

睑板腺管按摩联合药物治疗睑板腺功能障碍的临床疗效

徐 凤,王梅艳,李之忠,张季瑾

作者单位:(300280)中国天津市,天津海滨人民医院眼科
作者简介:徐凤,女,硕士,主治医师,研究方向:眼表疾病、白内障、眼底疾病。
通讯作者:徐凤.10688280@qq.com
收稿日期:2017-05-04 修回日期:2017-09-27

Study on the effect of massage therapy combined with medications on MGD

Feng Xu, Mei - Yan Wang, Zhi - Zhong Li, Ji - Jin Zhang

Department of Ophthalmology, People's Hospital of Binhai, Tianjin 300280, China

Correspondence to: Feng Xu. Department of Ophthalmology, People's Hospital of Binhai, Tianjin 300280, China. 10688280@qq.com

Received:2017-05-04 Accepted:2017-09-27

Abstract

• AIM: To study the effect of tarsal gland massage combined with medication in treatment of meibomian gland dysfunction (MGD).

• METHODS: Totally 100 patients (189 eyes) with MGD were selected in our hospital from December 2014 to December 2016. The patients were randomly divided into control group and observation group. Patients in the control group were treated with routine drugs, while the patients in the observation group were treated with routine massage. We observed and compared the clinical efficacy of two groups of patients before treatment, 1wk, 1 and 3mo after treatment for the subjective symptoms, tear film break - up time, tear secretion test, ocular surface disease index, corneal staining score of the patients in the 3 groups.

• RESULTS: The total effective rate of the observation group was 93.6%, which was significantly higher than that of the control group ($P < 0.05$). Two groups of patients after treatment of subjective symptoms, ocular surface disease index, corneal staining score decreased, tear break - up time, Schirmer test was increased compared with before treatment ($P < 0.05$). The decrease of subjective symptoms, ocular surface disease index, corneal staining score, the increase of tear film break-up time, tear secretion test in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$).

• CONCLUSION: Massage combined with medication can improve the clinical efficacy of MGD.

• KEYWORDS: meibomian gland dysfunction; massage; curative effect; symptom

Citation: Xu F, Wang MY, Li ZZ, et al. Study on the effect of massage therapy combined with medications on MGD. *Guoji Yanke Zazhi(Int Eye Sci)* 2017;17(11):2164-2166

摘要

目的:研究睑板腺管按摩联合药物治疗睑板腺功能障碍(meibomian gland dysfunction, MGD)的效果。

方法:选取2014-12/2016-12在我院进行治疗的MGD患者100例189眼,随机将患者分为对照组和观察组。对照组患者进行常规药物治疗,观察组患者在常规药物治疗的基础上给予睑板腺按摩。观察并比较两组患者临床疗效,以及治疗前和治疗后1wk、1、3mo患者的主观症状、泪膜破裂时间、泪液分泌试验、眼表疾病指数、角膜染色评分情况。

结果:观察组患者临床总有效率为93.6%,显著高于对照组患者($P < 0.05$)。两组患者治疗后主观症状、眼表疾病指数、角膜染色评分较治疗前下降,泪膜破裂时间、泪液分泌试验值较治疗前上升($P < 0.05$)。观察组患者主观症状、眼表疾病指数、角膜染色评分下降幅度及泪膜破裂时间、泪液分泌试验值上升幅度大于对照组患者($P < 0.05$)。

结论:睑板腺管按摩联合药物治疗可提高MGD的临床疗效。

关键词:睑板腺功能障碍;按摩;疗效;症状

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2017.11.44

引用:徐凤,王梅艳,李之忠,等. 睑板腺管按摩联合药物治疗睑板腺功能障碍的临床疗效. 国际眼科杂志 2017;17(11):2164-2166

0 引言

睑板腺功能障碍(meibomian gland dysfunction, MGD)是一种以睑板腺物质分泌质或量改变和终末导管堵塞为特征的眼部疾病^[1]。MGD多发于油性皮肤或老年患者,其具有视力疲劳、过度角化等临床表现^[2]。妥布霉素地塞米松眼膏可用于MGD的治疗,而对MGD进行单纯药物治疗见效较慢,故采用睑板腺管按摩联合药物治疗MGD。为进一步探究睑板腺管按摩联合药物对MGD的治疗效果,本研究通过对我院收治的100例189眼MGD患者进行分组治疗,进一步分析研究结果,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选取2014-12/2016-12在我院进行治疗的MGD患者的临床资料。纳入标准:在我院检查符合MGD诊断标准(睑缘以及睑板腺开口异常、睑板腺分泌物质和量的改变、睑板腺体的缺失)。症状为眼红、痒、干燥感、视力波动、流泪等;无结膜和角膜病变、青光眼者;无鼻泪道阻塞、眼睑疾病和眼球突出者;无严重感染者;自愿参加并取得知情同意,依从性较好。排除标准:合并全身其他疾病者;3mo内进行眼部手术者;妊娠和哺乳期妇女;局部和全身用药史;对本研究药物过敏者;资料不全者,不按时复诊者。根据纳入和排除标准,共纳入100例189眼研究对象,随机将患者分为对照组和观察组,每组患者各50

