

·临床研究·

本文引用: 武鼎慧, 郭跃先, 徐小强. 清热润目汤雾化熏蒸联合玻璃酸钠滴眼液治疗阴虚湿热证老年性白内障术后干眼的临床疗效[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(4): 687-692.

清热润目汤雾化熏蒸联合玻璃酸钠滴眼液治疗阴虚湿热证老年性白内障术后干眼的临床疗效

武鼎慧^{1*}, 郭跃先², 徐小强³

1. 长治市中医医院眼科, 山西 长治 046000; 2. 长治市第二人民医院眼科, 山西 长治 047500;

3. 北大医疗潞安医院眼科, 山西 长治 046200

〔摘要〕 **目的** 探讨清热润目汤雾化熏蒸联合玻璃酸钠滴眼液治疗阴虚湿热证老年性白内障术后干眼的临床疗效及其对泪液分泌质量和睑板腺功能的影响。**方法** 将 2022 年 7 月至 2024 年 7 月长治市中医医院收治的 104 例阴虚湿热证老年性白内障术后干眼患者, 采用随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 52 例。对照组予玻璃酸钠滴眼液治疗, 每眼滴入 1~2 滴, 每日 4 次; 观察组在对照组基础上予清热润目汤雾化熏蒸治疗, 雾化熏蒸持续时间 20 min, 每日 1 次。两组均治疗 2 周。观察两组临床疗效、中医证候积分、泪液分泌质量、睑板腺功能、泪液炎症因子水平及治疗安全性。**结果** 观察组治疗总有效率(92.31%)高于对照组(76.92%)($P < 0.05$)。与治疗前比较, 观察组治疗后中医证候各项积分及总分、白细胞介素-6、肿瘤坏死因子- α 、C 反应蛋白、角结膜荧光素染色评分及睑板腺分泌物评分均降低($P < 0.05$), 且观察组低于对照组($P < 0.05$); 观察组治疗后泪膜破裂时间、泪液分泌试验、睑板腺厚度、睑板腺开口数量均升高($P < 0.05$), 且观察组高于对照组($P < 0.05$)。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 清热润目汤雾化熏蒸联合玻璃酸钠滴眼液治疗阴虚湿热证老年性白内障术后干眼患者临床疗效良好, 可缓解患者的干眼症状, 提高泪液分泌质量, 改善患者的睑板腺功能, 降低泪液炎症因子水平, 且治疗安全性良好。

〔关键词〕 白内障; 干眼; 清热润目汤; 阴虚湿热证; 雾化熏蒸治疗; 泪液分泌质量; 睑板腺功能

〔中图分类号〕 R276.7

〔文献标志码〕 B

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2025.04.015

Clinical efficacy of nebulization and fumigation with Qingre Runmu Decoction combined with Sodium Hyaluronate Eye Drops in treating dry eye after cataract surgery in elderly patients with yin-deficiency and damp-heat pattern

WU Dinghui^{1*}, GUO Yuexian², XU Xiaoqiang³

1. Ophthalmology Department, Changzhi Hospital of Chinese Medicine, Changzhi, Shanxi 046000, China; 2. Ophthalmology Department, The Second People's Hospital of Changzhi, Changzhi, Shanxi 047500, China; 3. Ophthalmology Department, PKU Care Lu'an Hospital, Changzhi, Shanxi 046200, China

〔Abstract〕 **Objective** To explore the clinical efficacy of nebulization and fumigation with Qingre Runmu Decoction (QRRMD) combined with Sodium Hyaluronate Eye Drops in treating dry eye after cataract surgery in elderly patients with yin-deficiency and damp-heat pattern and its effects on tear secretion quality and meibomian gland function. **Methods** A total of 104 elderly patients with dry eye after cataract surgery due to yin-deficiency and damp-heat pattern, admitted to Changzhi Hospital of Chinese Medicine from July 2022 to July 2024, were randomly divided into an observation group and a control group using random

