

青光眼白内障联合手术预置小梁切口的疗效

杨学龙, 杨建, 秦海燕

作者单位: (211300) 中国江苏省高淳县, 江苏建康职业学院附属高淳县人民医院眼科

作者简介: 杨学龙, 本科, 主治医师, 研究方向: 白内障、青光眼、泪器病。

通讯作者: 杨学龙. yanxielong@163.com

收稿日期: 2012-03-19 修回日期: 2012-06-08

Effect of combined cataract and glaucoma operation presetting trabecular incision

Xue-Long Yang, Jian Yang, Hai-Yan Qin

Department of Ophthalmology, Gaochun People's Hospital Affiliated to Jiangsu Jiankang Vocational College, Gaochun County 211300, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Xue-Long Yang. Department of Ophthalmology, Gaochun People's Hospital Affiliated to Jiangsu Jiankang Vocational College, Gaochun County 211300, Jiangsu Province, China. yanxielong@163.com

Received: 2012-03-19 Accepted: 2012-06-08

Abstract

• **AIM:** To investigate the small incision extracapsular cataract extraction and posterior chamber intraocular lens capsular bag implantation combined with presetting trabecular incision trabeculectomy for treatment of glaucoma complicated with cataract clinical curative effect.

• **METHODS:** Twenty-one cases with coexisting cataract and glaucoma were performed cataract extracapsular extraction and posterior chamber intraocular lens capsular bag implantation combined with presetting trabecular incision trabeculectomy. Postoperative visual acuity, intraocular pressure and complications were observed.

• **RESULTS:** All patients postoperative intraocular pressure decreased to normal range. Postoperative visual acuity improved to different degrees. After surgery in 1 eye occurred early anterior membrane of intraocular lens, 2 eyes appeared transient corneal edema.

• **CONCLUSION:** Presetting trabecular incision in small incision extracapsular cataract extraction and posterior chamber intraocular lens implantation combined with trabeculectomy is safe, effective and economical, which is worthy of promoting.

• **KEYWORDS:** triple operation for glaucoma and cataract; small incision; presetting trabecular incision

Citation: Yang XL, Yang J, Qin HY. Effect of combined cataract and glaucoma operation presetting trabecular incision. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(7):1380-1381

摘要

目的: 探讨小切口白内障囊外摘出和后房型人工晶状体囊袋内植入联合预置小梁切口小梁切除术治疗青光眼合并白内障的临床疗效。

方法: 对 21 例青光眼合并白内障患者实施白内障囊外摘出和后房型人工晶状体囊袋内植入联合预置小梁切口小梁切除术, 观察术后患者视力、眼压及并发症情况。

结果: 所有患者术后眼压均降至正常范围内。术后视力均有不同程度的提高。术后 1 眼发生早期人工晶状体前膜, 2 眼暂时性角膜水肿。

结论: 预置小梁切口和小切口白内障摘除及后房型人工晶状体植入联合小梁切除术是安全、有效、经济的治疗方法, 值得推广。

关键词: 青光眼白内障三联手术; 小切口; 预置小梁切口

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2012.07.51

引用: 杨学龙, 杨建, 秦海燕. 青光眼白内障联合手术预置小梁切口的疗效. 国际眼科杂志 2012;12(7):1380-1381

0 引言

青光眼和白内障是目前临床上的多发病、常见病, 两者常共同发生。控制眼压和恢复视功能, 是临床治疗的主要目的。我院 2001-05/2010-12 对 21 例青光眼合并白内障行小切口白内障囊外摘出和后房型人工晶状体囊袋内植入联合小梁切除术, 取得良好临床效果, 现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选择 2001-05/2010-12 收住本院的青光眼合并白内障 21 例 21 眼, 男 7 例, 女 14 例, 年龄 48 ~ 82 (平均 67.2 岁)。青光眼类型: 白内障膨胀期继发青光眼 4 眼, 急性闭角型青光眼 5 眼, 慢性闭角型青光眼 12 眼。术前视力: 光感者 1 例, 光感 ~ 0.08 者 6 例, 0.1 ~ 0.3 者 14 例。眼压 30 ~ 60 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa) 者 19 例; >60 mmHg 者 2 例, 术前使用全身及局部降眼压药物控制眼压, 用药后眼压降至 11 ~ 22 mmHg。

