

非超声乳化小切口白内障手术体会

石文娟

(黑龙江省伊春市第一医院 153000)

摘要 目的:探讨直式巩膜隧道非超声乳化小切口白内障囊外摘除及人工晶体植入术的治疗效果及临床价值。方法:对268例(298眼)白内障患者采用直式巩膜隧道小切口。手法撬核白内障囊外摘除术,同时植入后方型人工晶体。结果:术后第1天裸眼视力大于0.5者占55.2%,大于1.0者占7.8%,术后第3天裸眼视力大于0.5者占63.5%,大于1.0者占18.4%。结论:直式巩膜隧道小切口白内障摘除人工晶体植入术安全、简便、经济、视力恢复好,值得在复明医疗队和基层开展。

关键词:非超声乳化小切口;白内障囊外摘除;人工晶体植入术

中图分类号:R776.1 **文献标识码:**D

我院自2004年9月-2005年9月,12个月时间进行白内障非超乳小切口人工晶体植入术268例(298眼),取得良好效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

白内障患者268例(298眼),其中老年性白内障254眼,并发性白内障10眼,发育性白内障2眼,外伤性白内障2眼。年龄22-87岁,平均年龄60.4岁。术前视力光感至0.2。

1.2 手术方法

术前美多丽充分散瞳,常规球后麻醉,上直肌固定缝线或不固定。作以穹隆部为基底结膜瓣,距角膜缘后1.5~2mm做长6~6.5mm直式巩膜隧道切口,隧道分离至透明角膜1~1.5mm,穿刺刀角膜穿刺后,前房内注入粘弹剂,连续环形撕囊或开罐截囊或半开罐截囊。三角刀切开主刀口,使内口大于外口。充分水分层和水分层使内核游离,将粘弹剂注入核与后囊之间使核脱出或半托入前房,核前表面注入粘弹剂,用圈匙深入核下,轻压后唇,将核缓缓娩出。用注吸针头轻压后唇将残留的核壳及部分皮质冲出,残留皮质吸净,注入粘弹剂,囊袋内植入后房型人工晶体。冲洗粘弹剂,注水加深前房。结膜瓣下注射庆大霉素2万单位,地塞米松2.5mg,使其覆盖于巩膜外切口。术后包扎1d全身及局部用抗生素及皮质激素3d,第4天出院。

2 结果

术后视力第1天裸眼视力大于0.5者占55.2%,大于1.0者占7.8%,术后第3天视力大于0.5者占63.5%,大于1.0者占18.4%。术后并发症:术后角膜轻度水肿占15%,一般在3-5d消退。重度水肿占1%,嘱患者用药,1个月后恢复。

3 讨论

非超乳小切口人工晶体植入手术,具有切开小、恢复快、术后散光小等优点^[1,2]。随着技术的改进,其效果可以与超声乳化术相媲美。良好的手术质量和尽可能减少并发症是确保患者复明的关键。

直式巩膜隧道切口非超声乳化人工晶体植入手术具有操作简便、切口闭合好、术后散光小、视力恢复好的优点,而且费用低廉、手术安全、并发症少^[3,4]。手术易掌握,学习曲线较超声乳化手术短,对于目前尚无超声乳化设备的基层在手术技巧方面,我们有以下几点体会:^①作成标准的巩膜隧道切口十分重要,我们这298眼手术无一例术后前房消失。^④挽核是关键步骤,水分层要充分,使核充分游离,在核与角膜之间要注入粘弹剂,以保护角膜内皮。^④并发症主要是角膜水肿,水肿的发生除个体角膜内皮数量差异外,主要发生在1次未能将核娩出的病例,所以如核较大,扩大切口使核1次顺利娩出非常重要。

总之,白内障非超声乳化小切口摘除人工晶体植入术,手术切口小、组织损伤轻、角膜散光小,视力恢复快,取得了与白内障超声乳化术几乎相同的效果,加之技术易掌握,值得在基层大力推广。

参考文献

- [1] 郑宇,葛新.非超声乳化小切口白内障摘除术临床分析.武警医学院学报,2004,13(2):119-120
- [2] 李秀芹,姜莉莉.小切口非乳化白内障摘除人工晶体植入术的临床观察.临床医药实践,2004,13(3):192-193
- [3] 李淑珍.小切口白内障囊外摘除与超声乳化效果比较.眼外伤职业眼病杂志,2004,26(6):383-384
- [4] 廖明星.218例小切口白内障摘除的临床分析.云南医药,2003,24(3):218-219

作者简介:石文娟,(1963-),女,副主任医师,从事眼科临床诊疗工作

(收稿日期:2005-12-20 接受日期:2006-02-19)