

联合手术治疗睫状环阻滞性青光眼分析

冯桂强

作者单位:(545005)中国广西壮族自治区柳州市红十字会眼科医院眼科
作者简介:冯桂强,男,毕业于桂林医学院,学士,主治医师,研究方向:青光眼、白内障。
通讯作者:冯桂强.fengguiqiang@hotmail.com
收稿日期:2013-07-14 修回日期:2013-09-09

Analysis of combined surgery in the management of ciliary block glaucoma

Gui-Qiang Feng

Department of Ophthalmology, Liuzhou Red Cross Eye Hospital, Liuzhou 545005, Guangxi Zhuang Autonomous Region, China
Correspondence to: Gui-Qiang Feng. Department of Ophthalmology, Liuzhou Red Cross Eye Hospital, Liuzhou 545005, Guangxi Zhuang Autonomous Region, China. fengguiqiang@hotmail.com
Received:2013-07-14 Accepted:2013-09-09

Abstract

- **AIM:** To investigate the clinic value of combined pars plana lensectomy - vitrectomy in the management of ciliary block glaucoma.
- **METHODS:** The post-operative results of 11 hospitalized patients (11 eyes) with ciliary block glaucoma, who were managed by pars plana lensectomy - vitrectomy in our hospital, were retrospectively reviewed.
- **RESULTS:** Post-operative ocular tension of all 11 eyes was controlled, and visual acuity was improved in various extent. Ocular tension was stable, and no serious complications were seen after a follow-up of more than 3 months (5 months in average).
- **CONCLUSION:** Combined pars plana lensectomy - vitrectomy is one of the effective management of ciliary block glaucoma.
- **KEYWORDS:** ciliary block glaucoma; pars plana lensectomy; vitrectomy; combined surgery

Citation: Feng GQ. Analysis of combined surgery in the management of ciliary block glaucoma. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2013;13(10):2112-2113

摘要

目的:探讨经睫状体平坦部晶状体切除合并前部玻璃体切割术在治疗睫状环阻滞性青光眼的临床价值。
方法:回顾我院住院睫状环阻滞性青光眼患者11例11眼,采取经睫状体平坦部晶状体切除合并前部玻璃体切割术治疗,观察患者术后临床效果。
结果:患者11例11眼术后,眼压得到控制,视力不同程度

提高,随诊3mo以上(平均5mo)眼压持续稳定,无严重并发症。

结论:经睫状体平坦部晶状体切除合并前部玻璃体切割术是治疗睫状环阻滞性青光眼的有效手段之一。

关键词:睫状环阻滞性青光眼;经睫状体平坦部晶状体切除;玻璃体切割术;联合手术

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2013.10.53

引用:冯桂强.联合手术治疗睫状环阻滞性青光眼分析.国际眼科杂志2013;13(10):2112-2113

0 引言

睫状环阻滞性青光眼又名恶性青光眼,是一种严重的特殊类型闭角型青光眼,保守治疗常难以奏效,常需手术治疗。我院2008-03/2012-11对11例保守治疗无效的恶性青光眼患者采取经睫状体平坦部晶状体切除合并前部玻璃体切割手术治疗,取得良好疗效,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 我院2008-03/2012-11确诊为睫状环阻滞性青光眼,经药物联合治疗3~7d无效的患者11例11眼,其中女7例7眼,男4例4眼;年龄42~70(平均51)岁。眼部情况:术前视力为光感~0.1,光定位正常,眼压32~66(平均48)mmHg,瞳孔2~6(平均3.7)mm,平均前房深度Ⅱ~Ⅲ度浅前房^[1]。晶状体不同程度混浊,11眼晶状体核硬度为Ⅱ~Ⅲ级(LOCSⅡ分级)。UBM显示晶状体-虹膜隔前移,前房消失或变浅,睫状突肿胀前旋,后房消失。睫状环阻滞性青光眼诊断标准^[2,3]:前房普遍、进行性变浅甚至消失;虹膜周边切除孔通畅;缩瞳剂治疗无效,前房变浅,导致病情恶化;睫状肌麻痹剂可使眼压下降,前房变深;UBM检查示后房消失,晶状体-虹膜隔前移。

