

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.06.050

基层医院小切口白内障手术的疗效分析

张伶俐

(重庆市第七人民医院眼科, 重庆 400054)

[中图分类号] R779.6

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)06-0858-02

白内障是目前最主要的致盲眼病^[1],随着人口老龄化,白内障的发病率及患病人口总数都在不断上升^[2-3],而手术是治疗白内障,恢复患者视力的惟一有效方法^[4]。近年来白内障手术技术的不断发展,小切口白内障手术因不需要特种设备,费用相对低,且操作十分简便,创伤较小、术后视力恢复快,并发症少^[5],已在基层医院广泛应用^[6-10]。本科自 2008 年 5 月至 2012 年 9 月采用小切口白内障手术治疗 598 例(612 眼)白内障患者,均取得了满意疗效,现将其病例资料进行总结和分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 598 例(612 眼)白内障患者中,男 278 例(281 眼),女 320 例(331 眼);年龄 35~102 岁,平均 71.13 岁。其中老年性白内障 593 例(607 眼),伴高度近视白内障 15 例(24 眼),青光眼术后白内障 5 例(5 眼),外伤性白内障 13 例(13 眼),并发性白内障 5 例(5 眼)。伴高血压 97 例(132 眼),伴糖尿病 85 例(106 眼);全部患者光定位、红绿色觉正常。手术前视力为光感至 0.1。

1.2 方法 (1)术前准备、麻醉方法均按白内障手术操作规范进行。(2)手术步骤按经典小切口白内障手术^[11]常规进行;对青光眼术后白内障者做颞侧巩膜隧道切口(5 眼);对白内障合并青光眼者行小切口白内障手术+人工晶体植入术+小梁网切除术(15 眼)。(3)612 眼白内障由同一名医生独立完成。(4)术后予抗生素及糖皮质激素局部用药 7~15 d,术后 1、7 d 及 1、3、6 个月常规行视力、裂隙灯、眼底、眼压及验光等检查。

2 结果

2.1 术后视力恢复情况 视力小于 0.3 的患者多合并有眼底病变如糖尿病性眼底病变,老年黄斑变性,视神经萎缩等。人工晶体(IOL)植入 611 眼(99.84%),均植入后房型人工晶体。598 例(612 眼)患者裸眼视力术后 1 d ≥ 0.3 者 523 眼(85.46%), ≥ 0.5 者 462 眼(75.49%);术后 3 个月大于或等于 0.3 者 561 眼(91.67%), ≥ 0.5 者 462 眼(75.49%),见表 1。

表 1 612 眼白内障术后视力情况[眼(%)]

裸眼视力	术后 1 d	术后 3 个月
≥ 0.3	523(85.46)	561(91.67)
≥ 0.5	462(75.49)	462(75.49)

2.2 并发症 术中悬韧带断裂 1 眼,未植入人工晶体;后囊膜破裂 35 眼,经仔细处理后均植入了人工晶体,术后未发现人工晶体脱位及明显偏斜;术后早期角膜水肿 86 眼;色素膜炎 13 眼,均在 1~2 周后完全恢复;术后中、晚期黄斑囊样水肿 18 眼,其中 15 眼的视力都在 0.3 以上;后囊膜混浊 103 眼,其中 35 眼明显影响视力者行了激光治疗。本组病例未发生核坠落、角膜失代偿、视网膜脱离、眼内炎性等严重并发症。

3 讨论

随着现代眼科显微微创手术技术的不断创新与发展,白内

障手术技术也在不断地改进中,成为了一项高度精练的眼外科手术,该手术也不再是以单纯摘除浑浊晶状体提高视力为目的,而被视为一种恢复良好视觉质量的屈光手术。小切口非超声乳化白内障囊外摘除人工晶体植入手术,又称手法小切口白内障手术,具有手术切口小、散光小、并发症少、视力恢复快,手术无需特殊昂贵设备,且手术难度不大、较易学习掌握等优点,符合以恢复良好视觉质量为目的的屈光手术特点。本科开展此项手术方法治疗白内障已 7 年多,术后患者视力均明显提高,术后 3 个月以上最佳矫正视力大于或等于 0.5 者为 75.49%,其临床疗效接近超声乳化术^[12-13]。作者认为,初学者只要严格选择适应证和规范手术操作,遵守循序渐进的学习规律,以最少的并发症为代价掌握小切口白内障手术,成功完成手术,实现安全过度后再自然向高水平发展。

