

三剪手术治疗泪小点外口狭窄及息肉的治疗体会

王荣光 戴红蕾 严超

在引起流泪的泪道疾患中,泪小点狭窄和泪小点息肉遮盖泪小点管口是二个重要却经常被忽视的病因。获得性外泪小点狭窄(Acquired external punctual stenosis, AEPS)可由多种疾病引起,如局部或全身用药的毒性作用、各种感染、或各种形式的外伤、以及年龄增长也可引起泪小点狭窄^[1-3]。我们对这些病人进行了三剪手术(3-snip procedure),术后经过2~6个月的随访,除一例仍有轻度流泪外,其他病人均无流泪,手术效果比较满意。现将我们的治疗体会报告如下:

资料与方法

1. 一般资料 2004年6月至2005年10月,我们共诊治了泪小点狭窄或泪小点息肉患者46例,其中男性19例,女性27例,年龄(21~75)岁,平均49岁。患者在来我院就诊之前,多在数家医院进行诊治,作过泪道冲洗,但都不能解除流泪。经过我们的检查,46例患者中,28例为外泪小点狭窄,其中15例为双下泪小点狭窄,4例为双上下泪小点狭窄,仅9例为单侧下泪小点狭窄。16例泪小点息肉病例中,11例同时伴有泪小点狭窄,三例为双眼泪小点狭窄。由于泪溢,患者多伴有慢性结膜炎,部分患者有长期局部用抗菌素眼药水史(超过一年)。

2. 手术方法:所谓的三剪手术,是指该手术只需三剪即可完成。具体方法为在表麻或局部麻醉下,用显微剪的一个刀刃深入泪小管的竖直部分,剪尖稍向外侧,剪第一剪。然后剪尖稍向内侧剪第二剪,最后用显微牙镊提起所剪开的包含泪小管竖直部分内壁和睑结膜在内的三角组织,第三剪则沿着三角组织的底部水平剪下,手术即完成。术后有少量出血,可局部压迫止血,也可对伤口边缘进行热凝。术

后局部点抗菌素眼药水。由于多数泪小点息肉病例同时也有泪小点狭窄,所以对同时有泪小点狭窄的泪小点息肉患者,也采用了同样的手术方法,而不伴有狭窄的泪小点息肉病例,则只需夹住息肉头部提起,沿息肉根部做水平剪除。对双眼泪小点狭窄或息肉的病例,手术均在一次完成。本组46例共74个泪小点进行了手术,其中71个泪小点行三剪手术,3个泪小点行单纯息肉切除。

结 果

术后无伤口感染发生,术后一周复诊,伤口愈合,所有病例经过2m~6m的随访,除一例双眼下泪小点狭窄的患者有一侧泪点管口有部分狭窄复发,伴轻度流泪外,均无流泪症状复发。

讨 论

因泪小点外口狭窄或泪小点息肉而造成的流泪是我们门诊经常遇到的被诊治不当的疾患之一。在我们这组病人里,大多数病人都因流泪在数家医院诊治过,却因泪道冲洗通畅而被诊为慢性结膜炎,给予一些眼药水了之,少数病例虽被诊为泪道狭窄,却未给予治疗。患泪小点息肉的病人则无一例在以前的医院检查中发现有息肉遮盖泪小点。究其原因,我们认为主要还是检查不仔细所致。对于因流泪而来诊的病人,门诊医生一般首先考虑到的是否有泪道堵塞,如果泪道冲洗通畅,则应仔细检查泪小点有无异常。如果在初诊时按部就班,从外向里的顺序检查,就不会发生这种漏诊和误诊。正常泪小点的直径为(0.15~0.3)mm^[4],有作者将泪小点的开口根据大小进行了分级^[5]:0级-泪小点闭锁,需手术重造泪小点。1级-泪小点外口有膜覆盖或有纤维增生,难以识别。2级-小于正常,但可识别。3级-正常大小。4级-管口<2mm。5级-管口>2mm。根据这个分级标准,我们的病人都定为1级和2级。

泪小点狭窄的治疗:对于2级狭窄的患者,有条

作者单位:100730 北京,首都医科大学附属北京同仁医院眼科中心

通讯作者:王荣光

件的可以先做泪小点扩张,若扩张几次仍恢复狭窄,则改行泪小点切开或成型术。1级狭窄的患者应直接进行手术治疗。有文献报告一组 53 例患者,三剪手术成功率为 92%^[6]。本组病例大多数为外地患者,无条件反复往返京治疗,所以均采取一次手术治疗。三剪手术法简便易行,术后效果明显。本组病例中除一例双侧术后一侧狭窄部分复发伴轻度流泪,其余病例术后均无流泪复发,手术成功率为 70/71 (98.6%)。

