

鼻内窥镜下泪囊鼻腔开放术联合丝裂霉素治疗慢性泪囊炎

黄起基, 蔡良焯, 林廷稳

作者单位: (366100) 中国福建省大田县医院耳鼻咽喉科
作者简介: 黄起基, 副主任医师, 主任, 研究方向: 泪道疾病、白内障、青光眼。
通讯作者: 黄起基. huangqiji808@163.com
收稿日期: 2016-03-12 修回日期: 2016-05-16

Dacryocystorhinostomy under endoscopy with mitomycin for chronic dacryocystitis

Qi-Ji Huang, Liang-Xuan Cai, Ting-Wen Lin

Department of Otorhinolaryngology, Datian Hospital, Datian 366100, Fujian Province, China

Correspondence to: Qi - Ji Huang. Department of Otorhinolaryngology, Datian Hospital, Datian 366100, Fujian Province, China. huangqiji808@163.com

Received: 2016-03-12 Accepted: 2016-05-16

Abstract

• **AIM:** To explore the curative effect of dacryocystorhinostomy under endoscopy with mitomycin for the treatment of chronic dacryocystitis.

• **METHODS:** Totally 73 cases (78 eyes) with chronic dacryocystitis were treated with dacryocystorhinostomy under endoscopy with mitomycin and followed up for 6-12 mo.

• **RESULTS:** In the 73 patients, 66 cases with 70 eyes (90%) were cured, 2 cases with 3 eyes (4%) improved, 5 cases with 5 eyes (6%) not changed. In the recurrent 5 eyes, 2 eyes were treated under endoscopy to remove granulation, enlarge the opening, then anesthetic tube was placed after cotton sheet with 0.4g/L mitomycin was put on the incision for 5min. The rest 3 eyes were treated in superior hospital with laser, and all were successful. There was no severe complication observed.

• **CONCLUSION:** Dacryocystorhinostomy under endoscopy with mitomycin for chronic dacryocystitis is effective.

• **KEYWORDS:** nasal endoscopic; mitomycin C; dacryocystorhinostomy; chronic dacryocystitis

Citation: Huang QJ, Cai LX, Lin TW. Dacryocystorhinostomy under endoscopy with mitomycin for chronic dacryocystitis. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2016;16(6):1190-1192

摘要

目的: 探讨鼻内窥镜下泪囊鼻腔开放术联合应用丝裂霉素治疗慢性泪囊炎的疗效。

方法: 收集 73 例 78 眼慢性泪囊炎患者在鼻内窥镜下泪囊鼻腔开放术中联合应用丝裂霉素, 随访 6 ~ 12mo 观察疗效。

结果: 所选患者中 66 例 70 眼痊愈 (90%), 2 例 3 眼好转 (4%), 5 例 5 眼无效 (6%)。复发病例 5 例 5 眼中, 2 眼再予鼻内窥镜下清除肉芽, 扩大造口, 浸有 0.4g/L 丝裂霉素棉片放置创面约 5min, 后置麻醉导管, 另 3 眼转上级医院进行泪道激光, 均获得成功。所有患者没有发生严重的手术并发症。

结论: 鼻内窥镜下泪囊鼻腔开放术联合应用丝裂霉素治疗慢性泪囊炎的疗效肯定。

关键词: 鼻内窥镜; 丝裂霉素 C; 泪囊鼻腔开放术; 慢性泪囊炎

DOI: 10.3980/j.issn.1672-5123.2016.6.52

引用: 黄起基, 蔡良焯, 林廷稳. 鼻内窥镜下泪囊鼻腔开放术联合丝裂霉素治疗慢性泪囊炎. 国际眼科杂志 2016;16(6):1190-1192

0 引言

泪道疾病是一种眼科常见病, 其中包括临床多见的慢性泪囊炎, 而慢性泪囊炎对眼球的潜在威胁很大, 如治疗不及时可引起角膜溃疡、眼内炎, 甚至失明, 其主要症状是溢泪, 挤压泪囊区有黏液或黏脓性分泌物溢出。目前治疗慢性泪囊炎的主要方式为手术治疗^[1], 鼻内窥镜下泪囊鼻腔开放术具有损伤小, 方法简便、快捷, 并发症少等优点, 已为越来越多的患者及医生所接受, 我科于 2011-10/2015-06 应用鼻内窥镜下泪囊鼻腔开放术联合应用丝裂霉素治疗 73 例 78 眼慢性泪囊炎患者, 效果明显, 现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 我科于 2011-10/2015-06 应用鼻内窥镜下泪囊鼻腔开放术联合应用丝裂霉素治疗 73 例 78 眼慢性泪囊炎患者, 男 32 例 33 眼, 女 41 例 45 眼, 年龄 36 ~ 88 (平均 57.5±0.6) 岁, 病程 6mo ~ 28a。其中慢性泪囊炎 71 例 76 眼 (其中 5 眼曾行泪道激光治疗), 外伤性泪囊炎 2 例 2 眼, 所有病例排除泪点、泪小管或泪总管阻塞, 其中有 3 眼合并有鼻窦炎、中鼻甲息肉样变。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 所有患者术前行鼻腔详细检查, 剪除鼻毛及泪道冲洗, 如术前泪道冲洗有脓性分泌物返流, 估计泪囊较大, 如冲洗仅有少许脓性分泌物或无明显异常分泌物返流, 泪囊可能较小, 为明确泪道情况, 必要时可予泪道造影等检查, 以充分了解鼻腔结构及泪囊大小, 充分评估手术难度及其预后, 并与患者签署书面知情手术同意书。术前常规庆大霉素泪道冲洗、点用抗生素眼液及鼻用激素。手术均在局部麻醉加表面麻醉下进行, 如患者精神较

