

**PREFERRED PRACTICE PATTERN®**



# 眼科临床指南

**Preferred Practice Pattern®**

 **睑缘炎** (有限修改本)

**Blepharitis (Limited Revision)**

美国眼科学会编 (2012 秋)

中华医学会眼科学分会第二次编译 (2012 年 12 月)

编译者 赵家良

本册由美国眼科学会角膜/外眼病专家委员会编制。

#### 角膜/外眼病专家委员会成员

Robert S. Feder, MD, 主席  
Steven P. Dunn, MD  
Matthew R. Jones, MD  
Francis S. Mah, MD  
Leslie A. Olsakovsky, MD  
Audrey R. Talley-Rostov, MD  
Andrew J. Velazquez, MD  
David C. Musch, PhD, MPH, 方法学家

#### 眼科临床指南编写委员会成员

Christopher J. Rapuano, MD, 主席  
David F. Chang, MD  
Emily Y. Chew, MD  
Robert S. Feder, MD  
Stephen D. McLeod, MD  
Bruce E. Prum, Jr., MD  
C. Gail Summers, MD  
David C. Musch, PhD, MPH, 方法学家

#### 美国眼科学会职员

Flora C. Lum, MD  
Nancy Collins, RN, MPH  
Doris Mizuiri  
Jessica Ravetto  
医学编辑: Susan Garratt  
设计: Socorro Soberano  
审阅: 理事会  
2008年9月27日由理事委员会批准

#### 审阅和更新后发表

2011年9月

版权 2011 美国眼科学会 保留所有版权

美国眼科学会和《推荐的临床实践典范》是美国眼科学会注册商标。所有其它的商标是他们各自所有者的财产

本册来自于: 美国眼科学会角膜/外眼病专家委员会。推荐的临床实践典范的指南: 细

菌性角膜炎---有限修改本。旧金山，加利福尼亚州：美国眼科学会，2011。从网站 <http://www.aao.org/ppp> 可以获取。

## 制订《推荐的临床实践典范》的目的

作为对其会员和公众的一种服务，美国眼科学会编制了称为眼科临床指南（PPP）的丛书，它确定了**高质量眼科医疗服务的特征和组成成份**。附录 1 叙述了高质量的眼保健的核心标准。

眼科临床指南是由学识渊博的卫生专业人员所组成的专家委员会对所能利用的科学资料进行解释来作为基础的。在一些情况下，例如当有认真实施的临床试验的结果可以利用时，这些资料是特别令人信服的，可以提供明确的指南。而在另一些情况下，专家委员会不得不依赖他们对所能利用的证据进行集体判断和评估。

**眼科临床指南是为临床医疗服务提供实践的典范，而不是为个别特殊的个人提供医疗服务。**一方面它们应当满足大多数患者的需要，但它们又不可能满足所有患者的需要。严格地遵照这些PPP将不一定保证在任何情况下都能获得成功的结果。不能认为这些指南包括了所有恰当的眼科医疗方法，或者排除了能够获得最好效果的合理的医疗方法。采用不同的方法来满足不同患者的需要是有必要的。医师应当根据一个特殊患者提供的所有情况来最终判断对其的医疗是否合适。在解决眼科医疗实践中所产生的伦理方面难题时，美国眼科学会愿意向会员提供协助。

**眼科临床指南并不是在各种情况下都必须遵循的医疗标准。**美国眼科学会明确地指出不会承担在应用临床指南中任何建议或其他信息时由于疏忽大意或其他原因所引起的伤害和损伤的责任。

当提到某些药物、器械和其他产品时仅仅是以说明为目的，而并不是有意地为这些产品进行背书。这样的材料中可能包括了一些没有被认为是共同标准的应用信息，这些反映在没有包括于美国食品药品监督管理局(FDA)批准的适应证标识之内，或者只是批准为在限制的研究情况下应用的产品。FDA 已经宣称，确定医师所希望应用的每种药品或器械的 FDA 的看法，以及在遵从适用的法律，并获得患者的适当的知情同意下应用它们，是医师的责任。

在医学中，创新对于保证美国公众今后的健康是必要的，眼科学会鼓励开发能够提高眼保健水平的新的诊断和治疗方法。有必要认识到只有最优先考虑患者的需要时，才能获得

真正的优良的医疗服务。

所有的 PPP 每年都由其编写委员会审阅，如果证实有新的进展值得更新时就会提早更新。为了保证眼科临床指南是适时的，每册的有效期是在其“批准”之日起 5 年内，除非它被修改本所替代。编写眼科临床指南是由学会资助的，而没有商业方面的支持。PPP 的作者审阅者都是志愿者，对他们所编写的材料做出的贡献没有获得任何的经济方法补偿。在 PPP 发表之前由专家和利益攸关者做外部的审阅。

眼科临床指南的睑缘炎一册的预期使用者是眼科医师。



## 有关财务情况的公开

遵从医学专科学会理事会有关与公司相互关系的法则（可从 [www.cmss.org/codeforinteractions.aspx](http://www.cmss.org/codeforinteractions.aspx) 获取），以下列出发生于 2011 年 1 月至 2011 年 9 月与工业界的相互关系。眼科学会与工业界有着相互关系，遵从有关的法则（可从 <http://one.ao.org/CE/PracticeGuidelines/ppp.aspx> 获取）。

**David F. Chang, MD:** Alcon Laboratories, Inc. – 咨询/顾问; Allergan, Inc. – 讲课费。

**Emily Y. Chew, MD:** 没有经济关系可公开。

**Steven P. Dunn, MD:** 没有经济关系可公开。

**Robert S. Feder, MD:** 没有经济关系可公开。

**Matthew R. Jones, MD:** 没有经济关系可公开。

**Francis S. Mah, MD:** Alcon Laboratories, Inc. – 咨询/顾问; Allergan, Inc. – 咨询/顾问 ;  
Inspire Pharmaceuticals, Inc. – 咨询/顾问。

**Stephen D. McLeod, MD:** 没有经济关系可公开。

**David C. Musch, PhD, MPH:** Abbott Laboratories – 顾问费（独立资料监查委员会成员）。

**Leslie A. Olsakovsky, MD:** 没有经济关系可公开。

**Bruce E. Prum, Jr., MD:** Allergan, Inc. – 咨询/顾问。

**Christopher J. Rapuano, MD:** Alcon Laboratories, Inc. – 讲课费; Allergan, Inc. – 咨询/顾问, 讲课费; Inspire Pharmaceuticals, Inc. – 咨询/顾问, 讲课费。

**C. Gail Summers, MD:** 没有经济关系可公开。

**Audrey R. Talley-Rostov, MD:** 没有经济关系可公开。

**Andrew J. Velazquez, MD:** 没有经济关系可公开。



# 目录

## 前言

## 定位

- 病种
- 疾病的定义
- 采取的行动
- 患者群体
- 目的
- 目标

## 背景

- 流行病学
- 与睑缘炎相关的情况和病因
- 自然病史

## 早期发现

## 诊治过程

- 患者治疗效果评价标准
- 诊断
  - 患者病史
  - 检查
  - 诊断性试验
- 治疗
- 随诊
- 医疗提供者和设备
- 咨询/转诊

## 附录 1 眼保健核心标准的质量

## 附录 2 临床诊治主要建议的总结

## 相关的学会资料

## 参考文献



## 前言

眼科临床指南（PPP）的编写基于三个原则：

- ◆ 每册眼科临床指南必须与临床密切相关和高度特异的，以便向临床医师提供有用的信息。
- ◆ 所提出的每一项建议必须具有表明其在临床诊治过程中重要性的明确等级。
- ◆ 所提出的每一项建议也必须具有表明其证据强度的明确的等级，这些证据强度支持了所提出的建议，反映了可利用的最好的证据。

在修改本册的过程中，于2007年12月从PubMed和Cochrane 图书馆详细地搜索了2002～2007年以睑缘炎为主题词的英文文献。为了完成本册的有限的修改，于2011年1月26、27日和2月11日又搜索了2008年至搜索日的以睑缘炎为主题词的文献，但仅限于英文文献。文献搜索的详细情况可在网站[www.aao.org/ppp](http://www.aao.org/ppp)上查到。这些结果经角膜/外眼病专家委员会的专家们审阅，并用于提出建议，他们采用了两种方法来进行评估。

