

# 泪小管切开联合泪道逆行置管术治疗泪小管炎

叶琳, 张敬先, 邓宏伟

作者单位:(518000)中国广东省深圳市,暨南大学附属深圳市眼科医院泪器病科

作者简介:叶琳,毕业于武汉大学医学院,博士,副主任医师,副教授,研究方向:眼整形、泪器病。

通讯作者:叶琳. lhyllyxy@163. com

收稿日期:2011-07-11 修回日期:2011-08-19

炎,是一种安全、有效的方法。

关键词:泪小管炎;泪小管切开;泪道置管术;逆行

DOI:10. 3969/j. issn. 1672-5123. 2011. 10. 058

叶琳,张敬先,邓宏伟. 泪小管切开联合泪道逆行置管术治疗泪小管炎. 国际眼科杂志 2011;11(10):1844-1846

## Treatment of canaliculitis with canaliculotomy combined with retrograde intubation of lacrimal passage

Lin Ye, Jing-Xian Zhang, Hong-Wei Deng

Department of Lacrimal Apparatus, Shenzhen Eye Hospital, Jinan University, Shenzhen 518000, Guangdong Province, China

Correspondence to: Lin Ye. Department of Lacrimal Apparatus, Shenzhen Eye Hospital, Jinan University, Shenzhen 518000, Guangdong Province, China. lhyllyxy@163. com

Received:2011-07-11 Accepted: 2011-08-19

### Abstract

• AIM: To observate the therapeutic effects of canaliculotomy combined with retrograde intubation of lacrimal passage in the treatment of canaliculitis.

• METHODS:Forty cases of canaliculitis were treated with canaliculotomy combined with retrograde intubation of lacrimal passage, and postoperatively followed up for 3months.

• RESULTS: In all patients, 28 cases were cured,12 cases improved. The effective rate was 100%.

• CONCLUSION: Canaliculotomy combined with retrograde intubation of lacrimal passage is a safe and effective way.

• KEYWORDS: canaliculitis; canaliculotomy; intubation of lacrimal passage; retrograde

Ye L, Zhang JX, Deng HW. Treatment of canaliculitis with canaliculotomy combined with retrograde intubation of lacrimal passage. *Guoji Yanke Zazhi (Int J Ophthalmol)* 2011; 11(10): 1844-1846

### 摘要

目的:观察泪小管切开联合泪道逆行置管术治疗泪小管炎的疗效。

方法:对2009-01/2010-12来我院泪道专科门诊就诊的泪小管炎患者40例,采取泪小管切开联合泪道逆行置管术治疗,术后随访3mo。

结果:所有患者中28例治愈,12例好转,治疗有效率为100%。

结论:采用泪小管切开联合泪道逆行置管术治疗泪小管

### 0 引言

炎症是泪道阻塞性疾病(lacrimal duct obstruction disease, LDOD)的常见原因<sup>[1]</sup>,可以发生在泪道的任何部位。其中,泪小管炎多由细菌性结膜炎或慢性泪囊炎引起<sup>[2]</sup>,可单独发病,也可合并慢性泪囊炎<sup>[3]</sup>。我院对2009-01/2010-12来我院泪道专科门诊就诊的40例泪小管炎患者,采取泪小管切开联合泪道逆行置管术进行治疗,取得了满意效果,现报告如下。

### 1 对象和方法

1.1 对象 2009-01/2010-12来我院泪道专科门诊就诊的40例泪小管炎患者,男19例19眼,女21例21眼,年龄21~67(平均47.2)岁,病程1~30a。其中,上泪小管炎25例,下泪小管炎15例。所有患者符合以下诊断标准<sup>[4]</sup>:(1)泪小管红肿、扩张,挤压泪小管处有脓性或黏液状分泌物自泪小点溢出(图1);(2)泪道冲洗,冲洗液部分或全部自原点返流,伴黏液或脓性分泌物;(3)泪道探通,鼻泪管无阻塞。

