DOI:10.16016/j.1000-5404.1981.03.017

鼻腔泪囊吻合术的体会

第三附属医院眼科 蔡 澍执笔

慢性泪囊炎是临床常见病之一，从72年至78年住院治疗者有239例，占住院病人7.77%。除年高体弱12例进行泪囊摘除，9例因月经期、妊娠等情况未作手术外，计208例进行了鼻腔泪囊吻合术，出院时通畅201例，占96.7%。

1904年Toti首创这种手术，术式不断有所改进，都认为是符合生理要求较为完善的术式之一。结合我们的实践提出几点探讨意见。

一、麻醉：

1．鼻内表麻：4%可卡因（加1‰肾上腺素少许）棉条，置于中鼻甲前上、鼻丘的斜平坦区（见图1、2），使达到表麻、贫血及加固粘膜，故应填准、填紧，减免术中出血及鼻粘膜损伤。

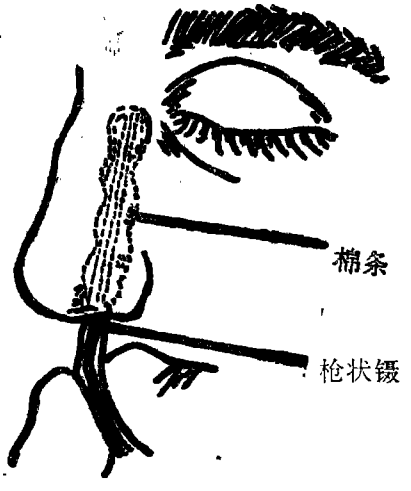


图1

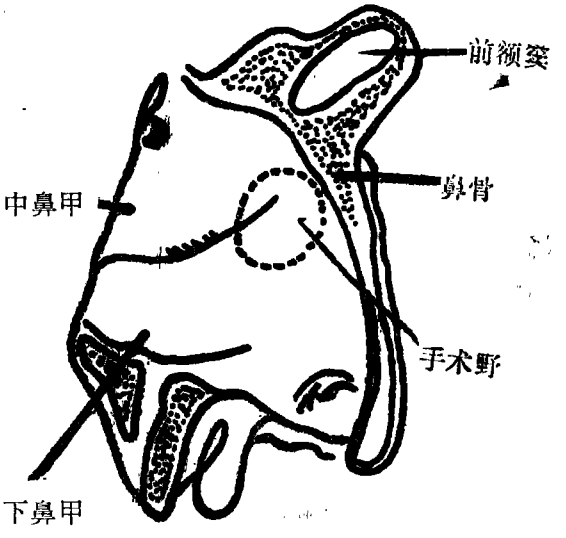


图2

2．局部浸润麻醉：2%奴夫卡因（加1‰肾上腺素少许）（按图3）作筛前神经、眶下神经及手术区皮下浸润麻醉。

二、切口：

1．皮肤切口以距内眦部3 mm为宜，上后内眦韧带上方约2～3 mm，向下沿眶骨内侧缘，长约2 cm。因为内眦Λ、V距内眦部约8 mm。上述切口可避免损伤血管引起大出血；易暴露泪囊；皮肤疤痕不明显，戴镜可遮盖。