委员会的专家们首先根据所提的建议在临床诊治过程中的重要性来进行评估。这种“对临床诊治过程重要性”的评估表明小组的专家们认为临床诊治应当通过各种有意义的方式来提高医疗的质量。对于所提建议重要性的等级分为三个水平。

- ◆ A级，定义为最重要的。
- ◆ B级，定义为中等重要的。
- ◆ C级，定义为相关的，但不是关键的。

委员会的专家们也对在可利用的文献中用于支持每个建议的证据的强度进行了评估。“证据强度的评估”也分为三个等级。

- ◆ I级包括至少有一个来自于实施准确、设计周密的随机对照试验的证据。它也可以包括对随机对照试验进行荟萃分析的证据。
- ◆ II级包括从以下几个方面所得到的证据：
  - ◆ 设计很好的对照试验，但不是随机的试验。
  - ◆ 设计很好的队列试验或病例对照研究，最好是来自于多个中心的。
  - ◆ 有或无干预的多个时间点的系列研究。
- ◆ III级包括从下列之一所得到的证据：
  - ◆ 描述性研究。
  - ◆ 病例报告。

- ◆ 专家委员会/组织的报告。
- ◆ 专家的意见（例如由外部的同行审阅的眼科临床指南专家委员会的共识）。

所谓证据是指那些能够支持相关建议的价值，从而应当施行来提高医疗质量的事实。专家委员会认为对每个建议提供可利用的证据强度是很重要的。通过这种方法，读者能够了解到委员会提出的每项建议的重要程度，他们能够明白何种类型的证据支持所提出的建议。

在每个建议之后右上角方括号中提供了建议的重要性和证据强度的分级。例如“[A: II]”表明该建议对临床诊治很重要[A]，并被相当多已经发表的严格的证据所支持，即使它们并不是随机对照试验的结果[II]。

“定位”和“背景”部分没有包含建议的内容，而是用于教育和提供在“诊治过程”部分提出的建议的总结性背景资料 and 理由。附录 2 提供了对疾病诊治的主要建议的总结。





## 定位

### 病种

包括在 ICD-9 分类中的睑缘炎有以下各项：

- ◆ 睑缘炎, 非特异性(373.00)
- ◆ 溃疡性(373.01)
- ◆ 眦部(373.01)
- ◆ 鳞屑性(373.02)
- ◆ 睑腺炎(373.11)
- ◆ 睑板腺炎(373.12)
- ◆ 眼睑脓肿(373.13)
- ◆ 眼睑寄生虫侵扰 (373.60)

### 疾病定义

本册《推荐的临床实践典范》主要关注慢性睑缘炎，它是一种慢性眼部炎症，主要累及睑缘，是慢性眼部刺激症状的常见原因。

### 采取的行动

对睑缘炎患者进行诊断和治疗

### 患者群体

包括各个年龄段中出现的眼睑和眼部刺激、充血等提示有睑缘炎症状和体征的个体。

### 目的

诊断和治疗睑缘炎的目的是保存视功能，减少对眼睑和眼表组织结构的破坏，改善患者

的舒适度和外观。

## 目标

- ◆ 确定睑缘炎的诊断，与其它可引起眼部刺激和充血的疾病相鉴别
- ◆ 确定睑缘炎的类型
- ◆ 确定适当的治疗方法
- ◆ 缓解不适和疼痛
- ◆ 防止并发症的发生
- ◆ 教育患者重视这种潜在的慢性疾病的治疗



## 背景

睑缘炎可根据解剖部位而分类：前部睑缘炎主要累及睫毛的基底部和睫毛毛囊，而后部睑缘炎累及睑板腺及其开口处。传统上，临床上将睑缘炎分为葡萄球菌性、脂溢性、睑板腺功能障碍（MGD）或多种因素共存的亚型。<sup>1</sup> 葡萄球菌和脂溢性睑缘炎主要累及前部眼睑，可以诊断为前部睑缘炎。而睑板腺功能障碍累及后部睑缘。本册《推荐的临床实践典范》涉及这三种亚型的慢性睑缘炎。<sup>2</sup>

各种类型的睑缘炎的症状可有相当大的重叠。睑缘炎常导致与之相关的眼表炎症，如结膜炎、功能性泪液缺乏和角膜炎。睑缘炎也可以使原有的眼表疾病如过敏和泪液水样层缺乏（干燥性角结膜炎，KCS）症状加重。睑缘炎的慢性病程、不确定的病因以及常常与眼表疾病共存的特点使其治疗较为困难。

葡萄球菌性睑缘炎的特点为在睫毛基底部的睑缘有鳞屑、结痂和红斑形成。慢性炎症可以间或发生急性恶化，导致溃疡性睑缘炎发生。还可能发生睫毛脱落并可以累及角膜，出现点状角膜上皮缺损、新生血管形成和边缘性角膜浸润。

尽管在正常人群和睑缘炎患者的眼睑中分离出表皮葡萄球菌的阳性率都很高（89%至100%），但是在临床诊断为葡萄球菌性睑缘炎患者的眼睑中分离出金黄色葡萄球菌的阳性率更高一些。<sup>1</sup> 表皮葡萄球菌和金黄色葡萄球菌均被认为对葡萄球菌性睑缘炎的发生起到一定作用，但是疾病发生的作用机制尚不很清楚。有报告认为毒素的产生与睑结膜炎有关，<sup>3</sup> 然而，其他研究者发现金黄色葡萄球菌的毒素产生与临床疾病的存在没有关系。<sup>4</sup> 也有人提出免疫机制在睑缘炎发病中起作用。在40%的慢性睑缘炎的患者中发现了对金黄色葡萄球菌的细胞介导的免疫功能增强，而正常人群中则没有增强。<sup>5</sup> 在与葡萄球菌性睑缘炎相关的角膜炎发病中也被认为有细胞介导的免疫机制参与<sup>6</sup>葡萄球菌抗原自身可以通过粘附于角膜上皮中的细菌抗原结合受体而产生炎症反应。<sup>7,8</sup>

脂溢性睑缘炎患者的眼睑前部有脂性结痂，常在眼眉和头皮处也有脂溢性皮炎。

MGD 眼睑病变特征包括皮下和黏膜交接处可见明显的血管，沿睑缘有泡沫样分泌物，睑板腺开口凸起或阻塞，挤压睑板腺出现混浊的液体或奶酪样物质，睑缘肥厚和扇贝肉样改变，以及睑板腺囊肿。这些改变可以最终导致睑板腺萎缩。MGD 患者还经常同时患玫瑰痤疮或脂溢性皮炎。<sup>1,9</sup> 有文献报道，MGD 患者与正常人相比，其睑板腺分泌物的生化成分有改变。<sup>10</sup>

## 流行病学

虽然睑缘炎是最常见的眼病之一，但其在特定人群中的发病率和患病率的流行病学资料仍然是缺乏的。一项单中心研究发现，在 90 例慢性睑缘炎中，患者的平均年龄为 50 岁。与其它类型的睑缘炎相比，葡萄球菌性睑缘炎患者相对年轻（42 岁），大多为女性（80%）。<sup>1</sup>

### 睑缘炎的相关情况和病因

有报告称葡萄球菌性睑缘炎中，50% 患者患有干燥性角结膜炎。<sup>1</sup> 反之，在一个对 66 例干燥性角结膜炎患者的研究中发现，75% 的患者患有葡萄球菌性结膜炎或睑缘炎。<sup>11</sup> 有可能与泪液缺乏相关的局部溶菌酶和免疫球蛋白水平的下降改变了局部对细菌的抵抗力，从而易于发生葡萄球菌性睑缘炎。<sup>6</sup>

25%~40% 的脂溢性性睑缘炎和 MGD 患者，<sup>1</sup> 37%~52% 累及眼部的玫瑰痤疮患者<sup>9</sup> 伴有泪液缺乏。这可能是由于泪液的脂质层缺乏导致泪液蒸发过强以及眼表知觉下降所致。<sup>12,13</sup> 已经发现，慢性睑缘炎患者出现角结膜干燥与泪膜中磷脂水平下降相关。<sup>14</sup> 玫瑰痤疮（有关定义见后述）与上皮基底膜异常和反复的角膜上皮糜烂相关。<sup>15,16</sup>