### 1.2 方法

1.2.1 泪道逆行置管专用器具 采用张敬先等<sup>[5]</sup>发明的专用引流管及泪道探通引导针及置管方法:泪道引流管(专利号:ZL200420045110,图2),内置记忆钢丝的泪道探通引导针(专利号:ZL01243167.2,图3)。

1.2.2 手术方法 患者取仰卧位,常规消毒患者眼部皮肤后,20g/L利多卡因注射液+1g/L副肾素作眶下、滑车下神经阻滞麻醉,对发生炎症的泪小管周围皮下浸润麻醉,10g/L丁卡因、麻黄素棉片置入下鼻道后端外侧壁,作鼻黏膜表面麻醉,并收缩鼻夹。泪点扩张器充分扩张泪点后,自相应泪点将泪道探通引导针插入泪道,先沿泪小管方向插入探针,待其触及骨壁后,向下转90°,进入鼻泪道,此时将针体置于9字朝前位置,下送针芯伸出鼻前孔。将涂有抗生素眼膏的引导管牵引线穿入针芯的两股之间,向上拉针芯回至原位,再连同针体提拉自牵引线被拉出泪点。此时,引导管的侧管正好位于上泪小管内及泪小管。自泪点后1mm左右,用角膜剪将发生炎症的泪小管管壁剪开,达内眦部,用庆大霉素、地塞米松注射液充分冲洗泪小管脓腔,清除结石,必要时用刮匙刮泪小管壁,清理其内脂质物质或息肉。此时,用镊子拨开已剪开的泪小管壁,可见引导管的侧管正好位于泪小管内。将牵引线用胶布固定于上睑皮肤上。眼垫遮盖患眼3~5h。

