

# 逆行植入泪道扩张引流管的并发症及处理经验

曹业宏,王丽杰,徐科

作者单位:(110031)中国辽宁省沈阳市第四人民医院眼科  
作者简介:曹业宏,副主任医师,研究方向:眼科临床。  
通讯作者:曹业宏. cysl911@163.com  
收稿日期:2012-03-19 修回日期:2012-08-03

## Clinical experience of retrograde lacrimal dilated drainage tube implantation for the treatment of nasolacrimal duct obstruction and chronic dacryocystitis

Ye-Hong Cao, Li-Jie Wang, Ke Xu

Department of Ophthalmology, the Fourth People's Hospital of Shenyang, Shenyang 110031, Liaoning Province, China

**Correspondence to:** Ye-Hong Cao. Department of Ophthalmology, the Fourth People's Hospital of Shenyang, Shenyang 110031, Liaoning Province, China. cysl911@163.com

Received:2012-03-19 Accepted:2012-08-03

### Abstract

• **AIM:** To summarize the complications and solutions of retrograde lacrimal dilated drainage tube implantation for the treatment of nasolacrimal duct obstruction and chronic dacryocystitis.

• **METHODS:** Totally 110 cases (113 eyes) diagnosed with nasolacrimal duct obstruction or chronic dacryocystitis were treated with retrograde lacrimal dilated drainage tube implantation. Complications from postoperation to removing the drainage tubes 4 months were observed.

• **RESULTS:** There were 26 eyes (23.0%) with difficulty in removing tubes, 5 eyes (4.4%) with drainage tube invisible in nasal cavity, 3 eyes (2.7%) with drainage tube exfoliated, 1 eye (5.9% of B tube) with lacrimal caruncle punctured, 7 eyes (6.2%) with lacrimal canaliculus stenosis, 5 eyes (4.4%) with lacrimal passage reflux.

• **CONCLUSION:** The retrograde lacrimal dilated drainage tube implantation is effective and safe for the treatment of nasolacrimal duct obstruction and chronic dacryocystitis. Only the physician operates seriously, carefully and softly, it will reduce many complications and improve the cure rate.

• **KEYWORDS:** lacrimal dilated drainage tube; nasolacrimal duct; lacrimal duct obstruction; postoperative complications

**Citation:** Cao YH, Wang LJ, Xu K. Clinical experience of retrograde lacrimal dilated drainage tube implantation for the treatment of nasolacrimal duct obstruction and chronic dacryocystitis. *Guoji Yanke Zazhi(Int Eye Sci)* 2012;12(9):1784-1785

### 摘要

**目的:**总结逆行植入泪道扩张引流管治疗鼻泪管阻塞和慢性泪囊炎的并发症及解决方法。

**方法:**对临床诊断为鼻泪管阻塞和慢性泪囊炎的110例113眼患者,逆行植入泪道扩张引流管治疗,观察术后至拔管4mo内出现的并发症。

**结果:**拔管困难26眼(23.0%),鼻腔残端隐藏5眼(4.4%),引流管脱落3眼(2.7%),泪道支撑管刺破泪阜1眼(占B型管5.9%),泪小管狭窄7眼(6.2%),鼻泪道冲洗返流5眼(4.4%)。

**结论:**泪道扩张引流管植入是治疗鼻泪管阻塞或慢性泪囊炎的一种有效、安全的治疗方法,只要医生细心、认真、温和地操作,会避免很多并发症的发生,提高治愈率。

**关键词:**泪道扩张引流管;鼻泪管;泪器阻塞;手术并发症

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2012.09.60

**引用:**曹业宏,王丽杰,徐科.逆行植入泪道扩张引流管的并发症及处理经验.国际眼科杂志2012;12(9):1784-1785

### 0 引言

鼻泪管阻塞是眼科临床常见的泪器系统的疾病,主要症状为泪溢,如伴有细菌感染则有流脓,甚至引起泪囊炎急性发作,终年不愈,严重影响患者的工作及生活。鼻泪道引流管或支架植入是近年来较为常用的治疗方法<sup>[1-3]</sup>,这种治疗的特点是创伤小,皮肤表面无瘢痕,操作简单,如发生再阻塞可重复手术或改用其他手术方式治疗,如泪囊鼻腔吻合术或鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术。但植管术在临床使用中常有一些并发症,现总结如下。

