微创改进鼻腔泪囊吻合术治疗高龄慢性泪囊炎 30 例

曾 波,周 雄 (广州军区武汉总医院眼科医院,湖北 武汉 430070)

[摘 要] **目的** 评价微创技巧改进鼻腔泪囊吻合术的安全性及有效性。**方法** 随机选取 30 例(30 眼)慢性泪囊炎患者,年龄 60~82 岁,行微创技巧改进的鼻腔泪囊吻合术,术中发现泪囊萎缩无法行鼻腔泪囊吻合术即行泪囊摘除术,术后 1 周、1 个月、3 个月、6 个月行泪道冲洗。术后随访 6 个月,观察术后流泪症状、患者满意度以及并发症。**结果** 29 例(29 眼)成功行改进的鼻腔泪囊吻合术,1 例术中发现泪囊萎缩行泪囊摘除术。术后 1 周,27 例流泪消失或改善,其中 24 例泪道冲洗通畅,3 例泪道冲洗部分通畅,1 例下泪小点外翻,泪道冲洗通畅仍流泪。1 例术后 4 d 鼻腔出血,行鼻腔填塞治疗治愈,无其它并发症发生。术后 6 个月 26 例(26 眼)泪道冲洗通畅,3 例(3 眼)部分通畅,2 例患者流泪无明显改善。**结论** 微创技巧改进的鼻腔泪囊吻合术能减少出血与面部瘢痕、缩短手术时间、节约成本、降低手术风险,对高龄患者安全有效。

[关键词] 改进鼻腔泪囊吻合术;高龄;慢性泪囊炎
[中图分类号] R657.62 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2013)04-0403-02

Modified dacryocystorhinostomy in treatment of chronic dacryocystitis for elder patients

ZENG Bo, ZHOU Xiong (Department of Ophthalmology, Wuhan General Hospital of Guangzhou Military Command, Wuhan Hubei 430070, China)

Abstract: Objective To observe the safety and effectively of modified dacryocystorhinostomy (DCR) in treatment of chronic dacryocystitis for elder patients. **Methods** 30 eyes of 30 elder patients with chronic dacryocystitis who were aged from 60 to 82 were selected randomly, and they were given modified dacryocystorhinostomy. Dacryocystectomy was performed if lacrimal sac atrophy occurred and irrigation of lacrimal passages were carried out at 1 week, 1 month, 3 month, 6 month after the surgery. All patients were followed up for 6 months to observe the symptoms of tears, satisfaction of patients and complications. **Results** 29 cases of the 29 elder patients undergone modified dacryocystorhinostomy successfully and 1 case was performed dacryocystectomy because of depauperate lacrimal sac. 1 week after operation, disappearance or remission of epiphora occurred in 27 cases among the 29 cases who undergone modified dacryocystorhinostomy which contains of lacrimal system in 24 cases and partial patency in 3 cases. 1 patient developed mild lacrimal punctum ectropion and epiphora was not relieved. Delayed epistaxis occurred in 1 patient and it was resolved with nasal cavity tamping. 6 months after operation, patency and partial patency was achieved in 26 and 3 cases respectively and the other 2 cases were of no obvious improvement in terms epiphora. **Conclusion** Modified dacryocystorhinostomy with less invasive surgical techniques could reduce intraoperative haemorrhage, postoperative cutaneous scar and operation time. And the cost and risk of operation was reduced at the same time. Consequently, modified dacryocystorhinostomy is safe and effective for the elder patients with chronic dacryocystitis.

Keywords: modified dacryocystorhinostomy; the elder; chronic dacryocystitis

目前对于慢性泪囊炎高龄患者多采取泪囊摘除术,但术后仍有患者感到流泪,严重影响了患者术后生活质量。传统的鼻腔泪囊吻合术(dacryocystorhinostomy, DCR)经历了 100 多年历史,成功率在 90% 左右[1],但是部分患者术中容易出血、术后遗留面部瘢痕。因高龄患者往往伴有心肺疾患,增加了鼻腔泪囊吻合术的风险。我们利用部分微创技巧对高龄患者行改良的鼻腔泪囊吻合术,降低了手术风险,改善了患者溢泪、流脓等症状,减少了患者术中疼痛、出血、术后瘢痕等,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院 2009 年 1 月至 2011 年 8 月高龄慢性泪囊炎患者 30 例(30 眼),其中男 12 例,女 18 例,右眼 13 例,左眼 17 例。年龄 60~82(平均 68±5.6)岁。其中高血压合并心脏病 9 例,慢性支气管炎 1 例,颈椎病 2 例,风湿性关节炎 1 例。所有患者均有溢泪症状,压迫泪囊区见黏液或脓性分泌物自下泪点流出,泪道冲洗不通,伴黏液或脓性分泌物返流。术前常规检查鼻腔,排除中鼻甲肥大、鼻息肉、鼻中隔偏曲、萎缩性鼻炎等鼻腔疾病。手术均由同一熟练手术者完成。

