

高眼压状态下青光眼小梁切除术的临床分析

王 洁

作者单位:(223200)中国江苏省淮安市楚州医院眼科

作者简介:王洁,女,学士,副主任医师,研究方向:青光眼。

通讯作者:王洁.zwzjc@163.com

收稿日期:2012-08-06 修回日期:2012-11-05

Clinical analysis of trabeculectomy in high intraocular pressure

Jie Wang

Department of Ophthalmology, Chuzhou Hospital, Huai'an 223200, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Jie Wang. Department of Ophthalmology, Chuzhou Hospital, Huai'an 223200, Jiangsu Province, China. zwzjc@163.com

Received:2012-08-06 Accepted:2012-11-05

Abstract

• **AIM:** To investigate the safety and efficacy of trabeculectomy in glaucoma and ocular hypertension status.

• **METHODS:** For 25 glaucoma patients 26 eyes whose intraocular pressure was still abnormal after full antihypertensive treatment, the anterior chamber puncture was performed to release aqueous, then the patients underwent the trabeculectomy, the efficacy and complications were observed.

• **RESULTS:** All operations were successfully completed, without choroidal hemorrhage, vitreous loss or other serious complications, postoperative intraocular pressure was ≤ 21 mmHg, and postoperative visual acuity improved in 25 eyes, the total efficiency was 96.2%.

• **CONCLUSION:** Treatment of glaucoma with trabeculectomy is safe, simple, and reliable. And for the glaucoma with uncontrolled persistent ocular hypertension, release of aqueous and then trabeculectomy is still the most effective, ideal technique.

• **KEYWORDS:** glaucoma; high intraocular pressure; trabeculectomy; intraocular pressure control

Citation: Wang J. Clinical analysis of trabeculectomy in high intraocular pressure. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012; 12 (12):2409-2410

摘要

目的:探讨青光眼高眼压状态下小梁切除术的安全性和有效性。

方法:对25例26眼充分降眼压后眼压仍不正常的青光眼患者,前房穿刺放出房水后行复合小梁切除术,观察疗效

及术后并发症。

结果:所有手术均顺利完成,未出现暴发性脉络膜出血、玻璃体脱出等严重并发症,术后眼压控制 ≤ 21 mmHg,术后视力提高25眼,总有效率96.2%。

结论:小梁切除术治疗青光眼安全、简便、可靠。对药物不能控制的持续性高眼压状态下的青光眼,放出房水后再行复合小梁切除术仍是最有效的理想术式。

关键词:青光眼;高眼压状态;小梁切除手术;眼压控制
DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2012.12.55

引用:王洁.高眼压状态下青光眼小梁切除术的临床分析.国际眼科杂志2012;12(12):2409-2410

0 引言

青光眼是一种发病快、危害性大的常见眼科疾病,主要特征之一便是高眼压,眼内压持续升高会损坏眼球各部分组织和视功能,一旦超过眼球所能承受的范围就导致迅速失明。绝大多数青光眼的治疗原则首选手术,小梁切除术是其中最常用的一种手术方式^[1]。所谓高眼压状态指经各种药物治疗仍未能缓解、降低眼压,且眼压持续3d仍 >30 mmHg^[2]。高眼压状态下的青光眼是复杂而特殊的状况,一方面,对持续高眼压不及时采取手术治疗降低眼压会严重损伤视神经,造成不可逆的视功能下降;另一方面,高眼压下做手术又存在并发症多、风险性大等缺点。所以,高眼压下是否行抗青光眼手术在眼科界仍有一定争议^[3]。近两年来,我们对持续性高眼压的青光眼,在多种降眼压药物难以控制眼压的紧急情况下,采取先作前房穿刺放出房水后即行复合式小梁切除术,取得较理想的手术效果,现总结如下。

