

超声乳化联合房角分离术治疗青光眼合并白内障的疗效

刘艳斌

作者单位:(102600)中国北京市大兴区人民医院眼科
作者简介:刘艳斌,女,主治医师,研究方向:青光眼、白内障。
通讯作者:刘艳斌. chinalyb1994@126. com
收稿日期:2011-02-22 修回日期:2011-04-07

Clinical effect of phacoemulsification and goniosynechialysis for angle-closure glaucoma with cataract

Yan-Bin Liu

Department of Ophthalmology, Daxing District People's Hospital, Beijing 102600, China

Correspondence to: Yan-Bin Liu. Department of Ophthalmology, Daxing District People's Hospital, Beijing 102600, China. chinalyb1994@126. com

Received: 2011-02-22 Accepted: 2011-04-07

Abstract

• **AIM:** To observe clinical effect of phacoemulsification and goniosynechialysis for angle-closure glaucoma with cataract.

• **METHODS:** Totally 56 patients 56 eyes with cataract and angle-closure glaucoma underwent transparent corneal insision of cataract phacoemulsification and goniosynechialysis by surface anaesthesia and retrobulbar anaesthesia.

• **RESULTS:** Intraocular pressure (25-30mmHg) was elevated in 5 eyes in 4 days, and in the follow-up of 3-24 months, intraocular pressure decreased to normal range after treatment. Visual acuity, central anterior chamber depth and angle were improved after operation.

• **CONCLUSION:** For patients with angle-closure glaucoma and cataract, phacoemulsification and goniosynechialysis is a convenient, safe and effective method, and have the effects of depressurization and improving vision.

• **KEYWORDS:** phacoemulsification; goniosynechialysis; angle-closure glaucoma; cataract

Liu YB. Clinical effect of phacoemulsification and goniosynechialysis for angle-closure glaucoma with cataract. *Guoji Yanke Zazhi(Int J Ophthalmol)* 2011;11(5):904-905

摘要

目的:观察超声乳化联合房角分离手术治疗合并闭角型青光眼白内障的临床效果。

方法:对合并闭角型青光眼的白内障患者56例56眼均在表面麻醉+球后麻醉下行透明角膜切口的白内障超声

乳化联合房角分离术。

结果:术后仅5眼在4d内眼压轻度增高(25~30mmHg),经治疗后眼压降至20mmHg以下,随访3~24mo眼压正常。术后视力较术前明显提高,达0.3~0.8,中央前房深度、房角与术前相比均有不同程度改善。

结论:对于部分合并闭角型青光眼的白内障患者,超声乳化联合房角分离术是一种便捷、安全、有效的方法,具有降压和增视的双重效果。

关键词:超声乳化;房角分离;闭角型青光眼;白内障

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2011.05.056

刘艳斌. 超声乳化联合房角分离术治疗青光眼合并白内障的疗效. *国际眼科杂志* 2011;11(5):904-905

0 引言

青光眼在我国群体的患病率为0.21%~1.64%,是一种严重致盲性眼病,在我国闭角型青光眼与开角型青光眼的比例为3.7:1^[1],对于不同房角形态的闭角型青光眼的治疗也不尽相同。目前公认有效的原发性闭角型青光眼预防性治疗主要有周边虹膜切除术和激光周边虹膜造孔术,通过前后房的沟通,防止因瞳孔阻滞引起的青光眼急性发作。但由于年龄增加、手术等原因,白内障进展速度加快,必须进行白内障摘除术。随着超声乳化技术的发展及对青光眼发病机制的再认识,为了减少患者痛苦,避免二次手术,我们对合并白内障的闭角型青光眼临床前期、先兆期、间歇期行超声乳化联合房角分离术的临床效果进行了初步的研究,发现能有效地预防青光眼的发作并显著提高视力^[2]。以下我们回顾应用超声乳化联合房角分离术治疗不同房角状态下的闭角青光眼56例56眼,分析术后的临床效果,随访3~24mo,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 随机选取2007-06/2009-06在我院住院的白内障合并闭角青光眼患者56例56眼,其中男20例20眼,女36例36眼,年龄50~76(平均65.2±2.6)岁,术前视力0.05~0.4,房角镜检查50眼在窄I~窄III之间,6眼窄IV不超过一个象限,晶状体核硬度按LOCS II分级法,均在I~III级核之间,术前的前房深度1.59~2.18(平均1.79±0.25)mm。56例患者中38例处于临床前期,9眼处于先兆期,9眼处于间歇期。患者术前术后常规行视力、裂隙灯、Goldman前房角镜检查、超声测定前房深度、非接触眼压计测量眼压。诊断标准:临床前期:1眼有明确青光眼急性发作史,另1眼未发作但具有浅前房、窄房角等解剖因素;先兆期:劳累后有一过性小发作病史,休息后缓解;间歇期:急性发作后,经药物治疗或自然缓解,房角大部分或全部重新开放,眼压恢复正常。

1.2 方法 患者术前1h静点200g/L甘露醇250mL,0.5h美多丽散瞳3次,爱尔凯因点眼3次,做透明角膜缘切口,前房注入黏弹剂,用1mL注射器环形撕囊或截囊,直径5~

