

鼻窥镜下逆行泪道置管治疗鼻泪管阻塞

陈 勇, 陈立新, 岳艳菊, 甘苏豫, 吴 华, 易旭琴

作者单位:(464000) 中国河南省信阳市, 信阳职业技术学院附属医院眼科

作者简介:陈勇, 学士, 主治医师, 研究方向:白内障、青光眼、泪器疾病。

通讯作者:陈立新, 学士, 主任医师, 主任, 研究方向:白内障、青光眼、屈光手术. moonhawk_cxy@yahoo.com.cn

收稿日期:2012-02-01 修回日期:2012-05-09

Clinical observation of silicone intubation combined with laser by endoscopy for lacrimal duct obstruction

Yong Chen, Li-Xin Chen, Yan-Ju Yue, Su-Yu Gan, Hua Wu, Xu-Qin Yi

Department of Ophthalmology, Affiliated Hospital of Xinyang Vocational and Technical College, Xinyang 464000, Henan Province, China

Correspondence to: Li-Xin Chen, Department of Ophthalmology, Affiliated Hospital of Xinyang Vocational and Technical College, Xinyang 464000, Henan Province, China. moonhawk_cxy@yahoo.com.cn

Received:2012-02-01 Accepted:2012-05-09

Abstract

• AIM: To evaluate the effects of silicone intubation combined with laser by endoscopy for lacrimal duct obstruction.

• METHODS: Totally 186 patients (238 eyes) with obstruction of lacrimal passage were treated with the above method from May 2008 to June 2010. Tears recovery and fluorescein excretion test were used to determine the lacrimal duct patency.

• RESULTS: After the mean follow-up for 5.6 months, 214 of the 238 troubled eyes (89.9%) got cured, 20 eyes (8.4%) turned for better, 4 eyes (1.7%) showed no effect. The total effective rate was 98.3%.

• CONCLUSION: Combination of laser and silicone intubation by endoscopy is a useful, economical and feasible method to treat the obstruction of lacrimal passage.

• KEYWORDS: lacrimal duct obstruction; laser surgery; silicone intubation; indwelling; nasal endoscopy

Chen Y, Chen LX, Yue YJ, et al. Clinical observation of silicone intubation combined with laser by endoscopy for lacrimal duct obstruction. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012; 12(6): 1117-1118

摘要

目的:探讨鼻窥镜下联合泪道激光泪道置管治疗鼻泪管阻塞的临床效果。

方法:2008-05/2010-06 对 186 例 238 眼泪道阻塞患者行鼻窥镜下联合泪道激光逆行泪道置管治疗。通过泪液回收及荧光素排泄试验来判断泪管的通畅度。

结果:经随访 186 例 238 眼治愈 214 眼(89.9%),好转 20 眼(8.4%),无效 4 眼(1.7%),总有效率 98.3%。

结论:鼻窥镜下联合泪道激光泪道置管治疗鼻泪管阻塞安全有效,损伤小,术后复发率低,是泪道阻塞性疾病较理想的治疗方法。

关键词:泪器阻塞;激光手术;导管;留置;鼻窥镜

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2012.06.33

陈勇,陈立新,岳艳菊,等.鼻窥镜下逆行泪道置管治疗鼻泪管阻塞. *国际眼科杂志* 2012;12(6):1117-1118

0 引言

各种原因引起的泪道阻塞是眼科常见疾病,其引发的溢泪、溢脓,以及长期反复发作而带来的角膜炎、角膜溃疡、内眼手术感染等严重并发症^[1]。不仅使眼安全受到威胁,而且对患者的工作和生活带来很大影响。泪道阻塞的常规手术治疗方法手术视野不好暴露、术中出血多、术后容易遗留面部瘢痕。我院自 2008-05/2010-06 联合 KTP 激光在鼻窥镜下逆行泪道置管治疗鼻泪管阻塞 186 例 238 眼,效果良好。现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 本组鼻泪管阻塞患者 186 例 238 眼,男 52 例 68 眼,女 134 例 170 眼。年龄 26~69(平均 49.8)岁。病程 3mo~16a,平均 3.8a。其中下泪小点阻塞 3 眼,下泪小管或泪总管阻塞 83 眼,鼻泪管阻塞 92 眼,复合性泪道阻塞 35 眼,慢性泪囊炎 21 眼,泪囊鼻腔吻合术后泪道阻塞 4 眼。器械设备:激光为 KTP 激光泪道治疗机(武汉华工激光工程有限责任公司, HGL-MYK8 型),激光波长为 532nm,脉冲频率为 0~50Hz,输出功率为 0~450mJ,光纤芯直径 0.4,0.6mm,9 号带针芯泪道激光套针,鼻内窥镜,硬膜外导管,针灸针,硅胶管,特制泪道冲洗针头(前端封闭,两侧壁有开口),常规泪道冲洗器材。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 所有患者术前均常规泪道冲洗。慢性泪囊炎患者术前用生理盐水、庆大霉素、地塞米松混合液冲洗泪道:1 次/d,连续 3~5d,同时滴抗生素滴眼液,泪道冲洗至无脓性分泌物后再行治疗。

