

双手出核法在小切口非超声乳化手术中的应用

周喜^{1,2}, 杨金润¹, 彭华¹

作者单位:¹(650021)中国云南省昆明市,云南省中医医院眼科;²(675000)中国云南省楚雄市人民医院眼科

作者简介:周喜,女,本科,主治医师,研究方向:白内障和眼前段手术、视网膜疾病的诊断和激光治疗。

通讯作者:彭华. penghua17@126.com

收稿日期:2011-11-25 修回日期:2012-03-02

周喜,杨金润,彭华. 双手出核法在小切口非超声乳化手术中的应用. 国际眼科杂志 2012;12(4):804

0 引言

小切口非超声乳化白内障手术在基层医院和复明手术中广泛开展,是一种简便有效的白内障手术。如何成功将晶状体核娩出又是该手术的关键所在,双手出核是作者在近年来新学习到的一种方法。自2010-01/2011-09,我院眼科在本院及武定、景东、勐腊、弥勒等县行国家百万贫困白内障复明工程患者共325例350眼行小切口非超声乳化白内障手术,全部采用双手出核法,取得较好疗效,现总结如下。

1 临床资料

白内障患者325例350眼,其中男168例180眼,女157例170眼,年龄45~86(平均66)岁,全身情况均良好,无明显手术禁忌证,包括外伤性白内障3眼,糖尿病伴发白内障10眼,过熟期白内障(无晶状体脱位)25眼,其余患者均为老年性白内障,术前视力:光感~0.2,术前常规血糖、心电图、眼压、眼A/B超检查。手术方法:4g/L奥布卡因滴眼液表面麻醉或加用20g/L利多卡因注射液球结膜下注射,采用角巩缘切口,长度约6~8mm,切口唇长约2mm,行前囊膜环形撕囊,撕囊口直径6mm左右,软核者行水核分离,硬核则不做水核分离,将晶状体核转动拨到前房,核的前表面及后面均注入适量黏弹剂,晶状体圈套器伸入到核的后面,左手持劈核钩从主切口进入到核的前面6:00位轻刺入核内,双手同时夹住核,右手晶状体圈轻压切口后唇,双手将核托出前房。如果还有未出来的核碎块,则再次注入黏弹剂,调整方向、再次娩出。对于软核及Ⅱ~Ⅲ级核,这样的手法基本可以一次出核成功;

较硬的Ⅳ~Ⅴ级核,有时需两次才能将所有的核娩出。结果:视力:术后1wk视力恢复至0.5以上者320眼(91%)所有术后患者视力均较术前提高。并发症:350眼手术中,全部成功娩出核,植入后房型人工晶状体。术中出现后囊膜破裂2眼(0.6%),经处理后,将人工晶状体植入在睫状沟。虹膜轻度出血3眼(0.9%),经术中注吸未再继续出血;术后轻度的角膜水肿患者20眼(5.7%),经治疗后均在术后2~3d好转,虹膜脱出5眼(1.4%),经恢复后,瞳孔圆,切口缝合固定1针。

2 讨论

白内障是我国主要的致盲眼病,手术治疗可有效改善患者视功能,提高患者生活质量^[1]。小切口非超声乳化白内障囊外摘除术因其所需设备简单、费用低廉、手术效果明确、并发症少,可在医疗条件较差的基层医院及复明工程中大规模、低成本、高质量的开展。

成功将晶状体核娩出是该手术的关键之一^[2],顺利的娩核还减少了术后角膜水肿等并发症的发生,目前常见的方法有圈套器单手娩核、注水圈套器娩核^[3]、水压法娩核等,这些方法在处理较硬核的时候常常会损伤角膜内皮、严重者角膜内皮水肿、失代偿,经常会在经过切口时滑落,无法娩出,需要扩大切口,容易损伤虹膜及囊膜。

在应用对于较软、较小的晶状体核,在水分离后把核轻轻旋到前房,在核上下方注入适量黏弹剂以保护角膜内皮细胞及囊袋,把圈套器小心伸入核下方,以左手持劈核钩由主切口进入前房,从赤道部刺入晶状体核,双手协同夹持住晶状体核,在固定核的同时将核脱出前房,这有效避免了晶状体核与角膜内皮的过度接触,进而减少了角膜水肿及角膜内皮失代偿的发生,同时提高核娩出成功率,减少器械进出前房的次数。对于较硬、较大的核,由于下方有圈套器的支撑,可轻轻把较大的晶状体核劈开,同时将一部分核脱出前房,同法把剩余的核娩出。体会:双手娩核法娩核过程中应加强对劈核钩的控制,避免劈核钩接触角膜内皮造成损伤。我们应用双手娩核法未出现严重角膜水肿、前房出血、切口漏等并发症,说明该法是一种安全、可靠、简便有效的方法,能减少并发症的发生,提高手术效果,可在基层医院及防盲手术中应用。

参考文献

- 1 雷方. 改良的小切口非乳化白内障囊外摘除术千例疗效分析. 中国实用眼科杂志 2007;25(10):1141-1143
- 2 汪氢伍. 小切口注水晶状体圈套出法娩核白内障非超声乳化摘除术临床分析. 内蒙古中医药 2009;28(7):26-27
- 3 万超,刘宁宁,周赞,等. 小切口非超声乳化白内障摘除术中水压法与圈套器法娩核的疗效比较. 国际眼科杂志 2010;10(12):2281-2283