

三联手术治疗外伤性晶状体半脱位继发性青光眼的临床研究

路俊霞

(河南省南阳市中心医院眼科,河南 南阳 473000)

摘要: 目的 探讨青光眼小梁切除术+白内障超声乳化人工晶体植入术+前部玻璃体切除术治疗外伤性晶状体半脱位继发性青光眼的治疗效果。方法 回顾性分析 32 例外伤性晶状体半脱位继发性青光眼的患者行青光眼小梁切除术+白内障超声乳化术人工晶体植入术+前部玻璃体切除术治疗的临床资料和手术方法。结果 所有患者术后随访 6 月~2 年,结果显示效果满意。结论 对外伤性晶状体半脱位继发性青光眼的患者行青光眼小梁切除术+白内障超声乳化人工晶体植入术+前部玻璃体切除术治疗效果良好,是治疗难治性青光眼的有效手术方法之一。

关键词: 晶状体半脱位;继发性青光眼;手术治疗

继发性青光眼是外伤性晶状体脱位的严重并发症之一;当出现继发性青光眼时,使病情复杂,治疗棘手,成为眼外伤后影响视力预后的重要因素,是一种严重致盲的眼病。我院 2002 年 9 月~2007 年 12 月对 32 例 32 眼外伤性晶状体半脱位继发性青光眼患者行青光眼小梁切除术+白内障超声乳化术人工晶体植入术+前部玻璃体切除术治疗,术后眼压控制良好。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组病例 32 例 32 眼,男性 18 例,女性 14 例。年龄 17~63 岁,平均 45.4 岁。右眼 20 例,左眼 12 例。受伤至就诊时间 8h~10 年。受伤原因:钝器击伤 10 例,玻璃瓶炸伤 8 例,鞭炮炸伤 5 例,拳击伤 3 例;打火机爆炸 2 例,电池爆炸伤 2 例,病因不详 2 例。治疗前眼压 28~70mmHg,平均 42.46 mmHg。治疗前视力:手动/眼前 5 例,指数/20cm~0.04 7 例,0.04~0.1 10 例,0.1~0.3 8 例,0.3~0.5 2 例。

术前并发症有:白内障 25 例,瞳孔散大 12 例,虹膜根部离断 10 例,前房积血 6 例,浅前房 3 例,虹膜震颤 1 例。

本组所有患者接诊后均行视力检查、非接触式眼压计测量眼压、裂隙灯、眼底镜、视野检查,前房角镜检查房角,临床诊断为外伤性晶状体半脱位继发性青光眼。

1.2 方法

本组所有患者均经静推 20%甘露醇液,局部点噻吗洛尔眼药水,派立明眼药水,口服尼目司克片,用药后眼压控制不理想,保守治疗 3~7d 后行手术治疗。

采用球后麻醉,一般选择上方象限施行小梁切除术。作以穹窿为基底的结膜瓣,做 3mm×4mm 梯形巩膜瓣,1/2 或 1/3 巩膜厚,在鼻侧做透明角膜预置切口,在颞侧做透明角膜隧

道切口,进入前房,注入粘弹剂,撕囊镊撕囊,超声乳化晶体核,吸净晶体皮质,囊袋内注入粘弹剂,植入后房型人工晶体,若悬韧带断裂或后囊不能支撑人工晶体,可植入张力环支撑或植入前房型人工晶体;在后囊膜中央切一小口,切除前部玻璃体,吸除粘弹剂,保持前房深度,密闭切口;用含有 0.4g/L 丝裂霉素 C(MMC)的棉片在结膜瓣下放置 3~5min,然后用 100ml 生理盐水冲洗,切除 1.5mm×2mm 包括小梁组织的深层角巩膜条,在小梁切口处做全层周边虹膜切除,梯形巩膜瓣两角采用可调节松解缝线缝合,线头留在穹窿部的结膜囊内。根据前房深浅情况从角膜侧切口注水恢复前房深度,严密缝合结膜瓣。结膜瓣稍向前移,包盖部分透明角膜,以防术后结膜后退发生滤过泡漏水。术后典必殊眼药水点眼。根据情况散或不散瞳孔。术后发现滤过不畅,眼压大于 15mmHg 时及时抽取 1 根或 2 根可调节缝线。如术后眼压不大于 15mmHg,延迟至术后 3 周抽取外露的可调节缝线。术后尽量不按摩眼球;以防人工晶体脱位。

2 结果

本组 32 例患者,随访 6 月~2 年,30 例患者术后眼压均降至正常范围,效果满意;2 例需用药物辅助治疗,眼压降至正常。所有患者视力均有提高,其中<0.3 3 例,0.3~0.5 9 例,0.5~0.8 15 例,0.8~1.0 5 例。视野无进行性损伤。

