



鼻内窥镜微创技术在难治性鼻泪管阻塞治疗中的应用

唐子九 (湖南师范大学附属湘东医院 湖南醴陵 412200)

摘要: **目的** 探讨鼻内窥镜微创技术在难治性鼻泪管阻塞治疗中的可行性。**方法** 选取我院接诊的难治性鼻泪管堵塞患者40例(72眼),利用鼻内窥镜微创手术进行泪囊鼻腔造瘘术联合环形人工泪小管植入术,对鼻腔堵塞患者在比内窥镜直视下行上泪道疏通术。7眼合并鼻中隔重度偏曲患者,在比内窥镜直视下行矫正术,3个月后将人工泪小管拔出。**结果** 手术之后有少数患者出现眼内眦血以及溢泪现象,无一例患者出现人工泪小管脱落。72眼中60眼溢泪,溢泪症状消失,治愈率为83.3%;7眼出现轻度溢泪,无溢泪现象,有效率为9.7%;5眼症状无任何改变,无效率为8.3%。**结论** 临床中给予难治性鼻泪管堵塞行鼻内窥镜微创手术,疗效可靠,出现并发症几率低,无任何颜面瘢痕症状,值得在临床中推广。

关键词: 难治性鼻泪管堵塞 鼻内窥镜微创手术 人工泪小管

中图分类号: R779.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)04-157-02

难治性鼻泪管堵塞是临床中比较常见的疾病,其病情复杂,目前无有效治疗方法。近年来,鼻内窥镜下泪囊鼻腔造瘘术以良好的治疗效果成为治疗鼻泪管堵塞的主要手段。^[1] 本文在NES—DCR基础上联合高频电上泪道疏通术、人工泪小管环形植入术对难治性鼻泪管堵塞进行治疗。其治疗效果明显,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究选取我院于2013年7月份—2014年9月份接诊的40例(72眼)鼻泪管堵塞患者作为研究对象,男性25例(46眼),女性15例(26眼),年龄18—70岁,平均年龄为43.8岁。病程8个月—30年,其中包括合并下泪小管堵塞者7例(14眼),泪囊纤维化5例(10眼),泪囊粘液腺炎10例(19眼),外伤合并中隔重度偏曲7例(7眼),泪道激光或鼻外切口泪囊鼻腔粘膜吻合术后复发11例(22眼)。所有患者均经临床诊断确诊为难治性鼻泪管堵塞。

1.2 治疗方法

1.2.1 NES—DCR,给予患者常规眶下神经、鼻粘膜表面、鼻腔部位鼻粘膜下局部麻醉,在比内窥镜下将沿沟突前的10mm出做一条10mm—15mm的切口,剥离子分离,形成一个10mm×8mm的舌形粘膜瓣,并将泪囊缝暴露出来。^[2] (见图1);将泪囊缝作为主要标准,在后侧骨壁利用咬钩钳做出10mm×8mm大小的骨窗,并利用探针针对泪囊进行定压,将泪囊切开。^[3] (见图2)。利用5mm的弧形泪囊瓣将泪道进行冲洗,然后植入人工泪小管。

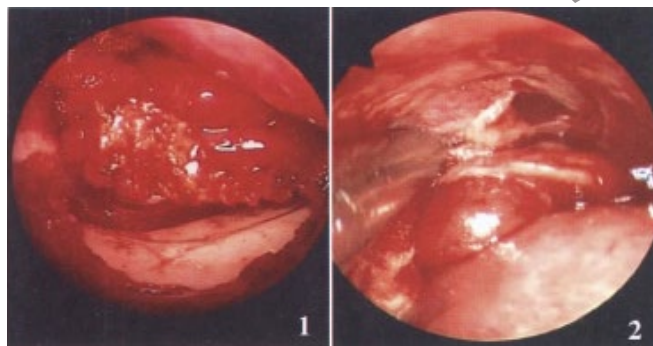


图1

图2

1.2.2 高频电上泪道疏通术,选取高频电上泪道疏通仪器,等到患者的泪小点出现扩张现在,则选取合适的探针针对泪道进行疏通,如果在疏通期间入到阻力,那么需脚踏工作开关对泪道堵塞处进行深探。如果出现空落感,可以利用鼻内窥镜对其进行观察,轻轻的进行进针与退针,并且适当的扩大堵塞区域。^[4] 见图3。

