

痛、免疫调节及加快创面的修复的功效,因此收到较好的临床疗效。

[参考文献]

- [1] 赵堪兴, 杨培增. 眼科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 115.
- [2] 庄传洲. 真菌性角膜炎的临床治疗[J]. 医学理论与实践, 2012, 25(6): 676-678.
- [3] 中华医学会. 临床诊疗指南: 眼科学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 57-58.
- [4] 孙旭光, 王智群, 罗时运, 等. 眼部真菌感染的病原学分析[J]. 中华眼科杂志, 2002, 38: 405-407.
- [5] 彭清华. 中西医结合眼科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 268.
- [6] 常淑枫, 萧照岑, 陈爽白, 等. 三仁汤对温病湿热证大鼠血浆内毒素廓清作用机制研究[J]. 四川中医, 2003, 21(11): 21-23.
- [7] 文小敏, 廖荣鑫, 谭永振. 三仁汤对脾胃湿热证大鼠模型外周血T淋巴细胞亚群的影响[J]. 南方医科大学学报, 2008, 28(7): 1201-1202.
- [8] 文小敏, 谭永振. 三仁汤对脾胃湿热证、湿偏重证大鼠尿液中AQP2的影响[J]. 湖南中医杂志, 2008, 24(2): 91.
- [9] 张自立. 三仁汤对大肠湿热证模型大鼠血中IL-1、血流变学影响的研究[J]. 贵阳中医学院学报, 2009, 31(2): 86-88.

(编辑: 冯天保)

鼻内窥镜下鼻腔泪囊吻合术联合中药 治疗慢性泪囊炎疗效观察

罗伟, 罗维骁

衡阳爱尔眼科医院, 湖南 衡阳 421001

[摘要] 目的: 观察鼻内窥镜下鼻腔泪囊吻合术联合中药治疗慢性泪囊炎的临床疗效。方法: 将763例(814眼)患者随机分为对照组371例(395眼)和治疗组392例(419眼), 对照组采用鼻内窥镜下鼻腔泪囊吻合术治疗, 治疗组在对照组治疗的基础上联合四物汤加减方治疗。结果: 治疗组造瘘口黏膜上皮化时间明显短于对照组, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。治疗后总有效率治疗组为91.65%, 对照组为90.38%, 2组比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$)。治疗后1月、3月、6月2组造瘘口面积变化、复发率比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$)。结论: 鼻内窥镜下鼻腔泪囊吻合术联合四物汤加减方治疗慢性泪囊炎能缩短造瘘口黏膜上皮化时间, 临床疗效肯定。

[关键词] 慢性泪囊炎; 鼻腔泪囊吻合术; 四物汤加减方; 鼻内窥镜

[中图分类号] R777.2*3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2013) 12-0114-03

慢性泪囊炎(chronic dacryocystitis)是泪囊病变中最常见的类型。多继发于鼻泪管狭窄或阻塞后, 因泪液滞留于泪囊内、伴发细菌感染引起, 多为单侧发病。常见致病菌为肺炎链球菌和白色念珠菌, 本病多

见于老年女性^[1]。笔者应用鼻内窥镜下鼻腔泪囊吻合术联合中药治疗本病取得一定疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例共763例(814眼)患者均来

[收稿日期] 2013-07-17

[作者简介] 罗伟(1979-), 男, 主治医师, 主要从事泪道疾病及白内障的研究。

自本院2011年6月~2012年10月住院部经确诊为慢性泪囊炎的患者。将其随机分为2组。对照组371例(395眼),男97眼,女298眼;年龄25~73岁,平均(47.27±8.43)岁;双眼发病者24例,单眼发病者347例;病程6~60月,平均(14.02±7.42)月;其中传统经皮鼻腔泪囊吻合术后复发者57例。治疗组392例(419眼),男105眼,女314眼;年龄28~75岁,平均(49.67±7.58)岁;双眼发病者27例,单眼发病者365例;病程5~65月,平均(14.83±7.67)月;其中传统经皮鼻腔泪囊吻合术后复发者52例。2组患者性别、年龄、病程等临床资料经统计学处理,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《临床诊断指南:眼科学分册》^[2]中的诊断标准制定。①泪溢,并有黏液或脓性分泌物自泪小点溢出。②挤压泪囊区有分泌物溢出,该区可有局部肿胀、轻度压痛或无明显压痛;泪小管阻塞者有时可扪及囊性肿物,即黏液性囊肿。③冲洗泪道不通畅,并有黏液或脓性分泌物反流。④可见结膜充血,下睑皮肤出现湿疹。

