

泪道探通联合置管术治疗新生儿泪囊炎临床效果观察

路云云

(平凉市妇幼保健院 甘肃平凉 744000)

摘要: 目的: 探讨对一岁以内的新生儿泪囊炎采取泪道探通联合置管术后有效眼部护理对临床恢复效果的观察。方法: 对 200 例 (236 只眼) 一岁以内新生儿泪囊炎行泪道探通联合置管术治疗, 术后给予有效眼部护理, 随访 3—6 个月, 对临床效果进行观察。结果: 所有 200 例 (236 只眼) 均治愈, 235 只眼完全治愈, 成功率 99.36%; 1 例 (1 眼) 术后 2.5 月再次出现与术前相同症状, 经检查为复发, 再次行泪道探通联合置管术, 术后完全治愈。结论: 采取泪道探通联合置管术, 治疗一岁以内的新生儿泪囊炎患儿, 临床效果良好。

关键词: 泪道探通; 置管; 新生儿泪囊炎;

慢性泪囊炎是眼科常见、多发病, 常伴有溢泪、溢脓等并发症, 严重影响患者的工作和生活, 同时也会对眼睛产生潜在的感染。传统的治疗方案是采用鼻腔泪囊吻合 (DCR), 但是手术创伤较大, 术后面部瘢痕较多; 探通、插管和单纯泪道激光治疗泪道损伤少, 恢复快, 但容易出现反复。新生儿泪囊炎是小儿 (尤其一岁以内) 常见眼部疾病, 主要原因为泪道阻塞: 尤其是鼻泪管下端的 Hasner 瓣部分或完全遮盖鼻泪管开口, 引起鼻泪管狭窄或堵塞, 泪液潴留于泪囊, 伴发细菌感染所致^[1-3]。表现为患儿生后不久眼部流泪并伴有脓性分泌物。回顾性研究我科自 2014 年 7 月至 2016 年 9 月 200 例 (236 只眼) 一岁以内的小儿采取泪道探通联合置管术后临床疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

一般资料 200 例患儿 (236 只眼): 女性 108 例 (128 只眼), 男性 92 例 (108 只眼), 月龄 3 月—11 月。所有患儿均经眼科医师详细检查后确诊。术前均常规给予妥布霉素滴眼液滴眼并局部按摩及泪道冲洗治疗, 脓性分泌物较前减少, 仍溢泪。

手术设备 武汉华工激光 KTP 激光泪道治疗仪, 具有 532 倍频绿激光、0.4 毫米纤维、5—8 W 的功率; Vitrop-tik Endognost 泪道内镜 (德国 Poly Diagnost), 其主要部件包括内镜, 微型电钻, 视频, 电脑主机, 内镜直径 1.1 毫米, 工作长 35 毫米, 内部有三条通道: 光纤通道, 工作通道, 注水通道, 可得到 7000 像素的影像, 工作通道可采用微型电钻, 注水通道可连续注入, 维持手术视野; 专用 9 号中空带针芯泪道探针, 8 号双侧开式长泪管冲洗针; 医用直线硅胶管, 直径 0.6 毫米。

手术方法 以 0.5% 丙美卡因滴眼液滴眼行患眼泪小点麻醉 5 分/次 × 3 次, 患儿仰卧于手术台, 由助手分别固定患儿头部、肩部及四肢。以泪点扩张器扩张下泪点, 生理盐水冲洗泪道, 将脓液或粘液彻底冲洗干净, 将麻醉导管套在 5 号探针上由下泪点进针, 当探针到达堵塞或狭窄部位时阻力较大, 稍用力向下探针有种落空感, 停止进针用镊子将麻醉导管置入探通的泪道内, 取出 5 号探针麻醉导管留在泪道外约 2cm, 胶布固定导管外端。

2 护理

2.1 术前准备 (1) 安排患儿进行相关的化验检查, 以了解有关的手术禁忌证。(2) 术前给予充分的抗生素滴眼液点眼, 减轻炎症反应。(3) 术前 30 分钟禁饮食, 以避免患儿术中哭闹造成呛咳或窒息。(4) 术前与患儿家长充分沟通, 减轻家长的焦虑紧张情绪。

