

# 参麦润目组方超声雾化治疗睑板腺功能障碍相关性干眼的疗效

杨雪艳<sup>1,3</sup>, 赵永旺<sup>2</sup>, 唐云骢<sup>3</sup>, 彭辉灿<sup>1</sup>

引用:杨雪艳,赵永旺,唐云骢,等. 参麦润目组方超声雾化治疗睑板腺功能障碍相关性干眼的疗效. 国际眼科杂志 2020; 20(10):1786-1790

基金项目:2019年湖南省研究生科研创新项目(No. CX20190581)

作者单位:<sup>1</sup>(421000)中国湖南省衡阳市,南华大学附属第二医院眼科;<sup>2</sup>(201699)中国上海市松江区中心医院眼科;<sup>3</sup>(425100)中国湖南省永州市第一人民医院眼科

作者简介:杨雪艳,南华大学在读硕士研究生,主治医师,研究方向:眼底病。

通讯作者:彭辉灿,毕业于兰州大学医学院眼科学,硕士,主任医师,教授,硕士研究生导师,研究方向:眼底病防治、眼底荧光造影诊断和眼电生理临床研究. penghuican@qq.com

收稿日期:2020-03-07 修回日期:2020-08-27

## 摘要

目的:探讨参麦润目组方超声雾化治疗睑板腺功能障碍(MGD)相关性干眼的临床效果。

方法:收集120例MGD相关性干眼患者,随机分为2组:治疗组(参麦润目组方超声雾化)与对照组(OPT强脉冲光疗)各60例,两组均联合睑板腺按摩。采用眼表综合分析仪检测各项指标:非侵入性平均泪膜破裂时间(NITBUTav)、下泪河高度(LTMH)、睑板腺评分等,对患者眼部的主观症状以问卷调查进行评分,将所得临床数据进行统计学处理。

结果:治疗组与对照组的术前性别、年龄、病程及治疗开始至结束后6mo的各项检测指标无差异( $P>0.05$ );治疗组总有效率94.9%,对照组96.6%( $P>0.05$ )。

结论:参麦润目组方超声雾化联合睑板腺按摩可改善MGD相关性干眼患者的主观症状及客观指标。该治疗方法与现代医学治疗方法疗效基本等同,安全并且有效,但更为便捷、经济。

关键词:参麦润目组方;干眼;睑板腺功能障碍;OPT;超声雾化;睑板腺按摩

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2020.10.26

## Clinical study on the efficacy of Shenmai Runmu prescription in the treatment of MGD-related dry eyes by ultrasonic atomization

Xue-Yan Yang<sup>1,3</sup>, Yong-Wang Zhao<sup>2</sup>, Yun-Cong Tang<sup>3</sup>, Hui-Can Peng<sup>1</sup>

Foundation item: Graduate Student Research Innovation Project of 2019 in Hunan (No. CX20190581)

<sup>1</sup>Department of Ophthalmology, the Second Affiliated Hospital of Nanhua University, Hengyang 421000, Hunan Province, China;

<sup>2</sup>Department of Ophthalmology, Shanghai Songjiang District Central

Hospital, Shanghai 201699, China; <sup>3</sup>Department of Ophthalmology, the First People's Hospital of Yongzhou, Yongzhou 425100, Hunan Province, China

Correspondence to: Hui-Can Peng. Department of Ophthalmology, the Second Affiliated Hospital of Nanhua University, Hengyang 421000, Hunan Province, China. penghuican@qq.com

Received: 2020-03-07 Accepted: 2020-08-27

## Abstract

• AIM: To investigate the clinical effect of ultrasonic atomization of Shenmai Runmu formula on dry eyes related to meibomian gland dysfunction (MGD).

