

急性闭角型青光眼术后眼底出血临床探讨

何维铭

作者单位:(434020)中国湖北省荆州市妇幼保健院眼科
作者简介:何维铭,男,副主任医师。
通讯作者:何维铭. lxy7212@yahoo.com.cn
收稿日期:2012-01-04 修回日期:2012-03-04

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2012.04.62

何维铭.急性闭角型青光眼术后眼底出血临床探讨.国际眼科杂志 2012;12(4):774-775

Clinical discussion on postoperative retinal hemorrhage of acute angle-closure glaucoma

Wei-Ming He

Department of Ophthalmology, Jingzhou Maternal and Child Care Service Centre, Jingzhou 434020, Hubei Province, China

Correspondence to: Wei-Ming He. Department of Ophthalmology, Jingzhou Maternal and Child Care Service Centre, Jingzhou 434020, Hubei Province, China. lxy7212@yahoo.com.cn

Received:2012-01-04 Accepted:2012-03-04

Abstract

- AIM: To explore etiology and prognosis of retinal hemorrhage after trabeculectomy of acute angle-closure glaucoma.
- METHODS: Forty cases (55 eyes) of acute angle-closure glaucoma were observed under direct ophthalmoscope 1 day-1 week after trabeculectomy, and the patients with retinal hemorrhage were followed up.
- RESULTS: Eyesight recovered well in the 50 eyes with retinal hemorrhage and eyesight was not restored in the 5 eyes with macular hemorrhage.
- CONCLUSION: The main reason for retinal hemorrhage is related with intraocular pressure sudden drops. Most of the prognosis are good.
- KEYWORDS: acute angle-closure glaucoma; trabeculectomy; fundus hemorrhage

He WM. Clinical discussion on postoperative retinal hemorrhage of acute angle-closure glaucoma. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(4):774-775

摘要

目的:探讨急性闭角型青光眼小梁切除术后发生眼底出血的病因及预后。

方法:对40例55眼急性闭角型青光眼经小梁切除术治疗的患者于术后1d~1wk在直接检眼镜下进行观察。并对发生眼底出血的患者进行跟踪观察。

结果:发生眼底出血患者50眼视力恢复良好,发生黄斑出血者5眼视力不能恢复。

结论:造成眼底出血的主要原因与眼压突然降低有关,大多预后较好。

关键词:急性闭角型青光眼;小梁切除术;眼底出血

0 引言

急性闭角型青光眼可引起视功能严重减退,治疗的方法以手术为主,小梁切除术是最常选用的术式^[1]。在青光眼小梁切除术中,当切开前房时,可产生即刻的低眼压。由于眼内压的突然降低引起了一些血液动力学的改变,产生眼底出血。我们自2003/2011年在做急性闭角型青光眼小梁切除术的患者中,术后发生眼底出血40例55眼,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 患者40例55眼中男15例20眼,女25例35眼;年龄48~80(平均59)岁,所有患者均为急性闭角型青光眼,25例仅行单眼小梁切除术,15例分期行双眼小梁切除术。40例患者中有高血压病病史30例,但术前血压均控制在正常。3例3眼术前眼压不能控制,在35mmHg以上,其余均在21mmHg以下。术前常规检查眼底,55眼均未发现眼底出血情况。术前血常规检查、血小板计数、出凝血时间均正常。

1.2 方法 手术方法:(1)在表面麻醉和上方结膜下浸润麻醉下,在显微镜下操作,术前预先作一颞下方角膜穿刺口,大小应足以使细冲洗针头穿入前房,缓慢放出一些房水降低眼内压,采用以穹隆部为基底的结膜瓣,做4mm×5mm大小1/2厚度板层巩膜瓣,分离至角膜透明区内1mm。(2)于预先所作颞下方角膜穿刺口,缓慢放出适量房水以降低眼压,再切除1mm×3mm深部角膜缘小梁组织,宽基底虹膜根部切除。(3)间断缝合巩膜瓣两角两针,然后将平衡盐水经角膜穿刺处注入前房,观察巩膜瓣侧边液体外渗情况。如果外渗过多,应加巩膜瓣缝线。如果外渗过少,表明巩膜瓣缝线太紧,应予调整。(4)间断缝合球结膜瓣两针,缝合球结膜伤口后,经角膜穿刺口处向前房内注入平衡盐水,以便恢复前房和了解结膜伤口渗漏情况。如果发现渗漏,应加缝线。(5)球结膜下注射妥布霉素2万U加地塞米松2.5mg,包盖术眼,术毕。术后处理:术后第1d开始检查眼底,如因角膜水肿,前房混浊而不能看清眼底,经对症处理后一般1wk内均能看清眼底并在直接检眼镜下完成眼底检查。

