

# 两种白内障手术切口术后发生眼内炎的临床观察

刘兴德, 阳毅, 万俊梅

作者单位:(641300)中国四川省资阳市第一人民医院眼科  
作者简介:刘兴德,本科,副主任医师,副主任,研究方向:视光学、白内障。  
通讯作者:刘兴德. liuxd008@yeah. net  
收稿日期:2011-05-28 修回日期:2011-07-28

刘兴德,阳毅,万俊梅. 两种白内障手术切口术后发生眼内炎的临床观察. 国际眼科杂志 2011;11(9):1676

## 0 引言

白内障术后并发感染的病因有很多,可能与术前、术后和术中很多环节有关。随着超声乳化技术的发展和普及,白内障手术切口已逐渐向透明角膜切口过渡,但由于经济等原因仍有一部分患者选择植入非折叠人工晶状体,这需要较大的手术切口,但是大切口,手术创伤大,伤口愈合慢,特别是透明角膜大切口,可能是导致眼内炎的重要原因之一。

## 1 临床资料

回顾性地分析我院自2007-01/2010-11间1064例1280眼白内障术后患者,年龄37~84(平均69)岁;男261例(24.53%),女803例(75.47%)。其中年龄相关性白内障1027例1243眼,占96.52%,并发性白内障37例37眼,占3.48%。术前视力光感~0.7。所选病例排除伴有糖尿病、免疫缺陷等导致免疫力低下的全身性疾病患者。术前1~3d术眼点硫酸阿米卡星眼液,4次/d。术前常规生理盐水冲洗结膜囊及泪道。以750mL/L乙醇消毒术眼,眼科贴膜遮盖睫毛。按照手术切口的不同分成两个组,各532例640眼。透明角膜切口组:无论非折叠晶状体还是折叠晶状体均为透明角膜隧道切口,非折叠晶状体的切口约5.5mm,折叠晶状体的切口约3.2mm;植入非折叠晶状体129例151眼,占24.25%,植入折叠晶状体403例489眼,占75.75%。巩膜隧道切口组:无论非折叠晶状体还是折叠晶状体均为巩膜隧道切口,切口根据人工晶状体情况约3.0~6.0mm;植入非折叠晶状体338例353眼,占63.53%,植入折叠晶状体194例287眼,占36.47%。两组患者均由同一手术医生在相同的条件下(以眼力健的超声乳化仪在表面麻醉下完成超声乳化摘除白内障+人工晶状体植入)手术。手术均顺利,人工晶状体均植入囊袋内,后囊膜完整,无皮质残留。切口均不缝线。均选择眼力健人工晶状体。术后眼内感染的诊断标准:(1)术眼视力突然下降伴眼红眼痛。(2)检查:视力较术后发病前明显下降甚至仅光感或手动,结膜混合充血,房水混浊,玻璃体混浊。(3)B超提示玻璃体混浊,玻璃体培养有细菌或真菌。(4)抗炎治疗或行玻璃体切割后得以控制病情。透明角膜切口组出现术后眼内炎3例,且3例均发生于植入非折叠晶状体的较大的透明角膜切口的患者,占总例数的0.28%,占透明角膜切口组的0.56%,占透明角膜大切口

的1.99%(151眼为透明角膜大切口)。其中2例发生于行双眼手术的另1眼;2例发生于年龄相关性白内障,年龄均为60余岁;1例发生于并发性白内障,年龄为41岁;女2例,男1例。1例发生在术后3d,1例发生在术后4d,1例发生在术后1wk。巩膜隧道切口组未出现眼内感染患者。

## 2 讨论

白内障术后眼内炎的发生率为0.060%~0.290%<sup>[1-3]</sup>。在美国1964/2003年间白内障术后眼内炎发病率为0.128%,其中1964/1999年为0.109%,2000/2003年为0.265%,提高了近2.5倍<sup>[4]</sup>。Mayer等<sup>[5]</sup>报告显示囊外白内障摘除眼内炎发病率为0.310%,而白内障超声乳化术为0.070%,手术切口大小与病菌进入眼内几率呈正相关。还有研究表明,白内障手术从巩膜隧道切口转变为透明角膜切口,眼内炎的发病率上升了3倍以上,是白内障术后眼内炎发病率上升的重要原因<sup>[6]</sup>。本临床观察发现,透明角膜切口组的感染率高达0.56%,就此而言较之高出了不少,且都出现在透明角膜大切口患者。而仅观察透明角膜大切口病例其感染率竟高达1.99%!这与文献报道的从巩膜隧道切口转为透明角膜切口提升了眼内感染率是基本相符的。

在本观察的病例中,要求植入非折叠晶状体的患者大多经济条件和生活环境相对较差,知识层次相对较低,并且无菌观念淡薄,自我防护或术后保养意识也不强。因此,常在术口愈合前因用力或揉眼后致术口开放,这是致眼内感染的主要原因。本观察力求排除切口因素之外的其他感染因素,证实手术切口不当的确会增加眼内感染的风险!这也提示我们眼科工作者在作白内障手术时,对不同的人群尤其植入不同的晶状体时应选择与之相应的切口。特别是对植入非折叠晶状体而取透明角膜大切口的患者,一定要注意切口的密闭状态,必要时可予缝合以增加切口闭合的稳固性或者采取巩膜隧道切口,这样可减少因切口所致的感染几率。

## 参考文献

- 1 Kim JY, Ali IR, Cremers SL, et al. Perioperative prophylaxis for postcataract extraction endophthalmitis. *Int Ophthalmol Clin* 2007; 47(2):1-14
- 2 Wejde G, Montan P, Lundstrom M, et al. Endophthalmitis following cataract surgery in Sweden: national prospective survey 1999-2001. *Acta Ophthalmol Scand* 2005;83(1):7-10
- 3 Miller JJ, Scott IU, Flynn HW Jr, et al. Acute-onset endophthalmitis after cataract surgery (2000-2004): incidence, clinical settings, and visual acuity outcomes after treatment. *Am J Ophthalmol* 2005;139(6):983-987
- 4 Recchia FM. Acute endophthalmitis following cataract surgery: a systematic review of the literature. *Evidence-Based Ophthalmology* 2005;6(2):201
- 5 Mayer E, Cadman D, Ewings P, et al. A 10 year retrospective survey of cataract surgery and end-ophthalmitis in a single eye unit: injectable lenses lower the incidence of end ophthalmitis. *Br J Ophthalmol* 2003;87(7):867
- 6 Cooper BA, Holekamp NM, Bohigian G, et al. Case-control study of endophthalmitis after cataract surgery comparing scleraltunnel and clear corneal wounds. *Am J Ophthalmol* 2004;137(3):598-599