

· 临床报道 ·

# 鼻内镜下泪囊鼻腔造口术疗效分析

田清祥<sup>1</sup>, 唐英兰<sup>1</sup>, 刘翰丹<sup>1</sup>, 周丽平<sup>2</sup>

(湖南龙山县中医院 1. 眼科; 2. 口腔科, 湖南 龙山 416800)

**摘要:** 目的 探讨影响鼻内镜下泪囊鼻腔造口术手术疗效的因素。方法 对经鼻内镜下鼻腔泪囊造口术患者术后 5~18 个月回访复查的 41 例(76 眼)病例的手术操作及手术疗效进行回顾性分析。结果 41 例(76 眼)中治愈 67 眼(88.2%)、显效 7 眼(9.2%)、有效 2 眼(2.6%)。结论 患者自身的解剖变异、手术中造口的位置及造口大小, 术中泪囊瓣的处理及手术后处理, 对手术疗效有很大影响。

**关键词:** 鼻内镜术; 泪囊鼻腔造口术; 解剖变异; 疗效

中图分类号: R765.9

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2010)03-0215-02

鼻内镜下泪囊鼻腔造口术同传统的经皮泪囊手术相比, 具有避免损伤内眦部血管、内眦韧带等结构, 手术后颜面部无瘢痕等优点。同时在内镜下可以获得极佳的手术视野, 目前手术疗效可以达到 90% 左右的治愈<sup>[14]</sup>。随着内镜手术的不断发展和微创技术的日益完善, 加之人们生活水平不断提高, 对美容问题的日益关注, 鼻内镜下泪囊鼻腔造口手术将成为泪囊黏液性囊肿、慢性泪囊炎等泪囊疾患的首选治疗方式。为提高手术疗效, 找出影响该术式手术效果的诸多因素, 现就 2003 年 1 月~2009 年 12 月在我科术后 5~18 个月回访复查的 41 例(76 眼)病例作回顾性总结分析。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组病例共 41 例(76 眼), 其中男 8 例(15 眼), 女 33 例(61 眼); 年龄 23~65 岁, 平均年龄 40.5 岁。手术原因: 慢性泪囊炎 32 例, 泪囊黏液性囊肿 7 例, 鼻泪管不畅 2 例(其中 1 例为外伤引起)。

### 1.2 手术方法

41 例术前均行鼻内镜检查、泪道冲洗。

对年龄较大、术前曾经泪道探通或泪道冲洗提示泪囊较小的 28 例行 3% 碘油泪囊造影、颅骨正侧位平片检查, 查看泪囊大小及位置。17 例内镜检查中发现或怀疑有解剖变异者, 行鼻窦冠状位 CT 检查。患者取仰卧位, 在 1% 丁卡因表面麻醉, 1% 利多卡因加 1% 肾上腺素局部浸润、神经阻滞麻醉下手术。对 1 例中鼻甲气化明显者先行中鼻甲部分切除。先用枪状镊找出泪囊在鼻腔外侧壁的大体投影, 投影基本上比较恒定即中鼻甲附着处的前下、中鼻道的前方、平中鼻甲水平、钩突为泪囊鼻腔投影的后界。手术时可视钩突前触角为安全后界<sup>[4-6]</sup>。在投影区内作后翻的弧形黏骨膜瓣, 暴露鼻腔外侧壁的上颌额突及泪骨部位的相应骨面, 约 1.5 cm × 1.5 cm 大小。如有鼻丘气化明显者应先开放气房<sup>[1,6]</sup>。用鼻科电钻磨除上颌额突和泪骨, 形成直径 1 cm 左右的骨窝窗, 充分暴露泪囊。用 Brown 泪道探针从下泪点探查泪囊, 在鼻腔可以看见泪囊内壁被顶起、活动, 用钩突刀作后翻的横置“U”形泪囊黏膜瓣, 泪道冲洗可见液体从泪囊内流出。泪囊黏膜瓣与黏骨膜瓣钛金夹固定。5 例泪囊较小者我们加用硬膜外麻醉导管扩张泪囊创口。创面区用抗生素纱条填塞覆压。术后 3 d 取出填塞纱条, 每天用抗生素类眼药水冲洗泪道<sup>[1-2,4,6]</sup>, 3~4 d 后出院,

作者简介: 田清祥, 男, 主治医师。  
通讯作者: 田清祥, Email: qxtshn@163.com.

