

冠根比例的失调。修复体颈缘与同名牙不对称,与邻牙不协调,而且这种牙龈切除术结合牙槽骨修整术还会引起患牙及邻牙牙周组织的丧失。这种方法对于后牙的修复尚可考虑,对于前牙来讲,必将破坏美观。因此采用正畸进行根牵引术不仅可以重建患牙的牙龈生物学宽度,为患牙牙周组织健康提供保障,同时由于其不会增加患牙的切缘到龈缘距离,更有利于美观,这对于前牙修复体将更加有利。

3.3 患牙预备时应注意以下几个问题:桩核冠唇颊轴面的制备应伸入龈缘下 1 mm 左右,制备肩台,要求核桩冠制备时应将边缘尽量置于牙体组织上,应在核桩材料根方边缘和全冠边缘至少保留 1~2 mm 的牙体,以形成紧箍结构,提高牙体的抗折强度,保证根桩与临床冠的比例 > 1:1,这样修复后患牙才能符合生物力学原则,降低咬合创伤。但断根较深者,经正畸根牵引术后,临床牙根与牙冠的比例有时 < 1:1,因此在牵引根向外移动时,长度应控制在 3 mm 左右,否则将造成冠根比例的严重失调。此类患牙在修复时,应当适当调整,必要时可考虑加入健康邻牙,进行联冠修复。

3.4 正畸牵引牙根要使用轻力:采用正畸根牵引术时,适当的牵引力是治疗成功的保证,在正畸过程中,

首先要控制好支抗,不能因为患牙的冠方运动而导致邻牙位置的改变。牵引力应小于 100 g,应以每月移动 1 mm 左右的距离来进行调整力量,牵引到位后要保持 2 个月左右的时间,并进行部分牙龈形态的修整,使软组织形态更加协调。正畸过程中,以片段弓技术为宜,粘结托槽和弯制弓丝以不改变邻牙位置和咬合关系为原则。有学者认为正畸牵引后将会有所复发,笔者经临床观察,没有发现此种现象,这可能与保持时间有关。

我们认为,对于冠折达龈下的前牙,采用正畸冠向牵引牙根结合修复的方法,不仅可以维护牙周健康,而且可以更加有利于美观效果,因此是一种目前较好地治疗前牙严重冠折的方法。

参考文献

[1] 谢黎. 前牙牙体缺损达龈下的桩冠修复[J]. 临床口腔医学杂志, 2000, 16(2): 118.
 [2] Felipe LA, Monteiro SJr, Vieira LC, et al. Reestablishing biologic width with forced eruption [J]. Quintessence Int, 2003, 34(10): 733.
 [3] 曹采方. 牙周病学[M]. 2 版, 北京: 人民卫生出版社, 2003: 7.
 (收稿日期: 2009-04-11)
 (本文编辑: 马艳丽)

并发性白内障人工晶状体手术的临床应用

陈雅

(河南省驻马店市第一人民医院眼科, 驻马店 463000)

【摘要】 目的 探讨并发性白内障摘除人工晶状体植入术的手术方法和临床疗效。方法 采用小切口非超声乳化白内障摘除人工晶状体植入术治疗并发性白内障 45 例(52 眼)。随访 6~12 个月, 平均 9.5 个月。结果 术后最佳矫正视力 ≥ 1.0 者 13 眼(25.01%), ≥ 0.5 者 34 眼(65.39%)。术后瞳孔形状均基本圆形。无严重并发症发生。结论 并发性白内障人工晶体植入术手术复杂, 手术方式的选择、病例筛选、手术时机以及并发症的处理等是手术治疗的关键因素。

【关键词】 并发性白内障; 小切口; 人工晶状体

我院自 2004 年 2 月至 2008 年 6 月治疗小瞳孔白内障 45 例(52 眼), 取得满意效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 本组 45 例(52 眼)中男 27 例(32 眼), 女 18 例(20 眼); 年龄 45~75 岁, 平均 60.5 岁。原发病: 葡萄膜炎 22 例(24 眼), 青光眼 23 例(28 眼)。所有病例均有不同程度的虹膜后粘连。术前视力: 光感~0.02 者 15 眼(28.85%), 0.04~0.08 者 28 眼(53.85%), 0.1~0.15 者 9 眼(17.30%), 光定位及色觉检查均正常。术前眼压在 21 mm Hg(2.79 kPa) 以下。术后随访 6~12 个月, 平均 9.6 个月。

