

# 中西医结合治疗后房型人工晶体植入术后晶体前膜

李翔\*

**[提要]**报告该科于1992年~1996年5月共施行后房型人工晶体植入术380眼,术后发现有30眼出现人工晶体前膜,发生率为7.87%。运用中西医结合疗法(中医用活血化瘀、软坚散结法,药用桃仁、红花、川芎、赤芍、三棱、甲珠、海藻、昆布、夏枯草等;西医用地塞米松、5-氟脲嘧啶球结膜下注射,托吡卡胺及新福林眼液滴眼),结果全部治愈。并可见,该法治疗前膜的吸收时间较单纯用西医治疗者短,治疗前后患者视力变化比较有统计学意义( $P < 0.05$ ),视力恢复到0.3以上者达83.34%,明显高于国内西医报道的52.4%。

**关键词** 后房型人工晶体植入术 人工晶体前膜 眼科学  
中西医结合疗法

目前,白内障囊外摘除联合后房型人工晶体植入术已普遍开展。晶体前膜是手术的早期并发症之一,其往往影响患者的术后视力,甚至使部分患者接受二次手术或激光切开术后才能恢复有用视力,故晶体前膜的防治值得重视。国内西医治疗已有少数报告<sup>[1~3]</sup>,但中医及中西医结合治疗尚未见报道。现将我科4年来后房型人工晶体植入术后晶体前膜形成的病例分析及中西医结合治疗结果报告如下。

## 1 材料和方法

1992年1月~1996年5月,我科共施行后房型人工晶体植入术380眼,所用晶体均为进口或合资的PMMA后房型人工晶体。术后于裂隙灯显微镜下检查,晶体前膜的程度分为4级:0级,即人工晶体表面无膜形成;Ⅰ级,为人工晶体前膜占瞳孔区1/3面积;Ⅱ级,为前膜占瞳孔区1/2~2/3面积;Ⅲ级,为前膜占据瞳孔区2/3面积以上甚至整个瞳孔区。

我科对于人工晶体前膜的治疗,采用中西医结合疗法。中医用活血化瘀、软坚散结法,予以桃红四物汤加减治疗。方药组成:桃仁10g,红花6g,川芎9g,赤芍9g,三棱10g,甲珠6g,海藻15g,昆布15g,夏枯草15g。西药予以地塞米松5mg,5-氟脲嘧啶7.5mg,球结膜下注射,隔日1次;配合0.5%托吡卡胺及1%~5%新福林眼液滴眼,保持瞳孔中度散大。前膜拉开后停止散瞳,若前膜粘连牢固,可用散瞳合剂结膜下注射。

## 2 结果与分析

380眼人工晶体,30眼术后发现了明显的人工晶体前膜。其中男20眼,女10眼,年龄最小者7岁,最大者80岁,平均55.6岁。316眼老年性白内障术后出现前膜11眼,12眼外伤性白内障术后出现前膜4眼,42眼并发性白内障术后出现前膜12眼,10眼先天性白内障术后出现前膜3眼。见表1。

表1 前膜与白内障性质

内障性质(眼)	Ⅰ级膜	Ⅱ级膜	Ⅲ级膜	合计
老年障(316)	8	3	0	11(3.48%)
外伤障(12)	0	2	2	4(33.33%)
并发障(42)	2	5	5	12(28.57%)
先天障(10)	0	1	2	3(30%)
合计(380)	10	11	9	30(7.87%)

从上表得知,我科380例后房型人工晶体植入术晶体前膜的发生率为7.87%,与国内外报道的4.4%~6.7%<sup>[3,4]</sup>近似。其中,外伤障、并发障及先天障晶体前膜的发生率明显高于老年性白内障( $P < 0.05$ )。而且老年性白内障前膜的级别也较轻,以Ⅰ级膜为多,并发障等则以Ⅱ、Ⅲ级膜居多,与国内外大多数医家报道一致<sup>[1,4,5]</sup>。

前膜出现的时间,最早为手术当天,最晚为术后

1月,平均5~6天,如表2所示。

表2 前膜形成的时间与白内障类型

	1天	3~5天	7~8天	15天	30天
老年性		10		1	
并发性	1	9	1		1
外伤性	3	1			
先天性	1	2			

经中西医结合治疗后,所有的人工晶体前膜均消失,无一例采用激光或手术取膜,治愈率为100%,明显高于国内西医治疗的药物治愈率70%~76.2%<sup>[1,3]</sup>。另外,I级膜一般在3~5天内消失,II、III级膜多在2周内,个别病例在三周内消失,而国内西医报道I级膜在1周内吸收,II、III级膜在2~3月才吸收,甚至必须采用激光或手术取膜才可恢复有用视力<sup>[1,2]</sup>。由此可见,中西医结合治疗前膜的吸收时间亦比单纯西医治疗者短。治疗后的视力变化见表3。

