

干眼治疗:从“被动补水”迈向“主动生水”

● 本报记者 张思玮

“干眼绝对不是单纯缺水那么简单,重度干眼可导致角膜溃疡甚至穿孔,严重影响患者的生活质量。”近日,在由海峡两岸医药卫生交流协会眼科专业委员会主办的“关爱干眼患者,启迎原生泪液时代——2025 干眼诊疗新进展与眼表健康生态构建大会”上,中山大学中山眼科中心教授王智崇接受《医学科学报》采访时表示。

现实中,很多公众对干眼还存在一定的误解。有些患者错误地认为干眼仅仅是缺水,于是随便使用一些人工泪液眼药水,甚至误用抗生素眼药水,这样就是陷入了“补水易干眼,干眼仍进展”的窘境。

此外,还有一部分患者过度重视干眼,甚至因此伴有焦虑症等自主神经功能紊乱,而焦虑和治疗焦虑的药物则会导致泪液分泌减少,加重干眼。

“虽然我国没有干眼患者的全国多中心大样本的流行病学调查数据,但是通过各地局部的流行病学调查发现,干眼患者约占全国人口的 30%,且随着老龄化人口增加及视频终端技术的普及,干眼患者的数量仍在不断增长。”华中科技大学同济医学院协和医院眼科教授张明昌表示。

轻度干眼可被治愈

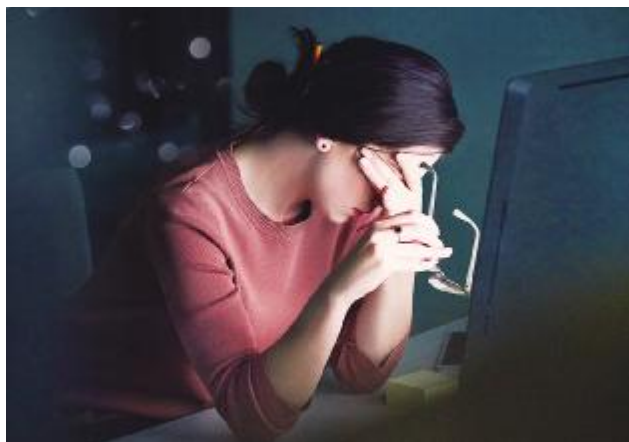
泪液是保护眼球表面的重要液体,其主要成分包括水、电解质、蛋白质、脂质以及其他有机物质。这些成分共同维持着眼球的湿润、清洁和营养供给,在预防眼部感染、促进角膜伤口愈合等方面发挥着至关重要的作用。

所谓的干眼是指由多因素诱导泪液质和量异常,引起泪膜稳定性下降所致的眼表慢性疾病。患者临床表现为患眼干燥感、异物感、刺痛感、烧灼感等。

“现有的证据表明,干眼与遗传因素关系不大,是由于分泌泪液的组织、细胞受损伤,最终泪液分泌功能失代偿的结果。”王智崇表示,若能及时有效地治疗,轻度干眼是可以治愈的。

目前,人工泪液是干眼症的基础治疗手段,通过补充泪液成分缓解眼表干燥。此外,还有抗炎症的药物、物理治疗以及中医药治疗等方法。

“但很多人工泪液的成分比较单一,



图片来源:视觉中国

无法复刻我们自身的原生泪液。并且,有时候患者可能滴入过多的人工泪液,不仅起不到缓解作用,还可能会把原生泪液相关因子冲走,导致越滴越干。”张明昌说,目前尚未有一种治疗方式涉及泪液分泌的神经调控,而神经调控恰恰是维持、调整、纠正生命活动的更高级生理功能。

神经调控让眼睛“生水”

利好的消息是,远大医药近日推出的酒石酸伐尼克鼻喷雾剂改变了干眼的治疗理念:从“被动补水”迈向“主动生水”。

据介绍,患者通过鼻喷给药,激活三

叉神经通路,直接“唤醒”泪腺,促进其分泌泪液,每日使用两次。

“我们的鼻腔里有一个‘开关’,这个喷雾剂能够精准地打开它,通过神经反射向泪腺发出‘开始工作’的信号,从而唤醒它自身分泌

泪液的能力。”张明昌说。

王智崇认为,这无疑开启了从源头神经调控、全面疗愈干眼的新时代,使目前的干眼治疗方案更完整、更全面、更有效,催生“补水为本,抗炎为魂,调控为要”的新型治疗原则。

王智崇向记者形象地解释道,治疗干眼就好像我国的扶贫攻坚战,一味地给贫困地区或个人发放救济款,只能解一时之“贫”,但救不了永久之“穷”。只有出台从中央到地方政府的一系列调控措施,才能使我国所有的贫困县都摘掉“贫”的帽子、拔掉“穷”的根子。

那么,哪些人群适用于鼻喷雾剂呢?

