

复杂性泪道阻塞的手术治疗

张 扬¹⁾, 陈绍春²⁾, 张 帆³⁾, 孙 涛⁴⁾

(1) 昆明医科大学第一附属医院眼科, 云南昆明 650032; 2) 昆明医科大学解剖学教研室, 云南昆明 650500; 3) 昆明医科大学第一附属医院耳鼻喉科; 4) 神经外科, 云南昆明 650032)

[关键词] 泪道阻塞; 显微镜下; 泪道成形术; 激光泪道成形术

[中图分类号] R777.2 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 02-0120-02

泪液的排出系统(泪道)由上下泪小点, 上下泪小管, 泪总管, 泪囊和鼻泪管构成。复杂性泪道阻塞指合并两处或两处以上的阻塞。由于泪道解剖细小, 变异较大, 周围毗邻较多的组织结构, 故该病在临床上治疗较为棘手。笔者所在医院经过长期的探索后认为: 显微镜直视下的泪道内成形术, 必要时结合鼻腔泪囊吻合术是治疗复杂性泪道阻塞一个有效的手术方法, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集昆明医科大学第一附属医院2010年2月至2013年2月间复杂性泪道阻塞40例52眼, 其中男9例, 女31例, 年龄18~62岁, 平均42.30岁。利用泪道探针冲洗结合泪道造影确诊泪道阻塞的部位。大部分患者为泪道探通、激光或植管术后复发, 其中上下泪小管阻塞14眼, 下泪小管合并泪总管阻塞17眼, 泪小管泪总管合并鼻泪管阻塞21眼。

1.2 治疗方法

所有患者均采用显微镜直视下泪道内泪总管或泪小管成形术+硅胶义管植入内固定; 泪管阻塞部位用KTP-Nd:YAG激光(脉冲频率3 000~5 000 PPS, 平均功率0~15 W连续可调, 波长532 nm)进行疏通; 合并鼻泪管阻塞的还需要行外路鼻腔泪囊吻合术。义管植入3个月后拔出。具体步骤为: (1) 2%利多卡因筛前神经和眶下神经阻

滞麻醉。经过内眦部内眦韧带投影中点弧形切开皮肤, 长约1 cm, 弧度与眼眶泪前嵴一致。钝性分离轮匝肌, 切断内眦韧带, 显微镜直视下纵形切开泪囊, 在泪囊内壁近泪小管端找到泪总管的开口凹陷处, 用细针头进行标定。经下泪小点、泪小管插入激光套管针做引导, 方向指向细针头标定的泪总管开口处发射泪道激光打通泪小管或泪总管阻塞部位。用可以弯曲的直径1~2 mm的泪道探通针扩张泪管; 若泪总管开口狭窄, 可以切开泪总管, 将切开的上下粘膜分别缝合于周围组织, 使泪总管开口处变宽阔。泪道内涂妥布霉素+地塞米松眼膏, 并植入直径1 mm的硅胶义管支撑, 义管一端缝合固定于眼睑皮肤, 另一端留置在鼻腔内。最后缝合泪囊、轮匝肌及皮肤; (2) 如果有鼻泪管阻塞, 则需要行鼻腔泪囊吻合术: 切开泪前嵴上骨膜; 骨膜剥离子紧贴泪前嵴处骨膜向后内剥离泪囊窝, 游离泪囊; 咬骨钳泪囊窝处咬开一8 mm×8 mm骨窗, 暴露鼻粘膜; 泪囊及对应鼻粘膜分别做“∏”形瓣, 将泪囊粘膜与鼻粘膜对端吻合, 使泪道开口于中鼻道。最后再缝合轮匝肌及皮肤; (3) 术后切口每天常规换药直到1周后拆线; 行鼻腔泪囊吻合术者术后2周每天用麻黄素+布地奈德喷鼻剂喷鼻, 每隔1 d在鼻内镜下清理1次鼻腔血痂及分泌物, 并观察义管有无脱位。

1.3 疗效判断

术后半年复诊, 根据泪道冲洗通畅程度及患者的溢泪、溢脓症状的改善情况进行手术效果判断。

[基金项目] 云南省卫生厅内设研究机构基金资助项目(2010NS034); 云南省科技厅-昆明医科大学联合专项基金资助项目(2012FB037)

[作者简介] 张扬(1974~), 男, 云南昆明市人, 医学硕士, 主治医师, 主要从事眼科临床工作。

[通讯作者] 孙涛. E-mail: styrsyj@163.net

2 结果

拔管后半年随访, 泪道冲洗完全通畅者 38 眼, 溢泪、溢脓等症状完全消除, 占有患眼的 74%; 7 眼泪道冲洗有阻力, 但溢泪等症状较前好转, 占 13%; 7 眼冲洗不通, 症状无改善, 占 13%。术后 9 个月的总有效率为 87%。

3 讨论

3.1 泪道阻塞发病原因

临床上通常将泪小点, 泪小管, 泪总管归为上泪道, 泪囊和鼻泪管归为下泪道。泪囊以上的泪道由于位置表浅, 弯曲较多, 管径较细, 容易受到自身的解剖变异如先天性泪管狭窄, 或外来的炎症感染、异物、外伤等因素影响而发生阻塞。下泪道较直, 内径也较宽, 故上泪道发生阻塞的机率比下泪道高^[1]。如果上泪道阻塞时间较长而未经治疗, 泪囊和鼻泪管长期缺乏泪液的充盈和湿润作用可能合并泪囊萎缩和鼻泪管闭塞。