1.2.2 治疗方法 患者取仰卧位,泪道阻塞侧鼻腔用麻黄素和丁卡因棉片下鼻道表面麻醉。术眼奥布卡因表面麻醉及利多卡因局部麻醉,用泪点扩张器扩张下泪点,按常规将 9 号带针芯泪道套针从泪点插入至阻塞处,插入 0.4mm 导光纤至阻塞部位,连续击发至有落空感,用普

通腰麻导管及普通针灸针(尖端磨平)自上泪点进入,触及鼻骨后转为垂直进入鼻泪管,边进入腰麻管边退出针灸针,上端保留5cm左右;用生理盐水自麻醉导管腔中进入,患者自觉有水进入咽喉部。同法自上泪点进入触及骨壁后垂直进入鼻泪管,同法冲洗后证实麻醉导管在鼻咽部。取掉棉片,上端固定,用鼻窥镜直视下取出麻醉导管下端,上泪道进入的麻醉导管末端作一小的倾斜斜面,取硅胶管长度大约15cm,小无齿镊夹住导管自斜面处套入至麻醉导管上,用5-0细丝线自管中央缝合结扎,局部涂少许红霉素眼膏,自上泪点缓慢拔出麻醉导管,同法将硅胶管固定缝合于上泪点外导管上,扩张器扩大下泪小点牵引下端麻醉导管自鼻腔带出硅胶管,两端合并结扎,残端放入鼻腔内。用庆大霉素及地塞米松溶液自上泪小点进入触及骨壁后转为垂直进入鼻泪管,推入冲洗液,局部冲洗通畅。

1.2.3 泪道通畅情况观察 (1)冲洗液的回收:于鼻腔内放置适量棉片,用3mL生理盐水由泪点注入,取出棉片,离心后收集冲洗液由泪管到达鼻腔的量。(2)荧光素排泄试验:置管用5mL注射器抽吸20g/L荧光素,换1mL注射器针头,结膜囊内滴入荧光素1滴,收集泪液并计时至肉眼可见的黄绿色为止,经历时间作为荧光素排泄试验阳性时间(精确到秒)。

1.2.4 术后处理 术后滴典必殊滴眼液4~6次/d,口服抗生素。术后第3d用庆大霉素和地塞米松混合液冲洗泪道,通畅后连续冲洗3d。1wk后每月复查1次保留3~6mo后拔出义管,分泌物较多者可适当增加冲洗次数。

统计学分析:采用SPSS 13.0统计软件包,所有数据均以 $\bar{x}\pm s$ 表示,进行方差齐性检验后,采用SNK-*q*检验对手术前后冲洗液回收量和荧光素排泄时间的变化进行两两比较,以 $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2.1 疗效标准 治愈:术后无溢泪、溢脓,泪道冲洗通畅;好转:术后有轻度溢泪,泪道冲洗有阻力,不全通畅;无效:溢泪症状无改善,泪道冲洗阻塞^[2]。

2.2 治疗效果 本组病例均得到随访,平均5.6mo。治愈214眼(89.9%),好转20眼(8.4%),无效4眼(1.7%),总有效率98.3%。

2.3 冲洗液回收量的比较 激光探通后($2.32\pm 0.18\text{mL}$)冲洗液的回收明显增加,较术前($0.61\pm 0.26\text{mL}$)有明显变化($q=146.8993, P<0.01$);置管即刻($2.65\pm 0.13\text{mL}$)的冲洗液回收量较术前有显著变化($q=175.2483, P<0.01$);拔管后1wk($2.74\pm 0.11\text{mL}$)仍保持良好通畅,冲洗液回收量较术前有显著变化($q=182.9798, P<0.01$);置管即刻的冲洗液回收量较激光探通有显著变化($q=28.3490, P<0.01$);拔管后1wk的冲洗液回收量较激光探通有显著变化($q=36.0805, P<0.01$);拔管后1wk的冲洗液回收量较置管即刻无显著变化($q=7.731, P>0.05$)。