总结本组病例,作者体会到手术技巧和熟练的显微操作技术,对提高术后疗效,减少术中、术后并发症非常重要。手术并发症是阻碍患者术后视力恢复的主要原因,减少和及时正确处理并发症,是提高手术成功率的关键。对此,作者主要采用以下措施:(1)充分的麻醉及软化眼球,一般采用 2%利多卡因作球后注射麻醉,药物要适量(2~3 mL),采用手指压迫法软化眼球。(2)切口要规范,防止术中浅前房的发生,作切口时应注意勿使巩膜隧道的内外切口处于同一平面,外口在角膜缘后 2 mm,巩膜上留有 2~3 mm 的巩膜瓣,增加其水平接触面积,使操作时前房不易塌陷,同时也利于术后切口对位愈合,以减轻术后散光。(3)对于切口漏、虹膜脱出者可予置 1~2 针缝线,以暂时闭合切口,并调整灌注瓶的高度,使前房形成适当的深度,以便于手术操作。(4)术后早期角膜水肿和色素膜炎主要是术后炎症反应所致,经局部或全身适量应用糖皮质激素、活动瞳孔等治疗均可在短期内得到控制。(5)黄斑囊样水肿是小切口白内障手术后的并发症之一,但术中动作轻柔准确,减少虹膜干扰,避免后囊膜破裂及彻底清除脱出的玻璃体可减少其发生。(6)后囊膜混浊者经激光治疗后视力均可提高,轻者若不影响视力可不予处理。术中充分的水分离,彻底清除晶状体残留皮质,囊袋内植入 IOL,合理选择 IOL,可减少后囊膜发生混浊,因有些人工晶状体由于材料有良好的生物相容性及黏附性能,从而可降低后囊膜混浊的发生率^[14]。(7)后囊膜破裂是小切口白内障手术中最主要及最常见的并发症,发生率为 5%~8%^[15-16],可发生于诸多步骤,眼压控制不良,截囊时,娩核时,清除残余皮质时,人工晶状体植入不慎等均可引起后囊膜破裂,也是造成学习曲线长的主要原因,但只要手术操作仔细轻柔仍可避免。后囊膜破裂可引发眼部多种相关并发症,术中处理恰当与否,将直接影响患者的术后视力。一旦发现后囊膜破裂迹象,要采取维持正常眼压的措施,在后囊破口处注射黏弹剂,可使玻璃体维持于原位,阻止其通过破裂的后囊膜进入前房。脱出的玻璃体,可使用囊膜剪快速反复剪切前房内瞳孔区的玻璃体;彻底剪断脱出的玻璃体后,瞳孔将自动复圆,玻

璃体回退,然后再将嵌顿于伤口处的玻璃体清除干净。尽可能地将周边部残留的晶状体皮质清除干净,防止破裂口扩大。(8)熟练的操作技巧,可减少前房内不必要的操作次数,使人工晶状体植入囊内,以减少术后虹膜反应。

总之,小切口非超声乳化白内障囊外摘除人工晶体植入手术,只要掌握好手术操作技巧,其术后效果明显,患者视力恢复快,并发症少,避免了超声乳化手术中超声能量对眼内组织,尤其是角膜的损伤,且不受晶体硬度的限制,操作安全系数大,无需昂贵的设备投入,费用低,由于手术要求不太高,具有广泛的实用性。随着国家白内障复明工程的开展,小切口白内障手术适合在基层医院及条件较差的医院应用。

参考文献

- [1] 赵堪兴,杨培增. 眼科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:315-317.
- [2] 赵家良.“视觉 2020”行动与我国防盲治盲工作[J]. 中华眼科杂志,2002,38(10):577-579.
- [3] 姜尚. 我国老年性白内障流行病学的调查研究[J]. 南昌大学学报:医学版,2012,52(6):98-99,101.
- [4] 魏克,叶盼盼. 我国近五年白内障研究进展和展望[J]. 中华眼科杂志,2010,46(10):888-891.
- [5] 陈宏民. 小切口手法白内障手术在复明行动中的观察[J]. 国际眼科杂志,2011,11(4):717-718.
- [6] Muralikrishnan R, Venkatesh R, Prajna NV, et al. Economic cost of cataract surgery procedures in an established eye care centre in Southern India[J]. Ophthalmic Epidemiol,2004,11

(5):369-380.