2 结果

患者55眼眼底均有不同程度出血,大部分出血位于眼底后极部,呈片状。5眼发现黄斑出血。特别发现的是,15例双眼分期行小梁切除术的患者,当手术眼发生眼底出血时,对侧未手术眼无眼底出血,而当第2眼行小梁切除术后也发生眼底出血时,原先已手术眼的眼底出血却无明显增多现象。

40例发生眼底出血的患者经应用扩张血管药物及视网膜营养药物治疗,2mo后在检眼镜下已不能看出有眼底出血的痕迹,视力恢复到术前。5例5眼黄斑出血,2mo后检查发现均黄斑区色素紊乱,反光消失,视力均不能恢复到术前水平。术后55眼眼压 <21 mmHg,术后第1d所有病例均形成前房;12mo内随诊,55眼眼压均在正常范围,手术后均未出现脉络膜脱离和恶性青光眼等严重并发症。

3 讨论

在青光眼小梁切除术中,当切开前房时,可产生即刻的低眼压,由于眼内压突然降低引起一些血流动力学改变,则产生眼底出血。视网膜的营养有赖于正常的血液供应^[2],在青光眼的病程中,持续高眼压使眼灌注压显著下降,视网膜血流量明显减少;高眼压还能引起视网膜毛细血管压缩和血管壁肿胀,进而导致视网膜血流量减少,影响视网膜的正常血液供应。因而处于高眼压状态的眼,当青光眼滤过手术中,当切穿前房时,有即刻的低眼压。这样当眼压突然降至正常以下范围时,视网膜和脉络膜血流量突然增加;暂时的增加超过了毛细血管床的静脉系统的容量,造成动脉灌注压和毛细血管容量或静脉引流间的不相称。换言之,眼压的降低可减少对血流的阻力,而增加的血液则可能超过毛细血管的机械稳定性,造成多发性内皮渗漏、出血。因眼压的降低可引起巩膜筛板前移和轴浆流运输的急性阻滞^[3],神经轴突内的物质突然挤塞至视盘组织内,可反转压挤中心视网膜静脉,促使眼底出现出血性视网膜病变,有时合并有视盘的轻度肿胀,类似静脉阻塞,因而可将其视为视网膜静脉阻塞所致的出血。在本组40例患者中有高血压病病史30例,高血压患者血管脆性

增强,增加了视网膜出血的危险性。因此,笔者认为术前高眼压和高血压是小梁切除术后视网膜出血的高危因素。

如何积极预防急性闭角型青光眼术后眼底出血,我们认为:术前尽可能降低眼内压并控制高血压在正常范围内,避免在高眼压和高血压下手术,术前预先作一角膜穿刺口,缓慢放出一些房水降低眼内压,避免眼压骤然降低;术中行小梁切除前,再次从角膜穿刺口缓慢放出一些房水降低眼内压,再行小梁切除术;术毕注入生理盐水,尽早形成前房。当一侧眼行小梁切除术后出现黄斑出血者,不要急于行对侧眼小梁切除术,应明确黄斑区是否有新生血管,如存在新生血管,可先行眼底激光治疗,再行小梁切除,以防对侧眼发生黄斑出血而影响视力。本组55眼除5眼因黄斑出血视力恢复不良外,其余50眼视力基本恢复到术前。因此,我们认为与眼减压相关的眼底出血大多预后较好。但我们应清楚地认识到,青光眼患者如术后发生黄斑出血的并发症,那对视力将造成极大损伤。因此我们认为对存有小梁切除术后眼底出血的高危因素的患者应做到术前充分准备,术后及时检查眼底,及时发现、及时治疗。总之,在急性闭角型青光眼术后造成眼底出血的主要原因与眼的压力突然降低有关,但大多预后较好。

参考文献

- 1 赵堪兴,杨培增. 眼科学. 第7版. 北京:人民卫生出版社 2008:164
- 2 王蓓文,张惠蓉,李凤鸣. 人眼视网膜血管发育及其形态的研究. 中华眼科杂志 2007;23(6):340
- 3 徐岩,梁树今,刘建宗,等. 高眼压对猫眼视网膜血管及组织的影响. 中华眼科杂志 2008;24(1):37