

■ 临床报告 ■

小切口非超声乳化白内障摘出联合房角分离术治疗
膨胀期白内障继发青光眼

袁 鹂 张晓俊

【中图分类号】 R779.66 【文献标识码】 A

【文章编号】 1003-5141(2008)01-0077-01

【关键词】 青光眼; 白内障; 房角分离

我院眼科在2005年1月至2007年5月对19例(21眼)膨胀期白内障继发青光眼患者,房角关闭小于1/2者单纯行小切口非超声乳化白内障摘出及人工晶状体植入术,房角关闭大于1/2者行小切口白内障摘出及人工晶状体植入联合房角分离术治疗,疗效较好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者为首次急性发作继发性闭角型青光眼,检查发现晶状体虹膜隔前移,晶状体混浊膨胀,既往无小发作史。患眼晶状体混浊,核硬度I~III级。共分为2组:A组12眼,房角关闭粘连 $<180^\circ$,用药后眼压低于21 mmHg(1 kPa=7.5 mmHg),单纯行小切口白内障摘出及人工晶状体植入术;B组9眼,房角关闭粘连 $>180^\circ$,用药3 d后眼压仍高于21 mmHg,行小切口非超声乳化白内障摘出及人工晶状体植入联合房角分离术。术前A组12眼房角关闭粘连范围小于 180° ,均大于 90° 。B组9眼房角关闭粘连范围为 $180^\circ \sim 360^\circ$,未关闭部分为窄II~III。术前A组用药后眼压11~21 mmHg,平均18.7 mmHg;B组用药后眼压24~46 mmHg,平均28.3 mmHg;B组眼压明显高于A组。

1.2 检查方法 患者术前及术后常规行视力、裂隙灯、前房角镜检查,AB超声仪测定中央前房深度,Goldman眼压计测量眼压。

1.3 手术方法 美多丽散瞳,球筋膜下麻醉,上方作5.5 mm反眉弓巩膜隧道切口,9:00透明角膜辅助1 mm切口,5.5 mm连续环形撕囊,水分离,劈核,注吸清除皮质,囊袋内植入PMMA后房型人工晶状体,术毕6 h静滴体积分数20%甘露醇250 mL,碘必殊滴眼。B组患者术前30 min静滴体积分数20%甘露醇250 mL,术中植入晶状体后以卡米可林缩瞳后,于 360° 前房角注入透明质酸钠并下压虹膜进行钝性分离,同时用定位勾向中央牵拉虹膜,使房角变宽。均随访3~12个月,平均10个月。

1.4 统计学处理 采用SPSS 9.0统计软件包,眼压及前房深度采用比较t检验,术后房角开放及存留粘连眼数发生率采用精确概率检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 前房角检查 术后2组患者房角均有增宽,大部分房角重新开放,关闭粘连的范围明显减小,部分患者小梁表面较多色素。其中A组房角全部开放12眼,存留关闭粘连范围 $<90^\circ$;B组房角全部开放6眼,存留关闭粘连范围 $<90^\circ$,

其余3眼存留关闭粘连范围为 $90^\circ \sim 180^\circ$ 。房角开放较手术前扩大($P < 0.05$)。

2.2 眼压 术后3 d、1周、1个月、3个月、1 a眼压较术前明显降低,A组眼压11~19 mmHg,平均13.7 mmHg;B组眼压13~24 mmHg,平均17.4 mmHg;B组术后眼压与术前比较差异有统计学意义($P < 0.01$),A组术后眼压与术前用药后眼压差异无统计学意义($P > 0.05$);术后2组间眼压差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.3 前房中央深度 手术前后A组前房中央深度分别为 (1.57 ± 0.41) mm、 (2.43 ± 0.41) mm,B组分别为 (1.49 ± 0.30) mm、 (2.26 ± 0.29) mm。组内手术前后差异有统计学意义($P < 0.001$),组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.4 视力 术后裸眼视力2组均有不同程度提高。A组术前视力 <0.1 者3眼,0.1~0.4者9眼,术后0.1~0.4者4眼,0.5~1.0者8眼;B组术前视力 <0.1 者7眼,0.1~0.4者2眼,术后 <0.1 者1眼,0.1~0.4者7眼,0.5~1.0者1眼。

2.5 并发症 部分患者术后轻度角膜水肿,2~3 d后均恢复透明。4例患者术后出现前房纤维素样渗出,均为术前眼压较高或合并有糖尿病,经结膜下注射地塞米松或频繁滴典必殊眼液,渗出吸收。2例发生后发性白内障,术后6个月行激光后囊膜切开术后视力恢复。术中无玻璃体溢出及虹膜脱出,术后无浅前房发生。

3 讨论

闭角型青光眼的发病机制是由于眼前段解剖结构异常,瞳孔阻滞发生,虹膜贴向小梁,房水流出道关闭,眼压升高,房角粘连关闭。而晶状体就是引起瞳孔阻滞的重要原因^[1-3]。为此,我们选择了首次发作诊断明确的由于晶状体膨胀引起的继发性青光眼患者,行小切口白内障摘出及房角分离术。结果发现:术后眼压可得到有效控制,部分房角重新开放,前房加深,视力提高。且相对小梁切除术来说,其术后并发症少,无浅前房发生,更不用担心滤过泡相关并发症,效果理想。由此,我们认为,对于初次发作的由晶状体膨胀引起的继发性青光眼的患者,小切口白内障摘出联合房角分离术应为首选。其作用机制及长期疗效还有待于进一步观察分析。

参考文献

- Salmon JF. Predisposing factors for chronic angle-closure glaucoma[J]. *Prog Retina Eye Res* 1999;18:121-132.
- 曾蕊,宋珏,侯承花,隋超. 超声乳化白内障摘出术治疗急性闭角型青光眼[J]. 眼科新进展 *Yanke Xinjinzhan* 2006;26(5):385.
- 郑磊,张建华,仲明. 白内障超声乳化吸出术治疗不同房角状态的闭角型青光眼[J]. 眼科新进展 *Yanke Xinjinzhan* 2005;25(4):384-385.