

可调整缝线联合丝裂霉素 C 在小梁切除术中的应用

郭丹萍

作者单位:(726000)中国陕西省商洛市商州区人民医院
作者简介:郭丹萍,女,本科,主治医师,研究方向:眼科全科。
通讯作者:郭丹萍. guodanpin561@sohu.com
收稿日期:2009-11-13 修回日期:2009-12-25

Application of MMC and adjustable suture line on the trabeculectomy

Dan-Ping Guo

Department of Ophthalmology, Shangzhou District People's Hospital, Shangluo 726000, Shaanxi Province, China

Correspondence to: Dan-Ping Guo. Department of Ophthalmology, Shangzhou District People's Hospital, Shangluo 726000, Shaanxi Province, China. guodanpin561@sohu.com

Received:2009-11-13 Accepted:2009-12-25

Abstract

• AIM: To analyze the effects of application of mitomycin C(MMC) and adjustable suture line on the trabeculectomy.

• METHODS: Analysis of 65 eyes of 65 glaucoma cases was conducted. MMC and adjustable suture line were used in the trabeculectomy. The patients were visited for 3 months to 1 year and the eye pressure before and after operation, incisional opening anastomosis, anterior chamber formation, filtering bleb and complication after operation were observed.

• RESULTS: Anterior chamber formed in 63 eye (96.9%) one day after operation, with grade I shallow anterior chamber in 1 eye (1.5%), grade II shallow anterior chamber in 1 eye (1.5%). During the 7th day to 10th day after operation, the average eye pressure was 13.6mmHg, 14.9mmHg after 6 months and 16.7mmHg after one year. All the eyesight of the patients kept unchanged before and after the operation or improved slightly, and the filtering bleb formed. The adjustable suture line could be taken out of the wound according to the eye pressure, anterior chamber and its filtering within one to two weeks after operation. It is necessary to massage the eye balls to help to form the filtering. In this case the eye pressure could be dropped to 2-8mmHg.

• CONCLUSION: The adjustable suture line and MMC on trabeculectomy could be safely applied and the complication obviously is decreased. It can be applied in the grass-roots level hospitals because of its remarkable curative effect and simple operation.

• KEYWORDS: adjustable suture line; glaucoma; trabeculectomy; mitomycin C

trabeculectomy. *Int J Ophthalmol (Guoji Yanke Zazhi)* 2010; 10(2):334-335

摘要

目的:分析可调整缝线及丝裂霉素 C 在小梁切除术中的应用及手术后的效果。

方法:对 65 例 65 眼各种类型青光眼患者行小梁切除术,术中一次性应用丝裂霉素 C 联合巩膜瓣可调整缝线,术后随访 3mo~1a,观察手术前后的眼压、术后切口对合、前房形成、滤过泡形态及并发症的情况。

结果:术后第 1d 前房形成 63 眼(96.9%),浅 I 级前房 1 眼(1.5%),浅 II 级前房 1 眼(1.5%);术后 7~10d 出院时眼压平均为 13.6mmHg,6mo 眼压平均为 14.9mmHg,1a 眼压平均为 16.7mmHg。所有病例术前术后视力不变或略有提高;出院时均有弥散滤过泡形成。可调线依据眼压、前房、滤过情况于术后 1~2wk 时酌情拆除,必要时辅以眼球按摩辅助滤过形成,眼压可以下降 2~8mmHg。

结论:可调整缝线、丝裂霉素 C 联合小梁切除术治疗青光眼安全性高,术后并发症少,疗效确切,操作简便,适合于基层医院开展。

关键词:可调整缝线;青光眼;小梁切除术;丝裂霉素 C
DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2010.02.046

郭丹萍.可调整缝线联合丝裂霉素 C 在小梁切除术中的应用.国际眼科杂志.国际眼科杂志 2010;10(2):334-335

0 引言

原发性青光眼是一种常见的不可逆转的致盲眼病^[1],其治疗方法主要是手术治疗。小梁切除术是最常用的滤过性手术方式,但术后早期常出现低眼压、浅前房等并发症,后期由于球结膜下成纤维细胞过度增殖,常致使滤过泡下瘢痕形成。近年来,我院采用可拆除缝线联合丝裂霉素 C(MMC)应用于小梁切除术中治疗青光眼,显著提高了抗青光眼手术的成功率,疗效满意,现报告分析如下。

1 对象和方法

1.1 对象 我院 2003-01/2005-12 收治适合小梁切除术的各型青光眼患者 65 例 65 眼,其中男 31 眼,女 34 眼,平均年龄 58.2 岁。其中急性闭角型青光眼 52 眼,慢性闭角型青光眼 3 眼,开角型青光眼 5 眼,继发性青光眼 4 眼,难治性青光眼 1 眼。测眼压采用 Schiotz 手持眼压计,术前眼压 31~70(平均 45)mmHg。

1.2 方法 显微镜下,选择偏鼻或颞上方向作以穹隆部为基底的结膜瓣 8~10mm,分离 Tenon 囊,术野暴露 8mm×6mm,巩膜表面烧灼止血,作以角膜缘为基底,边长为 3mm 的 1/2 巩膜厚度的梯形板层巩膜瓣,剥离至透明角膜缘内 1mm。根据情况将粘有 4g/L 丝裂霉素的棉片置于巩膜瓣下并覆盖球结膜 2~4min,用 50mL 生理盐水冲洗干净。用 25 号针头于颞上方角膜缘内 1~2mm 处作针尖指向 6:00 位平行于虹膜表面的倾斜辅助口,行常规小梁切除及虹膜

