

改良小梁切除术治疗青光眼的临床疗效

代山厚

作者单位:(253300)中国山东省武城县人民医院眼科
作者简介:代山厚,男,本科,主治医师,主任,研究方向:眼科临床。
通讯作者:代山厚. xl-www@163.com
收稿日期:2011-05-01 修回日期:2011-06-14

Clinical observation of modified trabeculectomy for glaucoma

Shan-Hou Dai

Department of Ophthalmology, Wucheng County People's Hospital, Wucheng County 253300, Shandong Province, China
Correspondence to: Shan-Hou Dai. Department of Ophthalmology, Wucheng County People's Hospital, Wucheng County 253300, Shandong Province, China. xl-www@163.com
Received: 2011-05-01 Accepted: 2011-06-14

Abstract

- **AIM:** To discuss the clinical curative effect of modified trabeculectomy for glaucoma.
- **METHODS:** A total of 40 cases with glaucoma were randomly divided into control group and treatment group, 20 cases in each group. Modified trabeculectomy was performed in treatment group, whereas the control group undertook trabeculectomy. Intraocular pressure (IOP), vision and the depth of anterior chamber were compared after operation.
- **RESULTS:** Postoperatively, IOP, vision and the depth of anterior chamber in treatment group were obviously better than the control group, with statistical significance ($P < 0.05$).
- **CONCLUSION:** Modified trabeculectomy for glaucoma can reduce complications, which is worth promoting.
- **KEYWORDS:** glaucoma; trabeculectomy; reform

Dai SH. Clinical observation of modified trabeculectomy for glaucoma. *Guji Yanke Zazhi (Int J Ophthalmol)* 2011; 11(7): 1278-1279

摘要

目的:探讨改良小梁切除术治疗青光眼的临床疗效。
方法:选择40例青光眼患者,随机分为对照组和治疗组,每组20例,治疗组行改良小梁切除术,对照组行小梁切除术。两组患者术后在眼压、视力及前房深度等方面进行比较。
结果:治疗组术后在眼压、视力、滤过泡形态及前房深度等方面均明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。
结论:改良小梁切除术治疗青光眼减少了手术并发症,疗

效显著,值得临床推广应用。

关键词:青光眼;小梁切除术;改良

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2011.07.052

代山厚.改良小梁切除术治疗青光眼的临床疗效.国际眼科杂志 2011;11(7):1278-1279

0 引言

青光眼是一种严重的不可逆性致盲眼病,是眼科常见病,一旦确诊,即需长期治疗。青光眼治疗包括激光治疗、药物治疗、手术治疗及功能治疗等。手术是治疗青光眼的重要手段之一。小梁切除术常用于开角型青光眼的治疗,但术后常因浅前房、低眼压、脉络膜脱离、黄斑水肿、眼压失控等术后并发症导致临床手术失败及青光眼的复发^[1]。导致小梁切除术失败的主要原因是滤过道瘢痕形成阻塞。为了提高手术成功率,减少并发症,我院于2008-06/2010-06采用改良小梁切除术治疗各种青光眼20例,提高了远期控制眼压的效果,形成良好的功能滤过泡,提高了抗青光眼手术的成功率,疗效满意,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 我院2008-06/2010-06收治青光眼患者40例,其中男23例,女17例,年龄42~75(平均58)岁。急性闭角型青光眼20例,慢性闭角型青光眼15例,绝对期青光眼1例,新生血管性青光眼1例,继发性青光眼1例,开角型青光眼1例,难治型青光眼1例。随机分为治疗组和对照组,每组20例,所有患者均为首次入院,单眼发病。两组患者在性别、年龄等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 治疗组患者采用改良小梁切除术,即小梁切除术联合丝裂霉素C、前房穿刺及巩膜瓣可调缝线的手术方法。上述患者术前均给予抗生素眼液滴眼,局部及全身药物降眼压。对眼压较高的患者可给予200g/L甘露醇250mL静脉滴注,并局部配合降眼压药物。常规术野消毒、铺无菌巾,给予球周及球后麻醉。以穹隆部作为基底的结膜瓣,以角巩膜缘边长为3mm梯形的1/2巩膜厚度矩形巩膜瓣,大小约为6mm×8mm,最长不超过10mm,于巩膜凹床上切除约为4mm×5mm大小的小梁-巩膜带,根据具体情况采用浸透4g/L丝裂霉素C的棉片置于结膜瓣下及巩膜瓣下约2~4min,取出后立即用约150mL平衡盐溶液反复冲洗干净,巩膜瓣恢复后采用10-0尼龙线间断缝合巩膜瓣两角2针,取出后用25号针头于颞上方角膜缘内1~2mm处作平行于虹膜表面的倾斜辅助切口,行常规虹膜周切术及小梁切除恢复巩膜瓣,球结膜对位缝合1~2针。自前房穿刺口注入平衡盐溶液,以利于恢复前房,下方结膜下给予抗炎、激素类药物,术后给予消炎痛口服25mg,3次/d,持续3wk。眼压用Schiotz眼压计测量;视力测量用国际标准视力表1.0和对数视力表5.0在同一

水平,双眼分别按照先右后左,先上后下的顺序进行检查;用瑞士 Haag-Streit 900 型裂隙灯所附前房深度测量仪测量前房深度。判断标准:(1)眼压正常值:10~21mmHg 为被控制。(2)视力正常值:标准视力表,正常是 1.0~2.0;对数视力表,正常是 5.0~5.3。(3)前房分级根据 Spaeth 分类法:3 级:无前房;2 级:裂隙状前房;1 级:轻度浅前房。观察并记录治疗组和对照组的术后眼压、视力及前房深度等情况,并根据眼压及前房情况调整缝线。

