

# 前房穿刺术联合小梁切除术治疗急性闭角型青光眼高眼压持续状态

赵小静

作者单位:(301900)中国天津市蓟县中医医院眼科

作者简介:赵小静,本科,主治医师,研究方向:青光眼、外眼病。

通讯作者:赵小静. zhaoxiaojing1975@163.com

收稿日期:2012-11-20 修回日期:2013-03-26

## Anterior chamber paracentesis combined with trabeculectomy in treatment of high intraocular pressure continued state of acute angle-closure glaucoma

Xiao-Jing Zhao

Department of Ophthalmology, Ji County TCM Hospital, Tianjin 301900, China

Correspondence to: Xiao-Jing Zhao. Department of Ophthalmology, Ji County TCM Hospital, Tianjin 301900, China. zhaoxiaojing1975@163.com

Received:2012-11-20 Accepted:2013-03-26

### Abstract

• AIM: To investigate the effect of anterior chamber puncture combined trabeculectomy in the treatment of high intraocular pressure continued state of acute angle-closure glaucoma.

• METHODS: Totally 80 cases with angle - closure glaucoma from March 2011 to June 2012 in our hospital were retrospectively analyzed, and 40 cases were given trabeculectomy after anterior chamber decompression (observation group) while 40 cases were received trabeculectomy after drugs decompression (control group). The clinical efficacy was compared between the two groups.

• RESULTS: The postoperative vision recovery, anterior chamber angle and pupil improvement were better than the control group, and the incidence of complications were less than the control group, the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ).

• CONCLUSION: The efficacy of anterior chamber paracentesis combined with trabeculectomy in the treatment of high intraocular pressure continued state of acute angle - closure glaucoma is effective, and it is a simple surgery with fewer complications, which is worth to actively promote in clinic.

• KEYWORDS: high intraocular pressure; paracentesis surgery; trabeculectomy; acute angle-closure glaucoma

Citation: Zhao XJ. Anterior chamber paracentesis combined with trabeculectomy in treatment of high intraocular pressure continued state of acute angle-closure glaucoma. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2013;13(4):735-736

### 摘要

目的:探讨前房穿刺术结合小梁切除术在治疗急性闭角型青光眼高眼压持续状态方面的疗效。

方法:回顾性分析自2011-03/2012-06我院眼科收治的急性闭角型青光眼患者80例,其中40例行前房穿刺术减压后,再行小梁切除术治疗,列为联合治疗组,40例行药物减压后,再行小梁切除术治疗,列为对照组,比较两组患者治疗效果。

结果:术后联合治疗组视力恢复情况、前房角及瞳孔改善情况优于对照组,并发症发生率较对照组低,比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

结论:前房穿刺术结合小梁切除术治疗急性闭角型青光眼高眼压持续状态疗效显著、手术简单、并发症少,值得在临床工作中积极地推广应用。

关键词:前房穿刺术;小梁切除术;急性闭角型青光眼;高眼压

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2013.04.28

引用:赵小静.前房穿刺术联合小梁切除术治疗急性闭角型青光眼高眼压持续状态.国际眼科杂志2013;13(4):735-736

### 0 引言

急性闭角型青光眼导致高眼压持续状态需要尽快降低眼压,缓解临床症状,并采取小梁切除术治疗<sup>[1]</sup>,常规治疗一般采用药物降低眼压,大部分患者收到较好的疗效,但是部分患者疗效欠佳,对随后的手术治疗有一定的影响,我院眼科自2011年开始采用前房穿刺术结合小梁切除术治疗急性闭角型青光眼高眼压持续状态,收到较好的疗效,现总结报告如下。

### 1 对象和方法

1.1 对象 选取2011-03/2012-06我院眼科收治的急性闭角型青光眼患者80例,入院前眼科检查,眼压均 $\geq 50$ mmHg,根据所采取的治疗方法不同分为联合治疗组和对照组各40例,对照组:男18例,女22例,年龄59~74(平均 $65.75 \pm 6.43$ )岁,术前平均眼压( $56 \pm 5.35$ )mmHg,平均视力( $0.05 \pm 0.02$ ),平均瞳孔直径( $4.28 \pm 1.39$ )mm,该组采用药物减压后,再行小梁切除术治疗;联合治疗组:男17例,女23例,年龄57~76(平均 $66.5 \pm 7.74$ )岁,术前平均眼压( $55 \pm 7.35$ )mmHg,平均视力( $0.05 \pm 0.02$ ),平均瞳孔直径( $4.36 \pm 1.29$ )mm,该组采用前房穿刺术减压后,再行小梁切除术治疗。所有患者均排除糖尿病、甲状腺功能亢进等内分泌疾病及具有手术禁忌的疾病,两组患者年龄、性别、病情等方面比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。标准:所有患者入院后均行裂隙灯、眼底、全自动眼压、眼科超声检查、房角镜检查,符合青光眼诊断标准,排除其他眼科疾病;单纯药物治疗不能有效缓解高眼压状态者或缓解后又复发者。

