

原发性闭角型青光眼持续高眼压状态治疗方案探讨

庄晓彤¹, 肖伟²

作者单位:¹(110031)中国辽宁省沈阳市第四人民医院眼科;
²(110003)中国辽宁省沈阳市,中国医科大学附属盛京医院眼科

作者简介:庄晓彤,毕业于中国医科大学,硕士,主治医师,研究方向:白内障和眼底病。

通讯作者:肖伟,毕业于中国医科大学,教授,博士研究生导师,研究方向:白内障. Xiaow@sj-hospital.org

收稿日期:2012-08-25 修回日期:2012-12-26

Treatment for primary angle - closure glaucoma in persistent high ocular hypertension

Xiao-Tong Zhuang¹, Wei Xiao²

¹Department of Ophthalmology, the Fourth People's Hospital of Shenyang, Shenyang 110031, Liaoning Province, China;

²Department of Ophthalmology, Shengjing Hospital of China Medical University, Shenyang 110003, Liaoning Province, China

Correspondence to: Wei Xiao. Department of Ophthalmology, Shengjing Hospital of China Medical University, Shenyang 110003, Liaoning Province, China. Xiaow@sj-hospital.org

Received:2012-08-25 Accepted:2012-12-26

Abstract

• AIM: To evaluate the treatment protocols of primary angle - closure glaucoma (PACG) in persistent high ocular hypertension.

• METHODS: The curative effects of 31 cases (32 eyes) with PACG in persistent high ocular hypertension were retrospectively analyzed. All cases were performed different surgical therapy.

• RESULTS: For all cases, the intraocular pressure (IOP) was reduced to normal and the visual acuity was increased to some extent with no severe complications. Compared to the preoperative visual acuity which was hand movement before the eye to 0.1, the postoperative visual acuity was increased to 0.1 to 0.8. The mean IOP was reduced from 48.6mmHg preoperatively to 11.5mmHg 1 month postoperatively.

• CONCLUSION: In order to reduce the high risk of operation and receive the optimal visual function, paracentesis seems to be necessary in controlling IOP in PACG patients with persistent high IOP. Anti-glaucoma operation was recommended to be performed when the cornea was clear.

• KEYWORDS: primary angle - closure glaucoma; high intraocular pressure; paracentesis; trabeculectomy; phacoemulsification

Citation: Zhuang XT, Xiao W. Treatment for primary angle - closure glaucoma in persistent high ocular hypertension. *Guoji Yanke Zazhi(Int Eye Sci)* 2013;13(1):173-174

摘要

目的:探讨原发性闭角型青光眼(primary angle - closure glaucoma, PACG)持续高眼压状态下的处理方法。

方法:回顾分析我院31例32眼PACG持续高眼压状态患者进行手术治疗的效果。

结果:所有患者手术后眼压均恢复正常,视力有不同程度提高,无严重并发症。术前视力手动/眼前~0.1,眼压>40mmHg,平均眼压48.6mmHg。术后1mo,视力0.1~0.8,眼压8.6~17.5(平均11.5)mmHg。

结论:PACG持续高眼压状态患者,术前应尽可能采用前房穿刺降低眼压,待角膜状态好转后行抗青光眼手术治疗,以保证手术安全并挽救患者视功能。

关键词:原发性闭角型青光眼;高眼压;前房穿刺;小梁切除术;超声乳化白内障吸出

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2013.01.54

引用:庄晓彤,肖伟.原发性闭角型青光眼持续高眼压状态治疗方案探讨.国际眼科杂志2013;13(1):173-174

0 引言

原发性闭角型青光眼(primary angle - closure glaucoma, PACG)是我国青光眼的主要类型之一,在急性发作期,眼压急剧升高,短时间内可导致不可逆性视功能损害,因此,及时、有效降低眼压是治疗的主要目标之一^[1]。临床上,有一些急性闭角型青光眼急性发作的患者,症状重,即使应用多种药物,眼压仍高于40mmHg持续2d以上,我们将之定义为持续高眼压状态。现将我院2011-02/2012-02住院的31例原发性闭角型青光眼持续高眼压状态患者采用不同治疗方法控制眼压进行回顾性分析,报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 PACG急性发作患者31例32眼,入院后给予局部及全身药物综合治疗(包括200g/L甘露醇250~500mL静点,醋甲唑胺50mg,2次/d口服,20g/L美开朗滴眼液点眼及硝酸毛果芸香碱滴眼液频点等),眼压高于40mmHg持续2d,平均眼压48.6mmHg。其中男17例17眼,女14例15眼,年龄52~74(平均62.3)岁。术前视力<0.01者25眼,0.01~0.05者6眼,0.1者1眼。

1.2 方法 患者1例1眼周边前房消失,晶状体皮质混浊且膨胀,未能行前房穿刺,急诊行青光眼白内障联合手术(Phaco)。30例31眼经征得患者同意后,行前房穿刺降低眼压。操作方法:常规消毒患眼,铺孔巾,置开睑器,显微镜下1mL注射器去除针芯,于3:00或9:00位穿刺入前

房,放出少量房水至前房变浅,眼压恢复正常,氧氟沙星眼膏涂眼。31眼前房穿刺眼压恢复正常后,16眼于3d后行常规小梁切除术,14眼于1wk后行青光眼联合白内障手术(Phaco),1眼前房穿刺后24h眼压再次升高,再次放液仍无明显缓解,急诊行常规小梁切除术,术中再次前房穿刺。