6mm,水分离,超声乳化晶体核,注吸皮质,植入爱尔康折叠人工晶状体或眼力健硬晶状体于囊袋内,应用卡米可林注射液缩瞳,前房注入黏弹剂,边推注边下压虹膜根部,将房角粘连完全分离后冲洗净黏弹剂,在角膜缘切口处做基质水化处理,术毕。结膜下注射妥布霉素 0.5mL,地塞米松 2.5mg,典必殊眼膏涂眼,单眼遮盖。

2 结果

2.1 眼压 术后 1wk 内,56 眼每天测眼压,仅 5 眼眼压轻度增高(25~30mmHg),5 眼均处于间歇期,前房反应较重,有絮状渗出,经过抗炎处理 4d 后,眼压均降至 20mmHg 以下,其余 51 眼均 <20mmHg,随访 3~24mo,局部未予滴降眼压药物,眼压均 <20mmHg。

2.2 视力 术后裸眼视力 56 眼均有不同程度提高,达 0.3~0.8。

2.3 房角和前房深度 术后每天行裂隙灯检查无浅前房发生。术后 3mo 行房角和前部超声检查,其中大部分房角重新开放,狭窄程度明显改善。前房中央深度可达 3.30~3.96(平均 3.63±0.19)mm。

2.4 并发症 术后 6 眼角膜轻度水肿,5 眼患者前房出现纤维素样渗出,均为术前眼压偏高或有近期急性发作史,经结膜下注射地塞米松,复方妥布霉素眼药水滴眼,3~5d 后前房渗出均吸收,角膜均恢复透明。

3 讨论

急性闭角型青光眼是临床较为常见的致盲疾病,早期诊断、治疗尤为重要。目前认为急性闭角型青光眼眼部解剖常有眼前段拥挤、晶状体较厚及位置相对靠前等结构异常,随着年龄增加,晶状体前后径增加,更加剧了眼前段狭窄的程度。因此晶状体因素所导致的瞳孔阻滞在闭角型青光眼的发病中起重要作用^[3]。解除晶状体因素的影响可从发病机制上有效阻止闭角型青光眼的发生,即晶状体摘除,可彻底解除由其引发的瞳孔阻滞,并使前房加深,房角增宽或重新开放,阻止房角粘连进一步发展。我们采用超声乳化白内障摘除联合房角分离术治疗原发性闭角型青光眼,能有效地降低眼压和恢复视力。这主要因为晶状体乳化摘除并植入人工晶状体使前房加深,为房角增宽提供了条件,从根本上解除了瞳孔阻滞;超声乳化手术为闭合性手术减少房角粘连的机会。有学者提出术中的超声波震荡,使血-房水屏障改变,增加术后小梁网通透

性更利于房水排出,并在一定程度上抑制了房水分泌;也有文献报道超声乳化白内障吸除术后术眼的前房深度和房角宽度均较术前明显增加,且术前后房越浅、房角越窄,术后改变越显著^[4]。与滤过性手术相比,手术并发症少,并且避免了二次白内障手术,减少了患者痛苦,是有效且安全的手术方法。闭角型青光眼患者晶状体摘除后前房深度明显加深,消除了虹膜与晶状体接触点,减少了瞳孔阻滞,同时可以使虹膜远离小梁组织,恢复部分或全部小梁功能,减少房水排出阻力,改善窄房角的解剖结构,同时可明显减少单一青光眼术后浅或无前房发病率,减少了恶性青光眼的发病率,房角分离可改变暂时或不牢固的虹膜周边前粘连的状态,增加了关闭的房角重新开放的可能性,使术后眼压控制正常。有学者认为术前依据眼压和房角检查较难预计术后房角开放的程度,或者说难以估计术前已存在的较牢固的虹膜周边前粘连范围以及对术后眼压的影响,尤其是 NⅢ~NⅣ近于关闭状态难以确定是房角粘连还是虹膜根部与小梁表面及角膜后表面暂时性相贴^[5],在解除晶状体因素的前提下房角分离可使这种暂时性相贴或粘连不牢固的闭合房角重新开放。经 56 例患者的临床观察表明对于部分合并闭角型青光眼的白内障患者,超声乳化联合房角分离术是一种行之有效的方法,术后并发症少,有降低眼压和增加视力的双重作用,可作为闭角型青光眼同时合并白内障患者安全有效的治疗方法。

综上所述,在符合手术适应证的病例,白内障超声乳化人工晶状体植入联合房角分离术可成为治疗白内障合并急性闭角型青光眼的一种安全、有效的选择,但还需要更多的临床研究来评估其治疗的长期有效性。

参考文献

- 1 葛坚. 青光眼的研究进展与发展趋势. 中华眼科杂志 2000;36(3):192-196
- 2 刘科峰,邝国平,余莎,等. 超声乳化晶状体摘除术治疗闭角型青光眼临床前期、先兆期疗效观察. 国际眼科杂志 2009;9(2):304-305
- 3 王宁利,欧阳法,周文炳,等. 中国人闭角型青光眼房角关闭机制的研究. 中华眼科杂志 2000;36(1):46-51
- 4 葛坚. 问题和争论是学科发展的动力-原发性闭角型青光眼分类争论的启示. 中华眼科杂志 2006;42(11):964-966
- 5 邱璐璐,周香莲. 超声乳化联合房角分离术治疗合并闭角型青光眼的白内障临床观察. 国际眼科杂志 2010;10(9):1804