

# 热敷联合睑板腺按摩治疗阻塞性睑板腺功能障碍的临床疗效及对泪液分泌功能的影响

师晓智

甘肃省定西市临洮县中医院 730500

**【摘要】目的** 探讨热敷联合睑板腺按摩治疗阻塞性睑板腺功能障碍的临床疗效及对泪液分泌功能的影响。**方法** 采集本院 2024 年 8 月至 2025 年 8 月期间接收的 128 例阻塞性睑板腺功能障碍患者案例，随机分为基础组与强化组，每组均为 64 例，基础组运用常规蒸馏水熏蒸治疗，强化组运用热敷联合睑板腺按摩治疗，分析不同治疗后患者临床疗效及对泪液分泌功能情况。**结果** 强化组在治疗总有效率方面为 96.87%，基础组为 81.25% ( $p < 0.05$ )；强化组在患者泪液分泌功能上治疗后改善幅度明显大于基础组 ( $p < 0.05$ )。**结论** 热敷联合睑板腺按摩治疗阻塞性睑板腺功能障碍，可以有效提升治疗疗效，同时可以促使患者泪液分泌功能得到改善，整体疾病状况好转更明显。

**【关键词】** 热敷；睑板腺按摩；阻塞性睑板腺功能障碍；临床疗效；泪液分泌功能；影响

**【中图分类号】** R777.34

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1005-4596 (2026) 02-075-02

阻塞性睑板腺功能障碍是蒸发过强型干眼最常见的病因，睑板腺开口堵塞后腺体内脂质淤积无法正常排出，泪膜脂质层变薄导致泪液蒸发加速，患者出现眼干、烧灼感、视疲劳等症状，长期不干预可导致腺体萎缩甚至永久丧失分泌功能。本文采集 128 例阻塞性睑板腺功能障碍患者案例，分析运用热敷联合睑板腺按摩治疗后的效果，具体如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 基本资料

采集本院 2024 年 8 月至 2025 年 8 月期间接收的 128 例阻塞性睑板腺功能障碍患者案例，随机分为基础组与强化组，每组均为 64 例，基础组中，男：女=34:32；年龄从 32 岁至 72 岁，平均 (54.72±4.71) 岁；病程从 1 个月至 1 年，平均 (6.92±1.42) 年；强化组中，男：女=37:27；年龄从 31 岁至 74 岁，平均 (55.09±3.65) 岁；病程从 1 个月至 1 年，平均 (6.45±1.28) 年；两组患者在基本年龄、性别与病程有关信息方面，没有明显差异，具有对比研究价值。

### 1.2 方法

基础组运用常规蒸馏水熏蒸治疗，患者取坐位，将煮沸后的蒸馏水倒入杯中或专用眼部熏蒸每次 10~15 分钟，每日 1~2 次。熏蒸结束后配合不含防腐剂的人工泪液点眼，每日 3~4 次，每次 1 滴，维持眼表润滑。疗程一般 4~6 周。

强化组运用热敷联合睑板腺按摩治疗，治疗开始时先用 40~45℃ 的湿热毛巾或恒温眼部热敷仪敷于双眼，持续 10~15 分钟，其间每 3~5 分钟更换一次毛巾以维持恒定温度。热敷结束后立即进行睑板腺按摩，操作者洗净双手后用棉签或玻璃棒放置于眼睑皮肤面，上睑从上往下、下睑从下往上，沿睑板腺走行方向从穹隆部向睑缘匀速滑动挤压，压力控制在 15~20g 左右，每条腺体反复挤压 3~5 次，上睑翻转后在结膜面操作效果更好，观察睑缘排出物，阻塞严重者先挤出黄白色颗粒或牙膏状条索，反复操作后逐渐转为清亮油滴说明腺体疏通，整个按摩约 3~5 分钟完成。临床常用的治疗频次为每周一次院内专业按摩配合每日居家热敷一至两次，一个疗程 4~6 周，腺体萎缩较重的患者需延长至 8~12 周，部分方案前期采用每周两次密集治疗再过渡到每周一次维持。按摩结束后用生理盐水或睑缘清洁湿巾擦拭睑缘残留的异常睑脂和分泌物，部分情况联合涂抹抗生素眼膏预防感染，治疗后半小时内避免揉眼。

