

玻璃体切割术后持续性继发性青光眼的临床分析

娄明志, 阮余霞, 王永力, 孙 念

作者单位: (430300) 中国湖北省武汉市黄陂区人民医院眼科
作者简介: 娄明志, 男, 副主任医师, 研究方向: 白内障、青光眼。
通讯作者: 娄明志. lzm122300@163.com
收稿日期: 2012-06-27 修回日期: 2012-08-20

Clinical analysis on secondary glaucoma following vitrectomy

Ming-Zhi Lou, Yu-Xia Ruan, Yong-Li Wang, Nian Sun

Department of Ophthalmology, People's Hospital of Wuhan Huangpo District, Wuhan 430300, Hubei Province, China

Correspondence to: Ming-Zhi Lou, Department of Ophthalmology, People's Hospital of Wuhan Huangpo District, Wuhan 430300, Hubei Province, China. lzm122300@163.com

Received: 2012-06-27 Accepted: 2012-08-20

Abstract

• AIM: To evaluate the cause and therapy for secondary glaucoma following vitrectomy.

• METHODS: Twenty patients with secondary glaucoma following vitrectomy were analyzed retrospectively. In order to determine the cause of secondary glaucoma, intraocular pressure (IOP), ultrasound biomicroscopy (UBM) and chamber-angle microscopy were taken, according to the different cause of secondary glaucoma, drug or surgery was selected.

• RESULTS: The IOP elevation occurred mostly within two weeks to three months. The IOP was 30-50mmHg. The angle closed in 15 patients with the examination by chamber angle microscopy and UBM the others remained open. The main cause of secondary glaucoma included long-time applying topical steroid, iris neovascularization and anterior inflammation and hemorrhage.

• CONCLUSION: Secondary glaucoma following vitrectomy is a complicated complication. The different therapy may select according to the different cause.

• KEYWORDS: vitrectomy; secondary glaucoma; persistent

Citation: Lou MZ, Ruan YX, Wang YL, et al. Clinical analysis on secondary glaucoma following vitrectomy. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(9):1762-1763

摘要

目的: 探讨玻璃体切割术后持续性继发性青光眼的可能原因及其治疗方法。

方法: 回顾性分析 2004-01/2010-01 在我院行玻璃体切割术后出现持续性继发性青光眼的患者 20 例 20 眼, 对患

者进行眼压监测, 行房角镜, 超声生物显微镜检查, 确定继发性青光眼的原因, 并根据不同的原因相应地给予药物或手术治疗, 观察治疗后眼压、视力等变化。

结果: 玻璃体切割术后持续性继发性青光眼患者 20 例 20 眼, 高眼压发生的时间为玻璃体切割术后 2wk ~ 3mo, 眼压均在 30 ~ 50mmHg 之间, 房角镜及超声生物显微镜示房角关闭 15 例 15 眼, 房角开放 5 例 5 眼; 继发性青光眼发生的原因可能为: 局部应用皮质类固醇时间过长引起的青光眼 3 例 3 眼, 新生血管性青光眼 4 例 4 眼, 术后炎症物质堵塞房角 8 例 8 眼, 术后前房积血, 玻璃体积血堵塞房角 3 例 3 眼, 另 2 例原因不明。

结论: 玻璃体切割术后继发性持续性青光眼引起的原因包括局部应用皮质类固醇时间过长, 患者新生血管形成, 术后炎症物质或者出血堵塞房角, 其治疗方法应根据不同的原因相应地治疗: 停用皮质类固醇; 810 激光睫状体光凝术; 小梁切除术或引流阀植入术等。

关键词: 玻璃体切割术; 继发性青光眼; 持续性

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2012.09.50

引用: 娄明志, 阮余霞, 王永力, 等. 玻璃体切割术后持续性继发性青光眼的临床分析. 国际眼科杂志 2012;12(9):1762-1763

0 引言

玻璃体切割术现已广泛地应用于治疗玻璃体、视网膜疾病。玻璃体切割术后持续性继发性青光眼是临床较为常规的并发症之一^[1]。持续性地高眼压可引起视神经不可逆地损伤以及视网膜中央动脉阻塞, 进而导致患眼视野缺损和视力丧失, 给患者的生活带来极大的痛苦。因此正确的了解玻璃体切割术后持续性继发性青光眼的发病原因, 对及时治疗各种原因引起的玻璃体切割术后持续性继发性青光眼具有重要的指导意义。现将我院 2004-01/2010-01 收治的 20 例 20 眼玻璃体切割术后持续性继发性青光眼的临床资料分析如下。

1 对象和方法

1.1 对象 本组共 20 例 20 眼, 其中男 13 例 13 眼, 女 7 例 7 眼。年龄 16 ~ 57 (平均 42) 岁。行玻璃体切割术的病因为: 糖尿病性视网膜病变 6 例 6 眼, 视网膜静脉阻塞 4 例 4 眼, 外伤致玻璃体出血 7 例 7 眼, 原因不明的玻璃体混浊 3 例 3 眼。所有患者均行常规玻璃体切割术, 术中视网膜缺血区域给予眼内激光光凝, 术毕眼内压控制在正常范围。高眼压发生的时间均为玻璃体切割术后 2wk ~ 3mo, 眼压范围在 30 ~ 50mmHg 之间, 均持续 6wk 以上。所有患者发生持续性继发性青光眼后均行房角镜、超声生物显微镜检查, 以明确继发性青光眼的发生原因。

1.2 方法 停用含激素眼药水, 3 例患者停用含激素眼药水后经局部滴用噻吗心安、派立明眼液, 眼压控制在 30mmHg 以下。810nm 睫状体光凝术 (激光参数: 能量