1 对象和方法

1.1 对象 本组为2010-01/2011-12我科收住患者,共25例26眼,包括原发性闭角型青光眼17眼,原发性开角型青光眼7眼,继发性青光眼2眼;男16例17眼,女9例9眼;年龄44~78(平均62.7)岁;右眼15眼,左眼11眼。术前视力 ≤ 0.1 ,且矫正不提高。25例患者入院前均用两种以上降眼压药物治疗3~5d以上,但平均眼压仍高于40mmHg,瞳孔均呈中度以上散大固定。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 术前30min静滴200g/L甘露醇250mL,肌注苯巴比妥钠0.1g,常规消毒、铺巾,球周麻醉,适度按摩眼球5min。显微镜下以穹隆为基底作结膜瓣,充分止血后以角膜缘为基底做小板层巩膜瓣,大小4mm×5mm,厚度1/2~1/3巩膜。10:00位透明角膜缘处行前房穿刺,分次、缓慢、适量放出少量房水。结膜瓣、巩膜瓣下放置0.4g/L丝裂霉素棉片3~5min,用生理盐水反复冲洗角膜及结膜囊。用虹膜恢复器检测和分离虹膜根部与角巩缘可能存在的粘连,行1.5mm×(1.5~2.5)mm×4mm

表1 高眼压状态下青光眼患者治疗前后眼压和视力变化

时间	眼压 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)		视力 (眼)			
	不用降压药	局部加用降压药	无光感	<0.05	0.05 ~ 0.3	>0.3
术前	65.32 ± 14.42	46.54 ± 13.68	3	17	6	0
出院时	26.87 ± 11.29	22.42 ± 9.75	1	4	14	7
t/χ^2	11.375	8.547	24.572			
P	<0.01	<0.01	<0.01			

小梁切除及虹膜周边切除术,若虹膜根部膨出则在膨出虹膜上剪口缓慢放出房水后再做相关切除。间断缝合巩膜瓣,连续缝合球筋膜及球结膜组织,球结膜下注射地塞米松 2.5mg,加压包扎术眼。

1.2.2 术后处理 应用抗生素、皮质类固醇、非甾体类药物预防感染,以复方托品酰胺散瞳 bid。根据眼压、前房形成、滤过泡形态等状况,术后 2 ~ 14d 分次拆除褥式缝线,如出现前房积血、眼底出血、脉络膜脱离等并发症,进行相应处理。术后随访 6 ~ 12mo。

统计学分析:采用 SPSS 17.0 软件,数据以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,计量资料比较用 t 检验,组间计数资料比较用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效判定标准^[4] 治愈:不用任何抗青光眼药物,眼压 ≤ 21 mmHg;有效:眼压较术前有一定程度的下降,自觉症状消失或好转;无效:眼压未能控制或眼球萎缩。

2.2 手术疗效 所有手术均顺利完成,术中均未出现暴发性脉络膜出血、玻璃体脱出等恶性并发症。26 眼均在术后第 1d 形成较浅前房,滤过泡弥散;2 ~ 3d 后基本趋于正常。随访 6 ~ 12mo,治愈 21 眼,有效 4 眼,无效 1 眼,总有效率 96.2%。

2.3 眼压与视力 青光眼患者治疗前后眼压和视力变化见表 1。

2.4 并发症 术后出现并发症 8 眼,发生率 30.8%,其中前房少量出血 3 眼,经 1 ~ 3d 药物止血和局部加压包扎后吸收;反应性虹膜睫状体炎 4 眼,以局部应用复方妥布霉素地塞米松滴眼液、球结膜下注射 5-FU 治愈;角膜后弹力层水肿 1 眼,全身用药 2d 后即消退。

