

高眼压状态下的小梁切除术

王彦,白润芳,李玉茹,汪新玲

作者单位:(471002)中国河南省洛阳市第一人民医院眼科
作者简介:王彦,主治医师,研究方向:眼科临床。
通讯作者:王彦. 13837997590@163. com
收稿日期:2011-05-01 修回日期:2011-06-13

王彦,白润芳,李玉茹,等. 高眼压状态下的小梁切除术. 国际眼科杂志 2011;11(8):1486

0 引言

高眼压状态下的抗青光眼手术会带来严重的术中术后并发症。但药物治疗效果不佳的持续的高眼压若不及时手术治疗,会对视神经造成更严重器质性损害,引起不可逆视功能下降,甚至完全失明^[1]。为此,我院自2005-06/2010-05对52例56眼青光眼患者在高眼压状态下急症施行了小梁切除术。术后经3mo~4a的随访观察,效果满意,现报道如下。

1 临床资料

患者52例56眼中,男23例23眼,女29例33眼,右眼22眼,左眼34眼;年龄23~82(平均57)岁。按青光眼类型分:急性闭角型青光眼38例40眼,占71%;慢性闭角型青光眼8例9眼,占16%;慢性单纯型青光眼6例7眼,占13%。所有患者术前均给予三联以上降眼压药物治疗3d以上,眼压在42~63mmHg之间。所行手术均为小梁切除术。术前1h口服醋甲唑胺片50mg,静滴200g/L甘露醇250~350mL,噻吗心安眼液滴眼,以获得最大降压效果。20g/L利多卡因行球后及上穹隆部结膜下麻醉,56眼手术均在显微镜下进行。手术方法:开睑后缝上直肌牵引线以固定眼球,做以穹隆部为基底的结膜瓣及角膜缘为基底3mm×5mm之1/3~1/2厚度梯形巩膜瓣,分离至透明角膜内1mm,在颞上方角膜缘行前房穿刺,间歇、缓慢地放出房水,使眼压缓慢下降至眼球硬度基本正常后,再做1mm×2mm小梁条带切除及虹膜根部切除,缝合巩膜瓣2针(结扎时要松紧适度,宁松勿紧),从前房穿刺口注入生理盐水以形成前房,观察巩膜瓣滤过情况酌情调整,结膜瓣原位缝合1~2针,术毕结膜下注射妥布霉素针20mg及地塞米松2.5mg。术后观察视力、眼压、滤过情况及前房、并发症。经3mo~4a的随访观察,56眼中眼压在正常范围者46眼(82%),眼压21~28mmHg者8眼(14%),眼压>28mmHg者2眼(4%)。对术后眼压高者,经用5g/L噻吗心安眼液点眼与眼球按摩后均降到理想的术后眼压。56眼中术后视力无变化者16眼,视力提高一行以上者30眼,视力下降者10眼。其中7眼晶状体混浊加重,3眼为晚期青光眼。手术并发症:(1)前房出血2眼,其中1眼是巩膜切口缘出血流入前房,经及时处理后术后第3d完全吸收。(2)浅前房8眼,经用复方托品酰胺眼液散瞳及局部加压包扎、脱水等对症治疗后,术后第4d前房恢复。(3)

5 术后出现虹膜睫状体炎,经局部应用复方托品酰胺眼液散瞳及适量激素、非甾体类药物治疗后炎症逐渐消退。

2 讨论

国内报道抗青光眼术后较高的眼压控制率为89.8%^[2],而高血压时手术成功率仅为50%^[3]。高血压下眼球炎症严重,充血明显,毛细血管扩张,在切开前房时眼内压骤然下降,色素膜血管因负压通透性增加,毛细血管较易破裂很容易引起脉络膜下爆发性出血,眼内容物脱出、眼内出血、脉络膜脱离等并发症。术后眼前段结构有所改变,若炎症不能控制,睫状环水肿产生易诱发恶性青光眼^[4]。故在高眼压下行小梁切除术是风险极大的治疗,并发症多,手术成功率较低。

尽管高眼压下行小梁切除术存在着危险性,但对于药物治疗效果不佳的青光眼患者保守治疗等待时机往往是徒劳的,且长时间大剂量应用甘露醇及醋甲唑胺片有引起急性肾功能衰竭的可能性。故药物的毒副作用限制其长期使用。研究表明持续高血压(40mmHg)时可造成急性前部视神经缺血或视网膜中央静脉阻塞,眼压超过70mmHg数分钟内即可引起视网膜中央动脉萎缩和阻塞^[5]。可见长时间高血压会对视神经功能产生更进一步的损害。若延迟手术往往给患者带来不必要的痛苦和严重的不可逆视功能损害并增加手术危险性和并发症发生^[6]。小梁切除术能达到充分降低眼压、减少药物副作用、保护残存视功能的效果。因此,对持续高血压患者用药3d后眼压无明显下降,即行小梁切除术治疗。

在小梁切除术中,注意穿刺缓慢放出房水,避免眼压骤降是防止高眼压状态下手术并发症发生,保证手术成功的重要措施和关键。总结本组的治疗经验,只要手术前尽量用药物降低眼压,手术操作轻柔,打开眼球前先作穿刺口非常缓慢适量分次地放出房水,使眼压缓慢下降,至适当眼球硬度再行进一步手术,一方面可防止虹膜膨出,保证前房形成,也可避免晶状体-虹膜前移防止恶性青光眼发生^[6]。从本组的结果可见,于56眼中前房出血2眼(4%);前房延缓形成8眼(14%),是滤过强所致。未发生玻璃体、视网膜出血、恶性青光眼等严重并发症。

总之,只要术前充分准备,术中操作熟练正确,术后密切观察,精心护理,方法得当,于高眼压下行小梁切除术是挽救青光眼患者视功能的良好措施,是可行安全有效必要的。

参考文献

- 1 Godfrey DG, Fellman RL, Neelakantan A. Canal surgery in adult glaucomas. *Curr Opin Ophthalmol* 2009;20(2):116
- 2 彭大伟,吕林,田祥,等. 小梁切除术后的激光断线术. 中华眼科杂志 1994;30(4):249-252
- 3 陈彼得. 抗青光眼手术失败原因分析和再手术问题. 中国实用眼科杂志 1991;9(9):514
- 4 黄圣松,余敏斌,方敏,等. 原发性急性闭角型青光眼高眼压下的小梁切除术. 中国实用眼科杂志 2004;22(11):885-888
- 5 周文炳. 临床青光眼. 北京:人民卫生出版社 2000;391-392
- 6 靳睿,王大博,姚琳. 原发性闭角型青光眼持续高血压下的复合式小梁切除术. 临床眼科杂志 2008;16(3):228-230