三棱针耳尖放血联合涌泉穴贴敷对早期麦粒肿患者的临床效果评价

樊勤姣，李萍，宗霞*
（宜兴市中医医院眼科，江苏 无锡 214200）

摘要　目的：探讨三棱针耳尖放血联合涌泉穴贴敷治疗早期麦粒肿的临床效果。方法：选取 2021 年 10 月—2023 年 10 月在宜兴市中医医院眼科收治的 96 例早期麦粒肿患者为研究对象。根据随机数字表法分为三棱针组、贴敷组以及联合组，每组 32 例。三棱针组采用三棱针耳尖放血治疗，贴敷组采用涌泉穴贴敷治疗，联合组则同时采用两种治疗方法。对比 3 组患者治疗前后的临床疗效、疼痛程度、麦粒肿面积及直径、首发非接触泪膜破裂时间和平均泪膜破裂时间、炎症标志物、不良反应发生率以及复发率。结果：治疗前，3 组患者各项指标差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后联合组的总有效率为 96.88%（31/32），三棱针组为 78.13%（25/32），贴敷组为 75.00%（24/32），联合组总有效率高于三棱针组和贴敷组（$P<0.05$）。治疗后 3 d 和 7 d，3 组患者的 VAS 评分均低于治疗前（$P<0.05$），且联合组的评分明显低于三棱针组和贴敷组（$P<0.05$）。联合组的麦粒肿面积、直径低于三棱针组和贴敷组（$P<0.05$），首发非接触泪膜破裂时间和平均泪膜破裂时间高于三棱针组和贴敷组（$P<0.05$）。在炎症标志物方面，联合组 CRP 和 WBC 水平低于三棱针组和贴敷组（$P<0.05$）。3 组患者不良事件发生率及复发率比较差异无统计学意义（$P>0.05$）。结论：三棱针耳尖放血联合涌泉穴贴敷治疗早期麦粒肿显示出良好的临床疗效，能有效降低疼痛程度和炎症标志物水平，对早期麦粒肿的治疗具有明显优势，在临床上具有较大的应用前景。

关键词　早期麦粒肿；三棱针耳尖放血；涌泉穴贴敷
中图分类号：R245.31^{+}2　　**文献标识码**：A　　**文章编号**：1002－2392（2025）02－0072－05
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250035

麦粒肿是一种常见的眼部疾病，表现为眼睑腺体的急性化脓性感染，其主要症状包括眼睑红肿、疼痛及触痛等[1]。目前对早期麦粒肿的研究表明，虽然许多病例能自行消退，但对于持续或严重的情况，可以采用抗生素、耳尖放血和外科引流等治疗方式，并可结合传统中医和西医方法[2]。中医学将麦粒肿称为“针眼”，其病机主要是由过食辛辣导致的脾胃积热，热邪上攻眼睑，引发营卫失调和气血凝滞，导致眼睑局部肿痛[3]。中医治疗主张标本兼治，消痈散结、泻火止痛，以消除病因和症状。三棱针耳尖放血是一种传统中医治疗方法，通过在耳尖部位进行微量放血，达到清热解毒、畅通血脉的效果[4]。涌泉穴贴敷则是通过在足底涌泉穴贴敷药物，以疏通经络，调节气血。二者联合应用，旨在通过耳穴放血消坚散结，结合足底穴位调节全身气血，达到更好的治疗效果[5]。本研究拟探讨三棱针耳尖放血联合涌泉穴贴敷对早期麦粒肿患者的临床疗效，为早期麦粒肿的中医治疗提供更多的临床证据，也将为中医学在现代医学领域的应用提供新的视角和思路。

1　资料与方法

1.1　一般资料

本研究选取 2021 年 10 月—2023 年 10 月在宜兴市中医医院眼科收治的 96 例早期麦粒肿患者，根据随机数字表法分为三棱针组、贴敷组以及联合组，每组 32 例。3 组患者的基本资料进行比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性，详见表 1。该研究已获得宜兴市中医医院医学伦理委员会的审查和批准（20230915－KY－23）。

