

高眼压青光眼的滤过手术治疗

吉秀祥,王瑞夫,董晓云,闫希冬,乔磊,李霞

作者单位:(830013)中国新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市,解放军第四七四医院眼科

作者简介:吉秀祥,学士,副主任医师,研究方向:青光眼、眼外伤。

通讯作者:吉秀祥. jxx09912777022@sina.com

收稿日期:2010-12-13 修回日期:2011-01-27

Filtering operation for glaucoma under high intraocular pressure

Xiu-Xiang Ji, Rui-Fu Wang, Xiao-Yun Dong, Xi-Dong Yan, Lei Qiao, Xia Li

Department of Ophthalmology, No. 474 Hospital of Chinese PLA, Urumchi 830013, Xinjiang Uygur Autonomous Region, China

Correspondence to: Xiu-Xiang Ji. Department of Ophthalmology, No. 474 Hospital of Chinese PLA, Urumchi 830013, Xinjiang Uygur Autonomous Region, China. jxx09912777022@sina.com

Received:2010-12-13 Accepted:2011-01-27

Abstract

• AIM: To approach the method and skill of filtering operation for glaucoma under high intraocular pressure (IOP) and observe the curative effect.

• METHODS: All of 50 glaucoma patients with high IOP which was > 40mmHg preoperatively. Trabeculectomy combined with peripheral iridectomy were performed in anterior chamber to decompress using MMC (0.2g/L or 0.4g/L) under scleral flap and fascia during operation.

• RESULTS: Followed-up for 3 months after operation, vision was improved in 26 cases, unchanged in 24 cases; IOP of 41 cases was < 21mmHg; 1 case received anterior vitrectomy and anterior chamber plastic operation because of occurring shallow anterior chamber at 1 week postoperatively; extraction of cataract, posterior capsule split and anterior chamber plastic operation were performed in 1 case; at 2 months postoperatively, 2 cases received cyclophotocoagulation; IOP rised in 5 cases after 1 month, IOP was controlled under 21mmHg when they took 1-2 species hypotensive drugs.

• CONCLUSION: It is necessary to improve the filtering operation for success rate in glaucoma under high IOP.

• KEYWORDS: high intraocular pressure; glaucoma; surgery

Ji XX, Wang RF, Dong XY, et al. Filtering operation for glaucoma under high intraocular pressure. *Guji Yanke Zazhi(Int J Ophthalmol)* 2011;11(3):524-525

摘要

目的:探讨在高眼压状态下行青光眼滤过手术的方法和技巧,并观察疗效。

方法:选取高眼压青光眼患者50例,手术前眼压>40mmHg。行复合式小梁切除(小梁切除+虹膜周切术),提前前房穿刺减压,手术中巩膜瓣下及筋膜下使用MMC(0.2或0.4g/L),较宽的虹膜根切口,根据手术中眼压和前房形成状况选择玻璃体腔穿刺抽液,做巩膜瓣可调整缝线。

结果:术后随访3mo,视力提高26例,不变24例。41例眼压<21mmHg;1例术后1wk出现浅前房,再次行前段玻璃体切除、前房成形术;1例行白内障摘出、后囊截开、前房成形术;2例2mo后行睫状体光凝;5例患者术后1mo眼压升高,联合使用1~2种降眼压药物后,眼压控制在21mmHg以下。

结论:高眼压状态下行青光眼滤过手术,需要改良、细化手术的部分操作,可以提高手术成功率,挽救残存视力。

关键词:高眼压;青光眼;手术

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2011.03.051

吉秀祥,王瑞夫,董晓云,等.高眼压青光眼的滤过手术治疗.国际眼科杂志2011;11(3):524-525

0 引言

临床部分青光眼患者因各种原因形成持续高眼压状态,药物难以有效降低眼压,为挽救患者残存视力,唯有手术。为减少高眼压状态下手术风险,我们在手术前和手术中采取一些有效措施,保障安全实施滤过手术,现将手术治疗经验报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选择我院2005/2009年高眼压青光眼患者50例50眼,手术前眼压>40mmHg,年龄40~70岁。男20例,女30例;慢性闭角型青光眼28例,急性闭角型青光眼20例,继发性青光眼2例;入院眼压45~49mmHg(非接触眼压)者39例,眼压50~60mmHg者8例,>60mmHg者3例。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 术前每天给予甘露醇静脉静点,1次/d,口服醋氮酰胺片50mg,2~3次/d,局部联合用药,可选择倍他洛尔眼液联合溴莫尼定眼液,毛果芸香碱眼液视瞳孔大小情况灵活应用,妥布霉素地塞米松眼液频繁点眼减轻充血、水肿现象,所有患者术前30min给予甘露醇降低眼压。术前1d复查超声生物显微镜(UBM),除查看房角、睫状体外,应观察有无脉络膜上腔积液情况,若有,应适当推迟手术,持续激素治疗,直至好转才手术。术前注意患者心态,帮助患者以良好的心态接受手术的治疗并最大限度配合局部麻醉手术治疗。

