

小切口囊袋内钩刀劈核在白内障手术中的临床应用

幸宜春 刘玮 胡明生

[摘要] 目的 探讨应用劈核钩及刀进行囊袋内劈核的小切口白内障摘除人工晶体植入术临床应用效果。方法 对72例72眼老年性白内障患者施行小切口囊袋内钩、刀劈核白内障摘除人工晶体植入术,分析术中并发症,并随访术后1d、1周和3个月的裸眼视力情况。结果 术后1d裸眼视力 ≥ 0.5 者40眼(55.6%),术后1周裸眼视力 ≥ 0.5 者52眼(72.2%),术后3个月裸眼视力 ≥ 0.5 者61眼(84.7%)。结论 小切口囊袋内钩、刀劈核白内障摘除人工晶体植入术,安全有效,适合在基层医院开展,尤其适合在防盲治盲工作中推广应用。

[关键词] 劈核钩、刀;囊袋内;小切口;白内障

[中图分类号] R776.1

白内障是我国最主要的致盲眼病,随着社会人口老龄化的发展,白内障的人数将年增加,但由于医疗水平及个人经济能力的所限,还不能全面普及白内障超声乳化人工晶体植入术,基层医院的眼科工作者期望选择一种既安全有效又经济实惠的白内障手术方法。我们于2007年10月~2008年10月,在残联组织的光明行动中,开展了小切口囊袋内钩、刀劈核白内障囊外摘除人工晶体植入术,取得了良好的效果,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者72例(72眼),其中男32例,女40例;年龄51~76岁,平均年龄65.4岁。术前视力光感-0.1。术前行常规眼科检查、眼科A/B超、角膜曲率、人工晶体度数测量、血常规、血糖、心电图等检查。手术后常规视力、裂隙灯、眼底等检查。术后随访3个月。

1.2 手术方法 采用1%丁卡因表面麻醉及2%利多卡因球后阻滞麻醉。不作结膜切口,用3.2mm三角形隧道穿刺刀在上方距角膜缘后约1mm处穿刺入1/2板层,在到达透明角膜内1mm时,再斜行穿入前房,做成2.75mm的隧道切口;注入粘弹剂,在2:30位用150刀做侧切口;主切口伸入截囊针连续环形撕囊,直径约6.0~6.5mm;左手持劈核钩(超乳辅助钩),从侧切口进入轻压晶体核中部,使晶体核上方的赤道部微上翘,主切口伸入劈核刀,于囊袋内晶体核赤道部的12点方向刺入,左手将钩钩住6点位晶体核的赤道部,然后双手同步用力,左手持钩由6点向12点方向用力,右手持刀从12点向6点方向用力,作钩劈动作,钩与刀在中心相遇后向两侧作分开动作,将核劈开成两瓣;用5.5mm刀将切口扩大内口略大于外口;前房及其中一核瓣后注入粘弹剂,使

核脱离在前房中;用小圈匙掏出该核瓣,再次注入粘弹剂使另瓣核悬于前房中。同法掏出另瓣核。注吸皮质;注入粘弹剂后植入后房型人工晶体于囊袋中;吸出粘弹剂,检查切口有无渗漏,切口密闭不良的可间断缝合1针;结膜下注射庆大霉素1万u,地塞米松2mg,结膜囊涂红霉素眼膏,单眼包盖。

2 结果

2.1 术后视力 术后1d裸眼视力 ≥ 0.5 者40眼(55.6%),术后1周裸眼视力 ≥ 0.5 者52眼(72.2%),术后3个月裸眼视力 ≥ 0.5 者61眼(84.7%)。

2.2 术中术后并发症 术中后囊破裂2眼,术中虹膜脱出3眼,虹膜损伤1眼,术中前房出血1眼。术后角膜水肿33眼,1周内消退31眼,无角膜内皮失代偿、眼内炎等严重并发症发生。

3 讨论

手术是目前治疗白内障唯一有效的方法^[1],近年来小切口非超声乳化白内障摘除手术在基层医院广泛开展,大多数是将核浮核在前房,在前房对核进行处理^[2]。但在前房操作离角膜近,易引起角膜水肿,严重的引起角膜失代偿,甚至失明。而囊袋内钩刀劈核使操作空间增大,并且双进路的手术操作有利于维持前房密闭性和稳定性,双手法将核碎为两瓣,分次圈出核,切口小组织损伤小,修复快,角膜散光小,视力恢复快。

我们的经验是,术中角膜切口隧道要长些,过短易使虹膜脱出;截囊要略大6.0~6.5mm,避免劈核时钩破囊膜;水分离要充分,要使核完全松动;劈核前注入足量粘弹剂以免损伤角膜内皮;劈核时刺入约4mm左右,不要过深,钩刀在行程中不要向下用力,以防损伤后囊膜;左右手同步协调运动,尽量一次劈核成功;圈核时要注意不能损伤角膜内皮及后囊膜。

