

doi:10.3969/j.issn.1004-3101.2009.04.027

# 硬核白内障小切口摘除联合人工晶状体植入术

黄华东\*

(齐河县人民医院眼科,山东 德州 251100)

**[摘要]** **目的** 探讨硬核白内障小切口非超声乳化摘除人工晶状体植入术的疗效及并发症。**方法** 68 例(68 只眼)硬核白内障通过 6mm 小切口用劈核器碎核摘除联合人工晶状体植入(简称非超乳组);随机抽取 32 只眼白内障超声乳化摘除人工晶状体植入(简称超乳组)作为对照组。**结果** 术后 1 周视力 $\geq 0.5$ ,非超乳组 50 只眼(78.09%),超乳组 26 只眼(81.25%),两组差异无显著性( $P > 0.05$ ),两组均采用巩膜隧道切口,术后散光均较小。**结论** 硬核白内障用劈核器碎核摘除人工晶状体植入术创伤小、技术难度小、费用低、并发症少、视力恢复好。

**[关键词]** 白内障;硬核;切口;晶状体;人工

**[中图分类号]** R 776.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1004-3101(2009)04-0311-02

白内障超声乳化术在国内大中城市已广泛开展,却很难在基层单位推广,寻找一种经济、快捷、创伤小、并发症少、视力恢复快的手术方式,成为眼科医生探讨的课题。我院自 2004 年起开展小切口非超声乳化白内障摘除术,2005 年 10 月开始对 IV ~ V 级硬核白内障采用小切口劈核器碎核摘除联合人工晶状体植入术(简称非超乳组)进行了临床效果观察,并与白内障超声乳化联合人工晶状体植入术(简称超乳组)进行了对比,现报告如下。

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 2005 年 10 月 ~ 2007 年 12 月,我院共进行了白内障手术 464 例(552 只眼)。其中 IV ~ V 级硬核白内障小切口摘除联合 PMMA 后房型人工晶状体植入术 68 只眼。患者年龄 57 ~ 91 岁,平均年龄 68 岁。老年白内障 61 只眼;原发性白内障 7 只眼。术前视力光感至眼前手动 20cm,1m 光定位红绿色均正常。术前常规检查眼球 B 超、眼压、角膜曲率、生物值,复方托吡酰胺散瞳检查,白内障核的分级选择 IV ~ V 级硬核作为研究对象,随机抽取同期白内障超声乳化吸除人工晶体植入术 32 只眼作为对照组。所有患者均植入爱尔康生产的 PMMA 后房型人工晶体,光学部直径 6mm。手术器材为白内障囊外摘除常规器械及劈核器舌状注水圈匙。

**1.2 手术方法** 术前准备、麻醉按常规白内障摘除手

术进行,间歇压迫降压 5min。沿角膜缘剪开上方结膜 100°,向后分离筋膜,暴露宽约 3mm 的巩膜,烧灼止血。在角膜缘后 1.5mm,巩膜 1/2 反眉形切开 6mm,并在同一巩膜板层向前分离做巩膜隧道达透明角膜 0.5mm,平行虹膜面穿刺隧道内口 1mm 达前房。连续环形撕囊,充分水分离,使晶体核与后囊膜分离,并浮于囊袋口上,调整隧道切口,内口大于外口<sup>[1]</sup>。隧道内注入少量粘弹剂,前房注入足量粘弹剂,晶状体核下注入适量粘弹剂(透明质酸钠或 2% 甲基纤维素)。劈核器闭合式进入前房,当接近上缘时稍张开并轻压切口后唇,向前缓慢移动劈核器,晶状体核随着粘弹剂少量外流,恰巧置于劈核器托板与切核刀之间,当晶状体核下缘达到劈核器内时,微微用力晶状体核就可劈为两瓣<sup>[1]</sup>。前房内及晶状体核下再次补充粘弹剂,在粘弹剂保护下用舌状注水圈匙将两瓣核分别娩出,清除残留皮质,植入后房型人工晶体。前房维持良好反眉形切口可不缝合,前房维持欠佳,可缝合 1 ~ 2 针,上方球结膜下注射庆大霉素 2 万 u 加地塞米松 2.5mg,结膜瓣不需要缝合。

## 2 结果

本组统计资料有 100 只眼,术后 1 周视力 $\geq 0.5$ 者 50 只眼,对照组 28 只眼;视力 $< 0.5$ 者 13 只眼,对照组 4 只眼,两组差异无显著性( $P > 0.05$ )。