收稿日期：2024－03－14　　**修回日期**：2024－11－19
基金项目：江苏省基础研究计划自然科学基金面上项目（BK20231201）
作者简介：樊勤姣（1989－），女，主治中医师，从事中医眼科学相关研究。
*通信作者：宗霞（1990－），女，硕士，主治中医师，从事中医眼科学相关研究。

表 1 3 组早期麦粒肿患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别/[例(%)]		年龄/岁	病程/d	位置/[例(%)]	
		男	女			左眼	右眼
三棱针组	32	18(56.25)	14(43.75)	32.18 ± 7.16	1.36 ± 0.27	19(59.38)	13(40.63)
贴敷组	32	16(50.00)	16(50.00)	31.83 ± 6.97	1.39 ± 0.31	18(56.25)	14(43.75)
联合组	32	15(46.88)	17(53.13)	32.07 ± 7.30	1.37 ± 0.33	20(62.50)	12(37.50)
F/χ^2 值		0.584		0.020	0.081	0.259	
P 值		0.747		0.980	0.923	0.878	

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照文献[6]制定,眼睑皮肤出现红肿现象,触诊时可感受到固定硬块,并伴随明显的压痛,部分患者同时表现出发热的临床症状。

1.2.2 中医诊断

参照文献[7]制定,①睑弦部位出现局限性红肿硬结,形如麦粒,压痛明显;②胞睑红肿;③3 ~ 5 d 后红肿硬结表面出现黄白色脓头。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准;②麦粒肿病程≤3 d,且均为单眼发病;③具有完整的临床资料;④患者及其家属签署知情同意书。

1.3.2 排除标准

①存在本研究的禁忌症者;②合并有严重心、肝、肾等重要脏器的器官衰竭者;③近 3 个月内使用过抗生素或其他眼部药物者;④孕期或哺乳期女性;⑤无法配合随访的患者。

1.4 治疗方法

3 组患者均给予左氧氟沙星滴眼液(利显)3 次/d,滴患眼治疗。

三棱针组采用三棱针耳尖放血治疗。对患者同侧耳廓实施 2 min 按摩至充血,然后用 75% 酒精消毒该区域。耳廓最高点处,使用三棱针点刺放血,保持 2 ~ 3 mm 的刺入深度。穿刺完成后,采取自上而下的方式揉搓和挤压耳廓,直到排出 5 ~ 10 滴血,血液颜色的变化从暗红到鲜红表示放血达到效果。使用无菌纱布对刺入点施压止血。此过程 1 次/d,连续治疗 1 周。

贴敷组采用涌泉穴贴敷治疗,使用的药物为吴茱萸 20 g,黄连 10 g,川牛膝 10 g,将上述药材磨成细粉,用米醋调和成糊状,覆盖纱布,敷贴于双脚的涌泉穴上,睡前贴敷,晨起取下。每日 1 次,持续进行1 周。

联合组则同时采用上述两种治疗方式,治疗方法与疗程一致。

1.5 观察指标及疗效判定标准

1.5.1 临床疗效

根据诊疗标准制定治疗成效分级[6]。显效表征为患者症状基本消失,无痒感和红肿,且疼痛及摩擦感消退,泪膜破裂时间持续超过 10 s。有效则反映为症状明显减轻,偶发痒感,无红肿或疼痛,泪膜破裂时间超过 10 s。无效则指症状未见改善或加重,伴有持续的痒感、红肿和疼痛,泪膜破裂时间不足 10 s。总有效率 = (显效例数 + 有效例数)/总例数 × 100%。

1.5.2 疼痛程度

治疗前及治疗后 3 d、7 d 采用疼痛视觉模拟量表(Visual Analogue Scale, VAS)[8]评估患者的疼痛程度。VAS 通常表现为一条直线,一端表示“无疼痛”,另一端表示“最严重的疼痛”。评分从 0(无疼痛)到 10(最严重的疼痛)分不等,得分越高,表示患者感受到的疼痛越严重。

