

急性发作期原发性闭角型青光眼的早期联合治疗体会

冯雪云, 赵世来

作者单位: (300450) 中国天津市第五中心医院眼科
作者简介: 冯雪云, 女, 副主任医师, 研究方向: 青光眼、白内障、眼外伤。
通讯作者: 冯雪云. 15022035190@163. com
收稿日期: 2011-02-22 修回日期: 2011-03-22

Observation on treatment of acute attack of primary angle-closure glaucoma

Xue-Yun Feng, Shi-Lai Zhao

Department of Ophthalmology, the Fifth Central Hospital of Tianjin, Tianjin 300450, China

Correspondence to: Xue-Yun Feng. Department of Ophthalmology, the Fifth Central Hospital of Tianjin, Tianjin 300450, China. 15022035190@163. com

Received: 2011-02-22 Accepted: 2011-03-22

Abstract

• **AIM:** To explore the effect of paracentesis of anterior chamber combined laser peripheral iridectomy (LPI) in treatment of acute attack of primary angle-closure glaucoma.

• **METHODS:** Totally 36 cases 40 eyes of acute attack of primary angle-closure glaucoma were divided into two groups. The combined therapy group was treated by paracentesis of anterior chamber combined LPI, the control group was treated by medicine that could decrease IOP, then intraocular pressure (IOP), anterior chamber angle and the percentage of acute attack stopping and trabeculectomy were observed.

• **RESULTS:** The rate of acute attack stopping was 89% in paracentesis of anterior chamber combined LPI group, and 38% ($P < 0.05$) in control group; In therapy group the rate of trabeculectomy was 32%, in control group it was 76% ($P < 0.05$).

• **CONCLUSION:** The paracentesis of anterior chamber combined LPI have show it's better efficacy in patients of acute attack of primary angle-closure glaucoma. It can quickly open the closed angle, control IOP. So it can increase the percentage of acute attack stopping and decrease the rate of trabeculectomy.

• **KEYWORDS:** acute attack; primary angle-closure glaucoma; paracentesis of anterior chamber combined LPI

Feng XY, Zhao SL. Observation on treatment of acute attack of primary angle-closure glaucoma. *Guoji Yanke Zazhi (Int J Ophthalmol)* 2011;11(5):861-862

摘要

目的:探讨前房穿刺术联合激光周边虹膜切除术(LPI)治疗原发性闭角型青光眼急性发作的疗效。

方法:原发性闭角型青光眼急性发作期患者36例40眼分为联合治疗组及传统治疗对照组,联合治疗组行前房穿刺联合激光周边虹膜切除术,对照组按常规行药物治疗,根据眼压结果选择不同手术,并观察眼压、前房角开放范围、发作终止率及小梁切除术率。

结果:发作终止率:联合治疗组为89%,传统治疗组为38%;小梁切除手术率联合组32%,对照组76%。

结论:发作期行前房穿刺及LPI联合治疗取得了满意效果,它能迅速打开房角、降低眼内压,因此提高了大发作终止率,降低了小梁切除手术比率。

关键词:急性发作;原发性闭角青光眼;前房穿刺术联合激光周边虹膜切除术

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-5123. 2011. 05. 037

冯雪云, 赵世来. 急性发作期原发性闭角型青光眼的早期联合治疗体会. 国际眼科杂志 2011;11(5):861-862

0 引言

原发性闭角型青光眼(primary angle-closure glaucoma, PACG)是由于房角关闭引起的眼压升高,急性发作期起病急,临床症状明显,对视功能危害严重,是急性致盲性眼病,如果眼压得不到及时控制,可能造成视功能的不可逆性损害,早期有效的治疗,可使眼压迅速降至正常,视力得以保存,我科2008-01/2009-12对19眼急性发作期青光眼给予早期前房穿刺联合Nd:YAG激光虹膜周边切除术(laser peripheral iridectomy, LPI)治疗,效果满意,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 急性闭角型青光眼患者36例40眼,其中男14例,女22例;年龄45~82岁。单眼发病32例,双眼发病4例;初次发作35眼,再次发作5眼。患者多有感冒、情绪波动、过度用眼、用药等诱因;起病急,有剧烈的眼痛,偏头痛,视力急速下降,部分患者伴有恶心、呕吐症状,就诊时眼压升高,低者50~62mmHg,高者达80mmHg以上,球结膜混合性充血,角膜不同程度水肿混浊,前房浅,虹膜水肿,瞳孔多中度固定散大,呈梨形。