即使水样泪液分泌正常，MGD 患者的荧光素泪膜破裂时间也明显缩短。<sup>17</sup> 这就表明睑板腺的分泌对维持泪膜的稳定性是重要的。各种类型的慢性睑缘炎的临床特征有重叠，以及各种类型的睑缘炎均和泪液功能不良有程度不同的联系，<sup>1</sup> 这就突出了睑缘炎和泪液功能障碍之间关系的复杂性，也表明了对有眼部刺激症状主诉的患者进行个体化治疗的必要性。

与脂溢性睑缘炎和 MGD 患者相关的皮肤病变可能有着共同的病因和易感因素。在一项研究中，95% 的脂溢性睑缘炎患者同时患有脂溢性皮炎。<sup>1</sup> 在患有一种称为原发性（弥漫性）睑板腺炎的 MGD 患者中，74% 的患者患有脂溢性皮炎，51% 的患者患有玫瑰痤疮（酒渣鼻痤疮）。<sup>1</sup>

虽然在 30% 的慢性睑缘炎的患者中发现有毛囊蠕螨，但是它在没有睑缘炎的患者中的患病率也几乎相同。<sup>18</sup> 尽管如此，患有顽固睑缘炎的患者对于直接针对根治蠕螨的治疗是有反应的。<sup>18</sup>

虽然玫瑰痤疮是一种累及皮肤和眼部的疾病，常见于肤色较淡者，<sup>19</sup> 但是它可以发生于各种种族的人中。特征性的面部皮肤表现包括红斑、毛细血管扩张、丘疹、脓疱、皮脂腺突出和酒渣鼻。在皮肤较黑的患者中较难诊断玫瑰痤疮，这是由于较难分辨出扩张的毛细血管和面部充血。典型情况下，玫瑰痤疮常见于中年人，在妇女中发生较多。<sup>20</sup> 虽然玫瑰痤疮

在妇女中多见，但是当它发生于男性时就更为严重。<sup>21, 22</sup> 由于许多患者只有轻微的体征，如毛细血管扩张和面部容易充血的病史，因此玫瑰痤疮的诊断常常被遗漏，特别是在有慢性复发性角膜结膜炎、点状角膜糜烂、角膜炎、睑板腺疾病或复发性睑板腺囊肿以及具有轻微症状的玫瑰痤疮儿童中。<sup>23</sup> 患有眼部玫瑰痤疮的儿童常有角膜累及，眼部病变不对称以及发生威胁视力的视功能损伤的可能性。皮肤玫瑰痤疮在儿童中不太常见，与特应性疾病相关是常见的。<sup>24, 25</sup> 有睑腺炎病史的儿童在成年后发生玫瑰痤疮的危险性增大。<sup>26</sup>

异维 A 酸（isotretinoin）是一种治疗严重囊性痤疮的口服药，它与明显增加金黄色葡萄球菌结膜感染、睑缘炎和泪液功能的破坏相关。<sup>27</sup> 在绝大多数患者中停药后病情会有所改善。

27-30

与角膜接触镜相关的巨乳头性角结膜炎患者发生 MGD 的机率明显增加。<sup>31</sup> 巨乳头性角结膜炎的严重程度可能与 MGD 的严重程度具有相关性。<sup>31</sup>

表 1 列出了发生于睑缘的炎症的其它疾病。

**表 1 与睑缘的炎症有关的其它情况**

状况	疾病名称
细菌感染	脓疱病
	丹毒
病毒感染	单纯疱疹病毒
	传染性软疣
	水痘带状疱疹病毒
	乳头瘤状病毒
	牛痘苗
寄生虫感染	眼睑虱病（阴虱）
免疫性疾病	异位性皮炎
	接触性皮炎
	多形性红斑
	叶状天疱疮
	黏膜天疱疮
	steven-Johnson 综合征
	结缔组织异常
	盘状狼疮
	皮炎
	移植物宿主病
Crohn 病	
皮肤病	鳞屑病
	鱼鳞癣
	剥脱性皮炎
	红皮病

良性眼睑肿物	假性上皮细胞瘤样增生 光化性角化症 鳞状细胞乳头状瘤 皮脂腺增生 血管瘤 化脓性肉芽肿
恶性眼睑肿物	基底细胞癌 鳞状细胞癌 皮脂腺癌 黑色素瘤 卡波西肉瘤 蕈样肉芽肿病
外伤	化学伤 热灼伤 放射伤 机械性损伤 手术损伤
中毒	药物中毒

## 自然病史

睑缘炎是一种具有间歇性加重和缓解时期的慢性疾病。虽然它常常发生于中年人，但是它可以在儿童中发生。<sup>23, 32</sup> 葡萄球菌性睑缘炎可以随着时间延长而变得不太成问题。严重的葡萄球菌性睑缘炎最终可以导致睫毛脱落、眼睑瘢痕形成，伴有倒睫、角膜瘢痕和血管化。<sup>5</sup> 患有脂溢性睑缘炎和 MGD 患者总的来说年龄较大一些，眼部症状持续时间相对长一些（6.5~11.6 年）。<sup>6</sup> 睑缘毛细血管扩张以及睑板腺开口狭窄和凸起可见于无症状的老年人。<sup>33</sup> 严重的眼部玫瑰痤疮患者可发展成浅层点状角膜病变、角膜新生血管化和瘢痕化。<sup>19</sup> 很少会发生溃疡和穿孔。



## 早期发现

早期发现和恰当治疗可以减轻睑缘炎的体征和症状，防止永久性的结构损伤和可能的视力丧失。这在儿童中特别重要，在儿童中慢性睑角膜结膜炎常常不能被认识出来。当儿童有复发性结膜炎、角膜炎、新生血管、眼睑炎症、睑腺炎和睑板腺囊肿的儿童中，应当怀疑是否有睑缘炎。<sup>23-25, 32, 34</sup>

盘状红斑狼疮可有类似于睑结膜炎的表现，溃疡性睑缘炎可以是 Crohn 病的早期表现。<sup>35, 36</sup> 认识到眼睑炎症与这些系统性疾病之间的联系可以导致迅速和有效的治疗。在类似于睑缘炎的癌症病例中，早期诊断和适当的治疗能够防止永久性结构损伤和可以挽救生命。



## 诊治过程

### 患者治疗效果评价标准

睑缘炎的治疗效果评价标准包括：

- ◆ 减轻睑缘炎的症状和体征。
- ◆ 减少组织结构损伤。
- ◆ 防止视功能丧失。

### 诊断

对提示有睑缘炎症状和体征的患者的初始评估应当包括综合眼科医疗评估的相关方面。

<sup>3738:III</sup> 睑缘炎的诊断常是基于患者的典型病史和特征性检查所见。偶尔，辅助检查也有帮助。

### 患者病史

询问患者有关病史的如下问题将有助于获得有用的信息：

- ◆ 症状和体征：<sup>[A:III]</sup> 如眼红，刺激症状、烧灼感、流泪、痒、睫毛根部结痂，睫毛脱落、睫毛粘附、不能耐受角膜接触镜、畏光、瞬目增多
- ◆ 症状加重的天数 <sup>[A:III]</sup>
- ◆ 症状持续时间<sup>[A:III]</sup>
- ◆ 单眼或双眼发病 <sup>[A:III]</sup>
- ◆ 有无使病情加重的因素：<sup>[A:III]</sup> 如吸烟、过敏原、刮风、配戴角膜接触镜、湿度降低、应用视黄醛，饮食、饮酒和眼部化粧等
- ◆ 与全身疾病相关的症状和体征：<sup>[A:III]</sup> 如玫瑰痤疮、过敏
- ◆ 目前和既往全身和局部用药情况：<sup>[A:III]</sup> 如抗组胺类药物或具有抗胆碱能作用的药物，或者以前用过对眼表有作用的药物（如异维 A 酸）
- ◆ 最近与感染的患者接触的情况：<sup>[C:III]</sup> 如眼睑虱病

