维普资讯 http://www.cqvip.com

114-115

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2000,Vol.9,No.2

R775. R776.1

青光眼术后白内障人工晶体植入术

王玉清* 张丽萍* 卢晓蕾*

【摘 要】 **目的** 探讨青光眼术后白内障摘除及后房型人工晶体植入术手术方法选择及疗效。**方法** 对20例青光眼术后白内障患者行晶体囊外摘除联合人工晶体植入术,平均随访6~36个月。**结果** 全部病例术后视力较前提高,术后主要并发症为角膜内皮水肿、前房出血、虹膜睫状体炎。**结论** 术中颞侧透明角膜切口及仔细选择病例对手术成败很重要。

【关键词】 白内障 人工晶体 青光眼 小梁切除术

人工晶体植入术

Cataract extraction and lens implantation after glaucoma surgery *Wang Yuqing, Zhang Liping, Lu Siaole. 1st Affiliated Hospital of Jiamusi University, Jiamusi 154002*

【**Abstract**】 **Objective** To investigate the technique of posterior chamber lens implantation after glaucoma operation and evaluate its therapeutic effects. **Methods** Posterior chamber lens implantation was performed on twenty patients after glaucoma operation. Follow up 6~36months. **Results** The visual acuity of all patients were improved after suoperation postoperative, complication included: edema of corneal endothelium, hyphema and uveitis. **Conclusion** The results suggest that incision for IOL implantation and careful selection of patients be important for successful cataract operation in glaucoma patients.

【**Key words**】 Cataract extraction Intraocular lens Glaucoma Trabeculectomy

青光眼滤过术后并发白内障的患者在逐年增多,此种患者需行手术治疗。我们自1996~1999年对20例该类患者在保存原手术滤过泡的原则下采用颞侧角膜缘内切口施行白内障囊外摘除联合人工晶体植入术,取得了满意效果,现总结报告如下。

资料与方法

1.一般资料:本组共20例,男14例,女6例,年龄52~67岁,平均57岁。右眼8例,左眼12例,所有患者均于3~8年前行抗青光眼手术。术前眼压为2.15±0.42 kPa,术前术眼视力为光感至0.08不等,晶体明显混浊。

2.手术方法:术前用托品酰胺眼液充分散瞳,2%利多卡因行球后麻醉。眼球加压15分钟后,在颞上方角膜缘前界内0.5mm处作约6mm的角膜切口。对有虹膜后粘连者予以充分分离、截囊、挽核、植入人工晶体同常规白内障手术。所有病人均植入后型人工晶体,术中无晶体后囊破裂。

结 果

1.术后视力、眼压:裸眼视力0.1者1眼,0.1~0.2者3眼,0.3~0.5者13眼,0.6以上者3眼。随访时间6~36个月,平均12个月,所有患者眼压均在正常范围内。

2.术后并发症:①角膜内皮水肿;②虹膜睫状体炎;③人工晶体前膜形成。经药物治疗2~7天水肿消退,炎症控制,渗出吸收,未见影响视力的其它严重并发症发生。

讨 论

青光眼术后可加重晶体的混浊[1],近年来,由于粘弹物质及显微手术的应用,使得青光眼术后白内障人工晶体植入不再是禁忌症。一般认为,青光眼滤过手术后在眼压正常、滤过功能存在的情况下,应注意避开原手术区域。关于切口,各家意见不一,有的提出行角膜下缘切口,该术式眼压控制成功率达90%,但手术操作不方便。还有的提出角巩膜缘颞侧切口、角膜上缘透明区切口,Kondo[2]比较了三种手术切口认为角膜上缘透明区切口是最好的手术切口。本组病例采用颞侧角膜缘前界内0.5mm手术切口,96%的患者术后眼压维持正常,同时掌握好缝线的松紧度使角膜伤口对合佳,减少了术后散光的度数,且该手术切口操作既简便,又保护了原滤过泡[3]。

本组中20例患者术后视力均有程度不同的提高,视力改善的程度,同视神经损害的程度有关。有3例患者视力达0.6以上,术后查眼底未见到异常改变。本组中4例患者视力低于0.2,术前查光定位只有4个阳性点,用相应柱镜矫正视力提高不明显,说明散光不是影响视力的主要原因。

术中瞳孔的处理,本组中有80%的患者瞳孔约

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院眼科

维普资讯 http://www.cqvip.com

3mm，且虹膜均有不同程度的后粘连，散瞳造成手术操作不方便，我们采用术中前房内注入粘弹剂，用截囊针头将粘连处轻轻分离，可将瞳孔散至6mm大小，但对于瞳孔上移，上方虹膜缺失者采用人工晶体植入后，剪开下方括约肌，有助于患者术后视物。

通过本组20例患者临床视察中，我们认为青光眼术后白内障在眼压正常滤过功能存在的情况下行人工晶体植入术是提高视力的唯一方法。但术前需仔细选择病例，采用颞侧角膜缘内切口，处理好瞳孔大小、可取得令人满意的效果。

参 考 文 献

1. 雷 智，崔国义，王超廷，等. 抗青光眼术后白内障摘除的探讨. 中国实用眼科杂志，1990，8：411.
2. Kondo T. Cataract extraction after filtering operation. Glaucoma, 1989, 1: 165.
3. Oyakama Ray T. Clear-cornea cataract extration in eyes with functioning filtering blebs. Am J Ophthalmol, 1982, 93: 294.
4. 何守志. 不同截囊方法的比较研究. 中华眼科杂志，1995，31：22.

