

前房穿刺术治疗急性闭角型青光眼急性发作的临床分析

李 宁

作者单位: (121000) 中国辽宁省锦州市中心医院亚东眼病医院
作者简介: 李宁, 女, 副主任医师, 研究方向: 青光眼。
通讯作者: 李宁. Lning1973@163. com
收稿日期: 2010-09-27 修回日期: 2010-10-12

Clinical analysis of anterior chamber penetration for treating sudden attack of acute angle-closure glaucoma

Ning Li

Yadong Ophthalmology Hospital, Jinzhou Central Hospital, Jinzhou 121000, Liaoning Province, China

Correspondence to: Ning Li. Yadong Ophthalmology Hospital, Jinzhou Central Hospital, Jinzhou 121000, Liaoning Province, China. Lning1973@163. com

Received: 2010-09-27 Accepted: 2010-10-12

Abstract

• AIM: To evaluate the clinical effects and opportunity of anterior chamber penetration for treating the sudden attack of acute angle-closure glaucoma.

• METHODS: Anterior chamber penetration by using 15° acupuncture knife was performed on thirty patients with the sudden attack of acute angle-closure glaucoma after topical anaesthetic. The mean intraocular pressure (IOP) was over 60mmHg (1kPa = 7.5mmHg) before the penetration.

• RESULTS: The mean postoperative IOP was 16mmHg as soon as the penetration was finished and the visual acuity was improved in all patients, of which above 0.3 were in 12 eyes, 0.1-0.3 in 10 eyes, below 0.1 in 8 eyes. The IOP was increased again after 5-8 hours in 3 eyes. None of the patients felt painful during the operation and no complications occurred.

• CONCLUSION: Anterior chamber penetration using acupuncture knife is one kind of effective, safe and simple method for treating the sudden attack of acute angle-closure glaucoma.

• KEYWORDS: acute angle-closure glaucoma; sudden attack; intraocular pressure; anterior chamber penetration

Li N. Clinical analysis of anterior chamber penetration for treating sudden attack of acute angle-closure glaucoma. *Int J Ophthalmol (Guji Yanke Zazhi)* 2010; 10(12):2387-2388

摘要

目的: 探讨前房穿刺放液处理急性闭角型青光眼的急性发作的疗效及时机。

方法: 对 30 例 30 眼急性闭角型青光眼的急性发作的患者 (术前眼压均 ≥ 60 mmHg, 1kPa = 7.5mmHg) 在联合应用常

规降眼压药物治疗未能有效降低眼压后采用 15° 穿刺刀在 8 倍放大倍率的手术显微镜下进行前房穿刺, 轻压切口后唇缓慢放出房水。

结果: 所有患者经前房穿刺放液后高眼压及眼痛迅速缓解, 视力不同程度提高, 其中 12 眼 > 0.3 , 10 眼 $0.1 \sim 0.3$, 8 眼 < 0.1 , 术后眼压平均 16mmHg, 其中 3 眼穿刺后 5~8h 眼压再次升高遂再次放液。

结论: 采用 15° 穿刺刀在手术显微镜下前房穿刺放液比传统的注射针头穿刺放液损伤小反应轻, 是治疗急性闭角型青光眼的急性发作期的辅助措施, 可以缩短降眼压的时间以减轻患者痛苦, 减轻因高眼压造成的视功能损害, 避免了长时间大量应用常规降眼压药物可能引起的副作用, 为青光眼进一步治疗创造了条件。

关键词: 急性闭角型青光眼; 急性发作; 眼压; 前房穿刺

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2010.12.059

李宁. 前房穿刺术治疗急性闭角型青光眼急性发作的临床分析. *国际眼科杂志* 2010; 10(12):2387-2388

0 引言

原发性急性闭角型青光眼是我国青光眼的主要类型^[1], 其急性发作来势凶猛, 眼压急剧升高, 患者症状重短时间内可导致不可逆性的视功能损害及房角功能的大部分丧失, 及时有效的降低眼压和开放房角是治疗的主要目标。近 1a 来我科采用 15° 穿刺刀在手术显微镜下前房穿刺放液联合药物治疗急性闭角型青光眼的急性发作, 使患者高眼压及疼痛迅速缓解, 情绪稳定, 视力改善及房角大部分开放, 为患者进一步治疗争取了时间, 然后再选择手术或激光治疗, 其效果较为满意, 现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 急性闭角型青光眼急性发作患者 30 例 30 眼, 其中男 5 例 5 眼, 女 25 例 25 眼, 年龄 50~80 (平均 67) 岁。发病时均有剧烈眼胀痛, 视力急剧下降, 伴同侧头痛恶心及呕吐。视力: 光感~眼前 30cm 指数, 均有结膜混合型充血, 角膜雾状水肿, 知觉减退, 前房极浅, 瞳孔中等度散大, 对光反应消失, 眼底不能窥进, 眼压均 ≥ 60 mmHg。

1.2 方法 患者取仰卧位, 在显微镜下用奥布卡因表面麻醉, 常规消毒无菌孔巾, 开睑器开睑, 患者向前注视, 用无菌 15° 穿刺刀于角膜缘右眼 9:00 左眼 3:00 处垂直方向入前房, 刀尖入前房约 1mm 并轻扩大穿刺口, 即见少许房水自穿刺口流出, 轻压后唇, 可反复放液, 使眼球变软, 术后可频点匹罗卡品, 继续用醋氮酰胺及噻吗心胺维持治疗控制眼压。如眼压再次增高, 可于原穿刺口处用针头按压, 再次放出房水减压, 眼压控制 2~3d 后行抗青光眼手术或虹膜激光打孔。