1W,曝光时间 1s,激光点依眼压高低不同,沿角巩缘外 1.5mm 左右行激光光凝,一般 30~40 点),眼压控制在正常范围。小梁切除术:余 13 例青光眼患者给予小梁切除术,术中应避开玻璃体切割术三切口位置,常规应用丝裂霉素,术后 1mo,患者眼压 10~20mmHg 者 6 眼,眼压 20~30mmHg 者 4 眼,加用局部降眼压药物,眼压控制在正常范围,另 3 眼眼压在 30~45mmHg 之间,药物控制不佳,经 810nm 激光睫状体术眼压控制在 10~20mmHg 之间。

2 结果

2.1 眼压 停用含激素眼药水后 3 例患者眼压下降至 20mmHg 以下;4 例新生血管性青光眼患者经 810nm 激光睫状体光凝术后眼压控制在 10~20mmHg 以内;另 13 例患者经小梁切除术后 6 眼眼压<20mmHg,4 例加用局部降眼压药物眼压可以控制在正常范围,3 眼眼压控制不佳者经 810nm 激光睫状体光凝术眼压在 10~20mmHg 之间。

2.2 房角镜及超声生物显微镜检查结果 房角关闭 15 例 15 眼,房角开放 5 例 5 眼。

2.3 继发性青光眼发生的原因 局部应用皮质类固醇眼液时间过长 3 例;虹膜新生血管引起的青光眼 4 例;术后炎性物质堵塞房角 8 例;术后前房积血,玻璃体积血堵塞房角 3 例;原因不明 2 例。

3 讨论

随着玻璃体切割术技术的不断提高和完善,玻璃体切割术在临床上已被广泛应用于治疗玻璃体视网膜病变,如视网膜脱离、玻璃体积血、眼内异物、黄斑裂孔、糖尿病视网膜病变、眼内炎等^[2]。玻璃体切割术后高眼压是较常见的并发症之一,其发生率可高达 40%~60%^[3]。

玻璃体切割术后眼压升高常常发生于术后早期,也可以持续性存在,在时间上可分为一过性青光眼(<6wk)和持续性青光眼。青光眼的发作≤1wk 为早期,>1wk~6wk 为中期,>6wk 为晚期。在病程分为:轻度:22~30mmHg,中度:31~40mmHg,重度:>40mmHg^[4],其中持续性中度以上青光眼能严重影响患者的视神经及视功能,在临床上需积极处理。

玻璃体切割术后持续性继发性青光眼的发病机制包括:房水生成增加;房水流出减少^[5]。Thompson 等^[6]曾推测玻璃体切割术后 TGF-β2 可能刺激房水生成增加。房水流出减少可能为该病的最主要因素。玻璃体切割术后眼内炎症反应,术后纤维形成,前房出血,玻璃体出血使小

梁网阻塞,虹膜新生血管和术后长时间使用激素,增加房水通过小梁网滤过阻力^[7]。本组病例中,继发性青光眼的发生原因包括术后长时间应用皮质类固醇激素,虹膜新生血管,术后炎性物质及眼内出血阻塞房角,仅有 2 例查不出明显原因。

玻璃体切割术后持续性继发性青光眼的临床治疗主要是针对引起青光眼的原因;因为局部长时间滴用皮质类固醇激素可以导致眼压升高,所以对此类患者应首先停用激素类药物,部分患者眼压可降至正常范围;对于虹膜新生血管性青光眼患者,常规的小梁切除术不能达到理想的降眼压效果,故首选 810nm 激光睫状体光凝术,激光治疗时应根据眼压的高低,选择不同数目的光点光凝,同时应避免开巩膜三切口位置;对于其他原因引起的青光眼可选用小梁切除术进行治疗,由于玻璃体切割术后存在结膜瘢痕,小梁切除术在技术上存在一定的困难,最好在上方选择结膜瘢痕最少的位置做手术切口,必要时可以在巩膜瓣下使用丝裂霉素^[8]。尽管如此,此类患者小梁切除术后仍有相当比例的患者切口纤维化而效果不佳。

综上所述,玻璃体切割术后持续性继发性青光眼是临床上较为常见的疾病之一,其发病因素包括术后应用皮质类固醇激素时间过长、虹膜新生血管、术后炎性物质或眼内出血堵塞房角等,其治疗方法应针对不同的病因相应地处理。

参考文献

- 1 沈丽萍,卢红,楼定华,等.玻璃体切割术后高眼压的临床分析.中华眼底病杂志 2002;18:106-108
- 2 吴娜.后部玻璃体切割术后早期高血压.国外医学眼科学分册 2004;28:384-386
- 3 Honavar SG, Goyal M, Majji AB, et al. Glaucoma after pars plana vitrectomy and silicon oil injected. *Ophthalmology* 1999;106:167-177
- 4 Chen CJ. Glaucoma after macular hole surgery. *Ophthalmology* 1998;105:94-100
- 5 Han DP, Lewis H, Lambrou FH Jr, et al. Mechanisms for IOP elevation after pars plana vitrectomy. *Ophthalmology* 1989;96:1357-1362
- 6 Thompson JT, Sjaarda RN, Glaser BM, et al. Increased IOP after macular hole surgery. *Am J Ophthalmol* 1996;121:615-622
- 7 刘文.视网膜脱离和玻璃体手术后的青光眼.国外医学眼科学分册 2000;24:30-34
- 8 Al-Jazzaf AM. Incidence and management of elevated IOP after pars plana vitrectomy. *J Glaucoma* 2005;14:40-46