ท่อน้ำตาอักเสบเรื้อรัง

CHRONIC CANALICULITIS : A CASE REPORT

นฤมล แสงพิกุล พ.บ.วว. จักษุวิทยา *

บทคัดย่อ

รายงานโรคท่อน้ำตาอักเสบเรื้อรัง ในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50 ปี ซึ่งมีอาการตาแฉะเป็นประจำ การวินิจฉัยยืนยันจากอาการของโรค, ลักษณะทางตาที่ตรวจพบ และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยการทำ Canalicular marsupialization and curettage ส่งผลเพาะเชื้อพบ gram negative bacilli เข้าได้กับเชื้อ Proteus penneri การดำเนินของโรคตอบสนองต่อการรักษาจนหายเป็นปกติ

Abstract

Chronic canaliculitis in 50 year - old woman was reported. She suffered with left eye epiphora and chronic discharge. Diagnosis was done by clinical symptoms and signs. Treatment of choice was canalicular marsupialization and currettage. The pus culture showed gram negative bacilli and yielded Proteus penneri. Progression of disease responsed well to surgery and medical therapy until the patient was cured.

บทนำ

ท่อน้ำตาอักเสบเรื้อรัง (chronic canaliculitis) พบได้น้อยมากช่วงปี ค.ศ. 1977-2002 มีรายงานประมาณ 200 คน ในวารสารทางการแพทย์ 55 ฉบับ โรคนี้ยากต่อการวินิจฉัยและผู้ป่วยมักถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็นเยื่อบุตาอักเสบเรื้อรัง (chronic unilateral conjunctivitis) ด้วยว่าผู้ป่วยจะมีอาการตาแดงเป็นๆ หายๆ เพียงอย่างเดียวนานหลายเดือน chronic canaliculitis เกิดได้ทุกช่วงอายุ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง อายุโดยเฉลี่ย 54 ปี[1] พบบ่อยที่รูท่อน้ำตาล่าง (lower punctum) แต่อาจพบได้ทั้งบนและล่าง ส่วนใหญ่เป็นที่ตาข้างใดข้างหนึ่ง พบน้อยที่จะเป็นพร้อมกันทั้ง 2 ตา สาเหตุของเชื้อส่วนใหญ่คือ Actinomyces israelii[2] ซึ่งเป็น normal flora ของช่องปากและคอ (oropharynx) gram stain พบ positive-branched of filamentous และเป็น anaerobic bacteria ลักษณะเฉพาะมี yellow clusters ที่เรียกว่า sulfur granule (filamentous

* นายแพทย์ 7 กลุ่มงานจักษุกรรม โรงพยาบาลพิจิตร

organism) หรือ concretion[3] สาเหตุจากเชื้อตัวอื่นๆ ที่พบในโรคเรื้อรัง เช่น Nocardia spp., Candida spp. และ Aspergillus spp. อาการของ chronic canaliculitis จะปวด บวม และกดเจ็บที่ medial canthus มี mucoid, mucopurulent discharge และน้ำตาไหล อาการน้ำตาไหลจะมีมากถ้าเป็นที่ lower punctum จะตรวจพบ dilated, red pouting punctum และถ้ากดที่ canaliculus จะได้ hard หรือ soft concretion ซึ่งเป็นการวินิจฉัยโรคนี้ Suppurative canaliculitis พบได้น้อยและมักเป็นที่ upper canaliculus อาการจะรุนแรงกว่าและกดได้หนอง

ส่วน Chronic cojunctivitis จะมีอาการเป็นๆ หายๆ และพบร่วมกับ blepharitis ได้ มีแต่ mild mucoid discharge โดยเฉพาะตื่นนอนตอนเช้าตาแดงระคายเคืองบ้าง มี mild papillary conjunctival hypertrophy ได้ แต่สิ่งเหล่านี้พบได้เพียงเล็กน้อย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน การรักษาให้แค่ยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสมก็รักษาให้หายได้

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทยคู่ อายุ 50 ปี น้ำหนัก 60 กิโลกรัม อาชีพค้าขาย ภูมิลำเนา อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

