

泪囊鼻腔吻合术失败原因和再次手术探讨

洪卫, 陈惠英

作者单位: (214400) 中国江苏省江阴市人民医院眼科
作者简介: 洪卫, 副主任医师, 大学本科, 研究方向: 眼外伤、眼底病。
通讯作者: 洪卫. 1969hongwei@sina.com
收稿日期: 2012-05-23 修回日期: 2012-08-04

Causes of failure and reoperation on dacryocystorhinostomy

Wei Hong, Hui-Ying Chen

Department of Ophthalmology, Jiangyin People's Hospital, Jiangyin 214400, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Wei Hong. Department of Ophthalmology, Jiangyin People's Hospital, Jiangyin 214400, Jiangsu Province, China. 1969hongwei@sina.com

Received: 2012-05-23 Accepted: 2012-08-04

Abstract

• **AIM:** To explore the causes of dacryocystorhinostomy failure and the clinical therapeutic effects of reoperation.

• **METHODS:** Seventeen cases (17 eyes) with failure dacryocystorhinostomy were reoperated. The causes of the first operation failure were analyzed, and the reoperation skills and effects were explored.

• **RESULTS:** Patients were followed up from 4 to 12 months. All reoperations were successful. The main reason of failure was small bone hole and improper location, dacryocyst not fully incised, lower end of blind pouch and contact adhesion of anterior flap with posterior flap.

• **CONCLUSION:** Mastering the surgical skills and key points, correctly dealing with the problems of the first operation, the reoperation will be successful.

• **KEYWORDS:** chronic dacryocystitis; dacryocystorhinostomy; failure; reoperation

Citation: Hong W, Chen HY. Causes of failure and reoperation on dacryocystorhinostomy. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012; 12 (9): 1786-1787

摘要

目的: 探讨泪囊鼻腔吻合术失败的原因及再次手术治疗的临床效果。

方法: 对 17 例泪囊鼻腔吻合术失败者再次手术治疗, 分析首次手术失败的原因, 探讨再次手术的技巧、疗效。

结果: 术后随访 4~12mo, 17 例再次手术均取得成功。泪囊鼻腔吻合术失败的主要原因系骨孔过小、位置不当, 泪

囊壁未完全切开、下端盲袋, 前后瓣接触粘连。

结论: 掌握手术技巧、要点, 正确处理首次出现的问题, 再次手术能取得成功。

关键词: 慢性泪囊炎; 泪囊鼻腔吻合术; 失败; 再次手术

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2012.09.61

引用: 洪卫, 陈惠英. 泪囊鼻腔吻合术失败原因和再次手术探讨. *国际眼科杂志* 2012; 12(9): 1786-1787

0 引言

慢性泪囊炎是眼科常见疾病。泪囊鼻腔吻合术是在泪囊内侧与相邻的鼻腔间建立一条新的通道, 代替原已闭塞的鼻泪管, 既可解除了泪囊长期积脓的隐患, 又能恢复排泪功能, 是目前治疗慢性泪囊炎较佳的一种手术^[1], 在临床仍有部分病例手术失败。我院 2003-03/2012-01 收治 17 例首次手术失败的患者行再次手术, 取得良好效果, 现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 收集 2003-03/2012-01 首次泪囊鼻腔吻合手术失败住院患者 17 例 17 眼, 男 1 例, 女 16 例, 年龄 31~67 岁。所有患者有溢泪和溢脓表现, 挤压泪囊区有黏液脓性分泌物溢出, 下泪道冲洗有黏液脓性从上泪点返流, 对可疑病例行 X 线泪囊造影证实。再次手术与首次手术间隔时间 6~36mo。

1.2 方法 (1) 术前先泪道冲洗尽量将泪囊脓液冲出, 再从下泪道注入亚甲蓝, 使泪囊黏膜着色, 按压泪囊区挤出亚甲蓝。用 10g/L 地卡因和肾上腺素浸润的纱条填塞中鼻道并尽量向外上方压紧。(2) 用 20g/L 利多卡因 + 7.5g/L 布比卡因各半约 8mL 加入 1:1000 肾上腺素少许行滑车下神经、筛前神经、眶下神经阻滞麻醉及原皮肤切口皮下浸润麻醉。(3) 沿原皮肤切口或其内侧 1mm 全层皮肤切开, 垂直骨壁钝性分离皮下组织, 暴露并剪断部分内眦韧带, 泪囊牵开器撑开皮肤, 泪道探针探查了解泪囊及鼻黏膜情况, 分析失败原因, 根据不同原因作相应的处理。绝大多数手术失败原因主要为骨孔偏小或骨孔位置不当, 鼻黏膜切口相应偏小; 其次是泪囊壁未完全切开; 泪囊下端形成盲袋, 上端泪囊鼻腔黏膜前后瓣粘连; 也有泪囊鼻腔黏膜吻合不牢靠致前后瓣接触粘连, 造成吻合口阻塞。首先扩大原骨孔, 分离骨膜, 将泪囊连同骨膜推向颞侧, 弯血管钳顶破泪囊窝后下部骨壁, 咬骨钳咬去泪骨凹槽, 以泪前脊为中心扩大骨孔, 要求上达内眦韧带附着点下缘, 下达鼻泪管入口部, 后至泪骨缝后方。(4) 泪道探针插入泪囊, 确定准确位置后, 探针引导下做泪囊壁纵向切口并扩大至泪囊上下端, 再“工”字型剪开上下端, “工”字型切开鼻黏膜, 有肉芽组织阻塞吻合口的, 予以清除, 吻合后瓣 2 针。(5) 取 10 号导尿管, 头端缝双股牵引线, 另一端经骨孔从前鼻孔引出, 将头端置于后瓣前面后