（收稿：1999-12-10）

·个 案·

十二指肠损伤的诊断和治疗

冯泽福* 孙宏伟*

十二指肠损伤是腹部损伤中诊断困难、治疗棘手、并发症多、死亡率高的疾病之一。我院1987～1996年收治6例十二指肠损伤的病人，现就其诊断和治疗讨论分析如下。

一、临床资料

（一）一般资料：本组男5例，女1例，年龄18～54岁，平均34岁。受伤原因：车祸伤3例，坠落伤1例，锐器伤2例。损伤部位：十二指肠球部1例，降部4例，水平部1例。并发失血性休克者3例，有腹膜炎体征者4例。单纯十二指肠损伤1例，其余5例均合并其它脏器多处损伤。

（二）治疗方法及结果：凡有其它器官合并损伤者均应行相处理。4例十二指肠裂口长0.5～2.5cm，并在伤后12小时内手术探查，行清创后单纯修补术，术中将胃管插至十二指肠修补处减压，腹腔或腹膜后有效引流治愈，术后均未发生并发症。1例十二指肠破裂口超过周径的2/3，行带血管蒂空肠浆肌层瓣膜转位修补破裂口，腹腔引流，空腔逆行插管造口减压，治愈。1例十二指肠损伤位于水平部，且在伤后18小时手术探查，伴有胰头损伤，局部水肿，行十二指肠憩室化手术，修补十二指肠裂口，切除胃窦，封闭十二指肠残端、胃空肠吻合，同时行十二指肠造口减压引流，治愈。

二、讨论

（一）十二指肠损伤的诊断：十二指肠损伤往往与其它脏器损伤同时发生，诊断较为困难。本组6例，仅1例术前明确诊断，其余均经手术探查证实。诊断困难的原因：①十二指肠位置深，部分十二指肠位于腹膜后，一旦损伤常伴有其它器官同时受伤，其症状可掩盖十二指肠损伤的病情。本组5例为多器官伤。②十二指肠损伤无特异的临床表现，特别是腹膜后十二指肠损伤，早期症状不明显，甚至于手术探查亦常漏诊。

为减少漏诊率，对任何一个上腹部严重创伤，特别是上腹部钝器伤及车祸伤，均应想到有十二指肠损伤的可能。术中应按照一定的顺序全面探查腹腔脏器。不能满足于发现胃、肝、胆道、胰腺等十二指肠周围器官的损伤，轻易结束探查，而应想到有无十二指肠损伤，特别在发现横结肠系膜或十二指肠周围血肿时一定要引起重视，必要时切开探查。如发现小肠系膜根部有胆汁染色和捻发感时，则十二指肠损伤的诊断基本可以确立。如有必要则行Kocher切口探查十二指肠后断胰腺段。Caltell法切开升结肠外侧腹膜，向左翻转右半结肠和部分小肠，进行十二指肠三、四段的探查。要警惕十二指肠各段损伤的可能，以免漏诊。

（二）十二指肠损伤的治疗

1. 术式选择：依病人的全身情况及十二指肠损伤的部位、裂口的大小、合并伤的种类，受伤的时间及腹腔内污染情况决定。小的裂口，边缘整齐，血运良好，无张力者，特别是上腹部的锐器损伤，仅行清创后单纯修补术；同时将胃管插到十二指肠缝合修补处即可，无须其它附加手术。本组4例施行上述手术，均痊愈出院。对修补不十分满意者，应附加其它引流减压术。如胃造瘘，将导管通过幽门达十二指肠破裂口附近，行胆总管T管引流，这样可以减少术后肠瘘的发生。在十二指肠破裂较大或合并胰腺损伤、修补后有一定张力，除施行十二指肠修补术外，还应行十二指肠憩室化手术。使十二指肠旷置，将食物与消化液转流，进一步促使十二指肠修补成功。对于严重的十二指肠损伤，可选择胰十二指肠切除术。因术式创伤大，费时长术后并发症多，必须慎重选择，严格掌握其适应证。胰十二指肠切除切术在十二指肠损伤中的适应证是：①严重的胰十二指肠复合伤，行其它手术可能发生严重的胰瘘或十二指肠瘘；②十二指肠乳头严重毁损伤；③胰腺及胆总管完全撕脱；④胰头多发裂伤，胰十二指肠伤合并损伤，其中之一不能保留者。

2. 术后处理：术后均禁食5～7天，排气排便无异常后方可进食。对严重病人早期酌情应用静脉营养。应用生长抑素（善得定），抑制消化液的分泌，促进十二指肠的愈合，对预防十二指肠瘘的发生具有重要意义。

（收稿：1999-12-05）

* 作者单位：154604 黑龙江省七台河矿务局总医院儿外科