

不同术式泪囊鼻腔吻合术治疗慢性泪囊炎

丛日昌¹, 张海川², 林荣封², 韩丽川¹, 白玉²

作者单位:(518102)中国广东省深圳市,广东医学院附属西乡
人民医院¹眼科;²耳鼻喉科

作者简介:丛日昌,男,副主任医师,研究方向:眼底病。

通讯作者:张海川,学士,副主任医师,研究方向:耳显微外科
学. Zhanghc1881@163.com

收稿日期:2012-02-27 修回日期:2012-05-23

Comparison of effects of two different surgical methods on chronic dacryocystitis

Ri-Chang Cong¹, Hai-Chuan Zhang², Rong-Feng Lin², Li-Chuan Han¹, Yu Bai²

¹Department of Ophthalmology; ²Department of Otorhinolaryngology, Affiliated Xixiang People's Hospital of Guangdong Medical College, Shenzhen 518102, Guangdong Province, China

Correspondence to: Hai-Chuan Zhang. Department of Otorhinolaryngology, Affiliated Xixiang People's Hospital of Guangdong Medical College, Shenzhen 518102, Guangdong Province, China. Zhanghc1881@163.com

Received:2012-02-27 Accepted:2012-05-23

Abstract

• **AIM:** To compare the effects of modified traditional dacryocystorhinostomy with intranasal endoscopic dacryocystorhinostomy on chronic dacryocystitis.

• **METHODS:** Totally 112 cases with complete medical records were studied retrospectively including 53 cases with modified traditional dacryocystorhinostomy (group A) and 59 cases with intranasal endoscopic dacryocystorhinostomy (group B).

• **RESULTS:** In group A, after 6-12 months follow-up, 51 of 53 (96.2%) cases had good results; while in group B, 55 of 59 (93.2%) cases had good results. There was no statistical significant difference between the two groups ($P > 0.05$).

• **CONCLUSION:** The intranasal endoscopic dacryocystorhinostomy is an effective mini-invasive operation with no facial surgical scar and its operative effect can approach that of modified traditional dacryocystorhinostomy if surgical features are grasped well.

• **KEYWORDS:** chronic dacryocystitis; dacryocystorhinostomy; endoscope; modified surgery

Citation: Cong RC, Zhang HC, Lin RF, et al. Comparison of

effects of two different surgical methods on chronic dacryocystitis. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(7):1399-1401

摘要

目的:比较改良的传统泪囊鼻腔吻合术和经鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术治疗慢性泪囊炎的临床疗效。

方法:选取病历资料完整、行手术治疗的慢性泪囊炎患者112例,其中行改良的传统泪囊鼻腔吻合术患者53例,行鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术患者59例。

结果:统计经过6~12mo的随访观察,改良的传统泪囊鼻腔吻合术组有效51例,有效率96.2%,经鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术组有效55例,有效率93.2%,两组差异比较无统计学意义($P > 0.05$)。

结论:经鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术具有较多优点,避免了面部瘢痕,符合现代微创手术要求;掌握手术指征,其手术效果可接近改良的传统泪囊鼻腔吻合术。

关键词:慢性泪囊炎;泪囊鼻腔吻合;鼻内镜;改良术式

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2012.07.59

引用:丛日昌,张海川,林荣封,等.不同术式泪囊鼻腔吻合术治疗慢性泪囊炎.国际眼科杂志2012;12(7):1399-1401

0 引言

慢性泪囊炎是眼科的一种常见病和多发病,女性发病率较男性高,经典的手术方式为泪囊鼻腔吻合术。我们于2002-05/2009-07分别应用改良的传统泪囊鼻腔吻合术和经鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术治疗慢性泪囊炎,选取病历资料完整、定期、及时复查的患者112例112眼,对两种手术方法进行临床比较。