1.2 方法 确诊后的患者19眼为早期联合治疗组:用药1h后给予前房穿刺:表面麻醉,开睑器开睑,嘱患者注视前方,一手用有齿镊固定眼球,一手用1mL注射器或15°穿刺刀在颞侧角巩膜缘处角膜刺入前房,缓慢放出房水约0.1~0.2mL,其中5例行2次穿刺。并于24h内行Nd:YAG激光虹膜周边切除术:术前表面麻醉,激光击射部位选择11:00,1:00,5:00,7:00等部位的中周部虹膜隐窝,尽量做到一次击穿,如全层穿透时,可见到色素房水涌入前房,周边前房即时加深,虹膜膨隆缓解,如激光孔适中则停止击射,如孔偏小,应扩大激光孔,如未击透需多次击

射,当前房内大量色素颗粒悬浮或击射部位出血,影响聚焦应暂停击射。术后用妥布霉素地塞米松眼药水1次/h,第2d,4次/d。21眼为传统治疗组:早期药物治疗,局部给10g/L毛果芸香碱滴眼液滴眼1次/10min,1h后改为1次/h,后改为每6h1次,20g/L卡替洛尔滴眼液2次/d,布林佐胺滴眼液2次/d,静脉滴注200g/L甘露醇1~2次/d。联合治疗组术后眼压>21mmHg,房角关闭>180°范围者再行小梁切除术。传统治疗组手术标准:眼压<21mmHg,房角关闭<180°范围者行激光虹膜周边切除术;眼压>21mmHg,房角关闭>180°范围者行小梁切除术(Trabeculotomy, Trab)。两组术后1,2,3d;1,2wk;1mo以后每1~2mo进行眼压、前房角检查等。

2 结果

联合治疗组19眼中24h内17眼发作终止,终止率为89%,传统治疗对照组21眼中24h内8眼发作终止,终止率为38%;小梁切除手术率联合组为32%(6眼),对照组76%(16例);眼压小于21mmHg,房角关闭小于180°范围者联合治疗组68%(13眼),对照组24%(5眼),有明显差异。

3 讨论

PACG急性发作是周边虹膜组织阻塞房角导致房水循环障碍、角膜水肿、虹膜缺血、纤维蛋白渗出,引起虹膜周边前粘连,高眼压时间越长将产生永久粘连,及时降低眼压是防止急性发作转为慢性的关键,治疗方法主要以迅速降低眼压、开放房角和挽救视功能为主要目的。发作期出现眼压突然升高一般均在40mmHg以上,如不及时治疗,往往于24~48h内造成失明^[1]。一般认为青光眼患者眼压控制在20mmHg以下再进行手术较理想^[2],但临床上我们常常遇到经全身及局部足量的降眼压药物治疗仍难以将眼压降至正常,急性发作期本身又存在严重的全身反应和胃肠道反应,口服用药困难,同时多数患者为老年人,存在不同程度的全身疾病,全身用药有很多禁忌;以往对持续性角膜水肿的患者,为了防止高眼压继续对视神经的损害,挽救残存的视功能,不得不在高眼压状态下施行滤过性手术,但手术风险及难度随之增大,术后并发症较多,以上烦琐的治疗手段不仅增加患者的痛苦,而且达不到迅速缓解病情的目的。

近2a来我们对19眼急性发作的原发性闭角型青光眼给予药物治疗,1h后即行前房穿刺迅速降眼压,减轻角膜水肿,24h内再行激光周边虹膜切除术,并进行观察随访;21眼给予传统治疗作为对照。结果是发作终止率联合组为89%,传统治疗组38%;小梁切除术率联合组为32%,传统对照组为76%;眼压小于21mmHg,房角关闭小于180°范围者联合治疗组68%,对照组为24%。从上述结果可见发作期前房穿刺及LPI联合治疗效果满意,它能迅速打开房角、降低眼内压,提高了发作终止率,降低了小梁切除术比率。因此前房穿刺联合LPI能迅速降眼压,缓解症状,解除瞳孔阻滞,明显减少降眼压药物种类和使用时间,尤其是全身药物的使用量减少,提高了老年患者尤其是心肾功能异常的安全性,有较高成功率,未发现明显不良反应。但前房穿刺时要谨慎操作,良好地麻醉,开眼