紧张,对疼痛较敏感的或术中疼痛难忍的,予加用盐酸吗啡注射液5~10mg皮内注射或盐酸哌替啶25~50mg肌肉注射,手术过程如下:(1)患者取仰卧位,常规消毒、铺巾。(2)用含10g/L丁卡因+1g/L肾上腺素混合液的纱条(1%丁卡因10mL+1%肾上腺素1mL)做患侧鼻腔泪囊区黏膜、溴裂区黏膜及中鼻道前段黏膜表面麻醉,5min后用含适量1%肾上腺素的20g/L利多卡因行中鼻道前房的中后部局部黏膜下浸润麻醉,麻醉前注意判定中鼻道前房中部隆起的上下走向之骨棱的位置。(3)应用0度硬性鼻内窥镜,用钩突刀做一约2cm×1.5cm大小呈纵长方形的黏骨膜切口,前界在骨棱稍前(中鼻甲前方,约中鼻甲前端前1~1.5cm),自中鼻甲附着部水平纵行向下至下鼻甲附着处,后界为钩突的基部,上界为鼻丘筛房和中鼻甲附着处的前部,下鼻甲附着缘为下界,骨膜剥离分离该区域的黏骨膜,随后用电动切屑器切除黏骨膜,予暴露泪囊窝的骨壁,可见上颌骨额突和泪骨前部有一骨缝,用小号的咬骨钳在骨缝处将薄骨壁捅破,由此咬除前后上下骨质开放骨窗,形成一呈纵椭圆形的骨窗,约1.5cm×1.8cm大小,如泪骨上部骨壁较厚,咬骨钳无法咬除,此时可用骨凿或高速磨骨钻结合长血管钳去除,可见一呈淡青色的泪囊完全暴露,尽量暴露出鼻泪管的上端。(4)盐酸丙卡美因滴眼液表面麻醉泪小点,扩张泪小点,探针插入至泪囊,并稍予施力让探针将泪囊内侧壁顶起,经确诊无误后,经下泪道注入稍予稀释的亚甲兰0.5mL,随后予生理盐水冲洗泪囊,接着由探针注入黏性较高的羟甲基纤维素钠滴眼液1mL,可见一渐胀满的淡蓝色组织,在探针引导下,用眼科超乳用的角膜穿刺刀结合眼科显微剪,呈“∩”切开,做一蒂在下方的泪囊瓣,可见为亚甲兰染色后的泪囊内侧黏膜壁暴露(由此可判定是否全层切开泪囊),并将瓣向下平铺于下方的鼻黏膜创缘,用切屑器切除多余的鼻黏膜及泪囊黏膜,经泪道冲洗生理盐水,可见冲洗液顺利经泪囊造口流出,表明造口通畅。(5)于骨窗处的泪囊创缘及鼻黏膜创缘将浸有0.4g/L丝裂霉素棉片放置约5min(如年龄较大,可不用),接着用约30mL生理盐水冲洗创面。(6)如发现泪囊造口处有粘连,小心予钩突刀钝性分离,若泪囊过小或囊瓣不完整或并有泪总管狭窄、阻塞,需于泪道放置麻醉导管,并外固定于面部,接着剪一小纱条,约1.0cm×3.0cm大小,浸约0.04g/L丝裂霉素,并涂上四环素可的松眼膏,置于上方近泪总管的泪囊瓣下(可用经泪道的泪道探针将上方泪囊瓣顶起),如鼻腔无明显活动性出血,不再予填塞。有3例合并鼻窦炎、鼻息肉一并行鼻窦内窥镜手术。

