

提高泪小管吻合手术成功率的临床研究

韦敏, 韩伟, 罗清文, 高铁英, 梁娜

作者单位: (056001) 中国河北省邯郸市眼科医院眼科

作者简介: 韦敏, 女, 硕士, 副主任医师, 眼科副主任, 研究方向: 眼整形、泪道病。

通讯作者: 韦敏. sundaywm1@yahoo.com.cn

收稿日期: 2012-05-09 修回日期: 2012-08-02

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2012.09.75

引用: 韦敏, 韩伟, 罗清文, 等. 提高泪小管吻合手术成功率的临床研究. 国际眼科杂志 2012;12(9):1813-1814

0 引言

泪小管断裂是内眦部眼睑断裂伤中常见的并发症, 需及时正确处理, 若未能修复, 将会导致终生溢泪、眼睑畸形等^[1]。术中如何止血、如何准确而迅速地找到泪小管鼻侧断端、术后如何促进伤口愈合、如何防止吻合口阻塞等均是临床医生需面临的问题, 而解决此类问题正是提高泪小管吻合手术成功率的关键所在。我院于 2009-01/2011-10 对 78 例外伤性下泪小管断裂患者成功实施泪小管断裂吻合术, 现报道如下。

1 临床资料

本组 78 例 78 眼均为单眼下睑内眦皮肤裂伤伴下泪小管断裂患者。其中男 51 例, 女 27 例, 年龄 2~80 岁。伤后就诊时间 1h~10d。方法: 常规消毒铺巾, 小儿全身麻醉, 其余 2% 利多卡因+1:200000 肾上腺素行滑车下神经阻滞麻醉, 伤口周围皮下浸润麻醉, 但以不引起局部组织过度水肿为佳^[2]。压迫患处数分钟, 使麻药充分浸润。用泪点扩张器扩张下泪小点, 以 6 号半钝针头做针芯引导硬膜外导管的光滑封闭端自下泪小点插入颞侧断端, 留置待用。在显微镜下寻找鼻侧断端: 找到泪阜, 以此为解剖标志, 于靠近泪阜处的内眦组织深面分层寻找, 均能迅速顺利找出下泪小管鼻侧断端, 其呈白色、四壁光滑的圆孔, 将上述留置待用导管插入此孔, 沿泪道走行方向插入泪道。自针头处注入生理盐水, 确认位置正确, 拔出针头, 留置硬膜外导管于泪道^[3]。6-0 可吸收线沿断端管壁外间断吻合泪道断端 2~3 针, 下睑伤口逐层对位缝合。胶布固定导管外端于眉弓皮肤上。术后加压包扎术眼 24h, 静脉点滴抗生素, 局部点抗生素眼药水, 患侧卧位, 保持伤口干燥, 7d 拆线。2mo 后拔除硬膜外导管。78 例 78 眼均顺利找到泪小管鼻侧断端, 术后伤口愈合良好, 拔管后随访 6mo~1a。治愈(冲洗泪道通畅、无溢泪)73 例(93.6%); 有效(冲洗泪道通畅、轻度溢泪)5 例(6.4%)。

2 讨论

泪小管吻合术中组织水肿、出血是临床医生首先面临的问题^[4]。解决此类问题的方法是: (1) 在 2% 利多卡因中加入 1:200000 肾上腺素(对高血压、心律失常患者少用

或慎用), 既可收缩血管减少术中出血, 又能减慢药物吸收速度, 延长药物作用时间; (2) 注射麻药要适当, 过多引起组织过度水肿, 影响泪小管鼻侧断端的寻找; (3) 麻药注射完毕后即刻压迫伤口处数分钟, 既可使麻药充分浸润, 又能减轻麻药注射后的组织水肿, 最重要的是可起到压迫止血的作用; (4) 滑车下神经司内眦部皮肤、结膜、泪阜、泪小管、泪囊的感觉, 本手术滑车下神经阻滞麻醉与局部浸润麻醉合并应用, 可获得满意的镇痛效果, 防止患者因疼痛加重出血^[5]。

