

青光眼术后浅前房的观察及处理

樊颂雅, 李淑珍

作者单位: (476000) 中国河南省商丘市第一人民医院眼科
作者简介: 樊颂雅, 毕业于河南医科大学, 学士, 副主任医师, 研究方向: 青光眼的诊断及治疗。
通讯作者: 樊颂雅. 13837057986@139.com
收稿日期: 2013-04-02 修回日期: 2013-08-21

Observation and management of shallow anterior chamber after glaucoma surgery

Song-Ya Fan, Shu-Zhen Li

Department of Ophthalmology, Shangqiu First People's Hospital, Shangqiu 476000, Henan Province, China

Correspondence to: Song-Ya Fan. Department of Ophthalmology, Shangqiu First People's Hospital, Shangqiu 476000, Henan Province, China. 13837057986@139.com

Received: 2013-04-02 Accepted: 2013-08-21

Abstract

• AIM: To analyze the cause and management of shallow anterior chamber after glaucoma surgery.

• METHODS: The cause and management of shallow anterior chamber after glaucoma surgery on 298 cases (462 eyes) were analyzed retrospectively.

• RESULTS: In 298 cases (462 eyes), 99 eyes (21.4%) had shallow anterior chamber. In 358 eyes treated with trabeculectomy, 77 eyes (21.5%) had shallow anterior chamber. In 85 eyes treated with trabeculectomy+MMC (mitomycin C), 20 eyes (23.5%) had shallow anterior chamber. In 19 eyes treated with trabeculectomy combined with cataract phacoemulsification and intraocular lens implantation, 2 eyes (10.53%) had shallow anterior chamber. Shallow anterior chamber appeared at 1 day to 5 days postoperatively. Forty-two eyes (42.4%) were with excessive filtering, 6 eyes (6.1%) with malignant glaucoma, 29 eyes (29.3%) with choroidal detachment, 2 eyes (2.0%) with malignant glaucoma complicated by choroidal detachment. Of 99 eyes with shallow anterior chamber, anterior chamber of 79 eyes recovered treated by nonsurgical methods, 20 eyes treated by operation.

• CONCLUSION: The common cause of shallow anterior chamber after glaucoma surgery was preoperative high intraocular pressure, inflammation, excessive filtering, conjunctival flap flushing and choroidal detachment. Most cases can be managed with nonsurgical methods. Surgical interference should be taken if necessary.

• KEYWORDS: glaucoma; filtering surgery; shallow anterior chamber

anterior chamber after glaucoma surgery. *Guoji Yanke Zazhi(Int Eye Sci)* 2013;13(9):1838-1839

摘要

目的: 探讨青光眼滤过术后浅前房的原因及处理方法。

方法: 回顾性分析 298 例 462 眼青光眼行滤过手术后发生浅前房的原因、类型及处理方法。

结果: 患者 298 例 462 眼中, 浅前房 99 眼, 浅前房发生率 21.4%。小梁切除术 358 眼, 浅前房 77 眼, 发生率 21.5%; 小梁切除+MMC(丝裂霉素 C) 85 眼, 浅前房 20 眼, 发生率 23.5%; 青光眼联合白内障超声乳化人工晶状体植入术 19 眼, 浅前房 2 眼, 发生率 10.53%。浅前房发生的时间多在术后 1~5d, 其中滤过过强 42 眼, 占 42.4%, 脉络膜睫状体脱离 29 眼, 占 29.3%; 结膜瓣渗漏 20 眼, 占 20.2%, 恶性青光眼 6 眼, 占 6.1%, 恶性青光眼并睫状体脉络膜脱离 2 眼, 占 2.0%。79 眼通过保守治疗恢复前房, 20 眼经手术治疗恢复前房。

结论: 浅前房的发生主要与术前高眼压、眼部炎症反应以及术后滤过强、结膜瓣渗透、脉络膜脱离有关, 大多数浅前房通过保守治疗可治愈, 必要时需手术干预。

关键词: 青光眼; 滤过术; 浅前房

DOI: 10.3980/j.issn.1672-5123.2013.09.30

引用: 樊颂雅, 李淑珍. 青光眼术后浅前房的观察及处理. 国际眼科杂志 2013;13(9):1838-1839

0 引言

术后浅前房或无前房是青光眼小梁切除术后较常见的近期并发症^[1]。轻者 1wk 左右前房恢复, 重者出现前房消失, 如不及早处理或治疗不适当, 则会导致角膜水肿、角膜内皮失代偿、虹膜前后粘连、白内障等严重后果^[2-4]。现将本院眼科 2005-06/2012-10 收治的不同类型的青光眼滤过手术之后发生浅前房的原因及治疗进行总结如下。