2．关于内眦韧带处理问题，有人主张切断，使手术野暴露更好；但内眦韧带切断后，解剖位置不清，骨孔易偏高进入筛窦，引起出血；不易得到完整鼻粘膜，给吻合造成困难，并

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

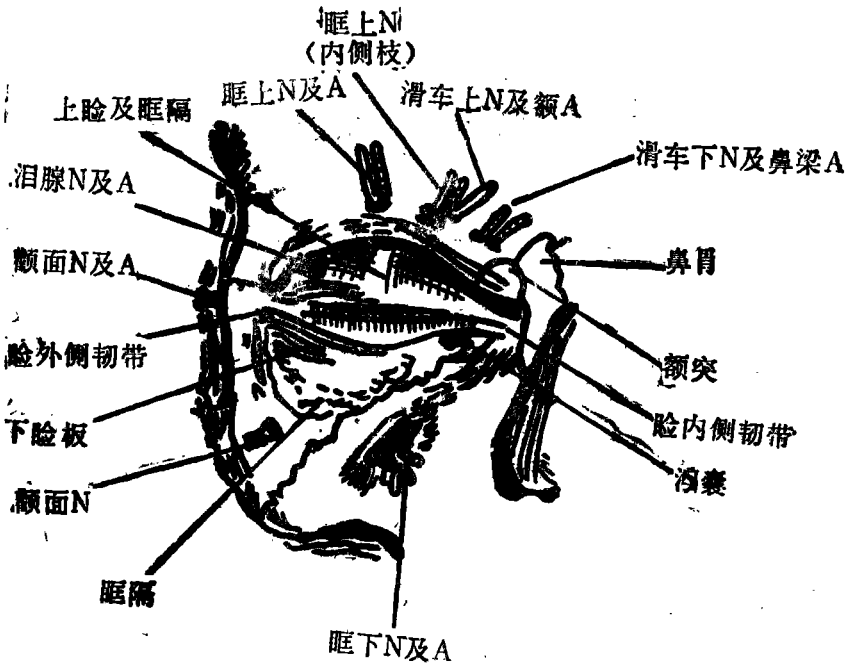


图3

有引起筛窦感染的可能性；切断了内眦韧带复位不好或未复位，尚有少数病人睑裂移位；破坏了内眦韧带原有生理功能，即使吻合成功，有些病人仍有溢泪现象。实践证明保留内眦韧带，并不妨碍手术的进行，尚可弥补上述情况。

3．关于Horner氏肌保护问题，应用骨膜分离器向泪囊窝深部分离时，勿越过泪骨，否则易伤及该肌，因该肌附着于泪骨后嵴稍后的骨面上，与内眦韧带眼轮匝肌相联，在泪小管内1/3的后方为眼轮匝肌泪囊部，亦为Horner 氏肌，损伤该肌可造成泪点外翻，并易使泪囊失去自主抽吸作用（见图4、5）。