1.2.2 术后处理 (1)术后全身应用抗生素5~7d,术眼点用妥布霉素地塞米松眼液,3~4次/d,一般点用10~14d。(2)2d后拔除鼻腔填塞,每日庆大霉素+地塞米松泪道冲洗,鼻内镜下每日清除鼻腔内分泌物及结痂,并用生理盐水洗鼻,术鼻用糠酸莫米松鼻喷剂喷鼻,1~2次/d,20d后逐渐减量停用。(3)定期鼻内镜检查,若造口处出现狭窄或粘连,及时处理,可再予浸有0.4g/L丝裂霉素棉片放置约5min,随后生理盐水冲洗。(4)对有泪道置管者术后2mo拔除。(5)出院后1mo内鼻腔造孔每5~7d检查1次,并泪道冲洗,1mo后10~15d检查1次,3mo后每月随访1次,随访6~12mo。

疗效评定标准^[2]:(1)治愈:鼻内镜下观察中鼻甲前端鼻腔外侧壁泪囊造孔形成,且上皮化,流脓溢泪症状

消失,泪道冲洗通畅,无阻力。(2)好转:泪囊造孔形成,上皮化,症状减轻,泪道冲洗通畅或加压后通畅。(3)无效:症状无缓解,冲洗泪道不畅,造孔闭锁。治愈及好转均为有效病例。

2 结果

随访时间6~12mo。本组73例78眼中,66例70眼痊愈(90%),2例3眼好转(4%),5例5眼无效(6%)。复发5眼中,其中1眼因术中出血较多,泪囊瓣制作不完整,2眼因泪囊过小(术中泪道置管),这3眼术后1mo发现造口肉芽形成再阻塞;另外2眼因泪囊造口过小,术后1.5mo发现造口完全粘连闭锁。复发病例中,2眼再予鼻内窥镜下清除肉芽,扩大造口,浸有0.4g/L丝裂霉素棉片放置创面约5min,后置麻醉导管,另3眼转上级医院行泪道激光,均获得成功。所有患者没有发生严重的手术并发症。

3 讨论

慢性泪囊炎是眼科常见的眼病,在鼻泪管下端阻塞、泪囊内有分泌物滞留的基础上发生的,常见致病菌为肺炎球菌、链球菌、葡萄球菌等^[3],由于患者来院就诊前大多已滴有抗生素眼液,且基层医院致病菌检出的阳性率偏低,所以大多患者未予致病菌检测。本病高发于农村,尤其是妇女多发,药物治疗仅能暂时缓解症状,手术是其有效的治疗手段,包括外路术式及鼻内术式,外路泪囊鼻腔吻合术一直被认为是治疗慢性泪囊炎的传统方法,由意大利医生Toti于1904年首创并使用,手术成功率可达85%左右^[4],但因其手术操作复杂,手术时间长,术中易出血,特别是术后颜面部留下永久性瘢痕使患者难以接受。1989年McDonogh等在内窥镜下采用经鼻泪囊鼻腔吻合术,为慢性泪囊炎的治疗提供了一个全新的理念,该手术的优点有:不需要切开皮肤,面部不留瘢痕,视野直观,手术准确精细,出血少,反应轻,患者痛苦小,切开泪囊准确,处理造口病变简单,患者易于接受^[5]。

随着鼻腔内窥镜的普及、鼻眼相关外科学的建立和发展,鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术已被越来越多的临床单位采纳。由于受鼻内镜操作熟练程度和术中并发症的影响,与传统的外路泪囊鼻腔吻合术疗效比较,各家报告差异较大^[6-10]。手术中的一些并发症可能影响手术的成功率,李雅等^[11]认为鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术常见的并发症分别是:术中出血、泪囊定位不准确、骨孔的大小及骨孔位置的偏移、泪囊瓣制作不理想、鼻腔疾病的处理等。为了尽量减少以上并发症的发生,增加手术的成功率,我们术前应做好充分的准备:术中鼻黏膜用呋麻棉片充分收敛,黏膜下可注射含少许肾上腺素的局部麻醉药以减少术中的出血;对泪囊可采用枪状镊定位鼻内泪囊,其简便、准确;骨孔大小应至少掌握在1.0cm×1.3cm大小;泪囊黏膜在亚甲兰染色后,易识别是否切开完全,利于泪囊瓣的制作;有鼻腔鼻窦的疾病,术前做好评估,一并处理。

近年来,随着基层医院设备的投入和医学的发展进步,加之基层医院眼科与耳鼻喉科合并在一起,我们利用这一优势,逐渐开展了鼻内窥镜下泪囊鼻腔开放术,该术式对复发病例(外路或鼻内术式)尤为适用,可直接通过内窥镜窥探造口阻塞的位置和原因,并可一并直观处理。

