

青光眼睫状体炎综合征的手术疗效观察

柯秀峰 朱丹宁 袁鹂

【摘要】 目的 探讨非穿透性小梁手术治疗有青光眼性视神经损害的青光眼睫状体炎综合征的疗效。**方法** 对 8 例 (8 只眼) 出现青光眼性视神经损害的青光眼睫状体炎综合征患者行非穿透性小梁手术。术后观察并发症和睫状体炎复发情况, 检查视力、眼压、眼底和视野。术后随访 12.0~48.0 个月, 平均 (34.42 ± 7.04) 个月。**结果** 7 只眼术后眼压维持在 10~20mmHg 之间, 眼压控制成功率为 87.50%。术后 6 只眼无睫状体炎复发, 睫状体炎控制率为 75.00%。眼压控制良好的 7 只眼, 术后视力、视野和 C/D 比值与术前相同。无浅前房, 脉络膜脱离, 眼内炎等并发症。**结论** 非穿透性小梁手术能有效地降低眼压和控制睫状体炎的复发, 防止青光眼性视神经损害进一步加重, 且术后无严重并发症, 是治疗出现青光眼性视神经损害的青光眼睫状体炎综合征的有效方法。

【关键词】 青光眼睫状体炎综合征; 非穿透性小梁手术

The effect of non-penetrating trabecular surgery in the management of Posner-schlossman syndrome KE Xiufeng, ZHU Danning, YUAN Li. Department of Ophthalmology, the Second Hospital, Nanjing Medical University, Nanjing 210011, China

【Abstract】 Objective To evaluate the clinical results of non-penetrating trabecular surgery in Posner-schlossman syndrome with visual field and optic disc change consistent with glaucoma. **Methods** Non-penetrating trabecular surgery were performed on 8 eyes of 8 patients with Posner-schlossman syndrome with visual field and optic disc change. The postoperative intraocular pressure (IOP), episodes of iritis, complications, visual field and optic disc change were recorded. The postoperative follow-up ranged from 12 to 48 months (mean, 34.42 ± 7.04 months). **Results** Postoperatively, IOP in seven eyes varied from 10 mmHg to 20mmHg, the control rate of IOP was 87.50%. Two eyes continued to have episodes of iritis, the control rate of iritis was 75.00%. The visual acuity, visual field and optic disc in seven eyes with normal IOP unchanged, postoperatively. The complications such as flat chamber, choroidal detachment and endophthalmitis were not observed. **Conclusions** Non-penetrating trabecular surgery for Posner-schlossman syndrome with visual field and optic disc change consistent with glaucoma is a effective surgery.

【Key words】 Posner-schlossman syndrome; Non-penetrating trabecular surgery

青光眼睫状体炎综合征又称 Posner-Schlossman 综合征, 多见于 20~50 岁的中壮年, 典型病例呈发作性眼压升高, 伴有轻度睫状体炎。大多数病例能自行缓解、预后良好, 因此一般采用药物治疗, 以缓解病情和缩短病程。但临床上, 有少数青光眼睫状体炎综合征的病例, 出现青光眼性视盘损害和视野缺损, 药物治疗效果不佳。为了防止疾病发展, 避免青光眼性视盘损害和视野缺损进一步加重, 我们采用手术治疗, 取得了满意疗效。现报告下:

资料与方法

1. 临床资料: 2001 年 4 月~2005 年 8 月, 我们对 8 例 (8 只眼) 出现青光眼性视盘损害和视野缺损的青光眼睫状体炎综合征患者行非穿透性小梁手术, 其中男性 6 例, 女性 2 例。年龄 48~65 岁, 平均 (56.20 ± 7.80) 岁。病程 10~22 年, 平均 (14.67 ± 2.82) 年。术前眼压 28~48mmHg (1mmHg=0.133kPa), 平均 (34.42 ± 5.28) mmHg。8 例患者都有视盘上、下方盘沿变窄, C/D 比值为 0.6~0.9。视野有程度不等的缺损。

2. 手术方法: 做以穹窿部为基底的结膜瓣。做 6mm × 5mm, 1/4~1/5 巩膜厚度的弧形浅层巩膜

瓣后,将浸有丝裂霉素 C (0.4mg/ml) 的棉片放置到浅层巩膜瓣下 5 分钟,然后用生理盐水彻底冲洗干净。剖切深层巩膜瓣以达 Schlemm 管外壁作为深层巩膜瓣的厚度,能透过保留的非薄巩膜见到黑色的葡萄膜,达 Schlemm 管时可见房水渗出。部分撕除 Schlemm 管内壁。

3. 术后随访:观察术后并发症和睫状体炎复发情况。检查视力、眼压、眼底和视野。

结 果

1. 术后经过:术后 6 只眼有前房轻度闪光,2~5 天消失,无前房渗出、虹膜粘连。1 只眼术后出现少量前房积血,于术后 5 天吸收。无浅前房、脉络膜脱离等并发症,亦无滤过泡漏与眼内炎等并发症。

