

泪囊鼻腔吻合术联合泪道置管治疗慢性泪囊炎合并泪道狭窄

陈冬斌¹, 许超², 廖文勇¹

作者单位:¹(628017)中国四川省广元市,万江眼科医院;
²(628017)中国四川省广元市第二人民医院耳鼻咽喉科

作者简介:陈冬斌,男,主治医师,研究方向:青光眼、白内障、泪器疾病。

通讯作者:许超,副主任医师,研究方向:耳鼻咽喉及鼻眼相关外科. gysxuchao@163.com

收稿日期:2012-05-11 修回日期:2012-09-26

Dacryocystorhinostomy with nasolacrimal duct tube placement in treatment of chronic dacryocystitis and lacrimal duct stenosis

Dong-Bin Chen¹, Chao Xu², Wen-Yong Liao¹

¹Wanjiang Eye Hospital, Guangyuan 628017, Sichuan Province, China; ²Department of Otolaryngology, the Second People's Hospital of Guangyuan City, Guangyuan 628017, Sichuan Province, China

Correspondence to: Chao Xu. Department of Otolaryngology, the Second People's Hospital of Guangyuan City, Guangyuan 628017, Sichuan Province, China. gysxuchao@163.com

Received:2012-05-11 Accepted:2012-09-26

Abstract

• **AIM:** To discuss the clinical efficacy of dacryocystorhinostomy (DCR) associated with lacrimal duct drainage tube placement for treatment of chronic dacryocystitis and lacrimal duct stenosis.

• **METHODS:** For 41 patients with chronic dacryocystitis and lacrimal duct stenosis, DCR has been given. And during DCR operation, lacrimal duct was probed and a new type drainage tube was planted for 3 to 6 months. Three months later after removal of drainage tube, flow of tears, pus excretion and lacrimal duct clearance were observed.

• **RESULTS:** Upon removal of drainage tube, clear lacrimal duct ratio was 100%. Three months after tube removal, rechecking reports 38 cases with clear lacrimal duct (93%, 38/41) and 3 cases with block duct (7%, 3/41). Except for 8 cases with minor lacerations, no other complications were observed.

• **CONCLUSION:** DCR associated with lacrimal duct drainage tube placement is an effective treatment for chronic dacryocystitis and lacrimal duct stenosis. Surgical equipment required a simple, small difficulty operation, operation under direct vision, which makes it a very applicable good method at primary hospital.

• **KEYWORDS:** chronic dacryocystitis; lacrimal duct stenosis; silicon tube

Citation: Chen DB, Xu C, Liao WY. Dacryocystorhinostomy with nasolacrimal duct tube placement in treatment of chronic dacryocystitis and lacrimal duct stenosis. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(11):2227-2228

摘要

目的:探讨泪囊鼻腔吻合术联合泪道置管在慢性泪囊炎合并泪道狭窄病例的临床疗效。

方法:对41例慢性泪囊炎合并泪道狭窄的患者,在施行外路泪囊鼻腔手术中同时行泪道探通,留置新型泪道引流管3~6mo,在取管后3mo随访,观察术眼流泪、溢脓及泪道通畅情况。

结果:术后3~6mo取管,冲洗泪道通畅率100%;取管后3mo复查,38例(93%,38/41)冲洗泪道通畅。冲洗不通3例(7%,3/41)。除8例(20%)下泪小点有轻微撕裂伤外,无其他并发症。

结论:泪囊鼻腔吻合术联合泪道置管治疗慢性泪囊炎合并泪道狭窄,效果明显,所需手术设备简单、直视下操作、手术难度小,是一种适合基层医院使用的较好方法。

关键词:慢性泪囊炎;泪道狭窄;硅胶管

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2012.11.62

引用:陈冬斌,许超,廖文勇.泪囊鼻腔吻合术联合泪道置管治疗慢性泪囊炎合并泪道狭窄.国际眼科杂志2012;12(11):2227-2228

0 引言

慢性泪囊炎是眼科常见及多发病,常伴有患眼流泪、溢脓及慢性结膜炎等情况,反复发作,影响患者的工作和生活。临床上发现部分慢性泪囊炎患者由于长期反复急性发作,常上行感染引起泪小管黏膜炎性水肿甚至瘢痕形成,进而出现近泪囊端泪小管狭窄甚至永久性阻塞,加重泪囊脓肿的形成,有时会发展为筛窦泪囊瘘或泪囊瘘管^[1];部分病例在基层医院行泪道探通时,因操作不慎而损伤泪小管壁而引起瘢痕性狭窄,严重者形成假道;部分病例合并有下泪小点膜闭。此时单纯泪道冲洗、探通或泪囊鼻腔吻合手术均难以恢复泪道的通畅。自2006-05/2011-10以来,我院尝试泪囊鼻腔吻合手术中行泪道探通联合留置新型泪道引流管41例,经随访术后效果好,报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 慢性泪囊炎患者41例41眼,女36例,男5例,年龄35~64(平均49.5)岁;病程1~6a。均存在流

