

过性眼压增高多发于术后当天下午或夜间,分析主要原因:术中残留黏弹性物质、残留晶状体皮质碎片、晶状体囊碎片等阻塞小梁网以及手术损伤产生的炎症反应物质堆积在小梁网上或炎症导致小梁网水肿引起一过性眼压升高,因此术中应注意将晶状体皮质和黏弹剂吸干净,以免晶状体皮质及黏弹剂堵塞小梁网,影响房水的排出,导致眼压升高。

综合上述,目前白内障技术水平已近完美,但是对于初学者还是有较长的学习曲线,总结手术中的相关并发症,认识其原因及处理办法,对于快速提高自己的手术技

巧还是非常有必要的。

参考文献

- 1 李凤鸣. 中华眼科学. 北京:人民卫生出版社 2006;1548-1549
- 2 Yilmaz A. Posterior chamber lens implantation techniques in posterior capsular rupture. *Eur J Ophthalmol* 2004;14(1):7-13
- 3 Vajpayee RB, Sharma N, Dada T, et al. Management of posterior capsule tears. *Surv ophthalmol* 2001;45(6):473-488
- 4 胡博杰,李筱荣, Peter Tseng. 白内障手术晶状体后囊破裂的临床分析. *中国实用眼科杂志* 2009;27(11):1035-1038
- 5 Mamalis N, Edelhauser HF, Dawson DG, et al. Toxic anterior segment syndrome. *J Cataract Refract Surg* 2006;32(2):324-333

· 短篇报道 ·

高眼压状态下原发性急性闭角型青光眼的手术治疗

江晓龙,董万江,谈刚,何苗,罗忠

作者单位:(621000)中国四川省绵阳市,绵阳万江眼科医院
作者简介:江晓龙,男,学士,主治医师,研究方向:青光眼、白内障。

通讯作者:江晓龙. jxl079727@126. com

收稿日期:2011-01-11 修回日期:2011-03-07

江晓龙,董万江,谈刚,等. 高眼压状态下原发性急性闭角型青光眼的手术治疗. *国际眼科杂志* 2011;11(4):661

0 引言

房角全部关闭导致的突发性、有明显症状的眼压升高统称为急性闭角型青光眼(acute angle closure glaucoma, AACG)^[1,2],应采取各种综合措施积极救治,在最短的时间内降低眼压。部分患者眼压急剧升高,经充分药物治疗后眼压仍不下降者,应予降压手术以抢救和保护视功能,以免造成不可逆转的损害。我院自2008-01/2009-12共进行高眼压下手术治疗 AACG 患者 71 例 86 眼,现报道如下。

1 临床资料

本组 AACG 患者 71 例 86 眼,男 30 例 36 眼,女 41 例 50 眼;年龄 42~68(平均 55)岁;病情发作至就诊时间 36h~21d。入院后予局部及全身综合治疗 48~72h,眼压未能降至正常即予急诊行前房穿刺及抗青光眼手术。其中:术前眼压为 63~96mmHg 者 10 例 16 眼,41~50mmHg 者 50 例 58 眼,30~40mmHg 者 11 例 12 眼。同期视力手动/眼前~数指者 51 眼,0.02~0.1 者 26 眼,0.12~0.3 者 9 眼。所有患者均行小梁切除术,手术参照谢立信^[3]主译的《眼科手术学——理论与实践》中的方法及步骤进行操作。在局部及全身治疗的基础上,手术前 30min 静脉滴注 200g/L 甘露醇 250mL,常规球周麻醉后按摩眼球 10~15min,做以穹隆为基底的结膜瓣,电凝止血。在 2:00 位行前房穿刺,并缓慢放出一些房水,使眼压尽可能缓慢降低,制作 5mm×4mm 的 1/2 层的梯形巩膜瓣后,切除 1.5mm×2mm 的

小梁组织并行虹膜周切,范围大于小梁组织,常规缝合巩膜瓣结膜瓣。术中常规使用丝裂霉素,术后常规结膜下注射地塞米松 2.5mg,涂阿托品眼膏及妥布霉素地塞米松眼膏。术后 71 例 86 眼中,除因长时间处于高眼压状态而使虹膜萎缩、瞳孔未能恢复外,出现前房出血 1 眼,睫状环阻滞性青光眼 1 眼。术后 1wk 眼压在 8~12mmHg 者 20 眼,13~20 mmHg 者 51 眼,21~30mmHg 者 15 眼。6mo 后复查眼压均控制在 10~22mmHg 之间,视力:<0.1 者 15 眼,0.1~0.3 者 55 眼,0.4~0.6 者 16 眼。

2 讨论

对于 AACG 急性发作,其对视神经的损害和预后与高眼压的水平、持续时间及视神经的脆弱程度密切相关^[1]。本组大部分患者术后虽保留了一定的视力,但大部分视力较低,这可能与患者就诊时间过晚有密切关系。特别是地处农村的患者,往往对疾病的严重性认识不足,还有医疗条件水平的差异,因而延误了抢救治疗时机。

由于在高眼压状态下行抗青光眼手术,其术中及术后并发症较多,因而常常使临床医师难以果断决定手术治疗而使一些患者丧失治疗时机,导致视功能的永久损害。因此,对于经充分的局部及全身综合药物治疗而眼压仍无法控制者,必要时打破常规,进行紧急手术,抢救患者的视力^[4]。我们一般根据药物治疗后高眼压的不同水平,在观察 48~72h 后予手术,眼压水平越高、持续时间越长,则越应尽早予以手术。

高眼压状态下,眼球充血重,切开前房时眼压骤降,睫状血管因负压通透性增强,易引起毛细血管破裂,造成术中脉络膜上腔驱逐性出血或术后迟发性出血及脉络膜脱离等严重并发症。因此,应细心做好患者的术前准备,取得患者及家属的理解。术前应用镇静及止血药物,术中通过按摩眼球降低眼压,在做小梁切除前先做前房穿刺,缓慢放出房水,使眼压有控制地下降,术后密切观察及时处理并发症,对提高手术的成功率是十分必要的。

参考文献

- 1 周文炳. 临床青光眼. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社 2000:170,392
- 2 Lim A, Ritch R, Seah S, et al. Lowe-Lim's Primary Closed Angle Glaucoma. 2nd Edition. Singapore: Elsevier 2004:89
- 3 George L Spaeth(著),谢立信(译). 眼科手术学——理论与实践. 第 1 版. 北京:人民卫生出版社 2004:261-262
- 4 张舒心,刘磊. 青光眼治疗学. 北京:人民卫生出版社 1998:7