

白内障超声乳化联合 IOL 植入术治疗晶状体溶解性青光眼

陈源, 邢茜, 陆炯

作者单位: (215500) 中国江苏省常熟市第二人民医院眼科
作者简介: 陈源, 毕业于苏州大学, 眼科硕士, 住院医师, 研究方向: 白内障。

通讯作者: 陆炯, 副主任医师, 主任, 研究方向: 白内障、眼整形外科。cc12cox@163.com

收稿日期: 2013-04-23 修回日期: 2013-07-12

Therapeutic effect of phacoemulsification and intraocular lens implantation for phacolytic glaucoma

Yuan Chen, Qian Xing, Jiong Lu

Department of Ophthalmology, Changshu No. 2 People's Hospital, Changshu 215500, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Jiong Lu. Department of Ophthalmology, Changshu No. 2 People's Hospital, Changshu 215500, Jiangsu Province, China. cc12cox@163.com

Received: 2013-04-23 Accepted: 2013-07-12

Abstract

• **AIM:** To evaluate the therapeutic effect of phacoemulsification and intraocular lens implantation on phacolytic glaucoma.

• **METHODS:** A survey of the operative complications, visual activity and intraocular pressure was taken, after the cases received the operation of phacoemulsification and intraocular lens implantation for phacolytic glaucoma.

• **RESULTS:** The complications of the surgery were slight and easy to control. The intraocular pressure of 17 cases was between 41.7-62.4mmHg before the surgery, and it was 10.7-18.2mmHg after the surgery. Furthermore, the visual activity was light perception (LP) in pre-operation while it was ≥ 0.5 postoperatively.

• **CONCLUSION:** Phacoemulsification and intraocular lens implantation is a safe and effect way for phacolytic glaucoma.

• **KEYWORDS:** phacolytic glaucoma; phacoemulsification; intraocular pressure; vision

Citation: Chen Y, Xing Q, Lu J. Therapeutic effect of phacoemulsification and intraocular lens implantation for phacolytic glaucoma. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2013;13(8):1679-1680

摘要

目的: 探讨白内障超声乳化联合人工晶状体植入术治疗晶

状体溶解性青光眼的疗效。

方法: 对晶状体溶解性青光眼行白内障超声乳化联合人工晶状体植入术, 观察术中术后手术并发症, 对比入院时及术后的视力及眼压。

结果: 手术并发症轻且易于控制; 17 例术前眼压 41.7 ~ 62.4mmHg, 视力光感, 术后眼压平稳于 10.7 ~ 18.2mmHg, 视力 ≥ 0.5 。

结论: 白内障超声乳化联合人工晶状体植入术能够安全、有效地治疗晶状体溶解性青光眼。

关键词: 晶状体溶解性青光眼; 超声乳化白内障吸除术; 眼内压; 视力

DOI: 10.3980/j.issn.1672-5123.2013.08.52

引用: 陈源, 邢茜, 陆炯. 白内障超声乳化联合 IOL 植入术治疗晶状体溶解性青光眼. *国际眼科杂志* 2013;13(8):1679-1680

0 引言

晶状体溶解性青光眼是一种急性继发性开角型青光眼, 常发生于过熟期白内障。该病药物难以控制眼压, 如眼压长时间较高则可导致视神经不可逆性损害。我院于 2007-01/2012-07 对 17 例晶状体溶解性青光眼患者行白内障超声乳化联合人工晶状体植入术, 效果良好。现将资料整理, 并将结果报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 晶状体溶解性青光眼患者 17 例, 其中男 10 例, 女 7 例, 年龄 74 ~ 82 (平均 76.2) 岁, 均为单眼过熟期白内障 (其中另一眼已行白内障手术者 12 例)。术前眼压 (Goldmann 眼压计测量): 41.7 ~ 62.4mmHg (1mmHg = 0.133kPa)。急性发作 1 ~ 3d。术前视力: 均为光感。术前检查见角膜水肿, 前房深度正常或较深 (部分患眼前房内灰白色小点物漂浮), 晶状体皮质混浊, 囊膜皱缩。所入选病例根据术前另眼眼压测量、眼底视乳头检查及双眼 UBM 房角检查, 排除患有原发性青光眼; 根据眼前节检查情况、有无眼外伤病史及 UBM 晶状体悬韧带检查, 排除其他晶状体改变所致青光眼。

1.2 方法

1.2.1 术前处理 所有患者行裂隙灯检查、眼底检查、眼压测量、眼部 A/B 超检查、角膜内皮检查、角膜曲率检查等。术前滴用左氧氟沙星滴眼液预防感染, 同时滴用盐酸卡替洛尔滴眼液, 口服醋甲唑胺, 全身 200g/L 甘露醇静滴控制眼压, 如眼压控制不理想, 则行前房穿刺术降低眼压^[1], 将眼压降至 30mmHg 以下。

1.2.2 手术治疗 以复方托吡卡胺滴眼液扩瞳, 盐酸奥布卡因滴眼液表面麻醉, 常规洗眼消毒铺巾, 置开睑器, 作颞上方透明角膜切口, 左侧角膜周边穿刺, 注吸针头仔细冲洗前房及房角, 前房内注黏弹剂, 于撕囊开始时见液化皮

质自破开囊口溢出,吸除溢出皮质,注入黏弹剂,撕囊颞完成撕囊,拦截劈裂法分核,超声乳化晶状体核,前房注黏弹剂,后囊抛光,囊袋内植入人工晶状体,吸除眼内黏弹剂,注平衡液恢复眼压,各切口闭合良好,结膜囊涂氧氟沙星眼膏,纱布封术眼,术毕。