ประวัติ : อาการสำคัญ : ประมาณ 4 เดือน มีน้ำตาไหล ตาแฉะ มีก้อนบวมที่หัวตาซ้าย

ประวัติปัจจุบัน : ประมาณ 4 เดือนก่อน ผู้ป่วยมีอาการตาแฉะ มีขี้ตา น้ำตาไหล ที่ตาซ้ายหัวตาบวม กดเจ็บ บางครั้งมีหนองออกจากหัวตา ได้รับการรักษาจากจักษุแพทย์มาแล้ว 3 คน แพทย์บอกว่าเป็นตาอักเสบ รักษามาตลอด 3 เดือน ได้ทั้งยาหยอด และยารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น

ประวัติอดีต : ไม่มีเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไม่เคยมีอุบัติเหตุบริเวณตา

ประวัติแพ้ยา : Sulfamethoxazole

การตรวจร่างกาย

ผู้หญิงไทยวัยกลางคน น้ำหนัก 60 กิโลกรัม รู้สึกตัวดี

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใน 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท การตรวจร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจระดับสายตา : ข้างขวา 20/20 ข้างซ้าย 20/20

การวัดความดันลูกตา : ข้างขวา 14 มิลลิเมตรปรอท ข้างซ้าย 14 มิลลิเมตรปรอท

สิ่งตรวจพบ : มีก้อน บวมแดง กดเจ็บที่รูท่อน้ำตาล่างซ้าย อักเสบรอบๆ รูท่อน้ำตา และเยื่อบุตาทางส่วนล่างกดได้เมือกปนหนองที่รูท่อน้ำตา กดตรง lacrimal sac ไม่มีหนองออกมา

แยงท่อน้ำตา : ข้างขวา ปกติ

: ข้างซ้าย บน - น้ำไหลลงคอดี

: ข้างซ้ายล่าง-ไม่ลงคอ, reflux มี discharge เล็กน้อย

การวินิจฉัย : ท่อน้ำตาซ้ายอักเสบเรื้อรัง (Left chronic canaliculitis)

การรักษา : ทำ Canalicular marsupialization ตาซ้าย and curettage under local and topical anesthesia ได้ concretion สีเหลือง จำนวนมาก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจเลือด : CBC : hemoglobin 15.0 g/dl hematocrit 44% WBC 8,000 cells/mm^2 PMN 60% lymphocyte 31% monocyte 7% eosinophil 2% Fasting blood sugar : 86 mg/dl Anti HIV : negative นำ concretion ส่ง gram stain : ผลไม่พบแบคทีเรีย, มีเม็ดเลือดขาวปานกลาง ย้อม KOH : ไม่พบเชื้อรา ผลเพาะเชื้อ : gram negative bacilli, Proteus penneri + 4

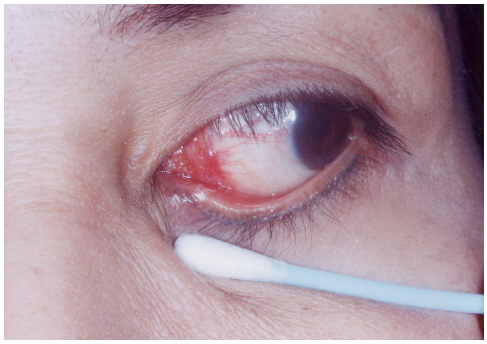
มีความไวต่อยา (sensitivity) : Amikin, Cefotaxime, Ceftriaxone, Ciprofloxacin, Cotrimoxazole, Gentamicin

การรักษาหลังผ่าตัด : ให้ รับประทาน Ciprofloxacin (250 มก.) 1 เม็ด เช้า-เย็น นาน 2 อาทิตย์ หยอด Gentamicin eyedrop วันละ 4 ครั้ง นาน 2 อาทิตย์ ประคบอุ่น (warm compress) หลังผ่าตัดแล้ว 3 วัน นาน 1 อาทิตย์ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

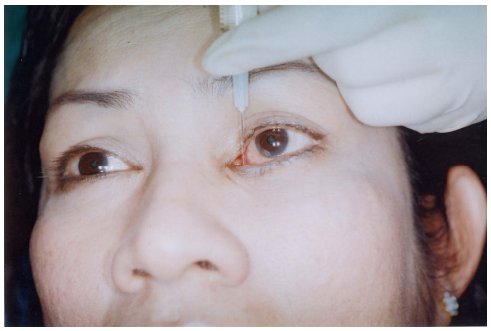
การตรวจติดตามผล : นัดตรวจซ้ำที่ 2 อาทิตย์ ผู้ป่วยหายเป็นปกติดี : นัดตรวจซ้ำที่ 1 เดือน ไม่พบการกลับมาเป็นใหม่

