

· 基层医院之窗 ·

巩膜隧道切口囊外白内障摘出术 30 例

王华华

我科行巩膜隧道切口囊外白内障摘出人工晶状体植入术 30 例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料 2008 年 3 月—12 月我科收治年龄相关性白内障患者 30 例,其中男性 20 例,女性 10 例;年龄 62~79 岁。术前排除糖尿病、青光眼、葡萄膜炎、高度近视等,血压控制在 140/90 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)以下。术前视力光感至 0.02,光定位及红绿辨色准确。晶状体核硬度:Ⅲ级 7 例,Ⅳ级 16 例,Ⅴ级 7 例。

1.2 方法 术前复方托吡卡胺滴眼液散瞳,球后麻醉,上直肌牵引缝线,上方角巩膜缘结膜切开 8~9 mm,巩膜面烧灼止血,在上方角膜缘后 2 mm 处作宽 6~7 mm 直线形隧道切口,进入角膜透明区 1 mm,15°侧切口 9 点方位作平行于虹膜的透明角膜侧切口,弯头穿刺刀自隧道内切口处穿刺进入前房,向前房注入消毒空气后再向囊膜表面注入 0.1 mL 台盼蓝进行囊膜染色,平衡液冲洗干净台盼蓝后,前房内注入黏弹剂透明质酸钠凝胶 0.1 mL。开罐式截除前囊膜约 6 mm,水分离并水分层,扩大内切口呈倒梯形形状,转动晶状体核于前房内,于晶状体核与角膜内皮及后囊膜之间注入少许黏弹剂,圈套器将核托出,注吸清除晶状体皮质,前房及囊袋内注入黏弹剂 0.2 mL,植入后房型人工晶状体清除黏弹剂。术毕前房维持及切口闭合好,10-0 尼龙线缝合隧道外切口 1~2 针,结膜瓣回复遮盖隧道外切口,结膜囊涂妥布霉素地塞米松眼膏后封贴。术后随访 1 周至 3 个月。

2 结 果

术后 1 d,裸眼视力 ≥ 0.3 者 11 眼(33.7%),0.1~0.3 者 13 眼(43.3%),0.1 以下者 6 眼(20%);术后 1 周,裸眼视力 ≥ 0.3 者 22 眼(73.3%),0.1~0.3 者 8 眼(26.7%)。术后 3 个月,裸眼视力 ≥ 0.3 者 25 眼(另有 5 眼术后时间不足 3 个月,但术后 1 周裸眼视力 ≥ 0.3)。

术中有 2 例行巩膜隧道切口时出现隧道刀穿透巩膜,缝合外切口后另作巩膜隧道切口,无后囊膜破裂。术后 20 眼(66.7%)出现不同程度角膜水肿,经治疗,术后 1 周角膜均恢复透明。未发生前房积脓、眼内炎、角膜内皮失代偿、驱逐性出

血及视网膜脱离等严重并发症。

3 讨 论

本组病例采用囊膜染色的巩膜隧道切口白内障囊外摘出术与常规囊外白内障摘出术及超声乳化白内障吸除术相比有下列特点。(1)巩膜隧道切口有自闭性和水密性,术中及术后均能维持较好的前房深度,隧道外切口仅需缝合 1~2 针即可保持良好的密闭性^[1],与常规囊外白内障摘出术采用的角膜缘切口相比,具有更好的切口稳定性,术中前房塌陷的机会降低,可以避免驱逐性出血等严重并发症的发生,手术源性散光减小,早期视力即有一定程度的恢复。(2)巩膜隧道切口囊外白内障摘出术不依赖复杂昂贵的设备和高级维护人员,能够在上级医师指导下较快掌握手术要领,并发症相对较少,术后视力恢复较好,在熟练掌握后可得到与超声乳化白内障吸除术相当的效果,且可适用于几乎所有类型的白内障,不受晶状体核硬度的影响。而超声乳化白内障吸除术因其手术切口小、术后散光小、视力恢复快等优点受到各大中城市眼科医师和患者的青睐,但因受医疗设备、技术水平和国民经济因素的限制,基层医院难以开展此术式。(3)保持后囊膜的完整性对白内障手术和术后视功能恢复有重要意义,是手术成功的关键之一。术中采用前房内注入消毒空气后再向囊膜表面注入染色剂进行染色,可使初学者在普通手术显微镜下即可较好地观察截囊过程中的囊膜情况,有效避免出现较大的囊膜放射状撕裂甚至后囊膜破裂,出现晶状体核沉入玻璃体腔或不能植入人工晶状体,又可避免囊膜染色剂对角膜内皮产生毒性。

因此,巩膜隧道切口囊外白内障摘出术不但具有超声乳化白内障吸除手术的优点^[2],而且还具有更加广泛的适用性和安全性,学习曲线短,是初学白内障手术者的首选;医疗资源投入和成本消耗少,远视力与超声乳化白内障吸出术者无显著差异,值得在基层医院推广。

参 考 文 献

- [1] 朱丽萍,张正才,孙涛.小切口非超声乳化白内障摘除人工晶状体植入术疗效观察[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2006,6(6):378.
- [2] 何伟,徐铃,张欣.适合中国国情的非超声小切口囊外白内障摘除术[J].中国实用眼科杂志,2005,23(2):121-123.

(收稿日期 2009-02-06)

(本文编辑 周勤芳)

作者单位:贵州省福泉市第一人民医院眼科 福泉 550500

通讯作者:王华华(E-mail:67061143@qq.com)