· 225 ·

· 临床研究 ·

睫状体冷联合小梁切除、丝裂霉素 C治疗晚期难治性青光眼

刘伟 王民秀 刘秀文 任晓冬 田春玲

我院近几年来用睫状体冷冻联合小梁切除、丝裂霉素 C 治疗晚期难治性青光眼 28 例 31 眼取得较好效果。现报告如下:

资料与方法

1. 一般资料 2001年4月~2005年7月,我院 共收治难治青光眼28例31眼,其中男16例18眼,女12例13眼,年龄为20~65岁,平均55.7岁。用药后 眼压<30mmHg4眼,<40mmHg16眼,<50mmHg9眼,>50mmHg2眼。28例中新生血管性青光眼18例21眼;外伤性青光眼2例2眼;无晶体性青光眼4例4眼;晶体溶解性青光眼1例1眼;滤过术后眼压失控3例3眼。

2. 手术方法 先行睫状体冷冻: 于拟行滤过区相对的180度范围进行冷冻, 用直径2.5mm冷冻头放于角膜缘后1mm处, 与巩膜面紧贴垂直, 温度为-80摄氏度, 持续时间为约60秒, 见冰球为3~4mm直径时自行解冻冻离开, 共6个点。再行显微小梁切除术加MMC: 按常规小梁切除术方法(新生血管性青光眼患者选择新生血管相对少的区域;有手术史者避开原手术区), 作为穹隆为基底的结膜瓣, 充分止血后, 作厚1/2、3mm~4mm的板层巩膜瓣, 瓣下放置0.2g/L的MMC棉片3~5分钟后冲洗, 行前房穿刺, 缓慢放出房水, 切除约3mm×2mm小梁组织, 周切根部虹膜(虹膜有新生血管者可先烧灼止血), 缝合巩膜瓣及结膜瓣。对于晶体溶解性青光眼, 可同时摘除晶体, 术后常规局部或全身用抗菌素及激素, 适时散瞳, 个别患者用止血剂, 术后随访3~24个月。

结 果

术后视力无明显改变。术后眼压在6.46mmHg~20.55mmHg者17眼;在20.55mmHg~28.01mmHg者8眼,其中,5例加眼球按摩眼压降至20.55mmHg以下,3例加局部降眼压药后眼压降至20.55mmHg以下;眼压>28.01mmHg者4眼,其中1例行再次手术

治疗;眼压<6.46mmHg者2眼,1例眼球轻度萎缩。根据Kronfeld分型,II型滤泡22眼(70.91%),III型滤泡6眼(19.30%),IV型滤泡3眼(9.79%)。术后各眼滤过功能大都良好。手术效果评价:①手术成功:不用或局部用降眼压药或加眼球按摩,眼压在21mmHg以下;手术失败:加用降眼压药物,眼压仍高于21mmHg。本文31眼中,新生血管性青光眼21眼,成功19眼,失败2眼;外伤性青光眼2眼,成功1眼,失败1眼;无晶体性青光眼4眼,成功3眼,失败1眼;晶体溶解性青光眼1眼,成功1眼;滤过术后眼压失控3眼,均成功。

本组病例并发症: 前房出血者15例(其中有13例为新生血管性青光眼),12例在5日内血液吸收,2例10日内吸收,1例经前房冲洗后好转;浅前房者4例,加压包扎1-3天后好转;高眼压者4例,1例经再次手术眼压下降;前房有渗出膜者9例,经药物治疗,5-7天后渗出膜吸收,有1例发生眼球萎缩,后行眼球摘除。

讨 论

本文介绍的方法,通过睫状体冷冻,可部分破坏睫状体上皮以减少房水分泌;小梁切除同时加用 MMC 可减少瘢痕形成的可能性,以提高手术的成功率¹¹。所以,此类手术,对难治性青光眼,效果值得肯定,适合贫困地区或基层医院开展。本文用 MMC 棉片未发现有角膜受损,伤口延迟愈合等并发症产生。特别是对于年轻患者或筋膜肥厚者可考虑用0.4g/L的MMC棉片3~5min。以免因冷冻范围大、时间长造成眼球萎缩的可能性增加以免因冷冻范围大、时间长造成眼球萎缩的可能性增加对新生血管性青光眼更应注意。所以,术中应用止血药,术中要防止出血,必要时在切除根部虹膜时可烧灼虹膜表面的新生血管,以减少术中术后出血,影响手术成功率。小梁切除加 MMC 联合睫状体冷冻术,对大部分晚期青光眼疗效较好。适合于基层应用。但是该方法也难免有前房出血纤维渗出和眼球萎缩等并发症发生。

参考文献

- 1 夏晓波. 丝裂霉素 C 在青光眼滤过手术中的应用[J]. 国外医学 2 眼科分册, 1995; 19 (1); 18-22
 - 李绍珍. 眼科手术学[M]. 第二版. 北京: 人民卫生出版社, 1998;532

作者单位: 075000 张家口, 河北张家口市第四医院(眼科医院)通讯作者: 刘伟