

泪囊鼻腔吻合术失败原因分析及应对方法

张厚洪, 赵 恩, 李 劫, 夏 欢, 董 刚

作者单位: (435100) 中国湖北省大冶市人民医院眼科
作者简介: 张厚洪, 学士, 研究方向: 眼表、泪道、斜弱视、白内障、青光眼。
通讯作者: 张厚洪. zhh797@163.com
收稿日期: 2013-11-26 修回日期: 2014-02-10

Reasons of dacryocystorhinostomy failure and the corresponding managements

Hou-Hong Zhang, Ken Zhao, Jie Li, Huan Xia, Gang Dong

Department of Ophthalmology, Daye People's Hospital, Daye 435100, Hubei Province, China

Correspondence to: Hou-Hong Zhang. Department of Ophthalmology, Daye People's Hospital, Daye 435100, Hubei Province, China. zhh797@163.com

Received: 2013-11-26 Accepted: 2014-02-10

Abstract

• AIM: To analyze the reasons of dacryocystorhinostomy failure and the corresponding managements.

• METHODS: From August 2003 to February 2013, 34 patients (34 eyes) who had a previous failed dacryocystorhinostomy were re-operated in my hospital. This paper analyzed the reasons of operation failure, discussed corresponding managements. The postoperative follow-up time was from 6mo to 4a. Success of the operation was achieved in 33 of these 34 eyes, not effect in 1 eye.

• RESULTS: The main reasons of the failure of dacryocystorhinostomy were: anastomotic granulation tissue congestion, bone hole locations were not correct, intraoperative bleeding, bone holes were too small, the decryocysts were un-incision.

• CONCLUSION: Preoperative perfect relevant examination, intraoperative careful operation, reducing intraoperative bleeding, making the perfect size and location bone hole and lacrimal duct flushing on time can reduce the occurrence of failure. Re-operation of dacryocystorhinostomy is effective in these patients who had a previous failed dacryocystorhinostomy.

• KEYWORDS: dacryocystorhinostomy; reasons of failure; managements

Citation: Zhang HH, Zhao K, Li J, et al. Reasons of dacryocystorhinostomy failure and the corresponding managements. *Guoji Yanke Zazhi(Int Eye Sci)* 2014;14(3):562-563

摘要

目的: 分析泪囊鼻腔吻合术失败原因以及相应的应对方法。

方法: 系统回顾 2003-08/2013-02 在我院再次手术治疗的 34 例泪囊鼻腔吻合术失败患者的病例资料。分析手术失败原因, 探讨应对方法。术后随访 6mo~4a, 治愈 33 例, 失败 1 例。

结果: 泪囊鼻腔吻合术失败的主要原因是: 吻合口肉芽组织堵塞, 骨孔位置不正确, 术中出血过多, 骨孔过小, 泪囊未完全切开。

结论: 术前完善相关检查, 术中细致操作, 减少术中出血, 尽可能制作大小及位置均合适的骨孔, 术后坚持行泪道冲洗, 能减少手术失败的发生。对于失败病例, 再次手术仍可达到治愈效果。

关键词: 泪囊鼻腔吻合术; 失败原因; 应对方法

DOI: 10.3980/j.issn.1672-5123.2014.03.53

引用: 张厚洪, 赵恩, 李劫, 等. 泪囊鼻腔吻合术失败原因分析及应对方法. *国际眼科杂志* 2014;14(3):562-563

0 引言

慢性泪囊炎是临床上常见的眼科疾病, 目前治疗慢性泪囊炎的手术方式较多, 其中泪囊鼻腔吻合术费用低廉, 疗效确切, 手术成功率为 92%^[1], 目前仍是治疗慢性泪囊炎的主流方法。尽管如此, 由于各种原因, 临床上仍有一定比例的失败病例。本文就我院 10a 来手术后失败的 34 例的原因进行分析, 并对相应处理方法进行总结。