1.2.3 人工泪小管植入术,选取相应的尼龙黑线,将其穿到泪道探针上,然后对泪小点—泪小管—泪囊—造瘘术进行穿出,利用鼻内窥镜将黑线拉出鼻腔,然后在黑线的引导下将人工泪小管一端的泪小点进行拉出,并在预留黑线的引导下将泪小点—泪小管—泪囊—造瘘

术拉出,最后进行缝合。^[5] 见图4。

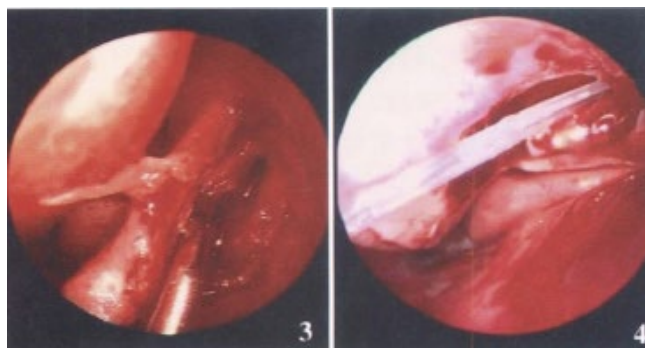


图3

图4

1.3 疗效判定

(1)治愈:在拔管之后的随访时间内患者无溢泪、溢泪现象,且泪道通畅;(2)有效:在拔管之后的随访时间内患者溢泪现象减轻,无溢泪症状,按压泪囊出现少量分泌物,泪道通畅;(3)无效:患者存在溢泪、溢泪现象,泪道冲洗不通,轻压泪囊有溢泪物。

2 结果

72眼中60眼溢泪,溢泪症状消失,治愈率为83.3%;7眼出现轻度溢泪,无溢泪现象,有效率为9.7%;5眼症状无任何改变,无效率为6.9%。

表1: 鼻内窥镜微创技术在难治性鼻泪管阻塞治疗效果分析(眼)

类型	治愈	有效	无效
合并下泪小管堵塞者	10	2	2
泪囊纤维化	8	1	1
泪囊粘液腺炎	17	2	0
外伤合并中隔重度偏曲	5	0	2
术后复发	20	2	0
总计	60 (83.3%)	7 (9.7%)	5 (6.9%)

3 讨论

鼻泪管堵塞是临床中常见的疾病,目前所采用的方式为泪道探通注药、泪道留管等,但是,由于受到诸多外部因素的影响,部分患者在手术治疗之后会出现复发现象,进而成为难治性鼻泪管堵塞。其中,造成鼻泪管堵塞的主要原因包括:(1)适应症选取不当;(2)曲源性损伤;(3)鼻腔病变影响。

本文笔者根据自身工作经验,采用NES—DCR联合人工泪小管植入术对难治性鼻泪管堵塞进行治疗,其治疗机制为:(1)鼻内窥镜微创手术能够利用NES—DCR治疗鼻泪管堵塞与鼻中隔偏曲、鼻息肉等疾病,能够快速促进鼻粘膜炎症消退。(2)高频电上泪道疏通术与人工泪小管植入术能够在保证泪道畅通的情况下同时进行,泪小管不仅可以在瞬间作用下进行移动,并且也能够促进进入到内黏膜的上皮化。(2)人工泪小管的支撑作用能够阻止过早空粘连闭锁。



