

· 讲座 ·

泪道阻塞球囊成形术的临床应用

邹建伟 倪才方

溢泪症患者在西方国家占眼科门诊患者的 3% ,在国内可能更多,为常见病。溢泪症的病因可能为过度流泪、肿瘤进展或先天性畸形。但最常见病因为泪道流通路的不完全或完全阻塞。阻塞的最常见原因为泪器特发性炎症引起的组织纤维化。外科治疗阻塞性溢泪症最常用方法为泪囊鼻黏膜缝合术。该术虽有 89% ~ 95% 的成功率,但需要全麻,留有瘢痕,并引起解剖上的改变。球囊成形术是治疗阻塞性溢泪症的新方法,具有微创性、安全性、可重复性和较高成功率的特点。

一、泪道阻塞的临床特点

泪道阻塞所致的溢泪症在临床上常见。Munk 提出的分级方法为:0 级——无流泪,1 级——偶有流泪,每天擦泪少于 2 次,2 级——每天擦泪 3~4 次,3 级——每天擦泪 5~10 次,4 级——每天擦泪大于 10 次,5 级——持续溢泪。阻塞的好发部位为从泪点到泪小管与泪囊交界处这一段的导管以及鼻泪管的下端。泪道阻塞狭窄分为局限性和广泛性狭窄两种。狭窄程度分级标准采用类似于 NASCET 冠状动脉狭窄程度的判定标准,以鼻泪管中部正常扩张部分作为基准。I 级:管腔横断面积缩小不足 25%,II 级:管腔横断面积缩小 26% ~ 50%,III 级:管腔横断面积缩小 51% ~ 75%,IV 级:管腔横断面积缩小 > 75%。

二、球囊成形术的适应证与禁忌证

泪道阻塞狭窄程度 > 70% 或完全阻塞的有症状患者为该术的适应证。急性泪囊炎、泪石症(较大泪石)、外伤后损伤、由恶性肿瘤、肉样瘤病和 Wegener 肉芽肿引起的泪道阻塞、泪小管的阻塞及泪囊高位狭窄、神经性溢泪均为该术禁忌证。

三、介入治疗器材

(一) 通管 扩张泪小点用。

(二) 血管鞘 进入泪小管用。一般为 20G 鞘的远端最好有一定弯度。

(三) 珠头导丝 0.025 英寸及 0.018 英寸导丝两根,长均为 100 cm,两端均有珠头。

(四) 钩子 金属干头端弯曲,适与 0.018 英寸导丝大小套合,钩住导丝的珠头后可拉住导丝头将导丝拉出。

(五) 钳 用于剪去珠头导丝的珠头。

(六) 球囊导管 3.4F 软球囊导管,球囊直径 3 mm,球囊长度 2 cm,远端缩进 1~2 mm,再备直径 4 mm 球囊导管 1 支。

四、技术方法

(一) 术前准备 血常规及血凝常规检查,泪道造影术前必要时加行 CT 检查。

(二) 麻醉方法 2~3 滴 0.5% 地卡因滴眼,用 2~3 条棉片,内含 10% 盐酸可卡因与 1:100 000 肾上腺素填塞下鼻道,约 3~5 min,再用 2% 利多卡因作滑车下神经阻滞。

(三) 术前术后处理 术前 24 h 起口服抗生素至术后 7 d,并用抗生素与激素滴眼 1 周。操作前用硼酸液消毒面部。

(四) 操作方法 先用通管行泪乳头扩张,再置带有 0.025 英寸珠头导丝之 20 G 血管鞘通过上泪点垂直穿入 2 mm,然后,在同一层面转 90°水平方向,导丝向鼻侧插入,至触及骨壁,稍稍退出,使珠头在黏膜腔内,再向足侧,以与背侧成 15°~20°角。在侧位透视下从泪囊插向鼻泪管,达鼻腔下底部,跟进血管鞘入鼻泪管,退出 0.025 英寸导丝,换用 0.018 英寸导丝进入鼻腔下底部,用钩子经鼻孔将珠头钩住并顺向拉出。用剪钳将珠头剪除,球囊导管顺导丝经鼻腔逆行插入,球囊导管到位后进行扩张,加压至 8 个大气压,扩张时间 5 min。扩后从下方退出,留置血管鞘予以泪道造影,扩张满意后方可退出。不满意可再行扩张。

五、技术要点

(一) 导丝 0.025 英寸导丝的应用是由于其有良好的记忆性、推进能力及可视性。

(二) 球囊扩张的压力与时间 球囊扩张的压力均采用 8 个大气压,但在扩张的时间上有一定的差别。Berkefeld 采用 1~2 min, Janssen 采用扩张 2 次,时间 30 s;Pevry 采用 90 s,扩张 2 次;Yazici 采用 1 min 内扩张 3~4 次;Lee 等采用扩张时间 5 min。

