

超声乳化术治疗葡萄膜炎并发白内障的疗效观察

陈杰汉, 裴育, 戴国圣, 张勤

作者单位: (225321) 中国江苏省泰州市高港眼科医院
作者简介: 陈杰汉, 男, 主治医师, 业务副院长, 研究方向: 白内障、青光眼。
通讯作者: 张勤, 女, 主任医师, 院长, 研究方向: 白内障、青光眼和视网膜脱离. cjh129@163. com
收稿日期: 2009-11-02 修回日期: 2009-12-23

Therapeutic effect of phacoemulsification on uveitis-complicated cataract

Jie-Han Chen, Yu Pei, Guo-Sheng Dai, Qin Zhang

Gaogang Eye Hospital, Taizhou 225321, Jiangsu Province, China
Correspondence to: Qin Zhang. Gaogang Eye Hospital, Taizhou 225321, Jiangsu Province, China. cjh129@163. com
Received: 2009-11-02 Accepted: 2009-12-23

Abstract

- AIM: To evaluate the therapeutic effect of phacoemulsification on uveitis-complicated cataract.
- METHODS: Clinical data from forty-eight eyes of 40 cases with uveitis-complicated cataract were retrospectively analyzed.
- RESULTS: The visual acuity of 44 eyes (92%) improved two weeks after surgery. The posterior capsule ruptured in 5 eyes (10%) and tridemia occurred in 6 eyes (13%) during surgery. Corneal edema occurred in 38 eyes (79%) the second day after surgery. Fibrous exudates in anterior chamber were found in 43 eyes (90%) after surgery. Intraocular pressure elevated in 5 eyes (10%) postoperatively. Twelve eyes (25%) had irregular-shape pupil.
- CONCLUSION: Although there are more complications during and after the surgery, phacoemulsification is still a safe and effective way to treat uveitis-complicated cataract.
- KEYWORDS: phacoemulsification extraction; complicated cataract; uveitis

Chen JH, Pei Y, Dai GS, et al. Therapeutic effect of phacoemulsification on uveitis-complicated cataract. *Int J Ophthalmol (Guji Yanke Zazhi)* 2010;10(2):327-328

摘要

目的: 评价超声乳化术治疗葡萄膜炎并发白内障的治疗效果。

方法: 回顾分析 40 例 48 眼葡萄膜炎并发性白内障患者超声乳化手术治疗前后的情况。

结果: 术后 2wk 有 44 眼 (92%) 视力较术前提提高; 术中 5 眼 (10%) 计划外后囊破裂, 6 眼 (13%) 发生虹膜出血; 术后第 2d 角膜水肿 38 眼 (79%), 前房渗出 43 眼 (90%),

5 眼 (10%) 术后眼压增高, 12 眼 (25%) 瞳孔欠圆。

结论: 超声乳化术治疗葡萄膜炎并发白内障相对较复杂, 并发症较多, 但整体效果良好。

关键词: 超声乳化吸出; 并发性白内障; 葡萄膜炎

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-5123. 2010. 02. 043

陈杰汉, 裴育, 戴国圣, 等. 超声乳化术治疗葡萄膜炎并发白内障的疗效观察. *国际眼科杂志* 2010;10(2):327-328

0 引言

葡萄膜炎并发白内障, 因手术操作复杂, 术后反应重, 曾被列为人工晶状体植入的禁忌证^[1], 随着显微手术器械和手术技巧的不断改善, 以及术中使用高质量的黏弹剂, 手术效果已得到充分的肯定。由于晶状体乳化吸出术具有手术切口小, 术后炎症反应轻, 早期视力恢复快的特点, 已经被越来越多的眼科医生所接受, 并作为治疗葡萄膜炎并发白内障的主要方法, 现将我院 2006-09/2008-05 收治的 40 例 48 眼葡萄膜炎并发性白内障患者超声乳化手术治疗情况报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 本组患者共 40 例 48 眼, 男 20 例 28 眼 (8 例为双眼), 女 20 例 20 眼, 年龄 17 ~ 69 岁, 均有葡萄膜炎病史, 其中反复发作虹膜睫状体炎瞳孔缘广泛粘连 16 眼, 瞳孔闭锁 9 眼, 中间葡萄膜炎 8 眼, 全葡萄膜炎 15 眼, 以往因继发性青光眼行小梁切除术 3 眼, 术前视力为手动/眼前 ~ 0.3, 术前 5 眼为高眼压 (> 25mmHg), 白内障核硬度 I ~ IV, 所有患者病情均稳定 3 ~ 6mo 以上无复发, 眼压高者药物控制到正常。

