

改进的义眼台植入手术方法临床疗效观察

孙恒, 孔艳波, 杜红, 张远平

(昆明医科大学第二附属医院眼科, 云南 昆明 650000)

[关键词] 羟基磷灰石义眼台; 手术; 暴露

[中图分类号] R779.64 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 12-0154-02

多种眼科疾病或手术都会导致眼球的萎缩, 颜色和大小上影响面部美观, 眼球摘除+义眼台植入术能够较完美的解决这一问题. 义眼台植入术后并发症中最多见的就是义眼台暴露^[1], 笔者通过不断改进手术操作方法和技巧, 并对比研究, 取得了满意的效果, 现将结果报告如下.

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2005年6月至2008年6月期间收治的行羟基磷灰石义眼台植入术的术眼作为对照组, 共有55例, 年龄14~71岁, 其中男41例, 女14例, 眼球萎缩的病因为各种外伤、角膜炎穿孔、青光眼晚期、色素膜炎晚期等. 将2008年8月至2012年6月期间行改进的羟基磷灰石义眼台植入术的术眼作为实验组, 共有68例, 年龄19~66岁, 其中男56例, 女12例, 眼球萎缩的病因为各种外伤、角膜炎穿孔、青光眼晚期、色素膜炎晚期等. 所有病人均行手术摘除眼球, 保留巩膜壳并一期植入义眼台.

1.2 手术方法

对照组: (1) 2%利多卡因4 mL+0.75%布比卡因4 mL+少许0.1%肾上腺素作球周阻滞麻醉, 按压眼球直至眼球固定, 麻醉满意; (2) 沿角膜缘环形剪开球结膜, 鼻颞侧球结膜水平扩大剪开, 沿4条直肌之间钝性分离结膜筋膜直达球后; (3) 剪除角膜, 娩出眼内容物和所有色素膜、视网膜组织; (4) 剪断视神经, 压迫止血, 沿颞上鼻下方向将巩膜壳剪开呈2瓣, 进一步清除残余的色素膜组织; (5) 植入大小适中的羟基磷灰石义眼台, 植入前用塑料包裹, 将义眼台植入巩膜

瓣间, 肌锥内; (6) 义眼台前覆盖2瓣巩膜壳并对位剪断缝合, 再表面覆盖筋膜和球结膜, 对位连续缝合.

实验组: 基本方法同对照组, 改进的区别点为: (1) 在对位缝合巩膜瓣之前, 预先在巩膜前部内表面缝合2组缝线, 呈十字交叉样, 压住义眼; (2) 缝合巩膜改用6-0可吸收缝线, 埋线法间断缝合. 筋膜和球结膜用8-0可吸收缝线连续缝合.

1.3 统计学处理

采用SPSS统计软件进行统计学处理, 经 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义.

2 结果

对照组和实验组患者术后早期均发生不同程度的炎症反应, 严重的时候出现高度球结膜充血, 水肿, 甚至突出于睑裂外, 部分患者发生义眼台暴露, 但无一例发生义眼台脱出和感染. 术后的炎症反应均在1~4周内就消失.

对照组: 55例中, 共有15例在术后3~6个月内发生了不同程度的义眼暴露, 就暴露并发症来说, 手术成功率为72.7%.

实验组: 68例中, 无1例发生术后义眼台暴露, 就暴露并发症方面, 成功率100%.