〔收稿日期〕 2024-11-16

〔基金项目〕 山西省中医药管理局科研课题(2023ZYB072)。

〔通信作者〕 * 武鼎慧, 女, 主治医师, E-mail: 15835555151@163.com。

number table method, with 52 cases in each group. The control group was treated with Sodium Hyaluronate Eye Drops, with 1–2 drops in each eye, four times a day; while the observation group was treated additionally with nebulization and fumigation with QRRMD on the basis of the control group, with a nebulization and fumigation duration of 20 min, once a day. Both groups were treated for two weeks. The clinical efficacy, Chinese medicine pattern scores, tear secretion quality, meibomian gland function, tear inflammatory factor levels, and treatment safety were observed in the two groups. **Results** The total effective rate in the observation group (92.31%) was higher than that in the control group (76.92%) ($P<0.05$). Compared with those before treatment, the scores of each item and the total score of TCM pattern, interleukin-6, tumor necrosis factor- α , C-reactive protein, corneal and conjunctival fluorescein staining score, and meibomian gland secretion score in the observation group reduced after treatment ($P<0.05$), and those in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$); the tear film break-up time, Schirmer test results, meibomian gland lipid thickness, and meibomian gland orifice count in the observation group increased after treatment ($P<0.05$), and those in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** Nebulization and fumigation with QRRMD combined with sodium hyaluronate eye drops has good clinical efficacy in the treating dry eye after cataract surgery in elderly patients with yin-deficiency and damp-heat pattern. It can relieve dry eye symptoms, improve tear secretion quality, enhance meibomian gland function, reduce tear inflammatory factor levels, and ensure good treatment safety.

[**Keywords**] cataract; dry eye; Qingre Runmu Decoction; yin-deficiency and damp-heat pattern; nebulization and fumigation therapy; tear secretion quality; meibomian gland function

白内障为晶状体浑浊导致视觉性障碍,以致视力下降甚至失明致盲,主要出现在老年人中,严重危害患者的生命健康^[1]。临床通常采取手术治疗,干眼是术后的常见并发症,表现为眼部干涩、眼部异物感、眼痒、畏光等症状,严重者可导致患者眼部感染,出现眼部红肿、充血,并对患者的视力产生一定的影响,进而影响患者的术后康复效果^[2]。据相关发病率调查显示,在白内障手术人群中,有 21%~30% 的患者在术后出现不同程度的干眼^[3]。因此,在干眼患者确诊后需立即给予积极有效的干预措施,以缓解眼部干涩症状。目前,常用人工泪液滴眼液缓解症状,但在临床应用中提示,单纯的人工泪液滴眼液对于干眼的症状缓解效果欠佳^[4]。中医学认为干眼归属于“白涩症”范畴,由阴虚津闭、湿热内生导致目睛失养而发病。中医应从生津养阴、润燥祛热等角度治疗^[5]。清热润目汤为长洽市中医医院眼科基于中医经典方剂杞菊地黄汤加减化裁的自拟方剂,具有清热燥湿、生津明目的功效^[6]。本文以阴虚湿热证老年性白内障术后干眼患者为研究对象,评估清热润目汤雾化熏蒸联合滴眼液治疗的临床疗效及泪液分泌质量、睑板腺功能的影响。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2022 年 7 月至 2024 年 7 月长洽市中医医院收治的 104 例阴虚湿热证老年性白内障术后干

眼患者,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组 52 例。观察组男 30 例,女 22 例,年龄 60~85(70.93 $\pm$ 4.12)岁,白内障病程 3~12(7.69 $\pm$ 1.92)年,体质指数(body mass index, BMI)18~27(22.65 $\pm$ 2.81) kg/m²,美国麻醉医师协会(American Society of Anesthesiologists, ASA) I/II 级:28/24 例,干眼病程 1~3(1.96 $\pm$ 0.74)个月,左眼 32 例、右眼 20 例;对照组男 32 例,女 20 例,年龄 60~85(69.29 $\pm$ 4.04)岁,白内障病程 3~12(7.98 $\pm$ 1.92)年, BMI 18~27(22.28 $\pm$ 2.92) kg/m², ASA I/II 级:31/21 例,干眼病程 1~3(1.88 $\pm$ 0.65)个月,左眼 28 例、右眼 24 例。两组基线资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究患者对研究均知情且同意,并获长洽市中医医院伦理委员会审核通过(2022-伦理审查-03)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《眼科临床指南解读:白内障》^[7]中的诊断标准:眼部有干涩感、异物感、烧灼感、疲劳感、不适感、视力波动等主观症状之一,中国干眼问卷量表评分 ≥ 7 分或眼表疾病指数 ≥ 13 分;同时泪液分泌试验结果异常;或荧光素钠染色可见角膜染色点 ≥ 5 个。需要均满足以上条件即可确诊为干眼患者。