1.2 方法 术前30min静脉滴注脱水剂甘露醇250mL,尽量降低术前眼压。手术过程:常规消毒铺巾,用20g/L利多卡因+7.5g/L布比卡因混合液3mL球后注射神经阻滞麻醉,并按压眼球进一步降低眼压,避开小梁切除术后滤过泡,剪开结膜,距角巩膜缘3.5~4mm行标准三切口封闭式玻璃体切割术,先盲切前段玻璃体中央部,使用切割头自后进行晶状体切除重建前房,并切除前1/3玻璃体皮质,尤其注意切除玻璃体前界膜和靠近玻璃体基底部的皮质,清除全部或部分晶状体囊膜,11眼中2眼植入软性人工晶状体,将人工晶状体放置于睫状沟。术后当天继续以甘露醇静脉滴注,术后第2d使用妥布霉素地塞米松及普拉洛芬滴眼液每日3~6次点眼,地塞米松注射液10mg静脉滴注。

2 结果

患者11例手术均顺利完成,所有病例在不用睫状肌麻痹剂(阿托品)情况下,前房恢复正常深度。术后随访3~11(平均5)mo,最佳矫正视力均有不同程度提高

(0.03~0.4),眼压9~24(平均17.6)mmHg。

术后早期均有不同程度的前房反应,3眼角膜轻度水肿,经激素治疗,前房反应消失,角膜恢复透明。术后发生脉络膜脱离1眼,经激素治疗恢复。未出现角膜内皮失代偿、爆发性脉络膜上腔出血等严重并发症。

3 讨论

睫状环阻滞性青光眼是临床上少见的一种青光眼综合征,常发生在抗青光眼术后,药物及常规手术治疗常常无效,对患者的视觉功能危害极大。其发病机制复杂,目前尚未完全认清其发病机制,普遍认为与晶状体、睫状体及玻璃体前界膜三者之间的关系发生异常有关。近年来,国内学者使用UBM对睫状环阻滞性青光眼发作时的眼前节结构,尤其是睫状环结构的改变进行了更深入的研究^[4],认为在各种诱因的作用下,睫状体与晶状体囊或玻璃体前界膜相贴,房水不能向前房流动,而向玻璃体腔逆流,在玻璃体内形成一个个水囊,随着水囊增加,玻璃体扩大,将晶状体-虹膜隔不断向前推挤,导致前房变浅或消失,另一方面由于房水不断在玻璃体腔内聚集,使前部玻璃体向玻璃前界膜方向推挤压缩,导致本来参与液体交换的玻璃体前界膜通透性降低,玻璃体腔内的房水不能向前引流至后房,玻璃体体积不断增大,导致前部玻璃体不断向前推挤,又加重了睫状环的水肿及睫状环阻滞,不断的恶性循环,最后房水向后逆流不能逆转。

睫状环阻滞性青光眼致病原因复杂,其治疗宗旨在于打断恶性循环,重新建立正常的房水循环。国内学者采用多种手术方法治疗睫状环阻滞性青光眼^[5],如后巩膜切开放液、睫状体扁平部玻璃体穿刺抽吸术、超声乳化并人工晶状体植入术等,但睫状环阻滞性青光眼发病过程中,存在多种阻滞因素,上述手术只针对解决某一阻滞因素治疗,未能完全解除“恶性循环”的发生机制,手术失败率及复发率均较高^[6]。我院采用经睫状体平坦部晶状体切除合并前部玻璃体切割术治疗睫状环阻滞性青光眼,直接打通前房与玻璃体通道,使前后房沟通,解除了“恶性循环”,恢复正常房水循环途径。其原理在于去除了晶状体及部分前段玻璃体,从解剖上解除了晶状体-虹膜隔前移与睫状体相贴形成睫状环阻滞的因素,手术中将低通透性的玻璃体前界膜及前部玻璃体切除,减少了玻璃体容积,降低了玻璃体对睫状体的压力,避免了玻璃体与睫状突、虹膜、晶状体相贴而引起房水逆流危险,直接建立前房-玻璃体通道,让逆流的房水能够进入前房,从而解决睫状环阻滞性青光眼的各种阻滞因素^[7],是治疗睫状环阻滞性青光眼较有效的治疗手段和方法。