出院后改用眼药水滴眼及类固醇激素鼻用喷雾剂喷鼻腔,并定期复查。

## 2 结果

参照相关疗效标准<sup>[1-2]</sup>。痊愈:鼻内镜检查泪囊造口上皮化,泪道冲洗通畅,溢脓、流泪症状消失;显效:泪囊造口上皮化,泪道冲洗通畅,室内无流泪,室外轻度流泪;有效:内镜检查造口不明显,用力冲洗时可见造口,冲洗通畅,溢脓、溢泪症状较前减轻;无效:鼻腔内镜下泪囊造口完全闭锁,冲洗不通,溢脓、溢泪较前无改变。术后随访5~18个月,治愈67眼(88.2%),显效7眼(9.2%),有效2眼(2.6%)。2例有效中1例为取纱条后马上出院,未行门诊复查;1例为扩张管固定欠佳,松动脱落,未及时复诊,2例均经二次手术放置扩张管后治愈。

## 3 讨论

内镜下鼻腔泪囊造口术的关键是手术中的泪囊的定位以及开放泪囊切口的大小,这需要术者熟悉泪囊区的解剖。同时对解剖异常,影响操作的鼻中隔偏曲、中甲过度气化及直接对泪囊造口位置影响的鼻丘气房气化、前组筛窦过度发育等进行相关处理<sup>[1,3]</sup>。Glatt用CT检查分析5例鼻腔泪囊吻合术失败的原因,其中3例均因筛窦过度气化,造口位置不适当而致使手术失败<sup>[7]</sup>。这就需在术前进行常规的CT检查、泪囊造

影、颅骨正侧位X片等,以发现解剖异常,提高手术的准确性。

对于术前泪囊造影显示泪囊较小,或者术中发现泪囊造口较小者,除用钛金夹外,可以常规加用硬膜外麻醉导管扩张开口,导管应在中鼻甲加以固定<sup>[5-6]</sup>。本组1例因固定不佳引起造口闭锁出现泪道通畅欠佳。术后拔纱条后应予以每天泪道冲洗,防止分泌物滞留机化阻塞造口。出院后应1~2个月门诊定期复查,对有肉芽肿、粘连者应及时给予处理。直到造口上皮化,以防止术后造口瘢痕狭窄、造口闭锁。

### 参考文献:

- [1] 江满杰,李泽卿,程友,等.鼻丘气房过度气化对内窥镜下泪囊鼻内造口术的影响[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2009,15(5):356-362.
- [2] 李泽卿,周文光,江满杰,等.鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术治疗慢性泪囊炎[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(4):278-281.
- [3] 江满杰,张速勤,李兆基,等.鼻内镜下鼻腔泪囊吻合术的有关前组筛窦的解剖[J].临床耳鼻咽喉杂志,1999,13(11):497-498.
- [4] 孙彦,李娜,杨松凯.耳鼻咽喉头颈外科手术技巧[M].北京:科学技术文献出版社,2004,138-140.
- [5] Roy R. Casiano,张罗,周兵.鼻内镜鼻窦手术操作图谱[M].北京:人民卫生出版社,2004,47-50.
- [6] 韩德民.鼻内窥镜外科学[S].北京,高等教育出版社,高等教育电子音像出版社,2001.
- [7] Glatt HJ, Chan AC, Barrett L. Evaluation of dacryocystorhinostomy failure with computered tomography and computered tomographic dacryocystography[J]. Am J Ophthalmol, 1991, 112(4): 431-436.

(修回日期:2010-05-15)