

泪道置管联合外路泪囊鼻腔吻合术治疗慢性泪囊炎合并上泪道狭窄

孙 熠,曹 虹,张文俊

作者单位:(730050)中国甘肃省兰州市,兰州军区兰州总医院眼科

作者简介:孙熠,毕业于第四军医大学,眼科学硕士,主治医师,研究方向:眼眶、眼整形及泪道疾病。

通讯作者:曹虹,毕业于兰州大学医学院,副主任医师,研究方向:玻璃体、视网膜、泪道疾病的诊治. caohonglz@163.com

收稿日期:2014-07-14 修回日期:2014-11-19

Clinical research of canalicular intubation combined external dacryocystorhinostomy for chronic dacryocystitis and upper lacrimal duct stenosis

Yi Sun, Hong Cao, Wen-Jun Zhang

Department of Ophthalmology, General Hospital of Lanzhou Military Command, Lanzhou 730050, Gansu Province, China

Correspondence to: Hong Cao. Department of Ophthalmology, General Hospital of Lanzhou Military Command, Lanzhou 730050, Gansu Province, China. caohonglz@163.com

Received:2014-07-14 Accepted:2014-11-19

Abstract

• AIM: To evaluate the clinical efficacy of canalicular intubation combined with external dacryocystorhinostomy (ext-DCR) for treatment of chronic dacryocystitis and upper lacrimal duct stenosis.

• METHODS: Thirty-three patients (33 eyes) with chronic dacryocystitis and upper lacrimal duct stenosis who underwent canalicular intubation combined ext-DCR were retrospectively analyzed. The silicon tube was indwelt for 6mo. All cases were re-examined 1wk; 1, 3, 6, 9mo post-operation, flow of tears, pus excretion and lacrimal duct clearance were observed.

• RESULTS: Clear lacrimal duct ratio was 100% in all cases during 1wk~6mo post-operation; Silicon tube was removed 6mo post-operation, 3mo after tube removal, rechecking reported 32 cases with clear lacrimal duct (97%) and 1 case with resistant duct (3%). Two cases (6%) with minor lacerations, no other complications were observed.

• CONCLUSION: Canalicular intubation combined ext-DCR is an effective treatment for chronic dacryocystitis and upper lacrimal duct stenosis.

• KEYWORDS: chronic dacryocystitis; upper lacrimal duct stenosis; silicon tube; external dacryocystorhinostomy

Citation: Sun Y, Cao H, Zhang WJ. Clinical research of canalicular intubation combined external dacryocystorhinostomy for chronic dacryocystitis and upper lacrimal duct stenosis. *Guoji Yanke Zazhi(Int Eye Sci)* 2014;14(12):2280-2281

摘要

目的:探讨泪道置管联合外路泪囊鼻腔吻合术治疗慢性泪囊炎合并上泪道狭窄的临床疗效。

方法:回顾性分析33例33眼慢性泪囊炎合并上泪道狭窄的患者资料,所有患者在进行外路泪囊鼻腔吻合术同时于上泪道留置硅胶泪道引流管,泪管留置时间为6mo。患者于术后1wk;1,3,6,9mo复查,观察术眼泪道通畅、溢泪、溢脓等情况。

结果:术后1wk~6mo复查,冲洗泪道通畅率100%,均无溢泪;术后6mo取出泪道置管,取管后3mo复查,32例(97%)冲洗泪道通畅,无溢泪;1例(3%)冲洗阻力大,溢泪症状减轻。2例(6%)泪小点轻度撕裂,无其他并发症。

