

青光眼小梁切除术滤过手术后低眼压性浅前房的临床分析

冷青青

(江西省武宁县人民医院 武宁 332300)

关键词: 青光眼; 小梁切除术滤过手术; 低眼压性浅前房

中图分类号: R 775

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.057

青光眼是一种不可逆的致盲眼病,小梁切除术滤过手术是治疗青光眼的主要方法。据报道,青光眼滤过性手术成功率仅为 70%~90%^[1];而术后早期最常见的并发症是低眼压性浅前房^[2],较为严重的浅前房若不及时处理,可引起角膜内皮损伤、大疱性角膜病变、周边虹膜前后粘连、白内障加速形成、黄斑病变等严重后果。因此,正确认识低眼压性浅前房并及时正确处理,不但关系到手术的成败,而且可以防止并发症,保护视功能。我院于 2002 年 6 月~2007 年 6 月行青光眼小梁切除术滤过手术 366 眼,现将其低眼压性浅前房并发症情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 小梁切除术 347 例(366 眼),其中男 126 例(135 眼),女 221 例(231 眼),年龄 40~76 岁。其中急性闭角型青光眼 148 眼,慢性闭角型青光眼 126 眼,开角型青光眼 58 例,继发性青光眼 34 眼。术后早期发生低眼压性浅前房 31 例(35 眼)。

1.2 手术方法 药物控制眼压后,在显微镜下进行手术。局部麻醉后,作以角膜缘为基底的结膜瓣,再制作以角巩缘为基底的巩膜瓣,根据青光眼的类型、患者的年龄、所期望滤过量的大小作适当大小及厚度的梯形巩膜瓣^[3],小梁切除后,作相应大小的虹膜周边切除,恢复虹膜,回复巩膜瓣后,在巩膜瓣和巩膜床的两个后角用 10-0 尼龙线各缝合一针,线结均埋入巩膜组织内,5-0 丝线缝合结膜瓣。下穹窿部球结膜下注射庆大霉素 2 万单位和地塞米松 2.5 mg,单眼包扎。

1.3 浅前房的原因 低眼性浅前房常由于房水引流过畅、滤口太大、巩膜瓣过薄、巩膜瓣缝线结扎太松、结膜瓣裂口房水渗漏、脉络膜脱离、房水分泌减少、房水逆流和晶状体-巩膜隔前移所致。

1.4 浅前房的判断 术后经裂隙灯显微镜检查术眼结膜充血、滤过泡形成、角膜透明度、前房深浅、瞳孔大小、眼压情况,必要时行眼 B 超检查。术后 3 d 未形成前房或形成数天后又消失者均定为浅前房。根据 Speath 分级法^[4]分为Ⅲ度:浅Ⅰ度为中央前房形成,周边虹膜与角膜内皮相接触;浅Ⅱ度为除

瞳孔区的晶状体前囊未与角膜接触外,其余整个虹膜面均与内皮相贴;浅Ⅲ度为前房消失,整个虹膜面及晶状体前囊均与角膜内皮相贴。

1.5 浅前房的处理 术后Ⅰ~Ⅱ度浅前房,以保守治疗为主。应加强散瞳、全身或局部应用类固醇激素、口服碳酸酐酶抑制剂和高渗剂、适当绷带包扎等处理。Ⅲ度浅前房对角膜内皮及晶状体均会造成严重损害,故应采用手术处理。

2 结果

本组 347 例(366 眼),术后 31 例(35 眼)发生低眼压性浅前房,发生率为 9.6%。引流过畅者 26 眼,结膜瓣渗漏者 8 眼,睫状体脉络膜脱离者 1 眼。浅前房发生在术后 3 d 内者 22 眼,发生在术后 3~7 d 者 8 眼,其余 5 眼发生于术后 7 d 以后。本组病例浅前房经保守治疗后 33 眼均恢复前房,仅 2 例行白内障摘除手术,术后前房形成良好。35 眼眼压均控制在正常范围,无虹膜前后粘连、低眼压性黄斑病变及眼球萎缩等并发症。

3 讨论

青光眼小梁切除术滤过手术后低眼压性浅前房是术后早期并发症之一,是无法完全控制的,但若充分认识了解浅前房形成的原因,正确处理好术前、术中、术后各个环节,可明显减少浅前房的发生率。虽然手术后浅前房多数可自行恢复,但对于较为严重的浅前房如处理不当,拖延过久,则可引起视功能损害较为严重的并发症,并导致滤过手术的失败。临床医生应熟练掌握显微手术技巧,正确选择手术方式。术前有效控制眼压,减轻眼部炎症。术中精细操作,减少组织损伤及出血,控制巩膜瓣的厚度、巩膜瓣缝线的张力及巩膜瓣可调缝线的使用,避免损伤睫状体,均可大大减少小梁切除术后浅前房的发生率。

参考文献

- [1]何守志.眼科学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,1980.107
- [2]孙叙清,张磊,杜刚,等.青光眼滤过性手术后低眼压性浅前房的预防和处理[J].国际眼科杂志,2004,5(4):642-644
- [3]李绍珍.眼科手术学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1980.488
- [4]周文炳.临床青光眼[M].北京:人民卫生出版社,2000.421-473

(收稿日期:2011-01-05)