维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol.10, No.2

无晶体后囊支撑的后房型人工晶体植入术

王玉清* 郑金凤* 李立梅*

【摘 要】 目的 探讨无晶体后囊支撑的后房型人工晶体植入术的疗效。方法 对10例单眼无晶体眼患者施行后房型人工晶体植入术。结果 10例患者均成功植入,并获得良好视力。结论 无晶体后囊支撑的后房型人工晶体植入术是一种安全有效的术式。

【关键词】 后房型人工晶体植入;无晶体后囊

Implantation of posterior chamber lens in the absence of capsular support *Wang Yuqing, Zheng Jinfeng, Li Limei. The First Affiliated Hospital of Jiamusi Universuy, Jiamusi* 154002

【Abstract】 **Objective** To investigate the effect of implantation of posterior chamber lens in the absence of capsular support. **Methods** Implantation of posterior chamber lens were performed on ten patients of aphakia in the absence of capsular support. **Results** Intraocular lens were inserted in all of these eyes successfully and achieved good visions. **Conclusion** Implantation of posterior chamber lens in the absence of capsular support is a safe and effective operation.

【Key words】 Implantation of posterior chamber lens; Absence of capsular

后房型人工晶体植入术的并发症少,且可获得良好视力。对于单眼无晶体眼且又不能耐受接触镜者,我们采用将晶体襻的缝线固定在睫状沟处的巩膜上,植入后房型人工晶体,取得了良好效果,现总结报告如下。

材料与方法

一、一般资料:本组共10例,男8例,女2例,年龄24~65岁,左眼7例,右眼3例。致病原因:眼球穿孔伤3眼,挫伤4眼,其中晶体半脱位3只眼,白内障囊外摘除术后后囊破裂3例。术前视力手动至指数,术前所有患者给以静脉注射甘露醇,使玻璃体脱水。

二、手术方法:手术均在显微镜下进行,麻醉后作10~20时位和5~7时位两个以穹窿部为基底的结膜瓣,电凝止血,分别以6时和12时为中心作二个2mm大小厚1/3巩膜厚度的切口。前房内充填甲基纤维素使玻璃体后移,将带有针的10-0聚丙烯线结扎在后房型晶体的下襻上,将针从虹膜后方睫状沟处的6时位巩膜切口出针。将另一根带针10-0聚丙烯线结扎在晶体的上襻上,用同法将针从12时位睫状沟处的巩膜切口出针,通过牵引上、下方的聚丙烯缝线使上、下襻安置于虹膜后方睫状沟处,结扎缝线,冲洗前房。其中3例患者外伤性散瞳缝合虹膜至瞳孔约3mm大小,闭合角巩膜切口及巩膜切口。

结 果

一、视力:10只眼术后视力检查结果,视力0.2~0.4的3只眼,0.5~0.6的6只眼,0.6以上者1只眼,术后随访4~12个月,平均6个月,效果满意。

二、术后眼部检查及并发症:绝大多数术眼前房反应较一般老年性白内障为重,角膜轻度水肿,晶体表面及角膜后可见色素沉积,多数在一周左右吸收,不影响患者的视力,未发现与晶体有关的严重并发症。

讨 论

后房型人工晶体的优点很多,光学性能好,角膜失代偿的危险少,且房角保持完整不受影响,减少了周边前粘连的形成,因而减少了对房水流出的不利影响[1]。虽然前房型晶体的设计有很大改进,但与后房型晶体相比,并发症的种类很多,发生率也较高[2]。对于单眼无晶体而又不能耐受接触镜及无晶体后囊膜的病人采用本文所描述的用缝线固定晶体襻的后房型人工晶体植入术,在操作上比前房型人工晶体植入术难度大,对组织产生的损伤大于常规人工晶体植入。所以手术时要操作熟练,术中注意保护角膜内皮,仔细分离虹膜前

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院眼科

维普资讯 http://www.cqvip.com

或后粘连，妥善处理脱出的玻璃体，充分冲洗前房，可取得满意的效果[3]。

本术式对玻璃体的扰动较大，手术时应向前房内注入粘弹物质，既可使玻璃体后移，又可明显减轻对角膜内皮的损伤。本文有3例患者外伤性瞳孔散大约7mm，术中将虹膜拉出缝合使瞳孔保持在3mm左右可使后房型晶体的位置固定较好。在所有病人中尚未发现与晶体有关的严重并发症如出血、色素膜炎、晶体脱位、角膜失代偿及继发性青光眼。通过我们临床观察无晶体后囊支撑时用不吸收的聚丙烯线经睫状沟巩膜层间固定晶体襻植入后房型人工晶体是一种安全、有效的手术方法[4]。

