

# 经鼻内镜鼻腔泪囊造口术治疗慢性泪囊炎 20 例

李华文

**[摘要]** 目的:探讨经鼻内镜鼻腔泪囊造口术治疗慢性泪囊炎的手术技巧和临床疗效。方法:回顾慢性泪囊炎患者 20 例,均经鼻内镜下鼻腔泪囊造口术治疗。术中采用枪状镊行泪囊定位,用微电刀头切开鼻黏骨膜瓣及泪囊瓣,并将骨膜瓣覆盖在泪囊窝骨窗骨质上防止造瘘口狭窄。结果:经术后 3~12 个月随访,治愈 17 例,有效 2 例,无效 1 例,总有效率达 95%。结论:鼻内镜鼻腔泪囊造口术具有视野清晰、出血少、面部不留瘢痕、泪囊定位准确、并发症少及有效率高等优点,是治疗慢性泪囊炎的一种有效的微创方法。

**[关键词]** 泪囊炎;鼻内镜;泪囊造口

**[中图分类号]** R 777.23

**[文献标志码]** A

**DOI:**10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.01.027

慢性泪囊炎是眼科常见病,多由于沙眼、慢性结膜炎等导致鼻泪管下端阻塞,分泌物在泪囊内长期滞留而引起。女性发病率高于男性,农村发病率高于城市。慢性泪囊炎可引起溢泪、溢脓、内眦部皮肤湿疹,严重者可诱发角膜溃疡、眼内炎等严重并发症。鼻外入路鼻腔泪囊吻合术是治疗慢性泪囊炎的主要方法<sup>[1]</sup>,效果可靠,有效率可达 90% 以上<sup>[2]</sup>,但鼻外径路鼻腔泪囊吻合术存在操作复杂、创伤大、出血多、并发症多及面部留疤,且不能同期处理鼻腔、鼻窦疾病等多种问题<sup>[3]</sup>,一些患者(特别是年轻女性)不愿接受。鼻内镜下鼻腔泪囊造口术克服了鼻外径路鼻腔泪囊吻合术的缺点<sup>[4]</sup>。2010 年 2 月至 2013 年 2 月,笔者对我科收治的慢性泪囊炎患者 20 例实施了鼻内镜下鼻腔泪囊造口术,取得良好效果。现作报道。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 慢性泪囊炎患者 20 例,均有溢泪,冲洗泪道不通,其中 13 例压迫内眦部有脓性分泌物自泪小点溢出,均排除泪小点、泪小管及泪总管堵塞。20 例中男 4 例(4 眼),女 16 例(18 眼);年龄 15~76 岁;病程 6 个月至 30 年。所有患者均经数次泪道冲洗/探通治疗无效,均行泪道造影及鼻窦 CT 检查,其中泪囊 < 5 mm 者 1 例,合并鼻中隔偏曲 7 例,泡状中甲 3 例,鼻窦炎 2 例。

**1.2 手术方法** 患者取平卧位,头抬高 15°~20°,常规消毒、铺巾,鼻腔黏膜、下泪点用含肾上腺素的 2% 丁卡因棉片表面麻醉,鼻腔局部用含少许肾上腺

素的 2% 利多卡因浸润麻醉。合并鼻中隔偏曲、泡状中甲或鼻窦炎者同期先行相关手术。先用“枪状镊定位法”初步确定泪囊在鼻腔外侧壁上的大致投影<sup>[5]</sup>,采用改良鼻内镜下鼻腔泪囊造口术<sup>[6]</sup>。以钩突前缘为泪囊安全后界,以中鼻甲腋及其前端为标记,向上 8~10 mm,向前 10 mm,向下 4~6 mm;在鼻腔外侧壁上用微电刀头做一大小 15 mm × 20 mm、基底在上方的黏骨膜瓣,并将其分离向上翻至嗅裂处固定备用。暴露上颌骨额突和泪骨前部,用咬骨钳沿泪颌缝向前咬除上颌骨额突,再去除泪骨前部薄骨片,注意不要损伤泪囊内壁,以免诱发泪囊内壁出血及影响泪囊瓣形成。再用金刚钻磨去上颌骨额突上部骨质增厚的部分,并行泪囊骨窗“轮廓化”,上达泪总管开口,下至泪囊与鼻泪管交界处,前、后可看到泪囊前、后壁。泪囊探针自下泪小点探入至泪囊,下端可将泪囊内壁顶起,用微电刀头在泪囊内壁上行“工”形切口,切口上、下端尽量到位,横切口尽量到骨窗边缘,将泪囊前后瓣松解并能贴伏在骨窗前后壁上,如有泪囊结石、囊肿、息肉,清除后冲洗泪道通畅,将备用的鼻腔黏骨膜瓣修剪后覆盖在暴露上颌骨额突及泪囊后瓣边缘上。用一合适的斜尖形高分子海绵堵塞泪囊窝,再用 2.0 cm × 2.0 cm 的 2 块海绵固定鼻腔黏膜瓣和泪囊瓣。3 d 后抽取海绵。常规静脉滴注抗生素 3 d 后改口服;1 周内每天冲洗泪道 1 次,以后 2 周 1 次;同时清除鼻腔造瘘口处的积血、分泌物、痂皮、肉芽等,直至痊愈。用妥布霉素地塞米松眼药水点眼 4 次/天;术后 3 d 用 1% 麻黄素滴鼻液、0.9% 氯化钠注射液冲洗鼻腔,丙酸氟替卡松鼻喷雾剂等类固醇激素喷鼻腔 3 次/天。

