

改良泪小管吻合合法治疗泪小管断裂 196 例

陈晓敏, 周 艳

作者单位: (262400) 中国山东省昌乐县人民医院眼科

作者简介: 陈晓敏, 女, 副主任医师, 主任, 研究方向: 眼外伤、青光眼、白内障。

通讯作者: 陈晓敏. 6987793@163.com

收稿日期: 2012-03-26 修回日期: 2012-07-05

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2012.08.56

引用: 陈晓敏, 周艳. 改良泪小管吻合合法治疗泪小管断裂 196 例. 国际眼科杂志 2012; 12(8): 1595-1596

0 引言

我们于 2003-10/2011-11 采用改良泪小管吻合合法治疗泪小管断裂取得了良好的临床效果, 且有无显微手术设备均可使用, 适合基层医院推广, 现报道如下。

1 临床资料

泪小管断裂患者 196 例, 均为伤后 48h 内就诊。伤口未做特殊处理, 断端距泪小点 2~10mm。右眼 77 例, 左眼 119 例; 男 187 例, 女 9 例。年龄 5~72(平均 31.3) 岁。材料: (1) 置管取外径 0.9mm, 内径 0.4mm, 长 200mm 医用硅胶管, 盲端带侧孔, 距盲端 40mm 处带侧孔, 将无菌钝头的 5 号球后针头自 40mm 处侧孔插入盲端, 针头斜面与盲端侧孔对应, 以备置入后冲洗。另一端修成尾丝状长约 15mm, 便于自泪小管断端插入, 向泪点方向穿出。消毒备用。另将无菌皮试针头, 向斜面侧反折二分之一, 形成鱼钩状外观。(2) 无上述置管时, 可用一次性硬膜外麻醉导管替代^[1]。在距盲端 40mm 处做 0.4mm 侧孔, 尾端修成钝圆斜面, 斜面正中用圆针缝 3/0 黑丝线, 线两头引入已消毒带孔的泪道探针孔内, 操作时将带线泪道探针自泪小管断端插入向泪点穿出后丝线留在泪点外, 退出探针。将无菌钝头的 5 号球后针头自 40mm 处侧孔插入至盲端起支撑作用, 以便将软质导管顺利送入鼻腔。以上材料备好简称置管。手术方法: (1) 麻醉及伤口处理: 成人用 20g/L 利多卡因行眶下神经、筛前神经阻滞及局部浸润麻醉, 儿童行全身麻醉。(2) 断端的寻找: 结膜囊内滴 2 次爱尔凯因表面麻醉, 用含庆大霉素 8 万 U/100mL 生理盐水冲洗伤口及结膜囊, 1:1000 新洁尔灭液清洗伤口, 碘伏消毒创口周围皮肤, 铺无菌巾。自泪小点伸入冲洗针头, 确定断端距泪小点的距离, 以判断泪小管鼻侧断端的大体解剖位置, 找寻鼻侧断端。在伤口鼻侧做皮肤牵引缝线扩大视野。用浸有少许肾上腺素的盐水棉签蘸去伤口血迹。泪小点距断端距离 >6mm 者, 应以内眦韧带或其断端为参照^[2]在其下方用 2 把组织镊向颞侧轻提组织、地毯式搜