• METHODS: Totally 120 cases of MGD related dry eye patients in our hospital patients were randomly divided into two groups: treatment group (ultrasonic atomization of Shenmai Runmu group) and control group (OPT intense pulse phototherapy), 60 cases each, both groups were combined with meibomian gland massage. The ocular surface comprehensive analyzer was used to detect various indicators: average non-invasive tear break-up time (NITBUTav), lower tear meniscus height (LTMH), meibomian gland score, etc. Subjective symptoms of patients' eyes were scored by questionnaire survey, and the clinical data were statistically processed.

• RESULTS: There was no statistical difference between the treatment group and the control group in terms of gender, age, course of disease before treatment, and the indicators in the period from treatment start to 6mo after the treatment end ( $P>0.05$ ); The total effective rate was about 94.9% in the treatment group and 96.6% in the control group ( $P>0.05$ ).

• CONCLUSION: Ultrasonic atomization combined with meibomian gland massage can improve the subjective symptoms and objective indexes of MGD related dry eyes. Compared with the modern medical treatment, the therapeutic effect of this method is basically the same, safe and effective, but it is more convenient and economic, which is worth popularizing in clinical application.

• KEYWORDS: Shenmai Runmu prescription; dry eye; meibomian gland dysfunction; OPT; ultrasonic atomization; meibomian gland massage

Citation: Yang XY, Zhao YW, Tang YC, et al. Clinical study on the efficacy of Shenmai Runmu prescription in the treatment of MGD-related dry eyes by ultrasonic atomization. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2020;20(10):1786-1790

## 0 引言

干眼是眼科门诊最常见的疾病之一,严重地影响人们的生活质量,引起眼科工作者的广泛关注。临床上干眼可以分为水液缺乏型、黏蛋白缺乏型、蒸发过强型、泪液动力

表1 两组一般资料比较

组别	例数	年龄( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	性别(例)		病程( $\bar{x}\pm s$ ,mo)
			男	女	
治疗组	60	46.44±8.92	31	28	10.19±1.68
对照组	60	47.14±9.15	32	27	9.95±1.88
$\chi^2$		1.622	0.034		0.484
$P$		0.108	0.847		0.630

注:治疗组:参麦润目组方超声雾化联合睑板腺按摩;对照组:OPT强脉冲光疗联合睑板腺按摩。

学异常型、混合型等5种类型。其中蒸发过强型干眼占很大一部分比例,其主要原因是由MGD(睑板腺功能障碍)引起泪膜脂质层的量、分布和厚度的异常等所导致的泪液蒸发过强,也就是临床上所指的MGD相关性干眼。关于“参麦润目组方口服对MGD相关性干眼的临床研究”课题组在前期进行了相关研究,取得了很好的临床效果,那么作为临床效果良好的参麦润目组方超声雾化对MGD相关性干眼的临床效果又如何?为了探究这个课题,研究者收集我院眼科2016-02/2019-01总共120例MGD相关性干眼患者资料,所有患者均确诊为MGD相关性干眼,采用前瞻性、随机性、双盲、对照的设计方法,将患者分为2组:治疗组60例(参麦润目组方超声雾化)与对照组60例(OPT强脉冲光疗),经过9mo临床随访观察,现将观察结果报告如下。

## 1 对象和方法

**1.1 对象** 收集于2016-02/2019-01在永州市第一人民医院眼科门诊确诊为MGD相关性干眼的患者120例120眼,患者年龄25~60(平均46.82±9.07)岁。随机分为两组。两组患者平均年龄、治疗前平均病程、性别等一般资料见表1;双眼发病者选取较为严重眼作为观察对象。

**1.1.1 诊断标准** 诊断标准<sup>[1]</sup>(既符合MGD,又符合干眼诊断):(1)眼部主观症状:干涩、视力波动、灼烧感、易疲劳、异物感、流泪、眼红等主观症状中1项或多项均可;(2)泪膜不稳定:非侵入性平均泪膜破裂时间(NITBUTav)≤13s;(3)泪液分泌减少:下泪河高度(LTMH)<0.2mm;(4)睑板腺分泌数量和质量改变;(5)睑缘及睑板腺开口异常;(6)睑板腺腺体萎缩或缺如。