2.2 术中操作

术前常规消毒, 麻醉, 铺巾, 全部由同一术者进行。术后冲洗

泪道, 冲洗液顺利流入口咽, 说明手术成功。1. 泪道激光与插管术: 使泪点充分扩大, 将针芯的泪道套插在堵塞的位置, 将针芯拔出, 将激光纤维插入堵塞位置, 激发激光, 使纤维和套针的前进阻力消失 (不存在), 然后将纤维抽出, 取出套管, 用妥布霉素+地塞米松+生理盐水混合液清洗泪道, 使泪道畅通, 最后将上泪小管和下泪小管环状置入线形硅胶管, 然后在鼻腔中进行结扎, 隔天轻轻拉一下, 防止粘连。2. 内镜下泪道钻通和导管植入: 在体外进行的内镜下, 可获得清晰的正位图像。将泪小点充分扩大, 将内窥镜插入泪小点, 通过直视观察泪道, 发现有狭窄或堵塞时, 将推进器向前推, 使微螺旋钻头从工作通道中伸出来, 到达堵塞位置后, 用电钻以 200—2000 转/分钟的速度, 将堵塞物清理干净, 直到泪道彻底畅通为止。妥布霉素+地塞米松+生理盐水的混合溶液对泪道进行清洗, 使其顺利流入口咽, 显示泪道畅通。最后, 将上、下泪小管分别置入一根丝状硅胶管, 并将其固定于鼻腔, 隔天轻轻拉一次, 防止粘连。专人充分固定患儿头部、肩部及四肢, 注意保持患儿呼吸道通畅。术中密切观察患儿生命体征。术后立即抱起患儿轻轻拍打患儿背部避免冲洗液进入呼吸道。

2.3 术后处理

手术后一周之内不能用力搓鼻、揉眼。全身使用抗生素 3 d, 以防止感染; 每天 4 次, 分别滴 0.5% 的左氧氟沙星和 0.1% 的氟美瞳滴眼液; 每天 3 次, 1% 呋麻滴鼻液。术后第 3 周和第 1 周, 分别用妥布霉素+地塞米松+糜蛋白酶+生理盐水混合液分别清洗泪道 1 次, 之后 1 周 1 次, 3 个月后拔除, 随访 12 个月。

2.4 术后病情告知

告知患儿家长看护好患儿勿将置管拔出; 术后即开始用妥布霉素滴眼液每 2 小时滴术眼, 每天以配有妥布霉素的生理盐水 (1:1000) 冲洗泪道置管; 每天以棉签擦拭眼部分泌物。泪道置管留置时间一般为 1 天 (3—6 月)、2 天 (6—12 月), 拔除泪道置管后每天继续点妥布霉素滴眼液 4 次/天共 7 天, 同时行泪囊区按摩。

2.5 出院随访

患儿出院后 3 天, 责任护士打电话了解离院后的具体情况, 并告知出院后 1 周、1 月、3 月、6 月定期复诊。

2.6 疗效评价标准

治愈: 无继续溢泪流脓, 泪道冲洗畅通无阻力、无液体反流。好转: 轻度溢泪, 基本无流脓, 泪道冲洗通而不畅。无效: 溢泪流脓, 泪道冲洗不同。

3 结果

所有 200 例 (236 只眼) 患儿均治愈, 235 只眼完全治愈, 成

功率为 99.36%；其中 1 例患儿（1 眼）术后 2.5 月再次出现与术前相同症状，经医师检查为临床复发，经再次行泪道探通联合置管术，术后完全治愈。

4 讨论

慢性泪囊炎的发病率很高，常伴有不同程度的泪囊增大、弹性下降，并伴有鼻泪管堵塞，脓性分泌物大量积聚，导致溢泪、溢脓等。目前临床上比较常见的保守疗法是采用推拿加抗生素的方法，可以在一定程度上减轻症状，但是对于保守治疗效果不佳的患者，需要进行手术。慢性泪囊炎的治疗原则是：控制感染，清除脓腔，持续引流，而常规的经皮穿刺术容易造成角膜损伤，破坏眼球的解剖结构，增加泪道粘膜的粘连和纤维化的危险。泪道探通术是一种微创的治疗方法，它可以确定病人的泪道堵塞位置，扩大狭窄的泪道，清洗脓液，减少眼睛的炎症。泪道探通术不需要切割皮肤和眼轮匝肌，不会损害泪泵的功能，有利于术后的恢复，但也会对泪道造成一定的损害，而且有一定的复发率。王正等的研究表明，在慢性泪囊炎患者中，使用泪道导管可以有效地改善其治疗效果，减少疤痕的形成，并降低其复发率。

目前，鼻窦炎的治疗方式有很多，但大体可分为两大类：一是泪囊鼻腔吻合，即外路 DCR 和鼻内镜 DCR。外路 DCR 是一种常规的手术方式，它需要的器械非常简单，可以在直视下直接进行鼻腔和泪囊的吻合术。该方法的优越性在于，手术的成功率通常在 95% 以上。这是因为鼻腔很大，粘膜吻合后被撑开，很难出现肉芽组织增生，阻塞吻合口，但也会留下疤痕，影响美观。DCR 是在鼻内镜下通过鼻内镜逆行造骨窗，将其移出鼻腔，使其与鼻腔相连，于 1989 年 McDonogh 首次将其用于临床，之后又有许多改进的手术方式[2-3]。其优点是可以消除脸部疤痕，但由于手术时形成的骨孔很小，手术时不能与鼻腔粘膜直接吻合，容易出现肉芽组织增生，阻塞吻合口，手术成功率比外路 DCR 低。此外，二者的共同缺陷是：外科手术创伤大，容易出血，对鼻腔结构造成损害。第二种方法是：清除鼻泪管堵塞，使泪道畅通。这种方法不会损伤泪囊和鼻腔的组织，但成功率很低，主要是因为再通孔太窄，很可能会造成术后失败。因此，我们采用 KTP 激光再通泪道及直视内窥镜下泪道手术联合环状硅胶导管，目的在于支撑和隔离泪道创面，减少炎症粘连、减少瘢痕增生、保留泪道导管，使手术后 12 个月的有效率达到 91.4%，达到 94.0%，与外路 DCR 手术的成功率相近。