1.2.3 术后综合治疗 手术次日,可剪除引流管上端的牵引线及多余的硅胶管(方法:按摩泪囊区令引流管伸展,

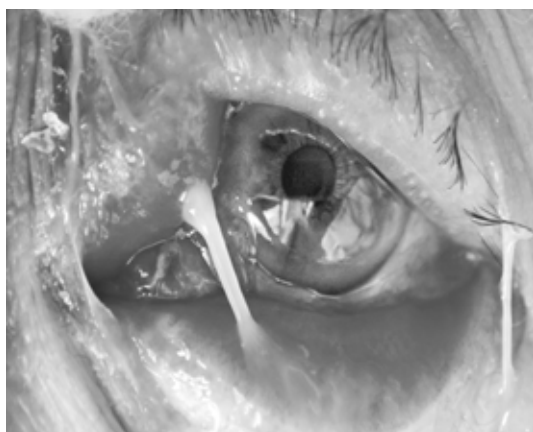


图1 上泪小管红肿, 按压泪小管, 有脓性分泌物溢出。



图2 泪道引流管。

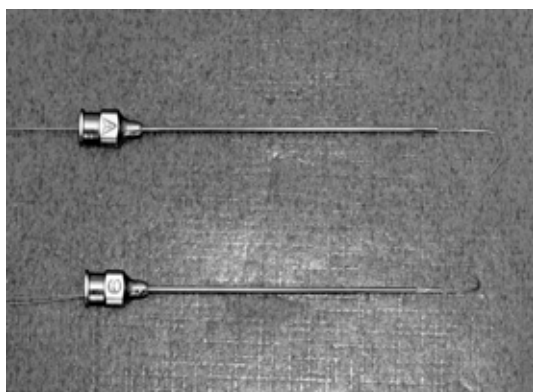


图3 泪道探针及针芯。

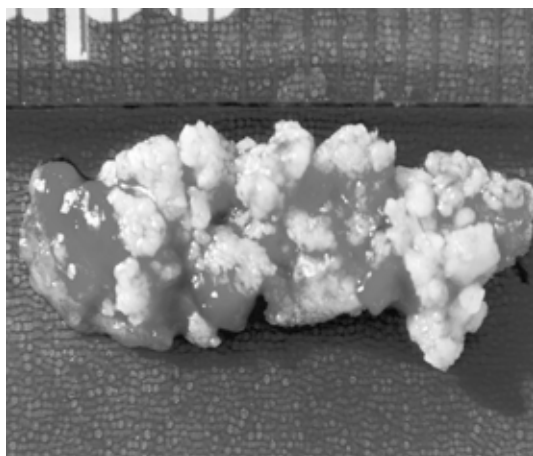


图4 取出的结石。

自行调节到适当位置, 将外露于泪点之外的引流管连同在管内的牵引线一并剪断, 断面须稍低于睑结膜平面)。从手术次日起, 用庆大霉素 + 地塞米松注射液每日冲洗发炎的泪小管腔, 至无脓性或黏液性分泌物为止。之后可以每周 1 次用庆大霉素 + 地塞米松注射液自上、下泪点冲洗泪道, 1mo 后, 待泪小管已愈合, 泪道冲洗无明显黏液性或脓性分泌物后拔管。拔管后继续每周冲洗泪道 1 次, 共 4 次。

## 2 结果

疗效判定标准: (1) 治愈: 拔管 3mo 后患者自觉症状消失, 无溢泪溢脓, 泪小管管壁愈合良好, 无红肿。按压泪小管区, 无脓性或黏液性分泌物溢出, 泪道冲洗通畅; (2) 好转: 拔管 3mo 后, 患者自觉症状明显减轻, 无溢脓溢泪, 泪小管管壁愈合良好, 无红肿, 按压有少许黏液状物溢出; (3) 无效: 拔管 3mo 后, 患者仍感溢脓溢泪, 按压泪小管, 有脓性或黏液性分泌物溢出。泪道冲洗有返流, 并伴脓性分泌物。拔管后 3mo 复查, 40 例患者中, 28 例治愈, 12 例好转, 有效率达 100%。

## 3 讨论

泪小管炎为临床常见病, 单独发生者, 多由泪小管与泪囊连接部分或泪总管阻塞、结膜炎下行感染所致, 或伴慢性泪囊炎的上行感染<sup>[6]</sup>。一般认为女性较男性发生率高<sup>[7]</sup>, 葛坚<sup>[8]</sup>认为: “泪小管炎中, 以下泪小管炎居多”, 但是本组 40 例患者中, 上泪小管炎 25 例(约 62%), 与葛坚报道不一致。我们推断, 其原因有以下几点: (1) 上泪点吸附泪液较少, 泪水的冲刷作用较弱, 较易发生炎症; (2) 以“溢泪、溢脓”为首诊的患者, 临床上经常是经下泪点进行泪道冲洗, 对于早期炎症可能有治疗作用, 即使冲洗有脓, 也容易误诊为“慢性泪囊炎”进行治疗(本例患者中就有 3 例曾误诊为慢性泪囊炎治疗)。临床上从上泪点进行泪道冲洗较少, 故上泪小管的炎症更容易进一步迁延发展, 表现症状更为明显。当然其流行病学调查, 还需长期进一步的观察。

泪小管炎的诊断并不困难, 但临床上很容易误诊漏诊, 这与临床上不重视泪道冲洗和探通, 或泪道冲洗或探通的方法不当有关。国内张敬先等<sup>[9]</sup>首先提出泪道阻塞诊断应包括阻塞部位、性质、程度、原因、并发症, 以便于确定最佳的治疗方案, 陶海等<sup>[11]</sup>也提出了正确方法。这里需要强调的是: 泪道冲洗时, 一定要从上、下泪点都进行冲洗, 这样才能避免误诊及漏诊。并且, 对于溢脓、溢泪患者一定要常规行泪道探查, 以明确阻塞部位。我院严格掌握以上泪道冲洗及探通方法, 对泪小管发生炎症的患者均进行泪道冲洗及探查, 排除了由泪囊炎引起的溢脓、溢泪, 对泪小管炎做出了正确诊断。