รูปที่ 1 มุมตาทางจมูกด้านซ้ายบวมแดงเป็นก้อน

รูปที่ 2 มีขี้ตาแฉะ ๆ ที่หัวตาตลอดเวลา



รูปที่ 3 มีการอักเสบมากรอบๆ punctum, มีขนาดใหญ่ขึ้นและบวมเจ่อ (punctum enlargement and pouting) เยื่อบุตาทางด้านจมูกจะแดง (nasal conjunctioal injection)



รูปที่ 4 แยงท่อน้ำตาล่าง

รูปที่ 5 แยงท่อน้ำตาบน

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้ผลเพาะเชื้อขึ้น Proteus spp. ซึ่งเป็น normal flora ของระบบทางเดินอาหาร[4,5] และเป็นพวกฉวยโอกาสติดเชื้อในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งการผ่าตัดที่ตาเป็นเชื้อที่พบไม่บ่อย ถ้าติดเชื้อที่ระบบท่อน้ำตา (lacrimal system) จะเกิดถุงน้ำตาอักเสบเรื้อรังได้ (nonspecific chronic dacryocystitis) และเป็นเชื้อที่รักษายาก แม้จะรักษาเป็นเวลานาน[4] ยาที่แนะนำให้ใช้คือ gentamicin, tobramycin eyedrop นอกจากนี้ยังพบเชื้ออื่น ๆ เช่น Nocardia[3], Arachnia, Fusobacteriun[6], Candida albicans, Herpes simplex

ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการ น้ำตาไหลข้างเดียวเป็นๆ หายๆ (unilateral epiphora) เยื่อบุตาแดง (nasal conjunctival injection) มีขี้ตานานมากกว่า 3 เดือน เจ็บๆเคืองๆรอบๆท่อน้ำตา (pericanalicular discomfort) ซึ่งอาการเหล่านี้มักเป็นระยะเวลานานเป็นเดือนๆ ถึงปี ผู้ป่วยมักถูกรักษาด้วยยาหยอดตาปฏิชีวนะหรือสเตียรอยด์ด้วยคิดว่าเป็นเยื่อบุตาอักเสบ

อาการที่ตรวจพบ มีบวมแดง, อักเสบของเนื้อเยื่อรอบๆท่อน้ำตา[7] punctum elevation, มีขนาดใหญ่ขึ้นและบวมเจ่อ (enlargement and pouting[1]) มีสิ่งคัดหลั่งเป็นมูกปนหนอง (mucopurulent discharge) หากกดตรงที่ punctun จะได้ก้อนสีเหลืองๆออกมา (concretion) ผู้ป่วยบางคนมี canalicular scarring ทำให้เกิดอาการตาแดงขึ้นได้ (epidemic keratoconjunctivitis)[8]

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ : นำสิ่งที่ได้จากการกด punctum หรือจากการ curettage ส่งย้อมสี smear for gram stain, KOH, giemsa stain เพื่อดูสาเหตุของเชื้อและจะพบเม็ดเลือดขาวจำนวนมาก นอกจากนั้นต้องส่งเพาะเชื้อ aerobic, anaerobic และ fungus

การวินิจฉัย : อาศัยประวัติ, การตรวจร่างกายที่เข้าได้กับโรคนี้

การวินิจฉัยแยกโรค : การตรวจพบ concretion หรือ สารลักษณะเป็นมูกเมือก (mucoid) ในท่อน้ำตาและนำมาเพาะเชื้อ, หรือตรวจโดยใช้วิธี microscope เพื่อหาสาเหตุตัวเชื้อ, punctal and canalicular scarring อาจเกิดจากยาหลายชนิด เช่น

furmethide, idoxuridine, หรือยาต้านไวรัสตัวอื่น รวมทั้งเกิดจากสารกันเสียที่ใส่ในยาหยอดตา, การสลายตัวของ epinephrine (adrenochrome) สามารถทำให้เกิด black canalicular concretion และมีเยื่อบุตาอักเสบเรื้อรังได้