1 对象和方法

1.1 对象 改良的传统泪囊鼻腔吻合术组(简称改良组)53例53眼,男18例18眼,女35例35眼,年龄36~60岁。经鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术组(简称鼻内镜组)59例59眼,男13例13眼,女46例46眼,年龄18~52岁。两组病程为1~10a,均为第一次手术。术前全身检查无明显异常,并经耳鼻喉科会诊排除明显的鼻部疾病。术前常规冲洗泪道,每例患者术前均行泪道碘油造影,明确泪道、泪囊情况,选择手术方式。两组术后均复查随访6~12mo。

1.2 方法

1.2.1 改良泪囊鼻腔吻合术 术前在术眼同侧中鼻道及中鼻甲前端填入浸有10g/L地卡因和5g/L麻黄素的纱条10min。泪囊区皮下、泪囊顶部注入20g/L利多卡因2~

3mL 作浸润麻醉;距内眦部 5mm,内眦韧带上方 5mm 沿皮纹方向全层切开皮肤,切口长约 15~20mm;钝性分离皮下组织,暴露泪前嵴及内眦韧带;在泪前嵴前切开骨膜,用小骨膜分离器分离骨膜,向上、向下、向后分别达泪囊顶部、鼻泪管上口及泪后嵴。用弯血管钳在后下部较薄弱处顶破骨壁后,用斜视钩继续扩大骨孔,用小咬骨钳扩大成约 12mm×14mm 的椭圆形骨孔并修整光滑;用泪道探针自泪小点插入,将泪囊鼻侧壁顶出。用尖刀片在靠近泪囊底部鼻侧及在鼻黏膜相对应的位置分别作一对应的“工”形切口;剪除泪囊和鼻黏膜的后叶,取出填塞于鼻腔内的纱条,将一次性导尿管对折后自鼻腔经骨窗口拉入泪囊,并于顶端缝线固定于泪囊,缝线自皮肤切口上端皮下穿出于皮肤外结扎;用 5-0 丝线间断缝合泪囊和鼻黏膜前叶 3 针;用 3-0 尼龙线间断缝合骨膜,再缝合皮肤及皮下组织 3~5 针。加压包扎术眼。术后处理:全身使用抗生素 3d,次日换药,9g/L 生理盐水 5mL+庆大霉素 2U 冲洗泪道。术后 1wk 内隔日冲洗泪道 1 次,术后 1mo 内每周冲洗泪道一次,以后 2~3wk 1 次,复查 0.5a。术后复方妥布霉素眼液滴眼 4 次/d,持续 4wk。7d 后去除引流管,拆去皮肤线并嘱患者定期冲洗泪道。

1.2.2 经鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术组 由耳鼻喉医生实施手术,眼科医生配合行泪道插管。常规鼻内镜术前准备,丁卡因肾上腺素棉片鼻腔黏膜表面麻醉,10g/L 利多卡因于中鼻道相当于泪囊位置的黏膜下浸润麻醉。在鼻内镜的引导下,采用枪状摄定位法定位^[1]。在中鼻道前方相当于中鼻甲附着缘前以此为中心,用行白内障手术的隧道刀做“U”形切口,向后切开鼻黏膜达 12mm×15mm,分离鼻黏膜及骨膜瓣,暴露泪囊窝骨壁,电钻于骨面上造孔,扩大修整骨孔至 10mm×12mm 的纵椭圆形,尽量使骨壁光滑,充分暴露泪囊的内侧壁,自下泪小点处插入探针,指示定位泪囊后,于其内侧壁上做“U”形瓣,吸净泪囊内的分泌物,泪道内植入硬膜外导管。将泪囊黏膜瓣与鼻腔黏膜瓣用银夹夹紧固定。将硬膜外导管下端置于开放的鼻腔泪囊的内侧壁造口处。明胶海绵填塞吻合口处。硬膜外导管的的上端固定于鼻外的皮肤处。术后处理:术后给与常规抗感染治疗,抗生素眼药水滴眼。术后 1wk 内每隔日用妥布霉素加地塞米松冲洗泪道,并在鼻内镜下复查清理鼻腔内分泌物及血痂,术后 1mo 内每周冲洗泪道一次并复查鼻内镜一次,以后 2~3wk 1 次,以后复查 0.5a。2~3mo 拔除泪道插管。