### 1 对象和方法

**1.1 对象** 选取2009-12-01/2011-11-30鼻泪管阻塞和慢性泪囊炎植管治疗的患者110例113眼,均行泪道扩张引流管逆行植入术,其中鼻泪管阻塞25例25眼,慢性泪囊炎82例84眼,泪囊黏液囊肿2例2眼,1例右眼为鼻泪管阻塞,左眼为慢性泪囊炎。男2例2眼,女108例111眼,年龄24~72(平均53.8)岁。其中植入A型引流管96眼,B型引流管17眼。

**1.2 方法** 常规眼睑、鼻及口唇部皮肤消毒,麻黄素和地卡因收敛及表面麻醉鼻黏膜,筛前及眶下神经麻醉,用庆大霉素生理盐水稀释液冲洗泪囊,再用泪道探通引导针<sup>[4]</sup>由上泪点探通泪道,将针芯伸出鼻前孔,将泪道扩张条的牵引线穿入针芯的两股之间,上拉针芯退出上泪点,同时带出扩张条的牵引线,提拉牵引线扩张鼻泪管狭窄部位,退出泪道扩张条,同时用泪道扩张条的牵引线由上泪点引出一双股丝线,去掉扩张条牵引线,再用引出的双股丝线把泪道扩张引流管(A型)的牵引线由泪小点引出,提拉牵引线,将泪道扩张引流管的三角支架置于泪囊,剪除鼻腔内多余的引流管末端。如患者伴有泪小管狭窄则植入

B型引流管,由狭窄的泪小管引出牵引线,植入引流管,并将泪小管支撑管置于狭窄的泪小管内。用庆大霉素和地塞米松的稀释液每日冲洗泪道1次,共5d,然后术后1mo内每周冲洗泪道1次,术后2mo隔周冲洗泪道1次,3mo以后每月冲洗泪道1次,术后4mo拔除泪道引流管。

## 2 结果

拔管困难26眼(23.0%),鼻腔残端隐藏5眼(4.4%),引流管脱落3眼(2.7%),泪道支撑管刺破泪阜1眼(占B型管5.9%),泪小管狭窄7眼(6.2%),鼻泪道冲洗返流5眼(4.4%)。

## 3 讨论

慢性泪囊炎和鼻泪管阻塞是眼科常见病,多由沙眼、鼻炎、鼻中隔偏曲、泪道外伤等引起鼻泪管的狭窄或阻塞,如伴发细菌感染则产生脓性分泌物。主要症状为泪溢,且有引发眼球、眼眶等局部感染的潜在危险,严重影响患者的工作和生活。在治疗上,以往多采用泪囊鼻腔吻合术,近年来鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术和各种泪道引流管植入占有越来越大的比例<sup>[5]</sup>。鼻泪道引流管植入治疗鼻泪管阻塞和慢性泪囊炎,据统计疗效低于传统的泪囊鼻腔吻合术和内窥镜下泪囊鼻腔造孔术。尽管如此,由于它具有术后面部无瘢痕、损伤小、操作简单、可多次手术、治疗失败后仍可选择其他术式等优点,仍然成为很多患者的首选治疗方法。自2009年我们采用张敬先的泪道扩张引流管(A型,用于单纯鼻泪管阻塞或慢性泪囊炎;B型,用于鼻泪管阻塞或慢性泪囊炎伴有泪小管狭窄)治疗此疾病,取得了良好的治疗效果。但也发生了一些意想不到的并发症:(1)拔出引流管困难26眼,占植管总数的23.0%,均为引流管的三角支架与泪囊粘连,不能顺利拔出。我们用两把止血钳牵拉并交替向上逐步钳夹引流管,直至钳夹至三角支架的两支,再拔出引流管。8眼发生三角支架断裂,断裂端完整,未发生泪囊异物。拔管过程中患者疼痛,2眼行筛前麻醉后拔出引流管。分析原因,可能为患者泪囊有炎症反应,且引流管的三角支架较细,植管后瘢痕包裹部分三角支架。如发生此种情况,我们的经验是用两把止血钳牵拉向上交替钳夹扩张管,用力缓和,以免引流管在体部断裂,直至钳夹至三角支架的两支,再稍用力拔出。这样即使三角支架断裂,也不会发生残端存留,导致泪囊异物。另外,拔管困难也与引流管留置于泪道的时间有关,放置时间长,包裹严重,发生拔管困难的几率就大。但究竟留置于泪道多长时间治疗效果最好,文献中没有找到一致的意见<sup>[6-8]</sup>,我们也在实践摸索中。(2)鼻腔残端隐藏5眼,发生原因为引流管鼻腔残端过短,隐藏于下鼻甲之后,请耳鼻喉科会诊,在鼻内窥镜下取出。(3)引流管脱落3眼,可能由于植管不到位,没有体会到三角支架进入泪囊的落空感就结束牵拉,或是患者喷嚏、自行牵拉鼻腔引流管残端所致。在植管时,有时由于鼻泪管狭窄较严重,引流管拉伸程度较大,上端三角支架进入泪囊的落空