3.2 泪道治疗常用方法

下泪道阻塞主要是鼻泪管阻塞, 目前国内外最佳手术方案是行泪道旁路手术^[2]: 代表手术为传统的外路鼻腔泪囊吻合术和目前主流的内镜下经鼻腔或经泪道的鼻腔泪囊造孔术^[3]。由于该术疗效显著, 不易复发, 是经典的手术方案。其他微创手术中报道较多的泪道激光疏通 + 各种义管植入, 包括近几年流行的聚氨基甲酸乙酯 (Polyurethane) 材料制成的鼻泪管支架^[4], 治疗下泪道阻塞由于远期随访复发率高于旁路手术^[5], 不是首选的治疗方式, 但可做为手术的补充。

在上泪道阻塞治疗方面, 国外报道的旁路手术如结膜 - 泪囊鼻腔吻合术 + Pyrex 管或自体静脉瓣建立泪液管道^[2], 因手术复杂, 创伤较大, 患者自觉外观和舒适度较差而未能推广。故上泪道阻塞目前还是以原路疏通术为主。过去传统的方法通常采用探通、挂线, 植入硬膜外管等, 但复发率较高; 上世纪 90 年代随着泪道激光的蓬勃发展^[6], 各种新型义管如硅胶管、金属管等的不断发明, 在上泪道阻塞的治疗中注入了新的元素, 也降低了治疗后的复发率。但目前的人工管道容易发生移位及排斥反应, 如果术后取出会再次发生阻塞, 不是理想的材料和方法。由于上泪道较细的管径和特殊的解剖生理, 大量的临床实践证明上泪道阻塞治疗后复发率仍较高, 目前亦没有新的具有突破性的手术方法,

只有在原有的方法上不断改进, 不断降低复发率。笔者认为很多上泪道疏通术未在直视下进行, 导致激光或手术损伤较多的正常组织而产生假道, 这是术后复发的一个重要原因。近期国内外开始利用泪道内窥镜进行泪道阻塞的手术^[7,8], 但因设备较昂贵, 治疗费用较高, 目前国内只有几所医院能开展。而该病的发病人群主要是以农民和工人为主, 特别在农村地区。这就大大制约了该技术的推广。

3.3 显微镜直视下的泪道内成形术优点

(1) 能够在直视下观察泪道内部结构, 直接对泪总管, 泪总管连接处的泪小管、泪囊、鼻泪管的泪囊连接处进行手术操作; 比泪道内窥镜有更宽的手术操作空间, 同时可以在直视下引导激光疏通阻塞部位, 避免损伤正常组织形成假道; (2) 在治疗上泪道阻塞若发现鼻泪管有阻塞时可以共用 1 个手术切口进行鼻泪管插管或鼻腔泪囊吻合术; (3) 手术中需要在泪道内注药或植管时较为简便; (4) 适用于反复泪道激光或植管后复发者; (5) 容易掌握, 不需要特殊设备和材料, 一般基层医院能够开展。

综上所述, 显微镜直视下的泪道内成形术是解决复杂性泪道阻塞, 特别是激光等其他微创术后复发的一种有效手术方法。

[参考文献]

- [1] DANTAS R R. Lacrimal drainage system obstruction[J]. *Semin Ophthalmol*, 2010, 2(3):98 - 103.
- [2] ATHANASIOV PA, MADGES, KAKIZAKI H, et al. A review of bypass tubes for proximal lacrimal drainage obstruction [J]. *Surv Ophthalmol*, 2011, 56(3):252 - 266.
- [3] 唐绍荣, 唐爱东. 鼻内镜下泪囊造口术治疗慢性泪囊炎 32 例手术体会 [J]. *中国实用眼科杂志*, 2012, 30(2):182 - 184.
- [4] 胡继发, 周太平, 林水龙, 等. 鼻泪管支架植入术治疗鼻泪管阻塞疗效分析 [J]. *国实用眼科杂志*, 2008, 26(11):1 232 - 1 233.
- [5] CHO W K, PAIK J S, YANG S W. Surgical success rate comparison in functional naso-lacrimal duct obstruction: simple lacrimal stent versus endoscopic versus external dacryocystorhinostomy [J]. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2013, 270(2):535 - 540.
- [6] 张燕, 张侠, 苏晓明, 等. Nd:YAG 激光泪道探通治疗泪道阻塞 28 例 [J]. *中国老年杂志*, 2012, 32(17):3 769 - 3 770.
- [7] 杨代慧, 张晓俊, 柯秀峰, 等. 应用泪道内窥镜诊断和治疗泪道阻塞的临床研究 [J]. *眼外伤职业眼病杂志*, 2008, 30(2):118 - 121.
- [8] WIELGOSZ R, MROCZKOWSKI E. Endonasal microscopic surgery of the lacrimal duct stenosis long-term results [J]. *Klin Oczna*, 2011, 113(10 - 12):321 - 325.

(2013 - 11 - 02 收稿)