การเกิดพยาธิสภาพของโรค : การที่มี canalicular diverticulum และสะสมเชื้อโรค, cellular debris, mucus, น้ำตา ตัวเชื้อหรือ metobolic product จะไปอุดตัน diverticular lumen และไม่ยอมไหลไปกับน้ำตา ก่อให้เกิดการอักเสบและการติดเชื้อ

พยาธิสภาพ : พยาธิสภาพของ canalicular inflammation คล้ายกับใน lacrimal sac irritation การอักเสบของ epithehium ทำให้มี proliferation, hyperremia และ exudation[8]

การดำเนินของโรคและการพยากรณ์ : Punctal atresia และ canalicular scarring อาจเกิดจาก canaliculitis ได้ แต่ส่วนใหญ่จะหายโดยไม่มีผลแทรกซ้อน[9]

การรักษา : เป็นโรคที่ให้การรักษาทางยา (medical therapy) อย่างเดียว[10] หรือการบีบกดที่ punctum เพื่อเอาสิ่งคัดหลั่งออกมา**ไม่เพียงพอ**ต่อการรักษาโรคให้หาย dilatation หรือแค่ curettage punctun ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำบ่อยมาก หัวใจของการรักษาคือ canalicular marsupialization and curettage (canaliculotomy)[11]

วิธีการผ่าตัด - หยอดยาชาตาข้างที่เป็น (topical anesthesia)

- ใช้ ยาชาฉีด (local anesthesia) 2% lidocaine with adrenaline ฉีดรอบๆ canalicular tissue
- ขยาย punctum ด้วย ตัวขยาย (dilator)
- ใช้ปลายขากรรไกรปลายแหลมข้างหนึ่งแยงลงไปใน dilated punctun และลงไปใน canalicular ลึก 2-3 ม.ม. และตัดเป็นแผลแนวนอนขนานกับ canalicular ตามแนว lid margin ยาวประมาณ 1 ซ.ม. ตัดแล้วจะได้ anterior-porsterior flap[12]
- curettage เอา infected material ออกจาก canalicular ให้มากที่สุด ถ้า concretion มีขนาดใหญ่ อาจขยายแผลตัดเลย canalicular ได้อีก
- หลังจาก curettage ให้ล้างท่อด้วย antibiotic solution โดยใช้ความเข้มข้น PGS 100,000 ¯u/ml[13]
- หลังผ่าตัดให้หยอดยาปฏิชีวนะนาน 1-2 อาทิตย์[14] ทานยาฆ่าเชื้อตามความไวของเชื้อที่พบ 2 อาทิตย์ และประคบอุ่นที่แผลหลังผ่าตัด 3 วันแล้ว นาน 1 อาทิตย์

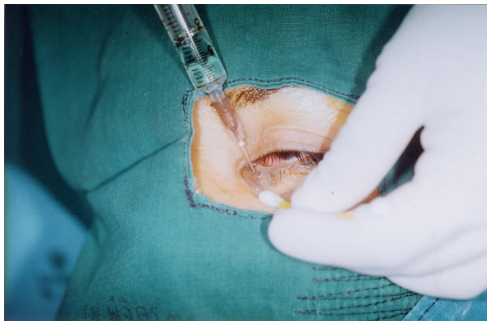
ภาวะแทรกซ้อน : พบน้อย แต่อาจเกิดขึ้นได้จากการ curettage แรงไป ทำให้เกิด false tract ได้