感会不明显,所以在植管前,事先在管上做好标记,当标记到达鼻腔的某个位置时,术者就能肯定三角支架一定会在泪囊中。(4)泪道扩张引流管B型的泪小管支撑管刺破泪阜1眼。患者在植入B型泪道扩张引流管2wk后,泪小管支撑管由泪阜部刺出。可能是由于其他医生不了解植入管的类型,由置有泪小管支撑管的泪点进针冲洗,将支撑管推入泪囊,支撑管靠自身的弹力作用刺破泪囊,由泪阜部刺出。也可能是由于手术时泪小管支撑管牵拉过长,导致剪除过多,患者揉眼等动作也可致使支撑管进入泪囊。所以在植入B型引流管时,不能过度牵拉泪小管支撑管,让它保持原状,剪除泪点外露部分即可;术后要让相关医生了解植入管的类型和冲洗方法,嘱患者不要揉眼,可以避免此种情况的发生。(5)泪小管狭窄7眼。在植管后,4mo内冲洗泪道8次,在冲洗过程中,感觉泪道探针不能达骨壁,在突破后可达骨壁,发生了泪小管狭窄。泪小管的炎症或泪道冲洗时损伤泪小管,都会导致泪小管的狭窄,致使治疗失败。因此冲洗泪道时尽量由上泪点进针冲洗,保护下泪小管<sup>[9]</sup>,在泪道探针上涂少许红霉素眼膏起到润滑作用,又有消炎作用,保护泪小管的黏膜,避免损伤。(6)鼻泪道冲洗返流5眼,其中1眼假道形成,冲洗时泪囊局部肿胀;1眼为引流管的三角支架阻塞下泪小管的泪囊入口,冲洗时感觉泪道探针被弹性物阻挡,稍用力后可推弹性物向内移动,冲洗通畅,但患者溢泪。其余3眼冲洗泪道时有反流,但反流程度逐渐减轻,患者泪囊部有压痛感,可能由于引流管植入后泪囊存在炎症反应,随着炎症的减轻,疼痛缓解,引流逐渐通畅。

总之,泪道扩张引流管植入是治疗鼻泪管阻塞或慢性泪囊炎的一种有效、简便、安全的治疗方法,只要医生细心、认真、柔和地操作,会避免很多并发症的发生,提高治愈率。

## 参考文献

- 1 申家泉,王鸿,宋传海,等. SC-LY 新型硅胶泪道探通引流管治疗泪道疾病的临床观察. 眼科研究 2004;22(1):36
- 2 谢青,彭立. 鼻泪管支架植入术治疗鼻泪管阻塞性疾病的临床观察. 国际眼科杂志 2011;11(7):1288-1289
- 3 赵海滨,刘二华. 改良硅胶管逆行置管术治疗鼻泪管阻塞的临床观察. 国际眼科杂志 2011;11(7):1290-1291
- 4 张敬先,邓宏伟,颜波,等. 新型泪道逆行置管术治疗鼻泪管阻塞. 中华眼科杂志 2007;43(9):806-809
- 5 张敬先,项楠,邓宏伟. 重视微创技术治疗泪道阻塞性疾病. 眼科 2008;17(2):79-81
- 6 李冀,段志娟,杜旭果,等. 泪小管阻塞四种治疗方法临床效果分析. 眼外伤职业眼病杂志 2009;31(11):873-876
- 7 吕国芳. 慢性泪囊炎泪道硅胶引流管插管术. 眼外伤职业眼病杂志 2004;26(10):715
- 8 刘夫玲,刘后仓,曾艳平,等. 泪道激光成形联合新型泪道引流管留置术治疗泪道阻塞的临床观察. 眼科新进展 2010;30(2):172-174
- 9 毛海燕,刘文,符琼英,等. 泪道探通术治疗先天性泪囊炎 150 例. 中国眼耳鼻喉科杂志 2009;9(2):103-104