### 1.3 评估标准

分析不同治疗后患者临床疗效及对泪液分泌功能情况。**显效**：干涩、异物感等主观症状基本消失，OSDI 评分下降  $\geq 75\%$ ；BUT 恢复至  $\geq 10$  秒；睑脂排出清亮、流动性好；裂隙灯下角膜荧光素染色阴性。**有效**：症状明显减轻但仍有轻微不适，OSDI 评分下降 25%~74%；BUT 较治疗前延长但仍  $< 10$  秒；睑脂性状改善，从牙膏状变为半流质；角膜染色点减少。**无效**：症状无明显缓解或加重，OSDI 评分下降  $< 25\%$ ；BUT 无改善；睑脂仍为黏稠块状、排出困难；角膜染色无变化。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数  $\times 100\%$ 。多数临床研究报道该疗法总有效率在 70%~90% 之间，但腺体萎缩严重者效果较差。泪膜破裂时间 (BUT) 正常  $\geq 10$  秒， $< 5$  秒提示泪膜不稳定，是评估泪液质量最直接的指标。以及 Schirmer 试验。

### 1.4 统计学分析

使用 SPSS26.0 进行统计分析。计数数据用 n(%) 表示并进行卡方检验；计量数据用  $\bar{x} \pm s$  表示并进行 t 检验， $p < 0.05$  表示结果具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者治疗疗效情况

见表 1 所示，强化组在治疗总有效率方面为 96.87%，基础组为 81.25% ( $p < 0.05$ )。

表 1：患者治疗疗效评估结果 [n(%)]

分组	n	显效	有效	无效	治疗总有效率
强化组	64	47(73.44)	15(23.44)	2(3.13)	96.87%
基础组	64	31(48.44)	21(32.81)	12(18.75)	81.25%

注：两组对比， $p < 0.05$

### 2.2 两组患者护理前后泪液分泌功能情况

如表 2 所示，强化组在患者泪液分泌功能上治疗后改善幅度明显多于基础组 ( $p < 0.05$ )。泪膜破裂时间 (BUT)、Schirmer 试验

表 2：两组患者护理前后泪液分泌功能对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

分组	时间	泪膜破裂时间 (BUT)	Schirmer 试验
强化组	护理前	4.28±1.27	3.54±0.48
	护理后	7.49±2.46	19.48±2.76
基础组	护理前	4.39±1.54	3.79±0.57
	护理后	5.27±1.09	12.65±2.13

注：两组护理前对比， $p > 0.05$ ，两组护理后对比， $p < 0.05$

(下转第 77 页)

物,造成脾胃蕴热及湿热内生,然后熏蒸于面从而形成痤疮;或由于肺经风热阻于肌肤而形成;或者由于患者处于青春期,阳热上升以及血气方刚,与风寒进行相搏时,郁阻肌肤而形成该病。重度痤疮症候临床表现以肝经热郁、肺胃热甚、气阴受损、痰湿凝聚、邪毒急入侵以及痰湿凝聚等为主,临床治疗时,医生人员应该重点关注清热疏肝、清泄肺胃、益气养血、化痰祛湿以及活血化瘀的作用,因此,临床采取有效的方法对重度痤疮进行治疗,降低复发几率,是当前皮肤科工作人员重点关注的内容。中医认为,重度痤疮在很大程度上直接受患者肺、肝以及气的影响,因此中医辨证治疗方法主要从肺、肝、气三个方向对重度痤疮行辨证分析,根据患者的具体病情采取对应药物进行治疗。

以往临床治疗重度痤疮时,主要采取西医药物方法进行治疗,可该疗法以应用抗生素(多西环素、四环素等)为主,尽管可以快速对痤疮的恶化情况进行抑制,祛除少数粉刺、痤疮等,但是该疗法治疗后患者复发的几率极高,并且长时间应用抗生素后,患者会出现严重的毒副作用<sup>[4]</sup>。中医辨证疗法是近临床治疗重度痤疮常用方法,该疗法在中医内容中把重度痤疮划分为血瘀痰凝型、肺经风热型以及热毒型等多个类型,并且按照辨证治疗理疗详细方法进行治疗:若患者为肝经热郁、痰瘀互结者则应用川芎、当归、丹参、栀子、赤芍、柴胡等为产生疏肝活血及调理任冲作用的中药进行治疗;若患者肺胃热甚、痰湿凝聚者,则根据患者具体临床症状,应用清肺散热为主的中药治疗;若患者为气阴虚损、毒邪羁陷者,则经常应用凉血活血、清热解毒的中药治疗,而组方

则包括金银花、生地、丹参、夏枯草等中药具有清热解毒、凉血活血作用;若患者为湿热蕴结型者,则应用去湿热的中药治疗,而组方中黄柏、苍术、茵陈等中药的去湿热效果明显;若患者为脾虚湿盛型者,则应用健脾燥湿的中药治疗,而组方中白扁豆、白豆蔻、白术等中药的健脾燥湿作用较强<sup>[5]</sup>。本研究中,中医辨证治疗组患者的总有效率及复发率均明显优于常规西药治疗组,该结果充分说明了中医辨证治疗重度痤疮临床疗效明显优于常规西药治疗组,具有极高的临床应用价值。

