维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2007, Vol. 16, No. 2

激光泪道成形术治疗阻塞性泪道疾病的疗效对比观察

Observation of curative effect of lacrimal passages obstruction treated by laser lacrimal passages plasty

李毅男[1]，刘 岩[2] （1. 沈阳市儿童医院眼科，辽宁 沈阳 110032；2. 中国医科大学附属第一医院眼科，辽宁 沈阳 110015）

[关键词] 激光；泪道成形术；阻塞性泪道疾病
[中图分类号] R730.57 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0112-02

泪道阻塞是一类常见眼病，包括泪小点阻塞、泪小(总)管阻塞、鼻泪管阻塞和慢性泪囊炎及外伤性泪小管离断等。非手术治疗方法简便，但效果差，未从根本上解决泪道阻塞。手术治疗提高了疗效，但损伤大，操作复杂，颜面部遗留疤痕[1]，复发率高而不易为患者接受。作者从1999年8月至2001年7月应用ND-YAG激光开展激光泪道成形术治疗各种阻塞性泪道疾病603例693眼，并对疗效进行对比观察，现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

泪小点阻塞15例23眼、泪小(总)管阻塞165例192眼，单纯鼻泪管阻塞206例227眼，慢性泪囊炎197例231眼，外伤性泪小管离段20例20眼，共603例693眼。男45例55眼，女558例638眼，年龄7～83岁。病程最短2个月，最长45年，平均5.8年。曾施行过探通、穿线和插管治疗68眼，泪囊鼻腔吻合术3眼。

1.2 治疗方法

常规泪道冲洗，确定阻塞部位，对粘脓性分泌物较多的慢性泪囊炎先行泪道造影，了解阻塞的程度和性质及泪囊的大小。有溢脓的术前用庆大霉素冲洗泪道至无脓。粘膜表面麻醉，用泪点扩张器扩张泪小点，将带针芯的泪道探针按常规泪道探通法，从泪小点插入泪道阻塞处，拔出针芯，通过空针引入导光纤维至泪道阻塞处，根据不同阻塞部位，调整激光能量与频率对阻塞处作连续击射至阻力消除并有落空感后停止。抽出光纤，用生理盐水冲洗，若泪道冲洗畅通(鼻咽部有水)，则用带侧孔的泪道冲洗针头向泪道注入庆大霉素8万？加地塞米松2 mg的混合液，再注入润滑剂或消炎眼膏防止泪道创面粘连阻塞。对于泪小点阻塞者在显微镜下寻找泪小点及阻塞处，光纤直接放至阻塞物处击射，待阻塞物汽化后停止。

1.3 术后处理

常规应用抗生素眼液滴眼，用1%麻黄素溶液滴鼻，用庆大霉素与地塞米松混合液冲洗泪道，再用复方抗生素眼膏及润滑液涂敷泪道，每日1次，连续5～7 d，待分泌物减少后，改为隔日或每周冲洗1～2次，直至冲洗通畅。对阻塞严重病例术后需用泪道探针反复扩张泪道，再注入α-糜蛋白酶注射液，以防止泪道粘膜水肿及阻塞。所有病例定期随访，平均随访1.5年。

[收稿日期] 2006-11-18 [修回日期] 2007-01-09

1.4 疗效判定

术后溢泪消失，泪道冲洗通畅，荧光素着色试验阳性为治愈；术后溢泪症状缓解，需定期冲洗且通畅者为改善，以上均为有效。仍溢泪、溢脓，冲洗不通或虽然冲洗鼻腔有水，但仍有粘性分泌物返流和荧光素着色试验阴性者为失败。

1.5 统计学处理

应用ridit分析比较各组间疗效人数分布。

2 结果

治疗结果经ridit分析，疗效高低依次为鼻泪管阻塞组、泪小点阻塞组、泪小(总)管阻塞组、慢性泪囊炎组、外伤性泪小管离断组。慢性泪囊炎病例中，15眼在术后仍有溢泪，泪道冲洗泪囊有粘性分泌物，经行泪囊插管造影显示泪囊有明显扩张，弹性差，改手术治疗。

3 讨论

由于慢性泪囊炎的患者病程较长，炎性刺激泪囊上皮粗糙增厚、广泛结疤、泪囊增大、粘膜上皮及肌肉松弛，使大部分患者泪囊功能不同程度丧失(尤其是经造影证实巨大泪囊者)，激光术后虽然冲洗通畅，但泪道泵功能不佳，患者仍有溢泪。故对于慢性泪囊炎患者，激光治疗术前应进行冲洗及造影等多方检查诊断，对巨大泪囊、病史较长、多次冲洗仍有溢脓者，建议不行激光治疗而改行泪囊鼻腔吻合术。外伤性泪小管离断吻合术后行激光泪道成形术成功的病人均是由于在外伤缝合时泪小管端端吻合，激光治疗只是将吻合口处的阻塞汽化，使两断端的泪小管上皮爬行形成新的管腔[2-3]。而失败的病例中，部分是由于在院外仅行皮肤缝合致使泪小管错位愈合，术后疤痕增生造成阻塞，行激光泪道成形术也是假道，术后仍是疤痕愈合，使激光治疗无效；部分病例是因为泪小管吻合口狭窄或眼睑畸形致泪小点外翻等原因所致。鼻泪管较泪小管粗，为骨性管腔且阻塞段较短，故术后肉芽瘢痕增生少，激光治疗时高能量、快频率、短时间即可汽化阻塞，组织热效应低；而泪小管纤维迂曲，周围软组织较多、且多有反复冲洗、探通史，使鼻腔上皮粗糙、水肿、增生，阻塞段均长于鼻泪管腔阻塞者，激光手术时，能量小，组织热效应相对高，易造成周围组织损伤。故鼻泪管阻塞激光治疗疗效要高于其他各组。泪小点阻塞组因病例较少，疗效与其他各组比较未达显著界值。

