

2 种术式治疗慢性泪囊炎的疗效观察

Therapeutic effect of two kinds of surgical treatment for chronic dacryocystitis: external dacryocystorhinostomy and endoscopic dacryocystorhinostomy

唐林甫¹ 覃纲² 杨永春¹ 甘利蓉¹ 王毅¹ 龙智¹

[关键词] 慢性泪囊炎;泪囊鼻腔造口术

Key words chronic dacryocystitis; dacryocystorhinostomy

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2017.13.016

[中图分类号] R764 [文献标志码] B

慢性泪囊炎是眼科常见病,长期以来,泪囊鼻腔吻合术是眼科治疗慢性泪囊炎最常用的方法,疗效较好。随着鼻内镜技术在鼻眼相关外科的不断发展,越来越多的医生更倾向于采用鼻内镜下泪囊鼻腔造口术来治疗慢性泪囊炎。笔者 2014-03—2016-10 期间收治 189 例慢性泪囊炎患者,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

189 例(189 眼)慢性泪囊炎患者,男 7 例,女 182 例。患者自愿选择手术方式(其中 5 例伴鼻中隔偏曲和 3 例伴鼻息肉者,在医生的建议下选择鼻内镜下泪囊鼻腔造口术)。鼻内镜下泪囊鼻腔造口术组(A 组)96 例,男 4 例,女 92 例;年龄 23~69 岁,平均(47.95±14.07)岁;病程 10~180 个月,平均(89.72±49.17)个月。泪囊鼻腔吻合术组(B 组)93 例,男 3 例,女 90 例;年龄 27~73 岁,平均(48.89±13.28)岁;病程 12~186 个月,平均(98.98±49.15)个月。2 组性别、年龄、病程差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者均有持续性溢泪和(或)间隙性溢脓,泪道冲洗可见黏脓性分泌物反流,多数患者可通过挤压泪囊区见泪小点溢脓。2 组患者均由本文第一作者主刀完成。

1.2 方法

A 组(鼻内镜下泪囊鼻腔造口术组):选用 4 mm 直径 STORZ 硬性鼻内镜及其成像系统,器械包括泪道探针、咬骨钳及 Medtronic xps 3000 动力系统。如患者伴有鼻中隔偏曲、鼻息肉等鼻腔鼻窦病变,同期先行鼻腔鼻窦手术。①1%丁卡因肾上腺素棉片行鼻腔黏膜表面麻醉,用含少许肾上腺素的 2%利多卡因行中鼻甲前端附着处至钩突为后界的鼻腔外侧壁黏膜下浸润麻醉;②以中鼻甲前端附着处前下方作一约 12 mm×8 mm 基底在上方的黏膜瓣^[1];③向后上翻转黏膜瓣,暂固放在嗅

裂区,充分显示上颌骨额突、泪颌缝,金刚砂磨钻或咬骨钳去除上颌骨额突部分骨质,形成约 12 mm×8 mm 骨孔,充分显示泪囊;④自下泪小点导入泪道探针(5 例下泪小管阻塞,从上泪小点导入探针),鼻内镜充分暴露泪囊;⑤钩突刀纵行切开泪囊,作一底在后方的“[”形泪囊黏膜瓣,向后翻转黏膜瓣与后方鼻腔黏膜切缘对合,复位预置于嗅裂区的黏膜瓣与泪囊前瓣黏膜对合;⑥泪囊腔内填入明胶海绵,压迫固定黏膜瓣。

B 组(泪囊鼻腔吻合术组):①术侧鼻腔表面麻醉,内眦区浸润麻醉;②内眦区作约 12 mm 弧形切口,暴露内眦韧带,剪断内眦韧带并预置缝线,暴露泪囊窝;③咬骨钳制作约 18 mm×18 mm 骨孔,暴露鼻腔黏膜;④“工”形切开泪囊及鼻腔黏膜,形成泪囊及鼻腔黏膜前后瓣;⑤泪囊黏膜后瓣与鼻腔黏膜后瓣对位缝合,黏膜腔油纱条填塞,对位缝合泪囊及鼻腔黏膜前瓣;⑥缝合内眦韧带、皮下及皮肤。