结论:泪道置管联合外路泪囊鼻腔吻合术能够有效治疗慢性泪囊炎合并上泪道狭窄。

关键词:慢性泪囊炎;上泪道阻塞;硅胶泪道管;外路鼻腔泪囊吻合术

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2014.12.51

引用:孙熠,曹虹,张文俊.泪道置管联合外路泪囊鼻腔吻合术治疗慢性泪囊炎合并上泪道狭窄.国际眼科杂志2014;14(12):2280-2281

0 引言

慢性泪囊炎是由于鼻泪管阻塞或狭窄导致泪液不能排出,长期滞留在泪囊内,泪液中的细菌滋生刺激泪囊壁,引起泪囊黏膜慢性炎症,产生黏液性或脓性分泌物,常伴有患眼溢泪、溢脓及慢性结膜炎等情况。临床上发现部分慢性泪囊炎患者由于多次泪道探通操作不慎或上行感染引起泪小管、泪总管瘢痕性狭窄。此时单纯行泪囊鼻腔吻合手术,由于上泪道狭窄,常难以恢复泪道通畅。我科2012-06/2013-06收治了33例慢性泪囊炎合并上泪道狭窄患者,在行外路泪囊鼻腔吻合术同时给予上泪道置管,术后随访泪道通畅率高,疗效好,报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 2012-06/2013-06我科收治慢性泪囊炎合并上泪道狭窄患者33例33眼,女29例,男4例,年龄22~51(平均36.9±4.1)岁。病程3mo~10a。所有患者都存在溢泪、溢脓症状。泪道造影确定狭窄或阻塞位于近泪囊端泪小管或泪总管,21例患者为泪总管口狭窄,8例患者为下泪小管近泪囊端狭窄,4例患者为上泪小管下端狭窄。14例患者曾行泪道激光探通治疗。所有病例术前请耳鼻喉科会诊,均排除鼻中隔偏曲、鼻甲肥大及其他鼻腔占位病变。全身检查排除严重的心脏病变、出血倾向等疾病的患者。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 所有患者术前3d左氧氟沙星滴眼液点眼,qid。手术日术前以10g/L丁卡因、呋麻滴鼻液及1:1000肾上腺素混合纱条填塞中鼻道。

1.2.2 手术方法 局部麻醉下手术,以20g/L利多卡因2.5mL行泪囊区皮下麻醉、滑车下神经、筛前神经及眶下神经阻滞麻醉。切口上方起自内眦角鼻侧10mm处,向下弧形切开15mm,钝性分离暴露内眦韧带,切断内眦韧带下半部分。沿泪前嵴内侧2~3mm切开骨膜,用骨膜剥离子钝性分离骨膜,暴露泪囊窝及泪后嵴。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,泪囊切口向上延长至内眦韧带水平,向下至鼻泪管,暴露泪总管泪囊开口位置。用泪道探针分别从上、下泪小点探入泪囊扩张泪道,取出泪道探针后分别从上、下泪点置入牵引导丝暴露于泪囊,置3-0丝线于导丝环中,牵拉导丝于泪小点引出丝线,将硅胶泪道引流管(型号LY-Fr2)涂抹红霉素眼膏后置入丝线环内向泪囊牵拉引出硅胶管末端,留置倒“U”型硅胶管,硅胶管末端3-0丝线缝合固定于鼻腔填塞纱条上端。泪囊窝内放置橡皮引流条,引流条末端与鼻腔填塞纱条3-0丝线缝合,上端3-0丝线缝合牵引后于眉弓内侧缘下穿出皮肤结扎固定。向鼻腔外牵拉纱条后于鼻孔处结扎硅胶管及引流条末端。6-0无损伤缝线泪囊鼻黏膜前唇吻合3针缝合,其中1针加固缝合于泪前嵴骨膜。6-0可吸收缝线间断缝合眼轮匝肌、5-0丝线行皮下连续缝合,加压包扎,术毕。

1.2.3 术后处理 术后3d奥硝唑氯化钠注射液,0.5g,ivgtt,bid,术后24h庆大霉素注射液+地塞米松注射液混合液冲洗泪道,7d拆除皮肤缝线及橡胶引流条。妥布霉素地塞米松眼液点眼,tid,2wk,左氧氟沙星滴眼液点眼,qid,4wk。术后1mo内庆大霉素注射液+地塞米松注射液混合液冲洗泪道,1次/wk,术后2~3mo庆大霉素注射液+地塞米松注射液混合液冲洗泪道,每15d1次。术后6mo取出硅胶泪道引流管。患者于术后1wk;1,3,6,9mo复查,观察术眼溢泪、溢脓及泪道冲洗通畅情况。

2 结果

2.1 手术疗效评定标准 治愈:溢泪消失,挤压泪囊无分泌物溢出,泪道冲洗通畅;好转:溢泪症状减轻,泪道冲洗阻力较大,通而不畅,有部分返流;无效:溢泪症状未减轻,泪道冲洗不通,挤压泪囊有脓性分泌物。

2.2 治疗结果 术后24h冲洗泪道均通畅。术后1wk~6mo冲洗泪道均通畅,无溢泪及溢脓症状。术后6mo取出硅胶管,术后9mo复查,治愈32例(97%)冲洗泪道通畅,无溢泪;好转1例(3%)下泪小点进针冲洗阻力大,上泪小点进针冲洗通畅,患者溢泪症状缓解。所有病例挤压泪囊均未见分泌物溢出。

