

原发性闭角型青光眼高眼压状态手术时机探讨

古爱平, 吴 艺, 钟艳芳, 龙佩仪, 谭 朵, 刘燕芳

作者单位: (510317) 中国广东省广州市, 广东省第二人民医院眼科

作者简介: 古爱平, 硕士, 住院医师, 研究方向: 白内障、眼底病、神经眼科。

通讯作者: 吴艺, 博士, 副主任医师, 主任, 被国务院表彰为“全国残疾人康复工作先进个人”, 研究方向: 白内障、眼外伤、青光眼。

will-wu@tom.com

收稿日期: 2011-10-10 修回日期: 2011-11-30

Study on operational timing choosing of primary angle-closure glaucoma in high intraocular pressure

Ai-Ping Gu, Yi Wu, Yan-Fang Zhong, Pei-Yi Long, Duo Tan, Yan-Fang Liu

Department of Ophthalmology, Guangdong No. 2 Provincial People's Hospital, Guangzhou 510317, Guangdong Province, China

Correspondence to: Yi Wu. Department of Ophthalmology, Guangdong No. 2 Provincial People's Hospital, Guangzhou 510317, Guangdong Province, China. will-wu@tom.com

Received: 2011-10-10 Accepted: 2011-11-30

Abstract

• AIM: To discuss the operational timing choosing and the technical details of primary angle-closure glaucoma (PACG) in high intraocular pressure.

• METHODS: The curative effects of 57 cases (57 eyes) with PACG of our hospital in two years (January 2009 to December 2010) were retrospectively analyzed, these cases were treated with surgical therapy in high intraocular pressure (>40 mmHg).

• RESULTS: There was no complication in these cases. Followed up for six months, the vision of 53 eyes (93%) were improved and 4 eyes (7%) were not improved; intraocular pressure of 48 eyes (84%) treated with surgery and 9 eyes (16%) treated with combinations of surgery and drug administration were controlled under 21mmHg.

• CONCLUSION: If the intraocular pressure can not lowered to normal level through regular drug administration for the acute onset of PACG, there is an emergent need for surgical measure to protect and recover the vision of patients.

• KEYWORDS: primary angle-closure glaucoma; high intraocular pressure; operational timing

Gu AP, Wu Y, Zhong YF, et al. Study on operational timing choosing of primary angle-closure glaucoma in high intraocular pressure. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(1):107-108

摘要

目的: 探讨原发性闭角型青光眼 (primary angle-closure glaucoma, PACG) 在高眼压状态下的手术时机及需注意问题。

方法: 回顾分析本院 2009-01/2010-12 PACG 患者 57 例 57 眼在高眼压状态下 (>40 mmHg) 进行手术治疗的效果。

结果: 手术均成功, 无明显并发症。随访 6mo, 观察术后视力不同程度提高者有 53 眼 (93%), 视力无变化者有 4 眼 (7%); 眼压 ≤ 21 mmHg 者 48 眼 (84%), 联合局部用药眼压控制 ≤ 21 mmHg 有 9 眼 (16%)。

结论: 对于 PACG 的急性发作, 经局部及全身用药治疗后眼压仍不能下降, 需紧急行抗青光眼手术, 以抢救患者的视力, 避免视功能的进一步损伤。

关键词: 原发性闭角型青光眼; 高眼压; 手术时机

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-5123. 2012. 01. 34

古爱平, 吴艺, 钟艳芳, 等. 原发性闭角型青光眼高眼压状态手术时机探讨. *国际眼科杂志* 2012;12(1):107-108

0 引言

急性闭角型青光眼是临床上常见的致盲眼病, 在急性发作时, 眼压急剧升高, 需局部及全身综合治疗, 力求在最短时间内把眼压降至正常范围, 以减少对视功能的损害, 并尽量使房角开放防止形成房角永久性粘连。一般认为, 眼压控制在 20mmHg 以下再进行手术较为理想^[1]。然而, 有一些急性闭角型青光眼急性发作的患者, 应用多种药物也不能把眼压控制正常, 在这种情况下若不及时进行手术治疗降眼压, 将导致严重的视神经损伤, 造成不可逆的视功能损害, 甚至完全失明。因此, 需正确把握手术时机, 及时采取有力的方法降低眼压, 挽救患者的视力。现对我院 2009-01/2010-12 的 57 例 57 眼原发性闭角型青光眼 (primary angle-closure glaucoma, PACG) 在高眼压状态下 (>40 mmHg) 进行手术治疗后进行回顾性分析, 报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 PACG 急性发作 57 例 57 眼, 其中男 25 眼, 女 32 眼, 年龄 40~78 (平均 62.7) 岁。入院后予局部及全身药物综合治疗 48~72h 后眼压仍 >40 mmHg, 即予急诊抗青光眼手术治疗。术前视力: 光感/眼前者 5 眼, 手动/眼前~2m 者 11 眼, 数指/眼前~2m 者 13 眼, 0.01~0.1 者 19 眼, >0.1 者 9 眼。术前眼压 >60 mmHg 者 2 眼, 眼压 50~59 mmHg 者 18 眼, 眼压 40~49 mmHg 者 37 眼。

1.2 方法 术前充分降低眼压, 在局部点用卡替洛尔眼液减少房水生成、静脉用高渗剂 200g/L 甘露醇促进房水排出, 术前 0.5h 口服醋甲唑胺 50mg; 手术均采用小梁切除联合虹膜周切术; 术中爱尔卡因表面麻醉, 20g/L 利多卡因和 7.5g/L 布比卡因混合液约 1mL 结膜下局部浸润麻醉, 在 3:00 或者 9:00 角膜缘处平行虹膜向 6:00 位作前房穿刺, 缓慢放出适量房水, 在角膜缘上方作一穹隆部为