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	眼数	显效	有效	无效	总有效	眼(%)
观察组	93	74(79.6)	13(14.0)	6(6.5)	87(93.6)	
对照组	96	17(17.7)	50(52.1)	29(30.2)	67(69.8)	

注:对照组利用妥布霉素地塞米松眼膏治疗;观察组在对照组用药基础上加按摩治疗。

表 2 两组患者治疗前后主观症状、泪膜破裂时间、泪液分泌试验、眼表疾病指数、角膜染色评分比较

指标	时间	观察组	对照组	F_t/F_g	P_t/P_g	$\bar{x} \pm s$
主观症状	治疗前	6.26±3.56	6.27±3.58			
	治疗 1wk	4.39±2.84 ^a	5.98±3.46 ^{a,c}	3.42/4.00	0.04/0.02	
	治疗 1mo	2.22±1.56 ^a	4.95±4.13 ^{a,c}			
	治疗 3mo	1.98±1.20 ^a	3.89±2.46 ^{a,c}			
泪膜破裂时间(s)	治疗前	2.56±1.23	2.69±0.36			
泪膜破裂时间(s)	治疗 1wk	3.56±1.24 ^a	2.98±1.21 ^{a,c}	3.15/3.27	0.04/0.04	
	治疗 1mo	6.54±1.05 ^a	3.42±1.20 ^{a,c}			
	治疗 3mo	7.26±1.21 ^a	4.16±1.11 ^{a,c}			
	泪液分泌试验(mm/5min)	治疗前	5.69±3.62			5.89±3.58
泪液分泌试验(mm/5min)	治疗 1wk	7.45±3.12 ^a	6.04±2.58 ^{a,c}	3.20/3.95	0.04/0.02	
	治疗 1mo	10.59±3.26 ^a	6.21±2.89 ^{a,c}			
	治疗 3mo	15.15±3.15 ^a	8.14±2.20 ^{a,c}			
	眼表疾病指数(分)	治疗前	48.97±13.96			49.29±12.36
眼表疾病指数(分)	治疗 1wk	30.96±6.96 ^a	35.95±7.92 ^{a,c}	3.41/3.11	0.03/0.02	
	治疗 1mo	17.08±4.10 ^a	23.48±6.15 ^{a,c}			
	治疗 3mo	13.96±2.85 ^a	18.96±3.26 ^{a,c}			
	角膜染色评分(分)	治疗前	7.59±2.09			7.39±2.79
角膜染色评分(分)	治疗 1wk	5.86±0.26 ^a	6.84±1.86 ^{a,c}	3.58/4.30	0.03/0.02	
	治疗 1mo	2.51±1.56 ^a	6.01±1.62 ^{a,c}			
	治疗 3mo	1.56±0.26 ^a	4.89±1.24 ^{a,c}			

注:对照组利用妥布霉素地塞米松眼膏治疗;观察组在对照组用药基础上加按摩治疗。 F_t 、 P_t 为时间统计值; F_g 、 P_g 为组间因素统计值;^a $P < 0.05$ vs 治疗前;^c $P < 0.05$ vs 对照组。

例。对照组男 26 例 49 眼,女 24 例 47 眼;年龄 35~77(平均 56.84±9.58)岁,病程 2mo~1a(平均 0.56±0.28a)。观察组男 22 例 43 眼,女 28 例 50 眼;年龄 34~78(平均 54.96±10.63)岁,病程 3mo~1a(平均 0.60±0.36a)。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究通过医院伦理委员会批准。

1.2 方法 将 MGD 患者分为观察组和对照组,对照组利用妥布霉素地塞米松眼膏治疗;观察组在对照组用药基础上加按摩治疗,每日 3 次,治疗 1mo 并随访观察。观察组睑板腺按摩:用 40℃~50℃热毛巾热敷眼睑 10~20min 后,对患眼滴表面麻醉剂 2~3 次,用 750mL/L 酒精对眼部皮肤进行消毒,翻转上下眼睑,涂妥布霉素地塞米松眼膏起润滑保护作用,手持斜视钩从睑板后缘向睑缘处缓慢进行挤压,挤出导管内分泌物使睑板腺管通畅,5min/次,按摩完毕,滴眼药水冲洗结膜囊,每周 1 次,进行 1mo。