泪、溢脓及反复发作病史。术前压迫泪囊区脓液反流不明显,行泪道冲洗,可见上泪点冲洗液反流,偶见少量脓性分泌物。泪道探通确定狭窄或阻塞位于近泪囊端泪小管或泪总管,并在术中再次确认。其中,1例患者伴有下泪小点膜闭,4例患者为上泪小管下端狭窄,8例患者为下泪小管近泪囊端阻塞,26例患者为泪总管口狭窄,2例合并泪囊脓肿。所有病例术前均排除鼻中隔偏曲、鼻甲肥大及其他鼻腔占位病变。

1.2 方法 术前以10g/L丁卡因及1:1000肾上腺素混合纱条填塞中鼻道,以20g/L利多卡因、2.5mL行皮下浸润麻醉泪囊区、筛前神经、滑车下神经及眶下神经阻滞麻醉。手术切口上方起自内眦鼻侧10mm处,沿皮肤褶皱弧形切开10~15mm,钝性分离皮下组织及眼轮匝肌,暴露内眦韧带,切断内眦韧带下半部分。沿泪前嵴内侧2~3mm切开骨膜,用骨膜剥离器钝性分离骨膜,暴露泪囊窝及泪后嵴,注意保护泪囊壁。分离时下方达鼻泪管开口,上方达泪囊顶部。自泪后嵴鼻下方以弯血管钳顶破泪骨骨板薄弱处,咬骨钳向上咬切泪骨及泪前嵴,扩大骨孔至12mm×15mm,充分暴露鼻黏膜。泪囊及鼻黏膜均做“工”字切开,切口尽量靠下,使前瓣相对较大,后瓣可不处理或剪除。泪囊切口向上延长至内眦韧带水平,向下至鼻泪管,尽量充分切开泪囊,暴露泪总管泪囊开口位置。用泪道探针分别从上下泪小点探入泪囊,判断泪道狭窄部位及是否需要留置硅胶管。根据泪道大小选用6~8号不带柄银质探针套入0.6mm泪道引流管,涂以红霉素眼膏,先从上泪小点探入泪囊中,泪小点开口狭窄者同时行泪小点扩张或切开,由皮肤切口取出探针,留置硅胶管。同样方法将泪道引流管的另一端从下泪小点探入泪囊,使硅胶管呈倒“U”型,从上下泪小点插入并从泪总管引出,并通过泪囊与鼻黏膜开口于鼻腔中引出,4号丝线打结固定,远端不超出前鼻孔。行泪囊鼻黏膜前唇间断2针缝合,至少1针加固缝合于泪前嵴骨膜。1号丝线间断缝合眼轮匝肌,0号丝线行皮下连续缝合,加压包扎,术毕。术后处理:术后7d拆除皮肤缝线,庆大霉素+地塞米松针混合液冲洗泪道,1次/wk,共4次;妥布霉素地塞米松眼液点眼,4次/d,每周减1滴至停药。一般病例于术后3mo取出硅胶管,术中发现下泪小管狭窄明显者延长至6mo。表面麻醉后从内眦处剪断引流管后用鼻镜从鼻腔取出硅胶管,庆大霉素地塞米松生理盐水冲洗泪道,1次/wk,共4次。3mo后复查,观察患眼流泪、溢脓及泪道冲洗通畅情况。

2 结果

2.1 手术疗效评定标准 痊愈:室内外溢泪均消失,挤压泪囊无分泌物溢出,泪道冲洗通畅;显效:室外稍溢泪,但室内溢泪消失,压迫泪囊部无分泌物溢出,冲洗泪道通畅;有效:室内外均有溢泪,但程度较前减轻,冲洗泪道欠通畅;无效:术后症状同术前^[2]。

2.2 治疗结果 术后3mo取管后冲洗泪道100%通畅,给予典必殊眼液点眼,4次/d,共4wk。3mo后复查,38例(93%)痊愈,冲洗泪道通畅;3例(7%)再次发生泪道阻塞,下泪小管冲洗不通,上泪小管冲洗通畅,其中1例为泪小管激光成型并置管,取管后再次阻塞病例,2例为术中泪道探通时发现下泪小管阻塞明显的病例。所有病例溢脓症状消失,无鼻腔出血、感染及其他不良反应。

