

การรักษาอุบัติเหตุที่นำตาฉีกขาดในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ Treatment of Traumatic Canalicular Laceration at Prachuapkhirikhan Hospital

ชารินทร์ สังข์ทอง พ.บ.,
ว.ว. จักษุวิทยา
กลุ่มงานจักษุวิทยา
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

Charinee Sangthong M.D.,
Thai Board of Ophthalmology
Division of Ophthalmology
Prachuapkhirikhan Hospital

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : อุบัติเหตุที่นำตาฉีกขาดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในการบาดเจ็บบริเวณเปลือกตา และใบหน้า (eyelid and maxillofacial trauma) และจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดน้ำตาไหลเรื้อรัง และการระคายเคืองตาในภายหลัง การรักษากวาท่อน้ำตาฉีกขาดมีเทคนิค และอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดที่แตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่ตาฉีกขาดที่นำตาฉีกขาด และผลการผ่าตัดรักษากวาท่อน้ำตาฉีกขาดในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง

วิธีการศึกษา : รวบรวมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีท่อน้ำตาฉีกขาดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2557 โดยเก็บข้อมูลเพศ อายุ ข้างของตาและตำแหน่งของท่อน้ำตาที่ฉีกขาด สาเหตุและปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ระยะเวลาก่อนการผ่าตัด เทคนิคการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใส่ stent ผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งหมด 54 ราย เป็นเพศชาย 39 ราย (ร้อยละ 72.22) เพศหญิง 15 ราย (ร้อยละ 27.78) อายุเฉลี่ย 38.85 ปี (1-80 ปี) โดยมีสาเหตุของการฉีกขาดของท่อน้ำตาส่วนใหญ่จากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ 30 ราย (ร้อยละ 55.56) ผู้ป่วยทุกคนได้รับการผ่าตัดรักษากวาท่อน้ำตาฉีกขาด โดยใช้ probe แล้วใช้ cutdown tube 2.5 Fr จำนวน 41 ราย และ medicut จำนวน 13 ราย เป็น monocanalicular stent การตรวจติดตามให้ผลการรักษาที่ดีคือ ไม่พบอาการน้ำตาไหล หลังเอาท่อออกที่ระยะเวลา 3 เดือน หลังการผ่าตัด

สรุป : การผ่าตัดรักษาท่อน้ำตาฉีกขาดโดยใช้ probe และ cutdown 2.5 Fr เป็น monocanalicular stent ส่วนใหญ่ให้ผลการรักษาที่น่าพึงพอใจ

คำสำคัญ: ท่อน้ำตาฉีกขาด สายท่อน้ำตา

ABSTRACT

Background : Traumatic canalicular laceration is a common problem associated with eyelid and maxillofacial trauma which need prompt and proper management to prevent epiphora and irritation. There are many operative techniques and kinds of stent for treatment canalicular laceration.

Objectives : To evaluate incidence and surgical results in treatment of canalicular lacerations at Prachuapkhirikhan Hospital.

Study design : Descriptive retrospective study.

Method : The medical records of patients who had canalicular laceration at Prachuapkhirikhan Hospital during 1 October 2010-30 September 2014 were reviewed. The demographic data; age, sex, laterality, location of canaliculi, cause of injury, repair duration from injury, surgical technique, duration of stent placement, surgical result, and complications were evaluated.

Results : Among 54 patients, 39 patients (72.22%) were male and 15 patients (27.78%) were female. Mean age was 38.85 years (ranged 1 to 80 years) Causes of injuries were from motorcycle accidents in 55.56%. All patients were treated with probing and using 41 cutdown tubes 2.5 Fr and 13 medicuts as monocanalicular stents. At the final follow up, all patients had good results, none of them had epiphora after removal of stents at 3 months post operation.

Conclusion : Treatment of canalicular laceration by using probe and cutdown tube 2.5 Fr as monocanalicular stent in Prachuapkhirikhan Hospital is satisfactory.

