

鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术治疗复发性泪囊炎

杜红¹, 郭晓蓝¹, 唐志英¹, 邓伟光², 李元福³

作者单位: (518083) 中国广东省深圳市盐港医院¹眼科; ²耳鼻喉科; ³(518081) 中国广东省深圳市第七人民医院眼科

作者简介: 杜红, 毕业于同济大学医学院, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 泪道疾病、眼眶疾病、眼表疾病。

通讯作者: 杜红. 2500206070@qq.com

收稿日期: 2013-04-07 修回日期: 2013-06-08

Clinical observation of dacryocystorhinostomy in treating recurrent dacryocystitis by nasal endoscopy

Hong Du¹, Xiao-Lan Guo¹, Zhi-Ying Tang¹, Wei-Guang Deng², Yuan-Fu Li³

¹Department of Ophthalmology; ²Department of E. N. T., Yan'gang Hospital, Shenzhen 518083, China; ³Department of Ophthalmology, Shenzhen Seventh People's Hospital, Shenzhen 518081, China

Correspondence to: Hong Du. Department of Ophthalmology, Yan'gang Hospital, Shenzhen 518083, China. 2500206070@qq.com

Received: 2013-04-07 Accepted: 2013-06-08

Abstract

• AIM: To investigate the clinical effect of dacryocystorhinostomy in treating recurrent dacryocystitis by nasal endoscopy.

• METHODS: Totally 18 cases (18 eyes) of recurrent dacryocystitis were operated with dacryocystorhinostomy by nasal endoscopy from March 2007 to June 2012. During the dacryocystorhinostomy, the hole in the bone was expanded, and adhesion sites were separated. Blood clot, scar, granulation, and other lesions were cleared up. Nasal steroids were used after operation.

• RESULTS: The patients were followed up for 6-12 months after operation. Fifteen cases (83.3%) were cured, 2 cases (11.1%) were improved, 1 case were failed. The total effective was 94.4%.

• CONCLUSION: Dacryocystorhinostomy appears to be an effective and safe filtering procedure in recurrent dacryocystitis with the advantage of having fewer complications. It is worthy of clinical application.

• KEYWORDS: nasal endoscopy; recurrent

dacryocystitis; dacryocystorhinostomy

Citation: Du H, Guo XL, Tang ZY, et al. Clinical observation of dacryocystorhinostomy in treating recurrent dacryocystitis by nasal endoscopy. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2013;13(7):1505-1507

摘要

目的:探讨鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术治疗复发性泪囊炎的临床疗效。

方法:我院2007-03/2012-06对18例18眼传统外路泪囊鼻腔吻合术或鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术后仍有溢泪或伴溢脓的患者行鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术,术中针对不同再堵塞因素分别给予扩大骨孔,分离粘连部位,清除机化凝血泪囊鼻腔块、瘢痕、肉芽等病变组织,留置泪道插管,术后应用鼻用激素并定期行鼻内镜检查。

结果:随访6mo~1a,15例治愈,2例有效,1例无效,治愈率83.3%,总有效率94.4%。

结论:鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术治疗复发性泪囊炎,手术损伤小,操作简便,成功率高,值得临床推广。

关键词:鼻内窥镜;复发性泪囊炎;泪囊鼻腔造孔术

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2013.07.66

引用:杜红,郭晓蓝,唐志英,等.鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术治疗复发性泪囊炎.国际眼科杂志2013;13(7):1505-1507

0 引言

传统外路泪囊鼻腔吻合术及鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术后部分患者仍有溢脓、溢泪症状,以往对再次手术患者,多采外路的泪囊鼻腔吻合术、泪道激光造孔术或联合泪道置管术等。但传统外路泪囊鼻腔吻合术因瘢痕增生,操作难度大,时间长,术后又形成新的瘢痕,患者不易接受。泪道激光造孔术或联合泪道置管术后造瘘口较小,容易再次堵塞,导致术后仍有溢脓、溢泪症状。因此,寻找一种可靠、简便的手术方式,保证造瘘口开放,是减少术后再次复发的关键之一。我院2007-03/2012-06对慢性泪囊炎手术后仍有溢泪或伴溢脓的患者18例采用鼻内窥镜下手术探查复发原因,并行鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术,手术效果良好,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 本组慢性泪囊炎手术后仍有溢泪或伴溢脓的患者18例18眼,均曾行传统外路泪囊鼻腔吻合术或鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术,术后仍有溢泪或伴溢脓,其中男3例,女15例,年龄35~65(平均47)岁。距首次手术

