

小切口联合手术治疗慢性闭角型青光眼合并白内障 20 例

洪 卫

作者单位:(214400)中国江苏省江阴市人民医院眼科
作者简介:洪卫,大学本科,副主任医师,研究方向:眼外伤、眼底病。
通讯作者:洪卫.1969hongwei@sina.com
收稿日期:2012-04-06 修回日期:2012-07-02

Analysis of small - incision combined surgery on chronic angle - closure glaucoma with cataract in 20 cases

Wei Hong

Department of Ophthalmology, Jiangyin People's Hospital, Jiangyin 214400, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Wei Hong. Department of Ophthalmology, Jiangyin People's Hospital, Jiangyin 214400, Jiangsu Province, China. 1969hongwei@sina.com

Received:2012-04-06 Accepted:2012-07-02

Abstract

• AIM: To observe the clinical effect of small - incision extracapsular cataract extraction (ECCE) with posterior chamber intraocular lens implantation combined with goniosynechialysis and trabeculectomy for the treatment of chronic angle - closure glaucoma with cataract.

• METHODS: Twenty cases (26 eyes) with chronic angle - closure glaucoma and cataract were performed combined surgery. The postoperative visual acuity, intraocular pressure (IOP), anterior chamber angle, filtering bleb morphology and complications were all observed and reported. The follow-up was 4-10 months.

• RESULTS: All the patients' visual acuity were improved in different degrees, All eyes had normal IOP. The angle - closure can be partly opened and the range of goniosynechia can be decreased after surgery. Twenty - two eyes had functional filtering bleb. The major complications were anterior chamber hemorrhage and transient corneal edema.

• CONCLUSION: Combined surgery for the treatment of chronic angle - closure glaucoma with cataract can effectively control IOP and improve visual acuity. It is safe and effective.

• KEYWORDS: chronic angle - closure glaucoma; cataract; small - incision; goniosynechialysis; combined surgery

Citation: Hong W. Analysis of small - incision combined surgery on chronic angle - closure glaucoma with cataract in 20 cases. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(9):1760-1761

摘要

目的:观察小切口白内障囊外摘除、后房型人工晶状体植入联合房角分离、小梁切除术(简称联合手术)治疗慢性闭角型青光眼合并白内障的临床疗效。

方法:对20例26眼慢性闭角型青光眼合并白内障患者施行联合手术,术后观察视力、房角、眼压及滤过泡和并发症情况,随访4~10mo。

结果:所有患者术后视力均有不同程度提高,术后房角可见不同程度的开放,周边虹膜粘连范围缩小,所有眼压控制在正常范围,22眼存在功能性滤过泡,主要并发症是前房出血、短暂角膜水肿。

结论:采用联合手术治疗慢性闭角型青光眼合并白内障能够有效控制眼压、提高视力,手术安全、有效。

关键词:慢性闭角型青光眼;白内障;小切口;房角分离;联合手术

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2012.09.49

引用:洪卫.小切口联合手术治疗慢性闭角型青光眼合并白内障20例.国际眼科杂志2012;12(9):1760-1761

0 引言

原发性青光眼和白内障是常见的致盲眼病,原发性慢性闭角型青光眼与同时存在的白内障可加重病情的发展。我院采用小切口白内障囊外摘除、人工晶状体植入联合房角分离、小梁切除术治疗慢性闭角型青光眼合并白内障,取得了良好效果,能够达到一次性有效控制眼压、提高视力的目的,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 收集2008-05/2011-05住院的慢性闭角型青光眼合并白内障20例26眼。男8例12眼,女12例14眼,年龄56~81(平均66.7)岁。术前最佳矫正视力指数~0.08者7眼,0.1~0.25者14眼,0.3~0.4者5眼。术前联合应用抗青光眼药物控制眼压,术前所有眼压控制不超过25mmHg。裂隙灯显微镜检查均可见不同程度的晶状体浑浊,虹膜周边不同程度膨隆,前房角镜检查显示房角窄或关闭,房角有不同程度的粘连。同时行A/B超、人工晶状体度数测量等检查。术前30min散瞳。

1.2 方法 常规球周麻醉,作以上穹隆为基底的结膜瓣,热透止血;巩膜上方角巩缘后3mm作以角巩缘为基底的4mm×3mm的板层巩膜瓣,巩膜瓣分离至角巩缘后1mm处改为隧道刀向前潜行分离至角巩缘内1mm,穿刺入前房,注入黏弹剂,连续环形撕囊,充分水分离,注入黏弹剂至核的前后方,用隧道刀在瓣的右侧扩大切口至5.5~6mm,劈核后娩出晶体核,注吸残留皮质,后囊抛光,前房角内虹膜根部注入黏弹剂,同时用黏弹剂针头360°轻压虹膜根部做房角分离。囊袋内植入人工晶状体,巩膜瓣下切除