3 讨论

外伤性晶状体脱位包括晶状体半脱位和全脱位(前房或玻璃体)。

晶状体半脱位后引起的青光眼常见的原因有:①前倾的晶状体压迫虹膜向前发生虹膜周边前粘连,出现继发性闭角型青光眼;②玻璃体嵌顿在瞳孔,可发生瞳孔阻带性青光眼;③房角损伤眼挫伤可能导致房角小梁网炎症、水肿、变性、房角后退、色素大量脱失,使房水排出通道机械性阻塞;

④脱位的晶状体对虹膜睫状体的机械刺激引起神经血管反射,影响房水循环^[2]。

外伤性晶状体半脱位患者,脱位轻,眼压不很高,自觉症状不明显,容易漏诊。传统上对半脱位之晶状体常需角膜缘大切口,施行囊内摘除。但由于切口大,术后散光明显;术中不可避免损伤角膜内皮,影响术后视力;术中极易造成玻璃体大量丢失,加大视网膜脱离的几率。

本术式有以下优点:①术中可较彻底切除脱位之玻璃体,解除瞳孔阻滞,降低眼压;②术中可防止大量玻璃体流失,降低视网膜脱离的发生率;③术中采用较为简单的小梁切除术,解决了继发性青光眼的問題^[3];④一期采用囊袋张力环植入

人工晶状体,术后视力恢复迅速;⑤丝裂霉素 C(MMC)为一种抗代谢药,可抑制成纤维母细胞的增生;在滤过手术中应用 MMC 可减少瘢痕形成,提高难治性青光眼的手术成功率;⑥同期三联手术,花费低廉,有效减轻患者治疗负担。

参考文献:

- [1] 周文炳.临床青光眼[M].北京:人民卫生出版社,2000,228.
- [2] 周以浙.继发性青光眼[M].北京:人民卫生出版社,1988.103-105.
- [3] 张玉环,韩振俊,初宪华.挫伤性晶状体脱位合并青光眼的手术治疗[J].眼外伤职业眼病杂志.2003,25(12):825-826.

编辑/任鸿兰

产房实施整体护理的临床意义

周春霞

(湖北省潜江市江汉油田总医院五七分院妇产科,湖北 潜江 433121)

摘要:目的 探讨在产房开展整体护理对提高产科质量的作用。方法 对我院 2008 年 1 月至 2009 年 1 月 630 例分娩的产妇产时开展整体护理,从产程时间、分娩方式、新生儿窒息、产后出血、产妇满意率进行了对比统计分析。结果 开展持续性心理支持分娩组产程时间明显缩短,自然分娩率增高($X^2=5.54, P<0.05$),而手术产、新生儿窒息、产后出血均显著降低($X^2=14.77, P<0.01$),产妇满意率明显提高。结论 在产时实施整体护理有利于产程顺利进行,提高了生产质量,降低了产妇并发症。

关键词: 产程;整体护理

分娩是妇女一生中的大事,由于分娩时存在一些不适和不测,很多产妇都对分娩感到焦虑、恐惧,这种不良情绪将会引起产房内环境的紊乱,影响产妇对产程的耐受性,进而影响分娩的结果^[1]。为了减轻产妇对分娩的焦虑恐惧,帮助其树立自然分娩的信心,以最佳身心状态应对分娩,我科于 2008 年 1 月至 2009 年 1 月对 630 例产妇开展产房整体护理,并与 2007 年 1 月至 12 月 510 例一般护理分娩者比较,现将结果分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2008 年 1 月~2009 年 1 月开展产房整体护理后分娩的产妇 630 例作为试验组。选择 2007 年 1 月~2007 年 12 月 510 例一般护理分娩的产妇作为对照组;2 组均为足月妊娠(孕周 37 周~41 周),单胎头位,初产妇,骨盆测量正常,无明显的头盆不称,无妊娠合并症及并发症者。

1.2 方法

对照组采用一般护理,试验组进行产房整体护理,包括分娩前心理评估、健康教育,分娩时的全程陪伴及分娩后回访。

1.2.1 分娩前评估宣教 ①产妇入院后,即由助产士主动自我介绍,了解产妇的心理活动、对分娩的顾虑和心理需要,全面评估产妇的身心状况和对分娩的认识程度,评估家庭成员的心理反应和支持态度,针对他们提出的问题做好解释工作;②介绍分娩的过程及各产程所需要的时间,分娩过程中的医疗保健服务措施;③讲述自然分娩的好处,使准妈妈认识到分娩是一个自然的生理现象;④讲解害怕-紧张-疼痛的因果关系,良好的情绪能提高对疼痛的耐受性,示范讲解调整呼吸、肌肉放松、按压腰骶部、按摩腹部等减痛技术;⑤介绍丈夫参与到产程中的积极意义,鼓励丈夫陪产;⑥介绍分娩时需要准备的物品;⑦助产士根据收集的资料,制订科学、详细的产时护理计划。

1.2.2 分娩时全程陪伴 ①待产室、分娩室环境温馨、安静,室温一般控制在 22~26℃,湿度 55%左右。②产妇有规律性宫缩,宫口开大 2cm~3cm 入待产室,由 1 名专门培训的助产士实行全程陪护,陪护的助产士应主动与产妇及家属交流,