

玻璃体抽吸术在持续性高眼压性青光眼白内障联合手术中的应用

王宇雷¹, 周芳², 曲毅²

作者单位:¹(462002)中国河南省漯河市,漯河医学高等专科学校;²(450052)中国山东省济南市,山东大学齐鲁医院眼科

作者简介:王宇雷,男,眼科硕士,主治医师,研究方向:眼底病。

通讯作者:王宇雷. wangyulei2005@126.com

收稿日期:2009-10-19 修回日期:2009-12-07

Vitreous aspiration in continuous high-tension glaucoma cataract surgery

Yu-Lei Wang¹, Fang Zhou², Yi Qu²

¹Luohe Medical College, Luohe 462002, Henan Province, China;

²Department of Ophthalmology, Qilu Hospital of Shandong University, Jinan 450052, Shandong Province, China

Correspondence to: Yu-Lei Wang. Luohe Medical College, Luohe 462002, Henan Province, China. wangyulei2005@126.com

Received:2009-10-19 Accepted:2009-12-07

Abstract

• AIM: To evaluate the safety and efficacy of vitreous aspiration in continuous high-tension glaucoma cataract surgery.

• METHODS: Twenty-eight cases (28 eyes) with continuous high-tension glaucoma and cataract underwent vitreous aspiration first, and then triple-line glaucoma cataract surgery.

• RESULTS: Postoperative complications included shallow anterior chamber, malignant glaucoma, poorly controlled intraocular pressure, hyphema, iritis, vitreous hemorrhage, posterior capsular opacity, etc.; after 1 week, and 6-12 months, respectively, the average IOPs were (17.20 ± 5.11) mmHg and (14.57 ± 7.33) mmHg, the difference compared with that of the preoperative was statistically significant ($t = 17.40, P < 0.05; t = 16.06, P < 0.05$); Visual acuity was improved two lines or more, 1 line, 0 line in 12, 8, 8 eyes and 12, 10, 6 eyes respectively, and compared with that of the preoperative, the difference was statistically significant ($F = 5.24, P < 0.05; F = 5.78, P < 0.05$).

• CONCLUSION: Vitreous aspiration in advance can quickly reduce the intraocular pressure, reconstruct anterior chamber, and is safe and effective for the treatment of continuous high-tension glaucoma cataract.

• KEYWORDS: vitreous aspiration; high-tension; glaucoma; cataract

Wang YL, Zhou F, Qu Y. Vitreous aspiration in continuous high-tension glaucoma cataract surgery. *Int J Ophthalmol (Guoji Yanke*

Zazhi) 2010;10(1):171-172

摘要

目的:评价玻璃体抽吸术在持续性高眼压性青光眼白内障联合手术中的安全性及有效性。

方法:对28例28眼持续性高眼压性青光眼白内障患者先行玻璃体抽吸,再行青光眼白内障三联术。

结果:术后并发症有浅前房、恶性青光眼、眼压控制不良、前房积血、虹膜炎、玻璃体积血、晶状体后囊混浊等;术后1wk和6~12mo时平均眼压分别为17.20 ± 5.11mmHg和14.57 ± 7.33mmHg,与术前相比差异有统计学意义($t = 17.40, P < 0.05; t = 16.06, P < 0.05$);术后1wk和6~12mo时视力提高2行以上和视力提高1行、无改善者分别为12,8,8眼和12,10,6眼,与术前相比差异有统计学意义($F = 5.24, P < 0.05; F = 5.78, P < 0.05$)。

结论:对持续性高眼压青光眼白内障患者采用先行玻璃体抽吸,可快速降低眼压,重建前房,安全有效。

关键词:玻璃体抽吸术;高眼压;青光眼;白内障

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2010.01.062

王宇雷,周芳,曲毅.玻璃体抽吸术在持续性高眼压性青光眼白内障联合手术中的应用.国际眼科杂志2010;10(1):171-172

0 引言

对于持续性高眼压性青光眼白内障患者由于常规药物处理不能控制眼压,手术风险大,术中术后并发症多。如何尽可能将眼压降至正常、重建前房,成为影响手术成功的重要因素之一。我院于2005-05/2008-10对28例28眼高眼压下青光眼白内障住院患者采用先行玻璃体抽吸,再行青光眼白内障三联术,取得较满意疗效,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 持续性高眼压青光眼白内障患者28例28眼,男13例,女15例;年龄45~65(平均50.03 ± 4.37)岁。其中急性闭角性青光眼合并白内障12例12眼,慢性闭角性青光眼合并白内障16例16眼。发病后经常规药物降眼压处理2~4d,眼压不能降至35mmHg(1mmHg = 0.133kPa)以下,其中35~45mmHg者15眼,45~55mmHg者9眼,>55mmHg者4眼,平均(44.03 ± 6.36)mmHg,眼压测量均用Goldman眼压计测定。术前视力LP(+)-0.06,UBM检查:房角完全关闭。晶状体完全混浊。术前准备:术前进行全身和眼部常规检查,排除手术禁忌。行角膜曲率及眼科A/B超检查,采用SRK-II公式计算所植人工晶状体屈光度。

1.2 方法 麻醉:采用4g/L盐酸奥布卡因滴眼液作眼球表面麻醉,20g/L利多卡因+7.5g/L布比卡因各2.5mL作球结膜下、球后浸润麻醉。作眼球间歇性按摩1~