1.2.2 中医诊断标准 符合《中医临床诊疗指南释义:眼科疾病分册》^[8]中阴虚湿热证诊断标准。主症:目珠干燥、乏泽、疼痛、畏光、瞬目频频;次症:口鼻干燥、溲黄、便干、舌红苔薄等。同时具备主症、次症各

2 项,参考舌脉象,即可诊断。

1.3 纳入标准

(1)符合上述西医、中医诊断标准;(2)年龄>60 岁,且均为单眼发病;(3)具有手术治疗指征并接受手术治疗;(4)对玻璃酸钠滴眼液、清热润目汤雾化熏蒸治疗耐受。

1.4 排除标准

(1)伴随其他眼科疾病(如角结膜炎、沙眼、过敏性结膜炎、麦粒肿、青光眼等)者;(2)有眼部其他手术史者;(3)入组本研究前 2 周内采取其他治疗方式或治疗药物者;(4)合并干燥综合征、免疫功能障碍疾病者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 接受白内障手术,术后予玻璃酸钠滴眼液(参天制药株式会社,规格 5 mL:15 mg,国药准字:J20130012,批号:ST20220301-A)滴眼治疗,每眼 1~2 滴,每日 4 次,连续治疗 2 周。

1.5.2 观察组 观察组在对照组基础上予清热润目汤雾化熏蒸治疗,清热润目汤方剂组成:麦冬 8 g、石斛 10 g、密蒙花 6 g、玉竹 8 g、决明子 6 g、生地黄 8 g、野菊花 6 g、桑叶 10 g。由本院中药制剂室统一煎煮后装入密封袋中,雾化熏蒸治疗时量取汤药 50 mL 和 350 mL 水加入 TY-200 型人眼部熏蒸器(泰州瞳卫士眼健康科技有限公司)中,加热使蒸汽散出,温度控制在 45~50 ℃,治疗时双眼至熏蒸器距离 10~15 cm,雾化熏蒸持续时间 20 min,每日 1 次,连续治疗 2 周。

1.6 观察指标

1.6.1 中医证候积分 根据目珠干燥、灼热微痒、瞬目频频、舌红苔薄等程度分为无、轻、中、重 4 个等级,分别记为 0、2、4、6 分,并计算比较总分,得分越低患者的各项证候越轻^[9]。

1.6.2 临床疗效 参考《眼科疾病诊疗指南》^[10]进行评估。显效:患者眼干涩、异物感、视物疲劳、烧灼感及畏光等症状基本消退,中医证候积分下降>80%;有效:症状显著减轻,中医证候积分下降 30%~80%;无效:症状未改善,中医证候积分下降<30%。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.6.3 泪液分泌质量指标 于治疗前后检测患者的泪液分泌质量指标,包括泪膜破裂时间(tear film rupture time, BUT)、泪液分泌试验(tear secretion test,

SIT)、角结膜荧光素染色(corneal fluorescence staining, FL)。在患者的下睑结膜囊内滴入两滴生理盐水,让患者在眨眼后凝视前方物体,然后在裂隙灯下观察,从眨眼后凝视前方物体至出现染色均匀至角膜有黑点时记为 BUT。取泪液检测滤纸并将一端折叠,放置于患者的眼睑至 1/3 结膜囊内,嘱患者闭眼持续 5 min,测量滤纸湿润长度记为 SIT 的结果。FL 为角膜荧光染色后以裂隙灯下钴蓝光观察患者的角膜上着色情况,根据着色程度记为 0~4 分,得分越高提示染色越深^[9]。