Keywords: canalicular laceration, canalicular stent

บทนำ

ปัญหาท่อน้ำตาจึกขาด (canalicular laceration) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในการบาดเจ็บบริเวณเปลือกตา และใบหน้า (eyelid and maxillofacial trauma) โดยมีสาเหตุโดยตรง (direct injury to canaliculus) และสาเหตุโดยอ้อมจากแรงกระชากต่อเปลือกตา (indirect injury, avulsion from lateral tension on the eyelid) เพราะลักษณะทางกายวิภาค ท่อน้ำตาถูกยึดอยู่ใน medial canthus¹⁻²

การรักษาการจึกขาดของท่อน้ำตาจากสาเหตุโดยตรง (direct injury) มักทำได้ง่ายกว่าสาเหตุโดยอ้อม (indirect injury) เนื่องจากสาเหตุโดยอ้อม (indirect injury) ทำให้การจึกขาดของท่อน้ำตาใกล้กับถุงน้ำตา (lacrimal sac) ทำให้การหาปลายท่อน้ำตา (proximal end of the torn canaliculus) ทำได้ยากกว่า³ อุบัติเหตุท่อน้ำตาจึกขาดมักเกิดจึกขาดในท่อน้ำตาด้านล่าง (lower canaliculus) ในกรณีที่มึบวมแผลบริเวณหัวตา จะต้องประเมินว่ามีการท่อน้ำตาจึกขาดร่วมด้วยหรือไม่ โดยพิจารณาว่าบาดแผลที่เกิดขึ้นที่ขอบเปลือกตา (eyelid margin) อยู่ด้านในต่อรูเปิดท่อน้ำตา (medial to the punctum of eyelid) หรือไม่ อีกทั้งการสังเกตจากรูเปิดท่อน้ำตาด้านบนล่าง (upper and lower punctum) ว่าตรงกันหรือไม่ ตลอดจนการทดสอบโดยการแยงท่อน้ำตา (probing) ว่ามีการจึกขาดของท่อน้ำตาหรือไม่¹

การรักษาท่อน้ำตาจึกขาดมีจุดประสงค์ให้มีการสมานกันของ mucosal wall of canaliculi ซึ่งมีเทคนิคการผ่าตัดที่แตกต่างกันไป ทั้งในการหาปลายท่อน้ำตาที่จึกขาด (proximal end of the torn canaliculus) โดยใช้ fluorescein, air bubble, vision blue, saline และสารอื่นๆ การใส่ stent อันได้แก่ annular stent, monocanalicular or bicanalicular stent, ชนิดของ stent, ระยะเวลาที่ใส่ stent⁴⁻¹³

เนื่องจากในประเทศไทยยังมีรายงานข้อมูลผลการรักษาท่อน้ำตาจึกขาดในส่วนนี้ไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาขึ้น เพื่อพัฒนาเทคนิคการผ่าตัด แก้ไขภาวะแทรกซ้อน และใช้เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่ตาชนิดท่อน้ำตาจึกขาด และผลการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะท่อน้ำตาจึกขาดในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (descriptive retrospective study) โดยรวบรวมทบทวนการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

ในผู้ป่วยที่มีภาวะท่อน้ำตาจึกขาดที่มา รับการรักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2557 เป็นระยะเวลา 4 ปี โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ช่าง ตำแหน่งของท่อน้ำตาที่จึกขาด สาเหตุของการบาดเจ็บ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ระยะเวลาก่อนการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก ชนิดและระยะเวลาที่ใส่ stent ผลการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนวิธีการผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดโดยจักษุแพทย์ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ด้วยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบ และใช้เทคนิคการผ่าตัดรักษาท่อน้ำตาจึกขาดแบบ monocanalicular stent เนื่องจากแผลจึกขาดเป็นที่บริเวณท่อน้ำตาด้านล่างหรือบนอย่าง เดียวเท่านั้น เพราะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนต่อรูเปิดท่อน้ำตา (punctal injury) ส่วนที่ไม่ได้รับบาดเจ็บด้วยได้ ซึ่งพบได้มากจากการใช้

