

联合手术治疗青光眼合并白内障的临床观察

马红卫, 苏稚辉, 刘楠楠

作者单位: (221009) 中国江苏省徐州市中心医院眼科 东南大学医学院附属徐州医院

作者简介: 马红卫, 女, 学士, 副主任医师, 研究方向: 白内障、青光眼。

通讯作者: 马红卫. yuyihang@163. com

收稿日期: 2011-07-26 修回日期: 2011-09-02

Clinical observation on the phacoemulsification and intraocular lens implantation combined with trabeculectomy inside the tunnel for treatment of glaucoma with cataract

Hong-Wei Ma, Zhi-Hui Su, Nan-Nan Liu

Department of Ophthalmology, Xuzhou Central Hospital, Affiliated Xuzhou Hospital of Southeast University Medical College, Xuzhou 221009, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Hong-Wei Ma. Department of Ophthalmology, Xuzhou Central Hospital, Affiliated Xuzhou Hospital of Southeast University Medical College, Xuzhou 221009, Jiangsu Province, China. yuyihang@163. com

Received: 2011-07-26 Accepted: 2011-09-02

Abstract

• AIM: To discuss the treating method and the clinical efficacy on combined surgery of glaucoma with cataract.

• METHODS: Phacoemulsification and intraocular lens implantation combined with trabeculectomy inside the tunnel was performed on 45 cases (45 eyes) of glaucoma with cataract.

• RESULTS: There were 32 eyes of which the preoperative visual acuity was < 0.1, 0.1-0.3 in 13 eyes. There were 6 eyes (13%) of which the postoperative visual acuity was < 0.1, 0.1-0.5 in 22 eyes (49%), > 0.5 in 17 eyes (38%). The postoperative IOP was normal in 42 cases. The average value of IOP was 12.78 ± 2.70mmHg. The main postoperative complications included corneal edema and iritis. The follow-up after surgery was 6-12 months. No case of IOP increased. Visual acuity declined in 3 cases.

• CONCLUSION: The phacoemulsification and intraocular lens implantation combined with trabeculectomy inside the tunnel is an ideal method in treating glaucoma with cataract.

• KEYWORDS: glaucoma; cataract; combined surgery; scleral tunnel; trabeculectomy

Ma HW, Su ZH, Liu NN. Clinical observation on the phacoemulsification

and intraocular lens implantation combined with trabeculectomy inside the tunnel for treatment of glaucoma with cataract. *Guji Yanke Zazhi (Int J Ophthalmol)* 2011;11(10):1765-1766

摘要

目的: 探讨治疗青光眼合并白内障的手术方法及临床效果。

方法: 对 45 例 45 眼青光眼合并白内障患者施行白内障超声乳化及人工晶状体植入联合隧道内小梁切除术。

结果: 术前视力 < 0.1 者 32 眼, 0.1 ~ 0.3 者 13 眼。术后视力 < 0.1 者 6 眼 (13%), 0.1 ~ 0.5 者 22 眼 (49%), > 0.5 者 17 眼 (38%)。术前眼压 26 ~ 60mmHg, 术后 42 例眼压降至正常范围, 3 例经局部按摩、滴药后降至正常, 平均眼压 12.78 ± 2.70mmHg。随访 6 ~ 12mo, 无 1 例眼压再升高。3 例视力下降, 经戴镜矫正视力提高。并发症主要是角膜水肿和虹膜炎反应。

结论: 白内障超声乳化人工晶状体植入联合隧道内小梁切除术是治疗青光眼合并白内障的理想方法。

关键词: 青光眼; 白内障; 联合手术; 隧道切口; 小梁切除
DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2011.10.026

马红卫, 苏稚辉, 刘楠楠. 联合手术治疗青光眼合并白内障的临床观察. 国际眼科杂志 2011;11(10):1765-1766

0 引言

青光眼合并白内障是临床常见的眼病, 随着超声乳化技术的普及和提高, 白内障超声乳化人工晶状体植入联合小梁切除术是青光眼合并白内障患者的理想手术方式。以往多采用先做巩膜瓣, 在巩膜瓣下进行超声乳化手术, 手术操作不便, 巩膜损伤大。我们 2005-02/2010-06 期间对 45 例青光眼合并白内障患者施行超声乳化人工晶状体植入联合隧道切口内小梁切除术, 取得满意效果, 报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 本组患者 45 例 45 眼, 男 21 例, 女 24 例, 年龄 61 ~ 78 岁。其中急性闭角型青光眼 26 例, 慢性闭角型青光眼 19 例, 均合并白内障。术前视力光感 4 眼, 数指 10 眼, < 0.1 者 18 眼, 0.1 ~ 0.3 者 13 眼。入院时眼压 26 ~ 60 (平均 35.26) mmHg (1 mmHg = 0.133kPa)。

1.2 方法 常规检查同白内障。术前均使用降眼压药物控制眼压并缩瞳。37 例眼压可降至正常, 8 例眼压不能降至正常。手术前 30min 静滴甘露醇。对眼部充血明显的局部应用激素, 散瞳后立即手术。球周麻醉或表面麻醉, 采用以穹隆部为基底结膜瓣。角膜缘后 2.5mm 处作长 5mm、厚 1/2 巩膜厚度的巩膜隧道切口。在隧道内口行小梁后缘板层切开约 2.5mm, 角膜缘辅助穿刺切口, 注入黏弹剂, 连续环形撕囊、水分离, 超声乳化吸出晶状体核, I/A