术后常规口服抗生素 1 周,羟甲唑啉及鼻用激素喷鼻,氧氟沙星滴眼液滴眼。B 组于术后 2 d 拔出术腔油纱条,5 d 拆除皮肤缝线。2 组患者术后 1 周开始随访,随访内容包括:生理盐水泪道冲洗;内镜下清除鼻腔血痂、渗出物及肉芽组织。术后 2 个月内每周鼻内镜下复查,术后第 3 个月每 2 周复查,第 4、5、6 个月各复查 1 次^[2],直至泪囊造口完全上皮化,溢泪、溢脓症状完全消失,泪道冲洗通畅。

1.3 疗效判定标准

本文以患者主观症状作为疗效评估标准。依据文献^[3-4]报道,疗效随访以电话问卷方式进行,内容包括:①术后症状控制满意吗?②溢泪复发了吗?③你觉得手术成功还是失败?患者认可的成功为有效,失败为无效。

1.4 统计学方法

有效率采用 SPSS 11.0 统计软件进行 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

A 组 96 例,成功随访 93 例,失访 3 例;随访时间 3~24 个月,平均(15.74±4.83)个月;有效 90

¹遂宁市第三人民医院眼耳鼻咽喉科(四川遂宁, 629000)

²西南医科大学附属医院耳鼻咽喉头颈外科
通信作者:覃纲, E-mail: qin-lzm@163.com

例(93.8%),无效 3 例。B 组 93 例,成功随访 90 例,失访 3 例;随访时间 3~24 个月,平均(16.31±5.12)个月;有效 80 例(86.0%),无效 10 例。2 组病例有效率差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

泪囊鼻腔吻合术及鼻内镜下泪囊鼻腔造口术是治疗慢性泪囊炎的 2 种常用术式,二者之间的疗效差异尚无定论,有文献报道鼻内镜下泪囊鼻腔造口术的疗效优于泪囊鼻腔吻合术^[5-7];也有文献认为 2 种术式的疗效差异无统计学意义^[8-10]。笔者将上述文献所列病例进行合并统计,鼻内镜下泪囊鼻腔造口术有效率高出泪囊鼻腔吻合术($P<0.05$)。笔者认为从总体来看,鼻内镜下泪囊鼻腔造口术的疗效优于泪囊鼻腔吻合术是可信的,因为鼻内镜下泪囊鼻腔造口术具备泪囊鼻腔吻合术的优点,还可以处理鼻腔解剖异常,去除了病因,消除了复发的隐患,疗效的提高完全可以预期。

影响鼻内镜下泪囊鼻腔造口术疗效的因素较多,主要包括以下几个方面。第一,准确定位泪囊,恰当的泪囊造口。中鼻甲腋前下方足够大的骨窗与泪道探针引导可以准确定位泪囊。以往有术者主张将开窗的上界定位于中鼻甲腋上方 8~10 mm,暴露泪囊全程并完全开放泪囊,切开泪囊后能看见泪总管开口^[4]。笔者认为,泪囊勿需全程暴露与开放,理由如下:①慢性泪囊炎主要病变在于鼻泪管阻塞,开放泪囊下半部就能达到充分引流泪液的目的;②泪囊腔径远大于泪总管开口大小,如将泪总管开口完全暴露在鼻腔,很容易因鼻腔分泌物或痂壳而阻塞;③全程开放泪囊及暴露泪总管开口容易造成泪总管开口的创伤而闭锁;④全程开放泪囊后泪囊正常的舒缩功能不复存在,失去推动泪液引流的动力。现实中有不少老年人泪道冲洗通畅但溢泪,也有不少病例通过手术解除了泪道阻塞但溢泪未见改善,这种现象的存在与眼轮匝肌软弱无力或泪囊解剖结构的严重破坏致泪囊舒缩功能不全或丧失不无关系。第二,保留泪囊黏膜瓣,减少骨质暴露。术后肉芽组织增生、瘢痕挛缩引起的造口封闭,是泪囊鼻腔造口术失败的重要原因。肉芽瘢痕组织主要来源于术后骨质裸露部分的 II 期愈合,若骨质暴露过多,术后造口区纤维组织增生明显,瘢痕挛缩后造口缩小乃至封闭,制作泪囊鼻腔黏膜瓣可有效减少骨质暴露。第三,术后定期随访。术后造口周围会出现不同程度的血痂、渗出物及肉芽,这些血痂、渗出物和肉芽会直接堵塞造口,机化后形成纤维瘢痕组织,增加后期造口闭锁的风险。术后应定期随访,及时清理生成的血痂、渗出物和肉芽^[4]。