1.3 纳入标准 ①符合慢性泪囊炎的诊断标准;②无全身严重疾病,有手术指征且适合手术者;③同意接受治疗。

1.4 排除标准 ①不符合上述诊断标准和纳入标准;②检查见泪点及泪小管结构异常;③有占位性病变者;④不愿意接受手术和临床观察者。

2 治疗方法

2.1 对照组 手术治疗:患者取仰卧位,常规鼻面部消毒,铺无菌孔巾,头抬高30°。10g/L丁卡因25mL加入1:1000肾上腺素3mL浸湿棉片作鼻腔黏膜收缩麻醉,20g/L利多卡因5mL行滑车下神经、眶下神经麻醉。应用鼻内窥镜,充分暴露鼻丘部。以钩突为后界,以中鼻甲前部附着处为上界,用电刀做15mm×10mm圆形黏膜切除,暴露出上颌骨额突及泪骨前部,露出两者接合骨缝。用鼻科专用电钻磨除上颌骨额突及部分泪骨,形成上下径15mm、前后径10mm的骨窗,充分暴露泪囊内壁。经泪小点、泪小管导入探针进入泪囊,鼻内镜下可清楚地看到探针将泪囊侧壁顶起,可以此为中心,用镰状刀在泪囊内侧壁做一倒“U”形切口,切口应足够大,防止术后吻合口闭锁、狭窄。向下翻转将其粘于骨孔下缘,清理骨窗周围骨屑和黏膜,然后用钛夹将鼻腔黏膜和

泪囊黏膜夹持起来用庆大霉素、地塞米松冲洗泪道,确认吻合口通畅,用凡士林纱条填塞。

术后处理:术后应用抗生素7天,静脉应用地塞米松3天。后改为口服强的松,连用10天后停药。术后2天抽出鼻腔填塞物,用庆大霉素地塞米松生理盐水冲洗泪道,每天1次;用妥布霉素地塞米松滴眼液滴眼。出院后每周冲洗泪道2次,每周行鼻内镜检查,及时清理吻合口处的血痂、囊泡及增生的肉芽。此后每2周做1次鼻内镜检查,直至吻合口完全上皮化。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上予中药四物汤加减方治疗。处方:赤芍、川芎、当归、防风各10g,生地黄、金银花、蒲公英各15g,黄芪5g,三七粉(冲服)3g。每天1剂,加水煎至300mL,每次150mL,早晚分服。口服治疗2周。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 所有患者均术后随访6~12月。①观察患者有无溢泪,泪道冲洗是否通畅;②观察造瘘口上皮恢复情况,测量造瘘口面积;③记录造瘘口上皮化时间。

3.2 统计学方法 所有观察数据均采用SPSS16.0统计软件包进行统计学处理,计数资料用 χ^2 检验,计量资料用成组 t 检验,等级资料用两独立样本比较的Ridit分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《鼻内窥镜外科学》^[3]中判定标准。治愈:中鼻甲前端鼻腔外侧壁鼻腔造孔形成,上皮化,流泪、流脓症状消失,冲洗泪道通畅;有效:中鼻甲前端鼻腔外侧壁泪囊造孔形成,上皮化,症状减轻,冲洗泪道通畅或加压后通畅;无效:症状无缓解,冲洗泪道不通或加压后仍不通,造瘘孔闭锁。

4.2 2组造瘘口黏膜上皮化时间比较 造瘘口黏膜上皮化时间治疗组为(4.7±2.5)周,对照组为(6.3±2.7)周,2组比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。

4.3 2组术后造瘘口面积比较 见表1。2组治疗后1月、3月、6月造瘘口面积变化相当,2组比较,差异均无显著性意义($P>0.05$)。

表1 2组术后造瘘口面积比较($\bar{x}\pm s$) mm²

组别	眼数	治疗后1月	治疗后3月	治疗后6月
对照组	395	84.72±27.34	73.34±18.76	72.23±16.38
治疗组	419	84.37±27.78	73.89±19.02	72.88±17.23

4.4 2组临床疗效比较 见表2。总有效率治疗组为91.65%，对照组为90.38%，2组比较，差异无显著性意义($P > 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较 眼

