

“V”形截囊术临床小结

吴建华

(江西省瑞金市人民医院 瑞金 342500)

摘要:目的:对用“V”形截囊白内障手术治疗 800 眼白内障进行了回顾性统计分析。方法:根据澳大利亚霍洛基金会“V”形截囊法进行白内障手术。结果:术后视力 ≥ 0.3 者占 97.9%, ≥ 0.5 者占 56%。术中、术后并发症低。结论:“V”形截囊术是低成本、复明效果佳的手术,适于基层和农村推广。

关键词:“V”形截囊术;白内障;手术疗法

中图分类号:R776.1

文献标识码:B

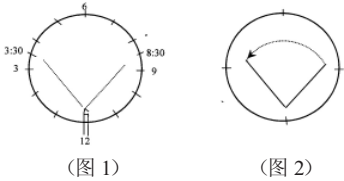
文献编号:1671-4040(2005)05-0039-02

白内障为我国首要致盲眼病,但通过手术治疗,绝大多数可复明^①。从针拨术逐渐发展到现在的人工晶体植入术,其中超声乳化术+人工晶体植入术因创伤小、愈合快、效果佳成为最理想的手术。但这是一项成本高、技术要求高的手术^②。在我国很多贫困地区、县市级及以下级医疗单位仍以现代囊外+人工晶体植入术为主。我院医生自 2000 年澳大利亚霍洛基金会白内障培训班培训后,采用“V”形截囊法白内障手术,因于节省手术费用,Ⅰ期植入人工晶体方面有着非常实际的意义,适合基层大规模的防盲治盲活动。现将我院自 2000~2004 年间所做 800 眼常规切口“V”形截囊白内障手术小结如下(近 1 年来我们在集中手术活动外所做的小切口白内障手术亦采用“V”形截囊法,取得了更好的效果,未统计在本文内):

1 临床资料

1.1 一般资料 800 眼中男性 328 眼,女性 472 眼;年龄最小 8 岁,最大 94 岁;老年性白内障 727 眼,并发性白内障 43 眼,先天性白内障 9 眼,外伤性白内障 21 眼。纳入统计者均为术前视力 <0.1 ,光定位正常,术后复查了 3 个月以上者。

1.2 手术方法 作上方穹窿部为基底之结膜瓣,在角巩缘后界后 1mm 处自 2 点到 10 点用剃须刀片作半层巩膜切口。将 26 号针头接于 2~3mL 注射器上,注射器内抽满林格氏液,从巩膜切口基底 12 点钟位置,平虹膜平面,将 26 号针刺入前房,作如图 1 截囊。而后全层切开切口,内口位于角巩膜前缘处,水分离后压出晶体核,清除皮质,前房内注入空气泡。此时,大部分手术眼气泡刚好抬起晶体前囊舌片,即使没有抬起也可清晰见到前囊位置,植入人工晶体。植下攀时让下攀自前囊舌片后,滑过后囊,使下攀置于囊袋内,然后用旋转法植入上攀,双腔管用水维持前房,同时轻巧旋转人工晶体,则可把人工晶体肯定植入囊袋内。一手持双腔管吸注器注水维持前房,另一手持小弯剪插入前房,在“V”形囊舌片底部作一小切口。在切口边轻轻抽吸,将囊舌片吸到吸注器上,轻轻沿囊舌片底撕开直到另一囊边,如图 2。取出囊舌片。前房注入气泡,连续缝合巩膜切口。



1.3 术后处理 术终球结膜下注射庆大霉素 2 万 U,地塞米松 2.5mg,术后常规点抗生素和激素眼药水,不常规全身用药。有术后并发症者均对症等处理。

2 结果

2.1 术后视力 本文统计术后 3 个月后矫正视力: <0.3 者 17 眼(占 2.1%), ≥ 0.3 者 783 眼(97.9%), ≥ 0.5 者 684(83%), ≥ 1.0 者 453 眼(56%)。