**1.3 评价标准**<sup>[7]</sup> (1)治愈:鼻内镜下观察造瘘口形成,宽敞,完全上皮化,冲洗泪道畅通,临床溢泪和

下泪点流脓症状消失;(2)好转:鼻内镜下观察泪囊造瘘口形成,上皮化完成,但较狭窄,泪道畅通或加压后畅通,少量溢泪;(3)无效:鼻内镜下泪囊造口闭锁,泪道冲洗不通或加压后仍不通,症状无缓解。以治愈率+有效率为有效率。

## 2 结果

所有患者经过 3~12 个月随访,治愈 17 例(85%),有效 2 例(10%),无效 1 例(5%),总有效率达 95%。

其中 2 例有效患者均合并鼻窦炎,术后 1 个月见造瘘口黏膜重度水肿,肉芽增生阻塞造瘘口,后于内镜下清除重度水肿黏膜和肉芽组织,暴露造瘘口,配合口服抗生素和强的松,局部用丙酸氟替卡松鼻喷雾剂,2 周后症状好转,3 月后见瘘口变狭窄。无效 1 例,由于泪囊 < 5 mm,术中切开泪囊和形成泪囊瓣非常勉强,术后与鼻腔黏膜瓣粘连,瘢痕收缩,阻塞瘘口,后在探针引导下切除造瘘口粘连组织,用 0.4 mg/mL 丝裂霉素 C 棉片放置造瘘口及骨窗 3~5 min,再用 250 mL 0.9% 氯化钠注射液冲洗造瘘口,放置泪囊扩张管,3 个月后拔除扩张管,见造瘘口形成,症状缓解。

## 3 讨论

经鼻外径路泪囊鼻腔吻合术一直是治疗慢性泪囊炎的经典方法,曾为无数慢性泪囊炎患者解除病痛,但随着人们对医疗水平要求的提高,其创伤大、出血多、面部留疤等缺点逐渐凸显。随鼻内镜技术成功应用于临床,有学者尝试在鼻内镜直视下行鼻腔泪囊造口术,并逐渐成为治疗慢性泪囊炎的有效治疗方法<sup>[8]</sup>。

泪囊与鼻腔外侧壁仅隔一层骨板及黏膜,鼻内镜下鼻腔泪囊造口术避免了从面部入路,面部不留瘢痕,且具有入路短捷、操作简单、时间短、出血少、并发症少、术后恢复快、成功率高等优点,近 20 年来逐渐在国内各级医院开展,取得了不错的效果。但该手术易学难精,回顾以上病例,笔者根据临床经验将自己的一些体会总结如下:(1)要熟练掌握鼻内镜手术器械操作,丰富的内镜鼻窦手术经验和鼻腔、鼻窦、泪器的解剖标志是手术顺利完成的基础。(2)术前进行泪囊造影、鼻内镜检查和鼻窦 CT 检查,了解泪囊的大小、内囊窝骨质的厚度及是否合并有鼻腔、鼻窦疾病,预估术中难度。(3)术前泪道冲洗,探查,以排除泪小点、泪小管、泪总管堵塞等泪囊