眼部病史应当包括既往眼睑和眼部手术的详细情况，以及包括机械、热、化学和放射损伤的局部外伤史。获得眼睑整形的病史是重要的，因为这种手术可以加重蒸发过多的干眼病。睑腺炎和/或睑板腺囊肿的病史是常见的。



全身病史应当包括皮肤病,如玫瑰痤疮、特应性疾病和眼部带状疱疹等皮肤疾病的情况。

## 检查

眼部和附属器的检查包括视力测量、<sup>[A:III]</sup> 外眼检查<sup>[A:III]</sup>、裂隙灯活体显微镜检查<sup>[A:III]</sup> 和测量眼压。<sup>[A:III]</sup> 外眼检查应当在光线良好的房间内进行,特别要注意以下情况:

### ◆ 皮肤<sup>[A:III]</sup>

- ◆ 与玫瑰痤疮相一致的有关变化,如酒渣鼻、红斑、毛细血管扩张、丘疹、脓疱、颊部皮脂腺肥大

- ◆ 皮炎

- ◆ 皮疹

### ◆ 眼睑<sup>[A:III]</sup>

- ◆ 眼睑位置异常,(如眼外翻和睑内翻)

- ◆ 睫毛脱落、断裂或乱生

- ◆ 睑缘血管化或充血

- ◆ 睫毛根部异常沉积物

- ◆ 溃疡

- ◆ 囊泡

- ◆ 鳞屑、过度角化

- ◆ 睑板腺囊肿/睑腺炎

- ◆ 瘢痕形成

裂隙灯活体显微镜检查应当包括以下各项的评估:

### ◆ 泪膜<sup>[A:III]</sup>

- ◆ 泪河

- ◆ 黏液层和脂质层的质量

- ◆ 泡沫样分泌物

- ◆ 泪膜中碎屑

### ◆ 前部睑缘<sup>[A:III]</sup>

- ◆ 充血

- ◆ 毛细血管扩张

- ◆ 瘢痕形成
- ◆ 色素变动
- ◆ 角化
- ◆ 溃疡
- ◆ 小泡
- ◆ 带血的碎屑
- ◆ 眼睑虱病
- ◆ 肿块
- ◆ 睫毛<sup>[A:III]</sup>
  - ◆ 位置不正或方向异常
  - ◆ 缺失或断裂
  - ◆ 虱卵
  - ◆ 化妆品残留物积聚和形成硬痂
- ◆ 后部眼睑<sup>[A:III]</sup>
  - ◆ 睑板腺开口异常，如赘生物、凸起、后退、化生和阻塞<sup>39</sup>
  - ◆ 睑板腺分泌的特征，如能否排出、黏稠度、混浊度、颜色
  - ◆ 新生血管；角化；结节
  - ◆ 增厚
  - ◆ 瘢痕形成
- ◆ 睑结膜（翻开眼睑）<sup>[A:III]</sup>
  - ◆ 睑板腺的形态，腺管有无扩张和炎症
  - ◆ 睑板腺囊肿
  - ◆ 充血
  - ◆ 瘢痕
  - ◆ 角化
  - ◆ 乳头/滤泡反应
  - ◆ 脂性渗出/浓缩物
- ◆ 球结膜<sup>[A:III]</sup>
  - ◆ 充血
  - ◆ 小泡，滤泡

- ◆ 荧光素、孟加拉玫瑰红或丽丝胺绿的点状着色<sup>[C:III]</sup>
- ◆ 角膜<sup>[A:III]</sup>
  - ◆ 上皮缺损，荧光素或孟加拉红点状着色
  - ◆ 水肿、浸润、溃疡和/或瘢痕
  - ◆ 新生血管形成，包括血管翳
  - ◆ 囊泡

### 诊断试验

对于睑缘炎，现在没有特异的临床诊断试验。尽管如此，对于伴有严重炎症的反复发作的前部睑缘炎患者以及对治疗反应不佳的患者，是进行睑缘细菌培养的指征。对于脱落睫毛进行显微镜检查可以发现蠕螨，它在慢性睑结膜炎的病例中会有累及。蠕螨的侵扰与睫毛柱状皮屑有关，已在 MGD、结膜炎症和眼部玫瑰痤疮中有所描述。在有边缘浸润、泡状改变、浅层新生血管、浅层混浊和结节样瘢痕的角膜改变体症的患者中也有所描述。<sup>40, 41</sup>

在两侧病变明显不对称、治疗无效或单一的睑板腺囊肿反复发作且对治疗无反应者应行眼睑活组织检查，以除外癌症的可能。<sup>42[A:II]</sup> 关注的其它体征包括正常睑缘和结膜解剖的破坏、局部睫毛脱落。对于怀疑皮脂腺癌的患者，在获取活组织进行病理检查前，建议咨询病理学家，<sup>[A:III]</sup> 来讨论是否进行冰冻切片，并勾画结膜，寻找肿瘤可能播散的范围。可能需要新鲜的组织，来发现采用特殊染色如油红-O 所需要的脂质。

表 2 总结了可能对鉴别葡萄球菌性、脂溢性和 MGD 睑缘炎有所帮助的临床特征。这些类型的睑缘炎的临床症状经常互相重叠，具有干眼综合征相关的情况的患者也有相似的表现。

表 2 各类睑缘炎临床特征的描述

特征	前部眼睑		后部眼睑
	葡萄球菌性	脂溢性	睑板腺功能障碍
睫毛缺失	经常	很少	(-)
睫毛方向不正	经常	很少	长期患病时可以发生
眼睑沉积物	粗糙，坚硬鳞屑、硬痂	油性或脂性	油脂过多，泡沫样分泌物
眼睑溃疡*	会有严重的恶化	(-)	(-)
眼睑瘢痕	可能发生	(-)	长期患病时可以发生
睑板腺囊肿	很少	很少	偶尔直至经常发生，有时多发
睑腺炎	可能发生	(-)	(-)
结膜	轻至中度充血，可能有小	轻度充血	轻至中度充血，睑结膜乳

	泡		头样反应，
水样泪液缺乏	经常	经常	经常
角膜	角膜下方点状上皮缺损、 周边/边缘浸润、瘢痕、 新生血管和血管翳、变 薄、泡状改变(典型的发 生于 10、2、4、或 8 点 钟位)	角膜下方点状上皮缺损	角膜下方点状上皮缺损、 浸润、瘢痕形成、新生血 管化、斑翳、溃疡
皮肤疾病	很少有特异性皮炎	脂溢性皮炎	玫瑰痤疮

\*也可以考虑为单纯疱疹病毒感染

注：表内的（－）表示在该种特殊的睑缘炎中不出现这种特征。

获美国眼科学会 Basic Clinical and Science Course 分委员会允许。摘自于 Basic Clinical and Science Course, 外眼疾病和角膜：第 8 部分，2011-2012，表 5-3。San Francisco：美国眼科学会，2011

## 治疗

尚无足够的证据可以明确地推荐睑缘炎的治疗方案，<sup>43</sup> 患者必须了解在很多病例中是不能完全治愈的。下列的治疗措施可有一定帮助：

- ◆ 热敷
- ◆ 注意眼睑清洁卫生
- ◆ 抗生素治疗（局部和/或全身应用）
- ◆ 局部应用抗炎药物（如糖皮质激素、环孢素）

这些治疗的选择通常需要联合应用。对于前部睑缘炎要注意眼睑的清洁卫生特别有用，而对于后部睑缘炎热敷特别有用。理想的治疗方案常常需要多次试用才能获得。治疗睑缘炎患者的起始步骤是推荐热敷和注意眼睑清洁卫生，<sup>44[11]</sup> 这可以通过几种方法来完成。

一种治疗方法是对眼睑热敷几分钟，来软化结痂粘连和/或加热睑板腺分泌物。持续的热敷可以用清洁的洗脸毛巾蘸加热的自来水来获得，或者将湿布或装米的袋子在微波炉中加热后获得。重要的是要指导患者避免应用过热的热敷，以免过烫伤皮肤。

