

复合式小梁切除术治疗硅油填充术后继发性青光眼

吴超琼, 冯 劫, 李培凤, 胡 茫

作者单位:(430022)中国湖北省武汉市第一医院眼科
作者简介:吴超琼,女,硕士,主治医师,研究方向:青光眼。
通讯作者:冯劫,男,本科,主治医师,研究方向:玻璃体视网膜疾病。FengjieHam@163.com
收稿日期:2010-02-26 修回日期:2010-03-24

Complex trabeculectomy in treatment of secondary glaucoma after silicone oil filling

Chao-Qiong Wu, Jie Feng, Pei-Feng Li, Mang Hu

Department of Ophthalmology, the First Hospital of Wuhan, Wuhan 430022, Hubei Province, China

Correspondence to: Jie Feng. Department of Ophthalmology, the First Hospital of Wuhan, Wuhan 430022, Hubei Province, China. FengjieHam@163.com

Received:2010-02-26 Accepted:2010-03-24

Abstract

• AIM: To evaluate the effects of complex trabeculectomy in treatment of secondary glaucoma after silicone oil filling.

• METHODS: Eleven cases 11 eyes with secondary glaucoma after silicone oil filling were treated with complex trabeculectomy since Oct. 2003 to Dec. 2008. Clinical observations were carried out on filtering bleb, intraocular pressure(IOP) and vision.

• RESULTS: High rate of functional filtering bleb formation was achieved after complex trabeculectomy. IOP was 52.3 ± 11.5 mmHg before operation and 15.4 ± 8.3 mmHg after operation, IOP was significantly dropped ($P < 0.01$). 4 eyes (36%) had vision improved and 5 eyes (45%) had equal vision with preoperation, 2 eyes (18%) with vision decreased.

• CONCLUSION: Complex trabeculectomy can treat secondary glaucoma after silicone oil filling effectively.

• KEYWORDS: complex trabeculectomy; silicone oil; secondary glaucoma

Wu CQ, Feng J, Li PF, et al. Complex trabeculectomy in treatment of secondary glaucoma after silicone oil filling. *Int J Ophthalmol (Guoji Yanke Zazhi)* 2010;10(5):992-993

摘要

目的:探讨复合式小梁切除术对硅油填充术后继发性青光眼的治疗效果。

方法:回顾性分析 2003-10/2008-12 我院采用复合式小梁切除术,治疗硅油填充术后继发性青光眼 11 例 11 眼的手术效果。

结果:患者术后达到功能性滤过泡标准比例极高。术前眼压平均为(52.3 ± 11.5) mmHg, 术后平均眼压为($15.4 \pm$

8.3) mmHg。术后平均眼压较术前明显降低,经 t 检验具有显著性差异,术后视力较术前提高 4 眼 (36%),与术前视力相同 5 眼 (45%),较术前视力略下降 2 眼 (18%)。

结论:复合式小梁切除术可以有效治疗硅油填充术后继发性青光眼。

关键词:复合式小梁切除术;硅油;继发性青光眼

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2010.05.064

吴超琼,冯劫,李培凤,等.复合式小梁切除术治疗硅油填充术后继发性青光眼.国际眼科杂志 2010;10(5):992-993

0 引言

玻璃体切除联合眼内硅油填充是目前治疗复杂性视网膜脱离常用的手术方法。眼内硅油填充有利于提高视网膜复位率,但也可能引起诸多手术并发症,术后眼压升高就是其中之一^[1]。2003-10/2008-12 我院采用复合式小梁切除术,治疗保守治疗无效的硅油填充术后继发性青光眼 11 例 11 眼,取得较为满意的效果,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 在我院行玻璃体切除硅油填充术后 3~4wk 内发生高眼压的患者 11 例 11 眼,男 7 例,女 4 例,32~57 岁。其中外伤性牵引性视网膜脱离 4 例,孔源性视网膜脱离 4 例,糖尿病增生性视网膜病变致视网膜脱离 3 例,术前均无青光眼病史。入院后检查视力手动 4 眼,0.1 者 2 眼,0.2~0.5 者 5 眼,保守治疗无法控制眼压。继发性青光眼诊断标准:(1)眼压较术前增加超过 10mmHg;(2)眼压超过 21mmHg。手术指征:眼压超过 40mmHg,经抗炎、降压药物治疗无效。

1.2 方法 球后麻醉及筋膜下浸润麻醉,以下穹窿部为基底做低位结膜瓣,充分止血,在 6:00 位做约 4mm×3mm 大小的方形巩膜瓣,深度约 1/2 巩膜厚度。根据个体差异采用浸透 0.2mg/mL 丝裂霉素 C (MMC) 的棉片置于巩膜瓣下及结膜瓣上切口周边部约 1~2min 取出后立即用约 200mL 平衡盐溶液反复冲洗巩膜瓣下、结膜瓣下及角膜,颞侧透明角膜作前房穿刺备用。切除约 2mm×1mm 角膜小梁组织及稍大于小梁切口的周边虹膜。回复巩膜瓣后采用 10-0 尼龙线间断缝合巩膜瓣两角 2 针,在巩膜瓣两侧切口边缘各缝合 1 针可拆除的外置调节缝线。经预置前房穿刺口缓缓注入平衡盐溶液恢复前房,根据房水滤过情况,调整缝线的松紧及数量,直至产生适度房水滤过。原位缝合球结膜。再次从前房穿刺口注入平衡盐溶液重建前房,并仔细检查滤过泡隆起形态、前房深度恢复情况、眼压高低及结膜瓣有无渗漏。术毕结膜下给予抗菌消炎处理。术后处理:巩膜瓣外露缝线拆除的时机:若术后前 3~4d 眼压在 14.60~20.00mmHg,前房恢复正常,滤过泡平坦,首先行眼球按摩,按摩后滤过泡隆起或前房变浅,即应停止。若术后眼压 > 20.00mmHg 或经滤过泡按摩无效者,在裂隙灯下先拆除 1 根可调节缝线并按摩,如滤过泡