泪小(总)管阻塞术后冲洗次数宜少，时间宜短，以免多次冲

维普资讯 http://www.cqvip.com

洗造成粘膜水肿、损伤而致泪道再狭窄或阻塞,对鼻泪管阻塞及慢性泪囊炎患者为避免多次冲洗对下泪小(总)管的损伤而致再狭窄或阻塞,术后冲洗时可从上泪点进针以提高成功率。冲洗液常规为庆大霉素加地塞米松混合液,再用抗生素激素复方眼膏及润滑剂(内含促上皮生长因子)涂敷泪道,主要起支撑泪道、防止创面粘连、利于上皮修复的作用。对部分严重病例,我们应用α-糜蛋白酶冲洗,可以抑制疤痕增生、促进上皮细胞爬行,提高了泪道再通率(尤其在外伤性泪小管离断病例)。

本治疗术后不留置导管,利于泪道冲洗,继发感染少;可避免导管对泪道粘膜的刺激,利于组织水肿的消退。在术后冲洗欠通畅时,又可方便地用探针行泪道扩张。

这种泪道内激光经动物试验和临床观察证实组织损伤小,安全性高,创面愈合快,避免了手术损伤。操作简便,不破坏泪道结构,不影响术后的导泪功能,临床观察无严重并发症,疗效高。颜面不留疤痕,病人乐于接受,个别患者一次不成功,可行再次激光治疗,但应严格把握适应症,以免给患者造成不必要的损伤。

[参考文献]

[1] 王智崇,陈家祺.鼻泪管阻塞的治疗现状[J].中国实用眼科杂志,2001,19(1):3-6.
[2] 黄红深.泪囊鼻腔吻合术与鼻泪管阻塞钻切术的比较[J].中华眼科杂志,1998,34(1):7.
[3] 秦 毅.结膜泪囊鼻腔吻合术[J].国外医学眼科分册,2001,25(6):350-352.

(编辑:张天飞)

肥厚性梗阻型心肌病化学消融术的护理体会

刘 芳,花 宇 (中国医科大学附属第一医院心内科,辽宁 沈阳 110001)

[关键词] 心肌疾病;化学消融术;护理
[中图分类号] R542.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0113-01

近年来,随着介入心脏病学的发展,经皮经腔间隔心肌消融术(PTSMA)已成为治疗肥厚性梗阻型心肌病(HOCM)的重要方法之一。以前受多方面条件限制,肥厚性梗阻型心肌病多使用负性肌力药物,DDD起搏器安置术和外科局部心肌切除术,自1998年6月以来我院对肥厚性梗阻型心肌病无手术禁忌证的病人实行了PTSMA治疗,术后均恢复良好。现将护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

自1998年6月至今,我科共收治75例肥厚性梗阻型心肌病无手术禁忌证并有经济条件行PTSMA治疗的患者,其中男40例,女35例,年龄在21~78岁,平均49岁。平素活动后心悸、胸闷、头晕症状,于胸骨左缘3、4肋间可闻及3级以上收缩期杂音,心脏彩超显示左室流出道有狭窄征象。

1.2 方法

PTSMA术前置入临时起搏电极,按PTCA技术沿导引钢丝将合适直径的over the wire球囊送入拟消融的室间隔支内,常规球囊加压、充盈,通过观察间隔支分布区域大小,确定靶血管后,通过球囊中心腔缓慢匀速注入96%~99%的无水酒精0.5~3 ml使该血管闭塞,由此,使血管供应的心肌因得不到血液供应而坏死,继而使肥厚的心肌逐渐变薄,从而使病人梗阻症状减轻。

2 结果

75例肥厚性梗阻型心肌病的患者行化学消融术治疗后精心护理,现均已痊愈出院,无手术并发症及护理并发症发生。

3 护理

3.1 术前护理

首先向患者介绍手术的方法及注意事项,消除紧张情绪,术前晚保证充足的睡眠,必要时遵医嘱给镇静药。常规对手术区(双侧腹股沟及会阴部)行清洁皮肤准备并做青霉素过敏试验,术前4~6 h禁食水,并指导患者练习床上排大、小便。

3.2 术后护理

严密监测生命体征,病人术后应安置在CCU内,进行连续心电血压血氧监测72 h。化学消融术相当于在肥厚室间隔部位人为造成一个小面积的治疗性的心肌梗死,按心梗处理,平卧72 h。术后病人要注意观察穿刺部位有无渗血、出血、足背动脉搏动情况,嘱病人术肢制动。患者因卧位休息,肠蠕动减弱,易出现腹胀,指导病人在饮食上宜吃清淡易消化粗纤维食,如芹菜、韭菜、香蕉、蜂蜜等,为避免病人发生便秘,可给予福松或杜密克口服,必要时应用开塞露注肛。病人44 h测心肌酶谱。遵医嘱抗生素3 d静点,以预防感染。

康复期间要做好肥厚性梗阻型心肌病相关知识和PTSMA后康复活动等方面的宣教,避免任何加重左心室梗阻的因素,如过度体力活动,长时间站立、持重、屏气和精神紧张。预防呼

[收稿日期] 2006-12-10 [修回日期] 2007-01-17

(下转第128页)