者资料，分为2组。治疗组45例，男2例，女43例；年龄19~65岁，平均(41.6±11.8)岁；病程1月~3.5年，平均(1.19±0.95)年。对照组42例，男1例，女41例；年龄21~70岁，平均(42.6±12.0)岁；病程0.5月~4年，平均(1.24±0.90)年。2组年龄、病程等经统计学处理，差异均无显著性意义($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用针刺治疗。局部取攒竹、睛明、丝竹空、承泣；体针取合谷、太冲、三阴交、血海；眼针取上焦区。随证加减：①热炽阴伤型：心火偏亢者加养老；肺阴不足者加曲池、尺泽，眼针加肺区；肾阴亏虚者加太溪，眼针加肾区。②痰瘀互结型：加体针阴陵泉、足三里、丰隆，眼针加肝区、脾区；寐不佳者加照海、大陵；脾胃积热者加内庭。操作：针刺针具选一次性无菌毫针(云龙牌针灸针0.25mm×25mm、0.22mm×13mm及康年牌针灸针0.30mm×40mm、0.30mm×25mm)，眼周穴位不提插不捻转，余穴位均行提插捻转，平补平泻手法，留针30min。每天针刺1次，每周5次，共治疗4周。

2.2 对照组 人工泪液(羟糖甘滴眼液，美国爱尔康公司生产，商品名：新泪然)滴眼，每次1~2滴，每天3次，共治疗4周。

2组均共治疗4周观察疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 各指标观察时间为就诊首日治疗前及治疗4周结束后。①自觉症状积分。以问卷积分方式，观察治疗后患者干眼症状的改善情况。眼部症状积分评定[参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]：眼干涩：无，计0分；偶有干涩，计2分；常有干涩不爽，计4分；干涩难忍，不停发作，计6分。异物感：无，计0分；偶有异物感，似有砂粒在眼中，计1分；常有异物感，常欲眨眼，计2分；常有异物感，眨眼频繁，欲用手揉眼，计3分。烧灼感：无，计0分；偶有轻微烧灼感，计1分；烧灼感次数频繁，欲闭眼，计2分；每天出现，发作时如有辣物在眼，不能睁开，计3分。畏光：无，计0分；畏光欲眯眼，计1分；畏光眯眼，计2分；畏光不敢睁眼，计3分。视物疲劳：无，计0分；视物易疲劳，计1分；视物持续时间明显缩短，计2分；眼睑时欲垂闭，不能视物，计3分。证候病情分级：证候的轻、中、重，按症状涵盖总分的1/3比例分级。即总积分<6分为轻度，6分≤总分<12分为中度，总分≥12分为重度。②泪液分泌量(SIT)试验：观察泪液分泌功能。取5mm×35mm滤纸条，一端折成5mm置于患者下睑缘外1/3处，双眼自然闭合，5min后取出，从折叠处目测滤纸湿润长度。③泪膜破裂时间(BUT)：观察泪膜稳定性。于患者结膜囊内点1滴1%荧光素钠溶液，裂隙灯下用钴蓝色滤光片观察从最后一次瞬目后睁眼，至角膜出现第一个干燥斑的时间。④角膜荧光素染色^[4]：观察患者角膜上皮是否染色，染色阳性提示角膜上皮细胞的完整性破坏。评分采用12分法，将角膜分为4个象限，每个象限0~3分，共12分。无染色计0分，1~30个点状染色计1分，>30个点状着色但染色未融合计2分，角膜点状着色融合、丝状物及溃疡计3分。总分1~4分为轻度，5~8分为中度，9~12分为重度。

3.2 统计学方法 所有数据采用SPSS18.0软件进行统计分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，一般资料及2组治疗前后比较，服从正态分布者采用成组 t 检验，不服从正态分布者采用秩和检验；计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则

(试行)^[3]。显效：疗效指数 $\geq 70\%$ ；有效： $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$ ；无效：疗效指数 $< 30\%$ 。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 $\times 100\%$ 。

4.2 2组患者治疗前后角膜染色、泪液流量、泪膜破裂时间及眼部症状积分比较 见表1。治疗前组间各观察指标比较,差异均无显著性意义($P > 0.05$)。2组治疗后角膜染色改善、泪液流量增加、泪膜破裂时间延长、眼部症状积分改善,分别与治疗前比较,差异均有非常显著性意义($P < 0.01$);2组治疗后泪液流量、泪膜破裂时间、眼部症状积分分别比较,差异均有非常显著性意义($P < 0.01$),在改善角膜染色方面,差异有显著性意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组。