准确迅速地找到泪小管鼻侧断端是手术成败的关键^[6]。下泪小管断裂因下睑组织断裂移位、解剖结构的紊乱为寻找泪道鼻侧断端造成困难。泪阜是寻找泪小管鼻侧断端的重要解剖标志。因为泪阜位于睑裂内眦部, 它的固有层由脂肪、结缔组织、少量平滑肌纤维组成, 其深处有丰富的结缔组织和眶膈及内侧节制韧带联系^[7]。泪阜解剖位置的隐蔽性, 使其在单纯下泪小管断裂伤中一般不会受损移位, 且解剖关系上其深层与泪小管相邻近, 故成为寻找泪道鼻侧断端的良好解剖标志。以此为标志, 缩小了寻找范围, 避免术中在伤口处反复翻找、延长手术时间、加重组织损伤及水肿、延缓伤口愈合、降低手术成功率。我们应用此法自开始寻找断端始, 均于 1~5min 内找到断端, 极大缩短了手术时间。本法对于下泪小管断端距离下泪小点 4~7mm 者尤为适宜。对于严重眶内壁骨折、泪阜移位患者, 还需联合应用其他方法^[8,9]。

术中术者的技术动作要点: 术者双手各拿一根挤压干水分的湿生理盐水棉签将伤口组织轻轻向两侧分开, 棉签既可吸收组织出血使术野清晰, 又不引起组织损伤, 还可起到分离暴露的作用, 避免了用镊子夹持组织加重组织损伤及出血的可能, 手术熟练者一人即可完成术野的暴露, 并在此过程中找到泪小管鼻侧断端。此外, 术中寻找泪小管鼻侧断端需用镊子时, 可利用镊子能张开的弹性帮助撑开并暴露组织, 而不是用镊子夹持组织, 即使必须用镊子夹持组织, 动作也一定要轻, 避免加重组织损伤。

术后伤口能否愈合也是本手术成败的关键: (1) 术中仔细缝合伤口: 手术中应逐层缝合组织, 泪小管断端吻合 2~3 针, 其周围软组织也应分层给予缝合, 内眦处及结膜面裂伤也应仔细缝合, 尽量使伤口缝合严密, 防止形成死腔、瘘道等, 影响伤口愈合^[10]。(2) 术后 24h 内加压包扎。包扎时, 先在内眦处压以酒精棉球, 再在其上覆以约一指宽两折后的眼用敷料并用胶布固定, 这样内眦泪囊窝与眼睑的高度一致, 可使压力均匀, 起到压迫止血、防止内眦水肿加重的作用。(3) 术后保持伤口干燥: 泪湖是积存泪液的地方, 术后由于泪道置管管道, 泪水仍积存于内眦泪湖处, 浸渍伤口, 使伤口生长缓慢甚至难以愈合。我院采用术后 24h 即去包扎, 早期放开点眼, 并嘱患者向患侧卧位, 通过重力作用使泪水向外眦引流, 以保持内眦伤口干燥, 促进伤口愈合。并嘱患者内眦湿润时随时用棉签轻轻吸去泪水。术后防止吻合口阻塞的关键是使泪道留置管尽量留置时间长。泪道留置管可支撑泪道, 防止吻合口在愈合过程中发生粘连, 并可对抗瘢痕收缩; 此外, 严格的无菌无创技术操作, 防止感染, 减少组织损伤, 也都是预防发生瘢痕挛缩或减轻挛缩程度所不可忽视的措施。

总之, 以上方法的综合运用可以提高泪小管吻合手术

的成功率,这是我们临床工作中的亲身体会和经验总结,有一定的临床实用价值。

参考文献

1 张卯年. 眼创伤学. 第1版. 北京:军事医学科学出版社 2007:168
 2 张前卫. 泪小管断裂环形置管术及疗效观察. 眼外伤职业眼病杂志 2010;32(5):388-389
 3 孙慧明. 显微镜下泪小管断裂吻合术 384 例. 山东大学耳鼻喉眼学报 2008;22(4):383-384
 4 Bleyen I, Paridaens AD. Bicanalicular silicone in tubation in acquired partial nasolacrimal duct obstruction. *Bull Soc Belge Ophthalmol* 2008;23(4):309-310
 5 范先群. 眼整形外科学. 第1版. 北京:北京科学技术出版社 2009:

83-84

6 刘继华, 黄田河. 硅胶管双路环形置入治疗泪小管断裂. 国际眼科杂志 2009;9(7):1416-1417
 7 范金鲁. 临床泪道微创手术学. 第1版. 武汉:湖北科学技术出版社 2009:10-11
 8 张勇, 乔光, 张昊. 直接断端寻找与猪尾针辅助法吻合下泪小管断裂的疗效比较. 中国医药指南 2010;8(11):58-59
 9 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
 10 郭葆青, 徐军英. 泪小管断裂吻合术 32 例临床分析. 中国实用眼科杂志 2006;24(6):584