1.2.3 术后处理 术后氢化泼尼松静滴5d,局部点用复方妥布霉素地塞米松滴眼液及普拉洛芬滴眼液10d。出院后平均随访12wk(前4wk为1次/wk,以后每2wk1次,共8次),检测视力、非接触式眼压计查眼压、裂隙灯显微镜观察眼前节情况。

2 结果

手术过程顺利,无后囊膜破裂、人工晶状体脱位等并发症发生,所有患者均植入后房型人工晶状体。术后第1d检查见11例患眼出现不同程度角膜水肿,后弹力层轻度皱褶,5例见有前房渗出,经局部及全身应用激素治疗后5d角膜透明,10d后前房反应消失。出院后平均随访12wk(共8次),眼压均控制在10.7~18.2mmHg之间,查视力均 ≥ 0.5 。末次查眼压:12.4~17.5mmHg。末次查视力8例0.5(47%),6例0.6者(35%),3例0.8(18%)。

3 讨论

正常时,晶状体囊膜有保护晶状体蛋白不致渗入入房水的作用。在过熟期白内障,晶状体囊膜渗透性增加,使可溶性蛋白渗漏入房水中。其引起眼压升高的作用机制,目前有2种学说:(1)巨噬细胞吞噬晶状体皮质而阻塞小梁网学说:研究发现,房水中的巨噬细胞,可吞噬房水中的晶状体皮质而膨胀呈圆形,膨胀的巨噬细胞聚集于虹膜隐窝、小梁网内使房水流出受阻,眼压升高。(2)高分子量可溶性晶状体蛋白直接阻塞房水排出通道学说:晶状体蛋白在正常情况下位于晶状体内不会逸出囊膜。但随着年龄的老化,白内障发生发展,晶状体的成分也发生着改变,大分子量的可溶性晶状体蛋白增加,透过囊膜进入前房,堵塞房角造成眼压升高^[2,3]。

本研究对17例晶状体溶解性青光眼行白内障超声乳化联合人工晶状体植入术治疗,术后随访观察12wk,视力得到明显提高,眼压平稳控制于正常范围内,说明该手术方式是治疗晶状体溶解性青光眼有效的途径之一。由于术前眼压较高(41.7~62.4mmHg),非接触眼压计测量可能出现偏差,所有患者采用Goldmann眼压计进行测定;眼压在术后得到有效控制后(10.7~18.2mmHg),使用非接触性眼压计进行检测。由于部分患眼的高眼压状态导致角膜高度水肿影响角膜内皮检查及手术治疗,对这部分患者行药物联合前房穿刺术控制眼压治疗^[1],使其有效控制于30mmHg以下,角膜水肿程度亦得到明显改善。对角膜

内皮计数较低面临角膜失代偿风险、眼压不能控制者,则不宜行白内障超声乳化术。过熟期白内障部分皮质液化溢出,囊膜皱缩,棕黄(黑)色的晶状体核沉于囊袋下方,晶状体体积缩小。由于患者囊膜张力低后囊膜薄弱加上晶状体悬韧带脆弱,无眼底红光反射,因此手术中成功的撕囊对于手术的成功甚为重要。撕囊口宁小勿大,可先撕一较小的囊口,在植入晶状体后再行二次撕囊以扩大囊口提高手术的成功率。撕囊过程中如果有较多的液化皮质扩散至前房,影响手术视野,应停止撕囊先行吸出前房皮质,再向囊袋内补充一定量的黏弹剂支撑囊膜以完成撕囊^[4]。由于晶状体悬韧带脆弱,因此行超声乳化过程中,手法应轻柔,尽可能减少对悬韧带的冲击,如发生悬韧带断裂需使用张力环。既往报道中,对是否联合小梁切除术意见不一^[5,6]。本组病例单纯行白内障摘除手术,在眼压控制的情况下尽量避免了因小梁切除术本身造成的脉络膜脱离、浅前房等风险,并且单行白内障手术较联合手术后炎症反应轻、易于控制。同时在手术中选用透明角膜切口,避免了因行巩膜隧道造成结膜下瘢痕,为日后可能的小梁切除术留下空间^[7]。

该病主要发生于年龄相关性白内障(皮质性)过熟期。本组研究中接诊的17例患者中,其中12例有既往另眼白内障手术史。因单眼白内障术后视力提高,部分患者忽视了再行白内障手术的必要,导致皮质性白内障进入过熟期并引发相关并发症。因此对年龄相关性白内障患者,特别是皮质性白内障单眼行手术患者,应加强其对白内障有关并发症的认识,并建议其术后长期、定期随访,必要时手术治疗。

参考文献

- 1 Amavielle S, Creuzot - Garcher C, Bron AM. Anterior chamber paracentesis in patients with acute elevation of intraocular pressure. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2007;245(3):345-350
- 2 李美玉. 青光眼学. 北京:人民卫生出版社 2004:404-405
- 3 Mavranakas N, Axmann S, Issum CV, et al. Phacolytic glaucoma: are there 2 forms? *J Glaucoma* 2012;21(4):248-249
- 4 何守志. 晶状体病学. 北京:人民卫生出版社 2004:283-284
- 5 Braganza A, Thomas R, Geoeg T, et al. Management of phacolytic glaucoma: experience of 135 cases. *Ophthalmology* 1998;46(3):139-143
- 6 Venkatesh R, Tan CS, Kumar TT, et al. Safety and efficacy of manual small incision cataract surgery for phacolytic glaucoma. *Br J Ophthalmol* 2007;91(3):279-281
- 7 龚力力. 白内障超声乳化吸除合并人工晶体植入. 北京:人民卫生出版社 2000:52-53