2.2 术中并发症 后囊破裂 35 眼(4.4%),玻璃体脱出 30 眼(3.75%),虹膜根部断离 10 眼(1.1%)。后囊破裂均发生于吸皮质时,后囊破裂小,发现及时者予粘弹剂堵塞裂口后,成功植入人工晶体。有玻璃体脱出者,常已难辨别破口位置及大小,“V”形前囊舌片已压至下方。对于玻璃体脱出者,我们采取如下方法,继续完成人工晶体植入术:12 点钟角巩缘后对应睫状沟处作角巩缘方向为基底之三角形板层巩膜瓣,10-0 聚丙烯线针端自切口,瞳孔缘、后房睫状沟、板层巩膜瓣下穿出,线端结扎于人工晶体上攀,先把下攀植入下方睫状沟(因有宽阔的“V”形前囊底部作支撑,无需担心下攀不稳固),而后把上攀置入上方睫状沟处,调整巩膜瓣下缝线至人工晶体位置居中,前房内注入粘弹剂,剪除前房玻璃体,缩瞳直至前房无玻璃体残留,恢复瞳孔圆形,固定巩膜瓣下缝线,恢复巩膜瓣于原位。余手术步骤相同。30 眼玻璃体脱出者,我们全部用该法处理,均Ⅰ期植入人工晶体。术后随访无 1 例人工晶体倾斜、偏位、脱位或缝线断裂者。

2.3 术后并发症 晶体表面膜形成 33 眼(4.1%),经散瞳、激素处理后全部吸收。1 眼发生眼内容炎,药物治疗无效,最后施行眼球摘除术。

3 讨论

现代囊外摘除+人工晶体植入术是白内障患者理想的复明手术。我们应根据各单位的具体设施、技术力量选择适当的方法,为白内障复明工作作出自己的积极贡献^③。我国有很多贫困地区的农民白内障患者还很穷,他们把低费用和复明放在同等重要的位置。小切口白内障手术因粘弹剂、遂道刀、穿刺刀的常规使用而增加了手术费用。超声乳化术对他们来说更是高不可攀。霍洛基金会推行的“V”形截囊术无疑找到了低成本、复明效果佳的切合点。

3.1 ≥ 0.3 者 97.9%, ≥ 0.5 者 83%,对于贫困地区的大多数农民患者 ≥ 0.3 的视力即不影响他们的生产、生活。何况,随着手术熟练程度的增加,以及术后注意调整缝线的位置和松

单切口留置输液管加中药冲洗治疗马蹄形肛周脓肿

张波 李德伟 施南昆 王瑞丽 茁丽琼 陈平
(云南省玉溪市人民医院 玉溪 653100)

摘要:目的:观察单切口留置输液管加中药冲洗治疗马蹄形肛周脓肿的疗效。方法:采用自创中西医结合单切口留置输液管加中药冲洗方法,治疗 119 例马蹄形肛周脓肿患者。结果:经术后随访 1.2 年,仅复发肛痿 7 例,复发率 5.88%,比单纯切口手术的复发率 96%有效著差异 $P<0.01$ 。结论:本改良手术方法加中药冲洗手术简单,愈合时间缩短,复发率低,优于常规治疗方法。

关键词:马蹄形肛周脓肿;中西医结合疗法;手术疗法;中药外洗

中图分类号: R 657.1*5 **文献标识码:** B **文献编号:** 1671-4040(2005)05-0040-02

近年我们对本院收治确诊马蹄形肛周脓肿病例都用“单切口留置输液管加中药冲洗”的方法进行治疗,取得良好疗效。现报道如下:

1 一般资料

此项研究共治疗患者 119 人,男 89 人,女 30 人;年龄 17~87 岁,以 29~49 岁居多;后马蹄形脓肿 117 人,前马蹄形脓肿 2 人,高位马蹄形脓肿 39 人。

2 治疗方法

我们在临床实践当中,总结了前人的经验和教训,根据我们中西医结合的自身特点,摸索出“单切口留置输液管加中药冲洗治愈马蹄形肛周脓肿”的综合性治疗方法。具体内容如下:在肛周截石位 5 或 7 点位,靠近原发病灶的位置,做一个放射状切口,切开脓腔,排出脓液。手指探查脓腔,明确为马蹄形脓肿;双氧水冲洗脓腔,刮匙搔刮脓腔内腐烂组织。切开感染的肛窦,清除原发病灶(高位脓肿则用挂线方法处理原发病灶)。从切口放入输液管,沿脓肿蔓延通道,绕过肛门直肠后方,肛尾韧带深面,放至肛门另一侧,即马蹄形肛痿的另一端,深度与脓腔一致。将输液管外端灵活地固定在切口边缘,以做引流及冲洗换药之用。