**1.1.2 纳入及排除标准** 纳入标准:(1)符合MGD、干眼诊断双重标准;(2)年龄大于25岁,少于60岁;(3)通过我院医学伦理委员会的审核,所有受试患者都签署了知情同意书。排除标准:(1)睑板腺功能障碍(MGD)、眼干症状,两项不同时存在;(2)年龄小于25岁,大于60岁;(3)严重的屈光不正(高度远、近视,散光>1.50D);(4)存在弱视、斜视、青光眼、眼内器质性病变、眼球无法固视者等;(5)睑内、外翻、倒睫、上睑下垂等眼表或附属器疾病;(6)6mo内有结膜炎、睑缘炎、角膜炎等眼部感染病史,长期使用滴眼液(抗生素、抗病毒等)或者过敏性疾病;(7)既往有眼外伤、眼部手术(准分子激光手术或眼部其它手术等)史,长期配戴角膜接触镜;(8)哺乳期、孕妇、眼睑及周围皮肤深黑或皮肤破损等,有OPT强脉冲光疗禁忌证患者;(9)过度使用视频终端(每天大于4h,持续1a以上);(10)近2mo内使用阿托品、人工泪液、β受体阻滞剂、毛果芸香碱、抗组胺药等对泪膜有影响药物者;(11)高血压、糖尿病、严重肝、肾功能损害或伴有精神疾病、自身免疫性疾病(系统性红斑狼疮等)、结缔组织相关疾病、性激

素异常等在临床医师指导下无法独立完成问卷调查者。

## 1.1.3 健康宣教和仪器

**1.1.3.1 健康宣教** 由于熬夜、过度使用电子产品、抑郁、长期处在空调及污染严重的环境下等均可加重干眼。因此,在治疗前对两组患者均进行健康宣教、用眼卫生指导,养成良好生活习惯,如有情绪不佳及时咨询医生,多吃水果、蔬菜、适当饮水,如有特殊状况及时跟医生反映,必要时退组。

**1.1.3.2 仪器** OPT:美国科医人激光公司新一代强脉冲光干眼治疗仪,型号:M22/王者之EYE采用全新OPT专利技术,使治疗较IPL更为安全、有效。眼表综合分析仪:德国Oculus,型号77000,采用非侵入、非接触的测量方法,客观、迅速、准确地测得泪膜破裂时间、泪河高度等各项指标评价分析两组患者MGD相关性干眼治疗疗效。超声雾化仪:干眼治疗综合系统-雾化器,上海,型号:VGR-001A。

## 1.2 方法

### 1.2.1 分组及治疗方法

**1.2.1.1 分组** 采用随机、对照的方法将患者分成两组:治疗组60例(参麦润目组方超声雾化)与对照组60例(OPT强脉冲光疗),其中简单随机方法采用患者就诊顺序排列,尾数为单号为治疗组,双号为对照组,所有干眼患者均使用眼表综合分析仪进行检查,所有检查全部由相同的医技人员,并是相同仪器、设备完成。

**1.2.1.2 治疗方法** 治疗组:参麦润目组方超声雾化熏蒸联合睑板腺按摩。“参麦润目组方”(太子参15g、五味子6g、麦冬10g、防风10g、密蒙花10g、黄芩10g、甘草3g)煎制,取浓煎剂100mL备用。采用干眼治疗综合系统-雾化器将参麦润目组方汤汁原液50mL超声雾化熏蒸,约20min/次,1次/d,连续1wk,第一次和最后一次治疗结束时分别进行一次睑板腺按摩,第一个疗程结束后休息2wk继续治疗,共3个疗程,约3mo。对照组:OPT强脉冲光联合睑板腺按摩治疗由我科室有经验的同一位医生专门操作,根据患者肤色选择不同长度波长的脉冲光(500~1200nm),治疗约10min/次,每次OPT治疗后进行睑板腺按摩,间隔18~23d,连续治疗3次。治疗组和对照组在治疗前均常规清洗眼周的皮肤及睑缘,参麦润目组方超声雾化或OPT治疗结束后都局部滴卡波姆眼用凝胶,4次/d,连续滴3mo。