牵引线经皮下从眉端引出固定;前瓣缝合两针;若泪囊较小,不能同时前后瓣缝合,可单作前瓣吻合;若鼻黏膜损伤严重,无法制作前后两瓣时,把鼻黏膜完全清除,泪囊前瓣做大,拉前瓣与鼻梁骨膜吻合,确保泪囊充分敞开、前瓣吻合可靠。(6)缝合内眦韧带、皮下组织及皮肤。术毕患眼包扎。术后常规抗生素、止血药使用3~5d;术后48h去除包扎、换药;第4d经下泪小管冲洗泪道,并每日冲洗泪道1次;术后1wk拔除支撑用导尿管、拆除皮肤缝线。

2 结果

泪囊鼻腔吻合术失败的主要原因系骨孔过小、位置不当9例,泪囊壁未完全切开、下端盲袋5例,前后瓣接触粘连3例。术后随访4~12mo。17例溢泪症状消失,冲洗泪道通畅,手术成功,均达到治愈效果。

3 讨论

泪囊鼻腔吻合术旨在重建泪液排出通道,设计符合生理要求,仍为治疗慢性泪囊炎的首选术式^[2]。首次手术失败的原因各家报道基本相似^[3-6],我们分析大多是由于局部解剖不熟悉,未掌握手术技巧及关键点造成。主要有以下几方面:(1)骨孔偏小、位置不当,造骨孔是手术的关键步骤,骨孔范围是泪囊对应的范围,上达内眦韧带附着点下缘,下达鼻泪管入口部,后至泪骨缝后方,超过泪骨骨缝1mm。这样的骨孔位置居中,上下径达15~18mm,前后径达12~14mm。骨孔的位置过高吻合后泪囊的下端形成盲袋使排出物滞留;位置过低可能穿上颌窦;骨孔位置过后,损伤筛窦,容易出血;位置过前,影响鼻形,同时泪囊和鼻黏膜距离太远,不易吻合^[7],失败病例大多由于骨孔偏小、位置不当,导致鼻黏膜切口相应偏小,不利于黏膜瓣吻合。(2)泪囊壁未完全切开;泪囊切口小,下端形成盲袋导致失败。泪囊壁充分切开是手术的要点,否则会造成吻合口狭窄、阻塞。(3)泪囊鼻腔黏膜吻合不牢靠,吻合口不畅,由于不熟悉局部解剖,造成鼻腔黏膜及泪囊损伤,不能正确处理如何吻合;吻合时前瓣张力过大,缝线过早脱落;前瓣过长过宽都会导致前后瓣贴近而粘连,肉芽组织生长而致吻合口阻塞导致失败。再次手术我们认为应注意以下要点及技巧:(1)术前检查鼻腔情况,如有严重的鼻中隔偏曲、中鼻道息肉、鼻甲肥大等鼻腔疾患时应

先处理;时间于首次手术6mo后,因为术后6mo瘢痕完全恢复稳定;下泪点位置正常,无下泪小管及泪总管阻塞,挤压泪囊区、泪道冲洗有较多脓液溢出,可疑病例泪囊造影证实泪囊存在,可再次手术。(2)术前亚甲蓝泪囊染色,术中可容易找到泪囊,避免泪囊损伤。充分的局部麻醉及中鼻道填塞,可消除术中疼痛及减少出血。(3)再次手术为原皮肤切口或其内侧1mm,分离皮下组织时方向应与骨壁垂直,以避免损伤泪囊。(4)充分熟悉泪囊及其周围组织解剖,找到重要标志泪前脊和内眦韧带。(5)找到首次骨孔后,在骨孔内侧切开骨膜并仔细分离,将泪囊连同骨膜推向颞侧,通过改变咬骨钳角度和方向,可使骨孔容易制作,骨孔要足够大,位置准确,边缘要平直、光滑,要求探针插入泪道呈水平位时碰不到上方骨壁,并位于前后径中间。(6)利用泪囊黏膜亚甲蓝染色及探针的帮助,可准确切开泪囊壁全层并扩大切口泪囊上下端。(7)泪囊及鼻腔黏膜前瓣应比后瓣大。(8)泪囊前后瓣之间置导尿管,可撑开泪囊前后部防止粘连,同时早期支撑吻合口瓣,防止吻合口瓣塌陷下垂而致手术失败。(9)为减少术后瘢痕,可用3-0丝线缝合内眦韧带,6-0可吸收线缝合皮下组织及皮肤。

总之,掌握了以上手术要点和技巧,正确处理首次手术出现的问题,再次手术能够取得良好效果。

参考文献

- 1 李绍珍. 眼科手术学. 第2版. 北京:人民卫生出版社 1997:203-207
- 2 李昂,杜春光,苏东风,等. 泪囊鼻腔吻合术治疗116例慢性泪囊炎临床分析. 国际眼科杂志 2006;6(1):212-213
- 3 毛剑. 泪囊鼻腔吻合失败32例原因分析. 国际眼科杂志 2005;5(3):592-593
- 4 姜素贞,王寅威,姜方义. 泪囊鼻腔吻合术失败原因与再手术. 眼外伤职业眼病杂志 2006;28(8):626-627
- 5 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):946-947
- 6 方建华,吴鸥. 泪囊鼻腔吻合术后复发的原因分析和再次手术探讨. 实用防盲技术 2011;6(3):117-118,120
- 7 李凤鸣,赵光喜. 眼科手术并发症及其处理. 昆明:云南科技出版社 2000:51-52