2.4 荧光素排泄时间的比较 激光探通($84\pm 8\text{s}$)后荧光素排泄时间明显缩短,较术前($312\pm 6\text{s}$)有明显变化($q=661.7807, P<0.01$);置管即刻($14\pm 5\text{s}$)的荧光素排泄时间

较术前有显著变化($q=864.9590, P<0.01$),并且拔管后1wk($16\pm 4\text{s}$)仍保持良好通畅,较术前有显著差异($q=859.1539, P<0.01$);置管即刻的荧光素排泄时间较激光探通有显著变化($q=203.1783, P<0.01$);拔管后1wk的荧光素排泄时间较激光探通有显著变化($q=197.3732, P<0.01$);拔管后1wk的荧光素排泄时间较置管即刻无显著变化($q=5.8051, P>0.05$)。

3 讨论

泪道阻塞是眼科常见病,由多种原因引起,长期的、反复发作不仅带来生活上的影响,还可并发多种严重的并发症。女性的鼻泪管较为狭长,更易发生阻塞。其最经典、常用的治疗方法为泪囊鼻腔吻合术。该术式能解除鼻泪管狭窄或阻塞,重新恢复生理通道,但该手术方法未能充分考虑眼轮匝肌的泪液流通泵功能,而且易在面部留下瘢痕^[3]。泪道激光脉冲宽度窄,功率密度高;气化组织能力穿透力强;但热扩张效应低,对周围组织不易造成热损伤^[2]。其操作简便、时间短、创伤小、出血少,而且相比其它治疗方法也无明显的不良影响^[2]。但是泪道激光容易在术中造成假道,易引发泪道的反应性炎症,容易复发,需多次进行泪道冲洗和复诊^[4]。早在1950年代我国孙林医师即在门诊应用鼻泪管植入治疗鼻泪管阻塞^[5]。近年来泪道植管技术有了较大的展,广泛应用于各种泪道疾病的治疗,特别是泪道阻塞性疾病。相比之下泪道置管具有较多优势:适应小泪囊、萎缩性鼻炎、年老体弱者等鼻腔泪囊吻合术不能施行的患者;术后美观、方便、依从性好;解除鼻泪管狭窄或阻塞,重新恢复生理通道;创伤小、手术时间短,可在门诊进行。但是,泪道置管过程中仍然造成假道形成、泪点撕裂、鼻出血等并发症。因此,借助泪道激光的爆破作用和热效应,先将泪道阻塞部位打通,再进行泪道置管支撑疏通的泪道,保持持续的扩张泪道阻塞部分,利于上皮细胞的修复,防止泪道瘢痕和假膜的形成,减少复发,提高手术的成功率。同时,随着鼻内窥镜的联合应用,泪道植管技术的鼻腔操作不仅变得直观、简单,而且还可以发现影响手术成功率的鼻腔疾病^[6]。

总之,泪道阻塞的治疗在泪道置管同时联合鼻内窥镜和泪道激光后,手术更加简单、直观,术中创伤进一步降低,术后护理简单,患者依从性更佳,复发率降低,效果良好。

参考文献

- 胡继发,周太平,林水龙.鼻泪道支架植入术治疗鼻泪管阻塞疗效分析.中国实用眼科杂志 2008;26(8):1232-1233
- 甘苏豫,陈立新,岳艳菊.KTP激光治疗泪道阻塞236例分析.中国误诊学杂志 2009;9(1):139-140
- 范先群,肖彩雯.鼻泪管阻塞的治疗.眼科 2009;18(6):374-376
- 杨华,肖湘,华邵燕,等.激光治疗泪道阻塞1028例临床分析.临床眼科杂志 2010;18(4):371-372
- 陈金卯.泪道植管技术进展研究.国际眼科杂志 2010(6):1112-1114
- 陈则云,刘业兹.鼻内窥镜下泪道疏通联合硅胶管植入治疗泪道阻塞的临床观察.国际眼科杂志 2010;10(10):2028-2029