1 对象和方法

1.1 对象 原手术失败的病例 34 例 34 眼中, 男 12 例, 女 22 例。年龄 29~64 岁。术后失败时间 4d~2a。临床表现为泪溢, 泪道冲洗不通, 其中 13 例伴有黏脓性分泌物流出。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 (1) 术前鼻黏膜麻醉及血管收缩, 用浸有 20g/L 利多卡因和加有少量 1g/L 肾上腺素棉片塞入手术侧鼻腔直达中鼻道。(2) 局部浸润兼神经阻滞麻醉, 沿皮肤切开线注射麻醉剂, 再沿内眦韧带上及下约 10mm 处注射深达骨膜, 后作眶下、滑车下及筛前神经麻醉^[2]。(3) 沿原手术瘢痕处作手术切口, 仔细分离皮下组织, 寻找内眦韧带及泪前嵴痕迹, 用泪道探针检查泪囊, 寻找失败原因。(4) 首先查找骨孔大小是否合适, 如骨孔偏小, 应该扩大骨孔。然后在泪道探针指引下了解泪囊情况, 鼻黏膜情况, 泪囊未切开者, 应该重新切开泪囊, 将鼻黏膜仔细分离后, 重新与泪囊黏膜缝合。如鼻黏膜破损严重, 直接将泪囊瓣缝合在泪前嵴骨膜上, 泪囊破损严重者, 直接将鼻黏膜缝合在泪囊外侧壁软组织上^[3]。如发现吻合口有血凝块堵塞, 用纱布仔细清除, 充分止血。对于吻合口

有肉芽组织形成的,彻底清除肉芽组织。

1.2.2 术后处理 (1)术后常规应用抗生素 3~5d,防止感染。(2)术后第 3d 抽出鼻腔填塞的油纱条,并行泪道冲洗。(3)术后 1wk 拆线出院。(4)出院后每周来院冲洗泪道一次,共 4 次。以后每月冲洗一次,共 5 次。

2 结果

对 34 例失败病例再次手术,发现手术失败最常见的原因因为吻合口肉芽组织堵塞,共 24 例,占 71%;其次为骨孔过小或位置不正确,共 6 例,占 18%;术中出血过多血块堵塞吻合口 3 例,占 9%;术中泪囊未切开 1 例,占 3%;34 例再次手术者,其中 33 例治愈,1 例未愈(术后仍泪溢,泪道冲洗不通)。

3 讨论

慢性泪囊炎在临床上非常常见,泪囊鼻腔吻合术是治疗慢性泪囊炎最为经典的手术方式。绝大部分县级医院均能开展这一手术。成功率也非常高。但临床上仍时有失败病例,对于这类失败病例的再手术均认为解剖结构混乱,难度大^[4]。冲洗泪道通畅是手术成功的标志,冲洗不通畅或加压冲洗仍不通属失败,此时再行探通即使短时间有效,但不久将闭塞^[5]。对于手术失败的原因,有很多作者均做过相关的研究,普遍认为手术失败最常见原因为骨孔偏小或位置异常。但本人仔细分析我院 34 例失败病例,发现手术失败常见原因有所变化。

最常见的原因是吻合口肉芽组织增生,堵塞吻合口,导致手术失败。引起肉芽组织增生的原因有很多,炎症、异物、血凝块、碎骨屑、线结等均是造成肉芽增生的原因^[6]。手术者在术中应仔细操作,尽量减少术中出血,术中不要在术腔遗留碎骨片或棉片等异物。术后鼻腔麻黄素的应用,对减少肉芽肿形成亦有帮助。我科行泪囊鼻腔吻合术,鼻腔纱条抽出后,常规使用麻黄素喷鼻,麻黄素能使鼻黏膜及肉芽组织水肿消退,促进上皮加速生长,覆盖肉芽创面,防止吻合口粘连与闭塞^[7]。另外,术后定期冲洗泪道,也可有效减少吻合口肉芽组织形成。我院慢性泪囊炎患者绝大部分来自农村,农活繁忙,交通不方便,有的长年在外打工,难以定期来院行泪道冲洗,有的甚至术后一直未做过泪道冲洗。所以医生一定要向患者反复强调术后泪道冲洗的重要性。