参 考 文 献

1. Binkhorse CD. Corneal and retinal complications after cataract extraction. Ophthalmology, 1990, 87: 609 - 617.
2. Downing JE, Parrish CM. Long-term results with anterior chamber intraocular lens implants. J Cataract Refract Surg, 1986, 12: 493 - 498.
3. Kaufman HE. The correction of aphakia. Am J Ophthalmol, 1990, 89: 1 - 10.
4. McDonald MB, Koening SB, Safir A, et al. The surgical correction of aphakia. Ophthalmology, 1993, 90: 668 - 672.

（收稿：2000-12-04）

·个案与短篇·

胸肋重叠抬举术治疗漏斗胸12例

李 俊* 李 庄* 王俊东* 李爱民*

漏斗胸是最常见的前胸壁畸形，主要由前胸壁凹陷形成。由于前胸壁的凹陷，使胸腔容积缩小，国内外报告都证明漏斗胸病人确实存在呼吸循环功能障碍，且因畸形存在，病人因形体异常而产生一定的心理损害。因此，及时行手术矫治是完全必要的。我科应用胸肋重叠抬举术治疗漏斗胸12例，疗效满意，现报道如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组12例中，男7例，女5例，全组年龄均在3～12岁。均因前胸壁凹陷畸形，易感冒，劳累及哭闹后气促而就诊。检查均有前胸壁凹陷畸形，凹陷深度在2.9～4cm之间，凹陷部容水在60～82ml，F_2I在0.29～0.35之间，胸部X线示胸骨凹陷，胸骨下段与椎体前缘最近间距在1.4～3.2cm，术前诊断为漏斗胸。

2. 手术方法：均在全麻插管下取胸正中切口进入，向两侧分离胸大肌剥离第3～7肋软骨骨膜至肋软骨与肋骨连接部，游离出肋软骨，注意保护壁层胸膜、尽量不要剥破，在距胸骨缘约3cm处由前内至后外斜行30°斜形切断肋软骨，剪除下陷之剑突部，游离胸骨后间隙，将肋软骨骨膜缝合成管状，将肋软骨两端用4#尼龙缝线由内上外下重叠缝合，注意缝合时附于胸骨之肋软骨将胸骨支撑为拱形缝合胸大肌及切口，术毕患儿原凹陷之胸壁平整如常人，术后给支持对症处理。

二、结果

12例术后恢复顺利，拆线后胸壁外观平整，复查X线测胸骨下段至椎体前缘最近间距增至4cm以上，均在术后第8天出院，术后随访1～3年，劳累及哭闹后气促消失。

三、讨论

漏斗胸是常见的前胸壁畸形，由于前胸壁凹陷，使胸腔容积缩小，肺及心脏运动受限，不同程度影响呼吸循环功能，且会使病人因形体异常而产生精神负担，甚至性格内向，严重影响患者身心健康。因而，为改善患儿的生理和心理状况，手术矫治漏斗胸势在必行。以往术式主要有Ravitch胸骨抬高法和VVada胸骨翻转法及上述二种术式为基础改良术式，均存在胸骨血供差，有可能引起：①胸骨感染和胸骨吸收坏死。②由肋软骨膜再生之肋软骨无序再生致漏斗胸复发，胸肋重叠抬举术治疗漏斗胸优点在于：①保护了胸廓内动脉，可避免因血供差所致的胸骨后间隙感染及胸骨坏死，缝合肋软骨膜使之成套管状保证肋软骨规范性再生。③对肋软骨较柔软的儿童，胸肋重叠抬举术矫治漏斗胸尤为适宜，因肋软骨重叠缝合后，弹性较好的肋软骨呈拱形将胸骨上举是非肋软骨所无法比拟的。12例患儿术后X线片均提示胸骨下段至椎体前缘最近间距较术前明显增宽，即胸腔容积较术前明显增大，呼吸循环功能明显得到改善，矫治后胸壁平整如常人，同时也解除了患儿因形体异常所致的心理障碍。通过12例手术治疗，疗效满意，手术方法简单，创伤小，不用翻转胸骨，不必用钢针内固定，矫形后胸廓稳定性好，值得推广应用。

* 作者单位：671000 云南省大理医学院附属医院胸心血管外科