一般而言, NES—DCR 由于创伤面积小, 并无颜面瘢痕, 在鼻内窥镜的直视下进行操作, 能够减少并发症, 是当前治疗慢性泪囊炎的主要微创手段。高频电泪道疏通术虽然创伤较大, 但是在比内窥镜的直视下定位准确, 效果确切, UI 外伤性鼻泪管堵塞、合并鼻部病变者有着良好的治疗效果。此外, 在鼻内窥镜直视下, 实施人工泪小管植入术, 能够避免操作中所出现的盲目性, 杜绝假性泪道的形成。

目前, 泪道堵塞的总体治疗效果比较差, 且复发率比较高, 根据石萍, 贾秋菊的研究^[6]联合逆行置管, 在利用电频上泪道疏通术之后, 拔管后的随访结果中, 72 眼中 60 眼溢泪, 溢脓症状消失, 治愈率为 83.3%; 7 眼出现轻度溢泪, 无溢脓现象, 有效率为 9.7%; 5 眼症状无任何改变, 无效率为 6.9%。因此, 高频电上泪道疏通术不仅损伤小, 出血少, 并且在高频探针的使用下能够罗达泪道, 使其成形。此外, 在人工泪小管的支撑下能够进行性轻微移动作用, 对上泪道内黏膜症状上皮化有着有力作用, 并且能够维持上泪道的通畅。此外, 由于鼻粘膜的再生能力比较强, 在手术中要对其彻底止血, 加强对泪道的冲洗以及学块的清除。

综上所述, 临床对难治性鼻泪管堵塞行鼻内窥镜微创手术, 不仅

厂商面积小, 疗效可靠, 治愈率高, 并发症少, 并且不会出现面部瘢痕, 值得在临床中推广。

参考文献

- [1] 文丰, 周宏健, 许霞, 王骥. 内窥镜钻通鼻泪管联合逆行性置管术治疗慢性泪囊炎的临床研究[J]. 现代实用医学, 2010, 01:76-77.
- [2] 韩冬, 吴晋晖, 闫飞虎. 内窥镜在泪道阻塞性疾病中的应用[J]. 国际眼科杂志, 2010, 04:724-726.
- [3] 贾秋菊, 石萍. 人工鼻泪管治疗泪道阻塞性疾病的临床研究[J]. 当代医学, 2010, 34:77-78.
- [4] 付敏, 熊丹宁, 吕娟. 鼻内窥镜下激光鼻泪管开口成形术治疗先天性泪囊炎临床观察[J]. 临床和实验医学杂志, 2012, 21:1712-1713.
- [5] 胥利平, 周明, 邵亚菲. 鼻泪管阻塞治疗新进展[J]. 眼科新进展, 2011, 02:190-195.
- [6] 石萍, 贾秋菊. 经鼻内镜引导下人工鼻泪管植入治疗鼻泪管阻塞的临床研究[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2011, 03:175.

(上接第 153 页)

综上所述: 显微外科手术不同入路治疗颅脑肿瘤患者, 有效的降低了风险, 提高了安全性, 而且手术创伤小, 利于术后患者的预后情况, 为患者减轻痛苦, 提高患者的生存质量, 缩短治疗时间, 值得推广。

参考文献

- [1] 凌继勇, 李龙, 苏亦明. 显微外科手术不同入路治疗颅脑肿瘤临床对比观察[J]. 中国处方药, 2014, 12(12): 114-115.

(上接第 154 页)

产生肺部感染的几率显著低于对照组, 患者入住 ICU 时间和 NIHSS 评分显著优于对照组。综上所述, 为重症脑梗死开展早期肠内营养支持治疗, 可以有效减少患者的致残以及致死率, 具有临床推广价值。

参考文献

- [1] 王自勤, 刘艳荣, 陈永春, 等. 早期肠内营养支持对脑卒中病人疗效影响的研究[J]. 肠外与肠内营养, 2011, 21(5): 335-337.
- [2] 贾伟华, 周立春. 肠内外联合营养支持对急性重症脑卒中患

[2] 唐先扩, 张学利, 王东, 等. 分析显微外科手术不同入路治疗颅脑肿瘤的临床疗效[J]. 中国实用医药, 2014, 9(35): 56-57.