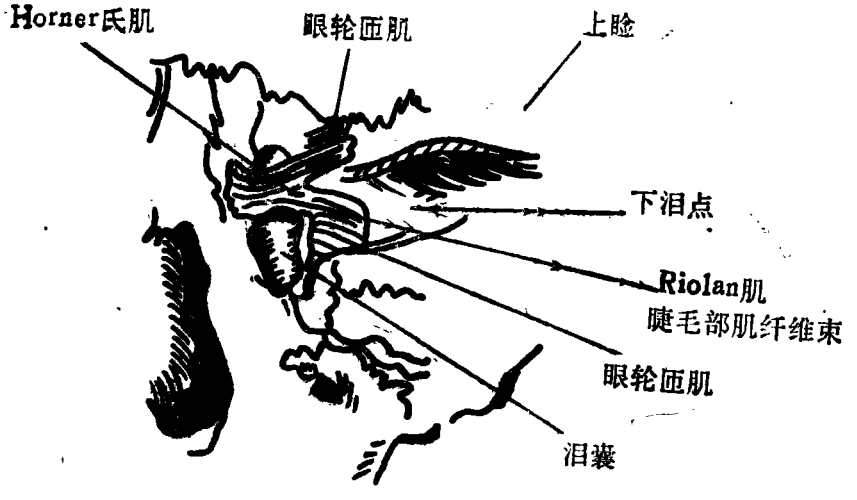


图4

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

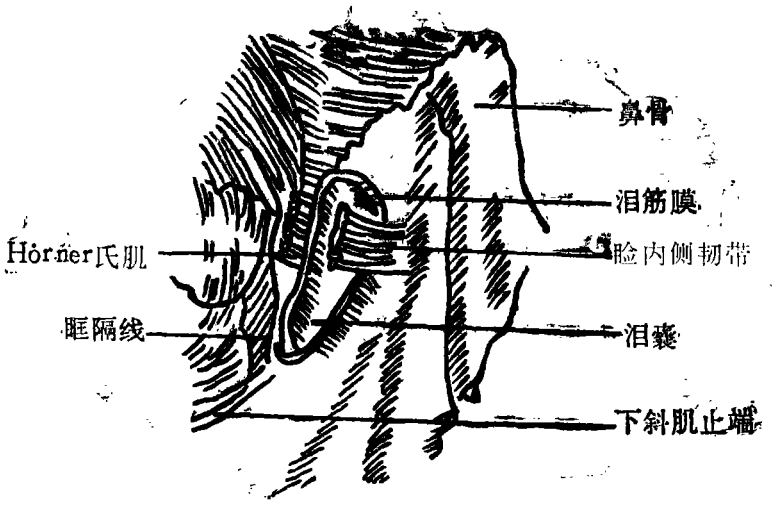


图5　泪囊及眶内侧韧带

三、造骨孔：

骨孔宜大不宜小，根据我国人鼻梁低，泪囊窝狭窄，合理的骨孔设计如下：

1．骨孔前缘设在前泪嵴 3 mm。

2．骨孔后缘设在泪囊窝中间，不超过泪骨上颌缝。如果超过此缝，易进入筛窦；更不可超过后泪嵴，免损伤 Horner 氏肌。

3．骨孔上界平内眦韧带下缘。

4．骨孔下界平鼻泪管上口。

骨孔垂直径（或上下径）约10～12mm，横径（或前后径）约 8 ～10mm（见图 6）。

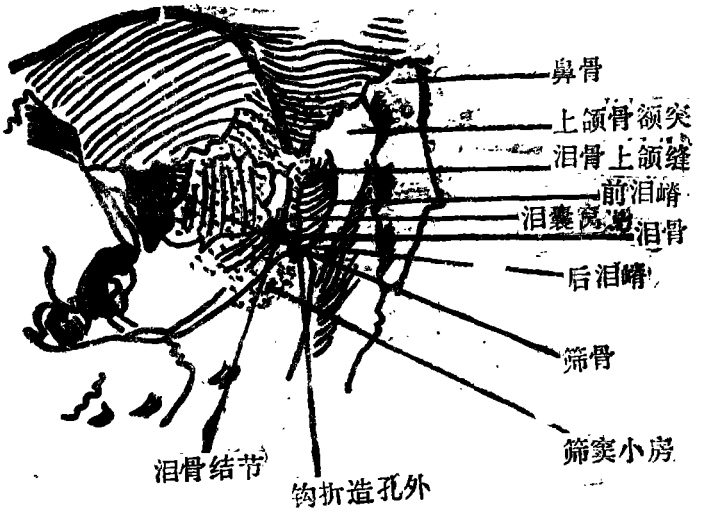


图6　钩折造孔处

四、造孔方法：

1．骨钻：无论电机或手摇骨钻，容易损伤鼻腔骨膜与粘膜。

2．骨凿：十多年前我们基本应用此法，先将骨质凿薄穿孔，以咬骨钳扩大骨孔。但凿

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

骨时敲打振动，引起病人恐惧与不适，甚至术后有头昏，尤其不适用于年高体弱者。

3．钩折薄骨：选择泪骨上颌缝下端，鼻泪管上方开口附近，用窄的骨膜分离器，或弯剪、或特制的取骨器，钩折此处薄骨（见图6），取出碎骨片，分离周围鼻腔粘膜，用咬骨钳向前、向下、向上扩大骨孔。方法简单易行，对头部无振动，年高体弱患者亦能承受，只是骨孔扩大到前泪嵴，骨质较厚较坚，咬切有些困难。

