



· 临床研究 ·

双路硅胶引流管置管术在治疗泪小管断裂时置管困难的原因分析

谢金霞 (龙岩人民医院眼科 福建龙岩 364000)

摘要:目的 针对双路硅胶引流管在治疗泪小管断裂的手术过程中可能出现置管困难的原因进行讨论分析,指导今后的临床治疗。
方法 将我院自2011年1月至2018年9月收治的泪小管断裂作为本次实验研究对象,泪小管断裂患者30例,29均在手术显微镜直视下寻找到泪小管鼻侧断端,并以双头硅胶泪导管为支撑物导管,插管的另一端自上泪小管插入,两端从下鼻道内拉出后,留取适量长度于下鼻道内。**结果** 29例术后泪道冲洗均通畅,均在治疗周期(3个月)顺利拔管,其中1例因无法找到鼻侧断端,无法行置管手术。**结论** 双路硅胶引流管置管术在治疗泪小管断裂时能取得很好的疗效,值得广泛推广,但在手术过程中存在一起的手术难度,存在一定的失败率,建议对各种引起置管失败的原因进行分析,进一步提高手术的成功率。

关键词: 泪小管断裂 硅胶引流管 置管困难**中图分类号:** R779.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)17-084-01

眼睑裂伤是常见的眼外伤,下睑内眦外伤可合并下泪小管断裂,因下泪小管占泪液引流功能的75%,若不及时修复,可能造成眼睑畸形愈合、泪点异位、泪小管闭塞、出现永久性溢泪,影响外观、工作和生活。同时二期修复手术成功率将大大降低,故一期手术吻合泪小管断裂和眼睑裂伤尤为重要^[1]。将我院自2011年1月至2018年9月采用泪管引流管治疗泪小管断裂30例,采用双路硅胶引流管置管术的情况作汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院采用的双路硅胶支撑管是一种空心硅胶支撑管替代硬膜外导管^[2],内径0.3mm,外径0.6mm,总长度600mm,两端各插有一根约115mm长的金属导丝,导丝末端滴状膨大,另附有一根导丝钩便于钩取。以此管进行治疗泪小管断裂30例,其中男26例,女4例,28例为下泪小管断裂,1例为上泪小管断裂,1例为上、下泪小管同时断裂,年龄1-62岁,平均(37±0.4)岁。

1.2 手术方法

置管前准备:采用盐酸丙美卡因点眼3次,对泪小管断裂患者常规清洗眼睑伤口,对伤口较深可能污染者予双氧水+聚维酮碘冲洗后大量生理盐水冲洗,2%利多卡因行患眼同侧眶下神经、筛前神经阻滞麻醉,患眼同侧行鼻腔粘膜内予0.01%肾上腺素纱布条填塞以充分收缩鼻腔粘膜后再拔出纱条(若有高血压、高龄及心功能异常者,改为呋麻滴鼻液润湿纱条后填塞);皮肤常规消毒、铺巾;在手术显微镜下直接寻找,颞侧断端通常较易寻找,使用泪道冲洗针头自泪小点穿入后,沿泪小管走行,通常见颞侧断端游离,针头可外露;再行寻找鼻侧断端,仔细辨认出粉红色“喇叭口”样组织,即为泪小管鼻侧断端,使用泪道冲洗方法注水确认患者口鼻腔生理盐水流入后,改行泪道探针置入泪道,直至鼻腔,并注入少许眼膏,以支撑及扩张泪道,避免硅胶支撑管置入时形成假道并起到润滑作用。

置管方法:泪点扩张器扩张上、下泪小点后,沿下泪小点置入双路硅胶支撑管的其中一头金属导丝,自颞侧泪小管断端穿出,再从鼻侧断端(喇叭口)处穿入金属导丝到达泪总管,触及骨壁后,改行垂直方向逐渐沿泪道走行进入泪囊、鼻泪管、鼻腔,使用导丝钩沿下鼻甲滑入下鼻道,确认钩取硅胶管的金属导丝后,将金属导丝及硅胶管一同拉出鼻腔;再将硅胶管的另一端金属导丝置入上泪小点,按上泪小点、泪小管、泪总管、泪囊、鼻泪管、鼻腔粘膜直至下鼻道,同法将金属导丝及硅胶管一同拉出鼻腔,此时硅胶管形成U形双路支撑泪道(缝合前不拉紧双头硅胶管)