· 病例报告 ·

青光眼术后高眼压致眼球破裂 1 例

刘云芳, 陈晓隆, 施丰雪

作者单位:(110004) 中国辽宁省沈阳市, 中国医科大学附属盛京医院

作者简介:刘云芳,在读硕士研究生,研究方向:眼外伤、眼底病。通讯作者:陈晓隆,主任医师,博士研究生导师,研究方向:眼外伤、复杂眼底病。23112390@qq.com

收稿日期:2012-06-29 修回日期:2012-08-08

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2012.09.76

引用:刘云芳,陈晓隆,施丰雪. 青光眼术后高眼压致眼球破裂 1 例. 国际眼科杂志 2012;12(9):1814

1 病例报告

患者,女,80岁,病程1d,于2012-04-07突然右眼胀痛,伴同侧头痛、恶心等不适,未有明显外伤,之后眼部突然流血后,眼痛加重,头痛症状较前减轻。2012-04-08患者眼部仍流血,视物不见,急诊送入我院治疗。既往6a前曾因双眼青光眼手术行双眼小梁切除术,术后眼压控制不好,因患者全身状态不好,未随诊。高血压病史10a余,帕金森病10a余,直肠癌手术2a。入院检查:BP 210/110mmHg;神志清,精神差,痛苦貌。右眼无光感,结膜囊内大量凝血;视力:R:无光感,右眼睑无明显肿胀,睑裂外见色素膜脱出,视网膜脱出,右眼球11:00位巩膜处见裂口,为青光眼手术巩膜瓣位置,角膜无明显水肿,眼内结构不清,眼压、验光检查等患者不能配合测量。入院诊断为:右眼球破裂伤、双眼抗青光眼术后、高血压病、帕金森病。急诊完善心电图、血常规、双眶CT(CT示右眼球破裂伤,晶状体脱出可能性大)等影像学检查。嘱患者半卧位,典必殊眼膏涂右眼,盐酸头孢甲肟2次/d静点抗炎,急诊行右眼球摘除术。术中检查右眼球11:00位巩膜处见裂口,贯穿全

层巩膜,为青光眼手术巩膜瓣位置,破裂处可见眼内容物组织及血凝块嵌顿,眼球缩小,球内充满暗红色血凝块,球壁仅巩膜组织一层。摘除的眼球组织送病理检查,为右眼球组织血肿形成,并坏死及化脓性并发症反应,未见有肿瘤性组织增生。术后右眼油纱条填充,眼膏涂眼,绷带包扎,全身抗炎对症治疗。

2 讨论

青光眼是一组危害和损害视神经及其通路而损害视觉功能,主要与病理性眼压升高有关的临床综合征或眼病^[1]。目前临床上对青光眼的治疗仍以手术降低眼压为主,若眼压控制不佳会带来生理、生化等超微结构的改变。眼球破裂一般发生在角巩膜缘,是由于角巩膜缘在解剖上的特点决定的。角巩膜缘移行处的角巩膜实质层纤维束呈同心性环状排列,角巩膜缘深处分布巩膜静脉窦,角巩膜缘移行处的巩膜实质层纤维束失去了交错排列结构,睫状前动脉在角巩膜缘附近发出小分支形成环状角巩膜血管网等解剖特点,致使角巩膜缘成为眼球壁的一个薄弱环节。尤其是上方角巩膜缘范围较宽,纤维相对疏松,又成为角巩膜缘中最薄弱之处。以上因素可能成为自发性眼球破裂的原因,并且破裂口发生在上方角巩膜缘。本例裂口发生在原抗青光眼手术巩膜瓣位置,由于手术原因及既往长期高眼压,导致巩膜血液循环障碍,加上患者年龄大,眼球壁的胶原纤维尤其是角巩膜缘的胶原纤维可能发生退行性变,巩膜组织变得水肿、易脆。高眼压导致巩膜逐渐膨出,此处巩膜张力下降,最终破裂,眼压突然下降,眼压与眼动脉压之比发生了大幅度的变化。该患者高血压病史10a,发病当日血压210/110mmHg,血管壁突发破裂而出血,脉络膜上腔暴发性出血发生后脉络膜、视网膜与巩膜壁脱离,眼内压力增大,致使眼内容物从角膜破裂处脱出,而眼球内充满凝固的血液。该病一旦发生预后极差,最后均以眼内容物剜除或眼球摘除而告终,耐受时发生眼球破裂。因此,抗青光眼术后的患者也要定期随诊复查,一定要早发现、早治疗,以免造成严重后果。

参考文献

1 葛坚. 眼科学. 第2版. 北京:人民卫生出版社 2005:241-244