1.2.1 观察指标 观察并比较两组患者临床疗效,以及治疗前和治疗后 1wk,1,3mo 患者主观症状、泪膜破裂时间、泪液分泌试验、眼表疾病指数、角膜染色评分情况。主观症状:干涩、分泌物增多、视力波动、眼痒等 10 项进行评价,总分为 0~10 分,分数越高症状越严重;泪膜破裂时间检查:在裂隙灯下测量,重复 3 次,取平均值;泪液分泌试验(Schirmer I):在表面麻醉后进行,将滤纸条置于患者中外 1/3 下睑结膜囊内,记录 5min 后的浸润长度;眼表疾病指数:调查问卷表 12 个问题的回答,总分为 100 分,分值越高表明症状越明显;角膜染色评分标准:将角膜平分为上、下、鼻侧和颞侧 4 个象限,每一象限染色后分别评

分,最后累加 4 个象限分数为总分,总分 0~12 分。

1.2.2 疗效标准 临床疗效标准:(1)显效:自觉症状消失,Schirmer I 试验>15mm/5min 或 BUT>10s。(2)有效:自觉症状减轻,Schirmer I 试验 5~15mm/5min 或 BUT>10s。(3)无效:自觉症状无变化,Schirmer I 试验<5mm/5min 或 BUT<10s。总有效率=(显效+有效)/总眼数×100%。

统计学分析:数据统计分析采用 SPSS19.0 进行处理,所有计量指标均采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)进行统计描述,组间主观症状、泪膜破裂时间、泪液分泌试验、眼表疾病指数、角膜染色评分比较采用两独立样本 t 检验,采用 LSD- t 检验进行组间比较;两组间临床疗效比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组患者临床总有效率为 93.6%,显著高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 8.046, P < 0.05$,表 1)。

2.2 两组患者治疗前后主观症状、泪膜破裂时间、泪液分泌试验、眼表疾病指数、角膜染色评分比较 两组患者治疗前主观症状、泪膜破裂时间、泪液分泌试验、眼表疾病指数、角膜染色评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);两组患者治疗后主观症状、眼表疾病指数、角膜染色评分比治疗前下降,差异有统计学意义($P < 0.05$);泪膜破裂时间、泪液分泌试验比治疗前上升,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者主观症状、眼表疾病指数、角膜染色评分下降幅度及泪膜破裂时间、泪液分泌试验上升幅度大于对照组患者,差异有统计学意义($P < 0.05$,表 2)。

3 讨论

MGD 主要表现为泪膜脂质层的异常。目前,补充泪膜脂质层的药物多因其凝胶特点,不能白天点眼,导致药物有效性降低。因此,本研究观察组采用睑板腺管按摩法辅助药物治疗 MGD,对照组单纯使用睑板腺治疗药物。因患者学习程度的参差和专业手法的难度,患者难以长期坚持,因此医院中医护的正规操作、指导和监督在患者治疗中至关重要。眼睑热敷能加速眼睑组织局部血循环,常温下的眼睑脂质为液态,熔点为 19.5℃ ~ 32.9℃,使用温度约为 45℃ 的敷料热敷可使局部的温度高于睑板腺脂质的熔点^[3],致使睑板腺脂质溶解,从而加速睑板腺分泌物的排除。对眼睑进行清洁,可清除处于睫毛根部的油性分泌物,预防睑板腺开口的阻塞^[4]。针对睑板腺管的一系列按摩手法有利于稳定泪膜脂质层,缓解 MGD 的症状。

睑板腺分泌物或量的变化以及睑板腺终末导管的阻塞是 MGD 的主要特征,MGD 致使脂质通向泪膜的排除量减少,产生泪液强蒸发。睑板腺管阻塞、睑缘和睑板腺的炎症以及脂质分泌异常都可引起 MGD^[5],导致眼表功能异常。脂质分泌的质和量的异常则因睑板脂质被细菌产生酶类分解和慢性细菌感染等因素造成,异常脂质具有刺激性和上皮毒性,能崩解泪膜,造成眼部不适。根据以往调查^[6],MGD 多见于老年,但无明显性别差异,发病率寒冷地带明显高于温暖地带。临床表现多为眼部烧灼感、干燥感、异物感、刺激感、痒、视力疲劳以及视力波动、流泪等^[7]。睑缘增厚,伴有过度角化和红斑等体征,睑缘后层显现由后向前的永久性血管扩张,睑板腺开口堆积白色角质蛋白阻塞导致凸起变形,挤压后呈泡沫样、颗粒样或牙膏样分泌物。病变加剧后睑板腺出现黄色黏液样分泌物,MGD 持续多年后,睑板腺广泛萎缩^[8]。其他的伴随体征多有结膜结石、结膜充血、乳头增生、角膜点状着色等,严重者出现角膜血管翳、角膜溃疡和睑外翻。

