

改良眼球摘除术联合义眼台植入术的临床观察

陆君华, 赵茂竹, 马吴波

作者单位: (610110) 中国四川省成都市, 四川省人民医院城东病区

作者简介: 陆君华, 女, 毕业于华西医科大学, 本科, 主治医师, 研究方向: 眼整形。

通讯作者: 陆君华. 693950281@qq.com

收稿日期: 2012-11-01 修回日期: 2013-03-16

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2013.03.71

引用: 陆君华, 赵茂竹, 马吴波. 改良眼球摘除术联合义眼台植入术的临床观察. 国际眼科杂志 2013;13(3):636-637

0 引言

传统的眼球摘除植入义眼台, 容易导致上睑塌陷、穹隆狭窄、影响美观, 且容易导致义眼台暴露, 常导致患者需承受第二次手术可能。改良眼球摘除方式通过眼球内容物剝除联合义眼台植入方式, 能有效减少各种眼部畸形及并发症发生, 术后眼眶饱满、美观且活动良好, 减少眼台暴露, 为更适合患者的眼眶美容手术方式。

1 临床资料

收集 2008-11/2012-01 就诊于我科行眼球摘除手术的患者 53 例 53 眼, 男 40 例, 女 13 例, 均无光感, 适合眼球摘除手术, 年龄 16~79 岁, 其中眼外伤 21 例, 角膜溃疡穿孔 7 例, 角巩膜葡萄肿 10 例, 绝对期青光眼 9 例, 眼球萎缩 6 例, 随机分为两组, 对照组为采用传统眼球摘除方式联合义眼台植入 (23 例), 改良组为采用改良眼球摘除联合义眼台植入方式 (30 例), 术后随访 6~18mo。对照组与改良组在年龄、性别、病情均无显著差异, 具有可比性。手术方法: (1) 对照组: 常规球周麻醉或全身麻醉, 延角巩膜缘剪开球结膜, 分离暴露四条直肌, 圈套缝合四条直肌后离断。剪断视神经及上、下斜肌, 取出眼球, 充分止血。羟基磷灰石义眼台植入肌锥, 四条直肌十字缝合于眼台表面, 分别缝合筋膜囊及球结膜。义眼片放入结膜囊后加压包扎术眼, 术后加压包扎 5~7d, 1~2mo 后配制薄型义眼片。(2) 改良组: 常规球周麻醉或全身麻醉, 延角巩膜缘剪开球结膜, 延角巩膜缘切开巩膜组织, 行眼球内容物剝除, 彻底清除巩膜表面色素组织, 30g/L 碘酊烧灼。剪断视神经, 剪除视乳头及其旁少许巩膜, 将特制钢球置入肌锥内扩张止血。剪开后极部巩膜, 延四条直肌间隙花瓣状切开巩膜组织, 羟基磷灰石义眼台植入肌锥, 修剪巩膜组织满意后分别间断缝合巩膜组织、缝合筋膜囊及球结膜。义眼片放入结膜囊后加压包扎术眼, 术后加压包扎 5~7d, 1~2mo 后配制薄型义眼片。结果: 对照组 23 例 23 眼中, 有 2 例发生眼台暴露, 有 6 例发生结膜囊畸形; 义眼活动度水平方向 <2mm, 垂直方向 <1mm; 改良组 30 例 30 眼经 6~18mo 随访无 1 例发生眼台暴露, 有 2 例发生结膜囊畸形, 28 例义眼活动度水平方向 >5mm, 垂直

方向 >1mm, 安装相应义眼片后与健眼相仿, 美容效果满意。

2 讨论

羟基磷灰石义眼台具有良好的耐受性、稳定性、组织相容性, 重量轻、无毒性、无抗原性、对周围组织不易排斥。其结构为多孔样球形, 为血管、纤维、结缔组织长入提供理想的框架, 使义眼台与周围组织融为一体, 是目前比较理想的眼内植入材料^[1], 羟基磷灰石义眼座表面粗糙, 植入时可用 2 片已消毒的塑料薄膜包裹义眼台送入巩膜壳后肌锥内, 以方便调节义眼台的植入深度, 使义眼台接近于眼球的生理解剖位置, 可减少眶区副损伤, 亦无植入物偏位等并发症^[5]。