采用经睫状体平坦部晶状体切除合并前部玻璃体切割术治疗睫状环阻滞性青光眼,我们认为有以下优点:(1)在手术操作中,选择经玻璃体腔从晶状体后部摘除晶状体,尽量减少术中前房内反复操作,尤其避免了使用超

声乳化摘除晶状体时,乳化头前房操作产生的热量及晶状体核碎片的机械性损伤对角膜内皮细胞影响,最大程度减轻长期高眼压下受损的角膜内皮细胞进一步损伤,有效预防术后角膜内皮失代偿的发生^[8];(2)睫状环阻滞性青光眼发病机制复杂,可在多个水平发生阻滞导致房水迷流:虹膜-晶状体、睫状体-晶状体、虹膜-玻璃体、睫状体-玻璃体,但术前很难明确引发睫状环阻滞部位,采用玻璃体切除术无需术前明确阻滞部位,切除部分前部玻璃体、晶状体前后囊及晶状体,建立前房-玻璃体直接通道,有效地防止眼前节结构粘连导致的房水迷流,打破了睫状环阻滞性青光眼浅前房和高眼压的恶性循环,从根本上解除其阻滞的环节^[9-12];(3)三切口行封闭式玻璃体切割术,术中眼内压力维持稳定,眼压波动小,有效的避免术中眼内压力急剧变化,尽量减少了长期高眼压下受损视神经的进一步损伤,同时避免了睫状血管因负压通透性增加引起毛细血管破裂,而导致脉络膜脱离、视网膜脱离、爆发性脉络膜上腔出血等严重并发症,最大程度保护残存的视功能。该术式对于瞳孔缩小固定、弥漫性房角关闭、内皮受损严重的中、晚期病例可能是较佳选择。

睫状环阻滞性青光眼为多种机制混合存在的难治性、复杂性青光眼,经睫状体平坦部晶状体切除合并前部玻璃体切割术虽然操作复杂,但建立了前房-玻璃体直接通道,打破了房水迷流形成条件,是治疗睫状环阻滞性青光眼,尤其是晚期患者的有效手段。但因本研究所观察的病例数较少,随访时间较短,还需进一步通过对大样本病例的长期随访,为该术式临床应用提供更客观的证据。

参考文献

- 张舒心,刘磊. 青光眼治疗. 第2版. 北京:人民卫生出版社 2011:161-173
- 周文炳. 临床青光眼. 人民卫生出版社 2000:289-295
- 李凤鸣. 中华眼科学. 第2版. 人民卫生出版社 2005:1729
- 刘磊,王涛,李志辉. 睫状环阻滞性青光眼的超声生物显微镜检查. 中华眼科杂志 1998;34:178-182
- 韩冬,李善雨,吕建华,等. 恶性青光眼的临床诊治与进展. 中国实用眼科杂志 2012;30(10):1137-1142
- 王宁利,魏文斌. 眼科专题讲座. 郑州:郑州大学出版社 2005:101-109
- 王昕. 晶状体摘除联合玻璃体切割治疗恶性青光眼疗效分析. 医药论坛杂志 2007;28(19):13-14
- 孟志为,杨丽霞,胥亚男. 超声乳化白内障手术对年龄相关性白内障患者角膜内皮细胞的影响. 国际眼科杂志 2010;10(5):942-943
- 秦莉,王睿,李晶明. 恶性青光眼的预防及处理. 国际眼科杂志 2006;6(4):802-805
- 卢奕,孙兴怀. 恶性青光眼诊断与治疗中几个值得重视的问题. 中华眼视光学与视觉科学杂志 2011;12(4):241-243
- 杜进发,林娜,李波. 玻璃体切除超声乳化治疗睫状环阻滞性青光眼. 中华眼外伤职业眼病杂志 2012;34(9):658-660
- 张为中,黄历,马健. 恶性青光眼的临床分析. 中华眼科杂志 2013;49(2):126-129