1.6.4 睑板腺功能指标 于治疗前后评估患者的睑板腺功能指标,包括睑板油脂厚度(lipid layer thickness, LLT)、睑板腺开口数量(meibomian glands yielding liquid secretion, MGYLS)、睑板腺分泌物评分(meibomian glands yieldin secretion score, MGYSS)^[11]。以 LipiView-100 型眼表干涉仪(意大利视必明公司)检测患者 LLT,观察泪膜脂质层厚度。在裂隙灯下完成检测,以 AD120 型手持式睑板腺体评估仪(美国强生公司)检测眼睑受压腺体分泌情况,得分 0~8 分,MGYLS 评分则越高提示腺体分泌越多。观察患者的 MGYSS 评分,透明态油脂为 1 分、黄白色黏稠油脂为 2 分,浓白色油脂为 3 分,分数越低表示睑板腺功能越好^[12]。

1.6.5 泪液炎症因子水平 于治疗前后采集患者空腹静脉血 3 mL,以 AC-80S 型高速离心机(上海科华实验系统有限公司)离心分离,ELISA 法检测白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor alpha, TNF- α)、C 反应蛋白(C-reactive protein, CRP)水平。

1.6.6 不良反应发生率 记录两组治疗期间恶心呕吐、局部刺痛、腹泻、皮疹等不良反应发生率。

1.7 统计学分析

采用 SPSS 26.0 软件进行数据分析,计数资料以“[例(%)]”表示,行 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验;计量资料符合正态分布,以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示;组间比较采用独立 t 检验、治疗前后比较采用配对 t 检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者中医证候积分比较

治疗前,两组患者中医证候积分及总分比较,差

表 1 两组患者中医证候积分比较($\bar{x}\pm s, n=52$, 分)Table 1 Comparison of Chinese medicine pattern scores between the two groups of patients ($\bar{x}\pm s, n=52$, points)

组别	目珠干燥		灼热微痒		瞬目频频		舌红苔薄		总分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	5.12±0.64	1.86±0.42*	4.89±0.73	1.91±0.43*	4.96±0.79	2.05±0.49*	4.62±0.77	2.11±0.45*	19.59±2.93	7.93±1.45*
对照组	5.04±0.62	2.33±0.48*	4.97±0.81	2.44±0.52*	4.83±0.80	2.57±0.51*	4.74±0.84	2.63±0.53*	19.58±2.82	9.97±1.73*
<i>t</i> 值	0.647	5.314	0.529	5.664	0.834	5.301	0.759	5.393	0.018	6.517
<i>P</i> 值	0.519	0.000	0.598	0.000	0.406	0.000	0.449	0.000	0.986	0.000

注:与治疗前比较,* $P<0.05$ 。

异无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较,两组患者治疗后各项中医证候积分及总分降低($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$)。详见表 1。

2.2 两组患者临床疗效比较

观察组总有效率(92.31%)高于对照组(76.92%)($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 两组患者临床疗效比较[例(%), $n=52$]Table 2 Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients [(%), $n=52$]

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组	29(55.77)	19(36.54)	4(7.69)	48(92.31)
对照组	17(32.69)	23(44.23)	12(23.08)	40(76.92)
$Z\chi^2$ 值		2.689		4.727
<i>P</i> 值		0.007		0.029

2.3 两组患者泪液分泌质量比较

治疗前,两组患者泪液分泌质量指标比较,差

异无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较,两组患者治疗后 BUT、SIT 升高($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$);两组患者治疗后 FL 降低($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$)。详见表 3。

2.4 两组患者睑板腺功能指标比较

治疗前,两组患者睑板腺功能指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较,治疗后两组患者 LLT、MGYLS 均升高($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$);两组患者治疗后 MGYSS 降低($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$)。详见表 4。

2.5 两组患者泪液炎症因子水平比较

治疗前,两组患者泪液炎症因子水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较,治疗后两组患者 IL-6、TNF- α 、CRP 均降低($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$)。详见表 5。

表 3 两组患者泪液分泌质量比较($\bar{x}\pm s, n=52$)Table 3 Comparison of tear secretion quality between the two groups of patients ($\bar{x}\pm s, n=52$)