眼球摘除是一种常见的、不可逆的破坏性眼科手术, 这种手术方法存在着严重的术后并发症及术后仿真效果不满意。羟基磷灰石义眼台植入术后可出现结膜创口裂开、义眼台暴露、脱出、移位等多种并发症^[2-4]。眼内容剝除和眼球摘除比较, 前者保留眼球外壳, 手术时不伤及眼眶内软组织, 故可减少术后眼眶内软组织的萎缩, 眼外肌也能保持其相对的解剖关系, 特别是在自体巩膜后放入羟基磷灰石义眼台补充丢失的眶内容, 防止无眼球眼眶综合征的发生, 能给义眼活动以最大的力量传递, 以后装上义眼片有最好的外观和活动度, 手术操作简单, 时间短^[5,6], 行视神经离断时, 术中不损伤眼外肌及其动脉, 其肌肉位置在原位不变, 巩膜瓣缝合后肌肉的解剖位置未改变, 不损伤肌圆锥, 而且剪断视神经, 可方便、彻底清除巩膜表面色素组织, 用 30g/L 碘酊烧灼巩膜内壁, 因此发生交感性眼炎的机会非常之小^[7,8], 后巩膜的切开有利于义眼台快速血管化, 防止后期巩膜收缩致义眼台暴露, 前部巩膜瓣重叠缝合, 分层缝合筋膜、结膜, 保持结膜缝合的无张力, 增加前部组织的厚度, 配合精巧熟练的手术技巧, 可防止义眼台暴露及术后结膜切口裂开^[9]。

义眼台植入手术的成功是活动性义眼片安装的前提, 是术后眼部美容的重要保证。如何减少眼台暴露是非常关键的。通过我科两种手术方式的对比, 我们发现改良的手术方式较传统手术方式眼台暴露发生率明显减少, 结膜裂开、结膜囊畸形等并发症明显减少。术后眼眶饱满度、美观度增加, 且活动度好。传统手术方式因破坏了眼外肌的生理附着点, 且无巩膜遮挡, 眼台粗糙的表面对于结膜和眼球筋膜组织产生的机械性摩擦, 更易发生义眼台暴露、术后感染等, 且因瘢痕牵拉, 更易导致下方结膜囊狭窄等并发症存在。

改良手术方式是采用眼内容剝除联合义眼台植入的方式, 保留了眼外肌的正常附着点, 能最大程度保留眼外肌的正常功能, 因此眼球活动度好, 保留的自体巩膜具有良好的张力、韧性, 无刺激性, 抗原性小, 组织相容性好, 不发生排斥反应^[10], 义眼台位于肌锥内, 与眶内组织接触面扩大, 周围血管易于长入, 有利于义眼台早期血管化, 增强了组织的抗感染和抗排斥的能力, 增加了义眼台的稳固性, 提高手术成功率。巩膜及筋膜囊的存在, 可最大程度减少眼台暴露的风险。术中巩膜色素清理干净, 能最大程度减低交感性眼炎的发生, 极少损伤眶内脂肪, 不会引起眶内脂肪的明显吸收, 术后外观饱满。总之, 改良眼球摘除联合义眼台植入的方式能最大程度保留了眼外肌及巩

膜的解剖功能,术后并发症少、美观,是较为理想的眼眶美容手术方式。

参考文献

- 1 沈兵,陈圣龙,邹嘉,等.眼内容物摘除术联合改良羟基磷灰石义眼台植入术临床观察.吉林医学 2011;12(32):7315
- 2 贾英,徐乃江.羟基磷灰石眼座植入手术临床观察.眼外伤职业眼病杂志 2001;23(1):106-107
- 3 陆漱玉,陈兵,周建强.国产羟基磷灰石眼座植入术后眼座暴露的防治.眼外伤职业眼病杂志 2001;23(2):238-239
- 4 陈国辉,马晓均,邹俊,等.义眼座暴露的手术治疗.眼外伤职业眼

病杂志 2003;25(8):562-563

- 5 徐乃江.实用眼整形美容手术学.郑州:郑州大学出版社 2003:239
- 6 李绍珍.眼科手术学.北京:人民卫生出版社 1998:774
- 7 贾金辰.巩膜花瓣样切口羟基磷灰石眶内植入的观察.眼外伤职业眼病杂志 2005;27(9):687-688
- 8 闵燕.同仁眼科手术笔记.北京:中国科学技术出版社 2004:220-237
- 9 文玉民.羟基磷灰石义眼座植入的临床观察.眼外伤职业眼病杂志 2003;25(4):272-273
- 10 范先群.眼整形外科学.北京:北京科学技术出版社 2009:427-452