1.2 手术方法:

1.2.1 术前处理: 术前 3 d 术眼局部滴 0.05% 氯霉素滴眼液每日 6 次。对于合并糖尿病、高血压、心肌缺血以及心律不齐者均经内科治疗至病情稳定, 必要时手术中给予低流量吸氧以及心电监护。术前 30 min 复方托品酰胺滴眼液滴眼 4 次, 肌肉注射止血敏注射液 0.25 g。

1.2.2 手术步骤: 常规消毒, 铺无菌巾。球周麻醉(2%利多卡因注射液与 0.75%布比卡因注射液等比混和液 2 ml)。对于睑裂较小者缝上直肌牵引缝线固定。术眼眼裂较小者剪开术眼外眦角 1~2 mm。对于瞳孔较小者在 6 点钟近角膜缘球结膜下注射 0.1% 肾上腺素与 1% 阿托品等比混合液 0.1~0.2 ml。

在上方 10 点~2 点位之间沿角膜缘剪开球结膜, 做以穹隆部为基底的结膜瓣, 烧灼止血。采用直线形角巩缘隧道切口, 外口中点距角膜缘 1~1.5 mm, 内口位于透明角膜内 1 mm, 外口长约 6 mm, 内口大于外口。常规采用 9 点透明角膜辅助切口。单纯钝性分离成功解决虹膜后粘连, 效果不佳时联合剪切瞳孔膜或虹膜后粘连。5 号针头自制截囊针开罐式截囊或连续环形撕囊。水化分离后, 注入粘弹剂旋转晶状体核至前房, 晶状体圈匙娩核, 注吸针清除皮质。前房注入粘弹剂并植入后房式 PMMA 人工晶状体。置换前房粘弹剂。对于切口闭合较差者 10-0 尼龙线缝合 1~2 针。术毕, 上方球结膜瓣下注射庆大霉素 2 万 U、地塞米松 2.5 mg。单眼包扎。

1.2.3 手术后处理: 术后常规给予抗炎抗感染治疗。术后第 1、2 天分别结膜下注射庆大霉素及地塞米松。术后第 3 天开放点眼, 妥布霉素地塞米松滴眼液每日 8 次, 逐渐减量; 吲哚美辛滴眼液每日 4 次, 复方托品酰胺滴眼液每日 1 次, 共连续用药 6 周。

2 结果

2.1 术后视力: 最佳矫正视力 < 0.1 者 4 眼 (7.69%), 0.1~0.4 者 14 眼 (26.92%), 0.5~0.8 者 21 眼 (40.38%), ≥1.0 者 13 眼 (25.01%)。

2.2 并发症: ①术中前房小量出血 3 眼 (5.77%), 不影响手术操作, 术后给予云南白药胶囊口服, 1~2 d 后完全吸收。②术中后囊破裂 2 眼 (3.84%), 均植入人工晶状体。③中度角膜水肿 5 眼 (9.61%), 1 周内恢复。④巩膜隧道切口外口暴露 1 眼 (1.92%), 切口无渗漏, 未做特殊处理, 2 周内被结膜上皮覆盖。⑤葡萄膜炎反应 2 眼 (3.85%), 对症处理 1~2 周内消退, 引起虹膜后粘连 1 眼。⑥后发性白内障 1 眼 (1.92%), 术后 6 个月行 Nd:YAG 激光后囊截开术视力恢复为 0.3。