- [7] 罗布次仁. 小切口非超声乳化白内障囊外摘除术的临床疗效观察[J]. 中华眼科杂志,2007,43(2):165-166.
- [8] Tabin G, Chen M, Espandar L. Cataract surgery for the developing world[J]. Curr Opin Ophthalmol,2008,19(1):55-59.
- [9] 金建华,王君红,崔文慧. 基层医院手法小切口白内障手术截囊方法的体会[J]. 中华眼外伤职业眼病杂志,2012,34(1):69-70.
- [10] 张少康. 基层医院开展小切口非超声乳化白内障摘除术 535 例疗效分析[J]. 中国医师进修杂志,2013(增刊):149-150.
- [11] 黄侃. 正常眼压下小切口白内障手术疗效的观察[J]. 中华全科医学,2010,8(5):583-584.
- [12] 蔡卫华,刘卫东. 手法小切口白内障手术在基层复明工程中的应用[J]. 眼外伤职业眼病杂志,2009,31(3):233-234.
- [13] 冯冰冰. 白内障小切口囊外摘除加人工晶状体植 305 例效果分析[J]. 医药论坛杂志,2013,30(4):99-100.
- [14] 高举. 白内障术后低视力因素分析[J]. 河南外科学杂志,2011,17(3):60-61.
- [15] 王琳,王兴森. 白内障现代囊外摘出术中后囊膜破裂[J]. 眼科新进展,2003,23(2):102-102.
- [16] 谢立信,王旭. 白内障摘除术中晶状体后囊膜破裂的临床研究[J]. 中华眼科杂志,2003,39(3):53-54.

(收稿日期:2015-09-07 修回日期:2015-12-10)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.06.051

阑尾黏液性囊腺瘤术后 1 年伴脾脏及腹腔种植 1 例及文献复习

王立娟¹, 宝荣^{1△}, 邓玮², 王旭东¹, 赵映红³

(1. 重庆市第九人民医院病理科, 重庆 400700; 2. 重庆市第五人民医院病理科, 重庆 400061; 3. 湖北省孝感市 95829 部队司令部门诊部, 湖北孝感 432100)

[中图分类号] R365

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)06-0859-03

阑尾黏液性囊腺瘤非常少见,有文献显示其发病率占手术切除标本的 0.30%^[1];也有报道显示,占阑尾手术切除标本的 0.20%~2.01%^[2-5]。阑尾属于大肠,其上皮具有分泌功能,但发生黏液性囊腺瘤的具体病因仍然不清楚,大多可能和阑尾的炎症有关。关于阑尾黏液性囊腺瘤的报道文献已经很多,但是阑尾黏液性囊腺瘤术后继发脾脏及腹腔多处种植病例甚少,通过此例病例及复习相关文献,进一步探讨阑尾黏液性囊腺瘤临床特点、病理学特征及其诊断治疗。

1 临床资料

患者,男,50 岁,因腹痛于 2013 年 12 月 5 日入住重庆市第九人民医院普外科,患者 2 d 前无明显诱因出现右上腹反复隐痛,活动时明显,可自行缓解,余无特殊的变化。患者于 2012 年 1 月曾行“阑尾黏液性囊腺瘤”切除术,2012 年 8 月因腹股沟腱鞘炎行手术治疗。本次上腹 CT 提示:右侧膈下、肝右叶外缘及脾脏内多发囊性包块(图 1),术中见腹腔内较多黏液性肿块,分布于腹膜、网膜、脾脏、膈顶,探查后见脾脏约 18.00 cm×13.00 cm×10.00 cm,包膜下较多黏液性囊性肿

块,肝脏膈面由黏液性囊性肿块粘连于膈肌。切除脾脏及肿块、大网膜肿块行病理检查,脾脏假黏液瘤大体切面呈多囊性,囊内为黏液(图 2);标本均经 4% 中性甲醛固定,石蜡包埋,连续切片,厚 4.00 μm,常规苏木素-伊红染色,光镜下观察组织学形态。(1)2012 年 1 月病检:阑尾一条,长 3.00 cm,直径 1.80 cm,阑尾表面附有脓苔及黏液;显微镜下见阑尾壁增厚,阑尾各层结构完整,见有少量炎细胞浸润,黏膜上皮呈绒毛状,衬附黏液性的柱状上皮细胞,细胞异型性不大,腺腔有所扩张,腔内见有黏液潴留,局灶性腺上皮呈乳头状增生,排列可见单层及少量的复层上皮细胞,细胞呈高柱状,细胞核位于基底部,异型性不大,核分裂少见,细胞质内可见黏液。病理诊断结果为阑尾黏液性囊腺瘤(图 3)。(2)2013 年 12 月病检:脾脏 1 个,大小为 15.00 cm×11.00 cm×8.00 cm,表面部分呈灰白色、结节状,切面呈多房性,内含胶冻样物,脾门见有灰白色结节 1 个,大小为 3.00 cm×1.50 cm×1.50 cm,切面灰白色、胶冻样。另送灰白色胶冻样组织一块,大小为 5.00 cm×3.50 cm×1.50 cm,另送组织为腹腔肿物。显微镜下见黏液性的肿块和