1.5.3 麦粒肿面积及直径

治疗前后测量患者的麦粒肿面积及直径。

1.5.4 首发非接触泪膜破裂时间和平均泪膜破裂时间

在测量首发非接触泪膜破裂时间和平均泪膜破裂时间时,患者应在昏暗的环境下正确坐姿,使下巴和额头与仪器的支架紧密接触。患者需要保持面部放松,眼睛自然张开,目光集中于 placido 盘。通过 Tear Film Scan 软件,记录角膜前表面的曲率变化,实时监控泪膜的变化情况,获得首次非接触泪膜破裂时间及其平均值的数据。治疗前后,对患者分别进行 3 次测量,计算这 3 次测量的平均值作为最终数据。

1.5.5 炎症标志物

治疗前后采集 5 mL 全血样本,经 3 500 r/min 离心 5 min 后,分离血浆。将分离的血浆在 -80 ℃条件下保存,使用全自动生化分析仪对 C 反应蛋白(CRP)进行定量分析,通过自动血细胞分析仪分析白细胞计数(WBC)。

1.5.6 不良反应发生率及复发率

统计并比较 3 组患者治疗期间出现感染、瘀伤、红肿等不良反应的发生率。在随访 1 个月后,记录并比

较 3 组患者的复发情况。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 27.0 统计软件对数据进行处理与分析，计量资料用均数 ± 标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，采用 t 检验；计数资料率的比较采用 χ^2 检验；多组计量资料比较采用重复测量方差分析。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组患者的临床疗效比较

经过 4 周的治疗，联合组的总有效率达到96.88%（31/32），三棱针组为 78.13%（25/32），贴敷组为 75.00%（24/32）。联合组的临床疗效优于三棱针组及贴敷组（$P<0.05$），见表 2。

表 2 3 组早期麦粒肿患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
三棱针组	32	10(31.25)	15(46.88)	7(21.88)	25(78.13)
贴敷组	32	9(28.13)	15(46.88)	8(25.00)	24(75.00)
联合组	32	15(46.88)	16(50.00)	1(3.13)	31(96.88)$^{*\#}$

注：与三棱针组比较，$^{*}P<0.05$；与贴敷组比较，$^{\#}P<0.05$。

2.2 3 组患者的疼痛程度比较

治疗后 3 d 和 7 d，3 组患者的 VAS 评分均低于治疗前（$P<0.05$），且联合组的评分明显低于三棱针组和贴敷组（$P<0.05$）。见表 3。

表 3 3 组早期麦粒肿患者的疼痛程度比较（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	例数	治疗前	治疗后 3 d	治疗后 7 d
三棱针组	32	6.34 ± 3.27	4.85 ± 1.91^{a}	3.19 ± 0.93^{a}
贴敷组	32	6.41 ± 3.18	5.02 ± 1.89^{a}	3.27 ± 0.90^{a}
联合组	32	6.29 ± 3.22	3.14 ± 1.37^{abc}	1.28 ± 0.74^{abc}

注：与本组治疗前比较，$^{a}P<0.05$；与三棱针组比较，$^{b}P<0.05$；与贴敷组比较，$^{c}P<0.05$。

2.3 3 组患者的麦粒肿面积、直径比较

治疗后，3 组患者的麦粒肿面积、直径均低于治疗前（$P<0.05$），且联合组的麦粒肿面积、直径低于三棱针组和贴敷组（$P<0.05$）。见表 4。

表 4 3 组早期麦粒肿患者的麦粒肿面积、直径比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	例数	麦粒肿面积/(mm^2)		麦粒肿直径/(mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
三棱针组	32	42.68 ± 2.47	8.93 ± 1.38^{a}	8.47 ± 2.38	3.12 ± 0.59^{a}
贴敷组	32	42.15 ± 2.62	9.07 ± 1.42^{a}	8.52 ± 2.41	3.18 ± 0.53^{a}
联合组	32	41.95 ± 2.53	3.58 ± 0.55^{abc}	8.45 ± 2.36	2.05 ± 0.47^{abc}