在 MGD 的治疗方案中,本研究认为除热敷、按摩外,联合用药的类型极为重要。目前有研究表明^[9-12],表皮葡萄球菌属于革兰阳性球菌,MGD 皆因其脂肪蜡酯酶和胆固醇酯酶的分解作用。相应药物对 MGD 的眼部细菌和病原菌具有抑制作用,本研究发现,在治疗 1mo 后,观察组的主观症状、泪膜破裂时间、泪液分泌试验、眼表疾病指数、角膜染色评分等试验数据相对于对照组皆有大幅度改善。同时,观察其临床效果,对照组总有效率(69.8%)明显低于观察组总有效率(93.6%),证明眼膏联合按摩治疗疗效显著,研究认为^[13-15],睑板腺管按摩对眼部可促进血液循环,促进眼部组织对药物的吸收,而药物能抑制眼部病菌引起的炎症反应,作用效果明显,明显改善 MGD 症状和特征。本研究睑板腺按摩联合药物治疗 30d,未发现

白内障和高眼压患者,可能因为每日用药次数少、时间短相关。

总之,针对 MGD 从病因着手进行热敷按摩+抗炎药物综合治疗,有利于泪膜脂质层的均匀性和稳定性,重建泪膜的完整性,缓解或消除眼表炎症。本研究的创新性在于利用常规药物治疗的同时辅助按摩手法,同时本研究所用药物相对其他眼膏剂,能提高药物吸收速度,迅速发挥疗效。但该药物的缺点在于应用时间不宜过长,不能超过 1mo,易导致眼压升高。因此,炎症反应被控制之后应改用非甾体类抗炎药物。另外 MGD 患者仍需门诊持久治疗和观察日常饮食生活的指导,耐心治疗是临床疗效的关键。

综上所述,本研究针对 MGD 分组治疗,认为睑板腺按摩联合药物治疗 MGD 能极大缩短治愈时间,且治愈效果较好。

参考文献

- 1 卢亚梅. 典必殊与新泪然联合治疗睑板腺功能障碍性干眼症效果观察. 河北医学 2013;19(1):69-71
- 2 刘泽源,李才锐. 睑板腺功能障碍所致干眼的治疗. 国际眼科杂志 2014;14(2):270-272
- 3 魏红领,刘韶瑞,余春红. 中老年睑板腺功能障碍所致干眼症的综合治疗. 广东医学 2015;24(8):1278-1281
- 4 刘李平,冀垒兵,高晓唯,等. 综合治疗睑板腺功能障碍性干眼的疗效观察. 国际眼科杂志 2014;14(12):2292-2294
- 5 唐琴,曹西友,褚俏梅. 中老年睑板腺功能障碍的临床分析. 国际眼科杂志 2013;13(7):1419-1423
- 6 王庆强,贾新国,张文波,等. 显微探针疏通术在睑板腺功能障碍治疗中的应用. 国际眼科杂志 2014;14(7):1269-1271
- 7 聂冬丽,黄立. 护理干预对睑板腺功能障碍的影响. 中华全科医学 2013;11(12):1983
- 8 王琦,田甜,朱炎华. 睑板腺功能障碍患者 96 例的诊疗分析. 国际眼科杂志 2014;14(11):2088-2090
- 9 丁小珍,钟帆,武嘉贤,等. 饮食补充 ω-3 不饱和脂肪酸对睑板腺功能障碍性干眼患者的效果. 中华护理杂志 2013;48(8):692-695
- 10 刘春姿. 人工泪液改善中老年睑板腺功能障碍所致干眼症的疗效观察. 国际眼科杂志 2015;15(11):1956-1959
- 11 张星慧,谭庆俐,张敏. 物理治疗睑板腺功能障碍的疗效观察. 国际眼科杂志 2013;13(6):1267-1268
- 12 高珺祺. 综合疗法治疗睑板腺功能障碍致蒸发过强性干眼的临床观察. 中国中医眼科杂志 2013;23(6):436-438
- 13 董雪青,高莹莹,赵华轩,等. 改良和传统睑板腺压榨手法治疗睑板腺功能障碍的比较. 中国实用眼科杂志 2015;33(1):72-77
- 14 徐建江,杨宇婧. 睑板腺功能障碍的临床诊断技术. 中华眼科杂志 2014;50(4):313-317
- 15 梁庆丰,董喆,王宁利. 睑板腺功能障碍患者白内障围手术期需关注的问题及对策. 中华眼科杂志 2014;50(4):244-246