

硬膜外导管支撑下泪小管断端吻合手术 38 例

黎波

作者单位: (543000) 中国广西壮族自治区梧州市人民医院眼科
作者简介: 黎波, 男, 硕士, 主治医师, 讲师, 研究方向: 眼外伤、眼表疾病、青光眼。

通讯作者: 黎波. LB0774@QQ.com

收稿日期: 2011-12-29 修回日期: 2012-03-21

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2012.05.64

黎波. 硬膜外导管支撑下泪小管断端吻合手术 38 例. 国际眼科杂志 2012;12(5):995-996

Clinical analysis of canaliculoplasty supported by epidural tube in 38 cases

Bo Li

Department of Ophthalmology, Wuzhou People's Hospital, Wuzhou 543000, Guangxi Zhuang Autonomous Region, China

Correspondence to: Bo Li. Department of Ophthalmology, Wuzhou People's Hospital, Wuzhou 543000, Guangxi Zhuang Autonomous Region, China. LB0774@QQ.com

Received: 2011-12-29 Accepted: 2012-03-21

Abstract

• AIM: To summarize the experience of canaliculoplasty supported by epidural tube.

• METHODS: Thirty-eight cases (38 eyes) of laceration of lacrimal canaliculus were treated by canaliculoplasty. The hurt nasal side on the lacrimal canaliculus was found under operation microscope. The epidural tube was implanted in lacrimal passage as a temporary internal stand, and kept for 3 months.

• RESULTS: The operation was successful in 34 cases and failed in 4 cases because the nasal dacryocanicular remainder was not found.

• CONCLUSION: The key of the operation is to find the dacryocanicular remainder. This method is simple with high success rate.

• KEYWORDS: canaliculoplasty; epidural tube

Li B. Clinical analysis of canaliculoplasty supported by epidural tube in 38 cases. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(5):995-996

摘要

目的: 探讨以硬膜外导管为断端支撑物行下泪小管吻合术的疗效。

方法: 在表面麻醉和局部麻醉下对 38 例 38 眼下泪小管断裂患者行显微镜下寻找鼻侧断端, 置入硬膜外导管后作下泪小管断端吻合术并留管 3mo。

结果: 在 38 例患者中成功 34 例, 其余 4 例因术中未找到泪小管鼻侧断端而失败。

结论: 以硬膜外导管作为断端支撑物行下泪小管吻合术, 关键是寻找断端, 该方法简便, 手术成功率高。

关键词: 泪小管吻合术; 硬膜外导管

0 引言

下泪小管断裂是常见的眼附属器外伤, 若不及时吻合修复可致患者排泪功能丧失而终生溢泪。我们对下泪小管断裂伤患者 38 例施以硬膜外导管作为断端支撑物行泪小管断端吻合术, 取得满意效果, 现将手术方法和治疗体会报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选取下泪小管断裂患者 38 例 38 眼, 年龄 6 ~ 56 (平均 31) 岁, 男 32 例, 女 6 例; 均为单眼, 右眼 30 例, 左眼 8 例。致伤原因分别为拳击伤、撞伤、跌伤 24 例, 车祸伤 8 例, 切割伤 6 例, 其中合并眼球破裂伤 2 例, 球结膜裂伤 7 例。断端距泪小点 5mm 以内者 15 例, 6 ~ 7mm 者 14 例, 8mm 以上者 9 例。受伤时间 2 ~ 24h, 急诊 I 期手术 35 例, II 期手术吻合 3 例。

1.2 方法 按眼科常规消毒、铺巾, 全部病例均在显微镜下进行。(1) 麻醉: 小儿全身麻醉, 成人采用筛前及眶下神经阻滞麻醉^[1]。表麻的酮滴眼液滴伤眼结膜囊 3 次, 10g/L 丁卡因加麻黄碱棉片填塞下鼻道, 以浓度 20g/L 利多卡因注射液及 7.5g/L 布比卡因注射液等量混合后 (加 1g/L 肾上腺素少许), 分别取 1mL 和 2mL 行滑车神经和眶下神经阻滞麻醉。(2) 寻找鼻侧断端: 先仔细清洁伤口, 应用肾上腺素棉片填压创面充分止血, 在断面缝合 2 ~ 3 针作扩创牵引线。显微镜下寻找泪小管断端, 根据颞侧断端泪小管的位置, 仔细从睑缘面逐层往深部寻找辨认鼻侧泪小管断口, 断端距泪点 5mm 以内者, 在距睑缘面 2mm 范围内重点寻找; 6 ~ 7mm 者, 则在距睑缘 3mm 深度内的范围先寻找; 超过 8mm 者, 须在近内眦韧带附近找寻, 这种类型几乎是泪总管段断裂, 很难直视寻到泪小管断口, 则采用弯针寻找, 先从上泪小管注入少量美蓝, 轻压泪囊则常可见到断端处美蓝溢出, 然后以弯针自上泪小点进入泪囊, 作 180° 外转入泪总管、下泪小管断端, 然后出针穿丝线并退针, 以留置线作标识断口位置。此外还可使用透明质酸钠向泪小管注入, 可在创面见到其溢出处即是泪小管断端^[2]。(3) 置管及缝合: 找到鼻侧断端后, 可用 5 号泪道冲洗针头插入可疑断端, 向泪囊方向注生理盐水, 患者感觉到鼻腔或咽部有水流出而再次确认针头注入部位为泪小管鼻侧断端。将带有钢丝芯的硬膜外导管的圆头自下泪小点穿入, 经下泪小管颞侧断端穿出, 助手以两把无齿显微镊固定鼻侧断端, 术者将带钢丝芯的硬膜外导管圆头插入鼻侧断端, 经泪囊鼻泪管, 至鼻腔时有落空感, 拔出导管内钢丝, 行冲洗导管时鼻腔有生理盐水流, 置管成功。对于创口已缝合或愈合不牢固者, 先拆除缝线, 仔细分开或剪开原有皮肤切口, 再按新鲜伤口处理及置管。用