周切术。恢复巩膜瓣,用 10-0 尼龙线结节缝合巩膜瓣鼻侧顶端角,颞侧顶端角做 1 针可调缝线^[1]。球结膜对位缝合 1~2 针。自前房穿刺口注入平衡盐溶液以恢复前房。下方结膜下注射妥布霉素 10mg,地塞米松 2.5mg,敷料盖眼。术后 24h 泰利必妥、氟美瞳眼药水交替点眼,口服消炎痛和抗生素。每日裂隙灯下观察切口对合和缝线在位情况、滤过泡形成和功能、前房形成及虹膜反映情况,并测视力和眼压、检查眼底及其他并发症情况。可调缝线依据眼压、前房、滤过情况于术后 1~2wk 时酌情拆除,并辅以眼球按摩。术后 1wk 内检查 2 次/d,于术后 2wk;1,3,6mo;1a 门诊复查,随访 6mo~1a。

2 结果

2.1 术后眼压 术后 1wk 平均眼压 13.6mmHg,术后 6mo 平均眼压 14.9mmHg,术后 1a 平均眼压 16.7mmHg,所有病例平均观察 24mo,术前所有术眼需药物协助控制眼压,术后观察期内无 1 例眼压升高需使用降眼压药物者。

2.2 术后视力 术后 3d 内视力比术前下降者 2 眼,不变者 47 眼,提高者 16 眼;术后 6mo 视力比术前下降者 1 眼(该患者系白内障加重),不变者 38 眼,视力提高 2 行以上者 26 眼。

2.3 术后滤过泡 依据 Kronfeld 法分型: I 型为微小囊泡型; II 型为弥散扁平型; III 型为缺如型; IV 型为包裹型。I, II 型为功能性滤过泡, III, IV 型为非功能性滤过泡。本组病例术后 1~3d 均有弥散滤过泡形成。1a 随访期内 I, II 型滤过泡 61 例, III 型滤过泡 4 例; 2a 随访期内 I, II 型滤过泡 63 例, III 型滤过泡 1 例, IV 型滤过泡 1 例。

2.4 前房及角膜 术后 1d 前房反应均轻,出现房水闪辉(+)者约 40%,未出现大量房水闪辉。角膜基本透亮,少数角膜出现轻度雾样混浊且眼压轻度偏高者,在裂隙灯下经眼球按摩或通过辅助穿刺口放出部分房水后眼压恢复正常,角膜透亮。术后 3d 浅前房 2 例,经散瞳加压包扎后全部后恢复。

2.5 可调缝线拆除时间 患者术后前房稳定且前房深度尚可,眼压在 18mmHg 以上并有升高趋势时,于术后 1~2wk 时可依据病情拆除,并常规行眼球按摩帮助滤过形成。如少数患者出现滤过过强,浅前房,眼压偏低时,也可适当推迟拆除时间,于 3~4wk 后拆除^[2]。

2.6 术后并发症 发生浅前房 9 眼,3~5d 内恢复。前房少量出血 3 眼,1~3d 内全部吸收。未见持续性低眼压和

低眼压性黄斑囊样水肿。未出现结膜瓣渗漏、角膜损伤、眼内炎、脉络膜脱离等并发症。

3 讨论

小梁切除术是目前被普遍应用的眼外滤过术式。手术成功率取决于术后滤过道通畅或功能性滤过泡的存在和保持^[3]。但术后常存在滤过道瘢痕的形成,从而导致滤过功能的丧失。主要原因为成纤维细胞的增殖和移行,继发结膜下组织纤维化所致。MMC 是具有抗纤维增殖作用的抗肿瘤抗生素。是头状链霉菌产物中提取的一种烷化剂,能抑制增殖期细胞 DNA 的复制,也能使 DNA 断裂,并阻止成纤维细胞产生胶原物质,在手术中应用可以抗瘢痕而促进滤过泡的形成^[4]。但 MMC 可引起术后早期伤口渗漏、浅前房、低眼压、脉络膜脱离、黄斑水肿等并发症,术中巩膜瓣可调缝线的应用可主动选择抗青光眼手术后的滤过量并且可以形成较严密的巩膜瓣,从而能有效地控制术后滤过功能,对抗 MMC 引起的术后早期伤口渗漏、浅前房、低眼压、脉络膜脱离、黄斑水肿等并发症。拆除巩膜瓣可调缝线的时间一般依据眼压、前房、滤过情况于术后 1~2wk 时拆除,并常规行眼球按摩帮助滤过形成。如滤过过强、浅前房、眼压偏低时,可适当推迟拆除时间,于 3~4wk 后拆除,从而达到获得一个理想的功能良好的滤过泡。并且使术后并发症减少。术中前房穿刺形成的辅助口,避免手术时前房不稳定、眼压波动引起的危险,在术中、术后出现浅前房时可通过此前房穿刺口注入平衡液或无菌气泡辅助形成前房,术后眼压高或眼内反应重时通过辅助口引流房水或眼内给药^[5]。使抗青光眼术后常见的并发症如术后浅前房或无前房、滤过过强、滤过泡不形成等大大减少。

综上所述,可调整缝线联合丝裂霉素 C 在小梁切除术中的应用技术操作简单、效果确切,便于在无置阀条件的基层医院开展。

参考文献

- 1 惠延年. 眼科学. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社 2005:131
- 2 王淑华,程强,赵亚君,等. 小梁切除联合丝裂霉素 C 巩膜瓣可调缝线在青光眼手术中的应用. 中国实用眼科杂志 2004;22(8):654-655
- 3 周文炳. 临床青光眼. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社 2000:196
- 4 吴乃川,张建虹. 丝裂霉素 C 在青光眼滤过手术中的应用. 临床眼科杂志 1999;7(3):165
- 5 袁铸,张贻转,高波. 复合式小梁切除术治疗青光眼的临床观察. 国际眼科杂志 2007;7(4):1155-1157