1.2.2 术中操作 经药物治疗尽可能降低眼压后,选择手术治疗,我们选择术前药物降压效果差,直至手术时眼压仍≥40mmHg的患者。手术在球后麻醉下、按摩眼球降压后在显微镜下进行,手术一开始,先行前房穿刺,降低眼

压,可大约降低 5~10mmHg,做以穹隆结膜为基底的结膜瓣,完整分离结膜下筋膜,做上直肌挂线,固定眼球下转,做以角膜缘为底边的 4.5mm×4mm(底×高)舌形巩膜瓣,深度约 1/2 巩膜厚度。完成巩膜瓣后,给予巩膜瓣下、球筋膜下放置 0.2g/L 丝裂霉素浸湿棉片 3min,筋膜后退或薄弱的可减少至 2min,取出棉片后平衡盐水充分冲洗,小梁切除前再次估计眼压,再次穿刺,降低眼压到 15~25mmHg,做小梁切除,滤过窗面积在 2.5mm×1.5mm(长×高),虹膜膨出后,剪开一小孔,行后房减压,同时复位巩膜瓣,防止虹膜脱出,减压后行虹膜周切口,约 2mm×(1~1.5)mm(长×高),冲洗脱落色素,两侧 10-0 缝线固定巩膜瓣,先缝一侧,另一侧活结固定,经前房穿刺口形成前房,观察滤过效果,合适后固定。可选择在略松的一侧加可松解的活结固定线,预留线头于周边角膜穿出或于穹隆结膜穿出,以方便拆除。若前房形成困难,后部压力高,可考虑玻璃体腔穿刺排液,形成前房稳定,眼压大致正常后,去上直肌缝线,整理球筋膜、结膜一并连续缝合,按摩滤过泡,查看滤泡形成情况及缝合口有无渗漏,半球后注射妥布霉素地塞米松混合液体 1mL,可点短效散瞳药物 1 次,涂抗生素眼膏,包扎。

1.2.3 术后处理 术后每日给予抗生素激素复方滴眼液点眼,短效散瞳药物活动瞳孔,防止虹膜反应,瞳孔粘连阻滞。角膜水肿明显的,可给予高渗糖点眼;手术后仍高眼压的,术后可多次给予甘露醇;前房浅的可直接给予阿托品散瞳,必须充分散大;其他患者术后前 3d 均给予短效散瞳药物活动瞳孔。对于术后早期浅前房的患眼,术后可联合使用长效睫状肌麻痹剂(阿托品眼液)和短效散瞳剂(复方托品酰胺等),其效果优于单纯使用长效散瞳剂^[1],并可考虑静脉给予皮质激素,口服止血药物、维生素 C 等。指导患者按摩滤泡,出院后每周复查。

2 结果

术后随访 3mo,视力提高 26 例,不变 24 例。41 例眼压 <21mmHg;1 例术后 1wk 出现浅前房,再次行前段玻璃体切除、前房成形术;1 例行白内障摘除、后囊截开、前房成形术;2 例 2mo 后行睫状体光凝;5 例患者术后 1mo 眼压升高,联合使用 1~2 种降眼压药物后,眼压控制在 21mmHg 以下。

3 讨论

3.1 关注高眼压青光眼 一般认为青光眼患者眼压控制在 20mmHg 以下再进行手术较为理想,当眼压升高超过 40mmHg,可出现视网膜静脉阻塞,超过 70mmHg 可引起视网膜中央动脉阻塞^[2],所以持续高眼压青光眼需尽早手术。为挽救患者视力,避免失明,采取复合式小梁切除术,术前前房穿刺,术中用抗代谢药物,并应用可拆除的巩膜瓣缝线技术,术后按摩滤泡,球结膜下注射抗代谢药物,综合的手术方法对这部分患者收到好的疗效^[3]。