2.3 术后瞳孔形状均基本圆形, 瞳孔直径在 2~4 mm 之间。无严重并发症的发生。

3 讨论

并发性白内障人工晶状体手术, 因手术复杂、术后并发症多, 而给手术造成很多困难。特别是伴有严重虹膜后粘连的小瞳孔并发性白内障的手术治疗会引起术后多种并发症^[1-2]的发生。本组病例根据患者具体病情, 特别是根据瞳孔的情况、晶体核的硬度以及囊膜的处理情况分别采取不同的手术方法^[3]。术后最佳矫正视力 ≥0.1 者 48 眼 (92.31%), ≥0.5 者 34 眼 (65.38%); 较术前视力 ≥0.1 者 9 眼 (17.30%) 明显提高。术后无严重并发症的发生。

并发性白内障手术对小瞳孔和虹膜后粘连的处理

方法有: 药物散瞳、前房注入足量粘弹剂、钝性分离、虹膜放射状剪开以及虹膜拉钩的使用等^[4-6]。本文对于对于瞳孔较小者在 6 点钟近角膜缘球结膜下注射 0.1% 肾上腺素与 1% 阿托品等比混合液 0.1~0.2 ml, 术中采用单纯钝性分离虹膜后粘连或对效果不佳时联合剪切瞳孔膜或虹膜后粘连的方法, 较好地解决了小瞳孔对手术的影响。手术并发症有术中前房小量出血 3 眼 (5.77%), 术中后囊破裂 2 眼 (3.84%), 中度角膜水肿 5 眼 (9.61%), 葡萄膜炎反应 2 眼 (3.85%), 后发性白内障 1 眼 (1.92%), 与相关报道^[7-8]相比发生率相近或较低, 可见本组采用手术方法简单有效、损伤较小。

小切口非超声乳化白内障摘除人工晶状体植入术治疗并发性白内障的体会: ①术前对患者病情应有详细的了解, 并根据病情制定手术方式, 以解决粘连的虹膜和小瞳孔对手术的影响^[9]。②对小瞳孔下特别是伴有严重虹膜后粘连的并发性白内障的手术常见并发症^[10]有充分的了解, 并制定具体对策。③由于小瞳孔下操作 12 点钟虹膜后方皮质较难吸出, 可以从 3、6 点钟辅助切口吸出 12 点钟皮质。④本组病例手术复杂, 术后视力恢复情况因人而异, 应在术前向患者及其家属讲明, 使其对疾病的预后能有客观的认识, 防止医疗纠纷的发生。

参考文献

- [1] 张振顺. 粘连性小瞳孔白内障手术方法探讨[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2001, 23(5): 536-537.
- [2] 姚克, 姜节凯, 杜新华, 等. 粘连小瞳孔的白内障囊外摘除及人工晶状体植入术[J]. 中华眼科杂志, 1996, 32(5): 333-335.
- [3] 张效房, 吕勇, 马静, 等. 介绍一种小切口非超声乳化人工晶状体植入术[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2000, 22(5): 501-502.
- [4] Dick HB, Schwann O, Krummenauer F, et al. Inflammation after sclerocorneal versus clear corneal tunnel phacoemulsification [J]. Ophthalmology, 2000, 107(3): 241-247.
- [5] 陈俊洪, 庄冰玲. 超声乳化白内障摘除术治疗葡萄膜炎合并白内障的疗效观察[J]. 实用医学杂志, 2007, 23(4): 563-564.
- [6] 张宏文, 杨春燕, 段阳. 小瞳孔虹膜后超声乳化人工晶状体植入术[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2002, 24(4): 401-402.
- [7] 陈刚, 侯习武. 严重虹膜后粘连的并发性白内障摘出人工晶状体植入术[J]. 眼科研究, 1999, 17(5): 388-390.
- [8] 杨西强, 宁琦峰. 直线形小切口非超声乳化人工晶状体植入术的临床应用[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2000, 22(2): 176-177.
- [9] 杨明明. 葡萄膜炎并发性白内障的手术摘出[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2004, 26(2): 131-132.
- [10] 何守志. 白内障及其现代手术治疗[M]. 北京: 人民军医出版社, 1993: 166-174.

(收稿日期: 2009-05-13)

(本文编辑: 牛荣)