隆起且眼压下降,则 1~2wk 再拆除另 1 根。如先拆除 1 根缝线后滤过泡仍未建立,则同时拆除另 1 根缝线;如拆除两根外露缝线后滤过泡仍未建立(眼压 > 20.00mmHg),则行激光断线。

统计学分析:应用统计学 SPSS11.0 软件包对样本数行 *t* 检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 滤过泡 按 Kronfeld 法分型,9 例患者术后均达到功能性滤过泡标准,2 例不能形成功能性滤过泡。

2.2 眼压 术前眼压平均为 (52.30 ± 11.50) mmHg,术后平均眼压为 (15.40 ± 8.30) mmHg。具有显著性差异,*t* 检验 $P < 0.01$ 。

2.3 视力 术后视力较术前提高 4 眼(36%),与术前视力相同 5 眼(45%),较术前视力略下降 2 眼(18%)。

3 讨论

随着玻璃体视网膜手术的迅速发展及眼内充填物的广泛应用,越来越多的复杂性视网膜脱离患者得到了有效地治疗。硅油因性质稳定、无毒、较好的生物相容性,是目前较常用的眼内充填物之一。硅油作为手术后临时充填物,术后经眼底检查视网膜复位、无增殖病变,维持数月后取出。但硅油的使用也可以引起相应的手术并发症,如白内障、青光眼、角膜病变、硅油乳化等^[2]。硅油注入术后持续眼压升高是最严重的术后并发症,可造成永久性视力损害失明,只有及时发现和处理并发症,才能最大限度地保护患者的视功能。

统计资料表明,硅油充填术后继发性高眼压的发生率约为 20% 左右,一般认为造成术后高眼压的原因:(1) 硅油乳化小滴阻塞房角和小梁网;(2) 硅油慢性刺激睫状体使房水生成增加,小梁功能受损;(3) 患者体位不当,使硅油积聚在后房,引起瞳孔阻滞;(4) 手术刺激引起睫状体水肿和葡萄膜反应;临床工作中要根据患者具体情况进行分析,查明原因给予恰当处理,尽量减少高眼压造成的视功能损害。本组病例均经保守抗炎、降压治疗无效。有报道利用睫状体破坏手术可以有效降低硅油充填术后继发性青光眼眼压,但破坏手术可能引起较重的炎症反应、眼球萎缩及角膜失代偿等严重并发症。我们采取复合式小

梁切除术治疗,复合式小梁切除术是在传统小梁切除术的基础上发展起来,与传统小梁切除术不同之处是:(1) 术中增加使用抗纤维增生药物 MMC。(2) 可拆除调节缝线,具备了严密缝合巩膜瓣增加房水外流的阻力的作用,同时有效地预防术后浅或无前房的发生,较好促进功能性滤泡的形成并较好地控制眼压^[3]。我们采用复合式小梁切除术治疗硅油充填术后继发性青光眼,绝大部分患者取得了较满意的临床疗效,术后早期前房形成稳定,浅前房发生率低。远期能较好的保持功能性结膜滤过泡,眼压控制好,术后视力得到有效的保护。但是仍有 2 例患者术后眼压不能控制,行睫状体光凝治疗。我们使用 0.2mg/mL MMC,术中根据患者的年龄、筋膜厚度调整棉片放置时间,年龄越小,放置时间越长,去除棉片后用大量 BSS 液冲洗,时间 ≥ 2 min,以减少 MMC 对正常组织的毒性^[4]。

我们采用下方结膜切开是考虑到玻璃体切除术破坏了上方正常结膜组织,再次手术刺激可能导致较为严重的修复反应,导致结膜下瘢痕形成,导致手术失败。且硅油比重较轻,下方周切口不易被硅油堵塞,有利于玻璃体腔与前房的沟通,不影响房水引流,维持正常眼压。复合式小梁切除术是在传统小梁切除术的基础上的改进^[5],由于联合应用 MMC 和可拆除缝线,减少了术后瘢痕形成,提高了传统小梁切除术的成功率。所以我们认为复合式小梁切除术是治疗硅油充填术后继发性青光眼比较理想的手术方式之一。

参考文献

- 1 胡维沭,邱宁,于红鸾,等. 硅油填充术后高眼压 39 例临床分析. 山东大学基础医学院学报 2002;16(4):226-227
- 2 游志鹏,姜德咏,李国栋. 半导体激光经巩膜光凝治疗硅油填充术后难治性高眼压. 临床眼科杂志 2004;12(3):240-241
- 3 曲建梅,唐桂兰,侯建萍. 复合式小梁切除术中两种可调节缝线的方法及其比较. 国际眼科杂志 2009;9(2):369-370
- 4 陈平,叶玉兴. 丝裂霉素 C 在青光眼滤过术中的应用. 眼外伤职业眼病杂志 1997;19(5):352-353
- 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