1 对象和方法

1.1 对象 2005-06/2012-10 本院收治 298 例 462 眼青光眼患者, 男 140 例 216 眼, 女 158 例 246 眼, 年龄 38~81 (平均 62) 岁, 闭角型青光眼 298 眼, 开角型青光眼 152 眼, 继发青光眼 12 眼。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 术前 3d 双眼滴抗生素滴眼液, 前房反应重者加用糖皮质激素及非甾体抗炎眼液滴眼, 药物控制眼压。术前眼压仍高者, 给予 200g/L 甘露醇注射液 250mL, 加吠塞米 20mg 快速静滴, 如术中发现眼压仍高, 先行前房穿刺, 再做巩膜瓣。A 组 201 例 358 眼, 平均年龄 58±5.7 岁, 局部麻醉下行小梁切除术; B 组 80 例 85 眼, 平均年龄 37±3.3 岁, 局部麻醉下行小梁切除术+丝裂霉素 C; C 组 17 例 19 眼, 平均年龄 69±5.3 岁, 行白内障超声乳化人工晶状体植入联合小梁切除术。

1.2.2 浅前房的分级 按 Spaeth 浅前房分类^[5]: 浅 I 度

Citation: Fan SY, Li SZ. Observation and management of shallow

(浅前房);周边虹膜与角膜内皮接触,其余部分前房存在或中央前房较术前浅1/2。浅Ⅱ度(裂隙状前房):除瞳孔区晶状体或玻璃体前表面和角膜内皮之间存在裂隙状前房外,其他区域虹膜与角膜内皮接触。浅Ⅲ度(无前房):虹膜、晶状体或玻璃体前表面或人工晶状体前表面与角膜内皮之间完全接触。前房完全消失。

2 结果

2.1 不同术式浅前房的发生率 患者298例462眼中,滤过手术浅前房99眼,发生率21.4%。其中小梁切除术358眼,浅前房77眼,发生率21.5%;小梁切除+丝裂霉素C85眼,浅前房20眼,发生率23.5%;青光眼联合白内障超声乳化人工晶状体植入术19眼,浅前房2眼,发生率10.5%。浅前房发生的时间多在术后1~5d,其中滤过强42眼(42.4%),脉络膜睫状体脱离29眼(29.3%),结膜瓣渗漏20眼(20.2%),恶性青光眼6眼(6.1%),恶性青光眼并睫状体脉络膜脱离2眼(2.0%)。

2.2 浅前房发生的时间 本组浅前房99眼中,发生在术后第1d的16眼(16.2%);第2~5d的51眼(51.5%);第6~15d的26眼(26.3%);16d~3mo的6眼(6.1%)。

2.3 浅前房的级别 本组99眼浅前房,Ⅰ度62眼(62.6%),Ⅱ度29眼(29.3%),Ⅲ度8眼(8.1%)。

2.4 浅前房的处理 Ⅰ度浅前房发生的62眼及Ⅱ度中的16眼通过阿托品散瞳;皮质类固醇的应用后前房恢复;Ⅱ度中的13眼及Ⅲ度中的6眼通过给予阿托品扩瞳、激素应用及给予甘露醇静脉注射、棉枕外加压包扎后前房恢复;Ⅲ度中的2眼通过以上措施后前房恢复不理想,给予行巩膜瓣加固缝合后前房恢复。

2.5 浅前房患者的随访 采取术后1wk;1,2,4,6mo的随访发现99例出现浅前房的患者眼压控制稳定,前房恢复好。

3 讨论

3.1 浅前房的发生及原因 浅前房是青光眼滤过手术后的早期并发症,发生率一般为4.8%~70%^[6]。近年来由于眼科医生对浅前房认识的提高,再加上显微镜手术广泛应用,浅前房的发生率明显降低,本组浅前房的发生率仅为21.4%,与段小莉等^[7]观察结果相仿。浅前房多发生在术后1~5d,占96%。常见的原因为房水滤过强,脉络膜脱离,结膜瓣渗漏,睫状体炎及房水生成减少;伴有眼压升高或正常眼压的浅前房常见于睫状环阻滞性青光眼(恶性青光眼)、脉络膜上腔出血等。浅前房是多种因素参与的结果,正确处理好术前、术中及术后各个环节,能降低浅前房的发生率。

滤过过强占本组浅前房的42.4%,与以往报道滤过过强最常见相符^[8-10],多因巩膜瓣制作不当,巩膜口过大,瓣膜密闭差滤过泡过大引起^[11]。由于MMC(丝裂霉素C)对睫状体有毒性作用,使睫状体上皮功能减退,房水分泌减少,因为小梁切除术+MMC中,浅前房的发生率较高。