超乳联合前房角成形术与小梁切除术治疗原发性闭角型青光眼的疗效比较

彭晓琍 赵成

[摘要] 目的 比较超声乳化联合前房角成形术与小梁切除术治疗原发性闭角型青光眼(PACG)合并白内障的临床疗效。方法 将 PACG 合并白内障患者 70 例(70 眼),随机分成两组(各 35 例),分别行超声乳化联合前房角成形术与小梁切除术。术后随访 6 个月。结果 术后两组眼压均较术前降低,视力提高,前房深度增加,但超乳组更加显著。结论 超声乳化联合前房角成形术较小梁切除术,可有效治疗 PACG 合并白内障。

[关键词] 超声乳化;前房角成形术;小梁切除术;原发性闭角型青光眼

[中图分类号] R775.2

原发性闭角型青光眼(PACG)是由于房角关闭、房水不能排出引起眼压升高,导致视神经损害及功能障碍的眼病,其中瞳孔阻滞是主要原因^[1]。PACG 发病年龄多在 40 岁以上,常合并不同程度的晶状体混浊。近年来,国内外报道晶状体摘除对治疗 PACG 具有很好的疗效,可减少手术风险及并发症,因此,我们分别采用超声乳化联合前房角成形术以及小梁切除术,治疗 PACG 合并白内障的 70 例患者,现将临床疗效报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 1998 年 1 月~2009 年 1 月在我科住院的 PACG 患者 70 例(70 眼),男 32 例,女 38 例;年龄 54~83 岁,平均年龄 73.1 岁。其中急性 56 例,慢性 14 例,均有不同程度的晶状体混浊;晶状体核硬度按 LOCS 分级法为 III~V 级。随机分成超乳组和小梁组(每组 35 例)。术后随访时间为术后 6 个月。

1.2 手术方法

术前局部或全身应用降眼压药物,尽量控制眼压。

1.2.1 超乳组 术前散瞳,表面麻醉。于 9:00 位透明角膜缘作辅助切口,12:00 位作隧道式透明角膜切口。常规超声乳化。前房内注入粘弹剂钝性分离房角,以破坏周边前粘连,可见房角加宽。植入后房型折叠性 IOL,并吸出粘弹剂。

1.2.2 小梁组 结膜下麻醉,作以角巩膜缘为基底的结膜瓣,并作以角巩膜缘为基底的 4×5mm 巩膜瓣,虹膜根部造口,切除 1×2mm 小梁组织,剪除相应虹膜。巩膜瓣顶部缝合,两侧预置可调整缝线。

1.3 统计学方法 应用 SPSS 13.0 统计分析软件,手术前后眼压、视力、中央前房深度、用药情况比较采用 *t* 检验;周边前房深度、房角比较采用 χ^2 检验,均以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

术后两组眼压均较术前降低,视力提高,中央及周边前房深度增加,前房角增宽,抗青光眼药物数量减少,超乳组更加显著($P < 0.05$),差异具有统计学意义。见表 1~3。

表 1 两组手术前后眼压、视力、中央前房深度、用药情况的比较

		眼压 (mmHg)	视力	中央前房深 度(mm)	用药情况
超乳组	术前	48.7±4.5	0.18±0.15	1.64±0.32	2.13±1.17
	术后	14.6±2.3	0.45±0.18	3.16±0.53	0.14±0.25
小梁组	术前	46.6±4.2	0.19±0.17	1.75±0.28	2.08±1.32
	术后	16.3±2.8	0.21±0.15	1.94±0.36	1.21±0.54

表 2 两组手术前后周边前房深度的比较

		<1/4CT	1/4CT	1/4~1/2CT	1/2~1CT	>1CT
超乳组	术前	21	14	0	0	0
	术后	2	4	16	11	2
小梁组	术前	18	15	2	0	0
	术后	15	12	5	3	0

作者单位:330003 南昌,南昌大学第四附属医院眼科

小切口囊袋内钩刀劈核白内障摘除人工晶体植入术,具有手术时间短,切口小、损伤小、角膜散光小,视力提高快的优点,是一种治疗白内障安全、有效、简便、价廉的手术方法,适用于基层医院和防盲治盲工作。

参考文献

- [1] 何伟,徐旺,张欣.适合中国国情的非超乳小切口囊外白内障摘除术.中国实用眼科杂志,2005,23(2):121
- [2] 张世华,蔡树泓,水压娩核小切口白内障囊外摘出术眼科新进展,2008,28(7):527

(收稿日期 2009-06-02)