

非外露硬麻导管泪道插管结合睑“Z”改形术治疗陈旧性泪小管断裂

(附 1 例报告)

厦门大学医院 (361005) 李小兵 吴世祥

泪小管断裂是眼部附属器外伤最常见的一种,如未及时对泪小管断裂部位进行修复吻合,将导致受伤眼长期流泪,影响美观及视力。近年来,对泪小管断裂的修复、吻合及支撑物的选择和改进,国内外文献报道较多^[1]。本院采用非外露硬麻导管泪道插管结合睑“Z”改形术治疗陈旧性泪小管断裂 1 例,疗效满意,报告如下。

1 病例介绍

患者,男,37岁。因所乘的士与卡车相撞被铝合金网刺伤左眼,已于外院缝合伤口,溢泪 5 天来诊。查眼:左眼视力 1.2,左下睑见距离下泪小点 6mm 的内眦缘为顶点向颞下延伸两个长分别为 4cm 和 3cm 的弧形伤口,与皮肤纹理相近,已缝合,周围轻度肿胀。眉头皮肤见长约 2cm 伤口,已缝合。

2 手术方法

用咪麻滴鼻液及 1% 的卡因混合液喷射左下鼻道粘膜,常规术野消毒铺巾。用 2% 利多卡因行滑车神经、眶下神经阻滞麻醉,不作局部浸润麻醉,以防组织水肿,影响断端寻找。打开原下睑创口,用双氧水以及庆大霉素稀释液冲洗创面,在手术显微镜下寻找泪小管鼻侧断端未成,考虑回缩泪囊,故按常规泪囊切开法切开泪囊,但皮肤创口与鼻侧旧创口下端相连,组成一倒三角形,将 5-0 丝线穿于约 10cm 长的带侧孔的硬麻导管中,并穿线于 7×17 号无损伤缝针。找到泪总管后将针尾带线从泪总管穿出鼻侧泪小管端,轻送硬麻导管盲端,使其顺利随丝线穿出鼻侧泪小管断端,用泪小管探针从泪小点找到颞侧断端,以同上方方法将硬麻导管引入断端,并从下泪小点穿出,再进入上泪小点经上泪小管进入泪囊,去除多余的硬麻导管,

将导管两头丝线打结,并经鼻泪道送入鼻腔。缝合泪囊前后唇,间断缝合皮下组织,在有导管做支撑的基础上将泪小管两断端拉拢对位,用 5-0 黑丝线进行常规泪小管管壁吻合。将左下睑新旧三个创口之间分离出两个三角形皮瓣,并互相换位,用 5-0 丝线间断缝合。术后常规换药,眼膏包封术眼,7 天拆线,伤口愈合良好,无眼睑外翻。3 个月后拔管,用庆大霉素 4 万 u 及地塞米松 5mg 连续冲洗 3 天,注意动作轻柔。随访 2 年,泪道冲洗通畅,患者无泪溢,效果好。

3 讨论

外伤性泪小管断裂吻合术,泪小管鼻侧断端的寻找是决定吻合手术得以进行的关键。本例患者鼻侧断端距泪小管 6mm,伤后缝合已 5 天,伤口已经历了炎症期、增生期^[2],断裂的泪小管口已回缩闭合,给术中寻找断端带来进一步困难,故本例切开泪囊利用无损伤针引导反向寻找断端,顺利地非外露置入和固定泪小管吻合支撑物有利于泪小管断端拉拢,保证良好的对位缝合,使泪道吻合愈合不重新裂开,泪道通畅有重要保证。手术不复杂、实用,且克服把一端泪小管插管外露易于脱落、影响美观的弊端,有推广价值。此外,还需考虑患者伤口情况,预防疤痕挛缩后致睑内外翻,以进一步保证手术成功。

参 考 文 献

1. 刘嫣芬,刘东光,刘瑞珍,等. 双泪小管环形硅胶管泪道插管治疗泪小管断裂. 眼外伤职业眼病杂志, 1998, 6: 583.
2. 裘法祖,孟承伟,主编. 外科学. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社, 1987, 170.

中老年人桡骨远端骨折后遗症的预防

德化县医院 (362500) 陈庆辉

桡骨远端骨折是骨科的常见病之一,诊断与治疗方法较易掌握,但临床上常碰到采用一般的治疗方法效果不尽人意,尤其是中老年人,在对位对线良好的情况下,其治疗结果却出现较多的手指及腕关节僵硬、疼痛无力、骨质疏松,严重者出现 Sudeck 创伤后急性骨萎缩。笔者近几年来采用早期正确的石膏托外固定及有效的自主功能锻炼,2~3 周后更换小夹板外固定治疗 52 例,取得满意效果,现报告如下。

1 一般资料

本组 52 例中,男 35 例,女 17 例;年龄 40~68 岁,平均 51 岁;多为跌伤所致。骨折类型:伸直型骨折 42 例,屈曲型

骨折 10 例,其中波及关节面骨折 5 例。

2 治疗方法

早期一次整复成功,避免使用粗暴手法及多次整复,减少骨折端周围组织再损伤。早期运用正确的石膏固定技术,采用石膏托外固定。对伸直型骨折,采用石膏后托固定于手腕并尺偏位,手腕不超过 25°,尺偏不超过 15°;对于屈曲型骨折,采用石膏掌托固定于腕功能位;对于不稳定性骨折可采用石膏前后托固定。石膏未干固前对石膏进行塑形并适当牵引,塑形主要在骨折部。对伸直型骨折以大鱼际部及 2~5 指对远端背侧及近端掌侧适当加压;对屈曲型骨折,以大鱼际对骨折近端背