注：与本组治疗前比较，$^{a}P<0.05$；与三棱针组比较，$^{b}P<0.05$；与贴敷组比较，$^{c}P<0.05$。

2.4 3 组患者的首发非接触泪膜破裂时间和平均泪膜破裂时间比较

治疗后，3 组患者的首发非接触泪膜破裂时间和平均泪膜破裂时间均高于治疗前（$P<0.05$），且联合组的首发非接触泪膜破裂时间和平均泪膜破裂时间高于三棱针组和贴敷组（$P<0.05$）。见表 5。

表 5 3 组早期麦粒肿患者的首发非接触泪膜破裂时间和平均泪膜破裂时间比较（$\bar{x} \pm s$，s）

组别	例数	首发非接触泪膜破裂时间		平均泪膜破裂时间	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
三棱针组	32	2.61 ± 0.44	3.14 ± 0.59^{a}	4.26 ± 1.42	6.13 ± 1.54^{a}
贴敷组	32	2.64 ± 0.39	3.18 ± 0.47^{a}	4.31 ± 1.38	6.11 ± 1.58^{a}
联合组	32	2.59 ± 0.41	4.39 ± 0.36^{abc}	4.28 ± 1.40	8.05 ± 1.75^{abc}

注：与本组治疗前比较，$^{a}P<0.05$；与三棱针组比较，$^{b}P<0.05$；与贴敷组比较，$^{c}P<0.05$。

2.5 3 组患者的炎症标志物比较

治疗后，3 组患者的 CRP、WBC 水平均低于治疗前（$P<0.05$），且联合组的 CRP、WBC 水平均低于三棱针组和贴敷组（$P<0.05$）。见表 6。

表 6 3 组早期麦粒肿患者的炎症标志物比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	例数	CRP/(ng/L)		WBC/($\times 10^9$/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
三棱针组	32	15.73 ± 2.02	11.98 ± 2.01^{a}	18.25 ± 2.53	11.15 ± 1.67^{a}
贴敷组	32	15.81 ± 2.14	12.05 ± 2.09^{a}	18.18 ± 2.48	11.12 ± 1.45^{a}
联合组	32	15.78 ± 2.09	8.41 ± 1.64^{abc}	18.22 ± 2.50	4.28 ± 0.76^{abc}

注：与本组治疗前比较，$^{a}P<0.05$；与三棱针组比较，$^{b}P<0.05$；与贴敷组比较，$^{c}P<0.05$。

2.6 3 组患者的不良反应发生率及复发率比较

3 组患者不良事件发生率（感染、瘀伤、红肿）及复发率比较差异无统计学意义（$P>0.05$）。见表 7。

表 7 3 组早期麦粒肿患者的不良反应发生率及复发率比较[例(%)]

组别	例数	感染	瘀伤	红肿	总发生率	复发率/%
三棱针组	32	1(3.13)	2(6.25)	1(3.13)	4(12.50)	12.50
贴敷组	32	1(3.13)	2(6.25)	2(6.25)	5(15.63)	9.38
联合组	32	0(0.00)	0(0.00)	1(3.13)	1(3.13)	3.13

3 讨论

麦粒肿作为一种常见的眼部疾病，主要表现为眼睑腺体的急性感染，常见于全球范围内，特别是在城市化地区[9-11]。麦粒肿的发生与多种因素相关，包括细菌感染、眼部卫生不佳、慢性疾病如糖尿病或皮肤疾病的影响等。这些因素导致眼睑腺体发生炎症反应，进而引起眼睑红肿、疼痛和触痛等症状[12]。麦粒肿可能并发眼部感染，如细菌性角膜炎，严重时可能影响视力[13]。该疾病虽然主要影响成人，但也可能出现在任何年龄段的人群中。在治疗方法方面，西医通常采用

