

别是鼻腔后端出血,部位隐蔽,出血量大。后部出血目前的治疗通常是鼻腔填塞,然而填塞物滞留时间长,术后患者易出现头昏、头疼及鼻部胀痛等不适症状,特别是后鼻孔填塞后并发症发生率高。内窥镜下电凝止血视野清晰,能快速有效明确出血部位,治疗时间短,病人痛苦小,并发症少。我们的操作体会:①操作过程中动作要轻柔,寻找出血点最为关键,电凝功率要适中,避免损伤正常黏膜。②电凝时宜先电凝血管断端周围,再电凝断

端。③对出血部位不明确,尤其是考虑来自蝶腭动脉分布区的出血,可于中鼻道后端蝶腭动脉处直接电凝。④对于严重鼻腔畸形及已行前-后鼻孔填塞仍出血的可行选择性血管造影加栓塞治疗。⑤内窥镜检查中如考虑为鼻咽纤维血管瘤,则停止操作,改行血管造影加栓塞后再行手术治疗,且手术宜在栓塞后3日内进行。

(收稿日期:2009-06-28)

17例晶体半脱位白内障手术体会

陈青青

(咸宁学院附属第一医院,湖北咸宁437100)

中图分类号:R776

文献标识码:B

文章编号:1008-0635(2009)05-0434-02

白内障晶体脱位常见于过熟期白内障及外伤性白内障,手术中对晶体有一定的压力,可能会导致更多的悬韧带断裂,造成更大范围的晶体脱位,给手术带来很大的难度。自2006年以来,我院对17例白内障晶体半脱位患者进行白内障摘除术,现将结果报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

我院2006年5月至2008年12月共收治622例白内障手术患者,其中晶体半脱位患者17例(17眼),男7例,女10例;年龄54~76岁,平均3岁。1只眼脱位范围>2个象限,位于颞侧,有外伤史及陈旧性视网膜脱离;5只眼脱位范围在1~2个象限,其中1例有外伤史;11只眼脱位范围<1个象限。术前视力<4.0有4例,4.0~4.3有11例,4.4~4.6有2例。

1.2 手术方法

13只眼晶体核硬度<Ⅲ级,行白内障超声乳化吸出术合并人工晶体植入术,4只眼晶体核硬度≥Ⅲ级,行现代小切口白内障囊外摘除术。做常规术前准备,爱尔卡因表麻。于上方角巩膜缘后2mm处做一约3mm反弧形巩膜隧道切口至角膜缘前1mm透明角膜处,3点钟方位角膜缘内1mm做一辅助切口,前房内注入粘弹剂,3.2mm前房穿刺刀于巩膜隧道切口止端透明角膜处入前房,行连续环形撕囊,直径约5~6mm,水分离,核

硬度<Ⅲ级的13只眼囊袋内原位碎核,余4只眼前房内注入粘弹剂,用劈核钩和破囊针双手配合将核分成四小块,扩大切口至5mm,晶体圈套器将核娩出,抽吸皮质,其中1只外伤网脱眼出现玻璃体脱出,清除前段玻璃体,见晶体脱位范围近3个象限,放弃人工晶体植入,其余眼囊袋内顺利植入后房型人工晶体。清除眼内粘弹剂。根据情况用不同方式关闭切口。球结膜下注射庆大霉素及地塞米松,上眼膏包扎。术后用典必殊和爱丽眼液滴眼,视角膜水肿情况给予高渗剂。

2 结果

2.1 视力

术后3天视力<4.0有1例,4.0~4.3有4例,4.4~4.6有5例,4.7~4.9有5例,>5.0有2例;术后1月视力<4.0有1例,4.0~4.3有2例,4.4~4.6有5例,4.7~4.9有7例,>5.0有2例。除1例网脱眼外均有明显提高。

2.2 术后并发症

术后第1天8例角膜水肿明显,术后3天2例角膜内皮轻度水肿,5天后恢复;1例瞳孔上移。无人工晶体异位、继发性青光眼、大泡性角膜炎、继发性视网膜脱离等并发症发生。

3 讨论

白内障患者术前晶体半脱位发生的原因多见于晶体悬韧带先天异常、性质改变、退行性病变、

外伤后断裂等。一般情况下,晶体半脱位范围>2个象限不适宜行超声乳化手术和白内障囊外摘除术,最好行白内障摘除并前段玻璃体切割术。晶体核硬度 \geq Ⅲ级,最好行现代小切口白内障囊外摘除术。