[3] 唐朝芳. 显微外科手术经不同入路治疗颅脑肿瘤的疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(6): 19-20.

[4] 曾晖, 朱明亮, 闫国防. 显微外科手术不同入路治疗颅脑肿瘤的临床途径和疗效分析[J]. 河北医药, 2013, 35(22): 3407-3408.

者临床疗效的影响[J]. 内科急危重症杂志, 2010, 32(2): 65-66.

[3] 韩杰, 田锋. 急性缺血性脑卒中患者入院时营养状态与预后相关性[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2010, 18(10): 928-931.

[4] Pamela W. Duncan, Richard Zorowitz, Barbara Bates, John Y. Choi, Jonathan J. Glasberg, Glenn D. Graham, Richard C. Katz, Kerri Lambert, Dean Reker. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline[J]. Stroke, 2015, 36(9): 100-143.

(上接第 155 页)

患者, 治疗依从性相对较差, 更无法保证良好的生活习惯与生活方式, 导致生活质量下降严重^[4]。向患者提供解决问题路径, 普及疾病与治疗所需知识, 对不良生活习惯与生活方式进行干预, 帮助患者更加科学的面对疾病是一种重要的管理途径。健康管理干预模式的实施可以帮助患者培养良好的生活习性, 提高患者服药的自觉性。健康管理干预方式的实施为患者提供最好的护理措施, 帮助患者了解疾病的相关知识, 提高患者对疾病的认知程度, 有效建立良好的医患关系^[5]。

本次研究结果显示: 两组患者治疗后空腹血糖, 餐后 2h 血糖及糖化血红蛋白指标均有所降低, 但是护理组的数据要明显优于常规组, 对比两组数据, 差异具有统计学意义 ($p < 0.05$), 调查满意度结果显示, 观察组患者的护理满意度达到 95.89%, 对照组患者的护理满意度达到 87.11%, 两组差异显著, $P < 0.05$, 具有统计学意义。说明 2 型糖

尿病患者健康管理对血糖控制干预效果显著, 患者的护理满意度也大大提高, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 王红伟. 临床护理路径对糖尿病住院患者健康知识及血糖控制的影响[J]. 国际护理学杂志, 2014, 33(5):1148 ~ 1150
- [2] 王英萍. 标准化糖尿病临床护理路径在糖尿病患者规范化管理中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(19):2269 ~ 2272.
- [3] 孙丹丹, 江有琴, 陈艳. 临床护理路径在胰岛素注射患者健康教育中的应用[J]. 海军医学杂志, 2012, 3(33): 205 - 207
- [4] 陈庄妹. 糖尿病健康教育在老年糖尿病患者治疗中的应用[J]. 中国医药指南, 2012, 10(35): 560-561.
- [5] 徐有俊, 王娜娜. 健康教育对糖尿病患者生活方式及血糖控制的影响[J]. 糖尿病新世界, 2014, 34(8): 74-75.

(上接第 156 页)

综上所述, 对慢性牙周炎患者先行牙周基础治疗再采用牙周维护治疗不仅可以改善牙周附着水平和牙槽骨高度, 还可降低 PD 和 BI, 减少牙齿松动缺失情况, 在提高有效率方面也具有显著的成效, 值得在口腔科临床上推广应用。

参考文献

- [1] 杜小颖. 牙周维护治疗在保持牙周治疗长期疗效中的临床价值[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(5):67-68.

[2] 常洁. 牙周维护治疗在保持牙周长期疗效中的作用[J]. 大家健康(学术版), 2015, 9(3):167-168.

[3] 周丽娜. 牙周维护治疗在保持牙周长期疗效中的作用[J]. 中国美容医学, 2015, 24(12):73-75.

[4] 兰绿生. 牙周维护治疗在保持牙周长期疗效中的作用研究[J]. 吉林医学, 2012, 33(24):5158-5159.

[5] 王俊昌. 牙周维护治疗在保持牙周长期疗效中的作用观察[J]. 中国医药指南, 2012, 10(26):571-572.