- อาจมีน้ำตาไหล จาก punctal malposition[15]
- กลไก lacrimal pump เสียไป

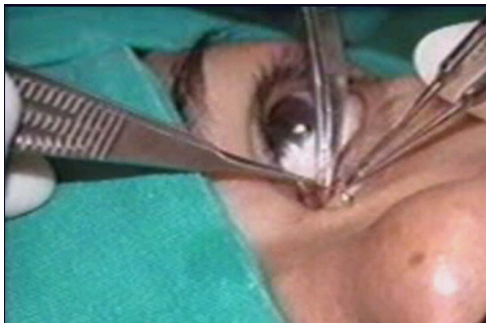
การป้องกัน : ยังไม่ทราบวิธีป้องกัน

รูปที่ 6 หยอดยาชาและวางสำลีชุ่ม

ด้วยยาชาที่มุมหัวตา

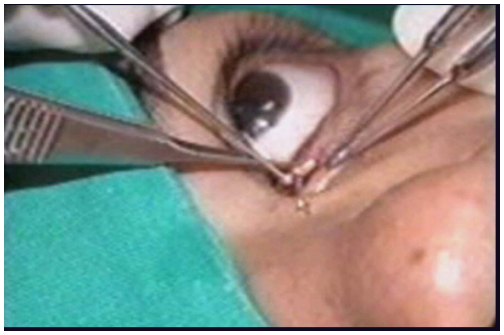


รูปที่ 7 ฉีดยาชาที่มุมหัวตารอบๆ canalicular tissue



รูปที่ 8.3 ปากคีบจับ anterior – posterior flap

รูปที่ 8.1 ปากคีบจับเปลือกตาล่าง กรรไกรปลายแหลมสอดผ่านรู punctum แล้วตัด แนวนอนตาม lid margin (canalicular marsupialization)



รูปที่ 9 curettage เอา concretion ออกให้มากที่สุด

รูปที่ 8.2 ได้แผลตามแนวนอน

รูปที่ 10 ล้างด้วย antibiotic solution

สรุป

ผู้ป่วยที่มาด้วยตาแฉะเรื้อรัง ให้ลองกดดูที่ lower punctum ถ้าได้ discharge ต้องนึกถึง chronic canaliculitis เพราะการรักษาต้องใช้วิธีผ่าตัดควบคู่ไปกับการใช้ยาผู้ป่วยจึงจะหายขาด

เอกสารอ้างอิง

1. Krachmer HJ. Cornea and external disease.In : Krachmer HJ , ed. Cornea Book I. St. Louis : The C.V. Mosby Co. , 1997: 691-693.

2. Weinberg RJ, Sartoris MJ, Berger GF, Novek JE. Fusobacterium in presumed actinomyces canaliculitis. Am J ophthalmol 1977 ; 84 : 371.

3. Duke-Elder, Mactaul, PA. Lacrimal, orbital and paraorbital disease. In : Duke-Elder,Levinson WE, eds. System of ophthalmology. St. Louis : The C.V. Mosby Co.,1974 : 597-1150.

4. Bruce HO. Bacterial infection. In : Bruce HO, ed. Disease of the external eye and adnexa. Baltimore : Williams & Wilkim , 1993 : 420-421.

5. Brinser JH. Ocular bacteriology. In : Tabbara KF, Hindiuk RA, eds. Infections of the eye. Boston : Little, Brown and Co., 1986 : 115-150.

6. Kanski JJ. Chronic canaliculitis. In : Kanski JJ et al, eds. Clinical ophthalmology. 3rd ed. London : Butterworth – Heinemann Ltd. , 1994 : 67-68.

7. Denny M. Lacrimal system.In : Demy M et al, eds. Basic and clinical science course section 7. San Francisco : American Academy of Ophthalmology, 1995 : 222-223.

8. Jakobiec FA, Font RL. Orbit. In : Spencer WH, ed. Ophthalmic pathology. 3rd ed. Philadelphia : Saunders, 1980 : 1111.

9. Tanembaun M, McCord CD. The lacrimal drainage system. In : Duane TD, ed. Clinical ophthalmology. Philadelphia : Harper and Row, 1994 : 525-526.

10. Hurwitz JJ. Canalicular disease. In : Hurwitz JJ et al, eds. The lacrimal system. Philadephia : Lippincott-Raven , 1996 : 147.

11. Demant E, Hurwitz JJ. Canaliculitis – a review of 12 cases. Can J Ophthalmol 1980 ; 25 : 73.

12. Starr MB. Lacrimal drainage systemic infection. In : Smith BC et al, eds. Ophthalmic plastic and reconstruction surgery. St.Louis : Mosby, 1981 : 360-366.

13. Schwab RI. External Disease and Cornea. In : Schwab RI et al, eds. Basic and Clinical Science Course Section 8. San Francisco : American Academy of Ophthalmology, 1995 : 128.

14. Baum J. Antibiotic use in Ophthalmology. In : Tasman W, Jaeger FA, eds. Duanes clinical ophtholmolgy. Philadelphia : Lippincott, 1994 : 268.

15. Hyde KJ, Berger ST. Epidemic keratoconjunctivitis and lacrimal excretory system obstruction. Ophthalmology 1988 ; 95 : 1447-1449.