

超声乳化联合 IOL 植入治疗晶状体溶解性青光眼的临床研究

杜建英, 关小荣, 赵吉飞, 黄立, 秦玲利, 刘彦章

作者单位: (712000) 中国陕西省咸阳市第一人民医院眼一科
作者简介: 杜建英, 男, 毕业于西安医科大学, 主任医师, 研究方向: 白内障、玻璃体视网膜疾病。
通讯作者: 杜建英. jy02524200@163. com
收稿日期: 2011-05-20 修回日期: 2011-06-28

Clinical analysis of phacoemulsification and IOL implantation for the patients with lens protein glaucoma

Jian-Ying Du, Xiao-Rong Guan, Ji-Fei Zhao, Li Huang, Ling-Li Qin, Yan-Zhang Liu

Department of Ophthalmology, the First People Hospital of Xianyang, Xianyang 712000, Shaanxi Province, China

Correspondence to: Jian-Ying Du. Department of Ophthalmology, the First People Hospital of Xianyang, Xianyang 712000, Shaanxi Province, China. jy02524200@163. com

Received: 2011-05-20 Accepted: 2011-06-28

Abstract

- AIM: To study the effect of phacoemulsification and lens implantation in treating lens protein glaucoma.
- METHODS: Thirty-two cases (32 eyes) with lens protein glaucoma were selected and performed phacoemulsification and intraocular lens implantation.
- RESULTS: After a week of operation, the intraocular pressure of most of the cases were controlled within normal level, the same as 6 months after operation, the visual acuity of patients had the improvement at different degree in 6 months after operation.
- CONCLUSION: The lens protein glaucoma can be cured through the phacoemulsification and IOL implantation, with no need to combine with trabeculectomy. It is proved to be effective and safe. The patients with lens protein glaucoma could rehabilitate quickly after surgery.
- KEYWORDS: phacoemulsification; intraocular lens; lens protein glaucoma

Du JY, Guan XR, Zhao JF, et al. Clinical analysis of phacoemulsification and IOL implantation for the patients with lens protein glaucoma. *Guji Yanke Zazhi* (Int J Ophthalmol) 2011; 11 (8): 1409-1410

摘要

目的: 研究超声乳化联合人工晶状体植入治疗晶状体溶解性青光眼的治疗效果。

方法: 对 32 例 32 眼过熟期白内障继发晶状体溶解性青光眼患者, 采用超声乳化联合人工晶状体植入给予治疗, 对视力及眼压情况进行观察和研究。

结果: 术后随访 0.5a, 眼压均控制到正常范围内, 视力有不同程度提高。

结论: 通过临床观察证明单纯超声乳化联合人工晶状体植入治疗晶状体溶解性青光眼安全有效, 且手术切口小, 组织损伤小, 术后反应较轻, 可有效控制眼压, 恢复视功能。

关键词: 超声乳化; 人工晶状体; 晶状体蛋白性青光眼

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2011.08.029

杜建英, 关小荣, 赵吉飞, 等. 超声乳化联合 IOL 植入治疗晶状体溶解性青光眼的临床研究. 国际眼科杂志 2011; 11 (8): 1409-1410

0 引言

随着社会医疗水平的提高, 绝大部分白内障患者可得到及时有效的诊治。尽管如此, 在偏远落后地区还存在个别白内障患者由于经济原因不能得到及时有效治疗, 使白内障发展到过熟期至晶状体囊膜自发破裂晶状体蛋白漏出继发青光眼才来就诊, 这样的患者一般年龄偏大, 体质差。传统采用白内障囊外摘除联合人工晶状体植入或者联合小梁切除手术治疗此类疾病。我院 2008-01/2011-01 收诊过熟期白内障继发性晶状体溶解性青光眼患者 32 例, 采用超声乳化联合人工晶状体植入进行治疗, 手术切口小, 术中前房稳定性好, 损伤轻, 并发症少, 疗效明显。现将临床研究及分析报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选择 2008-01/2011-01 在我院确诊为过熟期白内障继发性晶状体溶解性青光眼的患者 32 例 32 眼, 采用超声乳化联合人工晶状体植入手术进行治疗, 术后行临床观察。患者平均年龄 75 ± 7 岁, 有白内障低视力病史 2 ~ 10a, 急诊发病后就诊时间 1 ~ 10d, 入院时视力为手动或者光感, 眼压 32 ~ 60 (平均 41.35) mmHg。合并糖尿病患者 1 例, 合并高血压者 5 例, 合并角膜云翳者 1 例。

1.2 方法 所有病例在手术前 3d 采用药物降眼压 (即予 200g/L 甘露醇 250mL 快速静滴, 局部 10g/L 布林佐安滴眼液、2.5g/L 噻吗心安滴眼液、小牛血清去蛋白提取物眼用凝胶局部点眼), 同时局部点用复方妥布霉素地塞米松滴眼液, 控制炎症。手术前 1h 用复方托吡卡胺眼液 (日本参天制药生产) 充分散大瞳孔, 球后阻滞麻醉 (20g/L 利多卡因注射液 1.5mL + 7.5g/L 布比卡因注射液 1.5mL), 作穹隆部为基底的结膜瓣, 角膜后 1mm 做 3.2mm 宽的巩膜隧道切口, 至透明角膜内 1mm。3:00 位角膜缘做辅助切口, 巩膜隧道切口穿刺进入前房, 灌注溢入前房之皮质, 染色囊膜, 截囊环环形撕囊, 水分离, 采用分割蚀刻和劈裂法相结合超声乳化核, 植入折叠式人工晶状体, 林格氏液再

