

前房型人工晶状体在白内障手术中的应用

王道芸, 李海燕, 黄莉

作者单位: (618400) 中国四川省什邡市人民医院五官科
作者简介: 王道芸, 女, 副主任医师, 主任, 研究方向: 眼科临床。
通讯作者: 王道芸. daoyunw. 960211@163. com
收稿日期: 2009-09-15 修回日期: 2009-11-27

王道芸, 李海燕, 黄莉. 前房型人工晶状体在白内障手术中的应用. 国际眼科杂志 2010; 10(1): 191

0 引言

我科从 2004-06/2008-05 在白内障摘除术后开展新型弹性开放前房型人工晶状体 (IOL) 植入 15 例, 取得了良好效果, 现报告如下。

1 临床资料

本组资料 15 例 15 眼, 男 6 例, 女 9 例, 右眼 7 例, 左眼 8 例, 年龄 51 ~ 88 岁, 其中 6 例白内障囊外摘除术后中囊膜破裂玻璃体脱出, 2 例术前充分散瞳发现悬韧带断离范围较大晶状体不全脱位 (其中 1 例是高度近视眼), 2 例外伤后晶状体全脱位 (其中 1 例全脱位于前房并继发青光眼), 5 例为多年前行白内障囊内摘除术的无晶状体眼。按常规白内障手术步骤行球周麻醉后开睑, 作巩膜隧道或角巩膜缘切口, 撕囊、水分离及水分层、娩核、注吸晶状体皮质, 发现后囊膜破裂范围较大伴玻璃体脱出并考虑不能行后房型 IOL 植入时, 剪切去除切口及瞳孔区脱出的玻璃体及残余晶状体囊膜, 前房内注入“卡巴胆碱注射液 (即卡米可林)”, 将散大的瞳孔缩小并至圆形, 虹膜平坦后, 巩膜切口处及前房内注入透明质酸钠, 按 SRK II 公式计算出的后房型 IOL 度数减去 +3.00 ~ +4.00D, 选择新型弹性开放前房型 IOL, 沿切口顺滑植入前房, 光学部位于瞳孔区, 先将下襞植入对侧的前房角, 然后轻轻向外上方牵拉切口处的巩膜瓣, 使上襞完全进入前房角, 以免上襞脱出切口导致 IOL 位置不正及切口愈合不佳, 作虹膜根部切除预防瞳孔阻滞型青光眼的发作, 置换出透明质酸钠, 用 10-0 尼龙线缝合切口, 结膜下注射抗菌药物, 典必殊眼膏包扎。2 例晶状体不全脱位但悬韧带断离范围较大, 手术方式同上; 另 2 例晶状体脱位于前房者术前用毛果芸香碱眼液缩瞳, 麻醉及手术切口同前 (切口稍大些), 在前房及晶状体后方注入透明质酸钠, 晶状体注水圈匙完整取出晶状体, 余手术步骤同上述; 另 5 例多年前作白内障囊内摘除的无晶状体眼患者, 因为瞳孔直径约 3mm, 故术前不散瞳不缩瞳, 手术步骤同前。需要注意术中尽量不要在前房内转动 IOL, 以减少晶状体襞对前房角组织的损伤^[1], 减少出血、青光眼等并发症的发生。

2 结果

所有 15 例均顺利植入前房型 IOL, 术后炎症反应基本同后房型 IOL, 未发生葡萄膜炎、及眼内压升高等并发症。早期开展该手术的 4 例术后角膜水肿较明显, 用药

3d 后减轻; 1 例术后第 2d 因咳嗽导致前房积血, 液平约 3mm, 人工晶状体表面附有血凝块, 经加压包扎对症止血处理 5d 后积血全部吸收; 1 例术后 3d 无明显原因前房少许积血, 经处理 2d 后吸收。出院时裸眼视力或最佳矫正视力: <0.1 者 1 例, 0.1 ~ 0.3 者 5 例, 0.3 ~ 0.5 者 6 例, >0.5 者 3 例。随访 1 ~ 4a, 无 <0.1 者, 0.1 ~ 0.3 者 3 例, 0.3 ~ 0.5 者 7 例, >0.5 者 5 例, 全部脱盲。

3 讨论

在以往我们作白内障摘除人工晶状体植入手术时, 如果发生后囊膜破裂玻璃体脱出导致囊袋不完整无法支撑 IOL 也不能做睫状沟植入时, 我们就放弃 IOL 植入, 在术后 3mo 为患者配戴高度数的远视框架眼镜。在目前人们对生活质量要求越来越高的情况下, 这无疑会影响患者的工作和生活, 造成诸多不便。根据既往经验, 对于无晶状体眼, 我们可以考虑选择植入新型弹性开放前房型 IOL 或 IOL 睫状沟缝合固定或最近新出现的虹膜夹持型 IOL。第二种因晶状体价格较贵, 需特殊缝线, 且需另做手术切口而增加眼组织的损伤, 方法也较复杂。第三种近几年推出, IOL 及配套器械本身价格更加昂贵。而如果结束手术, 以后 II 期植入 IOL, 又会增加患者的经济负担及精神负担^[2]。配戴高度数的远视框架眼镜虽价格不贵但又极不方便。故我们选择第一种方法, 因为新型弹性开放前房型 IOL 一般价格与同类后房型 IOL 相差不大, 手术操作也简单容易, 它不需要完整的晶状体后囊膜, IOL 的固定也不依赖于虹膜瞳孔的完整, 必要时取出也方便^[3]。我们共手术 15 例, 手术顺利, 仅 2 例发生前房积血也最终吸收, 术后恢复均良好, 随访 1 ~ 4a, 无不良反应发生。这样既避免了术后患者戴厚重眼镜的不适, 也增加了手术医师在患者心目中的威信, 同时也减少了手术医师因后囊膜破裂不能植入后房型 IOL 的遗憾。值得提醒的是, 此种手术不作为常规选用, 虽然新型弹性开放前房型 IOL 较以前的闭合前房型 IOL 有很大的改进, 两襞质柔韧, 弹性回缩好, 但它毕竟不符合晶状体生理位置, 有报道远期可发生青光眼、反复虹膜炎、前房积血、以及角膜失代偿等并发症^[4]。且经我们随访观察, 恢复时间也较后房型长些。故我们综合分析认为: 在基层医院没有玻璃体切割器且经济条件也不理想的情况下, 选择新型弹性开放前房型 IOL, 可以作为白内障手术中发生后囊膜破裂玻璃体脱出时完成 I 期植入 IOL 的良好补救措施, 也适用于晶状体脱位悬韧带断离 I 期植入 IOL, 另对既往已做白内障囊内摘除术后长期戴镜者, 采取 II 期植入 IOL 手术摘掉厚重的框架眼镜, 也不失为一种较佳选择。另外虽然本组病例仅 2 例发生前房积血, 但因为资料有限, 还需要长期观察有无其它并发症的发生。

参考文献

- 1 李俊宁. 前房人工晶状体植入 28 例临床分析. 眼外伤职业眼病杂志 2004; 26(12): 846
- 2 赵宏, 杨前, 侯丹岩. 3.2mm 折叠人工晶状体缝线固定术. 眼科新进展 2005; 25(4): 371
- 3 谢立信, 董晓光. 人工晶状体植入学. 北京: 人民卫生出版社 1998: 108
- 4 曲毅, 周芳, 张晓. 后房型悬吊式人工晶状体与新型弹性开放前房型人工晶状体的比较. 眼科新进展 1996; 16(3): 161