

而达到早期诊断及治疗的双目的^[5]。蔡铁圈^[6]报道 CO₂激光治疗宫颈糜烂一次性治愈率80.36%，本组资料一次性治愈率为96.49%。Leep刀的疗效显著高于 CO₂激光治疗效果。

LEEP刀治疗宫颈糜烂有以下优点：(1)可以达到传统电刀达不到的非常精细的手术效果。(2)很少发生传统电刀所造成的组织拉扯、炭化的现象，对周围组织伤害小。(3)疼痛减轻，留下瘢痕的机会小，出血和感染概率少。(4)没有电流通过身体的危险。(5)电极板不需涂电极膏，不会有烧伤的危险。(6)手术时间短，平均3~5 min，操作简单，无痛，花费少，仅用局部麻醉。故较传统的电熨、冷冻及激光有明显优势，患者易于接受，因而是治疗的理想方法，适合基层医疗机构推广使用。

操作中的几点体会：一定要注意保护阴道壁，避免阴道壁灼伤；有生育要求的，不应伸入宫颈管过深，以免破坏其生理功能；熨平切割边缘时，不宜烧

灼过深过久，以免脱痂时出血过多。

参考文献

- [1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 1746-1755, 2497.
- [2] 顾美皎. 妇女保健学[M]. 北京: 科学出版社, 1997: 246.
- [3] Huang LW, Hwang JL. A comparison between loop electro-surgical excision procedure and cold knife conization for treatment of cervical dysplasia; residual disease in a subsequent hysterectomy specimen [J]. Gynecol Oncol, 1999, 73(1): 12-15.
- [4] 单思群, 施鑫锋, 王鸣鸣, 等. 干扰素栓剂联合宫颈电圈切除术治疗宫颈糜烂疗效观察[J]. 中国基层医药, 2007, 14(9): 1549.
- [5] 芮永. 高频电切治疗宫颈病变50例的报告[J]. 中国基层医药, 2008, 15(9): 1531.
- [6] 蔡铁圈. Nd:YAG激光与 CO₂激光治疗宫颈糜烂疗效比较[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25(3): 191-192.

(收稿日期: 2009-05-10)

· 临床研究 ·

后发性白内障 56 例临床分析

尹江波

(山东临沂市妇幼保健院眼科, 276000)

[中图分类号] R776.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1672-6790(2009)04-0423-02

后发性白内障是白内障术后视力经一段时间的稳定期后又逐步回降，裂隙灯下见其后囊混浊，是白内障术后最常见的晚期并发症，发生率为25%~50%^[1]，是影响术后视力重建的主要原因，已引起临床医生的关注。总结我院2004年1月至2008年12月后发障56例，试对其防、治措施做一探讨，现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 56例后发障中，男20例，女36例；年龄3~78岁；视力：光感~数指11例，0.02~0.2者34例；0.25~0.3者11例。白内障术后到治疗时间：1~7年。

1.2 治疗方法 对29例串珠样型者行Nd:YAG激光治疗，对27例增生明显的纤维化型者行后囊切除术。

2 结果

所有病例1周后复查视力均有不同程度提高：0.1~0.3者9例，0.3~0.5者18例，0.6~0.8者24例，1.0者5例。其中49例恢复到未发生后发障时的视力。

3 讨论

后发障的发生是一个相当复杂的机体损伤的修复反应，与多种因素有关，如手术创伤、残留的晶体上皮细胞及皮质、血-房水屏障破坏、组织排异反应及机体的免疫反应等，植入的人工晶体位置、材料、设计等。

3.1 发生机制 目前认为，白内障术后残留的晶状体上皮细胞纤维化生并部分向后囊中心区移入，同时合成并分泌多种纤维性胶原使后囊膜纤维化、皱缩，且纤维蛋白的沉积也为细胞增殖、移行起了支架作用，是无晶体眼及人工晶体眼术后发生后发障的主要原因。按形态将后发障可分为3类：(1)纤维

化型,(2)Elschnig 珍珠型,(3)Soemmering 环。

3.2 临床分级 根据后囊浑浊的程度分为3级:1级:轻度浑浊,眼底可见;2级:中度浑浊,眼底部分可见;3级:重度浑浊,眼底完全不可见。

3.3 术中预防 我们的经验是:手术操作及人工晶体材料与设计均会对后发障的形成造成影响,临床实践中发现,对于晶体皮质清除彻底、环形撕囊及囊袋内植入人工晶体的病例,后发障发生率明显降低,其原因有以下几点:

3.3.1 手术中轻柔操作,加强水分离、彻底清除晶体皮质 术中精确操作,尽量减少器械进出前房次数以减轻炎性渗出;充分水分离能缩短手术时间,提高手术安全性及皮质清除率,有助于清除赤道部上皮细胞,尤其是12点钟的,从而可减低后发障产生,是一种切实可行的低廉、快捷的防止后囊混浊发生的方法^[2]。