1.2 方法

眼科常规消毒铺巾,作眶下、滑车下及筛前神经阻滞麻醉,沿皮肤切开线以及内眦韧带下约 10 mm 处注射深达骨膜局部

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201304023
[收稿日期] 2013-04-15 [修回日期] 2013-04-28

浸润麻醉。距离内眦角 2 mm 沿皮肤纹理弧形切开皮肤约 15 mm,两侧牵引缝线牵引固定暴露手术区,保留内眦韧带,钝性分离至暴露前泪嵴,沿前泪嵴鼻侧 2 mm 处切开骨膜剥离暴露泪囊与泪囊窝,术中使用吸引器吸引或者双极电凝止血保持术野清晰。止血钳压破泪骨骨板,咬骨钳逐步扩大骨孔约 12 mm × 15 mm,骨窗骨质出血必要时使用骨蜡止血。泪道探针插入泪囊,确定泪囊准确位置。泪囊壁呈"工"字形切开,同样"工"形切开鼻黏膜膜,使用显微持针器,5-0 显微缝线将泪囊壁与鼻黏膜前后两叶分别行对端缝合,吻合口渗血则将鼻腔内纱条向上填至吻合口处,能起到很好的止血作用。术后常规使用抗生素预防感染及止血药物止血。术后第 3 d 拨除吻合腔中的纱条,并作泪道冲洗,以后每隔 3 天冲洗泪道 1 次。1 周拆除皮肤缝线。术后 1 周、1 个月、3 个月、6 个月连续随访。观察有无溢泪、分泌物,泪道冲洗是否通畅。

2 结果

以泪道冲洗通畅、流泪改善为成功标准。连续观察 6 个月,30 例患者中 29 例行改良鼻腔泪囊吻合术,1 例术中发现泪囊萎缩行泪囊摘除术。29 例行改良鼻腔泪囊吻合术患者中 27 例(93%)流泪、分泌物消失,其中 24 例泪道冲洗通畅,3 例泪道冲洗部分通畅;1 例眼睑皮肤松弛,下泪小点外翻,泪道冲洗通畅但是仍流泪;1 例术后 4 d 出血,再行鼻腔填塞治疗治愈,泪道冲洗部分通畅。术后 6 个月 26 例(26 眼)泪道冲洗通畅,3 例(3 眼)部分通畅;2 例患者流泪无明显改善。

3 讨论

鼻泪道阻塞、细菌感染是慢性泪囊炎的发病基础。慢性炎症与纤维变性是慢性泪囊炎主要的病理学改变,患者往往变现为眼部流泪和排脓[2]。如果保守治疗失败,DCR 是一种有效的方法,DCR 的目的是避开阻塞的鼻泪道,旁路将泪囊与鼻黏膜吻合,到达引流治疗慢性泪囊炎的目的。传统或者改良的 DCR 多应用年轻患者,研究表明对于儿童(平均年龄 6.6 ± 4.2 岁)慢性泪囊炎患者,外路 DCR 仍有长期的临床效果以及较低的术后并发症,但是对于高龄患者报道较少。一般认为高龄患者泪囊逐渐萎缩,多选择泪囊摘除术,但是泪囊摘除后部分患者仍流泪[3-5]。我们随即选取 30 例高龄慢性泪囊炎患者, 29 例成功行部分改进的 DCR,术中发现高龄患者仅仅 1 例患者泪囊萎缩无法行 DCR,术后 1 周 27 例(93%)流泪、分泌物消失,其中 24 例泪道冲洗通畅,3 例泪道冲洗部分通畅。1 例术后 4 d 出血,再行鼻腔填塞治疗治愈,无其它并发症发生。术后 6 个月 26 例(26 眼)泪道冲洗通畅,提示我们解剖学上高龄患者泪囊并非完全萎缩而无法与鼻黏膜吻合,DCR 仍然适合于高龄患者。

