

# 泪湖—鼻泪管插管术的疗效分析

庆惠玲 王丽娅 杜连心 刘宝善

**【摘要】 目的** 探讨严重泪道损伤行泪湖鼻泪管插管术的手术疗效。**方法** 对 21 例 26 眼局部麻醉后行泪湖鼻泪管插管术, 术后随访 2~10 年。**结果** 21 例 26 眼中, 治愈 15 例 18 眼, 占 69.23%; 好转 3 例 4 眼, 占 15.38%, 总有效率 84.62%; 失败 3 例 4 眼, 占 15.38%。金制义管 14 眼中治愈 11 眼, 好转 3 眼, 有效率为 100%; 不锈钢管 12 眼, 治愈 6 眼, 好转 2 眼, 失败 4 眼, 有效率为 66.67%。**结论** 对于严重泪道的损伤, 在无法行泪道手术或激光有效方法治疗情况下, 泪湖鼻泪管插管术为可行的治疗方法。

**【关键词】** 泪道; 阻塞; 插管治疗

**To study the therapeutic effects of lacrymal-nasolacrimal intubation** QING Hui-ling, WANG Li-ya, DU Lian-xin, LIU Bao-shan\*. *Key Laboratory of Keratopathy, Henan Institute of Ophthalmology, Zhengzhou 450003, China. \*Department of Ophthalmology, the First Affiliated Hospital Zhengzhou University, Zhengzhou 450052, China*

**【Abstract】 Objective** To evaluate the therapeutic effects of lacrymal-nasolacrimal intubation treated the serious lacrimal passages damnification. **Methods** 21 patients (26 eyes) with the surgery of lacrymal-nasolacrimal intubation, the follow-up was 2~10 years. **Results** Symptoms was completely resolved in 18 eyes (69.23%) and improved in 4 eyes (15.38%) and reoccurred in 4 eyes (15.38%). Symptoms was completely resolved in 11 eyes and improved in 3 eyes with the gold ducts (14 eyes). Symptoms was completely resolved in 6 eyes and improved in 2 eyes and reoccurred in 4 eyes with the stainless ducts (12 eyes). **Conclusions** With the serious lacrimal passages damnification, the surgery of lacrymal-nasolacrimal intubation is an alternative method for the treatment of them under no effective methods.

**【Key words】** Lacrimal passages; Block; Intubation

对于泪小管、泪囊损伤严重者、鼻腔泪囊吻合失败不能再次吻合者、泪囊摘除术后或鼻部多发性骨折而有骨质变形者, 在目前尚无有效方法治疗情况下, 我们对 1997 年 2 月至 2005 年 12 月 21 例 26 眼患者采用泪湖鼻泪管插管术, 经随访疗效较满意, 现将结果报告如下。

## 资料与方法

一、临床资料: 21 例 26 眼, 男 13 例, 女 8 例。年龄 21~86 岁, 平均 53.5 岁。单眼 16 例, 双眼 5 例。农民 8 例, 工人 7 例, 干部 6 例。在 26 眼中, 金制义管 14 眼, 不锈钢义管 12 眼。义管长度; 最长

37mm, 最短 30mm, 多数为 33~35mm。

## 二、手术方法

1. 麻醉: 1% 地卡因结膜表面麻醉, 内眦部结膜下和泪囊部浸润麻醉, 3% 麻黄素加少量地卡因混合液麻醉和收缩下鼻道之粘膜。

2. 手术操作: 于泪湖下方泪阜皱襞之中 1/3 或其中点 (若泪阜下皱不明显者, 在其相应处), 用带针心的 16-18 号针头对准泪囊窝的下部 (和内眦韧带约成 35-45 度) 刺入组织内, 当针头触及泪囊窝骨壁时, 将针头另一端转向眉的内侧, 如泪道探通术, 垂直经泪囊窝, 鼻泪管达下鼻道。拔出针心将盛有盐水之注射器进行冲洗, 当液体顺利流入鼻腔时, 为插入的深度适当。如冲洗不通, 可将针头轻轻上下移动, 至液体顺利流入而止。然后滴水在针孔内, 若水能自然流下, 记录针头插入深度。用一细探针插入针管内, 拔出针头, 留探针于创道内, 选适当长度之义管套在探针上, 顺探针推入创道内,

基金项目: 河南省科技攻关基金资助项目 (0524410035)

作者单位: 450003 郑州, 河南省眼科研究所, 河南省角膜病重点实验室 (庆惠玲, 现郑州大学第一附属医院在读博士, 王丽娅, 杜连心); 郑州大学第一附属医院眼科 (刘宝善)