3 讨论

笔者通过长期的术后随访发现, 义眼台暴露几乎均在术后2~5个月内发生, 半年内不暴露, 就不可能再发生暴露了, 分析原因应该是羟基磷灰石义眼台血管化的时间需要半年达到最高峰, 同

样的佐证是, 笔者对部分暴露的义眼台病人进行早期的结膜修补手术, 修补后几周, 又复发生暴露, 经多次修补, 半年后再无复发暴露。所以笔者建议, 即使发生义眼台暴露, 修补术不要在半年内进行。

义眼台虽然生物活性稳定, 但终属于人体内异物, 在被血管化扎根包裹生长固定在眶内之前, 机体总有将它向眶外排异的趋势, 即形成一种持续向前的“张力”, 不管用何种方法^[2-5], 如何减小这种“张力”, 是义眼台植入手术成功的关键所在。眼眶内软组织, 筋膜和结膜都无法阻挡义眼台的外排, 唯一的只有眼外肌和巩膜壳组成的支架才能挡住义眼台(这也是为什么无巩膜壳的二期义眼台植入术一定要将 4 条眼直肌找到, 并打结固定在义眼台上)。对照组手术只是常规的将巩膜壳在义眼台前缝合, 但是巩膜的愈合持续受到义眼台外排张力的影响, 义眼台压迫巩膜壳, 使巩膜壳的愈合受阻, 最终导致巩膜壳愈合之前, 义眼台突破了巩膜壳, 发生暴露。基于这些想法, 所以在实验组中在缝合巩膜壳之前, 笔者在巩膜壳于义眼台之间预先缝合了一个十字交叉缝线, 让它承受了绝大部分来自义眼台的向前的张力, 让巩膜壳能够在无压力的情况下生长愈合。操作中, 十字缝线要注意缝合于巩膜内表面的靠前部, 靠后的话, 打结时会让后部巩膜壳外翻, 影响前部的巩膜壳的缝合。松紧度也要控制好, 十字交叉线太紧, 会将义眼台压到眼眶肌锥深部, 影响眼球饱满度。

笔者还改进用 6-0 可吸收线取代粗的不可吸收线, 并且用埋线法缝合巩膜壳, 将所有线结埋于深部, 因为笔者发现 6-0 可吸收线吸收的时间在半年以上, 巩膜壳已经愈合了, 埋线的线结不会像粗的不可吸收线那样, 一直刺激甚至顶破球结膜, 导致病人的异物感, 分泌物增加。

通过笔者的持续细节改进, 将义眼台植入术的手术成功率大大提高, 术后效果满意, 值得临床借鉴参考。

[参考文献]

- [1] 黄爱平, 张建良, 唐祝元. 羟基磷灰石义眼台植入术并发症的分析和处理[J]. 国际眼科杂志, 2010, 10(5): 1001 - 1002.
- [2] 郑大风, 韩艳玲, 邓莹莹, 等. 羟基磷灰石义眼座植入术 56 例[J]. 国际眼科杂志, 2009, 9(4): 725 - 726.
- [3] 黄如荣, 朱斌. 眼球萎缩行双层巩膜缝合羟基磷灰石义眼台植入术效果观察[J]. 临床误诊误治, 2008, 21(9): 77.
- [4] 刘素平, 王成业, 罗知卫. 自体巩膜帽覆盖法预防羟基磷灰石义眼座暴露的临床研究 [J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2008, 30(4): 297 - 299.
- [5] 殷晖, 高丰, 刘旭. 带直肌游离巩膜瓣后肌锥义眼座植入术[J]. 国际眼科杂志, 2008, 8(2): 414 - 415.

(2014 - 10 - 07 收稿)

征稿启事

为进一步支持和推动昆明医科大学学科建设的发展, 使《昆明医科大学学报》的学术质量得到进一步的提升, 《昆明医科大学学报》编辑部决定自 2012 年 1 月 1 日起, 国家自然科学基金资助课题的综述可以在学报正刊发表, 另外对国家自然科学基金资助课题、云南省自然科学基金资助课题及昆明医科大学“十二五”省级、校级重点学科立项建设的研究论文, 给予优先刊登及优稿优酬的奖励机制。欢迎广大科研教学人员、硕士及博士研究生踊跃投稿。网上投稿 <http://kmykdx.cnjournals.cn>, 电话: 0871 - 65936489, 0871 - 65393133。

昆明医科大学学报编辑部

2014 年 1 月 1 日