后1mo~6a,其中14例曾行鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术,4例曾行传统外路泪囊鼻腔吻合术。所有患者经反复泪道冲洗及探通均无效。再次手术前均行鼻内窥镜检查、泪囊碘油造影或CT检查,了解泪囊形态大小及鼻腔情况。所有患者术前行泪道冲洗排除泪小管及泪总管阻塞病变,排除全身禁忌证。

1.2 方法 手术均在局部麻醉下进行。患者取仰卧位,用20g/L丁卡因加1g/L盐酸肾上腺素棉片做鼻腔黏膜表面麻醉,20g/L利多卡因2mL于术侧鼻腔鼻丘、钩突前端、中鼻甲附着部位做局部浸润麻醉。在0°鼻内镜下寻找首次手术的泪囊鼻腔吻合口(造瘘口),增生的瘢痕呈淡红色,颜色不同于正常鼻腔黏膜,如果不能确定吻合口(造瘘口)位置,可将泪道探针置入至泪囊鼻腔造孔处,用力顶起可见到中鼻甲前端黏膜隆起,或以手指按压内眦部位,可见泪囊鼻腔造孔处随手指按压而活动,可以帮助确定首次手术造孔位置。用钩突刀切开隆起处瘢痕,利用动力切割刀清理周围瘢痕组织及肉芽组织后,对于原骨孔过小或位置过高的,用电钻磨除骨壁扩大骨孔到鼻泪管入口处,形成大小约15mm×13mm骨孔。骨孔扩大后,自下泪点插入泪道探针,以泪道探针为指引,泪囊前后壁粘连患者,小剥离子充分分离,彻底清除肉芽组织,但尽量要保留残余的泪囊黏膜组织,暴露泪囊造瘘口。对于肉芽瘢痕组织增生鼻黏膜缺失较多者,尽量扩大骨孔,并使骨孔边缘光滑,动力系统彻底清除周边肉芽组织,将残留鼻黏膜平铺于骨孔,用生理盐水行泪道冲洗通畅后,从上下泪点置入1mm一次性无菌泪道超细软硅胶管超过泪囊鼻腔造孔处,结扎超细泪道管两端,留适当长度送入中鼻道。将膨胀止血海绵修剪呈锥形,喷洒布地奈德鼻雾剂于膨胀海绵上,填塞于泪囊鼻腔造瘘口,尽量将残余泪囊黏膜与鼻黏膜对位,使其压迫固定泪囊鼻腔黏膜,并吸收造瘘口渗血及分泌物。

对有中鼻甲肥大或息肉样变、钩突肥大等鼻部疾病患者,手术时先切除钩突,以动力系统切除中鼻甲大部分及息肉样变的中鼻甲,并以肾上腺素棉片填塞止血后再以同样方法行泪囊鼻腔造孔术。

术后用3g/L妥布霉素地塞米松眼药水滴眼,3次/d,共2wk;布地奈德鼻喷雾剂喷鼻,2次/d,共8wk,造瘘口黏膜水肿,肉芽增生明显的患者延长至12wk。术后第3d取出膨胀海绵,每2wk行鼻内镜检查1次,清理吻合口周围分泌物、肉芽或结痂并观察黏膜上皮化情况,总共12wk。第8~12wk拔除泪道插管,并行泪道冲洗。

2 结果

疗效标准:(1)治愈:随访6mo,鼻内窥镜下泪囊鼻腔造瘘口上皮化良好,吻合口周围2~3mm无明显瘢痕及肉芽组织形成,无溢泪、溢脓,泪道冲洗通畅,无返流;(2)有效:泪囊鼻腔造瘘口上皮化良好,但吻合口周围2~3mm部分瘢痕增生和(或)肉芽组织形成,溢泪减轻,无溢脓,泪道冲洗欠通畅,轻度返流;(3)无效:泪囊鼻腔造瘘口闭塞,和(或)大量瘢痕及肉芽组织形成,溢泪、溢脓等自