基底的结膜瓣,分离结膜下组织,巩膜面充分止血,作以角膜缘为基底的巩膜瓣,大小约3mm×4mm,1/2巩膜厚度的梯形状,在巩膜瓣下先切穿一小切口,放出适量房水,使眼压尽量降低,切除小梁组织1.5mm×2.5mm及周边虹膜组织,用10-0尼龙缝线缝合巩膜瓣,使前房形成而房水能有渗漏,结膜原位铺平,对位缝合2针,缝合时可带一点角巩膜缘浅层组织,防止术口渗漏;术毕,从穿刺口注入灌注液,检查滤过口是否滤过过强,且将眼压恢复到接近正常水平,防止各种原因造成的浅前房,结膜下注射抗菌药物。

2 结果

2.1 术后视力 术后随访6mo,与术前相比,术后视力不同程度提高者有53眼(93%),其中光感/眼前者1眼,手动/眼前~2m者4眼,数指/眼前~2m者5眼,0.01~0.1者8眼,>0.1者35眼。视力无变化者有4眼(7%)。

2.2 术后眼压 术后6mo,与术前相比,术后眼压≤21mmHg者48眼(84%),联合局部用药眼压控制≤21mmHg者9眼(16%)。

2.3 前房深度 所有患者均于术后24h内前房形成,按Spaeth分级法,正常眼51眼,浅I级2眼,术后3d恢复正常。未出现II,III级浅前房。

2.4 术中及术后并发症 术中未发生视网膜、玻璃体出血或爆发性脉络膜下腔出血。术后反应性虹膜睫状体炎19眼,其中瞳孔区纤维素膜渗出11眼,局部给予妥布霉素地塞米松眼液频繁点眼,每2h1次,术后1wk渗出基本吸收;未见有脉络膜脱离、脉络膜下腔出血及恶性青光眼等并发症。

3 讨论

对于任何类型的青光眼高眼压经过各种药物治疗不能缓解,持续3d以上者称为持续性高眼压,也称为高眼压状态。高眼压状态下进行内眼手术很容易发生爆发性脉络膜出血、恶性青光眼、眼内出血、浅前房等并发症^[2],手术存在高风险。一般来说,在进行青光眼滤过手术前,原则上应该让患者眼压降到正常范围内或者接近正常范围,手术才安全。但临床上有一部分青光眼在局部及全身使用多种的降眼压药的情况下眼压仍不能控制,持续在高眼压水平,在这种情况下如继续药物治疗,眼压控制的可能性甚小,而且在这种高眼压的持续状态下视神经功能遭受更

大的损害,如不及时进行手术治疗,不仅眼压不能得到控制,而且可造成永久性视力损害,甚至引起失明。因此,在充分药物保守治疗仍不能控制眼压的情况下,积极尽早治疗是挽救患者视力的唯一选择。

为了提高手术成功率,减少并发症的发生,术前应尽可能降低眼压,术中应缓慢调节眼压及防止滤过口粘连是手术成果的关键。应注意:(1)在术前静脉用高渗剂200g/L甘露醇及术前0.5h口服醋甲唑胺50mg,尽量降低眼压;(2)术中行前房穿刺放出适量房水使眼压稍降低,使眼球逐渐适应眼压的变化,利于眼血流重新分布灌注,改善眼组织,尤其是视神经供血及对眼压的耐受力,从而避免了眼压骤降而引起脉络膜下爆发性出血、眼内出血等并发症^[3];(3)术中作小梁及虹膜切除时,操作要轻而慢,必须注意虹膜的动向,精确控制好虹膜的膨出程度,若在小梁切除时发现虹膜膨出,应该将虹膜剪开一个小口,让房水流出,待眼压下降后虹膜便不再膨出了,而对于瞳孔散大固定的患者,一旦虹膜全膨出,再还纳回原位就很困难了,假如强行还纳,会因对虹膜组织骚扰过多,造成术后眼内反应重,组织之间发生粘连,甚至会出现医源性白内障,导致视力明显下降;(4)术毕时从穿刺口注入灌注液,检查滤过口是否滤过过强,且将眼压恢复到接近正常水平,防止各种原因造成浅前房等并发症。

高眼压对眼组织的损伤,其实质是缺血与再灌注的问题。当眼压升高超过视网膜和筛板的自身调节功能时即可引起视网膜血液循环障碍,导致视网膜、筛板及视神经供血不足;同时,高眼压持续的时间越长,视神经和视功能受到的损伤越严重,当眼压持续>40mmHg时,可造成急性前部视神经缺血或视网膜中央动脉萎缩和阻塞^[4]。因此,对于PACG的急性发作,经局部及全身用药治疗后眼压仍不能下降,为了抢救患者的视力,避免视功能的进一步损伤,手术是必要和必须的。

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2000:391-392
- 2 Aung T, Tow SLC, Yap EY, et al. Trabeculectomy for acute primary angle closure. *Ophthalmology* 2000;107:1298-1302
- 3 陶晨. 脉络膜上腔出血1例. *中国实用眼科杂志* 2000;18(8):503
- 4 田聘,党锐. 高眼压下青光眼滤过手术的临床观察. *眼外伤职业眼病杂志* 2002;24(5):533