1.2 方法 术前准备: 术前常规全身检查, 常规裂隙灯、光定位及色觉检查、眼 B 超、计算所需人工晶状体屈光度数。高渗剂、减少房水生成剂等降眼压药物联合应用, 尽可能将眼压控制至 <21 mmHg。左氧氟沙星眼液及典必殊眼水滴眼 3 次/d, 20g/L 利多卡因 + 7.5g/L 布比卡因各 3 mL, 球周阻滞麻醉, 手掌压迫眼球 5 ~ 10 min 控制眼压。开睑, 手术显微镜下做以上穹隆为基底的结膜瓣, 作上直肌牵引缝线, 上方做 4 mm × 5 mm 的巩膜瓣, 约 1/2 巩膜厚度, 板层分离至角巩膜缘至透明角膜 1.5 mm, 作角膜后界处长 2 mm, 宽 1.0 mm 的二条平行切口, 预置小梁切除切口, 缓慢放出房水, 用 3.2 mm 刀从隧道达到透明角膜处穿刺入前房扩大内切口, 注入黏弹剂, 撕囊镊连续环形撕囊, 充分水分离, 劈核, 娩出晶状体核, 做前房冲洗, 将晶状体

皮质吸取干净,后囊抛光,注入黏弹剂,植入后房型人工晶状体于囊袋内,调整位置,缩瞳,12:00 处相应虹膜处做一三角形周切口,复位虹膜,在预置小梁二条平行切口切除 2.0mm×1.0mm 小梁组织,10-0 线巩膜瓣两角各缝合 1 针,缝合球结膜切口,术毕单眼包封。术后处理:常规典必殊滴眼液滴眼,4 次/d;普拉洛芬滴眼液滴眼,4 次/d;左氧氟沙星滴眼液滴眼,4 次/d;复方托品酰胺滴眼液,1 次/d (术后 1wk 内)。

2 结果

2.1 视力 术后 3d 视力:光感 ~0.08 者 2 例,0.1 ~0.25 者 5 例,0.3 ~0.5 者 11 例,视力 >0.5 者 3 例;术后视力 >0.2 者 16 例(76%)。术后视力改善不良者术前瞳孔有散大,眼底视乳头色淡,C/D 大。

2.2 术后眼压 术后眼压降至正常范围内,术后随访 6 ~12mo,随访期内眼压基本稳定于正常范围内。

2.3 术后前房形成情况 根据 Speath 分类将浅前房分为 III 级,术后第 1d 正常前房形成 20 例(95%),无 II 级浅前房发生,1 例 I 级浅前房(5%)。

2.4 并发症 术中未发生后囊破裂。术后发生暂时性角膜水肿 2 例,术后 3 ~5d 消退,未有脉络膜脱离及黄斑水肿等其它并发症。早期人工晶状体前膜 1 例,给予局部球旁激素注射,散瞳治疗,3d 后消失。本组病例经过 6 ~12mo 随访,无晶状体移位,眼压保持正常,其中 5 例术后出现后囊混浊,行 Nd:YAG 激光晶状体后囊切开。