表1 2组干眼症患者治疗前后角膜染色、泪液流量、泪膜破裂时间及眼部症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	角膜染色(分)	泪液流量(mm)	泪膜破裂时间(S)	眼部症状积分(分)
治疗组	45	治疗前	0.92 \pm 1.34	4.34 \pm 3.41	2.01 \pm 1.18	11.84 \pm 3.37
		治疗后	0.22 \pm 0.61 ^{①②}	7.07 \pm 3.36 ^③	4.91 \pm 2.00 ^③	5.42 \pm 2.55 ^③
对照组	42	治疗前	0.79 \pm 1.21	4.13 \pm 3.32	2.18 \pm 1.15	11.79 \pm 3.54
		治疗后	0.60 \pm 0.97 ^②	5.30 \pm 3.00 ^①	3.32 \pm 1.21 ^①	8.00 \pm 2.92 ^①

与治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$,③ $P < 0.01$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。2组临床疗效比较,采用秩和检验,差异有非常显著性意义($P < 0.01$),治疗组疗效优于对照组。

表2 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	45	3(6.7)	34(75.6)	8(17.8)	37(82.2)
对照组	42	0	23(54.8)	19(45.2)	23(54.8)

5 讨论

干眼症属中医学白涩症、神水将枯范畴,中医学认为,本病与五脏六腑皆有关,与肝、脾、肾关系尤为密切。《灵枢·大惑论》曰:“五脏六腑之精气,皆上注于目而为之精。”《银海精微》云:“泪为肝之外液,肝藏血,久视伤血,泪液属于血液化生的,故血虚,化生不足而泪液减少”;隋·巢元方《诸病源候论·目涩候》载:“目,肝之外候也,……上液之道……其液竭者,则目涩。”提示目涩及泪液分泌不足与肝血虚有关。肾所主之津液在外,化为泪水,肝肾亏虚、阴血不足、目失濡养则双目干涩。脾输精

气,上贯于目,脾气上升,目窍通利,脾胃虚弱,气血化生不足,目失精微所养则矇涩不适。

本研究观察针刺治疗水液缺乏型干眼症的临床疗效。针刺取穴以眼周腧穴为主,循经远端取穴按分经主治原则选取肝经、肾经、脾经穴位,眼针采用循经取穴配合全身辨证取穴。睛明为手足太阳和足阳明之会,为治疗眼病之要穴,与攒竹同为足太阳经穴,刺之清热养阴明目;承泣为足阳明经穴,足阳明经多气多血,刺之可调补后天,益气养血;丝竹空为眼周穴位,主治目疾;合谷与太冲合称“四关穴”,两者一气一血、一阳一阴、一升一降,相互为用,取之可行气活血;三阴交滋阴健脾,调肝益肾;血海运化脾血,活血健脾。共同达到疏通经络,活血养血,濡润目睛的目的。眼针采用循经取穴配合全身辨证取穴的原则。

干眼症的病因十分复杂,目前,缓解症状是主要治疗目的,局部点滴人工泪液是主要治疗手段之一,其为模拟正常泪液成分的滴眼液,除了可以补充泪液不足、润滑眼表外,还可以促进角膜上皮恢复,但临床上部分患者单纯使用人工泪液疗效并不理想,症状不能得到完全缓解。Prabhasawat P等^[4]指出,泪膜的脂质层与黏蛋白层之间结构十分复杂,现有的甲基纤维素制剂不能实现与泪膜结构相近,在一定程度上会破坏脂质层的结构,降低其稳定性,从而增加眼表蒸发,故使用甲基纤维素治疗干眼症的同时,会增加泪液蒸发,缩短泪膜破裂时间。关于针灸治疗干眼症的机理,现代学者亦做了较多的研究,分别提出了不同的看法。张义彪等^[5]通过动物实验发现,针刺干眼兔后光镜、电镜都显示泪腺形态有明显的变化,也显示细胞活动旺盛,从而提出针刺能够改善神经反射敏感性,促进泪腺代谢,从而增加泪液的合成与分泌。何慧琴等^[6]提出干眼症患者针刺治疗后虽症状减轻但泪液乳铁蛋白浓度升高不显著,而石晶琳等^[7]指出针刺治疗可以增加干眼症患者泪液中的乳铁蛋白含量,促进干眼症患者泪液的分泌,延长其泪膜破裂时间,但局限于针刺治疗的时效性,随着治疗的结束,治疗效应也会随之减弱。据笔者临床观察,针刺治疗干眼症的即时效应与人工泪液相当甚或不如人工泪液理想,但持续效应明显优于人工泪液的治疗。当下,越来越多的国内学者致力于针灸治疗干眼症的研究,Grönlund MA等^[8]也早已开始关注针灸对干眼症的治