高龄患者往往合并心肺疾病,手术风险较年轻人大。传统外路 DCR 手术效果理想,但是患者术中出血,容易导致术野不清晰,影响手术进行,增加高龄患者手术风险[6-7],我们的体会是:①术中局部麻醉联合使用镇静药物减少出血,增加患者及术者满意度。在局部麻醉联合镇静下行外路 DCR,术中、术后血流动力学常量稳定,术中出血减少,患者满意度为 88.4%,安全有效[8],镇静药物能提高 DCR 的成功率以及患者满意度[9]。②使用双极电凝、吸引器能保持术野外持续清晰,部分患者使用骨蜡也明显改善骨膜出血,减少出血。③术前 3 ~ 5 d 停止使用抗凝血剂,以降低迟发性出血的风险[10]。④前瞻性研究表明对于老年人下眼睑皱褶入路是良好的手术切口,术后 1 个月无明显瘢痕,甚至适应于年轻患者[11]。下眼睑切开较鼻侧皮肤切开在减少疤痕上有明显优势[12],而我们采用距离内眦角 2 mm 为起点沿下眼睑皮肤纹理方向弧形切口,避免了损伤内眦动静脉、眼轮匝肌,并采取分层缝合以及皮内连续缝合等方式,减少了出血以及瘢痕形成。

综上所述,我们认为尽管内镜下 DCR 可能是未来趋势,但目前对于眼科医生而言外路 DCR 仍然是金标准,高龄慢性泪囊炎患者泪囊仍然能成功行外路 DCR,改进后的 DCR 缩短手术时间、减少出血与瘢痕,节约了成本。对于高龄患者降低了手术风险,安全有效。本文中部分患者泪道解剖学通畅的病人术后仍流泪,提示我们将来对于手术改进的同时,如何避免或者减少破坏泪液动力学,可能是今后值得研究的方向。

[参考文献]

[1] Kaçaniku G, Spahiu K. The success rate of external dacryocystorhinostomy[J]. Med Arh, 2009, 63(5): 288 - 290.

[2] Salour H, Hatami MM, Parvin M, et al. Clinicopathological study of lacrimal sac specimens obtained during DCR[J]. Orbit, 2010, 29(5): 250 - 253.

[3] Lee DW, Chai CH, Loon SC. Primary external dacryocystorhinostomy versus primary endonasal dacryocystorhinostomy: a review[J]. Clin Experiment Ophthalmol, 2010, 38(4): 418 - 426.

[4] Hii BW, McNab AA, Friebel JD. A comparison of external and endonasal dacryocystorhinostomy in regard to patient satisfaction and cost[J]. Orbit, 2012, 31(2): 67 - 76.

[5] Meister EF, Otto M, Rohrwacher F, et al. Current reco mmendations of dacryocystorhinostomy[J]. Laryngorhinootologie, 2010, 89(6): 338 - 344.

[6] Meyer-Rüsenberg HW, Vujancevic S, E mmerich KH. Current status of dacryocystorhinostomy[J]. Ophthalmologe, 2009, 106(3): 205 - 207, 210 - 216.

[7] Nemet AY, Fung A, Martin PA, et al. Lacrimal drainage obstruction and dacryocystorhinostomy in children[J]. Eye (Lond), 2008, 22(7): 918 - 924.

(下转第 407 页)

集合系统,不可盲目推入,应在输尿管镜直视下沿斑马导丝引导方向扩张进入集合系统。如果发现导丝已经脱出肾脏集合系统,正确通道无法找到,应选择重新穿刺,避免肾周大量积液增加穿刺难度。

出血是 mPCNL 较为常见且严重的并发症,可发生在 mPCNL 术的各个环节,包括建立通道、取石碎石及术后恢复阶段,0.6% ~1.2% 需要行选择性肾动脉栓塞或肾脏切除[9-10]。本组资料中,术中大出血需要输血者 21 例(2.53%),但未因术中出血较多、视野模糊不清而留置肾造瘘管行二期手术;术后迟发性出血 37 例(4.46%),发生时间为术后 3 ~10 d,其中经夹闭肾造瘘管、瞩患者绝对卧床休息、积极输注止血药物等保守治疗无效后行高选择性肾动脉介入栓塞术 3 例(0.36%),无 1 例因此行肾切除术。我们的经验是:①建立穿刺通道、置入 peel-away 鞘时,应严格经肾乳头穿刺肾盏穹窿部,避免从肾盂或经过肾盏漏斗部的穿刺。减少 peel-away 鞘与肾镜的成角且尽量降低肾脏集合系统穿孔发生。②对于单通道难以处理的结石应建立多个通道,从而避免 peel-away 鞘摆动角度过大造成的肾实质损伤。若术后出血严重,需夹闭造瘘管 0.5 ~2 h 以达压迫止血的目的。若出血仍然不止,可使用球囊导管压迫经皮肾通道。

