

睑板腺功能障碍干眼症综合治疗效果观察

杨文武 罗慧娟

宜都市人民医院 湖北 宜都 443300

【摘要】：目的：探讨睑板腺功能障碍干眼症应用综合治疗的临床效果。方法：研究随机从医院 2024 年 1 月-2025 年 12 月内选取 60 例睑板腺功能障碍干眼症患者为对象，按照随机数字分配法将患者分成两组，分别是对照组（ $n=30$ 例，人工泪液滴眼液治疗）和研究组（ $n=30$ 例，睑板腺按摩、眼表熏蒸和药物等综合治疗），观察泪液指标改善情况，对比临床治疗有效率。结果：研究组眼表疾病指数（OSDI）低于对照组，泪膜破裂时间研究组比对照组高，而眼睑板挤压评分、睑板开口状态评分治疗后研究组均低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：睑板腺功能障碍干眼症患者通过综合治疗措施可促进干眼症程度缓解，改善泪液指标，提高眼睑板功能。

【关键词】：睑板腺功能障碍；干眼症；综合疗法；睑板腺按摩

DOI:10.12417/2705-098X.26.16.075

近年来，随着人们手机、电脑等电子产品的广泛应用，长期注视电子屏，干眼病发病率随之增加。睑板腺功能障碍干眼症属于较为特殊的一种类型，通常会存在睑板腺分泌物变化，或者是分泌物异常，会给患者视力带来影响，需及时进行治疗^[1]。现阶段临床中缺乏规范特效治疗措施，传统措施是应用人工泪液滴眼液进行治疗，尽管可缓解干眼症，但是预后效果不佳需探讨其他有效方案。近几年有研究发现，综合治疗措施对于疾病治疗可起到针对性作用，通过将药物、眼表熏蒸和睑板腺按摩等联合进行治疗，睑板腺按摩可以促使泪液脂质层获得改善，有助于泪液快速蒸发，改善干涩或者刺痛症状，提高泪膜稳定性。眼表熏蒸通过药物熏蒸可快速达到病灶，实现物理湿热敷的效果。基于此，下文围绕医院收治的睑板腺功能障碍干眼症患者，分析综合治疗的临床效果。

1 资料与方法

1.1 基础资料

研究对象本次均选择睑板腺功能障碍干眼症患者，均是在 2024 年 1 月-2025 年 12 月收治于我院，分组方法选择随机数字分配法，患者分成对照组及研究组，每组 30 例。

对照组：患者性别中男 13 例，女 17 例，年龄最小最大范围在 24-65 岁，平均年龄（ 47.49 ± 3.85 ）岁，病程时间在 1-5 年，平均病程（ 2.16 ± 0.71 ）年。

研究组：患者性别中男 12 例，女 18 例，年龄最小最大范围在 25-66 岁，平均年龄（ 47.51 ± 3.96 ）岁，病程时间在 1-4 年，平均病程（ 2.07 ± 0.69 ）年。

两组患者资料经对比均无统计学差异（ $P<0.05$ ）。

纳入标准：①入院经过影像学 and 症状体征评估明确诊断是睑板腺功能障碍干眼症；②意识状况较好可完成基本交流；③患者了解研究自愿签署同意书。

排除标准：①近期采取过眼部手术；②认知障碍；③治疗禁忌症。

1.2 方法

对照组进行常规治疗，利用玻璃酸钠滴眼液（参天制药有限公司，J20130150），滴眼，每天 4 次，持续治疗 3 周。

研究组采取综合治疗：

（1）睑板腺按摩：需给予眼周进行清理，并适当热敷 2 分钟后，指导患者双眼朝下方注释，医护人员将患者上眼睑进行捏起并轻度外翻，促使上眼睑缘完全暴露后，借助无菌玻璃棒，沿着睑缘区域睑结膜面推拿，并给予下眼皮推拿，双眼往上看，利用无菌玻璃棒轻按睑缘，确保睑板腺内脂质得到充分清除后，擦拭分泌物。每次时间 15 分钟，一天 1 次。

（2）眼表熏蒸：借助超声雾化仪，需自拟中药方，组成有全当归、川芎、生牡丹皮、桑叶、鬼针草各 15g，加入水煎煮后将药液放置进雾化仪，给予熏蒸 30 分钟，每天 1 次，每周进行 3 次，持续治疗 3 周。

（3）药物滴眼治疗如对照组。

1.3 观察指标

临床治疗效果：①显效：通过观察患者疾病症状消退，睑板腺分泌物未出现阻塞，睑缘形态均未出现异常；②有效：症状体征缓解，睑板腺分泌物存在一定受阻，睑缘形态改善；③无效：未达到以上情况。总有效率=显效率+有效率。

干眼症症状：通过眼表疾病指数量表（OSDI）评估，分值越低症状程度越轻。

眼睑指标：①泪膜破裂时间：主要通过眼表综合分析仪进行检测记录。②睑板挤压评分：通过对睑板腺挤压，按照压迫程度出现脂质物质评估分数，0-2 分，分值越高情况越严重。③睑板开口状态评分：通过观察睑板腺开口是否存在堵塞情况判断，0-3 分，随着分数增加睑板腺开口受到脂质堵塞条数增多。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 26.0 开展研究数据处理，计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 描述，用 t 检验，计数资料用 n (%) 表示，用 X² 检验，结果为 P<0.05 提示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床治疗效果