**1.2 方法** 联合治疗组:先行前房穿刺术降低眼压,待眼压降低并稳定后3~4d,再行小梁切除术,具体如下,前房穿刺术:显微镜下,患者取仰卧位,结膜囊内应用5g/L爱尔凯因滴眼液表面麻醉,2~3滴/次,2~3次,如眼压过高,则采用利多卡因球后局部麻醉;麻醉满意后,常规消毒,于9:00~11:00范围角膜缘内1mm,用15°穿刺刀刺入前房,缓慢引流房水,观察前房变浅、角膜变清,按压眼球,有明显的变软感后,在结膜囊内涂抹妥布霉素地塞米松眼膏;如部分患者眼压再次升高,则可经穿刺点,反复引流房水;术后包扎眼部;观察眼压稳定3~4d后,行小梁切除术。小梁切除术<sup>[2]</sup>:(1)做球结膜瓣,一般选择在上方,距角膜缘8~10mm,直视下用有齿镊夹住球结膜和球筋膜做全层切开,沿巩膜平面向前分离直至角膜缘,做角膜缘为基底的结膜瓣;(2)做巩膜瓣:先做两条垂直于角膜缘的切口,其前端至清亮的角膜,然后做一平行角膜缘的切口,将三边连起,呈约3mm×3mm大小的菱形,翻转巩膜瓣边缘,向瞳孔侧牵拉,切断巩膜层间的纤维;(3)切除角膜深层组织;(4)切除虹膜周边部;(5)缝合巩膜瓣,然后将生理盐水注入前房,观察外渗情况,如外渗过多,则加密缝合,如果外渗过少,表明缝线过紧,应予调整;(6)缝合球结膜伤口并恢复前房。术后,结膜囊涂妥布霉素地塞米松药膏,无菌纱布遮盖。1d后滴用抗生素眼膏及10g/L阿托品眼膏,贝复舒凝胶等。对照组:先行药物治疗,眼压控制后再行小梁切除术,具体如下:药物治疗:(1)尼目克司,25mg/次,2次/d,口服;(2)10g/L硝酸毛果芸香碱滴眼液,1~2滴/次,3~4次/d;(3)派立明(布林佐胺滴眼液),1滴/次,2次/d,该药与其他滴眼液应用时间间隔>5min;(4)200mL/L甘露醇200mL,静脉滴注,1次/d。药物治疗3d后,观察眼压恢复情况,对适合手术的患者行小梁切除术,小梁切除术方法同联合治疗组。观察指标:术后眼压、视力恢复情况;手术后前房角、瞳孔改善情况;并发症。

统计学分析:应用SPSS 17.0医学统计学软件处理,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,计量资料采用 $t$ 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

两组患者手术过程均顺利,未出现急性并发症,术后1mo,对患者各项指标进行评价,现就具体结果分述如下。

**2.1 眼压和视力恢复情况** 两组患者眼压、视力与术前相比明显好转,比较差异具有显著统计学意义( $P<0.05$ );(1)联合治疗组和对照组各40例患者,联合治疗组术前平均眼压( $55\pm 7.35$ )mmHg,术后平均眼压( $18.5\pm 3.27$ )mmHg;对照组术前平均眼压( $56\pm 5.35$ )mmHg,术后平均眼压( $18.8\pm 4.11$ )mmHg,两组术后眼压比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。(2)联合治疗组和对照组各40例患者,联合治疗组术前平均视力 $0.05\pm 0.02$ ,术后平均视力 $0.65\pm 0.11$ ;对照组术前平均视力 $0.05\pm 0.02$ ,术后平均视力 $0.45\pm 0.09$ ,两组术后视力比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

