

表麻下超声乳化人工晶状体植入联合小梁切除治疗青光眼合并白内障

赵大伟

作者单位:(100076)中国北京市大兴区红星医院眼科
作者简介:赵大伟,主任医师,研究方向:白内障、青光眼。
通讯作者:赵大伟. dr.david@sohu.com
收稿日期:2011-08-24 修回日期:2011-10-08

Phacoemulsification and intraocular lens implantation combined with trabeculectomy on the management of glaucoma and coexisting cataract under topical anesthesia

Da-Wei Zhao

Department of Ophthalmology, Beijing Daxing District Hongxing Hospital, Beijing 100076, China

Correspondence to: Da-Wei Zhao. Department of Ophthalmology, Beijing Daxing District Hongxing Hospital, Beijing 100076, China. dr.david@sohu.com

Received:2011-08-24 Accepted:2011-10-08

Abstract

• AIM: To evaluate the clinical efficacy of phacoemulsification and intraocular lens implantation combined with trabeculectomy for glaucoma and coexisting cataract under topical anesthesia.

• METHODS: Under topical anaesthesia, phacoemulsification and intraocular lens implantation combined with trabeculectomy were done in 45 cases 45 eyes of glaucoma and coexisting cataract, and the clinical effect was observed.

• RESULTS: Postoperative best-corrected visual acuity was 0.1-0.3 in 12 eyes (27%), 0.4-0.6 in 23 eyes (51%), 0.7-1.0 in 10 eyes (22%). The postoperative intraocular pressure (IOP) was normal in 43 cases, only IOP of two cases were higher than normal recovered to normal after local dropping of drug. The main postoperative complications included corneal edema, shallow anterior chamber and iritis. The follow-up after surgery was from 6 to 18 months, all the complications were normal after drug treatment.

• CONCLUSION: Under topical anesthesia, phacoemulsification and intraocular lens implantation combined with trabeculectomy is an effective method to restore vision and control IOP in treating glaucoma and coexisting cataract.

• KEYWORDS: glaucoma; cataract; phacoemulsification; trabeculectomy; topical anesthesia

Zhao DW. Phacoemulsification and intraocular lens implantation combined with trabeculectomy on the management of glaucoma and coexisting cataract under topical anesthesia. *Gujī Yanke Zazhi (Int J Ophthalmol)* 2011;11(11):1976-1977

摘要

目的:评价表面麻醉下超声乳化人工晶状体植入联合小梁切除治疗青光眼合并白内障的临床疗效。

方法:对45例45眼青光眼合并白内障患者施行在表面麻醉下超声乳化及人工晶状体植入联合小梁切除术,观察临床效果。

结果:术后矫正视力0.1~0.3者12眼(27%),0.4~0.6者23眼(51%),0.7~1.0者10眼(22%)。43眼眼压降至正常,仅2眼眼压高于正常值,经局部滴药后降至正常。术后随访6~18mo,术后并发症是角膜水肿、浅前房、虹膜炎症,以上并发症经药物治疗均恢复正常。

结论:表面麻醉下白内障超声乳化人工晶状体植入联合小梁切除术在治疗青光眼合并白内障的患者时,能够有效恢复视力和控制眼压。

关键词:青光眼;白内障;超声乳化术;小梁切除术;表面麻醉

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2011.11.033

赵大伟.表麻下超声乳化人工晶状体植入联合小梁切除治疗青光眼合并白内障.国际眼科杂志2011;11(11):1976-1977

0 引言

青光眼合并白内障是常见病,超声乳化白内障吸除及后房型人工晶状体植入联合抗青光眼手术,具有良好的控制眼压和恢复视力的作用。2000-02/2010-12我们对45例青光眼合并白内障患者施行表面麻醉下超声乳化及人工晶状体植入联合小梁切除术,取得良好临床效果,报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 收集青光眼合并白内障患者45例45眼,其中男20例20眼,女25例25眼,年龄50~80(平均65)岁。原发性闭角型青光眼合并白内障21眼,原发性开角型青光眼合并白内障16眼,葡萄膜炎继发青光眼合并白内障3眼,外伤性白内障合并青光眼1眼,抗青光眼术后眼压失控合并白内障1眼,白内障膨胀期继发青光眼3眼。术前眼压17.30~81.78(平均35.76)mmHg。其中30眼用降眼压药物,术前视力<0.1者30眼(67%);0.1~0.3者15眼(33%)。

1.2 方法 术前30min应用200g/L甘露醇静点控制眼压,术前30min给予镇静剂苯巴比妥钠注射液0.1g肌注,术前15min复方托吡卡胺滴眼液适当散瞳。用爱尔凯因

滴眼剂,术前结膜囊内2~3次滴入表面麻醉药物。做以上穹隆为基底的结膜瓣。角膜缘后2~2.5mm处的巩膜上做3.5~4mm(折叠式人工晶状体)或6mm(PMMA人工晶状体)长的巩膜隧道切口,在隧道口内行小梁后缘板层切开长约2~2.5mm。2:00处透明角膜缘内做辅助切口,注入黏弹剂。如虹膜后粘连,瞳孔不易散开可用截囊针拉开粘连处或做瞳孔缘部剪开。环形撕开晶状体前囊,水分离,使用STORZ Protege超声乳化仪,超声乳化吸除晶状体核及皮质,植入人工晶状体于囊袋内,卡巴胆碱缩瞳。切除1mm×2mm小梁组织及做相应处虹膜周边切除。间断缝合隧道外切口1~2针,对于折叠式人工晶状体植入的3.5或4mm切口可以不缝线,或中央松缝1针,结膜瓣固定2针。术后常规局部或联合全身应用皮质类激素药物,口服消炎痛类药物。

