

泪囊鼻腔吻合术治疗慢性泪囊炎 22 例临床体会

闫静君, 邢丽丽, 蔡斌奇

作者单位: (450000) 中国河南省淇县人民医院眼科
作者简介: 闫静君, 女, 毕业于新乡医学院五官专科, 主治医师, 研究方向: 基层常见泪道疾病和青少年屈光不正。
通讯作者: 闫静君. hyanguiping@126. com
收稿日期: 2009-02-19 修回日期: 2009-04-28

闫静君, 邢丽丽, 蔡斌奇. 泪囊鼻腔吻合术治疗慢性泪囊炎 22 例临床体会. 国际眼科杂志 2009;9(6):1219

0 引言

慢性泪囊炎是眼科常见病之一, 其长期溢泪和溢脓给患者带来极大的不便, 生活和社交质量大受影响。当前治疗方法虽多, 但效果多不理想, 而泪囊鼻腔吻合术仍是目前治疗慢性泪囊炎的最有效的方法。虽有各种改良^[1], 但根本仍是重建泪囊与鼻腔的吻合通道。我科采用泪囊鼻腔吻合术治疗了一些患者, 取得了良好效果, 现将治疗体会报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 慢性泪囊炎患者 22 例 25 眼, 女 15 例 18 眼, 男 7 例 7 眼。年龄 28 ~ 67 (平均 45) 岁。病程 3 ~ 25a。患者均有长期溢泪和溢脓病史, 泪道冲洗大量脓性分泌物并显示鼻泪管阻塞。患者均经多次泪道冲洗或探通治疗无效, 10 例经泪道激光疏通后再次阻塞。

1.2 方法 CT 检查排除鼻腔阻塞性疾病和泪道肿瘤。2.5g/L 氯霉素眼药水滴眼, 生理盐水 + 庆大霉素针 4 万 U 冲洗 1wk。手术均采用局部麻醉。鼻腔粘膜地卡因和肾上腺素棉片麻醉和收缩血管。常规切口、缝线牵开暴露、于泪前嵴切开并分离骨膜、暴露泪前嵴及泪囊窝, 使用粘膜剥离子或弯止血钳顶破筛骨纸板, 然后伸入咬骨器扩大骨孔, 骨孔前后径约 15mm, 上下径为 18mm。在泪囊内侧壁作“工”形切开, 再在骨孔鼻粘膜作“工”形切开, 3-0 丝线后瓣吻合 3 针; 置硅胶管, 一端由下泪点进入, 另一端则送入鼻腔; 凡士林纱条由鼻孔放入鼻腔泪囊粘膜吻合口区; 缝合鼻粘膜及泪囊前叶 3 针, 使之成为较宽大的泪囊与鼻腔通道。间断缝合皮下组织, 切口皮肤作皮内缝合, 加压包扎。术后全身用抗生素 3 ~ 5d。7d 拆除皮肤缝线, 抽出泪道内硅胶管, 泪道冲洗 1 次/d, 共 3d, 后冲洗泪道 1 次/wk, 共 3 次。患眼滴抗生素眼液 3wk。随访检查和记录术后 1, 2wk; 1, 3, 6, 12, 18, 24mo 时有无溢泪和泪道冲洗通畅情况。

2 结果

对 22 例 25 眼随访 3 ~ 24 (平均 12) mo。20 例 23 眼术

后无溢泪, 泪道冲洗通畅, 手术成功率 92%。2 例 2 眼术后 3mo 有轻度溢泪, 经泪道探通和扩张后, 症状改善。

3 讨论

3.1 慢性泪囊炎治疗方法进展 慢性泪囊炎为基层医院常见眼部疾病, 多由于结膜和泪道粘膜慢性炎症导致鼻泪管狭窄或阻塞引起。经典的治疗方法是采用泪囊鼻腔吻合术重建泪囊至鼻腔的引流道^[2]。近年来, 泪道激光疏通 + 泪道置管^[3], 泪道内窥镜下激光泪囊鼻腔成形术, 经鼻内窥镜下激光泪囊鼻腔成形术等一些新手术和方法相继问世^[4]。这些新方法不需要在内眦部的手术切口, 被认为是泪道阻塞性疾病治疗史上的进步。但泪道激光疏通 + 泪道置管术后需多次冲洗, 且术后再次阻塞发生率较高, 患者多次往返医院耐心和信心受到挫伤; 泪道内窥镜下激光泪囊鼻腔成形术所需设备昂贵, 一般基层医院很难配置; 经鼻内窥镜下激光泪囊鼻腔成形术, 同样所需设备昂贵, 且成功率不高 (约 60% ~ 75% 左右)。

3.2 泪囊鼻腔吻合术的优缺点 泪囊鼻腔吻合术是在泪囊区建立一个较大的鼻腔通道, 泪液直接流入鼻腔, 其手术技术成熟而稳定, 手术成功率高达 90% 以上。唯一的缺点是需要在内眦部切开皮肤可能留有明显的痕迹。使用皮内缝线和显微缝线缝合方法, 可有效减少瘢痕的形成, 使皮肤的切口痕迹不明显。由于一次手术解决问题、所需手术器械和设备简单、成功率高, 目前在基层和农村医院, 仍不失为一种简单而有效的方法。

3.3 泪囊鼻腔吻合术成功的体会和手术失败的原因分析 本组手术成功率较高的体会是: (1) 骨孔要够大, 避免组织修复反应造成再次阻塞; (2) 鼻腔瓣膜和泪囊粘膜切口和缝合要整齐, 在造骨孔时应避免咬破或撕伤鼻粘膜, 鼻腔粘膜瓣和泪囊粘膜缝合要严密; (3) 应经下泪点放入硅胶管支撑, 以免术后出血进入泪小管内机化阻塞; (4) 术中应在骨孔粘膜吻合口区填塞凡士林纱条, 起到压迫止血和支撑空间作用, 尤其是要使油纱条占据泪囊壁的泪乳头区, 以免出血机化阻塞; (5) 术后抽出凡士林纱条后, 应用糜蛋白酶冲洗泪道可起到创面净化作用。通过以上方法保证了手术疗效。泪囊鼻腔吻合术早期失败的原因主要有术后局部出血血凝块阻塞吻合口和泪乳头区^[5], 通过以上方法可有效避免。晚期失败原因主要是吻合口肉芽组织形成及瘢痕收缩等, 对局部炎症反应较重或有手术失败者, 再次手术可在手术中局部使用 5-氟尿嘧啶阻止过度增生。

参考文献

- 1 裴世林, 许建村, 杨萍. 泪囊鼻腔吻合手术方法的改进和简化. 眼外伤职业眼病杂志 2004;26(5):344-345
- 2 李凤鸣. 中华眼科学. 北京: 人民卫生出版社 2005:929-930
- 3 张欣, 梁春玲, 徐彦. 激光联合泪道插管治疗泪道阻塞 106 例. 国际眼科杂志 2005;5(2):387-389
- 4 黄渝侃, 王智, 陈炜, 等. 经泪小点泪道内窥镜治疗慢性泪囊炎的临床观察. 中国实用眼科杂志 2007;25(11):1251-1254
- 5 王剑. 泪囊鼻腔吻合术失败 32 例原因分析. 国际眼科杂志 2005;5(3):592-593