KTP 泪道激光光束直径小，能量密度高，能量密度高，在合适的能量条件下，蒸发速率高，穿透能力大，对泪道的热传导影响小，对周围组织的局部反应小，止血作用好，有助于疏通堵塞的泪道，使其自身形成管型，从而达到治疗的目的[5-6]；此外，由于手术后无瘢痕，并发症少，操作简单、经济，容易被手术者和病人所接受，但是由于是在非直视下进行，所以手术时容易出现假路；此外，目前临床上常用的泪道激光纤维直径都在 1 毫米以下，在不直接的情况下，很难在不直接的情况下造成较大的空洞，造成再通泪道的再次堵塞。泪道内窥镜技术是近几年发展起来的一种新技术，它最大的优点是可以直接观察和诊断泪道堵塞的位置和管腔情况，并能在工作通道中进行实时处理，避免了对正常组织的损害和假道形成，同时又能保持泪小管本身的虹吸力，减少了泪囊等器官的抽动，术后恢复迅速，从而可以准确诊断泪道病变，增加了手术的针对性，从

而提高了手术效果[7-9]。但由于内镜设备昂贵，操作技术要求较高，因而在基层医院难以推广应用，且内镜管腔直径较大，需将泪小点方才能将探针送入泪道，因而病人在手术中会感到疼痛，并有可能出现泪点破裂；此外，在手术中应用小型电钻时，出血的发生率更高。结论：泪道激光和内镜下泪道钻通联合置管治疗慢性泪囊炎安全、有效，但两者相比，后者更具成本，适合在基层医院推广应用。新生儿泪囊炎长期不处理会导致泪囊内积液内滞留、细菌滋生导致继发感染，一定程度上影响患儿眼部发育，威胁眼球安全，损伤面部皮肤，故应积极治疗^[3,4]。泪道探通联合置管术对于新生儿泪囊炎是比较有效的治疗手段，同时进行有必要的眼部进行眼部护理，减少感染并发症等。因此，探通加置管可提高新生儿泪囊炎治愈率。

5 小结

结论：泪道探通术和泪道导管配合使用可降低慢性泪囊炎的手术并发症。其主要原因是：泪道探通术和泪道插管结合使用能给泪囊和泪道提供充足的氧，有助于迅速排出炎症，改善疗效，减少并发症。综上所述泪道探通联合置管术治疗一岁以内的新生儿泪囊炎术，可明确提高手术治愈成功率。

参考文献：

- [1]陈祥雷.慢性泪囊炎的临床治疗进展[J].国际眼科杂志, 2018, 18(4): 656-659.
- [2]林再雄, 吴江, 李科, 等.泪道钻通术联合泪道置管术治疗慢性泪囊炎的疗效分析[J].眼科, 2017, 26(6): 335-377.
- [3]王光进, 冯小梅.逆行性人工鼻泪管植入术治疗 193 例慢性泪囊炎的疗效观察[J].实用医院临床杂志, 2019, 16(1): 174-176.
- [4]宋艳, 王纲.泪囊鼻腔吻合联合泪道置管术治疗慢性泪囊炎的临床观察[J].湖北科技学院学报(医学版), 2018, 32(2): 159-160.
- [5]韩婧楠, 刘宁宁.泪道冲洗联合泪道探通术治疗新生儿泪囊炎 50 例体会[J].中国实用眼科杂志, 2017, 35(5): 508-509.
- [6]王正, 俞正尧, 周进.鼻内镜鼻腔泪囊造口联合泪道置管治疗慢性泪囊炎 92 例临床分析[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2018, 26(4): 300-301.
- [7]蔡卫国, 王秀春, 陈伟芳, 等.鼻内镜引导下逆行泪道置管治疗慢性泪囊炎的临床观察[J].中国实用眼科杂志, 2016, 34(9): 965-967.
- [8]侯正玉, 李文超, 赵军民, 等.鼻内镜下泪囊鼻腔吻合联合置管术对小泪囊的慢性泪囊炎疗效分析[J].临床眼科杂志, 2019, 27(4): 356-358.
- [9]吴倩、于刚、全晓杰、等.先天性泪道阻塞 2248 例回顾分析[J].中国斜视与小儿眼科杂志, 2008, 16(2): 80-81
- [10]惠延年. 眼科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 64-69
- [11]Dhaliwal U, AroraVK, snghN, Bhatia A. Clinical and cytopathologic correlation in ehronic inflammations of the orbit and ocular adnexa: a review of 55 cases[J]. Orbit. 2004, 23: 219-225
- [12]Bernal — Sprekelsen M, Alobid I, Guilemany J M, TomdsBarberdn M. Diagnosis and treatment of chronic epiphora and recurrent dacryocystitis[J]. Laryngorhinootologie, 2008, 86: 597-606