眼睑清洁卫生可以通过短暂的、轻轻的眼睑按摩来完成。与睑缘呈垂直方向按摩眼睑可以挤出睑板腺的分泌物。从一侧向着另一侧按摩睑缘可以去除睫毛上的结痂。要求患者使用稀释的婴儿香波，或者在棉签、棉球或清洁的指尖上蘸上市售的眼睑清洁剂轻轻地擦洗睫毛根部，这样可以安全地完成眼睑的清洁。如果患者缺少手部活动的灵活性，以及所必需的技巧或判断而不能安全地完成时，那么采用上述器具和/或手法按摩都可能是危险的。眼科医师应当考虑到患者实施这些治疗的能力，并据此调整治疗计划。有规律地做好眼睑清洁

卫生的安排，如每天 1 次，或每周数次，常常可以缓解慢性睑缘炎的症状。

在患者每天最方便的时候进行一次或二次的睑板腺热敷和按摩，一般来说是恰当的做法。过多地操作眼睑反而有可能导致机械性地刺激眼睑。一些患者发现在白天更经常地进行热敷和眼睑清洁卫生是有用的。应当告知患者，如果热敷和眼睑清洁治疗有效的话，就需要长时期地应用，这是因为如果停止治疗的话，这些症状可能会复发。<sup>[A:III]</sup>

可以给予患者局部应用抗生素眼膏，如杆菌肽或红霉素，每天 1 次或数次，或在睡前应用于睑缘。在严重的病例中或不能耐受眼膏的患者中，在眼睑皮肤上应用甲硝唑啉（metronidazole）凝胶是一种替代治疗（说明书外应用）。<sup>45</sup> 治疗的频数和用药时间的长短应当根据睑缘炎的严重程度和对治疗的反应来引导。<sup>[A:III]</sup> 已经在非对照（说明书外应用）的、由生产厂商赞助的研究中评估了妥布霉素/地塞米松眼用混悬液和缓释的阿奇霉素的临床效果，似乎能够减轻睑缘炎的体征和症状。<sup>46-48</sup>

对于 MGD 患者，在进行眼部清洁后其慢性症状仍不能很好地控制时，可以口服四环素。<sup>[A:III]</sup> 每日给予强力霉素或米诺四环素 100mg 或四环素 1000mg，分次服用，当临床症状减轻（通常需要 2~6 周）时可减量至每日强力霉素或米诺四环素 40~50mg 或四环素 250~500mg。备选的治疗可以是口服红霉素（每日 250mg~500mg）或阿奇霉素（250mg~500mg，每周 1~3 次）。大环内酯类抗生素（如红霉素、阿奇霉素）也具有抗炎作用。<sup>49</sup> 根据患者睑缘炎的严重程度和对药物的耐受性，治疗可以间歇性中断或重新开始，以便使正常菌群再生。使用四环素的理由部分是基于一些小型的临床试验，这些试验报告四环素对缓解眼部玫瑰痤疮患者的症状有效，<sup>50</sup> 并可以延长眼部玫瑰痤疮和 MGD 患者的泪膜破裂时间。<sup>51</sup> 四环素可以降低表皮葡萄球菌和金黄色葡萄球菌脂酶的产生。<sup>52, 53</sup> 四环素及相关药物可以引起光敏反应、胃肠不适、阴道炎，在极少的情况下还可引起氮质血症。在假性脑瘤病例<sup>54, 55</sup>中已经显示这些改变，它们的降解机制可能会改变一些药物的作用（如减低口服避孕药的作用，增强华法林的药效）。缓释的强力霉素 40mg 可以用来减少副作用。四环素对于孕妇、哺乳期妇女以及对四环素有过敏史的人禁用。四环素也不能用于 10 岁以下的儿童，<sup>56</sup> 因为可能会发生牙齿着色，但是可以应用口服红霉素来替代。<sup>57</sup> 已有报道米诺四环素可使皮肤、甲状腺、指甲、巩膜、牙齿、结膜、舌头和骨染色。<sup>58-60</sup>

短期局部应用糖皮质激素可以改善眼睑或眼表的炎症，如严重的结膜充血、边缘性角膜炎或泡性结膜炎。一般每日应用糖皮质激素滴眼液或眼膏用于眼睑或眼球表面数次。一旦炎症得到控制，应逐渐减量或停药，然后间断地应用以维持患者的舒适性。应当应用糖皮质激素的最小有效剂量，并尽可能避免长期应用。<sup>[A:III]</sup> 应当告知患者糖皮质激素的潜在副作用，包括发生眼压升高和白内障的危险。<sup>[A:III]</sup> 应用位点特异性糖皮质激素，如氯替泼诺，以及

眼部穿透性弱的糖皮质激素，如氟米龙，可以减少这些副作用。对于维持治疗的方案还有待进一步讨论。<sup>[A:III]</sup> 在一些后睑缘炎的患者中，滴用 0.05% 环胞素滴眼液可能是有帮助的。

61

改变食物是处理玫瑰痤疮的传统方法（虽然没有很好地记载）。已经在为期 1 年的研究中评估了  $\Omega$ -3 食物补充剂在处理睑缘炎中的作用，在这一研究中，患者 2 个 1000 mg 的  $\Omega$ -3 脂肪酸胶囊，每天 3 次。那些接受补充剂的患者显示出泪膜破裂时间、眼表疾病指数 (Ocular Surface Disease Index)<sup>62</sup> 和睑板腺评分都得到了改善，提示这种治疗可能对一些睑缘炎患者具有益处。<sup>63</sup>

由于许多睑缘炎的患者会有蒸发过多和水样泪液的缺乏，在眼部清洁和用药的同时应用人工泪液作为辅助治疗可以改善症状。如果每日滴用的次数超过 4 次，应当应用无防腐剂的人工泪液，来防止防腐剂的毒性作用。局部应用环胞素和/或泪小点栓塞可能有助于同时存在的干眼综合征。

具有非典型的睑缘炎症或对药物治疗无反应的患者应当再次仔细地评估。<sup>[A:III]</sup> 当有结节样肿块、溃疡、广泛的瘢痕、睫毛缺失、局限的结痂和皮炎鳞屑，或在严重炎症中间伴黄色结膜结节时，提示可能为眼睑肿瘤。基底细胞癌和鳞状细胞癌是最常见的累及眼睑的恶性肿瘤。黑色素瘤和皮脂腺癌是眼睑第二位最常诊断的恶性肿瘤。<sup>64</sup> 皮脂腺癌可能有多发中心的起源，可能会由于变形性骨炎样播散而表现为严重的结膜炎症，这种情况会难以诊断。在对治疗无反应的单侧睑缘炎、结膜炎或复发性睑板腺囊肿的老年患者中，应当考虑为皮脂腺癌。

对于一些应用上述针对睑缘炎和玫瑰痤疮的治疗无效的患者，当治疗直接针对根除蠕螨时则会有效。最近报告，每周 1 次以 50% 的茶树油进行眼睑擦洗，以及每日 1 次以茶树油的香波擦洗，至少应用 6 周，其症状和体征得到改善。<sup>41</sup> 在一个单例病例报告中，2% 甲硝唑凝胶眼睑擦洗的长期治疗用于治疗慢性蠕螨引起的睑缘炎。<sup>62</sup> 这种 2% 的甲硝唑凝胶剂型在美国是没有市售的。也有报告口服依维菌素 (ivermectin) 对一些顽固的蠕螨引起的睑缘炎有益处。<sup>66</sup>

## 随诊

应告知有轻度睑缘炎的患者，如果病情加重应当及时复诊。<sup>[A:III]</sup> 随诊时间间隔应视病情严重程度、治疗方案和伴随疾病因素，如应用糖皮质激素治疗的青光眼患者等而定。随访时应注意随访问期的情况、视力测量、外眼检查和裂隙灯活体显微镜检查。<sup>[A:III]</sup> 如果应用

糖皮质激素治疗，应当在数周内了解治疗的效果，测量眼压并了解患者用药的依从性。<sup>[A:III]</sup>

### **医疗提供者**

睑缘炎的诊断和治疗需要较多的医学技术和经验，这是因为潜在的全身疾病，包括癌症会与眼睑的炎症存在着潜在的联系。有时，皮肤科、变态反应科、和眼整形专科医师的多学科诊治可能会有所帮助。由非眼科医师检查的睑缘炎患者若发生如下情况之一应当立即转诊至眼科医师。<sup>[A:III]</sup>

