

小梁切除术后不同位置透明角膜切口 超声乳化术疗效观察

何 莲¹, 陈茂盛², 李嘉文²

(重庆市爱尔眼科医院, 1. 青光眼科; 2. 白内障科, 重庆, 400020)

摘要: **目的** 探讨小梁切除术后白内障采用不同位置透明角膜切口超声乳化术的疗效。**方法** 对小梁切除术后白内障患者 37 例(44 眼)行不同位置 3.0 mm 透明角膜切口超声乳化术,按照切口位置不同分为颞上方切口组(A组)27 例(30 眼)和上方切口组(B组)10 例(14 眼)。术后观察 2 组患者的眼压、角膜曲率、角膜内皮细胞数等指标。**结果** 术后 2 组患者眼压呈先上升后下降的趋势,角膜曲率及角膜内皮细胞计数呈先下降后上升的趋势,但 2 组末次随访时眼压、角膜曲率及角膜内皮细胞计数方面差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 小梁切除术后白内障患者接受透明角膜切口超声乳化术颞上方和上方切口均疗效确切,可遵循个体化原则选用。

关键词: 小梁切除术; 透明角膜切口超声乳化术; 疗效观察

中图分类号: R 772.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-2353(2012)19-0160-02

Effect of clear corneal incision phacoemulsification of 3.0 mm in different positions after trabeculectomy

HE Lian¹, CHEN Maosheng², LI Jia-wen²

(Chongqing Aier Eye Hospital, Chongqing, 400020)

ABSTRACT: Objective To investigate the effect of clear corneal incision phacoemulsification of 3.0 mm in different positions after cataract with trabeculectomy. **Methods** Thirty-seven cataract patients (44 eyes) with trabeculectomy received clear corneal incision phacoemulsification of 3.0 mm in different positions. They were divided into two groups according to the incision, the above temple incision group (group A, $n=27$) and above incision group (group B, $n=10$). The intraocular pressure, corneal curvature and corneal endothelial cells in the two groups were observed. **Results** The intraocular pressure in the two groups showed a trend of ascending at first and descending at last, while the corneal curvature and corneal endothelial cells showed a trend of descending at first and ascending at last. There were no significant differences in intraocular pressure, corneal curvature, and corneal endothelial cells in the two groups in the final follow-up. **Conclusion** The clear corneal incision phacoemulsification of 3.0 mm in both incisions above temple and the above incision after trabeculectomy have curative effect, and we can follow the principle of individual selection.

KEY WORDS: trabeculectomy surgery; clear corneal incision phacoemulsification; efficacy observation

青光眼是眼科常见病,其治疗多以小梁切除术为主^[1],然而该手术本身对于患者视力的影响不容忽视,主要包括诱发白内障或导致原有的白内障加重,且此类患者多存在前浅房、虹膜后粘连、瞳孔缩小或散大、虹膜无张力、上方巩膜滤过

泡、角膜内皮及晶状体悬韧带损伤等前次手术损伤,为术后并发白内障的手术治疗造成了困难。此类患者接受超声乳化术的疗效较为确切^[2],但对于手术切口的选择值得探讨。本研究观察了不同位置 3.0 mm 透明角膜切口行超声乳化术治疗

收稿日期: 2012-05-06

基金项目: 中国高校医学期刊临床专项资金(11220180)

通信作者: 何莲, E-mail: helian800@163.com

小梁切除术后白内障患者的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

选取 2008 年 10 月—2011 年 10 月在本院住院的小梁切除术后并发白内障患者 37 例(共 44 眼)。所有患者均未用使用降眼压药, 眼压在正常范围内; 无手术禁忌证, 无高血压心脏病等并发症, 无角膜外伤史。其中男 19 例, 女 18 例, 年龄 45~79 岁, 平均(63.1±12.6)岁, 2 次手术距小梁切除术 2.5 年~18 年, 平均(6.2±2.9)年。根据手术切口不同分成颞上方切口组(A 组)与上方切口组(B 组): A 组 27 例, 共 30 眼, 其中男 14 例, 女 13 例, 平均年龄(62.5±13.8)岁, 晶状体硬度Ⅲ级 15 眼、Ⅳ级 13 眼、Ⅴ级 2 眼; B 组 10 例, 共 14 眼, 其中男 5 例, 女 5 例, 平均年龄(63.4±11.2)岁, 晶状体硬度Ⅲ级 7 眼、Ⅳ级 6 眼、Ⅴ级 1 眼。2 组患者一般资料比较, 差异无统计学意义, 具有可比性。