抽吸皮质,再次注入黏弹剂,扩大内切口,植入折叠式或硬性人工晶状体于囊袋内,卡米可林缩瞳。用显微巩膜咬切器深入巩膜隧道内切口做一1mm×2mm巩膜小梁咬切,周边虹膜切除。抽吸残余黏弹剂,10-0线间断缝合隧道外切口2针。辅助切口注入平衡液恢复前房深度,检查滤过情况,10-0线密闭缝合结膜瓣。常规同白内障术后用药。若虹膜炎反应重则及时散瞳并加强局部应用皮质激素。

2 结果

2.1 术后视力 术后视力均明显提高,随访6~12mo,视力<0.1者6眼,0.1~0.5者22眼,>0.5者17眼。<0.1者均有不同程度视神经萎缩。

2.2 术后眼压 患者42例眼压降至正常范围,平均眼压 12.78 ± 2.70 mmHg,3例眼压在21~30mmHg,经局部用药及按摩眼球眼压控制在正常范围。无1例出现恶性青光眼。部分患者滤过泡平坦,但眼压始终正常,说明滤过功能存在。

2.3 并发症 并发症主要为角膜水肿和虹膜炎反应。角膜水肿经用药3~7d后角膜恢复透明。5例前房少量渗出,瞳孔区有渗出膜形成,经抗炎、扩瞳治疗,渗出吸收。1例术中发现晶状体悬韧带部分断裂,玻璃体脱出,行前节玻璃体切除,人工晶状体二期植入,眼压维持在20mmHg左右。无1例浅前房、脉络膜脱离发生。

3 讨论

对青光眼合并白内障患者的治疗,如仅行滤过手术降眼压治疗青光眼,由于手术损伤,术后炎症和眼压的变化,常导致白内障加重。而晶状体厚度的增加引起晶状体虹膜隔前移,术后易并发浅前房,甚至恶性青光眼。不得不再次行白内障手术,增加了手术难度,也增添了患者的经济负担。故现在多提倡采用青光眼白内障联合手术^[1]。以往应用传统的抗青光眼手术方法,先制作较大的结膜瓣和巩膜瓣,然后在巩膜瓣下进行超声乳化手术。操作范围大,手术时间长,手术损伤大。本手术采用隧道切口代替巩膜瓣,在隧道内切口处直接咬切巩膜小梁,具有手术操作简便,时间短,组织损伤小,瘢痕小,有利于滤过功能保持;巩膜瓣小,滤过道短,滤过效果好,术后并发症少,术后散光小,视力恢复迅速。

青光眼白内障联合手术的关键在于术后能否有效地控制眼压和提高视力。分次手术虽然降眼压效果较好,

手术时间短,炎症反应轻,但往往术后加速白内障发展,为了复明,需再次行白内障手术。本组病例术前视力32眼<0.1。术后39眼 ≥ 0.1 。视力较术前迅速提高,大大缩短了患者复明的时间,避免了患者二次手术的痛苦及经济负担。摘除白内障彻底解除了晶状体因素在闭角型青光眼中的致病作用,从而在发病机制上有效阻止闭角型青光眼的发展,本组所有病例眼压均得到很好控制,平均眼压 12.78 ± 2.70 mmHg。文献报道超声乳化吸除术后术眼的前房深度和房角宽度均较术前明显增加,且术术前房越浅,房角越窄,术后改变越显著^[2]。本组病例术后无1例浅前房发生。手术并发症主要是角膜水肿和虹膜炎,考虑与以下因素有关:(1)青光眼角膜内皮功能差。(2)闭角型青光眼前房浅,手术操作空间小。(3)青光眼急性发作高眼压下虹膜睫状体处于充血状态,术中虹膜受激惹。但术后经过抗炎治疗,扩瞳均恢复正常。1例术前眼压不能控制,术中发现晶状体悬韧带断裂,玻璃体脱出,行前节玻璃体切除,未植入人工晶状体,待3mo后眼压稳定,炎症反应消退行二期人工晶状体缝线固定术。本手术小梁切除在巩膜隧道内进行。手术在眼球相对闭合状态下进行,术中前房及眼压稳定,术后无1例发生脉络膜脱离。为减少并发症的发生,我们的体会是:(1)术前尽量将眼压控制在正常范围,局部应用激素减轻眼球充血。术前眼压降至30mmHg以下,视力 ≤ 0.3 者手术效果较好。(2)应用高品质黏弹剂、软壳技术可较好地保护角膜,加深前房。(3)撕囊要完整以确保人工晶状体植入囊袋内,避免植入睫状沟内引起炎症及眼压升高。(4)术中抽吸彻底,避免残留的皮质堵塞滤过口而影响滤过功能,防止因残留黏弹剂而引起术后一过性高眼压^[3]。(5)眼压>40mmHg及具有易患恶性青光眼体质的患者要分次手术。

白内障超声乳化人工晶状体植入联合隧道内小梁切除术,手术时间短,能有效地控制眼压,迅速恢复视力,术后并发症少,避免了二次手术给患者带来的痛苦和经济负担。是治疗青光眼合并白内障的理想方法,但要求术者慎选病例,综合判断,并且具备熟练的手术操作技巧。

参考文献

- 1 丁洁,沈伟. 青光眼合并白内障施行三联手术的临床分析. 眼外伤职业眼病杂志 2000;22(1):43-44
- 2 郭晓萍,高岩,陈刚,等. 超声生物显微镜量化观察超声乳化白内障吸除人工晶体植入术后前房角的变化. 中华眼科杂志 2004;40(2):94-96
- 3 李绍珍. 眼科手术学. 第2版. 北京:人民卫生出版社 2000:373-435