- ◆ 视力下降。
- ◆ 中或重度疼痛。
- ◆ 严重或慢性眼红。
- ◆ 角膜受累。
- ◆ 反复发作。
- ◆ 治疗无效。

### **咨询/转诊**

诊治睑缘炎患者的一个最重要的方面是教育他们认识到该病的慢性病程和反复发作的特性。<sup>[A:III]</sup> 应当告知患者病情常可得到控制，但很少能够根治。<sup>[A:III]</sup>



## 附录 1 眼保健服务质量的核心标准

提供高质量的保健服务，  
是医师的最高道德责任，  
也是公众信任医师的基础。

美国医学会理事会，1986 年

所提供的高质量眼保健服务的方式和技术应当与患者的最大利益相一致。下述的讨论将说明这种保健服务的核心成分。

首先，也是最重要的一点，眼科医师是一名医师。正因为如此，眼科医师显示出对每个人的同情和关心，并能够应用医学科学和高超的医疗技术来帮助患者减轻焦虑和病痛。眼科医师通过接受培训和继续教育不断地努力发展和维持最可行的技术来满足患者的需要。眼科医师根据患者的需求来评估他们的技术和医学知识，并且依此来做出相应的反应。眼科医师也保证有需求的患者直接获得必要的保健服务，或者将患者转诊到能够提供这种服务的恰当的人和设施那里，他们支持促进健康以及预防疾病和伤残的活动。

眼科医师认识到疾病将患者置于不利的依赖状态。眼科医师尊重他们的患者的尊严和气节，而不会利用患者的弱点。

高质量的眼保健服务具有许多属性，其中最显著的是以下几点：

◆ 高质量保健的本质是患者与医师之间富有意义的伙伴关系。眼科医师应当努力与他们的患者进行有效的交流，仔细地倾听患者的需求和担忧。反过来，眼科医师应当就患者疾病的需求和预后、适当的治疗措施来教育患者。这样可以保证在做出影响患者的处理和护理决定时，患者能够实质性参与（应当与患者特有的体力、智力和情绪状态相适应），使他们在实施他们同意的治疗计划时具有良好的主动性和依从性，从而帮助他们减少担心和忧虑。

◆ 眼科医师在选择和适时地采用恰当的诊断和治疗措施时，以及确定随诊检查的频率时，会根据患者情况的紧急与否和性质，以及患者的独特需要和愿望，来应用他们最好的判断做出决定。

◆ 眼科医师应当只是实施他们已经接受过恰当训练、有经验和有资格实施的操作，



或者当有必要时，根据患者问题的紧急程度，以及其他替代的医疗提供者可利用和可及的状况，在其他人员的帮助下实施这些操作。

- ◆ 应保证患者能够连续地接触到所需要的和恰当的下述的眼保健服务。
  - ◆ 眼科医师应当及时、恰当地治疗患者，而且他们本身也具有提供这种服务的能力。
  - ◆ 手术的眼科医师应当具有对患者施行恰当的术前和术后处理的适当能力和准备。
  - ◆ 当眼科医师不便或无法为他的患者服务时，他应当提供适当的替代的眼保健服务，并且要有适当的机制让患者知晓这种保健和方法，以便患者能够获得而加以利用。
  - ◆ 眼科医师可以根据转诊是由于患者的需要，转诊是及时和恰当的措施，以及接受转诊的医师是有资格胜任，并具有可及性和可利用的基础上，将患者转诊给其他的眼科医师。
  - ◆ 眼科医师可以就眼部和其他内科或外科的问题寻求适当的咨询和会诊。可以根据他们的技术、能力和可及性来推荐会诊者。他们必须尽可能地获得完整和准确的有关问题的资料，以便提供有效的建议或干预，并能做到恰当的和及时的回应。
    - ◆ 眼科医师应当保持完整和准确的医疗记录。
    - ◆ 在适当的请求下，眼科医师能够提供自己的完整和准确的患者病历。
    - ◆ 眼科医师定期和有效地复习会诊和实验室检查的结果，并且采用适当的行动。
    - ◆ 眼科医师和帮助他们提供眼保健服务的人员应当具有证明他们身份和职业的证件。
    - ◆ 对于那些治疗无效而又没有进一步治疗方法的患者，眼科医师应当提供适当的专业方面的支持、康复咨询和社会服务机构，当有适当和可及的时机时，应当给予转诊。
  - ◆ 在进行治疗和实施侵入性诊断试验之前，眼科医师通过收集相关的历史资料和施行相关的术前检查，来熟悉患者的情况。另外，他通过准确和诚实地提供有关诊断、治疗方法和替代治疗的性质、目的、危险、益处和成功的可有性，以及不进行治疗听危险和益处的相关信息，也能使患者对治疗的决定充分知情。
  - ◆ 眼科医师应当谨慎地采用新技术（例如药物、装置、手术技术），要考虑到这些新技术与现有的替代治疗相比其价格是否合适，是否有潜在的益处，以及所显示出来的安全性和有效性。

◆ 眼科医师通过对照已确定的标准，来定期地复习和评估他个人的相关行为，以及恰当地改变他的医疗实践和技术，来提高他提供的眼保健的质量。

◆ 眼科医师应当利用恰当的职业渠道，通过与同行交流临床研究和医疗服务中所获得的知识来改进眼保健服务。这些包括向同行警示少见的病例，或未曾预料的并发症，以及与新药、新装置和新技术相关的问题。

◆ 眼科医师以恰当的人员和设备来处理需要立即关注的眼部和全身的可能并发症。

◆ 眼科医师也要提供经济上合理的眼保健服务，而且不与已经接受的质量标准相冲突。

修改：理事会

批准：理事会

1988年10月12日

第二次印刷：1991年1月

第三次印刷：2001年8月

第四次印刷：2005年7月



## 附录 2 临床诊治主要建议的总结

### 诊断

对提示有睑缘炎症状和体征的患者的初始评估应当包括综合眼科医疗评估的相关方面。

37,38A:III]

#### 患者病史

询问患者有关病史的如下问题将有助于获得有用的信息：

◆ 症状和体征：<sup>[A:III]</sup> 如眼红，刺激症状、烧灼感、流泪、痒、睫毛根部结痂，睫毛脱落、睫毛粘附、不能耐受角膜接触镜、畏光、瞬目增多

◆ 症状加重的天数 <sup>[A:III]</sup>

◆ 症状持续时间<sup>[A:III]</sup>

◆ 单眼或双眼发病 <sup>[A:III]</sup>

◆ 有无使病情加重的因素，<sup>[A:III]</sup> 如吸烟、过敏原、刮风、配戴角膜接触镜、湿度降低、应用视黄醛，饮食、饮酒和眼部化粧等

◆ 与全身疾病相关的症状和体征：<sup>[A:III]</sup> 如玫瑰痤疮、过敏

◆ 目前和既往全身和局部用药情况：<sup>[A:III]</sup> 如抗组胺类药物或具有抗胆碱能作用的药物，或者以前用过对眼表有作用的药物（如异维 A 酸）

◆ 最近与感染的患者接触的情况：<sup>[C:III]</sup> 如眼睑虱病

眼部病史应当包括既往眼睑和眼部手术的详细情况，以及包括机械、热、化学和放射损伤的局部外伤史。获得眼睑整形的病史是重要的，因为这种手术可以加重蒸发过多的干眼病。睑腺炎和/或睑板腺囊肿的病史是常见的。

全身病史应当包括如皮肤病，如玫瑰痤疮、特应性疾病和眼部带状疱疹等皮肤疾病的情况。

#### 检查

眼部和附属器的检查包括视力测量、<sup>[A:III]</sup> 外眼检查<sup>[A:III]</sup>、裂隙灯检查<sup>[A:III]</sup> 和测量眼压。

<sup>[A:III]</sup> 外眼检查应当在光线良好的房间内进行，特别要注意以下情况：

◆ 皮肤<sup>[A:III]</sup>

◆ 眼睑<sup>[A:III]</sup>

裂隙灯活体显微镜检查应当包括以下各项：

- ◆ 泪膜<sup>[A:III]</sup>
- ◆ 前部睑缘<sup>[A:III]</sup>
- ◆ 睫毛<sup>[A:III]</sup>
- ◆ 后部睑缘<sup>[A:III]</sup>
- ◆ 睑结膜（翻开眼睑）<sup>[A:III]</sup>
- ◆ 球结膜<sup>[A:III]</sup>
- ◆ 角膜<sup>[A:III]</sup>