觉症状无改善,泪道冲洗不畅通,有脓性分泌物返流。

所有患者随访6mo~1a,治愈15例,好转2例,无效1例,所有患者术后均无并发症发生。治愈率为83.3%,总有效率(包括治愈和有效)94.4%。

3 讨论

慢性泪囊炎首次术后复发的原因主要为造瘘口肉芽增生、瘢痕形成或血块机化堵塞造瘘口^[1-3]。手术中发现还有骨孔过小,骨孔位置过高,泪囊前后壁粘连,合并同侧中鼻甲肥大及息肉样变堵塞造瘘口等,其中部分患者多种因素存在。本组复发性泪囊炎病例中,传统外路泪囊鼻腔吻合术手术后复发4例,鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术后复发14例,可能与鼻内镜手术开展时间相对较短,手术技巧不熟练有关。

以往对复发性泪囊炎多采用传统外路泪囊鼻腔吻合术,手术时机一般要在首次术后3mo以后。由于瘢痕增生,组织粘连,正常解剖结构改变,术中易出血,操作难度大,时间长,甚至无法重新做泪囊鼻腔吻合术而需摘除泪囊,导致术后永久溢泪。鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术与传统外路泪囊鼻腔造孔术相比较具有以下优点:(1)鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术从造瘘口处入路,直接清除堵塞造瘘口瘢痕肉芽组织,术中出血少,术野清晰。(2)避免了内眦部皮肤软组织的损伤,颜面部瘢痕形成。(3)避免了泪液导流系统破坏,传统外路泪囊鼻腔吻合术从内眦部做切口,可能损伤眼轮匝肌,影响泪液泵的作用,术后出现溢泪。(4)可以同时处理鼻腔疾病,对于合并中鼻甲肥大及息肉样变的患者,不需二次手术。(5)操作方便,手术时间短。(6)手术时机灵活,首次手术后复发可以尽早二次手术。(7)对于传统外路泪囊鼻腔吻合术及鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术后复发的病例都适用。

减少泪囊鼻腔造瘘口瘢痕增生及肉芽组织形成,实现泪囊与鼻黏膜瓣吻合,尽可能促进造瘘口及周围黏膜上皮化是鼻内镜下泪囊鼻腔造孔术必须解决的问题之一^[4-6]。我们放置了喷洒有布地奈德鼻喷雾剂的膨胀海绵,固定压迫造瘘口处黏膜。膨胀海绵既能吸收鼻腔渗液,防止凝血块及分泌物堵塞造瘘口,又能固定黏膜瓣,防止骨面裸露,减少肉芽瘢痕形成堵塞造瘘口。喷洒于膨胀海绵上的激素直接作用于鼻黏膜,能减轻黏膜水肿,减少渗出。术中清除堵塞病变组织后置入泪道插管,可分开创面,避免粘连和瘢痕挛缩堵塞造瘘口^[7-12]。

术后鼻内窥镜检查见造瘘口上皮化后,一般在10~12wk即拔出泪道插管,避免泪道插管长期留置损伤泪小点括约肌,并行泪道冲洗,检查泪道是否通畅并保持泪道清洁。由于复发性泪囊炎主要原因为泪囊鼻腔造瘘口瘢痕形成及肉芽增生,因而术后定期行鼻内镜检查清理鼻腔造瘘口积血肉芽结痂也是保证手术成功的关键之一^[1,12-16]。术后早期换药要注意勿用镊子用力撕扯结痂,以免黏膜瓣移位。要及时清理鼻腔造孔周围的结痂及凝血块,有助于防止粘连及促进黏膜上皮化,保持造孔

开放。术后使用较长时间的鼻用激素,可减轻鼻腔黏膜水肿,减少纤维组织增生及瘢痕形成堵塞造瘘口。本组病例应用激素时间8~12wk,未发现应用激素的全身及局部不良反应。

鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术可针对不同再堵塞原因给予相应处理,具有损伤小、成功率高、无颜面部瘢痕等优点,是治疗复发性泪囊炎的有效方法,值得临床推广。