### 1.2.2 观察指标<sup>[2]</sup>

**1.2.2.1 眼部主观症状** 干涩、视力波动、灼烧感、易疲劳、异物感、流泪、眼红等,采用问卷调查方式获得,根据患者主观症状的轻重程度计分。症状持续不能缓解为3分,症状经常出现为2分,偶有症状为1分,无症状为0分。

**1.2.2.2 下泪河高度** 初步检测泪液分泌量,采用非侵入

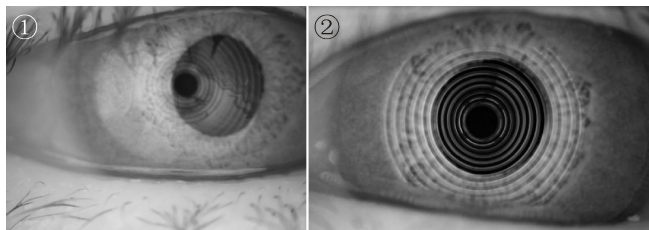


图1 下泪河高度。图2 非侵入性泪膜破裂时间。

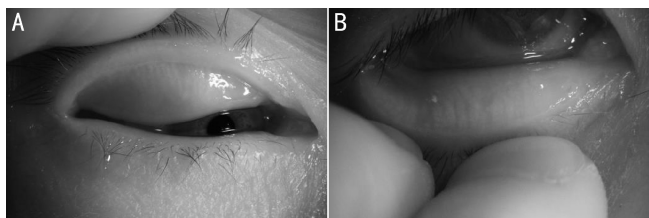


图3 睑板腺拍摄检查 A:上睑;B:下睑。

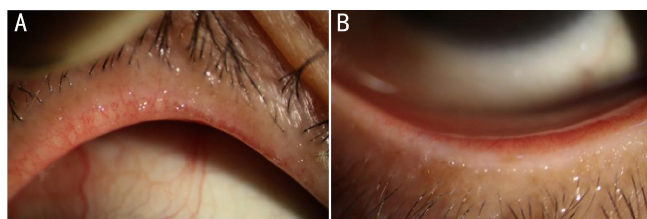


图4 睑板腺开口检查 A:上睑;B:下睑。

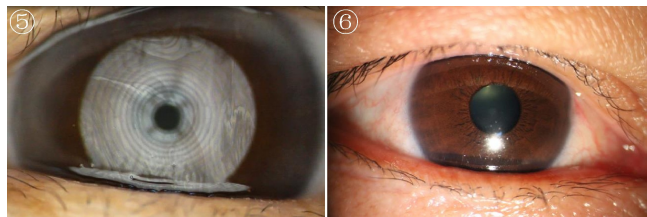


图5 泪膜脂质层检查。图6 眼红分析。

性眼表综合分析仪测量患者瞳孔中央下方对应的泪河高度:将仪器调至泪河高度的检查模式,患者正视前方,嘱患者用力眨眼两次后获取图像,采用分析软件获取数据,同一位检查者重复以上检查3次,取平均值。LTMH>0.2mm 分泌正常,0.2mm 为临界值,<0.2mm 为泪液分泌异常(图1)。

**1.2.2.3 非侵入性平均泪膜破裂时间测定** 摆正头位,正视前方,调整焦点至角膜顶点,嘱患者瞬目两次、中心点对准瞳孔中心后开始测量,嘱患者一直睁眼直至无法耐受不自闭眼为止,记录非侵入性泪膜破裂平均时间,连续检测3次取得平均值,每次患者闭眼休息1min后再次检测(图2)。数据评分:0级(正常),NITBUTav $\geq$ 14s;1级(可疑干眼),NITBUTav>7~13s;2级(干眼),NITBUTav $\leq$ 7s。

