

白内障摘出人工晶状体植入术后眼内炎的治疗

戚峰,董辉,陈晶,曹书杰

作者单位:(161005)中国黑龙江省齐齐哈尔市第一医院眼科
作者简介:戚峰,硕士,主治医师,研究方向:白内障的手术治疗。
通讯作者:戚峰. qifeng66@yahoo. com. cn
收稿日期:2010-10-18 修回日期:2010-11-08

戚峰,董辉,陈晶,等. 白内障摘出人工晶状体植入术后眼内炎的治疗. 国际眼科杂志 2011;11(1):187

0 引言

白内障摘出人工晶状体植入术后眼内炎是一种极具破坏性的并发症,其发病率约为 0.042%~0.2%^[1,2],是一种少见的、严重损害视力的手术并发症,正确而及时的诊断及处理极为重要。我们回顾分析 2006/2009 年我院收治的 3 例白内障摘出人工晶状体植入术后眼内炎,将其临床表现、治疗方法报道如下。

1 临床资料

选取 2006/2009 年我院收治白内障摘出人工晶状体植入术后眼内炎 3 例 3 眼,3 例均为白内障超声乳化联合人工晶状体植入术。眼内炎发生的时间为术后 2~6d。患者均有不同程度的眼红、眼痛、流泪及视力下降等症状。眼科检查:视力:1 眼为 0.1,1 眼为指数/眼前,1 眼为光感(+);3 眼均有程度不等的结膜混合充血,角膜水肿,眼房水闪光,前房积脓,人工晶状体前表面可见纤维素样渗出,眼底均不能窥入。B 超检查显示程度不等的玻璃体混浊。经全身和局部药物治疗,病情无改善。1 例采用睫状体平坦部行三通道闭合式玻璃体切除术,切除混浊玻璃体,手术完毕前玻璃体腔内均注入万古霉素 10g/L;1 例单纯玻璃体腔注入万古霉素 10g/L;1 例因家庭经济困难,行眼球内容物剜除术。玻璃体切除联合玻璃体腔抗生素注射和单纯玻璃体腔注药的患者,眼内炎症均得到控制,视力恢复到 0.3 和 0.6,眼压正常,前房内纤维素样渗出完全吸收,玻璃体混浊不同程度减轻。

2 讨论

临床研究报道^[3],引发白内障术后眼内炎的危险因素有年龄、系统疾病、眼部疾病、囊膜的完整性、切口的愈合情况等。我们发现糖尿病患者和后囊膜破裂与眼内炎的发生关系密切,其原因可能与这些患者免疫功能降低,对病原体的抵抗力下降,伤口愈合慢及眼表病原体数量多有关。后囊破裂,手术时间延长,增加了感染的几率。导致眼内炎的病原体主要来源是患者的眼睑和结膜,其中最常见的是 G⁺ 球菌感染,杆菌和真菌少见。一般认为,眼内炎的病原体是通过穿透的手术切口带入眼内的,术前抗生素常规滴眼 3d,碘伏充分消毒睫毛及结膜囊对预防有一定的作用^[4]。眼内炎诊断明确后,应立即应用广谱抗生素进行玻璃体腔注药,玻璃体腔注药是眼内炎安全、有效的首选治疗方法,已为大量临床结果所证实,不能等细菌培养结果再做玻璃体腔注药,而应首选常规的广谱抗生素如万古霉素做玻璃体腔注射,在做玻璃体腔注药之前先抽玻璃体液做为细菌培养样本,这样可以为进一步的全身应用抗生素提供依据^[5]。我们的研究有 1 眼单行玻璃体注药使眼内炎得到了控制。玻璃体腔注药后病情仍继续加重,应及时行玻璃体切除联合玻璃体腔抗生素注射。由于眼内炎对视功能损害的严重性,应将预防置于首要位置,以防止白内障术后眼内炎的发生。术前抗生素滴眼液滴眼、术中无菌操作、术后注意眼部护理及坚持应用抗生素滴眼液都是预防眼内炎发生所必需和必要的。对于伴有糖尿病等全身性疾病者及术中后囊破裂者,尤其要注意预防眼内炎的发生。眼内炎发生后,根据病情的严重程度,及早进行玻璃体切除联合玻璃体腔注药对于控制炎症和恢复患者的有用视力是极为必要的。

参考文献

- 1 姚克,章征. 白内障术后眼内感染和防治. 眼科 2005;14:628
- 2 Rily AF, Malik TY, Grupcheva CN, et al. The Auckland cataract study: comorbidity, surgical techniques, and clinical outcomes in a public hospital service. *Br J Ophthalmol* 2002;86:185-190
- 3 曹书芹,张军,王广慧,等. 白内障术后眼内炎的治疗分析. 临床眼科杂志 2005;15:353-354
- 4 George L. Spaeth(著),谢立信(译). 眼科手术学——手术与实践. 第 3 版. 北京:人民卫生出版社 2004; 613-622
- 5 刘莉莉,张翼飞,赖铭莹. 玻璃体切除联合眼内注射万古霉素治疗白内障术后眼内炎. 国际眼科杂志 2009;9(6):1084-1086