研究组临床治疗有效率高于对照组 (P<0.05)。

表 1 比较两组患者治疗有效率 (n/%)

组别	对照组	研究组	X ²	P
n(例)	30	30		
显效	10	12		
有效	13	17		
无效	7	1		
总有效率	23(76.66)	29(96.66)	5.192	0.023

2.2 临床指标

治疗前表 2 内两组患者指标对比均无统计学差异 (P>0.05)；在治疗后再次对比可见，研究组患者泪膜破裂时间比对照组长，而 OSDI 评分低于对照组 (P<0.05)。

表 2 比较两组患者泪膜破裂时间及 OSDI 评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别		对照组	研究组	t	P
n(例)		30	30		
泪膜破裂时间(s)	治疗前	4.76±0.71	4.81±0.69	0.277	0.783
	治疗后	6.08±0.77	6.49±0.68	2.186	0.033
OSDI 评分(分)	治疗前	45.76±2.53	45.88±3.16	0.162	0.872
	治疗后	28.46±2.41	25.33±3.09	4.375	0.001

2.3 临床指标

治疗前表 2 内两组患者睑板挤压、开口状态评分对比均无统计学差异 (P>0.05)；在治疗后再次对比可见，研究组患者睑板挤压、开口状态评分低于对照组 (P<0.05)。

表 3 比较两组患者睑板挤压、开口状态评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		对照组	研究组	t	P
n(例)		30	30		
睑板挤压评分(s)	治疗前	1.69±0.51	1.66±0.48	0.235	0.815
	治疗后	1.42±0.39	1.25±0.23	2.057	0.044
睑板开口状态评分	治疗前	1.87±0.52	1.81±0.43	0.487	0.628
	治疗后	1.46±0.33	1.20±0.27	3.340	0.001

3 讨论

睑板腺功能障碍主要是睑板腺上皮腺组织的扩张，特征主要为睑板腺腺体末端的阻塞及分泌紊乱。腺体开口由于其阻塞造成腺体内的物质排出障碍，进一步造成腺体开口处的堵塞物质的堆积^[2]。若分泌异常会引发睑脂质量和量改变，就破坏泪膜的稳定，发生干眼症，也会引起眼睑炎以及睫毛生长异常等问题。当患上睑板腺功能干眼症后，患者泪膜稳定性逐步降低，给日常生活及工作带来影响，所以需及时治疗^[3]。

当前传统治疗措施为药物滴眼治疗，比如玻璃酸钠滴眼液，该药有良好的眼部生物适应性，可以与纤维连接蛋白相结合，提高保湿功能，延缓眼泪蒸发速度，加快角膜细胞新生过程，促进角膜损伤修复过程，缩短创伤愈合时间，有效缓解干眼症状，但单独治疗存在局限性^[4]。本次研究为了实现患者综合治疗效果评估，加入睑板腺按摩、眼表熏蒸方法，选取医院收治睑板腺功能障碍干眼症患者，对比分析影响效果。在本次疗效评估中可见，研究组患者治疗有效率高于对照组，且干眼症评分、睑板挤压、开口状态评分均相比对照组显著降低，泪膜破裂时间缩短。这一结果原因分析：睑板腺按摩过程中，能够帮助睑板腺开口逐步扩张，给予睑板腺导管快速疏通，因此能够加快脂质分泌排出，所以能够实现治疗目的。眼表熏蒸依靠蒸汽载体把药物的有效成分带到眼部组织上，利用升高眼睑部位的温度来促使睑板腺分泌物变得流动^[5]。采用扩张结膜、眼睑微循环、改善淋巴回流的方式，使睑板腺的功能得到恢复，并且疏通排泄途径，改善患者临床症状。因此在药物滴眼治疗基础上，加以睑板腺按摩和眼表熏蒸，能够改善眼睑开口状况，促进症状消退。

综上，睑板腺功能障碍干眼症患者经睑板腺按摩、滴眼和眼表熏蒸综合治疗，可显著改善患者症状，效果确切。

参考文献:

- [1] 李萌萌,傅昌博,靳雷,等.强脉冲光疗法联合妥布霉素地塞米松眼膏治疗睑板腺功能障碍性干眼症患者的效果观察[J].大医生,2024,9(23):138-141.
- [2] 孙彩英,王春梅,刘化峰,等.杞菊地黄丸联合睑板腺按摩挤压治疗睑板腺功能障碍性干眼症的效果观察[J].临床误诊误治,2024,37(18):88-94.
- [3] 刘文,曹静文,王雪.聚乙二醇滴眼液联合睑板腺按摩治疗白内障超声乳化术后睑板腺功能障碍型干眼症患者的临床效果观察[J].反射疗法与康复医学,2024,5(5):104-106+113.
- [4] 谢佩玲,张俐娜,陆慧慧,等.强脉冲光结合睑板腺按摩对睑板腺功能障碍型白内障术后干眼症的治疗效果观察[J].现代实用医学,2023,35(12):1624-1627.
- [5] 夏效芳.睑板腺按摩及热敷联合妥布霉素地塞米松眼膏辅助治疗睑板腺功能障碍性干眼症效果观察[J].中国乡村医药,2021,28(6):14-15.