手术失败第二位的原因是骨孔偏小或位置异常:一般骨孔大小以 15mm×12mm 比较合适,上达内眦韧带附着点下缘处,下到鼻泪管上端,内侧越过泪骨缝约 1mm。骨孔太大,影响局部外形,鼻骨易骨折。骨孔太小,吻合口易堵塞。骨孔的位置也非常重要,位置如偏上,则泪囊下端不易充分剪开,形成死腔,术后仍有流脓的症状。如果骨孔位置太偏下,则骨膜组织易与泪总管开口处粘连,导致手术失败。

术中出血过多,形成血凝块,堵塞吻合口,导致手术失

败。泪囊鼻腔吻合术最大的难点就是如何应对术中出血的问题。为减少术中出血,术前应该完善相关检查,如凝血功能异常,或有高血压,心肝肾功能不全的患者,先到内科治疗后再行手术。女性患者还应该避开月经期。术前 3d 常规使用止血药,鼻腔常规使用收缩血管类的喷鼻剂。手术过程中,切口位置要准确,切开皮肤后,尽量钝性分离下方的软组织,注意避开内眦动静脉。在咬骨操作时,一定要在可视下进行,时刻保持术腔视野清楚,术腔有活动性出血时,尽量先止血再进行下一步操作,而不能在有活动性出血的情况下把咬骨钳伸入术腔盲目操作,否则可能误伤血管、泪囊或鼻黏膜,造成更剧烈的出血。而且泪囊或鼻黏膜被咬骨钳误伤后,也大大增加吻合的难度。咬骨时,不能一次咬太多,要稳中求进,咬骨过程中,不能强行拉扯左右摇晃。术腔有出血时,可用肾上腺素棉片填压片刻,出血缓解后再继续手术。术后第 3d,抽出鼻腔油纱条后,在鼻腔无明显出血的前提下,应尽早行泪道冲洗,一是可以初步判断手术是否成功,二是可以将吻合口的血凝块及时冲出,减少吻合口堵塞的风险。行泪道冲洗时,动作要轻柔,避免引起出血,冲洗液用量 5mL 左右为宜,冲洗液太少,达不到清除血凝块的目的,冲洗液太多,可能引起吻合口活动性出血。

术中泪囊未切开。这种情况多见于小泪囊患者。初学者手术前,最好先用美蓝等染色剂冲洗泪道,目的是将泪囊黏膜面染色,这样术中就可能很好地判断是否已将泪囊切开。如果没有用美蓝染色,切开泪囊前,先用探针从下泪小点插入直到泪囊,切泪囊时如看到探针露出,同样可以判断泪囊已切开,切开泪囊后,应该将泪囊瓣翻转张开,仔细检查里面是否为光滑的黏膜面,如果里面为光滑的黏膜组织,同样可以证明泪囊已切开。将泪囊瓣与鼻黏膜瓣吻合后,在缝合皮肤之前,应该再次用探针行泪道探查,如探针有明显的阻力,说明泪囊未切开,如果探针进去后有明显的落空感,则表明已吻合成功,就可以放心地缝合皮肤了。

参考文献

- 1 周振德,吴德九. 临床泪器. 上海:上海同济大学出版社 1993:285-286
- 2 吴青松,李拓,李家璋. 泪囊鼻腔吻合术失败原因探讨及再手术的体会. 眼外伤职业眼病杂志 2009;31(12):946
- 3 陈春霞,陈玲. 泪囊鼻腔吻合术 231 例临床分析. 眼外伤职业眼病杂志 2005;27(3):224-225
- 4 贾长伟,温莉,孙雨露. 泪囊鼻腔吻合术失败的再手术治疗. 眼外伤职业眼病杂志 2003;25(3):206
- 5 王刘英,汤代文. 泪囊鼻腔吻合术治疗慢性泪囊炎效果分析. 安庆医学 2012;32(2):6
- 6 黄天福. 泪囊鼻腔吻合术失败原因分析. 实用医院临床杂志 2006;3(2):72
- 7 王业成. 眼手术并发症原因及处理. 长沙:湖南科学技术出版社 1998:146