pigtail probe และมักเกิดเป็น false tract ตามมา

วิธีการผ่าตัดนี้จึงใช้เพียง dilators และ Bowman probe แยกหารู canaliculus ที่ฉีกขาดให้เจอ ซึ่งอาจหาปลายท่อน้ำตาที่ฉีกขาด (proximal end of the torn canaliculus) ค่อนข้างยากถ้าจุดที่ขาดห่างจากรูท่อน้ำตามาก อาจจะใช้ fluorescein, vision blue หรือสารอื่นๆ ส่วนใหญ่ผู้ผ่าตัดใช้วิธีหยอด adrenaline เพื่อให้หาปลายที่ท่อน้ำตาได้ง่ายขึ้น วิธีการใส่ monocanicular stent โดยใช้สาย cutdown tube ขนาด 2.5 Fr ตัดความยาวประมาณ 6 นิ้ว ซึ่งจะใส่ยากกว่า medicut เล็กน้อย เนื่องจากไม่มีแกนกลางเป็นตัวนำ จึงใช้วิธีตัดปลายให้เฉียง เพื่อให้เข้าท่อน้ำตาได้ง่ายขึ้น พยายามใส่ให้ตรงแนว Bowman probe เมื่อใส่ลงไปในท่อได้ถูกต้อง จะเห็นไอน้ำขึ้นมาในท่อ แสดงว่าปลายท่อลงไป

โพรงจมูกแล้ว ให้ดันลงไปต่อจนเหลือความยาวสาย cut down ประมาณไม่เกิน 3 นิ้วจากภายนอก จากนั้นใช้ Bowman probe แยกส่วน distal end จากรูท่อน้ำตาไปยังแผล แล้วสอดปลายสาย cutdown tube ด้านนอกที่เหลือ ไปบนปลาย Bowman probe แล้วใช้ Bowman probe ค่อยๆ ลากผ่านท่อน้ำตาส่วน distal end ของท่อน้ำตาที่ฉีกขาด โดยระวังสาย cutdown tube ที่อยู่ใน nasolacrimal duct ไม่ให้ขยับเลื่อนออกมาตามเวลาถึง ให้มีความยาวของสาย cutdown tube ที่เหลือข้างนอกรูท่อน้ำตาเมื่อร้อยท่อน้ำตาทั้ง 2 ส่วน เรียบร้อยแล้ว ไม่เกิน 2 นิ้ว จากนั้นเย็บเนื้อเยื่อรอบๆ ท่อน้ำตาที่ฉีกขาดด้วยไหม Vicryl 6/0 และเย็บ fix ท่อติดกับ skin ด้วย Silk 6/0 ตัดส่วนท่อที่เหลือภายนอกประมาณ 1 นิ้ว ไว้แปะกับผิวหนังไม่ให้ปลายท่อกระดก ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงผู้ป่วยหลังผ่าตัดท่อน้ำตาฉีกขาดด้วยสาย cutdown

ส่วนกรณีใช้ medicut ขนาด 20-24 เลือกตามขนาดรูท่อน้ำตา เริ่มต้นคล้ายกับวิธีข้างต้นคือ ใช้ dilators ขยายรูท่อน้ำตา และใช้ Bowman

probe แยกหารู proximal end of the torn canaliculus ให้เจอก่อน เพื่อให้เห็นแนว จากนั้นเอา Bowman probe ออก แล้วใช้ medicut เริ่มแยก

จากรูท่อน้ำตา (punctum) ไปยังส่วนท่อน้ำตาที่ฉีกขาด (proximal end of the torn canaliculus) โดยขณะใส่ระวางอย่าให้ปลายแกนเหล็กโพลีเอทิลีนเลยปลาย medicut มากนัก เพราะมีคม ไส้ลงไปจนสุดแล้วค่อยๆ ถอนแกนเหล็กออก แล้วเย็บเนื้อเยื่อรอบๆ ท่อน้ำตาที่

