

青光眼小梁切除术后浅前房形成的原因及处理

向金明, 郑琦, 许艳红, 郑根主, 林肯

作者单位: (065000) 中国河北省廊坊市, 中国石油中心医院眼科
作者简介: 向金明, 主治医师, 研究方向: 青光眼和白内障。
通讯作者: 向金明. xjm703@126. com
收稿日期: 2011-01-21 修回日期: 2011-03-02

Causes and treatment of shallow anterior chamber after trabeculectomy on glaucoma

Jin-Ming Xiang, Qi Zheng, Yan-Hong Xu, Gen-Zhu Zheng, Ken Lin

Department of Ophthalmology, China National Petroleum Corporation Central Hospital, Langfang 065000, Hebei Province, China

Correspondence to: Jin-Ming Xiang, Department of Ophthalmology, China National Petroleum Corporation Central Hospital, Langfang 065000, Hebei Province, China. xjm703@126. com

Received: 2011-01-21 Accepted: 2011-03-02

Abstract

• AIM: To analyze the causes and treatment of shallow anterior chamber after trabeculectomy on glaucoma.

• METHODS: A total of 96 case 128 eyes with glaucoma were treated with trabeculectomy and postoperatively shallow anterior chamber was found. All cases were analyzed retrospectively.

• RESULTS: Shallow anterior chamber was found in 26 eyes (20.3%) after trabeculectomy in 128 eyes. The causes included: excessive aqueous humor run off (19/26, 73.1%), leakage of filter bulb (4/26, 15.4%), detachment of choroid (2/26, 7.7%), malignant glaucoma (1/26, 3.8%). After proper management, shallow anterior chamber returned to normal depth in all cases.

• CONCLUSION: Shallow anterior chamber is usually found after trabeculectomy. It is necessary to adopt corresponding treatment according to its causes for avoiding the shallow anterior chamber.

• KEYWORDS: glaucoma; trabeculectomy; shallow anterior chamber

Xiang JM, Zheng Q, Xu YH, et al. Causes and treatment of shallow anterior chamber after trabeculectomy on glaucoma. *Guji Yanke Zazhi (Int J Ophthalmol)* 2011;11(4):671-672

摘要

目的: 探讨青光眼小梁切除术后浅前房形成的原因及处理。

方法: 对 96 例 128 眼青光眼小梁切除术后浅前房者 26 眼进行回顾分析。

结果: 128 眼小梁切除术后有 26 眼发生浅前房, 发生率为 20.3%。浅前房原因主要为滤过过畅 19 眼 (73.1%), 结

膜瓣渗漏 4 眼 (15.4%), 脉络膜脱离 2 眼 (7.7%) 和恶性青光眼 1 眼 (3.8%), 采用保守治疗和/或手术治疗后前房均形成。

结论: 青光眼术后浅前房是一种常见并发症, 针对其发生原因采取相应的处理可以预防或避免浅前房的发生。

关键词: 青光眼; 小梁切除术; 浅前房

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2011.04.038

向金明, 郑琦, 许艳红, 等. 青光眼小梁切除术后浅前房形成的原因及处理. *国际眼科杂志* 2011;11(4):671-672

0 引言

浅前房是青光眼小梁切除术后最常见的并发症, 若不及时处理或处理不当, 可导致角膜内皮损伤、虹膜前后粘连、继发性白内障和大泡性角膜病变等严重并发症。本文回顾分析我院 2004-06/2009-12 共 96 例 128 眼小梁切除术后发生浅前房 26 眼的原因及处理。

1 对象和方法

1.1 对象 本组 96 例 128 眼接受青光眼小梁切除术, 其中男 39 例 51 眼, 女 57 例 77 眼。年龄 53~84 岁。原发性急性闭角型青光眼 79 眼, 原发性慢性闭角型青光眼 43 眼, 继发性青光眼 6 眼。26 眼 (20.3%) 出现术后浅前房。

1.2 方法 所有病例在表面麻醉显微镜下行小梁切除术。做以上穹隆为基底的球结膜, 巩膜面烧灼止血手术区, 做以角膜缘为基底的巩膜瓣 4mm×5mm, 1/3~1/2 巩膜厚度。巩膜瓣两侧切口勿超过角膜缘后缘, 巩膜瓣基底中央继续向前潜行分离, 宽约 1.0mm。用 0.2~0.4g/L 丝裂霉素 C (MMC) 浸泡的棉片置于结膜及巩膜瓣下, 放置时间 2~5min。根据年龄及眼球筋膜囊的情况决定 MMC 放置时间。取出棉片, 迅速用大量生理盐水反复冲洗术野。做角膜缘内辅助切口, 于瓣基底底部切穿入前房, 先切穿一小切口, 缓慢放出适量房水, 切除 1mm×3mm 小梁组织, 再做虹膜周边切除。于巩膜瓣两顶点以 10-0 缝线置可调整缝线两根^[1], 经前房穿刺口注入平衡液形成前房, 观察巩膜瓣处无渗漏, 间断、密闭缝合球结膜。术毕结膜下给予抗菌消炎处理。术后每天裂隙灯下检查滤过泡、角膜及前方深度, 同时测量眼压, 对浅前房者, 检查眼底, 必要时行 B 超检查, 看是否有脉络膜脱离, 对怀疑有结膜瓣渗漏者, 行荧光素检查, 看有无溪流征。术后常规滴抗生素及皮质类固醇眼药水, 短效散瞳剂活动瞳孔。浅前房的分级: 参考张舒心等^[2]的分级方法: 浅 I 级: 全部有极浅的前房, 周边前房呈裂隙状; 浅 II 级中分 a, b 两型, 浅 II a 级: 仅虹膜小环以内有极浅前房; 浅 II b 级: 仅瞳孔区内有极浅前房; 浅 III 级: 虹膜、晶状体全部与角膜相贴, 浅房完全消失。