缝合方法:使用10-0不可吸收间断缝合泪小管管壁周边肌层2针,6-0可吸收缝线间断分层缝合结膜、睑板、皮肤,睑缘断端的吻合可褥式缝合,注意弧度及位置,内眦韧带若有断裂,需缝合,恢复泪小点正常位置,避免睑缘断端错位及睑内外翻等并发症;再剪除两金属导丝、牵拉两硅胶管末端,上下泪小点之

间保留少许硅胶管,两末端之间使用5/0丝线互相结扎2道缝线避免滑脱后留取适量处理,将末端缩回鼻腔内,手术完成。

1.3 术后处理

术毕结膜囊及伤口涂抗生素眼膏,纱布包扎,术后第1天打开敷料,每天伤口换药1次,使用抗生素滴眼液滴眼1个月预防感染,术后第7天拆除缝线,对于睑缘断端缝合可延长至术后第14天拆线(过早拆除缝线可能造成伤口裂开及睑缘切迹可能);术后第1-2天开始使用庆大霉素+地塞米松混合液行泪道冲洗,每周1次,坚持冲洗2-3周,期间观察有无溢泪、眼睑愈合情况及泪道冲洗是否通畅等。术后3个月拔除支撑管,只需在鼻孔处夹住硅胶管两端,并于上下泪小点之间将硅胶管剪断,即可将硅胶管从泪道内拔出;拔管后冲洗泪道,1次/周,1个月后改1次/月,坚持3个月改为半年1次,随访1-2年。

2 结果

29例泪小管断裂吻合成功,1例下泪小管断裂吻合失败,吻合成功者于术后3个月拔管,拔管后继续门诊随访,门诊泪道冲洗,未发现眼睑畸形、睑缘切迹及泪小点、泪小管撕裂等并发症,治愈29例,失败1例,成功率96.6%。

3 讨论

正常泪小管壁薄,富有弹性,管径0.3-0.5mm,伸缩性大,可扩大3倍^[2]。双路硅胶引流管置管术在治疗泪小管断裂时可作为支架对抗断端瘢痕收缩,也保持眼睑与泪小管的正常解剖位置,眼睑的贴覆有利于泪液虹吸作用,使用双路硅胶引流管置管术在治疗泪小管断裂时应用广泛,效果确切,但存在一定失败概率,失败原因可能为:鼻泪管开口异常,开口于中鼻道(我院曾遇到1例鼻泪管开口于中鼻道,术中请耳鼻喉科行电子鼻内镜镜检查发现,后手术吻合成功),故可能因鼻泪管开口异常致术中在下鼻道无法钩取金属导丝;假道形成,鼻粘膜水肿,鼻甲收缩不充分,鼻腔狭窄,金属导丝无法窥清,钩取困难;鼻粘膜损伤致鼻腔出血量较多遮挡视野影响手术。

综上所述,泪小管断裂是常见的眼部外伤,通过实施双路硅胶引流管置管术在治疗泪小管断裂时,其关键在于,将鼻粘膜充分收缩,鼻侧泪小管断端有效的寻找,操作轻柔,找到鼻侧断端后,硅胶引流管严格按解剖走行置入鼻腔后,对金属导丝端的钩取,导丝钩避免尖端划伤鼻粘膜,减少出血,常规沿中鼻道钩取,最后两端硅胶管在鼻腔内需缝扎至少2对缝线固定,避免滑脱,提高手术的成功率。

参考文献

- [1] 王庆华,汤伟,蒋韵佳,孙松.改良置管法在泪小管断裂吻合术中的临床应用[J].中华眼外伤职业眼病杂志,2015,37(11):869-870.
- [2] 吕学森,冯洁,许静,吴艳丽.鼻内镜直视下硅胶软管双路泪道置管治疗泪小管断裂效果分析[J].重庆医学,2016,45(2):247-248
- [3] 李凤鸣.眼科全书[M].北京:人民卫生出版社,1996:1086.