2.3 并发症 仅5例患者因引流管植入引起术眼内眦部

轻微不适,使用人工泪液或润滑剂后症状消失;8例伴有下泪小点开口有不同程度切割裂伤,但并不影响手术效果;2例在2mo时引流管脱落,冲洗泪道通畅。其余患者无任何不良反应。

3 讨论

慢性泪囊炎患者,临床上多有明显流泪、溢脓等症状,在室外工作时症状加重,严重影响患者的身心健康,同时由于慢性泪囊炎可能造成眼内感染(特别是需行眼内手术的患者)或其他邻近器官感染,临床上多考虑手术方法积极治疗,外部泪囊鼻腔吻合术(DCR)目前仍然是手术治疗的金标准^[3]。鼻内镜下鼻腔泪囊吻合术治疗慢性泪囊炎,具有组织损伤小、操作简单快捷、并发症少、面部无留瘢痕、远期可取得较为理想的疗效^[4]。对于伴有泪道阻塞的患者可行泪道激光成型术联合泪道置管,但均需要相应的设备和技术条件。而且由于泪囊腔内大量脓性分泌物积聚,鼻泪道阻塞难以通过激光治疗解决,最终导致治疗成功率(60%)不高^[5]。在基层医院,DCR目前仍然是慢性泪囊炎治疗的主要方法。慢性泪囊炎的患者特别是伴有泪总管狭窄、复发性泪道阻塞或手术中发现泪囊缩小并瘢痕化者,应该植入硅胶管^[6]。该组病例在手术中发现:多数患者(34例,83%)泪道狭窄或阻塞位于泪小管或泪总管近泪囊开口处,术中充分暴露泪总管泪囊开口后,用泪道探针探通时可准确判断狭窄部位和泪总管开口的位置并行探通。所选用之泪道引流管系高分子合成材料加工制造,对人体组织无毒无害、无刺激,不会对泪小管管壁造成伤害。硅胶管早期可对造口下方所覆盖鼻腔黏膜瓣起到部分支撑压迫作用,以防黏膜瓣移位^[7]。硅胶管表面光滑富有弹性,植入后有持续扩泪道作用,使狭窄或阻塞区的泪道形成一条光滑的、有上皮覆盖的瘘道,促使泪液导流和症状的改善^[8,9]。泪小管狭窄位置越靠近泪囊且泪囊积脓较多、泪囊较大者术后成功率较高。术中前瓣吻合时至少有1针和泪前嵴骨膜相固定,从而避免术后早期炎性水肿及出血造成吻合口阻塞。术中骨创面、鼻黏膜出血较多者,可用止血海绵或油纱填塞鼻腔创面止血,术后24~48h取出,以减少术后出血。3例失败病例分析原因有:(1)以前做过激光泪道成型并再次阻塞,泪小管有瘢痕形成,手术效果不佳。(2)下泪小管有明显的阻塞并且离泪总管位置较远,尽管术中探通,但多为假道,术后取管后很快再次发生阻塞。

总之,泪囊鼻腔吻合术联合泪道置管治疗慢性泪囊炎合并泪道狭窄效果明显,所需手术设备简单、直视下操作、手术难度小,是一种适合基层医院采用的好方法。

参考文献

- 1 李凤鸣.眼科全书.北京:人民卫生出版社 1999:1079-1086
- 2 彭秀民,曾广银,任相庭,等.鼻泪管硅胶管植入术初步报告.中华眼科杂志 1983;19(3):191
- 3 谢立信.眼科手术学-理论与实践.北京:人民卫生出版社 2003:477-478
- 4 周兵,韩德民,黄谦,等.鼻内镜泪囊鼻腔造孔术远期疗效随访.中华耳鼻咽喉头颈外科 2008;1:13-17
- 5 刘夫玲,刘后仓,曾艳平,等.泪道激光成型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
- 6 Robert C, Della Rocca (著),李冬梅(译).眼整形外科-手术设计与技术.北京:人民卫生出版社 2006:155
- 7 许超,安惠民,袁军,等.经鼻内镜改良鼻腔泪囊造口术的临床研究.国际眼科杂志 2012;12(4):730-732
- 8 张启珍,徐传赏,罗顺利. Nd:YAG 激光联合泪道置管术治疗泪道阻塞.眼科新进展 2006;26(12):940-941
- 9 于静,高明宏,年春志,等.激光联合泪点塞在泪小点狭窄或阻塞疾病中的应用.眼科新进展 2008;28(5):3