3.3.2 环形撕囊及人工晶体囊袋内植入 连续环形撕囊使超声乳化得以在囊袋内进行,减少对周围组织损伤,边缘光滑、完整,有利于进行充分的水分离,同时相对减少受损上皮细胞的数量;环形撕囊口有很强的抗撕裂能力及很大的延伸度,IOL 囊袋内植入,与周围组织不发生任何关系,炎症反应减轻,从而降低后发障的发生率,撕囊口的大小以较 IOL 视部略小为佳,它可使囊袋得到较大的扩张并形成一个有效的近似密闭的屏障,阻止细胞移行和 Elschnig 珍珠样小体的形成以降低后囊混浊的发生率,理想的大小以其边缘覆盖 IOL 视部 0.5 mm 为佳^[3]。

3.3.3 IOL 材料及设计 我院近年使用的改良 J 型祥 IOL 及经肝素处理的 PMMA 型 IOL 植入后,后发障发生较少。研究认为方型、尖锐的光学部边缘使 IOL 与后囊包裹紧密,可在囊上形成非连续的囊状弯曲,防止上皮细胞的移行,当皮质消除不充分时,可对残留的 LEC 发挥最大限度的阻抑作用,而成为防止后发障形成的第二道防线。经肝素处理的 PMMA 型 IOL 植入后,肝素可通过共价结合到 PMMA,从而包被在人工晶体表面,使其从原来的疏水性变为亲水性,从而预防色素、炎症细胞和纤维在人工晶体视部附着,并能减少术后炎症反应,抑制成纤维细胞生长和晶体上皮细胞增生;组织纤溶酶原激活物使纤维蛋白降解成可溶性物质,从而减少晶体囊上纤维蛋白的沉积以减轻后囊浑浊,尤其适合代谢性白内障如糖尿病性白内障。

3.4 治疗

3.4.1 激光治疗 Nd:YAG 激光后囊膜切开:原理

为被击射的靶组织在短暂的一瞬间吸收了高强度的激光功率密度,产生的局限性震激波引起的光爆破击穿作用,在其焦点处形成了电离效应,即等离子体区,并进而迅速膨胀导致组织产生了微型原子爆破的机械效应,从而达到切割或破碎组织的目的^[3]。我们采用单脉冲,根据后囊混浊程度,激光能量选择 0.8~4.0 mJ 之间,激光点数在数点至数十点,尽可能使用最低能量、最少点数,散瞳后沿瞳孔正中后将混浊后囊切开,再沿孔缘用蚕蚀的方法逐渐向外扩大,至孔径 2.5~3 mm。对于串珠样型者效果较好,但对纤维化型者能量过大会损伤人工晶体,能量小则不能击透,因此只能采用手术。术后眼压升高发生率较高,但多为一过性,多在 24~48 h 内恢复正常,常规应用噻吗心安眼液局部点眼 2 d,复查眼压。其次可能会发生人工晶体损伤、虹膜炎、虹膜出血及视网膜脱离等并发症。人工晶体损伤多由于能量过大所致,可用最低能量分次进行,或焦点后移以避免;出血多由于焦点过于后移有关,因此,控制好焦点位置是关键。

3.4.2 后囊切除术 适用于纤维化型后囊增生较厚者,注入粘弹剂抛光后囊后,以截囊针呈水平划开后囊约 3 mm 直径,分别在其两端向下呈等边三角形以囊膜剪剪除后囊,27 例中 3 例玻璃体前界膜破裂,同时行前段玻璃体切割。术后也会出现眼压升高、虹膜炎等并发症,注意术中精细操作,术后常规应用抗生素、激素局部点眼。可有效恢复视轴区透明,效果确切。

总之,随着现代复明手术的发展,后发障已成为白内障术后晚期最常见并发症,Nd:YAG 激光治疗病人易接受,但仅适应于串珠型者,且仍可能复发;后囊切除术效果确切,不易复发,适应于所有类型患者,不失为一种较好的治疗方法。通过术中加强水分离、彻底清除皮质,准确地环形撕囊及人工晶体囊袋内植入和改进人工晶体材料与设计可以明显降低后发障的发生,因此,预防才是关键。

参考文献

[1] 王宁,夏小平.老年性白内障术后后发障的影响因素分析[J].新医学,2008,39(3):167-169.
[2] 姚克.复杂白内障手术学[M].北京:北京科学技术出版社,2004:239-241.
[3] 陈瑞红.后发性白内障的认识和防治[J].眼外伤职业眼病杂志,2002,24(4):478.

(收稿日期:2009-05-24)