局部或全身抗生素治疗[14]。中医古籍《黄帝内经》中提及:“肝开窍于目”,突显了肝与眼的密切关联。在中医理论中,麦粒肿通常与肝火旺盛、痰湿停滞、风热侵袭等因素相关。分析原因可能是脾胃功能失调和外邪侵袭导致眼部气血不通,风热邪气阻滞;长期食用辛辣食物引起脾胃积热,火邪上冲眼窍;体质虚弱或余邪未清,卫外功能不固,容易复发。本研究采用三棱针耳尖放血与涌泉穴贴敷相结合的方法,用于治疗早期麦粒肿。放血法源于《内经》,作为一项传统针灸手段,主要通过刺激特定穴位释放体内瘀血,旨在消坚散结、清热解毒及促进血脉畅通[15]。耳尖为经外奇穴,可以利用耳尖与头面部静脉的连通关系对同侧耳尖放血,达到泻火排毒、疏风散瘀的效果。该方法能有效疏通肝经,促进足太阳膀胱经气血流通,解毒活血,泄邪通经。涌泉穴作为足少阴肾经之井穴,具有调节阴阳气血的功能。涌泉穴通过刺激足底,能促进气血流通,调和肾经,从而对头面部的热性疾病如麦粒肿具有治疗效果。且涌泉穴周围皮肤柔软、敏感,对外界刺激响应明显,药物通过贴敷于此穴位易于扩散和吸收[16]。吴茱萸具有温中散寒、降逆止痛的功效,可缓解痛感;黄连因其清热燥湿、泻火解毒的特性,有助于消炎和减少感染;川牛膝则能活血散结,促进局部血液循环,减轻肿胀。这些药物共同作用,能有效促进麦粒肿的消退和症状缓解。因此,涌泉穴贴敷能有效传递药物成分,直接作用于涌泉穴的神经血管系统,加强药效,对于麦粒肿的治疗具有显著的疗效。本研究将为早期麦粒肿的中医治疗提供更多的临床证据,为未来的眼部疾病治疗提供新的思路和方法。同时,也将为中医学在现代医学领域的应用提供新的视角。

本研究显示,治疗后 3 d 和 7 d 时,联合组患者的疼痛程度降低明显,反映出联合治疗在疼痛控制和炎症缓解方面的优势。分析原因,一是三棱针放血直接减轻局部炎症和疼痛感,与江林红等[17]研究结论一致;二是涌泉穴贴敷通过穴位刺激促进局部及全身血液循环,改善局部组织的代谢状态,降低炎症介质的集聚,从而加速疼痛的减轻[18]。贴敷吴茱萸、黄连和川牛膝于涌泉穴治疗麦粒肿,黄连清热解毒和燥湿作用直接对抗麦粒肿的炎症反应;吴茱萸的温里散寒作用能改善局部血液循环,减轻疼痛;川牛膝活血化瘀的属性可帮助缓解眼部的肿胀和疼痛,从而有效地治疗麦粒肿。联合治疗通过这两种机制的互补,实现了更有效的疼痛控制和炎症缓解,故其 VAS 评分低于单一治疗组。联合治疗组麦粒肿面积和直径减少明显,可能归因于两种治疗手段的协同效应。三棱针耳尖放血直接通过局部减压促进炎症引起的局部充血和水肿的消退,加快病灶区域的血液循环和代谢废物的清除[19]。涌泉穴贴敷则可能通过远程反射和经络作用,调节机体内环境,促进局部及全身的血液循环,加强免疫调节,从而加速麦粒肿的消散[20]。联合应用这两种方法能够更有效地减轻局部炎症反应,促进病灶吸收,从而使麦粒肿面积和直径的减少更为显著。治疗后所有组首发非接触泪膜破裂时间和平均泪膜破裂时间提高,特别是联合组效果更佳,表明治疗能够提升泪膜稳定性[21]。这可能是因为减少的炎症和改善的局部血液循环促进眼部表面健康,改善泪液的分泌和分布,从而增强泪膜的稳定性。联合治疗通过双重机制作用于炎症控制和局部血液循环的改善,进一步优化泪膜的功能,延长泪膜破裂时间。本研究中,联合组在早期麦粒肿患者中展现出更高的总有效率,相比于三棱针组和贴敷组优势显著,可能由于上述作用的综合效应,既直接对病灶进行物理干预,又通过体内调节机制加速恢复,从而显著提高了治疗的总有效率。3 组患者在不良事件发生率上无显著性差异,表明三棱针放血、涌泉穴贴敷及其联合治疗均为安全的治疗手段。这可能因为每种治疗方法均注重局部或通过经络反射的温和刺激,旨在促进自然愈合而不引起额外伤害。此外,治疗的精细操作和对患者个体差异的考虑也有助于最小化不良反应的风险,保证了治疗的安全性。