但有学者报道扩张 1 min 与 5 min 在疗效上并无明显的统计学差别。

六、球囊成形术的并发症

在扩张时有轻到中度疼痛,偶有剧烈疼痛,1~30 h 内有染血涕,少数病例有 1~2 d 轻度头痛。术中假道形成及术后急性、亚急性泪囊炎发生均见有报道。

七、疗效判定标准

(一)泪道造影术 泪道狭窄程度<30% 视为有效。

(二)临床评价 分为 4 类:A 症状完全消失;B 溢泪症分级 1~2 级,每天擦泪少于 5 次;C 症状无改变;D 症状加重。其中 A、B 两类被视为球囊成形术成功率的判定标准。

八、球囊成形术的疗效评价

Lee 等于 1994 年报道了 81 个泪系,最长随访时间 30 个月,总成功率为 23%。1995 年 Zlligit 等一组 80 个泪系,最长随访时间 18 个月,总成功率为 64%。1997 年 Janssen 一组 100 个泪系,随访时间 5~48 个月,总成功率为 70%。Janssen 认为球囊成形术的成功率与不同患者的选择及不同的球囊扩张技术有关。在那些存在局限性狭窄、部分连接部狭窄或泪管阻塞、鼻泪管远端短距离阻塞的患者,球囊成形术有最好的疗效,临床长期成功率预计将达到 80%,而这时将替代外科手术治疗。虽然 Song 等报道泪道阻塞支架置入术有 95% 的成功率,但仍存在引起慢性感染及组织纤维化的缺点。故泪道阻塞球囊成形术在临床应用方面有重要的价值。

(收稿日期 2003-03-22)

· 病例报告 ·

自体移植肾肾母细胞瘤一例

胡鸿 陈勇 赵剑波 陈常勇

患者男,48 岁。左肾自体肾移植于左髂窝处(简称移植肾)23 年。因左移植肾区胀痛 2 个月,行左肾孟造瘘术后,造瘘管流出血性液体 20 d,于 2003 年 2 月 13 日入院。体检:左下腹(移植肾区)可扪及一约 10 cm×8 cm 大小圆形肿块,质中等,边界尚清,有触压痛。实验室检查红细胞 3.87×10¹²/L,血红蛋白 117 g/L, BUN 8.2 mmol/L,尿常规潜血+++。Cr、ALT、AST、γ-GT、尿脱落细胞均未见异常。B 超示:左髂窝移植肾实性占位性病变并腹膜后淋巴结肿大。CT 扫描考虑:移植肾肾癌并周围及腹膜后淋巴结肿大。

2 月 25 日行腹主动脉下段造影显示:移植肾外上方见有圆形浓染区,由左腰 4 动脉供血,用微导管超选后注入直径 1 mm 明胶海绵颗粒 20 余粒进行栓塞。然后超选移植肾动脉处,造影可见移植肾动脉与左侧髂内动脉行端端吻合,移植肾形态不规则增大,瘤区血管纤细,排列整齐,并伴有纤细弯曲、呈波浪状的新生血管伸入肿瘤内(图 1)。用鱼肝油酸钠 2 ml 注入,再用直径 1 mm 明胶海绵颗粒 30 余粒进行栓塞,最后于移植肾动脉主干放置弹簧圈 2 枚,造影复查,血供基本堵塞。

术后移植肾造瘘管引出血性液体基本停止。左下腹触诊左肾体积明显变小,自觉疼痛及压痛明显减轻。3 月 4 日

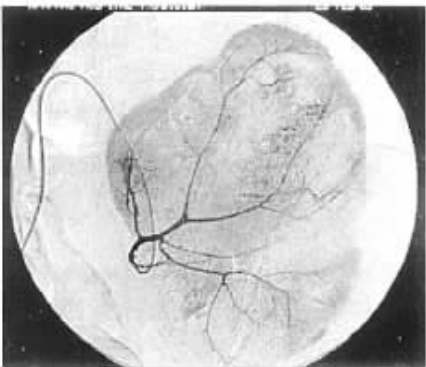



图 1 移植肾形态不规则增大,瘤区血管纤细,排列整齐,并伴有纤细弯曲、呈波浪状的新生血管伸入肿瘤内。

手术将移植肾完整切除。病理检查:切面可见一直径约 7 cm 囊实性相兼的灰白灰褐色肿物。光镜所见:瘤细胞弥漫分布,可见大片坏死组织,瘤细胞体积小,胞质少,核呈三角形或卵圆形,有异型,无明显腺体及肾小球样结构。诊断为:(左侧自体移植肾)肾母细胞瘤。

(收稿日期 2003-05-27)

泪道阻塞球囊成形术的临床应用

作者: 邹建伟, 倪才方
作者单位: 215006, 苏州大学附属第一人民医院介入科
刊名: 介入放射学杂志 
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY
年, 卷(期): 2003, 12 (5)
被引用次数: 0次

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200305028.aspx

授权使用: 西安交通大学(xajtdx), 授权号: 86152c59-9c43-4399-b4b4-9e4000d7e068

下载时间: 2010年12月2日