

泪小点周围眼睑小肿物的临床治疗

雷海珠

作者单位: (410000) 中国湖南省长沙市, 长沙爱尔眼科医院
作者简介: 雷海珠, 女, 硕士, 主治医师, 研究方向: 眼整形及眼眶病。
通讯作者: 雷海珠. xinger9796@163. com
收稿日期: 2011-11-03 修回日期: 2011-12-30

雷海珠. 泪小点周围眼睑小肿物的临床治疗. 国际眼科杂志 2012; 12(2): 377-378

0 引言

眼脸上有些良性小肿物, 比如色素痣、乳头状瘤、皮肤疣、肉芽增生等病变长在泪小点周围, 若不切掉, 肿物逐渐长大, 常有遮挡视力感或异物感, 且更担心肿物恶性变; 若切掉, 因面部美容和泪小点功能的要求, 给手术带来了一定的难度和风险。现将我院 13 例泪小点周围眼睑肿物的手术治疗情况及其临床观察报道如下。

1 临床资料

选取我院 2009-09/2011-06 泪小点周围睑缘肿物住院手术患者 13 例, 其中男 6 例, 女 7 例; 年龄 19 ~ 58 岁。按照肿物的部位分两组, 组 1 为 9 例眼睑肿物在上泪小点周围; 组 2 为 4 例眼睑肿物在下泪小点周围。根据患者的手术年龄分组: 19 ~ 30 岁接受手术者 7 例 (54%); 31 ~ 40 岁 3 例 (23%); 41 ~ 58 岁 3 例 (23%), 见表 1。手术方法: 在显微镜下, 局部浸润麻醉后, 沿眼睑肿物周围 1mm 完整切除小肿物, 并送病理检查, 游离创口周围的皮肤对位缝合, 若因肿物侵犯部分睑板导致眼睑缺口畸形者, 可分层对位缝合眼睑睑板与皮肤。找寻泪小管开口断端后, 插入腰麻导管至泪总管处, 固定导管于眼睑皮肤 3 针。7d 后拆除皮肤缝线, 1mo 后拆除导管处缝线。13 例患者术后均反应较轻, 切口 I 期愈合。随访 2 ~ 20mo, 术后眼睑形态及功能正常, 无睑内外翻、明显瘢痕; 泪小点可见, 且无溢泪现象, 泪道冲洗示通畅。

2 讨论

睑缘是皮肤和黏膜的过度移行区、为眼部小肿物的多发部位、眼睑完整的解剖结构, 对维护眼球的视功能至关重要。面部特殊的美容作用也使人们对眼睑的外观有着非同寻常的要求。鉴于以上原因, 在处理眼睑小肿物的时候, 要求手术者更多的考虑到患者的眼睑外观与功能, 因此, 一般均在行小肿物切除的同时作皮瓣或皮肤、黏膜移行修补成形^[1]。

在本研究中, 眼睑小肿物的生长位置更加特殊一些, 它们都围绕上下泪小点生长 (图 1, 2)。众所周知, 泪小点是泪道系统的起点, 损伤它可能会导致患者流泪, 这一并发症的出现无疑给手术增加了更大的难度, 也使得我们手术者对其有更多的思考。国内外有少数学者针对这一可能出现的并发症, 也提出了自己的观点, Matthäus 等^[2]利用冷冻治疗泪小点周围的眼睑小肿物, 这样泪道系统没有被破坏, 保持了泪道系统的通畅; 我国国内有学者提出在切除围绕泪小点周围的眼睑小肿物后, 切开一小段前壁的泪小管, 这样也保证了术后泪道系统的通畅^[3]。

表 1 患者 13 例临床资料

例号	性别	年龄(岁)	部位	病理检查结果	随访时间(mo)
1	女	19	左上泪点	皮内痣	12
2	男	21	右上泪点	肉芽增生	2
3	男	23	左上泪点	皮内痣	11
4	女	24	左上泪点	乳头状瘤	15
5	女	26	左上泪点	皮内痣	7
6	男	28	右上泪点	皮内痣	18
7	女	30	右上泪点	乳头状瘤	6
8	男	33	左上泪点	皮内痣	20
9	女	36	右上泪点	皮内痣	5
10	男	39	左下泪点	皮内痣	8
11	女	41	左下泪点	皮内痣	10
12	女	48	右下泪点	皮肤疣	19
13	男	58	左下泪点	角化棘皮瘤	3