1.2 方法 术前 3d 清晨顿服强的松片 20mg, 局部点用双氯酚酸钠眼液, 4 次/d, 手术 30min 以美多丽眼液散瞳 3 次。手术方法: 白内障术前常规处理, 作球后神经阻滞麻醉以免术中虹膜牵拉疼痛, 以宝石刀于 10:00 ~ 12:00 角膜缘作巩膜隧道切口向前 2mm 穿透角膜入前房, 2:00 角膜缘作辅助切口。前房注入少许黏弹剂后将黏弹剂针头沿晶状体前囊插入虹膜后, 边注射边利用黏弹剂的挤压及针头的机械力分离粘连的虹膜, 并可用劈核钩辅助反向牵拉瞳孔缘松解机化粘连, 遇有瞳孔闭锁或膜闭膜性物坚硬者, 可用囊膜剪剪除瞳孔缘部的机化膜甚至部分瞳孔缘虹膜, 或作均匀放射状瞳孔缘剪开, 常规撕囊, 超声碎核, 吸出残留皮质后将人工晶状体植入囊袋内或睫状沟, 清除前房黏弹剂。高眼压者加作上方巩膜瓣及小梁、虹膜根切, 白内障处理同前。

2 结果

2.1 视力情况 观察 48 眼术后 2wk 矫正视力, 44 眼 (92%) 视力较术前提提高, 其中 > 0.3 者 33 眼 (69%), 0.1 ~ 0.3 者 8 眼 (17%), < 0.1 者 3 眼, 无变化者 4 眼。影响视力提高的因素主要有青光眼视神经萎缩, 严重玻璃体混浊及眼底病变。

2.2 术中并发症 术中 12 眼 (25%) 后囊破裂, 其中 5

眼(10%)为计划外破囊,7眼为后囊中央混浊机化主动破囊,破囊者用前段玻璃体切除术去除残余晶状体皮质及前段部分玻璃体,未影响人工晶状体的植入。6眼发生虹膜出血,均发生在分离虹膜粘连中,因黏弹剂的作用出血较局限,未影响手术的进行。

2.3 术后并发症 术后第2d观察角膜水肿38眼(79%),经治疗在3~5d消退。前房积血3眼,重者下方积血约2mm。前房渗出43眼(90%),除1例形成瞳孔机化膜,其余均在治疗3~10d后逐渐消退。5眼术后眼压增高,2wk后恢复正常。12眼瞳孔欠圆。

3 讨论

从这组资料的分析结果看,大多数的患者视力有提高,达到了手术的目的,少数患者视力不提高,主要与视神经和眼底病变有关,因此超声乳化术治疗葡萄膜炎并发白内障是有效的。但由于虹膜和瞳孔等眼前节结构和功能的改变,给手术带来一定难度,术中术后并发症的发生率也相对较高,故有些问题还值得商讨。

3.1 手术时机 关于手术时机的选择, Foster等提出的4条手术指征我们认为全面且实用^[2],即:(1)晶状体过敏性葡萄膜炎,尽早摘除白内障;(2)白内障明显影响视力,术前炎症已经控制,预测术后视力有明显提高;(3)怀疑有眼底病变(如反复玻璃体出血,视盘新生血管形成等),白内障影响眼底检查;(4)进行眼后节手术时,白内障影响眼后节观察。我们认为除非为晶状体皮质引起的葡萄膜炎需尽早手术,其他患者炎症稳定时间应尽可能长,炎症充分稳定后手术可减少术后炎症反应。