次前房灌注,将前房内的变性皮质及附着在虹膜根部、巩膜及小梁面的沉积物和巨噬细胞彻底冲洗干净,术毕结膜下注射妥布霉素注射液 40mg 及地塞米松注射液 2. 5mg。手术后不同时间点(1d;1wk;3,6mo)对患者最佳矫正视力、眼压、裂隙灯、眼底(散瞳后)观察并记录。

2 结果

2.1 眼压 术后 1d,眼压高于正常范围 2 例,眼压控制在正常范围内(12~21mmHg)患者 28 例,占样本总数的 87. 5%,有 2 例患者眼压稍低于正常。术后 1wk,所有患者眼压控制在 13~19mmHg 之间。术后 3mo,眼压在 12~19mmHg 之间。术后 0. 5a,眼压水平在 11~17mmHg 之间。

2.2 视力 术后 1wk;3,6mo,所有患者的视力有明显提高。术后 1wk,视力<0. 1 者 19 例,0. 1~0. 5 者 13 例。术后 3mo,视力<0. 1 者 4 例,0. 1~者 25 例,≥0. 5 者 3 例。术后 6mo,视力<0. 1 者 2 例,0. 1~者 26 例,≥0. 5 者 4 例。

2.3 并发症 术中 1 例发生后囊膜破裂,行前部玻璃体切割术,人工晶状体缝线固定,视力恢复至 0. 25,眼压控制在正常范围内。

3 讨论

晶状体溶解性青光眼又称为晶状体蛋白性青光眼,该病发生于过熟期白内障,发病机制一方面系高分子可溶性晶状体蛋白质对房水排出通道的直接阻塞引起^[1],另一方面与液化的晶状体皮质进入房水,被巨噬细胞所吞噬,这些吞噬了晶状体皮质的巨噬细胞肿胀变成圆形,聚集于虹膜隐窝、小梁面、小梁网内,阻塞了房水排出通道有关^[2]。该病多见于过熟期白内障患者,一般发病急剧,伴偏头痛,眼部充血,其临床表现常与急性闭角型青光眼相混淆,视功能差,眼压一般在 35~60mmHg,前房深浅正常,房水混浊,瞳孔中度散大,对光反应迟钝,个别患者虹膜粘连,少数典型病例可见晶状体前囊白色钙化点,晶状体常呈棕褐色改变,房角镜检查房角为开角,在虹膜根部和小梁网有散在白色点状、碎屑状沉着物。需与白内障膨胀期继发性青光眼、晶状体皮质过敏性眼内炎、化脓性眼内炎等进行鉴别^[3]。根据该病发病机制,摘除白内障,灌注皮质,解除病因,可有效控制眼压,达到治疗该病的目的^[4]。晶状体溶解性青光眼发病急剧,在临床上易造成误诊,应仔细鉴别诊断,该病部分患者通过药物治疗眼压难以控制,确诊后尽早实施白内障摘除手术,对少数病史较长、房角已有粘连的患者,必要时联合小梁切除术。

针对晶状体溶解性青光眼的特点,行超声乳化联合人工晶状体植入手术时术中需要特别注意几点。首先,环形撕囊是超声乳化白内障摘除手术成功的关键。过熟期白内障晶状体囊膜失去特有的光泽(显微镜下的镜面反光),前后囊膜变脆变薄;皮质液化,呈乳白色;囊袋的张力变化,以至撕囊时轻轻接触前囊膜,就会发生囊膜横向撕裂达赤道部;晶状体核大小不一,但核的硬度较大;缺乏眼底红光反射,增加了撕囊难度^[5]。本组患者冲洗溢出的皮质后,用黏弹剂将前囊膜压平,前囊膜染色,截囊针环形撕囊,可控性较好,能较好地掌握撕囊方向,效果满意。其次,白内障超声乳化晶状体核的关键是将晶状体核分割成小块乳化吸出^[6]。过熟期白内障患者囊膜脆弱,尤其非连续环形撕囊者,在劈核及超声乳化核的过程中易导致后囊膜破裂,玻璃体溢出等并发症,因此劈核、乳化晶状体核时不要过分推压,核块不可在囊内翻滚,以防锐利的核边缘划破后囊。最后,对周边房角进行持续灌注,不仅对房角起到钝性分离作用,而且冲洗并清除晶状体碎屑及堵塞房角的炎性物质,从而达到控制眼压的目的。

超声乳化联合人工晶状体植入治疗方法可有效控制大部分晶状体溶解性青光眼患者之高眼压,并使得患者视力得以有效提高。与传统现代囊外白内障摘除术相比,切口小,对组织损伤小,术后产生散光少,克服传统现代囊外白内障摘除及人工晶状体植入或者联合小梁切除术手术创伤大,术后反应重的缺点。

综上所述,采用超声乳化联合人工晶状体植入治疗方法,可治疗晶状体溶解性青光眼,控制眼压,提高视力,其具有手术切口小、对组织损伤小、恢复快的优点,是一种治疗晶状体溶解性青光眼的有效方法。

参考文献

- 1 穆塔里甫·吾布力哈斯木,穆尼热·麦吉提,甫拉提·吾守尔. 晶状体溶解性青光眼改良三联术. 国际眼科杂志 2008;8(12):2545-2546
- 2 李凤鸣. 眼科全书. 北京:人民卫生出版社 2004:1766-1767
- 3 彭伟敬,曾存迪. 晶状体溶解性青光眼 8 例. 实用医学杂志 2007;23(16):2574-2575
- 4 徐珊瑚,郑小微,徐威. 晶体溶解性青光眼. 中国实用眼科杂志 1999;17(5):277-278
- 5 张振平,陈伟蓉,葛坚. 晶状体病学. 广州:广东科技出版社 2005:257-258
- 6 王李理,宋旭东,施玉英. 小瞳孔下晶状体乳化术环形撕囊及劈核的技巧. 眼外伤职业眼病杂志 2003;25(6):302-304