表3 治疗前后视力变化

	0.1以下	0.1~0.2	0.3~0.5	0.6以上
治疗前	15(50%)	10(33.33%)	4(13.33%)	1(3.34%)
治疗后	2(6.67%)	3(10%)	5(16.66%)	20(66.67%)

治疗前后视力变化,30例人工晶体前膜治疗前视力<0.1者15例(50%),视力>0.5者1例(3.34%),而治疗后仅有2例视力<0.1(6.67%),20例视力>0.5(66.67%),具有显著性差异(P<0.05)。视力0.3~0.5和0.5以上者达83.34%,明显高于国内西医报道52.4%<sup>[3]</sup>。说明中西医结合治疗人工晶体前膜除能使前膜消失外,视功能亦得到显著改善。

### 3 讨论

西医认为人工晶体前膜是由于手术创伤、血—房水屏障破损、人工晶体刺激和机体免疫反应等多因素参与或介导<sup>[4,5,7~9]</sup>所引起的一种人工晶体植入术后早期并发症。前膜的成分经人工晶体表面细胞学证实有巨噬细胞、成纤维细胞、类上皮细胞、异物巨细胞和淋巴细胞等细胞粘附,这些细胞(淋巴细胞除外)产生一层蛋白性前膜,细胞在粘附过程中出现膜性伸展,共同形成人工晶体前膜<sup>[9]</sup>。故根据以上成因,采用地塞米松及5-氟脲嘧啶治疗,球结膜下注射尤佳,以地塞米松抑制炎症及免疫反应<sup>[11]</sup>,而5-氟脲嘧啶抑制巨噬细胞在人工晶体表面转变成纤维母细胞样细胞、类上皮细胞、异物细胞或超大巨细胞<sup>[9]</sup>,从而抑

制前膜的进一步增殖增厚。配合散瞳药物,保持瞳孔中度散大,以利前膜吸收及防止虹膜后粘连。

活血化瘀、软坚散结法属消法的范畴。此法在《内经》有关法则的基础上发展而来,如《素问·至真要大论》所说之“坚者削之”、“结者散之”、“留者攻之”是该法的渊源。清代医家程钟龄在《医学心悟》中指出了此法的具体作用为“消者去其壅也。脏腑、经络、肌肉之间,本无此物,而忽有之,必有消散,乃得其平”。故凡气、血、痰、食、水等壅滞而成的积滞、痞块或凝块、斑块,均可用消法治疗。我们认为人工晶体前膜系目内本无,后来形成的有形机化物,与祖国医学痰瘀互结而成的“积滞、凝块”类似,故用活血化瘀、软坚散结法治疗能取得满意的效果。

根据本组30例人工晶体前膜中西医结合治疗的结果分析,不仅前膜消失时间短,而且视功能恢复也较佳。所以,中西医结合治疗本症是值得进一步研究和推广的方法。

### 参 考 文 献

- [1]张玉圭,闰红波,陈月芳.人工晶体植入术后瞳孔纤维膜形成30例分析.中华眼科杂志,1993;29(5):307
- [2]祝肇荣,王丽天,瞳孔区纤维膜——后房型人工晶体早期并发症.实用眼科杂志,1992;(12):718~720
- [3]杨方耀.后房型人工晶体植入术后晶体前膜形成.中华眼科杂志,1996;32(3):237
- [4]Miyake, Maekubo k, Miyake Y, et al. pupillary fibrin membrane, a frequent early complication after posterior chamber lens implantation in Japan. Ophthalmology, 1989;96:1228
- [5]陈辉,胡楠,程新梁.人工晶体前膜的易患因素和处理.中国实用眼科杂志,1996;14(1):47~49
- [6]Fox GM, Brain CJ Flynn HW. Delayed-onset pseudophakic endophthalmitis. Am J ophthalmol, 1991;111:163
- [7]Nishi O. Fibrinous membrane formation on the posterior chamber lens during the early post-operative period. J Cataract Refract Surg, 1988;14:73
- [8]施玉英,张淑芳,刘保松.人工晶体植入术后瞳孔膜形成的临床分析.中华眼科杂志,1994;30:41
- [9]杨方耀综述.后房型人工晶体植入术后晶体表面细胞反应及前膜形成的研究近况.国外医学·眼科学分册,1994;18:45
- [10]杨方耀,伍桂军,杨沃祺.地塞米松联合扩瞳治疗人工晶体前膜.中国实用眼科杂志,1996;14(1):43
- [11]张丰菊,石树敏.人工晶体植入术对血—房水屏障的影响.实用眼科杂志,1991;9:519.