2 结果

2.1 术后视力 包括矫正视力0.1~0.3者12眼(27%),0.4~0.6者23眼(51%),0.7~1.0者10眼(22%)。

2.2 术后眼压 患者43眼眼压降至正常,仅2眼眼压高于正常值,经局部滴药后降至正常。术后随访眼压11.20~20.55(平均15.30)mmHg。

2.3 术后并发症 角膜水肿12眼,经局部应用皮质类激素药物和500g/L葡萄糖溶液点眼治疗1wk后恢复。虹膜炎9眼,前房纤维素性渗出,经抗炎、散瞳治疗1wk后吸收。浅前房3眼,经散瞳、高渗剂脱水、应用皮质类激素、包扎术眼等治疗后恢复。脉络膜脱离1眼,经保守治疗后恢复。

3 讨论

青光眼合并白内障手术的关键在于术后能否控制眼压和提高视力。随着超声乳化技术的成熟,晶状体超声乳化吸除及人工晶状体植入联合小梁切除术表现出极大的优越性^[1]。此术式可使两次手术一次完成,既可恢复原有的视力,又可使眼压恢复正常。而且,联合手术避免了多次手术给患者带来的痛苦,减轻了患者的经济负担^[2]。此三联手术不但要求术者必须具备娴熟的超声乳化手术基础和丰富的手术经验,同时需严格掌握适应证,例如:(1)急性闭角型青光眼发作后,同时白内障近成熟;(2)开角型青光眼用药不能控制进展,伴有白内障;(3)膨胀期白内障、外伤性白内障等继发青光眼,房角粘连;(4)恶性青光眼;(5)抗青光眼术后的白内障,眼压仍不能控制^[3]。

如为晶状体源性青光眼,若房角粘连不明显,缩瞳药能控制眼压者,可单独行白内障摘除术。青光眼患者若白内障早期,可先行青光眼手术。我们应用表面麻醉行青光眼白内障联合手术,更增加了手术的安全性。因其可避免球后麻醉所致的球后出血、眼球穿孔伤、视神经损伤、视网膜血管阻塞、呼吸抑制及神经中枢抑制等比较严重的并发症^[4,5],尤其是对青光眼晚期小视野患者更重要。在隧道内完成小梁切除具有手术操作简便、手术时间短、组织损伤小、瘢痕小、巩膜瓣小、滤过道短、滤过效果好等特点。为了更加安全、有效实施手术,我们体会到应注意以下几点:(1)术前必须将眼压控制在正常范围;(2)高眼压患者往往前房较浅,术中应充分应用黏弹剂加深前房,超声乳化时灌注液的高度足以维持前房深度,尽可能做到直视下原位超声乳化,避免前房内的操作,以保护角膜内皮。(3)由于长期滴用缩瞳剂瞳孔缩小或虹膜广泛后粘连造成瞳孔不能散大,可用黏弹剂或采用器械牵拉扩大瞳孔,部分病例还可放射状剪开瞳孔扩约肌以扩大瞳孔;(4)术中保持后囊完整,囊袋内植入人工晶状体,可避免睫状沟植入引起炎症及眼压升高;(5)巩膜切口的缝合与不缝合,以及缝线松紧,主要取决于切口的渗漏。若切口大量渗漏,前房不能形成或眼压很低,则可考虑缝1~2针。切口微漏,但前房形成良好者为最佳。术后易产生功能性滤过泡。(6)术前给予镇静剂缓解患者的紧张情绪,可以加强麻醉效果。

表面麻醉下白内障超声乳化人工晶状体植入联合小梁切除术,能安全有效的控制眼压,迅速恢复视力,术中及术后并发症少,避免了二次手术给患者带来的痛苦和经济负担,是目前治疗青光眼合并白内障患者的理想方法。

参考文献

- Altan C, Bayraktar S, Altan T, *et al*. Anterior chamber depth, iridocorneal angle width and intraocular pressure changes after uneventful phacoemulsification in eyes without glaucoma and with open iridocorneal angles. *J Cataract Refract Surg* 2004;30(4):832-838
- 李奇根,戚朝秀,王涛,等. 超声乳化白内障吸除联合小梁切除治疗青光眼合并白内障分析. *中国实用眼科杂志* 2010;28(11):1215-1217
- 孔庆键. 超声乳化联合小梁切除术治疗青光眼合并白内障临床疗效观察. *国际眼科杂志* 2011;11(2):324-325
- 李绍珍. *眼科手术学*. 第2版. 北京:人民卫生出版社 1997:83-85
- Davis II DB, Mandel MR. Peribulbar anesthesia; a review of technique and complications. *Ophthalmol Clin North Am* 1990;3:101-110