综上所述,三棱针耳尖放血联合涌泉穴贴敷显著提升早期麦粒肿患者的治疗有效率,降低患者疼痛程度,减小病灶大小,提高泪膜稳定性,并且不增加不良事件发生风险,表明联合治疗具有显著的临床优势和安全性。本研究仍存在一定局限性。首先,样本量相对较小,且仅限于宜兴市中医医院眼科,限制了结果的普遍适用性。其次,未设置长期随访,因此对于治疗效果的持久性及长期复发率未能提供数据。尽管如此,由于其在减轻疼痛和降低炎症标志物水平方面显示出显著效果,此疗法在临床上仍具有较大的推广潜力。未来研究应扩大样本量,增加对照组,以及延长随访期,进一步验证其效果及安全性。

参考文献:

[1] 高月兰,黄林英,杨燕宁. 麦粒肿的中、西医治疗进展[J]. 中国中医眼科杂志,2023,33(3):290 - 293.
[2] 李成武,刘静,包银兰,等. 耳尖穴放血联合抗生素眼药治疗睑腺炎的临床研究[J]. 北京中医药,2021,40(3):285 - 287.
[3] 周尚昆,马群英,马东梅,等. 中医综合疗法治疗睑腺炎的临床研究[J]. 中国中医眼科杂志,2021,31(4):260 - 262,267.
[4] 秦熙,朱苾丹,王跃旗. 耳尖放血治疗孕妇及哺乳期妇女早期麦粒肿的疗效观察[J]. 中国中医眼科杂志,2022,32(4):289 - 292.

[5] 郭丽丽,吕亚丽,金迪,等. 涌泉穴贴敷对早期麦粒肿患者的临床效果评价[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(27):24 - 25.
[6] 赵堪兴,杨培增,范先群,等. 眼科学[M]. 9 版. 北京:人民卫生出版社,2018:62.
[7] 彭清华. 中医眼科学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社,2016:8.
[8] 苏丽萍,刘郡,王珏. 湿房镜联合氟米龙滴眼液治疗干眼症疗效及对患者泪膜稳定性和血清基质金属蛋白酶 - 2 的影响[J]. 陕西医学杂志,2022,51(5):586 - 590.
[9] BHAKHRI R, ZOLTOSKI R, ATHAR M, et al. Incidence of hordeola and chalazia during the COVID - 19 pandemic: the role of mask wear[J]. Clin Exp Optom, 2024:1 - 5.
[10] GORDON A A, DANEK D J, PHELPS P O. Common inflammatory and infectious conditions of the eyelid[J]. Dis Mon, 2020, 66(10): 101042.
[11] 郜贺,陈爽,陈志刚,等. 耳尖放血联合五味消毒饮加减治疗早期麦粒肿临床研究[J]. 河北中医,2020,42(6):862 - 864,868.
[12] LOTH C, MILLER C V, HARITOGLOU C, et al. Hordeolum and chalazion: (Differential) diagnosis and treatment[J]. Ophthalmologe, 2022,119(1):97 - 108.
[13] 卢兰芳,翟建伟,苏伟,等. 药物离子导入技术在病毒性和细菌性角膜炎患者治疗中的应用[J]. 中华实验和临床病毒学杂志,2020,34(5):532 - 536.
[14] JR M T C. Adult eye conditions: common eye conditions[J]. FP Essent, 2022, 519:11 - 18.
[15] 张弛,周章玲. 刺络放血疗法探源——析《内经》刺血络法[J]. 中国中医基础医学杂志,2003,9(4):5 - 6,12.
[16] 杨瑞霞,何亚州,王龙龙,等. 温阳贴贴敷涌泉穴治疗慢性心力衰竭阳虚证的临床疗效观察[J]. 湖南中医药大学学报,2022,42(10):1705 - 1710.
[17] 江林红,于海艳,彭绍清,等. 点刺耳尖放血在初期睑腺炎中的应用[J]. 中国中医眼科杂志,2013,23(3):224 - 225.
[18] 温惠芬,李琼仲,方刚妹,等. 艾灸联合穴位贴敷对髋关节置换术后患肢肿胀、VAS 评分的影响研究[J]. 湖南中医药大学学报,2019,39(1):64 - 67.
[19] 符文彬,许能贵. 针灸临床特色疗法[M]. 北京:中国中医药出版社,2011:169 - 170.
[20] 崔庆科,洪天一,张扬菱,等. 清心运脾法治疗小儿麦粒肿临证体会[J]. 中国中医眼科杂志,2020,30(1):45 - 48.
[21] CHU C C, HUANG Y, RU Y S, et al. α - MSH ameliorates corneal surface dysfunction in scopolamine - induced dry eye rats and human corneal epithelial cells via enhancing EGFR expression[J]. Exp Eye Res, 2021, 210:108685.