**1.2.2.4 睑板腺拍摄检查** 先后翻转上睑、下拉下睑分别暴露上、下睑板后眼表综合分析仪拍摄自动分析(图3)。评分标准<sup>[3]</sup>:0分(无腺体缺失或萎缩),1分(占总体1/3腺体缺失或萎缩),2分(占总体1/3~2/3腺体缺失或萎缩),3分(占总体的2/3以上腺体缺失或萎缩),上下睑板腺都进行分析,最高积分为6分。

**1.2.2.5 睑板腺开口检查** 分别轻按上、下睑使得睑缘上抬暴露,眼表综合分析仪分别聚焦于上、下睑板腺开口并拍照分析睑板腺开口状况,后轻按压睑板,查看睑酯性状,每一只眼的上下眼睑分别评分(图4)。根据睑板腺开口状况及睑酯分泌物形状评分<sup>[1-3]</sup>:0分,睑板腺开口无睑酯堵塞,睑酯清亮,按压睑酯为蛋清样,为正常;1分,1~2个开口堵塞,睑酯污浊、奶黄样,按压排出稍难,为轻度;2分,3~4个开口堵塞,睑酯颗粒样,按压很难排出,为中度;3分,5个及以上开口堵塞,睑酯呈牙膏状,按压极难排出,为重度(图5、6)。

疾病疗效标准参照相关文献<sup>[3-4]</sup>综合制定:(1)治愈:主观症状全部消失,NITBUTav $\geq$ 14s,LTMH>0.2mm,睑板腺评分为0分;(2)显效:主观症状明显改善1分,7s<NITBUTav $\leq$ 13s,LTMH>0.2mm,睑板腺评分为1分;(3)有效:主观症状改善2分,6s $\leq$ NITBUTav $\leq$ 7s,LTMH<0.2mm,睑板腺评定为2分;(4)无效:主观症状无改善3分,NITBUTav $\leq$ 5s,LTMH<0.2mm,睑板腺评分为3分。有效率=(治愈+显效+有效)眼数/总眼数 $\times$ 100%。

统计学分析:所有数据统计学分析均运用SPSS22.0

统计软件进行处理,依据计量数据类型,选择合适的计量方法,该研究计量数据类型都符合正态分布,采用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,首先应用重复测量数据的方差分析比较各时间点不同测量数据,如存在差异再进一步比较;各时间点的组间差异比较,应采用独立样本 $t$ 检验;各组的时间差异比较,应采用LSD- $t$ 检验。计数资料比较采用卡方检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 病例退出情况** 该研究总共采集120例患者,其中两组各有1例患者退出观察。其退出原因为:对照组1例男性患者,因自身原因迁移外地,无法按时接受治疗;治疗组1例女性患者,因意外怀孕无法继续治疗观察。

**2.2 评价指标对比** 两组各时间点(治疗前、治疗后、随访)眼部主观症状评分、NITBUTav、LTMH、睑板腺开口及分泌物综合评分、睑板腺缺失评分比较,差异均无统计学意义(组间: $F=2.987,0.005,0.478,1.910,0.690,P=0.087,0.943,0.0491,0.208,0.408$ ;交互: $F=2.206,1.31,0.895,0.600,2.361,P=0.112,0.274,0.412,0.550,0.099$ ),表示两组之间比较无显著差异,时间和分组之间无交互作用,说明时间因素的作用不随分组不同而不同。两组组内各时间点(治疗前、治疗后、随访)眼部主观症状评分、NITBUTav、LTMH、睑板腺开口及分泌物综合评分、睑板腺缺失评分比较,差异均有统计学意义( $F=54.528,1158.76,186.45,61.532,86.60$ ,均 $P<0.01$ ),见表2。