### 诊断试验

在两侧病变明显不对称、治疗无效或单一的睑板腺囊肿反复发作且对治疗无反应者应行眼睑活组织检查，以除外癌症的可能。<sup>42[A:II]</sup> 在对怀疑为皮脂腺癌的患者进行活组织病理检查前，建议咨询病理学家，<sup>[A:III]</sup> 来讨论是否进行冰冻切片，并勾画结膜，寻找肿瘤可能播散的范围。

### 治疗

尚无足够的证据可以明确地推荐睑缘炎的治疗方案，<sup>43</sup> 患者必须了解在很多病例中是不能完全治愈的。下列治疗措施可有一定帮助：

- ◆ 热敷
- ◆ 注意眼睑清洁卫生
- ◆ 抗生素治疗（局部和/或全身应用）
- ◆ 局部应用抗炎药物（如糖皮质激素、环孢素）

治疗睑缘炎患者的起始步骤是推荐热敷和注意眼睑清洁卫生，<sup>44 [III]</sup> 应当告知患者，如果热敷和眼睑清洁治疗有效的话，就需要长时期地应用，这是因为如果停止治疗的话，这些症状可能会复发。<sup>[A:III]</sup>

治疗的频次和用药时间的长短应当根据睑缘炎的严重程度和对治疗的反应来引导。<sup>[A:III]</sup>

对于 MGD 患者，在进行眼部清洁后其慢性症状仍不能很好地控制时，可以口服四环素。<sup>[A:III]</sup> 备选的治疗可以是口服红霉素（每日 250mg~500mg）或阿奇霉素（250mg~500mg，每周 1~3 次）。

短期局部应用糖皮质激素可以改善眼睑或眼表的炎症，如严重的结膜充血、边缘性角膜炎或泡性结膜炎。应当应用糖皮质激素的最小有效剂量，并尽可能避免长期应用。<sup>[A:III]</sup> 应当告知患者糖皮质激素的潜在副作用，包括发生眼压升高和白内障的危险。<sup>[A:III]</sup>

具有非典型的睑缘炎症或对药物治疗无反应的患者应当再次仔细地评估。<sup>[A:III]</sup>

## 随诊

应告知有轻度睑缘炎的患者，如果病情加重应当及时复诊。<sup>[A:III]</sup> 随诊时间间隔应视症状和体征的严重程度、目前的治疗和伴随疾病因素，如应用糖皮质激素治疗的青光眼患者等而定。随访时应注意随访问期的病史、视力测量、外眼检查和裂隙灯检查。<sup>[A:III]</sup> 如果应用糖皮质激素治疗，应当在数周内了解治疗的效果，测量眼压并了解患者用药的依从性。<sup>[A:III]</sup>

## 医疗提供者

由非眼科医师检查的睑缘炎患者若发生如下情况之一应当立即转诊至眼科医师。<sup>[A:III]</sup>

- ◆ 视力下降。
- ◆ 中或重度疼痛。
- ◆ 严重或持续的眼红。
- ◆ 角膜受累。
- ◆ 反复发作。
- ◆ 治疗无效。

## 咨询/转诊

诊治睑缘炎患者的一个最重要的方面是教育他们认识到该病的慢性病程和反复发作的特性。<sup>[A:III]</sup> 应当告知患者病情常可得到控制，但很少能够根治。<sup>[A:III]</sup>



## 相关的学会资料

### Basic and Clinical Science Course

External Disease and Cornea (Section 8, 2011-2012)

### Patient Education Brochures

Blepharitis (Spanish – Blefaritis) (2011)

Eyelid Margin Disease Including Blepharitis (2011)

### Preferred Practice Pattern

Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation (2010)

如订阅这些资料，请电话联系美国眼科学会顾客服务部，号码：866.561.8558 (在美国境内)或 415.561.8540 或访问 <http://www.aao.org/store>网站。



## 参考文献

1. McCulley JP, Dougherty JM, Deneau DG. Classification of chronic blepharitis. *Ophthalmology* 1982;89:1173-80.
2. American Academy of Ophthalmology Basic and Clinical Science Course Subcommittee. Basic and Clinical Science Course. External Disease and Cornea: Section 8, 2011-2012. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2011:143-4.
3. Valenton MJ, Okumoto M. Toxin-producing strains of *Staphylococcus epidermidis* (albus). Isolates from patients with staphylococcal blepharoconjunctivitis. *Arch Ophthalmol* 1973;89:186-9.
4. Seal D, Ficker L, Ramakrishnan M, Wright P. Role of staphylococcal toxin production in blepharitis. *Ophthalmology* 1990;97:1684-8.
5. Ficker L, Ramakrishnan M, Seal D, Wright P. Role of cell-mediated immunity to staphylococci in blepharitis. *Am J Ophthalmol* 1991;111:473-9.
6. Bowman RW, Dougherty JM, McCulley JP. Chronic blepharitis and dry eyes. *Int Ophthalmol Clin* 1987;27:27-35.
7. Aderem A, Ulevitch RJ. Toll-like receptors in the induction of the innate immune response. *Nature* 2000;406:782-7.
8. Song PI, Abraham TA, Park Y, et al. The expression of functional LPS receptor proteins CD14 and toll-like receptor 4 in human corneal cells. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2001;42:2867-77.
9. Lemp MA, Mahmood MA, Weiler HH. Association of rosacea and keratoconjunctivitis sicca. *Arch Ophthalmol* 1984;102:556-7.
10. McCulley JP, Shine WE. Meibomian secretions in chronic blepharitis. *Adv Exp Med Biol* 1998;438:319-26.
11. Baum J. Clinical manifestations of dry eye states. *Trans Ophthalmol Soc U K* 1985;104 (Pt 4):415-23.
12. Stern ME, Beuerman RW, Fox RI, et al. The pathology of dry eye: the interaction between the ocular surface and lacrimal glands. *Cornea* 1998;17:584-9.
13. Mathers WD. Ocular evaporation in meibomian gland dysfunction and dry eye. *Ophthalmology* 1993;100:347-51.
14. Shine WE, McCulley JP. Keratoconjunctivitis sicca associated with meibomian secretion polar lipid abnormality. *Arch Ophthalmol* 1998;116:849-52.
15. Jenkins MS, Brown SI, Lempert SL, Weinberg RJ. Ocular rosacea. *Am J Ophthalmol* 1979;88:618-22.
16. Akpek EK, Merchant A, Pinar V, Foster CS. Ocular rosacea: patient characteristics and follow-up. *Ophthalmology* 1997;104:1863-7.
17. Pflugfelder SC, Tseng SC, Sanabria O, et al. Evaluation of subjective assessments and objective diagnostic tests for diagnosing tear-film disorders known to cause ocular irritation. *Cornea* 1998;17:38-56.

