

入术探讨. 眼科研究 2003;21(2):220-222
3 陈梅珠,王云鹏,陈国苍. 超声乳化吸除联合人工晶状体植入治疗穿透性角膜移植术后白内障. 国际眼科杂志 2008;8(1):126-128
4 曹建琴,周丽钧,董凌峰. 穿透性角膜移植联合白内障摘除人工晶状体植入术的临床探讨. 第三军医大学学报 2001;23(9):1044-1046
5 李玲,钟景贤. 穿透性角膜移植、白内障摘除与人工晶状体植入三联术. 国外医学(移植与血液净化分册) 2005;2(1):12-15
6 Arensen JJ, Laibson PR. Penetrating keratoplasty and cataract extraction; combined vs non simultaneous surgery. *Arch Ophthalmol* 1978;96(1):75-81

7 Seitz B, Langenbacher A, Viestenz A, et al. Cataract and keratoplasty-simultaneous or sequential surgery? *Klin Monatsbl Augenheilkd* 2003;220(5):326-329
8 Green M, Chow A, Apel A. Outcomes of combined penetrating keratoplasty and cataract extraction compared with penetrating keratoplasty alone. *Clin Exper Ophthalmol* 2007;35(4):324-329
9 吴艺,夏朝霞,张颖,等. 表面麻醉下白内障小切口摘出联合人工晶状体植入术. 眼科新进展 2003;23(6):438-440
10 吴艺,夏朝霞,祝希梅. 表面麻醉下老年性白内障小切口摘出及人工晶状体植入术临床观察. 中国老年学杂志 2003;23(10):675-676

· 短篇报道 ·

改良逆行泪道插管术治疗慢性泪道炎的疗效观察

林明楚

作者单位:(350015)中国福建省福州市开发区医院眼科
作者简介:林明楚,男,毕业于福建医科大学,本科,主治医师,研究方向:眼表疾病、泪道疾病。
通讯作者:林明楚. ldtzy@163.com
收稿日期:2009-08-27 修回日期:2009-11-20

林明楚. 改良逆行泪道插管术治疗慢性泪道炎的疗效观察. 国际眼科杂志 2010;10(1):128

0 引言

逆行泪道插管术治疗慢性泪道炎具有成功率高、损伤小、操作简单、适用范围广等优点^[1],近年快速推广,但由于术者经验,手术器具,患者自身条件不同的原因成功率也不同。我科2001/2004年行逆行泪道插管术治疗慢性泪道炎92例149眼,成功116例(77.8%)。经改进后,手术成功率明显提高,改进方法:将腰穿针内穿的3个零丝线改成记忆金属丝可提高钩线率及鼻甲肥大等鼻腔解剖变异患者的成功率。对于小泪囊(术前泪道冲洗及泪囊造影可证实)应用特制小型号硅胶管。对特定人群应适当使用抗过敏药物。2004/2008年行154例203眼,成功191例(94.1%),现报告如下。

1 临床资料

慢性泪道炎患者246例352眼(部分病例合并泪小管狭窄,不在此次讨论)中,男93例119眼,女153例233眼,年龄15~83(平均43.7)岁。材料:备7号特制腰穿针1把(针头前端磨平,内穿3根丝线,广州刘东光处引进);环状小钩1把;扩张绳1根;直径3.5mm、长3cm硅胶管1根;鼻镜、枪状镊、眼科剪各1把;10g/L地卡因液;5g/L麻黄素液备用;眼膏1支。麻醉:10g/L地卡因液眼表麻醉3次;20g/L利多卡因眶下神经、筛前神经局部麻醉;将含10g/L地卡因液和10g/L麻黄素等量混合液的棉片下鼻道表面麻醉3次。手术步骤:上下泪点泪小管扩张,扩张时注意将上下睑向外拉,拉撑泪小管这样可避免形成假道。将带丝线的腰穿针自上泪点插入探通至下鼻道,环状

小钩伸入下鼻道钩住腰穿针(既钩住线)。注射器接腰穿针边注水边向外抽针,将腰穿针内丝线冲入下鼻道同时以环状小钩将丝线钩出。扩张绳涂少许眼膏,通过先前丝线引入泪道并扩张泪道。同法将球头硅胶管送入泪道,当硅胶管球头到达泪囊时有明显的落空感。术中注意事项及术后处理:扩张泪点泪小管时应绷紧眼睑使泪小管拉直,避免形成假道。绳扩张泪道及植入球头硅胶管时应量好泪小管长度避免过度使泪囊撕裂或不及使球头硅胶管未进入泪囊。术后每日滴抗生素眼药水4~6次,生理盐水冲洗泪道1次/d,持续3~5d,以后改1wk/次,3~6mo后从鼻腔拔除扩张管,冲洗泪道。

2 结果

失败病历87例分析及改进方法:(1)下鼻道丝线无法钩出:初学者难以掌握,腰穿针内丝线缠绕,鼻腔畸形鼻甲肥厚钩不住针。解决方法:将腰穿针内丝线改成记忆金属丝(深圳眼科中心张敬先处引进),后者可直接自下鼻道穿出或辅以环状小钩则较易勾出,明显提高成功率。原先因鼻甲肥大,视为禁忌证者,改用此方法后亦多能成功^[2]。(2)泪囊太小(碘油造影可证实):先天泪囊偏小;医用原因(如激光、多次探通致瘢痕形成),植入泪囊的球头管被压扁。因其质地相对较软,如若泪管狭窄尤其是鼻泪管较细小者,易受周围组织挤压,管腔变窄因而导泪作用受限。解决方法:将硅胶管球头削小适当在管侧壁剪几个小孔。最好与产家定制不同型号硅胶管。但小泪囊乃较正常泪囊成功率低,部分可视为禁忌证。相反术前泪囊冲洗有较多黏脓者多为大泪囊,术后应防止硅胶管滑脱。(3)硅胶管刺激鼻黏膜引起鼻腔分泌增多甚至打喷嚏,致内置管脱出。术后1wk应适当给予抗过敏药物。

3 讨论

泪道插管治疗慢性泪囊炎泪道阻塞近年已广泛开展,但由于患者自身条件不同,采用的方法不同及材料不同成功率也截然不同,我自2001/2008年共进行352眼手术,成功率从77.8%提高到94.1%,使此治疗手法更加成熟,或可用于与广大基层同道交流学习。

参考文献

1 夏泽梅. 逆行鼻泪管扩张联合人工鼻泪管支架植入术治疗慢性泪囊炎. 眼科新进展 2009;29(10):788-790
2 何守志. 眼科手术图谱. 北京:人民卫生出版社 2000:64-65