ฉีกขาดด้วยไหม Vicryl 6/0 และเย็บ fix ท่อติดกับ skin ด้วย Silk 6/0 ตัดส่วนขั้วพลาสติก medicut ออก ปลายท่อที่เหลือภายนอกจะสั้นมาก จึงต้องเย็บ และผูกปมหลายครั้ง เพื่อป้องกันท่อเลื่อนหลุด ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงผู้ป่วยหลังผ่าตัดท่อน้ำตาฉีกขาดด้วย medicut

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโดย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) แจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

จากผลการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่มีท่อน้ำตาฉีกขาด (canalicular laceration) ที่ได้รับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาล ประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน

2557 จำนวน 54 ราย จำแนกเป็นจำนวนที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยเพศชาย 39 ราย (ร้อยละ 72.22) เพศหญิง 15 ราย (ร้อยละ 27.78) มีอายุเฉลี่ย 38.85 ปี พบมีการฉีกขาดของท่อน้ำตาส่วนล่าง 50 ราย (ร้อยละ 92.59) ท่อน้ำตาส่วนบน 4 ราย (ร้อยละ 7.40)

ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอุบัติเหตุจนถึงเวลาที่ได้รับการผ่าตัด พบว่ามีตั้งแต่ 3 ชั่วโมง จนถึง 48 ชั่วโมง ส่วนใหญ่เข้ารับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 98.15) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีท่อน้ำตาฉีกขาดในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ (N = 54)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	72.22
หญิง	15	27.78
อายุ (ปี)		
1-20	9	16.67
21-30	7	12.96
31-40	11	20.37
41-50	15	27.78
51-60	6	11.11
61-70	5	9.25
71-80	1	1.85
ข้างของตา		
ขวา	25	46.30
ซ้าย	29	53.70
ตำแหน่งท่อน้ำตาที่ฉีกขาด		
ส่วนบน	4	7.40
ส่วนล่าง	50	92.59
ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอุบัติเหตุจนถึงเวลาที่ได้รับการผ่าตัด		
<24 ชม.	53	98.15
24-48 ชม.	1	1.85

สาเหตุของการฉีกขาดของท่อน้ำตาส่วนใหญ่จากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ 30 ราย (ร้อยละ 55.56) ซึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ คือ ดื่มสุราและไม่สวมหมวกนิรภัย พบสูงถึง 26 ราย (ร้อยละ 86.67) ส่วนผู้ป่วยที่เกิด

อุบัติเหตุรถยนต์ พบดื่มสุราและไม่คาดเข็มขัดนิรภัย 2 ราย จาก 5 ราย (ร้อยละ 40) ส่วนสาเหตุอื่นๆ สรุปรวมสาเหตุการฉีกขาดของท่อน้ำตา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สาเหตุการฉีกขาดของท่อน้ำตา (n = 54)

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
Motorcycle accident	30	55.56
Car accident	5	9.25
Sticks	7	12.96
Assault	4	7.40
Dog bite	3	5.56
Cow	3	5.56
Bear	2	3.70

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ มีจักษุแพทย์ 2 ราย เป็นแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด ใช้เทคนิคการผ่าตัดรักษาท่อน้ำตาฉีกขาดแบบเดียวกัน คือใช้ Bowman probe แล้วใส่ monocanalicular stent ด้วย cutdown tube 2.5 Fr จำนวน 41 ราย และ medicut จำนวน 13 ราย

การให้ยาระงับความรู้สึกใช้วิธีการดมยาสลบทั้งหมด 54 ราย ระยะเวลาการใส่ stent มีตั้งแต่ 4 สัปดาห์ จนถึง 3 เดือนขึ้นไป และพบมีการหลุด (extrusion) ของ stent ที่ระยะเวลาก่อน 1 เดือน จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 9.26) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ชนิดและระยะเวลาที่ใส่ monocanalicular stent