组别	BUT/s		SIT/mm		FL/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	3.72±0.60	9.86±1.57*	4.98±0.83	10.41±2.13*	2.66±0.58	1.25±0.30*
对照组	3.65±0.62	8.23±1.38*	4.91±0.84	8.56±2.04*	2.62±0.60	1.69±0.41*
<i>t</i> 值	0.585	5.623	0.427	4.523	0.346	6.245
<i>P</i> 值	0.560	0.000	0.670	0.000	0.730	0.000

注:与治疗前比较,* $P<0.05$ 。表 4 两组患者睑板腺功能指标比较($\bar{x}\pm s, n=52$)Table 4 Comparison of meibomian gland function indexes between the two groups of patients ($\bar{x}\pm s, n=52$)

组别	LLT/nm		MGYLS/分		MGYSS/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	68.32±6.62	80.06±7.27*	3.18±0.89	6.38±1.09*	2.16±0.48	1.45±0.32*
对照组	67.72±6.18	75.38±7.18*	3.49±0.92	5.42±1.04*	2.22±0.46	1.73±0.40*
<i>t</i> 值	0.477	3.303	1.746	4.595	0.651	3.942
<i>P</i> 值	0.634	0.001	0.084	0.000	0.517	0.000

注:与治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表 5 两组患者泪液炎症因子水平比较($\bar{x}\pm s, n=52$)

Table 5 Comparison of tear inflammatory factor levels between the two groups of patients ($\bar{x}\pm s, n=52$)

组别	IL-6/(ng/mL)		TNF- α /(ng/mL)		CRP/(mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	92.32 $\pm$ 9.82	47.38 $\pm$ 5.95*	103.32 $\pm$ 10.26	65.61 $\pm$ 7.22*	32.71 $\pm$ 5.72	13.32 $\pm$ 3.14*
对照组	91.51 $\pm$ 9.33	53.67 $\pm$ 6.08*	104.38 $\pm$ 10.76	72.22 $\pm$ 7.93*	31.09 $\pm$ 5.52	16.82 $\pm$ 3.42*
<i>t</i> 值	0.431	5.332	0.514	4.445	1.470	5.436
<i>P</i> 值	0.667	0.000	0.608	0.000	0.145	0.000

注:与治疗前比较,**P*<0.05。

2.6 两组患者治疗安全性比较

两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。详见表 6。

表 6 两组患者治疗安全性比较[例(%), *n*=52]

Table 6 Comparison of treatment safety between the two groups of patients [cases(%), *n*=52]

组别	恶心呕吐	局部刺痛	腹泻	皮疹	总发生率
观察组	2(3.85)	1(1.92)	1(1.92)	1(1.92)	6(11.54)
对照组	1(1.92)	1(1.92)	1(1.92)	1(1.92)	4(7.69)
χ^2 值					0.443
<i>P</i> 值					0.506

3 讨论

白内障作为眼科常见疾病,主要原因有器官老化障碍、局部营养代谢障碍、免疫功能异常等。手术治疗是治疗白内障唯一的有效方式,主要的手术方式包括超声乳化白内障吸除术、人工晶状体植入术和白内障囊外摘除术等多种形式。手术创伤导致泪膜的稳定性下降,或改变眼表的原有结构和功能,以及手术操作引起的炎症反应、免疫功能失衡、激素水平异常、细胞凋亡等均可诱发干眼^[3]。且术后干眼的发生具有病程长、易反复出现、难治愈等特点,影响患者术后的生活质量^[13]。

中医学将干眼归属于“白涩症”范畴,病位在肉轮眼睑。眼之约束为眼睑,五轮学说认为其与脾的功能相关。因此,各种原因导致脾胃运化功能失常则酿生湿热,湿热上蒸交攻胞睑,阻遏气机,清气不升,风邪相加,湿热之邪相搏,以致湿热之气聚于胞睑,气机阻滞,清气升降失常,目失濡养而发病^[4]。中医学认为,本病根本病机在于阴虚湿热,治疗时应从养阴生津、清热利湿方面入手^[15]。基于此,本文中在对照组基础上予清热润目汤雾化熏蒸治疗,患者临床疗效显著提升。清热润目汤全方由麦冬、石斛、密

