

双内切口白内障超声乳化联合小梁切除术初步报告

谈刚,董万江,江晓龙,罗忠,何苗

作者单位:(621000)中国四川省绵阳市,绵阳万江眼科医院
作者简介:谈刚,男,毕业于泸州医学院,学士,副主任医师,研究方向:白内障、青光眼。
通讯作者:谈刚. tgawl@163. com
收稿日期:2010-12-22 修回日期:2011-01-20

Preliminary report on internal double incisions phacoemulsification and trabeculectomy

Gang Tan, Wan-Jiang Dong, Xiao-Long Jiang, Zhong Luo, Miao He

Department of Ophthalmology, Mianyang Wanjiang Eye Hospital, Mianyang 621000, Sichuan Province, China

Correspondence to: Gang Tan. Department of Ophthalmology, Mianyang Wanjiang Eye Hospital, Mianyang 621000, Sichuan Province, China. tgawl@163. com

Received: 2010-12-22 Accepted: 2011-01-20

Abstract

• AIM: To research the treatment effects of internal double incisions phacoemulsification and trabeculectomy for glaucoma combined with cataract .

• METHODS: All of 35 cases 46 eyes diagnosed with glaucoma combined with cataract were treated. Phacoemulsification, intraocular lens (IOL) implantation and trabeculectomy were performed simultaneously using the same main incision and two different internal incisions. The follow-up time was from 1 to 6 months postoperatively.

• RESULTS: The mean intraocular pressure (IOP) preoperatively was 38.3 (25-69) mmHg. Postoperatively the mean IOP was 15.6 (8-28) mmHg. The range of preoperative vision was from light perception to 0.5. The postoperative best-corrected visual acuity (BCVA) was 0.02-1.0, including ≥ 0.5 in 21 eyes, ≥ 0.3 in 34 eyes.

• CONCLUSION: Phacoemulsification, IOL implantation and trabeculectomy performed simultaneously using the same main incision and two different internal incisions can reduce the interaction and make use of incision effectively. It is safe and effective.

• KEYWORDS: glaucoma; cataract; phacoemulsification; trabeculectomy; internal double incision

Tan G, Dong WJ, Jiang XL, et al. Preliminary report on internal double incisions phacoemulsification and trabeculectomy. *Guji Yanke Zazhi(Int J Ophthalmol)* 2011;11(3):519-520

摘要

目的:探讨双内切口白内障超声乳化联合小梁切除术对治

疗青光眼合并白内障患者的疗效。

方法:经同一主切口将透明角膜切口白内障超声乳化人工晶状体植入术和小梁切除术以不同内切口集合在一起,对35例46眼青光眼合并白内障患者进行手术,术后随访1~6mo。

结果:眼压:术前眼压25~69(平均38.3)mmHg,术后最终眼压8~28(平均15.6)mmHg。视力:术前视力范围光感~0.5,术后随访最佳矫正视力0.02~1.0,其中21眼 ≥ 0.5 ,34眼 ≥ 0.3 。

结论:双内切口白内障超声乳化联合小梁切除术治疗青光眼合并白内障,有效利用切口,使2种手术的相互影响降到较低,手术安全、有效。

关键词:青光眼;白内障;超声乳化;小梁切除;双内切口

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2011.03.049

谈刚,董万江,江晓龙,等.双内切口白内障超声乳化联合小梁切除术初步报告.国际眼科杂志2011;11(3):519-520

0 引言

对同时患有青光眼和白内障的患者,近20a来多主张采取联合手术治疗,其一次手术解除两种病痛,既迅速恢复视力,又有效降低眼压^[1]。1980年代,有文献开始报道白内障囊外摘出和人工晶状体植入联合小梁切除术,随着超声乳化手术的进展,联合手术也逐渐向小切口发展,1990年代,有文献报道白内障超声乳化吸除和人工晶状体植入联合小梁切除术^[2]。白内障超声乳化联合小梁切除术常用一切口术式和二切口术式。我院自2010-04起对这类手术稍作改良,经同一外切口完成双内切口的两个手术,使两个手术相互之间的影响较小,手术操作较简单,损伤降低,取得满意效果,现将其报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 收集2010-04/09在我院行三联手术的青光眼合并白内障患者35例46眼,男16例21眼,女19例25眼;年龄35~87(平均66.4)岁。术前视力为光感~0.4。术前眼压为25~69(平均38.3)mmHg。晶状体核硬度II~V级(LOCS III 分级标准)。诊断为白内障合并原发性闭角型青光眼15眼,原发性开角型青光眼21眼,继发性闭角型青光眼10眼。随访时间1~11mo。

1.2 方法 术前行眼压测量、房角镜检查、前房深度测量、A/B超检查、角内皮细胞计数、角膜曲率和计算人工晶状体度数,局部应用抗生素及非甾体眼药水点眼,眼压尽量降至正常范围,如降不到正常,术前30min静脉滴注200g/L甘露醇250mL,并给予美多丽散瞳。球结膜下浸润或球周麻醉,以穹隆部为基底的结膜瓣,作3.2mm×2.5mm约1/3厚度浅层巩膜瓣(瓣长与透明角膜切口宽一致)。根部位于透明角膜切口外切口位置,再以此为外切口作透明角膜切口穿刺入前房。连续环形撕囊,直径4.5~5.5mm,充分水分离。采用美国Alcon公司生产的超声乳化仪乳化晶状体核,吸净皮质,前房及囊袋内注入黏弹剂,植入可折叠