五、吻合：必须有完好的泪囊及鼻腔粘膜瓣。

1．关于泪囊粘膜瓣：局麻后，泪囊注入美兰，使泪囊粘膜染色，指示术者清晰准确吻合；另外美兰尚有一定灭菌作用。剩余泪囊中美兰应挤出，免切开泪囊时沾染周围组织，造成吻合时的错认。

2．关于鼻腔粘膜瓣：要求前叶宽于后叶，切开呈“工”，可先作垂直切开，待其缝合后再作横切开，这样可利用其张力，不需镊子夹持，缝合方便。如果横竖同时切开，缝合时须夹持固定粘膜瓣才好缝合，牵引过猛可撕破粘膜，使吻合困难。

3．缝合：以3“0”黑丝线为宜，过粗反应大。我们有一例术后三天伤口化脓，经拆出缝线，切口置引流条，全身用抗菌素治愈。送脓培养无菌生长，冲洗通畅。考虑与丝线粗有关。丝线细，粘膜吻合紧张度过大，易撕脱，失败病例中，术中吻合好，认为粘膜瓣有撕脱的可能性。以往我们也使用过4“0”肠线，对比之下，丝线与肠线效果一致，而丝线来源易，价低廉。我们一般后叶各吻合两针，较大的泪囊后叶能与鼻腔粘膜瓣后叶对合铺平的，仅吻合前叶，亦得到满意效果。

4．关于置放引流物，只要吻合可靠，都未放任何引流物，个别病例因鼻粘膜损伤及泪囊较小，吻合不满意时，用小型导尿管固定于泪囊内，引向骨孔到鼻外，约二周拆除。

六、并发症及其处理：

1．出血：术中出血影响手术进行；术后出血，影响手术效果。我们曾有一例术后二天出血虚脱者，经鼻科协助止血，全身输液而愈。另一例术后数天仍有浸血，经填塞鼻腔止血，拆线后冲洗不通，经探通后再冲洗才通畅。故术前应注意出、凝血机制，鼻粘膜炎症及月经期。

2．吻合困难：

常见于手术野出血，骨孔过小，鼻腔粘膜破碎，泪囊小，缝针过长等。术中助手要做好清除出血，保持手术野清晰。骨孔要达到设计要求，再用自制的折断成4～5 mm缝针，磨尖，缝合颇满意。术前压迫泪囊区及泪道冲洗，以分泌物多少确定泪囊大小。过小泪囊，进行泪道扩张或插管。不使鼻腔粘膜受损破碎，鼻腔内棉条应填紧在位，术中助手随时清除碎骨片。咬骨钳不盲目咬切，骨孔不要进入筛窦，穿透骨质时，若见到粘膜非灰白色，而是暗紫色时，为进入筛窦的象征，要改变向下、向前扩大骨孔，直至呈现灰白色较厚的鼻腔粘膜为止。

3．术后感染：见于操作时无菌要求不严，或伤口内遗留棉球与骨碎片，或缝线过粗，或病人术后合作不够，揉鼻涕、打喷涕等。预防措施：术毕75%酒精棉球再次清洁皮肤切口，用酒精棉球及消毒纱布遮盖切口，不换药，第五天拆除皮肤缝线。如有炎症反应，及时使用抗菌素。炎症继续加重，有化脓倾向，应及早拆除缝线，找原因针对处理。

4．慢性泪囊炎合并萎缩性鼻炎者，我们未列为禁忌症，手术效果满意。我院一工作人员不但术后通畅，且萎缩性鼻炎相应有好转。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

5．对术后手术失败者，2～3个月后可再次手术，亦获得通畅，手术并不比第一次困难，还可避免再造骨孔，再愈合的鼻粘膜比原来更为坚实，我们病例中有第三次再吻合治愈者。

小　　结

1．鼻内表麻要填准填紧。

2．内眦韧带可以不切断，分离时不能伤及 Horner 氏肌。

3．造骨孔以钩折薄骨法为好，骨孔大小提出设计方案。

4．吻合可靠者不放引流物。

5．萎缩性鼻炎未列入禁忌症。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net