

的绝对禁忌证^[2]。但随着子宫增大,手术时间、术中出血量也逐渐增加,当子宫大于 14 孕周后上述两项指标则成显著性增加^[2]。我们施行“上”型水压法非脱垂大子宫经阴道切除术已三年,其中子宫超过 12 孕周大小者 163 例,均成功施行阴式全子宫切除术,成功率达 100%。手术时间、术中出血量、术后体温恢复正常时间及住院时间三组之间相比,均无明显差异($P > 0.05$)。基本无手术并发症发生。

经阴子宫全切除术(TVH)中子宫大小与手术难度间存在一定的相关性。随着子宫增大,手术时间有所增加,术中出血量相应增多,术中出血量与子宫大小成正相关^[2]。同时术后阴道排液时间、术后发热时间及住院时间相应延长。主要是因为 TVH 采用阴道内前壁入路进腹时,多采用宫颈阴道部半环形切口,即自膀胱宫颈附着处半环形切开宫颈阴道部,钝性分离膀胱宫颈间隙上推膀胱至返折腹膜处然后剪开腹膜翻出子宫。该术式有以下缺点:①子宫长轴为纵形,阴道切口为横形。外翻子宫时往往受横切口的限制,尤其宫体较大时,手术不能顺利进行,手术时间相应延长,术中出血增多。②宫颈阴道部半环形切口长度受宫颈宽度的限制,不能再扩大。当子宫大于 12 孕周时外翻子宫易向两侧撕延切口,从而损伤子宫血管甚至输尿管。③手术切口小,视野不清晰,分离阴道前壁及上推膀胱时极易造成膀胱侧窝出血,使术中出血量明显加大。④新式非脱垂阴式子宫切除术^[3]虽然扩大了手术适应证,但随着子宫增大,并未明显减少手术时间和术中出

血量^[2]。“上”型水压法经阴子宫切除术则是将阴道内前壁进腹入路由宫颈部半环形切口改为“上”型切口,该术式有以下优点:①当切口需要延长时可向尿道下沟方向延长,总长度可达 8~10 cm。适用于子宫较大的患者。②膀胱侧窝出血时难以止血,这是传统术式引起术中出血的主要原因之一。该术式使手术在非常清晰的视野中进行。于阴道壁及膀胱之间的筋膜间隙、膀胱与宫颈之间注入 0.1% 盐酸肾上腺素稀释液适量,以利于阴道壁及上推膀胱,而且几乎无出血。并能缩短分离阴道前壁及上推膀胱时间,减少了脏器损伤及出血机会,节省手术时间。③若外翻子宫时,切口撕延多沿原切口纵向延长,因而不会损伤子宫血管及输尿管。④将硬膜外麻醉改为硬膜外麻醉加腰麻,有利于盆底韧带肌肉松弛,外翻子宫时较单纯硬膜外麻醉容易。

本文结果显示,“上”型水压法经阴切除术拓宽了手术适应证,对非脱垂大子宫小于 16 孕周患者施行“上”型水压法经阴切除术,与传统 TVH 相比,既不会明显延长手术时间,也不会显著增加术中出血量,是非脱垂大子宫经阴切除术较为理想的术式。

参考文献

- [1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 第二版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 2091.
- [2] 陈龙, 柳晓春, 谢庆煌. 644 例非脱垂大子宫经阴道切除临床总结分析[J]. 实用妇产科杂志, 2004, 20(6): 360-361.
- [3] 柳晓春, 郭小玲, 谢庆煌. 新式非脱垂子宫经阴道切除术[J]. 中华妇产科杂志, 2000, 35(3): 186-187.

(编辑 薛峰)

小切口白内障手术后囊膜破裂时人工晶状体植入的术式探讨

赵爱国

(费县人民医院, 山东费县 273400)

中图分类号: R 776.1

文献标识码: B

文章编号: 1674-0947(2009)03-0197-02

关键词: 小切口白内障; 后囊膜破裂; 人工晶状体; 植入术式

小切口白内障摘除及人工晶状体植入是近年来新兴的一种白内障手术,它具有切口小、损伤轻、术

后反应小,伤口可以不缝合、愈合快、住院时间短或不住院及视力恢复效果好等优点。采用后房型人工晶状体植入保持了眼内解剖结构的完整性,更接近眼球的结点,因此可使像差减少到最低程度且很少发生瞳孔阻滞等并发症,另外它能使玻璃体更加稳固,因此可使视力得以提高,为最佳首选术式。但是在术中发生后囊膜破裂的情况下,因植入前房型人工晶状体常会出现许多并发症,不同的医生尝试了不同的方法植入后房型人工晶状体^[1]。我院采取睫

作者简介: 赵爱国(1968-),男,山东省费县人,1990年毕业于临沂医专,主治医师,现从事眼科临床及研究工作,已发表论文 8 篇。

收稿日期: 2009-05-12

状沟后房型人工晶状体植入作为首选方法,收到满意效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院2001年10月~2008年10月共行小切口白内障手术及人工晶状体植入450例(456只眼),其中28只眼在后囊膜破裂时行I期后房型人工晶状体睫状沟固定,男21例,女7例;年龄60~89岁,平均71岁。白内障类别:老年性18只眼,并发性9只眼,外伤性1只眼,合并小梁切除、角膜移植、术前有晶状体脱位者排除在外。术者均作眼B超检查,人工晶状体度数测量。