鼻腔泪囊开放术虽鼻腔创面不大,但手术后出现分泌物聚集、结痂,且伤口处肉芽组织增生的机会也较多,加之泪囊造口仅约3~6mm大小,极易因稍微的肉芽增生致吻

合口处堵塞而降低疗效。丝裂霉素 C 为头状链霉菌分离出的一种抗肿瘤抗生素,为细胞周期非特异性药物,对细菌增生各期及静止期均有作用。利用丝裂霉素 C 这一特性,我们在鼻腔泪囊造口处应用这一药物抑制术后吻合处纤维肉芽组织形成、瘢痕增生等所导致的吻合口闭合,经近 6mo 以上的随访,远期疗效肯定,尤其对如下的患者,我们的意见是需用丝裂霉素 C:(1)55 岁以下的患者,其代谢增殖作用旺盛,更易致吻合口瘢痕增殖阻塞;(2)泪囊较小或泪囊壁肥厚影响泪囊瓣的制作的患者;(3)骨孔位置偏移,泪囊造口不大的患者;(4)过敏和瘢痕体质者。我们术中使用的 0.4g/L 和术后使用的 0.04g/L 浓度及时间是安全的,术后吻合口 48~72h 炎性反应水肿较明显,伴有纤维细胞的增生移行,此时如再置更低浓度的丝裂霉素于创口,可持续发挥早期抑制纤维增殖的作用,术后随访无 1 例出现鼻黏膜坏死、萎缩、感染或鼻腔反复出血等不良反应。

因术前已经将外路术式及鼻内术式的手术方法和各自优缺点告知患者及家属,随着目前微创技术的发展,内路的微创技术更易为患者及家属接受。自 2011 年来,我科的慢性泪囊炎手术均已施行该微创技术,因此,无法设立外路术式对照组,但经长期随访,手术患者远期疗效是肯定的。

尽管本组所有患者没有发生严重的手术并发症,我们注意到近年来发展起来的影像导航技术能够利用患者个体化的影像资料术中定位,对于准确定位泪囊和防范手术并发症起到至关重要的作用,有利于进一步提升鼻眼相关外科的手术疗效与安全性^[12]。

本研究在鼻内窥镜下鼻腔泪囊开放术联合应用丝裂霉素治疗慢性泪囊炎,经临床观察发现,其远期疗效肯定。鼻内窥镜下行鼻腔泪囊开放术具有微创、无颜面部切口、并发症少、可同期处理鼻部病变等优越性^[13-15]。

参考文献

- 1 曾振东,陈辉,陈卓.两种术式治疗慢性泪囊炎疗效分析.四川医学 2010;31(7):909-910
- 2 韩得民,周兵.鼻内镜外科学.北京:人民卫生出版社 2000:151-155
- 3 葛坚.眼科学.第 2 版.北京:人民卫生出版社 2014:146-147
- 4 Wielgosz R, Mroczkowski E. History of endonasal microsurgery of lacrimal system. *Otolaryngol Pol* 2006;60(2):235-238
- 5 Yigit O, saneioglu M, Taskin U, et al. External and endoscopic dacryocystorhinostomy in chronic dacryocystitis; comparison of results. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007;264(8):879-885
- 6 Hammoudi DS, Tucker NA. Factors associated with outcome of endonasal dacryocystorhinostomy. *Ophthalm Plast Reconstr* 2011;27(4):266-269
- 7 Yang JW, Oh HN. Success rate and complications of endonasal dacryocystorhinostomy with unifornectomy. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2012;250(10):1509-1513
- 8 Garcia Vilaro M, Vázquez L, Marin A, et al. Thermal damage influences endonasal dacryocystorhinostomy success. *Ophthalmic Res* 2013;49(4):209-214
- 9 汪琼,陈其国,陈智慧.鼻内镜下鼻腔泪囊吻合术的临床分析.国际眼科杂志 2010;10(6):1220-1221
- 10 季青山,钟敬祥,劳芳,等.鼻粘膜瓣留置对内窥镜下泪囊鼻腔吻合术的疗效影响.国际眼科杂志 2013;13(8):751-754
- 11 李雅,范金鲁,罗军.鼻内镜下鼻腔泪囊造孔术中常见问题的分析及处理.国际眼科杂志 2008;8(5):1042-1043
- 12 李寅,张维天.影像导航辅助内镜下经鼻腔泪囊吻合治疗慢性泪囊炎的疗效分析.临床耳鼻咽喉头颈外科杂志 2014;28(17):1343-1346
- 13 Yigit O, saneioglu M, Taskin U, et al. External and endoscopic dacryocystorhinostomy in chronic dacryocystitis; comparison of results. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007;264(8):879-885
- 14 吴文灿,李宇蓉,颜文韬,等.鼻内窥镜微创技术在难治性鼻泪管阻塞治疗中的应用.眼科研究 2007;12:950-952
- 15 王晓丽,王丽,史志洁,等.鼻内窥镜下泪囊鼻腔吻合术联合应用丝裂霉素 C.中华眼外伤职业眼病杂志 2013;35(10):769-771