蒙花、玉竹、决明子、生地黄、野菊花、桑叶组成。方中麦冬润肺养阴、益胃生津,石斛益气生津、滋阴清热,共为君药;密蒙花清热泻火、养肝明目,玉竹润燥养阴、生津止渴,共为臣药;决明子可清热明目、润肺滋阴,生地黄凉血清热、生津养阴,野菊花清热解毒、疏风祛湿,共为佐药;桑叶为使,具有疏散风热、祛湿润燥、清肝明目的功效^[16-17]。全方诸药合用,配伍合理,共奏滋阴生津、清热祛湿、明目润燥之效。本次研究采用中药雾化熏蒸的方式给药,汤药蒸汽刺激眼睑,使经络腠理开放,药物蒸汽直达病所,迅速发挥药效,濡养目窍,由此联合玻璃酸钠滴眼液治疗对于干眼患者发挥良好的治疗效果。

观察组各项中医证候积分均低于对照组,提示该疗法联合滴眼液治疗干眼症状具有良好效果。泪液分泌质量是反映干眼的重要指标,一般认为BUT<10 s,提示泪膜不稳定;SIT 主要用于评价泪腺的泪液分泌功能;FL 主要用于评估角膜功能,BUT、SIT、FL 均为干眼疾病疗效评价的常用客观指标^[18]。本文中观察组治疗后的 BUT、SIT 高于对照组,FL 评分低于对照组,表明清热润目汤雾化熏蒸联合玻璃酸钠滴眼液治疗能改善患者的泪液分泌质量,可能与清热润目汤中麦冬、石斛、玉竹等多味生津、润燥、疏风祛湿的中药相关,有助于增加泪液的分泌。现代药理学研究表明,麦冬、石斛中的多糖类成分,可增加结膜、晶状体内的谷胱甘肽的含量,减少氧自由基的生成,进而起到保护泪腺分泌的作用^[19]。干眼的发生还会影响患者的睑板腺功能,表现为睑板腺的通畅性下降,油脂分泌厚度减少,分泌质量下降^[20]。本文中观察组治疗后的 LLT、MGYLS 高于对照组,MGYSS 低于对照组,表明清热润目汤雾化熏蒸联合玻璃酸钠滴眼液治疗可改善患者的睑板腺功能,可能与清热润目汤清热祛湿、润燥疏风的功效有关,有助于睑

板腺脂质分泌和排出,改善睑板腺功能^[21]。炎症因子上调是白内障术后干眼发生的重要原因,通常由于手术创伤性刺激的作用导致患者的炎症因子升高,分泌各种炎症细胞因子,并浸润及释放使得相应的细胞通路被激活,由此影响患者角膜、结膜的生长状态^[22]。患者泪液中炎症因子呈现高表达,IL-6、TNF- α 、CRP 均为干眼患者泪液中异常升高的炎症因子。观察组治疗后上述因子水平均低于对照组,表明清热润目汤雾化熏蒸联合玻璃酸钠滴眼液治疗可降低患者泪液炎症因子水平。可能与清热润目汤中密蒙花、野菊花等清热祛火、抗炎、抗菌的中药相关^[23]。在安全性评估中,观察组增加清热润目汤雾化熏蒸治疗,未出现严重不良反应,提示该中医疗法的安全性良好。

综上所述,清热润目汤雾化熏蒸联合滴眼液治疗老年性白内障术后干眼患者效果良好,可缓解患者的干眼症状,提高泪液分泌质量,改善患者的睑板腺功能,降低泪液炎症因子水平,治疗安全性良好。