治疗组治疗前与治疗后、治疗前与随访、治疗后与随访的眼部主观症状评分、NITBUTav、LTMH、睑板腺开口及分泌物综合评分、睑板腺缺失评分分别比较: $t=8.242,7.712,0.646;27.143,30.884,3.530;15.263,9.496,4.402;5.117,3.355,1.067;10.568,7.831,3.652;P<0.01,<0.01,0.520;<0.01,<0.01,0.001$ ;均 $<0.01$ ; $<0.01,0.001,0.289$ ;均 $<0.01$ ,治疗组主观症状及睑板腺开口及分泌物综合评分治疗后与随访对比,差异均无统计学意义,说明此两项指标疗效持久、复发低;其余各指标差异均有统计学意义。

对照组治疗前与治疗后、治疗前与随访、治疗后与随访的眼部主观症状评分、NITBUTav、LTMH、睑板腺开口及分泌物综合评分、睑板腺缺失评分分别比较: $t=6.892,3.709,3.143;27.143,25.984,6.301;12.961,6.362,4.378$ ;

表2 两组不同时间点各评价指标结果

组别	时间	眼部主观症状评分(分)	NITBUTav(s)	LTMH(mm)	睑板腺开口及分泌物综合评分(分)	睑板腺缺失评分(分)
治疗组	治疗前	2.05±0.57	4.64±1.46	0.094±0.035	1.83±0.913	2.90±1.12
	治疗后	1.17±0.59	14.14±2.26	0.210±0.047	1.07±0.691	1.19±0.55
	随访	1.24±0.57	12.90±1.45	0.17±0.051	1.24±1.006	1.59±0.64
对照组	治疗前	1.85±0.75	4.61±1.46	0.092±0.049	2.07±0.807	2.59±0.15
	治疗后	0.94±0.68	14.53±1.65	0.225±0.061	1.24±0.858	1.34±0.45
	随访	1.35±0.72	12.50±1.81	0.168±0.078	1.27±1.048	1.53±0.55

注:治疗组:参麦润目组方超声雾化联合睑板腺按摩;对照组:OPT强脉冲光疗联合睑板腺按摩。

表3 两组患者疗效对比

组别	眼数	治愈	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	59	35	13	8	3	94.9
对照组	59	38	11	8	2	96.6

注:治疗组:参麦润目组方超声雾化联合睑板腺按摩;对照组:OPT强脉冲光疗联合睑板腺按摩。

5.418,4.628,0.192;7.861,6.425,2.112; $P<0.01$ 、 $<0.01$ 、 $0.002$ ;均 $<0.01$ ;均 $<0.01$ ;均 $<0.01$ 、 $<0.01$ 、 $0.848$ ;均 $<0.01$ 、 $0.037$ ,对照组睑板腺开口及分泌物综合评分的治疗后与随访无统计学差异,说明该指标疗效持久、复发低;其余各指标差异均有统计学意义。

两组其它各数据治疗前与治疗后、治疗前与随访、治疗后与随访对比均存在统计学差异,说明随访时数据较治疗后虽然存在差异,但治疗后、随访时各指标仍然均优于治疗前,说明治疗有效且持久。

**2.3 两组患者疗效比较** 两组患者有效率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ,表3)。

**2.4 安全性** 两组患者从治疗开始、治疗过程、治疗结束后6mo的随访期间,对照组部分患者治疗后眼周皮肤出现微红、有轻度灼热感,1d后症状自行消失,两组患者均无明显不良事件发生。

### 3 讨论

MGD相关性干眼是最常见的干眼类型,发病率高,病因多种多样,发病机制复杂<sup>[5]</sup>,严重时不仅破坏眼表微环境,还会影响眼部手术,治疗不当,甚至造成失明。现代医学对于轻中度MGD相关性干眼患者,局部治疗为主,包括人工泪液、抗炎、物理治疗(睑缘清洁、热敷、局部按摩与强脉冲光疗)和手术治疗等,短期疗效佳,但均存在不同缺点。对于重度MGD相关性干眼患者,联合使用抗生素、激素可减轻一部分症状及体征,但会引起菌群失调、胃肠炎、角膜溃疡,继发性青光眼等并发症可能。