据报道, 对于泪小管炎的治疗, 单纯药物治疗的效果并不好, 行泪小管剪开可获得较好疗效。我们剪开泪小管时, 40 例患者均发现脓液及结石(图 4), 马丽<sup>[2]</sup>认为, 泪小管炎常表现为持续不愈, 随病程延长, 坏死处组织钙化形成结石, 结石形成也是泪小管炎诊断的重要依据之一。本组患者在泪小管中还看到有类脂质物质的积聚, 这可能与皮脂腺分泌异常有关<sup>[10]</sup>, 这种物质常与泪小管管壁粘连紧密, 治疗时应用刮匙将其清除干净。

本院采用的泪道引流管<sup>[11]</sup>, 是在类 Y 型硅胶管的一侧还有一直径为 1.5mm 的硅胶管, 该管正好在泪小管部位, 起一个支撑作用, 有利于泪小管上皮的修复。并且其

上方的倒三角形,可以撑开泪囊,便于泪道冲洗时,泪小管内的炎症物质引流。引流管固定于泪道中,颜面部无痕迹;引流管侧壁有小孔,可以使药液渗于泪道黏膜,便于透气。采用逆行置管,其记忆针芯能自行从前鼻孔伸出,不会损伤鼻泪道,操作方便。关于拔管时间,我们认为,置管1mo后,只要泪小管切口已愈合,泪道冲洗无分泌物,即可拔管,不必等到3mo。

观察本组患者,采用泪小管切开联合泪道逆行置管术治疗,有效率为100%,并且不需要切开皮肤,治疗过程不影响正常的工作、学习,证明该方法用于泪小管炎伴慢性泪囊炎的治疗安全、有效。

需要注意的是,在剪开泪小管时,一定要保留泪小点周围的括约肌,以利于泪小管壁的愈合。在剪开泪小管后,要用庆大霉素+地塞米松注射液连续冲洗管壁,不要使切口闭合,每次冲洗时应该挑开粘连愈合处直至泪小管内脓液或黏液样物质消失后,再延长冲洗的间隔时间,利于泪小管沿硅胶管管壁愈合。拔管后也要连续冲洗几次,以彻底地消除炎症。值得一提的是,在本组患者中,2例出现了泪小管切开后,第2d即闭合的情况,分析原因,这2例患者均较年轻,自身修复能力强,所以泪小管愈合时间短。出现这种情况后,我们再次沿泪道置管的侧管切开泪小管,进行冲洗,并且放入引流条,避免切口再次闭合,取得满意疗效。另在向泪道内插入泪道探针的过程中,泪

道探针一定要顶到骨壁后再向下旋转90°,进入鼻泪道,否则容易出现假道。本组无1例患者出现假道,这与我们注重正确操作有关。

#### 参考文献

- 1 陶海,马志中,侯世科,等.泪道阻塞性疾病的诊断研究进展.国际眼科杂志 2009;9(2):342-346
- 2 马丽.泪小管炎伴结石形成4例.中国实用眼科杂志 2002;20(9):659
- 3 李志勇.泪小管炎临床治疗.中国实用眼科杂志 2007;25(8):856
- 4 周丽钧,俞红芬,孙松,等.泪小管炎的临床分析.中国实用眼科杂志 2005;23(2):188-189
- 5 张敬先,邓宏伟,颜波,等.新型泪道逆行置管术治疗鼻泪管阻塞.中华眼科杂志 2007;43(9):806-809
- 6 黄豫鄂,周晓娟,刘明娇,等.慢性泪囊炎伴泪小管阻塞联合手术的疗效观察.中国实用医药 2010;5(25):112-113
- 7 刘爽,陶海,王伟.泪道阻塞性疾病的流行病学研究进展.国际眼科杂志 2008;8(1):140-143
- 8 葛坚.眼科学.北京:人民卫生出版社 2005:152
- 9 张敬先,廖素华,刘艳,等.泪道阻塞治疗的进展与展望.中国中医眼科杂志 2002;12(1):14-16
- 10 韩永霞.脂质潴留性泪小管炎的临床分析.中国实用医药 2010;5(10):166-167
- 11 陈金卯.泪道植管技术研究进展.国际眼科杂志 2010;10(6):1112-1114