参考文献

- [1] ZHAO X Y, JIA Q W, FU J X. Effectiveness of rb-bFGF eye drops for post-cataract surgery dry eye and observation of changes in tear secretion and corneal damage in patients[J]. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 2023, 29(8): 489-495.
- [2] 金鑫,梁晨,郭帅,等. 中国中老年人白内障手术发生率及影响因素的前瞻性队列研究[J]. *中华疾病控制杂志*, 2024, 28(3): 303-309.
- [3] 王晓瑛,周行涛,竺向往,等. 关注有晶状体眼后房型人工晶状体植入术后白内障手术要点[J]. *中华实验眼科杂志*, 2024, 42(3): 219-223.
- [4] 刘 娟,曾明范,张妮红. 左氧氟沙星滴眼液对睑板腺功能障碍合并白内障手术患者眼表菌群组成的影响[J]. *中华医院感染学杂志*, 2024, 34(6): 877-881.
- [5] 胡 静,尚 琢. 中西医治疗结合护理干预对青光眼术后干眼症患者影响[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2023, 25(5): 218-220.
- [6] 王春梅,乔玉培,宗瑞琪,等. 清热润目汤熏蒸对睑板腺功能障碍型干眼症的疗效评价[J]. *中医药学报*, 2024, 52(5): 80-84.
- [7] 卢 奕. *眼科临床指南解读: 白内障*[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [8] 金 明. *中医临床诊疗指南释义: 眼科疾病分册*[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 221-222.
- [9] 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: 眼手术相关性干眼(2021 年)[J]. *中华眼科杂志*, 2021, 57(8): 564-572.
- [10] 张 虹. *眼科疾病诊疗指南*[M]. 3 版. 北京: 科学出版社, 2013: 488-493.
- [11] 蔡佳馨,刘美芳,谢 晶,等. 睑板腺疏通对白内障患者术后干眼症状和睑板腺功能的影响[J]. *陆军军医大学学报*, 2024, 46(3): 288-293.
- [12] 黄丙瑶,刘延晶,张胜男,等. 两种超声乳化手术模式在不同核硬度白内障手术中的应用[J]. *国际眼科杂志*, 2023, 23(12): 2087-2091.
- [13] 徐 雯,许 哲. 关注白内障手术技术新进展,提高白内障手术治疗精准性[J]. *中华实验眼科杂志*, 2022, 40(5): 389-394.
- [14] 韩二杰,李梦丹,王 玉,等. 杞菊润目颗粒联合双氯芬酸钠滴眼液治疗干眼症的临床研究[J]. *中华保健医学杂志*, 2024, 26(3): 344-347.
- [15] 苏梦茹,卞玉凡,吕三华,等. 润目生津汤联合人工泪液滴眼液治疗干眼症(肺阴亏虚证)疗效观察[J]. *四川中医*, 2022, 40(2): 161-164.
- [16] 杨玉倩,卜曙阳,冷步天,等. 润目方熏蒸联合地夸磷索钠滴眼液治疗白内障术后干眼症临床研究[J]. *辽宁中医杂志*, 2024, 51(10): 104-108.
- [17] 舒瑞霞. 自拟清热润目汤结合中药熏蒸治疗阴虚热毒型干眼症 35 例[J]. *浙江中医杂志*, 2020, 55(8): 589.
- [18] 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.
- [19] 杨秀慧,周尚昆,王嘉玉. 通络润目汤治疗蒸发过强型干眼的临床研究[J]. *中国中医眼科杂志*, 2023, 33(6): 534-537.
- [20] 史亮亮,金 瑛,赖婷媛. 中药熏蒸联合睑板腺按摩治疗中老年睑板腺功能障碍性干眼症的疗效观察[J]. *重庆医学*, 2024, 53(21): 3274-3278.
- [21] 高 路,陈坤福,姜 成,等. 滋阴明目汤口服联合玻璃酸钠滴眼液治疗准分子激光角膜原位磨镶术后并发干眼的临床观察[J]. *四川中医*, 2022, 40(11): 194-197.
- [22] 高 亢,曹久法,詹爱琴. 普拉洛芬滴眼液联合睑板腺按摩对翼状胬肉术后干眼症患者炎症因子影响和疗效观察[J]. *中国药物与临床*, 2023, 23(9): 574-578.
- [23] 刘致逢,李培艳,谭元生,等. 蒙花苷药理作用及药代动力学研究进展[J]. *国际中医中药杂志*, 2022, 44(6): 716-720.

(本文编辑 田梦妍)