

## 鼻骨骨折合并慢性泪囊炎的手术疗效观察

缪爱红 孙玉兰 刘晓玲

**【摘要】 目的** 探讨和分析鼻骨骨折合并慢性泪囊炎的手术治疗方法和疗效, 对手术失败的原因进行分析, 并提出防治措施。**方法** 对 21 例患者的术中、术后进行观察和疗效分析。**结果** 5 例行泪囊摘除术的患者有 1 例泪囊区仍有炎症, 16 例行泪囊鼻腔吻合术的患者, 6 例治愈, 6 例有效, 4 例无效, 有效率为 75%。**结论** 对于有鼻骨骨折的患者不要忽略早期泪囊的检查, 鼻骨骨折合并的慢性泪囊炎, 药物治疗无效, 手术的成功率大大降低。

**【关键词】** 泪囊鼻腔吻合术; 慢性泪囊炎; 鼻骨骨折

慢性泪囊炎是眼科的常见病, 泪囊鼻腔吻合术是较为理想的治疗方法, 鼻骨骨折合并的慢性泪囊炎, 由于解剖结构的紊乱, 组织粘连及瘢痕的形成, 给手术增加了难度, 使手术的成功率大大降低。本文就 5 年来 21 例鼻骨骨折合并的慢性泪囊炎患者的手术及随诊观察总结如下。

1. 一般资料: 本院自 2001 年 10 月至 2006 年 5 月收治鼻骨骨折合并的慢性泪囊炎患者 21 例, 其致伤原因主要为车祸、爆炸伤及其他钝器伤。其中 3 例为我院的再住院病人, 18 例伤后曾在外院住院治疗, 所有患者均有溢泪或溢脓, 压迫泪囊区均有粘液脓性分泌物, 泪道冲洗针头顺利通过下泪小管, 冲洗液和分泌物从上、下泪小点返流。溢脓的症状发生时间, 短的在伤后 2 周, 最长的 1 个月, 有 6 例患者有急性发作史, 所有的患者药物治疗均无效。所有患者术前均行泪囊 X 线造影、鼻 CT 检查, 鼻骨 CT 示鼻骨骨折, 部分患者未予鼻骨复位。

(1) 对 5 例泪囊破碎严重的患者, 予以泪囊摘除, 其脓液侵及周围组织, 脓腔扩大者, 用碘伏烧灼创腔, 用生理盐水冲洗, 术后留置引流条。

(2) 对 16 例泪囊破坏相对轻微, 泪囊较完整的患者, 行泪囊鼻腔吻合术。用利多卡因加少许肾上腺素行眶下孔、筛前神经及局部皮肤浸润麻醉, 为减少术中出血, 中鼻道填塞含有 1% 的卡因及 1% 麻黄素的纱条。皮肤切口根据泪囊造影显示泪囊情况定位, 不能机械地按照解剖位置选择切口, 皮肤面有外伤的尽量选在原伤口上, 能切除的瘢痕尽量切除。仔

细分离皮下组织, 清除肉芽组织, 瘢痕及骨碎片。尽量不切开内眦韧带, 这样可以较大程度地保护眼轮匝肌, 保留泪囊及泪小管引流入鼻腔的虹吸作用<sup>[1]</sup>。查找泪囊, 注意不要损伤泪囊。由于鼻骨骨折的情况千差万别, 所以骨孔的制作和鼻黏膜与泪囊的吻合也要具体情况具体分析。外伤引起的泪骨处骨壁增厚骨痂形成, 故不一定在此顶破孔, 可从薄弱部位顶破造骨孔, 骨孔位置上达内眦韧带, 下至骨性鼻泪管口以下, 目的使骨孔尽量向下以利引流。骨孔大小约 1.2cm × 1.5cm, 呈长方形。有 2 例患者术中见有明显的骨片嵌顿刺入泪囊腔, 将骨片咬除, 直接利用泪囊本身的伤口, 分离成两片平铺在骨孔上, 与鼻黏膜吻合, 鼻黏膜破坏严重的将泪囊直接缝合在近泪前嵴骨膜上, 泪囊破坏严重的可将鼻黏膜缝合在泪囊外侧壁软组织上<sup>[2]</sup>。骨窗及腔内和周围增生的黏膜及肉芽组织一并清除。为防止术后鼻腔拔除引流条所引发的出血及拔除困难, 不留置引流条, 在中间断缝合皮下组织 2~3 针后, 用庆大霉素、地塞米松、生理盐水混合液冲洗泪道, 彻底冲洗新泪道通路的残留物, 通畅后缝合皮肤切口, 患侧加压包扎。术后第 2 天换药, 鼻腔内滴 1% 麻黄素, 术后 4 天用庆大霉素、地塞米松、生理盐水混合液冲洗泪道, 5~6 天拆除皮肤缝线, 以后每周冲洗泪道一次, 共 6 周。