发热是 mPCNL 术后较为常见的严重并发症,大多数是由尿路感染引起,发生率为 21.0% ~32.1%[11],而由此造成的败血症、感染性休克的发生率则为 5% 以下[2]。本组资料中,术后发热 162 例(19.50%),发生时间为术后 1 ~5 d,经积极对症处理后痊愈,无 1 例发生败血症、感染性休克。在预防方面,我们的经验是:①术前常规行中段尿培养加药敏检查,对存在的尿路感染根据药敏结果选择有效抗生素抗感染。②若术中发现肾积脓,经皮肾通道流出的尿液较为浑浊,则停止经皮肾镜碎石取石术,留置肾造瘘管充分引流 5 ~7 d 并积极抗感染后再择期手术。③尽量缩短手术时间(小于或等于 90 min),宁可选择二期手术也不可盲目延长手术时间。

目前,国内大多数医院已经开展 mPCNL 术,其已成为治疗上尿路结石安全、有效的微创术式,但是其相关并发症也越来越受到广大泌尿外科医师的高度关注,只有重视并积极采取防治措施才有利于此项技术的广泛开展。

[参考文献]

[1] Turney BW, Reynard JM, Noble JG, et al. Trends in urological stone disease[J]. BJU Int, 2012, 109(7): 1082 - 1087.

[2] Michel MS, Trojan L, Rassweiler JJ. Complications in percutaneous nephrolithotomy[J]. Eur Urol, 2007, 51(4): 899 - 906.

[3] Baldwin DD, Maynes LJ, Desai PJ, et al. A novel single step percutaneous access sheath: the initial human experience[J]. J Urol, 2006, 175(1): 156 - 161.

[4] 孙道冬,孙丹宁,王 勤,等. B 超引导下微创经皮肾镜术治疗无明显积水的肾铸型结石[J]. 局解手术学杂志, 2011, 20(3): 260 - 262.

[5] 王舟怡,孙 庭,马 明. 微创经皮肾镜钬激光碎石术治疗输尿管上段结石[J]. 局解手术学杂志, 2011, 20(2): 194 - 195.

[6] 那彦群,叶章群,孙 光,等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南手册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2011: 257 - 258.

[7] 张新源,周正东. 超声引导下穿刺在经皮肾镜碎石及清石术中的应用[J]. 同济大学学报(医学版), 2010, 31(2): 88 - 90.

[8] Wezel F, Mamoulakis C, Rioja J, et al. Two contemporary series of percutaneous tract dilation for percutaneous nephrolithotomy[J]. J Endourol, 2009, 23(10): 1655 - 1661.

[9] 邓耀良,叶章群,李 虹. 泌尿系结石临床诊断治疗学[M]. 北京,人民卫生出版社, 2009: 253 - 260.

[10] Rastinehad AR, Andonian S, Smith AD, et al. Management of hemorrhagic complications associated with percutaneous nephrolithotomy[J]. J Endourol, 2009, 23(10): 1763 - 1767.

[11] Labate G, Modi P, Timoney A, et al. The percutaneous nephrolithotomy global study: classification of complications[J]. J Endourol, 2011, 25(8): 1275 - 1280.

(编辑:余汇洋)

(上接第 404 页)

[8] Chaume A, Maalouf T, Thirion B, et al. External dacryocystorhinostomy under local anesthesia and sedation[J]. J Fr Ophtalmol, 2010, 33(2): 77 - 83.

[9] Tuladhar S, Adhikari S, Bhattarai BK. Effectiveness of sedation in dacryocystorhinostomy surgery[J]. Nepal J Ophthalmol, 2009, 1(1): 25 - 31.

[10] Ben Simon GJ, Cheung N, McNab AA. Delayed epistaxis in external dacryocystorhinostomy: rate and risk factors[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2010, 136(2): 183 - 186.

[11] Akaishi PM, Mano JB, Pereira IC, et al. Functional and cosmetic results of a lower eyelid crease approach for external dacryocystorhinostomy[J]. Arq Bras Oftalmol, 2011, 74(4): 283 - 285.

[12] Mjarkesh MM, Morel X, Renard G. Study of the cutaneous scar after external dacryocystorhinostomy[J]. J Fr Ophtalmol, 2012, 35(2): 88 - 93.

(编辑:魏 源)