寻, 较易找到椭圆形喇叭口泪小管断端或乳白色圆点中央灰暗的泪小管断端痕迹。寻找困难时, 可借助手术显微镜, 泪小管痕迹在镜下为圆形内有分叶的瓣状结构, 试行冲洗后可确认。泪小点距断端距离 <6mm 者, 应根据泪小管断端的解剖位置, 以睑结膜面创缘为参照寻找。方法同上, 多易见到椭圆喇叭口形泪小管断端, 呈乳白或浅粉色。泪小管颞侧断端多易找到, 可从泪小点插入冲洗针头即可找到。(3) 吻合的技巧: 固定断端周围组织, 将备好的置管盲端插入颞侧泪小管断端, 触及骨壁后向鼻下方斜行, 慢慢经鼻泪管插入鼻腔。注生理盐水冲洗通畅后, 用止血钳固定置管、拔出支撑针头, 将置管再向泪囊内推进 10~15mm, 使置管侧孔恰位于泪囊内。自置管尾端用生理盐水 10mL、庆大霉素 8 万 U 混合液加压冲洗。将系有置管尾端缝线的带孔探针自泪小管颞侧断端插入向泪小点穿出, 引出牵引线后退出探针, 将置管尾端拉出泪小点后对合伤口。用带尾丝置管时, 直接将尾丝插入泪小管颞侧断端向泪小点穿出后, 用止血钳钳住尾丝拉出置管即可。两断端伤口对合后, 在置管周围用 3/0 丝线将断端周围组织间断缝合 2~3 针(注意不要缝到置管管壁), 皮下组织、皮肤、睑缘依次缝合。结膜面创口用 5/0 的丝线连续缝合。缝线将置管固定于上睑内侧缘皮肤或下睑平行睑缘处皮肤。有内眦韧带断裂的患者行内眦韧带缝合, 眦角撕裂者应将撕裂处缝于内眦韧带上, 以防止术后内眦角畸形。因上泪小点较小, 泪小管直径较细, 硅胶置管多无法插入, 我们采用硬膜外导管改制的置管实施手术。(4) 术后处理: 根据伤情全身适当应用抗生素, TAT 1500U 肌肉注射。术后每天换药, 生理盐水 10mL 加庆大霉素 2 万 U 冲洗置管, 1wk 拆除皮肤缝线, 2wk 拆除睑缘缝线。保留置管, 3mo 后拔除, 泪道冲洗。结果: 本组 196 例中有 21 例断端距泪小点 2mm, 其中 15 例在术后复查时发现泪小点结膜面轻度豁裂, 未予处理。拔管后仅见结膜面泪小点形态欠佳, 睑缘皮肤无畸形。断端距泪小点距离远者, 仅 1 例硬膜外导管置管出现豁裂, 考虑为术中断端周围组织缝合过松, 下睑复位不彻底所致。该方法治疗的部分患者在置管拔出时有泪小点轻度外翻现象, 1wk 后复诊均恢复正常, 未发现永久外翻畸形。随访 6mo~8a, 196 例中治愈(自觉无流泪, 泪道冲洗通畅) 182 例(92.8%)。好转(自觉轻微流泪或迎风流泪, 泪道冲洗通而不畅) 11 例(5.6%), 失败(自觉流泪, 冲洗不通) 3 例(1.5%)。

2 讨论

下睑鼻侧裂伤合并下泪小管断裂临床上比较常见, 由于下泪小管结构的特殊性, 3/4 的泪液由下泪点流入泪道^[3]。下泪小管断裂伤如不及时手术修复接通, 将造成永久性溢泪。因此尽早恢复下泪小管的连续性非常重要。我们改良泪小管吻合法, 仅做断端周围组织缝合, 对泪小管管壁刺激小, 术后管壁缩窄的几率少。由于置管直径与泪小管直径接近, 所以不会造成管壁在对合处重叠现象(恰似一根玻璃管两端套上管径与玻璃管相近且较厚的

皮套,其接触面只能是切面)。3mo 拔管,管壁周围组织修复,弹性基本恢复。除瘢痕体质者外,创口瘢痕趋于软化,不会对吻合口管壁造成机械约束力,从而保证了良好的手术效果。但必须注意:睑缘根部撕脱时,一定要将睑缘缝线固定于内眦韧带上,并保证做到皮肤及结膜伤口对合良好。这样做的好处有二点:(1)避免造成拆线后内眦睁开过宽畸形;(2)这针缝线对泪小管断端有扩张性牵引作用,对手术预后非常有利。本文3例失败病例,皆因内眦韧带及穹隆结膜缝线太松,组织肿胀消退后伤口缝隙太大造成愈合不良。拆管后泪道冲洗有液体自伤口喷出流出。喷出无虹吸作用,患者仍流泪。综合196例改良泪

小管吻合手术,方便、易行、有无显微手术设备均能使用,降低了手术难度,放宽了对手术医师技术的限制。手术成功率与显微镜下断端吻合术无显著差异。适于所有泪小管断裂患者,便于基层医院推广使用。

参考文献

- 1 李霞,樊培松,李琳,等. 外伤性泪小管断裂吻合术的体会. 眼外伤职业眼病杂志 2008;30(7):590-591
- 2 罗红,范寒桂,陈贵芹. 硅胶管支撑泪小管断裂吻合术. 眼外伤职业眼病杂志 2001;23(4):430-431
- 3 倪卓. 眼的解剖组织学及其临床应用. 上海:上海医科大学出版社 1993:47