中医在MGD相关性干眼方面有独特的优势,包括内服、外用、针刺、理疗、超声雾化、离子导入等多种手段,充分辨证后均有明显的效果。参麦润目组方由太子参15g、五味子6g、麦冬10g、防风10g、密蒙花10g、黄芩10g、甘草3g组成。现代研究发现<sup>[6-7]</sup>,太子参中太子参多糖具有抗疲劳、抗应激、增强免疫功能作用;五味子<sup>[8-11]</sup>具有抗疲劳、抑菌、抗炎、镇痛、免疫调节等作用。且五味子<sup>[8-9]</sup>对金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌、曲霉、大肠杆菌、鲍曼不动杆菌等有抑制作用;麦冬<sup>[12]</sup>可降低巨噬细胞NO、INF- $\alpha$ 分泌与释放,具有良好的抗炎作用;防风<sup>[13-14]</sup>有抗菌(金

黄色葡萄球菌等)、抗炎、抗过敏、解热、镇痛等作用;密蒙花<sup>[15]</sup>具有类雄性激素作用、抗炎、抗菌、降血糖、调节免疫、抗肿瘤、抗氧化等作用。化裁密蒙花超声雾化法<sup>[16]</sup>、中药密蒙花离子导入<sup>[17]</sup>可有效改善干眼临床症状及体征;延长泪膜破裂时间,抑制泪液中炎症因子ICAM-1、IL-6的表达,修复角膜上皮细胞,且远期复发率低。黄芩<sup>[18]</sup>具有抗炎、解热、清除自由基、抗氧化、抗微生物(细菌、病毒、真菌、支原体、衣原体等)作用;甘草<sup>[19-20]</sup>具有抗炎(可通过抑制NO、IL-6、TNF- $\alpha$ 分泌,降低PGE<sub>2</sub>合成达到抗炎作用)、抗过敏、抑菌、抗病毒、镇痛、抗氧化、抗抑郁以及免疫调节作用。综上,参麦润目组方具有抗疲劳、类雄性激素作用、抗炎、镇痛、抑菌、抗病毒等作用,该方理论上治疗MGD相关性干眼有效,而前期研究实验表明:“参麦润目组方口服”治疗MGD相关性干眼疗效明显,尤其针对MGD相关性干眼中气阴不足,风热上扰型干眼患者疗效显著。

关于中药超声雾化熏蒸治疗眼病有很多报道,相关研究表明<sup>[21-22]</sup>:通过中药超声雾化给药,利用超声波破坏水表面的张力来产生雾化,药物变为微小颗粒(直径大小为3.7~10.5 $\mu$ m)均匀分布于眼表,直接渗透入组织,其温度微高于体表温度、可改善眼部的血液循环,增加药物在眼表生物利用度,利用眼罩的保湿作用,可以改善干眼症状、体征,方便快捷、副作用少、用药量小、起效快等优点。

此次临床研究通过干眼综合分析仪对比观察参麦润目方超声雾化及OPT强脉冲光疗联合睑板腺按摩治疗MGD相关性干眼研究数据表明:(1)治疗组(参麦润目方组)及对照组(OPT强脉冲光疗)联合睑板腺按摩治疗MGD干眼均效果显著,治疗前与治疗后比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );(2)两组之间疗效无显著性差异( $P>0.05$ );(3)两组治疗后与随访时疗效相比,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),说明治疗组与对照组均疗效持久。该研究采用眼表综合分析仪准确、迅速、无创地记录干眼的各项检测数据,患者配合度佳,结果更为真实、有效。

祖国医学重在调理,参麦润目方具有类雄性激素作用及抗炎、镇痛、抗疲劳、抑菌、抗病毒等作用。参麦润目组方中五味子、太子参、防风、密蒙花、甘草、黄芩均具有抗炎、抗感染作用;太子参、五味子、麦冬可抗疲劳;甘草、五味子、麦冬、防风镇痛减轻症状;密蒙花的类雄性激素作用,存在上调雄激素受体从而达到治疗干眼的作用。我们通过临床研究观察,发现参麦润目组方超声雾化熏蒸联合睑板腺按摩治疗MGD相关性干眼是一种简便、疗效好、维持时间长、副作用小、价格低廉的治疗方案。因该研究观

