

• 经验与教训 •

鼻内镜下泪囊鼻腔吻合加喇叭管置入术治疗慢性泪囊炎
Dacryocystorhinostomy and trumpet-shaped tube placement under
nasal endoscopy for the treatment of chronic dacryocystitis寇贵贤¹

[关键词] 泪囊炎;鼻内镜;泪囊鼻腔吻合

Key words dacryocystitis; nasal endoscopy; dacryocystorhinostomy

[中图分类号] R777.2 [文献标志码] B [文章编号] 1001-1781(2013)02-0094-02

慢性泪囊炎是临床常见的眼附属器管疾病,随着鼻眼相关外科学的发展,鼻外进路行泪囊鼻腔吻合术逐渐被鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术所取代,但鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术后鼻腔吻合口粘连,造成术后症状改善不理想,一直困扰着临床医师。我科收集整理 2006-03—2011-10 期间运用鼻内镜下泪囊鼻腔吻合并喇叭管置入术治疗慢性泪囊炎患者完整病例 28 例(31 只眼),效果满意,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 28 例患者,男 12 例,女 16 例;年龄 23~61 岁,平均(46.0±11.8)岁;病史 3~28 年,平均(16.0±2.4)年。临床主要表现为均有不同程度溢泪,压迫泪囊区可见脓性分泌物溢出,泪道冲洗不通,部分病例有内眦红肿,泪囊碘油造影未见小泪囊。其中伴中鼻甲肥大 3 例,下鼻甲肥大 2 例,鼻中隔偏曲 2 例,鼻腔息肉 1 例。

1.2 方法

1.2.1 喇叭管的制备 选用硬膜外麻醉导管,截取约 10 cm 长短,其中一端用泪点扩张器缓慢扩张至管口直径约 0.25 cm 的喇叭状,使其形状保持 1 周,作为 a 段备用。再截取输液器针头部分软管约 0.5 cm,用泪点扩张器缓慢扩张至管口直径约 0.6 cm 的喇叭状,使其形状保持 1 周,作为 b 段备用。原硬膜外麻醉导管内钢丝(导线内铜丝)截为 20 cm,作为 c 段备用。保留硬膜外麻醉导管盲端约 15 cm 作为 d 段备用。见图 1。

1.2.2 手术步骤 常规身体检查和鼻腔内镜检查,对严重鼻甲肥大、鼻中隔偏曲、鼻息肉患者先期手术治疗,为泪囊鼻腔吻合术拓展手术空间。患者取仰卧位,鼻腔用 1%丁卡因麻黄素棉片表面麻醉后,再用 2%利多卡因加少许 0.1%肾上腺素,于中鼻甲前端黏膜下和泪囊周围浸润麻醉。眼结膜囊内用 1%丁卡因表面麻醉。以中鼻甲附着处为上界,下鼻甲附着处为下界,以钩突为后界,做 1.0 cm×

¹ 西华县中医院耳鼻咽喉科(河南周口,466600)
通信作者:寇贵贤, E-mail: koufolee@163.com

- [15] MENDELL D A, LOGEMANN J A. Temporal sequence of swallow events during the oropharyngeal swallow[J]. J Speech Lang Hear Res, 2007, 50: 1256—1271.
- [16] SUZUKI M, ASADA Y, ITO J, et al. Activation of cerebellum and basal ganglia on volitional swallowing detected by functional magnetic resonance imaging[J]. Dysphagia, 2003, 18: 71—77.
- [17] 裴培, 苗丽, 张旻, 等. 老年人失牙的相关因素研究[J]. 牙体牙髓牙周病学杂志, 2012, 15(5): 301—303.
- [18] CECNNI E, DI PIERO V. Dysphagia-pathophysiology, diagnosis and treatment[J]. Front Neurol Neurosci, 2012, 30: 86—89.
- [19] HAN T R, PAIK N, PARK J W. Quantifying swallowing function after stroke: A functional dysphagia scale based on videofluoroscopic studies[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2001, 82: 677—682.
- [20] 黄选兆. 老年人吞咽功能障碍[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2001(8): 381—383.
- [21] CHEN P H, GOLUB J S, HAPNER E R, et al. Prevalence of perceived dysphagia and quality-of-life impairment in a geriatric population[J]. Dysphagia, 2009, 24: 1—6.
- [22] LIEU P K, CHONG M S, SESHADRI R. The impact of swallowing disorders in the elderly[J]. Ann Acad Med Singapore, 2001, 30: 148—154.