2. 眼压:术后随访 12~48 个月,平均 (34.42 ± 7.04) 个月。最后一次随访时的平均眼压为 (15.40 ± 2.50) mmHg,和术前平均眼压 (34.42 ± 5.28) mmHg 比较,统计学上有显著性差异 ($t=6.91, P < 0.001$)。其中 7 只眼眼压在 10~20mmHg 之间,眼压控制成功率为 87.50%。1 只眼出现发作性眼压升高,局部用药情况下,眼压在 28~32mmHg,经小梁切除术后,眼压 < 21 mmHg。

3. 睫状体炎:术后 6 只眼睫状体炎得到控制,睫状体炎复发控制率为 75.00%。2 只眼仍出现睫状体炎复发,其中包含术后仍有发作性眼压升高的 1 只眼,表现为轻度睫状充血,有数个白色 KP,无房水闪光及瞳孔粘连。

4. 术后视盘和视野:术后眼压控制良好的 7 只眼,视盘损害未进一步加重、视野缺损未进一步扩大,术后 C/D 比值、视野范围与术前相同。眼压未控制的 1 只眼,随访期间,视盘损害加重, C/D 比值由术前的 0.6 变成 0.8,视野缺损范围扩大。

讨 论

青光眼睫状体炎综合征是一种继发性开角型青光眼,大多数病例预后良好,不产生青光眼性视盘损害、视野缺损,故治疗上一般采用对症治疗,局部及全身应用降眼压药物降眼压,局部应用皮质类固醇控制炎症,以缓解症状和缩短每次发作的病程。近年来发现少数青光眼睫状体炎综合征患者长期反复发作,可导致视盘、视野发生青光眼性损害^[1-3],为了防止疾病反复发作和青光眼性视神经进一步损害,采用手术治疗取得了良好的疗效^[3,4]。

我们对 8 例 (8 只眼) 出现青光性视盘损害和视

野缺损的青光眼睫状体炎综合征患者行非穿透性小梁手术,术后随访 12~48 个月,平均 (34.42 ± 7.04) 个月。术后 7 只眼眼压在正常范围内,眼压控制有效率为 87.50%,观察期间视力稳定、视盘损害未进一步加重、视野缺损未进一步扩大,术后 C/D 比值、视野范围与术前相同。结果表明:在青光眼睫状体炎综合征患眼,非穿透性小梁手术建立的房水通道可持续存在,房水的滤过保持通畅,从而使眼内压稳定在正常范围,避免了反作性眼压升高,保持视功能稳定,避免了视盘及视野青光眼性损害进一步加重。

青光眼睫状体炎综合征的另一个特征是眼压发作性升高时所伴有的轻度睫状体炎,表现为眼压升高的同时或数天后出现少数羊脂状或灰白色 KP,眼压下降后不久 KP 消失,房水闪光阴性,不引起虹膜粘连。尽管眼压升高与睫状体炎的关系不明,但过去一般认为该综合征作抗青光眼手术后,眼压可不升高,但睫状体炎仍可复发。近年来有学者观察发现:术后眼压控制良好的病例,大多数睫状体炎可得到有效控制^[3]。本组病例随访期间,术后眼压控制良好的 7 只眼,6 只眼 (85.71%) 未出现睫状体炎复发。这表明术后眼压控制良好,大多数 (85.71%) 患者可避免睫状体炎复发。

非穿透性小梁手术因术后视功能恢复快,并发症少、降眼压的效果肯定,近年来逐渐成为治疗开角型青光眼的主要术式之一^[5]。本组病例除 1 只眼发生少量前房积血和 6 只眼有轻度房水闪光外,无前房渗出等其他眼内反应。术后未见低眼压,浅前房、脉络膜脱离等与手术有关的并发症。亦无滤过泡漏与眼内炎等并发症。为了防止青光眼睫状体炎综合征反复发作及青光眼性视神经损害进一步加重,对出现青光眼性视神经损害的青光眼睫状体炎综合征患者,采用非穿透小梁手术治疗是有效的、安全的。

参 考 文 献

- 1 Darchuk V, Sampaolesi J, Mato L, et al. Optic nerve head behavior in Posner-Schlossman. *Int Ophthalmol* 2001 23:373
- 2 周和政, 杜元洪, 宋艳萍等. 青光眼睫状体炎综合征视野损害的相关因素. *中国实用眼科杂志*, 2002 20:768
- 3 Jap A, Sivakumar M, Chee SP. Is Posner-Schlossman syndrome benign? *Ophthalmology* 2001 108:913
- 4 Dinakaran S, Kayarkar V. Trabeculectomy in the management of Posner-Schlossman syndrome. *Ophthalmic-Surg-Lasers* 2002 33:321
- 5 柯秀峰, 刘虹, 朱丹宁. 非穿透性小梁手术联合丝裂霉素 C 的临床观察. *中国实用眼科杂志* 2003 21 (13):118

(收稿时间: 2006-12)