2.3 并发症 患者19例(58%)术后1~2d鼻黏膜出血,加压填塞后好转;12例(36%)患者术眼内眦部硅胶管刺激磨涩不适,症状持续2~5d后好转;2例患者下泪小点轻度撕裂,其余患者无任何不良反应。所有患者随访期间未发生硅胶管自行脱落。

3 讨论

上泪道是泪小点、泪小管及泪总管的总称,临床上常见慢性泪囊炎合并上泪道狭窄患者,其原因多由于慢性泪囊炎患者病史较长,病程中反复进行泪道冲洗或探通可能导致泪小管或泪总管的损伤,或者反复急性发作后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。泪囊鼻腔吻合术是治

疗慢性泪囊炎的经典方式,但慢性泪囊炎伴有上泪道狭窄或阻塞患者,单纯行泪囊鼻腔吻合术治疗,由于上泪道狭窄未能缓解,手术效果欠佳,甚至造成手术失败或炎症复发,故此类患者应同期于泪道内植入硅胶管^[1,2]。硅胶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,硅胶管表面光滑富有弹性,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^[3]。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^[4,5]。硅胶泪管在泪道及鼻腔内留置稳定,仅少数患者有鼻腔异物感。术后在外观上与术前无异常,双管外连接隐藏在泪阜,双管盲端交互打结后隐藏在鼻腔中,一般无不适感且不易脱出。拔管时简单易行,患者无痛苦。

泪囊鼻腔吻合术在临床广泛应用,同期植入上泪道硅胶管时,我们认为需要注意的问题主要有:(1)泪小点的扩张。泪小点是上泪道的入口,部分患者泪小点狭窄或膜闭,手术中可使用泪点扩张器或泪点咬切器扩张泪点以便于硅胶泪管植入。(2)红霉素眼膏的应用。硅胶泪管及牵引线进出泪小点时的切割及摩擦可能损伤泪小点导致泪小点撕裂,在牵拉前涂抹红霉素眼膏能够起到润滑作用减少切割及摩擦,利于硅胶泪管及牵引线顺利进出泪小点,降低对泪小点的损伤,同时进入泪小管的红霉素眼膏能够发挥一定抗感染作用。(3)患者宣教。硅胶泪管留置时间为6mo,术后患者需要规范使用抗生素滴眼液治疗,因此告知患者正确的点药方式十分重要,应按泪囊后点药,具体方式为按压-点药-吸气-点药-吸气。打喷嚏时尽量按压内眦部避免硅胶泪管发生移位,如鼻腔末端脱出切勿牵拉,应在医院进行还纳。

术后9mo随访1例(3%)下泪小管冲洗欠通畅患者系术前2a接受激光泪道成型后再次阻塞,考虑下泪小管陈旧性瘢痕明显,硅胶管植入期间可压迫瘢痕,扩张管径,但取出后由于瘢痕组织仍然存在,下泪小管管径狭窄,故冲洗欠通畅。但此患者上泪小管冲洗通畅,故溢泪症状术前仍好转。术后19例(58%)患者鼻黏膜出血,对于术中骨创面、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,以减少术后出血。12例(36%)患者术眼内眦部硅胶管刺激磨涩不适,给予妥布霉素地塞米松滴眼液点眼缓解内眦部结膜水肿后磨涩症状逐渐减轻。2例患者下泪小点轻度撕裂,系牵拉硅胶管时润滑不够所致,在硅胶管及牵拉丝线上均匀涂抹红霉素眼膏,牵拉时注意方向及力量可避免泪小点撕裂的发生^[6]。鼻腔橡胶引流条可支撑吻合口,降低创面粘连风险,术后1wk创面基本愈合,取出引流条可避免长期留置刺激肉芽组织增生。

综上所述,泪道置管联合外路泪囊鼻腔吻合术手术设备简单,手术难度小,是治疗慢性泪囊炎合并上泪道狭窄的有效方式,具有良好的临床疗效。

参考文献

- 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
- 王智崇, 陈家祺. 鼻泪管阻塞的治疗现状. 中国实用眼科杂志 2001; 19(1): 3-6
- 许超, 安惠民, 袁军, 等. 经鼻内镜改良鼻泪囊造口术的临床研究. 国际眼科杂志 2012; 12(4): 730-732
- 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
- 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
- 胡莉群, 周建平. 改良式外路泪囊鼻腔吻合术联合泪道置管治疗泪囊黏液囊肿. 眼科学报 2010; 25(1): 19-21