3.2 术中小瞳孔的处理 对于小瞳孔的处理,在分离后粘连虹膜时要充分发挥黏弹剂的作用。虹膜与晶状体囊膜前的粘连大多数较为疏松,使用黏弹剂可轻易地达到分离粘连的目的,并可减轻器械机械性损伤,并有利于止血,促进瞳孔散大,瞳孔维持在4~5mm较合适,尽可能保证瞳孔缘的完整,必要时灌注液中加1:1000的肾上腺素,可帮助瞳孔散大并起到止血作用。对需要剥除瞳孔区机化膜的,若膜剥除后瞳孔仍<4mm,可采用瞳孔垂直和水平方向牵拉扩张,多点瞳孔缘括约肌剪开或用瞳孔扩张环。早期对于葡萄膜炎所致粘连性小瞳孔并发白内障手术,多数学者主张上方虹膜切开、节段性切除或瞳孔缘切开等方法,由于此种方式对瞳孔括约肌组织损伤刺激重,术中易出血,术后瞳孔散大或不能缩散,常出现术后眩光等不适感觉,现渐趋淘汰。后有学者主张在手法娩核术中不分离或至少分离虹膜与前囊膜的粘连,认为减少分离可以减少对虹膜的激惹,以减轻术后炎症,还可以确保人工晶状体

植入囊袋内降低虹膜发生后粘连的机会^[3]。我们认为在可以维持瞳孔4~5mm的情况下应尽可能减少对虹膜组织的刺激,否则应加大分离范围。因过小的瞳孔将增加超声探头吸非目标组织的几率,增加其他严重并发症的发生。

3.3 关于手术方法 (1)我们主张手术在局部麻醉下进行,因表面麻醉维持时间较短,麻醉深度有限,且在分离虹膜粘连时易产生疼痛,使患者对手术配合不佳,在发生并发症时处理困难。(2)手术切口宜前不宜后,以减少手术器械术中虹膜的干扰,减少术后并发症的发生率。我们的方法是用宝石刀在10:00~12:00方位角巩缘作宽3.2mm,长1.5~2.0mm的透明角膜隧道。(3)连续环形撕囊,撕囊范围要足够大。(4)水分离要充分,葡萄膜炎并发的白内障往往核较软,皮质较多,如水分离不充分,则核不易转动,加上瞳孔较小,皮质则不易冲洗干净,充分的水分离还能减轻后发性白内障的发生。(5)应尽可能在晶状体囊袋内进行超声乳化,以减少器械、超声能量和水流对虹膜色素上皮层的损伤。流量和吸力要适当,不要误吸虹膜,皮质要尽量冲洗干净,皮质残留过多会引起严重的葡萄膜炎反应。(6)植入折叠式人工晶状体或扩大隧道口至5.5~6.5mm后植入后房型人工晶状体,尽可能将人工晶状体植入囊袋内。清除前房内及晶状体后面的黏弹剂,切口渗水者间断缝合1~2针,埋藏线结。

3.4 术后炎症反应的控制 术后葡萄膜炎致瞳孔闭锁或人工晶状体前膜是常见的并发症,我们术后常规滴典必殊、安贺拉眼液4wk,双星明眼液2wk。反应重者应加强散瞳,术后连续3d球结膜下注射地塞米松2.5mg。并全身使用激素和非甾体类消炎药物(地塞米松、消炎痛),如晶状体前出现渗出膜,可结膜下注射曲安奈德促进膜的吸收。

总之,超声乳化术治疗葡萄膜炎并发性白内障手术中只要我们把握适当的手术时机,术中谨慎的操作,术后严密的管理,绝大部分患者是可以获得满意效果的。因此,超声乳化联合人工晶状体植入术是治疗葡萄膜炎并发白内障的一种好方法^[4]。

参考文献

- 1 李绍珍. 眼科手术学. 第2版. 北京:人民卫生出版社 1997:433-434
- 2 黄瑞华,王梅芳,汪金方,等. 葡萄膜炎并发性白内障的手术治疗. 中华现代眼科杂志 2005;2(1):5-6
- 3 谢立信,李绍伟. 葡萄膜炎并发性白内障的手术方法探讨. 中华眼科杂志 1998;34(6):457-458
- 4 陶润平,郑景华,梁文旺. 超声乳化术治疗葡萄膜炎并发性白内障的疗效观察. 中国实用眼科杂志 2002;20(9):667-669