术中加重晶体半脱位的原因多为操作不当,如破囊用力过大、前房深度控制不良、植入晶体上襻时人工晶体在囊袋内过度伸展,人工晶体光学部的赤道超过瞳孔水平中线导致悬韧带断裂等。因此,手术中应注意以下问题:①撕囊时应完整,保持良好的抗张力性。②撕囊口直径5~6mm较为适宜,过小不利于转动晶体核,过大易损伤悬韧带。③灌注液的高度调整,超声乳化初期防止高水压压迫晶状体,应降低高度,后期晶体囊袋内负压易致灌注液充盈的囊袋变形和塌陷,乳化头可

伤及涌至晶体悬韧带离断处撕囊口的玻璃体,应提高灌注液水平面。应避免前房涌动现象,保持前房深度和稳定性。④植入人工晶体时充分粘弹剂充填囊袋,晶体上襻尽量旋入囊袋内,位置位于晶体悬韧带离断处中央区。⑤超声乳化时发现悬韧带离断范围扩大、玻璃体溢出、后囊破裂等情况时,应及时改变术式。

术后晶体半脱位多由于炎性反应刺激引起悬韧带生理功能改变及外伤外力作用所致,术后用抗生素与皮质类固醇眼药水合剂滴眼,必要时给予高渗剂及营养角膜药物点眼,积极处理并发症。交代患者注意避免剧烈运动及碰撞、外伤等意外情况。

(收稿日期:2009-06-05)

17例白内障超声乳化术中后囊膜破裂的后房型人工晶体植入术临床体会

陈莉,骆向阳

(武汉钢铁集团公司总医院眼科,湖北武汉430080)

中图分类号:R776

文献标识码:B

文章编号:1008-0635(2009)05-0435-02

后囊膜破裂是白内障手术中较为常见的并发症,当发生后囊膜破裂后进行妥善处理,避免盲目操作,并成功植入后房型人工晶体是手术医生随时需要面对的问题。现将我院白内障超声乳化手术中所遇到的17例后囊膜破裂并成功植入后房型人工晶体的病例总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院2007年7月至2009年6月开展白内障超声乳化手术,术中发生后囊膜破裂患者17例(17只眼),男8例(8只眼),女9例(9只眼),年龄56~78岁,平均67岁。其中老年性白内障患者13例,并发性白内障患者4例,术前视力:光感-0.3。

1.2 手术方法

爱尔凯因滴眼液常规表面麻醉,开睑器开睑,作以上穹窿为基底之结膜筋膜瓣,在12:00时钟位距离角膜缘前界线后2mm,作深约50%巩膜厚度之巩膜隧道切口至透明角膜内1mm,于3:00时钟位使用1.5mm穿刺刀作侧切口。侧切口注入

粘弹剂后,以3.2mm穿刺刀沿隧道切口穿刺进入前房。撕囊镊行连续环形撕囊,注水针头向晶体皮质和核间注水行水分离。采用囊袋内超声乳化碎核后分块吸出。注吸系统吸尽残留皮质。前房及囊袋内重新注入粘弹剂以撑开囊袋。用3.2mm穿刺刀扩大主切口至5.5~6.0mm,植入硬性PMMA人工晶体或者不用扩大主切口植入软性折叠式人工晶体。

1.3 术中后囊膜破裂情况

2只眼撕囊时撕到边缘致使晶状体悬韧带断裂后囊膜破裂,10只眼在超声乳化过程中后囊膜破裂,5只眼吸皮质过程中后囊膜破裂。后囊膜破裂孔在5mm以内者4例,5~8mm左右者13例。破裂孔位置:后囊膜中央者4例,上方晶状体悬韧带断裂1例,下方晶状体悬韧带断裂1例,上方后囊破裂孔5例,下方后囊破裂孔3例,鼻侧后囊破裂孔2例,颞侧后囊破裂孔1例。

1.4 处理方法

位于后囊膜中央直径5mm以下的破孔,晶体核大部分已清除者,将粘弹剂注入破孔处,阻止玻璃体进入前房,同时改用人工注吸方法,即使用注