3 讨论

原发性闭角型青光眼的解剖基础为前房浅、房角狭窄、晶状体较厚、位置相对靠前。随着年龄增长,晶状体厚度增加,前房更浅,瞳孔阻滞加重^[1],晶状体将虹膜推向前移,周边部虹膜向前膨隆,进一步导致前房变浅,房角变窄。晶状体的摘除可以彻底解除瞳孔阻滞,加深前房,促进非粘连性的房角关闭再开放,有利于控制眼压,并且可以阻止闭角型青光眼房角粘连的进一步发展^[2]。对闭角型青光眼合并白内障患者,目前认为房角关闭 <180° 可单纯行白内障超声乳化吸出+人工晶状体植入术;若房角关闭 ≥180°,需行三联手术。目前大多数医生采用联合手术方式治疗青光眼合并白内障^[3,4],而联合手术不但可以降低晶状体的体积,解除瞳孔阻滞,还能增加房水的排出,从而大大地提高了手术的降眼压效果,达到标本兼治,同时还能提高视力,避免了短时间内二次手术的问题。传统囊外白内障三联手术最大缺点为远期滤过泡失败率高达 59% ~78%,而且组织损伤大,术后视力恢复慢,角膜散光

度较大^[5]。小切口白内障由于手术在隧道内小切口状态下进行,使手术过程处于一个相对封闭的状态,术中眼内空间相对稳定,眼后段压力变化小,故对眼内组织刺激小^[6],也降低角膜水肿、浅前房、虹膜炎等并发症的发生^[7]。我们的体会是:(1)预置小梁切口,进前房前眼压高可通过切口缓慢放水,因未作小梁切除,术中切口不漏水保证前房的稳定性,给手术带来安全,能充分保证小梁切除手术切除区组织的准确性,也不会因缝合巩膜瓣而使小梁切口变形,这些因素对手术后的眼压控制起着决定性的作用。(2)手术操作在角膜内切口,减少滤过手术区的术后瘢痕化,容易形成功能滤过泡,可避免破坏更多的房角结构。内切口具有自闭性^[8],使手术符合青光眼小梁切除术基本原理^[9],手术后房水可向 4 个方向排出^[10]:a 球结膜下滤过是术后房水引流的主要途径;b Schlemm 管断端引流;c 房水穿透结膜进入泪膜,见于薄壁或囊变的滤过泡;d 房水通过巩膜与睫状体间隙流至脉络膜上腔。

总之,小切口非超声乳化人工晶状体植入联合预置小梁切口小梁切除术切口小、安全,损伤轻、视力恢复快、术后并发症少,可获得良好的滤过效果,是一种安全、有效、廉价的手术方法。

参考文献

- 1 吴永青,李一壮,徐仁凤. 超声生物显微镜在青光眼白内障联合手术中的应用. 国际眼科杂志 2008;8(12):2456-2458
- 2 Lam DS, Tham CC, Lai JS, et al. Current approaches to the management of acute primary angle closure. *Curr Opin Ophthalmol* 2007; 18:146-151
- 3 王宇冉. 青光眼合并白内障的手术选择. 眼外伤职业眼病杂志 2007;29(8):584-586
- 4 梅淑萍. 慢性闭角型青光眼白内障手术治疗临床探讨. 眼外伤职业眼病杂志 2007;29(5):375-376
- 5 Wedrich A, Menapace R, Radax U, et al. Long-term results of combined trabeculectomy and small incision cataract surgery. *J Cataract Refract Surg* 1995;21(1):49-54
- 6 徐勇玲,陈凡,施凌平,等. 小切口白内障囊外摘除人工晶状体植入术治疗高度近视眼并发白内障的临床观察. 临床眼科杂志 2011;19(6):528-530
- 7 王日新,于水泳,张洋. 小切口非超声乳化白内障摘除人工晶状体植入术临床分析. 国际眼科杂志 2008;8(4):836-837
- 8 景桂莲,李月礼,岳军. 小切口白内障囊外摘除人工晶状体植入术 312 例临床分析. 国际眼科杂志 2010;10(9):1748-1749
- 9 惠延年. 眼科学. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社 2004:138-142
- 10 杨新光,朱赛琳,解晓明. 疑难青光眼的诊断与治疗. 北京:人民军医出版社 2005:197-199