

· 论著简报 ·

人工晶状体植入术后迟发性葡萄膜炎分析

薛丽霞

小切口非超声乳化白内障摘除联合人工晶状体植入术是目前基层医院治疗白内障较为普及及有效的方法。迟发性葡萄膜炎是术后一种严重并发症,对患者术后视力构成威胁。为探讨其发病机制及相关影响因素,特对我院近年来人工晶状体植入术后发生迟发性葡萄膜炎的 20 例(20 只眼)的临床资料进行回顾性总结分析,现报告如下。

一、资料与方法

1. 一般资料:我院近 2 年来完成小切口非超声乳化白内障摘除联合人工晶状体植入术 590 例,发生迟发性葡萄膜炎 20 例(20 只眼),发生率为 3.4%;其中男性 9 例,女性 11 例;年龄 44~80 岁,平均 64 岁。合并糖尿病 9 只眼,合并高血压病 4 只眼,合并类风湿病 6 只眼。20 例患者术前均排除青光眼、虹膜睫状体炎及过敏性眼病史。

2. 手术方法:所有病例均行小切口非超声乳化白内障摘除术,手术过程顺利,术中无后囊膜破裂等并发症。选择宇宙聚丙烯丙烯酸酯材料的人工晶状体,术后恢复过程良好。常规口服抗生素 3 d,局部滴糖皮质激素滴眼液及抗生素滴眼液 1 个月,门诊定期复查。

3. 发病特点:所有患者术后 5~7 d 眼部反应基本消失,1 周视力 0.3~0.5 者 8 只眼,0.5~1.0 者 12 只眼。角膜透明,前房闪辉(-),瞳孔对光反应灵敏,人工晶状体位居中,表面无色素沉着。发生迟发性葡萄膜炎多在术后 2 周至 2 个月。其中 4 只眼为农民患者,回去后未按医嘱用药;1 只眼不慎被其孙儿手碰伤;3 只眼因用药方法不对,对眼球过度施压;2 只眼因过度用眼,其余 10 只眼无明显诱因。患者自述均有不同程度的视力下降,轻者伴有畏光流泪及异物感,重者还伴眼痛,不能睁眼,眼睑红肿。眼部检查视力均有下降,甚至只有眼前指数;球结膜充血,眼球压痛,角膜后 KP(+~+++++)房水闪辉(+~+++++),严重的见前房絮状渗出物,甚至在瞳孔区形成渗出膜,虹膜后粘连,人工晶状体表面有色素颗粒或渗出膜。其中有 2 只眼 B 超示玻璃体混浊。

4. 治疗:诊断后立即给予复方托吡卡胺滴眼液,每 5 min 1 次,共 3~5 次,尽快把瞳孔拉开,以后用 1% 阿托品滴眼液滴眼 1~2 次/天,早期复方妥布霉素滴眼液及双氯芬酸钠滴眼液交替均为 8 次/天。根据病情逐渐减量,全身可口服消炎痛 25 mg 每天 3 次,重症者可静脉给地塞米松 10 mg/天,1~3 d 停药,对 2 只眼类风湿病合并玻璃体混浊者,早期给地塞米松 3 mg/天,半球后注射连续 3 次,后改强的松口服,逐渐减量,尽量不全身用药,以局部用药为主,用药的原

则:早期、足量、慢减,不能停药过早,密切观察。

二、结果

经上述综合治疗后,17 只眼炎症在 1~2 周内控制,前房渗出物及人工晶状体前膜完全吸收,房水闪辉消失,视力基本恢复至术后一周水平。2 只眼玻璃体混浊者,全身用药后 1 个月基本消失,强的松渐减维持 3 个月后停药,有 1 只眼因发病后 1 周形成瞳孔膜闭继发性青光眼才来就诊,立即给予地塞米松 2.5 mg + 尿激酶 1500 u 结膜下注射每日 1 次,同时给降眼压治疗,3 d 后机化膜变薄行 YAG 激光解除阻滞,之后又给散瞳、激素、热敷治疗,1 个月机化膜才完全消散。

本组病例 20 只眼,伴有全身并发症者共有 19 只眼(占 95%),单纯性白内障 1 只眼(占 5%),两者比较呈显著性差异($P < 0.05$)。

本组病例中有 10 只眼发病前可查到明显诱因,其中 4 例(4 只眼)农民患者用药不规范,未按时用药;3 只眼点药时对眼球过度施压,点药方法不对;2 只眼长时间看电视,过度用眼;1 只眼不慎被碰伤。

另外,本病对糖皮质激素治疗敏感,经积极治疗后,所有病例术后随访 1 年,无 1 例复发。

三、讨论

白内障摘除人工晶状体植入术后迟发性葡萄膜炎的发生率为 0.65%~7.5% 不等,多数在 2.4~2.8% 之间^[1,2],术后 2~8 周为高发时期。人工晶状体植入术后早期的前房炎性细胞反应和晶状体前炎症性渗出是由手术创伤和异物刺激引起的,一般经药物治疗可在术后 1 周内逐渐减退或消失^[2]。而迟发性葡萄膜炎反应却发生在上述早期炎症消退后,多数学者认为本病的发病机制与术后早期炎症反应不同,是一种由免疫复合物介导的变态反应。由于术后眼内残留的少量晶状体皮质缓慢释放到房水中,形成可溶性抗原,与因手术机械破坏血-房水屏障而进入眼内的抗体相结合,形成可溶性抗原抗体复合物。此种复合物达到一定浓度,同时机体的免疫功能紊乱时既诱发急性葡萄膜炎,而不是由晶状体皮质抗原引起的直接免疫学反应^[3]。迟发性葡萄膜炎的发生与个体因素有关,多发生在伴有全身疾病如糖尿病、高血压、风湿病者可能由于自身免疫功能障碍、血管通透性增加而引发。本组病例合并全身并发症,占总病例数 95%,这表明伴有全身病患者的发生率高。本组有 3 只眼发生在术后用药方法不对,对眼球过度施压,2 只眼发生在早期过度用眼,1 只眼发生在碰伤后,说明术后短期内无论术眼局部还是全身状况均处于抵抗力低下的免疫敏感期,此时的眼部负担和体力上的劳累都可以成为该病的相关诱发因素。