1.2 手术方法 采用瑞士-莱卡手术显微镜。美国产-欧式硬性人工晶状体,粘弹剂为其胜。双眼作球周或表面麻醉,常规开睑,庆大霉素冲洗结膜囊,上直肌牵引缝线,在颞上角膜缘剪开球结膜,巩膜面热灼止血。距角膜缘后2 mm做反眉状巩膜隧道切口,并向前小心潜行分离达透明角膜内1 mm,用穿刺刀于4点处透明角膜作侧切口,并向前房内注入粘弹剂。用3.2 mm刀从巩膜隧道穿刺进入前房,并扩大内口至6 mm。撕囊镊连续环形撕囊或截囊,直径约6 mm左右,水分离,使核松动游离,伸入晶状体调位钩转核入前房。于前房及晶状体核后注入粘弹剂,上方伸入圈套器于核下,侧切口伸入劈核刀,双手法切核将核碎为两半,再分别圈套娩出。如为软核,可直接圈套娩出,残留皮质用双腔管注吸针头从主切口或侧切口吸出,上方皮质从侧切口注吸可良好维持前房;如为黏稠核可利用侧切口注入冲洗液利用水压,将核从上方巩膜切口娩出。前房及囊袋中注入粘弹剂,人工晶状体植入囊袋内。术中发现有后囊膜破裂28只眼,21只眼发生在劈核过程中,7只眼发生在注吸时,7只眼做前段玻璃体切割,其余双手法做手工玻璃体切除。注入粘弹剂,全部睫状沟植入后房型人工晶状体,用1:2卡巴可缩瞳至瞳孔正圆,缩小居中,切口不缝线或缝合1针,埋藏线结^[2]。术毕结膜下注射庆大霉素、地塞米松针各1支。

2 结果

28例(28只眼)术后随访6~12个月,视力最佳1.0,最差0.1。0.5以上者23只眼,占82.14%,其中视力0.5以下者多为高度近视伴有老年黄斑病变者。术中未发现有晶状体核落入玻璃体腔的严重并发症。术后一过性高眼压6只眼,5只眼经服用乙

酞挫胺、静滴20%甘露醇后眼压正常。1只眼36 h眼压持续升高,伴角膜混浊水肿,即行残留粘弹剂吸除后眼压正常。

角膜水肿均于1周内消退。未见明显瞳孔移位、晶状体偏心等并发症。

3 讨论

术中发生后囊膜破裂是一种较难处理的并发症,早期发现是保证顺利地植入后房型人工晶状体的关键。若手术过程中突然发现前房加深,晶状体核自发性移位而变得很难控制,后囊膜平面出现异常反光,则应警惕后囊膜破裂,此时不要盲目操作,避免破口扩大,及时发现并用粘弹剂堵塞,以低流量灌注尽可能去除残留皮质,并远离破口处操作。如果有大部分核及皮质存在,需作前段玻璃体切割、切除残留核质。

通过尸眼研究认为,晶状体攀埋没于睫状沟内提供了后房型人工晶状体的很好稳定性,睫状体的宽度也可以防止IOL向后脱落、移位,后囊膜的完整并不是后房型人工晶状体植入的绝对要求。把后房型人工晶状体植入睫状沟,靠环形撕囊后的前囊膜依托,支撑稳定安全。植入后房型人工晶状体于睫状沟后,需前房内注入少量缩瞳剂卡米可林,发现瞳孔不圆整时需继续切除前房内及人工晶状体表面玻璃体,至瞳孔变圆居中。对采用睫状沟内固定者,可选择光学直径6 mm或6.5 mm,总长度为13 mm或13.5 mm的PMMA人工晶状体,后囊膜破损小于1个象限较为安全,若缺损范围在1/2至3/4之间时,选择单针巩膜缝线固定后房型人工晶状体植入术,缺损范围大于3个象限时,选择双针巩膜缝线固定后房型人工晶状体植入术^[3]。

总之,术中发生后囊膜破裂的情况下,因植入后房型人工晶状体常会出现许多并发症,谨慎的选择适当的术式是提高病人有用视力的保证,我们采取睫状沟后房型人工晶状体植入作为首选方法,并获得满意的手术效果。

参考文献

- [1] 惠延年,郝燕生.无晶体囊支持的后房型人工晶状体缝线固定术[J].国外医学·眼科学分册,1992,20(2):257.
- [2] 黄红深.白内障超声乳化术中后囊膜破损一期人工晶状体植入[J].中国实用眼科杂志,2000,30(5):785.
- [3] 姬亚洲,宋书华.人工晶状体睫状沟缝线固定联合瞳孔成型术[J].中国实用眼科杂志,2003,39(6):50.

(编辑 闫家阁)