Chandle认为青光眼术后出现的浅前房、低眼压,即使未发现脉络膜脱离,也必然有脉络膜脱离^[12]。低眼压是脉络膜脱离的主要原因,而脉络膜脱离又通过房水生成减少及加强房水从葡萄膜——巩膜途径排出,加强低眼压性浅前房。睫状体脱离可使晶状体及前玻璃体向前移位,睫状体水肿,房角继发关闭,导致房水逆向流动,诱发恶性青光眼。有人将脉络膜睫状体脱离而诱发的房水逆向流动称为脉络膜睫状体脱离综合征^[13]。

3.2 浅前房的预防 术前药物降眼压,避光高眼压下手

术,如眼压难以控制,可在术前快速静注高渗脱水剂及利尿剂。术前3d~1wk停用缩瞳剂^[14]。术前3d口服非甾体类抗炎药,局部皮质类固醇眼水滴眼。术中避免损伤结膜瓣,巩膜瓣的厚薄、切口大小及位置适中、缓慢切开前房,少量多次缓慢放出房水,减少脉络膜睫状体脱离的风险。缝合角巩膜调整缝线,达到前房形成水密缝合。

3.3 浅前房的处理办法

3.3.1 药物治疗 如术后发现前房变浅,首先扩瞳,可用5g/L复方托品卡胺每晚睡前5min1次连滴3次,如发现前房仍浅,且不稳定,可用10g/L阿托品眼膏每日早晚1次,如仍维持在Ⅱ度浅前房,可考虑给予静输200g/L甘露醇250mL,如为滤过强,可在滤过泡相应部位的眼睑表面,外加梭形小棉枕,胶布固定,绷带适度加压包扎。口服消炎痛25mg,每月3次,强的松30mg。早起顿服,治疗3~5d前房多可形成。

3.3.2 手术治疗 浅Ⅱ度经药物治疗3~7d,浅Ⅲ度经药物治疗1~2d后仍无好转,即采取前房重建。前房注黏弹剂、空气,加速前房形成。对结膜瓣渗漏者,可重新缝合结膜瓣,对于距角膜缘远的较小渗漏,可用50mL/L碘酊或30mL/L三氯醋酸烧灼渗漏点并加压包扎,同时使用重组牛碱性或纤维细胞生长因子眼用凝胶。对虹膜-晶状体隔前移明显,可行晶状体摘除术。对脉络膜脱离者,经扩瞳,脱水治疗5~10d后,若浅前房加重,出现角膜水肿等并发症,应尽快采取脉络膜上腔放液、前房注入黏弹剂等手术治疗,使脉络膜复位并重建前房。

总之,浅前房是青光眼术后的常见并发症,为减少其发生率,应在术前、术中及术后各个环节妥善处理,只有这样,才能最大限度地提高青光眼手术的成功率。

参考文献

- 1 丁颖,王国强,巨朝娟,等.青光眼滤过术后浅前房相关因素分析及治疗方法探讨.中华眼外伤职业眼病杂志2011;33(2):50-52
- 2 李国彦,魏厚仁.青光眼的诊断治疗—现代概念与临床实践.武汉:湖北科学技术出版社1988:188-190
- 3 赵宪孟.小梁切除术后浅前房原因分析与治疗.国际眼科杂志2006;6(10):686-687
- 4 陈萍,王楠,曹凤荣,等.青光眼小梁切除术后浅前房的临床分析.国际眼科杂志2006;6(7):473-474
- 5 Spaeth GL. Ophthalmic surgery: Principles & Practices. Ind. ed. Philadelphia: WB Saunders Co 1990:241-245
- 6 张舒心,刘磊.青光眼治疗学.北京:人民卫生出版社1998:132-138
- 7 段小莉,黄一飞.青光眼滤过术后浅前房的临床分析.临床研究2011;11(8):673-675
- 8 汪军,陈虹,张舒心.青光眼滤过术后浅前房的临床探讨.中国实用眼科杂志2004;22(1):374-377
- 9 黄经河,叶舒,黄贤,等.青光眼滤过术后浅前房的临床探讨.广西医学2005;27(5):1256-1257
- 10 熊武传,邓宏.青光眼滤过术后浅前房的临床分析.眼外伤职业眼病杂志2006;28(4):767-769
- 11 马惠凤,张宏文.抗青光眼术后浅前房相关因素分析及处理.眼外伤职业眼病杂志2007;29(7):30-32
- 12 葛坚,孙兴怀,王宁利.现代青光眼研究进展.北京:科学出版社2000:167-169
- 13 卢艳,戴惟霞,郭丽.睫状体脉络膜脱离与恶性青光眼.眼科研究2000;18(3):81-82
- 14 赵丽珍,卢向红,向关坤.青光眼术后浅前房分析.眼外伤职业眼病杂志2003;25(508):616-617