1.5mm×2mm 小梁组织,对应处虹膜周边切除,吸出黏弹剂,缩瞳,巩膜瓣两顶角及右侧角各缝合1针,并调节缝线松紧以达到前房形成良好,切口无渗漏,缝合结膜切口。术后观察视力、眼压、滤过泡、前房角和并发症等。

2 结果

2.1 视力 术后1wk矫正视力:0.1~0.25者3眼,0.3~0.5者16眼,0.5以上者7眼。术后视力提高不明显者与长期高眼压造成视功能损害有关。

2.2 眼压及滤过泡 患者术后眼压均低于20mmHg。术后随访4~10mo,随访期内眼压稳定于正常范围内。术后3mo,24眼形成扁平而弥散滤过泡;术后8~10mo,22眼滤过泡扁平而弥散,2眼滤过泡局限而眼压正常。

2.3 前房角 术后1~3mo检查前房角,与术前对比,术后房角关闭所在象限可见不同程度的开放,粘连范围变小。

2.4 并发症 术后3眼出现少量前房出血,治疗后3d内全部吸收;暂时性角膜水肿2眼,术后2~4d消退;1眼术后浅前房,为滤过过畅,经局部垫压2d,前房恢复正常。术中无后囊破裂,术后未见脉络膜脱离及黄斑水肿等并发症。

3 讨论

原发性青光眼是一种严重的不可逆疾病。在我国主要以原发性闭角型青光眼为主,原发性闭角型青光眼的发生,往往与同时存在的白内障有关,随着年龄的增长,晶状体体积增大、膨胀是原发性闭角型青光眼发病的主要诱因。慢性闭角型青光眼由于局部长期应用缩瞳剂,致使晶状体弹性变差,悬韧带松弛,使晶状体进一步增厚,前房变浅,房角变窄,故晶状体因素在慢性闭角型青光眼的发病中起重要作用。

目前有关青光眼合并白内障联合手术方式的文献报道有多种,观点各不相同。我们采用小切口白内障囊外摘除、后房型人工晶状体植入联合房角分离、小梁切除术治疗慢性闭角型青光眼合并白内障既能提高视力,又能在术后良好地控制眼压,防止视神经进一步损害,取得了良好的效果。其降眼压的机制在于:(1)手术中摘出较大而厚的晶状体,为虹膜后退提供了空间,使浅前房加深,前房角加宽,解决瞳孔阻滞;囊袋内人工晶状体前倾使人工晶

状体远离虹膜后表面,也解除了瞳孔阻滞发生的基础^[1]。这些在一定程度上同时可减轻前房角的拥挤,从而致非粘连性的关闭房角开放;(2)行房角分离术时,可将前粘连的周边虹膜从前房角上分离开,暴露小梁网,充分用其生理性房水循环通道,使周边部分粘连的房角能重新开放,增加房水引流^[2,3]。(3)对于房角粘连范围较广泛的,术中行房角分离,仅能使部分虹膜周边粘连解除,而大部分前房角不能开放的患者,同时在上方做小梁切除,可进一步控制、预防因房角关闭或房角引流功能丧失而引起的眼压升高,使部分房水从前房经滤过口引流至结膜下,然后经结膜滤过池周围的毛细血管或瘢痕组织中的淋巴管吸收,进一步降低眼压^[4]。

由于联合手术与单纯白内障或青光眼手术不同,患者的眼部条件较复杂,对手术的操作要求较高,为了能够安全、有效地实施手术,应注意以下几方面:(1)青光眼合并白内障患者的前房较浅,晶状体膨胀,后房压力较高,撕囊时容易发生囊膜撕裂,应用黏弹剂尽量将囊膜压平,以保证能顺利连续环形撕囊,囊口宜偏大不宜小;(2)术中要充分利黏弹剂保护角膜,动作轻巧,尽可能减少操作,使有限的角膜内皮细胞进一步减少;(3)术中后囊膜必需抛光,以减少后发性白内障发生率;(4)巩膜瓣缝合时缝线松紧要适宜,达到前房形成良好,切口无渗漏,适度轻压巩膜瓣后唇时有少量房水流出,缝线缝合球结膜切口需达到水密状态,可减少术后低眼压、浅前房等并发症。

这种小切口联合手术方法简便且不需要昂贵设备,是治疗慢性闭角型青光眼合并白内障的安全、有效、经济的术式,可在基层医院开展。

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 2000:162-171
- 2 李恩辉,林咸平,李辉军,等. 超声乳化联合房角分离术治疗闭角型青光眼术后眼压失控合并白内障. 中国实用眼科杂志 2007;25(1):61-62
- 3 刘旋. 白内障超声乳化联合房角分离手术治疗闭角型青光眼合并白内障. 中国实用眼科杂志 2011;29(10):1088-1090
- 4 高玫蕊,高磊,葛胜利. 急性闭角型青光眼合并白内障手术治疗的疗效观察. 国际眼科杂志 2008;8(10):2126-2127