统计学分析:所有数据均采用 SPSS 13.0 软件进行统计学分析,计数资料对比均采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

术后随访患者眼压与术前相比,治疗组术后 1wk 内眼压在 6~10mmHg 者 3 例,眼压 11~20mmHg 者 14 例,眼压 >21mmHg 者 3 例,给予眼球按摩,大多数眼压能维持在 12~18mmHg,有 1 例 >21mmHg。而对照组术后 1wk 内眼压在 6~10mmHg 者 11 例,眼压 11~20mmHg 者 4 例,眼压 >21mmHg 者 5 例,给予眼球按摩,眼压能维持在 12~18mmHg 者 7 例,有 4 例 >21mmHg。治疗组眼压恢复情况明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。患者视力与术前相比,治疗组视力保持术前水平或有提高者共 19 例,有 1 例患者视力有所下降。对照组视力保持术前水平或有提高者共 12 例,有 8 例患者视力有所下降。治疗组视力的恢复明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组患者有 1 例术后出现浅前房,是由于术中可调节缝线松,术后滤过过旺引起,患者通过局部加压包扎、散瞳、甘露醇静脉点滴已恢复正常。拆除可调节缝线的时间大约为 2~30d。观察组浅前房 1 级 1 例,浅前房 2 级 1 例;对照组浅前房 1 级 3 例,浅前房 2 级 2 例,浅前房 3 级 1 例。观察组和对照组正常前房率分别为 90% 和 70%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。上述患者均没有出现严重并发症。

3 讨论

青光眼是一种引起视神经损害的疾病。目前针对青光眼最有效和最为普遍的措施就是降低眼压,因为当患者眼内压增高时,可导致神经纤维损害^[2],因此,应将眼压控制在“目标眼压”水平。为达到此目的应尽早地进行青光眼的检查、诊断及采用危险性最低、并发症最少并且对患者日常生活干扰最小的治疗方法。改良小梁切除术是所有改良小梁切除术的基础,是防护性外滤过手术,是治疗青光眼的主要手术方式。改良小梁切除术主要围绕两个方面开展手术,即怎样达到长期的降眼压效果与如何减少术后并发症。目前有多种多样围绕小梁切除术的改良术

式,巩膜瓣仅略大于滤过切口,术中抗肿瘤抗生素药物的调节治疗以及可拆除的巩膜瓣调节缝线,这些方案均在上述手术中实际运用,并且获得了较为满意的临床效果。

青光眼滤过性手术的并发症相对较多,并且处理相对较为困难。滤过性手术成功的关键在于及时和良好的术后前房形成。术中可调节缝线的应用有利于控制房水流量,避免术后浅前房。临床上广泛采用的丝裂霉素 C 是一种碱性抗肿瘤抗生素,它是通过头状链霉菌培养液分离提取的一种广谱抗肿瘤抗生素,其抗肿瘤谱较广,对多种癌症均有抗癌作用^[3]。其作为细胞周期非特异性药物,作用迅速,可大大降低滤过性手术后的滤过泡瘢痕化,抑制有丝分裂及蛋白质的合成,对成纤维细胞起到很大的抑制作用,具有抗纤维增殖的作用,提高了术后球结膜瓣下有功能滤过泡的形成。通过巩膜瓣可调缝线加丝裂霉素 C 联合前房穿刺等方法,防止了术后早期因房水过滤导致的并发症,在一定程度上降低了恶性青光眼的发生率。虽然改良小梁切除术比传统的小梁切除术对患者在水质质量上有很大的改善,但术后并发症存在着一定的风险,如前房形成迟缓、早期伤口渗漏、白内障进展及持续性低眼压等。而改良小梁切除术中可调整缝线的应用,致使青光眼的手术成功率明显提高。其手术疗效的判断标准是眼压及视功能综合的结果,这就需要有一定的持续时间来限定。因此,本着对患者的健康负责,对术后患者应进行定期随诊、复查,术后给予规律用药。上述患者一般每隔 3mo 对其进行眼压波动、眼压、视神经损伤及视野进展状态的随访观察。对青光眼患者制定个性化的治疗方案进行总结,使青光眼患者最终能在有生之年维持可用的视力,上述患者所采用的治疗手段尽可能不影响患者的生活质量。我们采用改良小梁切除术治疗青光眼,即小梁切除术联合前房穿刺加丝裂霉素 C 加巩膜瓣可调缝线的手术方法大大降低了手术危险及术后并发症的发生。研究结果表明,治疗组术后在眼压、视力及前房深度等方面均明显优于对照组,具有统计学差异($P < 0.05$),所有患者均没有出现严重并发症。因此,改良小梁切除术治疗青光眼技术操作简单,大大减少了手术并发症,疗效显著,值得临床应用。

参考文献

- 1 刘娅利,陈晓明. 青光眼手术治疗的历史和现状. 国际眼科杂志 2006;6(6):1378
- 2 孙兴怀,戴毅. 少年儿童中易于误诊为青光眼的常见现象分析. 中国眼耳鼻喉科杂志 2009;9(2):69-72
- 3 田爱军,李善雨,王晓冰. 等. Ahmed 青光眼阀植入联合丝裂霉素 C 治疗难治性青光眼的疗效观察. 眼科 2010;19(6):402-405