察病例只有118例,数据有限,期待大样本的临床研究,更  
早地将参麦润目方推广应用于临床,给广大MGD相关性  
干眼患者带来福音。

#### 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). 中华眼科杂志 2017;53(9):657-661
- 2 中华医学会眼科学分会角膜病学组. 干眼临床诊疗专家共识(2013  
年). 中华眼科杂志 2013;49(1):73-75
- 3 叶健章, 尹转通, 刘斐. 睑板腺按摩联合强脉冲光治疗睑板腺功能  
障碍性干眼病. 深圳中西医结合杂志 2018;28(11):141-142
- 4 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准. 北京:中国中医药科  
技出版社 2012;286
- 5 孟宪实, 李莹, 刘小伟. 睑板腺功能障碍的研究进展. 中华眼科医  
学杂志;电子版 2016;6(3):136-140
- 6 黄文哲, 柳燕, 秦民坚, 等. 太子参提取物对小鼠免疫功能的影响.  
现代中药研究与实践 2005;19(6):35-37
- 7 王家葵, 郑军, 沈映君, 等. 太子参总提取物对环磷酰胺处理动物  
免疫功能及胸腺、脾脏核酸含量的影响. 中药药理与临床 1996;12  
(6):16-18
- 8 张媛媛. 五味子抗菌物质的提取、抑菌机理及在食品中的应用研  
究. 河北科技大学 2016
- 9 张景皓, 肖明霞, 季萍. 黄芩、黄连、五味子对5种多重耐药菌抑菌  
作用的实验研究. 新疆医学 2012;42(2):4-7
- 10 吴伦, 陈晓宇, 于浩然, 等. 五味子醇甲的抗炎免疫作用研究. 现

- 代中药研究与实践 2017;31(5):18-21
- 11 徐思. 五味子治疗慢性疲劳综合症药效及机理研究. 成都中医药  
大学 2003
- 12 曹春琪. 麦冬不同部位对巨噬细胞炎症反应的调节作用及其物质  
基础研究. 北京中医药大学 2016
- 13 刘双利, 姜程曦, 赵岩, 等. 防风化学成分及其药理作用研究进  
展. 中药 2017;48(10):2146-2152
- 14 刘羽, 张月娟, 余毅, 等. 防风解热合剂解热镇痛抗炎药理作  
用的实验研究. 中国中医炎症 2019;28(9):1576-1579
- 15 左志琴, 沈志华. 密蒙花黄酮类化合物药理学用途研究近况. 江西  
中医药 2014;45(2):73-75
- 16 邢雁飞, 宋小莉, 王召英. 化裁密蒙花散超声雾化联合雷火灸熏  
眼治疗干眼症的临床观察. 湖南中医药大学学报 2013;33(3):88-92
- 17 曾志成, 彭俊, 姚小磊, 等. 中药密蒙花离子导入对干眼患者泪  
液白细胞介素6、细胞间黏附分子1表达的影响. 中医杂志 2019;60  
(3):219-223
- 18 郑勇凤, 王佳婧, 傅超美, 等. 黄芩的化学成分与药理作用研究  
进展. 中成药 2016;38(1):141-147
- 19 马鸿雁, 邓雨娇, 马倩, 等. 甘草的研究概况. 中药与临床 2018;9  
(1):59-62
- 20 李想, 李冀. 甘草提取物活性成分药理作用研究进展. 江苏中医  
药 2019;51(5):81-86
- 21 张慧芝, 尹卫伟, 陈梅. 维生素A联合眼氨肽超声雾化治疗干眼  
症的疗效观察. 医药论坛杂志 2011;32(11):49-50
- 22 赵黎, 缪晚虹, 李青松, 等. 雾化疗法在眼科中的临床应用. 中国  
中医眼科杂志 2019;29(5):420-423