《国际眼科杂志·IES》约稿启事

让中国眼科走向世界

让世界眼科关注中国

《国际眼科杂志》(International Eye Science·IES)是国际性中英文混合版眼科专业学术期刊。本刊面向各级眼科医师,欢迎各类有关眼科及相关学科的基础研究和临床研究方面的论文。

1、本刊主要栏目:英文论著、实验论著、临床论著、专题讲座、综述、调查研究、教学研究、临床研究、临床报告、论著简报、短篇报道、病例报告、中医及中西医结合、防盲治盲及继续教育等。

2、投稿要求如下:文稿应具有科学性、先进性、实用性,论点明确,资料可靠,文字简炼,数据准确。论著、综述一般5000字左右,临床研究3000字左右,短篇报道、病例报告1500字左右。

3、本刊为国际性刊物,英文论著栏目为本刊特色栏目,为便于国际交流,特别欢迎全英文研究论文。全英文论文请附中文摘要及中文对照稿,以便审稿时参考。

4、摘要:除短篇报道及病例报告外,所有论文均需附中英文摘要及关键词,中文摘要应简明扼要,英文摘要内容要相对详细。中英文摘要均按目的、方法、结果、结论四要素结构式书写。综述、专题报告类论文附短文式中英文摘要。

5、关键词主要从《MeSH,医学主题词注释字顺表》中选出。统计符号根据GB/T3358.1~3358.393书写:均数用 \bar{x} 表示(中位数M);标准差s,不用SD; t 检验, F 检验, χ^2 检验,相关系数 r ,自由度 γ (钮),样本数 n 及概率 P 等均用斜体。校对符号:一表示改为斜体,一小写,=大写,≈黑体,#空一字距。

6、参考文献采用顺序编码制著录,依照其在文中出现的先后顺序用阿拉伯数字加方括号标出。为全面国际化,参考文献必须充分、准确,并尽量引用近5年国内外核心期刊,不引用或少引用陈旧性文献。参考文献原文作者列出前三位,三位以后用“等/*et al*”表示。全英文论文引用中文期刊的参考文献必须用英文表达并需列出每条参考文献原文全部作者,中文刊名用汉语拼音全名。外文期刊刊名用缩写,以《Index Medicus》中的格式为准。每条参考文献请务必认真核对作者姓名、文题、杂志名称、年、卷(期)和起止页码,按引用先后顺序排于文末并在正文中适当位置标注。例如:

1 徐国兴,侯泽江,徐巍,等. 人骨髓间充质干细胞向光感受器样细胞诱导分化的研究. 国际眼科杂志 2011;(1):14-18

2 Xie LX. Advances in basic and clinical corneal research. *Zhonghua Ya Ke Za Zhi* 2010;46(10):883-887

3 Liang XL, Li J, Chen F, Ding XY, Yang XX. A comparing study of quantitative staining techniques for retinal neovascularization in a mouse model of oxygen-induced retinopathy. *Int J Ophthalmol* 2012;5(1):1-6

4 Bromberg-White JL, Boguslawski E, Hekman D, Kort E, Duesbery NS. Persistent inhibition of oxygen-induced retinal neovascularization by anthrax lethal toxin. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2011;52(12):8979-8992

5 王雨生. 脉络膜新生血管性疾病. 北京:人民卫生出版社 2007:408-411

7、作者登陆本刊网站(www.ies.net.cn)通过在线投稿系统投稿,并需按照要求填写作者相关信息等内容。本刊免收审稿费,并将在收到稿件后2mo左右通知作者是否采用,论文发表周期(报道时差)保持在6mo左右。全英文论文及省部级以上基金资助项目论文将优先快速发表,普通稿件需要加急审稿和优先发表者请在投稿界面备注栏注明,本刊将按特快通道尽快安排。

欢迎投稿,欢迎订阅,欢迎指导!

联系地址:(710054)中国西安友谊东路269号《国际眼科杂志》编辑部

电话:(029)82245172 82210956 传真:(029)82245172

Email: IJO.2000@163.com; IJO2000@126.com

网址:www.ies.net.cn(欢迎登陆本刊网站免费查阅全文)