

泪小管切开联合激光置管术治疗泪小管炎的临床研究

刘溢, 卢江, 张云, 史叶琴

(南通大学第三附属医院眼科, 江苏 无锡 226000)

摘要:目的 观察并总结泪小管炎的临床特征及患者行泪小管切开联合激光+置管术的疗效,探讨该治疗方法的可行性。方法 回顾性分析泪小管炎的30例(31眼)患者临床资料,采用YAG激光疏通泪道后再行泪小管切开联合环形引流管植入术,术后根据患者病情恢复情况于3~6个月后拔除泪道引流管,并继续跟踪随访半年。结果 30例患者中29例患者经治疗后症状明显减轻并消除,1例患者症状仍持续。结论 选择泪小管壶腹部切开联合激光置管术能有效治愈泪小管炎,值得临床使用并推广。

关键词:泪小管炎;泪小管切开;泪道置管术

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2017.12.014

Clinical analysis of lacrimal duct YAG-laser combined with canaliculotomy plus the placement of drainage tubes for the treatment of canaliculitis

LIU Yi, LU Jiang, ZHANG Yun, SHI Yeqin

(Department of Ophthalmology, The Third Affiliated Hospital of Nantong University, Wuxi, Jiangsu 226000, China)

Abstract: **Objective** To observe and summarize the clinical features of canaliculitis and the efficacy of lacrimal duct YAG-laser combined with canaliculotomy plus the placement of drainage tubes for the treatment of canaliculitis, and to explore the feasibility of this method. **Methods** In this retrospective study, a review was performed of 30 patients (31 eyes) diagnosed with lacrimal canaliculitis who underwent treatment. YAG-laser was adopted to dredge the lacrimal duct before canaliculotomy combined with placement of circular lacrimal drainage tubes. Lacrimal drainage tubes were removed after 3 to 6 months according to the recovery situation of the patients, who were then followed up for 6 months. **Results** The symptoms of 29 patients were obviously alleviated and eliminated among 30 patients. **Conclusions** Lacrimal duct YAG-laser combined with canaliculotomy plus the placement of drainage tubes for the treatment of canaliculitis is effective, which is worth to be clinically used and popularized.

Key words: Canaliculitis; Canaliculotomy; Drainage tubes

泪小管炎为泪小管的慢性炎症,多由沙眼衣原体、放线菌、白色念珠菌或曲霉菌感染引起^[1]。在临床工作中,泪小管炎在眼科疾病中并不多见。该病主要症状为溢泪、内眦部睑缘和结膜轻度充血,泪点红肿及脓性分泌物等,多为下泪小管感染,而且常继发于眼部化脓性结膜炎,因此常常难以正确诊断。如不治疗将引起泪管狭窄^[2]。目前常用的治疗方法为泪道行抗生素稀释液冲洗,严重时通过手术建立人工引流通路。现将30例泪小管炎患者采用泪小管切开联合激光置管术的临床效果报道如下,以供临床参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2012年10月—2015年6月在南通大学第三附属医院泪道专科门诊确诊的泪小管炎患者30例(31眼),年龄32~80岁,平均年龄59岁,其中男性8例(共8眼),女性22例(共23眼),双眼1例,单眼29例。平均病程为5年,只有1例为双眼同时患病,但30例患者均有不同程度的泪道阻塞,

其中7例合并有慢性泪囊炎,1例合并急性泪囊炎。

1.2 诊断依据 (1)反复溢泪及流脓性分泌物,并多次就诊,局部抗生素眼液治疗或行泪道冲洗探通后症状无明显缓解;(2)主要症状及体征为:泪小管周围红肿,泪点突起并外翻,指压泪小管可见脓液或豆渣样物质自泪点流出,泪道冲洗可见黏性或脓性分泌物返流^[3]。

1.3 治疗方法 所有泪小管炎患者在治疗前常规取结膜囊分泌物行细菌培养+药敏试验,后予0.5%左氧氟沙星滴眼液每天4次滴眼,治疗采用以下步骤:(1)YAG激光疏通泪道:患者取仰卧位,结膜囊滴倍诺喜眼液作表面麻醉,泪点扩张器扩张泪小点,然后将带有针芯的泪道探针自下泪小点插入至泪道阻塞处,拔出针芯,插入导光纤,对阻塞处点射至阻力消除并有落空感后,泪道探针继续沿泪道下行,重复上述步骤,直至泪总管及鼻泪管均通畅后予庆大霉素稀释液冲洗泪道;(2)泪小管壶腹部切开:适量2%利多卡因注射液于内眦部近泪小管处

作局部浸润麻醉,9号泪道探针自泪点进入直至骨壁,于泪小管壶腹部(约距离泪点3~5 mm处)用尖刀片水平切开,刮匙器自切口进入后沿周围管壁搔刮出结石样钙化物并送至病检,聚维酮碘消毒黏膜面;(3)泪道硅胶引流管植入:分别从上下泪点插入带圆头双探针的硅胶引流管,穿过泪小管、泪总管及鼻泪管后,用配套引针将引流管自下鼻道勾出,双股引流管打结后剪除多余部分,将残端放置于下鼻道;(4)治疗后常规全身及局部抗生素预防感染,定期复诊,于治疗后1、2、4周冲洗泪道,随后每月随访,随访时间至少6个月,3~6个月后拔除泪道引流管。