关于泪囊鼻腔造口术的疗效评判标准并不统一,目前采用的评估方法大致分为客观标准和主观

标准。客观标准主要是评估泪道的解剖功能,方法较多,如泪道冲洗、泪道造影等,最常用的是泪道冲洗。主观标准包括患者的症状是否改善、对手术的满意度等主观感觉。多年来,我们注意到,有部分病例的客观检查与主观感觉并不一致:其一,部分患者行泪道冲洗通畅但仍有溢泪;其二,部分患者行泪道冲洗显示泪道有不同程度的阻塞而患者无溢泪症状。部分患者发生的主观与客观分离现象其原因尚不十分明确,有待进一步研究。本报道中的鼻内镜下泪囊鼻腔造口术组及鼻外径路泪囊鼻腔吻合术组之中各有 1 例患者泪道冲洗通畅,而患者仍有溢泪现象,患者均认为手术失败;另一方面,本研究鼻内镜下泪囊鼻腔造口术组中有 1 例患者泪道冲洗显示有不同程度的阻塞现象,但患者没有溢泪现象,患者满意,认为很成功。因此我们认为,患者的主观满意更能代表手术的效果。

本研究还注意到,2 种术式在手术适应证、手术创伤、术中出血、术后恢复、美容等方面有所不同。鼻内镜下泪囊鼻腔造口术优势在于:①面部无切口,不遗留瘢痕,不影响面部美观;②可同时处理鼻腔鼻窦疾病或解剖异常等因素如鼻窦炎、鼻息肉及鼻中隔偏曲等,去除了病因,消除了术后复发的隐患;③手术便捷,入路短,损伤少,出血少,鼻腔无须填塞,术后反应轻,恢复快;④以往认为急性泪囊炎需要在抗炎、抗感染的基础上行脓肿部位泪囊切开引流,充分消炎、消肿后再行泪囊鼻腔吻合术。如今可以经鼻内镜在急性期于鼻腔侧行泪囊切开、引流、造口,有效缩短了病程。本研究中有 1 例慢性泪囊炎急性发作,泪囊破溃形成皮下脓肿,经鼻内镜切开、造口,随访 6 个月,泪道冲洗通畅,无溢泪。

鼻内镜下泪囊鼻腔造口术成功率高,组织损伤小,面部无瘢痕,可以作为治疗慢性泪囊炎的首选术式。术中准确定位泪囊、恰当的泪囊造口、制备泪囊及鼻腔黏膜瓣、定期随访换药是提高手术疗效的关键因素。

参考文献

- [1] 周兵,黄谦,韩德民,等.改良经鼻内镜下泪囊鼻腔造口术[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2008,15(2):87-90.
- [2] 李育广,宋小平,曾京宇.鼻内镜下手术治疗慢性泪囊炎的经验体会[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2011,25(1):59-61.
- [3] UMAPATHY N,KALRA S,SKINNER D W, et al. Long-term results of endonasal laser dacryocystorhinostomy[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 135:81-84.
- [4] 王锋,王德辉.鼻内镜下泪囊鼻腔造口术的疗效分析[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2011,11(5):298-299.
- [5] 徐晓红,薛迎春,彭琦,等.3种术式治疗慢性泪囊炎的疗效观察[J].南京医科大学学报(自然科学版),2014,34(11):1598-1600.

- [6] 吴陆敬,何利兴,姜万富,等. 鼻内镜下改良式泪囊鼻腔造口术治疗慢性泪囊炎疗效观察[J]. 吉林医学, 2015, 36(1):84-85.
- [7] 段国琴. 鼻内窥镜下改良式泪囊鼻腔吻合术的临床应用研究[J]. 检验医学与临床, 2015, 12(6):842-842.
- [8] 胡习莲. 内窥镜下泪囊鼻腔吻合术和传统泪囊手术的优劣解析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(2): 119-119.
- [9] 王敏,张军. 鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术治疗慢性泪囊炎的疗效观察[J]. 中国医药导刊, 2015, 17(5):451-456.
- [10] 廖首本,黄雄超,杨丽,等. 改良鼻外径路泪囊鼻腔吻合术治疗慢性泪囊炎的临床观察[J]. 广西医学, 2016, 38(1):110-112.

