

## 青光眼联合白内障术后前房炎症的临床浅析

文豪 付迪仁

总结我院收治的青光眼联合白内障的三联手术后前房炎症反应重,发生 4 级以上房水混浊<sup>[1]</sup>(强束光下房水明显混浊,无数微粒, Tyndall 征强阳性)和前房纤维蛋白渗出及膜形成病例进行浅略探讨。

青光眼白内障三联手术的病人 194 例 194 只眼,年龄最大 80 岁,最小 46 岁,平均 54.34 岁。初始眼压(入院时未经药物治疗的眼压)最高为 72.5mmHg,最低为 35mmHg,平均为 45.5mmHg。32 例 32 只眼术后发生 4 级以上房水混浊,其中 10 只眼前房纤维蛋白渗出及膜形成。急性闭角型青光眼 21 只眼,慢性闭角型青光眼 10 只眼,开角型青光眼 1 只眼。术前眼压均用降眼压药物控制至正常或接近正常。手术时间分别为眼压控制后 1~10 天内手术,平均为 4 天。194 只眼中,行 ECCE+IOL+小梁切除术(以下简称手术 I 式) 117 只眼, PHACO+IOL+小梁切除术(以下简称手术 II 式) 77 只眼。术后发生房水混浊 4 级以上的 32 只眼采用手术 I 式 22 只眼,手术 II 式 10 只眼。32 只眼术后均用典必舒眼液点眼。其中前房纤维蛋白渗出及膜形成的 10 只眼加用地塞米松 2.5mg 结膜下注射治疗,每日一次,术后连续 4 天,并用阿托品眼液散瞳每日两次,另 22 只眼用托品卡胺眼液散瞳,每日两次。

治疗结果:32 只眼中前房炎症重无纤维蛋白渗出的 22 只眼平均 6 天治愈,另 10 只眼有纤维蛋白渗出及膜形成的平均 2 周内膜全部吸收治愈。

(1) 不同类型的青光眼联合白内障术后发生前房炎症比率不同。本资料中急性闭角型青光眼为 28.37%(21/74),慢性闭角型青光眼为 14.08%(10/71),开角型青光眼为 2.04%(1/49)。急性闭角型青光眼发生率最高。

(2) 采用不同的手术方式,术后发生前房炎症比率不同,手术 I 式为 19.66%(23/117),较手术 II 式 11.68%(9/77) 高。

(3) 初始眼压不同,术后发生前房炎症的比率不同。眼压在 40mmHg 以下为 6.33%(5/79),40~50mmHg 为 15.09%(8/53),50mmHg 以上为 30.65%(19/62)。

(4) 手术时机不同,术后炎症发生率也不同。眼压控制正常后 2 天内手术 38.63%(17/44),3~4 天内手术为 16.36%(9/55),4 天以后为 6.32%(6/95)。

讨论 青光眼联合白内障三联手术后最常见的并发症为虹膜睫状体的炎症反应,表现为前房房水混浊以及纤维蛋白渗出和人工晶体前膜的形成,其发生率比单纯的白内障手术高。我们考虑其主要原因①联合手术对眼的损伤重,术后有较重的手术反应。本文资料显示手术 I 式对组织损伤大,操作时间长,术后发生率较手术 II 式高。②高眼压使虹膜睫状体充血,严重时可致虹膜缺血坏死<sup>[2]</sup>发生炎症加上手术损伤双重刺激导致术后炎症反应加重。为了减轻或降低其发生率,我们认为①尽可能采用手术时间短,操作简便,对组织损伤小的手术 II 式作青光眼联合白内障手术。②在手术时机选择上,术前眼压控制正常后,推迟手术时间,待虹膜睫状体的充血消退后再作手术,避免其受激惹,从而降低或减轻术后前房炎症的发生。这一点在初始眼压较高的急性闭角型青光眼中尤为重要。

### 参 考 文 献

- 1 徐亮,主编.同仁眼科手册.北京:科学出版社 2003,44
- 2 惠延年,主编.眼科学.北京:人民卫生出版社 2002,103

(收稿时间:2006-10)