通讯作者: 王丽娅, E-mail: liyawang1@yahoo.com

抽出探针冲洗义管, 畅通后滴溶液于结膜囊内, 当液体能自然流入, 上端位置又好, 手术即完成。

3. 术后处理: 术后结膜囊内滴抗生素眼液, 遮盖患眼。鼻腔内滴呋麻滴鼻液, 以减轻鼻黏膜术后反应。次日即行冲洗, 如冲洗不通, 可能有凝血块或组织碎片阻塞, 加压冲洗或探针探通即可。若义管长度不合适, 可更换义管。

三、疗效标准: ①治愈: 泪溢症状消失, 义管冲洗通畅。②好转: 有时有结膜分泌物阻塞义管, 或有义管下沉, 但经过处理义管仍通畅, 泪溢基本消失。③失败: 术后经常结膜充血, 分泌物多而阻塞义管, 或义管周围组织感染、或义管沉入组织, 最后将义管拔除。

## 结 果

一、临床疗效: 21 例 26 眼术后随访 2~10 年。治愈 15 例 18 眼, 占 69.23%, 好转 3 例 4 眼, 占 15.38%, 总有效率为 84.62%; 失败 3 例 4 眼, 占 15.38%。金制义管 14 眼中治愈 11 眼, 好转 3 眼, 有效率为 100%; 不锈钢管 12 眼, 治愈 6 眼, 好转 2 眼, 失败 4 眼, 有效率为 66.67%。

二、不良反应: 失败的 4 眼均为不锈钢义管, 将义管拔出。①义管下沉: 义管沉入结膜下甚至埋在组织内, 系由于创口过大或义管本身的重量使义管下沉。本文有 2 眼义管下沉。②感染: 1 眼义管周围组织发生感染, 将义管拔除后经用抗生素治疗, 炎症消失。③分泌物阻塞义管: 1 眼分泌物增多, 阻塞义管, 经加压冲洗, 或用细软探针探通义管, 同时滴用消炎眼液, 可保持义管通畅, 但内眦部经常充血, 分泌物较多, 故将义管拔出。

## 讨 论

对于泪小管、泪囊损伤严重, 泪道管腔有多处粘连阻塞的患者, 以及由于外伤造成的泪道瘢痕扭曲, 无法利用泪道及周围组织修复者可行泪道义管术<sup>[1,2]</sup>。目前所应用的义管有金制义管、聚乙烯管、不锈钢管等。本组所用义管的有效率为金制义管 100%、不锈钢管 66.67%。金制义管较稳定, 具有壁薄、较轻的优点, 并且对组织刺激性小, 效果较好, 但因费用较高受到限制。不锈钢义管的管壁较厚, 较重易引起下沉, 对组织也有一定的刺激性, 易引起结膜充血、分泌物增多, 可导致义管阻塞, 效果较差。

义管上下端的位置是手术成败的主要因素。义

管上端的正确位置应在泪湖下方泪阜皱襞上 (因该处为皮肤组织, 可承受义管的重量), 义管上口不高于下睑缘, 略低于下泪点, 在牵开下睑时即可见到管口 (图 1)。为预防义管术后发生下沉, 术时可在义管上端膨大部下系以缝线, 将线的另一端固定在下睑皮肤, 待创口愈合后剪除缝线, 则可避免术后义管沉入组织内。术后若发生下沉者, 可在义管即将沉入结膜下时, 及时在义管上端膨大部下垫一较膨大部稍大之塑料杯, 以避免义管继续下沉。若沉入组织内, 用镊子自结膜不能取出时, 只有切开皮肤取出之, 否则易发生感染。义管的下端正确位置应在下鼻道内悬空, 可避免义管下端抵住鼻黏膜, 或为鼻腔内分泌物阻塞。为防止鼻腔内分泌物阻塞, 我们在近义管下端之管壁上加工 1-2 个小孔, 有助于义管的导流, 提高手术的成功率。



图 1 义管的正常位置



图 2 义管加压冲洗义管

术后恰当的护理也是手术成功的重要因素。术后发生的不良反应有义管下沉、感染、结膜炎及义管阻塞等, 若能处理及时, 多数是可预防的。术后应使患者了解, 结膜囊或鼻腔内的分泌物, 可导致义管暂时性的阻塞。若有义管引流不畅时, 患者应按住健侧鼻孔, 利用患侧鼻孔吸气或吹气, 以便将义管内的分泌物吸入鼻腔或吹出管口。义管阻塞经久吹仍不通时, 即应加压冲洗义管 (图 2) 或用细探针探通后再冲洗。阻塞若不及时处理, 阻塞将会更