式后房型人工晶状体。完成白内障人工晶状体植入后,再按常规小梁切除术的方法做一内切口,二内切口之间角膜内层间隔约0.5~1mm。行巩膜咬切切除小梁组织、虹膜周边切除,吸出前房及囊袋内残留的黏弹剂。10-0尼龙线缝合浅层巩膜瓣2针,缝合球结膜,结膜下注射地塞米松2mg,结膜囊涂妥布霉素地塞米松眼膏,单眼包扎。术后第1d开放点眼用激素+抗生素+非甾体抗炎药物,4次/d,视炎症情况可持续1~2mo,术后第1,2和4wk门诊随访,以后每2mo复诊。

2 结果

2.1 眼压变化 术前眼压25~69(平均38.3)mmHg,术后最终眼压8~28(平均15.6)mmHg,术后2wk内无使用降眼压药物者。

2.2 视力变化 术前视力范围光感~0.5,术后随访最终矫正视力0.02~1.0,其中21眼 \geq 0.5,34眼 \geq 0.3。

2.3 术中并发症 术中1例后囊破裂,行前节玻璃体切割后植入后房型人工晶状体。

2.4 术后并发症 术后第1d,12例有不同程度角膜内皮、基质轻度水肿、混浊,3~5d后恢复透明,急性闭角型青光眼术后前房炎症反应较重,1例患者前房有絮状渗出,经积极治疗5d后吸收,大部分患者瞳孔圆。1例患者术后1mo突发前房消失,出现恶性青光眼,应用10g/L阿托品和甘露醇后缓解,后长期应用阿托品维持。

3 讨论

随着手术技术和设备的日趋完善,超声乳化吸出后房型折叠式人工晶状体植入联合小梁切除术越来越多地应用于青光眼合并白内障的治疗,该手术方法在控制眼压的同时能够恢复有用视力,但是关于其安全性和长期降压效果有很多争论。联合手术分为一切口和二切口两种术式,有研究认为二切口术式将超声乳化吸出切口与小梁切除术切口分开,减少术中器械和超声能量对滤过泡区巩膜和结膜组织的刺激,便于术者以角膜缘为基底做结膜瓣进行手术,增加抗纤维化药物使用的安全性^[3]。有学者通过随机对照研究对白内障超声乳化联合小梁切除术一切口术式和二切口术式的临床疗效进行比较,结果显示,两种术式对于眼压的控制以及视力改善的差异无统计学意义^[1]。

也有学者认为二切口术式能充分保证小梁切除区组织的准确性及手术后滤过功能,并能保证手术中切口漏水的问题,减少滤过手术区的术后瘢痕化。小梁切除区独立,容易形成功能滤过泡,可避免破坏更多的房角结构。晶状体虹膜隔后移有利于房角开放,前房形成,眼压比原来更低,切口散光小,视力恢复迅速而且稳定,手术后前房反应轻,手术中更安全^[4]。还有学者认为二切口超声乳化吸除术联合小梁切除术临床疗效优于一切口术式。两种术式的术后并发症没有差异^[5]。

我们在做切口方面做了一点小的改变,便于能够通过同一主切口完成两个手术,且使两个手术之间的影响较小。特别是对部分习惯于在上方切口做超声乳化术的医生不用改变操作习惯,术中操作更舒适,减少出现并发症的可能。对于长期高血压后虹膜无张力的患者,减少了术中虹膜脱出的几率,基本与不同切口联合手术效果相同。但由于考虑到二内切口之间的间隔,术中做角膜穿刺时常有内切口靠前的可能,这样增加了超声乳化过程中的难度和切口水肿的机会,要求有相对熟练的超声乳化技巧。在做切口时如果穿刺内层瓣太薄,二切口之间的距离过近,且术中眼压过低,可造成做第二切口时困难或二切口贯通。经过该组患者的观察,取得了较好的效果,对青光眼合并白内障联合手术多了一种选择。只是我们进行该手术的时间较短、观察例数较少,远期效果尚有待进一步观察。

参考文献

- 1 邹玉平,林振德,周静,等.不同切口超声乳化白内障吸除联合小梁切除术的疗效比较.中华眼科杂志 2001;37(5):335-338
- 2 卢建香,李庆云,毋海燕.白内障超声乳化吸除联合小梁切除术疗效观察.医药论坛杂志 2009;30(15):18-20
- 3 郭海科,崔颖,张洪洋,等.超声乳化吸出联合小梁切除术治疗青光眼合并白内障.眼外伤职业眼病杂志 2008;30(12):931-933
- 4 王升,王引侠,陈小瑾,等.白内障超声乳化人工晶状体植入联合小梁切除术.国际眼科杂志 2010;10(7):1350-1351
- 5 刘鹤南,李迅,聂庆珠,等.不同切口超声乳化白内障吸除术联合小梁切除术的疗效和耐受性的荟萃分析.国际眼科杂志 2010;10(9):1645-1649