图 1 下泪小点周围眼睑小肿物 A: 术前; B: 术后。

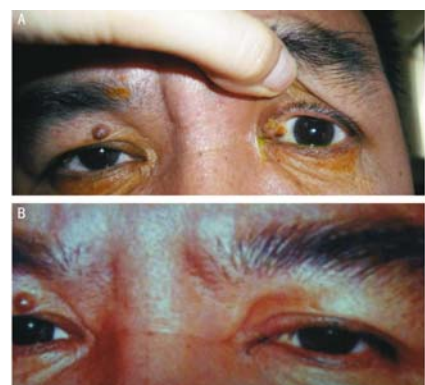


图 2 上泪小点周围眼睑小肿物 A: 术前; B: 术后。

我们在手术切除 13 例患者的眼睑肿物后, 都在显微镜下找寻到泪小点断端后, 插入腰麻导管至泪总管处, 并且把导管固定缝合于眼睑皮肤 3 针, 1mo 后拆除皮肤缝线且拔出导管, 可见泪小点周围已上皮化, 泪小点形成良好, 患者也无溢泪现象, 泪道冲洗示通畅。在此手术中我们要提出的一点是, 此类小肿物大小均没有超过眼睑长度的 1/3, 否则此类肿物切除术后睑板的缺失是不能靠简单的睑板对位缝合就能弥补的。

在上述 13 例患者中, 有 5 例患者在术后第 1d 诉术眼内眦角有异物感不适症状, 无疼痛感觉, 这有可能是术后眼睑肿胀与插入泪小点处的导管所致, 经手术者再次向患者详细讲解病情及导管的重要性后, 一般平均在术后第

5d,眼睑肿胀消失大半,患者理解并接受了导管的存在,未再诉眼部任何不适症状。还有2例患者术后2wk复查时发现缝线有部分脱失,导管有松动的迹象,局部麻醉后加固缝线,患者也满意疗效。

综上所述,肿物切除并一期成形联合泪道置管术能有效治疗泪小点周围的眼睑小肿物,且眼睑弧度自然,无明显瘢痕,最重要的是,泪小点的功能没有破坏,无溢泪现象。

参考文献

1 安梅. 睑缘肿物应用 CO₂ 激光治疗的疗效观察. 中外健康文摘 2009;6(18):77-78
2 Matthäus W, Baerthold W. Patency of lacrimal ducts after cryotherapy of eyelid tumors. *Ophthalmologica* 1997;176(3):150-153
3 施玉英,张舒心,闵燕,等. 同仁眼科手术笔记. 北京:中国科学技术出版社 2004:184

· 短篇报道 ·

鼻内镜下泪囊鼻腔造孔术后鼻腔清理的临床分析

秦 牧,邝国平,周小平,何良波

作者单位:(423000)中国湖南省郴州市,南华大学附属郴州第一人民医院眼科
作者简介:秦牧,硕士研究生,住院医师,研究方向:眼鼻相关。
通讯作者:邝国平,博士研究生,主任医师,研究方向:眼底病。
kgp@163.com
收稿日期:2011-10-25 修回日期:2011-12-31

秦牧,邝国平,周小平,等. 鼻内镜下泪囊鼻腔造孔术后鼻腔清理的临床分析. 国际眼科杂志 2012;12(2):378

0 引言

慢性泪囊炎是泪囊病变中最常见的类型,多见于中老年女性。近年来,应用鼻内镜外科手术技术经鼻行泪囊鼻腔造孔术,为慢性泪囊炎提供了一个新的途径^[1],但效果不理想。近3a来我们对鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术后鼻腔清理治疗本病63例,并设对照组对比观察,取得较满意的疗效,现报道如下。