2 结果

2.1 浅前房发生情况及原因 128 眼中发生浅前房 26 眼, 占 20.3%, 其中浅 I 级 17 眼, 浅 II a 级 6 眼, 浅 II b 级 2 眼, 浅 III 级 1 眼。浅前房的原因: 滤过泡滤过过畅 19 眼, 结膜瓣渗漏 4 眼, 脉络膜脱离 2 眼, 恶性青光眼 1 眼。

2.2 处理 10g/L阿托品眼膏散瞳;用小棉枕加压于滤过泡对应处眼睑,绷带包扎;局部或全身给予皮质类固醇;静点200g/L甘露醇浓缩玻璃体,有利于前房形成;手术干预,行脉络膜上腔放液,前房注气恢复前房。26眼中24眼经保守治疗恢复前房,2眼经手术治疗后恢复。

3 讨论

浅前房是青光眼小梁切除术后常见早期并发症,发生率为4.8%~70%之间^[3]。本组浅前房发生率为20.3%,现将本组手术结果作如下分析。

3.1 伴引流过畅浅前房 占本组病例73.1%,一般认为巩膜瘘口过大,巩膜过度烧灼止血导致巩膜瓣收缩,边缘对合不良,巩膜瓣过薄及巩膜缝线过松,导致房水流出阻力减小,滤过过畅。这种浅前房通常采取保守治疗即可获得良好效果,药物治疗同时加梭形小棉枕压在滤过区对应的上睑部位,轻轻加压包扎,多能恢复前房。

3.2 伴结膜瓣渗漏的浅前房 占本组病例15.4%,主要是结膜瓣愈合不良、破裂及术中结膜瓣固定不好造成术后结膜瓣收缩后退,巩膜瓣缘外露,使房水失去滤过屏障保护,造成房水渗漏致浅前房,同时房水渗漏又影响结膜伤口的愈合。用荧光素检查法见渗漏部位有溪流现象。本组1例患者溪流试验阳性,发现结膜瓣下线结残端介入并有引流作用。术毕仔细检查缝线,术后裂隙灯下仔细检查及时发现问题并及时处理,本组病例处理以药物及加压包扎为主,若无效可行结膜瓣修补。

3.3 伴脉络膜脱离的浅前房 占本组病例7.7%,主要与术中眼压突降,脉络膜血管扩张,大量血浆渗出液积聚到脉络膜上腔而引起;另外,手术切口偏后,使睫状体与巩膜突的附着发生分离,房水进入脉络膜上腔也可以引起脉络膜脱离^[4]。本组1例经阿托品散瞳,局部加压包扎,局部

及全身应用皮质类固醇激素,静点200g/L甘露醇,口服醋甲唑胺等治疗4~7d,脉络膜上腔积液逐渐吸收,另1例经上述治疗无效后采用脉络膜上腔放液联合前房注气术后,前房恢复正常。

3.4 恶性青光眼 占本组病例3.8%,患者多具有小眼球、小角膜、浅前房及窄房角等解剖因素,以及患者长期使用缩瞳剂,长期高眼压术前不易控制,病因多由于手术或缩瞳剂刺激引起睫状环缩小,使晶状体与睫状体相贴,房水不能流入前房而进入玻璃体,玻璃体容积增加,前房极度变浅,眼压升高。本组1例经采用脉络膜上腔放液联合前房注气术,术后前房形成良好,常规使用阿托品散瞳,局部及全身应用皮质类固醇激素,患者视力不同程度提高。

综上所述,浅前房是青光眼小梁切除术后常见的并发症,虽大多数可以通过保守治疗而恢复,但仍应尽量避免其发生,因此术前准备要充分,尽可能控制好眼压;术中细心操作,避免眼压骤降,引流口要适中,注意结膜瓣、巩膜瓣的处理,术中应用MMC后要彻底冲洗干净,杜绝术野内棉絮等异物存留;术毕形成前房,恢复眼压至正常水平;术后嘱患者减少剧烈活动,避免不恰当的体位,减少诱发因素,密切观察眼压、前房变化,及时发现浅前房,对症处理,从而使浅前房尽快恢复,保护患者视功能。

参考文献

- 1 陈虹,张舒心. 介绍一种简易经结膜巩膜瓣可拆线缝合法. 眼科 2007;16(1):63
- 2 张舒心,刘磊. 青光眼治疗学. 北京:人民卫生出版社 1998:132-138
- 3 卢艳,郭丽,王明扬,等. 三种抗青光眼手术后浅前房临床分析. 眼科新进展 1999;19(4):242
- 4 龚自荣,胡楠. 现代青光眼手术学. 北京:人民军医出版社 1999:173-175