2 结果

2.1 术后视力和眼压 所有患者经治疗后眼压均恢复正常,眼痛和头痛消失,视力有不同程度的提高。1例1眼PACG合并晶状体皮质混浊膨胀患者急诊行青光眼白内障联合手术(Phaco)后,前房渗出和后弹力层皱褶明显,经地塞米松2mg,1次/d结膜下注射3d及局部左氧氟沙星和醋酸泼尼松龙滴眼液6次/d点眼,1wk后视力恢复至0.2,眼压8.0mmHg。16眼前房穿刺眼压恢复正常后行常规小梁切除术,术后1wk视力0.3~0.8,眼压10.6~15.8mmHg,无明显前房渗出和后弹力层皱褶。14眼前房穿刺眼压恢复正常后1wk,角膜恢复透明,行青光眼白内障联合手术(Phaco)后,可见角膜后弹力层皱褶,但前房渗出不明显,经局部左氧氟沙星和醋酸泼尼松龙滴眼液6次/d点眼,1wk后视力0.1~0.5,眼压7.6~10.7mmHg。1眼患者前房穿刺后眼压再次升高,急诊行小梁切除术,术中再次前房穿刺,术后角膜后弹力层皱褶明显,前房渗出不明显,经局部左氧氟沙星和醋酸泼尼松龙6次/d点眼,1wk后视力0.1,眼压13.5mmHg。所有患者术后1mo随访,视力0.1~0.8,平均0.26,其中0.1~0.3者24眼,0.4~0.6者6眼,0.7~0.8者2眼。眼压8.6~17.5(平均11.5)mmHg。

2.2 并发症 患者31眼前房穿刺后1眼损伤晶状体,行青光眼白内障联合手术。所有手术患者术中均未发生爆发性脉络膜出血,术后未发生浅前房、脉络膜脱离及恶性青光眼等并发症。

3 讨论

在急性闭角型青光眼发作期,高眼压状态下,高眼压持续的时间越长,视神经和视功能的损害也越大。尤其是眼压大于40mmHg,视神经损害,视网膜静脉阻塞的几率也是递增的^[2]。因此,处理的关键是尽快降低眼压,开放房角,保持视功能。临床上有部分PACG患者在局部及全身使用多种降眼压药物的情况下,眼压仍不能控制,持续在高眼压水平,在这种情况下如继续药物治疗,眼压控制的可能性很小,而视功能可能遭受更严重的损害,如

不及时处理,不仅眼压不能得到有效控制,而且可能导致永久性视力丧失^[3]。对于那些药物治疗无效的顽固性持续性高血压患者,为挽救视功能而必须行抗青光眼手术时,会造成术后反应重、并发症多、手术效果差^[4],故在手术前控制眼压是手术成功的关键。

我们通过对31例32眼PACG持续高眼压状态治疗方案的总结,认为前房穿刺是目前降低眼压最为快捷有效的方法,但因其为有创操作且有眼内感染及损失晶状体的危险,多为药物治疗无效时的首选治疗方案。前房穿刺不仅可以在短时间内迅速降低眼压,挽救视功能,还可以保证下一步手术治疗的安全。需要注意的是对于50岁以上合并晶状体混浊的PACG患者,我们选择在前房穿刺后1wk,角膜恢复透明后行青光眼白内障手术,这样可以减轻术后炎症反应,并将眼压维持控制在相对更低的水平。对于晶状体无明显混浊,前房穿刺后眼压恢复正常矫正视力>0.5的患者,我们选择在前房穿刺3d后,行常规小梁切除术,术后患者对视力恢复满意,眼压恢复正常,未见浅前房、恶性青光眼等不良反应发生。对于前房穿刺后仍无法控制的持续高血压患者,急诊行小梁切除术时术中需再次前房穿刺降低眼压,以减少眼压骤降发生爆发性脉络膜出血风险,且术中精细操作,以尽可能减轻术后炎症反应。

对于PACG持续高血压状态患者,我们认为积极手术是必要的,但术前应尽可能采用前房穿刺降低眼压,待角膜状态好转后再行手术治疗,这样可以明显减轻术后炎症反应,恢复部分视功能。由于高血压状态下进行内眼手术很容易发生爆发性脉络膜出血、眼内出血、浅前房等并发症,手术存在高风险^[5],我们推荐有丰富经验的临床医生进行手术,术前精心设计,术中精细操作,以保证手术的安全。

参考文献

- 1 尹晓峰.前房穿刺术辅助治疗青光眼急性性大发9例报告.中国社区医师医学专业 2011;13(5):42
- 2 黄新潮,连利,沈亚君.前房穿刺在持续高血压青光眼小梁切除术中应用的临床观察.中国现代医生 2011;49(2):147
- 3 孙伟,姜正瑶,程钧.前房穿刺术在急性闭角型青光眼的临床观察.中国实用眼科杂志 2011;29(11):1176-1178
- 4 王翠红,贾万程.小梁切除联合前房穿刺术治疗青光眼持续高血压.中华现代眼耳鼻喉杂志 2007;4(1):23-25
- 5 Aung T, Tow SLC, Yap EY, et al. Trabeculectomy for acute primary angle closure glaucoma. *Ophthalmology* 2000;107:1298-1302