**2.2 术后前房角与瞳孔情况** 联合治疗组术后前房角与瞳孔改善情况优于对照组,比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。(1)联合治疗组和对照组各40例患者,联合治疗组中36例(90%)术后前房角开放;对照组中31例(77.5%)术后前房角开放,两组术后前房角开放情况做统计学 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ ,差异有统计学意义。(2)联合治疗组和对照组各40例患者,联合治疗组中34例(86%)术

后瞳孔有所改善;对照组中有28例(70%)术后瞳孔有所改善,两组术后瞳孔改善情况做统计学 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ ,差异有统计学意义。

**2.3 术后并发症** 联合治疗组:瞳孔区渗出2例,浅前房2例,前房出血2例,发生率15%;对照组:瞳孔区渗出3例,浅前房3例,前房出血1例,瞳孔粘连1例,发生率20%;有统计学意义( $P<0.05$ )。

## 3 讨论

青光眼是一种常见的眼科疾病,该病发病迅速、危害大、是导致失明的常见眼病<sup>[3]</sup>,尤其急性闭角型青光眼,是由于眼内房角突然变窄或闭塞,房水不能正常循环,导致睫状肌分泌的房水不能排出而聚集在眼房内,引起眼压急剧升高而造成的。如急性发作期不及时做出处理,24~48h即可导致失明。经长期的研究观察,手术治疗效果明显优于药物治疗,随医疗技术的发展,药物治疗已经成为创造好的手术条件的准备。目前有研究表明前房穿刺术结合小梁切除术治疗急性闭角型青光眼高眼压持续状态有较好的疗效<sup>[4]</sup>。

前房穿刺术是用微创的方法在眼房壁上造瘘,将过多的防水进行引流,以起到降低眼压的效果,该方法能够避免直接手术因眼压降低过快所导致的并发症<sup>[5]</sup>;另一方面,其降眼压的效果明显高于药物治疗,短时间内即可见效<sup>[6]</sup>,避免眼内容物及神经、血管的损伤,也为术后较好的恢复打下基础,但是这种微创不能重建房水循环,仍需手术治疗<sup>[7]</sup>。小梁切除术是直接导致眼房闭塞的因素祛除,重构眼房结构,恢复房水循环,小梁切除术后,眼压水平与巩膜穿通滤过术后的眼压水平相近<sup>[8]</sup>,所以小梁切除术可以适用于大部分需要做眼外滤过术的青光眼高眼压持续状态<sup>[9]</sup>,通过本次研究我们可以观察到,联合治疗组,在先采用前房穿刺术后再行小梁切除术,在眼压恢复方面与对照组无明显差别,但是,患者视力的恢复,前房角及瞳孔的改善情况明显优于对照组,其并发症也较对照组低,可以充分证实小梁切除术能够及时的消除患者的症状,前房穿刺术能够帮助创造手术条件,促进愈合,减少并发症<sup>[10]</sup>。

总之,前房穿刺术结合小梁切除术治疗急性闭角型青光眼高眼压持续状态的疗效,疗效显著,手术简单,并发症少,值得在临床工作中积极地推广应用。

## 参考文献

- 王艳.急性闭角型青光眼复合式小梁切除术后浅前房50例临床分析.重庆医科大学学报2010;35(7):1108-1110
- 王小娟,陈霄雅,崔建萍,等.原发性急性闭角型青光眼患者对比敏感度的改变.山东医药2010;50(17):105-106
- 张晓利,陈鹏,戴涛,等.外路小梁切开联合小梁切除术及术中应用丝裂霉素治疗发育性青光眼(附38例报告).山东医药2009;49(46):72-73
- 聂昕,譙雁彬,郑延川.降低急性闭角青光眼高眼压方法的研讨.重庆医科大学学报2009;34(8):1121-1122
- 刘艳斌.高眼压持续状态下前房穿刺的临床价值.中国医药导刊2008;10(3):359-360
- 丁晓艳.超声乳化人工晶状体植入联合小梁切除术治疗白内障合并青光眼25例疗效观察.山东医药2009;49(38):27
- 张伟忠.持续高眼压下急性闭角型青光眼小梁切除术的临床分析.中国实用医药2011;6(21):85-86
- 周欣,曹臻,王林农.前房穿刺术在急性闭角型青光眼高眼压持续状态下的应用.国际眼科杂志2011;11(6):1044-1045
- 张志广,李勇,李贤亮,等.眼压控制不良急性闭角型青光眼的手术治疗分析.中国实用医药2012;7(2):64-65
- 王伟.原发性闭角型青光眼的手术治疗效果分析66例.中国社区医师:医学专业2012;14(8):165