Stent duration & type	n	< 30 days ราย (ร้อยละ)	30-90 days ราย (ร้อยละ)	≥90 days ราย (ร้อยละ)
Cutdown tube	41	1 (2.44)	2 (4.88)	38 (92.68)
Medicut	13	4 (30.77)	4 (30.77)	5 (38.46)
Total	54	5 (9.26)	6 (11.11)	43 (79.63)

วิจารณ์

การศึกษาชิ้นนี้ เป็นการศึกษามือป่วยท่อน้ำตาฉีกขาดในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ผ่าตัดท่อน้ำตาฉีกขาดแห่งเดียวในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงระยะเวลา 4 ปี พบจำนวนผู้ป่วย 54 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 39 ราย (ร้อยละ 72.22) มีอายุเฉลี่ย 38.85 ปี และมีสาเหตุส่วนใหญ่จากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ และรถยนต์ 35 ราย (ร้อยละ 64.81) อาจเนื่องจากเป็น

กลุ่มวัยทำงาน และนิยมดื่มสุรา ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Kringsak จากโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี พบสาเหตุท่อน้ำตาฉีกขาดส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์¹⁴ และรายงานของ Weerasak ซึ่งพบว่าภาวะท่อน้ำตาฉีกขาดที่โรงพยาบาลขอนแก่น พบมากในช่วงอายุ 30-40 ปี สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 57¹⁵

ในกลุ่มที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ และรถยนต์ มีพฤติกรรมเสี่ยง หรือ บังคับร่วมคือ การตีมีสุราและการไม่สวมหมวกนิรภัย มากกว่าร้อยละ 85 ดังนั้นจึงควรรณรงค์เรื่องการสวมหมวกนิรภัยในการขับขี่ยานพาหนะอย่างเคร่งครัด และงดตีมีสุรา เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นได้

การรักษาท่อน้ำตาฉีกขาด ควรทำใน 24-48 ชั่วโมง¹³ ซึ่งการศึกษานี้ได้ทำการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 98.15) ทำให้ผลการรักษาค่อนข้างดี อย่างไรก็ตามยังพบการหลุดของ stent มีเพียง 5 ราย คือใน cutdown tube 1 ราย (ร้อยละ 2.44) และ medicut 4 ราย (ร้อยละ 30.77) เนื่องจากการใช้วิธี monocanalicular stent ซึ่งมีข้อเสียคือพบ extrusion ได้ถึงร้อยละ 40¹⁵ และพบว่ามักหลุดใน stent ชนิด medicut ซึ่งมีขนาดใหญ่และสั้น ทำให้หลุดได้ง่ายกว่าสาย cutdown

นอกจากนี้ยังมีผลแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่นิยมใช้วิธี bicanalicular (annular) stent โดยใช้ silicone tube ซึ่งเป็นวิธีที่ทำยากกว่า และอาจทำความเสียหายต่อท่อน้ำตาส่วนที่ไม่ได้ฉีกขาดด้วย กรณีคล้อยไม่สำเร็จ เนื่องจากการใช้ pigtail probe มักทำให้เกิด false passages ได้¹⁰

ระยะเวลาการใส่ stent ของการศึกษานี้ มีตั้งแต่ 4 สัปดาห์ ถึง 3 เดือนขึ้นไป การตรวจติดตามผลการรักษาไม่พบอาการน้ำตาไหล ในผู้ป่วยที่เอา stent ออกที่ระยะเวลา 3 เดือนหลังการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wu SY et al¹⁰ พบว่าระยะเวลาการใส่ stent นานมากกว่า 3 เดือน มีผลดีต่อการรักษาท่อน้ำตาฉีกขาด (anatomical and functional success)

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง จึงเป็นข้อจำกัดอีกอย่างหนึ่งของการวิจัย ทำให้ข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนขาดความสมบูรณ์ในบางส่วน เช่น การบันทึกข้อมูลของการผ่าตัด ผล

การระคายเคืองตาหลังผ่าตัด ความรู้และความเข้าใจในการดูแลรักษา stent หลังผ่าตัด เป็นต้น