以上的泪器疾病。(4)术前 3 d 用庆大霉素+地塞米松针每日冲洗泪道,用 1% 呋麻滴鼻液、丙酸氟替卡松喷雾剂鼻腔局部滴喷,全身使用抗生素、地塞米松和替硝唑静滴,以控制泪囊及鼻腔、鼻窦的炎症,减少术中出血,为手术顺利进行做必要的准备<sup>[9]</sup>。(5)术中泪囊的准确定位和泪囊骨窗的“轮廓化”是手术成功的关键<sup>[10]</sup>。以往认为泪囊中心位于中鼻甲腋稍上方,而近来有学者通过泪囊造影和 CT 三维重建研究认为泪囊 2/3 位于中鼻甲腋上方 8~10 mm,1/3 位于中鼻甲腋下方<sup>[4]</sup>。“枪状镊定位法”能简单、准确估计泪囊在鼻腔外侧壁上的投影。泪囊骨窗的“轮廓化”能保证充分暴露泪囊,获得足够的泪囊瓣,最大限度开放泪囊,且骨窗边缘平坡,被黏骨膜瓣和泪囊瓣覆盖后创面能一期愈合,防止骨质增生和瘢痕收缩而导致造瘘口狭窄、闭锁。(6)术中采用微电刀头切开鼻腔外侧壁和泪囊内壁,切口整齐,无渗血,术野清晰;术后造瘘口积血亦少,减少了积血堵塞造瘘口的概率。(7)术腔向后不要超过钩突前缘,以防损伤筛窦和筛前动、静脉;向后不要超过纸样板,以防损伤眶内组织;向外不要损伤泪囊外壁;向前不要超过上颌骨额突,以防损伤面部组织。(8)术中切开泪囊内壁时上、下端一定要到位,以防上、下端遗留水仓,将来形成黏膜囊肿、息肉而堵塞瘘口。(9)影响造瘘口堵塞的原因除了早期造瘘口积血、分泌物、脱落坏死组织和新生肉芽组织、黏膜上皮组织增生外,后期瘢痕增生收缩也是导致造瘘口狭窄、闭锁的重要原因<sup>[11]</sup>。蒂在上方的鼻腔黏骨膜瓣和充分的泪囊瓣,能完全将暴露的骨质覆盖,减少了骨质增生和瘢痕收缩的机会。术后泪道冲洗和定期造瘘口清理能防止造瘘口堵塞、粘连、闭锁,促进造瘘口的健康上皮化<sup>[4]</sup>。(10)全身及局部应用皮质类固醇激素可减轻瘘口周围的组织水肿和瘢痕增生。

此外,术中一期行鼻中隔矫正、泡状中甲成形及鼻窦手术能使鼻腔扩容,去除息肉和炎症组织,减少术后粘连,提高手术成功率,而这些鼻腔、鼻窦疾病往往是手术失败的原因<sup>[9]</sup>。对于小泪囊及术后瘢痕增生明显的患者,术中联合放置泪囊扩张管和局部应用 0.4 mg/mL 丝裂霉素 C,一样能获得满意的效果。并且慢性泪囊炎急性发作、慢性泪囊炎手术失败和老龄患者也能顺利成功手术,以往认为年龄 > 60 岁患者经皮肤切口鼻腔泪囊吻合术,术后成功率明显下降,需行泪囊摘除。传统手术如果失败,眼科一般难以再次经鼻外手术,但在鼻内镜下可行修

复性手术<sup>[12]</sup>。

### [参 考 文 献]

- [1] 李凤鸣. 眼科全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 10.
- [2] 黄业武, 黎国杰. 一种新的鼻内镜下鼻腔泪囊吻合术[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2015, 22(5): 257.
- [3] 李燕子. 鼻内镜下泪道激光联合置管治疗复发性泪管阻塞[J]. 中国实用眼科杂志, 2012, 30(8): 989.
- [4] 姚小春, 刘小琴. 鼻内镜下鼻腔泪囊造口术 112 例临床分析[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(17): 2870.
- [5] 张速勤, 贾沛靓, 唐海红, 等. 泪囊鼻内解剖研究及临床应用[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2006, 41(7): 506.
- [6] 周兵, 黄谦, 韩德民, 等. 改良经鼻内镜下泪囊鼻腔造孔术[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2008, 15(2): 87.

- [7] 李源, 周兵. 实用鼻内镜外科技术及应用[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 473.
- [8] 王殿生, 王振华, 高国鑫, 等. 鼻内镜下鼻腔泪囊造口术治疗慢性泪囊炎[J]. 中国医药导报, 2009, 6(10): 199.
- [9] 朱金狮. 鼻内镜下泪囊鼻腔造 13 术治疗复发性泪囊炎的临床应用[J]. 中外医疗, 2012, 31(33): 41.
- [10] 张星煜, 张丕华, 黄春龙. 鼻内镜下泪腺造口术治疗慢性泪囊炎手术分析[J]. 中国医学创新, 2013, 10(15): 22.
- [11] 石尧机, 庞永明, 李辉, 等. 鼻内镜下综合治疗慢性泪囊炎[J]. 北方药学, 2014, 11(10): 76.
- [12] 王轶, 罗秀, 魏莲枝. 鼻内镜下鼻腔泪囊造孔术治疗复发性泪囊炎[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 23(5): 229.