本病对皮质类固醇激素治疗敏感,只要诊断、处理及时,一般预后较好,激素的治疗原则是:早期足量、病情控制后不可马上停药,需缓慢减量,因白内障患者多为高龄老年人,且常伴有高血压、糖尿病、心脏病等全身并发症,故激素以局部用药为主,采用频繁点眼或强的松龙结膜下注射,对于难于控制、较重的迟发性葡萄膜炎,采用局部治疗配合糖皮质激素全身短期冲击疗法。对纤维渗出较多已形成渗出膜瞳孔膜闭,加用尿激酶 1500 u、地塞米松 2.5 mg 结膜下注射,每日 1 次,以促使纤维膜消散,因尿激酶能直接激活纤溶酶原转变为纤溶酶,加速纤维蛋白、酶蛋白、血红蛋白的分解,溶解渗出物。本组所有病例均在局部散瞳、热敷、激素等积极治疗下控制了病情,视力除 1 例外,均恢复到发病前水平或有所提高,无一例留有后遗症。

迟发性葡萄膜炎是术后一种严重的并发症,对患者术后视力构成严重威胁。在临床工作中如何避免其发生就显得尤为重要,综合有关研究结果,提出以下几点预防建议:(1)术前严格掌握适应症、控制原发病,如有糖尿病,空腹血糖需控制在 8 mmol/l 以下,最好控制在 7 mmol/l 以下,方可手术;对于高血压患者待血压稳定 2 d 后再进行手术;风湿病

选非活动期手术,对于糖尿病双眼白内障,第 2 只眼的手术时间间隔应在 3 个月以上为宜。(2)术中尽量避免刺激和损伤虹膜,保持前房的稳定性,尽可能彻底抽净晶状体皮质,减少皮质抗原的残留,植入晶状体前对人工晶状体充分冲洗,手术尽量作到快、稳、轻,避免粗暴及反复进入前房。(3)术后局部激素不可过早停药,逐渐减量,持续最好在 4 周以上,出院时一定给患者讲明局部用药的重要性及正确的滴眼液方法。(4)术后 3 个月内注意休息,避免过度劳累和过度用眼,避免外伤,强调术后要按时复诊的重要性,尽量降低术后发生率。

参考文献

- [1] 刘金星,陈国岭,陈玉浩.人工晶状体术后迟发性葡萄膜炎.眼外伤职业眼病杂志,2001,23:40-41.
- [2] 谢位倍,董晓光,杨雪萍,等.人工晶状体植入术后迟发性葡萄膜炎(附 8 例报告).中国实用眼科杂志,1995,13:123-124.
- [3] 杨朝忠.人工晶状体免疫学研究的探讨.国外医学·眼科学分册,1978,11:264-267.

(收稿:2009-02-16)

· 消 息 ·

《眼内异物的定位与摘出》一书出版

由张效房教授主编的《眼内异物的定位与摘出》于 2009 年 2 月由科学出版社出版发行,本书是一部介绍眼内异物定位和摘出方法的专著。全书共 35 万字,插图近 300 幅。分别介绍了眼内异物的流行病学分类和预防,以及眼内异物病理、生理和生化;眼内异物的诊断原则、临床诊断、影像学诊断和定位方法;眼内异物伤的治疗原则、各种眼内异物摘出的方法;眼内异物的并发症及其防治、眼内异物伤的视力预后、眼内异物误诊和手术失败原因分析;角膜和结膜异物、眼睑和泪道异物,以及眼眶异物的诊断和治疗等内容,可供广大眼科医生及研究生参考。

各地新华书店及医学专业店有售,定价 78.00 元。邮购电话:010-64034601,64019031,地址:100717 北京市东黄城根北街 16 号 科学出版社温晓萍(请在汇款附言注明您购书的书名、册数、联系电话、是否要发票等)。

《非穿透青光眼手术》一书出版

由北京同仁医院王宁利教授、李美玉教授主编的《非穿透青光眼手术》一书于 2009 年 2 月由科学出版社出版发行,非穿透青光眼手术是青光眼手术治疗史上的一大进步。近年来,国内外专家、学者在这类手术上经过多年的实践和总结,对这类手术有了正确的认识。本书共 20 章,包括各种非穿透青光眼手术的相关基础研究成果及手术原理、手术方法、适应症、并发症和术后处理等内容,此外,还介绍了一些专家、学者临床实践的体会和对这类手术的争论与共识。本书采用图文并茂的方式编写,文中插入了大量手术过程中的彩色照片和三维模式图,以及有关手术适应症、并发症的彩色图片,有利于读者更好地理解 and 掌握这一术式。本书不仅适用于青光眼专科医师,而且可供广大眼科医生及研究生参考。

各地新华书店及医学专业店有售,定价 118.00 元。邮购电话:010-64034601,64019031,地址:100717 北京市东黄城根北街 16 号 科学出版社温晓萍(请在汇款附言注明您购书的书名、册数、联系电话、是否要发票等)