(收稿日期:2017-03-30)

经鼻置管负压引流治疗咽后脓肿

Nasal catheter drainage for treatment of retropharyngeal abscess

全忠信¹ 李娜¹ 姜宪¹

[关键词] 咽后脓肿;经口切开;持续负压引流

Key words retropharyngeal abscess;by oral incision;continuous negative pressure drainage

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2017.13.017

[中图分类号] R764 [文献标志码] B

咽后脓肿是临床上较少见的咽后隙化脓性疾病。因位置比较隐蔽,常引起诊治困难及延误病情,严重时会导致喉阻塞及颈部大血管损伤。临床上目前根据强化 CT 结果,按脓腔的大小采用不同的治疗方式。常用的外科手段是直接喉镜下暴露咽腔,在脓肿低位做垂直切口,开放引流。我们采用经口咽后脓肿切开加经鼻置管持续负压引流方法治疗咽后脓肿 3 例,效果显著,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

例 1,患者,女,39 岁,因“左侧咽部疼痛 5 d”于 2012 年 8 月 17 日入院。入院前 5 d 患者无明显诱因出现咽痛伴发热,取仰卧位时有吸气性呼吸困难、鼻塞等症状,于当地卫生院就诊,以“急性扁桃体炎”行抗生素治疗后上述症状未见缓解(具体药物及用量不详),出现唾液明显增多等现象,为求明确诊断及治疗来我院就诊。入院体检:双侧扁桃体 I 度肿大,轻度充血,未见脓栓及溃疡,咽后壁充血,左侧咽后壁及咽侧壁见 5.0 cm×3.0 cm 大小隆起,触之较硬,界限不清,悬雍垂及咽侧索充血肿胀。颈部强化 CT 示:左侧咽部软组织增厚,可见类圆形多房样低密度区,最大径 4.0 cm×3.0 cm,增强后边缘环状强化,中心见无强化低密度区,病灶上界达口咽层面,下界达梨状窝,左侧咽腔变形。诊断为:左侧咽后脓肿(图 1)。完善相关术前检查,于 2012 年 8 月 20 日行经口左侧咽后脓肿切开

及经鼻置管负压引流术。术中脓液送检行细菌培养及药物敏感试验,找到克雷伯杆菌,未培养出抗酸杆菌,根据药敏结果选用敏感抗生素。

例 2,患者,男,58 岁,因“左侧咽痛 10 d,咽部堵塞感、吞咽困难 3 d”于 2012 年 9 月 5 日入院。入院前 10 d 患者无明显诱因出现咽痛伴咽部异物感,以左侧为重,于当地医院就诊,诊断为“急性咽喉炎”,对症治疗(头孢类抗生素加甲硝唑)后无明显好转,3 d 前开始出现咽部堵塞感、吞咽困难、流涎伴发热(38.5℃),故到我院就诊。体检:双侧扁桃体 II 度肿大,呈慢性充血状,表面不平,未见脓栓及溃疡,左侧咽后壁明显隆起、充血,4.0 cm×3.0 cm 大小,触之无明显波动感,会厌舌面明显肿胀,左侧杓会厌襞红肿,左侧梨状窝变浅,痰液积聚。颈部强化 CT 示:左侧咽后壁明显肿胀,其内可见片状不规则低密度区,增强后边缘略强化,左侧会厌受累,左侧梨状窝及会厌谷视不清。诊断为:左侧咽后脓肿。完善相关术前检查,于 2012 年 9 月 6 日行经口左侧咽后脓肿切开及经鼻置管负压引流术。术中脓液送检行细菌培养及药物敏感试验,找到乙型溶血性链球菌,未培养出抗酸杆菌及真菌,根据药敏结果选用敏感抗生素。

例 3,患者,男,54 岁,因“咽痛伴咽部堵塞感 7 d,加重 4 d”于 2016 年 10 月 18 日入院。7 d 前开始患者无明显诱因出现咽痛不适,以右侧为著,伴咽部堵塞感及吞咽困难,于当地医院就诊,诊断为“急性扁桃体炎及喉炎”,对症治疗(具体药物及用量不详)后无明显好转,4 d 前开始上述症状加重,出现持续性声音嘶哑伴流涎,故到我院就诊,行

¹ 延边大学附属医院耳鼻咽喉头颈外科(吉林延吉,133000)
通信作者:姜宪, E-mail: jiangxian@ybu.edu.cn