统计学分析:采用秩和检验进行统计学分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效判定标准 (1)治愈:溢泪溢脓症状消失,冲洗泪道通畅,鼻内镜下检查见鼻腔外侧壁泪囊造口形成且上皮化。(2)好转:轻度溢泪症状,冲洗泪道通畅,鼻内泪囊造口形成且上皮化。(3)无效:症状无缓解,冲洗泪道不通畅,泪囊造口闭锁。治愈和好转均为有效。

2.2 术后疗效 术后改良组平均随访 8mo,内镜组平均随访 10mo。改良组治愈 43 例,好转 8 例,无效 2 例,有效率

表 1 两种手术方法治疗慢性泪囊炎术后 6~12mo 疗效 例

组别	治愈	好转	无效	有效率(%)
改良组	43	8	2	96.2
内镜组	45	10	4	93.2

为 96.2%;内镜组治愈 45 例,好转 10 例,无效 4 例,有效率 93.2%。两组比较无统计学差异($Z = -0.414, P = 0.679 > 0.05$, 表 1)。

3 讨论

慢性泪囊炎主要是由于鼻泪管阻塞、泪液滞留、细菌在泪囊内繁殖所致。目前治疗的方法主要以手术为主,被眼科界公认为治疗慢性泪囊炎的经典手术为 1904 年由 Toti 首创的外路泪囊鼻腔吻合术(EXT-DCR)^[2]。之后,眼科学者经过近百年的不断研究、改进,目前手术成功率已达 85% 以上。但手术切开皮肤、遗留皮肤瘢痕和凿除鼻骨、手术创伤大是其主要缺陷。对年轻的女性患者及年龄偏大、身体条件欠佳的患者造成不便。另外,若传统手术失败后再复发泪囊炎,由于手术瘢痕收缩、结构破坏,再次手术往往易出血,操作不便,定位不准,吻合困难。1988 年, RICE 首次报道了经鼻内镜下行泪囊鼻腔吻合术并获成功^[2],此后国内外开始研究此术式。1994 年我国周兵等^[3]首先在国内报道此术式。近年来,随着鼻内窥镜手术的不断发展和完善,应用鼻内窥镜经鼻内行泪囊鼻腔吻合术已成为一种有效的治疗慢性泪囊炎的手术方法。该手术在直视下进行,方法简便,损伤小,出血少,不遗留面部瘢痕,不损伤泪囊周围组织如内眦韧带及血管,保留泪囊的原有功能。

外路泪囊鼻腔吻合术手术失败的原因主要有骨孔造得过小或位置错误、缝合不当或崩线、肉芽肿形成血凝块阻塞^[4]。我们改良的泪囊鼻腔吻合术在吻合时去除了泪囊与鼻黏膜的后叶,用一次性导尿管对折后放入泪囊鼻黏膜的造口处,并缝合固定于皮肤处,将泪囊与鼻黏膜的前叶吻合,以导尿管为支撑,这样可减少泪囊与鼻黏膜吻合处的张力,不易出现吻合不当或崩线的情况,还可以将血液及分泌物及时引流,可防止血凝块阻塞吻合口,同时也可防止肉芽肿的形成,有效解决了吻合口阻塞,提高了手术的成功率。

经鼻内镜下行泪囊鼻腔吻合术早期病例的手术失败原因多为凝血块、分泌物、新生肉芽及脱落坏死组织阻塞吻合口所致,远期病例大多为黏膜上皮组织增生、瘢痕增生阻塞吻合口所致^[5]。本组观察的病例有效率为 93.2%,同国内外报道的基本相同,我们在手术前对每一位患者均术前行泪囊碘油造影,明确泪囊的情况,对泪囊造影的结果进行详细分析比较后决定手术方法。我们认为术前行泪囊碘油造影可了解患者泪囊的大小,对手术的预后有更明确的判断,小泪囊手术难度大,成功率低;也可明确泪囊在鼻腔外侧壁上投影的位置,为造口术的切口提供准确的定位,在泪囊底部行泪囊切口,有利于泪囊炎症的愈合,方便手术的操作。同时不过多破坏泪囊壁,可保留泪囊“泵”的作用,有利于泪液的排出。我们

