

巩膜缝线固定后房型人工晶状体植入术

蒋新华 王亚明 蒋萍

我科行巩膜缝线固定后房型人工晶状体植入术 27 例, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料 我科对 2005 年 1 月至 2007 年 12 月收治行巩膜缝线固定后房型人工晶状体植入术患者 27 例, 其中男性 15 例, 女性 12 例; 年龄 20 ~ 78 岁。一期植入人工晶状体 21 例, 其中外伤性白内障 4 例, 外伤引起晶状体悬韧带离断 4 例, 小切口非超声乳化白内障摘出术中后囊膜破裂 8 例、悬韧带离断 2 例, 超声乳化术中后囊膜破裂 2 例, 马凡综合征 1 例; 二期植入人工晶状体 6 例, 其中 2 例为外伤性白内障摘出与前段玻璃体切割术后, 4 例为白内障摘出与前段玻璃体切割术后。术前裸眼视力 0.05 以下者 16 例, 0.05 ~ 0.1 者 6 例, ≥ 0.2 者为 5 例。

1.2 方法 在表面麻醉和球周麻醉下, 11 ~ 2 点钟与 8 点钟处作以穹隆部为基底的结膜瓣, 在 2 点与 8 点处角巩膜缘后 2 mm 处作底向角膜的三角形半层巩膜瓣, 上方角巩膜缘后 1 mm 处作宽约 6.5 mm 的反眉状巩膜隧道切口, 内切口至角膜内 1 mm 处, 先作 3.2 mm 内切口, 植入人工晶状体时再扩大内切口。并在巩膜瓣下, 角巩膜缘后 1 ~ 1.5 mm 处用 10-0 聚丙烯线固定人工晶状体的二襻在睫状沟。对有部分囊膜残留者, 可只固定一个襻, 而另一个襻有残留囊膜支撑; 上方作宽约 6.5 mm 的反眉状巩膜隧道切口, 植入人工晶状体, 调整缝线松紧后在巩膜瓣下固定; 缝合主切口与巩膜瓣, 前房注入卡巴胆碱缩瞳后置换黏弹剂, 球旁注射地塞米松 2.5 mg; 术后局部或全身应用糖皮质激素、抗生素等。术后观察 2 ~ 3 个月。

2 结果

术后 1 个月, 矫正视力 < 0.1 者 3 例, 0.1 ~ 0.2 者 3 例, 0.3 ~ 0.5 者 12 例, 0.6 ~ 0.8 者 7 例, > 0.8 者 2 例。

术后并发症: 前房积血 1 例, 3 d 内吸收; 玻璃体内少量积血 2 例, 1 个月内吸收; 角膜轻度水肿 6 例, 1 周内恢复; 人工晶状体位置不正 4 例; 术前均有不同程度前葡萄膜炎, 用药后逐渐好转; 人工晶状体表面渗出膜 2 例, 1 例经应用大剂量激素后 1 周内吸收, 另 1 例行 YAG 激光治疗后好转。术后未发现人工晶状体脱位、夹持、线结外露、眼内容炎等。

3 讨论

在后囊膜不完整, 晶状体悬韧带离断或失去囊袋的病例中, 可行巩膜缝线固定后房型人工晶状体植入术, 也可植入前

房型人工晶状体。近年来前房型人工晶状体的改进, 尤其放置虹膜夹型前房人工晶状体安全可靠, 效果尚佳, 但测量要精确, 需加做虹膜周边切除。巩膜缝线固定后房型人工晶状体植入术符合生理状态, 视力改善也较满意, 同时避免了部分前房型人工晶状体引起的角膜内皮与房角损伤的风险, 为患者提供了一种可靠的固定方法, 常能获得良好效果^[1]。眼科医师可根据具体情况选择使用。

本组患者术后角膜水肿不明显, 主要是由于采用巩膜隧道切口, 而且切口相对较长, 自闭性好, 在植入人工晶状体前不扩大内切口, 术中充分应用黏弹剂加深前房, 扩大操作空间, 稳定前房, 故虽眼内操作较多, 但对角膜内皮细胞损伤较少, 术后角膜反应小。术中用带聚丙烯线的针作眼内穿刺时可能引起出血, 表现为前房或玻璃体积血^[2]。本组 2 例玻璃体积血患者均为外伤性白内障有睫状体损伤者, 而且均在皮下注射针头穿刺处出血, 故一方面考虑睫状体损伤者由于睫状体充血而易出血, 另一方面皮下注射针头相对 10-0 聚丙烯线上的长针粗且容易损伤血管出血。故缝线方法有多种, 根据手术者的习惯, 用弯针或直针, 固定方位亦有多种。一般由虹膜后方探及“睫状沟”位置, 向巩膜处穿刺, 较为安全, 但有出血等并发症。由巩膜外向眼内进针, 较为盲目, 上方用针头“引导”更无必要, 应尽量避免, 可以弯针直接由内向外缝合, 相对安全, 出血少。

人工晶状体双襻均位于睫状沟后则人工晶状体位置正。但据报道^[3], 通过超声生物显微镜观察 32 例缝线固定后房型人工晶状体植入术后病例, 仅 37.5% 的患者双襻位于睫状沟, 62.5% 患者的襻位于虹膜背后、睫状体冠部、睫状体扁平部甚至玻璃体腔内, 但观察到位置异常对视力预后影响并不明显。对有部分前囊膜残留者, 仅固定一个襻, 另一个襻让残留的前囊膜固定, 这样人工晶状体不会倾斜, 因为人工晶状体的固定是由一个点与一个平面固定, 术后患者视觉效果较好。另外, 双侧缝线松紧适度可避免人工晶状体倾斜与偏心。葡萄膜炎反应与术中前房操作较多、对虹膜睫状体刺激大有关, 与缝线及人工晶状体襻对睫状体的刺激亦有关。故本文主张对于外伤性白内障, 除单纯角膜与晶体损伤者, 建议二期植入巩膜缝线固定后房型人工晶状体, 避免发生严重的葡萄膜炎反应。

参考文献

- [1] 邹玉平, 林振德, 冯波, 等. 小切口二期后房型人工晶体双襻缝线固定术[J]. 中华眼科杂志, 2002, 38(10): 633-635.
- [2] 王文吉. 白内障摘除手术并发症的处理[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2002, 2(2): 69-72.
- [3] 罗怡, 卢奕, 杨晋, 等. 巩膜缝线固定后房型人工晶体位置与视力预后关系[J]. 中华眼科杂志, 2008, 44(4): 279-300.

(收稿日期 2009-03-04)

(本文编辑 周勤芳)