术后 1 周角膜散光度:本组与对照组术后 1 周角

\* [作者简介] 黄华东(1969 年 ~),男(汉族),山东省齐河县人,副主任医师,学士学位。主要研究方向:白内障。

膜散光度差异无显著性,最大散光度  $< 2.5D$ ,两者均采用隧道式切口,术后散光度均较小。

术中主要并发症为后囊膜破裂。本组在术中采用连续环形撕囊,可减少水分离及娩核造成后囊膜破裂的风险。术后主要并发症:角膜内皮水肿,本组 12 例,超乳组 8 例,均在 1 周内恢复透明;前房纤维素性炎症反应,本组 4 例,其中 3 例为并发性白内障,超乳组 3 例,局部使用激素后炎症反应消除,无一例发生创口漏、前房消失、前房出血等并发症,只有 1 例后囊膜破裂瞳孔轻度上移,其余 62 例瞳孔均圆。

### 3 讨论

3.1 晶体核分类为 V 级,其中 IV ~ V 级晶状体核完全混浊,呈白色、棕色或黑色,这两类晶状体核硬度较大,不易超声乳化,易产生手术并发症。我院选择这种硬核白内障做小切口摘除联合后房型人工晶体植入术,手术不需要特殊器械,ExactEtch 眼科手术刀即可完成隧道切口,巩膜隧道必须在同一巩膜板层,内口达到透明角膜至少 0.5mm,这样形成活瓣,维持较好的前房,不损伤房角结构,虹膜不易脱出,可减少虹膜损伤。此术式有超声乳化白内障的优点,克服了超声乳化术价格昂贵,技术难度大的缺点,适宜基层防盲、治盲需要。

3.2 巩膜反眉形切口,切口离角膜最近 1.5mm,巩膜

切口 6mm,减少了术后散光的机会。术中连续环形撕囊,充分水分离、层间分离,是防止后囊膜破裂的重要步骤。隧道内少量使用粘弹剂,可减少隧道阻力;前房足量使用粘弹剂防止角膜内皮损伤,晶体核下适量使用粘弹剂,减少后囊破裂机会。本组 3 例后囊破裂,角膜内皮混浊水肿均与粘弹剂使用不当有关,劈核器在前房狭小的空间操作,容易产生并发症,如虹膜损伤、角膜内皮损伤、后囊膜破裂,操作应细心谨慎。

3.3 因此,该术式采用巩膜切口,术后散光明显减轻,视力恢复较快,与超乳组比较差异无显著性。手术切口越靠近角膜顶点,手术操作对中央角膜弯曲度的影响越大,引起术后散光度越大,越远离角膜,对角膜散光度影响越小<sup>[2]</sup>,本组病例也证明了这一论点。该术式无需其它的辅助穿刺切口,减少了角膜损伤,有时间短、术后反应轻、恢复快等优点。适宜在基层医院推广。

### [参考文献]

- [1] 林振德.小切口白内障手术学[M].北京:人民卫生出版社,2002:190.  
[2] 李绍珍.眼科手术学[M].北京:人民卫生出版社,2002:440.

[收稿日期] 2008-12-03

doi:10.3969/j.issn.1004-3101.2009.04.028

## 急性胆源性胰腺炎 32 例治疗体会

张兆杰\*

(潍坊市妇幼保健院普外科,山东 潍坊 261011)

[关键词] 胆源性胰腺炎,急性;胆石症;外科,手术

[中图分类号] R 657.5<sup>+</sup>1

[文献标识码] B

[文章编号] 1004-3101(2009)04-0312-02

急性胆源性胰腺炎(acute biliary pancreatitis, ABP)是指因胆道疾病引起的急性胰腺炎,这里的胆道疾病包括胆石症、胆道感染、胆道蛔虫、胆道出血、胰胆管回流异常及 Oddi 括约肌功能紊乱等,其中以胆石症最为常见。胆源性胰腺炎占急性胰腺炎的比例在 50% 以上,其所占急性重症胰腺炎(SAP)的比例在

80% 左右<sup>[1]</sup>。该病是临床上常见的急腹症之一,病情变化快,病死率可高达 20% ~ 30%<sup>[2]</sup>。我院自 2005 年 1 月 ~ 2009 年 1 月收治 60 岁以上老年胆源性胰腺炎患者 32 例,通过临床的综合治疗,取得满意效果,现总结报告如下。

\* [作者简介] 张兆杰(1955 年~),男(汉族),山东省昌邑市人,副主任医师,学士学位。主要研究方向:临床普通外科学。