3 讨论

大量临床试验^[3-5] 结果证实,手术是目前治疗青光眼的首选,但原则上术前应该将患者眼压降到接近正常范围,以确保手术成功,降低术中、术后并发症发生率。临床实际中有相当部分青光眼患者,即使使用足量的多种降眼压药物,依然保持高眼压状态,而青光眼的视神经损害与高眼压持续时间有密切关系^[6]。因此,要挽救残余视功能,即使眼压持续居高,也要争取尽早手术,毕竟及时减少对视神经及眼组织的根本损害比一般性手术并发症危害更大。本组 25 例青光眼患者经两种以上降眼压药物治疗 3d 以上,平均眼压仍高于 40mmHg,为防止患者在短期内失明,我们果断采取了复合小梁切除术,结果虽然出现 30.8% 的术后并发症发生率,但术中毕竟没有出现脉络膜上腔暴发性出血、球内出血、恶性青光眼等严重并发症,更主要的是眼压及时得到有效控制,有效率达 96.2%,不但

无 1 例发生视力丧失,且大部分患者术后视力均得到不同程度的提高。因此,对药物不能控制的持续性高眼压状态下的青光眼,采取放出房水后再行复合小梁切除术,手术风险相对较小,手术安全、简便、有效,得到临床上推广使用。

需要指出的是,小梁切除虽然是治疗青光眼的常用手术,但持续高眼压状态下进行滤过手术依然存在危险性,手术效果并不一定都理想,尤其是驱逐性眼内出血、恶性青光眼、脉络膜脱离、葡萄膜炎等并发症极易产生。这是因为在高眼压状态下,眼球毛细血管扩张,炎症反应重,切开前房时病变坏死的血管被牵拉,易破裂出血^[6],这些都需要通过手术改良和提高操作技巧来加以克服和防范。我们的体会是:(1) 降眼压要渐进,以防止眼压突降诱发脉络膜上腔出血,故前房穿刺后放房水要分次和适量。(2) 术中尽可能多采取一些有助于降低术后炎症反应的措施,如在结膜瓣、巩膜瓣下放置丝裂霉素,球结膜下注射庆大霉素、地塞米松等;同时术中要综合考虑患者的年龄、结膜等情况,操作要小心、细致,如前房穿刺时要注意方向,防止误伤虹膜和晶状体,小梁及虹膜切除时注意精确控制好虹膜膨出量,以抑制纤维细胞增生,减少对眼组织的刺激^[7]。(3) 术后也可采取一些措施控制并发症发生,如早期按摩可使房水经巩膜瘘口进入结膜下,松解巩膜和结膜组织,防止两者粘连;术后全身或局部给予非甾体类消炎药、皮质类固醇激素等对症治疗可减轻炎症反应;采用托吡卡胺或 1% 阿托品活动散大瞳孔也有利于防止发生包裹性滤过泡,提高手术成功率。

总之,对药物不能有效控制依然存在持续性高眼压的青光眼患者,权衡利弊,果断采取手术治疗是必要的。而只要把握好时机,熟练掌握手术技巧,术后加强预防性治疗,复合式小梁切除术治疗高眼压状态下青光眼也是可行的,安全性和有效性都有一定保障。

参考文献

- 李美玉. 青光眼学. 北京:人民卫生出版社 2004:250
- 李高坚. 改良小梁切除术用于高血压青光眼的疗效分析. 当代医学 2012;18(5): 103-104
- 白江鱼. 急性闭角型青光眼持续高眼压下小梁切除术的临床观察. 吉林医学 2010;30(19):3136
- 郭斌,杨新光,刘钊,等. 急性高血压条件下视网膜神经感觉层超微结构的变化. 国际眼科杂志 2009;9(1):49-51
- 张伟忠. 持续高眼压下急性闭角型青光眼小梁切除术的临床分析. 中国实用医药 2011;6(21): 85-86
- 代应辉,尚平,刘应凌,等. 复合式小梁切除术治疗青光眼持续高眼压 26 例临床分析. 蚌埠医学院学报 2010;35(2):140-141
- 赵宏丽,魏滢娟,杨洋. 青光眼持续性高眼压状态下小梁切除术的改进与体会. 临床和实验医学杂志 2011;10(5): 358-359