严重。由于义管异物的刺激或个体差异,部分患者的内眦部经常充血,分泌物增多,可致结膜炎和义管阻塞,易引起义管周围组织感染、故术后局部经常点消炎眼液,保持局部清洁,是很必要的。一旦有感染表现,应及时应用抗生素治疗,能使大部分感染症状消失,否则感染严重,只有拔出义管始能治愈。义管沉入组织内若不及时处理,也易引起感染。故当看不到义管上口时,即应就诊。

目前对于严重的泪道损伤患者,特别对于不能行泪小管泪囊吻合术的泪小管阻塞,泪囊鼻腔吻合失败不能再次吻合者及多数鼻骨骨折而有骨质变形

者,在泪道手术或激光尚无有效治疗情况下,泪湖鼻泪管插管术为可行的治疗方法。本术式因手术简单,不需要特殊设备,可多次手术的优点,值得推广使用。

### 参 考 文 献

- 1 李如龙,田孝义,周新柳.自制黄金管治疗泪道阻塞35例.国际眼科杂志,2004,4:969
- 2 刘宝善.泪湖-鼻泪管插管术的远期效果.中国实用眼科杂志,1987,5:422

(收稿时间:2007-01)

### · 病例报告 ·

## 眼眶滑车骨化的 CT 表现

吴国海

滑车为眼眶内的正常结构,正常成人滑车常见骨化<sup>[1]</sup>,在眼眶 CT 扫描的检查中,易误诊为“金属异物”或“骨折碎片”。本文对9例因眼眶疾病而行 CT 扫描检查中发现有滑车骨化表现的患者进行回顾性分析,以提高对眼眶骨化滑车的认识。

临床资料:收集我院 2004 年 3 月~2006 年 3 月因眼眶疾病而行 CT 扫描检查的患者中9例有骨化滑车表现的患者。其中男性 8 例占 89%,女性 1 例占 11%。年龄 32 岁~75 岁,平均 54.4 岁。其中眼眶占位病变的 5 例,甲状腺相关眼病的 2 例,外伤 1 例,其他 1 例。病人为自带 CT 片,为型号不一的第 3~4 代 CT 机。常规采用水平扫描和冠状扫描。全部为平扫,无强化扫描。窗宽 200~400Hu,窗位 35~80Hu。层厚 5mm。CT 扫描显示 5 例双侧、4 例单侧的眼眶滑车有骨化表现。

讨论 滑车位于眼眶滑车窝内,为 4~6mm 长的 U 型纤维软骨管<sup>[2]</sup>。软骨组织能通过软骨细胞肥大、透明、成熟以及钙质沉积而骨化。正常成人滑车常见骨化<sup>[1]</sup>。本组病例平均年龄为 54.4 岁,且男性占 89%,提示滑车的骨化与年龄有关,在男性中更易发生。正确认识眼眶内滑车的骨化对了解正常的滑车结构非常重要<sup>[3]</sup>。在眼眶 CT 扫描检查中,骨化的滑车表现为双侧或单侧有高密度的小结节影,同时能显示上斜肌走向(图 1, 2)。临床上如不注意分析易误诊为“金属异物”或“骨折碎片”。在本组病例中,有一例为眼外伤在外院误诊为眼眶金属异物,后经本院眼眶正侧位 X 光摄片

排除金属异物。眼眶 CT 扫描对骨化的眼眶滑车在诊断中具有重要价值,能帮助提高对眼眶滑车的正确认识。对眼眶 CT 应仔细阅读片,结合病史和临床表现,如发现两侧对称或同时显示上斜肌,更应考虑是正常的眼眶滑车的解剖结构,避免造成临床上的误诊。

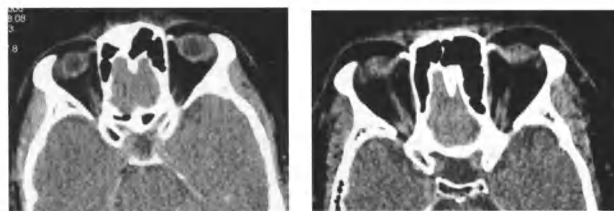


图 1 左眼眶内滑车骨化(白色) 图 2 双眼眶内滑车骨化(白色细  
细箭头示骨化的滑车及上斜肌) 箭头示骨化的滑车并可见上斜肌  
走向)

### 参 考 文 献

- 1 兰宝森,主编.中华影像医学头颈部卷.第 1 版.北京:人民卫生出版社,2002,45
- 2 李凤鸣主编.眼科全书下册.第 1 版.北京:人民卫生出版社,1996,2782
- 3 许有生,王土兴,沈纪林,等.眼眶滑车结构 CT 表现二例.临床放射学杂志,2002,21(7):542

(收稿时间:2006-10)

作者单位:315040 宁波,宁波市江东眼科医院

通讯作者:吴国海, E-mail:wughai@yahoo.com.cn