泪小点息肉是从泪小点内缘向外缘生长的舌状赘生物,其表面有新生血管,其生长原因不详,可能与慢性炎症刺激有关。泪小点息肉就像一个盖子将泪小覆盖,从而造成流泪。对于单纯息肉增生造成的流泪,只要将息肉沿其根部剪除即可解除流泪。若同时伴有泪小点狭窄,则需同时做三剪手术解除泪小点狭窄。本组 16 例共 19 个泪点息肉,切除术后经过随访无一例复发,证实手术治疗是简便有效的。

结 论

对于泪道通畅,泪小点外口狭窄或泪小点息肉

造成的流泪,治疗的关键是正确诊断,如果确诊是由于泪小点外口狭窄或泪小点息肉造成的流泪,根据本组患者的临床治疗结果,我们认为三剪手术法是非常简便易行而有效的。因本组患者随访时间较短(2~6个月),所以手术的长期效果如何还有待于进一步的观察。

参 考 文 献

- 1 Esmaeli B, Valero V, Ahmadi MA, Booser D. Canalicular stenosis secondary to docetacel, a newly recognized side effect. *Ophthalmology* 2001; 108: 994-995
- 2 Hurwitz JJ. Disease of the punctum. In: Hurwitz JJ, editor. *The lacrimal system*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996: 149-153
- 3 Weston BC, Loveless JW. Canalicular stenosis due to topical use of fortified antibiotics. *Can J Ophthalmol* 2000; 35: 334-335
- 4 刘祖国. 眼表疾病学. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 259
- 5 Kashkoubi MB, Beigi B, Murthy R, Astbury N. Acquired external punctal stenosis: Etiology and associated findings. *Am J Ophthalmol*, 2003; 136: 1079-84
- 6 Caesar RH, McNab AA. A brief history of punctoplasty: the 3-snip revisited. *Eye* 2005; 19: 16-18

(收稿时间: 2006-04)

· 临床研究 ·

儿童验光的散瞳时间探讨

王瑞霞 刘乔

对象: 对 58 例 (116 只眼) 患共同性内斜视儿童用 1% 阿托品眼膏散瞳验光, 其中男童 26 例; 女童 32 例。

方法: 用 1% 阿托品眼膏每日二次滴眼使调节麻痹。分别在用药前、用药 3d、5d、7d 由同一医师用带状光检影镜进行检影, 比较检影结果。

结果: 散瞳前后及散瞳日期屈光度变化见表 1。

表 1 散瞳天数及屈光度数变化分析

天数	屈光范围 (D)	平均屈光度 (D)
散瞳前	-0.25 ~ +3.25	+1.50 ~ ± 0.75
3d	+2.92 ~ +6.08	+4.50 ~ ± 1.58
5d	+3.69 ~ +6.63	+5.16 ~ ± 1.47
7d	+3.72 ~ +6.74	+5.23 ~ ± 1.51

"t" 检验: 3d 与 5d 差异有统计学意义 5d 与 7d 无统计学意义

讨论: ①儿童的睫状体调节力非常强, 在验光前必须用阿托品眼膏充分散瞳, 如果不充分麻痹睫状肌, 或仅用较弱

的调节麻痹剂如: 托吡卡胺滴眼液 (双星明) 或后马阿托品散瞳情况下验光无价值。②内斜儿童都有远视, 而且他们的调节力都非常强, 使用阿托品滴眼必须彻底充分, 从本文对 58 例共同性斜视的儿童验光情况看 3d 与 5d 屈光度有显著差异, 这说明了一点, 用阿托品眼膏 3d 时间还不够, 5d 与 7d 无显著差异, 这又说明了阿托品眼膏用 7d 没必要, 这就进一步阐明了笔者的观点, 对于儿童共同性内斜的患者用阿托品眼膏散瞳验光最佳时间为 5d。对于十岁以上患共同性外斜视或外斜视儿童验光天数可以为 3d。③儿童的神经系统尚未健全对阿托品比较敏感, 眼药水吸收又快, 儿童极易中毒, 故笔者认为儿童验光适宜用阿托品眼膏尽可能避免用阿托品眼药水。④验光前用阿托品眼膏主要目的是调节麻痹, 而散大瞳孔并不是主要目的。滴阿托品后瞳孔散大在前, 睫状肌麻痹比瞳孔反应慢的多。对于有认为瞳孔散大即可验光这一观点, 笔者认为不妥。所谓散瞳验光, 会产生误导作用, 笔者认为称调节麻痹验光比较妥当。

(收稿时间: 2006-08)

作者单位: 200061 上海, 上海市石泉医院 (王瑞霞); 上海市中医药大学附属普陀区中心医院 (刘乔)

通讯作者: 王瑞霞