睑和固定,动作轻缓,避免误伤晶状体,并可行多次前房穿刺术。激光周边虹膜切除术在不切开眼球的情况下进行,从而避免了切开眼球可能出现的并发症。手术操作简单,疗效明显,在门诊亦可进行,易被患者接受。激光周边虹膜切除术治疗闭角型青光眼其效果与房角关闭的时间有关,施行越早效果越佳。

临床研究已证实原发性闭角型青光眼可分为单纯性瞳孔阻滞型、单纯性非瞳孔阻滞型、混合型3种^[3]。我国闭角型青光眼多为瞳孔阻滞型,激光周边虹膜切除术解决了瞳孔阻滞问题,前后房沟通,虹膜平复,周边前房变深,房角开放,使患者得以治愈^[4,5]。值得注意的是激光术虽解决了瞳孔阻滞因素,但不能去除虹膜肥厚、虹膜根部附着位置靠前及睫状体前位性的房角关闭因素^[6],所以2眼眼压不能很好控制;再者从本人初步体验看激光击射部位选择11:00,1:00,5:00,7:00等部位的中周部虹膜隐窝处,术前缩瞳虹膜拉紧、变薄利于透切。应避免12:00,6:00击射,因术中形成的气泡在12:00停留,出血及色素颗粒在6:00停留,影响手术进行。亦不宜在睑裂部作击射,术后易形成复视^[7]。

综上所述,急性闭角型青光眼的急性期应该积极进行处理,尽快使眼压降至正常,房角开放。数小时的高眼压状态,一般不会造成永久性虹膜周边粘连而失去的机会。但是,如果延误激光周边虹膜切除术治疗,即使急性发作解除,仍将因永久性周边粘连而使房水流出受阻,甚至因为持续性高眼压视乳头缺血造成失明。这种患者就诊时眼压可达60~80mmHg,为使眼压迅速下降,使用缩瞳药可使瞳孔括约肌收缩,使房角的虹膜体积减少,解除周边虹膜堵塞小梁网的阻滞,降压药物都只能短期使用,作为手术前的准备措施,不可长期使用这类药物来延迟或者代替手术,因为在药物掩盖下,可使眼压不高,但房角堵闭加重,使本来可以做激光周边虹膜切除术治愈的闭角型青光眼变为不得不做并发症多、危险性较大的小梁切除术,而且降低了手术的成功率。我们应即刻使用局部和全身抗青光眼的药物结合前房穿刺迅速降低眼压,解救视功能,为激光周边虹膜切除术做准备,同时行激光周边虹膜切除术能沟通前后房,消除前后房压力差,解除瞳孔阻滞,及时治疗可有效地逆转接触性房角关闭,预防和延缓周边虹膜粘连的形成。但由于本组研究例数尚少,还有待于继续临床应用及随访观察。

参考文献

- 1 李凤鸣. 眼科全书. 中册. 北京:人民卫生出版社 1996:1868
- 2 周文炳. 临床青光眼. 北京:人民卫生出版社 2000:391-392
- 3 王宁利,欧阳洁,周文炳,等. 中国人闭角型青光眼前房角关闭机制的研究. 中华眼科杂志 2000;36(1):46-51
- 4 钟珊,李莉. 半导体激光联合YAG激光周边虹膜切除术治疗原发性闭角型青光眼. 国际眼科杂志 2006;6(4):893-894
- 5 柳力敏,王琳,胡悦东,等. 激光周边虹膜切除术治疗原发性房角关闭的短期临床效果观察. 国际眼科杂志 2008;8(6):1191-1193
- 6 Wang NL, Wu HP, Fan ZG. Primary angle closure glaucoma in Chinese and western populations. *Chin Med J* 2002;115(11):1706-1715
- 7 王宁利,魏文斌. 眼科专题讲座. 郑州:郑州大学出版社 2005:121-123