### 结 果

术后随访最短 3 个月, 最长 5 年。16 例行泪囊鼻腔吻合术的患者, 6 例治愈, 自觉无溢泪症状, 泪道冲洗通畅; 6 例有效, 泪道冲洗通畅, 仍溢泪; 4 例无效, 溢泪无改善, 泪道冲洗不通, 仍有溢脓症

作者单位: 063000 唐山, 河北唐山市工人医院 (缪爱红 孙玉兰); 开滦矿物局医院 (刘晓玲)

通讯作者: 缪爱红

状。泪囊鼻腔吻合术者的有效率为 75%。有 1 例仍有泪囊区的炎症。

## 讨 论

鼻骨骨折合并慢性泪囊炎的泪囊鼻腔吻合术手术成功率低,考虑以下几方面有关:①由于解剖结构的紊乱,组织粘连及瘢痕的形成术中易出血,给手术增加了难度。②由于鼻骨骨折的存在,往往存在骨折相应部位的鼻粘膜的破坏,并且泪囊区的炎症往往迁延至鼻黏膜,因而很难找到可供吻合的健康鼻黏膜,而泪囊及鼻黏膜的良好吻合是决定手术成败的一个关键<sup>[3]</sup>。③由于骨折的错位及不良愈合,常引起泪骨壁增厚,骨痂形成,导致骨窗制作困难,骨窗偏小,位置偏高或偏低。由于泪总管开口多位于内眦韧带后下方,骨窗过小或位置偏低,泪总管不能完全暴露,增生的黏膜及瘢痕组织容易将其阻塞,骨窗位置过高,其下方易形成一盲腔,造成泪液滞留,继发感染而阻塞泪道。④术中将损伤的鼻黏膜及泪囊黏膜勉强缝合,可因黏膜下陷,线结残留刺激引起吻合口堵塞,导致手术失败。

行泪囊摘除术的患者,清除泪囊黏膜增殖组织一定要彻底,缝合要分层缝合,尽可能不要保留潜在的腔隙,必要时留置引流条。本组患者有 6 例泪道冲洗通畅,但仍溢泪考虑与鼻骨骨折后内眦畸

形有关,或者为泪泵功能不足所致。其中 3 例内眦畸形的患者二期经内眦成形,1 例行隆鼻术,术后溢泪有明显改善。

对于有鼻骨骨折的患者特别是鼻骨错位明显及粉碎性鼻骨骨折的患者不要忽略泪囊的检查,此类患者如合并有泪囊的外伤,早期由于鼻部及眶周的肿胀,甚至有的患者由于有严重颅脑损伤和其它复合伤的存在,溢泪症状往往被掩盖和忽视。因此再加上伤后早期抗生素的应用,一般亦无溢脓及急性炎症的发生,所以泪囊的病变往往被忽视,要引起医生的高度重视及仔细检查,早期做出判断,相关的科室之间要协作,视具体情况早期行泪囊的摘除、修补等手术治疗,可以有效预防和减少患者日后发生慢性泪囊炎的机会,为患者减少病痛,节约治疗费用,取得相对满意的疗效。

## 参考文献

- 1 赵志锋. 泪囊鼻腔吻合术中鼻黏膜及泪囊黏膜瓣损伤的处理. 眼外伤职业眼病杂志, 2001, 23(6):707.
- 2 陈春霞等. 泪囊鼻腔吻合术 231 例临床分析. 眼外伤职业眼病杂志, 2005, 27 (3): 224-225.
- 3 李凤鸣. 眼科全书[M]. 北京:人民卫生出版社, 1996, 1084-1085.

(收稿时间: 2007-04)