1.4 治愈标准 球结膜充血消退,泪点红肿消失或明显减轻,无泪小管分泌物,患者自觉溢泪好转或消失,泪小管冲洗示通畅。

2 结果

2.1 分泌物培养结果 结膜囊分泌物培养阳性率低,共8例,主要为链球菌或表皮葡萄球菌,霉菌共发现2例。

2.2 治疗情况 治疗中刮出大量结石样钙化物,后行环形引流管植入。29例患者经治疗后,溢泪及泪点红肿等症状明显减轻,拔除引流管后泪道阻塞经冲洗确认通畅,患者自觉症状消失。1例患者拔除引流管后仍有眼部分泌物,后予抗真菌治疗后症状好转。

3 讨论

泪小管炎包括原发性泪小管炎和继发性泪小管炎,前者常由感染引起,最常见的致病菌以往认为主要是放线菌,国内亦有类似发现^[4]。但在近年的一些研究中,亦有人认为链球菌和葡萄球菌较多见^[5]。该病发病率低,且常常难以诊断,以致延误治疗^[6]。目前泪小管炎的诊断主要依据患者临床表现及医生经验,缺乏比较客观的诊断依据^[7]。国内外一些研究运用高分辨超声检查泪小管形态辅助诊断,但尚未形成共识^[8]。本研究系统性回顾的30例患者具有以下特点:(1)多为女性(占73%),这与绝经期妇女眼泪产生减少及对炎症的防御降低有关,也可能与女性使用护肤品后泪小管阻塞继发细菌繁殖有关。(2)绝大部分为外院误诊或经治疗无效转诊至南通大学第三附属医院,因此平均发病时间长。笔者认为,该病常误诊的原因如下:①冲洗返流出脓性分泌物即诊断为慢性泪囊炎。后者行鼻泪管造影可见鼻泪管阻塞,冲洗常为下冲上返或上冲下返,而泪小管炎患者泪总管及鼻泪管多畅通;②过度依靠药物治疗。大多泪小管炎特别是真菌性及放线菌性泪小管炎都可以形成泪小管结石或钙化物,因此若看到泪小点红肿外翻等症状,

应考虑到泪小管炎可能,并行泪小管搔刮,刮出结石也是泪小管炎的重要诊断依据^[9]。

综上所述,泪小管炎行单纯泪道冲洗及探通联合局部点抗生素眼液效果常不显著,主要是由于绝大部分泪小管炎常合并有泪道结石^[10]。目前普遍认为泪小管切开刮除结石是泪小管炎的治疗金标准^[6],如张翠丽^[11]采用自泪点泪小管的切开法,扒出黏液和结石,进行泪小管壁的碘酊涂抹,取得不错的临床效果。本研究与以往不同之处在于:(1)治疗前先用YAG激光疏通泪道,长期泪小管炎患者因结石或钙化物的存在,都有不同程度的泪小管阻塞。YAG激光疏通泪道不仅可以解除泪道梗阻,也在一定程度起到杀菌功效;(2)泪小管切开选择从泪小管壶腹部进入:自泪点切开泪小管将影响其虹吸功能,导致功能性溢泪,而选择距离泪点3~5 mm处的壶腹部切开泪小管可以避免损伤泪点及虹吸功能;(3)泪小管切开并刮除结石等钙化物后常规行引流管植入。本研究中患者平均病程为5年,泪小管多为慢性炎症,单纯切开泪小管后,有部分患者因瘢痕愈合致泪道再次梗阻,且炎症反复。笔者认为行引流管植入可避免这一并发症,有效维持泪道通畅,对患者的长期治疗具有积极意义。

参考文献

- [1] 杨晓钊,杨华,刘先宁,等.泪小管炎的优势致病菌及药物敏感性分析[J].国际眼科杂志,2016,16(10):1976-1977.
- [2] 葛坚.眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2010:147.
- [3] LIN SC, KAO SC, TSAI CC, et al. Clinical characteristics and factors associated the outcome of lacrimal canaliculitis[J]. Acta Ophthalmol, 2011, 89(8):759-763.
- [4] 姜兴华,徐文烽,杨丹,等.泪小管炎的诊断及治疗临床分析[J].临床眼科杂志,2012,20(1):69-71.
- [5] ZALDIVAR RA, BRADLEY EA. Primary canaliculitis[J]. Ophthalm Plast Reconstr Surg, 2009, 25(6):481-484.
- [6] KALIKI S, ALI MJ, HONAVAR SG, et al. Primary canaliculitis: clinical features, microbiological profile, and management outcome[J]. Ophthalm Plast Reconstr Surg, 2012, 28(5):355-360.
- [7] 孙莉.泪小管炎诊断及治疗观察[J].中国卫生标准管理, 2015, 6(24):81-82.
- [8] TOST F, BRUDER R, CLEMENS S. Clinical diagnosis of chronic canaliculitis by 20-MHz ultrasound[J]. Ophthalmologica, 2000, 214(6):433-436.
- [9] 彭仕君,杨瑛,黄晶晶.泪小管炎的误诊分析及治疗[J].临床眼科杂志,2013,21(6):547-548.
- [10] 朱茂华.泪小管炎的诊断及治疗方法临床分析[J].中国实用医药,2013,8(26):14-15.
- [11] 张翠丽.泪小管炎的临床诊断和治疗方法研究[J].中国现代药物应用,2014,8(4):47-48.

(收稿日期:2016-09-23,修回日期:2016-10-18)