观察的1例手术失败的女性患者即为小泪囊并先天泪囊畸形、有泪囊炎的家庭病史,但患者强烈要求行鼻内镜手术,手术中泪囊寻找困难,创伤较大,鼻黏膜有较大撕裂,泪囊距离鼻骨较远,以至手术操作难度加大,术后吻合口反复肉芽组织增生,拔出泪道插管后2mo下泪小管堵塞,冲洗泪道按原点返回,冲洗泪道不通畅,嘱患者0.5a后再行激光泪道成型。对于小泪囊的患者,我们建议行改良的鼻腔泪囊吻合术,这样术中可整体观察泪囊的形态,行准确的泪囊切口,可提高手术的成功率。

手术过程中作鼻黏膜及泪囊的“U”形瓣时可使用行白内障手术的隧道刀,使切口准确,也方便在鼻腔内的操作,减少损伤;电钻即将钻透骨壁时改用咬切钳扩大修整骨孔,可避免电钻磨穿泪囊,也可避免对鼻黏膜造成损伤,可降低肉芽组织增生;将鼻腔黏膜与泪囊用银夹固定后,将传统的鼻腔填塞改为明胶海绵填压。明胶海绵质轻、柔软、透气、创面吸附能力强、能缓慢液化吸收,具有促进愈合和止血性好、组织相容性好等生物特性,置于造口处撑起泪囊及鼻黏膜吻合瓣,使之愈合不会塌陷,又有压迫止血、避免肉芽过度增生,最终成功地防止了创面反复出血、纤维肉芽或鼻黏膜长入造口处^[6],提高了手术成功率。同时也避免了以往在撤出鼻腔填塞物时对吻合口处黏膜造成的再次损伤。

泪液能排出到鼻腔被鼻腔黏膜吸收的机制包括以下

几方面:以眼轮匝肌为动力的泪囊的“泵”的作用;呼吸造成的鼻腔气压变化和鼻泪管鼻腔开口瓣膜共同形成的吸引力;重力作用;泪小点和泪小管的虹吸作用^[7]。改良的鼻腔泪囊吻合术与鼻内镜下鼻腔泪囊吻合术后均有部分患者出现轻度溢泪现象,但冲洗泪道均通畅,我们认为与泪囊切口及泪道插管对泪囊“泵”的作用及泪小管的虹吸作用受到影响有关。所以手术时尽量在泪囊底端切口,减少可能对泪囊造成的影响。

我们的观察比较并结合国内外的研究报道,鼻内镜手术有外路手术不可比拟的优点,掌握好手术指征,眼科、耳鼻喉科医生密切配合,完全可以达到与外路手术基本相同的治疗效果。

参考文献

- 1 许庚,李源. 内窥镜鼻窦外科学. 广州:暨南大学出版社 1999: 207-209
- 2 李凤鸣. 中华眼科学. 北京:人民卫生出版社 2005:929-930
- 3 周兵,唐忻. 鼻内镜下泪囊鼻腔造口术(附35例疗效分析). 耳鼻咽喉-头颈外科 1994;1(2):80-84
- 4 李绍珍. 眼科手术学. 第2版. 北京:人民卫生出版社 1997:143
- 5 陈宝刚,张沧霞,梁雄辉,等. 鼻内镜下治疗泪囊鼻腔吻合术后失败病例体会. 眼外伤职业眼病杂志 2009;31(2):159
- 6 林瑞杰. 改良鼻腔泪囊粘膜吻合术临床观察. 中华现代眼耳鼻喉科杂志 2005;8(4):59
- 7 赵敏,吴彤霞,周绍荣,等. 泪囊鼻腔吻合术后泪液排除机制的探讨. 眼外伤职业眼病杂志 2002;24(3):264-266