จึงควรมีการศึกษาวิจัยไปข้างหน้า และตรวจติดตามผลการผ่าตัด โดยดูทั้งอาการ และปริมาณน้ำตาไหล (functional success) และลักษณะทางกายวิภาค (anatomical success) โดยการทดสอบแยงท่อน้ำตา และดูความพึงพอใจของผู้ป่วยร่วมด้วย

สรุป

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดรักษาท่อน้ำตาฉีกขาดในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ มีสาเหตุส่วนใหญ่จากอุบัติเหตุทางจราจร จึงควรรณรงค์ขับที่ปลอดภัย สวมหมวกนิรภัย งดตีมีสุรา และขับด้วยความเร็วไม่เกินกฎหมายกำหนด

การรักษาภาวะท่อน้ำตาฉีกขาดโดยการใส่ cutdown tube ขนาด 2.5 Fr เป็น monocanalicular stent ส่วนใหญ่ให้ผลการรักษาที่น่าพึงพอใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียน และเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวก ในการเก็บข้อมูลด้วยความยินดี

เอกสารอ้างอิง

1. Marshak H, Dresner SC. Lacrimal trauma. In: Cohen AJ, Mercandetti M, Brazzo BG, editors. The lacrimal system. New York: Springer; 2006. p. 119-26.
2. Jordan DR, Ziai S, Gilberg SM, et al. Pathogenesis of canalicular lacerations. Ophthal Plast Reconstr Surg 2008;24(5): 394-8.

3. Nerad JA. Oculoplastic surgery: the requisites in ophthalmology. St. Louis: Mosby; 2001.
4. Ho T, Lee V. National survey on the management of lacrimal canalicular injury in the United Kingdom. Clin Experiment Ophthalmol 2006;34(1):39-43.
5. Forbes BJ, Katowitz WR, Binenbaum G. Pediatric canalicular tear repairs – revisiting the pigtail probe. J AAPOS 2008;12(5):518-20.
6. Liang T, Zhao GQ, Li YL, et al. Efficiency and therapeutic effect of modified pigtail probe in anastomosing lacerated lacrimal canaliculus. Chin J Traumatol 2009;12(2):87-91.
7. Fayet B, Ruban JM. Monocanalicular lacrimal pathway intubation with a stable punctal attachment. In: Guthoff R, Katowitz JA, editors. Oculoplastics and orbit. New York: Springer; 2006. p. 83-8.
8. Naik MN, Kelapure A, Rath S, et al. Management of canalicular lacerations : epidemiological aspects and experience with Mini-Monoka monocanalicular stent. Am J Ophthalmol 2008;145(2):375-80.
9. Della Rocca DA, Ahmad S, Preechawi P, et al. Nasolacrimal System Injuries. In: Weber RK, Keerl R, Schaefer SD, et al, editors. Atlas of lacrimal surgery. New York: Springer; 2007. p. 91-103.
10. Wu SY, Ma L, Chen RJ, et al. Analysis of bicanalicular nasal intubation in the repair of canalicular lacerations. Jpn J Ophthalmol 2010;54(1):24-31.
11. Pan XJ, Mao A, Zhao GQ. Clinical effects of three types of silicone intubations in repairing lacerations of canaliculus. Chin J Traumatol 2009;12(3):173-6.
12. Orhan M, Govsa F, Saylam C. Anatomical details used in the surgical reconstruction of the lacrimal canaliculus: cadaveric study. Surg Radiol Anat 2009; 31(10):745-53.
13. Landy JS, Slonim CB, Older JJ. Surgery of the punctum and canaliculus. In: Cohen AJ, Mercandetti M, Brazzo BG, editors. The lacrimal system. New York: Springer; 2006. p. 110-8.
14. Kriangsak Sirirak. A simple lacrimal drainage repair by three- stitch technique without stent in 28 patients at Prapokkiao Hospital. Siriraj Med J 2009;61(3):139-42.
15. Weerasak Anutaungkoon. Outcome treatment of canalicular laceration in Khon Kaen hospital. Khon Kaen Med J 2008;32(2):139-46.