· 短篇报道 ·

翼状胬肉撕离联合自体角膜缘干细胞移植的研究

符艳丽

作者单位:(535300)中国广西壮族自治区钦州市浦北县人民医院

作者简介:符艳丽,女,副主任医师,研究方向:眼表疾病及白内障。

通讯作者:符艳丽. fuyi2008@126.com

收稿日期:2012-10-14 修回日期:2013-02-16

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2013.03.72

引用:符艳丽.翼状胬肉撕离联合自体角膜缘干细胞移植的研究.国际眼科杂志 2013;13(3):637-638

0 引言

翼状胬肉是眼科常见病、多发病,不但影响美观、产生眼部不适感,而且发展到一定程度可引起散光、视力下降,严重者甚至发生眼球运动障碍。手术切除是主要的治疗方法,但术后复发率高,国内外报道传统的单纯手术切除复发率高达 30%~70% 及 24%~89%^[1]。为减少复发,作者于 2006-01/2012-01 采用胬肉撕离剥除联合自体角膜缘干细胞移植治疗翼状胬肉 68 例 88 眼,取得了良好的效果,现报道如下。

1 临床资料

本组翼状胬肉患者 68 例 88 眼,男 46 例 52 眼,女 22 例 36 眼。年龄 32~70(平均 50.2)岁。均为鼻侧胬肉,头部侵入角膜 3~7mm。初发 58 例 76 眼,复发 10 例 12 眼。手术方法:手术均在手术显微镜下进行,由作者主刀完成。爱尔卡因表面麻醉,开睑器开睑,20g/L 利多卡因混合少许肾上腺素做结膜下胬肉浸润麻醉,距角膜缘 3~4mm 弧形剪开胬肉体部表面球结膜至胬肉两边缘,贴近结膜下分离胬肉至泪阜部,再向两边分离至胬肉上、下缘外 1mm。用显微有齿镊夹住胬肉体部并拉紧,将其提离眼球壁约 5mm,呈逆时针或顺时针轻轻撕离,如撕囊样将胬肉头部撕离角膜面,角膜面残留的胬肉组织继续用显微镊轻轻撕

去,使角膜面呈现一个光洁、平整、透明的表面。提起胬肉头部用显微剪沿巩膜面分离胬肉组织达泪阜部,注意勿损伤内直肌及泪阜,彻底清除巩膜面增生组织,巩膜面烧灼止血。20g/L 利多卡因少许自术眼颞上方注射使之隆起,根据巩膜裸露区面积大小,分离结膜,取相应大小的纯球结膜瓣,翻转结膜瓣,剖切此区间的角膜缘组织至角膜缘前 0.5~1mm,深达角膜基质浅层,完成含有角膜缘干细胞的球结膜移植片。将移植片平铺植床展平,上皮面朝上,注意移植片不要反转,角膜缘相对应吻合,用 8-0 可吸收缝线间断缝合固定于浅层巩膜,角膜缘上下侧各缝一针,供区创面无需处理。术毕涂抗生素眼膏,加压包扎患眼,每天换药,裂隙灯下观察角膜上皮愈合情况及植片情况,上皮愈合后开放滴妥布霉素地塞米松眼液,4 次/d,3~4wk,用药期间主要观察眼压。结果:术后患者均有不同程度的疼痛、异物感及流泪,24h 后疼痛消失,仅有轻度异物感、流泪,角膜创面愈合时间 2~4(平均 3)d;移植片均存活,部分轻度水肿,1wk 左右逐渐消退,移植片透明平整,与周围组织愈合好,角膜缘形成良好,无植片脱落、排斥、溶解现象,移植片取材处 5d 愈合,被新生上皮覆盖,未见取瓣而引起的角膜新生血管等并发症发生。随访 6mo~2a,2 眼复发,其中初发 1 眼,复发 1 眼,复发率 2.27%。

2 讨论

翼状胬肉是以结膜下纤维血管异常增生为特征的眼表疾病,估计我国患此病的总人数约为 2000~5000 万^[2]。发病机制尚不十分清楚,可能与紫外线、风尘、烟雾、干燥等有一定关系,其中紫外线照射被认为是重要的致病因素。环境因素和理化因素等造成角膜干细胞损伤或角膜基质微环境破坏,改变了眼部的正常生理环境,使得角膜上皮与结膜上皮之间失去平衡,造成部分角膜上皮结膜化,最终形成胬肉。治疗以手术为主,但术后较高的复发率一直是困扰眼科医生的一大难题,胬肉切除不彻底、角巩膜面残留病变组织以及手术刺激诱发结膜组织再次异常增生是术后复发的基础,术后角膜创面愈合时间过长,角膜持续缺氧,不能阻止结膜上皮的横向分化,巩膜表面的新生血管进入角膜创面导致纤维血管组织形成是复发的根本原因。

以往常规的胬肉剥除是用刀具切割剥离,即用刀尖在角膜基质浅层内作同一层次分离剖切,容易造成角膜创面深浅不一,过浅则残留大量病变组织,使角膜创面愈合时