18. Kemal M, Sumer Z, Toker MI, et al. The prevalence of *Demodex folliculorum* in blepharitis patients and the normal population. *Ophthalmic Epidemiol* 2005;12:287-90.
19. Browning DJ, Proia AD. Ocular rosacea. *Surv Ophthalmol* 1986;31:145-58.
20. American Academy of Ophthalmology Basic and Clinical Science Course Subcommittee. Basic and Clinical Science Course. External Disease and Cornea: Section 8, 2011-2012. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2011:69.
21. Berg M, Liden S. An epidemiological study of rosacea. *Acta Derm Venereol* 1989;69:419-23.
22. Chalmers DA. Rosacea: recognition and management for the primary care provider. *Nurse Pract* 1997;22:18, 23-8, 30.
23. Viswalingam M, Rauz S, Morlet N, Dart JK. Blepharokeratoconjunctivitis in children: diagnosis and treatment. *Br J Ophthalmol* 2005;89:400-3.
24. Cetinkaya A, Akova YA. Pediatric ocular acne rosacea: long-term treatment with systemic antibiotics. *Am J Ophthalmol* 2006;142:816-21.
25. Donaldson KE, Karp CL, Dunbar MT. Evaluation and treatment of children with ocular rosacea. *Cornea* 2007;26:42-6.
26. Bamford JT, Gessert CE, Renier CM, et al. Childhood stye and adult rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:951-5.
27. Bozkurt B, Irkec MT, Atakan N, et al. Lacrimal function and ocular complications in patients treated with systemic isotretinoin. *Eur J Ophthalmol* 2002;12:173-6.
28. Mathers WD, Shields WJ, Sachdev MS, et al. Meibomian gland morphology and tear osmolarity: changes with Accutane therapy. *Cornea* 1991;10:286-90.
29. Fraunfelder FT, Fraunfelder FW, Edwards R. Ocular side effects possibly associated with isotretinoin usage. *Am J Ophthalmol* 2001;132:299-305.
30. Egger SF, Huber-Spitzy V, Bohler K, et al. Ocular side effects associated with 13-cis-retinoic acid therapy for acne vulgaris: clinical features, alterations of tearfilm and conjunctival flora. *Acta Ophthalmol Scand* 1995;73:355-7.
31. Martin NF, Rubinfeld RS, Malley JD, Manzitti V. Giant papillary conjunctivitis and meibomian gland dysfunction blepharitis. *CLAO J* 1992;18:165-9.
32. Hammersmith KM, Cohen EJ, Blake TD, et al. Blepharokeratoconjunctivitis in children. *Arch Ophthalmol* 2005;123:1667-70.
33. Hykin PG, Bron AJ. Age-related morphological changes in lid margin and meibomian gland anatomy. *Cornea* 1992;11:334-42.
34. Jones SM, Weinstein JM, Cumberland P, et al. Visual outcome and corneal changes in children with chronic blepharokeratoconjunctivitis. *Ophthalmology* 2007;114:2271-80.
35. Acharya N, Pineda R II, Uy HS, Foster CS. Discoid lupus erythematosus masquerading as chronic blepharokeratoconjunctivitis. *Ophthalmology* 2005;112:e19-23.



36. Diaz-Valle D, Benitez del Castillo JM, Fernandez Acenero MJ, et al. Bilateral lid margin ulcers as the initial manifestation of Crohn disease. *Am J Ophthalmol* 2004;138:292-4.
37. American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Patterns Committee. Preferred Practice Pattern<sup>®</sup> Guidelines. Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2010. Available at: [www.aao.org/ppp](http://www.aao.org/ppp).
38. American Academy of Ophthalmology Pediatric Ophthalmology/Strabismus Panel. Preferred Practice Pattern<sup>®</sup> Guidelines. Pediatric Eye Evaluations. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2007. Available at: [www.aao.org/ppp](http://www.aao.org/ppp).
39. Bron AJ, Benjamin L, Snibson GR. Meibomian gland disease. Classification and grading of lid changes. *Eye* 1991;5 (Pt 4):395-411.
40. Gao YY, Di Pascuale MA, Li W, et al. High prevalence of Demodex in eyelashes with cylindrical dandruff. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2005;46:3089-94.
41. Kheirkhah A, Casas V, Li W, et al. Corneal manifestations of ocular Demodex infestation. *Am J Ophthalmol* 2007;143:743-9.
42. Gilberg S, Tse D. Malignant eyelid tumors. *Ophthalmol Clin North Am* 1992;5:261-85.
43. Miller KV, Odufuwa TOB, Liew G, Anderson KL. Interventions for blepharitis (Protocol). *Cochrane Database of Syst Revs* 2005 Issue 4. Art. No.: CD005556. DOI: 10.1002/14651858.CD005556.
44. Key JE. A comparative study of eyelid cleaning regimens in chronic blepharitis. *CLAO J* 1996;22:209-12.
45. Barnhorst DA Jr, Foster JA, Chern KC, Meisler DM. The efficacy of topical metronidazole in the treatment of ocular rosacea. *Ophthalmology* 1996;103:1880-3.
46. Torkildsen GL, Cockrum P, Meier E, et al. Evaluation of clinical efficacy and safety of tobramycin/dexamethasone ophthalmic suspension 0.3%/0.05% compared to azithromycin ophthalmic solution 1% in the treatment of moderate to severe acute blepharitis/blepharoconjunctivitis. *Curr Med Res Opin* 2011;27:171-8.
47. Haque RM, Torkildsen GL, Brubaker K, et al. Multicenter open-label study evaluating the efficacy of azithromycin ophthalmic solution 1% on the signs and symptoms of subjects with blepharitis. *Cornea* 2010;29:871-7.
48. Foulks GN, Borchman D, Yappert M, et al. Topical azithromycin therapy for meibomian gland dysfunction: clinical response and lipid alterations. *Cornea* 2010;29:781-8.
49. Ianaro A, Ialenti A, Maffia P, et al. Anti-inflammatory activity of macrolide antibiotics. *J Pharmacol Exp Ther* 2000;292:156-63.
50. Frucht-Pery J, Sagi E, Hemo I, Ever-Hadani P. Efficacy of doxycycline and tetracycline in ocular rosacea. *Am J Ophthalmol* 1993;116:88-92.
51. Zengin N, Tol H, Gunduz K, et al. Meibomian gland dysfunction and tear film abnormalities in rosacea. *Cornea* 1995;14:144-6.

52. Dougherty JM, McCulley JP, Silvany RE, Meyer DR. The role of tetracycline in chronic blepharitis. Inhibition of lipase production in staphylococci. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1991;32:2970-5.
53. Shine WE, McCulley JP, Pandya AG. Minocycline effect on meibomian gland lipids in meibomianitis patients. *Exp Eye Res* 2003;76:417-20.
54. Quinn AG, Singer SB, Buncic JR. Pediatric tetracycline-induced pseudotumor cerebri. *J AAPOS* 1999;3:53-7.
55. Chiu AM, Chuenkongkaew WL, Cornblath WT, et al. Minocycline treatment and pseudotumor cerebri syndrome. *Am J Ophthalmol* 1998;126:116-21.
56. American Academy of Ophthalmology Basic and Clinical Science Course Subcommittee. Basic and Clinical Science Course. Update on General Medicine: Section 1, 2011-2012. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2011:62.
57. Meisler DM, Raizman MB, Traboulsi EI. Oral erythromycin treatment for childhood blepharokeratitis. *J AAPOS* 2000;4:379-80.
58. Fraunfelder FT, Randall JA. Minocycline-induced scleral pigmentation. *Ophthalmology* 1997;104:936-8.
59. Bradfield YS, Robertson DM, Salomao DR, et al. Minocycline-induced ocular pigmentation. *Arch Ophthalmol* 2003;121:144-5.
60. Sanchez AR, Rogers RS III, Sheridan PJ. Tetracycline and other tetracycline-derivative staining of the teeth and oral cavity. *Int J Dermatol* 2004;43:709-15.
61. Perry HD, Doshi-Carnevale S, Donnenfeld ED, et al. Efficacy of commercially available topical cyclosporine A 0.05% in the treatment of meibomian gland dysfunction. *Cornea* 2006;25:171-5.
62. Schiffman RM, Christianson MD, Jacobsen G, et al. Reliability and validity of the Ocular Surface Disease Index. *Arch Ophthalmol* 2000;118:615-21.
63. Macsai MS. The role of omega-3 dietary supplementation in blepharitis and meibomian gland dysfunction (an AOS thesis). *Trans Am Ophthalmol Soc* 2008;106:336-56.
64. Margo CE, Mulla ZD. Malignant tumors of the eyelid: a population-based study of non-basal cell and non-squamous cell malignant neoplasms. *Arch Ophthalmol* 1998;116:195-8.
65. Junk AK, Lukacs A, Kampik A. Topical administration of metronidazole gel as an effective therapy alternative in chronic Demodex blepharitis--a case report [in German]. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 1998;213:48-50.
66. Filho PA, Hazarbassanov RM, Grisolia AB, et al. The efficacy of oral ivermectin for the treatment of chronic blepharitis in patients tested positive for Demodex spp. *Br J Ophthalmol* 2011;95:893-5.



P.O. Box 7424  
San Francisco,  
California 94120-7424  
415.561.8500

**睑缘炎**  
**2011**