(收稿日期: 2012-06-15)

0.8 cm 大小“C”形黏骨膜瓣,向后翻转然后用骨钻磨去上颌骨额突及泪骨前部,显露淡蓝色泪囊内壁,形成 0.8 cm×0.8 cm 大小骨窗。将 c 段插入 d 段后盲端经泪小点导入至泪囊并顶起泪囊壁,呈“C”形切开泪囊并向前翻转泪囊瓣,覆盖骨窗前沿,将 d 段后盲端拉出鼻腔外(注意要保持 d 段在泪小管口处始终外露),剪短盲端,把 c 段露出,先后引导 b 段, a 段套在 c 段上,再将 c 段鼻端打结后,从泪小管端缓慢拉出, d 段暴露弃之,同时调整泪囊瓣,使其内翻于鼻腔,调整黏骨膜瓣,使其外翻于泪囊,再拉紧 c 段,使 b 段、a 段喇叭口端压紧吻合口,另一端在泪小管口固定。将 c 段向鼻腔稍退暴露打结处后从鼻腔抽出,术毕。术后鼻内镜下清洗鼻腔内血痂及分泌物,当鼻腔吻合口处无痂皮后即可从鼻腔抽出喇叭管。1 个月内每周冲洗 1 次,以后每个月冲洗 1 次,保持 3 个月无异常,停止冲洗。

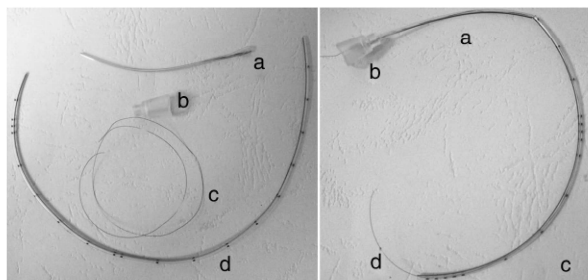


图1 喇叭管的制备

2 评判标准与结果

治愈:溢泪流脓症状消失,泪道冲洗通畅,鼻内窥镜观察,泪囊造孔形成,上皮化良好;好转:症状减轻,冲洗泪囊通畅,或加压冲洗通畅,鼻内镜下观察,泪囊造孔形成已上皮化;无效:症状无缓解,泪道冲洗不通,造孔闭锁^[1]。

术后随访(18.0±4.3)个月,治愈 27 例(30 只眼),好转 1 例(1 只眼),无效 0 例,治愈率为 96.8% (30/31),有效率为 100.0%。

吻合口全部形成,除 1 例因术中误伤黏骨膜瓣,使翻转深度不够,吻合口出现瘢痕收缩呈裂隙状外,其余呈圆形。

3 讨论

慢性泪囊炎主要由于鼻泪管阻塞,泪液滞留,细菌在泪囊内繁殖,多见于沙眼波及泪道,形成瘢痕,其次见于外伤^[2]。鼻腔疾病导致下鼻道狭窄或

堵塞等因素也与发病有相应关系。目前治疗以反复冲洗泪道和手术为主,但传统的泪囊鼻腔吻合术遗留面部瘢痕,手术成功率较低,随着鼻内镜技术的不断发展,鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术越来越多应用于临床,耳鼻咽喉科医师成为治疗慢性泪囊炎的主要力量。但吻合口处理的不好,容易出现吻合口处肉芽增生膜性闭塞,瘢痕阻塞及鼻黏膜粘连,导致手术失败。准确的骨窗定位是手术成功的关键。鼻内镜下造孔术以钩突前缘为手术向后的警戒线。同时骨孔的大小、光滑程度及泪囊的处理,也是手术成功的主要原因^[3]。加强术后鼻腔清理也是手术成功的关键原因之一,术后内镜复查,泪道冲洗,可及时的发现并处理鼻腔血痂、分泌物及肉芽,防止造孔堵塞及鼻腔粘连。

我们利用鼻内镜下泪囊鼻腔吻合加喇叭管置入术治疗慢性泪囊炎,喇叭管圆形,质软,可以根据骨窗的形态适度变形,更好的适应吻合口形态,产生持久地均匀地机械支撑作用来扩张吻合口和泪道,使反向的骨膜瓣和泪囊瓣分别压于骨窗的前后缘,因黏骨膜瓣和泪囊瓣均为上皮组织,使吻合口上皮化时间大大缩短,减少吻合口处的纤维组织增生收缩,而导致造孔狭窄或闭锁,有效防止黏膜修复,瘢痕挛缩封闭造孔。鼻内镜下泪囊鼻腔吻合加喇叭管置入术和其他术式相比,除了有效避免了面部瘢痕,治愈率高,视野直观,手术准确精细,出血少,反应轻,患者痛苦小,且无需切断内眦韧带,对泪囊的损伤小且保留了泪囊的唧筒功能,泪液的排出近似生理方式等^[4]外,还具有以下优点:创伤更小;操作更简单,无需任何缝合;吻合口处痂皮形成少,10~15 d 就可以拔管,大大缩短了愈合时间,减少了术后换药次数,既减轻患者痛苦,也降低了医务人员的工作量。

参考文献

- [1] 韩德民. 鼻内窥镜外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:151-155.
- [2] 江满杰,纪荣明. 鼻内窥镜下鼻腔泪囊吻合术的有关前组筛窦应用解剖[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,1999,13(11):497-498.
- [3] 刘家琦,李凤鸣. 实用眼科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,1999:285-285.
- [4] 黄思海,李华斌. 鼻外径路和鼻内镜下鼻腔泪囊造孔术的对比分析[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2006,20(11):519-520.

(收稿日期:2012-03-06)