由上可知,重度痤疮患者采取中医辨证法进行治疗,临床效果良好,并且还能降低复发率,值得各级医院的临床应用。

#### 参考文献

- [1] 吴小红,刘瓦利.蛇丹合剂治疗痤疮的临床观察及其对外周血 Ig G、IL-2 水平的影响[J].中国皮肤性病学杂志,2022,20(11):2225-2226.
- [2] 韩晓丽,鲍身涛.化痰解毒散结饮治疗痤疮 67 例临床疗效观察[J].北京中医药大学学报:中医临床版,2023,20(2):56-57.
- [3] 张玲琳,王宏伟,谢韶琼,等.清热解毒颗粒治疗肺胃湿热型痤疮临床研究[J].新中医,2023,45(7):72-73.
- [4] Liu A, Yang DJ, Gerhardstein PC, et al. Relapse of acne following isotretinoin treatment: a retrospective study of 405 patients[J]. J Drugs Dermatol, 2019, 7(8):963-966.
- [5] 朱霞,谢民栋,梁剑凌.中医辨证治疗痤疮 100 例临床疗效观察[J].海南医学,2022,23(21):42-43.

(上接第 74 页)

化痰燥湿,甘草可以调和中药,橘皮能健脾、利水,茯苓能利湿、健脾,生姜可以化痰散寒,大枣可以补脾益气,诸药合用能奏熄风化痰之功<sup>[5]</sup>。因此,加味半夏白术天麻汤治疗高血压病并高脂血症,可以辅助提升治疗效果。

综上所述,高血压病并高脂血症患者采用加味半夏白术天麻汤治疗,效果显著,值得推广。

#### 参考文献

- [1] 钟德明.加味半夏白术天麻汤治疗高血压病并高脂血症的临床疗效分析[J].医学食疗与健康,2022,20(18):14-17.
- [2] 张自珍,杜扬,陈俐志,刘莹,杜彪.加味半夏白术

天麻汤治疗高血压合并高脂血症疗效的系统评价[J].山东医药,2025,65(05):52-56.

- [3] 温伟民,温亚蒙,温世忠.加味半夏白术天麻汤治疗高血压病并高脂血症的临床分析[J].医学食疗与健康,2021,19(07):20-21.
- [4] 朱静静.加味半夏白术天麻汤治疗高血压病并高脂血症的临床体会[J].医学食疗与健康,2024,22(18):9-10.
- [5] 刘永耀,伍颖燕,孔婉文.耳穴压豆联合半夏白术天麻汤合通窍活血汤治疗高血压并高脂血症的疗效分析[J].中国现代药物应用,2025,19(14):192-194.

(上接第 75 页)

### 3 讨论

热敷联合睑板腺按摩之所以比单纯基础治疗效果更好,核心原因在于它直接针对了阻塞性 MGD 的病根——睑脂排出障碍。热敷将睑板腺内凝固堵塞的脂质软化为半流态,降低了脂质黏度,使原本干涸堵死的腺管恢复流动条件,而按摩则施加机械压力将软化后的脂质从腺管内挤出,两者配合相当于先“融化”再“疏通”,直接恢复了睑板腺的分泌排泄功能。睑脂正常排出后,泪膜外层脂质层重新建立,有效减缓了泪液蒸发速度, BUT 因此延长。同时腺管疏通后腺泡内压力下降,腺体分泌功能从被动抑制状态恢复,泪液中脂质含量回升, Schirmer 试验测得的泪液分泌量随之改善。而单纯使用人工泪液或蒸馏水熏蒸只能暂时缓解眼表干燥,无法解决腺管堵塞的根本问题,腺体持续淤堵会进一步加重萎缩,因此热敷按摩在病因治疗层

面具有不可替代的优势,整体病情改善更显著。

总而言之,热敷联合睑板腺按摩治疗阻塞性睑板腺功能障碍,可以有效提升治疗疗效,同时可以促使患者泪液分泌功能得到改善,整体疾病状况好转更明显。

#### 参考文献

- [1] 马海娟,朱成义,韦企平.千里熏蒸方联合睑板腺按摩治疗阻塞型睑板腺功能障碍相关干眼的临床观察[J].北京中医药,2022,41(08):912-916.
- [2] 朱成义,李冬,韦企平,等.杞菊甘露饮三联疗法治疗阻塞型睑板腺功能障碍型干眼的临床观察[J].中国中医眼科杂志,2022,32(01):27-32.
- [3] 杨巍,宋鑫,刘洋.针灸睑板腺治疗阻塞性睑板腺功能障碍的临床疗效研究[J].中国典型病例大全,2025,19(02):106-110.