疗。针灸治疗干眼症的安全性及有效性已得到证实,值得临床推广应用。相关 Meta 分析结果显示,中医药治疗干眼症能延长患者 BUT 和增加泪液流量,相对于单纯运用西药,中医药在总体疗效上更有优势^[9],因而有望成为治疗干眼症的首选方法,但目前研究中中医药治疗干眼症的文献报道质量低、数量有限,需要大样本、多中心随机对照实验来进一步证实中医药治疗干眼症的优越性。

[参考文献]

- [1] 中华医学会眼科学会角膜病学组. 干眼临床诊疗专家共识(2013年)[J]. 中华眼科杂志, 2013, 9(1): 73-75.
- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 75.
- [3] 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.
- [4] Prabhasawat P, Tesavibul N, Kasetsuwan N. Performance profile of sodium hyaluronate in patients with lipid tear deficiency: randomised, double-blind, controlled, exploratory study[J]. Br J Ophthalmol, 2007, 91(1): 47-50.
- [5] 张义彪, 高卫萍. 针刺对水液缺乏型干眼兔泪液分泌及泪腺微观形态的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2010, 26(1): 47-49.
- [6] 何慧琴, 杨志勇, 罗金秀, 等. 针刺对 ATD 患者泪液乳铁蛋白浓度的影响[J]. 江苏中医药, 2010, 42(10): 60-61.
- [7] 石晶琳, 缪晚虹. 针刺对干眼症患者泪液中乳铁蛋白及泪液分泌影响的随机对照试验[J]. 中西医结合学报, 2012, 10(9): 1003-1008.
- [8] Grönlund MA, Stenevi U, Lundeberg T. Acupuncture treatment in patients with keratoconjunctivitis sicca: a pilot study[J]. Acta Ophthalmol Scand, 2004, 82(3): 283-290.
- [9] 王芬, 彭清华, 姚小磊, 等. 中医药治疗干眼症疗效的 Meta 分析[J]. 眼科新进展, 2011, 31(5): 434-456.

(编辑: 刘淑婷)

健脾化痰法针刺配合社区干预治疗社区高脂血症患者 50 例疗效观察

何永昌, 李秀红 指导: 林国华

广州市越秀区第二人民医院, 广东 广州 510180

[摘要] 目的: 观察健脾化痰法针刺配合社区干预对社区居民中高脂血症患者的治疗作用。方法: 在社区中选取 100 例高脂血症患者, 随机分为 2 组, 对照组予社区干预, 开展针对性的防治干预和健康促进工作; 治疗组在对照组基础上于每年三伏天和三九天期间进行针刺治疗, 总疗程 2 年。观察血脂生化及心脑血管事件的发生情况。结果: 治疗组低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、总胆固醇 (TC) 和甘油三酯 (TG) 治疗前后比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 对照组 LDL-C、TC、TG 治疗前后比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 2 组治疗后比较, 在降低 LDL-C 及 TC 方面, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$), 治疗组疗效优于对照组。2 组临床疗效比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 治疗组临床疗效优于对照组。结论: 健脾化痰法针刺配合社区干预治疗社区居民高脂血症患者效果优于单纯社区干预, 对在社区中开展中医药防治成人高脂血症工作具有重要意义。

[关键词] 高脂血症; 针灸疗法; 健脾化痰法; 针刺; 社区干预

[中图分类号] R589.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2013) 12-0142-03

[收稿日期] 2013-08-20

[基金项目] 广州市越秀区科技计划项目 (编号: 2009-ws-17)

[作者简介] 何永昌 (1971-), 男, 副主任医师, 主要从事社区常见慢性疾病的针灸治疗。