组别	眼数	治愈	有效	无效	总有效率(%)
对照组	395	245	112	38	90.38
治疗组	419	257	127	35	91.65

4.5 2组术后复发率比较 见表3。治疗后1月、3月、6月复发率治疗组分别为1.30%、3.39%、7.55%，对照组分别为0.84%、3.08%、7.55%，2组比较，差异均无显著性意义($P > 0.05$)。

表3 2组术后复发率比较 眼(%)

组别	眼数	治疗后1月	治疗后2月	治疗后6月
对照组	357	3(0.84)	11(3.08)	28(7.84)
治疗组	384	5(1.30)	14(3.39)	29(7.55)

5 讨论

慢性泪囊炎的传统手术是经眼内眦面部皮肤切口行泪囊鼻腔吻合，虽然手术成功率高，但是手术创伤大，容易出血，面部留有瘢痕，不符合微创、美容的要求。近年来，随着鼻内镜外科和鼻眼相关外科的发展，开创了慢性泪囊炎手术的新途径。经鼻内镜完成鼻黏膜与泪囊黏膜吻合术避免了传统手术方式的不足，手术时间短，损伤小、面部无瘢痕，患者易于接受^[4-5]。但是，鼻内镜术由于术中手术器具的损伤以及术后止血海绵的压迫，使黏膜表面糜烂局部血液回流受阻，可使术后的鼻腔黏膜充血肿胀，并有伪膜形成，窦口、鼻道等处有血性和黏液样分泌物、血块、血痂积聚，这些物质都影响造瘘口黏膜的恢复^[6]。

笔者认为，手术过程中损伤了眼鼻部的血脉经络，影响局部气血的运行，因此术后有鼻黏膜充血、出血等症；外邪沿伤口侵袭而入，故可见鼻腔有黏液样分泌物及创面愈合慢等。治疗加用四物汤加减方，其中四物汤具有养血活血的功效，方中熟地黄改为生地黄，白芍改为赤芍能加强清热凉血的功效；防风祛风逐邪；金银花、蒲公英祛风清热，能够消散郁热之邪；加少量黄芪以扶助正气驱邪外出；三七粉活血化瘀，止血而不留瘀。现代中药药理研究表明，四物汤

具有免疫调节、抗自由基及抗炎等作用^[7]。金银花具有抑菌、抗病毒、解热、抗炎、止血及抗氧化等作用^[8]。蒲公英具有广谱抑菌作用，还具有抗炎及免疫调节等作用^[9]。黄芪具有提高机体免疫力、抗菌及抑制病毒等作用^[10]。三七具有抗凝血、抗炎及免疫调节作用^[11]。

临床观察表明，在行鼻内窥镜下鼻腔泪囊吻合术后予四物汤加减方口服，虽然其造瘘口面积变化、临床疗效、复发率与对照组相当，但创面修复时间明显短于对照组。笔者认为，四物汤加减方能促进手术创面的血液循环，减少出血及渗出，抑制创面的炎症反应，从而加快创面的修复。可以认为，鼻内窥镜下鼻腔泪囊吻合术联合四物汤加减方治疗本病疗效肯定，值得临床推广。

【参考文献】

- [1] 赵堪兴, 杨培增. 眼科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 72.
- [2] 中华医学会. 临床诊断指南: 眼科学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 33.
- [3] 韩德民. 鼻内窥镜外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 154.
- [4] 吕红彬, 张勤修, 罗清礼. 经鼻内镜下鼻腔泪囊吻合术与传统泪囊鼻腔吻合术的比较[J]. 中国内镜杂志, 2006, 12(3): 225-227.
- [5] Sharma BR. Non endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy versus external dacryocystorhinostomy [J]. Kathmandu Univ Med J, 2008, 24(6): 437-442.
- [6] 周兵, 唐忻, 黄谦, 等. 鼻内镜下泪囊鼻腔造孔术及影响预后的因素分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志, 1995, 4(2): 204-207.
- [7] 张荣桃. 四物汤的现代研究进展[J]. 北京中医药, 2012, 31(1): 173-175.
- [8] 李建军, 李军芳, 贾国伦. 金银花研究进展概述[J]. 生物学教学, 2012, 6(3): 2-4.
- [9] 于立恒. 蒲公英药理作用研究进展[J]. 实用中医药杂志, 2012, 28(7): 617-620.
- [10] 李喆, 王青, 李杰, 等. 中药黄芪有效成分的研究进展[J]. 医学信息, 2012, 25(3): 625, 626.
- [11] 郭元日. 三七有效成分的药理学研究进展[J]. 中国药业, 2012, 21(4): 86-87.

(编辑: 冯天保)