2 结果

30 例患者经前房穿刺放液后高眼压及眼痛迅速缓解, 术后眼压平均 16mmHg, 视力有不同程度提高, 其中 12 眼 > 0.3 , 10 眼 $0.1 \sim 0.3$, 8 眼 < 0.1 , 其中 3 眼术后 5~8h

眼压在次升高再次放液,眼压控制2~3d后行抗青光眼手术或虹膜激光打孔。手术顺利,术中及术后无明显并发症,出院时眼压控制在正常范围内。

3 讨论

急性闭角型青光眼急性发作是眼科的重要致盲眼病之一,该病患者的眼压往往突然急性升高,部分患者甚至 $\geq 70\text{mmHg}$,可造成急性前部视神经缺血或视网膜中央静脉阻塞,当眼压 $>70\text{mmHg}$,持续数分钟既可以引起视网膜中央动脉萎缩和阻塞^[1]造成不可逆的视神经损害,甚至永久性的失明,因此治疗急性发作眼的关键是尽快控制眼压,开放房角,以挽救视功能。原发性闭角型青光眼一般以手术治疗为主,但急性发作期眼压高,若进行手术治疗,并发症多且手术效果差,通常是采用药物将眼压控制在正常范围后再行手术治疗较为理想^[2],以减少手术并发症,尤其是脉络膜暴发性出血等严重并发症。然而药物通常需要一段时间才起作用,且部分患者使用多种药物仍不能有效控制眼压,易贻误抢救时机。使视功能进一步损害,另外,患者承受的痛苦时间长,且年老体弱,患者长时间大量使用脱水药物易引起肾衰,低血钾等并发症。

近年来人们渐渐发现前房穿刺术在处理青光眼急性发作时的作用,方国新^[3]对52例60眼顽固性青光眼行前房穿刺术达到很好的降压效果,减少了降眼压药物的使用。Lam等^[4]对8例急性闭角型青光眼首次发作患者在给予联合药物降眼压基础上行前房穿刺,发现房穿刺是处理急性原发性闭角型青光眼控制眼压和减轻症状的一种安全有效的手段。Carnahan等^[5]回顾性分析也认为前房穿刺术可以很有效的缓解眼压的急性升高而导致的症状,并可以重复操作。我们应用手术显微镜下前房穿刺放液获得满意的效果,并且无一并发症发生,眼压下降后,瞳孔对缩瞳剂敏感使瞳孔缩小,开放房角进一步降低眼压,为患者的进一步治疗争取了时间,而且在显微镜下行前房穿刺放液较传统的在裂隙灯下用注射针头穿刺放液损伤小

反应轻。但前房穿刺毕竟是一种手术,术中有误伤晶状体,术后感染的可能。另外患者本身较惧怕手术,所以本组病例均在用常规药物保守治疗4~8h仍不能降低眼压,患者症状明显的情况下取得患者同意后进行的,为避免上述这些可能的并发症术中无菌操作非常重要,而且穿刺时宜选用颞上方角巩膜缘内1mm处进刀,进退刀时都需捻转刀柄,穿刺口长度约3mm,位置过于靠外易出血,靠瞳孔区易引起散光,这样既可避免伤及晶状体^[6]又可使下睑遮盖伤口以防感染。本组病例其中3例穿刺5~8h后眼压再次升高,遂重复放液,待眼压稳定后手术,其余患者均经放液后眼压稳定症状缓解,经房角检查,开放在1/2以上行虹膜激光打孔,开放在1/2以下行小梁切除术。另外我们对白内障继发青光眼眼压不降,亦行前房穿刺术眼压很快下降房角开放,眼压稳定2~3d行白内障手术,收到良好的效果。综上所述,前房穿刺术能快速恢复眼压,重复操作性强,促进房角开放,减少降眼压药物的使用及可能产生的毒副作用,减少术前准备时间,降低滤过手术尤其是高眼压下手术的并发症的可能性,是处理急性闭角型青光眼急性发作的一种安全有效简单易行地方法,值得临床推广。

参考文献

- 1 李绍珍. 眼科手术学. 北京:人民卫生出版社 1998:470-471
- 2 李凤鸣. 眼科全书. 中册. 北京:人民卫生出版社 2002:118-119
- 3 方国新. 顽固性青光眼术前毫针穿刺降压效果. 中西医结合眼科杂志 1996;14(4):241
- 4 Lam DSC, Chua JKH, Tham CCY, et al. Efficacy and safety of immediate anterior chamber paracentesis in the treatment of acute primary angle-closure glaucoma: a pilot study. *Ophthalmology* 2002;109(1):64-70
- 5 Carnahan MC, Platt LW. Serial paracenteses in the management of acute elevations of intraocular pressure. *Ophthalmology* 2002;109(9):1604-1606
- 6 赛自金,初培莲. 前房穿刺致虹膜嵌置医源性白内障1例. 中国实用眼科杂志 2002;20(2):157