3.2 如何选择手术病例 手术前仍需筛选,要求前房深度安全,中央约 2CT,周边前房存在,虹膜房角无明显新生血管,晶状体非明显混浊、膨胀,玻璃体无积血、增殖病变,估计前后房沟通存在,前房穿刺无前房出血或仅少量,眼压可下降并且前房可以保持深度。

3.3 术中注意事项 手术一开始就行前房穿刺^[4],降低眼

压,切除小梁前可视眼压情况,再次前房穿刺放房水进一步降低眼压,分次降低眼压防止眼压骤降,预防出血;手术中注意巩膜瓣的厚度,偏薄的巩膜瓣容易造成强的滤过,术后容易造成浅前房,而且缝线、缝针容易撕裂巩膜瓣,造成针孔漏水,难以闭合;偏厚的巩膜瓣造成滤过困难,术后远期效果不好,术后眼压逐渐升高,按摩困难;宽大的虹膜周边切口有助于最大限度沟通前后房,即使术后散瞳后仍起作用;可调整缝线联合小梁切除术是一种治疗青光眼相对安全有效的治疗方法^[5]。巩膜瓣可调整缝线对高眼压眼组织水肿的患者维持前房深度至关重要,必要时可加缝 2~3 道可拆除缝线,因为术后组织水肿消退后滤过增加会导致浅前房;术后可逐步拆除缝线以调整滤过,促进滤泡形成。手术中为形成前房或调整流量,向前房注水的次数和量应该尽量减少,防止液体逆流入玻璃体腔,人为造成高眼压;另外,在缝合巩膜瓣后因高眼压形成前房困难时,我们通常的做法是,经平坦部玻璃体腔穿刺,抽液 0.3~0.5mL,并使用消毒空气形成前房;最后应该保证密闭的结膜缝合,勿忘检查角膜前房穿刺口的闭合情况。

3.4 术后高眼压的处理 相当一部分患者手术后早期仍处于偏高眼压,应当使用激素类药物减轻组织水肿,活动瞳孔,配合滤过泡按摩,药物继续降低眼压,等待充血减退,前房维持良好时拆除巩膜瓣调整缝线,应注意始终避免瞳孔粘连,保持前后房沟通。

3.5 术后其他并发症 本组病例中,1 例患者术后 1wk 出现浅前房,再次行前段玻璃体切除、前房注气成形术,有医师选择在形成前房时使用黏弹剂,我们的经验是尽量不使用黏弹剂。使用其形成前房,容易将黏弹剂注入晶状体虹膜之间,加重瞳孔阻滞,使前后房不能沟通,容易引起恶性青光眼;使用平衡盐水或气体更合理和安全,使用黏弹剂勉强形成前房,术后往往不能维持,容易再次出现浅前房。1 例患者行白内障摘出、后囊截开、前房成形术,该患者术前 UBM 显示存在虹膜囊肿样病变,瞳孔阻滞较其他患者明显,并且手术诱发晶状体虹膜前移,造成恶性青光眼。所有患者术后凡出现球结膜充血明显、结膜下出血,均在手术 3d 后,继续给予球结膜下注射氟尿嘧啶,1 次/d,共 4~5 次,每次在按摩滤泡弥散后进行,注射在滤泡边界外的球结膜下。本组病例中,滤过手术效果不好的,2 例患者 2mo 后行睫状体光凝,5 例术后 1mo 眼压升高,联合使用 1~2 种降眼压药物后,眼压控制在 21mmHg 以下。

总之,复合小梁切除手术仍是治疗该类青光眼的重要手段,如能恰当选择病例,谨慎操作,仍能使患者维持好的疗效,在手术中要求个体化操作。

参考文献

- 1 高小燕,贺晓丽,吴栋,等.联合长短效散瞳剂在青光眼术后浅前房的应用.延安大学学报(医学科学版) 2008;6(4):56
- 2 周文炳.临床青光眼.北京:人民卫生出版社 2000:391-392
- 3 刘金梅.高眼压下青光眼的手术治疗.眼外伤职业眼病杂志 2009;31(8):633-634
- 4 刘虹.持续性高眼压青光眼小梁切除术的临床观察.国际眼科杂志 2004;4(5):933-934
- 5 李建超,邝国平,武正清,等.可调节缝线在持续高眼压状态下原发性闭角型青光眼手术中的应用.眼科新进展 2008;28(2):142