术前检查: 患者术前进行常规视力检查、眼底、眼压、裂隙灯、色觉、眼 A 超、B 超等常规检查。

透明角膜切口超声乳化: 对行小梁切除术后白内障的患者进行透明角膜切口超声乳化, 采用爱尔凯因表面麻醉, 行透明角膜切口, A 组选择颞上方切口, B 组选择上方切口, 2 组患者切口大小均为 3.0 mm, 前房内注入 viscoat, 连续环形撕囊 5.5 mm, 水分离、水分层, 使用美国 Alcon 公司的 Infiniti Ozil 超声乳化系统行晶体吸出, 囊袋内植入人工晶体, 吸出粘弹剂, 角膜伤口水密闭合。术后结膜囊内涂典必殊眼膏, 眼垫包眼。术后随访 3 个月~18 个月, 比较 2 组患者术后眼压、角膜曲率及角膜内皮细胞计数的变化。

2 结果

2.1 2 组患者术后眼压比较

术后随访 3~6 个月, 2 组患者术后 1 d 眼压均显著升高, 但之后逐步降低 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$), 至术后第 6 个月时接近术前水平。术后 2 组末次随访眼压均在正常范围内且未用降眼压药物, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 1。

表 1 2 组患者术后眼压比较

组别	眼数	mmHg			
		术前	术后 1 d	术后 1 个月	术后 6 个月
A 组	30	12.1±3.2	16.8±3.4**	14.2±4.3*#	12.0±4.1*#△
B 组	14	11.9±3.2	17.1±4.2**	13.9±4.0#	11.8±3.8*#

与本组术前比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$; 与本组术后 1 d 比较, # $P<0.05$, ## $P<0.01$; 与本组术后 1 个月比较, △ $P<0.05$ 。

2.2 2 组患者术后角膜曲率比较

2 组患者术后角膜曲率存在先下降后上升的趋势 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$), 但末次随访 2 组角膜曲率差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 2。

表 2 2 组患者术后角膜曲率比较 D

组别	眼数	D		
		术后 1 周	术后 1 个月	术后 3 个月
A 组	30	38.3±1.6	37.6±1.8	39.9±2.4**##
B 组	14	39.2±0.9	37.9±1.7*	38.7±2.9

与本组术后 1 周比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$;
与本组术后 1 个月比较, # $P<0.01$ 。

2.3 2 组患者术后角膜内皮细胞计数比较

2 组患者术后 3 个月角膜内皮细胞计数均较术前显著下降, 术后 6 个月、9 个月呈上升趋势 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$), 末次随访 2 组角膜内皮细胞计数均较低于术前水平, 但 2 组间比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 3。

3 讨论

青光眼小梁切除术后并发白内障的患者较为多见, 其治疗手术难度相对较高, 透明角膜切口超

表 3 2 组患者术后角膜内皮细胞计数比较

组别	眼数	个/mm ²			
		术前	术后 3 个月	术后 6 个月	术后 9 个月
A 组	30	2 143.6±196.3	1 786.3±200.6**	1 863.6±186.5**	1 977.9±231.6***#△
B 组	14	2 175.9±158.3	1 820.2±196.8**	1 851.9±173.9**	1 868.7±246.5**

与本组术前比较, ** $P<0.01$; 与本组术后 3 个月比较, ## $P<0.01$; 与本组术后 6 个月比较, △ $P<0.05$ 。

声乳化术疗效确切, 但可以选择不同的手术切口, 3.0 mm 透明角膜切口超声乳化术原则上不会产生严重的散光, 是临床推荐的良好选择, 而切口位置选择中以颞上方切口和上方切口最为常用,

2 种切口各有优劣, 值得研究。

透明角膜切口超声乳化术治疗白内障对于视力的疗效已经受到了广泛认可^[3-4], 不同的切口

(下转第 166 面)

骨质缺损,后上关节盂唇磨损或撕裂表现为盂唇表面不规则及强度增高,肱二头肌长头腱损伤为肌腱撕裂呈高信号影。

3.3 肩关节 MRI 造影病变表现

关节内注射利多卡因可暂时缓解疼痛,使患者更好配合检查。基于常规 MRI 显示肩关节病变的基础,MRI 造影表现肩峰下滑囊内有对比剂,同时伴贯穿肩袖肌腱的对比剂高信号时诊断全层撕裂;对比剂进入肩袖肌腱但未进入肩峰下滑囊,诊断部分撕裂。甚至有相关文献认为^[3] MRI 是诊断肩袖完全撕裂的金标准。盂唇异常的标准为盂唇严重截断或消失(缺失),或对比剂贯穿盂唇基底部(撕裂)^[4]。肱二头肌长头腱增粗并信号增高时诊断腱炎,造影时对比剂进入肱二头肌长头腱部分撕裂后的缺损区和撕裂的纤维内,提高韧带和周围结构的对比度,提高肌腱撕裂的诊断敏感性^[5]。