Clinical Efficacy of Three - edged Needle Bloodletting at the Eartip and Yongquan Acupoint (KI1) Plaster for Early - stage Hordeolum

FAN Qinjiao, LI Ping, ZONG Xia

(*Department of Ophthalmology, Yixing City Traditional Chinese Medicine Hospital, Wuxi* 214200, *China*)

Abstract Objective: To explore the clinical efficacy of three - edged needle bloodletting at the eartip combined with Yongquan acupoint plaster in the treatment of early - stage hordeolum. Methods: A total of 96 patients with early - stage hordeolum, treated at the Ophthalmology Department of Yixing City Traditional Chinese Medicine Hospital from October 2021 to October 2023, were included in the study. The patients were randomly divided into three groups: the three - edged needle group, the plaster group, and the combined group, with 32 patients in each group. The three - edged needle group received three - edged needle bloodletting at the earlobe, the plaster group received Yongquan acupoint plaster, and the combined group received both treatments. Clinical outcomes, pain levels, hordeolum area and diameter, initial non - contact tear film break - up time (BUT) and average tear film break - up time, inflammatory markers, adverse reactions, and recurrence rates were compared before and after treatment. Results: Before treatment, there were no significant differences in the indicators among the three groups ($P > 0.05$). After treatment, the total effective rate in the combined group was 96.88% (31/32), compared to 78.13% (25/32) in the three - edged needle group and 75.00% (24/32) in the plaster group, with the combined group showing a significantly higher effective rate than both other groups ($P < 0.05$). Three and seven days after treatment, the VAS scores of all groups were significantly lower than before treatment ($P < 0.05$), with the combined group showing a more significant reduction than the other two groups ($P < 0.05$). The area and diameter of the hordeolum in the combined group were smaller than in the three - edged needle and plaster groups ($P < 0.05$). The initial non - contact tear film break - up time and average tear film break - up time were higher in the combined group ($P < 0.05$). In terms of inflammatory markers, the CRP and WBC levels in the combined group were lower than in the other two groups ($P < 0.05$). There were no significant differences in the incidence of adverse events and recurrence rates among the three groups ($P > 0.05$). Conclusion: Three - edged needle bloodletting at the eartip combined with Yongquan acupoint plaster shows good clinical efficacy in treating early - stage hordeolum. It can effectively reduce pain and inflammatory markers, providing a significant advantage in the treatment of early - stage hordeolum, with promising clinical application potential.

Key words Early - stage hordeolum; Three - edged needle bloodletting at the eartip; Yongquan acupoint plaster