

和超高度近视患者的随访结果也表明术后屈光度数不稳定向近视方向发展。但也有研究显示 LASEK 术后 6mo 裸眼视力及屈光度数基本稳定^[8]。3mo 内屈光度变化大,考虑与术后早期创口修复反应和频繁使用激素治疗有关。

总之,LASEK 治疗中度、高度和超高度近视安全有效。haze 和屈光回退是治疗高度和超高度近视主要并发症,屈光回退目前尚不能克服和解决,从某种角度来说,控制了 haze 的发生也就在很大程度上控制了术后的屈光回退的速率。

参考文献

- 1 Taneri S, Feit R, Azar DT. Safety, efficacy, and stability indices of LASEK correction in moderate myopia and astigmatism. *J Cataract Refract Surg* 2004;30(10):2130-2137
- 2 Kornilovsky IM. Clinical results after subepithelial photo-refractive keratectomy (LASEK). *J Refract Surg* 2001;(7):S222-223
- 3 Kitazawa Y, Sawai H, Tajiri C, et al. Early clinical results of laser

- epithelial keratomileusis. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi* 2003;(107):249-256
- 4 Bilgihan K, Hondur A, Hasanreisoglu B. Laser subepithelial keratomileusis for myopia of -6 to -10 diopters with astigmatism with the MEL60 laser. *J Refract Surg* 2004;20(2):121-126
- 5 Chalita MR, Tekwani NH, Krueger RR. Laser epithelial keratomileusis; outcome of initial cases performed by an experienced surgeon. *J Refract Surg* 2003;19(4):412-415
- 6 Fantes FE, Hanna KD, Waring GO, et al. Wound Healing after excimer laser keratomileusis in monkeys. *Arch Ophthalmol* 1990;108(5):665-667
- 7 Carones F, Fiore T, Brancato R. Mechanical vs alcohol epithelial removal during photorefractive keratectomy. *J Cataract Refract Surg* 1999;15(5):556-562
- 8 毛伟,周宏健,陆斌,等.准分子激光上皮下角膜磨镶术后屈光回退的相关性分析. *临床眼科杂志* 2006;14(3):210-212
- 9 王华,罗栋强.准分子激光上皮下角膜磨镶术治疗高度和超高度近视. *眼视光杂志* 2008;10(3):207-211

· 短篇报道 ·

泪囊切开简易鼻泪管钻切刀的研制及应用

马惠凤,李占峰

作者单位:(301900)中国天津市蓟县医院眼科
作者简介:马惠凤,副主任医师,研究方向:鼻泪管钻切术。
通讯作者:马惠凤. mhfl56@163.com
收稿日期:2009-12-16 修回日期:2009-12-19

马惠凤,李占峰.泪囊切开简易鼻泪管钻切刀的研制及应用. *国际眼科杂志* 2010;10(2):287

0 引言

下泪道疾病是眼科常见病、多发病,其中鼻泪管狭窄或阻塞表现为溢泪,发展成泪囊炎则溢脓。治疗方法众多。我们参考文献[1-5],本着对原有泪道尽量疏通而非改道的原则,设计制造了简易鼻泪管钻切刀,在打开泪囊后,逆行钻切鼻泪管狭窄或阻塞处,并留置脑室引流管作支撑管 2~3mo,以达到管道上皮覆盖,进而再通的效果。

1 临床资料

患者 18 例 18 眼,男 1 例 1 眼,女 17 例 17 眼。年龄 38~54(平均 49)岁。病程 3mo~20a。随访 3~24(平均 6)mo。鼻泪管钻切刀制作:直径 3mm 针头,长度 60~70mm,尖端磨平。手术方法:(1)麻醉:下鼻道放置麻黄素、丁卡因棉片;20g/L 利多卡因作滑车下及眶下神经阻滞麻醉;预定切口皮下少量浸润麻醉。(2)切开:距内眦角内、上各 3mm 向下顺皮纹弧形切开皮肤 15mm,分离皮下组织和轮匝肌,暴露内眦韧带和其下的泪筋膜。于内眦韧带下方沿泪前嵴切开泪囊。(3)钻切:用鼻泪管钻刀钻切鼻泪管狭窄或阻塞处。(4)置管:用小号脑室引流管顺泪囊切口送入鼻泪管达下鼻道。取出下鼻道棉片,用斜视钩将脑室引流管引出鼻前孔。将脑室引流管尾端膨大留 2mm 剪除,并送入泪囊。(5)关闭切口:泪囊切口缝合两针。皮肤伤口缝合做深层缝合三针,浅层连续缝合。(6)

冲洗泪道:见黏液血水从脑室引流管流出,管道通畅。向泪道内注入黏弹剂或红霉素眼膏。齐鼻前孔剪除多余的引流管,术毕。术后每日滴典必殊眼液、冲洗泪道 1wk,此后冲洗泪道 1~2 次/wk,2~3mo 拔除引流管,继续冲洗泪道,1~2 次/wk。

2 结果

效果评定标准:痊愈:无溢泪,冲洗泪道通畅。好转:偶有泪充盈,冲洗泪道通而不畅。无效:溢泪、溢脓如前。随访 3~24(平均 6)mo。痊愈:17 眼(94%)。好转:1 眼(6%)。无效:0 眼。总有效率 100%。

3 讨论

下泪道疾病的治疗主要是手术,方法众多。常见的有:(1)单纯鼻泪管探通及逆行插管术,由于未能有效解除鼻泪管狭窄或阻塞,远期效果不佳。(2)泪囊摘除术,给患者留下永久溢泪的痛苦。(3)泪囊鼻腔造孔术,手术复杂,难度大,患者痛苦多,而且面部留下瘢痕。(4)激光造孔术可避免上述不足,但激光造成的通道仍然较狭窄,易于再堵而复发,且仪器昂贵难以普及。(5)张宏文首创逆行鼻泪管钻切术,但它的缺点是手术操作过程,非直视下,钻刀有割断牵引线而滞留在骨性鼻泪管的危险。

本手术的优点在于:(1)保留泪道正常生理结构;(2)可重复操作或改行其他方法治疗;(3)操作容易,风险小;(4)材料来源广;(5)器械简单可自制;(6)费用低;(7)特别适用于年老体弱、不能耐受泪囊鼻腔造孔术者;(8)可在基层医院广泛开展。本手术的缺点在于:(1)切开皮肤,面部遗留永久性瘢痕;(2)必须排除鼻部疾患。

参考文献

- 1 刘东辉,五亘,刘银玲.一种改良的泪道插管穿线法. *眼外伤职业眼病杂志* 1997;19(6):403
- 2 刘东光,方颂吉.鼻泪管逆行扩张及弓形硅胶管植入术. *眼外伤职业眼病杂志* 1991;9(6):360
- 3 宋俊林,蒋静芬.鼻泪管逆行环钻刀的研制与应用. *眼外伤职业眼病杂志* 1998;20(6):630
- 4 黄海平.改进的鼻泪管逆行置管术. *眼外伤职业眼病杂志* 1999;21(5):511
- 5 张宏文,姚斌.逆行鼻泪管钻切置管术. *眼外伤职业眼病杂志* 2001;23(1):81