9-0号丝线沿硬膜外导管周围间断吻合泪小管断端3针,分层缝合肌肉和皮下组织,7-0无损缝线缝合皮肤。5-0丝线将硬膜外导管沿睑缘予以固定。对于合并结膜裂伤者,同时缝合结膜,并于结膜囊内涂抗生素眼膏,以防睑球粘连。合并眼球破裂者,先清创缝合破裂的眼球。术眼加压包扎。(4)术后处理:常规换药及抗炎药物治疗,7d拆除皮肤缝线,2wk内每2~3d冲管1次。导管留置3mo后再拔出并冲洗泪道。定期门诊随访。

2 结果

2.1 疗效标准 治愈:无泪溢,冲洗泪道畅通;好转:偶尔泪溢,冲洗泪道通而不畅;无效:泪溢明显,冲洗泪道不通。

2.2 疗效 本组38例随访冲洗泪道,通畅者29例;通而不畅者5例,其中1例为术后2wk脱管,经再次手术置管并成功;失败4例,术中未找到鼻侧断端。

3 讨论

下泪小管断裂吻合术成功的关键在于鼻侧断端的寻找、断端吻合及置管、防止支撑管脱出和其他并发症,对此作者有如下体会:(1)在泪小管吻合术中,寻找泪小管鼻侧断端是手术的难点和关键。寻找鼻侧断端困难的原因,首先由于泪小管断裂时,其周围的肌肉等组织也断裂并收缩,原来的结构层次发生改变,以及创面组织的反应性水肿,这些因素都不同程度地增加了寻找断端的难度;其次是术中对创面的过度钳夹及局部浸润麻醉及盲目的生理盐水冲洗,加重局部组织水肿或假道形成;再次是泪小管断端如果太靠近鼻侧,则鼻侧残端较少,暴露不清;还有如果术者对泪小管的解剖和其邻近组织的位置关系不熟悉,术中先入为主地往深处探查翻寻,使得本来就已经变化了的层次更加紊乱,水肿也会进一步加重;此外伤情的轻重及就诊时间长短也是重要的影响因素之一。在本组成功找到断端的34例病例中,术者利用肾上腺素棉片止血、减轻水肿,利用牵引缝线充分暴露创面,利用弯针寻找法,根据断端与泪小点的距离确定出重点寻找部位,最后均顺利地找到断端。而寻找断端失败的4例患者,分析寻找断端失败的主要原因是组织损伤过重,创面解剖结构不清,或因就诊过迟,又或因鼻侧残端很短及回缩等原因所致。此

外,个人体会到术中的耐心、细心和对解剖结构熟悉是十分重要的,经常会因为多坚持一会,而出现奇迹。(2)寻找到断端后,对泪小管断端的吻合更不能马虎行事,因为吻合口愈合的质量好坏,密切关系到术后泪小管导泪的功能。因此,应该最大限度地减少泪小管吻合口局部瘢痕的形成,尽量保证泪小管的畅通,而这也是本手术的最终目的。在本组病例吻合断端时,我们用9-0号丝线围绕导管周围间断缝合3针,利用三点定一平面及三角形稳定性的原理,分别在吻合口的上方、前方及后方各缝1针;尽可能吻合泪小管断端黏膜,如有困难也要将管组织对缝,如此能更利于断端的良好愈合,减少瘢痕^[3]。同时使用7-0号丝线或无创缝线分层缝合皮下组织、结膜、皮肤及睑缘,注意防止睑缘成角畸形及错位,尽量使眼睑恢复功能位置,能明显提高该手术的质量。(3)术中置管和术后脱管及拔管很重要。术者在本组病例中全部置入硬膜外导管作为支撑物,效果良好。硬膜外麻醉的导管大小和硬度适中,取材方便,而且头圆光滑,内有钢丝芯,既利于插入,也不易形成假道,管侧的侧孔使术后的冲洗方便,该设备简单,而且组织相容性也很好,对眼部无刺激,便于长期留置。但由于管子较滑,弹性较大,所以如果外固定不牢,非常容易滑出。本组有1例儿童患者手术很顺利,但术后2wk发生了脱管,最后须再次住院全身麻醉下重新按原路置入硬膜外导管,术程顺利,术后功能恢复尚理想,没有明显的并发症。因此,术毕时硬膜外导管必须牢固固定,以防导管自动滑出而导致二次手术,增加患者的痛苦和负担。至于拔管时机,我们认为在3mo时较佳,此时泪小管断端已经愈合,瘢痕挛缩已停止。拔管过早,易发生管腔狭窄;拔管过迟,管腔黏膜易发生炎症而粘连^[4]。

参考文献

- 1 何守志. 眼科显微手术. 北京:人民军医出版社 1994:400-401
- 2 李清. 泪小管断裂84例的临床处理体会. 国际眼科杂志 2005;5(3):581-582
- 3 马文平,王启江,林茂昌. 显微镜下直接断端寻找法吻合下泪小管断裂50例. 国际眼科杂志 2006;6(1):217-218
- 4 杨建,杨学龙,吴兵. 泪小管修复术. 眼外伤职业眼病杂志 2006;28(2):139-140