1 临床资料

选取2007-08/2010-09本院眼科门诊及住院患者慢性泪囊炎患者126例。按随机数字表法分为治疗组63例,其中男35例,女28例;年龄16~69(平均40.7)岁;病程6wk~28a,平均10.5a。治疗组63例,其中男34例,女29例;年龄16~68(平均41.2)岁;病程6wk~29a,平均11.2a;两组一般情况经统计分析具有可比性($P > 0.05$)。治疗方法:对照组:全部病例采用局部麻醉下手术。用10g/L丁卡因40mL加1/1000肾上腺素4mL浸湿棉片,行鼻腔黏膜表面麻醉,并用20g/L利多卡因浸润麻醉鼻黏膜切口处,患眼滴10g/L丁卡因表面麻醉。在0°鼻内镜(德国Wolf)下,以中鼻甲和下鼻甲附着缘为上下界,以钩突基底为后界,向前剥离并切除黏骨膜。用枪状镊鼻内定位泪囊在鼻腔外侧壁上的相应位置,然后用电钻磨出1.0cm×0.8cm骨窗,充分暴露泪囊,在泪道探针指示下纵行切开泪囊内侧壁,两侧分别用银夹固定在鼻腔外侧壁黏膜,以保持泪囊切开口通畅,冲洗泪道证实泪道通畅。术毕以明胶海绵局部压迫止血。合并鼻中隔偏曲、鼻息肉、中鼻甲肥大和鼻窦炎等病变者于同期先行手术处理。治疗组:在对照组的基础上,3,7,15d行鼻腔清理:用20g/L丁卡因20mL加1/1000肾上腺素2mL行鼻腔表面麻醉和黏膜收缩后,用吸引器清理鼻腔的血痂及分泌物,并观察

表1 两组综合疗效比较

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率
治疗组	63	40(63.5)	18(28.6)	5(7.9)	58(92.1)
对照组	63	25(39.7)	30(47.6)	8(12.7)	55(87.3)

吻合口黏膜是否水肿及膜闭。如发现膜闭时及时用筛窦钳咬除,再用吸引器吸除干净,用止血棉片止血。如鼻腔水肿厉害,分泌物较多可15d后再行一次鼻腔清理。两组治疗期间术眼滴复方妥布霉素滴眼液,3次/d,2滴/次,术鼻腔喷雷诺考特鼻喷雾剂2次/d,早晚一喷,手术后常规用3d抗生素。对所有病例随访1a后评定综合疗效。全部统计过程在SPSS 11.5 进行统计分析,计量资料用t检验,等级资料用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。疗效观察:治愈:鼻内镜下观察鼻腔外侧壁泪囊造孔形成,造瘘口周边光滑,泪液引流通畅。流泪、流脓等症状消失,冲洗泪道通畅。好转:鼻内镜下观察鼻腔外侧壁泪囊造孔形成,引流通畅,患者症状减轻,冲洗泪道通畅和加压后通畅。无效:泪囊造孔闭锁,泪道冲洗不通畅。治愈和好转都视为手术成功,两者相加计为有效。随访后评定疗效:两组126例全部得到随访,随访1a后评定疗效。采用完全随机设计的两样本均数比较的秩和检验,治疗组与对照组比较($Z = -2.551, P = 0.011 < 0.05$,表1)。

2 讨论

鼻内镜下泪囊鼻腔造孔术的优点是不影响面部外观,组织损伤小,出血少,视野清晰,可同时处理鼻腔内病变,不损伤内眦韧带,可保留泪囊的唧筒作用^[2-4]。而鼻腔、鼻窦疾病或解剖异常可导致手术失败,如鼻中隔偏曲、鼻息肉、鼻窦炎及鼻甲肥大等,既影响手术操作,又易致造孔粘连闭塞。因缺少对鼻腔的处理,发生鼻中隔-造孔粘连较多,术后鼻腔清理很重要^[5]。除含抗生素和激素的盐水冲洗泪道之外,在内窥镜下及时清理术腔的干痂或肉芽、鼻腔粘连,对造孔保持开放状态发挥重要作用。综上所述,鼻内镜下泪囊鼻腔造孔术后鼻腔清理治疗慢性泪囊炎不仅可以清除一些鼻部病变带来的不良反应,更能提高本病的综合疗效,提高患者生活质量。本疗法值得临床进一步研究推广。

参考文献

1 史剑波,文卫平,许庚,等. 经鼻内窥镜手术治疗鼻眼相关疾病的探索性研究. 中山大学学报(医学科学版)2003;24(9):516-519
2 周兵,黄谦,韩德民,等. 改良经鼻内镜下泪囊鼻腔造孔术. 耳鼻咽喉头颈外科 2008;15:87-91
3 李兵,刘丹,王雪峰. 泪囊鼻腔吻合术后早期阻塞的鼻内镜修复. 中国实用眼科杂志 2001;11(6):841
4 万京明,李忠实,谢宏琴,等. 鼻腔疾病并发慢性泪囊炎的鼻内镜手术治疗. 临床耳鼻咽喉科杂志 2003;15(10):378
5 韩德民. 鼻内窥镜外科学. 北京:人民卫生出版社 2001:148-149