肩关节 MRI 能清晰显示出肩关节的复杂解

剖结构,能准确地诊断肩袖完全撕裂,肩关节 MRI 造影检查能准确的诊断肩袖部分撕裂、肌腱炎及肱二头肌病变,对慢性肩关节疼痛的病因诊断有较高的临床价值,是一项有重要意义的检查方法^[6]。

参考文献

- [1] 朱庆生,信原克哉. 肩关节相关结构正常与遗传的影像学特征[J]. 中华外科杂志, 2000, 38(4): 159.
- [2] 张新菊. MRI 检查对肩袖损伤的应用价值(附 15 例报告)[J]. 浙江临床医学, 2007, 11(9): 1565.
- [3] Miniaci A, Saloner D. Rotator cuff evaluation: imaging and diagnosis[J]. Orthop Clin North Am, 1997, 28: 43.
- [4] Zanetti M, Weishaupt D, Gerbet C, et al. Tendinopathy and rupture of the tendon of the long head of the brachii muscle; evaluation with MR arthrography [J]. AJR, 1998, 170: 1557.
- [5] 郑屹峰,姚伟武,何碧媛,等. 肩关节肱二头肌肌腱损伤的 MRI 表现[J]. 医学影像学杂志, 2011, 6(21): 914.
- [6] 周少波,邓丽萍. 肩关节疼痛的 MRI 检查价值评估[J]. 实用放射学杂志, 2005, 9(21): 940.

(上接第 161 面)

选择对于视力的影响往往不明显,然而不同切口选择的手术疗效一直是研究的热点。本研究结果显示,在 2 组患者基本情况相似的基础上,术后 2 组患者眼压呈先上升后下降的趋势,角膜曲率及角膜内皮细胞计数呈先下降后上升的趋势,但 2 组末次随访时眼压、角膜曲率及角膜内皮细胞计数方面差异无统计学意义,说明 2 种切口位置选择均疗效好,损伤小,值得推荐。

有研究认为^[5],颞上方切口在手术操作等方面具有优势。王丽等^[6]对 3 种不同位置透明角膜切口白内障超声乳化术的手术时间、角膜散光度以及视力的变化进行了对照分析,发现颞上方切口组患者的手术时间显著短于上方切口组及角膜地形图引导下白内障手术透明角膜切口组,而颞上方切口组与上方切口组的角膜散光度及视力差异无统计学意义,考虑可能与颞上方切口避开了眉弓以及眼窝对于手术空间的影响,操作更为简便有关,理论上可以减少手术操作和器械对于角膜的不良刺激^[7-8]。但本研究结果并未发现颞上方切口的显著优势,仅仅在术后眼压、角膜曲率及角膜内皮细胞计数的恢复方面显现出优于上方切口的倾向,可能是由于受到本研究样本数量较

小的限制。因此,颞上方切口疗效是否具有显著优势,仍值得大样本随机对照研究进行验证。

参考文献

- [1] 潘绍新,赵桂秋,孔庆兰,等. 原发性闭角型青光眼高压下的复合式小梁切除术[J]. 中国实用眼科杂志, 2009, 27(3): 270.
- [2] 方腾,李秋明,舒华娥,等. 白内障超声乳化吸除联合房角粘连分离术治疗慢性闭角型青光眼合并白内障的临床疗效[J]. 临床眼科杂志, 2010, 18(5): 413.
- [3] 梅永新,沈建国. 超声乳化术治疗小梁切除术后并发白内障的临床观察[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2011, 11(1): 36.
- [4] 朱本虎,杨文忠. 原发性闭角型青光眼持续高血压状态下手术治疗的安全性和效果[J]. 河北医科大学学报, 2011, 32(2): 172.
- [5] 张敏,吴强,王文清,等. 白内障超声乳化术不同位置透明角膜切口的角膜散光变化[J]. 中国实用眼科杂志, 2011, 29(7): 682.
- [6] 王丽,肖耀廷,李勇. 三种透明角膜切口白内障超声乳化术疗效分析[J]. 上海医学, 2008, 31(8): 543.
- [7] 王哲宇,许权. 不同切口对白内障手术角膜散光的影响[J]. 中国现代医生, 2011, 49(7): 111.
- [8] 邵东平,钟敬祥,刘斐,等. 不同位置角膜切口白内障超声乳化对角膜表面形态的影响[J]. 眼科新进展, 2009, 29(8): 597.