(本文编辑 卢玉清)

[文章编号] 1000-2200(2017)01-0092-03

· 临床医学 ·

## 结节病合并致密性骨炎误诊为脊柱关节病 1 例并文献复习

武加标<sup>1</sup>, 任 敏<sup>1</sup>, 施治青<sup>2</sup>, 赵东宝<sup>2</sup>

[关键词] 结节病; 脊柱关节病; 误诊

[中图分类号] R 825.2

[文献标志码] B

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.01.028

结节病是多系统免疫紊乱性疾病, 临床上常表现为肺门淋巴结病及眼、皮肤等病变, 因临床表现多样化且其他器官均可累及, 尤其侵犯骨关节系统可模拟风湿性疾病, 临床上易被误诊。该病可共存或模仿风湿性疾病, 如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎和强直性脊柱炎, 结节病的肌肉骨骼特征也可以模仿感染和恶性肿瘤, 常难以甄别<sup>[1]</sup>。现报道 1 例误诊为脊柱关节病的结节病患者, 并复习相关文献, 以期提高对结节病的认识。

### 1 临床资料

患者女, 38 岁, 系“双肩、肘、踝、髌关节、腰背痛 3 月余, 伴低热干咳 1 月”入院, 2014 年 4 月初出现咽痛、鼻塞和上呼吸道感染症状后出现多关节疼痛, 主要累及双肘、双膝、双髌关节, 无肿胀及活动受限, 未重视; 1 周后出现双踝关节肿痛, 双手腕、双膝关节肿痛, 伴晨僵, 活动受限, 当地门诊查类风湿因子(RF)、抗 CCP 阴性, 抗链球菌溶血素 O(ASO) 正常,

红细胞沉降率(ESR) 41 mm/h, C 反应蛋白(CRP) 42.22 mg/L, 双手 X 线正常, 人类白细胞抗原 HLA-B27 阴性, 并出现发热, 波动在 38.5 ℃, 伴有干咳, 给予“复方倍他米松注射液肌肉注射和左氧氟沙星片口服”, 关节疼痛症状稍有缓解, 为进一步明确诊治我院拟“反应性关节炎”收住我科, 既往史: 2006 年行阑尾炎切除术。否认职业接触史, 入院体格检查: T 37.3 ℃, P 83 次/分, R 17 次/分, BP 136/78 mmHg, 神清, 精神可, 心肺阴性, 双下肢无水肿。双膝、双踝关节无肿胀, 皮温不高, 活动无受限, 双 4 字试验阴性。血常规: 白细胞  $4.87 \times 10^9/L$ , 血红蛋白 119 g/L; 血小板计数  $304 \times 10^9/L$ , 二便常规正常, ESR 25 mm/h, CRP 12.5 mg/L, 肝肾功能血钙正常, ANA、ENA、ANCA 谱阴性, 免疫球蛋白、补体正常, HLA-B27、RF 和抗 CCP 阴性, T-SPOT. TB 阴性, 骨密度正常, 胸部增强 CT: 纵隔及两肺门多发肿大淋巴结, 结节病可能, 左肺上叶尖后段多个小结节(见图 1), 骶髌关节 CT: 左侧骶髌关节致密性骨炎可能性大(见图 2), 骶髌关节 MRI 提示双骶髌关节致密性骨炎, 超声支气管镜: 弹性超声支气管镜检查隆突增宽, 隆突上黏膜粗糙, 4R、4L、7 组淋巴结肿大, 黏膜活检术、支气管超声内镜引导的经支气管针吸活检(EBUS-TBNA)术(见图 3)。淋巴活检免疫组织化学及病理提示: VIM +、MT -、CD68 灶性 +、

[收稿日期] 2015-07-22

[基金项目] 江苏省常州市武进区科技支撑计划项目(WS201415); 上海领军人才队伍建设专项基金(201444)

[作者单位] 1. 江苏大学附属武进医院 风湿科, 江苏 常州 213002; 2. 上海长海医院 风湿免疫科, 200000

[作者简介] 武加标(1980-), 男, 主治医师。

[通信作者] 赵东宝, 主任医师, 教授. E-mail: Dongbaozhao@163.com