张明昌表示,理论上伐尼克适用于所有干眼患者,但重点有三类人群效果尤为显著:长期使用电子产品的职场人群、传统治疗干眼药物使用不便或者疗效不好的人群以及现有治疗效果不佳的人群。

期待更个性精准的治疗方案

如何将伐尼克与现有的治疗干眼手段进行组合与优化,从而为干眼患者提供更个体化、更完整的治疗方案。

对此,张明昌认为,比如患者的炎症比较重,尤其是全身免疫系统的炎症造成干眼,则需要联合抗炎治疗。此外,还有一些干眼患者,除了水液缺乏,还因睑板腺功能障碍造成眼睛缺“油”、缺“黏蛋白”,这就需要结合相应药物联合,才能达到事半功倍的效果。

“随着临床经验的积累,伐尼克有望成为泪液分泌不足或者混合型干眼以泪液分泌不足为主的干眼基础性治疗药物,从而使临床治疗途径向更根本、更靠近治疗病因的方向发展。”张明昌说。

最后,王智崇期望,随着医疗技术的进步,未来能够研发出一款能消干眼于未发、治干眼更精准的产品,以更好地解决庞大干眼人群的痛点。

延伸阅读

眼睛干涩的“根源”

眼表泪膜稳态失衡是干眼病理过程的核心驱动因素。

2024 年,《中国干眼临床诊疗专家共识(2024 年版)》根据泪膜结构和功能,将干眼可分为水液缺乏型、脂质异常型、黏蛋白缺乏型、泪液动力学异常型以及混合型。

其中,水液缺乏型是因水液性泪液生成不足和(或)质量异常引起,如 Sjögren 综合征等;脂质异常型因泪膜脂质层的质或量出现异常引起,如睑板腺功能障碍、睑缘炎;黏蛋白缺乏型因眼表上皮细胞尤其杯状细胞受损引起,常见于眼表烧伤、药物毒性作用、长期戴角膜接触镜等情况;泪液动力学异常型由瞬目异常、泪液排出异常、结膜松弛、眼睑闭合不全等因素引发;

而混合型干眼是临床最常见类型,可由单一类型干眼治疗不及时或效果不佳发展而来。

在干眼分级方面,轻度干眼患者在裂隙灯显微镜检查下无明显眼表损伤体征,角膜荧光素染色点数 <5 个,泪膜破裂时间(TBUT)为 5 秒以上至 10 秒;中度干眼患者角膜损伤范围不超过 2 个象限,和(或)角膜荧光素染色点数 ≥ 5 个且 <30 个,TBUT 为 2 ~ 5 秒;重度干眼患者角膜损伤范围为 2 个象限及以上,和(或)角膜荧光素染色点数 ≥ 30 个,TBUT <2 秒。角膜荧光素染色点融合为粗点、片状,或者伴有丝状物。

干眼的治疗可根据病情分级管理。轻度干眼以去除诱因、改善生活方

式为主,应保持良好的用眼与饮食习惯,适量摄入 $\omega-3$ 脂肪酸、乳铁蛋白等营养素,避免吸烟和干燥环境。

中度干眼提倡采取综合治疗,选用无防腐剂人工泪液,夜间可用眼膏或凝胶;如伴炎症,可使用抗生素、糖皮质激素、免疫抑制剂或非甾体抗炎药滴眼液,必要时口服大环内酯类或四环素类抗生素,并配合泪道栓、护目镜或加湿器等辅助措施。

重度干眼则需延长眼部使用抗炎药物的时间,口服促分泌剂,采用自体或同种异体血清。必要时配戴角膜绷带镜或硬性巩膜镜保护角膜。手术方法包括临时或永久性泪点封闭术、睑板腺导管探通术、羊膜移植术、睑缘缝合术、唾液腺移植术等。(李春雨)