3min。手术步骤:(1)夹取上直肌牵引缝线固定眼球,在颞下象限角膜缘后3.5mm处用7号针头斜向进入结膜及筋膜下,然后垂直巩膜壁穿刺穿巩膜进入玻璃体腔,进针约12mm,吸出玻璃体0.3~0.5mL,必要时可稍稍改变针头方向。湿棉签按压穿刺孔3min。(2)常规行小梁切除+晶状体摘除+人工晶状体植入联合手术;其中8眼联合使用0.2g/L丝裂霉素C(MMC)棉片,22眼作虹膜周切孔,16眼做巩膜可调节缝线。术毕形成前房,10-0尼龙线间断缝合球结膜瓣。球结膜下注射抗菌药物,单眼绷带包扎。术后全身给予抗生素、激素,局部滴用妥布霉素地塞米松和托吡卡胺眼药水治疗,视眼压的高低酌情拆除可调节缝线及进行眼球按摩。每日观察视力、前房、滤过泡及眼内反应等情况,非接触眼压计测眼压结果。

2 结果

2.1 术后并发症 浅前房6眼,其中滤过过强5眼,经眼睑外加压滤过泡、散瞳等处理3~5d后前房恢复正常,结膜瓣渗漏1眼,经重新缝合结膜切口、散瞳等处理3d后前房恢复正常;恶性青光眼1眼,行玻璃体切除+人工晶状体取出术治疗后眼压下降;眼压控制不良5眼,其中4眼经眼球按摩、滤过泡针拨等处理后眼压下降,1眼行睫状体冷凝后眼压下降;前房积血2眼,虹膜炎14眼,玻璃体积血1眼,经保守治疗后完全吸收;晶状体后囊混浊2眼,经Nd:YAG激光治疗后好转。

2.2 术后眼压 术后1wk眼压检查为4.0~40.91mmHg,其中>21mmHg者7眼,平均为17.20±5.11mmHg;6~12mo复诊眼压9.76~28.39mmHg,>21mmHg者5眼,平均14.57±7.33mmHg。术后1wk和6~12mo眼压与术前相比差异均有统计学意义($t=17.40, P<0.05$; $t=16.06, P<0.05$)。

2.3 术后视力 术后1wk和6~12mo复诊时视力提高2行以上、视力提高1行、无改善者分别为12,8,8眼和12,10,6眼。与术前相比差异均有统计学意义($F=5.24, P<0.05$; $F=5.78, P<0.05$)。

2.4 球结膜滤泡 术后6~12mo查功能性滤泡(弥漫扁平型或微小囊状型)20眼,非功能性滤泡(局部隆起型或缺如型)8眼。

3 讨论

青光眼合并白内障多见于老年人,严重影响患者视力,目前的青光眼白内障联合手术可减少手术次数,减轻患者痛苦和经济负担。为减少术中和术后并发症的发生,原则上青光眼的术前眼压应控制在20mmHg以下才能进

行手术^[1]。但临床上往往有部分患者出现眼压持续性升高,常规药物处理不能控制,在高眼压状态下行常规青光眼白内障手术,术中术后并发症多。前房穿刺术可快速有效的降低眼压^[2],但可能出现:(1)伤及膨隆的虹膜,造成前房出血、积气等并发症,影响手术操作。(2)穿刺后前房更浅,前后房压力失调,加快恶性青光眼的发生。如何在术中将眼压降至正常水平、重建前房,成为影响手术成功的重要因素之一。

虽然巩膜切开+抽玻璃体水囊对眼球壁创伤较大,但可以明显减少眼内容从而降低眼内压,尤其是降低后房压力,从而加深前房,减少了在行小梁切除时虹膜的脱出和晶状体虹膜隔的前移,从而减少脉络膜上腔驱逐性出血、恶性青光眼等的发生^[2]。本组资料显示:对持续性高眼压性青光眼白内障患者在行三联术前采用单纯玻璃体抽吸,术中见前房很快加深,无严重并发症出现,为三联术的进行提供了有效保证,说明单纯玻璃体抽吸是方便安全有效的。对于玻璃体抽吸一定要缓慢,要控制进针的方向和深度,抽出玻璃体以0.3~0.5mL为宜,过少不能减轻后房压力,过多可能出现暴发性脉络膜上腔出血、黄斑水肿、视网膜脱离等的发生。

持续性高眼压下行青光眼联合白内障手术治疗我们的体会是:(1)术前尽量降眼压,若药物、球后麻醉、机械性压迫眼球等无效时可行玻璃体抽吸。(2)放出房水时应缓慢,以防止眼压骤降导致脉络膜上腔驱逐性出血等严重并发症^[3]。(3)术后严密观察,及时处理各种并发症。本组病例均顺利完成手术,但术后仍有浅前房、恶性青光眼、前房积血、虹膜炎、玻璃体积血、晶状体后囊混浊等发生。经治疗后6~12mo随诊时平均眼压为14.57±7.33mmHg,视力较术前提高2行以上者12眼,视力提高1行者10眼,无改善者6眼,眼压和视力与术前相比均有明显改善。

综上所述,对持续性高眼压青光眼白内障患者采用先行玻璃体抽吸,可快速降低眼压,重建前房,降低了该手术的难度,减少了并发症,提高了手术成功率,值得推广应用。

参考文献

- 1 周文炳,李美玉,王铮华. 青光眼研究进展. 青岛:青岛海洋出版社 1993:211-212
- 2 任洁. 持续高眼压状态下抗青光眼手术的疗效观察. 国际眼科杂志 2009;9(4):775-776
- 3 张舒心. 原发性闭角型青光眼急诊高眼压时的手术技巧. 眼科 2005;14(2):128-130