术后第 2 天开始,每天用清热解毒,祛腐生肌中药煎剂,通过输液管冲洗换药,起到预防切口感染、止痛、促进切口愈合的作用。换药时,逐日拔出输液管,至切口愈合。住院时间

约 20d。中药组方如下:苦参 15g、桔梗 15g、金银花 15g、蒲公英 15g、鱼腥草 15g、白芷 15g、川椒 15g、生黄芪 15g、当归 15g 等。方中金银花、苦参、蒲公英清热解毒,鱼腥草、桔梗祛腐排脓,生黄芪、当归托里生肌,白芷、川椒止痛。以上诸药,煎汁 1 000mL,加入冰片 10g 烱化,无菌封装保存。每次用注射器抽取 20mL 左右冲洗脓腔。

对用“单切口留置输液管加中药冲洗”的方法进行治疗的患者,进行手术时间、术后创口愈合情况、创口愈合时间、患者住院时间、术后肛门形状改变等状况的观察记录,出院后随访 1~2 年。对手术后的疗效进行分析和总结,并与其它医院用另外 2 种常规治疗方法的结果相比较,得出结论。

3 疗效观察

3.1 远期疗效比较 通过对 119 例病例的术后观察,随访 1~2 年。随访率 69%。跟踪调查,有 7 例患者术后再发肛痿,复发率 5.88%,究其原因,与术后引流管留置时间过短有关,应留置 7~10d 为宜。另有 2 例是结核性脓肿,其余患者均一次性治愈了马蹄形肛周脓肿,未再形成肛痿,治愈率达 94.12%。现经华西医大 PEMS 统计学软件进行统计学处理,结果见表 1。

表 1 2 种手术方法后再发肛痿比较 例			
方法	n	复发例数	复发率(%)
单切口留置管	119	7	5.88
单纯切开引流	100	96	96.00
合计	219	103	47.03

紧度,越来越多的患者视力 ≥ 0.5 。

3.2 术中并发症中后囊膜破裂占 4.4%,玻璃体脱出 3.75%,均低于国内刘平等^[4]报道的后囊破裂发生率 6.86%,玻璃体脱出率 6.52%。作者体会:术中眼压不高,足够小心轻巧操作,该并发症发生率将更低。

3.3 术后并发症中晶体表面膜形成 33 眼(4.1%),低于孟永安等^[5]报道的 6.9%。作者体会可能与前房无粘弹剂残留,前房操作时间短有一定关系。

总而言之,在低成本复明的特定需求中作者体会“V”形截囊术有如下优势:(1)在无粘弹剂维持前房情况下,破囊操作时,器械不会与角膜皮接触;(2)破囊速度快,容易掌握,易于推广;(3)前囊舌片是个很好的参照物,把下攀植入前后囊间变得直观,通过旋转法,容易将人工晶体植入囊袋内;(4)

万一出现玻璃体脱出,被玻璃体压至下方的前囊舌片,为人工晶体单悬吊法提供了切实可靠的下攀支撑物。

参考文献

[1]倪伟,朱赛林,王煊.小切口白内障人工晶体植入术的疗效[J].中国实用眼科杂志,1997,15(4):216
[2]王冬兰,刘远光,李静明.采用巩膜膜隧道技术白内障摘除人工晶体植入术的临床观察[J].中国实用眼科杂志,1998,16(4):234
[3]李美玉.我国白内障人工晶体手术发展迅速[J].中华眼科杂志,1996,32(5):323
[4]刘平,阎海.白内障术中后囊破裂的临床分析[J].中国实用眼科杂志,2000,18(12):786
[5]孟永安,张秋文,高作书,等.人工晶体植入术临床分析[J].中国实用眼科杂志,1998,16(9):535

(收稿日期:2005-04-27)