参考文献

- 1 周兵,黄谦,唐忻.鼻内窥镜下经鼻泪囊鼻腔造孔术治疗复发性泪囊炎.北京医学 1995;17(6):338-340
- 2 周兵.鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术及影响预后的域因素分析.耳鼻咽喉—头颈外科 1995;2(4):204-207
- 3 毛剑.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
- 4 姚小春,黄海芬,刘小苓.影响鼻内窥镜下鼻腔泪囊造孔术疗效的因素分析.中国内窥镜杂志 2006;12(3):323-324
- 5 韩德民,周兵.鼻内窥镜外科学.北京:人民卫生出版社 1996:154
- 6 蒋能,曹志,蒋伟鹏,等.透明质酸粘膜贴敷对鼻内窥镜下泪囊鼻腔粘膜吻合术创面愈合及其疗效的影响.中国实用眼科杂志 2009;27(11):1264-1268

- 7 吴文灿,李宇蓉,颜文韬,等.鼻内窥镜微创技术在难治性鼻泪管阻塞治疗中的应用.眼科研究 2007;25(12):950-952
- 8 张红,孙仪亚,马云霞.激光联合泪道置留管治疗慢性泪囊炎.眼科新进展 2006;26(12):899
- 9 Yigit O, Samancioglu M, Taskin U, et al. External and endoscopic dacryocystorhinostomy in chronic dacryocystitis: comparison of results. Eur Arch Otorhinolaryngol 2007;264(8):879-885
- 10 Hartikainen J, Antila J, Varpula M, et al. Prospective randomized comparison of endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy and external dacryocystorhinostomy. Laryngoscope 1998;108(12):1861-1866
- 11 陈菁华,海鸥.鼻内窥镜下鼻腔泪囊造孔术14例临床分析.国际眼科杂志 2006;6(4):957-958
- 12 刘涛,杨林声.鼻内窥镜下鼻腔泪囊造孔术治疗复发性泪囊2例临床观察.延安大学学报 2010;6(8):34-35
- 13 丁健慧,陈秋坚,蓝育青,等.鼻内窥镜下泪囊鼻腔造孔术治疗老年人慢性泪囊炎.中国内窥镜杂志 2007;13(10):1093-1095
- 14 周兵,黄谦,韩德民,等.泪囊鼻腔造孔术后远期闭锁与鼻泪管复通现象.眼科 2004;13(2):95-97
- 15 许庚,李源.经鼻内窥镜下鼻腔泪囊造孔术.国外医学耳鼻喉科学分册 1995;19(2):80-82
- 16 张勤修,吕红彬.经鼻内窥镜下泪囊鼻腔吻合术研究.中国内窥镜杂志 2006;12(2):148-150

科技论文中三线表的要求

三线表是科技期刊常用的表格形式。通常有三条线,即顶线、底线和栏目线(特殊情况可添加辅助线)组成。

三线表是由表序、表题、栏目、表身及表注组成的有机联系的统一体,每一组成部分都在表述表格的内容中发挥作用。表序即表格的序号。表序按表格在文中出现的先后顺序进行编排。表题指表格的名称。表题应能反映表的主题,简明扼要,起到画龙点睛的作用。每个表格必须有表序和表题,排在顶线之上,通常为左对齐,按表格在正文中出现先后为序。

1 表格内容 表中主语是指所要说明的事物分组、类型、时间、地点等多为文字,谓语是指所要说明事物的指标,如例数、百分数、平均数、构成比等多为数字,主、谓语应连贯为一句完整、通顺的句子。根据阅读习惯主语列在表的左侧,为竖标目,谓语列在表的右侧,即为横标目。有的作者不注意主、谓语的位置设计,将谓语置于左,主语置于其右,使栏目设计颠倒,表中数据横向排列,这种主、谓语位置和数据排列的错误,既使读表费力,又使本来可比性较强的资料不便比较,读者难以从中找出变化规律。因此,应按照同类数据纵排的原则安排主、谓语的位置。

2 关于表身 三线表内底线以上,栏目线以下部分为表身。书写表身注意以下:(1)表身内的数字一般不带单位,百分数也不带百分号(%),应把单位符号和百分号等归并在栏目或表格的右上角。(2)表身中同一栏的数据应以小数点或(±)对齐,原则上表格内的有效位数保持一致。(3)表身中无数字的栏,根据规定:空白代表为未测定或无此项,而“-”或“…”代表未发现,而“0”则代表实测结果为零。

3 表注 注释是对内容的补充说明,如表题、标目或某个数据需注释时,可在其右上角加注释符号,并在表下用相同的符号加注相应的文字。对表需作附加说明者,可在表下加“注:……”句末不用标点。表内的注释符号与表下的标注对应,不能单独存在。

(本刊编辑部)